

Diferenças da qualidade de vida entre mulheres com alto e habitual risco gestacional

*Gisélia Gonçalves de Castro
Franncielle Franttieska Garcia Ferreira
Adriana Santos Camargos
Marco Aurélio Ferreira de Jesus Leite
Juliana Gonçalves Silva de Mattos*

Resumo: As gestantes de alto risco necessitam de uma atenção especial dos profissionais de saúde para que complicações não se desenvolvam na gestação e parto. O objetivo do estudo foi comparar a qualidade de vida entre gestantes de alto risco (GAR) e de risco habitual (GRH). Trata-se de um estudo transversal que utilizou um questionário semiestruturado e o instrumento WHOQOLBref. A idade média das 46 participantes foi $28,2 \pm 5,7$ anos, e 45,7% tinham GAR. As GAR se comparam as GRH, identificando serem casadas ou viverem em união estável (57,1% GAR; 88,8% GRH), possuírem ensino médio completo (33,3%; 52,0%) e não possuem atividade remunerada (38,1%; 36,0%). As GRH apresentaram maiores escores em todos os domínios quando comparadas às GRA, indicando apresentarem melhor qualidade de vida. É importante atentar-se para as várias modificações que a gestação pode acarretar às mulheres, a fim de conseguir atender as necessidades específicas de cada uma delas.

Palavras-chaves: Qualidade de vida; Gestação, Alto Risco.

Differences in quality of life among women at high habitual risk

Abstract: High risk pregnant women need special attention from health professionals so that complications do not develop during pregnancy and childbirth. The objective of the study was to compare the quality of life among pregnant women at high risk (GAR) and habitual risk (HRM). It is a cross-sectional study that used a semi-structured questionnaire and the WHOQOLBref instrument. The mean age of the 46 participants was 28.2 ± 5.7 years, and 45.7% had GAR. The GHR are compared to HRM, identifying married or living in a stable union (57.1% GAR, 88.8% GRH), have completed high school (33.3%, 52.0%) and do not have paid work (38.1%, 36.0%). The HRM presented higher scores in all domains when compared to the GRA, indicating a better quality of life. It is important to be aware of the various changes gestation can cause to women in order to meet the specific needs of each of them.

Keywords: Quality of life; Gestation, High Risk.

Introdução

A gravidez é um fenômeno fisiológico, que na maioria das vezes ocorre e evolui sem complicações (Silva et al., 2013). No entanto, há uma pequena quantidade de gestantes que apresentam algum tipo de disfunção como hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo, obesidade, dentre outras, que colocam em risco seu estado de saúde atual. Este grupo, conhecido como gestantes de alto risco, necessitam de uma assistência para evitar danos que agravem a sua saúde e a do filho (Costa, Cura, Perondi, França & Bortoloti, 2016).

Nas últimas três décadas teve-se uma evolução quanto à melhoria da assistência do parto e do nascimento no Brasil pelos incentivos governamentais e da sociedade. No entanto, isto não foi suficiente para diminuir a morbimortalidade materno-infantil (Carvalho, 2014). Após a confirmação da gravidez as gestantes devem passar por um acompanhamento com orientações e assistência sobre o seu atual estado de saúde, como terem garantidas o mínimo de seis consultas pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (Mattos, 2012). Contudo, em casos de gestação de alto risco as consultas são mais frequentes já que essas gestantes possuem uma complicação gravídica (Silva et al., 2018).

Outro fator agravante são as vagas reduzidas para as gestantes nos serviços de saúde, o que torna esse modelo de atenção incipiente, não resolutivo, inseguro à assistência humanizada ao parto e ao nascimento. A promoção da saúde da gestante e do feto devem ser iniciadas no pré-natal e garantidas até os dois primeiros anos de idade da criança (Ministério da Saúde, 2012; Silva et al., 2018).

A identificação das gestantes de alto risco faz com que a equipe de saúde se antecipe para realizar a assistência de maneira eficaz. Sendo assim, é fundamental colher os dados sobre os principais fatores que levam as mulheres a uma gestação de alto risco para um melhor aconselhamento, orientação e assistência, devendo ser identificados o quanto antes para uma evolução gestacional positiva (Buchabqui, Capp & Ferreira, 2006).

Nos últimos anos a discussão acerca da qualidade de vida tem sido significativa e se deu principalmente devido ao avanço tecnológico e a desumanização das práticas de cuidado. Variáveis como escolaridade, conflitos familiares e conjugais, condição de trabalho, uso de drogas ilícitas, desigualdades sociais, de gênero, idade e cor de pele, podem, neste contexto, influenciar na qualidade de vida destas gestantes (MS, 2012). Outros autores ainda afirmam que aspectos socioeconômicos, psicológicos, culturais, éticos e religiosos podem, por sua vez, refletir nos processos de reabilitação e promoção da saúde, assim como na prevenção das doenças (Melo, Sampaio, Souza & Pinto, 2015). Sabe-se no Brasil, que quanto menores a renda familiar e a escolaridade de mulheres não brancas, mais tardio é o início do pré-natal e menor é a qualidade da assistência, destacando as desigualdades sociais existentes no país (Silva et al., 2018).

