



ARTIGO ORIGINAL

FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA EM GESTANTES DE ALTO RISCO**FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE IN HIGH-RISK PREGNANT WOMEN**Julia Balbinotti Trombetta¹Jefferson Traebert²Rodrigo Dias Nunes³Leonardo Demartini Freschi⁴**RESUMO**

Objetivo: Identificar fatores associados à baixa qualidade de vida de gestantes com gravidez de alto risco. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, que incluiu 104 pacientes, atendidas no ambulatório de cuidado pré-natal de alto risco em um hospital público, de agosto a novembro de 2017, por meio do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. Foram avaliadas as associações das características sociodemográficas e clínico-obstétricas com a qualidade de vida destas gestantes, utilizando-se as razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95%, através do teste qui-quadrado ou a prova exata de Fisher. Uma análise multivariada foi realizada por meio da regressão de Poisson entre as variáveis com $p \leq 0,25$. Foi utilizado como nível de significância $p < 0,05$. **Resultados:** Mulheres sem cônjuges apresentaram 1,28 (IC95% 1,10-1,49) vez maior probabilidade de estarem associadas à baixa qualidade ($p=0,001$), quando comparadas às mulheres com parceiro. As demais variáveis não apresentaram significância estatística de forma geral. As comorbidades mais prevalentes entre as gestantes foram as doenças obstétricas. **Conclusão:** A ausência de um parceiro fixo foi a única variável diretamente associada à baixa qualidade de vida em gestantes de alto risco.

Descritores: Qualidade de vida. Gestantes. Gravidez de alto risco. Cuidado pré-natal. Cônjuges.

ABSTRACT

Objective: To identify factors associated with a low quality of life in high-risk pregnant women. **Methods:** This is a cross-sectional study involving 104 patients of a high-risk prenatal clinic in a public hospital from August to November 2017, using the Ferrans and Powers Quality of Life Index. The associations between sociodemographic and clinical-obstetric characteristics and the quality of life were evaluated, using the prevalence ratios and their respective confidence intervals (95%), using the chi-square test or Fisher exact test. A multivariate analysis was performed using the Poisson regression among variables with p -value ≤ 0.25 . The significance level was $p < 0.05$. **Results:** Women with no spouses were 1.28 (95% CI 1.10-1.49) times more likely to be associated with low quality ($p = 0.001$), when compared to women with partners. The other variables did not present statistical significance. The most prevalent comorbidities were obstetric diseases. **Conclusion:** The absence of a

¹Médica pela Universidade do Sul de Santa Catarina - Palhoça (SC) Brasil. E-mail: julia.btrombetta@gmail.com.

²Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Palhoça (SC) Brasil. E-mail: jeffersontraebert@gmail.com.

³Docente do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina - Palhoça (SC) Brasil. E-mail: rodrigo.dias.nunes@hotmail.com.

⁴Médico pela Universidade do Sul de Santa Catarina – Palhoça (SC) Brasil. E-mail: leo.freschi@gmail.com.



partner was the only variable directly associated to the low quality of life in high-risk pregnant women.

Keywords: Quality of Life. Pregnant Women. Pregnancy, High-Risk. Prenatal care. Spouses.

INTRODUÇÃO

Entre os temas relacionados à saúde pública, pode-se destacar a gestação como um dos mais importantes e delicados. Através da gestação é possível não apenas a manutenção dos grupos populacionais, mas a própria perpetuação da espécie humana⁽¹⁾.

Mais de 135 milhões de mulheres dão à luz por ano no mundo⁽²⁾. Segundo os últimos dados do Brasil, em 2011, 2.849.668 mulheres passaram por uma gestação⁽³⁾. Em Santa Catarina foram 87.982 gestantes, no mesmo período⁽³⁾. A preocupação com a saúde das gestantes foi alavancada no início deste milênio, com o desenvolvimento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no Brasil, a fim de melhorar a qualidade obstétrica e reduzir mortalidade materna e perinatal⁽¹⁾.

A maioria das gestações, por representarem um processo fisiológico, transcorrem sem complicações. Contudo, existe uma parcela classificada como alto risco, por apresentar maior probabilidade de desfecho desfavorável, que demanda maior atenção dos serviços de saúde, uma vez que a assistência pré-natal, nesses casos, certamente interfere no curso da gestação, através da redução de riscos e prevenção de complicações como fatores teratogênicos, doenças obstétricas e intercorrências clínicas⁽⁴⁾.

