



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM COGNIÇÃO,
TECNOLOGIAS E INSTITUIÇÕES

JÉSSICA MICAEL REBOUÇAS JUSTINO

**QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO ENTRE GESTANTES DE
RISCO HABITUAL ACOMPANHADAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN.**

MOSSORÓ
2019

JÉSSICA MICAELE REBOUÇAS JUSTINO

**QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO ENTRE
GESTANTES DE RISCO HABITUAL ACOMPANHADAS NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições da Universidade Federal Rural do Semi-Árido como requisito para obtenção do título de Mestre em Cognição, Tecnologias e Instituições.

Linha de pesquisa: Experiência humana, social e técnica.

Orientador: Prof. Dr. Remerson Russel Martins.

MOSSORÓ
2019

© Todos os direitos estão reservados a Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tornar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

J96q Justino, Jéssica Micaele Rebouças.
Qualidade de vida e bem-estar psicológico entre gestantes de risco habitual acompanhadas nas unidades básicas de saúde do município de Mossoró/RN. / Jéssica Micaele Rebouças Justino. - 2019.
93 f. : il..

Orientador: Remerson Russel Martins.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Rural do Semi-árido, Programa de Pós-graduação em Cognição, Tecnologias e Instituições, 2019.

1. Gravidez. 2. Qualidade de vida. 3. Bem-estar Psicológico. 4. Atenção Básica. I. Martins, Remerson Russel , orient. II. Título.

O serviço de Geração Automática de Ficha Catalográfica para Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) foi desenvolvido pelo Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação da Universidade de São Paulo (USP) e gentilmente cedido para o Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (SISBI-UFERSA), sendo customizado pela Superintendência de Tecnologia da Informação e Comunicação (SUTIC) sob orientação dos bibliotecários da instituição para ser adaptado às necessidades dos alunos dos Cursos de Graduação e Programas de Pós-Graduação da Universidade.

JÉSSICA MICAEL REBOUÇAS JUSTINO

**QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO ENTRE
GESTANTES DE RISCO HABITUAL ACOMPANHADAS NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições da Universidade Federal Rural do Semi-Árido como requisito para obtenção do título de Mestre em Cognição, Tecnologias e Instituições.

APROVADA EM: 30 / 04 / 19

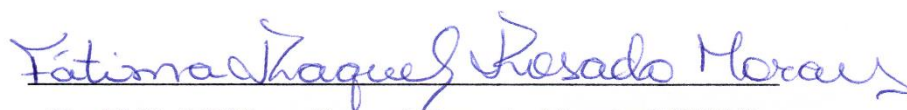
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Remerson Russel Martins (UFERSA)
Presidente e Orientador



Prof.ª Dr.ª Ellany Gurgel Cosme do Nascimento (UERN)
Membro examinador



Prof.ª Dr.ª Fátima Raquel Rosado Moraes (UERN)
Membro examinador

Aos meus pais, João Justino Neto (*in memoriam*) e Antônia Rebouças Oliveira, são os seres mais preciosos da minha vida e motivo pelo qual cheguei até aqui e às gestantes que aceitaram o desafio de participar dessa pesquisa, viabilizando-a.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela misericórdia e graça que me alcança dia após dia. Pai, tenho certeza que onde cheguei e pretendo ainda chegar, só é possível com Sua permissão. Obrigada por ser meu Pai, melhor amigo, abrigo, descanso, aconchego e por compreender meus medos, silêncios e lágrimas. Palavras seriam insuficientes para expressar minha dependência e gratidão a Ti. O Senhor é a razão de tudo. Tudo que eu sou e que eu planejo ser, pertence a Ti.

Aos meus pais, João Justino Neto – Joquinha (*in memoriam*) e Antônia Rebouças Oliveira – Neta. Painho, mesmo ausente, não deixei de sentir o seu cuidado e o seu abraço forte, o seu amor e incentivo, estes foram primordiais para o alcance dessa conquista. Mainha, minha rainha, não tenho palavras para expressar o seu significado diante desse mérito, obrigada pelas orações à Deus, pedindo por proteção e cuidado, pelas ligações, pela sua fé que inúmeras vezes alimentou a minha e por esse amor inefável. Mainha e Painho, esse mérito lhes pertence, amo muito vocês, razão de tudo.

Aos meus irmãos, em especial Gédia Justino (Deda), por todo o carinho e apoio nas horas difíceis, por compreender minha ausência e vibrar com cada etapa concretizada desse sonho. Grata pelas palavras de ânimo e pelos inúmeros carões, foram essenciais para o meu crescimento. Amo vocês.

Ao meu noivo e futuro marido, Zilton Menezes, por exatamente tudo. Você foi essencial em todas as etapas para a obtenção desse título. Foi minha calma, nos momentos de agonia. Foi colo, quando desacreditei que conseguiria. Foi duro com as palavras, o que me permitiu crescimento. Compreensivo nas minhas ausências, companheiro nas madrugadas de estudo e incansáveis leituras. Acreditou bem mais que eu que esse título chegaria, ele chegou. Obrigada porque além de melhor amigo, é o meu amor. Te amo muito, vida!

Ao meu padrasto, Antônio Sérgio (*in memoriam*) pelo incentivo e encorajamento, desde sua chegada em nossas vidas. Tenho certeza que estaria radiante e vibrando com esse título, sintase parte dele. Sua ausência causa dor, mas a sua lembrança é confortável e me incentiva a querer ser um ser humano melhor. Sempre serei grata por tudo que fez por mim.

Aos familiares e amigos que, mesmo em meio às reclamações pela minha ausência, sempre me apoiaram e se achegavam com palavra de ânimo e desejo de sucesso.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Remerson Martins. Ele conseguiu ser pai, além dos três filhos que já tinha, me adotou. Entendeu que eu não poderia abrir mão da minha família. Cuidou, se preocupou e teve zelo pela nossa pesquisa. Foi amigo, irmão mais velho e psicólogo por livre e espontânea pressão. Por tudo isso, afirmo e reafirmo esse trabalho é tão meu, quanto seu. Obrigada por tornar tão árdua a caminhada, mas também por trazer leveza a esse momento. Você é um excelente ser humano.

À Banca de defesa, Prof^ª. Dr^ª. Fátima Raquel Rosado Moraes e Prof^ª. Dr^ª. Ellany Gurgel Cosme do Nascimento, por aceitar o convite para colaborar com essa pesquisa

e pelas brilhantes colocações e considerações durante a qualificação, que deu vida a esse fruto, a dissertação. Sou grande admiradora das grandes pesquisadoras que são. Sempre serão referências para mim.

Aos docentes Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições, pela oportunidade de crescimento e por geriram tão bem cada encontro ao longo desses dois anos.

À minha turma de mestrado, pelos inúmeros momentos compartilhados. Foram choros, risos, noites mal dormidas, momentos de desesperos, outros de muita comilança, estávamos juntos e sempre serão especiais e terão um grande espaço no meu coração. Agradeço, especialmente, à Cindy Damaris Lira – porque se não tivesse insistido, é provável que eu não estaria obtendo esse título – você foi importante desde o início, antes dele, na verdade, obrigada por tudo – e Ramiro Vasconcelos Júnior pela parceria, companheirismo e irmandade ao longo de toda essa etapa. Vocês foram conselheiros, amigos, verdadeiros anjos em minha vida. Moram no meu coração.

Ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições por me oportunizar o título de Mestre em uma instituição séria e comprometida com o ensino de qualidade.

À CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo financiamento da minha pesquisa, sem o qual seria quase impossível sua concretização.

Às meninas do apto 201 pelos momentos de felicidade compartilhados, conselhos e palavras de incentivo – Aninha Holanda, Laryssa Dayanna e Layssa Daniele. Agradeço, em especial, à Dayanne Oliveira e Tayrine Stéphanne, por terem me auxiliado na coleta de dados, não tenham dúvida do quanto são importantes para mim e o quanto esse título tem a ver com vocês. Obrigada por abrirem mão de dormir mais um pouco, estudar e outros afazeres para estar comigo, coletando os dados. Amo vocês.

Aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, em especial os (as) enfermeiros (as) colegas de profissão, que se prontificaram em colaborar com o meu trabalho, abrindo as portas e facilitando meu acesso às gestantes, público-alvo da pesquisa.

Às Gestantes, por darem vida a essa pesquisa e viabilizá-la. Sem dúvidas, vocês tiveram papel imprescindível para o êxito desse trabalho. Muito obrigada!

Aos que contribuíram de forma direta ou indireta para realização desse sonho. Gratidão!

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu. Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de colher o que se plantou”.

(Eclesiastes 3:1-2)

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com uma abordagem quantitativa que permitiu investigar a associação entre qualidade de vida e bem-estar psicológico em gestantes, considerando suas potencialidades, com vistas a possibilitar a reorientação da assistência durante o ciclo gravídico, atuando diretamente em suas necessidades e investindo em sua capacidade e controle sobre sua vida. A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona urbana do município de Mossoró/RN com 135 gestantes de risco habitual em acompanhamento pré-natal. Os dados foram obtidos através da aplicação de três instrumentos: Questionário socioeconômico e histórico clínico-obstétrico, Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans & Powers e Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP), após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer nº 2.893.813 CAAE: 96006518.0.0000.5294 e a análise estatística dos dados foi realizada por meio do programa JASP versão 0.10.2. Considerando as informações obtidas a partir da análise, infere-se sobre o perfil sociodemográfico e clínico-obstétrico, que houve predominância de gestantes com escolaridade no nível médio, pardas, que não trabalham ou cuidam do lar, protestantes, possuem renda entre 1 e 3 salários, estavam no 3º trimestre gestacional, primigestas, 1 a 3 partos e não possuem histórico patológico. No que diz respeito a relação entre as variáveis socioeconômicas e clínico-obstétricas com as dimensões do IQV e EBEP, verificou-se que há diferenças estatísticas em algumas situações e todas as variáveis demonstraram de uma a três relações com alguma dimensão do IQV e da EBEP, sendo que essas relações ocorreram mais em relação à qualidade de vida. A partir da associação estabelecida entre qualidade de vida e bem-estar psicológico, visualizou-se que há uma relação forte de complementariedade entre esses constructos, quando trabalhados sob a ótica das gestantes de risco habitual no município em questão. Diante disso, compreende-se que realizar um estudo sobre a avaliação da qualidade de vida e o bem-estar psicológico das gestantes, é relevante para auxiliar no direcionamento e reorientar as ações de prevenção, promoção e assistência à saúde, tendo em vista o aprimoramento das práticas realizadas atualmente na rede pública de saúde, melhorando a assistência ofertadas a essa população.

Palavras-chave: Gravidez. Qualidade de vida. Bem-estar Psicológico. Atenção Básica.

ABSTRACT

This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach that allowed us to investigate the association between quality of life and psychological well-being in pregnant women, considering its potentialities, with a view to enabling the reorientation of care during the pregnancy cycle, acting directly. in your needs and investing in your ability and control over your life. The research was conducted in the Basic Health Units located in the urban area of Mossoró / RN with 135 pregnant women at usual risk in prenatal care. Data were obtained through the application of three instruments: Socioeconomic Questionnaire and Clinical-Obstetric History, Ferrans & Powers Quality of Life Index (QLI) and Psychological Well-being Scale (PWS), after approval by the Ethics and Research Committee. under Opinion No. 2.893.813 CAAE: 96006518.0.0000.5294 and statistical analysis of the data was performed using the JASP version 0.10.2 program. Considering the information obtained from the analysis, it is inferred about the sociodemographic and clinical-obstetric profile, that there was a predominance of pregnant women with secondary education, mulattos, who do not work or take care of the home, Protestants, have income between 1 and 3 salaries, were in the 3rd trimester of pregnancy, first born, 1 to 3 deliveries and have no pathological history. Regarding the relationship between socioeconomic and clinical-obstetric variables with the QLI and PWS dimensions, it was found that there are statistical differences in some situations and all variables showed one to three relationships with some QLI and PWS dimensions, and these relationships occurred more in relation to quality of life. From the association established between quality of life and psychological well-being, it was seen that there is a strong relationship of complementarity between these constructs, when worked from the perspective of pregnant women at usual risk in the municipality in question. Given this, it is understood that conducting a study on the assessment of quality of life and psychological well-being of pregnant women is relevant to assist in directing and reorienting prevention, promotion and health care actions, with a view to improving practices currently performed in the public health network, improving the care offered to this population.

Keywords: Pregnancy. Quality of life. Psychological well-being. Basic Attention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Análise de Rede pelo método das correlações parciais entre as dimensões da Qualidade de Vida e do Bem-Estar Psicológico.....	48
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Distribuição do número de gestantes cadastradas, cota amostral e resultados obtidos por Unidades básicas de saúde do município de Mossoró, RN, Brasil.....	33
Quadro 02 – Itens e domínios do Ferrans e Powers Quality of Life Index – versão adaptada.	35
Quadro 03 – Itens, dimensões e breve descrição referentes à Escala de Bem-Estar Psicológico.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Perfil sociodemográfico e histórico clínico-obstétrico de gestantes de risco habitual acompanhadas nas UBS do município de Mossoró, RN, 2019, Brasil.....	43
Tabela 02 – Coeficiente Alfa de Cronbach aplicado às dimensões presentes no Índice de Qualidade de Vida e a Escala de Bem-estar Psicológico de gestantes de risco habitual acompanhadas nas UBS do município de Mossoró, RN, 2019, Brasil.....	44
Tabela 03 – Análise de correlações de Pearson entre as dimensões do Índice de Qualidade de Vida e da Escala de Bem-Estar Psicológico de gestantes de risco habitual acompanhadas nas UBS do município de Mossoró, RN, 2019, Brasil.....	45
Tabela 04 – Relação entre variáveis sociodemográficas de gestantes de risco habitual acompanhadas nas UBS do município de Mossoró, RN e QV e BEP a partir do Teste t de Student e ANOVA, 2019.....	51
Tabela 05 – Relação entre variáveis clínico-obstétricas de gestantes de risco habitual acompanhadas nas UBS do município de Mossoró, RN e QV e BEP a partir de ANOVA, 2019.....	54

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Análise de Variância
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EBEP	Escala de Bem-Estar Psicológico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
IMC	Índice de Massa Corporal
IQV	Índice de Qualidade de Vida
OMS	Organização Mundial de Saúde
SISPRÉNATAL	Sistema de Informação do Pré-natal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 JUSTIFICATIVA.....	19
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 OBJETIVO GERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4 REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1 PSICOLOGIA POSITIVA E MODELOS DE BEM-ESTAR.....	22
4.1.1 Introduzindo o bem-estar: Modelo de Estado Completo.....	23
4.1.2 Bem-estar Psicológico e suas múltiplas dimensões	25
4.2 QUALIDADE DE VIDA: UM CONSTRUCTO MULTIDIMENSIONAL E A RELEVÂNCIA DE SUA AVALIAÇÃO.....	27
4.3 GESTAÇÃO:ABORDAGEM CONCEITUAL E MUDANÇAS DE ORDEM BIOLÓGICA, SOCIAL E PSICOLÓGICA.	30
5 MATERIAL E MÉTODOS	33
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	33
5.2 LOCAL DE PESQUISA	33
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	34
5.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	37
5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	40
5.6 ANÁLISE DE DADOS	42
5.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	43
6 RESULTADOS.....	44
7 DISCUSSÃO	57
7.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO-OBSTÉTRICO DAS GESTANTES ACOMPANHADAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE.	57
7.2 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO.....	61
7.3 ESTABELEECENDO CONEXÕES ENTRE OS CONCEITOS: QUALIDADE DE VIDA, BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E GESTAÇÃO.....	66
8 CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICES	82

APÊNDICE A – DISTRIBUIÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ATIVAS NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN	83
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	84
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E HISTÓRICO CLÍNICO OBSTÉTRICO.....	86
APÊNDICE D – TABELAS PARA AUXÍLIO NA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS – QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO	87
ANEXOS	89
ANEXO A – ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS E POWERS.....	90
ANEXO B – ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO	93

1 INTRODUÇÃO

A gravidez compreende um período de mudanças relacionadas ao estado emocional, às condições fisiológicas e às relações interpessoais, sendo significativos as mudanças psicossociais percebidas na gestante (ENKIN et al., 2005; SILVEIRA; FERREIRA, 2011). Simultaneamente, o desenvolvimento da mulher é acompanhado por conflitos como sobrecargas e descontinuidades de tarefas que afetam sua saúde física, social e mental (REZENDE; SOUZA, 2012). São comuns as pesquisas que investigam as mudanças e impactos na saúde mental da mulher decorrente da gravidez. Porém a saúde mental não é definida pela ausência de doenças mentais, mas pela forte presença de bem-estar nos sujeitos (CARVALHO; DIAS, 2012). Então, pensando em diferentes meios para promover a qualidade de vida desses sujeitos, é imprescindível identificar e explorar o potencial humano - bem-estar psicológico - e sua satisfação diante da vida.

Nessa perspectiva, observa-se a necessidade de instrumentos de avaliação que trabalhem na perspectiva da qualidade de vida e bem-estar psicológico em diversos campos, com diversos públicos e em fases diferentes da vida, sejam pessoas saudáveis, vulneráveis ou diante de um quadro de adoecimento. De modo que a partir dos resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos seja possível preencher lacunas encontradas na assistência prestada, ressaltando potencialidades e não somente fragilidades, além de caracterizar a população que dá entrada e é acompanhada nos serviços de saúde.

Esta pesquisa procurou avaliar a qualidade de vida das gestantes e o seu bem-estar psicológico, considerando suas potencialidades, com vistas a possibilitar a oferta de uma assistência durante o ciclo gravídico mais eficaz, atuando diretamente em suas necessidades e investindo em sua capacidade e controle sobre sua vida e o que está em sua volta.

Essa perspectiva diante da gestação exige que seja ampliada a ideia de cuidado no sentido de fazer escolhas e dominar competências que mobilizem múltiplos saberes e deem garantia de uma assistência que privilegie o desenvolvimento integral dessa gestante.

Esta pesquisa traz uma segunda característica que é uma abordagem interdisciplinar à temática da gravidez. Essa abordagem é caracterizada pela

articulação de saberes entre a enfermagem e a psicologia. Nessa articulação o conjunto técnico e propedêutico da enfermagem se encontra e dialoga com as proposições da psicologia positiva na busca pela identificação das forças e virtudes do ser humano. Dessa forma, lança-se como problema de pesquisa o questionamento acerca de quais as relações entre os domínios presentes nos instrumentos de qualidade de vida e bem-estar psicológico entre gestantes acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Mossoró/RN?

2 JUSTIFICATIVA

Ao refletir sobre a motivação para desenvolver a pesquisa na área da Saúde da Mulher durante o ciclo reprodutivo, a pesquisadora atribui à sua vivência na graduação, que lhe permitiu aproximar-se com o público-alvo e desenvolver um olhar sensível aos aspectos que envolvem esse período da vida da mulher, pois a partir do cotidiano nos serviços de saúde, foi possível observar ações fragmentadas e práticas tecnicistas, voltadas para o ciclo gravídico com foco no aspecto biológico, desconsiderando a mulher enquanto ser social, devendo ser assistida em sua integralidade.

O interesse pauta-se também na realização de um estudo sobre a avaliação do pré-natal de risco habitual durante a graduação que possibilitou o contato com literaturas que evidenciaram a reflexão e importância de promover estudos sobre Saúde da Mulher e o acompanhamento durante seu ciclo reprodutivo.

Ainda durante a graduação, a pesquisadora teve oportunidade de realizar produções científicas (publicação de artigos em periódicos, trabalhos em anais de eventos, construção do Trabalho de Conclusão de Curso e intervenção no Estágio Supervisionado na Atenção Básica, bem como projetos elaborados durante disciplinas como Educação em Saúde, Estágio em Prática de Ensino I, II e III e Enfermagem no Processo de Reprodução Humana) que foram importantes para o aprofundamento na temática pesquisada.

A relevância dessa pesquisa está assentada na possibilidade de trabalhar qualidade de vida e bem-estar psicológico com gestantes. Ao propor a discussão sobre bem-estar psicológico tem-se em vista evidenciar o que há de melhor durante a vivência da mulher no período gravídico, destacar potencialidades que a gestante possui através de dimensões organizadas em uma Escala de Bem-estar Psicológico, com ênfase na sua percepção durante esse ciclo da vida.