A melhoria da saúde e do bem-estar está atrelada ao afastamento, por parcial ou completamente, dos fatores e comportamentos de risco. Desta forma, qualidade de vida é ter satisfação pessoal e saber combiná-la com as condições de vida, considerando os valores e aspirações pessoais, o bem-estar físico, material, social e emocional (Mattos, 2012).

Dessa forma, essa pesquisa faz-se relevante para demonstrar que é possível chegar ao final de uma gestação de alto risco, com assistência especializada e humanizada, com tranquilidade podendo resultar em um parto tranquilo e saudável para mãe e feto, promovendo a saúde familiar. Assim, o objetivo do estudo foi comparar a qualidade de vida entre gestantes de alto risco e de risco habitual de um município do interior de Minas Gerais.

Método

Foi realizada uma pesquisa transversal, quantitativa com a participação de gestantes de alto risco e gestantes de risco habitual de um município mineiro.

Amostra

Participaram do estudo 46 gestantes, sendo 21 de alto risco e 25 de risco habitual, com idade entre 20 a 45 anos. As gestantes de alto risco estavam em acompanhamento em um ambulatório secundário especializado. Já as gestantes de risco habitual estavam em acompanhamento na unidade básica de saúde.

Os critérios de inclusão para os dois grupos foram gestantes diagnosticadas clinicamente como gestantes de risco habitual e alto risco, ser maiores de 18 anos e estarem em acompanhamento entre os meses de abril a junho de 2016. Conseqüentemente os critérios de exclusão foram gestantes menores de 18 anos e gestantes que não realizaram acompanhamento no período estipulado.

Instrumentos

Foi utilizado um questionário elaborado pelas próprias autoras para caracterização do perfil sociodemográfico das gestantes. O questionário era composto por indagações como: estado conjugal, escolaridade, ocupação, remuneração, início da vida sexual, métodos contraceptivos antes da gestação atual, número de partos e abortos, etc.

Posteriormente, para avaliação da qualidade de vida foi aplicado o Questionário “World Health Organization Quality of Life”, em sua versão abreviada, WHOQOL-Bref (Chachamovich & Fleck, 2008), em que os maiores escores corresponderão à melhor QV, sendo a variação na escala de 0-100, com 26 questões, em que as duas primeiras são genéricas, por meio dos cálculos dos escores dos seus quatro domínios: físico, relação social, meio ambiente.

Procedimento de coleta

Mediante a um levantamento prévio de prontuários de acordo com os critérios de inclusão, foi feito um contato inicial com cada participante em ambos ambulatórios em sala reservada. Após o esclarecimento dos objetivos pesquisa e de posse do termo de consentimento livre e esclarecido, foi agendado previamente uma visita domiciliar em horário escolhido pela participante para a coleta dos dados.

Análise de dados

Os resultados foram analisados por meio de medidas estatísticas descritivas, na forma de frequência simples e absoluta, média, mediana e desvio padrão, e posteriormente foram apresentados na forma de consolidado em tabelas, buscando analisar, quantificar e generalizar os resultados da amostra. O Teste *U de Mann-Whitny* e o Teste *t* foram utilizados para analisar os desfechos quantitativos e as variáveis categóricas dicotômicas, comparando as médias dos dois grupos, para amostras dependentes e independentes.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio com protocolo 20151450FIS009. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com a Resolução 466/2012.

Resultados

Participaram do estudo 46 mulheres com idade média de $28,2 \pm 5,7$ anos, variando entre 20 e 45 anos de idade. Destas, 45,7% eram gestantes de alto risco com idade média de $27,5 \pm 5,3$ anos (variando entre 20 e 40 anos de idade) e, 54,3% eram gestantes de risco habitual com idade média de $26,7 \pm 6,1$ anos (variando entre 20 e 45 anos de idade). A maior parte das gestantes possuía ensino médio completo (33,3% de alto risco e 52,0% de risco habitual). O analfabetismo foi observado em baixa frequência (4,3% das gestantes), bem como ensino superior incompleto, pós-graduação incompleta e pós-graduação completa, ambas com apenas 2,2% das participantes (Tabela 1).

Entre as gestantes de alto risco a maior parte era casada (57,1%), seguida por união estável e solteira, ambas com 19,0%. Entre as gestantes de risco habitual foi observada maior frequência na situação conjugal casada e união estável, ambas, com 44,0% das mesmas (Tabela 1).

Tabela 1

Dados sociodemográficos quanto a escolaridade, situação conjugal e procedência das gestantes participantes do estudo conforme estratificação de risco.

