

HELGA GEREMIAS GOUVEIA

**RISCO DE PARTO PREMATURO E QUALIDADE
DE VIDA DURANTE A GESTAÇÃO**

TESE DE DOUTORADO

ORIENTADOR: PROF. DR. RENATO PASSINI JÚNIOR

**Unicamp
2010**

HELGA GEREMIAS GOUVEIA

**RISCO DE PARTO PREMATURO E QUALIDADE
DE VIDA DURANTE A GESTAÇÃO**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde, área de Saúde Materna e Perinatal.

ORIENTADOR: PROF. DR. RENATO PASSINI JÚNIOR

**Unicamp
2010**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

G745r Gouveia, Helga Geremias
Risco de parto prematuro e qualidade de vida durante a gestação
/ Helga Geremias Gouveia. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador: Renato Passini Júnior
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Qualidade de vida. 2. Trabalho de parto prematuro. 3.
Gravidez. 4. Saúde da mulher. I. Passini Júnior, Renato. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

Título em inglês : Risk of preterm birth and quality of life during pregnancy

Keywords: Quality of life
Preterm labor
Pregnancy
Women's health

Titulação: Doutor em Ciências da Saúde
Área de concentração: Saúde Materna e Perinatal

Banca examinadora:

Prof. Dr. Renato Passini Júnior
Profa. Dra. Eliana Pereira Araujo
Profa. Dra. Elisete Silva Pedrazzani
Prof. Dr. Marcelo Luís Nomura
Prof.Dr. Nelson Lourenço Maia Filho

Data da defesa: 26-10-2010

Cy
R1579

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluno: **HELGA GEREMIAS GOUVEIA**

Orientador: **Prof. Dr. RENATO PASSINI JÚNIOR**



- Membros:**
1. *Rd Jr*
 2. *Elizandra Raíza*
 3. *Enid Hayashi*
 4. *[Signature]*
 5. *[Signature]*

Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 26/10/2010

201035544

DEDICO ESTE TRABALHO...

"A Deus por ter me dado forças para a realização de um trabalho tão gratificante".

"Aos meus pais pelo amor, carinho e firmeza com que mostraram o caminho a seguir e por terem me dado a oportunidade de realizar meus estudos e apoiado na escolha da minha profissão".

"Dedico esta dissertação à própria autora pelo grandioso esforço e dedicação durante a trajetória na realização deste".

"A todos que poderão usufruir destes conhecimentos na sua prática profissional".

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade de realização deste trabalho.

À minha família pelo apoio e incentivo.

A todos meus amigos pela força, incentivo e sincera amizade.

Ao Prof. Dr. Renato Passini Junior pela preciosa orientação e dedicação.

Ao José Vilton Costa e Sirlei Siani Moraes por sua atenção, boa vontade e competência ao dar suporte estatístico para a análise dos dados.

À Banca Examinadora de Qualificação pelas sugestões que contribuíram para a grandeza do trabalho.

Ao Ambulatório de Pré-Natal Especializado e Enfermaria de Patologia Obstétrica do CAISM e Centro de Saúde Florence pela oportunidade de realização deste trabalho na instituição.

Ao Departamento de Tocoginecologia da UNICAMP pelo apoio recebido durante a realização do doutorado e da Tese.

À Margarete Amado de Souza Donadon pela gentileza constante e suporte durante todo o curso.

Às colegas do Doutorado pelo convívio e amizade consolidada no decorrer do curso.

Aos colegas de trabalho que sempre me incentivaram e apoiaram.

Às gestantes que participaram deste estudo, pela confiança demonstrada.

A todos os que contribuíram de alguma forma, de diferentes modos, apoiando-me na realização desta Tese.

Nada que se realiza no mundo se constrói sozinho. Meus sinceros agradecimentos a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste Doutorado.

Sumário

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS	XIII
RESUMO.....	XV
ABSTRACT.....	XIX
1- INTRODUÇÃO	21
2. OBJETIVOS.....	31
2.1 OBJETIVO GERAL	31
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
3. SUJEITOS E MÉTODO	33
3.1. DESENHO DO ESTUDO.....	33
3.2. TAMANHO AMOSTRAL	33
3.3. VARIÁVEIS E CONCEITOS	34
3.4. SELEÇÃO DE SUJEITOS.....	36
3.5. INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	37
3.6. COLETA DE DADOS	38
3.7. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	39
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	40
4. PUBLICAÇÕES	41
4.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE QUALIDADE DE VIDA E GESTAÇÃO	42
4.2. RISCO DE PARTO PREMATURO E QUALIDADE DE VIDA DURANTE A GESTAÇÃO.....	63
5. DISCUSSÃO	85
6. CONCLUSÕES	99
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
8. ANEXOS	111
8.1 ANEXO I: INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	111
8.2 ANEXO II: QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36	112
8.3 ANEXO III: VALORES E CÁLCULOS DO SF-36.....	118
8.4 ANEXO IV: TERMO DE CONSENTIMENTO.....	120
8.5. ANEXO V: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	121
8.6. ANEXO VI: RECEBIMENTO DO ARTIGO 1 PELA ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM	123
8.7. ANEXO VII: RECEBIMENTO DO ARTIGO 2 PELA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA.....	124

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

ADL	<i>Activities of Daily Living</i>
ARA	<i>American Rheumatism Association</i>
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DP	Desvio-Padrão
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HAT-QoI	<i>HIV/AIDS Quality of Life Test</i>
M_d	Mediana
MOS – SF 36	<i>Medical Outcomes Study – Short Form 36</i>
NHP	<i>Nottingham Health Profile</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
Q1	Primeiro Quartil
Q3	Terceiro Quartil
SIP	<i>Sickness Impact Profile</i>
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
TPP	Trabalho de parto prematuro
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

Resumo

Introdução: A prematuridade é definida como o nascimento que ocorre antes da 37ª semana de gestação, sendo responsável por 75% da morbidade e mortalidade no período neonatal. Situações de risco para o desfecho da gestação influenciam de modo negativo a percepção de uma mulher sobre a qualidade de vida.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida durante a gestação associada ao risco para parto prematuro. **Método:** revisão de literatura, seguida de estudo de corte transversal e comparativo, com três grupos de 54 gestantes (Grupo 1: sem risco atual para parto prematuro; Grupo 2: com fatores de risco para parto prematuro; Grupo 3: com trabalho de parto prematuro), totalizando 162 mulheres, realizado entre abril de 2008 a agosto de 2009 em maternidade de alto risco e unidade básica de saúde da cidade de Campinas (SP). Após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram verificadas informações sociodemográficas e obstétricas das mulheres e para avaliação da qualidade de vida foi aplicado o instrumento MOS-SF 36. Os dados foram analisados utilizando frequências, média e desvio-padrão. A homogeneidade entre os grupos foi avaliada pelos testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher, para as variáveis categóricas e Kruskal-Wallis, seguido de Mann-Whitney para as variáveis contínuas. Ajustou-se um modelo de análise de variância (Anova) para comparar os domínios do SF-36 entre os grupos, contendo as variáveis: idade, renda familiar, número de gestações e número de abortos, seguido pelo teste de

Bonferroni. O nível de significância adotado foi 5% e o *software* SAS, versão 9.1.3, foi utilizado na análise estatística. **Resultados:** há poucos estudos abordando a qualidade de vida durante a gestação. No estudo de corte os grupos apresentaram diferenças significativas em relação à idade e renda familiar (1X2 e 2X3); entre as gestantes dos Grupos 2 e 3, o principal antecedente obstétrico foi o trabalho de parto prematuro e a prematuridade foi a principal causa de filhos mortos; no Grupo 2 a insuficiência istmo-cervical foi a condição mórbida mais frequentemente encontrada. As características obstétricas que apresentaram diferença significativa entre os grupos (1X2 e 2x3) foram idade gestacional, número de gestações e aborto. Nos aspectos da Qualidade de Vida, verificamos, no total das gestantes analisadas, que o Estado Geral de Saúde foi o domínio de maior escore (71,9 pontos) enquanto que o item Aspectos Físicos foi o de menor escore (30,1). Na comparação entre grupos houve diminuição progressiva dos valores dos escores dos domínios do SF – 36, do Grupo 1 em relação ao 2 e deste em relação ao 3, com exceção da Capacidade Funcional, que foi menor no Grupo 2. Diferenças estatisticamente significativas foram observadas entre os Grupos 1 e 2 nos domínios Capacidade Funcional, Dor e Aspectos Sociais e entre os Grupos 1 e 3 nos domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. Entre os Grupos 2 e 3 não houve diferenças entre os domínios. **Conclusão:** Gestantes de baixo risco (Grupo 1) apresentam melhor qualidade de vida quando comparadas com as de risco de parto prematuro (Grupos 2 e 3); a qualidade de vida entre as gestantes em

trabalho de parto prematuro não foi diferente daquelas com fatores de risco de parto prematuro.

Descritores: Qualidade de Vida; Trabalho de Parto Prematuro; Gravidez; Saúde da Mulher.

Abstract

Introduction: Preterm birth occurs before 37 weeks' gestation, and accounts for 75% of neonatal morbidity and mortality. Situations of risk for the outcome of pregnancy would adversely affect a woman's perception on the quality of life.

Objective: To evaluate the quality of life during pregnancy associated with risk for preterm delivery. **Methods:** literature review, followed by was a cross-sectional and comparative study, with three groups of 54 patients (group 1: no current risk for preterm delivery, group 2: with risk factors for preterm delivery and group 3, with preterm labor), totalizing 162 women, conducted from April 2008 to August 2009 in a high-risk maternity and in a primary care unit in Campinas (SP). After signing the consent form, demographic and obstetric information were collected, and the instrument MOS SF-36 was applied to evaluate quality of life. Data were analyzed using frequencies, mean and standard deviation. Homogeneity between groups was assessed using the Pearson chi-square test and Fisher exact test for categorical variables and Kruskal-Wallis followed by Mann-Whitney test for continuous variables. A model of analysis of variance (ANOVA) was set up to compare the domains of the SF-36 between groups, containing the variables: age, family income, number of pregnancies and abortions, followed by Bonferroni test. The level of significance was 5% and SAS software, version 9.1.3, was used for statistical analysis. **Results:** there are few studies addressing quality of life during

pregnancy. In cross-sectional study groups showed significant differences on the subject of age and family income (1 versus 2 and 2 versus 3); among groups 2 and 3, main obstetric history was preterm labor and preterm birth was the main cause of child deaths; in group 2 cervical insufficiency was the most frequent morbid condition; obstetric characteristics that showed significant differences between groups (1 versus 2 and 2 versus 3) were gestational age, number of pregnancies and abortion. Regarding quality of life, among all women tested, General State of Health was the area of highest score (71.9 points) while Physical Aspects had the lowest scores (30.1). In the comparison between groups, there was a progressive decrease in scores in the domains of the SF - 36, group 1 compared to 2 and this in relation to 3, with the exception of Functional Capacity, that was lower in group 2. Statistically significant differences were observed between groups 1 and 2 in the domains Functional Capacity, Pain and Social Aspects and between groups 1 and 3 in the domains Functional Capacity, Physical Aspects, Pain, Social Aspects, Emotional Aspects and Mental Health. Between groups 2 and 3 there was no statistically significant difference in any of the domains. **Conclusion:** low risk pregnant women (group 1) had better quality of life compared to women who had risk factors or who were in preterm labor (group 2 and 3); quality of life among women in preterm labor was not different from those with risk factors for preterm birth.

Keywords: Quality of Life, Preterm Labor, Pregnancy, Women's Health.

1- Introdução

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá sem intercorrências, na maior parte dos casos. Há, entretanto, pequena parcela de gestantes que por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo de gestantes de alto risco (1).

Dentre os agravos que podem atingir a evolução da gravidez, um dos mais frequentes é o nascimento de crianças prematuras. A prematuridade é classicamente definida como o nascimento que ocorre antes da 37ª semana de gestação (2). No Brasil a incidência varia de 5% a 15% (3), mas dados do DATASUS-SINASC, de 2006, apontam para a ocorrência de 6,5% de partos prematuros (4). Provavelmente esta cifra não representa a realidade. Estudos de base populacional demonstram que a prevalência é maior (5). Em instituições de referência estes índices são mais elevados, chegando a 22% (6).

O nascimento de prematuros é o maior desafio no cuidado da saúde perinatal. O parto pré-termo representa um dos maiores problemas obstétricos, sendo responsável por 75% da mortalidade e morbidade no período neonatal (7-11).

A prematuridade é também a maior responsável por deficiências adquiridas após o nascimento. São diretamente atribuídas à prematuridade, excluídas as malformações congênitas, 50% das anormalidades neurológicas observadas na infância (12-14).

A chance de morte é maior em idade gestacional precoce e pode ser 40 vezes maior do que no recém-nascido de termo (8). A gravidade dos problemas associados ao nascimento prematuro é maior em recém-nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas e, particularmente, naqueles nascidos antes de 28 semanas (15). Em alguns países desenvolvidos, das crianças nascidas entre 22-26 semanas de gestação, 65% morrem no nascimento ou na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal, embora em países em desenvolvimento esta porcentagem seja muito maior (16).

Apesar de sua grande relevância, são desconhecidas as causas do trabalho de parto prematuro espontâneo e nascimento prematuro, sendo, portanto, difícil prever ou prevenir sua ocorrência (16). A etiologia do parto prematuro é multifatorial e a identificação precoce das gestantes de risco para prematuridade seria o primeiro passo para sua prevenção (17). Quaisquer que sejam os fatores responsáveis pelo desencadeamento do parto prematuro, a identificação precoce dessas gestantes possibilitaria adoção de condutas preventivas (18). É necessário identificar os riscos aos quais a gestante está exposta para implementar as atividades de controle no pré-natal. A avaliação do risco não é uma tarefa fácil, sendo necessário que esta avaliação seja realizada permanentemente durante o pré-natal (19).

Tem sido observado que uma gravidez de risco influencia de modo negativo a percepção de uma mulher sobre sua qualidade de vida, sobretudo no que se refere à própria autoestima e imagem corporal (20).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida é definida como “*A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (21).

Várias áreas da saúde têm se utilizado das medidas de qualidade de vida para avaliar e antecipar o impacto de determinadas doenças na população, no sentido de se obter uma visão integral do indivíduo e sua resposta à doença. O interesse por medir qualidade de vida surge à medida que os avanços na medicina proporcionam diminuição na taxa de mortalidade de algumas doenças e, ainda, um aumento na expectativa de vida, quando se considera que viver não é somente sobrevivência, mas viver com alguma qualidade (22).

A percepção da qualidade de vida pode ser influenciada por aspectos da personalidade do indivíduo e/ou pelo contexto social e cultural em que ele está inserido (23). A avaliação da qualidade de vida da população, em relação ao seu aspecto individual, utiliza medidas que priorizam a subjetividade, visto que o estado de satisfação ou insatisfação é uma experiência pessoal. Portanto, só o indivíduo é capaz de identificar a sua qualidade de vida (22).

Os métodos para avaliar a qualidade de vida têm sido elaborados para refletir as perspectivas do paciente e mensurar os aspectos psicológicos do seu bem-estar (23).

Existem evidências científicas que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações (24). Demonstrar que a condição de vida afeta a saúde e que esta influencia fortemente a qualidade de vida não é o único desafio, restam muitas questões a serem respondidas, inclusive no que diz respeito às intervenções que podem influenciar de forma favorável a qualidade de vida.