Com relação a qualidade de vida, a pesquisa possibilita a sua avaliação através do emprego de um instrumento de coleta de dados – Índice de Qualidade de vida, que diferentemente dos demais, faz uma abordagem que investiga além do nível de satisfação da qualidade de vida, pois enfatiza também o grau de importância das dimensões trabalhadas neste instrumento. Este trabalho tem por

finalidade colaborar com o avanço do conhecimento científico, tendo em vista que a vivência desse público-alvo decorre por diversas áreas do conhecimento, procurando refletir sobre a assistência que é dada às usuárias, no sentido de considerar os aspectos relacionados à sua qualidade de vida e bem-estar psicológico como parte do processo saúde/doença. Por entender que melhorar a qualidade da assistência é permitir que a gestante como sujeito perceba-se como parte da intervenção, e que sua vivência deve ser considerada.

Acredita-se também que este estudo possa ser utilizado como referência para outras propostas de pesquisa dentro dessa perspectiva, possibilitando que toda a comunidade acadêmica, utilize temáticas que deem ênfase a vida dos sujeitos, poderá contribuir com as pesquisas sobre a qualidade de vida e bem-estar psicológico de gestantes acompanhadas na Atenção Básica e permitirá conhecer a realidade do município de Mossoró/RN.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a associação entre qualidade de vida e bem-estar psicológico em gestantes de risco habitual acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município de Mossoró/RN.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o perfil socioeconômico e histórico clínico-obstétrico de gestantes acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município de Mossoró/RN.

Avaliar a qualidade de vida de gestantes acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município de Mossoró/RN.

Aferir o bem-estar psicológico de gestantes acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município de Mossoró/RN.

Identificar a relação entre os domínios de qualidade de vida e bem-estar psicológico de gestantes acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município de Mossoró/RN.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 PSICOLOGIA POSITIVA E MODELOS DE BEM-ESTAR

Historicamente, a psicologia tradicional teve como foco o adoecimento do indivíduo, sofrimento humano, suas experiências negativas e fatores associados à processos psicopatológicos que o acometem (SNYDER; LOPEZ, 2009).

Na tentativa de desviar o foco das questões voltadas ao adoecimento, surgem outros modelos com ênfase no desenvolvimento da mente humana. A intenção não é desconsiderar os aspectos psicopatológicos, mas ponderar aspectos relacionados à prevenção e promoção da saúde para a realização de uma abordagem mais completa do ser humano (REUSE; MENEZES; SIQUEIRA, 2017).

Dentro desses novos modelos, surge a Psicologia Positiva que destaca através do estudo científico, as potencialidades e virtudes do indivíduo, melhorando sua qualidade de vida (SNYDER; LOPEZ, 2009). Surge como possibilidade de considerar de modo mais integrado os aspectos positivos e negativo da mente, contradizendo, assim, a psicologia tradicional que tem seu foco no adoecimento mental ou nos aspectos negativos do comportamento humano (PIRES; NUNES, M; NUNES. C, 2015).

Estes aspectos positivos da mente dizem respeito aos constructos trabalhados na psicologia positiva tais como qualidade de vida, bem-estar subjetivo, auto eficácia e esperança. Nesse sentido, verifica-se que o seu foco se volta também para os estudos das emoções positivas, tais como felicidade, amor, gratidão, otimismo, etc. (PIRES; NUNES, M; NUNES. C, 2015).

Reuse, Menezes e Siqueira (2017) abordam os conceitos de bem-estar, dividindo-o em três dimensões, a saber: bem-estar psicológico, bem-estar social e bem-estar emocional (subjetivo). Porém, essa divisão não isola esses conceitos, pelo contrário, permite correlacioná-los dentro do Modelo de Estado Completo. Uma vez que, segundo Keyes e Lopez (2002), esse modelo baseia-se na associação entre o bom funcionamento mental e níveis elevados dos tipos de bem-estar já mencionados.

4.1.1 Introduzindo o bem-estar: Modelo de Estado Completo

O Modelo de Estado Completo foi desenvolvido por Keyes e Lopez (2002), é definido na saúde mental como altos níveis de bem-estar subjetivo, social e psicológico e a ausência de sintomas associados à doença mental. Esse modelo se propõe a demonstrar que o bem-estar, assim como os sintomas das doenças mentais podem modificar-se com o passar do tempo (SNYDER; LOPEZ, 2009).

O bem-estar subjetivo baseia-se na visão hedonista de felicidade em que o bem-estar está ligado a avaliação que os sujeitos fazem de aspectos positivos e negativos relacionados a sua vida. Nesse sentido, o bem-estar subjetivo trata-se da análise subjetiva da própria situação do indivíduo acerca do mundo e é conceituado como a articulação de afeto positivo, afeto negativo e satisfação geral com a vida. É um fenômeno amplo que inclui respostas emocionais do indivíduo e julgamentos globais sobre sua satisfação com a vida (DIENER, 1984).

Segundo Reuse, Menezes e Siqueira (2017), de um modo geral, o conceito de bem-estar subjetivo é muito utilizado como sinônimo de felicidade. Snyder e Lopez (2009) afirmam que o bem-estar subjetivo possui ênfase nos relatos das pessoas acerca de suas experiências positivas de vida. Então, o conceito de bem-estar subjetivo, conforme os autores se posicionam, refere-se aos afetos e à satisfação do sujeito diante das experiências vivenciadas ao longo da sua vida.

Na tentativa de auxiliar na investigação de natureza sociológica e econômica, o bem-estar subjetivo ganha visibilidade, desde os anos de 1960 a partir de um conjunto de investigações empíricas associado à felicidade, procurando, identificar as características das pessoas felizes e centrando-se nos processos que produzem a felicidade (NOVO, 2005).

A investigação do bem-estar subjetivo, a partir da avaliação que cada pessoa faz da sua vida de acordo com as suas expectativas, valores, emoções e experiências tem como base uma dimensão afetiva e uma dimensão cognitiva (NOVO, 2005; CARVALHO, 2012).

Na dimensão afetiva do bem-estar subjetivo, incentivada com a pesquisa realizada por Bradburn (1969), é estudada por meio da frequência, mais do que a intensidade, dos afetos positivos e negativos. Esta avaliação valoriza a presença de afetos positivos e a ausência dos afetos negativos como dimensões independentes e não uma dimensão única, uma vez que, no funcionamento

humano, os estados emocionais negativos não são apenas o reverso dos afetos positivos (CARVALHO, 2012; ZANON, DELLAZZANA-ZANON, HUTZ, 2014).

Na dimensão cognitiva, de acordo com Carvalho (2015) e Novo (2005) é analisada a satisfação com a vida, nessa dimensão avalia-se o julgamento que a pessoa faz da sua vida em relação às suas pretensões e anseios.

O bem-estar social, conforme Keyes (1998), é definido como ausência de situações e sentimentos negativos, resultado do ajuste e adaptação às experiências do ser humano diante da sociedade. Apesar dos modelos existentes enfatizarem as características individuais do bem-estar, os sujeitos continuam incorporados nas organizações e comunidades sociais e enfrentam incontáveis tarefas e desafios sociais. O autor defende a relevância de realizar estudos que discutam os aspectos sociais, porque esses aspectos podem ser critérios que os indivíduos usam para avaliar a qualidade de suas vidas.

A partir do momento em que o ser humano é aceito positivamente pelo outro, isso é entendido como aceitação social, que pode ser a contrapartida social para autoaceitação (KEYES, 1998) e essa aceitação ou não, irá refletir no seu comportamento diante da sociedade e, conseqüentemente, será um dos determinantes para sua qualidade de vida. Diante dessas considerações, afirma-se que o bem-estar social se trata da avaliação da relação do ser humano com a sociedade.

Já o bem-estar psicológico (BEP) é compreendido como um bem-estar centrado na experiência de desenvolvimento pessoal e de autorrealização. Aristóteles, na Grécia Antiga, propôs que o bem-estar resulta da *eudaimonia*, ou seja, procede da ação em direção ao desenvolvimento dos potenciais próprios de cada pessoa (RYFF, 1989).

Paschoal e Tamayo (2008) reforçam essa ideia quando afirmam que a visão eudaimônica se refere não somente à felicidade hedônica, como no bem-estar subjetivo, mas também à realização do potencial pessoal e das metas fundamentais de vida. Ryff (1989), uma das autoras que discute essa proposta de bem-estar sugere que o BEP se trata do funcionamento positivo global do indivíduo e o organiza em seis dimensões que serão explicadas na próxima seção deste texto.

O bem-estar psicológico ganha uma dimensão de sentido maior ao ser inserido e contextualizado dentro do modelo de estado completo - ou seja, é uma

faceta do bem-estar humano, assim como o bem-estar subjetivo e social. Sob a perspectiva da Psicologia Positiva, o bem-estar psicológico é uma faceta do funcionamento saudável da mente, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento do ser humano.

4.1.2 Bem-estar Psicológico e suas múltiplas dimensões

O bem-estar psicológico nasce da crítica de Ryff ao bem-estar subjetivo, nomeadamente, às limitações do olhar hedonista sobre o funcionamento psicológico à ascensão inquestionável da felicidade como fim em si mesma e maior bem para todos, à exclusão de necessidades importantes para o funcionamento psicológico positivo, sendo estes imprescindíveis para o bem-estar geral do ser humano (CARVALHO, 2012).

O estudo de Burns e Machin (2010) buscou identificar os efeitos do bem-estar psicológico sobre o bem-estar subjetivo e concluiu que o psicológico se torna um fator importante na previsão do subjetivo. Segundo esses mesmos autores, a importância do bem-estar psicológico está em fornecer uma direção, incluindo mudança de atitude mais duradoura, diminuindo a reatividade emocional para causas externas à pessoa, que por sua vez afetam o bem-estar subjetivo.

Diferentemente da visão hedônica de bem-estar subjetivo, o conceito de bem-estar psicológico vai além do sentimento de felicidade e satisfação geral com a vida, associado à vivência de mais afetos positivos do que afetos negativos (RYFF, 1989; RYFF, KEYES, 1995). Santana e Gondim (2016) afirmam que o bem-estar subjetivo mede um estado momentâneo e acrescentam que o bem-estar psicológico se apoia em traços pessoais, que se apresentam mais estáveis no tempo.

Para a compreensão do conceito de bem-estar psicológico, faz-se necessário analisar as seis dimensões que o constituem e que se tratam de constructos independentes, embora estejam correlacionados. Dentre essas dimensões estudadas, destacam-se: auto aceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal. Segundo Machado, Pawlowski e Bandeira (2013) e Ryff (1989) estas dimensões são descritas a seguir:

A “autoaceitação” é entendida como uma das dimensões que evidenciam

o bem-estar psicológico sendo a capacidade do indivíduo de reconhecer suas próprias qualidades e habilidades com potencialidade. Esta dimensão é definida como fator central para saúde mental assim como a característica de autoatualização, ótima funcionalidade e maturidade. Nesse sentido, atitudes positivas relacionadas a si mesmo são compreendidas como característica central para função psicológica positiva.

A dimensão acerca das “relações positivas com os outros” caracteriza-se por relações acolhedoras, satisfatórias e seguras, o sujeito preocupa-se com o bem-estar de outros e é capaz de desenvolver empatia em suas relações.

A “autonomia” diz respeito à autodeterminação e independência, é ser capaz de resistir às pressões sociais para pensar e agir em diferentes situações e capacidade de regulação do comportamento interno.

Na dimensão “domínio sobre o ambiente” são destacadas competências para conduzir o ambiente e aproveitar adequadamente as oportunidades, nessas circunstâncias, o indivíduo ter habilidade e capacidade para administrar um ambiente complexo e, ainda, escolher e criar uma comunidade pessoal.

Outra dimensão é “propósito na vida” que se refere ao sujeito ter objetivo e um senso de direção na vida, compreender que o passado tem significados e que é importante ter crenças que deem propósito à vida.

Na dimensão “crescimento pessoal”, o indivíduo nota o seu desenvolvimento enquanto pessoa, ressaltando seus potenciais, estar aberto a novas experiências e sentir-se cada vez mais capacitado e eficaz para determinadas ações.

Para Carvalho (2012), o modelo bem-estar psicológico que se baseia nessas seis dimensões do desenvolvimento humano, proposto por Ryff, é holístico, uma vez que avalia as características do ser humano, destacando suas potencialidades, de forma completa e integral, teórico-empírico, pois possui bases teóricas fundamentadas em diversas avaliações empíricas acerca do modo como o ser humano é capaz de conduzir sua vida e multidimensional, porque avalia aspectos que vão desde a relação do sujeito consigo mesmo (auto aceitação e autonomia, por exemplo) à relação do sujeito para com o mundo à sua volta (domínio sobre o ambiente e relação positiva com outros, por exemplo). A partir da análise desse modelo, autores concluíram que é mais conveniente considerar um modelo multidimensional de bem-estar psicológico a um modelo único (RYFF;

KEYES, 1995).

4.2 QUALIDADE DE VIDA: UM CONSTRUCTO MULTIDIMENSIONAL E A RELEVÂNCIA DE SUA AVALIAÇÃO

Qualidade de vida trata-se de um conceito complexo e, no decorrer do tempo, pesquisas buscam incessantemente termos que deem um sentido mais completo, dada a sua subjetividade (GORDIA et al., 2011). Alguns autores afirmam que os conceitos, bem como os instrumentos de avaliação associados à qualidade de vida tendem a reforçar o modelo biomédico a partir do momento que se restringem à aspectos fisiopatológicos (saúde-doença) e curativistas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000), desconsiderando aspectos sociais, acrescenta-se a estes, os psicológicos.

O conceito de qualidade de vida está relacionado à diferentes fatos que circundam o cotidiano do ser humano

É o tempo de trânsito e as condições de tráfego, entre o local de trabalho e de moradia. É a qualidade dos serviços médico-hospitalares. É a presença de áreas verdes nas grandes cidades. É a segurança que nos protege dos criminosos. É a ausência de efeitos colaterais de medicamentos de uso crônico. É a realização profissional. É a realização financeira. É usufruir do lazer. É ter cultura e educação. É ter conforto. É morar bem. É ter saúde. É amar. É, enfim, o que cada um de nós pode considerar como importante para viver bem (NOBRE, 1995, p. 299).

É um termo frequentemente utilizado, porém ainda não há uma definição aceita de modo consensual. Na literatura, observa-se que se trata de um conceito que admite uma variedade de significados, com diferentes abordagens teóricas e inúmeros métodos para medida do conceito (KIMURA; SILVA, 2009).

Gordia et al (2011) afirmam que as discussões sobre qualidade de vida associadas à saúde surgiram na década de 30, mas foi no final do século XX, década de 90 mais precisamente, que esse termo ganhou mais visibilidade nas conversas informais entre as pessoas e a mídia, de um modo geral. Nesse período, houve também um grande avanço na quantidade e qualidade de investigações científicas com o objetivo de proporcionar um maior entendimento sobre a qualidade de vida e sua relação com questões sociais, culturais e biológicas.

Mesmo diante dos avanços no meio científico, não foi obtido êxito no sentido de padronizar o conceito de qualidade de vida, mas constatou-se três elementos fundamentais para sua definição (GORDIA et al., 2011; FLECK, 2008). A existência de aspectos subjetivos, tais como a percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e aspectos da sua vida em geral. Um constructo multidimensional, abrangendo aspectos relacionados ao mental, físico e social. E a avaliação de marcadores positivos e negativos da qualidade de vida, tais como a presença da mobilidade no sujeito e a ausência de dor.

Considerando esses aspectos e a relevância crescente desse tema na área da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio de um grupo que discute qualidade de vida a definiu como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1403).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948, no artigo 25, inciso I, acrescenta que:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. (BRASIL, 1998, p. 5).

A noção de qualidade de vida baseia-se ainda em três vertentes: a primeira, relaciona-se ao modo, condições e estilo de vida; a segunda, inclui as ideias de desenvolvimento sustentável e harmonia com o meio ambiente, ou seja, a própria relação do ser humano com o meio. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais (GORDIA et al., 2011).

Se reconhece que, medidas objetivas de qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde são instrumentos importantes para subsidiar aspectos da população, em geral e quando relacionada à saúde, diz respeito às análises de intervenções terapêuticas e do grau de satisfação do indivíduo com sua saúde e seu tratamento (REZENDE, 2012). Nesse sentido, constata-se a necessidade de investigar sobre a qualidade de vida, no intuito de avaliar o indivíduo de maneira ampla, para além dos aspectos biológicos.

A partir dessa compreensão, verificou-se que existem vários instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida do indivíduo e estes são classificados em duas categorias: genéricos, quando aplicados à população em geral, independente da condição do indivíduo e específicos, para detectar aspectos do estado de saúde de indivíduos com doenças ou agravos específicos (PASCHOAL, 2000). De acordo com Souza (2004), esses instrumentos devem ser de fácil entendimento, rápido em relação ao preenchimento (respostas), confiáveis e válidos.

Autores desenvolveram estudos referentes à qualidade de vida e criticaram abordagens tradicionais de desenvolvimento de conceitos, pois considera que os resultados produzidos precisam ser explicados. Dessa crítica, elabora-se um modelo conceitual de qualidade de vida baseado em um conjunto de abordagens metodológicas, com o objetivo de auxiliar a criação de um instrumento de medida desse conceito (FERRANS; POWERS, 1985).

O instrumento desenvolvido por *Ferrans e Powers* – Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers – destina-se a mensurar a qualidade de vida tanto de pessoas sadias quanto daquelas com algum tipo de doença, sendo composto por quatro domínios específicos: Saúde/funcionamento, Psicológico/espiritual, Socioeconômico e Família (FERRANS; POWERS, 1985; KIMURA; SILVA, 2009).

Kimura e Silva (2009) afirmam que esse instrumento possui uma característica que o diferencia dos demais, além de avaliar o nível de satisfação com os diversos itens que o compõem, articula também a avaliação do grau de importância a eles atribuída. Dessa forma, possibilita-se às pessoas investigadas avaliarem diferencialmente os diversos aspectos da vida, conforme cada domínio lhes sejam mais ou menos importantes.

O diferencial do instrumento de *Ferrans e Powers* permite que a avaliação da qualidade de vida seja realizada ponderando-se o peso de cada domínio de acordo com a percepção subjetiva do nível de satisfação e importância dos mesmos. Dessa forma os diferentes aspectos da vida do ser humano se configuram como um dos principais determinantes na avaliação positiva ou negativa de sua qualidade de vida (REZENDE, 2012).

4.3 GESTAÇÃO: ABORDAGEM CONCEITUAL E MUDANÇAS DE ORDEM BIOLÓGICA, SOCIAL E PSICOLÓGICA.

A gestação é um evento fisiológico na vida da mulher, definido por intensas transformações e cada uma lida com essas mudanças de um modo muito particular (REZENDE, 2012). Ainda que uma mulher tenha múltiplas gestações, cada momento será vivenciado de modo único, podendo lidar de diferentes formas, desde sentimentos positivos (ex.: aceitação, felicidade) à negativos (ex.: medo, ansiedade, estresse) pelo início de um novo ciclo em sua vida. Essas alterações são decorrentes de fatores hormonais e mecânicos, e devem ser considerados normais durante o estado gravídico (REZENDE; MONTENEGRO, 2008).

Caracterizada também como um momento privilegiado de transformações pessoais e sociais, a gestação muda decisivamente a vida de uma mulher, levantando questionamentos acerca de sua própria identidade e conceito pessoal, em todo o processo de adaptação a uma nova condição. O modo como a gestante vivencia todas as mudanças exige um grande esforço físico e psicológico, nem sempre fáceis de administrar, no sentido de prevenir desequilíbrios e perturbações emocionais (SILVEIRA; FERREIRA, 2011). Mediante essas mudanças, compreende-se que a gravidez pode tanto desencadear uma crise emocional para as gestantes como implantar um potencial de adaptação e resolução de conflitos até então desconhecido (MALDONADO, 1997 *apud* PICCININI et al, 2008).

Nesse ínterim, a gravidez, apesar de se tratar de um fenômeno natural, não se trata de uma experiência fácil. Ao longo dos nove meses, as grávidas vivenciam um período emocional com situações positivas e negativas, numa dimensão e intensidade muito maior do que a habitual no seu cotidiano (CAMARNEIRO, 1998). O que sugere afirmar que muitas gestações correspondem a períodos de felicidade, alegria e confiança que se concretiza na desejada maternidade, enquanto outras são caracterizadas por vivências ou acontecimentos de vida que as marcam como períodos difíceis, assustadores e complexos (CARVALHO, 2006).