Dados	Alto Risco				Total	
	Sim		Não		n	%
	N	%	N	%		
Escolaridade						
Analfabeto	1	4,8	1	4,0	2	4,3
Fundamental Incompleto	4	19,0	1	4,0	5	10,9
Fundamental Completo	5	23,8	3	12,0	8	17,4
Médio Incompleto	1	4,8	3	12,0	4	8,7
Médio Completo	7	33,3	13	52,0	20	43,5
Superior Incompleto	1	4,8	—	—	1	2,2
Superior Completo	2	9,5	2	8,0	4	8,7
Pós-graduação Incompleta	—	—	1	4,0	1	2,2
Pós-graduação Completa	—	—	1	4,0	1	2,2
Situação Conjugal						
Solteira	4	19,0	2	8,0	6	13,0
Casada	12	57,1	11	44,0	23	50,0
União Estável	4	19,0	11	44,0	15	32,6
Divorciada	1	4,8	1	4,0	2	4,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Apenas 21,7% das gestantes declararam que não possuíam nenhuma renda individual e dentre as que possuíam alguma renda individual, foi observado renda média individual de $1.038,14 \pm 434,25$ reais, sendo a R\$150,00 a menor renda e R\$1.760,00 a maior. No grupo das gestantes de risco habitual 28,0% não possuía renda individual e a renda média registrada daquelas que possuíam alguma renda foi de $1.179,17 \pm 346,02$ reais, sendo a menor R\$880,00 e a maior R\$1.760,00. Já no grupo das gestantes de alto risco 14,3% declararam ausência de renda individual e a renda média daquelas que declaram possuir renda individual foi de $897,11 \pm 475,81$ reais, sendo a menor em R\$150,00 e a maior em R\$1.700,00. Não foi observada diferença significativa entre as rendas individuais medianas das gestantes de Alto Risco e de risco habitual (Teste U de Mann-Whitney, $Z = -0,49137$; $p = 0,623168$).

Apenas uma gestante não soube falar o valor da renda familiar. A renda familiar média das que declararam foi de $2.068,40 \pm 1.147,06$ reais, sendo a menor renda em R\$200,00 e a maior em R\$6.000,00. Entre as gestantes de Alto Risco a renda média familiar foi registrada em $1.785,62 \pm 1.389,43$ reais, sendo a menor em R\$200,00 e a maior em R\$6.000,00. Entre as gestantes de risco habitual, a renda média familiar foi registrada em $2.315,83 \pm 837,55$ reais, sendo a menor em R\$800,00 e a maior em R\$3.800,00. Foi observada diferença significativa entre as rendas familiares medianas dos dois grupos (Teste U de Mann-Whitney, $Z = -2,46212$; $p = 0,013812$).

Em relação a ocupação, 37% das gestantes afirmaram serem do lar e 13% tinham como ocupação a profissão de vendedora. Quanto aos dados clínicos, as gestantes afirmaram terem iniciado suas vidas sexuais com idade média de $17,7 \pm 2,7$ anos (máxima de 14 e mínima de 26 anos). Entre as gestantes de Alto Risco a média de idade de início da vida sexual foi aos $16,8 \pm 1,8$ anos (mínima de 14 anos e máxima de 22 anos) quanto as gestantes de risco habitual obtiveram média de início do sexo mês de gestação de $18,5 \pm 3,1$ anos, sendo a mais nova aos 14 anos e a mais velha aos 26 anos.

A maior parte das gestantes (84,8% das mesmas; 81,0% das gestantes de alto risco e 88,0% das gestantes de risco habitual) alegaram terem feito uso de métodos contraceptivos antes da gestação atual. Para todas as gestantes (69,6%) e, para ambos os grupos de estudo (61,9% de alto risco e 76,0% de risco habitual) o uso de comprimidos foi o método mais utilizado. Apenas duas gestantes, ambas do grupo de alto risco, fizeram uso de injeção trimestral e, também do mesmo grupo, uma gestante fez uso de preservativo masculino.

Das que fizeram uso de métodos contraceptivos, o tempo médio de uso foi de $4,8 \pm 3,1$ anos, sendo que as gestantes de alto risco apresentaram tempo médio de uso de $5,9 \pm 3,3$ anos e as de risco habitual com tempo médio de $4,1 \pm 2,7$ anos. Foram primigestas com idade média de 22,2 anos ($\pm 4,4$ anos), variando entre 15 anos e 32 anos. A idade média da primeira gestação no grupo de alto risco foi de 21,4 ($\pm 4,5$ anos) e de 22,8 ($\pm 4,3$ anos) no grupo de risco habitual. As gestantes de alto risco engravidaram entre os 16 e 30 anos de idade enquanto o outro grupo entre 15 e 32 anos. Não foi observada diferença significativa entre as idades médias de primeira gravidez entre as gestantes de Alto Risco e de risco habitual (Teste t de Student, $t = -0,678386$; $gl = 44$; $p = 0,501080$) (Tabela 2).

Também não foram observadas diferenças significativas quanto ao número de gestações, partos e tipos de partos entre os grupos. Apenas nas gestantes de alto risco foram registrados abortos, todos do tipo espontâneos, sendo a média deste registrada em $0,2 \pm 0,5$ abortos (Tabela 2).

Quanto às semanas de gestação, o tempo médio observado entre as gestantes foi de $28,3 \pm 8,3$ semanas, sendo 10 semanas a mais curta e 40 semanas a mais longa. No grupo das gestantes de alto risco, a média de gestação foi de 27,5 semanas ($\pm 9,1$), com variação entre 10 e 38 semanas. No outro grupo a média de gestação foi de 29 semanas ($\pm 7,7$) com variação entre 14 e 40 semanas. Também não foi observada diferença significativa quanto ao tempo mediano de gestações entre os grupos de estudo (Teste U de Mann-Whitney, $Z = -0,264633$; $p = 0,790566$) (Tabela 2).