Descrever o comprometimento da qualidade de vida de forma genérica, causado por uma determinada doença e compará-lo com o decorrente de outras doenças, pode indicar sua importância para o indivíduo, em nível social ou de saúde. Ressalta-se, assim, que a necessidade de se ter parâmetros de avaliação para aferir a qualidade de vida é fundamental para nortear decisões quanto à melhor distribuição de recursos dentro do sistema de saúde (25).

Ao longo do tempo, a avaliação da qualidade de vida, apesar de muito difícil de ser realizada, tem sido estudada, possibilitando o desenvolvimento de instrumentos aplicáveis às diversas condições de saúde e de populações (23).

Os indicadores de qualidade de vida em saúde permitem inúmeras avaliações que podem ajudar a entender porquê indivíduos com a mesma doença apresentam diferentes níveis de saúde e de bem-estar físico e emocional. Uma das formas empregadas para avaliação são os questionários, que têm por finalidade transformar medidas subjetivas em dados quantificados e analisados de forma global ou específica (26).

Atualmente existem diversos instrumentos de avaliação de qualidade de vida, que podem ser utilizados em pessoas com as mais diversas doenças. Estes instrumentos estão divididos em dois grupos: genéricos e específicos (27).

Os instrumentos genéricos de avaliação da qualidade de vida procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Permitem comparar a qualidade de vida de indivíduos sadios com não sadios (27). Avaliam aspectos relativos à função, disfunção e desconforto físico e emocional. Podem ainda ser subdivididos em dois modos de avaliação: o “Perfil de Saúde”, que avalia o estado de saúde, e os “Índices de Saúde ou Medidas de *Utility*”, que traduzem a preferência do paciente por um determinado estado de saúde (26). Os instrumentos genéricos mais utilizados são: *Sickness Impact Profile -SIP* (28), *Nottingham Health Profile - NHP* (29) e o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey - SF-36* (30).

Os instrumentos específicos de avaliação da qualidade de vida têm como característica a capacidade de detectar as particularidades em determinadas situações de vida, pois avaliam, de maneira individual e específica, determinados aspectos da qualidade de vida (27). A principal característica é o seu potencial de ser sensível às alterações (depois de determinada intervenção). Podem ser específicos para uma determinada função, população e alteração (26). Os instrumentos específicos de qualidade de vida mais usados são: *American Rheumatism Association (ARA) Functional Class* (31), *Katz Activities of Daily Living - ADL* (32), entre outros.

Os instrumentos mais utilizados em quatro universidades públicas do Estado de São Paulo foram, em 77,3% das vezes, instrumentos de medidas já existentes e validados (33). Vale ressaltar que dentre os instrumentos genéricos o mais utilizado foi o SF-36, em 34% das pesquisas. Este instrumento tem sido o mais utilizado em todo o mundo (27).

O questionário SF-36 foi derivado inicialmente de um questionário de avaliação de saúde formado por 149 itens, como parte de um estudo de avaliação de saúde. Primeiramente elaborou-se um questionário com 18 itens, que avaliava capacidade física, limitação devido à doença, saúde mental e percepção da saúde. A este foram adicionadas as avaliações dos aspectos sociais e da dor, sendo então criado o SF-20 e, posteriormente, após análise de estudos de avaliação de saúde, o SF-36 (30).

O SF-36 é um instrumento considerado genérico, pois procura avaliar conceitos que representam valores humanos básicos que não se relacionam necessariamente com a idade, doença ou tratamento específico. É composto por oito áreas, agrupadas em dois componentes principais - físico e mental (34).

O SF-36 é um instrumento novo para avaliar a percepção da saúde em uma população geral. É fácil de utilizar, aceito pelos pacientes e cumpre critérios estritos de confiabilidade e de validade (35). Além disso, não é tão extenso como outros. É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore de 0 a 100, no qual zero corresponde a um pior estado geral

de saúde e 100 a um melhor estado de saúde (30). As escalas ou domínios do SF-36 encontram-se distribuídas entre dois componentes: saúde física e saúde mental (36).

Ciconelli foi a responsável pela tradução para a língua portuguesa e validação deste questionário no Brasil, aplicando em pacientes com artrite reumatóide. A mesma concluiu que a versão para a língua portuguesa é um parâmetro reprodutível e válido para ser utilizado na avaliação da qualidade de vida (25, 37).

Estudos sobre qualidade de vida em mulheres estão sendo realizados nas mais diversas condições de saúde e vários tipos de instrumentos são aplicáveis para fazer esta avaliação. A decisão sobre o instrumento de pesquisa a ser utilizado deve ser feita individualmente para cada situação, através de critérios baseados nas características da população em estudo (38).

Dentre os estudos que utilizaram instrumento específico de avaliação de qualidade de vida em mulheres, encontramos: “*Incontinence Impact Questionnaire*” (39), o “*Womans Health Questionnaire*” (40) e o “*HIV/AIDS Quality of Life Test*” (HAT-QoI) (41).

Por outro lado, dentre as pesquisas que utilizaram o instrumento genérico, observou-se a utilização do WHOQOL (42) como, por exemplo, no estudo sobre indicadores de qualidade de vida em mulheres idosas (43). O SF-36 foi utilizado em pesquisas de qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal (44), de avaliação dos fatores que afetam a qualidade de vida antes e depois da histerectomia em mulheres na pré-menopausa (45), de

características que influenciam a qualidade de vida em mulheres que passaram por cirurgia oncológica (46) e do efeito da redução do peso na qualidade de vida e comportamento alimentar na mulher obesa (47).

Tradução e validação de outros instrumentos em populações de mulheres brasileiras também foram realizadas utilizando o “*King’s Health Questionnaire*” (mulheres com incontinência urinária) (48) e o “*Woman’s Health Questionnaire*” (mulheres no climatério) (49).

Apesar do crescimento da preocupação e de pesquisas avaliando qualidade de vida na população, poucos são os estudos sobre qualidade de vida em gestantes e os instrumentos utilizados para esta avaliação apresentam grande variação. Nas gestantes de baixo risco verificou-se que o instrumento SF 36 é o mais utilizado (50-63). O *WHOQOL-bref* foi aplicado em um estudo (64).

Na avaliação de qualidade de vida em gestantes de alto risco, o SF-36 foi aplicado em gestantes adolescentes (65) e em gestantes com diagnóstico de artrite reumatóide (66). Outros foram realizados com diferentes tipos de instrumentos específicos, como o “*Kings Health Questionnaire*” (qualidade de vida em primigesta com incontinência urinária) (67), o “*The Nottingham Health Profile and Disability Rating Index*” (influência da dor lombar e habilidade física na qualidade de vida no final da gestação) (68) e o “*Incontinence Impact Questionnaire*” (efeito dos sintomas da bexiga hiperativa sobre a qualidade de vida da mulher durante e depois da primeira gestação) (69).

Poucos são os estudos comparando qualidade de vida em gestantes de baixo risco com as de alto risco, sendo mais utilizados os instrumentos WHOQOL

(20) e SF-36 (70). Na literatura revisada não foram encontradas pesquisas de qualidade de vida em gestantes abordando especificamente o parto prematuro; no entanto, em estudos com gestantes de alto risco a prematuridade foi a intercorrência obstétrica mais frequentemente observada, variando de 32% a 41% dos casos (20, 70).

A qualidade de vida das pessoas é de fundamental importância no processo saúde-doença, visto que muitas vezes quando esta não se apresenta estável pode ocorrer o surgimento de muitos agravos à saúde física e psíquica.

Durante a gravidez há muitas influências positivas e negativas sobre a qualidade de vida das mulheres, particularmente naquelas que apresentam algum risco gestacional.

O trabalho de parto prematuro é uma doença multifatorial e atualmente muito se discute sobre a influência da qualidade de vida e de fatores emocionais e psíquicos como fatores associados a esta condição. Ao mesmo tempo em que estas possibilidades são colocadas, poucos estudos foram realizados para avaliar estas relações.

Assim, é importante avaliar a qualidade de vida e sua associação com o risco de parto prematuro, utilizando um instrumento consagrado como o SF-36, particularmente em população de gestantes brasileiras, já que neste país não há estudo que avalie esta relação de uma maneira específica.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida com a utilização do instrumento SF-36 em gestantes com risco para parto prematuro.

2.2. Objetivos Específicos

Revisar os estudos publicados em periódicos indexados sobre avaliação da qualidade de vida, a utilização do instrumento SF-36 e sua aplicação durante a gestação.

Comparar os escores de qualidade de vida entre gestantes de baixo risco e aquelas com fatores de risco para parto prematuro.

Comparar os escores de qualidade de vida entre gestantes de baixo risco e aquelas em trabalho de parto prematuro.

Comparar os escores de qualidade de vida entre gestantes com fatores de risco para parto prematuro e aquelas em trabalho de parto prematuro.

Comparar os escores de qualidade de vida entre gestantes de baixo risco e aquelas com alto risco para parto prematuro.

3. Sujeitos e Método

3.1. Desenho do estudo

Estudo de corte transversal e comparativo realizado entre gestantes com fatores de risco para parto prematuro atendidas no Ambulatório de Pré-Natal Especializado do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM/UNICAMP), localizado em Campinas (SP, Brasil), gestantes em trabalho de parto prematuro internadas na Enfermaria de Patologia Obstétrica do mesmo Centro e em gestantes de baixo risco acompanhadas no Centro de Saúde Florence (Campinas, SP, Brasil), durante o período de abril de 2008 a agosto de 2009.

3.2. Tamanho amostral

O tamanho da amostra foi baseado na diferença entre médias e medianas nos domínios do questionário SF-36 encontrada em estudo anterior, onde foi aplicado o questionário em gestantes normais (controles) e gestantes com má história obstétrica (70). Supõe-se que as gestantes com trabalho de parto prematuro tenham o escore aproximado ao daquelas com má história obstétrica. Considerando-se o nível de significância de 5% e o poder do teste de 80%, para que se observasse diferença significativa entre gestantes normais e com trabalho de parto prematuro, foi calculado o tamanho da amostra necessário para cada um dos domínios do SF-36. O maior número encontrado foi de 54 mulheres, relativo

ao escore de aspectos sociais. No estudo realizado por Couto et al. (70), no escore de aspectos sociais, foi encontrada média de 36,9% e mediana de 33,3% no grupo de gestantes com má história obstétrica e média de 63,3% e mediana de 66,7% no grupo sem antecedentes.

Como foram utilizados três grupos de gestantes neste estudo, (grupo de baixo risco, grupo de risco para parto prematuro e grupo com trabalho de parto prematuro), o número necessário foi de 54 em cada grupo, totalizando 162 gestantes.

3.3. Variáveis e conceitos

Variável dependente

Escore SF-36: instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida. É composto por oito escalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, com variação de 0 (pior condição) a 100 (melhor condição) (30).

Variáveis independentes

Antecedente de parto prematuro: existência de algum parto anterior ocorrido antes de 37 semanas de gestação.

Trabalho de parto prematuro: trabalho de parto em gestações pré-termo, caracterizado pela presença de contrações frequentes (uma a cada 5 a 8 minutos) acompanhadas de modificações cervicais (dilatação maior que dois centímetros e/ou esvaecimento maior que 50%) (1).

Idade: anos completos no momento da entrevista.

Paridade: número de filhos nascidos vivos ou mortos, independente do tipo de parto.

Renda familiar: número de salários mínimos recebidos pelo total de membros da família.

Ocupação: atividade ou profissão exercida pela gestante. Foram também consideradas como categorias desta variável ser do lar e ser estudante.

Situação conjugal: informação fornecida pela gestante se tem ou não companheiro fixo. Foram consideradas as seguintes categorias: Tem companheiro e não tem companheiro.

Nível educacional: dividido em ensino fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto e superior completo (71).

Idade gestacional: cálculo da idade gestacional através da data da última menstruação e/ou pelo primeiro exame de ultrassom - o que for mais confiável.

Variáveis de controle

Número de gestações: número de vezes que a mulher ficou grávida, incluindo a gravidez atual.

Número de filhos vivos: números de filhos que no momento da entrevista encontram-se vivos.

Natimortos: número de filhos nascidos mortos com mais de 500 gramas de peso.

Abortamento: morte ou expulsão ovular antes da 22ª semana de gestação, ou com menos de 500 gramas de peso (19).

3.4. Seleção de sujeitos

Foram incluídas no estudo as gestantes maiores de 18 anos, com condições de serem entrevistadas, que sabiam ler e escrever e aceitaram participar da pesquisa. As gestantes foram divididas em três grupos: gestantes de baixo risco, gestantes com fatores de risco para parto prematuro e gestantes com trabalho de parto prematuro.

Grupo 1: Gestantes de baixo risco

Foram consideradas gestantes de baixo risco aquelas que não apresentaram fator de risco para parto prematuro, nem outras intercorrências durante a gravidez até o momento da entrevista. Estas mulheres foram entrevistadas no Centro de Saúde Florence.

Grupo 2: Gestantes com fatores de risco para parto prematuro

Foram incluídas neste grupo as gestantes que apresentarem um ou mais fatores de risco para trabalho de parto prematuro. Foram considerados os riscos pré-gestacionais e as complicações obstétricas da gestação atual relacionadas com o desencadeamento do trabalho de parto prematuro. O antecedente de parto prematuro foi considerado risco pré-gestacional. Dentre as complicações

obstétricas foram consideradas gestação múltipla, polidrâmnio, ruptura prematura pré-termo das membranas ovulares, insuficiência istmo-cervical, infecção urinária e outros. As gestantes deste grupo foram entrevistadas no Ambulatório de Pré-Natal Especializado do CAISM.

Grupo 3: Gestantes com trabalho de parto prematuro

Foram consideradas gestantes com trabalho de parto prematuro aquelas com contrações frequentes (uma a cada 5 a 8 minutos) acompanhadas de modificações cervicais (dilatação maior que dois centímetros e/ou esvaecimento maior que 50%) (1), internadas na Enfermaria de Patologia Obstétrica do CAISM.

Foi considerado que as gestantes dos Grupos 2 e 3 constituíram uma amostra de alto risco para parto prematuro.

Foram excluídas as gestantes com idade menor ou igual 18 anos, as que se recusaram a dar informações e aquelas que apresentaram impossibilidade clínica de obter informações.

3.5. Instrumentos para coleta de dados

Foi elaborada uma ficha para caracterização da amostra de gestantes contendo 14 questões, com informações gerais e da história obstétrica pregressa e atual dessas mulheres (Anexo I).

Para avaliação da qualidade de vida, foi aplicado o instrumento SF 36 (Anexo II), que é um instrumento genérico, com forma de cálculo de pontuação padronizada (Anexo III). Foi feita a opção por este instrumento visto que o mesmo

é de fácil entendimento e aplicação, além de ser amplamente utilizado e ter sido validado no Brasil.

Antes do início efetivo da pesquisa foram realizados pré-teste da ficha e do instrumento de avaliação da qualidade de vida em gestantes com as mesmas características das incluídas no estudo, a fim de verificar sua aplicabilidade, tempo necessário para preenchimento dos dados e identificar e solucionar problemas referentes à coleta de informações.

3.6. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora através de entrevista única.

As gestantes do Grupo 1 e 2 foram selecionadas para pesquisa durante a sua consulta de pré-natal. Aquelas que preenchiam os critérios de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa, sendo-lhes explicado os procedimentos adotados e as informações relevantes da pesquisa, seguido da obtenção do consentimento e realização da entrevista.

As informações das gestantes com diagnóstico de trabalho de parto prematuro (Grupo 3) foram obtidas pela pesquisadora através de contato diário com a unidade de internação, identificação das gestantes com diagnóstico de trabalho de parto prematuro, avaliação de critérios de inclusão, explicação dos objetivos da pesquisa, obtenção do consentimento e realização da entrevista.

