



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS



Cláudia Moreira Gomes

Fatores associados à qualidade de vida entre gestantes na Atenção Primária:
estudo de base populacional

Montes Claros

2020

Cláudia Moreira Gomes

Fatores associados à qualidade de vida entre gestantes na Atenção Primária:
estudo de base populacional

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

Montes Claros

2020

G633f Gomes, Cláudia Moreira.
Fatores associados à qualidade de vida entre gestantes na Atenção Primária [manuscrito] : estudo de base populacional / Cláudia Moreira Gomes. – Montes Claros, 2020.
70 f. : il.

Inclui Bibliografia.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2020.

Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto.

1. Qualidade de vida. 2. Apoio social. 3. Sintomas depressivos. 4. Gestantes. 5. Saúde da mulher. I. Rodrigues Neto, João Felício. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título. IV. Título: Estudo de base populacional.

Catálogo: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-UNIMONTES

Reitor: Prof. Antonio Alvimar Souza

Vice-reitora: Profa. Ilva Ruas de Abreu

Pró-reitora de Pesquisa: Profa. Clarice Diniz Alvarenga Corsato

Coordenadoria de Controle e Acompanhamento de Projetos: Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Profa. Sônia Ribeiro Arrudas

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Profa. Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de Pós-graduação: Prof. André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-graduação *Lato-sensu*: Prof. Marcelo Perim Baldo

Coordenadoria de Pós-graduação *Stricto-sensu*: Marcos Flávio Dângelo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: Prof. Alfredo Maurício Batista de Paula

Subcoordenador: Prof. Renato Sobral Monteiro Júnior

ALUNA: CLÁUDIA MOREIRA GOMES

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA ENTRE GESTANTES
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

BANCA (TITULARES)

ASSINATURAS

PROF. DR. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO - ORIENTADOR

PROF^a. DR^a. ROSÂNGELA RAMOS VELOSO SILVA

PROF^a DR^a. CRISTINA ANDRADE SAMPAIO

BANCA (SUPLENTES)

ASSINATURAS

PROF^a.DR^a.FERNANDA MARQUES DA COSTA

PROF^a. DR^a CARLA SILVANA DE OLIVEIRA E SILVA

APROVADA

REPROVADA

Hospital Universitário Clemente de Faria – HUCF

<http://www.unimontes.br> / ppgs@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372

Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros – MG, Brasil /CEP: 39401-001

*Dedico este trabalho a todos que fazem parte da minha vida!
Às gestantes que participaram desta pesquisa e ao grupo ALGE do qual tive a honra de fazer
parte. Muito Obrigada!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, aos meus pais pelo incentivo de sempre, a meu esposo pela compreensão e apoio, e principalmente a meus filhos, Luísa e Augusto, pela paciência de por tantas vezes ouvirem de mim: "só um minutinho que mamãe já vai...". Meus amores vocês são a razão de todo esforço.

Ao meu orientador, Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto, por compreender minha jornada tripla (mãe, esposa e trabalho) que apesar de não ser uma desculpa, nos impõe um pouco mais de "fôlego". Obrigada por tudo e, principalmente, pela paciência.

Aos professores do PPGCS, em especial àqueles que tive a honra de ser aluna. Obrigada por todos os ensinamentos.

A todos os colegas do mestrado, em especial Izabela, já amiga pessoal, Priscila e Nayra pela ajuda e pelos momentos agradáveis do curso.

A todo o grupo da pesquisa ALGE, especialmente Juliana, Maria Fernanda, Viviane, Cássio, Sellen e Merielle, obrigada pela contribuição de todos. Agradeço também às queridas gestantes que participaram da pesquisa, aos alunos de iniciação científica, aos enfermeiros, aos agentes de saúde e aos demais profissionais que oportunizaram essa pesquisa.

“O significado que você escolhe dar a sua vida determina a qualidade dela”

Paulo Vieira

RESUMO

A gestação é um momento de mudanças na vida da mulher que podem impactar a sua qualidade de vida. Avaliar os fatores que podem modificá-la pode representar um passo significativo na assistência à saúde da mulher. Resultados de estudos anteriores sugerem que fatores como o perfil sociodemográfico, apoio social e sintomas depressivos podem interferir na Qualidade de vida de gestantes. O objetivo principal desta dissertação foi verificar os fatores associados à qualidade de vida entre gestantes cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Montes Claros – MG. Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento transversal. Fizeram parte da pesquisa 1279 gestantes cadastradas nas ESF da zona urbana do Município de Montes Claros. A coleta de dados ocorreu no período setembro de 2018 a dezembro de 2019. A variável dependente adotada foi a Qualidade de Vida (QV). A QV foi avaliada por meio do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers adaptado para gestantes (IQVFP) em 2009. As variáveis independentes foram: características sociodemográficas e obstétricas, o apoio social verificado pela escala *Medical Outcome Studies* (MOS) e sintomas depressivos medidos através da escala de Rastreamento Populacional para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* - CES-D). Foi realizada análise descritiva e bivariada. Aquelas variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ foram incluídas no modelo múltiplo (Poisson), foram estimadas a Razão de Prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança e nível descritivo. Das gestantes entrevistadas a maioria (82%) perceberam um alto apoio social; 25,5% apresentaram sintomas depressivos graves, 12,9% sintomas moderados e 61,5% foram consideradas sem possibilidades de depressão. Em relação ao índice geral de QV, foi indicada média de 24,55, sendo que mais da metade das gestantes (58,7%) apresentaram um índice geral de QV acima da média. Características sociodemográficas como ser assalariada (RP=1,07) ou trabalhar por conta própria (RP=1,09) e não estar estudando quando ficou grávida (RP=1,07) foram associadas a uma melhor QV. Mulheres que perceberam um alto apoio social (RP=1,16) e com sintomas depressivos moderados (RP=1,11) ou sem possibilidade de depressão (RP=1,32) também se mostraram associadas a uma melhor QV. Este estudo mostrou a influência de fatores sociodemográficos, de apoio social e dos sintomas depressivos na QV das gestantes. Os achados sugerem que a avaliação desses fatores façam parte da rotina de acompanhamento das gestantes.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Apoio Social, Sintomas Depressivos, Gestantes, Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Pregnancy is a time of changes in a woman's life that can impact her quality of life. Assessing the factors that can modify it can represent a significant step in women's health care. Results of previous studies suggest that factors such as sociodemographic profile, social support and depressive symptoms may interfere with the quality of life of pregnant women. The main objective of this dissertation was to verify the factors associated with quality of life among pregnant women registered in the Family Health Strategy (FHS) in the city of Montes Claros - MG. This is an epidemiological study with a cross-sectional design. 1279 pregnant women registered in the FHS of the urban area of the Municipality of Montes Claros were part of the research. Data collection took place from September 2018 to December 2019. The dependent variable adopted was Quality of Life (QOL). QOL was assessed using the Ferrans and Powers Quality of Life Index adapted for pregnant women (IQVFP) in 2009. The independent variables were: sociodemographic and obstetric characteristics, social support verified by the Medical Outcome Studies (MOS) scale and depressive symptoms measured using the Population Tracking for Depression scale of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale - CES-D). Descriptive and bivariate analysis was performed. Those variables that presented $p \leq 0.20$ were included in the multiple model (Poisson), the Prevalence Ratio (PR), 95% confidence interval and descriptive level were estimated. Of the pregnant women interviewed, most of them (82%) perceived high social support; 25.5% had severe depressive symptoms, 12.9% moderate symptoms and 61.5% were considered to be without depression. Regarding the general QOL index, an average of 24.55 was indicated, with more than half of the pregnant women (58.7%) presenting a general QOL index above the average. Sociodemographic characteristics such as being a wage earner (PR = 1.07) or working on your own (PR = 1.09) and not being studying when you became pregnant (PR = 1.07) were associated with a higher QOL. Women who perceived a high social support (PR = 1.16) and with moderate depressive symptoms (PR = 1.11) or without the possibility of depression (PR = 1.32) were also associated with a higher QOL. This study showed the influence of

