

Qualidade de Vida e Estratégias de Coping de Gestantes de Alto Risco e Risco Habitual*

Calidad de vida y estrategias de afrontamiento de embarazadas de alto riesgo y riesgo habitual
Quality of life and coping strategies of high-risk and average-risk pregnant women



Ceny Longhi Rezende

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7717-1460>

cenilonghi@yahoo.com.br

Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, Brasil, Brasil

Heloisa Bruna Grubits Freire

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8623-8532>

grubitshb@hotmail.com

Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, Brasil, Brasil

José Ángel Vera Noriega

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2764-4431>

avera@ciad.mx

Universidad Nacional Autónoma de México; investigador titular do Centro de

Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C., México

**

Francisco Fernando Durazo Salas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7229-6953>

durazof@gmail.com

Universidad de Sonora, México, México

Recepção: 13 Agosto 2020

Revisado: 27 Setembro 2020

Aprovação: 02 Dezembro 2020

Resumo

A gestação tem recebido pouca atenção quanto às modificações normais percebidas nos domínios físicos e psicológicos do estado da saúde da mulher e de sua qualidade de vida, embora seja um evento comum na vida reprodutiva feminina. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento das gestantes de alto risco e risco habitual, do segundo e do terceiro trimestres de gestação, do município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. Participaram 79 gestantes, das quais 32 eram de alto risco e 47, de risco habitual, com idade média de 24,6 anos; aplicou-se um questionário de qualidade de vida e outro de enfrentamento. As gestantes de alto risco apresentam maior qualidade de vida nos domínios saúde/funcionamento e família; desse modo, em todos os fatores significativos de enfrentamento. Observa-se a necessidade de acompanhamento dessas participantes em programas especiais inseridos no pré-natal, a fim de contribuir para o enfrentamento da gestação.

Palavras-chave: qualidade de vida, gestação de alto risco, enfrentamento.

Resumen

La gestación ha recibido poca atención en cuanto a las modificaciones percibidas en los dominios físico y psicológico del estado de la salud de la mujer y su calidad de vida, aun siendo un evento común en la vida reproductiva femenina. El propósito del estudio fue evaluar la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento de gestantes de alto y habitual riesgo durante el segundo y tercer trimestres de gestación en el municipio de Dorados (Mato Grosso do Sul, Brasil). Participaron 79 gestantes, siendo 32 de alto riesgo y 47 de riesgo habitual, con promedio de edad de 24,6 años; a quienes se les aplicó un cuestionario de calidad de vida y otro de enfrentamiento. Las embarazadas de alto riesgo presentan mayor calidad de vida en los dominios de Salud/Funcionamiento y Familia; asimismo, en todos los factores significativos de enfrentamiento. Se observa la necesidad de acompañamiento de las participantes en programas especiales que son incluidos en el prenatal con el fin de contribuir al enfrentamiento de la gestación.

Palabras clave: calidad de vida, embarazo de alto riesgo, enfrentamiento.

Abstract

Pregnancy has received little attention in terms of the perceived changes in the physical and psychological domain of women's health status and quality of life. The purpose of this study was to evaluate the quality of life and coping strategies of pregnant women during the second and third trimesters of pregnancy, in the municipality of Dourados (Mato Grosso do Sul). A total of 79 pregnant women participated in the study, 32 of whom were high-risk and 47 average risk, with an average age of 24.6 years; to whom a quality of life questionnaire and a coping questionnaire were applied. High-risk pregnant women have higher quality of life in the Health/Functioning and Family domains; likewise, in all the significant coping factors. It is observed the need to accompany participants in special programs that are included in the prenatal period in order to contribute to coping with pregnancy.

Keywords: quality of life, high-risk pregnancy, coping.

Introdução

Além dos sintomas ocasionados pela gestação, quando a mulher descobre que sua gravidez é de alto risco, medo, estresse, sintomas ansiosos e depressivos podem abalar seu estado psicológico. Nesses casos, as dificuldades de adaptação emocional se tornam maiores, diminuindo sua qualidade de vida (QV) e ocasionando dificuldades de enfrentamento de sua gestação. O processo de desenvolvimento da mulher parece ser acompanhado por conflitos, como a sobrecarga e a descontinuidade de tarefas, afetando sua saúde física, social e mental. Para encontrar uma nova maneira de viver dignamente, é imprescindível identificar o nível de QV, de bem-estar e satisfação das gestantes. Gourounti et ál., (2015) realizaram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de avaliar a prevalência de ansiedade e depressão pré-natal em mulheres com gravidez de alto risco, considerando estudos publicados de 2000 a 2015 e em inglês; os resultados revelam que as taxas de ansiedade foram aproximadamente de 13%, enquanto as taxas de depressão oscilaram entre 18% e 50%.

A redução das desigualdades a que estão sujeitas as mulheres e a elevação da qualidade da atenção obstétrica são peças fundamentais para as reduções adicionais da mortalidade materna (Pacetti et ál., 2015). Do ponto de vista global, e considerando que mulheres podem desenvolver complicações imprevistas durante o ciclo gravídico-puerperal, diversos países vêm implementando políticas fundamentadas no aumento da cobertura da atenção obstétrica oferecida por profissionais treinados em instituições de saúde (Souza, 2015).

A gestação é um evento fisiológico na vida da mulher, caracterizado por intensas transformações que cada uma enfrenta de um modo muito particular.

Entretanto, essas transformações geram mudanças físicas e emocionais que demandam um acompanhamento contínuo por parte dos profissionais de saúde, além de envolver o apoio dos familiares.