Para as gestantes que aceitaram e tiveram disponibilidade, foi preenchida, primeiramente, a ficha de caracterização da amostra e depois o instrumento de avaliação de qualidade de vida SF – 36. Na ficha de caracterização da amostra, parte dos dados foram obtidos com a própria gestante, enquanto outros foram obtidos através do cartão pré-natal e/ou ficha obstétrica e prontuário.

O instrumento de avaliação de qualidade de vida, SF 36, foi auto-aplicativo, ou seja, depois de dadas as orientações, a gestante realizou a leitura do mesmo e assinalou a alternativa que correspondeu à sua avaliação.

O período de coleta de dados foi estabelecido de acordo com o tamanho da amostra da pesquisa. Considerando-se que a amostra total foi composta por 162 gestantes, e tendo como base o fluxo de atendimentos nos locais da pesquisa, foi estabelecido que o período de coleta seria de aproximadamente 12 meses.

3.7. Processamento e Análise dos dados

Os dados foram digitados pela própria pesquisadora, utilizando um banco de dados inserido no programa Excel (versão 2007). Após conclusão da coleta e término da digitação, foram analisados descritivamente através de frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas e, para as variáveis contínuas, usou-se a média, desvio-padrão, mediana, valores máximos e mínimos. Para avaliar a homogeneidade entre os grupos utilizaram-se os testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher, para as variáveis categóricas e o teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Mann-Whitney para avaliar as variáveis

contínuas. Ajustou-se um modelo de análise de variância (Anova) para comparar os domínios do SF-36 entre os grupos, seguido pelo Teste de Bonferroni. O nível de significância adotado foi de 5% e o *software* SAS (versão 9.1.3) foi utilizado na análise estatística.

3.8 Aspectos éticos

O estudo envolveu a coleta de dados dos grupos de gestantes, com e sem risco de parto prematuro, atendidas em unidades assistenciais de baixo e alto risco. As pacientes foram convidadas a participar após explicação dos objetivos da pesquisa e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo IV). Não foram incluídas gestantes menores de 18 anos. A participação das mulheres foi voluntária, não implicando qualquer mudança de conduta no seu atendimento a participação ou não no estudo. Foi assegurado o sigilo da informação na publicação dos resultados. Não houve ressarcimento aos sujeitos da pesquisa. Foram respeitados os preceitos envolvidos na Declaração 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (72). A presente pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, tendo sido aprovado de acordo com o parecer CEP nº252/2008 (Anexo V).

4. Publicações

Artigo 1 – Considerações sobre qualidade de vida e gestação

Acta Paulista de Enfermagem (Qualis A2) (Anexo VI)

Artigo 2 - Risco de parto prematuro e qualidade de vida durante a gestação

Revista de Saúde Pública (Qualis A1) (Anexo VII)

4.1. Considerações sobre qualidade de vida e gestação

Considerations about quality of life and pregnancy

Título resumido: A qualidade de vida na gestação

Gouveia HG¹, Passini-Jr R²,

Autores:

¹ - Helga Geremias Gouveia

Mestre em Enfermagem. Aluna de Doutorado pelo Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

RG: 22772096-9 – SSP/SP CPF: 160425978-76

Rua Nossa Senhora Aparecida, 165 Vila Fátima – Guarulhos – SP.-CEP: 07191-190

E-mail helgagouveia@uol.com.br

² - Prof. Dr. Renato Passini Júnior

Livre-Docente. Professor Associado - Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

RG 7660706 – SSP/SP CPF 002231878-01

Rua Vicente Porto, 136 – Campinas-SP –CEP: 13085-080

E-mail: passini@caism.unicamp.br

Secretaria de Pós-Graduação da UNICAMP

Telefone(19) 35218863

Resumo

Introdução: Situações de risco durante a gravidez podem influenciar negativamente a percepção da mulher sobre sua qualidade de vida. O instrumento mais utilizado para esta avaliação é o MOS-SF 36. **Objetivo:** revisar estudos sobre qualidade de vida e gravidez que utilizaram o SF 36. **Método:** Revisão bibliográfica utilizando como palavras-chave SF 36 e gravidez. **Resultados:** A maioria dos estudos foram realizados com gestantes de baixo risco; nas de risco observou-se grande heterogeneidade das condições estudadas e a qualidade de vida foi avaliada sem considerar especificamente cada doença. Verificou-se que existe diferença significativa na percepção da qualidade de vida entre gestantes de baixo e alto risco. **Conclusão:** Há poucos estudos sobre qualidade de vida em gestantes, mas verifica-se que este é um parâmetro importante durante a gravidez. Mais estudos são necessários no sentido de identificar o impacto desta condição na evolução da gestação, principalmente em situações de risco.

Descritores: Qualidade de Vida; Gravidez; Saúde da Mulher.

Abstract

Introduction: Situations of risk during pregnancy can adversely influence a woman's perception about her quality of life. The most used instrument for this assessment is the MOS SF-36. **Objective:** To review publications on quality of life and pregnancy that used SF 36. **Method:** Literature review using the key words (search terms) SF-36 and pregnancy. **Results:** Most studies were done with low-risk pregnancies; at risk pregnancies showed great diversity of studies and quality of life was assessed without considering each particular disease. Nevertheless, it was found that there is significant difference in the perception of quality of life among pregnant women at low and high risk. **Conclusion:** There are few studies about quality of life with pregnant women, but it appears that this is an important parameter during pregnancy. More studies are needed to identify the impact of this condition in the evolution of pregnancy, especially in situations of risk.

Keywords: Quality of Life; Pregnancy; Women's Health.

Resumen

CONSIDERACIONES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL EMBARAZO

Introducción: Las situaciones de riesgo durante el embarazo pueden influir negativamente en la percepción de las mujeres acerca de su calidad de vida. El instrumento utilizado para esta evaluación es el MOS SF-36. **Objetivo:** revisar los estudios sobre la calidad de vida y el embarazo que utilizó el SF 36. **Método:** Revisión bibliográfica utilizando palabras clave como SF 36 y el embarazo. **Resultados:** La mayoría de los estudios fueron realizados con embarazos de bajo riesgo, en las de riesgo, se observó una gran diversidad de las condiciones estudiadas y la calidad de vida fue evaluada sin tener en cuenta cada enfermedad en particular. Se comprobó que hay diferencia significativa en la percepción de la calidad de vida entre las mujeres de bajo y alto riesgo. **Conclusión:** Hay pocos estudios sobre la calidad de vida de las mujeres, pero parece que este es un parámetro importante durante el embarazo. Se necesitan más estudios para identificar el impacto de esta condición en la evolución del embarazo, especialmente en situaciones de riesgo.

Descriptores: Calidad de Vida; Embarazo; Salud de la Mujer.

Introdução

A qualidade de vida das pessoas é de fundamental importância no processo saúde-doença, visto que, muitas vezes, quando ela não é adequada, pode provocar o surgimento de muitos agravos à saúde física e psíquica.

Durante a gravidez há muitas influências positivas e negativas sobre a qualidade de vida das mulheres, particularmente naquelas que apresentam algum risco gestacional.

A avaliação da qualidade de vida utiliza medidas que priorizam a subjetividade, visto que o estado de satisfação ou insatisfação é uma experiência pessoal. Portanto, só o indivíduo é capaz de identificar a sua qualidade de vida ⁽¹⁾. Uma das formas empregadas para avaliação é a utilização de questionários, que têm por finalidade transformar medidas subjetivas em dados quantificáveis e analisáveis de forma global ou específica ⁽²⁾. O SF -36 é o instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida mais utilizado ⁽²⁻³⁾.

Assim, consideramos importante realizar uma revisão de estudos sobre qualidade de vida na gestação, considerando a utilização do SF - 36, buscando avaliar a quantidade desses estudos e dimensionar as possíveis diferenças na qualidade de vida entre gestações de baixo e alto risco.

Material e Métodos

Trata-se de uma revisão bibliográfica cuja trajetória metodológica se baseou nas leituras exploratória e seletiva do material de pesquisa. O levantamento bibliográfico propriamente dito foi realizado através das bases de dados *Lilacs*,

Scielo e Medline e o Banco de Teses - CAPES. Foram utilizadas como palavras-chave SF - 36 e gravidez.

O levantamento dos artigos foi realizado a partir do ano de 1985 e foram selecionados os artigos escritos em português e inglês, que apresentaram a temática “Qualidade de vida e gravidez”. Na busca inicial foi considerado o título e o resumo do artigo para a seleção dos possíveis estudos de interesse, sendo encontrados 63 artigos.

Após esta seleção, foi realizada a leitura exploratória do material encontrado. Com essa leitura, foi possível obter uma visão global dos estudos, considerando-os de interesse ou não à pesquisa. Foram selecionados aqueles que fizeram uma abordagem sobre a qualidade de vida em grupos de gestantes, com a utilização do SF - 36. Após essa avaliação, restaram 17 artigos, nos quais foi realizada uma análise interpretativa para conhecimento das concepções dos autores acerca do tema.

Como se estuda qualidade de vida e o que é o SF-36?

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a qualidade de vida é definida como “*A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”⁽⁴⁾.

Várias áreas da saúde têm se utilizado das medidas de qualidade de vida para avaliar e antecipar o impacto de determinadas doenças na população, no sentido de se obter uma visão integral do indivíduo e sua resposta à doença. O interesse por medir qualidade de vida surge à medida que os avanços na medicina

proporcionam diminuição na taxa de mortalidade de algumas doenças e aumento na expectativa de vida, que adquire maior sentido se associado a viver com alguma qualidade ⁽¹⁾.

A percepção da qualidade de vida pode ser influenciada por aspectos da personalidade do indivíduo e/ou pelo contexto social e cultural em que ele está inserido. Os métodos para avaliar a qualidade de vida têm sido elaborados para refletir as perspectivas do paciente e mensurar os aspectos psicológicos do seu bem-estar ⁽⁵⁾.

Existem evidências científicas que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações ⁽⁶⁾. Demonstrar que a condição de vida afeta a saúde e que esta influencia fortemente na qualidade de vida não é o único desafio, pois restam muitas questões a serem respondidas, inclusive no que diz respeito às intervenções que podem influenciar de forma favorável à qualidade de vida.

Ao descrever o comprometimento da qualidade de vida causado por uma determinada doença e ao compará-la com outras doenças, pode-se mostrar sua importância para o indivíduo, em nível social ou de saúde. Ressalta-se, assim, que a necessidade de ter parâmetros de avaliação de qualidade de vida é fundamental para nortear a decisão quanto à melhor distribuição de recursos dentro do sistema de saúde ⁽⁷⁾. Os indicadores de qualidade de vida em saúde permitem inúmeras avaliações que podem ajudar a entender porque indivíduos com a mesma doença apresentam diferentes níveis de saúde e de bem-estar físico e emocional ⁽²⁾.

Ao longo do tempo, a avaliação da qualidade de vida, apesar de muito difícil de ser realizada, tem sido cada vez mais estudada, permitindo o desenvolvimento

de instrumentos aplicáveis às diversas condições de saúde e de populações ⁽⁵⁾. Atualmente existem diversos instrumentos de avaliação de qualidade de vida, que podem ser utilizados em pessoas com as mais diversas doenças. Estes instrumentos estão divididos em dois grupos: genéricos e específicos ⁽⁸⁾.

Os instrumentos genéricos de avaliação da qualidade de vida procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Permitem comparar a qualidade de vida de indivíduos sadios com não sadios ⁽⁸⁾. Avaliam aspectos relativos à função, disfunção e desconforto físico e emocional. Podem ainda ser subdivididos em dois modos de avaliação: aqueles que avaliam o estado de saúde ou “Perfil de Saúde” e aqueles que medem a preferência do paciente por determinado estado de saúde ou os “Índices de Saúde ou Medidas de *Utility*” ⁽²⁾. Os instrumentos genéricos mais usados são o *Sickness Impact Profile -SIP* ⁽⁹⁾, *Nottingham Health Profile - NHP* ⁽¹⁰⁾ e o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey – SF - 36* ⁽¹¹⁾.

Quanto aos instrumentos específicos de avaliação da qualidade de vida, eles têm como característica a capacidade de detectar as particularidades em determinadas situações, pois avaliam de maneira individual e específica, determinados aspectos da qualidade de vida ⁽⁸⁾. A principal característica deles é o seu potencial de ser sensível às alterações, após alguma intervenção. Podem ser específicos para uma determinada função, população e alteração ⁽²⁾. Os instrumentos específicos de qualidade de vida mais usados são o *American Rheumatism Association (ARA) Functional Class* ⁽¹²⁾ e o, *Katz Activities of Daily Living - ADL* ⁽¹³⁾.

Os instrumentos mais utilizados em quatro universidades públicas do Estado de São Paulo foram, em 77,3% das vezes, instrumentos de medidas já existentes e validados ⁽³⁾. Vale ressaltar que dentre os instrumentos genéricos, o mais utilizado foi o SF - 36, em 34% dos estudos. Este instrumento tem sido o mais utilizado em todo o mundo ⁽⁸⁾.

O questionário SF - 36 foi derivado inicialmente de um questionário de avaliação de saúde formado por 149 itens, como parte de um estudo de avaliação de saúde. Primeiramente elaborou-se um questionário com 18 itens, que avaliava capacidade física, limitação devido à doença, saúde mental e percepção da saúde. A este foi adicionada a avaliação dos aspectos sociais e dor, sendo então criado o SF - 20 e, posteriormente, após análise de estudos de avaliação de saúde, o SF - 36 ⁽¹¹⁾.

O SF - 36 é um instrumento considerado genérico, pois procura avaliar conceitos que representam valores humanos básicos que não se relacionam necessariamente com a idade, doença ou tratamento específico. É composto por oito áreas, agrupadas em dois componentes principais, físico e mental ⁽¹⁴⁾. É um instrumento novo para a percepção de medição da saúde em uma população geral. É fácil de utilizar, aceito pelos pacientes e cumpre critérios estritos da confiabilidade e validade ⁽¹⁵⁾. Além disso, não é tão extenso como outros. É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore de 0 a 100, no qual zero corresponde a um pior estado geral de saúde e 100 a um melhor estado de saúde ⁽¹¹⁾.

Ciconelli foi a responsável pela tradução para língua portuguesa e validação do questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36 no Brasil, em pacientes com artrite reumatóide. A mesma concluiu que a versão para a língua portuguesa é um parâmetro reprodutível e válido para ser utilizado na avaliação da qualidade de vida ⁽⁷⁾.

O SF-36 tem sido utilizado nas mais variadas populações, como, por exemplo, em mulheres saudáveis, trabalhadores, portadores de doença imunológica, gastrointestinal, renal, cardíaca e pulmonar, pacientes com problemas ortopédicos, e portadores de câncer.

A avaliação da qualidade de vida em gestantes, utilizando o SF-36, acontece na maioria das vezes em gestantes de baixo risco. Alguns estudos foram realizados com gestantes de risco, avaliaram gestantes com má história obstétrica, gestantes adolescentes e gestantes com artrite reumatóide.

A qualidade de vida na gestação

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá sem intercorrências, na maior parte dos casos. Há, entretanto, pequena parcela de gestantes que, por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo de gestantes de alto risco ⁽¹⁶⁾.

É necessário identificar os riscos aos quais a gestante está exposta para implementar as atividades de controle pré-natal. A avaliação do risco não é uma

tarefa fácil, sendo necessário que esta avaliação seja realizada permanentemente durante as consultas de pré-natal ⁽¹⁷⁾.