sociodemographic factors, social support and depressive symptoms on the QoL of pregnant women. The findings suggest that the assessment of these factors is part of the routine of monitoring pregnant women.

Key words: Quality of Life, Social Support, Depressive Symptoms, Pregnant Women, Women's Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALGE	Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IQV	Índice de Qualidade de Vida
IQVFP	Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers
MGI	Mother Generated Index
NVPQOL	Health-Related Quality of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy
OMS	Organização Mundial da Saúde
QLI	Quality of Life Index
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
SF-36	Medical Outcomes Study Questionnaire 36
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória acadêmica se iniciou quando entrei no curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, onde me dediquei exclusivamente aos meus estudos e desenvolvi a minha primeira pesquisa científica, sobre a Educação em Saúde na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na Atenção Primária.

No último semestre do curso prestei concurso público na minha área de formação e fui aprovada, iniciando minha carreira profissional logo após minha colação de grau em uma equipe de Saúde da Família, em um município um pouco distante de Montes Claros, onde me apaixonei pela Saúde Pública. Um ano depois, dando continuidade à minha formação profissional, tive a oportunidade de ingressar na pós-graduação na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Unimontes, momento em que abandonei meu cargo em outro município para retornar a Montes Claros. A Residência em Saúde da Família foi um período de intenso aprendizado tanto na Atenção Básica quanto no ambiente Hospitalar, em especial na maternidade do Hospital Universitário Clemente de Faria - HUCF, onde nós residentes (enfermeiros e médicos), éramos plantonistas quinzenais e assim, apaixonei mais uma vez, agora pela Assistência à Saúde da mulher.

Ao final da Residência em 2010, iniciei minhas atividades como docente na Faculdade de Saúde Ibituruna e posteriormente nas Faculdades Integradas do Norte de Minas – FUNORTE, onde no decorrer de oito anos fui preceptora de Estágios nas Estratégias de Saúde da Família no município de Montes Claros – MG. Concomitantemente, fui nomeada em outro concurso público e iniciei como enfermeira na área hospitalar, mais precisamente no setor de Pronto Socorro, em um município próximo a Montes Claros onde permaneço. Como era de se esperar, desenvolvi novas paixões: a docência e a assistência em urgência e emergências.

Com o desejo de continuar exercendo a docência, pois transmitir conhecimentos me faz bem e me possibilita aprender cada vez mais, decidi prestar o mestrado em Ciências da Saúde do Programa de Pós-Graduação da Unimontes e fui aprovada. Comecei meu mestrado em 2018. O projeto de pesquisa inicial, com o qual obtive aprovação, foi sobre Educação popular na formação dos Profissionais de Saúde que atuam no Sistema Único de saúde, mas mudanças

ocorreram e acabei trabalhando com qualidade de vida, sintomas depressivos e apoio social na gestação, tema extremamente interessante e em uma área que aprecio muito, a Saúde da Mulher. O projeto foi institucionalizado, Avaliação Longitudinal de Gestantes – ALGE, e conta com uma equipe numerosa, da qual tive o privilégio de fazer parte e me trouxe uma grande satisfação em investigar as condições de saúde das gestantes de Montes Claros, pesquisa incrível que poderá contribuir para melhorias na assistência à Saúde dessa população que necessita de muita atenção.

E cá estou, finalizando mais uma etapa da minha vida acadêmica em plena Pandemia do Novo Coronavírus, momento histórico que não poderia deixar de comentar, almejando o doutorado, para dar continuidade na pesquisa.

Esta dissertação segue a formatação preconizada pelo PPGCS – Unimontes, que recomenda a apresentação de três seções. Na primeira seção, apresento a introdução do trabalho abordando a qualidade de vida no período gestacional, as variáveis sociodemográficas, os sintomas depressivos e o apoio social, os objetivos e a metodologia que delimitaram o tipo de pesquisa e procedimentos utilizados para seu desenvolvimento.

Como produto, foram feitas três publicações no Fepeg e um manuscrito de artigo que objetivou verificar a associação do apoio social, sintomas depressivos e perfil sociodemográfico na qualidade de vida de gestantes cadastradas na Estratégia de Saúde da Família no município de Montes Claros – MG, Brasil.

A terceira seção é composta pelas limitações da pesquisa, considerações finais e conclusão, bem como as referências das citações utilizadas na introdução e na metodologia. Também se encontram na terceira seção os anexos e os apêndices, além da documentação complementar e/ou comprobatória utilizada nesta pesquisa.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 METODOLOGIA	21
3.1 Delineamento do Estudo	21
3.2 Local do Estudo	21
3.3 População do Estudo	21
3.4 Instrumentos de Coleta de Dados	22
3.5 Coleta de Dados	25
3.6 Padronização dos Coletadores	25
3.7 Procedimento de Coleta	25
3.8 Teste Piloto	26
3.9 Análise Estatística.....	26
3.10 Aspectos Éticos	26
4 PRODUTO	27
4.1 Produto 1: Apoio social e sintomas depressivos associados a qualidade de vida entre gestantes	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS	48
ANEXOS.....	53

1 INTRODUÇÃO

A Qualidade de Vida (QV) é uma medida de desfecho em saúde que tenta retratar a experiência de bem estar do indivíduo.^{1,2} É um constructo multidimensional e não há consenso sobre sua definição.³⁻⁶ Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QV é definida como a percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida no contexto dos sistemas de cultura e valor em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.⁷

Trata-se de uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos como: bem-estar, realização pessoal, amor, felicidade, prazer e objetivos, tendo como referência a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade.⁸ A QV também é retratada como a "sensação de bem estar de uma pessoa que deriva da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela".⁹ Dessa forma, a QV refere-se ao resultado de percepções individuais que podem variar de acordo com a experiência pessoal e o momento que cada pessoa está vivendo.