Daly (2003), afirma que o autoconceito, ou seja, ser capaz de definir a si mesmo – é um fator psicológico que influencia no comportamento, na saúde e no bem-estar do indivíduo, tem um papel moderador no ajuste psicológico que a transição para a maternidade exige, e considera este período a ocasião ideal para examinar a relação entre as características estruturais do conceito que a mulher

tem de si mesmo e das suas capacidades e sua saúde psicológica.

O contexto intrapessoal da mulher, bem como sua história de vida, sua personalidade e o significado que atribui aos acontecimentos são muito relevantes, considerando que é onde residem os aspectos psicológicos essenciais para o profissional de saúde compreender certos acontecimentos que marcam a gravidez, bem como a forma como a grávida se vê, se adapta e reage diante deles (MALDONADO, 2002; SÁ, 2001).

Daí a importância de os profissionais de saúde realizarem uma assistência que extrapole o modelo biomédico e tecnicista, valorizando os aspectos psicológicos e demais fatores que influenciarão positiva ou negativamente na qualidade de vida e bem-estar das gestantes e essa abordagem pode ser feita durante a consulta de pré-natal.

Brasil (2012) traz ainda que:

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (BRASIL, 2012, p. 37).

Partindo desse pressuposto, Brasil (2012) acrescenta que o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado à gestante devem realizar ações de atenção integral, contemplando a proteção e a promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades das gestantes, proporcionando atendimento humanizado e estabelecimento de vínculo (BRASIL, 2012).

Conforme assegura Brasil (2016), a atenção/cuidado integral considera aspectos biológicos, psíquicos, socioeconômicos, culturais, espirituais e ambientais que atuam como determinantes sobre o processo saúde-doença dos indivíduos e, portanto, os profissionais de saúde devem ser capazes de realizar. Sabendo disso, é indispensável compreender que, além das habilidades técnicas,

é necessário que os profissionais privilegiem instrumentos que assegurem a integração entre os conhecimentos técnico-científicos adquiridos durante a formação aos demais saberes contidos nas vivências.

Cabe aos profissionais de saúde considerar a percepção que as gestantes têm acerca da situação a que está submetida, destacando as dificuldades, anseios, medos, bem como potencialidades e a capacidade de lidar positivamente com os fenômenos que ocorrem no seu dia-a-dia, com vistas a identificar fatores que interferem em sua qualidade de vida e bem-estar, de modo a utilizar este quesito como um instrumento de trabalho para melhorar e reorganizar a assistência prestada.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, tendo em vista a busca pela descrição de um determinado público-alvo e em uma dada realidade e contexto com objeto de estudo de caráter inédito, no que diz respeito às características relacionadas ao perfil socioeconômico, clínico-obstétrico, qualidade de vida e bem-estar psicológico. A pesquisa também possui caráter transversal, uma vez que será realizada a coleta de dados em um mesmo período, captando díspares aspectos das gestantes em diferentes trimestres. Adota-se uma abordagem quantitativa, buscando obter a representatividade da amostra em relação a população investigada, viabilizando a generalização dos resultados observados.

5.2 LOCAL DE PESQUISA

O estudo foi conduzido no município de Mossoró, localizado no interior do estado do Rio Grande do Norte, região Nordeste do país. Em 2017, sua população foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE em 295.619 habitantes, sendo o segundo município mais populoso do Rio Grande do Norte (IBGE, 2010). Esta cidade possui diferentes serviços de saúde, no intuito de atender a demanda da sociedade, desde Atenção Básica à serviços de alta complexidade (BRASIL, 2018). No que diz respeito à Atenção Básica, que ocorre mediante a existência das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o município possui 36 unidades ativas, atualmente, sendo 29 atuantes na zona urbana e 7 na zona rural (BRASIL, 2018).

A pesquisa foi desenvolvida em todas as UBS ativas localizadas na zona urbana do município de Mossoró/RN no momento da pesquisa, consideradas porta de entrada da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (BRASIL, 2012).

Para delimitação do espaço para investigação foi realizado um levantamento das UBS no município de Mossoró/RN. A partir de dados fornecidos pela secretaria de saúde do município, obteve-se um número igual a 29 UBS ativas na zona urbana

do município (APÊNDICE A). Vale salientar que as unidades da zona rural foram excluídas do estudo pela compreensão de que estas apresentam uma dinâmica assistencial diferenciada da prestada na zona urbana e implicaria em limitações logísticas para a realização da coleta.

Acrescenta-se que o contato com as unidades foi realizado buscando-se assegurar os seguintes requisitos: a) disponibilidade da equipe e gestores em permitir o adequado desenvolvimento da pesquisa e b) disponibilidade da equipe e gestores em fornecer espaço físico apropriado à coleta de dados. Estes requisitos buscaram garantir a viabilidade da realização da coleta de dados.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo é constituída por gestantes de risco habitual em acompanhamento pré-natal nas UBS do município de Mossoró/RN. O tamanho dessa população foi estimado a partir de dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde por meio do Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRÉNATAL). Assim foram cadastradas 357 gestantes residentes na zona urbana do município de Mossoró/RN no mês de junho/2018.

A amostra da pesquisa foi do tipo não-probabilística, por cotas, buscando um número representativo de gestantes em cada unidade. Para o cálculo do tamanho amostral estimado inicialmente, considerou-se um erro amostral de 5% e nível de confiança igual à 95% dentro da seguinte fórmula (SAMPIERI, 2013):

Onde:

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot p \cdot q}{E^2 \cdot (N-1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$$

n: Tamanho da amostra;

N: Tamanho da população

σ : Nível de confiança

p: Proporção das características pesquisadas no universo

q: Proporção do universo que não possui a característica pesquisada

E: Erro de estimação permitido.

Para a realização desse cálculo, tem-se $N = 357$, $\sigma = 2$ (nível de confiança de 95%), $p = 50$, $q = 50$ e $E = 5$ (margem de erro de 5%). Dessa forma, o tamanho mínimo da amostra será de 152 gestantes de risco habitual acompanhadas nas UBS,

localizadas na zona urbana do município de Mossoró/RN.

Para definição do tamanho das cotas pondera-se que as 152 participantes correspondem à 43% da quantidade total gestantes cadastradas nas UBS da zona urbana do município de Mossoró/RN. Desse modo, pretende-se buscar também 43% das gestantes em cada UBS, arredondando-se as casas decimais para obtenção de valores inteiros segundo a NBR 5891/2014, conforme descrito no quadro 01.

Porém, destaca-se um fenômeno ocorrido no percurso metodológico dessa pesquisa, a saber a diferença entre o tamanho amostral pretendido neste trabalho e a quantidade de gestantes alcançadas. Das 152 gestantes, foi possível alcançar 135 no período de setembro/2018 à fevereiro/2019 nas UBS da zona urbana do município de Mossoró/RN, ao longo de coletas semanais com intervalo apenas no período das festas de final de ano.

Sabe-se que existem inúmeros fatores que podem interferir ao longo da coleta de dados e um dos elementos percebidos que impediram o alcance do número de gestantes pretendido foi a dificuldade de acesso às UBS em zonas mais periféricas da zona urbana em virtude do cenário de segurança pública vivenciado no município de Mossoró/RN atualmente. Outro fator que interferiu nisso, foi a incompatibilidade entre o cronograma da pesquisa e o da equipe responsável pelo acompanhamento pré-natal no período estipulado para a coleta de dados, em virtude de férias e licença médica, apesar das visitas às UBS e agendamentos prévios.

Mesmo diante das dificuldades supracitadas, os dados obtidos acerca das 135 gestantes permitem ainda que estes valores estejam dentro de um nível de confiança de 90% e uma margem de erro de 6%, ou seja, 9 em cada 10 novas gestantes deverão apresentar resultados que não variem mais ou menos do que 6% em relação à amostra observada nesta pesquisa.

Quadro 01 – Distribuição do número de gestantes cadastradas, cota amostral e resultados obtidos por Unidades básicas de saúde do município de Mossoró, RN, Brasil.

UBS	Nº de Gestantes Cadastradas	Cota Amostral Prevista	Resultados Obtidos
UBS DR CID SALEM DUARTE	39	17	10
UBS VEREADOR LAHYRE ROSADO	48	21	12
CENTRO CLÍNICO EVANGELICO EDGARD BULAMARQUI	7	3	5
UBS DUCLECIO ANTONIO DE MEDEIROS	11	5	5
UBS DR EPITACIO DA COSTA CARVALHO	6	3	4
UBS DR HELENIO GURGEL	6	3	3
UBS FRANCISCO PEREIRA AZEVEDO	2	1	1
UBS SINHARINHA BORGES	8	3	8
UBS DR SUELDO CAMARA	1	0	0
UBS DR AGUINALDO PEREIRA	8	3	4
UBS DR CHICO PORTO	4	2	3
UBS DR LUIS ESCOLASTICO BEZERRA	3	1	2
UBS MARIA SOARES DA COSTA	21	9	10
UBS VEREADOR DURVAL COSTA	19	8	10
UBS BERNADETE BEZERRA DE SOUZA RAMOS	6	3	6
UBS DR JOSE HOLANDA CAVALCANTE	1	0	0
UBS DR ILDONE CAVALCANTE DE FREITAS	4	2	7
UBS ANTONIO CAMILO	16	7	9
UBS DR JOAQUIM SALDANHA	40	17	0
UBS DR MOISES COSTA LOPES	16	7	7
CENTRO DE ATENCAO INTEGRADO A CRIANCA CAIC	2	1	1
UBS ENFERMEIRA CONCHITA ESCOSSIA CIARLINE	3	1	3
UBS DR LUCAS BENJAMIM	3	1	1
UBS DR JOSE FERNANDES DE MELO	5	2	5
UBS DR CHICO COSTA	35	15	15
UBS MARIO LUCIO DE MEDEIROS	3	1	1
UBS MARIA NEIDE DA SILVA SOUZA	31	13	0
UBS DR JOSE LEAO	1	0	0
UBS FRANCISCO MARQUES DA SILVA	8	3	3
TOTAL	357	152	135

Fonte “Número de Gestantes Cadastradas”: SISPRENATAL; Fonte “Cota Amostral”: Própria pesquisa. Fonte “Resultados Obtidos”: Própria pesquisa, 2019.

Esta foi a amostra pretendida para participar da pesquisa, mediante os critérios de inclusão e exclusão para uma melhor caracterização da amostra, procurando evitar possíveis vieses na análise.

Para definição da amostra foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: a) gestantes de risco habitual acompanhadas nas unidades básicas de saúde da zona urbana do município de Mossoró/RN, e b) que concordarem em participar do estudo assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Os critérios de exclusão adotados são: a) gestantes menores de 18 anos, b) gestantes sob efeito de entorpecentes, c) gestantes classificadas como sendo de alto risco, d) gestantes portadoras de transtorno mental e/ou dificuldades físicas ou cognitiva que não permitam o fornecimento de informações fidedignas.

No entanto, é necessário ressaltar que não foi possível obter a cota amostral prevista em sua totalidade e para compensar a ausência ou redução de gestantes nas unidades supracitadas, procurou-se aumentar o número de gestantes nas demais, sendo obtido o quantitativo mencionado no quadro 01.

5.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Com o objetivo de investigar a qualidade de vida e bem-estar psicológico de gestantes acompanhadas nas unidades básicas de saúde do município de Mossoró/RN, foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados.

O primeiro instrumento é um questionário composto por perguntas abertas e fechadas, contendo 15 questões que tem como finalidade caracterizar o perfil das gestantes acompanhadas nas UBS por meio das variáveis socioeconômicas (idade, altura, peso, escolaridade, ocupação, estado civil, raça, renda familiar e hábitos de vida), bem como questões relacionadas ao seu histórico clínico-obstétrico (idade gestacional (IG), nº de gestações, nº de abortamentos, nº de partos, condições clínico-patológicas pré-existent e possíveis intercorrências clínicas no decorrer da gestação) (APÊNDICE C).

O segundo instrumento trata-se do Índice de Qualidade de Vida (IQV) de *Ferrans & Powers* traduzido e validado para o Brasil por Kimura e Silva (2009). É um questionário que avalia a qualidade de vida em quatro dimensões presentes em duas escalas de acordo com os níveis de satisfação e de importância de determinados aspectos da vida (ANEXO A).

Cada escala é composta por 33 itens, distribuídos em quatro dimensões do instrumento, a saber: Saúde/funcionamento (13 itens), Socioeconômico (8 itens), Psicológico/espiritual (7 itens) e Família (5 itens) (KIMURA; SILVA, 2009) (Quadro 2).

Quadro 02 – Itens e domínios do Ferrans e Powers Quality of Life Index – versão adaptada.

SAÚDE E FUNCIONAMENTO (13 itens)	SOCIOECONÔMICO (8 itens)	PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL (7 itens)	FAMÍLIA (5 itens)
1. Saúde 2. Assistência à saúde 3. Dor 4. Energia (fadiga) 6. Independência física 7. Controle sobre a própria vida 8. Vida longa 11. Vida sexual 16. Responsabilidades familiares 17. Ser útil às pessoas 18. Preocupações 25. Atividades de lazer 26. Possibilidades de futuro feliz	13. Amigos 15. Suporte das pessoas 19. Vizinhaça 20. Lugar de moradia 21/22. Trabalho/Não ter trabalho 23. Escolaridade 24. Necessidades financeiras	27. Paz de Espírito 28. Fé em Deus 29. Objetivos pessoais 30. Felicidade 31. Satisfação com a vida 32. Aparência pessoal 33. Consigo próprio (<i>self</i>)	8. Saúde da Família 9. Filhos 10. Felicidade da família 12. Cônjuge 14. Suporte familiar

Fonte: KIMURA, M.; SILVA, J. V. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. Rev Esc Enferm USP, 2009; v. 43 (Esp), p. 1098-104.

No índice, é possível que os sujeitos atribuam valores em uma escala tipo Likert, que varia de 1 a 6 pontos. Na escala que se refere ao nível de satisfação, varia de muito insatisfeito (1) à muito satisfeito (6); enquanto a escala que avalia o grau de importância atribui-se (1) sem nenhuma importância à (6) muito importante. A relação entre o grau de satisfação e importância baseia-se na ideia de que pessoas satisfeitas com áreas que julgam importantes usufruem de melhor qualidade de vida, de modo que as pontuações refletem a satisfação com os aspectos da vida valorizados pelo indivíduo (KIMURA; SILVA, 2009) e para obter o valor referente à qualidade de vida, adotou-se a seguinte fórmula:

$$QLI = \left[\frac{(SAT_{rec} \cdot IMP)}{N^{\circ} \text{ de itens respondidos}} \right] + 15$$

Onde:

QLI = Índice de Qualidade de Vida

SAT_{rec} = Nível de Satisfação recodificado

IMP = Nível de Importância

No procedimento para atribuição dos escores, exige-se que a pontuação dos itens de satisfação fosse recodificada, com a finalidade de centralizar o zero da escala. Sendo possível obter isso, subtraindo o valor 3,5 das respostas a cada item de satisfação, derivando em pontuações de -2,5, -1,5, -0,5, +0,5, +1,5 e +2,5 para os valores definidos, de 1, 2, 3, 4, 5 e 6, simultaneamente (KIMURA; SILVA, 2009).

Posteriormente, os escores recodificados de satisfação devem ser ponderados pelos seus correspondentes de importância, multiplicando-se o valor recodificado de cada item, pelo valor bruto da resposta à importância (1, 2, 3, 4, 5, 6). Em seguida, o escore total é calculado, somando-se os valores ponderados de todos os itens respondidos e dividindo-se pelo total de itens respondidos. Até este ponto, a variação possível é de -15 a +15. Para eliminar pontuações negativas no escore final, soma-se 15 aos valores obtidos, resultando no escore total do instrumento, que varia entre 0 a 30 e os maiores valores indicam melhor qualidade de vida (FERRANS; POWERS, 1985 *apud* KIMURA; SILVA, 2009).

O terceiro instrumento utilizado foi a Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) (*Psychological Well-being Scale*) (ANEXO B) que consiste em 36 itens divididos em seis subescalas correspondentes às seis dimensões do BEP, conforme o modelo de Carol Ryff (MACHADO; PAWLOWSKI; BANDEIRA, 2013; RYFF, 1989). A distribuição dos itens da EBEP entre suas subescalas é apresentado no quadro 03.

Quadro 03 – Itens, dimensões e breve descrição referentes à Escala de Bem-Estar Psicológico.

Dimensão	Descrição	Nº de itens
Relações positivas com outros	Relações acolhedoras, satisfatórias e seguras	1*, 7, 13*, 19, 25* e 31
Autonomia	Autodeterminação, independência e autorregulação do comportamento	2, 8*, 14, 20, 26* e 32*
Domínio sobre o ambiente	Competência em conduzir o ambiente e aproveitamento adequado das oportunidades	3, 9, 15, 21, 27* e 33*
Crescimento pessoal	Desenvolvimento enquanto pessoa, realizando seus potenciais, se abrir para o que é novo, percepção de melhoras em si mesmo	4, 10, 16, 22, 28 e 34
Propósito na vida	Objetivo, senso de direção na vida, atribuição de sentido à sua vida e propósitos na vida	5, 11*, 17, 23, 29 e 35
Auto aceitação	Boa atitude com relação a si mesmo, sensação de bem-estar em relação a sua vida	6, 12, 18*, 24, 30 e 36*

(*) Os itens apontados com asterisco deverão ter seus escores invertidos antes de serem somados aos demais.

Fonte: MACHADO, W. L.; PAWLOWSKI, J.; BANDEIRA, D. R. Validação da Psychological Well-being Scale em uma amostra de estudantes universitários Avaliação Psicológica. 2013, vol. 12, n. 2. p. 263- 272.

O somatório dos itens de cada subescala que constam no quadro 03 indica o nível na respectiva dimensão do Bem-estar Psicológico.

Este instrumento foi respondido em uma escala tipo Likert, que variou de 1 a 6 pontos, sendo que o menor valor significa “discordar totalmente” e o maior valor “concordar totalmente”.

5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Inicialmente, a pesquisadora entrou em contato com as UBS, no intuito de informar sobre a realização da pesquisa e requerer dados acerca dos dias em que o pré-natal era realizado, uma vez que é o momento em que há maior frequência de gestantes à unidade, onde é acompanhada.

Na coleta de dados, todas as gestantes presentes na UBS foram previamente

convidadas a participar da pesquisa, sendo fornecidos esclarecimentos iniciais sobre o objetivo da pesquisa e o procedimento de coleta de dados. As que concordaram em participar do estudo, foram conduzidas individualmente para um espaço reservado – disponibilizado pela equipe da UBS, tendo em vista sua privacidade e a garantia do sigilo das informações concedidas, posteriormente receberam orientações mais detalhadas quanto ao TCLE, assim como sobre o preenchimento dos instrumentos de pesquisa sem, todavia, ocorrer indução de respostas.

Na oportunidade, foi entregue o TCLE às participantes da pesquisa, a fim de que fossem preenchidos e assinados corretamente. Dentre as orientações, foi reforçado que o TCLE lhes garante o sigilo dos dados e possibilita desistir da pesquisa, a qualquer momento, caso sintam-se sob qualquer risco de constrangimento.

Em seguida, realizou-se a aplicação dos instrumentos sob o modelo de formulário em que a pesquisadora fez a leitura do instrumento e anotou as respostas fornecidas pela gestante. Quando necessário, foi utilizada a caderneta da gestante para obter informações com mais fidelidade, caso esta não apresentasse segurança em sua resposta e desejasse consultá-la. No momento da entrevista, foram entregues tabelas contendo as escalas de respostas tipo Likert, organizadas na ordem dos questionários (APÊNDICE D), no intuito de facilitar o esclarecimento para as perguntas realizadas e otimizar o tempo. De antemão, foram dadas orientações sobre a forma de resposta a partir dessas tabelas. Ao final, foram feitos agradecimentos pela participação na pesquisa e questionado se elas possuíam alguma dúvida ou desejavam mais algum esclarecimento.

Os dados coletados serão armazenados no intervalo mínimo de cinco anos sob a responsabilidade do orientador da pesquisa, Prof. Dr. Remerson Russel Martins, no Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), localizada Rua Francisco Mota, 572 - Presidente Costa e Silva, Mossoró - RN, 59625-900, com o objetivo de assegurar a confidencialidade, segurança das informações coletadas e a privacidade das informações colhidas. Os instrumentos preenchidos, juntamente com os TCLE assinados serão acondicionados em caixa-arquivo dentro de armários com chave.