Tem sido observado que uma gravidez de risco influencia de modo negativo a percepção de uma mulher sobre sua qualidade de vida, sobretudo no que se refere à sua própria autoestima e imagem corporal ⁽¹⁸⁾.

Não existem muitas pesquisas avaliando qualidade de vida durante a gestação ⁽¹⁹⁻³⁵⁾. De forma genérica, os estudos foram realizados com gestantes de baixo risco e houve grandes variações entre os escores encontrados nos domínios. Naqueles que avaliaram também gestantes de risco observaram-se escores inferiores às gestantes de baixo risco, mas a avaliação da qualidade de vida foi feita sem considerar especificamente a doença apresentada durante a gravidez.

Em relação aos achados destas pesquisas, verificamos que ao avaliarem a qualidade de vida em gestantes de baixo risco encontraram que o maior escore foi o relacionado a “Aspectos Emocionais” e o menor foi o associado à “Vitalidade” ⁽¹⁹⁻²⁶⁾. Em outras pesquisas foram observadas semelhanças de resultados somente em relação ao domínio de menor escore ⁽²²⁾ ou em relação ao de maior escore ⁽²⁰⁾.

Nos estudos avaliando a qualidade de vida em gestantes de baixo risco, o maior escore foi o “Estado Geral de Saúde” e o menor foi referente aos “Aspectos Físicos” ^(21,23,28,33). Outras pesquisas mostraram semelhança em seus resultados somente em relação ao maior domínio ⁽²²⁾ ou em relação ao menor ⁽²⁰⁾.

Em outro estudo, os autores mostram que o maior escore entre as gestantes de baixo risco foi referente aos “Aspectos Sociais” e o menor foi

relacionado com a “Vitalidade” ⁽³⁰⁾, dados semelhantes aos escores obtidos em mulheres não grávidas ⁽¹⁹⁾.

Diferenças estatísticas foram encontradas nos domínios Dor, Vitalidade e Estado Geral de Saúde entre as gestantes de baixo risco estudadas por outros autores ⁽³²⁾.

O componente físico apresentou uma diferença significativa de acordo com a idade gestacional entre as gestantes de baixo risco. Os escores mostraram que com a evolução da gestação ocorreu um decréscimo dos valores deste componente. O componente mental apresentou menor valor entre 8 e 11 semanas de gestação ⁽²⁷⁾.

A avaliação da qualidade de vida em gestantes de risco mostrou que todos os escores apresentaram valores inferiores a 50, sendo que o maior foi a “Vitalidade” e o menor foi relacionado a “Saúde Mental” ⁽²⁴⁾.

Entre gestantes com lombalgia, o maior escore foi a “Capacidade Funcional” (acima de 60). A avaliação do domínio “Dor” apresentou valores acima de 30 e houve aumento progressivo dos escores no decorrer do tratamento. Os itens “Estado Geral de Saúde”, “Vitalidade” e “Saúde Mental” apresentaram valores elevados no início do tratamento e um declínio após. Concluíram que o tratamento da lombalgia foi eficaz por produzir um alívio e a diminuição da intensidade da dor lombar, possibilitando assim melhora a qualidade de vida das gestantes estudadas ⁽³¹⁾.

Da mesma maneira que existem poucos estudos avaliando qualidade de vida em gestantes de alto risco, são poucas as pesquisas referentes à comparação entre grupos de baixo e alto risco.

Estudos mostraram que os escores de maiores valores para o grupo sem depressão foram os “Aspectos Emocionais” ^(29,34), o mesmo encontrado em estudo

com gestantes de baixo risco ⁽²⁰⁾. Para as gestantes com sintomas de depressão o maior escore foi a “Capacidade funcional”. O escore de menor valor em ambos os grupos foi referente à “Vitalidade”. Nos estudos que avaliaram a qualidade de vida em gestantes de baixo risco ^(19,26), observamos que os resultados foram semelhantes.

Na avaliação do impacto da má história obstétrica na qualidade de vida durante a gestação, observa-se que o maior escore associado à avaliação foi o “Estado Geral de Saúde” e o menor foi referente aos “Aspectos Físicos”. Os maiores valores foram encontrados no grupo sem antecedentes ⁽³⁵⁾.

A dimensão física em gestantes com artrite reumatóide encontra-se prejudicada e o aumento da dor foi observado em mulheres saudáveis no final da gravidez. As com artrite reumatóide apresentaram melhores escores físicos no segundo trimestre, com redução da dor no terceiro trimestre ⁽²⁵⁾.

Discussão

A revisão dos artigos relacionados à qualidade de vida na gestação mostrou que ainda não existem muitos estudos sobre esse assunto e que a maioria das pesquisas são realizadas em situações de baixo risco, provavelmente pelo fato de que a gestação pode trazer mudanças na qualidade de vida em decorrência das modificações gestacionais, apesar da gravidez ser considerada um evento fisiológico.

Verificamos que nos estudos com gestantes de baixo risco houve variação entre os domínios de maior e menor escore. Este achado pode ser devido às

características sociodemográficas e culturais de cada população, visto que os estudos foram realizados em gestantes de classe social e países diferentes.

Foram encontrados poucos estudos de avaliação da qualidade de vida realizados com gestantes de risco. Verificamos que a qualidade de vida neste grupo foi avaliada sem considerar especificamente a doença apresentada durante a gravidez, provavelmente por se tratarem de situações onde há grande diversidade em relação aos diagnósticos e sua incidência, podendo, assim, dificultar análises mais específicas quando se considera “risco” de forma genérica. Possivelmente os pesquisadores preocupados com a análise da diferença da qualidade de vida entre gestantes de baixo e alto risco, pretendem, inicialmente, obter uma visão mais holística, no sentido de definir tendências, para depois investigar, de forma mais específica as doenças na gestação.

Os poucos estudos em gestantes de risco mostraram que elas têm uma percepção de qualidade de vida inferior as gestantes de baixo risco, o que seria uma hipótese previsível. Isto mostra que as preocupações e restrições decorrentes do acompanhamento da gestação de risco são provavelmente os principais motivos acerca das modificações sobre a percepção de saúde neste grupo.

Na análise dos domínios da avaliação da qualidade de vida, observamos que tanto para as gestantes de baixo risco como para as de risco, o Estado Geral de Saúde apresentou os maiores escores, provavelmente pelo fato das mulheres considerarem a gestação um evento fisiológico e se julgarem saudáveis durante a gravidez.

Por outro lado o domínio que apresentou uma avaliação mais desfavorável foi o relacionado aos Aspectos Físicos, seguido pela Vitalidade, provavelmente pela associação entre as modificações fisiológicas da gravidez e as atividades profissionais e/ou atividades domésticas.

Um grupo de gestantes também pouco estudado é o de adolescentes, pois um único estudo avaliou especificamente este aspecto ⁽²⁴⁾. Contrariamente a outras faixas etárias, o domínio Vitalidade foi o que obteve maior pontuação. Isto talvez reflita a própria característica da adolescência, com maior vigor e energia em suas atividades.

Acreditamos que a avaliação da qualidade de vida é uma medida importante durante o acompanhamento de gestantes, pois através dela podemos detectar padrões alterados e propor medidas específicas, como atividades de educação em saúde sobre as modificações locais e gerais na gestação, possibilitando uma melhor percepção da condição de saúde e, talvez, diminuindo probabilidade do surgimento de novos acometimentos.

Conclusão

A literatura relativa aos estudos de qualidade de vida na gravidez ainda é escassa, embora este seja um parâmetro importante no acompanhamento pré-natal. Faltam estudos que determinem mais claramente a percepção da saúde entre as gestantes, independente de apresentarem algum risco gestacional ou não. Estudos com gestantes devem ser realizados, incluindo grupos de risco, no sentido de identificar o impacto da percepção da qualidade de vida na própria gravidez e na saúde da mulher.

Referências Bibliográficas

1. Gaíva MAM. Qualidade de vida e saúde. R Enferm UERJ. 1998;6(2):377-82.
2. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. Rev Bras Reumatol. 2003;43(2): IX-XIII.
3. Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica da universidade públicas do Estado de São Paulo Rev Latino-Am Enfermagem. 2003;1(4):532-538.
4. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sc Med 1995;41(10):1403-9.
5. Pereira, RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL. O conhecimento dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida em saúde e sua importância em intervenções inclusivas e interdisciplinares. Mundo Saúde. 2005;29(1): 72-81.
6. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva 2000;5(1):163-177.

7. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para Língua Portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF – 36 (Brasil SF – 36). Rev Bras Reumatol. 1999;39(3):143-150.
8. Fayers PM, Machin D. Quality of life. Assessment, analysis and interpretation. Chichester: New York: John Wiley, 2000.
9. Gilson BS, Gilson JS, Bergner M, Bobbit RA, Kressel S, Pollard WE et al. The sickness impact profile. Development of an outcome measure of health care. Am J Public Health. 1975;65(12):1304-10.
10. Hunt S, McEwen J, McKenna S. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. J R Coll Gen Pract. 1995 Apr; 35:185-8.
11. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. Medical Care. 1992;30:473-83.
12. Steinbrocker O, Traeger CH, Batterman RC: Therapeutic criteria in rheumatoidarthritis. J Am Med Assoc. 1949;140(8): 659-62.

13. Katz S, Ford A, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *J Am Med Assoc.* 1963;12:914-9.
14. Keller S, Ware J, Bentler PM, Aaronson JA, Apolone G, Bjorner JB et al. Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 health survey in ten countries: results from IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1179-88.
15. Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ.* 1992;305:160-4.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco / Secretaria de Políticas,  rea Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 163p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada – Manual Técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de ações program ticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162p.
18. Pesavento F, Marconcini E, Drago D. Qualit  della vita e depressione in gravidanza normale e a rischio. *Minerva Ginecol.* 2005;57(4): 451-60.

19. Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *J Fam Pract.* 1998;47(3):209-12.
20. 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.
21. Smith C, Crowther C, Beilby J, Dandeaux J. The impact of nausea and vomiting on women: a burden of early pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 2000;40(4):397-401.
22. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol.* 2001;97(6):988-93.
23. Dall’Alba V. Qualidade de vida em gestantes no terceiro trimestre com pirose e/ou regurgitação – Contribuição da Cafeína, Ácido Ascórbico e Ácido Graxos. [Dissertação - Mestrado]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
24. Drescher KM, Monga M, Williams P, Promecene-Cook P, Schneider K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(5):1231-3.

25. Förger F, Ostensen M, Schumacher A, Villiger PM. Impact of pregnancy on health related quality of life evaluated prospectively in pregnant women with rheumatic diseases by the SF-36 health survey. *Ann Rheum Dis.* 2005;64(10):1494-9.
26. Jomeen J, Martin CR. The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. *J Psychosom Res.* 2005;59(3): 131-38.
27. Kugahara T, Ohashi K. Characteristics of nausea and vomiting in pregnant Japanese women. *Nurs Health Sci.* 2006;8(3):179-84.
28. Lima MOP. Qualidade de vida relacionada á saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico. [Dissertação -Mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006.
29. Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4): 789-806.
30. Tendais I, Figueiredo B, Mota J. Atividade física e qualidade de vida na gravidez. *Anais Psicol.* 2007;3(25): 489-501.

31. Moura SRV, Campos RS, Mariani SHV, Siqueira AAF, Abreu LC. Dor lombar gestacional: impacto de um protocolo de fisioterapia. *Arq Med ABC*. 2007;32(Supl.2):S59-63.
32. Jomeen J, Martin CR. The impact of choice of maternity care on psychological health outcomes for women during pregnancy and the postnatal period. *J Eval Clin Pract*. 2008;14(3):391-8.
33. Da Costa D, Dritsa M, Verreault N, Balaa C, Kudzman J, Khalifé S. Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2009.
34. Setse R, Grogan R, Pham L, Cooper LA, Strobino D, Powe NR et al. Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: The health status in pregnancy (HIP) study. *Matern Child Health J*. 2009;13:577-587.
35. Couto ER, Couto E, Vian B, Gregório Z, Nomura ML, Zaccaria R et al. Qualidade de vida, depressão e ansiedade em gestantes com má história gestacional. *São Paulo Med J*. 2009;127(4):185-9.

4.2. Risco de parto prematuro e qualidade de vida durante a gestação

Risk of preterm birth and quality of life during pregnancy

Gouveia HG¹, Passini-Jr R²,

Autores:

¹ - Helga Geremias Gouveia

Mestre em Enfermagem. Aluna de Doutorado pelo Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

RG: 22772096-9 – SSP/SP CPF: 160425978-76

Rua Nossa Senhora Aparecida, 165 Vila Fátima – Guarulhos – SP.-CEP: 07191-190

E-mail helgagouveia@uol.com.br

² - Prof. Dr. Renato Passini Júnior

Livre-Docente. Professor Associado - Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

RG 7660706 – SSP/SP – CPF 00223187801

Rua Vicente Porto, 136 – Campinas-SP –CEP: 13085-080

E-mail: passini@caism.unicamp.br

Secretaria de Pós-Graduação da UNICAMP

Telefone(19) 35218863

Resumo

Introdução: A prematuridade é responsável por 75% da mortalidade e morbidade no período neonatal. A gravidez de risco influencia de modo negativo a percepção de uma mulher sobre a qualidade de vida. **Objetivo:** avaliar a qualidade de vida em gestantes de risco para parto prematuro. **Método:** estudo de corte transversal e comparativo com 162 gestantes divididas em três grupos (Grupo 1: baixo risco; Grupo 2: com fatores de risco para parto prematuro; Grupo 3: com trabalho de parto prematuro) avaliadas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da UNICAMP e em unidade básica de saúde de Campinas (SP), entre abril de 2008 a agosto de 2009. Para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o instrumento SF 36. Os dados foram analisados através de um modelo de análise de variância (Anova) para comparar os domínios do SF-36 entre os grupos, seguido pelo Teste de Bonferroni. O nível de significância adotado foi 5% e o *software* SAS foi utilizado na análise estatística. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional. **Resultados:** houve diferença significativa entre os três grupos nos domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. Para estes domínios foi feita comparação dos grupos um a um, verificando-se diferença significativa nos domínios Capacidade Funcional, Dor e Aspectos Sociais entre os Grupos 1 e 2. Na comparação entre Grupos 1 e 3 houve diferença significativa entre todos os domínios e entre os Grupos 2 e 3 não se observaram diferenças significativas.

Conclusão: gestantes de baixo risco apresentam melhor índice de qualidade de vida quando comparadas às com risco parto prematuro (Grupos 2 e 3); aquelas em trabalho de parto prematuro apresentam índice inferior de qualidade de vida quando comparadas às de baixo risco e com fatores de risco.

Descritores: Qualidade de Vida; Trabalho de Parto Prematuro; Gravidez; Saúde da Mulher.

Abstract

Introduction: Prematurity is responsible for 75% of morbidity and mortality in the neonatal period. High risk pregnancy adversely affects of a woman's perception of the quality of life. **Objective:** To evaluate the quality of life in women at risk for preterm birth. **Methods:** This was a cross-sectional and comparative study, with 162 women divided in three groups (group 1: no current risk for preterm delivery, group 2: with risk factors for preterm delivery and group 3: with preterm labor), the study was performed at the Center for Integral Assistance to Women's Health and Basic Health Unit in Campinas (SP), between April 2008 and August 2009. To evaluate the quality of life was applied the instrument MOS SF-36. Data were analyzed through a model of analysis of variance (ANOVA) to compare the domains of the SF-36 between groups followed by Bonferroni test. The level of significance was 5% and SAS software, was used for statistical analysis. This study was approved by the Ethics and Research Committee. **Results:** There were significant differences among three groups in the domains Functional Capacity, Physical Aspects, Pain, Social Aspects, Emotional Aspects and Mental Health. These domains were compared between groups one by one, there were significant difference in the domains Functional Capacity, Pain, Social Aspects between the groups 1 and 2. When groups 1 and 3 were compared there were significant differences in overall domains but comparing groups 2 and 3 no significant differences were found. **Conclusion:** low risk pregnant women had better quality of life compared to pregnant women who had risk of preterm labor (group 2 and 3),

those in preterm labor had lower scores of quality of life when compared to those with low risk and with risk factors.

