



A INFLUÊNCIA DOS FACTORES DEMOGRÁFICOS, SOCIAIS, ECONÓMICOS E OBSTÉTRICOS NA QUALIDADE DE VIDA DA GRÁVIDA

Andreia Afonso

Aluno do 4º ano do curso de Licenciatura de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Leiria, Campus 2
andbd@hotmail.com,

Diogo Quitério

Aluno do 4º ano do curso de Licenciatura de Enfermagem Escola Superior de Saúde de Leiria, Campus 2 –
diogo_kitério22@hotmail.com,

Filipa Sousa

Aluno do 4º ano do curso de Licenciatura de Enfermagem Escola Superior de Saúde de Leiria, Campus 2 –
f_f_sousa@hotmail.com,

Leandro Sousa

Aluno do 4º ano do curso de Licenciatura de Enfermagem Escola Superior de Saúde de Leiria, Campus 2 –
sousaleandro.acb@gmail.com,

Rui Silva

Aluno do 4º ano do curso de Licenciatura de Enfermagem Escola Superior de Saúde de Leiria, Campus 2 –
ruipedrofilipedasilva@hotmail.com,

Carolina Miguel Graça Henriques

PhD, Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde (Leiria), Campus 2
carolina.henriques@ipleiria.pt, (Orientadora)

Maria Luísa Santos

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde (Leiria), Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro,

Fecha de recepción: 2 de enero de 2011

Fecha de admisión: 10 de marzo de 2011

RESUMO:

Introdução: As transformações inerentes à gravidez podem levar a uma alteração, tanto para melhor como para pior, da qualidade de vida de cada grávida, especialmente relacionada com a sua saúde.

Objectivos: Determinar as características demográficas, sociais, económicas e obstétricas da grávida, avaliar a qualidade de vida da grávida e determinar a relação existente entre a qualidade de vida e as características demográficas, sociais, económicas e obstétricas da grávida, durante o segundo e terceiro trimestre de gravidez.

Método: Estudo transversal, não experimental, descritivo correlacional, com uma amostra não probabilística acidental de 50 grávidas que irão comparecer nas consultas de vigilância pré-natal de



A INFLUÊNCIA DOS FACTORES DEMOGRÁFICOS, SOCIAIS, ECONÓMICOS E OBSTÉTRICOS NA QUALIDADE DE VIDA DA GRÁVIDA

Centros de Saúde da região centro de Portugal. Será aplicado o instrumento SF-36 para avaliação da qualidade de vida e um questionário para determinar os dados demográficos, sociais, económicos e obstétricos.

Resultados: Prevemos obter resultados que permitam comprovar que circunstâncias demográficas e económicas como estado civil, escolaridade, distância da residência aos serviços de saúde, situação profissional e rendimento mensal do agregado familiar, assim como problemas obstétricos influenciam a qualidade de vida das grávidas.

Conclusões: Atendendo aos resultados que esperamos obter, conjecturamos concluir que há necessidade dos Profissionais de Saúde intervirem de forma a melhorar a qualidade de vida das grávidas.

Palavras-Chave/Descritores: Qualidade de vida, gravidez.

ABSTRACT:

Introduction: The inherent changes in pregnancy can lead to a change, for better or for worse, of the life quality of each pregnant woman, especially related to her health.

Objectives: Determinate the demographic, social, economic and obstetric characteristics of a pregnant woman, evaluate her life quality and determinate the relation between life quality and the demographic, social, economic and obstetric characteristics of pregnant women, during the second and the third trimester of pregnancy.

Method: Cross study, non-experimental and correlated descriptive, with an accidental non-probabilistic sample of 50 pregnant women who will attend in the clinical prenatal appointments of Portuguese Health Centers. It will be apply the SF-36 instrument to evaluate the quality of life and a questionnaire to determinate the demographic, social, economic and obstetric data.