A equipe de saúde deve estar atenta à fatores conhecidos que podem intervir na evolução adequada da gestação para encaminhar à assistência pré-natal de alto risco, caso necessário. Esses fatores podem também ser anteriores à gestação, como características individuais e sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior com complicações e condições clínicas pré-existentes⁽⁴⁾.

Socialmente, tem sido construída a imagem de que a gestação é uma experiência única, gratificante à mulher e seus familiares, onde a mesma passa por uma transformação física e emocional, que desperta seu instinto materno e é repleta de realizações pessoais. Entretanto, este estereótipo não contempla a realidade de grande parte das mulheres, mesmo em situações onde a gravidez tenha sido desejada. Cada gestante está sujeita a fatores que influenciam na satisfação do período gestacional, tais como a saúde materna e fetal, participação do parceiro e apoio social⁽⁵⁾.

Existem ainda, as mudanças fisiológicas da gravidez, que embora universais, tem impacto individual e típico de cada comunidade ou contexto social, com repercussões negativas ou positivas, dependendo das condições físicas e psicossociais da gestante⁽⁵⁾. Caso não haja um bom ajuste individual e interpessoal na vida da mulher, ela estará vulnerável a diversos problemas de saúde de ordem mental e psicológica que afetarão significativamente sua qualidade de vida^(5,6).



Qualidade de vida pode ser entendida pela satisfação pessoal em relação às áreas da vida consideradas importantes; diferencia-se assim de “felicidade”, uma experiência afetiva referente a um sentimento transitório⁽⁵⁻⁷⁾. Na gestante, a qualidade de vida causa impacto não apenas em sua saúde, mas também no feto em desenvolvimento. Atualmente, sabe-se que uma gestação repleta de sofrimentos psicossociais é fator complicador ao feto, como prematuridade e baixo peso ao nascer⁽⁵⁾. Porém, ainda não há evidências que outros efeitos a longo prazo podem decorrer da má qualidade de vida materna⁽⁸⁻¹²⁾.

A dificuldade ao avaliar a qualidade de vida de um indivíduo ou população, por tratar-se de um conceito subjetivo, é encontrar uma maneira de medi-la sem limitações. Apesar disso, ao longo dos anos foram desenvolvidos instrumentos que permitem uma avaliação multidimensional, definindo a qualidade de vida dos pacientes dentro dos limites da ciência^(7,13-15).

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⁽¹⁶⁾. A falta de um companheiro e o grande número de filhos também podem reduzir o bem-estar da gestante neste período. Esses problemas agravam-se quando a gravidez deixa de apresentar o risco habitual e passa a ser considerada gestação de alto risco⁽¹⁷⁾.

O organismo materno não será o mesmo após a gestação, bem como sua vida pessoal. Desta maneira, não se pode simplificar a maternidade, considerando-a como um simples papel a ser cumprido pela mulher na sociedade. Quando a mulher opta por gerar um filho, ou mesmo quando isso acontece sem planejamento, ela precisa e merece atendimento médico e suporte social adequados.

Nesse processo repleto de transformações faz-se necessário estimular a preocupação com a qualidade de vida das gestantes, por parte da equipe multidisciplinar que a acompanha. Uma gravidez traumática e em gestante com autopercepção de uma baixa qualidade de vida irá interferir não apenas na saúde do feto e do recém-nascido, mas também na mulher, durante e após da gravidez, e seus respectivos familiares. Sendo assim, este estudo objetiva identificar quais os fatores associados à baixa qualidade de vida de gestantes de alto risco.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, desenvolvido no ambulatório de pré-natal de alto risco do Hospital Regional de São José - Homero de Miranda Gomes, no município de São José, Santa Catarina. Participaram pacientes com diagnóstico de gestação de alto



risco que realizaram consulta no ambulatório desta especialidade no período de agosto a novembro de 2017. Devido à escassez de estudos com fatores associados à qualidade de vida nesta população, foi realizado um estudo piloto para estimar tamanho ideal da amostra. Com a prevalência estimada de 30% e arbitrando-se uma razão de prevalência de 2,0 foi calculada uma amostra de 94 pacientes. Foram incluídas as pacientes com 18 anos ou mais e alfabetizadas. As gestantes com condições clínicas ou psiquiátricas que poderiam interferir na responsividade do questionário foram excluídas.