Keywords: Quality of Life; Obstetric Labor, Premature; Pregnancy; Women's Health.

Introdução

O nascimento prematuro é o maior desafio no cuidado da saúde perinatal. O parto pré-termo representa um dos maiores problemas obstétricos, sendo responsável por 75% da mortalidade e morbidade neonatais.¹⁸

No Brasil a incidência varia de 5% a 15%¹¹, mas dados do DATASUS-SINASC, de 2006, apontam para a ocorrência de 6,5% de partos prematuros.¹

Ainda são desconhecidas as causas espontâneas do trabalho de parto prematuro e, portanto, é difícil prever ou prevenir sua ocorrência¹³. A etiologia do parto prematuro é multifatorial e a identificação precoce das gestantes de risco para prematuridade seria o primeiro passo para sua prevenção.²

Tem sido observado que uma gravidez de risco influencia de modo negativo a percepção de uma mulher sobre a qualidade de vida, sobretudo no que se refere a sua própria autoestima e imagem corporal, no ambiente em que vive e economicamente.

Os indicadores de qualidade de vida em saúde permitem inúmeras avaliações que podem ajudar a entender porque indivíduos com a mesma doença apresentam diferentes níveis de saúde e de bem-estar físico e emocional. Uma das formas empregadas para avaliação são os questionários, que têm por finalidade transformar medidas subjetivas em dados quantificados e analisados de forma global ou específica.³

Poucos são os estudos de qualidade de vida em gestantes, a maioria deles foi desenvolvido com gestantes de baixo risco e os instrumentos utilizados para esta avaliação apresentam grande variação. Alguns autores utilizaram o

instrumento genérico SF-36²⁴, verificando sua aplicabilidade nesta população.^{4-10, 12, 14-17, 20-21, 23}

Estudos realizados abordando qualidade de vida e depressão em gravidez normal e de risco¹⁹ e má história obstétrica e qualidade de vida durante a gestação⁴, mostraram que a ocorrência obstétrica mais frequente nas gestantes avaliadas foi a prematuridade, com 32% e 40,8%, respectivamente. Em ambos os estudos, gestantes de risco apresentaram qualidade de vida significativamente alterada e pior que gestantes de baixo risco.

Tendo em vista a repercussão da gravidez de risco na saúde da mulher, principalmente quando nos referimos à prematuridade, consideramos importante realizar este estudo para avaliar a qualidade de vida da gestante com risco para parto prematuro, utilizando o instrumento de avaliação SF-36.

Método

Através de um estudo de corte transversal e comparativo, realizado em Campinas (SP) entre abril de 2008 a agosto de 2009, 54 gestantes de baixo risco atendidas durante o pré-natal em unidade básica de Saúde (Centro de Saúde Florence (Grupo 1) foram comparadas com 54 gestantes com fatores de risco para parto prematuro (Grupo 2) atendidas no Ambulatório de Pré-natal Especializado e 54 gestantes em trabalho de parto prematuro (Grupo 3) internadas na Enfermaria de Patologia Obstétrica do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM/UNICAMP). Foram verificadas informações sociodemográficas e obstétricas e avaliada sua qualidade de vida com a aplicação do SF-36.

Os dados foram analisados descritivamente para as variáveis categóricas e para as variáveis contínuas usou-se a média (DP). Para avaliar a homogeneidade entre os grupos utilizaram-se os testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher, para as variáveis categóricas e o teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Mann-Whitney para avaliar as variáveis contínuas. Ajustou-se um modelo de análise de variância (Anova) para comparar os domínios do SF-36 entre os grupos, seguido pelo Teste de Bonferroni. O nível de significância adotado foi de 5% e o *software* SAS (versão 9.1.3) foi utilizado na análise estatística.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (parecer CEP nº252/2008). Todas as gestantes concordaram em participar voluntariamente do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Na Tabela 1, verificamos que o Grupo 2 apresentou as maiores medianas em relação à idade da gestante, renda familiar, número de gestações e número de abortos, com a menor média de idade gestacional, no momento da entrevista.

Nas comparações grupo a grupo das variáveis sociodemográficas e obstétricas, ocorreram diferenças estatisticamente significativas em todas as avaliações envolvendo o Grupo 2, mas a comparação entre Grupos 1 e 3 não foi diferente estatisticamente (Tabela 2), mostrando que as pacientes com trabalho de parto prematuro avaliadas durante a internação não diferiram significativamente das gestantes de baixo risco estudadas.

A Tabela 3 apresenta a análise dos domínios do SF - 36 das gestantes, segundo os grupos de estudo, utilizando análise de variância. Verificamos que houve diminuição progressiva dos valores dos escores dos domínios do SF – 36, do Grupo 1 em relação ao 2 e deste em relação ao 3, com exceção da Capacidade Funcional, que foi menor no Grupo 2. A avaliação estatística não mostrou diferença nos domínios Estado Geral de Saúde e Vitalidade.

A partir dos achados apresentados na Tabela 3, foi feita comparação dos grupos entre si. Os resultados mostraram que nos domínios Capacidade Funcional, Dor e Aspectos Sociais houve uma diferença significativa entre os Grupos 1 e 2. Para os Grupos 1 e 3 houve diferença significativa em todos os domínios. Por outro lado, entre os Grupos 2 e 3 nenhum dos domínios mostrou diferença estatisticamente significativa (Tabela 4).

Discussão

O escopo central deste estudo foi verificar a qualidade de vida associada ao risco de parto prematuro, comparando gestantes de baixo risco com aquelas de risco, utilizando o SF – 36. A qualidade de vida na gestação é uma temática pouco pesquisada, e a maioria dos estudos foram realizados em situações de baixo risco, provavelmente pelo fato de serem um grupo de mais fácil acesso.

Nos grupos de gestantes de risco, verificamos que os estudos foram realizados sem considerar especificamente a doença apresentada durante a gravidez, mostrando a preocupação dos pesquisadores em obter uma visão mais holística das diferenças entre o grupo de baixo risco com o de risco.

Verificamos que na comparação de variáveis sociodemográficas e obstétricas entre os grupos estudados, as gestantes com fatores de risco para parto prematuro (Grupo 2), diferiram significativamente das outras gestantes (Grupos 1 e 3). Talvez isto decorra do fato de que no Grupo 2 a insuficiência istmo-cervical foi a condição mórbida mais frequentemente encontrada (48,1%), o que confere características particulares a este grupo e que podem interferir nos resultados referentes à avaliação da qualidade de vida.

Ficou claro durante as entrevistas realizadas que as gestantes se mostraram interessadas em relação à temática, considerando importante a avaliação da qualidade de vida e não somente do acometimento presente na gestação.

Este estudo mostrou que a avaliação da qualidade de vida em gestantes com risco para parto prematuro, internadas ou não, foi inferior àquelas que não apresentaram este risco. Estudos mostram que a percepção da avaliação da qualidade de vida nas gestantes de risco, independente da intercorrência apresentada, é inferior.^{4-10, 12, 14-17, 20-21, 23}

Com o desenvolvimento desta pesquisa pode-se observar que a utilização do SF-36 para avaliação da qualidade de vida em gestantes conseguiu mostrar estas diferenças na comparação entre os grupos de gestantes de baixo risco e gestantes de risco.

Na avaliação da “**Capacidade Funcional**”, verificamos que houve valor quase idêntico entre as gestantes com fatores de risco para prematuridade e com trabalho de parto prematuro, que diferiram significativamente do escore do Grupo

1. Em outros estudos esse escore tem sido observado em valores superiores, exceto no realizado por Drescher et al.¹⁷

No domínio “**Aspectos Físicos**” verificamos que esta foi a pior avaliação, especialmente entre as gestantes com risco e naquelas em trabalho de parto prematuro, significativamente diferentes em relação ao grupo sem risco. Nos grupos 2 e 3 os escores deste domínio apresentaram valores próximos ao estudo de Couto et al.⁴, provavelmente pelo fato da prematuridade ter sido o antecedente com maior incidência no estudo destes autores. Nos estudos realizados por Dall’Alba⁶, Mckee et al.¹⁵ e Moura¹⁶, as gestantes tiveram uma percepção de qualidade de vida relacionada aos “Aspectos Físicos” similar às gestantes de baixo risco desta pesquisa. Förger et al.⁸ concluíram em sua pesquisa que a atividade física apresentava-se reduzida entre grávidas saudáveis. Tavares et al.²² relataram que as gestantes apresentaram baixo padrão de atividade física desde o primeiro trimestre e diminuindo com o evoluir da gravidez, com 100% das gestantes atingindo o padrão sedentário na 32ª semana de gestação.

Na avaliação do “**Estado Geral de Saúde**” verificamos que este foi o domínio que apresentou o maior escore, curiosamente independente de serem gestantes de baixo risco ou de alto risco, não apresentando diferença significativa entre os grupos estudados. Este achado é semelhante ao de Couto et al.⁴, provavelmente devido às gestantes apresentarem características similares entre os estudos. Pesquisas com gestantes de baixo risco mostraram que elas apresentavam, de uma maneira geral, uma boa percepção em relação à avaliação do seu estado geral de saúde.^{6, 8, 10, 14-15, 17}

Os escores de “**Vitalidade**”, das gestantes deste estudo, não indicaram diferença significativa entre os grupos. As gestantes estudadas por Smith et al.²¹, apresentaram a avaliação mais desfavorável deste aspecto de qualidade de vida entre todos os estudos avaliados, seguidas pelas gestantes dos estudos de Nicholson et al.¹⁷ e de Setse et al.²⁰

Nos grupos estudados a “**Dor**” teve uma repercussão importante na qualidade de vida, principalmente nos grupos de gestantes com fatores de risco e naquelas em trabalho de parto prematuro, apresentando valores abaixo da média, havendo diferença estatisticamente significativa na comparação com o Grupo 1. Couto et al.⁴, analisando as gestantes com má-história obstétrica e Mckee et al.¹⁵, que avaliaram gestantes de baixo risco, encontraram valores de escores muito próximos aos das gestantes com fatores de risco deste estudo. No estudo de Moura et al.¹⁶, a percepção de dor foi mais desfavorável ainda, isto devido às características das gestantes, com dor lombar.

Os “**Aspectos Sociais**” nas gestantes de baixo risco estudadas foram o segundo melhor parâmetro avaliado, significativamente superior aos encontrados nos outros grupos estudados. Valores de escores semelhantes a este também foram observados em outros estudos.^{5, 8-9, 15, 17, 20, 23}

As gestantes com risco para parto prematuro deste estudo apresentaram uma melhor percepção deste aspecto em relação ao estudo de Couto et al.⁴ que envolveu grupo semelhante de gestantes. No grupo em trabalho de parto prematuro houve a avaliação mais desfavorável entre os grupos, fato esperado, pois estas mulheres estavam internadas. Entretanto, a avaliação deste parâmetro se mostrou ainda menor nos estudos de Smith et al.²¹, entre gestantes que

apresentavam náusea e vômito, sintomas estes que provavelmente interferiram nas atividades sociais, e no de Drescher et al.⁷, com gestantes adolescentes, o que demonstra sua grande dificuldade de adaptação em relação à sociedade.

Quanto aos “**Aspectos Emocionais**”, as gestantes consideraram este como o segundo domínio mais desfavorável no contexto da avaliação da qualidade de vida, sendo que na comparação entre os grupos houve diferença significativa apenas entre os Grupos 1 e 3. Comparando com os demais estudos, este aspecto apresentou os menores valores no grupo de gestantes de risco, o que demonstra que as preocupações, em decorrência do risco gestacional, refletem de maneira fortemente negativa neste grupo e que o estado emocional destas gestantes pode se encontrar instável em decorrência de sua morbidade, especialmente no grupo em trabalho de parto prematuro. As gestantes com má história obstétrica⁴, também apresentaram valores baixos nesta avaliação, provavelmente devido à experiência negativa de uma gestação anterior. Vale destacar ainda que as gestantes adolescentes avaliadas por Drescher et al.⁷ também apresentaram uma avaliação desfavorável neste domínio.

No domínio “**Saúde Mental**”, verificamos que as gestantes em trabalho de parto prematuro foram as que apresentaram menores escores, e que houve diferença significativa apenas entre os Grupos 1 e 3. Couto et al.⁴ encontraram valores de escore maiores em relação às gestantes de baixo risco e menores em relação ao grupo de gestantes com fatores de risco para parto prematuro. Observamos que gestantes de risco, neste e em outros estudos, apresentaram pior avaliação em relação à saúde mental que gestantes de baixo risco.^{4,7}

No grupo de baixo risco, os parâmetros de avaliação da qualidade de vida apresentaram-se maiores quando comparados às gestantes de risco e estes servem como referência para determinar o quanto um agravo gestacional pode afetar a qualidade de vida das gestantes.

Portanto, medidas de promoção de saúde, como orientações sobre as alterações decorrentes da gravidez, devem ser desenvolvidas no decorrer da gestação, principalmente nas situações que apresentam algum fator de risco, no sentido de preservar ou melhorar a percepção da qualidade de vida entre estas mulheres. Durante a gestação, deveriam ser empregadas medidas de avaliação de qualidade de vida, para assim poder avaliar o impacto das doenças, principalmente nos grupos de risco, visto que estes são os mais afetados.

Conclusão

Gestantes de baixo risco apresentam maior índice de qualidade de vida, quando comparadas às com fatores de risco para parto prematuro. Gestantes internadas em trabalho de parto prematuro apresentam piores escores de qualidade de vida quando comparadas com gestantes de baixo risco e com fatores de risco para parto prematuro.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SINASC – Sistema de informações de nascidos vivos.[Acesso 29 maio 2009]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
2. Carvalho MHB, Bittar RE, Gonzales M, Brizot ML, Zugaib M. Avaliação do risco para parto prematuro espontâneo pelo comprimento do colo uterino no primeiro e segundo trimestres da gravidez. Rev Bras Ginecol Obst. 2002;24(7): 463-8.
3. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. Rev Bras Reumatol. 2003;43(2): IX-XIII.
4. Couto ER, Couto E, Vian B, Gregório Z, Nomura ML, Zaccaria R et al. Qualidade de vida, depressão e ansiedade em gestantes com má história gestacional. São Paulo Med J. 2009;127(4):185-9.
5. Da Costa D, Dritsa M, Verreault N, Balaa C, Kudzman J, Khalifé S. Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. Arch Womens Ment Health. 2009.
6. Dall’Alba V. Qualidade de vida em gestantes no terceiro trimestre com pirose e/ou regurgitação – Contribuição da Cafeína, Ácido Ascórbico e Ácido Graxos.

[Dissertação - Mestrado]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.