Ressalta-se que em momento anterior à coleta de dados foi realizado uma

capacitação direcionada à equipe responsável por esta etapa da pesquisa, composta por discentes de graduação e pós-graduação, mediante sua disponibilidade. Nesse momento foi feita a apresentação do projeto de pesquisa, com ênfase no método empregado, seguido da discussão sobre a forma de abordagem aos participantes da pesquisa, leitura minuciosa do TCLE e detalhamento dos instrumentos utilizados na coleta de dados, no intuito de garantir que essa etapa seja realizada corretamente, com ênfase nos aspectos éticos da pesquisa. A equipe foi levada pela pesquisadora até às UBS e na oportunidade, os membros eram apresentados à direção da unidade e, só depois, iniciava a coleta de dados.

5.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise estatística dos dados foi realizada por meio do programa JASP versão 0.10.2, de licença livre. A estatística foi do tipo descritiva, considerando frequência, percentagem, média e desvio padrão para uma investigação inicial dos dados e formação de grupos entre as gestantes a partir das características de seu perfil sociodemográfico e clínico-obstétrico.

Fez-se o uso do teste t de Student e da Análise de Variância – ANOVA para testar a hipótese de que os índices de qualidade de vida e de bem-estar psicológico são estatisticamente diferentes entre as diferentes características das gestantes e o teste post hoc de Tukey, na intenção de verificar em que aspectos essas correlações possuem significância estatística. O nível de significância adotado neste trabalho é de 5% ou menor ($p \leq 0,05$).

Fez-se o uso do teste t de Student e da Análise de Variância – ANOVA para testar a hipótese de que os índices de qualidade de vida e de bem-estar psicológico são estatisticamente diferentes entre as diferentes características das gestantes e o teste post hoc de Tukey, na intenção de verificar em que aspectos essas correlações possuem significância estatística. O nível de significância adotado neste trabalho é de 5% ou menor ($p \leq 0,05$).

O Alfa de Cronbach foi empregado para avaliar a consistência interna e o nível de confiabilidade dos dois instrumentos. Segundo Field (2009) resultados que variem entre 0,7 e 0,8 são considerados aceitáveis, porém valores abaixo de 0,7 podem ser

esperados, em decorrência da complexidade dos construtos que estão sendo medidos. O índice de correlação de Pearson foi usado para avaliar a relação entre as diferentes dimensões da qualidade de vida e do bem-estar psicológico. Também foi empregado o método de análise de rede para complementar a avaliar dessa relação. Para esta análise seguiu-se as orientações de Machado, Vissoci e Epskamp (2015).

5.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo como objetivo assegurar as normas previstas nas Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que visam à proteção do sujeito da pesquisa por meio da garantia dos seus aspectos éticos e legais, no que diz respeito à assegurar à gestante o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento; garantir o sigilo do anonimato; permiti-las o livre acesso aos dados e assegurar o consentimento para a divulgação dos dados e mantido o compromisso na transcrição dos dados, feita de forma a não identificar os participantes e o responsável. Acrescenta-se que a pesquisa somente iniciou após obter a aprovação no CEP sob o parecer nº 2.893.813 CAAE: 96006518.0.0000.5294.

6 RESULTADOS

Esse capítulo apresentará resultados relacionados ao perfil sociodemográfico e histórico clínico-obstétrico das gestantes de risco habitual, acompanhadas no período de setembro/2018 à fevereiro/2019, nas UBS da zona urbana do município de Mossoró/RN, além dos resultados acerca da qualidade de vida e bem-estar psicológico, também serão pontuadas as limitações enfrentadas pela pesquisadora na obtenção dos dados.

Ao analisar a caracterização da amostra a partir do perfil sociodemográfico e histórico clínico-obstétrico das gestantes, evidenciou-se gestantes com idade entre 18 e 47 anos, com média de idade de $26,95 \pm 5,6$. O Índice de Massa Corporal (IMC) apresentou variação entre 16,7 e 43,6 e a média correspondeu a $28,8 \pm 4,9$.

A predominância de escolaridade estava no nível médio com 57% (n=77), 73,3% (n=99) das gestantes eram casadas ou possuíam união estável, quanto à cor/raça 57,8% (n=78) consideram-se pardas e com relação a ocupação 61,5% (n=83) não trabalham ou cuidam do lar. Sobre as questões religiosas, verificou-se que 39,3% (n= 53) das gestantes é protestante. Quanto à renda familiar, 74,1% (n=100) delas, possuem entre 1 e 3 salários. No que diz respeito ao perfil clínico-obstétrico, 45,9% (n=62) das gestantes está no 3º trimestre, 42,2% (n=57) primigestas, 85,2% (n=115) não referiam nenhum abortamento, 1 a 3 partos (53,3%) (n=72) e 83,7% (n=113) não possui histórico patológico. Todos esses dados são descritos mais detalhadamente na tabela 01.

Tabela 01 – Perfil sociodemográfico e histórico clínico-obstétrico de gestantes de risco habitual acompanhadas nas UBS do município de Mossoró, RN, 2019, Brasil.

Variáveis	N	%
Grau de Escolaridade		
Fundamental	35	25,9
Médio	77	57,0
Superior	23	17,0
Total	135	100,0
Estado Civil		
Solteira, divorciada ou viúva	36	26,7
Casada ou união estável	99	73,3
Total	135	100,0
Cor/Raça		
Branca	40	29,6
Negra	17	12,6
Parda	78	57,8
Total	135	100,0

Fonte: Própria pesquisa, 2019.

Tabela 01 – Continuação. Perfil sociodemográfico e histórico clínico-obstétrico de gestantes de risco habitual acompanhadas nas UBS do município de Mossoró, RN, 2019, Brasil.

Ocupação		
Trabalha	52	38,5
Não trabalha ou cuida do lar	83	61,5
Total	135	100,0
Religião		
Sem religião	37	27,4
Católica	45	33,3
Protestante	53	39,3
Total	135	100,0
Renda Familiar		
< 1 salário	29	21,5
1 a 3 salários	100	74,1
4 ou > salários	6	4,4
Total	135	100,0
Idade Gestacional		
1º trimestre	23	17,0
2º trimestre	50	37,0
3º trimestre	62	45,9
Total	135	100,0
Histórico Clínico Patológico		
Sem doenças	113	83,7
Uma doença relatada	17	12,6
Duas doenças relatadas	5	3,7
Total	135	100,0
Número de Gestações		
1 gestação	57	42,2
2 gestações	39	28,9
3 gestações	23	17,0
4 ou mais gestações	16	11,9
Total	135	100,0
Número de abortamentos		
Nenhum abortamento	115	85,2
Um abortamento	16	11,9
Dois ou > abortamentos	4	3,0
Total	135	100,0
Número de partos		
Nenhum parto	59	43,7
1 a 3 partos	72	53,3
4 ou > partos	4	3,0
Total	135	100,0

Fonte: Própria pesquisa, 2019.

A Tabela 02 traz os escores relacionados ao Coeficiente Alfa de Cronbach aplicado às dimensões presentes no IQV e a EBEP, ressalta-se que o valor de α foi aplicado separadamente nas dimensões, por apresentar um número elevado de itens e

as respostas atribuídas aos itens foram a partir da escala Likert, de 1 a 6. Ao observar a tabela, verifica-se que os valores se encontram inferiores quando comparados aos valores esperados, que se justifica mediante o fato de estar trabalhando com construtos psicológicos.

Conforme exposto na tabela, verificou-se que no IQV, as dimensões no quesito Satisfação – Saúde e Funcionamento ($\alpha=0,714$) e Psicológico e Espiritual ($\alpha=0,764$) apresentaram maiores escores, ainda que esteja aquém aos valores que correspondam a uma boa consistência; a dimensão Família ($\alpha=0,184$), no quesito importância, resultou um coeficiente muito abaixo do desejável (superior a 0,70), sendo classificado como “Muito Baixo”, chamando a atenção sobre os aspectos que possam ter levado ao baixo desempenho.

Na EBEP, a dimensão Relações Positivas obteve maior escore ($\alpha=0,721$) e Autonomia foi a dimensão com menor valor verificado ($\alpha=0,358$). Portanto, o resultado da consistência interna do instrumento apontou que há subescalas com coeficiente alfa de Cronbach abaixo de 0,70 para as gestantes de risco habitual, participantes desse estudo e uma das justificativas para esse fato, é considerar que são instrumentos que trabalham constructos psicológicos, diante disso, esses coeficientes são aceitáveis.

Tabela 02 – Coeficiente Alfa de Cronbach aplicado às dimensões presentes no Índice de Qualidade de Vida e a Escala de Bem-estar Psicológico de gestantes de risco habitual acompanhadas nas UBS do município de Mossoró, RN, 2019, Brasil.

Dimensões		α^*
Índice de Qualidade de vida	Saúde e Funcionamento	0,714 ^(S) 0,705 ^(I)
	Socioeconômico	0,591 ^(S) 0,520 ^(I)
	Psicológico e Espiritual	0,764 ^(S) 0,506 ^(I)
	Família	0,492 ^(S) 0,184 ^(I)
Escala de Bem-estar Psicológico	Relações Positivas	0,721
	Autonomia	0,358
	Domínio sobre os ambientes	0,609
	Crescimento pessoal	0,540
	Propósito na vida	0,534
	Auto aceitação	0,602

As letras sobrescritas referem-se aos valores obtidos no Índice de Qualidade de vida no quesito (S) Satisfação e (I) Importância como respostas às dimensões. *Coeficiente Alfa de Cronbach. Fonte: Própria Pesquisa, 2019.

A tabela 03 apresenta valores obtidos diante da correlação analisada entre as dez dimensões – 1) Saúde e Funcionamento; 2) Socioeconômico; 3) Psicológico e Espiritual; 4) Família; 5) Relações Positivas; 6) Autonomia; 7) Domínio sobre os Ambientes; 8) Crescimento Pessoal; 9) Propósito na Vida e 10) Autoaceitação – acerca da qualidade de vida e bem-estar psicológico, para isso, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson.

A partir da aplicação desse coeficiente, identificou-se que o IQV apresenta correlação positiva e significativa entre suas subescalas, com escores que variam entre 0,35 e 0,66 e a EBEP também apresentou resultado significativo em suas dimensões apresentando valores entre 0,2 e 0,6. No entanto, de 39 correlações, 25 apresentaram valores em torno de 0,2 e 0,3.

A dimensão Autonomia não demonstrou correlação com as sub-escalas do IQV, no entanto, todas as demais dimensões apresentaram correlações entre si. Esses valores variando entre 0,2 e 0,3 indicam correlações fracas ou desprezíveis. Nesse sentido, pode-se inferir a partir dos resultados captados nessa realidade a baixa correlação entre as dimensões. E isso evidencia que as diferenças conceituais entre estes constructos se traduzem também em diferenças empíricas e na ausência de sobreposição dos constructos ou de colinearidade entre os dados.

Tabela 03 – Análise de correlações de Pearson entre as dimensões do Índice de Qualidade de Vida e da Escala de Bem-Estar Psicológico de gestantes de risco habitual acompanhadas nas UBS do município de Mossoró, RN, 2019, Brasil.

	Dimensões	Qualidade de vida				Bem-estar Psicológico					
		SF	SE	PE	FA	RP	AT	DA	CP	PV	AA
Qualidade de vida	SF	-									
	SO	0,468**									
	PE	0,664**	0,352**								
	FA	0,408**	0,406**	0,420**							
	RP	0,263**	0,383**	0,15	0,270**						
Bem-estar Psicológico	AT	0,027	0,06	0,04	0,147	0,275**					
	DA	0,363**	0,354**	0,439**	0,369**	0,204*	0,300**				
	CP	0,309**	0,208*	0,327**	0,083	0,097	0,207*	0,312**			
	PV	0,285**	0,206*	0,428**	0,220*	0,241**	0,324**	0,489**	0,608**		
	AA	0,379**	0,370**	0,492**	0,351**	0,392**	0,334**	0,530**	0,532**	0,655**	

As siglas referem-se às dimensões dos instrumentos de coleta de dados –, Índice de Qualidade de Vida – SF: Saúde e Funcionamento; SE: Socioeconômico; PE: Psicológico e Espiritual; FA: Família e Escala de Bem-estar Psicológico – RP: Relações Positivas; AT: Autonomia; DA: Domínio sobre os Ambientes; CP: Crescimento Pessoal; PV: Propósito na Vida; AA: Auto aceitação.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. Fonte: Própria Pesquisa, 2019.

A Figura 01 é uma continuação da análise exposta na tabela 03, apresentando o gráfico gerado pela técnica da Análise de Rede. Nesta análise, cada variável (domínio) é representada como um nó dentro de uma rede de conexões. Aqui é possível identificar três características das relações observadas entre os domínios.

Primeiramente, a conectividade que os domínios estabelecem entre si, sendo visível que cada um desses domínios se liga aos outros (linhas azuis quando se trata de uma conexão significativa, $p < 0,05$; e linhas rosas quando as conexões não são significativas, $p > 0,05$). Não há domínios isolados – não conectados –, apontando-se para a interação entre eles e os domínios Socioeconômico (IQV) e Relações positivas (EBEP) (nós 10 e 8 na rede) evidenciam uma correlação significativa entre os dois instrumentos. Isso fica mais evidente ao considerar-se que esta rede foi gerada pelo método das correlações parciais, que tende naturalmente a minimizar as correlações entre as variáveis.

A segunda característica é a proximidade entre os domínios, destacando-se a relação entre o domínio Psicológico e Espiritual (nó 7 na rede) com o Saúde e Funcionamento (nó 9). Assim como a proximidade entre Crescimento pessoal (nó 3) e Propósito de vida (nó 6). Inversamente os domínios Autonomia e Família (nós 2 e 5, respectivamente) mostraram-se os mais distantes – menor proximidade. Ainda em relação à característica da proximidade entre os nós obtidos na Análise de Rede, é possível observar também que esses nós se agruparam segundo as suas estruturas conceituais subjacentes. Ou seja, os nós relativos à qualidade de vida se agruparam de um lado, enquanto os nós referentes ao bem-estar psicológico formaram outro grupo em lado oposto.

Por último, uma terceira característica é o grau de centralidade dos domínios. Percebe-se a ocorrência de três domínios com maior centralidade – Psicológico e Espiritual, Relações positivas e Auto aceitação (nós 7, 8 e 1, respectivamente), enquanto os demais domínios organizam-se na periferia da rede, em volta desses três nós centrais.

médias superiores em função da maior idade das gestantes ($p > 0,05$).

A partir da tabela 04, foi possível verificar que o grau de escolaridade apresentou diferença significativa no domínio Socioeconômico ($p < 0,01$) do IQV, não ocorrendo diferenças nos demais domínios presentes nos instrumentos de qualidade de vida e bem-estar psicológico. As gestantes com ensino superior apresentaram maiores médias no que diz respeito a esse domínio ($7,5 \pm 1,4$)¹, quando comparadas as gestantes com ensino fundamental ($5,7 \pm 2,3$). Desse modo, observa-se na amostra avaliada desse estudo que ter ensino superior pode ser um dos determinantes para melhor qualidade de vida no quesito socioeconômico, mas não tem influência sobre outras dimensões, nem mesmo com o bem-estar psicológico.

Em relação ao estado civil observou-se diferenças significativas nos domínios socioeconômico e família do IQV, não ocorrendo diferenças nos demais domínios relacionados à qualidade de vida e bem-estar psicológico. As gestantes casadas ou em união estável apresentaram médias maiores em socioeconômico e família ($6,6 \pm 1,9$; $8,0 \pm 1,8$, respectivamente) do que as gestantes solteiras, divorciadas ou viúvas ($5,9 \pm 2,1$; $6,9 \pm 2,2$, respectivamente). Percebe-se assim que na amostra estudada a presença de um relacionamento pode influenciar positivamente dois quesitos da qualidade de vida, mas não tem peso sobre os demais domínios avaliados, especialmente sobre o bem-estar psicológico.

No que diz respeito à cor/raça, houve diferença estatística, percebida nos domínios Relações Positivas ($p=0,022$) e Autonomia ($p < 0,01$) na EBEP, porém, não foi visualizada nenhuma influência dessa variável sobre a qualidade de vida avaliada pelo IQV. Verificou-se maiores médias entre as gestantes que se consideram negras ($7,5 \pm 2,3$), quando relacionada as autorrelatadas pardas ($6,2 \pm 2,4$), esse fato se repete no domínio relacionado à autonomia, conforme exposto na tabela.

Sobre a ocupação, dois domínios presentes na EBEP apresentaram significância estatística, Autonomia ($p < 0,01$) e Propósito na Vida ($p=0,028$), no entanto, essa variável não apresentou nenhuma interferência sobre os domínios no IQV. Nesse aspecto, identificou-se que as gestantes que trabalham, apresentam maiores médias nos domínio

¹ Os valores entre parênteses aqui se referem à média e o desvio padrão observado para o domínio e grupo em análise. Média e desvio padrão estão separados dentro dos parênteses pelo sinal de mais ou menos.

autonomia e propósito na vida ($6,0 \pm 2,5$; $7,7 \pm 2,6$, respectivamente) do que as que não possuem vínculo empregatício ou cuidam do lar ($4,5 \pm 2,4$; $6,7 \pm 2,7$, respectivamente). Observa-se que o trabalho é um dos fatores apontados na amostra desse estudo como possibilidade de autonomia e pode implicar de forma positiva em ter propósito na vida.

Partindo da análise da variável Renda Familiar, verificou-se diferença estatística no domínio Socioeconômico ($p < 0,01$) do IQV, mas não foi percebida nenhuma relação com a EBEP. Os valores significativos nesse domínio ocorreram entre as gestantes com renda inferior a um salário mínimo ($5,6 \pm 2,0$), um e três salários ($6,6 \pm 1,9$) e quatro salários ou mais ($8,7 \pm 0,8$), sendo que a maior média está entre as gestantes que possuem renda entre quatro salários ou mais. Sendo assim, mediante os resultados apresentados na amostra dessa pesquisa, o aumento da renda tem importância sobre o domínio socioeconômico, apesar de não impactar nos demais domínios do IQV, nem sobre o EBEP.

A religião apresentou resultado significativo tanto nos aspectos relacionados ao IQV e na EBEP. No domínio Socioeconômico ($p = 0,015$), diagnosticou-se que as gestantes que afirmam serem católicas apresentam maiores médias nesse aspecto ($6,9 \pm 1,7$), quando comparadas as que não possuem nenhuma religião ($5,7 \pm 2,0$).

No domínio Família ($p = 0,025$), também no IQV, assim, pode-se afirmar que gestantes consideradas protestantes ($8,1 \pm 2,1$) apresentam maiores escores do que as que não possuem religião ($7,0 \pm 2,2$) e sobre o domínio do Ambiente ($p = 0,037$) na EBEP, as católicas ($7,2 \pm 1,7$) demonstram melhor resultado que as protestantes ($6,2 \pm 2,2$). Desse modo percebe-se que as gestantes que relataram alguma religião (católica ou protestante) apresentaram melhores resultados em dois quesitos do IQV (domínios Socioeconômico e Família) do que as gestantes que afirmaram não terem uma religião.

Tabela 04 – Relação entre variáveis sociodemográficas de gestantes de risco habitual acompanhadas nas UBS do município de Mossoró, RN e IQV e EBEP, a partir do Teste t de Student e ANOVA, 2019.