Nos últimos anos muitos instrumentos de medição foram desenvolvidos para avaliar a QV. Enquanto alguns deles consideram a saúde como um dos componentes de seu indicador, outros a consideram seu objetivo principal,⁸ nesta última é referida como QV relacionada à saúde.¹⁰ A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) refere-se à percepção de um indivíduo e à avaliação subjetiva de sua saúde e bem-estar em seu ambiente cultural único.¹¹ Os instrumentos para avaliá-la podem ser classificados como genéricos que fornecem dados sobre a percepção geral da qualidade de vida, sem especificar patologias e instrumentos específicos que estudam a QV cotidiana dos indivíduos, geralmente após uma experiência de doença, agravo à saúde ou intervenções médicas.⁸

Como exemplo de instrumentos genéricos tem-se o WHOQUOL, desenvolvido pela OMS, que inclui 100 perguntas agrupadas em 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Existe a versão abreviada, o WHOQOL-Bref, que contempla 4 domínios: físico,

psicológico, relações sociais e meio ambiente.⁴ O SF-36 (Medical Outcomes Study Questionnaire 36), outro instrumento genérico, coleta informações sobre oito aspectos do indivíduo, incluindo, funcionamento físico, restrição das atividades habituais devido a problemas físicos ou psicológicos, saúde mental, dor corporal, saúde geral, vitalidade e funcionamento social. Tendo também sua versão abreviada o SF-12.¹⁰

O Ferrans and Power Quality of Life Index (QLI), mede a QV através de quatro domínios: Saúde/Funcionamento, Socioeconômico, Psicológico/Espiritual e Família. Publicado pela primeira vez em 1985, o QLI encontra-se hoje disponível em diversos idiomas. No Brasil, foi traduzido e submetido ao processo de adaptação cultural e validação, sendo denominado Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP). Neste instrumento, a percepção subjetiva do nível de felicidade e de satisfação relacionada aos diferentes aspectos da vida é vista como o principal determinante no julgamento positivo ou negativo na percepção subjetiva da QV.⁴

Já os instrumentos com versões específicas são projetados para avaliar determinadas doenças ou populações,¹⁰ pessoas com incapacidades ou limitações decorrentes de enfermidades. Como exemplo desses instrumentos tem-se o EORTC-QLQ, para pacientes com neoplasias e o Medical outcomes Study-HIV, para pessoas vivendo com HIV/AIDS¹² e o QLI para pacientes com câncer, artrite, diabetes, esclerose múltipla entre outros.⁴

Para a medição da QV na gestação são utilizados diferentes instrumentos, sendo em sua maioria instrumentos genéricos. Como instrumentos específicos para gestantes podem ser citados: o “Health-Related Quality of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy” (NVPQOL). O questionário NVPQOL mede a QV na última semana de gestação e contém 30 itens, cobrindo 4 domínios gerais: sintomas físicos e fatores agravantes, fadiga, emoções e limitações. Cada item do NVPQOL é medido usando uma escala de Likert, variando de 1 (em nenhum momento) a 7 (o tempo todo). As pontuações mais baixas correspondem a uma melhor qualidade de vida.¹⁵

O Mother- Generated Index (MGI), embora seja um instrumento projetado especificamente para avaliar a QVRS no período pós-natal,¹⁶ foi utilizado em alguns estudos para avaliar a QV

no período gestacional. Trata-se de um questionário de três etapas em folha única. Onde a mãe identifica e marca os aspectos de sua vida que ela considera importante após o nascimento do seu bebê. Este resultado reflete como a mulher percebe a influência de cada aspecto de sua vida que foi modificado durante a gestação ou puerpério.¹⁷

O Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers adaptado para gestantes (IQVFP) também é um instrumento específico para avaliar QV na gravidez. Fernandez *et al.*,¹⁴ adaptaram o instrumento original de Ferrans e Powers (QLI) para possibilitar a mensuração da qualidade de vida de gestantes. Os valores de cada questão são computados em índices, resultando em valores que variam de 0 a 30. Há o cálculo de um índice total e o cálculo para cada domínio; valores maiores indicam melhor qualidade de vida.¹⁴ Destaca-se a relevância desse instrumento no cenário Brasileiro por ser o único instrumento adaptado especificamente para avaliar a QV durante o período gestacional.

A gravidez, apesar de ser um acontecimento natural e de baixo risco para a maioria das mulheres, é um momento de importante reestruturação na vida e nos papéis que essa exerce. Nesse período, a mulher experiencia mudanças de diferentes ordens: biológicas, psicológicas e sociais que representam uma experiência intensa e única; que exerce influência tanto na sua dinâmica psíquica quanto nas suas demais relações sociais.¹³ Dessa forma, ao se pensar QV no contexto da gravidez, possivelmente, as alterações que ocorrem nesse período interfiram na percepção de si mesma e por consequência, na sua QV.¹⁴

Em relação às alterações biológicas durante a gravidez, modificações estruturais e funcionais no organismo materno podem ocasionar desconfortos próprios desse período. Queixas comuns podem surgir, como náusea ou vômito,¹⁸ dor de cabeça,¹⁹ lombalgia,²⁰ doença do refluxo gastroesofágico,²¹ fadiga²² e incontinência urinária.²³ Embora a maioria dessas sintomatologias sejam consideradas comuns durante a gravidez elas podem modificar o seu bem estar geral e impactar a QVRS dessas mulheres.²⁴ Uma metanálise realizada em publicações de 13 países, referiu que aproximadamente 70% das mulheres em todo o mundo experimentam náusea, vômitos ou ambos durante a gravidez, sendo que em apenas 1,1% apresentam hiperêmese gravídica, a forma mais grave.²⁵

Numa coorte realizada na França cujo objetivo foi comparar a QV em gestantes com gravidez fisiológica com as que tiveram uma gravidez patológica, concluiu que a QV dessas mulheres diminuiu entre o 3º e 9º mês de gestação independente da classificação do risco gestacional. Porém, foi percebida uma queda mensal maior na QV em gestações de risco em comparação com gravidezes fisiológicas.⁵ Segundo Morin et al.,⁵ entre o terceiro e nono mês de gestação, ocorre uma diminuição na mobilidade, auto cuidado, na capacidade de realizar as atividades habituais e um aumento do desconforto ocasionado por dor.