Results: We will obtain results which put those demographic and economic circumstances like the marital status, the educational level, the distance between home and health services, the employment status and the monthly financial capacity of the families, as well obstetric problems influencing the quality of life of the pregnant woman.

Conclusions: Account the results we expect to obtain, we conjecture to conclude that there is need of health professionals to intervene to improve the quality of life of pregnant women.

Keywords: Quality of life, pregnancy.

INTRODUÇÃO:

“A qualidade de vida pode ser definida como a relação entre o que é desejado e o que é alcançado ou alcançável” (Dourado, Antunes, Carvalho & Godoy, 2003). Por sua vez, a OMS (1998) citada por Pires (2009, p. 120) considera a qualidade de vida como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”.

As definições de qualidade de vida têm incluído indicadores subjectivos e objectivos de fenómenos físicos e psicológicos. Assim, são considerados como indicadores objectivos o salário, moradia e funções físicas (comumente utilizados como factores de medida de qualidade de vida), e como indicadores subjectivos a experiência de vida e a percepção do significado das experiências individuais (Vido, 2006 e Lara, 2008).

Vido (2006), destaca três âmbitos essenciais para a análise da qualidade de vida. O primeiro âmbito compreende a distinção entre os aspectos materiais (aspectos de natureza física e infra-estrutural) e não materiais (ambiente, património cultural e bem-estar) da qualidade de vida. O segundo âmbito compreende a distinção entre os aspectos individuais (condição económica, fami-



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

liar e pessoal) e colectivos (serviços básicos e públicos). Por fim, o terceiro âmbito compreende a diferença entre os aspectos objectivos (indicadores de natureza quantitativa) e subjectivos (percepção que os indivíduos têm sobre a qualidade de vida). Posto isto, e por serem considerados dados que permitem medir exactamente a mesma coisa, considera-se que, quer os parâmetros objectivos, quer os subjectivos são necessários para avaliar adequadamente a qualidade de vida dos indivíduos.

Segundo Canavarro (2001), a gravidez não é mais do que um processo de construção e de desenvolvimento. Acima de tudo, a gravidez é potencialmente uma experiência/vivência de mudança, renovação, enriquecimento e desafio. Perante tal envolvimento, mediada também por um sentido de profunda atenção, consciência e preocupação, a grávida vai adquirir novos conhecimentos e novas competências, durante o período gestacional, fundamentais na transição segura para a maternidade, caminhando assim para uma integração efectiva no seu papel de mãe (Mendes, 2007).

“Com o decorrer da gravidez, todos os sistemas orgânicos da mulher vão sofrer mudanças e adaptações, resultantes de um conjunto de alterações hormonais, que lhe permitirão acolher, nutrir e suportar uma nova vida” (Oliveira, 2008, p. 18). Parte das modificações psicológicas vivenciadas pela mulher grávida são justificadas pelas alterações biológicas que resultam deste processo, a gravidez (Portelinha, 2003 citado por Junqueira, 2008).

Na área da saúde da mulher, Lara (2008, p. 20) menciona que “embora exista literatura bastante abrangente sobre a qualidade de vida, não são muitos os trabalhos já publicados, principalmente no que se refere à mulher no ciclo gravídico-puerperal, que compreende os períodos de pré-natal, parto e puerpério”.

Com os objectivos de determinar as características demográficas, sociais, económicas e obstétricas da grávida, avaliar a qualidade de vida da grávida e determinar a relação existente entre a qualidade de vida e as características demográficas, sociais, económicas e obstétricas da grávida, durante o segundo e terceiro trimestre de gravidez, desenvolvemos este estudo descritivo correlacional.