Variáveis	Qualidade de vida				Bem-estar Psicológico					
	SF	SE	PE	FA	RP	AT	DA	CP	PV	AA
	Média±DP									
Idade										
Maior que 27 anos	6,3±1,8	6,9±1,9	8,2±1,5	8,0±1,9	7,1±2,4	5,4±2,4	6,9±2,1	8,3±2,6	7,4±2,5	8,1±2,1
Menor ou igual à 27 anos	6,1±1,9	5,9±2,0	7,8±1,9	7,3±1,9	6,0±2,1	4,6±2,6	6,0±1,9	8,1±2,6	6,6±2,7	7,1±2,0
p-valor	0,652	0,04**	0,279	0,041**	0,009**	0,057	0,011**	0,632	0,059	0,004**
Grau de Escolaridade										
Fundamental	5,8±1,9	5,7±2,3 ^a	8,0±1,8	7,6±2,4	6,4±2,7	4,7±2,8	6,4±2,3	8,0±2,6	6,9±2,9	7,4±2,3
Médio	6,5±1,8	6,5±1,8	7,9±1,9	7,7±1,9	6,5±2,2	5,0±2,4	6,7±2,0	8,4±2,7	7,0±2,7	7,6±2,1
Superior	5,9±1,8	7,5±1,4 ^b	7,4±2,4	8,0±1,5	7,4±2,0	5,9±2,7	6,1±2,1	8,3±2,5	7,3±2,5	8,1±1,9
p-valor	0,091	<0,01*	0,425	0,782	0,246	0,214	0,502	0,742	0,849	0,45
Estado Civil										
Solteira, divorciada ou viúva	6,0±1,6	5,9±2,1	8,1±1,9	6,9±2,2	6,6±2,3	5,2±2,6	6,2±2,0	7,9±2,7	7,0±2,5	7,3±2,2
Casada ou união estável	6,3±1,9	6,6±1,9	7,7±2,0	8,0±1,8	6,6±2,4	5,0±2,6	6,6±2,1	8,4±2,6	7,1±2,8	7,8±2,1
p-valor	0,337	0,042**	0,365	<0,01**	0,906	0,733	0,253	0,397	0,915	0,27
Cor/Raça										
Branca	6,1±1,8	6,7±2,0	7,8±1,9	7,9±1,5	7,1±2,1	5,1±2,9	6,8±2,0	8,2±2,7	7,4±2,8	8,2±1,9
Negra	6,9±1,9	6,1±2,3	7,6±1,8	8,2±1,9	7,5±2,3 ^b	6,9±2,4 ^b	6,3±2,3	8,5±2,2	6,8±2,3	8,1±1,8
Parda	6,2±1,8	6,4±1,9	7,9±2,0	7,5±2,1	6,2±2,4 ^a	4,7±2,3 ^a	6,4±2,1	8,2±2,7	7,0±2,7	7,3±2,2
p-valor	0,26	0,48	0,79	0,36	0,02*	<0,01*	0,59	0,92	0,64	0,057
Ocupação										
Trabalha	6,1±2,1	6,7±1,9	7,6±2,3	7,7±2,0	7,0±2,5	6,0±2,5 ^b	6,6±2,6	8,6±2,3	7,7±2,6 ^b	8,0±2,0
Não trabalha ou cuida do lar	6,3±1,7	6,3±2,1	8,0±1,7	7,7±1,9	6,4±2,2	4,5±2,4 ^a	6,5±1,7	8,1±2,8	6,7±2,7 ^a	7,4±2,1
p-valor	0,597	0,3	0,284	0,978	0,197	<0,01**	0,742	0,266	0,028**	0,1
Renda Familiar										
< 1 salário	6,0±1,7	5,6±2,0 ^a	7,9±1,9	7,1±2,5	6,1±2,5	4,2±2,5	6,1±2,2	7,5±3,3	6,8±3,1	7,2±2,6
1 a 3 salários	6,4±1,8	6,6±1,9 ^b	7,9±1,9	7,9±1,8	6,7±2,3	5,3±2,5	6,6±2,1	8,5±2,3	7,2±2,5	7,7±2,0
4 ou > salários	4,7±3,0	8,7±0,8 ^c	7,2±2,5	8,3±1,0	7,4±1,5	5,6±3,3	7,0±1,4	8,3±3,4	6,5±3,3	8,3±1,6
p-valor	0,17	<0,01*	0,53	0,18	0,56	0,053	0,63	0,35	0,82	0,49
Religião										
Sem religião	6,0±1,8	5,7±2,0 ^a	7,7±2,0	7,0±2,2 ^a	6,5±2,5	5,1±2,6	6,2±2,2	8,2±2,8	6,5±2,8	7,4±2,3
Católica	6,5±1,9	6,9±1,7 ^b	7,9±2,1	7,8±2,3	6,5±2,3	5,1±2,4	7,2±1,7 ^b	8,3±2,4	7,5±2,6	8,1±2,0
Protestante	6,2±1,8	6,6±2,1	7,9±1,8	8,1±2,1 ^b	6,8±2,3	5,0±2,8	6,2±2,2 ^a	8,2±2,7	7,1±2,6	7,5±2,1
p-valor	0,50	0,015*	0,83	0,02*	0,75	0,96	0,03*	0,98	0,29	0,24

As siglas referem-se às dimensões dos instrumentos de coleta de dados – Índice de Qualidade de Vida – SF: Saúde e Funcionamento; SE: Socioeconômico; PE: Psicológico e Espiritual; FA: Família e Escala de Bem-estar Psicológico – RP: Relações Positivas; AT: Autonomia; DA: Domínio sobre os Ambientes; CP: Crescimento Pessoal; PV: Propósito na Vida; AA: Auto aceitação.

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

Letras sobrescritas correspondem as diferenças estatísticas significativas no teste de Tukey: ($p < 0,05$). Fonte: Própria Pesquisa, 2019.

Na tabela 05, realizou-se a exposição das informações analisadas a partir da relação entre variáveis clínico-obstétricas, o IQV e a EBEP por meio do Teste t de Student e ANOVA. Cabe ressaltar que a Idade Gestacional (IG) e número de abortamentos, ainda que sejam considerados relevantes na avaliação do perfil de gestantes, não apresentaram diferenças estatísticas significativas nesse estudo.

Observou-se a partir do histórico clínico-obstétrico, presente na tabela 05, que a ocorrência de doenças é uma variável que interfere nos domínios do IQV e da EBEP, verificado a partir das diferenças estatísticas existentes. Nos domínios saúde/funcionalidade ($p < 0,01$), a diferença estatística foi percebida entre as gestantes que relataram não possuir doenças e as que relataram estar com duas doenças ($5,6 \pm 2,1$; $3,7 \pm 2,8$, respectivamente), sendo que as gestantes sem doença apresentaram maiores escores.

No domínio psicológico/espiritual ($p < 0,01$), a diferença estatística ocorreu entre as gestantes que não apresentaram patologias ($8,1 \pm 1,7$), uma ($7,7 \pm 1,6$) e duas doenças ($3,4 \pm 3,0$), sendo que as gestantes sem doenças assumiram as maiores médias em relação a esse domínio. Nos dois quesitos da qualidade de vida observou-se uma relação significativa entre uma menor quantidade de doenças relatadas pelas gestantes e melhores indicadores de qualidade de vida.

Em relação à Autoaceitação ($p = 0,037$), as diferenças estatísticas foram observadas entre gestantes que possuem apenas uma doença ($7,6 \pm 2,1$) e as gestantes com até duas doenças ($5,3 \pm 2,0$), constatando-se que as maiores médias sobre Auto aceitação estão entre as gestantes com menos patologias. A partir disso, é possível afirmar que, para essa amostra, não ter doenças implica melhor resultado sobre os domínios saúde/funcionalidade e psicológico/espiritual, influenciando em sua qualidade de vida e ter um menor número de doenças está relacionada com maior auto aceitação e, conseqüentemente, BEP.

O número de gestações apresentou resultado significativo no domínio Família ($p < 0,01$) em QV, porém sem diferença nos demais domínios do IQV e EBEP. Os valores significativos nesse domínio ocorreram entre as mulheres com uma gestação ($7,0 \pm 1,6$), duas ($8,2 \pm 2,0$) e três gestações ($8,6 \pm 1,5$), sendo que a maior média está entre as mulheres com maior número de gestações. Esse diagnóstico permite inferir que a família

é um fator relevante para a qualidade de vida das gestantes estudadas nessa pesquisa.

Sobre o número de partos, houve diferença estatística também no domínio Família ($p < 0,01$) no IQV e no domínio Autonomia ($p < 0,01$) no EBEP. As mulheres que tiveram entre um e três partos ($8,2 \pm 2,0$) apresentaram maiores escores no domínio família, quando comparadas as que não tiveram nenhum parto ($7,0 \pm 1,6$).

Na EBEP, o domínio Autonomia apresentou maiores escores entre as mulheres que tiveram quatro ou mais partos ($8,9 \pm 1,0$), quando comparadas as mulheres que tiveram entre um e três partos ($4,8 \pm 2,5$) e as que nunca pariram ($5,2 \pm 2,5$). Esse fato demonstra que, na amostra desse estudo, as mulheres que apresentaram maior quantidade de filhos, referiram maiores resultados no domínio Família, o que pode refletir em maior qualidade de vida e relatam mais autonomia, o que colabora positivamente para o seu bem-estar psicológico.

Tabela 05 – Relação entre variáveis clínico-obstétricas de gestantes de risco habitual acompanhadas nas UBS do município de Mossoró, RN e IQV e EBEP, a partir da Análise de Variância – ANOVA, 2019.

Variáveis	Qualidade de vida				Bem-estar Psicológico					
	SF	SE	PE	FA	RP	AT	DA	CP	PV	AA
Média±DP										
Histórico Clínico Patológico										
Sem doenças	6,4±1,7 ^a	6,5±2,0	8,1±1,7 ^b	7,8±1,9	6,8±2,2	5,0±2,6	6,5±1,9	8,2±2,6	7,1±2,7	7,8±2,1
Uma doença relatada	5,6±2,1	6,1±2,3	7,7±1,6 ^a	7,3±2,4	6,3±2,8	5,6±2,2	6,9±2,3	8,7±2,4	7,4±2,3	7,6±2,1 ^a
Duas doenças relatadas	3,7±2,8 ^b	5,4±1,3	3,4±3,0 ^b	6,9±2,3	4,8±3,1	5,0±3,7	4,5±3,5	7,4±3,1	6,0±4,0	5,3±2,0 ^b
<i>p-valor</i>	< 0,01*	0,34	<0,01*	0,33	0,15	0,63	0,06	0,63	0,59	0,03*
Número de gestações										
Uma gestação	6,3±2,0	6,5±1,8	7,4±2,3	7,0±1,6 ^a	6,7±2,1	5,1±2,6	6,2±2,1	8,3±2,6	7,0±2,7	7,6±2,0
Duas gestações	6,6±1,5	6,5±2,0	8,2±1,5	8,2±2,0 ^b	6,6±2,5	4,8±1,9	6,7±1,8	8,0±2,7	7,0±2,5	7,8±2,0
Três gestações	5,6±2,0	6,3±2,6	7,8±2,0	8,6±1,5 ^b	6,3±2,8	4,8±3,1	6,7±2,5	8,9±2,5	6,7±3,0	7,6±2,3
Quatro ou mais gestações	6,0±1,6	6,1±1,9	8,4±1,4	7,8±2,5	6,9±2,2	6,0±2,9	7,0±2,1	7,7±2,8	7,6±2,6	7,3±2,3
<i>p-valor</i>	0,21	0,86	0,21	< 0,01*	0,88	0,43	0,44	0,49	0,75	0,87
Número de partos										
Nenhum parto	6,3±1,9	6,6±1,8	7,5±2,2	7,0±1,6 ^a	6,8±2,1	5,2±2,5 ^a	6,2±2,1	8,2±6,7	6,9±2,8	7,7±2,0
1 a 3 partos	6,2±1,8	6,4±2,2	8,1±1,6	8,2±2,0 ^b	6,4±2,5	4,8±2,5 ^a	6,7±2,0	8,2±2,6	7,1±2,6	7,5±2,1
4 ou > partos	5,6±2,2	6,0±1,2	8,4±2,0	9,1±1,3	7,9±0,9	8,9±1,0 ^b	8,3±1,9	8,6±1,4	8,5±2,9	8,6±2,7
<i>p-valor</i>	0,72	0,78	0,20	< 0,01*	0,36	< 0,01*	0,08	0,96	0,50	0,59

As siglas referem-se às dimensões dos instrumentos de coleta de dados – Índice de Qualidade de Vida – SF: Saúde e Funcionamento; SE: Socioeconômico; PE: Psicológico e Espiritual; FA: Família e Escala de Bem-estar Psicológico – RP: Relações Positivas; AT: Autonomia; DA: Domínio sobre os Ambientes; CP: Crescimento Pessoal; PV: Propósito na Vida; AA: Auto aceitação.

*ANOVA $p < 0,05$.

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

Teste de Tukey: ($p < 0,05$), onde letras sobrescritas diferentes correspondem as diferenças significativas e letras iguais, quando não houver diferenças estatísticas.

Fonte: Própria Pesquisa, 2019.

Considerando a relação entre as variáveis sociobiodemográficas e as dimensões do IQV e EBEP, afirma-se que há diferenças estatísticas em algumas situações. O domínio Socioeconômico do IQV apresentou relação com a maioria das variáveis – grau de escolaridade, estado civil, religião e renda familiar – e na EBEP, o domínio mais associado às variáveis, foi Autonomia. Todas as variáveis demonstraram de uma a três relações com alguma dimensão do IQV e da EBEP, sendo que essas relações ocorreram mais frequentemente no índice de qualidade de vida, apesar desse índice ser constituído por apenas 4 dimensões, enquanto o EBEP abarca 6 dimensões.

Nas informações acerca das variáveis clínico-obstétricas, percebe-se o domínio Família do IQV, como sendo o que mais apresentou diferenças estatísticas, seguido dos domínios Saúde/Funcionamento e Psicológico/Espiritual, cabe ressaltar que não foram verificadas diferenças estatísticas nesses domínios no perfil sociodemográfico, mas ganhou visibilidade (ver tabela 05) quando relacionados ao perfil clínico obstétrico. Na EBEP, os domínios Autoaceitação e Autonomia foram os que apresentaram resultados mais significativos, essa significância foi verificada também no perfil sociodemográfico.

7 DISCUSSÃO

Este capítulo de discussão está organizado em três partes. Primeiramente, faz-se uma análise em torno da comparação entre o perfil das gestantes observado neste estudo com o perfil registrado em outros estudos com gestantes na rede pública de saúde nacional. Posteriormente, passa-se a discutir os achados relacionados às gestantes em torno da qualidade de vida e bem-estar psicológico à luz da literatura pertinente. A discussão é finalizada com uma avaliação das relações entre a qualidade de vida e o bem-estar psicológico.

7.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO-OBSTÉTRICO DAS GESTANTES ACOMPANHADAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE.

A partir da análise do perfil amostral desse estudo e à luz de autores que discutem a temática, no quesito idade, inúmeros achados evidenciaram o predomínio de gestantes com idade média em torno dos 27 anos (BEZERRA et al., 2015; BRITO et al., 2014; FERREIRA et al., 2012; MOCCELLIN; RETT; DRIUSSO, 2014; NASCIMENTO et al., 2014), partindo disso, observa-se que os dados aqui coletados são semelhantes a outras realidades no cenário brasileiro (NICÉSIO et al., 2018), tendo em vista que a idade das gestantes variou entre 18 e 47 anos. Cabe destacar que não foram inseridas nesse estudo, gestantes menores de 18 anos, o que colaborou para o aumento da média de idade mencionada.

Na atualidade, verifica-se que as mulheres estão optando por ter filhos cada vez mais tarde e isso pode estar associado a diversos fatores. Alguns pesquisadores afirmam que essa tendência pode ser devido à maior inserção da mulher no mercado de trabalho e também maior tempo de formação profissional, ao contrário de alguns anos atrás, que as mulheres tinham filhos bem mais cedo (OLIVEIRA et al., 2011).

O Ministério da Saúde realizou um estudo intitulado "Saúde Brasil" em 2014 e afirma que cada vez mais brasileiras estão aguardando chegar até os 30 anos ou mais para ter o primeiro filho, esse cenário é mais recorrente entre as mulheres que possuem maior escolaridade. Segundo o mesmo estudo, o percentual de mães na faixa etária de 30 anos cresceu na última década, passando de 22,5% em 2000 para 30,2% em 2012. Já o número de mulheres com menos de 19 anos que tiveram filhos caiu de 23,5% para 19,3% no mesmo período, semelhantes aos resultados

encontrados nessa pesquisa, em que verifica-se maior ocorrência em idade (BRASIL, 2014).

Nos últimos anos, as mulheres têm sido beneficiadas principalmente no que se refere às taxas de analfabetismo, pois entre as pessoas de 15 anos ou mais de idade, entre os anos 2007 e 2015, a porcentagem caiu de 9,9% para 7,7% no sexo feminino (IBGE, 2015). Observa-se que a situação educacional no Brasil sofreu uma sensível melhora e as mulheres estão em igualdade de condições em relação aos homens ou apresentam níveis de escolaridade superior.

Esses dados são semelhantes aos verificados no estudo de Santos et al (2015) sobre qualidade de vida com gestantes, que apontou um percentual 66,7% de grávidas com escolaridade de 9 a 11 anos, que corresponde ao ensino médio. Um estudo mais recente que trata do perfil de gestantes atendidas em uma UBS, também trouxe o predomínio de gestantes com escolaridade em nível médio (NICÉSIO et al., 2018).

Bossato et al (2010) afirmam que a educação tem grande relevância para a saúde da população, pois uma das motivações que levam as pessoas a procurar o serviço de saúde vem do seu grau de instrução.

Rezende e Montenegro (2008) afirmam que as mulheres gestantes com menos de oito anos de escolaridade geralmente iniciam a consulta pré-natal tardiamente, tendo conseqüentemente um menor número de consultas e a baixa escolaridade, normalmente está associada a uma menor condição social, isso implica ainda em menor acesso aos serviços de saúde, contribuindo assim para o incremento das estatísticas de morbimortalidade infantil.

Nesse sentido, a realidade mencionada nos estudos supracitados não predomina em todo o país, pois um estudo sobre o perfil epidemiológico dos casos de morte materna associada a causa, escolaridade e raça concluiu que mulheres com baixa escolaridade apresentam maiores índices de mortalidade materna, o que comprova relação entre informações sobre cuidados na gravidez e grau de instrução/escolaridade (OLIVEIRA; LIMA; MENEZES, 2019).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2018), dados de 2015 mostram que sobre a ocupação, a ocorrência do número de trabalhadores domésticos ou sem remuneração representa grande maioria entre o sexo feminino (14,2%; 3,4%, respectivamente), quando comparado ao masculino (1,0%; 1,7%, respectivamente).

O instituto acrescenta que, em 2014, o confronto das distribuições dos homens e das mulheres mostrou que as participações dos não remunerados, trabalhadores na produção para o próprio consumo e, especialmente, dos trabalhadores domésticos na população ocupada feminina estavam mais elevadas que as da masculina (IBGE, 2018), confirmando as informações do presente estudo.

Contra-pondo-se a realidade observada, Rezende (2012) afirma que com relação a renda, na atual realidade, a mulher que antes só se dedicava às tarefas domésticas, não é mais comum neste meio. Um número cada vez mais expressivo de mulheres trabalha fora de casa e contribui, muitas vezes, com a renda familiar, ou até garante o sustento da família (REZENDE, 2012).

Um ponto importante destacado por Werneck (2014) é que as condições socioeconômicas estão diretamente relacionadas aos indicadores de saúde como acesso e à qualidade da atenção dos serviços de saúde e às condições de vida.

Segundo Diniz et al (2016), no sistema público, há correlação entre as regiões habitadas por populações de renda mais baixa e precariedade da oferta de recursos pelo Sistema Único de Saúde, acrescenta ainda a forte correlação, no Brasil, entre raça e renda, cabendo aos grupos racialmente discriminados ocupar os patamares inferiores, estando sujeitos à oferta de ações precárias de saúde pública ou privada.

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), entre as gestantes com níveis mais elevados de instrução, ou seja, 12 anos ou mais de escolaridade, o nascimento do primeiro filho ocorre mais frequentemente após a mãe completar 30 anos ou mais de idade, que corresponde a 45,1%. E mães com menor escolaridade têm mais de três filhos, o maior número de filhos pode estar associado à falta de informação ou acesso mais difícil aos serviços de saúde e métodos contraceptivos, conforme destacam certos autores (REZENDE; MONTENEGRO, 2008).

No que se refere ao estado civil, as mulheres casadas ou em união estável constituem 73,3% da amostra, estando assim em larga maioria. Incidência maior foi observada em dois estudos em que cerca de 80% das gestantes possuíam um companheiro (ROCHA et al., 2014; SOUZA et al., 2016). A presença de um companheiro pode estar relacionada a um fator de proteção contra adversidade, além de suporte social e emocional à gestante (SOUZA et al, 2016).

Sobre a variável cor/raça, verificou-se que não há predominância nos estudos de um modo geral, de uma cor/raça específica, a ponto de partir para generalização, considerando o predomínio da miscigenação no Brasil e tendo em vista que esse

aspecto varia de acordo com as regiões em que o estudo é realizado e lócus da pesquisa. A exemplo de pesquisas realizadas no Centro-oeste, Sul e Sudeste, onde é possível verificar a predominância de mulheres gestantes na cor branca (DINIZ et al., 2016; NICÉSIO et al., 2018), o que diverge da realidade do Nordeste e, consequentemente desse estudo, em que a maioria das gestantes se autodeclaram pardas.