Uma gravidez normal evolui sem complicações, sendo caracterizada de baixo risco e comumente conhecida como “gravidez de risco habitual”. Já a gestação de alto risco pode ocasionar problemas graves, representando de 10% a 20% das gestações (Brasil, 2012a). Apesar de a gestação não ser considerada uma doença, representa uma fase especial e delicada na vida da mulher, determinada por mudanças físicas e psicológicas cruciais que podem influenciar a qualidade de sua vida.

De acordo com Castro et ál. (2019), alguns fatores que influem na forma em que a mulher se sente com relação às mudanças nesse período são se a gravidez foi planejada, se a mulher vive com o pai do bebê, se tem outros filhos, se conta com rede de apoio, entre outros.

Os problemas psicossociais e físicos da gestante frequentemente são significativos, e os responsáveis pela assistência devem conhecê-los suficientemente. O apoio social e psicológico às gestantes deve estar presente durante toda a assistência, devido a que as emoções positivas e a percepção de apoio por parte da família favorecem uma adaptação saudável ao engravidar (Loterio et ál., 2018).

A prática de atenção pré-natal recebeu reconhecimento de sua importância dentro da saúde materno-infantil principalmente após a criação, no Brasil, do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Ministério da Saúde, em junho de 2000 (Serruya et ál., 2004). O PHPN proporciona uma estruturação com três componentes: o primeiro trata da assistência pré-natal; o segundo exhibe as questões relativas à organização, à regulação e aos

investimentos na assistência obstétrica e neonatal na área hospitalar; o terceiro constitui nova sistemática de pagamento da assistência ao parto (Coutinho, 2006).

A identificação das gestantes de alto e risco habitual faz com que a equipe de saúde se prepare para realizar a assistência de maneira diferenciada. É importante levantar dados sobre os principais fatores que levam as mulheres a uma gestação de alto risco para melhor aconselhamento, orientação e assistência, devendo ser eles identificados o quanto antes para uma evolução gestacional favorável (Barrientos et ál., 2017). Cabe aos atuantes na área da saúde levarem apoio emocional à gestante e encaminhá-la, quando necessário, ao psicólogo para o adequado acompanhamento, a fim de amenizar qualquer sentimento e/ou percepção negativa que possa apresentar, comprometendo sua QV.

Conforme Melo et ál. (2016), para se obter um resultado perinatal positivo, é necessário identificar e dar total assistência, o quanto antes, a todos os fatores de risco que possam contribuir para a morbidade e a mortalidade das gestantes e do feto. Esses fatores são classificados em categorias socioeconômicas, demográficas, médicas (problemas obstétricos anteriores e a condição clínica materna) e com relação aos hábitos da gestante, como uso do tabaco e do álcool (Barrientos et ál., 2017).

Dessa forma, um fator de risco é toda situação determinável, que está adjunta a um risco anormal de manifestações ou avanço de uma patologia (Siqueira et ál., 2017). Identificar os fatores que levaram uma mulher a ter uma gestação de alto risco é também de grande importância para a saúde pública, pois torna evidente o enfoque da prevenção à ocorrência de agravos, diminuindo, assim, as altas taxas de mortalidade materna que ainda representam um importante desafio à saúde em todo o país.

No Brasil, 50% das mulheres que tiveram filhos nascidos vivos fizeram acompanhamento pré-natal de sete consultas. Esse índice tem crescido ao longo dos anos, porém ainda é necessária a total atenção, o apoio e o incentivo ao pré-natal (Brasil, 2010a). A realidade experimentada pelas mulheres com gravidez de alto risco implica níveis mais altos de estresse, ansiedade e depressão (Saviani-Zeoti e Petean, 2015).

No Brasil, de 70 a 150 mulheres, em cada 100 mil, morrem por alguma causa relacionada à gestação e ao parto, o que evidencia que 90% delas seriam evitáveis, se as gestantes fossem socorridas a tempo (Brasil, 2010b). A mortalidade materna é considerada uma das mais graves violações dos direitos humanos, por ser uma tragédia evitável na maioria dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (Brasil, 2007). No Brasil, a morte materna representa um problema de saúde pública e ocorre principalmente em condições socioeconômicas desfavoráveis, afetando especialmente a mulheres de menor renda, menor escolaridade, jovem e negra (Menezes et ál., 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a cada minuto morre uma mulher de alguma complicação durante a gravidez e no momento do parto, o que significa mais de 500 mil mortes ao ano (Brasil, 2010a). Nos países em desenvolvimento, a gravidez e o parto são a segunda causa de morte de mulheres em idade fértil.

Fazem parte deste estudo também assuntos referentes às estratégias de enfrentamento das gestantes. Entende-se por estratégias de enfrentamento o conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, empregados pelos indivíduos com o intuito de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que nascem em situações de estresse, avaliadas como sobrecarga ou excesso a seus recursos pessoais (Lazarus

e Folkman, 1984). Em suma, podem-se classificar as estratégias de enfrentamento como focadas na emoção e no problema, segundo revisão da literatura feita por Antoniazzi et ál. (1998). O enfrentamento, baseado no problema, abrange o esforço de tentar transformar a situação que deu origem ao estresse, seja operando no meio externo (resolvendo conflitos, buscando ajuda de outras pessoas), seja no interno (com reestruturação cognitiva).

A QV e a busca por sua melhoria são procuras incessantes dos seres humanos. Com isso, parte-se do pressuposto de que uma das características fundamentais da espécie é a necessidade de querer viver bem e almejar condições de melhoria do cotidiano. Constatou-se também que o conceito de QV se encontra cada vez mais abrangente, adotando fatores e setores dos mais variados relacionados à vida dos indivíduos, bem como ao seu estado de saúde (García-Alandete, 2014).