MÉTODO:

Neste estudo recorreremos à metodologia quantitativa, através de um estudo transversal, não experimental e descritivo correlacional. Os dados serão colhidos recorrendo a um questionário organizado em duas partes distintas, que vai ser aplicado às primeiras 50 grávidas que comparecerem em Centros de Saúde da região centro de Portugal, no período compreendido entre 1 de Fevereiro e 15 de Março do corrente ano. Para reduzir o erro de amostragem utilizaremos a amostragem não probabilística acidental ou de conveniência, pois será constituída pelas grávidas facilmente acessíveis e que cumpram os critérios de inclusão (Fortin, 2009). Na primeira parte daquele questionário, a qual nos permitirá recolher dados demográficos, sociais, económicos e obstétricos das grávidas, recorreremos a 17 questões de escolha múltipla, 2 questões de resposta aberta e 2 questões dicotómicas. Na segunda parte do questionário utilizaremos a Escala de Percepção do Estado de Saúde SF-36 na versão portuguesa, que nos permitirá avaliar a qualidade de vida da grávida.

RESULTADOS:

Na impossibilidade de apresentarmos os resultados referentes a este estudo, passamos a explicar alguns resultados a que outros autores chegaram dentro da mesma temática.

Moyer et al (2009) num estudo realizado na China, Ghana e Estados Unidos da América, verificaram que as grávidas da China, Ghana e Estados Unidos da América tinham uma média de idades



A INFLUÊNCIA DOS FACTORES DEMOGRÁFICOS, SOCIAIS, ECONÓMICOS E OBSTÉTRICOS NA QUALIDADE DE VIDA DA GRÁVIDA

de 29,64, 29,79 e 29,78 respectivamente; as grávidas da China tinham em média 36,22 semanas de gestação, enquanto as do Ghana tinham 35,99 semanas de gestação; as grávidas dos Estados Unidos da América, por sua vez, tinham 37,7 semanas de gestação. Em relação ao número de gravidezes anteriores, este era de 2,3 para as grávidas da China e do Ghana e de 2,2 para as grávidas dos Estados Unidos da América; as grávidas da China eram todas casadas, 98,2% das grávidas do Ghana contraíram matrimónio e apenas 76,8% das grávidas dos Estados Unidos da América eram casadas; as mulheres dos Estados Unidos da América têm em média níveis maiores de educação que as grávidas da China e do Ghana; quanto à situação laboral, na China 78,6% das grávidas trabalhavam auferindo um salário, percentagem que se eleva para 85,7% no Ghana, por sua vez nos Estados Unidos da América apenas 64,3% das grávidas trabalham auferindo um salário. No Ghana e na China, cerca de um terço das grávidas tinham apenas o ensino secundário ou outro inferior, em comparação com apenas 7,2% nos Estados Unidos da América, o que leva a sugerir que existe uma associação entre a educação e a qualidade de vida, não estando claro através de que mecanismo existe essa mesma relação (Moyer et al, 2009).

Moyer et al (2008) num estudo realizado no Ghana atestaram que as grávidas tinham uma idade média de 29,7 anos e em média tinham 31,78 semanas de gestação. Em relação ao número de gravidezes anteriores, a média era de 2,42, sendo 28% das grávidas nulíparas. No que concerne ao nível de ensino, 6,2% das grávidas tinham apenas o primeiro ciclo, 27,8% o segundo ou terceiro ciclo, 29,9% o ensino secundário e 36,1% tinham uma escolaridade superior ao ensino secundário. A maioria das grávidas (86,1%) usufruía de uma remuneração laboral e 93,1% eram casadas.

Lima (2006), por sua vez concluiu que a média encontrada para a idade das gestantes foi 24,97 anos e para a escolaridade 8,88 anos. Quanto ao estado civil 89,6% eram casadas ou viviam em união de facto. Relativamente à profissão 52,5% eram domésticas, 39,1% usufruíam de uma remuneração laboral, 4% eram estudantes e 4,5% não exerciam qualquer tipo de actividade laboral. Em relação ao rendimento mensal do agregado familiar a média encontrada equivalia a 3,34 salários mínimos nacionais. A maioria das gestantes (67,2%) considerou que o rendimento mensal era inadequado para abarcar todos os encargos mensais, tendo em conta as opções de resposta “insuficiente” e “pouco suficiente”. Para 29,4% das inquiridas o rendimento mensal foi considerado “suficiente” e apenas 3,5% consideraram-no como “mais que suficiente”. Ainda, Lima (2006) concluiu que as mulheres que consideram o rendimento mensal como “suficiente” têm melhor qualidade de vida, comparativamente com as gestantes do grupo “insuficiente” ou “pouco suficiente”.