As pacientes foram selecionadas por conveniência, nos dias de atendimento no ambulatório e todas as participantes assinaram um termo de consentimento. As participantes responderam um questionário autoaplicado de qualidade de vida. Características socioeconômicas e clínico-obstétricas foram levantadas por meio de entrevista direta.

O Índice de Qualidade de Vida (IQV), versão genérica III, produzido por Ferrans e Powers⁽¹⁸⁾, foi adaptado transculturalmente e validado para a população brasileira, por Silva e Kimura, em 2002⁽¹⁹⁾. O questionário utiliza um resultado numérico que corresponde ao valor da qualidade de vida geral em escore de 0 a 30, diretamente proporcional à qualidade de vida e dividido em quatro dimensões: a) *Saúde e Funcionamento*; b) *Psicológico e Espiritual*; c) *Família* e d) *Socioeconômico*.

A qualidade de vida foi categorizada por meio da média dos escores encontrados na amostra, sendo baixa qualidade de vida os valores abaixo da média. As características socioeconômicas e clínico-obstétricas, estudadas foram idade, escolaridade, religião, cor de pele, possuir ou não parceiro fixo, emprego formal, atividade física, reside com família, número de filhos, trimestre gestacional, gestação planejada, histórico de violência doméstica durante a gestação, satisfação com a vida sexual na gestação, renda familiar, índice de massa corporal (IMC) e patologia obstétrica.

Os dados foram analisados no software SPSS 18.0. As variáveis qualitativas foram descritas através de frequências absolutas e relativas, enquanto que as variáveis quantitativas foram descritas sob a forma de médias e desvios-padrão. Foram realizados os estudos de associação, utilizando-se o teste do qui-quadrado ou prova exata de Fisher. As razões de prevalência (RP) e os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%, entre as características sociodemográficas e clínico-obstétricas e a baixa qualidade de vida, foram calculados. Para aferição da independência das associações observadas, foi realizada a análise multivariada por meio da regressão de Poisson entre as variáveis com valor de $p < 0,25$. O nível de significância estabelecido foi de 0,05. Estas mesmas análises foram realizadas para as quatro dimensões do IQV. As patologias obstétricas foram descritas qualitativamente.

Não houve conflitos de interesse entre os pesquisadores e os sujeitos da pesquisa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina, sob CAAE 70075717.4.0000.5369.



RESULTADOS

Participaram do estudo 104 gestantes de alto risco. A idade variou de 18,0 a 42,0 anos completos, com média de $28,0 \pm 6,3$ anos. A escolaridade média foi de $7,5 \pm 3,0$ anos de estudo, com mulheres sem nenhuma escolaridade e outras referindo até 15 anos de estudo. As participantes apresentaram até seis filhos e a renda média encontrada foi de $3,0 \pm 1,7$ salários mínimos. O IMC esteve entre 21,2 a 51,0 kg/m², com média de $31,1 \pm 6,8$ kg/m².

As patologias obstétricas apresentadas pela população do estudo foram classificadas de acordo com o sistema fisiológico acometido, sendo as comorbidades mais prevalentes as obstétricas, correspondendo a 36,5% do total, e dentro deste grupo o diabetes mellitus gestacional foi a principal. Em segundo lugar ficaram as doenças cardiovasculares com 20,2%, e em terceiro as endócrinas com 9,6%.

A análise bivariada entre as características estudadas e a qualidade de vida, permitiu extrair quatro variáveis para a elaboração do modelo multivariado (Tabela 1). A análise multivariada, mostrou que mulheres que não possuíam parceiro fixo apresentaram 28% (IC95% 1,10-1,49) maior prevalência de baixa qualidade de vida ($p=0,001$) (Tabela 2).

Análises de associação com qualidade de vida foram realizadas com as quatro dimensões do IQV. Identificou-se que não possuir parceiro fixo esteve associado à baixa qualidade de vida em três dimensões. No domínio *Psicológico e Espiritual*, gestantes que não possuíam parceiro apresentaram 25% (IC95% 1,06-1,47) maior prevalência de baixa qualidade de vida ($p=0,007$); enquanto no domínio *Família*, a associação foi de 164% maior (IC95% 1,78-3,92), também significativa ($p < 0,001$). Em *Saúde e Funcionamento*, este grupo de pacientes apresentou 22% (IC95% 1,05-1,40) maior prevalência de baixa qualidade de vida ($p=0,009$). Na dimensão *Socioeconômico*, a cor de pele branca mostrou-se um fator protetor [RP 0,87 (IC95% 0,77-0,99)] para o desfecho ($p=0,043$) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Nos resultados desta pesquisa, o fato da gestante possuir parceiro foi o único fator associado à baixa qualidade de vida da gestante e que, em pesquisas futuras pode ser útil na identificação dos transtornos emocionais.