Historicamente, no Brasil, os indicadores de cor/raça mostram um quadro desfavorável às mulheres pretas e pardas e estas iniciam a vida reprodutiva mais precocemente e tem mais filhos, frequentemente não planejados. Um estudo realizado no sudeste do Brasil mostrou que mulheres brancas tinham mais acesso aos planos de saúde privado, maior número de consultas e maior idade, enquanto as mulheres de cor preta tiveram menor número de consultas, cuidados de pré-natal considerado inadequado, maiores paridades, destacando assim a situação de dificuldade socioeconômica durante a gestação (DINIZ et al., 2016).

Conforme dados do IBGE, enquanto nas décadas de 1950 e 1960 uma mulher possuía, em média, de 4 a 6 filhos, atualmente o casal possui uma média de 1 a 2 filhos (IBGE, 2011). Para Rezende (2012), a redução da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida têm instigado mudanças na pirâmide etária brasileira, e isso em decorrência de fatores como a adoção de contraceptivos eficazes, diminuindo a incidência de gravidez e a entrada da mulher no mercado de trabalho.

Acerca do histórico clínico-patológico, uma pesquisa sobre mortalidade materna afirma convictamente que muitos casos de morte materna podem ser prevenidos com simples intervenções como: planejamento familiar, melhor atendimento pré-natal, atenção adequada durante o trabalho de parto e no período pós-parto e que medidas como essas podem, consequentemente, reverter esse quadro. Nesta perspectiva, o acompanhamento gestacional é imprescindível para uma gestação saudável, ao parto seguro e consequentemente redução da mortalidade (OLIVEIRA; LIMA; MENEZES, 2019).

Estudos têm examinado a possível relação entre religiosidade e saúde mental e a maioria deles aponta para uma relação positiva entre elas (MARIA et al., 2016; SILVA et al., 2010). Foi percebido nesse estudo, o impacto da prática religiosa sobre a vida das gestantes, tendo em vista que a maioria das gestantes possui alguma prática e coincide com os dados presente em outros estudos, reforçando a importância dessa prática para suas vidas e a religiosidade/espiritualidade vem sendo apontada

como importante fator de proteção para a saúde com relação à maus hábitos de vida – tabagismo e alcoolismo.

Sendo assim, a realidade apontada nesse estudo não se distancia do que é percebido em outras regiões do país e podem ser considerados aspectos relevantes, merecendo destaque, pois estão intrinsecamente relacionados à qualidade de vida e bem-estar psicológico.

7.2 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO.

Sabe-se que algumas variáveis como idade, raça, escolaridade, estado civil, tipo de assistência pré-natal, nível social, entre outras, interferem na qualidade de vida de gestantes (CORRÊA et al, 2017) e essas características também tem repercussões sobre o bem-estar psicológico (KEYES; SHMOTKIN; RYFF, 2002). Considerando que qualidade de vida não é apenas o suprimento das necessidades básicas para a sobrevivência, mas sim, uma junção de fatores como saúde física e mental, relações sociais, educação, interação com o meio ambiente e lazer (MACEDO; SANTOS; BERTONI, 2016).

Na seção anterior, foi abordado o perfil sociodemográfico e clínico-obstétrico das gestantes desta pesquisa, aqui será estabelecida a relação desse perfil com o que vem sendo discutido na literatura acerca da qualidade de vida e bem-estar psicológico.

Sobre a idade, Santos e Cardoso (2010) afirmam não existir influência desse aspecto sobre a qualidade de vida e não se encontraram quaisquer diferenças estatísticas significativas, porém na presente pesquisa se registrou uma melhor qualidade de vida no que diz respeito aos aspectos socioeconômicos e familiares das gestantes, duas das quatro dimensões avaliadas no IQV. Tais resultados podem ser explicados apontando-se para as mudanças que podem ser de ordem social, cultural, emocional e psicológico que ocorrem ao longo da vida de cada indivíduo.

Keyes, Shmotkin e Ryff (2002) destacam o desenvolvimento psicossocial vivenciado pelos sujeitos na passagem da juventude para a idade adulta e posteriormente para a terceira idade como explicação na melhoria do bem-estar psicológico em função da idade. Esse raciocínio pode ser trazido para compreender a melhoria da qualidade de vida (domínios socioeconômico e familiar) entre as

gestantes com mais idade, assim como as maiores médias de bem-estar psicológico nessas mesmas gestantes em três aspectos: relações positivas, domínio do ambiente e autoaceitação. Estes aspectos do bem-estar psicológico podem ser fortemente influenciados pelo amadurecimento social e afetivo das gestantes em função de suas experiências de vida. Tais experiências podem ser sutilmente inferidas a partir de sua maior idade, ou seja, quanto maior a idade das gestantes mais intensas ou mais diversificadas suas experiências de vida.

Para Vido (2006), independentemente da idade, as mulheres tendem a adaptar-se a complexidade do aprendizado social e cognitivo. O processo da gestação envolve um amadurecimento, que por muitas vezes, se torna emocionalmente incômodo, porém muito compensador, já que torna a mulher preparada para assumir novas responsabilidades. A mesma autora afirma que esse amadurecimento envolve a aceitação da gestação, se identificar como mãe, mudanças de papel nas relações familiares e a preparação para o momento do parto.

Em relação ao grau de instrução das gestantes, para Rezende (2012), o aumento considerável de mulheres com acesso à escolaridade tem crescido em nosso país e a igualdade de condições em relação aos homens tem proporcionado melhores oportunidades no mercado de trabalho, podendo elas dessa forma, optar por melhores profissões/ocupações e, assim, contribuir para sua melhor qualidade de vida.

Observou-se entre as gestantes estudadas que as mulheres com nível superior apresentaram melhor qualidade de vida (domínio socioeconômico) do que das mulheres apenas com o ensino fundamental. No tocante ao bem-estar psicológico não se observou nenhuma diferença em função da escolaridade das gestantes. Ryff (2017) relaciona maiores níveis de escolaridade com melhores indicadores de bem-estar psicológico e saúde mental. Para isso ela enfatiza que

[...] seja razoável considerar as oportunidades para o ensino superior forneçam conhecimentos, habilidades e recursos econômicos para que os indivíduos possam melhor gerenciar suas vidas, perseguir seus objetivos e aproveitar ao máximo seus talentos e capacidades. (RYFF, 2017, p.166)

Partindo dessa compreensão, ainda que nesse estudo não se tenha evidenciado resultados significativo nessa variável acerca do bem-estar psicológico, entende-se que o baixo nível de instrução/escolaridade pode afetar negativamente os conceitos do autocuidado em saúde, higiene pessoal e necessidades básicas para

proporcionar o bem-estar geral (OLIVEIRA; LIMA; MENEZES, 2019) e interferir diretamente na qualidade de vida.

Porém, esses avanços percebidos na sociedade brasileira nos últimos anos, não podem mascarar as desigualdades que ainda afetam um grande contingente da população, sendo talvez a educação ainda insuficiente para que sozinha reverta os problemas vivenciados na realidade destas gestantes.

Em relação ao estado civil, ocorreram diferenças significativas nos domínios socioeconômico e família, podendo-se inferir que esses dois aspectos afetam na qualidade de vida, não ocorrendo diferenças com relação ao bem-estar psicológico. Ainda assim, Trombetta, Traebert e Nunes (2018) destacam que a falta de um companheiro e o grande número de filhos também podem reduzir o bem-estar da gestante neste período. Segundo Giurgescu e Templim (2015), gestantes que relatam um envolvimento do parceiro no período gestacional apresentam maior bem-estar psicológico, além de menos sintomas depressivos, o que pode contribuir para uma melhor qualidade de vida na gestação.

Alves-Silva, Scorsolini-Comin e Santos (2016) afirmam que o casamento geralmente é investigado como um fenômeno que pode ser associado a melhores práticas de cuidado de si e maiores níveis de qualidade de vida e bem-estar. Porém não possível aqui inferir-se quaisquer relações de causalidade, ou seja, não se pode afirmar que a presença do companheiro seja o motivo dos melhores resultados na qualidade de vida das gestantes ou se os melhores indicadores nos domínios socioeconômico e família que contribuam para a presença do companheiro.

Sobre a ocupação, dois domínios presentes na EBEP apresentaram significância estatística (autonomia e propósito na vida), mas não foram observados nesse estudo interferência desse quesito na qualidade vida. No entanto, verificou-se que na variável renda, ocorreu o inverso, houve diferença estatística no domínio socioeconômico do IQV e não houve resultados a serem destacados com relação ao bem-estar psicológico.

Nesse sentido, observa-se que para as gestantes desse estudo, é mais importante ter um trabalho como contribuição positiva para o seu bem-estar do que a renda decorrente desta atividade. Podendo inferir que entre as gestantes estudadas a renda não se traduz em maior bem-estar, mas é um indicador relevante para uma melhor qualidade de vida.

Galvão, Cerqueira e Marcondes-Machado (2004) acrescentam que a qualidade

de vida está vinculada, entre outros fatores, à condição socioeconômica das pessoas e que baixos índices de renda *per capita* podem estar relacionados com baixos escores de qualidade de vida. Outro estudo mais recente, realizado com gestantes apresenta em seus dados que a pior qualidade de vida é evidenciada entre mulheres não brancas dentro da dimensão Socioeconômico (TROMBETTA; TRAEBERT; NUNES, 2018).

Ryff et al (2003) estabelece uma correlação entre cor/raça e questões socioeconômicas, afirmando que o baixo nível socioeconômico é frequentemente evidente entre as minorias raciais/étnicas e assegura que o *status* monetário para as pessoas na cor preta é um preditor positivo do bem-estar psicológico comparado ao status de maioria branca, após controlar outros fatores. Essa descoberta sugere que os desafios da vida podem realmente fortalecer qualidades como propósito na vida e crescimento pessoal. Corroborando com o que os autores afirmam, nesse estudo, as variáveis (cor/raça e ocupação) relacionou-se com relações positivas, autonomia e com propósito na vida.

Acrescenta-se que a variável cor/raça não apresentou significância estatística em nenhum outro domínio de qualidade de vida, demonstrando que, apesar do comprometimento sob o aspecto financeiro, não houve diminuição da qualidade de vida geral.

Sobre a religião, os achados neste estudo confirmam os trabalhos realizados por Moreira-Almeida et al (2006), em que são trabalhados estudos que relacionam religiosidade e saúde mental evidenciando, de modo geral, que o envolvimento das pessoas com atividades religiosas possibilitam maior bem-estar psicológico, com isso podem apresentar menores prevalências de transtornos de humor, transtornos ansiosos, uso, abuso ou dependência de álcool e de outras substâncias.

Ainda assim, constata-se a incipiência de estudos que relacionam esses dois fenômenos, tendo em vista que os estudos sobre essa temática discutem principalmente as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PICS e citam em seu percurso teórico a importância das práticas religiosas no processo gestacional (GONSALVES, 2017).

Com relação ao histórico clínico-patológico, as gestantes apresentaram resultados significativos em dois domínios pertinente à qualidade de vida (saúde/funcionamento e psicológico/espiritual) e em um domínio relacionado ao bem-estar psicológico (auto aceitação).

Uma gravidez cheia de traumas e em gestante com autopercepção de uma baixa qualidade de vida interferem negativamente não apenas na saúde do feto e do recém-nascido, mas também na mulher, durante e após a gravidez, e em seus respectivos familiares (TROMBETTA; TRAEBERT; NUNES, 2018). A amostra dessa pesquisa demonstra isso por meio dos resultados significativos no domínio saúde/funcionamento em que as mulheres com menos doenças apresentaram melhor qualidade de vida nesse quesito. Assim ter-se evidências acerca da importância do desenvolvimento de uma gravidez saudável para a qualidade de vida dessa gestante.

Frazão e Ramos (2011), em uma pesquisa realizada com pacientes que necessitam de hemodiálise, asseguram sobre o impacto que a doença e o tratamento causam na vida. Essa ideia é encarada de maneira diferente de um indivíduo para outro, os autores reforçam a importância de estudos frequentes que priorizem a singularidade de cada indivíduo para que intervenções mais seguras sejam implementadas, valorizando o plano de vida dos pacientes e acrescentam ser de fundamental importância que o ser humano tenha expectativas pertinentes a ele próprio com diferentes significados e valores. Nesse sentido, a valorização, o respeito e ter expectativas positivas sobre si próprio podem se configurar em auto aceitação e, conseqüentemente, indicador do seu bem-estar psicológico.

No presente estudo, verificou-se maiores níveis de autoaceitação com uma menor quantidade de doenças, evidenciando que o adoecimento não é percebido como o estado fisiológico normal do ser humano. Estar doente implica sempre em uma busca pelo reestabelecimento de um estado anterior de saúde e ao mesmo tempo pela não aceitação do estado atual de doença.

Vido (2006) em sua pesquisa sobre qualidade de vida durante a gravidez concluiu que as gestantes estudadas possuíam uma qualidade de vida relativamente boa e que os trimestres gestacionais poderiam ter influência negativa na percepção da qualidade de vida. Por exemplo, gestantes no terceiro trimestre possuiriam qualidade de vida em determinado domínio, menor que gestantes no primeiro trimestre devido ao tamanho das mudanças corporais. No entanto, nesta pesquisa, não houve diferença estatística significativa e nem correlação quando avaliada a influência da idade gestacional sobre a qualidade de vida.

Essa redução ocorre não somente no município do estudo, pois dados do IBGE (2011) corroboram com essa pesquisa, quando traz em um estudo que na década de 1960, a taxa de fecundidade era de cerca de 6 filhos por mulher, passando para 4,5

no final da década de 1970 e em 2010, a taxa caiu para 1,86 filho/mulher. Outro estudo feito pelo IBGE (2018) afirma que nos anos de 2015, houve novamente uma queda, a taxa média de fecundidade foi de 1,72 filho/mulher e a taxa de fecundidade total que estava prevista para 2018 era de 1,77.

Conforme visualizado nas últimas décadas, além da queda do nível de fecundidade, quando comparado aos anos anteriores, projeta-se que o padrão etário de fecundidade por idade da mulher também se altere em direção a um envelhecimento da fecundidade no Brasil. A idade média em que as mulheres têm filhos, está em 27,2 anos em 2018 e poderá chegar a 28,8 anos em 2060 (IBGE, 2018). Nesse estudo, verificou-se que a média de idade coincide com os resultados referidos em 2018, ficando em torno de $26,95 \pm 5,6$.

Um fator que merece destaque nesse estudo diz respeito ao domínio Família relacionado à qualidade de vida que exibiu resultados significativos nas variáveis número de gestações e número de partos, que foram melhores entre as gestantes com maior número de gestações e partos, consequentemente, melhor qualidade de vida do que as que não possuem filhos. Algo semelhante acontece com relação ao domínio Autonomia em bem-estar psicológico, possibilitando inferir que as mulheres com maior número de partos também apresentam melhores resultados em seu bem-estar. Diante disso, questiona-se sobre os possíveis impactos relacionados à qualidade de vida e bem-estar psicológico das mulheres e famílias, de um modo geral, frente à essa redução no número de filhos.

7.3 ESTABELECENDO CONEXÕES ENTRE OS CONCEITOS: QUALIDADE DE VIDA, BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E GESTAÇÃO.

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional (BRASIL, 2012).

Para Silveira e Ferreira (2011), a gestação é um momento privilegiado de transformações pessoais e sociais, que causa mudanças inevitáveis a vida de uma mulher, ao ponto de questionar a sua própria identidade e conceito pessoal, em todo o processo de adaptação a uma nova condição. No mesmo estudo, os autores afirmam que a forma como a grávida vivencia todas as mudanças e os acontecimentos significativos, exige esforço físico e psicológico, nem sempre fáceis de conduzir, no

sentido de prevenir desequilíbrios e perturbações emocionais.

A preocupação com a saúde das gestantes, considerando as mudanças fisiológicas, psicológicas e emocionais que ocorrem nesse período, foi alavancada no início deste milênio, com o desenvolvimento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, tendo como prioridades:

[...] concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal [...] (BRASIL, 2000, p.5)

Esses objetivos são definidos a fim de melhorar a qualidade obstétrica e reduzir mortalidade materna e perinatal (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004). Ter um bom acompanhamento durante a gestação, além de evitar intercorrência e identificar riscos antecipadamente, também se configura como um elemento importante para a gestante compreender todos os processos envolvidos nessa fase, sejam nos aspectos fisiológicos, psicológicos e emocionais, conduzindo o momento com melhor qualidade.

Castro e Fracoli (2013) citam a mudança de foco dos programas de atenção à mulher, principalmente os que estão voltados à assistência pré-natal, têm expandido seu objetivo habitual de prevenção, detecção e manejo de problemas e fatores que podem afetar adversamente a saúde da mãe e/ou do conceito para um objetivo mais expandido – a qualidade de vida materna.

As bases conceituais que dão suporte a esse “novo” olhar para a saúde materna partem do pressuposto de que a assistência pré-natal deve ter como objetivos o apoio e encorajamento do ajustamento psicossocial saudável na gestação, além de um olhar para os aspectos sociológicos e as influências que a gestação pode acarretar a família (SYMOM; DOBB, 2008).

Durante o período gestacional, algumas características afetam a qualidade de vida das mulheres, como falta de energia e fadiga, associadas também às alterações fisiológicas e anatômicas próprias da gravidez, aspectos financeiros, aumento de custos que a gestação e a preparação para receber o filho acarretam, e atividade sexual, que em geral é reduzida, seja por fatores hormonais, físicos ou psicológicos (CASTRO; FRACOLLI, 2013). Esses aspectos podem afetar negativamente ou

positivamente a qualidade de vida durante a gestação.

Alguns autores enfatizam a instabilidade emocional, maior dependência e os sentimentos ambivalentes que caracterizam este período e referem que não só a personalidade da mulher, mas também uma série de fatores externos são susceptíveis de influenciar a conduta emocional e psíquica da grávida, a saber: a idade, estado civil; condições socioeconômicas; grau de escolaridade e a situação profissional; bem como o número de gestações anteriores; suporte conjugal, familiar e social; ocorrência de complicações, planejamento e aceitação da gravidez (CAMARNEIRO, 1998; DALY, 2003).

Se muitas gravidezes correspondem a períodos de felicidade, alegria, confiança e antecipação, que se concretiza na desejada maternidade, outras são caracterizadas por vivências ou acontecimentos de vida que as marcam como períodos difíceis, assustadores e complexos (CARVALHO, 2006).

Nesse sentido, o contexto intrapessoal da mulher, sua história de vida, personalidade e o significado que dá aos acontecimentos são muito importantes, uma vez que é onde residem os aspectos psicológicos essenciais para o profissional de saúde compreender certos acontecimentos que marcam a gravidez, bem como a forma como a grávida se vê e se adapta a nova condição (MALDONADO, 2002; SÁ, 2001).

Moreira e Sarriera (2006) discutem bem-estar psicológico na gravidez e relatam a importância de abordar qualidade de vida nesse contexto, junto as redes sociais de apoio e outros meios oferecidos pela sociedade, como fatores que podem interferir nas condições de saúde nessa fase da vida.

A qualidade de vida tem sido intensamente investigada, atualmente, nos mais diversos contextos de saúde e doença, mas observa-se que em sua maioria, relacionam o período gravídico com o adoecimento (BEZERRA et al., 2015; BRITO et al., 2014; FERREIRA et al., 2012; RIBAS et al., 2019; RIBEIRO et al., 2015) ou com algum risco à saúde, de modo a comprometer a gestação (COSTA et al., 2016; REZENDE, 2012; SOUZA et al., 2016).

São escassas as produções que trabalham a gestação com ênfase na capacidade de manter altos níveis de bem-estar psicológico nessa fase (MOREIRA; SARRIERA, 2006) e de um modo geral, na área da saúde, estudos de bem-estar contrastam com um preconceito de longa data em relação ao estudo da saúde em termos de doença, incapacidade, disfunção e morte (RYFF, 2017), o que justificaria

nesse estudo, a junção das duas temáticas, no intuito de extrair o que há de melhor nessa fase da vida, mesmo diante das dificuldades que a cercam.