Ku ien e Dulskien (2009) incluíram as variáveis nível de escolaridade, profissão (situação ocupacional) e salário nos factores socioeconómicos. As autoras afirmam que, um nível educacional mais elevado pode influenciar directamente o conhecimento sobre comportamentos a adoptar para a obtenção de melhor saúde, o acesso aos serviços de saúde e os mecanismos psicossociais, como é o caso do envolvimento na rede social e a capacidade para lidar com os factores de stress da vida. Por sua vez, as más condições socioeconómicas levam a comportamentos não saudáveis que podem afectar a saúde, não só da mãe mas também o recém-nascido.

Förger, F., Østensen, M., Schumacher, A., & Villiger, P. M. (2005), após a aplicação do SF-36 verificaram que, nas gestantes do segundo trimestre de gravidez, o Funcionamento Físico era em média 85, o Desempenho Físico 83, a Dor Corporal 91, a Saúde Geral 87, a Vitalidade 62, o Funcionamento Social 92, o Desempenho Emocional 86 e a Saúde Mental 80. No que diz respeito às gestantes do terceiro trimestre de gravidez, o Funcionamento Físico era em média 71, o Desempenho Físico 64, a Dor Corporal 83, a Saúde Geral 87, a Vitalidade 56, o Funcionamento Social 88, o Desempenho Emocional 89 e a Saúde Mental 77. Os autores chegaram à conclusão de que a qualidade de vida reduzia durante a gravidez, principalmente devido às alterações físicas progressivas, em que o Funcionamento Físico diminuiu entre o primeiro e segundo trimestres ($p=0,006$) e entre o segundo e terceiro trimestres ($p<0,001$).



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

Couto et al (2009) determinaram que, relativamente à qualidade de vida, nas gestantes, o Funcionamento Físico era em média 74,3, o Desempenho Físico 48,3, a Dor Corporal 67,1, a Saúde Geral 87,8, a Vitalidade 59,2, o Funcionamento Social 67,1, o Desempenho Emocional 63,3 e a Saúde Mental 71,2. Os autores concluíram que as mulheres com antecedentes de aborto espontâneo recorrente, óbito fetal, prematuridade ou óbito neonatal precoce parecem ter pior qualidade de vida e mais sintomas de ansiedade e depressão durante a gestação, quando comparadas com mulheres sem esses antecedentes.

Haas et al (2004) mencionam no seu estudo que, mediante um intervalo de confiança de 95%, as grávidas que referiram, em alguns momentos, não ter dinheiro suficiente para comprar alimentos ou pagar alojamento têm duas vezes mais hipóteses de apresentarem menos saúde, piores condições físicas e sintomas de depressão, durante a gravidez, em comparação com as mulheres que não referiram tal privação financeira.

Com similares conclusões, Ku ien e Dulskien (2009) verificaram que existe relação entre o nível socioeconómico mais elevado com o melhor estado de saúde.

Tendo em conta as hipóteses simples não direccionais estabelecidas para este estudo, preve-mos encontrar correlação estatisticamente significativa entre a variável dependente do estudo (qualidade de vida) e algumas das variáveis independentes tais como: idade, estado civil, escolaridade, rendimento mensal do agregado familiar, semanas de gestação, número de gravidezes anteriores, entre outras, à semelhança dos resultados encontrados por outros autores.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO:

Atendendo às conclusões dos estudos mencionados, é facilmente perceptível a relação existente entre os factores passíveis de influenciarem a qualidade de vida durante a gravidez. Maior funcionamento físico e menor número de desconfortos sentidos ao longo da gravidez, por exemplo, são itens associados a uma maior qualidade de vida da grávida.