No Brasil, um estudo realizado para determinar a prevalência de dor lombar e a sua interferência na QV de gestantes mostrou que 92,23% das gestantes entrevistadas apresentavam dor lombar e que esta interferiu negativamente na QV dessas mulheres.²⁶ Outros estudos no país, demonstraram que a azia e regurgitação, náuseas e vômitos¹⁷ e insatisfação sexual,^{27,28} reduziram a Qualidade de Vida das mulheres no período gestacional. Estudos apontam outros fatores que levam a uma diminuição da QV na gravidez, como os sociodemográficos: renda familiar baixa,²⁹ maior idade materna,²⁹ menor escolaridade,³¹ multiparidade^{2,29,30,32,33} fatores como infertilidade,³³ o aumento do Índice de massa corporal (IMC) e gravidez indesejada.^{29-31,33}

Estudos apontam que o Apoio Social^{16,34} e sintomas depressivos são considerados importantes determinantes da qualidade de vida durante o período gestacional^{10,30,34} E evidenciam a importância da QVRS dentro do contexto mais amplo de resultados da gravidez: a saúde materna e o crescimento e desenvolvimento neonatal.³⁴

Um apoio social insuficiente durante o período gestacional, está associado ao aumento das chances de parto prematuro, com associações mais fortes entre as mulheres com alto estresse psicossocial.³⁵ Um recente trabalho realizado nos Estados Unidos, demonstrou que o Apoio Social pode fornecer proteção contra os efeitos deletérios que as adversidades vivenciadas pelas gestantes antes dos seus 18 anos (abuso sexual, emocional, separação dos pais), poderiam trazer para o feto, como restrição do crescimento e peso diminuído.³⁶ Nesse mesmo país, uma pesquisa recente realizada na região centro oeste, revelou que o apoio social teve uma associação direta com a qualidade e intensidade do apego materno fetal.³⁷ Resultados

semelhantes foram encontrados no Irã onde uma melhor percepção do Apoio Social em gestantes primíparas foi relacionado com um maior apego da mãe com o feto.³⁸

Em uma pesquisa que avaliou prospectivamente se o apoio social durante a gravidez afetaria a depressão pós-parto, concluiu que um número menor de pessoas que prestam apoio à mulher durante o período gestacional é um fator preditivo para a depressão pós-parto.³⁹ O Apoio Social é um importante recurso para melhorar a QV e bem estar emocional na gestação.^{40,41} Em um estudo realizado com gestantes chinesas referiu que mulheres que percebem maior Apoio Social tem maior chance de lidar com desafios da maternidade, pois fortalece a sua capacidade de administrar sua própria vida e achar significado nela.⁴¹

Os sintomas depressivos é outro fator importante que pode afetar a mulher no período gestacional, levando à baixa QV. No Brasil, estudos realizados nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul encontraram que 19,6% e 20,5% das participantes, respectivamente, apresentaram indicativo de sintomas de depressão durante o período gestacional.⁴²

Interações deficientes entre mãe-criança e um desenvolvimento neuropsicomotor inadequado também foram relatados na literatura associados à depressão materna.⁴³ Resultados de um estudo conduzido com 6.979 gestantes inferiu que a depressão materna precoce e riscos contextuais (pobreza e escolaridade dos pais), afetam diretamente o funcionamento cognitivo e social das crianças em períodos mais tarde da vida.⁴⁴ Já um estudo Francês (n= 1380) não encontrou correlação entre a depressão materna e nascimento prematuro e/ou um pior desenvolvimento da criança.⁴⁵ Os sintomas depressivos durante a gravidez também foram associados a um acentuado declínio na qualidade do relacionamento familiar durante o período pós-natal,⁴⁶ do estabelecimento do vínculo entre a mãe-bebê,⁴⁷ além de aumentar o risco de depressão perinatal em gestações futuras.⁴⁶

Em um estudo realizado no Brasil com o objetivo de investigar as relações entre variáveis sociodemográficas, saúde mental e o apego materno-fetal, constataram que escores mais altos de indicadores de transtornos mentais foram relacionados a menores escores de apego materno-fetal.⁴⁸ Também no Brasil, um estudo realizado em gestantes inferiu que a depressão no período gestacional foi um dos fatores responsáveis pelo aumento das chances da

ocorrência de baixo peso ao nascer e/ou prematuridade na população estudada.⁴⁹ Dessa forma, as complexas alterações decorrentes da gravidez no organismo da mulher não se limitam apenas às variáveis físicas, as questões psicológicas e sociais interferem nesse período e podem refletir na sua QV.⁵⁰

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar os fatores associados à qualidade de vida de gestantes cadastradas na Estratégia de Saúde da Família no município de Montes Claros - MG, Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas e obstétricas das gestantes;
- Avaliar a Qualidade de vida, Apoio Social e Sintomas depressivos das gestantes.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do Estudo

Pesquisa epidemiológica, transversal e analítica , parte do Estudo Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros – MG (ALGE).

3.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no município de Montes Claros – MG, situado na região norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. O município é um polo na região onde está localizado, com uma população estimada de 402.027 habitantes.⁵¹ A rede de Atenção Primária à Saúde do município possui 137 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), distribuídos em 12 pólos de saúde, correspondendo a 100% do território de Montes Claros.

3.3 População do Estudo

Fizeram parte deste estudo todas as gestantes cadastradas nas ESF da zona urbana do Município de Montes Claros no período setembro de 2018 a dezembro de 2019.

3.3.1 Critérios de inclusão:

- Estar regularmente cadastradas em uma equipe da ESF sem discriminação de trimestre gestacional.
- Aceitar participar da pesquisa.

3.3.2 Critérios de Exclusão

- Mulheres com gestação gemelar e/ou múltiplas.
- Pacientes que não foram encontradas após três tentativas para a coleta de dados.