O perfil das gestantes que participaram da pesquisa é muito semelhante ao único estudo que avalia qualidade de vida em gestantes de alto risco no Brasil⁽¹⁶⁾. Tal estudo foi realizado no Mato Grosso do Sul, com 110 mulheres, portando uma amostra muito próxima à utilizada no presente



trabalho. Em ambos, a grande maioria das gestantes eram brancas (63 e 69%), praticantes de alguma religião (61 e 67%), sedentárias (70 e 80%) e residiam com familiar (89 e 97%)⁽¹⁶⁾.

Este mesmo resultado foi encontrado no estudo realizado no Mato Grosso do sul, mostrando que mulheres sem parceiro fixo possuem pior qualidade de vida⁽¹⁶⁾. Outro estudo realizado com gestantes de baixo risco, também identificou que ter um parceiro é importante para uma boa qualidade de vida⁽²⁰⁾. Vale destacar que a presença de parceiro apresentou significância estatística também nas dimensões *Saúde e Funcionamento, Família e Psicológico e Espiritual*, reforçando o quanto esta característica exerce influência no desfecho psicológico estudado.

O estado marital da mulher foi analisado em alguns outros estudos^(16,20-22), com outras populações, e podem ajudar a justificar os resultados encontrados no estudo atual.

Segundo Carmem e Thomas⁽²¹⁾, gestantes que relatam um envolvimento do pai 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. Um estudo realizado com mulheres no período perinatal não encontrou diferença na qualidade de vida de mães com e sem parceiro, porém percebeu que possuir um parceiro é um dos principais fatores de apoio social à mulher, relacionando-o à qualidade de vida. Contudo, já foi argumentado que a mulher solteira pode ter outras fontes de apoio social, conquistando assim uma boa qualidade de vida independente de um cônjuge⁽²²⁾.

Apesar da maioria das informações dos estudos citados serem obtidos de gestantes de baixo risco, essas informações são interessantes na identificação dos fatores associados a maior probabilidade de uma baixa qualidade de vida. Sendo a equipe multidisciplinar responsável tanto pela saúde física quanto psíquica da paciente, cabe a ela identificar esta condição sociodemográfica e incentivar a gestante à buscar outras fontes de apoio social, haja vista as consequências de uma baixa qualidade de vida, tanto para a mãe quanto para o feto.

O IMC, após análise multivariada, não apresentou significância estatística para baixa qualidade de vida. Esta variável não foi avaliada em nenhum dos dois estudos de qualidade de vida em gestantes realizados no Brasil^(16,20). Estudo realizado no México com gestantes encontrou associação entre obesidade no início da gestação e menor qualidade de vida⁽²³⁾, porém apenas com gestantes de baixo risco. Mesmo fora do âmbito da gestação, uma pesquisa feita com adultos de ambos os sexos e diferentes faixas etárias, mostrou que pacientes obesos apresentaram menor qualidade de vida quando comparados à pessoas com IMC normal⁽²⁴⁾. Porém, especula-se que em gestações de maior risco, e talvez nesse período de suas vidas, o sobrepeso ou obesidade acabe se tornando um fator secundário perante tantas outras preocupações.

Dodd *et al*⁽²⁵⁾ abordaram o efeito do aconselhamento dietético e estilo de vida às mulheres com sobrepeso ou obesidade durante o pré-natal, um assunto não estudado até então. Os resultados



mostraram que esta intervenção educacional melhorou o conhecimento, fornecendo tranquilidade, sem afetar negativamente o bem-estar das gestantes. Isto pode servir de orientação à equipe médica, apesar de no presente estudo o IMC não estar associado à baixa qualidade de vida, a orientação dietética e comportamental à pacientes com sobrepeso ou obesidade deve ser feita, uma vez que tal atitude tem resultados positivos no grau de instrução materna, sem, contudo, prejudicar seu bem-estar.

A baixa escolaridade não esteve associada à baixa qualidade de vida materna, concordando com resultados nacionais^(16,20).