Diante de toda alteração ocorrida durante uma gravidez, despertou o interesse em avaliar quais as estratégias de *coping*, utilizadas pelas gestantes a fim de que todos os envolvidos nesse processo (familiares e equipe de saúde), possam, de alguma maneira, auxiliar no período gestacional, tentando amenizar o estresse vivenciado. Vale a pena salientar, portanto, que nem sempre a gestação de alto risco pode significar pior QV ou esquia das estratégias de enfrentamento, pois, muitas das vezes, a patologia associada à gestação não influencia negativamente a vida dessas mulheres, mas a presença de problemas pessoais, vivenciados por algumas, podem sim influenciar negativamente a QV delas e suas estratégias de enfrentamento. Pelo anterior, nosso objetivo foi avaliar a QV e as estratégias de enfrentamento de uma amostra de gestantes de alto risco e risco habitual, no segundo e no terceiro trimestres de gestação,

do município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, não experimental, descritivo, comparativo e de corte do tipo transversal.

Participantes

Participaram 79 gestantes, das quais 32 eram gestantes de alto risco, atendidas na Clínica da Mulher e 47 gestantes, de risco habitual, atendidas nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo 22 no Jóquei Clube e 25 no ESF Ramão Vieira Cachoeirinha, a partir de amostra por conveniência com as gestantes presentes no dia para a consulta de pré-natal.

As participantes têm idade média de 24,6 anos, com renda média de R\$ 1.617,00. Evidencia-se o predomínio de 39% com ensino médio incompleto, 28,6% com ensino fundamental incompleto, 24,7% com ensino fundamental completo, 1,3% com ensino médio completo e 6,5% com curso técnico e/ou superior. 53,4% das gestantes pertencem à raça branca, seguidos de 35,6% pardas, 9,6% pretas e 1,4 indígenas. Com relação ao estado civil, 74,7% casadas, 20,3% solteiras, 5,1% com parceiro fixo, porém sem conviverem na mesma casa. Quanto ao trabalho das gestantes, 54,4% não trabalham e 45,6% trabalham. Conforme o hábito de consumo das participantes (de ingerir bebida alcoólica, café, tereré¹, chimarão² e fumar), 74,7% declaram algum desses hábitos e 25,3%, não. A maioria das mulheres (48,1%) tem moradia própria, 44,3% não têm e 7,6% responderam “outros”.

Conforme a realização ou não de alguma atividade física, 80,8% das gestantes afirmaram não realizar nenhuma atividade física e 19,2% afirmaram realizar algum tipo

de atividade física. 65,8% responderam não ser essa sua primeira gravidez e 34,2% se encontravam em sua primeira gestação. No que se refere ao número de filhos, 41,82% responderam ter um filho, 30,91% dois filhos, 18,18% não têm filhos e 9,09% têm quatro filhos ou mais. Com relação aos problemas apresentados na gestação, referentes às gestantes diagnosticadas como gestantes de alto risco (40,5%), as patologias mais citadas foram: hipertensão arterial, diabetes gestacional e problemas relacionados à placenta. As demais patologias foram variadas: infecção urinária, ameaça de aborto, toxoplasmose, aumento de peso, trabalho de parto prematuro, hepatite B, ameaça de trombofilia, miomas uterinos e problemas renais. Duas participantes não apresentavam patologias, apenas estavam grávidas de gêmeos, e uma não respondeu à questão.

Critérios de inclusão

Gestantes que realizaram seu pré-natal na Clínica da Mulher, com diagnóstico confirmado de gestação de alto risco, gestantes de risco habitual que fizeram seu pré-natal nas ESFs Jóquei Clube e Ramão Vieira Cachoeirinha, maiores de 18 anos e menores de 18 anos com acompanhante, que aceitaram participar do estudo e que estiveram no segundo trimestre da gestação (na primeira etapa da pesquisa) e no terceiro trimestre (no final da pesquisa).

Instrumentos

Questionário sociodemográfico: contém 16 questões, das quais 12 questões são fechadas (idade, escolaridade, estado civil, hábitos, trabalho, atividade física, religião, com quem reside, moradia, trimestre gestacional, número de gestações e local do pré-natal) e quatro abertas (cor da pele, profissão, renda familiar e problema apresentado na gestação).

Questionário Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers adaptado por Fernandes e Narchi (2007): composto de 36 itens com seis opções de resposta no formato Likert, as quais variam de *Muito insatisfeito* a *Muito satisfeito*; com estrutura de quatro domínios: saúde/funcionamento (saúde física e mental da gestante de uma forma geral, como desconfortos, independência física, energia para atividades diárias, controle sobre sua própria vida); socioeconômico (suporte das pessoas, trabalho, independência financeira e condições socioeconômicas); psicológico/espiritual (paz de espírito, fé em Deus, objetivos pessoais, felicidade, satisfação com a vida, aparência pessoal) e família (saúde da família, filhos, felicidade da família, possibilidade de ter uma criança, cônjuge e suporte familiar). A confiabilidade foi analisada pela consistência interna dos itens, utilizando-se o coeficiente alfa de Cronbach; os valores obtidos foram de 0,93 para a totalidade dos itens e, para as subescalas saúde/funcionamento, foi de 0,87; socioeconômico, 0,82; psicológico/espiritual, 0,90 e família foi de 0,77.