3.4 Instrumentos de Coleta de Dados

3.4.1 Questionário Sociodemográfico e características obstétricas

Para a caracterização das gestantes, foi utilizado um questionário elaborado pelos pesquisadores que contemplou variáveis sociodemográficas como: idade (14 a 18 anos, 19 a 34 anos, 35 ou mais anos); cor autodeclarada (parda, preta, branca, amarela); escolaridade (ensino fundamental, médio e superior/pós-graduação); situação conjugal (casada/união estável e solteira/separada/divorciada); escolaridade do companheiro (ensino fundamental, médio e superior/pós graduação); quantidade de pessoas residentes na casa (até 3 pessoas, 4 a 5 e acima de 5 pessoas); quantidade de cômodos na casa (até 5 e acima de 5 cômodos); mora com filhos (sim / não); ocupação (trabalha por conta própria, assalariado e dona de casa/faz bico; renda familiar (até R\$ 1.000,00, R\$1.001,00 a R\$2.000,00 e acima de R\$ 2.000,00); participação no Programa Bolsa Família (sim/não) e estava estudando quando ficou grávida (sim /não). Foram investigadas também variáveis obstétricas de interesse para o estudo: idade gestacional (1º trimestre, 2º trimestre e 3º trimestre); gravidez planejada (sim / não); paridade (primigesta/ múltipara), e algumas queixas comuns na gestação como náuseas (sim / não); vômitos (sim/ não) e dor lombar (sim/não)

3.4.2 Qualidade de vida

Para avaliação da qualidade de vida utilizou-se o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers adaptado para gestantes (IQVFP), que é um instrumento específico para avaliar QV na gravidez. Fernandez *et al.*,¹⁴ adaptaram o instrumento original de Ferrans e Powers para possibilitar a mensuração da qualidade de vida de gestantes Brasileiras (Anexo A). O IQVFP é um Índice utilizado mundialmente para avaliação da QV em indivíduos sadios. O instrumento original é composto de 33 itens, agrupadas em quatro domínios: Saúde/Funcionamento, Socioeconômico, Psicológico/Espiritual e Família.⁴ No IQVFP para gestantes, foram incluídas três questões específicas, totalizando 36 questões. Os itens incluídos ao instrumento foram: item 2 (sua gravidez), item 5 (as mudanças de humor que você sente - tristeza e alegria) e o item 29 (a possibilidade de ter uma criança). A cada item

atribuem-se valores em uma escala crescente de satisfação (primeira parte) e de importância (segunda parte) que varia de 1 a 6.⁴ Os valores de cada questão são computados em índices, resultando em valores que variam de 0 a 30. Há o cálculo de um índice total e o cálculo para cada domínio; valores maiores indicam melhor qualidade de vida.¹⁴

Os domínios a seguir correspondem às seguintes questões do IQVFP: Saúde e funcionamento: Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8, Q9, Q10, Q15, Q18, Q19, Q20, Q28 e Q29; Socioeconômico: Q16, Q17, Q21, Q22, Q23, Q24, Q25, Q26 e Q27; Psicológico e espiritual: Q30, Q31, Q32, Q33, Q34, Q35, Q36; Família: Q11, Q12, Q13 e Q14.

Para atribuição dos escores, o procedimento requer que, inicialmente, a pontuação dos itens de satisfação seja recodificada, com a finalidade de centralizar o zero da escala, subtraindo-se o valor 3,5 das respostas a cada item de satisfação, o que resulta em pontuações de -2,5, -1,5, -0,5, +0,5, +1,5 e +2,5 para pontuações iniciais de 1, 2, 3, 4, 5 e 6, respectivamente. Posteriormente, os escores recodificados de satisfação são ponderados pelos seus correspondentes de importância, multiplicando-se o valor recodificado de cada item, pelo valor bruto da resposta à importância (1, 2, 3, 4, 5, 6). Em seguida, o escore total é calculado somando-se os valores ponderados de todos os itens respondidos e dividindo-se pelo total de itens respondidos. Até este ponto, a variação possível é de -15 a +15. Para eliminar pontuações negativas no escore final, soma-se 15 aos valores obtidos, resultando no escore total do instrumento. Os passos para o cálculo dos escores de cada domínio são os mesmos acima descritos, devendo-se apenas considerar o total de itens do domínio em questão.⁴ As instruções para o cálculo dos escores do QLI e a sintaxe computadorizada estão disponíveis na Internet.⁹

3.4.3 Apoio Social

Para verificar o apoio social foi utilizada a escala *Medical Outcome Studies* (MOS), traduzido e validado para o português, que mede a percepção do indivíduo sobre o grau de apoio social.⁵² O questionário é composto por 19 itens, compreendendo cinco dimensões funcionais de apoio social: afetivo (três perguntas: demonstrações físicas de amor e afeto); material (quatro perguntas: provisão de recursos práticos); emocional (quatro perguntas:

expressões de compreensão e sentimentos de confiança); interação social positiva (quatro perguntas: disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem) e informação (quatro perguntas: disponibilidade de pessoas para a obtenção de conselhos ou orientações). Para cada item, a gestante indicava com que frequência considerava cada tipo de apoio por uma escala tipo Likert: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4) e sempre (5). Quanto mais próximo de 100 for o escore final, melhor o apoio social percebido.⁵² (Anexo A)

Para o cálculo dos escores em cada dimensão do apoio social percebido, somou-se os pontos das respostas dadas às perguntas de cada uma das dimensões e dividiu-se pelo número máximo de pontos possível de ser obtido na mesma dimensão. A fim de padronizar os resultados, tendo em vista que as dimensões eram constituídas por diferentes números de perguntas, a razão (total de pontos obtidos dividido pela pontuação máxima da dimensão) foi multiplicada por 100. A interpretação do resultado dos escores leva em conta que quanto maior o total alcançado, maior o nível de apoio social. Na análise os escores foram dicotomizados em alto e baixo. Desta forma, utilizou-se como ponto de corte único o escore >80 como indicativo de mais altos níveis de apoio para cada dimensão.⁵³ O escore geral da escala foi calculado pelo escore total das 19 variáveis e considerados altos os valores acima de 66 (alto apoio social), correspondendo ao segundo tercil.⁵⁴

3.4.4 Sintomas depressivos

Os sintomas depressivos foram medidos utilizando a Escala de Rastreamento Populacional para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, CES-D). A escala foi desenvolvida para uso em populações sem história conhecida de transtorno mental e avalia a intensidade dos sintomas depressivos, tendo sido validada em português no Brasil.⁵⁵ (Anexo A)

O instrumento consiste em 20 itens, a entrevistada informa a frequência da ocorrência dos sintomas na última semana, utilizando uma escala que varia em quatro graus crescentes de intensidade (nunca ou raramente, às vezes, com frequência e sempre) com pontuações correspondentes de 0, 1, 2 e 3). Os itens 4, 8, 12 e 16 (positivos) são pontuados com graduação inversa. A pontuação final varia de 0 a 60 pontos e corresponde a soma das

pontuações de todas as respostas. Os itens da CES-D incluem questões referentes ao humor (itens 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 16, 17 e 18), sintomas psicossomáticos (itens 1, 5 e 11), sintomas ligados às interações sociais (itens 14, 15 e 19) e sintomas relacionados à iniciativa motora (itens 2, 7, 13 e 20). Os sintomas depressivos durante a gravidez foram categorizados da seguinte forma: sem possibilidade de depressão (escore < 16), sintomas depressivos moderados (escore ≥ 16 ou ≤ 21) e sintomas depressivos graves (escore ≥ 22).⁵⁶

3.5 Coleta de Dados

Os dados foram coletados entre outubro de 2018 a dezembro de 2019. Sob autorização da administração pública municipal as equipes de saúde da família foram sensibilizadas pelos pesquisadores e esclarecidas sobre os procedimentos da pesquisa. Dentre os coletadores, fizeram parte 15 alunos da Iniciação Científica da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. Os pesquisadores ficaram responsáveis por realizar semanalmente: o levantamento dos nomes, telefone e endereço das gestantes de um ou mais polos de ESF, bem como o planejamento, logística, recebimento e auditoria dos questionários.