Considerando as alterações psicológicas, para além das fisiológicas vivenciadas durante a gestação, ressaltar a importância da autonomia, domínio sobre ambiente, propósito na vida, auto aceitação e apresentar relações positivas com as pessoas que estão em seu convívio, domínios evidentes do conceito de bem-estar psicológico, são elementos importantes para uma evolução favorável da gestação, tendo em vista que terão impacto sobre o desenvolvimento pessoal. Apenas o domínio crescimento pessoal não apresentou nenhuma diferença significativa em função das características observadas entre as gestantes. Este domínio diz respeito à

[...] perceber um contínuo desenvolvimento pessoal; perceber a si mesmo em crescimento e expansão, realizando seus potenciais; ser aberto a novas experiências; identificar melhoras em si mesmo ao longo do tempo; estar em mudança rumo a um maior autoconhecimento e eficácia. (MACHADO; BANDEIRA; PAWLOWSKI, 2013, p. 264)

Desse modo é importante destacar que a escolaridade, a ocupação ou a renda familiar das gestantes não foram elementos capazes de influenciar sobre a percepção que elas têm acerca de seu crescimento pessoal. Apesar dessas características repercutirem sobre outros domínios tanto do bem-estar psicológico, quanto da qualidade de vida.

É válido acrescentar que essas questões também estão diretamente ligadas à qualidade de vida, se analisados fatores como: socioeconômico, familiar, psicológico/espiritual e saúde/funcionamento, não será possível observar a sobreposição dessas dimensões entre os dois conceitos, mas a sua complementariedade. Reppold, Serafini e Menda (2014) colocam a qualidade de vida como um guarda-chuva conceitual que abarca outros conceitos ou constructos envolvendo bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico, apoio social, condições de saúde, condições sociais e econômicas, etc. Desse modo contemplando aspectos objetivos e subjetivos sobre a vida dos indivíduos. O instrumento de avaliação de Ferrans e Powers contempla com mais propriedade ainda os aspectos subjetivos da qualidade de vida ao lançar mão da mensuração do grau de importância que cada componente tem na construção da qualidade de vida percebida pelos sujeitos (KIMURA; SILVA, 2009).

Porém os dados trazidos pelas gestantes neste trabalho não trazem elementos

que corroborem a visão de Reppold, Serafini e Menda (2014), mesmo com o instrumento de Ferrans e Powers, de que o conceito de qualidade de vida seria mais amplo. A análise da Figura 01 (ver página 50) não evidencia qualquer centralidade dos componentes da qualidade de vida em relação aos componentes do bem-estar psicológico. Machado, Vissoci e Epskamp (2015) destacam que há várias medidas para se avaliar as características de uma rede, sendo comum avaliar-se o grau de conectividade – quantidade de vezes que um nó representa o caminho mais curto em relação aos demais, o grau de proximidade – a relação entre a distância de um nó para os demais, e o grau de centralidade – que representa o número absoluto das conexões de um nó e traz mais para o centro da rede conforme esse nó apresente mais conexões.

Dessa forma pode-se observar que autoaceitação, relações positivas e família são os três nós dentro da rede que ocupam posição de maior centralidade, ligando-se mais aos demais componentes avaliados. Essa centralidade não é ocupada pelos quatro domínios da qualidade de vida, mas apenas um deles, juntamente com dois outros de bem-estar psicológico. A relação que é possível inferir a partir dos dados observados diz muito mais a respeito de uma relação de complementariedade empírica entre QV e BEP nas gestantes do que de submissão conceitual do bem-estar à qualidade de vida.

8 CONCLUSÃO

A organização da conclusão desse estudo perpassa pelos objetivos específicos, partindo da necessidade de investigar a qualidade de vida e bem-estar psicológico em gestantes de risco habitual acompanhadas nas UBS da zona urbana do município de Mossoró/RN.

Inicialmente, obteve-se o perfil da amostra, no intuito de caracterizá-la e identificar divergências ou semelhanças em relação ao exposto na literatura. Considerando as informações obtidas a partir da análise, infere-se sobre o perfil sociodemográfico e clínico-obstétrico, que houve predominância de gestantes com escolaridade no nível médio, pardas, que não trabalham ou cuidam do lar, protestantes, possuem renda entre 1 e 3 salários, estavam no 3º trimestre gestacional, primigestas, 1 a 3 partos e não possuem histórico patológico. A amostra desse estudo foi obtida a partir das cinco zonas distribuídas no município de Mossoró/RN e verificou-se que o perfil não apresenta diferenças significativas, quando colocado diante dos demais estudos realizados no país com gestantes da rede pública.

Em relação à qualidade de vida entende-se que é um conceito amplo e complexo e para esse estudo, optou-se por trabalhar com o instrumento de *Ferrans e Powers* que privilegiou aspectos objetivos e subjetivos acerca da temática. Ressalta-se que o uso de outro instrumento poderia gerar resultados diferentes do alcançado com essa amostra e a escolha se deu, em virtude desse instrumento considerar não somente a satisfação da amostra em relação à sua qualidade de vida, mas também a devida importância dada a esses aspectos em sua vida.

Em contrapartida, bem-estar psicológico trata-se de um conceito mais delimitado, dentro de um conceito maior – o bem-estar – e apresenta um único instrumento – o de Carol Ryff – para obtenção desse constructo. Nesse estudo, obteve-se resultados significativos quando relacionadas as variáveis sobre o perfil das gestantes com os instrumentos de coleta de dados supracitados e acrescenta-se que os dois instrumentos foram previamente validados e mostraram-se satisfatórios para a aquisição dos objetivos propostos.

Considerando as alterações psicológicas, para além das fisiológicas vivenciadas durante a gestação, ressaltar a importância da autonomia, domínio sobre ambiente, propósito na vida, auto aceitação e apresentar relações positivas com as pessoas que estão em seu convívio, domínios evidentes do conceito de bem-estar

psicológico, são elementos importantes para uma evolução favorável da gestação, tendo em vista que terão impacto sobre o desenvolvimento pessoal. Apenas o domínio crescimento pessoal não apresentou nenhuma diferença significativa em função das características observadas entre as gestantes.

Desse modo, destaca-se que a escolaridade, a ocupação ou a renda familiar das gestantes não foram elementos capazes de influenciar sobre a percepção que elas têm acerca de seu crescimento pessoal. Apesar dessas características repercutirem sobre outros domínios tanto do bem-estar psicológico, quanto da qualidade de vida.

A partir da relação estabelecida entre qualidade de vida e bem-estar psicológico, visualizou-se que há uma relação forte de complementariedade entre esses constructos, quando trabalhados sob a ótica das gestantes de risco habitual no município em questão. Sendo assim, mediante a desfecho dos resultados, pode-se afirmar que os objetivos pretendidos foram alcançados.

As dificuldades que surgiram durante o percurso da pesquisa dizem respeito, principalmente ao alcance da amostra total, que não foi atingido devido a dinâmica dos serviços de saúde, a localização das UBS, compreendendo que algumas situam-se em zona de risco à segurança dos pesquisadores, impossibilitando, por vezes, o acesso.

Uma outra limitação é a ausência de um grupo controle. Isso pode ser justificada pela própria logística da pesquisa e em decorrência do tempo disponibilizado para a sua execução, no entanto, vale salientar que todos os prazos estabelecidos no cronograma inicialmente, foram cumpridos.

Outro ponto que deve ser enfatizado, é sobre a extensão dos questionários, como se tratava de três questionários – variáveis socioeconômicas e histórico clínico-obstétrico, índice de qualidade de vida e escala de bem-estar psicológico – a coleta dos dados era demorada, tendo em vista que realizou-se uma a uma, e isso também trouxe implicações sobre a redução da amostra.

No entanto, esse ponto também se constitui como potencialidade da pesquisa, tendo em vista que a extensão desses questionários se deve à quantidade informações a ser coletadas sobre o público-alvo e, portanto, vê-se a possibilidade de um conjunto de dados mais completos acerca das gestantes desse estudo.

A abordagem de aspectos positivos sobre as gestantes também é vista como potencialidade, considerando-se o foco no seu potencial humano e fatores que

venham a contribuir e se configurar como importantes para a sua qualidade de vida.

Diante disso, compreende-se que realizar um estudo sobre a avaliação da qualidade de vida e o bem-estar psicológico das gestantes, é relevante para auxiliar no direcionamento e reorientar as ações de prevenção, promoção e assistência à saúde das gestantes acompanhadas nas UBS do município de Mossoró/RN, tendo em vista o aprimoramento das práticas realizadas atualmente na rede pública de saúde, melhorando a assistência ofertadas a essa população.

Por fim, compreende-se a relevância da realização de estudos dessa natureza, no intuito de obter informações sobre esse público, os aspectos que influenciam sobre sua vida e a maneira como os conduzem. Sugere-se, portanto, a realização de outros estudos sobre a temática, no entanto, com outros públicos femininos, sejam mulheres em idade fértil ou de alto risco, a fim de identificar características e comparar com o público em questão, elucidando pontos que não ganharam visibilidade na presente pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ALVES-SILVA, J. D; SCORSOLINI-COMIN, F; SANTOS, M. A. Conjugalidade e casamentos de longa duração na literatura científica. **Contextos Clínicos**, v. 9, n. 1, p.32-50, jun. 2016.
- BEZERRA, I. F. D. et al. Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 6, p. 266–271, jun. 2015.
- BIEN, A et al. Factors Affecting the Quality of Life and the Illness Acceptance of Pregnant Women with Diabetes. **Int J Environ Res Public Health**, v. 13, n. 1, p.1-13, 2016.
- BOSSATO, H. R et al. O acolhimento de familiares no serviço de emergência: contribuições a partir da política nacional de humanização. **Rev. Enferm. Ufpe Online**, v. 4, n. 1, p.430-439, mar. 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/788/pdf_341>. Acesso em: 19 abr. 2018.
- BRADBURN, N. M. **The structure of psychological well-being**. Chicago: Aldine, 1969, p. 1-71.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Indicadores - Tipo de Estabelecimento - Centro de Saúde/Unidade Básica**. 2019. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=24&VMun=&VSubUni=&VComp=>. Acesso em: 31 jul. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Mais brasileiras esperam chegar aos 30 para ter primeiro filho**. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2014/10/mais-brasileiras-esperam-chegar-aos-30-para-ter-primeiro-filho>>. Acesso em: 11 jun. 2019.
- _____. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Brasília, 1998. Disponível em: <www.iag.usp.br/sites/.../onu_declaracao_universal_dos_direitos_humanos_1998.pdf>. Acesso em: 08 de mai de 2018.
- _____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 25 jun 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **UBS - Unidade Básica de Saúde - Rio Grande do Norte**. 2019. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/ubs-unidade-basica-de-saude/rn/310>>. Acesso em: 31 jul. 2019.

BRITO, J. L. O. P. DE et al. **Lombalgia**: prevalência e repercussões na qualidade de vida de gestantes. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 4, n. 2, p. 254–264, 27 ago. 2014.

BURNS, R. A.; MACHIN, M. A. Identifying gender differences in the independent effects of personality and psychological well-being on two broad affect components of subjective well-being. **Personality and Individual Differences**, v. 48, n. 1, 2010, p.22-27. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886909003535>>. Acesso em: 13 de jan de 2018.

CAMARNEIRO, A. P. F. **A Gravidez de risco e o desenvolvimento do bebê**. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 1998.

CARVALHO, M. P. M.; DIAS, M. L. B. R. V. Saúde mental e desenvolvimento pessoal positivo. **Int J Dev Educ Psychol**, v. 4 n. 1, 2012, p.135-44.

CARVALHO, P. S. **Gravidez e Risco Psicopatológico**. Tese de Mestrado em Desenvolvimento Pessoal e Social não publicada, Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2006.

CASTRO, D.; FRACOLLI, L. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. **Mundo Saúde**, v. 37, n. 2, p.159-165, 2013.

CORRÊA, K. et al. Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p.921-930, 2017.

COSTA, L. D. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, 24 jun. 2016.

DALY, M. **The role of the self-concept as a moderator of psychological wellbeing in the transition to motherhood**. *Australian Journal of Psychology – Supplement*, 2003. Disponível em: <http://content.ebscohost.com/pdf19_22/pdf/2003/AJP/02Aug03/11892707.pdf?T=P&P=AN&K=11892707&EbscoContent=dGJyMMvI7ESeqLE4zOX0OLCmrlGep69Ssa y4TK6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiuqLdluePfgeyx%2BEu3q64A&D=a9h>. Acesso em 21 de jun de 2018.

DIENER, E. **Subjective well-being**. *Psychological Bulletin*, n. 95, p. 542-575, 1984.

DINIZ, C. S. G. et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à

maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 561–572, set. 2016.

ENKIN, M. et al. Apoio às gestantes. In: **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 10-13. Disponível em: <<http://www.bionascimento.com/images/stories/Guanabara/cap003.pdf>>. Acesso em: 22 mar 2018.

FERRANS, C. E.; POWERS, M. J. Quality of Life Index: development and psychometric properties. **Adv Nurs Sci**. 1985; v. 8, n. 1, p. 15-24.

FERREIRA, D. Q. et al. Sexual function and quality of life of low-risk pregnant women. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 9, p. 409–413, set. 2012.

FIELD, A. **Descobrendo a estatística usando SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 553-604.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. (Org.). **Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.

FRAZÃO C. M; RAMOS, V. P. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. **Rev Enf Uerj (online)**, v. 4, n. 19, p.577-582, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a12.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

GALVÃO, M. T. G.; CERQUEIRA A.; MARCONDES-MACHADO J. Avaliação da qualidade e vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 430-7, 2004.

GIURGESCU, C.; TEMPLIM, T. Father involvement and psychological well-being of pregnant women. **Am J Matern Child Nurs**, v. 40, n. 6, p. 381-7, 2015.

GONSALVES, Mariana Pereira. **Mães do Equilíbrio: prática religiosa e terapêutica em mulheres que [não] fazem uso da ayahuasca durante a gestação e o parto em João Pessoa**. 2017. 138 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões, Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B.; OLIVEIRA, M. T. C.; CAMPOS. W. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. v. 03, n. 01, jan./jun. 2011, p. 40-52.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Distribuição das pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, por sexo, segundo a posição na ocupação no trabalho principal - Brasil - 2015**. 2015. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/trabalho/posicao-na-ocupacao-e-sexo.html>>. Acesso em: 10 maio 2019.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2017**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf>. Acesso em: 22 de julho de 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010**: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1>. Acesso em: 13 ago. 2019.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047**. 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, por sexo - Brasil - 2007/2015**. 2015. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao/taxa-de-analfabetismo-das-pessoas-de-15-anos-ou-mais.html>>. Acesso em: 10 maio 2019.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Taxa de fecundidade cai para 1,86 filho por mulher no Brasil. 2011**. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/ultimas_noticias/2011/11/111116_censo_fecund_pai_rn.shtml>. Acesso em: 30 jun. 2019.

KEYES, C. L. M. Social Well-Being. **Social Psychology Quarterly**, v. 61, n. 2, jun., 1998, p. 121-140

KEYES, C. L. M., LOPEZ, S. J. Toward a Science of Mental Health: Positive Directions in Diagnosis and Interventions. In: S. J. Lopez; C. R. Snyder (Eds.), **Handbook of Positive Psychology**. New York: Oxford University Press, 2002, p. 45-59.

KEYES, C. L. M.; SHMOTKIN, D.; RYFF, C. D. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 82, n. 6, p. 1007–1022, jun. 2002.

KIMURA, M.; SILVA, J. V. DA. Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. spe, p. 1098–1104, dez. 2009.

KIMURA, M.; SILVA, J. V. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. **Rev Esc Enferm USP**, 2009; v. 43(Esp), p. 1098-104.

MACEDO, A. A.; SANTOS, J. S.; BERTONI, S. **Estudo comparativo sobre a qualidade de vida em gestantes -estudo comparativo**. Lins, 2016. 65p.

MACHADO, W. DE L.; BANDEIRA, D. R.; PAWLOWSKI, J. Validação da Psychological Well-being Scale em uma amostra de estudantes universitários. **Avaliação Psicológica**, v. 12, n. 2, p. 263–272, ago. 2013.

MACHADO, W. DE L.; VISSOCI, J.; EPSKAMP, S. Análise de rede aplicada à psicometria e à avaliação psicológica. In: HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R.; TRENTINI, C. M. (Eds.). **Psicometria**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MARIA, F. N. et al. Uso de álcool e tabaco por gestantes em maternidade do sul de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 1, p. 41–61, 23 ago. 2016.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOCCELLIN, A. S.; RETT, M. T.; DRIUSSO, P. Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 14, n. 2, p. 147–154, 1 abr. 2014.

MOREIRA, M. C.; SARRIERA, J. C. Preditores de saúde e bem-estar psicológico em adolescentes gestantes. **Psico-USF**, Porto Alegre, v. 1, n. 11, p.7-15, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v11n1/v11n1a02>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 3, n. 28, p.242-250, set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n3/2277.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

NASCIMENTO, C. S. et al. Desejo de maternidade frente ao diagnóstico de síndrome da imunodeficiência adquirida. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 27, n. 3, 30 jul. 2014.

NICÉSIO, M. G. et al. Perfil de gestantes atendidas na atenção primária em uma cidade do interior de Minas Gerais. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 8, n. 1, p. 70, 31 ago. 2018.

NOBRE, M. R. C. Qualidade de Vida. **Arq Bras Cardiol.**, v. 64, n. 4, p. 299- 300, 1995.

NOVO, R. F. We need more than self-reports: contributo para a reflexão sobre as estratégias de avaliação do bem-estar. **Revista de Psicologia, Educação e Cultura**, n. 9, p. 477-495, 2005.

OLIVEIRA, A. S. DE; LIMA, D. J. J.; MENEZES, N. C. Perfil epidemiológico dos casos de morte materna na cidade de Manaus por: causa, escolaridade e raça, no

período de 2011 a 2015. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 23, p. e424–e424, 18 maio 2019.

OLIVEIRA, R. B. et al. Gravidez após os 35: uma visão de mulheres que viveram essa experiência. **Corpus et Scientia**, v. 7, n. 2, 2011.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 263 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09112001-162639/publico/tde-09112001-162639.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2018.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Construção e validação da escala de bem-estar no trabalho. **Avaliação Psicológica**, 2008, v. 7, n. 1, p. 11-22. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=335027183004>>. Acesso em: 23 de abril de 2018.

PICCININI, C. A.; GRILL GOMES, A.; DE NARDI, T.; LOPES, R. S. Gestação e a constitui o da maternidade. **Psicologia em Estudo**. 2008, 13 (Enero-Marzo). Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122106008>>. Acesso em: 22 de jun de 2018.

PIRES, J. G.; NUNES, M. F. O.; NUNES, C. H. S. S. Instrumentos Baseados em Psicologia Positiva no Brasil: uma Revisão Sistemática. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 20, n. 2, p. 287-295, mai./ago. 2015.

REPPOLD, C. T.; SERAFINI, A. J.; MENDA, S. C. Psicologia positiva e avalia o da qualidade de vida. In: HUTZ, C. S. (Ed.). **Avalia o em psicologia positiva**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

REUSE, J. A.; MENEZES, R. R.; SIQUEIRA, T. D. A. A visão da psicologia positiva sobre o bem-estar subjetivo no desempenho de atividades físicas no esporte competitivo. **BIUS**, v. 8, n. 3, 2017.

REZENDE, C. L. **Qualidade de vida das gestantes de alto risco em Centro de Atendimento   Mulher do município de Dourados**, MS. 2012. 127 f. Disserta o (Mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2012.

REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C. Qualidade de Vida das Gestantes de Alto Risco de um Centro de Atendimento   Mulher. **Ps logo In Forma o**, v. 16, n. 16, 2012, p.45-69.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 69.

RIBAS, L. L. et al. Impacto da Incontinência Urinária na Qualidade de Vida das Gestantes. **Revista de psicologia**, v. 13, n. 43, p. 431–439, 2019.

RIBEIRO, M. C. et al. Qualidade do sono em gestantes com sobrepeso. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 8, p. 359–365, ago. 2015.

ROCHA, L. F. A. et al. Significados nas representações de mulheres que engravidaram após os 35 anos de idade. v. 8, n. 1, p. 30–6, 2014.

RYFF C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. **J Personal Soc Psychol**, n. 57, p. 1069–1081, 1989.

RYFF, C. D. Eudaimonic well-being, inequality, and health: Recent findings and future directions. **International Review of Economics**, v. 64, n. 2, p. 159–178, jun. 2017.

RYFF, C. D.; KEYES, C. L. M.; HUGHES, D. L. Status inequalities, perceived discrimination, and eudaimonic well-being: Do the challenges of minority life hone purpose and growth? **J Health Soc Behav**, v. 44; p. 275–291, 2003.