Escala de *Coping* de Billings e Moos (1981): foi a opção de escolha para avaliar as estratégias de enfrentamento das participantes desta pesquisa; essa escolha deve-se ao fato de ser uma escala sintetizada, composta de 19 itens a serem respondidos com *sim.não*. Seus itens são agrupados de acordo com o método de *coping* e sua função, divididos em três métodos e dois focos: ativo cognitivo; ativo comportamental; evitação; foco no problema e foco na emoção. O coeficiente de consistência interna para todo o questionário foi de 0,62; 0,72 para ativo cognitivo; 0,80 para ativo comportamental e 0,44 para evitação.

Procedimento e aspectos éticos

A coleta de dados foi feita com as gestantes de alto risco e de risco habitual no 2º trimestre de gestação, da 14ª à 26ª semana de gestação (4-6 meses), e 3º trimestre, da 27ª à 40ª semana de gestação (7-9 meses). O projeto de pesquisa foi encaminhado à Plataforma Brasil. Depois de ter sido aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE 54471216.4.0000.5162), foi realizado um estudo-piloto com cinco gestantes, com diagnóstico de alto risco, que faziam seu pré-natal na Clínica da Mulher, na sala de espera antes da consulta, e em cinco gestantes de risco habitual, em cada ESF, com o intuito de verificar a viabilidade, a adaptação, o grau de compreensão ou a dificuldade no preenchimento do instrumento e seu tempo de duração.

Para a coleta dos dados, todas as gestantes presentes para a consulta de pré-natal, tanto no período da manhã quanto no da tarde, foram comunicadas e receberam orientações sobre a pesquisa. Após aceitarem participar do estudo, foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido às participantes da pesquisa para o preenchimento e a assinatura, o qual lhes garantia o sigilo dos dados e a possibilidade de se retirarem da pesquisa a qualquer momento (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde [Brasil, 2012b]), assim como sobre o preenchimento do instrumento sem, todavia, induzir as respostas.

Análise de dados

Na análise estatística dos dados, foram aplicados dois testes distintos, sendo justapostos para as variáveis categóricas, O teste t de Student comparou os grupos com base em suas variáveis sociodemográficas, e o qui-quadrado comparou os grupos de alto e baixo risco. Com relação às variáveis

sociodemográficas contínuas, foi aplicado o teste de Correlação Linear de Pearson. O nível de significância foi de 5%, ou seja, com 95% de confiabilidade. As análises foram realizadas no *software* SPSS versão 23.

Resultados

Segundo os dados relativos ao fator cognitivo com foco no problema, houve uma diferença significativa com $p = 0,039$; do grupo de gestantes de alto risco do terceiro trimestre, ou seja, elas utilizam o método cognitivo no foco do problema. Com relação às gestantes de risco habitual, há ênfase no controle do valor da situação de estresse (lado positivo/experiências anteriores), as gestantes de alto risco apresentam uma atitude positiva. Quanto ao foco no problema, elas utilizam esforços cognitivos e comportamentais para modificar ou administrar a origem do problema, o que significa uma boa estratégia de enfrentamento, ante o problema vivenciado. Já o fator comportamental com foco no problema, apresentou uma diferença significativa em relação às gestantes de alto risco e risco habitual do segundo trimestre, um valor de $p = 0,030$, e, no terceiro trimestre, as gestantes de alto risco e risco habitual, um valor de $p = 0,008$; ou seja, o fator comportamental comum à fase não comportamental em gestantes de alto risco aumenta e está diretamente relacionado à situação de estresse (a gestante vê um problema e defeitos graves/tomou uma decisão rápida). No que se refere ao problema, houve a mesma explicação acima citada.

No fator comportamental, em ambos os trimestres ($p = 0,010$ e $p = 0,012$), houve diferença significativa, ou seja, as gestantes, de maneira geral, enxergam seus problemas rapidamente. No fator evitação, com foco na emoção, ambos os grupos de gestantes apresentaram, no segundo trimestre, um valor

de $p = 0,048$. Isso quer dizer que há uma ênfase na evitação do problema, as gestantes esquivam-se de confronto, buscam outros meios de aliviar a tensão (fumando, comendo), preparando-se para o pior, guardando os sentimentos para si. Esse fator é o pior item do Inventário de *Coping*, o indivíduo “foge” dos problemas. Referente ao fator emoção, há a utilização de esforços cognitivos e comportamentais dirigidos para reduzir ou administrar o estresse emocional.

Quanto ao domínio saúde/funcionamento, no terceiro trimestre, houve uma diferença significativa ($p = 0,005$), ou seja, quanto mais acentuado o domínio saúde/funcionamento, mais escassa sua QV no domínio significativo das gestantes de alto risco. O domínio saúde/funcionamento engloba os seguintes itens relacionados à saúde física e mental das gestantes de alto risco de uma maneira geral: gravidez, desconfortos, independência física, energia para atividades diárias, vida sexual, assistência à saúde, energia, independência física, controle sobre sua própria vida, vida longa, responsabilidades familiares, ser útil às pessoas, preocupações, atividades de lazer e possibilidade de futuro feliz.

Já no domínio família, no terceiro trimestre, tanto as gestantes de risco habitual quanto as gestantes de alto risco apresentam diferenças significativas ($p = 0,001$), sendo as gestantes de risco habitual apresentam score médio (piores, se comparadas com as gestantes de alto risco). No item família, estão inseridas as questões da saúde da família, filhos, felicidade da família, possibilidade de ter um filho, cônjuge e suporte familiar.