Tabela 2

História ginecológica e obstétrica quanto à idade da primeira gravidez, número de gestações, número de partos e tipo, número de abortos e tipos e, semanas de gestação das gestantes participantes do estudo conforme estratificação de risco.

Histórico	Gestantes			p
	Todas	Alto Risco		
		Sim	Não	
Idade (anos) 1ª gravidez	22,2 ± 4,4	21,4 ± 4,5	22,8 ± 4,3	0,50*
Nº de gestações	2,2 ± 1,4	2,6 ± 1,8	1,9 ± 1,0	0,17**
Nº de partos	1,2 ± 1,4	1,4 ± 1,7	1,0 ± 1,1	0,34**
Normais	0,8 ± 1,3	1,0 ± 1,6	0,6 ± 1,0	0,47**
Cesarianas	0,4 ± 0,7	0,4 ± 0,7	0,3 ± 0,8	0,26**
Nº de abortos	0,2 ± 0,5	0,2 ± 0,5	—	—
Espontâneos	0,2 ± 0,5	0,2 ± 0,5	—	—
Semanas de gestação	28,3 ± 8,3	27,5 ± 9,1	29,0 ± 7,7	0,79**

* Teste t de Student, $p < 0,05$.

** Teste U de Mann-Whitney, $p < 0,05$.

Foram informados 15 diagnósticos distintos para gestação de Alto Risco, sendo as mais frequentes a gestação de gêmeos e trigêmeos (14,3%), HAS e pré-eclampsia (14,3%). Os demais diagnósticos foram relacionados a ameaças de aborto, a cardiopatias e estenose pulmonar, diabetes tipo I, hemorragias, hepatite B, infecção, infecção de trato urinário por gestações anteriores, parto pré-maturo e toxoplasmose, todos com 04,8%.

Em relação a qualidade de vida, observou-se que as gestantes de risco habitual tiveram escores maiores do que as gestantes de Alto Risco em todos os domínios, bem como no escore total de Qualidade de Vida. Contudo, apenas no domínio Componente Físico foi observada diferença significativa entre os escores médios de ambos os grupos (Tabela 3).

Apenas 13,0% das gestantes tiveram ajuda no preenchimento do questionário, sendo isso observado em 14,3% das gestantes de Alto Risco e 12,0% das gestantes de risco habitual.

Tabela 3

Análise dos escores dos domínios e qualidade de vida obtidos pelas gestantes no questionário WHOQOL-BREF e tempo gasto no preenchimento do mesmo, segundo estratificação por grupo de risco.

Domínios	Gestantes			P
	Todas	Alto Risco		
		Sim	Não	
Componente Físico	55,6 ± 17,1	47,8 ± 15,9	62,1 ± 15,6	0,003524*
Componente Psicológico	67,2 ± 13,0	64,1 ± 14,1	69,8 ± 11,6	0,135737*
Relações Sociais	71,0 ± 22,1	69,8 ± 22,3	72,0 ± 22,3	0,814912**
Meio Ambiente	57,4 ± 14,7	55,7 ± 15,1	58,9 ± 14,5	0,466129*
Qualidade de Vida	62,8 ± 13,8	59,3 ± 13,7	65,7 ± 13,5	0,120973*
Tempo (min)	12,0 ± 6,0	12,4 ± 7,7	11,7 ± 4,2	0,818879**

* Teste *t* de Student, $p < 0,05$.

** Teste U de Mann-Whitney, $p < 0,05$.

Verificou-se que algumas variáveis sociodemográficas desse estudo poderiam influenciar na QV e no risco gestacional das participantes. As variáveis idade (anos), renda familiar (R\$) e escores final do questionário de qualidade de vida não interferem significativamente na presença de risco gestacional (Tabela 4). Ambas as variáveis apresentaram *odds ratio* muito baixo na equação, mostrando-se não significativos a este modelo.

Tabela 4

Valores de significância e *odds ratio* das variáveis idade (anos), renda familiar (R\$) e escores do questionário Whoqol-bref na análise de regressão logística múltipla, para as participantes do estudo em relação a presença/ausência de risco gestacional.

Variáveis	Coefficiente	Erro padrão	Z	P	Odds ratio	IC95%
Idade	0,0042	0,0613	0,0682	0,9456	1,0042	0,89 - 1,13
Renda	0,0004	0,0003	-1,2023	0,2292	0,9996	1,00 - 1,00
Escores	0,0266	0,0248	-1,0752	0,2823	0,9737	0,93 - 1,02
Intercepto	2,1856	1,8627	—	—	—	—

Discussão

A idade média das gestantes desse estudo foi de 28 anos, se equiparando aos estudos de Mattos (2012) realizado no Triângulo Mineiro, Rezende (2012) com gestantes do Mato Grosso do Sul e Xavier, Jannotti, Silva e Martins (2013) com gestantes cariocas. No estudo de J.R. Silva et al. (2018), com gestantes maranhenses, observou-se idade entre 26 e 35 anos. As mulheres têm decidido pela maternidade após os 35 anos de idade, o que retrata um desafio para a medicina e para os profissionais de saúde (Rezende, 2012).