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, as mulheres negras são o grupo com menor rendimento econômico ao longo da história no Brasil, atrás dos homens brancos, mulheres brancas e homens negros⁽²⁶⁾. Este dado pode justificar a pior qualidade de vida em mulheres não brancas dentro da dimensão *Socioeconômico*. A variável cor de pele não apresentou significância estatística em nenhuma outra análise, mostrando que, apesar do comprometimento da qualidade de vida sob o aspecto financeiro, não houve diminuição da qualidade de vida geral.

Foram também identificadas as comorbidades mais prevalentes no ambulatório. Quanto ao período gestacional, o presente estudo apresentou um número de gestantes de primeiro trimestre pequeno, visto que o encaminhamento ao alto risco costuma ocorrer mais tardiamente. Esta informação pode ter interferido na análise como possível viés de seleção. O instrumento de avaliação de qualidade de vida, em sua versão geral, utilizado nesta pesquisa, foi selecionado pela ausência de versões específicas para gestantes, especialmente aquelas com comorbidades que as classifiquem como gestantes de alto risco.

Trata-se assim, de um estudo de relevância clínica pela carência de dados na literatura a respeito de um assunto tão importante como a qualidade de vida em gestantes que se encontram fragilizadas emocionalmente pela sua condição clínica.

CONCLUSÃO

Com relação à qualidade de vida em gestantes de alto risco, a ausência de um parceiro fixo foi a única variável diretamente associada à baixa qualidade de vida geral nesta população. Torna-se assim importante identificar tais gestantes nos serviços específicos, para que sejam feitas orientações a fim de minimizar desfechos desfavoráveis.

REFERÊNCIAS

1. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O programa da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Matern Infant, Recife*. 2004; 4(3):269-79.



2. World Health Organization (WHO). Health topics. Pregnancy. 10 Facts on Maternal Health. [Acesso em 2017 Abril 20] Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/en/index2.html
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (Brasil). Séries históricas e estatísticas. [Acesso em 2017 Abril 20]. Disponível em: http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/lista_tema.aspx?op=0&no=10&de=102
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de Alto Risco: Manual Técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Dunkel SC. Psychological Science on Pregnancy: Stress Processes, Biopsychosocial Models, and Emerging Research Issues. *Annu Rev Psychol*. 2011; 62(1):531-58.
6. Abbaszadeh F, Kafaei M, Masoudi AN et al. Relationship Between Quality of Life and Depression in Pregnant Women. *Nurs Midwifery Stud*. 2013; 1(4):193-7.
7. Barofsky I. Can quality or quality-of-life be defined? *Qual Life Res*. 2011;21(4):625-31.
8. Field T. Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behav Dev*. 2011; 34(1):1-14.
9. Byrd-Craven J, Massey A. Lean on me: Effects of social support on low socioeconomic-status pregnant women. *Nurs Health Sci*. 2013; 15(3):374-78.
10. Giurgescu C, Zenk S, Dancy B et al. Relationships among Neighborhood Environment, Racial Discrimination, Psychological Distress, and Preterm Birth in African American Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012; 41(6):E51-E61.
11. Lederman R. Preterm Birth Prevention: A Mandate for Psychosocial Assessment. *Issues Ment Health Nurs*. 2011; 32(3):163-69.
12. Dunkel Schetter, C and Tanner, L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*. 2012; 25:141-48.
13. Mogos M, August E, Salinas-Miranda A et al. A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Appl Res Qual Life*. 2012; 8(2):219-50.
14. Ferrans C, Powers M. Quality of life index. *ANS Adv Nurs Sci*. 1985;8(1):15-24.
15. Vachkova E, Jezek S, Mares J et al. The evaluation of the psychometric properties of a specific quality of life questionnaire for physiological pregnancy. *Health Qual Life Outcomes*. 2013; 11(1):214.
16. Castro D, Fracolli L. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. *Mundo Saúde*. 2013; 37(2):159-65.
17. Rezende C, Souza J. Qualidade de Vida das Gestantes de Alto Risco de um Centro de Atendimento à Mulher. *Psicólogo in Formação*. 2012 ;16(16):45-69.
18. Ferrans and Powers Quality of Life Index: Questionnaires and Scoring [Acesso em 2017 Mai 5]. Disponível em: <http://qli.org.uic.edu/questionnaires/questionnairehome.htm>