Nas comparações entre o cruzamento dos dois instrumentos (Inventário de *Coping* e Qualidade de vida), apenas dois cruzamentos tiveram relação e dados significativos: o fator emoção ($p = 0,028$), o domínio saúde/funcionamento e família ($p = 0,045$), ambos no terceiro trimestre. Quanto maior

for o fator emoção, menor o domínio saúde/funcionamento, ou seja, quanto menor a utilização de esforços cognitivos e comportamentais dirigidos a reduzir ou administrar o estresse emocional, maior a saúde física e mental da gestante de uma maneira geral durante a gravidez, pois se diminuem desconfortos (enjoo, queimação, sonolências, entre outros), aumenta-se energia para as atividades físicas, vida sexual, atividades de lazer, pensamentos positivos, entre outros. O resultado dessa condição é que a mulher consegue perceber a gravidez como uma experiência mais agradável. E quanto menor for o fator emoção, maior o domínio saúde/funcionamento, ou seja, quanto maior os esforços cognitivos e comportamentais, dirigidos a reduzir ou administrar o estresse emocional, menor a saúde física e mental da gestante de uma maneira geral. As participantes deste estudo utilizam outras ferramentas para o enfrentamento, como ver o lado positivo das coisas, rezar e ter fé para superar melhor as dificuldades, falar com algum parente, amigo ou profissional da saúde sobre o que está lhe causando estresse, entre outras.

Nas comparações entre o Inventário de Billings e Moss e o Questionário sociodemográfico, houve resultado significativo entre as questões trabalho com fator comportamental no segundo trimestre ($p = 0,035$); hábitos associados ao fator cognitivo com foco na emoção no segundo trimestre ($p = 0,025$); hábitos com fator comportamental ($p = 0,014$); moradia associada ao fator cognitivo com foco na emoção no terceiro trimestre ($p = 0,049$); primeira gravidez com fator comportamental no terceiro trimestre ($p = 0,026$) e primeira gravidez com fator emoção no segundo trimestre ($p = 0,026$). A questão inserida na sexta pergunta do questionário sociodemográfico (se a gestante trabalha ou não), relacionada com o fator comportamental, associado a um problema

do Inventário de Billings e Moos, no segundo trimestre de gestação, apontou dados estatisticamente significativos: as gestantes que trabalham apresentam escores mais bem relacionados às que não trabalham fora de casa. Quando a gestante se depara com algum problema, ela enxerga seus efeitos e toma decisões de maneira rápida, utilizando esforços cognitivos e comportamentais para modificar ou administrar a origem do problema, o que foi demonstrado com um valor de $p = 0,035$.

Com relação à variável hábitos, as gestantes do segundo trimestre que têm algum hábito de consumo (fumar, ingerir bebidas alcólicas, tereré, café ou chimarrão) utilizam mais o fator cognitivo com foco na emoção e no fator comportamental. Esses dados apontaram um valor de $p = 0,025$; 59 delas têm um desses hábitos e apenas 20 não, ou seja, as gestantes que não têm nenhum dos hábitos questionados apresentam melhores escores relacionados às que têm. A gestante, nesse caso, tem uma ênfase no controle do valor da situação de estresse, apresentando uma atitude positiva. Já as formas de *coping*, centradas na emoção, são mais passíveis de ocorrer, quando já houve uma avaliação de que nada pode ser feito para modificar as condições de dano, ameaça ou desafio ambiental.

Sobre a questão 12 do questionário sociodemográfico, se a gestante possui casa própria ou não (variável moradia), verificou-se que as gestantes do terceiro trimestre que possuem casa própria utilizam mais o fator cognitivo com foco na emoção, obtendo valor significativo com valor de $p = 0,049$; 38 delas têm casa própria e 41 não, ou seja, estatisticamente as gestantes que não possuem moradia própria estão com escores melhores, se comparadas com as que possuem. Na questão 13 do questionário sociodemográfico, em que se verifica a variável se a gestante se encontra na sua

primeira gravidez (primigesta) em relação às que se encontram no terceiro trimestre e que não são primigestas, estas utilizam mais o fator comportamental ($p = 0,026$), ou seja, apresentam melhores escores comparadas às primigestas. A gestante, nesse caso, enxerga o problema vivenciado e reage de maneira rápida. Já as gestantes do segundo trimestre que são primigestas utilizam mais o fator emoção ($p = 0,026$), ou seja, estatisticamente as primigestas apresentam piores escores, se comparadas às gestantes com mais de um filho.

Além disso, a variável raça (branca, parda, indígena e preta), relacionada ao fator saúde/funcionamento (questionário de qualidade de vida) no terceiro trimestre, apontou que, segundo a tabela, as gestantes brancas estão acima, com escores piores que as outras (pretas, pardas e indígenas), com um valor de $p = 0,01$. Houve também valor significativo relacionado à variável raça com o fator saúde/espiritual, no terceiro trimestre, em que as brancas também apresentam piores escores comparadas às outras ($p = 0,019$). O fator saúde/espiritual abrange as questões da escolaridade, paz de espírito, fé em Deus, objetivos pessoais, felicidade, satisfação com a vida e aparência pessoal.

Quanto ao estado civil, relacionado com o fator psicológico (questionário de qualidade de vida), no terceiro trimestre, houve valor significativo, em que as gestantes casadas apresentam piores escores, se comparadas às outras (solteiras, sem nenhum compromisso), apontando um valor de $p = 0,033$.