3.6 Padronização dos Coletadores

O processo de capacitação e calibração dos coletadores foi conduzido pelos pesquisadores. O processo de padronização ocorreu para assegurar uniformidade na interpretação, compreensão e aplicação dos instrumentos contidos no questionário, na transcrição de dados do cartão da gestante, registro do número de gestações anteriores; e assegurar que os dados fossem coletados de maneira padronizada, minimizando variações.

3.7 Procedimento de Coleta

Para a coleta dos dados as gestantes foram abordadas nos momentos que compareciam à ESF para a consulta de pré-natal, em grupos operativos organizadas pelos pesquisadores em parceria com as equipes da ESF e contavam com a participação de profissionais de saúde para esclarecimento de dúvidas das gestantes. As coletas também ocorreram nos domicílios, com agendamento prévio.

3.8 Teste Piloto

Realizou-se um teste piloto com gestantes de uma das ESF do estudo para verificar o grau de compreensão ou dificuldade no preenchimento dos instrumentos. A equipe onde ocorreu o piloto foi escolhida aleatoriamente pelos pesquisadores e essas mulheres não fizeram parte da amostra. As gestantes foram orientadas em conjunto ou individualmente na sala de espera.

3.9 Análise Estatística

As variáveis analisadas foram descritas por frequências simples e porcentagem, média e desvio padrão. As características sociodemográficas e obstétricas, apoio social e sintomas depressivos foram consideradas como variáveis independentes e a Qualidade de vida como variável dependente. Utilizou-se o teste qui-quadrado para verificar a associação entre as variáveis. A magnitude da associação foi avaliada pela Razão de Prevalência (RP) bruta e ajustada, estimada mediante o modelo de Poisson com variância robusta. Na análise bivariada, as variáveis que apresentaram um nível descritivo (valor-p) $\leq 0,20$ foram selecionadas para o modelo múltiplo, com nível de significância de 0,05. O teste Deviance foi utilizado para avaliar a qualidade do modelo ajustado. Todas as análises foram realizadas utilizando o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0.

3.10 Aspectos éticos

O estudo foi conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, sob o número 2.483.623 (Anexo B). As gestantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C).

4 PRODUTO

4.1 Produto 1: *Título do artigo*, **Apoio social e sintomas depressivos associados a qualidade de vida entre gestantes**, formatado segundo as normas para publicação do periódico Cadernos de Saúde Pública (ANEXO D).

4.1 Produto 1

APOIO SOCIAL E SINTOMAS DEPRESSIVOS ASSOCIADOS A QUALIDADE DE VIDA ENTRE GESTANTES

RESUMO

O objetivo do estudo foi investigar a associação do apoio social, sintomas depressivos e perfil sociodemográfico na qualidade de vida de gestantes cadastradas na Estratégia de Saúde da Família. Realizou-se estudo epidemiológico e transversal. Foram utilizados dados de um Estudo de Coorte iniciado no pré-natal com 1279 gestantes, no município de Montes Claros-MG. Os dados foram coletados no período de setembro de 2018 a dezembro de 2019. A variável dependente foi a Qualidade de Vida (QV), avaliada pelo Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers adaptado para gestantes (IQVFP). As variáveis independentes foram: características sociodemográficas e obstétricas, apoio social, verificado pela escala *Medical Outcome Studies* (MOS) e sintomas depressivos que foram medidos através da escala *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* - CES-D. Foi realizada análise descritiva e bivariada. Aquelas variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ foram incluídas no modelo múltiplo (Poisson), foram estimadas a Razão de Prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança e nível descritivo. Características sociodemográficas como ser assalariada (RP=1,06/IC=1,03-1,09) ou trabalhar por conta própria (RP=1,08/IC=1,03-1,13) e não estar estudando quando ficou grávida (RP=1,04/IC=1,0-1,09) foram associadas a uma melhor QV. A percepção de alto apoio social (RP=1,16/IC=1,11-1,22) e a presença de sintomas depressivos moderados (RP=1,11/IC=1,04-1,18) ou sem possibilidade de depressão (RP=1,32/IC=1,26-1,38) associaram-se também a melhor QV. Os resultados mostraram a influência desses fatores na QV das gestantes e sugerem a necessidade de investigá-los na rotina de acompanhamento das gestantes.

Palavras-chave: Apoio Social. Sintomas Depressivos. Gestantes. Qualidade de Vida. Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

Qualidade de Vida (QV) é um conceito amplo, com muitas interpretações.¹ Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a QV é definida pela concepção do indivíduo sobre seu lugar no mundo, levando em consideração o seu contexto de vida e valores, bem como seus propósitos, expectativas, padrões e inquietudes.²

Relacionando a QV à saúde, essa refere-se à percepção subjetiva do indivíduo sobre sua saúde e bem-estar em seu ambiente cultural único.³ Dessa forma, a QV pode variar de acordo com a experiência pessoal e o momento que cada pessoa está vivendo.

A gravidez, apesar de ser um acontecimento natural e de baixo risco para a maioria das mulheres, é um momento de importante reestruturação na vida e nos papéis que essas exercem.⁴ Nesse período, a mulher experiencia modificações complexas no seu organismo que envolve tanto alterações físicas quanto mudanças psicológicas e sociais que exercem um papel significativo no processo de gestar.⁵ Uma pesquisa realizada na Holanda, com o objetivo de identificar a trajetória e os preditores da QV em 3.936 gestantes, constatou que a presença diária de náuseas, fadiga, dor pélvica e dor nas costas no início da gravidez levou a uma QV relacionada à saúde física abaixo do ideal durante toda a gravidez.⁶

Fatores sociodemográficos também foram fortemente associados a uma pior QV na gestação, como: baixa renda familiar,^{6,7} multiparidade,⁶⁻¹⁰ maior idade materna (Mortazavi, 2014)⁷ e um menor nível educacional.¹¹ Outras condições, como a gravidez não planejada,^{6,7,10,11} o índice de massa corporal (IMC) aumentado⁶ e história de infertilidade,¹⁰ também foram relacionados a uma diminuição da QV nesse período. Estudos demonstram que um baixo apoio social percebido^{12,13} e sintomas depressivos durante a gravidez são importantes determinantes da QV durante a gestação.^{6,13-16}