19. Kimura M, Silva JV. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43:1098-104.
20. Davin R., Silva R., Gomes A et al. Qualidade de vida em gestantes: fatores que interferem. *Fiep bulletin*. 2010;80 (Edição especial)1-5.
21. Giurgescu C, Templim T. Father involvement and psychological well-being of pregnant women. *Am J Matern Child Nurs*. 2015; 40(6): 381–7.
22. Emmanuel E, St John W, Sun J. Relationship between Social Support and Quality of Life in Childbearing Women during the Perinatal Period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012; 00:1-9,.
23. Licona N, Mendoza J. Daytime sleepiness and quality of life: are they associated in obese pregnant women? *Arch Gynecol Obstet*. 2012; 285:105–9.
24. Sach TH, Barton G, Doherty M et al. The relationship between body mass index and health-related quality of life: comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D. *Int J Obesity*. 2007; 31:189-96.
25. Dodd J, Newman A, Moran L et al. The effect of antenatal dietary and lifestyle advice for women who are overweight or obese on emotional well-being: the LIMIT randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016; 95:309- 18.
26. IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça – 1995 a 2015. Brasília: IPEA, 2017. [acesso em 2018 Mai 15]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306_retrato_das_desigualdades_de_genero_raca.pdf



TABELAS

Tabela 1 – Resultados da análise bivariada entre as características sociodemográficas e clínico-obstétricas e qualidade de vida geral em gestantes de alto risco.

Características sociodemográficas e clínico-obstétricas	Baixa qualidade de vida	Alta qualidade de vida	Total	valor <i>p</i>
	n (%)	n (%)	n (%)	
Idade				
< 30 anos	26 (47,3)	29 (52,7)	55 (52,9)	0,652
≥ 30 anos	21 (42,9)	28 (57,1)	49 (47,1)	
Escolaridade				
≤ 8 anos de estudo	39 (49,4)	40 (50,6)	79 (76,0)	0,087
> 8 anos de estudo	8 (32,0)	17 (68,0)	25 (24,0)	
Religião				
Sim	36 (45,0)	44 (55,0)	80 (76,9)	0,943
Não	11 (45,8)	13 (54,2)	24 (23,1)	
Cor de pele				
Branca	29 (40,3)	43 (59,7)	72 (69,2)	0,237
Não branca	18 (56,3)	14 (43,8)	32 (30,8)	
Possuir parceiro fixo				
Não	10 (83,3)	2 (16,7)	12 (11,5)	0,001*
Sim	37 (40,2)	55 (59,8)	92 (88,5)	
Emprego formal				
Sim	25 (44,6)	31 (55,4)	56 (53,8)	0,903
Não	22 (45,8)	26 (52,2)	48 (46,2)	
Atividade física				
Sim	8 (38,1)	13 (61,9)	21 (20,2)	0,464
Não	39 (47,0)	44 (53)	83 (79,8)	
Reside com família				
Sim	45 (44,6)	56 (55,4)	101 (97,1)	0,588*
Não	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (2,9)	
Outros filhos				
Sim	28 (44,4)	35 (55,6)	63 (60,6)	0,849
Não	19 (46,3)	22 (53,7)	41 (39,4)	
Trimestre gestacional				
Primeiro	-	4 (100,0)	4 (3,8)	0,418*
Segundo	15 (39,5)	23 (60,5)	38 (36,5)	0,634
Terceiro	32 (51,6)	30 (48,4)	62 (59,6)	
Gestação planejada				
Sim	15 (39,5)	23 (60,5)	38 (36,5)	0,374
Não	32 (48,5)	34 (51,5)	66 (63,5)	
Violência doméstica na gestação				
Sim	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (3,8)	1,000*
Não	45 (45,0)	55 (55,0)	100 (96,2)	
Satisfação sexual na gestação				
Sim	30 (41,7)	42 (58,3)	72 (69,2)	0,279

continua



continua				
Satisfação sexual na gestação				
Não	17 (53,1)	15 (46,9)	32 (30,8)	
Renda familiar				
≤ 3 salários mínimos	35 (47,3)	39 (52,7)	74 (71,2)	0,498
> 3 salários mínimos	12 (40,0)	18 (60,0)	30 (28,8)	
Índice de Massa Corporal				
< 25 kg/m ²	12 (57,1)	9 (42,9)	21 (20,2)	0,339
≥ 25 kg/m ²	35 (42,2)	48 (57,8)	83 (79,8)	