Quanto à gestante trabalhar ou não, relacionado ao fator psicológico (questionário de qualidade), no segundo trimestre, houve valor significativo, ou seja, as gestantes que não trabalham apresentam escores piores em relação às gestantes que trabalham fora de casa, apontando um valor de $p = 0,047$, no segundo trimestre e $p = 0,041$, no terceiro trimestre.

Nas comparações por meio do teste de correlação linear entre os grupos das gestantes de alto risco e risco habitual, houve também correlação positiva entre o domínio psicológico e a idade. Essa correlação positiva entre o domínio psicológico e a idade significa que, quanto maior a idade, maior o escore psicológico, que abrange questões relacionadas à escolaridade, paz de espírito, fé em Deus, objetivos pessoais, felicidade, satisfação com a vida, aparência pessoal, apontando um valor de $p = 0,026$.

Discussão

De uma maneira geral, as formas de *coping*, focadas na emoção, são mais passíveis de ocorrer, quando já houve uma avaliação de que nada pode ser realizado para alterar as condições de dano, ameaça ou desafios ambientais (Lazarus e Folkman, 1984). A estratégia de enfrentamento, focada na emoção, permite a construção de uma situação potencialmente geradora de emoções negativas de uma maneira mais neutra ou positiva; essa reinterpretação pode proteger as mulheres com gravidez de alto risco dos possíveis efeitos nocivos do estresse percebido, adaptando-se às circunstâncias, avaliando o evento estressante como menos severo e oportunidade para o crescimento pessoal (Lau et ál., 2014).

Estudo realizado por Wechsler et ál. (2016), com 30 gestantes, tendo como objetivo explorar alguns fatores de risco que podem contribuir para o desajustamento psicológico de gestantes, assim como a incidência de sintomas ansiosos e depressivos nesses indivíduos, apontou que maior escolaridade das participantes e maior participação dos pais dos bebês na preparação para o parto apresentavam uma relação estatisticamente significativa, com menores níveis de ansiedade e

depressão das gestantes, respectivamente. Em contrapartida, a estratégia de enfrentamento de conversar com um profissional da saúde revelou moderar a relação entre escolaridade e níveis de depressão das participantes; já o neuroticismo moderou a relação entre depressão e idade e entre depressão e número de semanas de gestação. Os autores concluíram, portanto, a importância da elaboração de protocolos de intervenção psicológica, direcionados a grupos de gestantes em risco psicológico.

A prática de exercícios físicos, na gravidez, teve início no século XX. Contudo, foi na década de 1990 que o American College of Obstetricians and Gynecologists promoveu algumas sugestões, como a realização de 30 minutos de exercícios moderados durante cinco dias por semana, o que equivale a 150 minutos por semana, por gestantes em condições adequadas de saúde (Sánchez et ál., 2016).

Na maioria dos casos, as gestantes consideradas de alto risco permanecem durante todo o ciclo gravídico puerperal impossibilitadas de realizar qualquer esforço físico, são liberadas, na maioria das vezes, apenas para atividades como yoga ou exercícios voltados para relaxamento. Contudo, muitos ESFs e pré-natais não oferecem esse tipo de serviços, ou seja, alguns ainda contam com um educador físico para um grupo de gestantes, porém a maioria das gestantes de alto risco é direcionada à caminhada somente. Somada a isso, a situação financeira da população que frequenta o Sistema Único de Saúde do Brasil não comporta esse tipo de atividade.

Na ausência de contraindicações, a grávida deve ser encorajada pelos profissionais de saúde, principalmente pelo médico obstetra, durante o pré-natal, a iniciar ou dar continuidade a um programa de exercícios físicos. Alguns benefícios da atividade física

na gestação são redução de complicações obstétricas, menor incidência de insônia, de ansiedade e de depressão, melhora da autoimagem da gestante, diminuição do risco de desenvolvimento de diabetes gestacional, da hipertensão arterial, menor incidência de desconfortos como dor lombar, menor tempo de hospitalização e de recuperação, menor duração do trabalho de parto, menor ganho de peso, maior volume placentário, incremento da frequência cardíaca fetal, recém-nascido com melhor resposta ante estímulos ambientais, entre outros (Martín, 2015).

Estudo realizado por Pereira et ál. (1999) com 60 gestantes, cujos objetivos foram explorar a relação entre o relacionamento conjugal e a saúde física e psicológica da grávida, verificar a relação entre suporte social e saúde física e psicológica da grávida, bem como a relação entre estilo de *coping* e saúde física e psicológica da grávida, descrever as relações entre estilo de *coping*, suporte social e relacionamento conjugal da grávida, apontou que a adaptação à gravidez é afetada pela maneira como a mulher e o companheiro reagem à gravidez e pela presença ou ausência de complicações durante ela. A adaptação à gravidez, segundo esse estudo, parece estar também ligada aos recursos de *coping*, ao suporte social e à qualidade de relacionamento conjugal das gestantes. Esses resultados, segundo os autores, sugerem que níveis reduzidos nessas variáveis criam, na gestante, uma vulnerabilidade física e psicológica, e que o sentido de coerência parece ter um efeito mediador nos fatores de risco para a saúde física e psicológica dessas mulheres.

Conforme Magalhães (2006), evidências demonstram que a gestação evolui melhor quando o companheiro compartilha da gravidez por meio do apoio afetivo, social e econômico. Essa constatação ocorreu como resultado das comparações encontradas em

pesquisa realizada com 198 gestantes, com o objetivo de analisar se sua QV varia no primeiro, no segundo e no terceiro trimestres. No que se refere ao estado civil, a maioria das gestantes que está casada está inserida na amostra de gestantes do primeiro trimestre, as quais foram as que obtiveram, estatisticamente, melhor índice de QV (Vido, 2006).