Uma pesquisa cujo objetivo foi examinar as relações entre senso de coerência familiar, apoio social, estresse, qualidade de vida e sintomas depressivos entre mulheres grávidas, demonstrou que mulheres que recebem apoio social durante a gravidez tem mais facilidade de adaptar-se positivamente a esse período, promovendo qualidade de vida e bem-estar emocional nessas mulheres.¹⁷

Percebe-se que a complexidade das modificações decorrentes da gravidez não se limita apenas às variáveis físicas; questões psicológicas e sociais interferem nesse período e podem impactar a QV.⁵ Nessa perspectiva, a avaliação desses fatores e sua associação com a QV durante a gravidez pode representar um passo significativo na avaliação da saúde da mulher, visto que a QV é um indicador chave do funcionamento geral e pode dar indicações de

morbidade subjacentes ou risco de morbidades.¹⁸ Dessa forma, o objetivo da presente pesquisa foi investigar a associação do apoio social, sintomas depressivos e perfil sociodemográfico na qualidade de vida de gestantes cadastradas na Estratégia de Saúde da Família no município de Montes Claros – MG, Brasil.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e analítico que teve seus dados extraídos do Estudo Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros -MG (ALGE). A cidade de Montes Claros tem uma população estimada em 402.027 habitantes¹⁹ e sua rede de Atenção Primária à Saúde possui 137 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), distribuídos em 12 pólos de saúde.

Participantes e amostra

A pesquisa incluiu todas as gestantes regularmente cadastradas nas equipes da ESF da zona urbana do Município de Montes Claros durante o período de setembro de 2018 a dezembro de 2019. Não foram incluídas mulheres com gravidez gemelar ou múltipla, além de participantes que não foram encontradas após três tentativas para a coleta de dados.

Coleta de dados

A variável dependente adotada foi a QV, avaliada neste estudo por meio do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP) adaptado para gestantes. Fernandez *et al.*,²⁰ adaptaram o instrumento original de Ferrans e Powers para possibilitar a mensuração da qualidade de vida na gravidez. O IQVFP é um Índice utilizado mundialmente para avaliação da QV em indivíduos saudáveis. O instrumento original é composto de 33 itens, agrupadas em quatro domínios: Saúde/Funcionamento, Socioeconômico, Psicológico/Espiritual e Família.²¹ No IQVFP para gestantes, foram incluídas três questões específicas, totalizando 36 questões. Os itens incluídos ao instrumento foram: item 2 (sua gravidez), item 5 (as mudanças de humor que você sente - tristeza e alegria) e o item 29 (a possibilidade de ter uma criança). A cada item atribuem-se valores em uma escala crescente de satisfação (primeira parte) e de importância (segunda parte) que varia de 1 a 6.²¹ Os valores de cada questão são computados em índices, resultando em valores que variam de 0 a 30. Há o cálculo de um índice total e o

cálculo para cada domínio; valores maiores indicam melhor qualidade de vida.²⁰ As instruções para o cálculo dos escores do Índice de QV e a sintaxe computadorizada estão disponíveis na Internet.²²

As variáveis maternas coletadas foram : idade (14 à18 anos, 19 - 34, 35 ou mais anos); cor (parda, preta, branca, amarela); escolaridade (ensino fundamental, médio e superior/pós-graduação); situação conjugal (casada/união consensual e solteira/separada/divorciada); escolaridade do companheiro (ensino fundamental, médio e superior/pós graduação); quantidade de pessoas residentes na casa (até 3, 4 a 5 e acima de 5 pessoas); quantidade de cômodos na casa (até 5 e acima de 5); mora com filhos (sim ou não); ocupação (trabalha por conta própria, assalariado e dona de casa/faz bico/ nenhuma); renda familiar (até R\$ 1.000,00, R\$1.001,00 a R\$2.000,00 e acima de R\$ 2.000,00); participação no Programa Bolsa Família (sim ou não) e estava estudando quando ficou grávida (sim ou não). Variáveis obstétricas de interesse para o estudo: idade gestacional (1º trimestre, 2º trimestre e 3º trimestre); gravidez planejada (sim ou não); paridade (primigesta ou multípara), e algumas queixas comuns na gestação náuseas (sim ou não); vômitos (sim ou não) e dor lombar (sim ou não).

A avaliação do apoio social foi realizada usando a escala Medical Outcome Studies (MOS), validada para o Brasil.²³ A escala é composta por 19 itens, distribuídos em cinco dimensões funcionais: material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação.²³ Na análise, os escores foram dicotomizadas em alto e baixo. Nas dimensões, utilizou-se como ponto de corte único o “escore >80” como indicativo de mais altos níveis de apoio.²⁴ O escore geral da escala foi calculado pelo escore total das 19 variáveis e considerado alto os valores acima de 66 (alto apoio social), correspondendo ao segundo tercil.²⁵

Os sintomas depressivos foram medidos pela Escala de Rastreamento Populacional para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – CES-D) validada no Brasil.²⁶ Composta por 20 itens, cujas respostas foram pontuadas de zero a três pontos. Após o somatório dos pontos, considerou-se sem possibilidade de depressão (escore <16), sintomas depressivos moderados (escore ≥ 16 ou ≤ 21) e sintomas depressivos graves (escore ≥ 22).²⁷

Análise dos dados

As variáveis analisadas foram descritas por frequências simples e porcentagem, média e desvio padrão. As variáveis sociodemográficas, obstétricas, apoio social e sintomas

depressivos foram consideradas como variáveis independentes e a QV como variável dependente. Utilizou-se o teste Qui-quadrado para verificar a associação entre as variáveis categóricas. A magnitude da associação foi avaliada pela Razão de Prevalência (RP) bruta e ajustada, estimada mediante o modelo de Poisson com variância robusta. Na análise bivariada, as variáveis que apresentaram um nível descritivo (valor-p) $\leq 0,20$ foram selecionadas para compor inicialmente o modelo múltiplo, permaneceram no modelo apenas as variáveis com nível de significância $\leq 0,05$. O teste Deviance foi utilizado para avaliar a qualidade do modelo ajustado. Todas as análises foram realizadas utilizando o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS[®]), versão 20.0.

Aspectos éticos

O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, com parecer consubstanciado nº 2.483.623. Todos os preceitos éticos da resolução 466 de 2012 foram devidamente respeitados.