RYFF, Carol D.; KEYES, Corey Lee M.. The structure of psychological well-being revisited. **Journal Of Personality And Social Psychology**, Madison, v. 69, n. 4, p.719-727, mar. 1995. Disponível em: <<http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

SÁ, M. C. A. **Gravidez e Pós-Parto**: Experiências vivenciadas pela mulher. 2001. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra, Coimbra, 2001.

SAMPIERI, R. H; COLLADO, C. F; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa**. Traduzido por: Daisy Vaz de Moraes. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTANA, V. S.; GONDIM, S. M. G. Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. **Estudos de Psicologia**, v. 21. n. 1, janeiro a março de 2016, p. 58-68.

SANTOS, A. B. et al. Autoestima e qualidade de vida de uma série de gestantes atendidas em rede pública de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 2, 28 jun. 2015.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O programa da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 4, n. 3, p.269-79, 2004.

SILVA, C. S. et al. Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 37, n. 4, p. 152–156, 1 jan. 2010.

SILVEIRA, C.; FERREIRA, M. **Auto-Conceito da Grávida**: Factores Associados. Millenium, 2011, v. 40, p. 53-67.

SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. **Psicologia Positiva**: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas. Traduzido por: Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 516p.

SOUZA, F. F. **Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise**:

comparação de dois instrumentos genéricos. 2004. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/311833>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

SOUZA, W. P. DA S. et al. Gravidez tardia: relações entre características sociodemográficas, gestacionais e apoio social. **Boletim de Psicologia**, v. 66, n. 144, p. 47–59, jan. 2016.

SYMON, A. G.; DOBB, B. R. An exploratory study to asses the acceptability of an antenatal quality-of-life instrument (the Mother-generated Index). **J Midw**, v. 28, p. 442-5, 2008.

THE WHOQOL GROUP. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL):** position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, v. 41, p. 1403-1410, 1995.

TROMBETTA, J. B.; TRAEBERT, J.; NUNES, R. D. **Fatores associados à qualidade de vida em gestantes de alto risco.** Medicina-Pedra Branca, 2018.

VIDO, M. B. **Qualidade de vida na gravidez.** 2006. 110 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado de Enfermagem, Centro de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão, Universidade de Guarulhos, Guarulhos, 2006. Disponível em: <<http://tede.ung.br/handle/123456789/237>>. Acesso em: 08 abr. 2019.

WERNECK, J. Intersecções de raça/etnia, gênero e classe: faces cotidianas e teóricas. In: ASSIS, G. O.; MINELLA, L. S.; FUNCK, S. B. (Org.). **Entrelugares e mobilidades: desafios feministas**, v. 3. Tubarão: Copiart, p. 319-328, 2014.

ZANON, C.; DELLAZZANA-ZANON, L. L.; HUTZ, C. S. Afetos positivos e negativos: definições, avaliações e suas implicações para intervenções. In: HUTZ, C. S. (org.) **Avaliação em psicologia positiva.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – DISTRIBUIÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ATIVAS NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN

CNES	UBS	BAIRRO
2389010	UBS DR CID SALEM DUARTE	ABOLICAO IV
2389029	UBS VEREADOR LAHYRE ROSADO	SUMARE
2389037	CENTRO CLÍNICO EVANGELICO EDGARD BULAMARQUI	CENTRO
2501899	UBS DUCLECIO ANTONIO DE MEDEIROS	TEIMOSOS
2501902	UBS DR EPITACIO DA COSTA CARVALHO	COSTA E SILVA
2501910	UBS DR HELENIO GURGEL	PEREIRO
2501929	UBS FRANCISCO PEREIRA AZEVEDO	LIBERDADE I
2501996	UBS SINHARINHA BORGES	BARROCAS
2502003	UBS DR SUELDO CAMARA	AEROPORTO II
2502011	UBS DR AGUINALDO PEREIRA	COSTA E SILVA
2502038	UBS DR CHICO PORTO	OURO NEGRO
2503484	UBS DR LUIS ESCOLASTICO BEZERRA	SANTA DELMIRA
2503492	UBS MARIA SOARES DA COSTA	ALTO SÃO MANOEL
2503506	UBS VEREADOR DURVAL COSTA	WALFREDO GURGEL
2503514	UBS BERNADETE BEZERRA DE SOUZA RAMOS	LIBERDADE II
2503565	UBS DR JOSE HOLANDA CAVALCANTE	DOM JAIME CAMARA
2503573	UBS DR ILDONE CAVALCANTE DE FREITAS	BARROCAS
2503603	UBS ANTONIO CAMILO	ILHA DE SANTA LUZIA
2503611	UBS DR JOAQUIM SALDANHA	SANTO ANTONIO
2503638	UBS DR MOISES COSTA LOPES	REDENÇÃO I
2503670	CENTRO DE ATENCAO INTEGRADO A CRIANCA CAIC	CARNAUBAL
2503697	UBS ENFERMEIRA CONCHITA ESCOSSIA CIARLINE	ABOLIÇÃO II
2503719	UBS DR LUCAS BENJAMIM	ABOLIÇÃO III
2503735	UBS DR JOSE FERNANDES DE MELO	LAGOA DO MATO
2503778	UBS DR CHICO COSTA	SANTO ANTONIO
3987698	UBS MARIO LUCIO DE MEDEIROS	ALTO DA PELONHA
5048494	UBS MARIA NEIDE DA SILVA SOUZA	DOM JAIME CAMARA
5909066	UBS DR JOSE LEAO	ALTO DA CONCEIÇÃO
5909198	UBS FRANCISCO MARQUES DA SILVA	ALTO SÃO MANOEL

Fonte: Própria pesquisa, 2019.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM COGNIÇÃO,
TECNOLOGIAS E INSTITUIÇÕES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa **“Qualidade de vida e bem-estar psicológico entre gestantes de risco habitual acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Mossoró/RN”** conduzida pela discente **Jéssica Micaele Rebouças Justino**, orientada pelo **Prof. Remerson Russel Martins** e que segue as recomendações das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa tem como objetivo geral: “investigar a qualidade de vida e bem-estar psicológico de gestantes de risco habitual acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Mossoró/RN”. E como objetivos específicos: a) caracterizar o perfil clínico e epidemiológico de gestantes de risco habitual acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Mossoró/RN; b) avaliar a qualidade de vida de gestantes de risco habitual acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Mossoró/RN; c) analisar o bem-estar psicológico de gestantes de risco habitual acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Mossoró/RN e d) identificar a relação entre qualidade de vida e bem-estar psicológico de gestantes de risco habitual acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Mossoró/RN.

Quanto aos procedimentos aos quais será submetido: responder a Questionário sociodemográfico e de histórico clínico e obstétrico, Escala de Bem-Estar Psicológico e ao Índice de Qualidade de Vida. As informações coletadas serão organizadas em banco de dados e analisadas com técnicas estatísticas, utilizando teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, teste t de Student e da ANOVA e os índices de correlação de Pearson e de Spearman.

O benefício desta pesquisa é a possibilidade de promover, fundamentadas nos dados coletados, reflexões relacionadas à qualidade de vida e bem-estar psicológico das gestantes de risco habitual e alto risco acompanhadas no município de Mossoró/RN.

Os riscos mínimos que o participante da pesquisa estará exposto são de desconforto, cansaço ou constrangimento. Os riscos ainda serão minimizados mediante: garantia do anonimato/privacidade do participante na pesquisa, não será preciso colocar o nome do mesmo nos questionários preenchidos; para manter o sigilo e o respeito ao participante da pesquisa, as gestantes serão conduzidas individualmente para um espaço reservado no local de realização da pesquisa com o intuito de garantir também a privacidade da gestante; a discente Jéssica Micaele Rebouças Justino e o orientador da pesquisa que irão manusear, guardar os questionários e tratar os dados, tendo em vista certificar o sigilo das informações por ocasião da publicação dos resultados, visto que não será divulgado dado que identifique o participante; garantia de que a pesquisadora estará atenta a sinais verbais e não verbais de desconforto; garantia que o participante se sinta à vontade para responder aos questionários e anuência da instituição para a realização da pesquisa.

Os dados coletados serão, ao final da pesquisa, armazenados em caixa arquivo, guardada por no mínimo cinco anos sob a responsabilidade do orientador da pesquisa Remerson Russel Martins, no Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal Rural do Semi-Árido, localizada Rua Francisco Mota, 572 - Presidente Costa e Silva, Mossoró - RN, 59625-900, a fim de garantir a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações coletadas, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes e o responsável.

Você ficará com uma via original deste TCLE e diante de qualquer dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a discente Jéssica Micaele Rebouças Justino, da Universidade Federal Rural do Semi-Árido - Ufersa, Câmpus Mossoró, na Rua Francisco Mota, n. 572, Costa e Silva, CEP 59.625-900 – Mossoró/ RN. (84) 3317-8313. Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN)** -Campus Universitário Central - Centro de Convivência. BR 110, KM 48 Rua: Prof. Antônio Campos, S/N, Costa e Silva, CEP 59.610-090. Tel: (84) 3312-7032. E-mail: cep@uern.br.

Se para o participante houver gasto de qualquer natureza, em virtude da sua participação nesse estudo, é garantido o direito a indenização (Res. 466/12 II.7) – cobertura material para reparar dano – e/ou ressarcimento (Res. 466/12 II.21) – compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação – sob a responsabilidade da discente Jéssica Micaele Rebouças Justino.

Não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. A discente e o orientador pesquisador estará à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo. Após todas essas informações, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

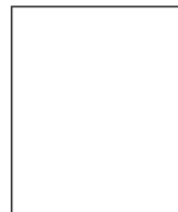
Consentimento Livre

Concordo em participar desta pesquisa **“Qualidade de vida e bem-estar psicológico entre gestantes de risco habitual acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Mossoró/RN”**. Declarando, para os devidos fins, que fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido(a) e dos possíveis riscos que possam advir de tal participação. Foram garantidos a mim esclarecimentos que venham a solicitar durante a pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. Autorizo assim, a publicação dos dados da pesquisa, a qual me garante o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Mossoró/RN, ____/____/____.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante



Jéssica Micaele Rebouças Justino – Discente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições - PPGCTI, da Universidade Federal Rural do Semi-Árido - Ufersa, Câmpus Mossoró, no endereço Rua Francisco Mota, n. 572, Costa e Silva, CEP 59.625-900 – Mossoró/ RN. (84) 3317-8313. E-mail: jessicareboucaas@gmail.com

Prof. Remerson Russel Martins, da Universidade Federal Rural do Semi-Árido - Ufersa, Câmpus Mossoró, no endereço Rua Francisco Mota, n. 572, Costa e Silva, CEP 59.625-900 – Mossoró/ RN. (84) 3317-8313. remerson@ufersa.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN) -Campus Universitário Central - Centro de Convivência. BR 110, KM 48, Rua: Prof. Antônio Campos, S/N, Costa e Silva. Tel: (84) 3312-7032. e-mail: cep@uern.br / CEP 59.610-090. Pág. 02/02

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E HISTÓRICO CLÍNICO OBSTÉTRICO

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E HISTÓRICO CLÍNICO-OBSTÉTRICO

ENTREVISTADO Nº		IDADE	
ALTURA (cm)		PESO (Kg)	
IDADE GESTACIONAL			Marcar com "X"
1º trimestre (1ª até à 13ª semana)			
2º trimestre (14ª até à 26ª semana)			
3º trimestre (27ª até à 40/41ª semana)			
ESCOLARIDADE			Marcar com "X"
Fundamental			
Médio			
Superior			
Pós-Graduação			
OCUPAÇÃO			
RELIGIÃO			
PRATICANTE DA RELIGIÃO	Sim		Não
ESTADO CIVIL			Marcar com "X"
Solteira			
Casada			
Divorciada			
União Estável			
RAÇA/COR (autodeclarada)			Marcar com "X"
Branca			
Preta			
Parda			
Amarela			
Indígena			
RENDA FAMILIAR			Marcar com "X"
< 1 salário mínimo			
1 a 3 salários			
4 a 5 salários			
> 5 salários			
Nº DE GESTAÇÕES			
Nº DE ABORTAMENTOS			
Nº DE PARTOS			
HÁBITOS DE VIDA			
É FUMANTE?	Sim		Não
INGERE BEBIDAS ALCOÓLICAS?	Sim		Não
HISTÓRICO CLÍNICO-PATOLÓGICO (CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-EXISTENTES)			Marcar com "X"
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)			
Diabetes Mellitus (DM)			
Outra. Qual?			

APÊNDICE D – TABELAS PARA AUXÍLIO NA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS –
QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM COGNIÇÃO, TECNOLOGIAS E INSTITUIÇÕES

<u>BEM-ESTAR PSICOLÓGICO</u>					
1	2	3	4	5	6
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Discordo pouco	Concordo pouco	Concordo parcialmente	Concordo totalmente



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM COGNIÇÃO, TECNOLOGIAS E INSTITUIÇÕES

<u>QUALIDADE DE VIDA – SATISFAÇÃO</u>					
1	2	3	4	5	6
Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito

<u>QUALIDADE DE VIDA – IMPORTÂNCIA</u>					
1	2	3	4	5	6
Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito Importante

ANEXOS

ANEXO A – ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS E POWERS

Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers© - Versão Genérica III

Parte 1: Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve você está com este **o quanto satisfeito** aspecto de sua vida. Por favor, responda escrevendo o número correspondente à resposta escolhida. Não há respostas certas ou erradas.

1 Muito Insatisfeita	2 Moderadamente Insatisfeita	3 Pouco Insatisfeita	4 Pouco Satisfeita	5 Moderadamente Satisfeita	6 Muito Satisfeita
----------------------------	------------------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------

Quanto você está satisfeito com...	Resposta
1. Sua saúde?	
2. O cuidado que você tem com a sua saúde?	
3. A intensidade de dor que você sente? (Marque um "x" caso não sinta dor)	
4. A energia que você tem para as atividades diárias?	
5. Sua capacidade para cuidar de si mesma sem ajuda de outra pessoa?	
6. O controle que você tem sobre sua vida?	
7. Sua possibilidade de viver tanto quanto você gostaria?	
8. A saúde da sua família?	
9. Seus filhos? (Caso não tenha filhos marcar um "x")	
10. A felicidade da sua família?	
11. Sua vida sexual?	
12. Seu (sua) esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)?	
13. Seus amigos?	
14. O apoio emocional que você recebe da sua família?	
15. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	
16. Sua capacidade para cuidar das responsabilidades da família?	
17. O quanto você é útil para os outros?	
18. A quantidade de preocupações em sua vida?	
19. Sua vizinhança?	
20. Sua casa, seu apartamento ou com o lugar onde você mora?	

21. Seu trabalho (se tiver algum trabalho, com ou sem remuneração)?	
22. O fato de não ter um trabalho (se desempregado, aposentado ou incapacitado)?	
23. Seu nível de escolaridade?	
24. A maneira como você administra o seu dinheiro?	
25. As suas atividades de lazer, de diversão?	
26. Suas possibilidades de ter um futuro feliz?	
27. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	
28. Sua fé em Deus?	
29. A realização de seus objetivos pessoais?	
30. Sua felicidade de modo geral?	
31. Sua vida de modo geral?	
32. Sua aparência pessoal?	
33. Você mesma de modo geral?	

Parte 2: Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve é para você está **o quanto importante** com este aspecto de sua vida. Por favor, responda escrevendo o número correspondente à sua escolha. Não há respostas certas ou erradas.

1 Sem nenhuma importância	2 Moderadamente sem importância	3 Um pouco sem importância	4 Um pouco importante	5 Moderadamente importante	6 Muito importante
------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	----------------------------------	--------------------------

Quanto é importante para você:	Resposta
1. Sua saúde?	
2. O cuidado que você tem com a sua saúde?	
3. Não ter dor?	
4. Ter energia suficiente para as atividades diárias?	
5. Cuidar de si mesma sem ajuda de outra pessoa?	
6. Ter controle sobre sua vida?	

7. Viver tanto quanto você gostaria?	
8. A saúde da sua família?	
9. Seus filhos?	
10. A felicidade da sua família?	
11. Sua vida sexual?	
12. Seu (sua) esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)?	
13. Seus amigos?	
14. O apoio emocional que você recebe da sua família?	
15. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	
16. Cuidar das responsabilidades da família?	
17. Ser útil às outras pessoas?	
18. Não ter preocupações?	
19. Sua vizinhança?	
20. Sua casa, seu apartamento ou o lugar onde você mora?	
21. Seu trabalho (se tiver algum trabalho, com ou sem remuneração)?	
22. Ter um trabalho (se desempregado, aposentado ou incapacitado)?	
23. Seu nível de escolaridade?	
24. Ser capaz de administrar o seu dinheiro?	
25. Ter atividades de lazer, de diversão?	
26. Ter um futuro feliz?	
27. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	
28. Sua fé em Deus?	
29. Realizar seus objetivos pessoais?	
30. Sua felicidade de modo geral?	
31. Estar satisfeita com a vida?	
32. Sua aparência pessoal?	
33. Ser você mesma?	

ANEXO B – ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) de Machado, Bandeira e Pawlowski (2013)

As questões abaixo se referem à maneira como você lida consigo mesmo e com sua vida. Lembre-se, não há respostas certas ou erradas, apenas marque a alternativa que melhor descreve como você se sente, no momento, em relação a cada frase.

1	2	3	4	5	6
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
1. Frequentemente me sinto solitário porque tenho poucos amigos íntimos com quem eu possa compartilhar minhas preocupações.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
2. Não tenho medo de expressar minhas opiniões, mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
3. Sinto que tenho controle sobre as situações do meu dia a dia.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
4. Eu acredito que é importante ter experiências novas que desafiem o que você pensa sobre você mesmo e sobre o mundo.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
5. Acredito possuir objetivos e propósitos na minha vida.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
6. De forma geral me sinto confiante e positivo sobre mim mesmo.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
7. Eu sinto que ganho muito com as minhas amizades.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
8. Muitas vezes me preocupo com o que os outros pensam sobre mim.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
9. Eu sou muito bom em gerenciar as diversas responsabilidades da minha vida diária.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
10. Em minha opinião, pessoas de todas as idades são capazes de continuar crescendo e se desenvolvendo.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
11. Na maioria das vezes acho minhas atividades desinteressantes e banais.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
12. Gosto de ser do jeito que sou.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
13. Parece-me que a maioria das pessoas tem mais amigos do que eu.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
14. Estar feliz comigo mesmo é mais importante para mim do que a aprovação dos outros.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
15. Eu normalmente gerencio bem minhas finanças e negócios.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
16. Eu aprendi com a vida muitas coisas ao longo do tempo, o que me tornou uma pessoa forte e capaz.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
17. Eu gosto de fazer planos para o futuro e trabalhar para torná-los realidade.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
18. De um modo geral me sinto decepcionado com o que alcancei na vida.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
19. As pessoas me descreveriam como alguém disposta a compartilhar meu tempo com os outros.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
20. As pessoas dificilmente me convencem a fazer coisas que eu não queira.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
21. Consigo administrar bem meu tempo, desta maneira posso fazer tudo o que deve ser feito.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
22. Eu acredito que cresci muito como pessoa ao longo do tempo.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
23. Sou uma pessoa ativa para executar os planos que estipulei pra mim mesmo.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
24. Em geral tenho orgulho de quem sou e da vida que levo.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
25. Em relação às amizades, eu geralmente me sinto deslocado.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
26. Muitas vezes, eu mudo de opinião se meus amigos ou familiares discordam das minhas decisões.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
27. Eu fico frustrado quando tento planejar minhas atividades diárias porque eu nunca consigo fazer as coisas que planejo.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
28. Para mim, a vida é um contínuo processo de aprendizado, mudança e crescimento.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
29. Meus objetivos na vida têm sido mais uma fonte de satisfação do que de frustração para mim.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
30. Quando eu me comparo a amigos e conhecidos, me sinto bem em relação a quem eu sou.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
31. Meus amigos e eu somos solidários aos problemas uns dos outros.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
32. Eu me preocupo com as avaliações dos outros sobre as escolhas que eu faço na minha vida.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
33. Eu tenho dificuldades para organizar minha vida de uma forma satisfatória para mim.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
34. Eu gosto de ver como minhas opiniões mudaram e amadureceram ao longo dos anos.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
35. Eu fico satisfeito quando penso no que eu já realizei na vida.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
36. Todos têm suas limitações, mas eu pareço ter mais que os outros.					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6