A situação conjugal instável é um fator de risco da gravidez e agravante para as complicações obstétricas como parto pré-termo, baixo peso ao nascer, aumento da mortalidade perinatal, pois a gestante não tem a oportunidade de assumir e dividir a responsabilidade pela vida do filho com seu parceiro (Dourado, 2005).

Por sua vez, os resultados obtidos mostraram que as participantes que trabalham tiveram pontuações mais altas em estratégias de enfrentamento centradas no problema, tal como se evidenciou em um estudo recente com 77 gestantes HIV-positivo (Faria et ál., 2014); estar empregada e ter um nível educativo mais alto se associou com um maior uso de estratégias focadas no problema e menor uso de estratégias focadas na emoção.

De acordo com Barrientos et ál. (2017), os fatores que impactam a saúde materno-fetal estão inter-relacionados, sendo a pobreza e a baixa condição educacional a raiz de tais problemas. A situação socioeconômica influencia diretamente as condições habitacionais, sanitárias e alimentares. O ambiente social em que a gestante vive e até seu estado civil podem influenciar o mau desenvolvimento do pré-natal.

Estudo realizado em uma cidade do interior do Paraná, Brasil, com relação à taxa de fecundidade no estado, apontou que a probabilidade de ter um ou mais filhos cresce quando aumenta a idade da mulher. Entretanto, quanto maior o nível de

escolaridade, menor a probabilidade de se ter um número maior de filhos (devido ao fato de a mulher querer tardar a gestação em virtude dos estudos). Todavia, essas duas variáveis estão correlacionadas, uma vez que a dedicação intensa aos estudos e a preocupação com o ingresso no mercado de trabalho fazem com que a mulher adie os planos relacionados à formação de uma família (Lopes e Pontili, 2007).

Apesar de 63,89% das entrevistadas serem caucasianas, uma parte das gestantes é negra (23,15%). Para essas mulheres negras, se sofrem ou não racismo, não há diferenças nas percepções médias dos fatores de QV. Embora pacientes de raça negra sejam mais susceptíveis às doenças como hipertensão arterial, doenças coronarianas, obesidade, acidentes vasculares cerebrais, miomas e câncer de pele, neste estudo, esses fatores não influenciaram a QV (Rezende, 2008).

Embora a gravidez não seja considerada uma doença, com o passar dos meses gestacionais, a gestante se sente cada vez mais morosas pelo aumento do abdômen e por outras mudanças gravídicas já citadas anteriormente, o que torna cada vez mais difícil realizar o trabalho com boa saúde física e mental, e garantir o sustento da família, em muitos casos.

Conclusões

O estudo permitiu verificar que a QV das gestantes de alto risco é melhor se comparada à das de risco habitual. No enfrentamento de eventos estressantes, a amostra como um todo utiliza predominantemente estratégias ativas, o que evidencia que as gestantes, em sua maioria, apresentam estratégias eficazes no enfrentamento e no manejo de situações de estresse. As gestantes de alto risco, em todos os fatores significativos, estão melhores que as gestantes de risco habitual. Para ambas,

os eventos estressores mais relatados incluem problemas familiares e questões financeiras.

Os resultados deste estudo são de extrema relevância para ações educativas e práticas assistenciais, contemplando positivamente essas mulheres. Como sugestão, pode-se propor a implantação de parcerias com universidades do município, com o intuito de promover ações multidisciplinares com a colaboração de ações educativas e assistenciais por parte dos acadêmicos dos cursos de educação física, enfermagem, assistência social, psicologia e nutrição, em que cada profissional realizaria um suporte destinado à sua área de atuação, o que contribuiria para melhorar a QV dessas mulheres.

É essencial que os profissionais de saúde conheçam a realidade das gestantes de alto risco e de risco habitual para que sejam posteriormente planejados e executados cuidados com qualidade, mediante suas necessidades de maneira holística, suprimindo todos os fatores que possam contribuir para a QV integral dessas mulheres.

Dessa forma, a presente pesquisa procurou contribuir para as investigações acerca do processo gravídico de gestantes consideradas de alto risco e de risco habitual, proporcionando subsídios para melhorar a qualidade de assistência à gestante, priorizando, além de sua saúde física, sua saúde mental, a qual se apresenta fragilizada nesse período tão marcante de sua vida.

Referências

- Antoniazzi, A. S., Dell'Anglio, D. D. e Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Barrientos, J., Torres, L. e López, F. (2017). Prácticas y estilos de vida en gestantes atendidas en una institución de alta complejidad. Medellín-Colombia 2015. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 19(2), 181-93. <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v19n2a05>
- Billings, A. G. e Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of the life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139-157. <https://doi.org/10.1007/BF00844267>
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. Ministério da Saúde. http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf
- Brasil. (2010a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização – documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
- Brasil. (2010b). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Assistência pré-natal: manual técnico*. Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf
- Brasil. (2012a). *Gestação de alto risco: manual técnico (5ª ed.)*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012b). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 466 do CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196*. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Castro, A., Germano, I. e Ferreira, T. (2019). Os aspectos psicológicos da mulher. Da gravidez ao puerpério. *CES Revista*,