A partir dessa idade, o aumento dos riscos gestacionais está relacionado à idade materna, tanto pela elevação do risco de problemas genéticos com o feto, quanto pelo surgimento de doenças maternas prévias, como o diabetes e a hipertensão arterial (Zugaib, 2008).

Entretanto, a gravidez na adolescência também pode provocar danos à saúde materno-infantil. Santos et al. (2014) realizaram uma investigação sobre os nascidos vivos de mães adolescentes em Feira de Santana (BA), entre o período 2006 a 2012, onde verificou-se que 97,8% das mães adolescentes não compareceram ao número ideal de consultas pré-natais, que 13,5% dos recém nascidos foram prematuros e 12,2% de baixo peso. Ademais, segundo Azevedo, Diniz, Fonseca, Azevedo e Evangelista (2015) os índices de nascimentos prematuros, recém-nascidos de baixo peso, recém nascidos de muito baixo peso e mortalidade são maiores em filhos de mães adolescentes.

Um estudo constatou que mães adolescentes nulíparas (15 a 18 anos) tiveram menor taxa de febre intraparto, mecônio excessivo, ruptura prematura da membrana, placenta prévia, trabalho de parto prolongado, parto disfuncional, apresentação pélvica do feto, desproporção cefalopélvica e prolapso de cordão umbilical, do que as gestante com idade entre 25 e 29 anos (Lopoo, 2011).

Mas as complicações não acontecem somente pelo fator idade, associando-se problemas às variações para mais ou para menos na idade nas gestantes. Reconhecendo-se que o início da atividade sexual tem ocorrido entre os 14 e 17 anos, corroborando com os achados do presente estudo, as adolescentes estão cada vez mais expostas às infecções sexualmente transmissíveis, gravidez precoce e, conseqüentemente, a evasão escolar (Santos, Albuquerque, Bandeira & Colares, 2015). A escolaridade influi diretamente na qualidade e no padrão de vida da mulher. O baixo nível de escolaridade atinge milhares de brasileiros, contribuindo para um padrão de vida insatisfatório/baixo, tornando-se, dessa forma, uma agravante para a saúde das mulheres e um fator de risco gestacional (MS, 2013; Xavier et al., 2013).

A maior parte das gestantes desse estudo possuía Ensino Médio Completo, assim como no estudo de Silva et al (2018) e Souza, Queiroz, Queiroz, Ribeiro e Fonseca (2013). No estudo deste último, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de São Luis (MA), identificou-se que 40% das gestantes possuíam Ensino Médio Completo.

Em relação ao estado conjugal, sabe-se que este pode contribuir com a redução da ocorrência de gestações não planejadas e morbimortalidade materna e fetal (Luz et al., 2015). Neste estudo reconheceu-se que a maioria das gestantes eram casadas ou vivem em união estável, assim como no estudo de Costa et al. (2016).

A variável renda faz-se relevante nesse contexto por influir diretamente na qualidade de vida. Uma parcela das gestantes afirmou não possuir renda, sendo que a maior parte delas são as gestantes de risco habitual. Este dado pode ser justificado pela necessidade da gestante de alto risco em auxiliar nas próprias despesas e nas despesas da família, já que mesmo o Sistema Único de Saúde (SUS) contribuindo para o tratamento e assistência desse risco gestacional, as mesmas sentem necessidade de poupar recursos em casos de emergência na gestação. Outros fatores como a inserção da mulher no mercado de trabalho, o maior nível de escolaridade e a responsabilidade no sustento parcial ou completo da família estão entre os principais motivos pelo adiamento da maternidade. Além disso, o aumento no nível de renda familiar é acompanhado pelo aumento da idade materna, de

modo que famílias com mães com idade materna acima de 35 anos possuíam maiores rendimentos (Xavier et al., 2013).

Ainda, a baixa renda associa-se ao surgimento de riscos reprodutivos colocando em voga questões relacionadas às vulnerabilidades sociais que colocam as gestantes, e sua saúde, em exposição, como no caso da forma de trabalho em que estão inseridas (Silva et al, 2018; Xavier et al., 2013). Geralmente as mulheres que desenvolvem trabalhos domésticos, as que não possuem nenhum vínculo empregatício, acabam apresentando modificações quanto as concepções sobre a vida, já que abdicam de sua formação profissional em prol do cuidado dos filhos e do lar (Valente et al., 2013).

No estudo de Luz et al. (2015), 32,7% das gestantes eram donas de casa; na investigação de Souza et al. (2013) 70,0% da amostra foi composta por gestantes que se dedicavam ao cuidado do lar. De acordo com Oliveira et al. (2014) a baixa qualificação e os deveres com as funções domésticas, são obstáculos que dificultam a entrada e a permanência da mulher de baixa renda no mercado de trabalho.

Uma das explicações das participantes desse estudo possuírem baixa escolaridade talvez seja o fato de elas terem engravidado muito cedo. A idade média da sexarca entre as gestantes desse estudo foi 17,7 anos, com variações entre 14 e 26 anos de idade, onde as gestantes de alto risco apresentaram início da sexarca mais precoce do que as gestantes de risco habitual. Não há estudos concretos que definam a relação entre os fatores socioeconômicos com as complicações perinatais, mas alguns autores já evidenciaram em seus estudos, como no de Silva et al. (2018) e Santos, Silva, Queiroz, Jorge e Brilhante (2018).