7. Drescher KM, Monga M, Williams P, Promecene-Cook P, Schneider K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(5):1231-3.
8. Förger F, Ostensen M, Schumacher A, Villiger PM. Impact of pregnancy on health related quality of life evaluated prospectively in pregnant women with rheumatic diseases by the SF-36 health survey. *Ann Rheum Dis.* 2005;64(10):1494-9.
9. Jomeen J, Martin CR. The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. *J Psychosom Res.* 2005; 59(3): 131-8.
10. Jomeen J, Martin CR. The impact of choice of maternity care on psychological health outcomes for women during pregnancy and the postnatal period. *J Eval Clin Pract.* 2008;14(3):391-8.
11. Kilsztajn S, Rossabach AC, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Pública* 2003;37(3): 303-10.

12. Kugahara T, Ohashi K. Characteristics of nausea and vomiting in pregnant Japanese women. *Nurs Health Sci.* 2006;8(3):179-84.
13. Lamont RF. Looking to the future. *BJOG.* 2003;110(20): 131-5.
14. Lima MOP. Qualidade de vida relacionada á saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico. [Dissertação -Mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006.
15. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol.* 2001;97(6):988-93.
16. Moura SRV, Campos RS, Mariani SHV, Siqueira AAF, Abreu LC. Dor lombar gestacional: impacto de um protocolo de fisioterapia. *Arq Med ABC.* 2007; 32(Supl.2):S59-63.
17. Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4): 789-806.
18. Park JS, Park CW, Lockwood CJ, Norwitz ER. Role of cytokines in preterm labor and birth. *Minerva Ginecol.* 2005;57(4): 349-66.

19. Pesavento F, Marconcini E, Drago D. Qualitá della vita e depressione in gravidanza normale e a rischio. *Minerva Ginecol.* 2005;57(4): 451-60.

20. Setse R, Grogan R, Pham L, Cooper LA, Strobino D, Powe NR et al. Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: The health status in pregnancy (HIP) study. *Matern Child Health J.* 2009;13:577-87.

21. Smith C, Crowther C, Beilby J, Dandeaux J. The impact of nausea and vomiting on women: a burden of early pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 2000;40(4):397-401.

22. Tavares JS, Melo ASO, Amorin MMR, Barros VO, Takito MY, Benício MHD et al. Padrão de atividade física entre gestantes atendidas pela estratégia saúde da família de Campina Grande – PB. *Rev Bras Epidemiol.* 2009;12(1):10-9.

23. Tendais I, Figueiredo B, Mota J. Atividade física e qualidade de vida na gravidez. *Anais Psicol.* 2007;3(25): 489-501.

24. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care.* 1992;30:473-83.

Tabela 1. Medianas das características sociodemográficas e obstétricas das gestantes, segundo o grupo estudado.

Características	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	p ^c
	M _d (Q1; Q3)	M _d (Q1; Q3)	M _d (Q1; Q3)	
Idade	24 (22-30)	28 (24-32)	23 (20-30)	0,0124
Renda Familiar	2 (1-3)	3 (2-4)	2 (1-3)	0,0086
Idade Gestacional	30,4 (23,4-36,3)	25,1 (19,1-31)	32,7 (31,3-34)	<0,0001
Gestações	2 (1-3)	3 (2-5)	2,5 (1-3)	0,0002
Paridade	1 (0-1)	1 (1-0)	1 (0-2)	0,4152
Aborto	0 (0-0)	1 (0-1)	0 (0-1)	<0,0001
Nº Filhos	1 (1-2)	1 (0-2)	2 (1-2)	0,538
Nº Filhos mortos	1 (1-1)	1 (1-1,5)	1 (1-1,5)	0,1094

φ Teste de Kruskal-Wallis

Grupo 1: gestantes de baixo risco;

Grupo 2: gestantes com fatores de risco para prematuridade;

Grupo 3: gestantes em trabalho de parto prematuro.

M_d: Mediana

Q1: Primeiro Quartil;

Q3: Terceiro Quartil.

Tabela 2. Diferenças nas condições sociodemográficas e obstétricas observadas na comparação entre grupos.

Características	Valor-p[£]		
	1 X 2	1 X 3	2 X 3
Idade	0,0122	0,6067	0,0099
Renda familiar	0,0093	0,7103	0,0070
Idade gestacional	0,0053	0,3150	<0,0001
Gestações	0,0005	0,1418	0,0362
Aborto	<0,0001	0,1582	0,0023

[£]Teste de Mann-Whitney

Tabela 3. Médias de escores dos domínios do SF-36 entre gestantes, segundo o grupo estudado.

Domínios do SF- 36	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Valor p
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
Capacidade funcional	67,7(23,3)	40,6 (25)	40,8 (26,1)	<0,0001
Aspectos físicos	50 (34,7)	20,4 (30)	19,9 (26,8)	0,0089
Dor	63,6 (21,1)	49,5 (18,5)	44,2 (21,3)	<0,0001
Estado geral de saúde	76,6 (16,6)	70,9 (19)	68,3 (23,7)	0,1201
Vitalidade	54 (17,8)	51 (19,7)	48,6 (27,1)	0,3545
Aspectos sociais	72,2 (25,3)	58,6 (28)	50,2 (26,7)	0,0006
Aspectos emocionais	59,3 (38,1)	38,3 (38,5)	32,1 (39,4)	0,0033
Saúde mental	64,4 (19,3)	60,4 (22,5)	51,6 (28,2)	0,0245

ANOVA com covariáveis: idade, renda familiar (SM), idade gestacional, gestações e aborto.

Grupo 1: gestantes de baixo risco;

Grupo 2: gestante com risco para prematuridade;

Grupo 3: gestantes em trabalho de parto prematuro.

Tabela 4. Diferenças observadas nos domínios do SF-36 na comparação entre grupos.

Domínios	Valor-p ^{&}		
	1 X 2	1 X 3	2 X 3
Capacidade Funcional	<0,0001	<0,0001	1,0000
Aspectos Físicos	0,1777	0,0137	1,0000
Dor	0,0064	<0,0001	0,8905
Aspectos Sociais	0,0203	0,0007	1,0000
Aspectos Emocionais	0,0888	0,0032	1,0000
Saúde mental	1,0000	0,0325	0,1115

[&]Teste de Bonferroni

5. Discussão

O objetivo central deste estudo foi verificar a qualidade de vida associada ao risco de parto prematuro, comparando gestantes de baixo risco com aquelas de risco para parto prematuro, utilizando para tanto um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, o SF – 36.

O SF-36 tem sido o instrumento de qualidade de vida mais utilizado em gestantes, avaliando aspectos relacionados à capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore de 0 a 100, no qual zero corresponde a um pior estado geral de saúde e 100 a um melhor estado de saúde (30).

Observou-se que a qualidade de vida em gestantes com risco para parto prematuro, internadas ou não, foi inferior àquelas que não apresentaram este risco.

Os estudos de avaliação de qualidade de vida em gestantes mostram que a percepção na gestante de risco, independente da intercorrência apresentada, foi inferior ao da gestante de baixo risco (50-63, 65-66, 70). Provavelmente isto mostra que as preocupações e restrições decorrentes da gestação de risco são provavelmente os principais motivos acerca das modificações sobre a percepção de saúde neste grupo.

O tamanho amostral dos estudos de qualidade de vida em gestantes apresentam uma grande variação, sendo que a maior população analisada foi de

593 gestantes (52) e a menor foi de 14 gestantes (60). Vale ressaltar que neste estudo a amostra foi de 162 gestantes, semelhante ao avaliado por outros autores (55, 56, 58, 61).

Os estudos de avaliação da qualidade de vida, tanto nas gestantes de baixo quanto de alto risco, mostram uma heterogeneidade populacional, o que talvez possa justificar a diferença dos resultados encontrados nos parâmetros de aferição. Alguns estudos com gestantes de baixo risco (52, 54, 58, 60, 63) indicam que as gestantes apresentavam fatores de risco ou sintomas de depressão, náusea, vômito e pirose, podendo este ser um fator que interferiu na diferença dos valores dos escores entre os grupos. Nos grupos de gestante de risco houve diferenças entre os diagnósticos gestacionais e, de maneira geral, observamos que independente do acometimento, os valores dos escores são menores.

Verificamos que na comparação de variáveis sociodemográficas e obstétricas entre os grupos estudados, as gestantes com fatores de risco para parto prematuro (Grupo 2), diferiram significativamente das outras gestantes (Grupos 1 e 3). Talvez isto decorra do fato de que no Grupo 2 a insuficiência istmo-cervical foi a condição mórbida mais frequentemente encontrada (48,1%), o que confere características particulares a este grupo e que podem interferir nos resultados referentes à avaliação da qualidade de vida.

As gestantes ao serem abordadas para participar da pesquisa mostraram-se interessadas em relação à temática, considerando importante a avaliação da qualidade de vida e não somente do acometimento presente na gestação.

A coleta de dados dos grupos de gestantes de baixo risco e com fatores de risco para o parto prematuro não causou qualquer problema em relação à

operacionalização das entrevistas, visto que os dias de atendimento eram fixos e havia um bom número de gestantes com as características para serem incluídas na amostra. O mesmo não ocorreu no grupo de gestantes em trabalho de parto prematuro. Outra dificuldade foi em relação às gestantes com baixo grau de escolaridade que apresentaram dificuldade quanto à leitura e interpretação das questões do SF-36. Algumas gestantes acharam o instrumento extenso e, de uma maneira geral, gastaram em média de 10 a 15 minutos para responder às questões.

A qualidade de vida na gestação é uma temática pouco pesquisada e a maioria dos estudos foi realizada em situações de baixo risco, provavelmente pelo fato de serem um grupo de mais fácil acesso. Verificamos que houve variação entre os domínios de maior e menor escore, talvez em decorrência das diferenças entre as amostras dos estudos.

Em relação ao grupo de gestantes de risco, foram encontrados poucos estudos de avaliação da qualidade de vida e verificamos que a avaliação foi realizada sem considerar especificamente a doença apresentada durante a gravidez, possivelmente pelo fato de que os pesquisadores estão preocupados com a situação de risco e não com a doença propriamente dita, podendo assim ter uma visão mais holística das diferenças entre o grupo de baixo risco com o de alto risco.

Na avaliação dos domínios entre as gestantes de baixo risco e de risco, a literatura aponta que o Estado Geral de Saúde apresenta os maiores escores, e o domínio que apresenta avaliação mais desfavorável corresponde aos Aspectos

Físicos, seguido pela Vitalidade, provavelmente em decorrência das modificações ocorridas devido à gestação.

Por outro lado, a pesquisa que avaliou adolescentes (65), o domínio Vitalidade foi o que obteve maior pontuação, contrariamente a outras faixas etárias. Isto talvez reflita a própria característica da adolescência, com maior vigor e energia em suas atividades.

Com o desenvolvimento desta pesquisa pode-se observar que a utilização do SF-36 para avaliação da qualidade de vida em gestantes conseguiu mostrar diferenças na comparação entre os grupos de gestantes de baixo risco e gestantes de risco.

A “**Capacidade Funcional**” foi um dos domínios que apresentou valor próximo de 50 no escore da população geral. Na avaliação entre os grupos houve valor quase idêntico entre as gestantes com fatores de risco para prematuridade e com trabalho de parto prematuro, que diferiram significativamente do escore do Grupo 1. Comparando estes dados com os das demais pesquisas realizadas verificamos que somente um estudo (65) apresentou pior avaliação, provavelmente pelo fato das gestantes serem adolescentes, que foram excluídas de nosso estudo.

Por outro lado, no domínio “**Aspectos Físicos**” verificamos, de uma maneira geral, que esta foi a pior avaliação, especialmente entre as gestantes com risco e naquelas em trabalho de parto prematuro, onde os valores foram extremamente baixos e significativamente diferentes em relação ao grupo sem risco. Os escores de Aspectos Físicos nos Grupos 2 e 3 apresentaram valores

próximos ao estudo desenvolvido em gestantes com má história obstétrica (70), provavelmente pelo fato da prematuridade ter sido o antecedente com maior incidência no estudo deste autor. Nos estudos realizados por outros autores (53, 54, 60) as gestantes tiveram uma percepção de qualidade de vida relacionada aos Aspectos Físicos similar às gestantes de baixo risco desta pesquisa. Förger et al. (66) concluíram em sua pesquisa que a atividade física apresenta-se reduzida entre grávidas saudáveis. Tavares et al. (73) relatam que as gestantes apresentam baixo padrão de atividade física desde o primeiro trimestre e diminuindo com o evoluir da gravidez, com 100% das gestantes atingindo o padrão sedentário na 32ª semana de gestação. A gestação afeta diretamente o aspecto físico da mulher devido às modificações corporais, como alteração da estática, marcha e aumento do volume uterino, que podem acarretar alguma restrição das atividades no trabalho e/ou atividade diária da gestante. Já a gestante com risco para prematuridade ou aquelas em trabalho de parto prematuro habitualmente são orientadas a permanecer em repouso ou diminuir sua atividade física, portanto estes poderiam ser alguns dos principais motivos relacionados a uma avaliação tão desfavorável neste domínio.

Na avaliação do “**Estado Geral de Saúde**” verificamos que este foi o domínio que apresentou o melhor escore, curiosamente independente de serem gestantes de baixo risco ou de alto risco. Este achado é semelhante ao de Couto et al. (70), provavelmente devido às gestantes apresentarem características similares entre os estudos. Pesquisas com gestantes de baixo risco mostram que elas apresentam, de maneira geral, uma boa percepção em relação à avaliação do seu estado geral de saúde, com valores de escores superiores a 70 (50, 51, 53,

54, 57, 58, 61, 62, 66). Isto indica que estas mulheres provavelmente consideram a gestação como um evento saudável e que não traz repercussões negativas à sua saúde geral. Naquelas que avaliamos e que tinham condições de risco gestacional, talvez o fato de não apresentarem intercorrências clínicas com risco à própria saúde (como diabetes e hipertensão, por exemplo), possa tê-las levado a considerar que seu estado geral de saúde era bom, não se considerando “doentes”, ou com a saúde prejudicada.

A “**Vitalidade**” das gestantes deste estudo foi, de maneira geral, semelhante à de outros estudos com escores intermediários e próximos entre elas, independente das características dos grupos. As gestantes, muitas vezes, apresentam jornada dupla de trabalho, ou seja, realizam as atividades relacionadas à sua ocupação e ainda as atividades domésticas que, associadas às modificações gravídicas, podem refletir diretamente na avaliação deste componente. As gestantes com náusea e vômito estudadas por Smith et al. (52), apresentaram a avaliação mais desfavorável deste aspecto de qualidade de vida entre todos os estudos avaliados, seguidas pelas gestantes com depressão dos estudos de Nicholson et al. (58) e de Setse et al. (63), provavelmente devido à condição clínica apresentada, que certamente interfere na vida de uma maneira geral.

Nos grupos estudados a “**Dor**” teve uma repercussão importante na qualidade de vida, principalmente nos grupos de gestantes com fatores de risco e naquelas em trabalho de parto prematuro, apresentando valores abaixo da média, havendo diferença estatisticamente significativa na comparação com o Grupo 1. Couto et al. (70), analisando gestantes com má-história obstétrica e Otchet et al.

(51) e Mckee et al. (53), que avaliaram gestantes de baixo risco, encontraram valores de escores muito próximos aos das gestantes com fatores de risco deste estudo. No estudo de Moura et al. (60), a percepção de dor foi mais desfavorável ainda, porém esta avaliação se justifica porque o grupo estudado foi escolhido pela presença de dor lombar na gestação. Podemos considerar que a dor é uma das queixas mais frequentes na gestação, com vários fatores predisponentes como presença de câimbras, modificações de curvatura da coluna lombar, constipação, hemorróidas, mastalgia, desconfortos em decorrência do aumento do volume uterino e presença de contrações uterinas, dentre outros.