Julgamos vir a concluir que perante as dificuldades financeiras sentidas na actualidade e a con-sequente baixa auto-estima aliada a estas, por parte das pessoas em geral, tornar-se-á pertinente aprofundar os conhecimentos inerentes à temática factores que influenciam a qualidade de vida, de maneira a que os Profissionais de Saúde possam intervir na comunidade a quem prestam cuidados de Saúde de forma mais eficaz. Certamente, para isso, será necessário que o Enfermeiro seja detentor de conhecimentos não só acerca do processo de gravidez, mas também acerca de todos os factores passíveis de influenciar a qualidade de vida da grávida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Couto, E. R. et al (2009). Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *São Paulo Medical Journal*, 127 (4), 185-189. Recuperado a 1 de Dezembro de 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v127n4/v127n4a02.pdf>.
- Dourado, V. Z., Antunes, L. C. O., Carvalho, L. R., & Godoy, I. (2003). Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 30 (3), 207-214. Recuperado a 2 de Novembro de 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n3/v30n3a05.pdf>.
- Förger, F., Østensen, M., Schumacher, A., & Villiger, P. M. (2005). Impact of pregnancy on health related quality of life evaluated prospectively in pregnant women with rheumatic diseases by the SF-36 health survey. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64 (10), 1494-1499. Recuperado a 25



A INFLUÊNCIA DOS FACTORES DEMOGRÁFICOS, SOCIAIS, ECONÓMICOS E OBSTÉTRICOS NA QUALIDADE DE VIDA DA GRÁVIDA

- de Outubro de 2010, de
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1755222/pdf/v064p01494.pdf>.
- Fortin, Marie-Fabienne (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Haas, J. S. et al (2004). Changes in the health status of women during and after pregnancy. *Journal of General Internal Medicine*, 20 (1), 45-51. Recuperado a 28 de Novembro de 2010, de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490030/pdf/jgi_40097.pdf.
- Junqueira, M. H. C. A. (2008). Discursos femininos sobre a sexualidade durante a gravidez: um estudo na maternidade Alfredo da Costa. Tese de Mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa.
- Ku ien , R., & Dulskien , V. (2009). Maternal socioeconomic and lifestyle factors during pregnancy and the risk of congenital heart defects. *Medicina (Kaunas)*, 45 (11), 904-909. Recuperado a 25 de Novembro de 2010, de <http://medicina.kmu.lt/0911/0911-08e.pdf>.
- Lara, A. C. L. (2008). Qualidade de vida no puerpério mediato. Tese de Mestrado não publicada, Universidade de Guarulhos, Guarulhos.
- Lima, M. O. P. (2006). Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico. Tese de Mestrado não publicada, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Mendes, I. M. M. M. D. (2007). Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto. Tese de Doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Moyer, C. A. et al (2008). Quality of life, optimism/pessimism, and knowledge and attitudes toward HIV screening among pregnant women in Ghana. *Womens Health Issues*, 18 (4), 301-309. Recuperado a 2 de Dezembro de 2010, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2495053/pdf/nihms58635.pdf>.
- Moyer, C. A. et al (2009). Optimism/pessimism and health-related quality of life during pregnancy across three continents: a matched cohort study in China, Ghana, and the United States. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9. Recuperado a 2 de Dezembro de 2010, de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-9-39.pdf>.
- Oliveira, C. S. G. (2008). (A)sexualidade(s) na gravidez: avaliação das necessidades de formação em grávidas e seus companheiros. Tese de Mestrado não publicada, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Pires, M. J. G. (2009). Factores de risco da doença coronária e qualidade de vida: estudo exploratório no concelho de Odivelas. Tese de Mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa.
- Vido, M. B. (2006). Qualidade de vida na gravidez. Tese de Mestrado não publicada, Universidade de Guarulhos, Guarulhos.