O início da sexarca deve estar atrelada e, sendo muito bem orientada, quanto ao uso de métodos contraceptivos que evitam não apenas as gestações indesejadas, mas possuindo um papel primordial quanto a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. A maioria das gestantes desse estudo afirmaram adesão aos métodos, principalmente à pílula, assim como encontrado no estudo de Mattos (2012), reafirmando a positividade e a evolução das políticas públicas de saúde da mulher. Reitera-se que as consultas de pré-natal é um momento importante para a orientação das mulheres, e principalmente do casal, quanto ao uso dos métodos contraceptivos durante a gestação e no puerpério (Mattos, 2012).

Na pesquisa de Souza et al. (2013) 74,0% das gestantes declararam que usavam algum método contraceptivo, sendo o preservativo masculino o mais utilizado (62,2%). Outros métodos apontados foram o anticoncepcional injetável e o anticoncepcional oral, ambos com uma porcentagem de 18,9%.

As participantes de ambos os grupos desse estudo não apresentaram diferenças estatísticas significativas quanto a idade da primeira gestação, número de gestações, partos e tipos de partos entre os grupos. Vivenciaram a maternidade com idade média de 22 anos, diferente das participantes do estudo de Santos et al. (2018). Sabe-se que a maternidade na adolescência muitas vezes pode ser justificada pelo impulso sexual e/ou prevenção insuficiente, resultando em medo ao enfrentamento do que estar por vir, dificuldades no desenvolvimento da maternidade em si e conflitos socioculturais e educacionais que podem comprometer a qualidade de vida dessas jovens, quiçá por tempo indeterminado (Santos et al. 2018).

Contudo, mesmo com todos esses enfrentamentos que se tornam rotineiros na vida das gestantes, principalmente as de alto risco, os abortos relatados aconteceram de forma espontânea, corroborando com outros estudos (Mattos, 2012). O abortamento espontâneo, em gestantes adolescentes ou sem estrutura familiar, acarreta à mulher desequilíbrios emocionais sendo necessária uma intervenção multiprofissional capaz de analisar esses motivos, para evitar que o acontecimento volte a ocorrer, e de dar suporte emocional à gestante. Os abortamentos espontâneos podem estar relacionados às gestações de alto risco (Mattos, 2012).

Em pesquisa realizada no mesmo município da coleta de dados desse estudo, com gestantes de alto risco, identificou-se que a 93,3% das participantes afirmaram terem sido esclarecidas sobre o seu respectivo diagnóstico que a classificou como de alto risco, tendo recebido orientações sobre a sua gestação por enfermeiros (46,6%) nas Unidades Básicas de Saúde e no Centro Viva Vida, referência em atendimento a gestações de alto risco do município de região (Silva, Ferreira & Mattos, 2017). Os sentimentos citados foram de caráter negativo, como o medo do aborto, de tristeza, de angústia e de insegurança.

No presente estudo observou-se que dentre os diagnósticos que classificaram as gestantes com necessidade de maior atenção foram às gestações gemelares, a hipertensão arterial e a pré-eclâmpsia. Esses últimos correspondem às causas mais frequentes de morbidade e mortalidade materna no Brasil (MS, 2014) e no mundo (Say et al., 2014) sugerindo vulnerabilidades na atenção à saúde da mulher e da gestante no município de realização dessa pesquisa.

Os casos de prematuridade no grupo de alto risco são justificáveis pelos diagnósticos identificados. O parto prematuro é um dos principais problemas decorrentes de uma gestação de alto risco, responsável por mais de 75,0% da morbimortalidade infantil (Menetrier & Almeida, 2016).

Reconhece-se que alguns desses diagnósticos são evitáveis ou controláveis, como a hipertensão e o diabetes. É preciso que a equipe de saúde do local esteja capacitada quanto ao grau de periculosidade da gestante (Martins, Rezende & Vinhas, 2003). Essa situação merece atenção por parte dos profissionais que realizam as consultas de pré-natal visando evitar complicações importantes.

Vários estudos tem identificado uma relação direta entre a morbimortalidade materna com as doenças hipertensivas, as infecções, dentre outros, dando um prognóstico negativo à gestante e ao neonato (Lansky et al., 2014; Moura, Alencar, Silva & Almeida, 2018). Para analisar a qualidade de vidas de ambos os grupos utilizou-se o WHOQOL-Bref por aconselhamento do grupo de estudo de Fleck (2008) e da Organização Mundial da Saúde. O instrumento conta com 26 questões que abordam os domínios da qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida deve estar relacionado à saúde em si, identificando seus fatores determinantes e condicionantes onde o indivíduo seja o principal avaliado em todas suas dimensões (Fleck, 2008).