Os “**Aspectos Sociais**” nas gestantes de baixo risco estudadas foram o segundo melhor parâmetro avaliado, apresentando valor maior que 70, significativamente superior aos encontrados nos outros grupos estudados. Valores de escores maiores que 70 também foram observados em outros estudos (50, 51, 53, 55, 58, 59, 62, 63, 66). Podemos considerar que as restrições físicas impostas às gestantes de risco fizeram as mesmas modificar, diminuir ou suspender suas atividades sociais, o que justificaria a diferença entre os grupos. Apesar disso, as gestantes com risco para parto prematuro deste estudo apresentaram uma melhor percepção deste aspecto em relação ao estudo de Couto et al. (70) que envolveu grupo semelhante de gestantes. No grupo em trabalho de parto prematuro houve a avaliação mais desfavorável entre os grupos, fato esperado, pois estas mulheres estavam internadas. Entretanto, a avaliação deste parâmetro se mostrou ainda menor nos estudos de Smith et al. (52), entre gestantes que apresentavam náusea e vômito, sintomas estes que provavelmente interferiram nas atividades sociais, e

no de Drescher et al. (65), com gestantes adolescentes, o que demonstra sua grande dificuldade de adaptação em relação à sociedade.

Quanto aos “**Aspectos Emocionais**”, as gestantes consideraram este como o segundo domínio mais desfavorável no contexto da avaliação da qualidade de vida, sendo que na comparação entre os grupos houve diferença significativa apenas entre os Grupos 1 e 3. Comparando com os demais estudos, este aspecto apresentou os menores valores no grupo de gestantes de risco, o que demonstra que as preocupações, em decorrência do risco gestacional, refletem de maneira fortemente negativa neste grupo e que o estado emocional destas gestantes pode se encontrar instável em decorrência de sua morbidade, especialmente no grupo de gestantes em trabalho de parto prematuro. As gestantes com má história obstétrica, da pesquisa de Couto et al. (70), também apresentaram valores baixos nesta avaliação, provavelmente devido à experiência negativa de uma gestação anterior. Vale destacar ainda que as gestantes adolescentes avaliadas por Drescher et al. (65) também apresentaram uma avaliação desfavorável deste domínio, o que vem de encontro aos achados da pesquisa de Araújo et al. (74), que mostrou que as gestantes jovens e de menor escolaridade apresentaram maior chance de desenvolver ansiedade, e aos de Moreira et al. (75), que verificaram que a gestação era vista como um problema indesejado e as adolescentes tinham medo de compartilhar a descoberta da gestação, fatores estes que podem interferir nos aspectos emocionais.

No domínio “**Saúde Mental**”, os estudos realizados por Tendais, Figueiredo e Mota (59), Smith et al. (52) e Setse et al. (63) encontraram valores muito próximos ao deste estudo, quando comparado aos escores gerais, apesar

de os grupos apresentarem características distintas entre si. Verificou-se que as gestantes em trabalho de parto prematuro foram as que apresentaram menores escores, tendo havido diferença significativa apenas entre os Grupos 1 e 3. Couto et al. (70) encontraram valores de escore maiores em relação aos das gestantes de baixo risco e menores em relação aos do grupo de gestantes com fatores de risco para parto prematuro. Foi observado que gestantes de risco, neste e em outros estudos (65, 70), apresentaram pior avaliação em relação à saúde mental que gestantes de baixo risco. Podem-se considerar alguns fatores contribuintes para isto, como o rótulo que recebe "de risco", a repercussão nas atividades diárias e a própria cobrança e preocupação em relação à evolução da gestação. Shimizu e Lima (76) ressaltam que a maioria das mulheres também experimentam o medo da transformação negativa do seu corpo e essa experiência é vivida de forma muito angustiante.

As gestantes com risco para parto prematuro, especialmente aquelas que se encontravam internadas apresentaram índices baixos na avaliação da qualidade de vida na maioria os domínios avaliados.

A avaliação qualidade de vida das gestantes em trabalho de parto prematuro apresentou escores mais desfavoráveis, mostrando que a internação hospitalar reflete de maneira negativa na vida da gestante. Porém vale ressaltar que não houve diferença significativa nos domínios entre o grupo de gestantes com trabalho de parto prematuro e aquele com fatores de risco para parto prematuro, possivelmente devido à avaliação da qualidade de vida ter sido realizada, na maioria dos casos, no primeiro dia de internação ou, então, pelo fato de muitas delas estarem com ameaça de trabalho de parto prematuro, de tal forma

que estes fatores ainda não tenham causado maior impacto sobre a auto-avaliação da qualidade de vida.

Para tanto, a identificação precoce dos fatores de risco para parto prematuro torna-se uma medida necessária e efetiva, visto que com o conhecimento destes as intervenções e terapêuticas adequadas poderão ser propostas e aplicadas no sentido de amenizar ou excluir o fator desencadeante do parto prematuro. Assim a repercussão de um determinado fator de risco na gestação será menor e haverá uma redução no número de gestantes internadas; com isto poderão ser preservados os parâmetros de avaliação da qualidade de vida destas gestantes.

A avaliação dos domínios do SF-36 mostrou que o Estado Geral de Saúde das gestantes de risco e daquelas em trabalho de parto prematuro apresentou uma boa pontuação. Talvez isto se deva ao fato de elas considerarem sua gestação saudável e que o nascimento de uma criança prematura não seja um indicativo de prejuízo de sua condição de saúde.

Os domínios relacionados à capacidade funcional e aspectos físicos apresentaram valores baixos e próximos nas gestantes de risco e naquelas em trabalho de parto prematuro, indicando que o repouso, terapêutica empregada nestes casos, realmente altera a qualidade de vida destas gestantes. Entretanto, esta é uma conduta preconizada e vale ressaltar que é temporária em muitos casos. Portanto, a percepção da qualidade de vida nestes aspectos poderá ser recuperada em curto período de tempo, onde atividades leves poderão ser retomadas no cotidiano da vida da gestante, o que também irá repercutir de forma positiva em relação aos aspectos sociais das gestantes.

O domínio Dor apresentou valores menores nas gestantes em trabalho de parto prematuro, provavelmente em decorrência das contrações uterinas, o que também indica a necessidade de inibir a atividade uterina com drogas tocolíticas que, controlando o trabalho de parto prematuro, pode melhorar a avaliação deste domínio de maneira progressiva.

A Vitalidade apresentou nestes grupos valores próximos a 50, mostrando que algumas gestantes, apesar do repouso, sentiram-se com força e vigor razoavelmente preservados. Sendo assim, atividades que não exijam esforço físico poderiam ser estimuladas, o que resultaria em melhoria da vitalidade e provavelmente também contribuiria para a evolução nos aspectos emocionais e da saúde mental.

A avaliação da qualidade de vida na gestação é importante no sentido de que muitas alterações ocorrem em decorrência da própria gravidez, mesmo sendo esta considerada um fenômeno fisiológico, onde, portanto, a qualidade de vida deveria ser preservada ou sofrer pequenas alterações.

Os parâmetros de avaliação da qualidade de vida no grupo de baixo risco apresentam-se melhores quando comparados aos das gestantes de risco e estes servem como referência para determinar o quanto um agravo gestacional pode afetar a qualidade de vida das gestantes, especialmente nas intercorrências que apresentam maior incidência, como naquelas com risco para prematuridade.

Portanto, medidas de promoção de saúde devem ser desenvolvidas no decorrer da gestação, principalmente nas situações que apresentam algum fator de risco, no sentido de preservar ou melhorar a percepção da qualidade de vida entre estas mulheres.

Como medidas de promoção de saúde, poderiam ser realizadas atividades educativas com grupos de gestantes, discutindo acerca das alterações ocorridas na mulher em decorrência da gravidez, principalmente no sentido de propor medidas que possam aliviar o impacto dessas alterações, fazendo com que o ciclo grávido-puerperal transcorra de maneira mais fisiológica possível, não interferindo, ou interferindo pouco, na qualidade de vida.

Nas unidades de atendimento pré-natal, poderiam ser adotadas medidas de controle e prevenção dos riscos gestacionais de forma mais efetiva, principalmente no que diz respeito aos acometimentos de maior incidência.

Nos casos em que houver um risco maior de comprometimento da qualidade de vida, como nas situações de gestantes de risco, deveriam ser incluídas, durante o pré-natal, consultas com abordagem diferenciada, no sentido de captar de maneira detalhada o impacto atual dos fatores de risco, adotar medidas de prevenção mais rigorosas e atuar rapidamente nos casos de agravamento da condição clínica. Ressaltamos a importância do apoio de uma equipe multidisciplinar, que pode identificar e entender os múltiplos aspectos envolvidos com a qualidade de vida das gestantes e, assim, atuar de forma mais consistente.

Durante as consultas de pré-natal, bem como durante as internações, deveriam ser empregadas medidas de avaliação de qualidade de vida das gestantes, para assim poder avaliar o impacto das doenças, principalmente nos grupos de risco, visto que estes são os mais afetados e, conseqüentemente, com qualidade de vida inferior aos de baixo risco.

Consideremos que para compreendermos melhor os múltiplos e complexos aspectos envolvidos nesta questão, particularmente em situações de risco gestacional, são necessários mais estudos, com maiores tamanhos amostrais e com número maior de situações mórbidas, pois só assim saberemos realmente como poder atuar de forma mais sistemática na abordagem das mulheres durante o acompanhamento de suas gestações, sem esquecer deste importante aspecto que é a avaliação de sua qualidade de vida.

6. Conclusões

Foram encontrados poucos estudos avaliando qualidade de vida durante a gestação utilizando o instrumento SF-36, mas trata-se de questionário efetivo para esta avaliação. A maioria dos estudos analisados foi desenvolvida com gestantes de baixo risco; as gestantes de risco foram avaliadas sem considerar especificamente a intercorrência apresentada e apresentaram índices de qualidade de vida inferiores.

Capacidade Funcional, Dor e Aspectos Sociais foram significativamente maiores no grupo de gestantes de baixo risco em comparação com o grupo de gestantes com fatores de risco para parto prematuro.

Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Aspectos Sociais e Aspectos Emocionais e Saúde Mental foram significativamente maiores no grupo de gestantes de baixo risco em comparação com o grupo de gestantes com trabalho de parto prematuro.

Não houve diferenças significativas na qualidade de vida entre gestantes com fatores de risco para parto prematuro e aquelas internadas com trabalho de parto prematuro.

Gestantes de baixo risco apresentaram melhor índice de qualidade de vida quando comparadas aos grupos de risco para parto prematuro.

7. Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco / Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 163p.
2. WHO: Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to perinatal period and use a new certificate for cause perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. Acta Obst Gynecol Scand. 1977;56:247-53.
3. Kilsztajn S, Rossabach AC, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. Rev Saúde Pública 2003;37(3): 303-10.
4. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SINASC – Sistema de informações de nascidos vivos.[Acesso 29 maio 2009]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
5. Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevichh A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. Rev Saúde Pública. 2008;42:957-64.
6. Rades E, Bittar E, Zugaib M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. RBGO. 2004;26(8): 655-62.
7. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Assistência Pré-natal: Manual de orientação. [s.l.]; 2000. 139p.

8. Bittar RE. O que fazer para evitar a prematuridade. Rev Assoc Med Bras. 2001;47(1):15-6.
9. Lumley J. Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. BJOG. 2003;110(20): 3-7.
10. Alanen A. Does screening reduce preterm births? BMJ. 2004;329-74.
11. Park JS, Park CW, Lockwood CJ, Norwitz ER. Role of cytokines in preterm labor and birth. Minerva Ginecol. 2005;57(4): 349-66.
12. Germain AA, Enrique OE. Parto Prematuro. Rev Chil Obstet Ginecol. 1996;61:189-203.
13. Marlow N, Wolke D, Bracewell MA, Samara M; EPICure Study Group. Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. N Engl J Med. 2005;352:9-19.
14. Martin JA, Hamilton B, Sutton PD, et al. Births: final data for 2005. Natl Vital Stat Rep. 2007;56:86.
15. Tucker J, McGuire W. Epidemiology of preterm birth. BMJ. 2004; 329 (7467): 675-8.
16. Lamont RF. Looking to the future. BJOG. 2003;110(20): 131-5.
17. Carvalho MHB, Bittar RE, Gonzales M, Brizot ML, Zugaib M. Avaliação do risco para parto prematuro espontâneo pelo comprimento do colo uterino no primeiro e segundo trimestres da gravidez. Rev Bras Ginecol Obst. 2002;24(7): 463-8.

18. Oliveira TA, Carvalho CMP, Souza E, Santos JFK, Guaré SO, Mariani-Neto C et al. Avaliação do parto prematuro: Teste da fibronectina fetal e medida do colo uterino. *Rev Bras Ginecol Obst.* 2000;22(10):633-9.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-Natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada – Manual Técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162p.
20. Pesavento F, Marconcini E, Drago D. Qualità della vita e depressione in gravidanza normale e a rischio. *Minerva Ginecol.* 2005;57(4): 451-60.
21. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sc Med* 1995;41(10):1403-9.
22. Gaíva MAM. Qualidade de vida e saúde. *R Enferm UERJ.* 1998;6(2):377-82.
23. Pereira, RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL. O conhecimento dos instrumentos de avaliação de qualidade devida em saúde e sua importância em intervenções inclusivas e interdisciplinares. *Mundo Saúde.* 2005;29(1):72-81.
24. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000;5(1):163-77.
25. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para Língua Portuguesa e validação o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF – 36 (Brasil SF – 36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.

26. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. Rev Bras Reumatol. 2003;43(2):IX-XIII.
27. Fayers PM, Machin D. Quality of life. Assessment, analysis and interpretation. Chichester: New York: John Wiley, 2000.
28. Gilson BS, Gilson JS, Bergner M, Bobbit RA, Kressel S, Pollard WE et al. The sickness impact profile. Development of an outcome measure of health care. Am J Public Health. 1975;65(12):1304-10.
29. Hunt S, McEwen J, McKenna S. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. J R Coll Gen Pract. 1995;35:185-8.
30. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. Medical Care. 1992;30:473-83.
31. Steinbrocker O, Traeger CH, Batterman RC: Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. J Am Med Assoc. 1949;140(8): 659-62.
32. Katz S, Ford A, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. J Am Med Assoc. 1963;12:914-9.
33. Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica da universidade públicas do Estado de São Paulo Rev Latino-Am Enfermagem. 2003;11(4):532-8.
34. Keller S, Ware J, Bentler PM, Aaronson JA, Apolone G, Bjorner JB et al. Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 health

- survey in ten countries: results from IQOLA Project. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:1179-88.
35. Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*. 1992;305:160-4.
36. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. The SF-36 physical and mental health summary scales: a user manual. Boston, MA: The Health Institute, 1994.
37. Ciconelli RM. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "*Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey (SF 36)*". [Tese - Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 1997.
38. Jagsch R, Pils K. Which instrument is more suitable to assess health-related quality of life: Nottingham Health Profile or Short-Form-36? *Wien Med Wochenschr*. 2006;156(5-6):149-57.
39. Tennstedt SL, Fitzgerald MP, Nager CW, Xu Y, Zimmern P, Kraus S et al. Quality of life in woman with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007;18(5):543-9.
40. De Lorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(5):312-7.
41. Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Marcondes-Machado J. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com HIV/AIDS através do HAT-Qol. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):430-7.
42. WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors.

- Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p 41-60.
43. Conte EMT. Indicadores de qualidade de vida em mulheres idosas. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum. 2005;7(2):118.
 44. Zahar SEV, Aldrighi JM, Pinto-Neto AM et al. Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. Rev Assoc Med Bras. 2005;51(3):133-8.
 45. Yang YL, Chao YM, Chen YC, Yahoo G. Changes and factors influencing health-related quality of life after hysterectomy in premenopausal woman with benign gynecologic conditions. J Formos Med Assoc. 2006;105(9):731-42.
 46. Gil KM, Gibborns HE, Jenison EL, Hopkins MP, Von Gruenigen VE. Baseline characteristics influencing quality of life in woman undergoing gynecologic oncology surgery. Health Qual Life Outcomes. 2007;17:5-25.
 47. Lemoine S, Rossell N, Drapeau V, Poulain M, Garnier S, Sanguignol F et al. Effect of weight reduction on quality of life and eating behaviors in obese woman. Menopause. 2007;14(3):432-40.
 48. Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA. Validação do questionário de qualidade de vida (*King's Health Questionnaire*) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(5):235-42.
 49. Silva Filho CR, Baracat EC, Conterno LO et al. Sintomas climatéricos e qualidade de vida: validação do questionário da saúde da mulher. Rev Saúde Pública. 2005;39(3): 333-9.
 50. Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. J Fam Pract. 1998;47(3):209-12.

51. Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: What is normal? *Obstet Gynecol.* 1999 Dec; 94(6):935-41.
52. Smith C, Crowther C, Beilby J, Dandeaux J. The impact of nausea and vomiting on women: a burden of early pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynecol.* 2000;40(4):397-401.
53. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol.* 2001;97(6):988-93.
54. Dall'Alba V. Qualidade de vida em gestantes no terceiro trimestre com pirose e/ou regurgitação – Contribuição da Cafeína, Ácido Ascórbico e Ácidos Graxos. [Dissertação - Mestrado]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
55. Jomeen J, Martin CR. The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. *J Psychosom Res.* 2005;59(3):131-38.
56. Kugahara T, Ohashi K. Characteristics of nausea and vomiting in pregnant Japanese women. *Nurs Health Sci.* 2006;8(3):179-84.
57. Lima MOP. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico. [Dissertação -Mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006.
58. Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4):789-806.

59. Tendais I, Figueiredo B, Mota J. Atividade física e qualidade de vida na gravidez. *Anais Psicol.* 2007;3(25):489-501.
60. Moura SRV, Campos RS, Mariani SHV, Siqueira AAF, Abreu LC. Dor lombar gestacional: impacto de um protocolo de fisioterapia. *Arq Med ABC.* 2007;32(Supl.2):S59-63.
61. Jomeen J, Martin CR. The impact of choice of maternity care on psychological health outcomes for women during pregnancy and the postnatal period. *J Eval Clin Pract.* 2008;14(3):391-8.
62. Da Costa D, Dritsa M, Verreault N, Balaa C, Kudzman J, Khalifé S. Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 2009.
63. Setse R, Grogan R, Pham L, Cooper LA, Strobino D, Powe NR et al. Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: The health status in pregnancy (HIP) study. *Matern Child Health J.* 2009;13:577-87.
64. Vallin ALBA. Exercícios físicos aquáticos, qualidade de vida e experiência de pré-natal em gestantes atendidas em serviço público de saúde. [Dissertação - Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.
65. Drescher KM, Monga M, Williams P, Promecene-Cook P, Schneider K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(5):1231-3.

66. Förger F, Ostensen M, Schumacher A, Villiger PM. Impact of pregnancy on health related quality of life evaluated prospectively in pregnant women with rheumatic diseases by the SF-36 health survey. *Ann Rheum Dis.* 2005;64(10): 1494-9.
67. Dolan LM, Walsh D, Hamilton S, Marshall K, Thompson K, Ashe RG. A study of quality of life in primigravida with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2004;15(3):160-4.
68. Olsson C, Nilsson-Wikmar L. Health-related quality of life and physical ability among pregnant woman with and without back pain in late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(4):351-7.
69. Brummen HJV, Bruinse HW, Van de Pol G, Heintz APM, Van der Vaart CH. What is the effect of overactive bladder symptoms on woman's quality of life during and after first pregnancy? *BJU Int.* 2006;97(2): 296-300.
70. Couto ER, Couto E, Vian B, Gregório Z, Nomura ML, Zaccaria R et al. Qualidade de vida, depressão e ansiedade em gestantes com má história gestacional. *São Paulo Med.* 2009;127(4):185-9.
71. Brasil. LEI Nº 9.394, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional [acesso em 6 out 2009] Brasília – DF; 1996. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>
72. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Acesso em: 14 abr. 2006] Disponível em: <http://www.icb.usp.br/etica/etica_res196.html>.

73. Tavares JS, Melo ASO, Amarin MMR, Barros VO, Takito MY, Benício MHD et al. Padrão de atividade física entre gestantes atendidas pela estratégia saúde da família de Campina Grande – PB. Rev Bras Epidemiol. 2009;12(1):10-9.
74. Araújo DMR, Pacheco AHRN, Pimenta AM, Kac G. prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2008;8(3):333-40.
75. Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):312-20.
76. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2009;62(3): 387-92.

8. Anexos

8.1 Anexo I: Instrumento de caracterização da amostra

Entrevista nº _____
Grupo: _____

Idade: _____ anos

Nível educacional: [1] Ensino fundamental incompleto
[2] Ensino fundamental completo
[3] Ensino médio incompleto
[4] Ensino médio completo
[5] Ensino superior incompleto
[6] Ensino superior completo
[7] Pós-graduação

Situação conjugal: [1] tem parceiro
[2] não tem parceiro

Ocupação: _____

Renda familiar: _____ salários mínimos

Idade gestacional: _____

Gestação: _____ Paridade: _____ Aborto: _____

Número de filhos vivos: _____ Natimorto: _____ Causa: _____

Antecedente patológico obstétrico:

[1] parto prematuro
[2] gestação múltipla
[3] polidrâmnio
[4] ruptura prematura de membrana
[5] insuficiência istmo-cervical
[6] infecção urinária
[7] outros _____

História obstétrica patológica atual:

[1] parto prematuro
[2] gestação múltipla
[3] polidrâmnio
[4] ruptura prematura de membranas
[5] insuficiência istmo-cervical
[6] infecção urinária
[7] outros _____

8.2 Anexo II: Questionário de qualidade de vida SF-36

Short Form Health Survey -SF-36

Instruções: esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de realizar suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)
- | | |
|-----------------|---|
| Excelente..... | 1 |
| Muito boa..... | 2 |
| Boa..... | 3 |
| Ruim..... | 4 |
| Muito ruim..... | 5 |

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma)
- | | |
|--|---|
| Muito melhor agora do que um ano atrás..... | 1 |
| Um pouco melhor agora do que um ano atrás..... | 2 |
| Quase a mesma de um ano atrás..... | 3 |
| Um pouco pior agora do que há um ano atrás | 4 |
| Muito pior agora do que um ano atrás | 5 |

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escadas.	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas quatro semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule uma de cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que você levava para fazer seu trabalho ou outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma de cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que você levava para fazer seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer atividade com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas quatro semanas**, de que maneira sua saúde física, ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- De forma nenhuma.....1
- Ligeiramente.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as **últimas quatro semanas**?

(circule uma)

- Nenhuma.....1
- Muito leve.....2
- Leve.....3
- Moderada.....4
- Muito grave.....5

8. Durante as **últimas quatro semanas**, quanto a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora como dentro de casa)?

(circule uma)

- De maneira alguma.....1
- Um pouco.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

9. Estas questões são sobre como você se sente, e como tudo tem acontecido com você durante as últimas **quatro semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às últimas quatro semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma Pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as **últimas quatro semanas**, quanto de seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- Todo o tempo.....1
 A maior parte do tempo.....2
 Alguma parte do tempo.....3
 Uma pequena parte do tempo.....4
 Nenhuma parte do tempo.....5

11.O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número para cada linha)

	Definitivamente verdadeiro.	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa.
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu estou tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

8.3 Anexo III: Valores e cálculos do SF-36

Questão	Pontuação
01	1=>5.0 2=>4.4 3=>3.4 4=>2.0 5=>1.0
02	Soma normal
03	Soma normal
04	Soma normal
05	Soma normal
06	1=>5 2=>4 3=>3 4=>2 5=>1
07	1=>6 2=>5.4 3=>4.2 4=>3.1 5=.2.2 6=>1
08	<p>Se 8=>1 e 7=>1 =====>>>>>6</p> <p>Se 8=>1 e 7=> 2 a 6 =====>>>>>5</p> <p>Se 8=>2 e 7=> 2 a 6 =====>>>>>4</p> <p>Se 8=>3 e 7=> 2 a 6 =====>>>>>3</p> <p>Se 8=>4 e 7=> 2 a 6 =====>>>>>2</p> <p>Se 8=>5 e 7=>2 a 6 =====>>>>>1</p> <p>Se a questão 7 não foi respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: 1=>6.0 2=>4.75 3=>3.5 4=>2.25 5=>1.0</p>
09	<p>a,d,e,h, = valores contrários (1=6 2=5 3=3 4=3 5=2 6=1)</p> <p>vitalidade = a+e+g+i Saúde Mental = b+c+d+f+h</p>
10	Soma normal
11	<p>a, c = valores normais</p> <p>b,d = valores contrários (1=5 2=4 3=3 4=2 5=1)</p>

Cálculo do raw scale (0 a 100)

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10-30	20
Aspectos físicos	4 (a+b+c+d)	4-8	4
Dor	7+8	2-12	10
Estado geral da saúde	1+11	5-25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4-24	20
Aspectos sociais	6+10	2-10	8
Aspectos emocionais	5 (a+b+c)	3-6	3
Saúde mental	9 (b+c+d+f+h)	5-30	25

Raw Scale:

$$\text{Item} = \frac{(\text{valor obtido} - \text{valor mais baixo}) \times 100}{\text{Variação}}$$

Ex: Capacidade funcional=21

Valor mais baixo = 10

Variação = 20

$$\frac{21 - 10 \times 100}{20} = 55$$

Obs: a questão número 2 não entra no cálculo dos domínios.

Dados perdidos: Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média.

8.4 Anexo IV: Termo de consentimento

Instituição: UNICAMP – Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia.

Projeto: *Risco de parto prematuro e qualidade de vida durante a gestação.*

Pesquisadora: Helga Geremias Gouveia.

Doutoranda em Tocoginecologia – E-mail: helgagouveia@uol.com.br

Orientador: Prof. Dr. Renato Passini Júnior.

Departamento de Tocoginecologia - E-mail: passini@caism.unicamp.br

Telefones (19) 3521-9400 – Pós-Graduação em Tocoginecologia da FCM / Unicamp

(19) 3521-8936 – Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP

Eu _____, tenho _____ anos, portadora do RG nº _____, moro na rua _____, Registro Hospitalar nº _____, declaro que é de livre espontânea vontade que estou participando como voluntária deste estudo, de responsabilidade do pesquisador, e tenho conhecimento que:

- I. Este estudo esta sendo realizado para conhecer a qualidade de vida de grávidas com risco para parto antes do tempo através da aplicação de perguntas sobre atividades do dia-dia;
- II. Será preenchido um questionário com perguntas sobre sua idade, escolaridade, profissão, renda familiar, data da última menstruação, quantas vezes ficou grávida, quantos partos e aborto tiveram e se apresentou algum problema na gravidez anterior e questões sobre atividades do dia-dia, sempre será respeitada a sua vontade de participar.
- III. A participação neste estudo não irá lhe proporcionar nenhum risco e/ou benefício no seu acompanhamento.
- IV. Tive todas as informações necessárias para poder decidir sobre minha participação neste estudo.
- V. Estou livre para interromper a entrevista a qualquer momento.
- VI. Caso pare o preenchimento do questionário, isto não irá causar nenhum prejuízo em meu atendimento, cuidado e tratamento.
- VII. Os dados deste questionário serão utilizados para elaboração de trabalhos, e o pesquisador não irá identificar o meu nome quando apresentar os dados deste estudo.
- VIII. Poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa para fazer reclamações em relação ao estudo, no telefone acima.
- IX. Não terá nenhum benefício financeiro para participação neste estudo.
- X. Poderá entrar em contato o responsável pela pesquisa (Helga G. Gouveia) sempre que necessário (fone: 19-3521-9304).
- XI. Esse termo será preenchido em duas vias iguais, sendo que uma via ficará com o voluntário e a outra com o pesquisador.

NOME: _____ **ASSINATURA:** _____

Pesquisador: _____

Entrevistado: _____

Entrevista Nº _____ Grupo: _____ Data: ____ / ____ / ____.

8.5. Anexo V: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 13/05/08.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 252/2008 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0197.0.146.000-08

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “RISCO DE PARTO PREMATURO E QUALIDADE DE VIDA DURANTE A GESTAÇÃO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Helga Geremias Gouveia

INSTITUIÇÃO: CAISM / UNICAMP e Centro de Saúde Florence

APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/04/2008

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 22/04/09 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Avaliar a qualidade de vida associada ao trabalho de parto prematuro.

III - SUMÁRIO

Trata-se de um estudo de corte, transversal e comparativo. A população será composta por gestantes de risco para parto prematuro do Ambulatório de Pré-natal do CAISM, aquelas em trabalho de parto prematuro internadas na Enfermaria Obstétrica do CAISM e as de baixo risco do pré-natal no Centro de Saúde Florence. A amostra será de 54 gestantes em cada grupo totalizando 162 mulheres. Foi elaborado um instrumento de coleta de dados contendo 14 questões, a fim de determinar os dados de caracterização da amostra e história obstétrica progressiva e atual. Para avaliação da qualidade de vida será aplicado o instrumento MSO-SF 36. A variável dependente será o Escore SF-36 e serão variáveis independentes: antecedente de parto prematuro trabalho de parto prematuro na gestação atual, idade, paridade, renda familiar, ocupação, situação conjugal, nível educacional, idade gestacional. As gestantes do grupo 1 e 2 serão selecionadas durante a sua consulta de pré-natal, e as gestantes do grupo 3 serão convidadas a participarem da pesquisa dentro do período máximo de 24 horas após a sua internação. Para as gestantes que aceitarem e tiverem disponibilidade, será aplicado primeiramente o instrumento de caracterização da amostra e, depois, o instrumento de avaliação de qualidade de vida, SF – 36. Parte dos dados serão obtidos com a própria gestante, outros através do cartão pré-natal e/ou ficha obstétrica e prontuário.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto encontra-se adequado a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VI - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de abril de 2008.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

8.6. Anexo VI: Recebimento do Artigo 1 pela Acta Paulista de Enfermagem

Helga Geremias Gouveia,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "CONSIDERAÇÕES SOBRE QUALIDADE DE VIDA E GESTAÇÃO" para Acta Paulista de Enfermagem. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://submission.scielo.br/index.php/ape/author/submission/33999>

Login: helgagouveia

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Acta Paulista de Enfermagem
Acta Paulista de Enfermagem
Helga G. Gouveia

Acta Paulista de Enfermagem
<http://submission.scielo.br/index.php/ape>

8.7. Anexo VII: Recebimento do Artigo 2 pela Revista de Saúde Pública



Prezado(a) Senhor(a) Helga Geremias Gouveia,

Acusamos o recebimento do artigo [“Risco de parto prematuro e qualidade de vida durante a gestação”](#), enviado para análise na Revista de Saúde Pública, com vista a possível publicação. O artigo está registrado sob o protocolo nº 2367.

Para acompanhar o processo de avaliação, acesse o endereço www.fsp.usp.br/rsp

Atenciosamente,

Secretaria RSP