- 33(2). <https://seer.cesjf.br/index.php/cesRevista/article/view/2286/1513>
- Coutinho, T. (2006). *Evolução da adequação da assistência pré-natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG: análise do processo*. (tese de doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.
- Dourado, V. G. (2005). *Gravidez de alto risco: a vida e a morte entre os significados da gestação*. (dissertação de mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual de Maringá, Brasil. http://pse.uem.br/documentos/dissert_vivianidourado.pdf
- Faria, E., Gonçalves, T., Carvalho, F. e Piccinini, R. (2014). Coping strategies among Brazilian pregnant women living with HIV. *Paidéia*, 24(57), 67-74. <https://doi.org/10.1590/1982-43272457201409>
- Fernandes, R. A. Q. e Narchi, N. Z. (2007). *Enfermagem e saúde da mulher*. Manole.
- García-Alandete, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En Claves del Pensamiento*, 8(16), 13-29. <https://www.redalyc.org/pdf/1411/141132947001.pdf>
- Gourounti, K., Karpathiotaki, N. e Vaslamatzis, G. (2015). Psychosocial stress in high risk pregnancy. *International Archives of Medicine*, 9(5), 1-9. <http://dx.doi.org/10.3823/1694>
- Lau, Y., Wang, Y., Kwong, D. e Wang, Y. (2014). Are different coping styles mitigating perceived stress associated with depressive symptoms among pregnant women? *Perspectives in Psychiatric Care*, 52, 102-112. <https://doi.org/10.1111/ppc.12105>
- Lazarus, R. S. e Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer. <http://www.springerpub.com/stress-appraisal-and-coping>
- Lopes, J. L. e Pontili, R. M. (2007). *Renda familiar e educação como fatores condicionantes do aumento da taxa de fecundidade: uma análise para o Paraná*. Artigos aceitos. Encontro de Economia Paranaense, 5, Curitiba. Campo Mourão: Faculdade Estadual de Ciência e Letras de Campo Mourão. http://www.ecopar.ufpr.br/artigos/a5_008.pdf
- Lotero, H., Villa, I. e Torres, L. (2018). Afectividad y apoyo social percibido en mujeres gestantes: un análisis comparativo. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(2), 85-101. <http://dx.doi.org/10.15446/rcp.v27n2.65584>
- Magalhães, D. R. B. (2006). Assistências pré-concepcional e pré-natal. Em: N. Alves Filho, M. Correa, J. Ales e M. Junior (eds.), *Perinatologia básica* (pp. 37-51). Guanabara Koogan.
- Martín, R. (2015). Importancia de la actividad física en la calidad de vida de las trabajadoras embarazadas. *Enfermería del Trabajo*, 5, 18-20. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5213016>
- Melo, W., Alves, J., Ferreira, A. e Maran, E. (2016). Gestação de alto risco: fatores associados em município do Noroeste paranaense. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 17(1), 82-91. https://www.researchgate.net/publication/311629166_Gestacao_de_alto_risco_fatores_associados_em_municipio_do_noroeste_paranaense
- Menezes, M., Oliveira, J. e Oliveira, J. (2015). Perfil epidemiológico dos óbitos maternos em hospital de referência para gestação de alto risco. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16(5), 714-721. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000500013>
- Pacetti, J., Prudhomme, M. e Franca, E. (2015). The global strategy for women's, children's and adolescents health (2016-2030). Unidet Nations. <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>
- Pereira, G. M., Santos, C. A. e Ramalho, V. (1999). Adaptação à gravidez: um estudo

- biopsicossocial. *Análise Psicológica*, 17(3), 583-590. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a18.pdf>
- Rezende, J. (2008). *Obstetricia fundamental*. Guanabara Koogan.
- Sánchez, J., Rodríguez, R., Mur, N., Sánchez, A., Levet, M. e Aguilar, M. (2016). Influencia del ejercicio físico sobre la calidad de vida durante el embarazo y el posparto. Revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 33(supl. 5), 1-9. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.514>
- Saviani-Zeoti, F e Petean, E. (2015). Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. *Estudos de Psicologia*, 32(4), 675-683. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000400010>
- Serruya, S. J., Cecatti, J. G. e Lago, T. G. (2004). O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1281-1289. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500022>
- Siqueira, L., Baldicera, C., Daronco, L. e Balsan, L. (2017). Possíveis prejuízos decorrentes do uso de tabaco e álcool durante a gestação. *SALUSVITA*, 36(2), 587-599. https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v36_n2_2017_art_14.pdf
- Souza, P. J. A. (2015). Mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37(12), 549-551. <https://doi.org/10.1590/S0100-720320150005526>
- Vido, M. B. (2006). *Qualidade de vida na gravidez*. (dissertação de mestrado em Enfermagem). Universidade de Guarulhos, Brasil. <http://tede.ung.br/bitstream/123456789/237/1/Milena+Butolo+Vido.pdf>
- Wechsler, A. M., Reis, K. P. e Ribeiro, B. D. (2016). Uma análise exploratória sobre fatores de risco para o ajustamento psicológico de gestantes. *Psicologia Argumento*, 34(86), 273-288. <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=16434&dd99=view&dd98=pb>

Notas

- * Artigo de pesquisa. Este estudo foi apoiado parcialmente pela Universidade Católica Dom Bosco em Campo Grande, Mato Grosso, Brasil, e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Brasil. Agradecimentos à Clínica da Mulher, em Campo Grande, e aos sistemas de Estratégia Saúde da Família Jóquei Clube e Ramão Vieira Cachoeirinha, o apoio na coleta dos dados para a pesquisa.
- 1 Bebida fria à base de erva mate (*Ilex paraguayensis*).
 - 2 Bebida quente à base de erva mate. O chimarrão ou mate é uma bebida característica da cultura do sul da América do Sul, legada pelas culturas indígenas caingangue, guarani, aimará e quíchua.