*Prova exata de Fisher

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

Tabela 2 – Resultados da análise multivariada entre as características sociodemográficas e clínico-obstétricas e a qualidade de vida geral em gestantes de alto risco

Características sociodemográficas e clínico-obstétricas	RP _b (IC 95%)	Valor p	RP _a (IC 95%)	Valor p
Idade				
< 30 anos	1,10 (0,72-1,69)	0,652	#	
≥ 30 anos	1,00			
Escolaridade				
≤ 8 anos de estudo	1,54 (0,83-2,85)	0,128	1,13 (0,98-1,30)	0,087
> 8 anos de estudo	1,00		1,00	
Religião				
Sim	0,98 (0,59-1,61)	0,943	#	
Não	1,00			
Cor de pele				
Branca	0,71 (0,47-1,08)	0,131	0,92 (0,81-1,05)	0,237
Não branca	1,00		1,00	
Possuir parceiro fixo				
Não	2,07 (1,45-2,95)	0,006	1,28 (1,10-1,49)	0,001
Sim	1,00		1,00	
Emprego formal				
Sim	0,97 (0,64-1,49)	0,903	#	
Não	1,00			
Atividade física				
Sim	0,81 (0,45-1,46)	0,464	#	
Não	1,00			
Reside com família				
Sim	0,67 (0,29-1,53)	0,588	#	
Não	1,00			
Outros filhos				
Sim	1,04 (0,68-1,60)	0,849	#	
Não	1,00			
Trimestre gestacional				
Primeiro	1,35 (0,65-2,78)	0,418	#	
Segundo	1,08 (0,78-1,49)	0,634	#	
Terceiro	1,00			

continua



continua				
Gestação planejada				
Sim	0,81 (0,51-1,30)	0,374	#	
Não	1,00			
Violência doméstica na gestação				
Sim	1,11 (0,40-3,03)	1,00	#	
Não	1,00			
Satisfação sexual				
Sim	0,78 (0,51-1,20)	0,279	#	
Não	1,00			
Renda familiar				
≤ 3 salários mínimos	1,18 (0,72-1,95)	0,498	#	
> 3 salários mínimos	1,00			
Índice de Massa Corporal				
< 25 kg/m ²	1,36 (0,87-02,12)	0,218	1,08 (0,92-1,26)	0,339
≥ 25 kg/m ²	1,00		1,00	

RP_b = Razão de prevalência bruta. RP_a = Razão de prevalência ajustada.

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

Tabela 3 - Resultados das associações entre as características sociodemográficas e clínico-obstétricas e a qualidade de vida por domínios em gestantes de alto risco.

Características sociodemográficas e clínico-obstétricas	RP _a (IC 95%)	Valor p
<i>Saúde e Funcionamento</i>		
Possuir parceiro fixo		
Não	1,22 (1,05-1,41)	0,001
Sim	1,00	
Atividade física		
Sim	0,87 (0,74-1,01)	0,072
Não	1,00	
Índice de Massa Corporal		
< 25 kg/m ²	1,13 (0,99-1,29)	0,083
≥ 25 kg/m ²	1,00	
<i>Psicológico e Espiritual</i>		
Idade		
< 30 anos	1,09 (0,95-1,25)	0,218
≥ 30 anos	1,00	
Possuir parceiro fixo		
Não	1,25 (1,06-1,47)	0,007
Sim	1,00	
Atividade física		
Sim	1,13 (0,97-1,31)	0,127
Não	1,00	
Gestação planejada		
Sim	0,90 (0,79-1,03)	0,123
Não	1,00	
<i>Família</i>		

continua

**continua***Família*

Possuir parceiro fixo

Não

2,64 (1,78-3,92)

< 0,001*

Sim

1,00

Socioeconômico

Escolaridade

≤ 8 anos de estudo

1,10 (0,95-1,28)

0,223

> 8 anos de estudo

1,00

Cor de pele

Branca

0,87 (0,77-0,99)

0,043

Não branca

1,00

Emprego formal

Sim

0,81 (0,80-1,03)

0,146

Não

1,00

Renda familiar

≤ 3 salários mínimos

1,13 (0,97-1,31)

0,121

> 3 salários mínimos

1,00

Índice de Massa Corporal

< 25 kg/m²

1,17 (0,95-1,31)

0,172

≥ 25 kg/m²

1,00

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

*Valor de p em modelo bruto.