Quanto à qualidade de vida, nota-se que o componente que apresentou diferenças estatísticas mais significantes foi o componente físico, em que o grupo de alto risco apresentou escore de $47,8 \pm 15,9$ enquanto o grupo de risco habitual obteve escore de $62,1 \pm 15,6$. No componente físico encontram-se questões relacionadas à dor e ao desconforto, a energia e fadiga para realizar as atividades diárias, a qualidade do sono e do repouso,

às questões de mobilidade, as atividades da vida cotidiana, a dependência de medicação e/ou tratamentos para viver e a capacidade para o trabalho. Mattos (2012) afirma que as complicações pelo diagnóstico de alto risco ou até mesmo a gestação tornam as mulheres mais sensíveis às atividades rotineiras.

Percebeu-se através deste estudo que as gestantes de risco habitual apresentaram maiores escores em todos os domínios quando comparadas às gestantes de alto risco, denotando apresentarem melhor qualidade de vida. Marquesim (2013) ao comparar a qualidade de vida de gestantes diabéticas e não diabéticas, tanto no início quanto no final da gravidez, encontrou resultados semelhantes aos encontrados na presente pesquisa. Os resultados da autora apontaram que as gestantes não diabéticas apresentaram maiores escores em todos os domínios da qualidade de vida, com exceção do componente de relações sociais no momento final da gravidez.

Um estudo realizado com grávidas de baixo risco no terceiro trimestre da cidade de Rio Branco em 2011 obteve maior média de qualidade de vida no domínio físico e menor média no domínio ambiental. Nesta investigação as gestantes de risco habitual também apresentaram menor escore no domínio ambiental, porém a maior média entre o grupo foi no domínio das relações sociais (Santos, Santos, Monteiro, Prado & Amaral, 2015).

Nascimento et al. (2011) realizaram um ensaio clínico referente a prática de exercícios e qualidade de vida de gestantes no Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher da Universidade Federal de Campinas. Segundo os autores no final da gestação todos os domínios de qualidade de vida investigados obtiveram menos de 70 pontos, de modo que os escores foram menores entre as não praticantes de atividades física, principalmente nos componentes físico e ambiental. Neste estudo os dois grupos estudados obtiveram os menores escores nos componentes físico e ambiental.

Várias associações entre as variáveis sociodemográficas e os escores de qualidade de vida foram feitas, porém nenhuma apresentou importância estatística significativa, inferindo que não há relações entre as variáveis e os escores de qualidade de vida.

Conclusão

Verificou-se neste estudo que as gestantes de risco habitual apresentaram melhor qualidade de vida quando comparadas às gestantes de alto risco. Além disso, observou-se que a relação entre variáveis sociodemográficas e os escores de qualidade de vida não mediram importância estatística significativa. O planejamento e a prestação de uma assistência qualificada, pautada em uma assistência interdisciplinar à saúde da mulher, da gestante e do neonato devem ser avaliados periodicamente, a fim de que essa assistência não se torne fragmentada, promovendo cada vez mais uma melhor qualidade de vida.

O tema abordado neste estudo é de suma importância para a promoção de saúde das gestantes, bem como para as práticas assistenciais. Nota-se que a amostra utilizada para a realização do estudo é limitada de forma que não representa a população total de mulheres grávidas. No entanto os resultados obtidos podem contribuir para despertar a curiosidade de outros pesquisadores e incentivar o esclarecimento dessa realidade que as mulheres enfrentam enquanto gestantes.

Referências

- Azevedo, W. F., Diniz, M. B., Fonseca, E. S. V. B., Azevedo, L. M. R., & Evangelista, C. B. (2015). Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein (São Paulo)*, 13(4), 618–626.
- Buchabqui, J. A., Capp, E., & Ferreira, J. (2006). Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na rede básica de atenção à saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(1), 23–29.
- Carvalho, I. S. (2014). *Avaliação da qualidade da assistência à mulher e ao filho durante o parto normal*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.
- Chachamovich, E., & Fleck, M. P. A. (2008). Desenvolvimento do WOQOL-Bref. Em Fleck, M. P. A. (Org.), *Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde* (pp.60-73). Porto Alegre: Artmed.
- Costa, L. D., Cura, C. C., Perondi, A. R., França, V. F., & Bortoloti, D. S. (2016). Epidemiological profile of high-risk pregnant women. *Cogitare Enfermagem*, 21(2), 01–08.
- Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. Em Fleck, M. P. A. (Org.), *Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde* (pp.19-28). Porto Alegre: Artmed.
- Lansky, S., Friche, A. A. L., Silva, A. A. M. S., Campos, D., Bittencourt, S. D. A., Carvalho, M. L., Frias, P. G., Cavalcante, R. S., & Cunha, A. J. L. A. (2014). Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Suppl. 1), S1-S15.
- Lopoo, L. M. (2011). Labor and delivery complications among teenage mothers. *Biodemography and Social Biology*, 57(2), 200–220.
- Luz, B. G., Soares, L. T., Grillo, V. T. R. S., Viola, B. M., Laporte, I. C., Bino, D. B. M., Mendonça, A. P. A. S., & Oliveira, V. J. (2015). O perfil das gestantes de alto risco acompanhadas no pré-natal da policlínica de Divinópolis-MG, no biênio 2013-14. *Journal of Health and Biological Sciences*, 3(3), 137–143.
- Marquesim, N. A. Q. (2013). *Qualidade de vida, ansiedade e depressão em gestantes diabéticas ou com hiperglicemia leve*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.
- Martins, C. A., Rezende, L. P. R., & Vinhas, D. C. S. (2003). Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5(1), 49–31.
- Mattos, J. G. S. (2012). *Qualidade de vida e imagem corporal de gestantes portadoras do vírus HIV/AIDS*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.
- Melo, C. F., Sampaio, I. S., Souza, D. L. A., & Pinto, N. S. (2015). Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 447–464.
- Menetrier, J. V., & Almeida, G. (2016). Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco com parto prematuro em um hospital de referência. *Saúde e Pesquisa*, 9(3), 433–441.

- Ministério da Saúde. (2012). *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Ministério da Saúde. (2013). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Ministério da Saúde. (2014). *Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Moura, B. L. A., Alencar, G. P., Silva, Z. P., & Almeida, M. F. (2018). Interações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(1), e00188016.
- Nascimento, S. L., Surita, F. G., Parpinelli, M. Â., Siani, S., & Pinto Silva, J. L. (2011). The effect of an antenatal physical exercise programme on maternal/perinatal outcomes and quality of life in overweight and obese pregnant women: a randomised clinical trial. *BJOG*, 118(12), 1455-63.
- Oliveira, M. A. M., Sousa, W. P. S., Pimentel, J. D. O., Santos, K. S. L., Azevedo, J. D., & Maia, E. M. C. (2014). Gestantes tardias de baixa renda: dados sociodemográficos, gestacionais e bem-estar subjetivo. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 69-82.
- Rezende, C. L. (2012). *Qualidade de vida das gestantes de alto risco em centro de atendimento à mulher do Município de Dourados, MS*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, MS, Brasil.
- Santos, A. B. dos, Santos, K. L. P., Monteiro, G. T. R., Prado, P. R. do, & Amaral, T. L. M. (2015). Autoestima e qualidade de vida de uma série de gestantes atendidas em rede pública de saúde. *Cogitare Enfermagem*, 20(2), 392-400.
- Santos, N. L. A. C., Costa, M. C. O., Amaral, M. T. R., Vieira, G. O., Bacelar, E. B., & Almeida, A. H. V. (2014). Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 719-726.
- Santos, R. C. A. N., Silva, R. M., Queiroz, M. V. O., Jorge, H. M. F., & Brilhante, A. V. M. (2018). Realities and perspectives of adolescent mothers in their first pregnancy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 65-72.
- Santos, T. M. B., Albuquerque, L. B. B., Bandeira, C. F., & Colares V. S. A. (2015). Fatores que contribuem para o início da atividade sexual em adolescentes: revisão integrativa. *Revista de Atenção à Saúde*, 13(44), 64-70.
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, O., Moller, A. B., Daniels, J., Gulmezoglu, A. M., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*, (2), e323-e333.
- Silva, J. R., Oliveira, M. B. T., Pereira-Santos, F. R., Santos-Neto, M., Ferreira, A. G. N., & Stabnow-Santos, F. (2018). Indicadores da qualidade da assistência pré-natal de alto risco em um maternidade pública. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 22(2), 109-116.

- Silva, M. R. C., Vieira, B. D. G., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Vargas, G. S., & Sá, A. M. P. (2013). The perception of high-risk pregnant women about the hospitalization process. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(6), 792–797.
- Silva, S. B. A., Ferreira, D. S., & Mattos, J. G. S. (2017). Conhecimento das gestantes sobre o diagnóstico de gestação de alto risco. [Resumo]. (Org.), *I Fórum Especialização em Enfermagem Obstétrica / Rede Cegonha da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Ciências da Saúde, Uberlândia, MG, Brasil*.
- Souza, N. A., Queiroz, L. L. C., Queiroz, R. C. C. S., Ribeiro, T. S. F., & Fonseca, M. S. S. (2013). Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís-MA. *Revista de Ciências da Saúde*, 15(1), 28–38.
- Valente M. M. Q. P., Freitas, N. Q., Áfio, A. C. E., Sousa, C. S. P., Evangelista, D. R., & Moura, E. R. F. (2013). Assistência pré-natal: um olhar sobre a qualidade. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 14(2), 280–289.
- Xavier, R. B., Jannotti, C. B., Silva, K. S., Martins, A. C. (2013). Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1161–1171.
- Zugaib, M. (2008). *Obstetricia* (Vol. 1, 1ª ed.). São Paulo: Manole.

Recebido em: setembro de 2018

Aceito em: fevereiro de 2019

Gisélia Gonçalves de Castro: Fisioterapeuta. Doutoranda em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca, Franca, São Paulo, Brasil. Docente do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio.

Francielle Frantieska Garcia Ferreira: Fisioterapeuta. Centro Universitário do Cerrado Patrocínio.

Adriana Santos Camargos: Discente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio.

Marco Aurélio Ferreira de Jesus Leite: Educação Física. Doutorando em Genética e Bioquímica pela Universidade Federal de Uberlândia, Docente do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio.

Juliana Gonçalves Silva de Mattos: Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Docente do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio e da Faculdade Cidade de Coromandel.

Endereço para contato: giseliagcastro@gmail.com