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com 1279 gestantes. Os dados da tabela 1 apresentam análise descritiva das variáveis sociodemográficas e obstétricas das gestantes. Em relação ao índice geral de QV (variável dependente) das gestantes, foi indicada média de 24,55 (DP= 4,23), sendo que mais da metade das gestantes (58,7%) apresentaram um índice geral de QV acima da média.

Na tabela 2, foi apresentado análise descritiva das escalas utilizadas. Os resultados indicaram a dimensão “família” com maior número de mulheres acima da média (69%), seguida pela dimensão "Psicológica/espiritual" (66,3%), "Saúde e funcionamento" (57,8%) e por último a dimensão socioeconômica com (55,8%) acima da média.

Em relação à percepção quanto ao apoio social, 88,8% das gestantes relataram um alto apoio, principalmente na dimensão afetiva (78,4%) e de interação (68,5%), seguida da dimensão de informação (65,5%) e material (60,7%). Quanto a medição dos sintomas depressivos, 25,5% das gestantes apresentaram sintomas depressivos graves, 12,9% sintomas moderados e 61,5% foram consideradas sem possibilidades de depressão.

Na análise bivariada, as variáveis idade, escolaridade, situação conjugal, quantidade de cômodos na casa, ocupação, renda familiar, estava estudando quando ficou grávida, trimestre de gravidez, planejamento da gravidez, queixa de náusea e vômitos, sintomas depressivos e apoio social foram selecionadas inicialmente para compor o modelo múltiplo (Tabela 3).

No modelo múltiplo final, a variável QV se mostrou associada às seguintes variáveis: ocupação, estava estudando quando ficou grávida, sintomas depressivos e apoio social. Em relação à ocupação, gestantes que eram assalariadas (RP= 1,06/IC=1,03-1,09) e trabalhavam por conta própria (RP=1,08/IC=1,03-1,13) apresentaram uma prevalência maior em relação àquelas que eram donas de casa. As gestantes que não estavam estudando quando ficaram grávidas também apresentaram uma prevalência maior (RP=1,04/IC=1,0-1,09) em relação àquelas que estavam estudando quando engravidaram. Quanto ao rastreamento de depressão aquelas gestantes com sintomas depressivos moderados (RP=1,11/IC=1,04-1,18) ou sem possibilidade de depressão (RP=1,32/IC=1,26-1,38) apresentaram uma razão de prevalência maior em comparação àquelas com sintomas depressivos graves. Em relação ao apoio social, as gestantes que tiveram alto apoio social apresentaram uma razão de prevalência maior (RP=1,16/IC=1,11-1,22) em relação àquelas que tiveram apoio social baixo (Tabela 4).

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas e obstétricas das gestantes cadastradas na Estratégia de Saúde da Família. Montes Claros – MG, 2018/2019 (n=1279)

Variáveis	n	%
Idade		
Até 18 anos	129	10,1
19 a 34 anos	979	76,5
35 anos ou mais	171	13,4
Cor da pele		
Parda	905	70,8
Branca	141	11,0
Preta	179	14,0
Amarela	54	4,2
Escolaridade		
Ensino fundamental	194	15,2
Ensino médio	831	65,0
Superior/Pós-graduação	254	19,9
Situação conjugal		
Casada/união estável	982	76,8
Solteira/separada/divorciada	297	23,2

Escolaridade companheiro		
Ensino fundamental	266	20,8
Ensino médio	849	66,4
Superior/Pós-graduação	164	12,8
Quantidade pessoas na casa		
Até 3 pessoas	730	57,1
4 a 5 pessoas	409	32,0
Acima de 5 pessoas	140	10,9
Quantidade de cômodos		
Até 5	843	65,9
Acima de 5	436	34,1
Mora com os filhos		
Sim	642	50,2
Não	637	49,8
Ocupação		
Trabalha por conta própria	131	10,2
Assalariada	426	33,3
Dona de casa/faz bico/nenhuma	722	56,5
Renda familiar		
Até \$1.000,00	542	42,4
\$1.001,00 a \$2.000,00	471	36,8
Acima de \$2.000,00	266	20,8
Participa do Bolsa Família		
Sim	268	21,0
Não	1011	79,0
Estava estudando quando ficou grávida		
Sim	224	17,5
Não	1055	82,5
Trimestre da gestante		
1º trimestre	380	29,7
2º trimestre	454	35,5
3º trimestre	445	34,8
Gravidez planejada		
Sim	502	39,2
Não	777	60,8
Paridade		
Primigesta	635	49,6
Múltipara	644	50,4
Início do pré-natal		
1º trimestre	1124	87,9
2º trimestre	141	11,0
3º trimestre	14	1,1

Queixa de náusea		
Sim	974	76,2
Não	305	23,8
Queixa de vômitos		
Sim	807	63,1
Não	472	36,9
Queixa de lombalgia		
Sim	902	70,5
Não	377	29,5

Tabela 2. Análise descritiva das escalas utilizadas nas gestantes cadastradas na Estratégia de Saúde da Família. Montes Claros – MG, 2018/2019 (n=1279)

Variáveis	n	%
Qualidade de vida		
Até a média	527	41,3
Acima da média	749	58,7
Dimensão Saúde/funcionamento		
Até a média	539	42,2
Acima da média	737	57,8
Dimensão Socioeconômico		
Até a média	564	44,2
Acima da média	712	55,8
Dimensão Psicológico/espiritual		
Até a média	430	33,7
Acima da média	846	66,3
Dimensão Família		
Até a média	396	31,0
Acima da média	880	69,0
Rastreamento depressão		
Sem possibilidade de depressão	785	61,5
Sintomas depressivos moderados	165	12,9
Sintomas depressivos graves	326	25,5
Apoio Social Total		
Baixo	245	19,2
Alto	1034	88,8
Dimensão Material		
Baixo	502	39,3
Alto	774	60,7
Dimensão Afetiva		
Baixo	276	21,6
Alto	1000	78,4
Dimensão Emocional		

Baixo	449	35,2
Alto	827	64,8
Dimensão Interação		
Baixo	402	31,5
Alto	874	68,5
Dimensão Informação		
Baixo	440	34,5
Alto	836	65,5

Tabela 3. Análise bivariada da QV e variáveis independentes das gestantes cadastradas na Estratégia de Saúde da Família. Montes Claros – MG, 2018/2019 (n=1279)

Variáveis	Qualidade de Vida			p-valor
	≤ média n(%)	> média n(%)	Total n(%)	
Idade				
Até 18 anos*	56(43,4)	73(56,6)	129(100,0)	-
19 a 34 anos	408(41,8)	569(58,2)	977(100,0)	0,723
35 anos ou mais	63(37,1)	107(62,9)	170(100,0)	0,269
Cor				
Parda*	367(40,6)	536(59,4)	903(100,0)	-
Branca	63(44,7)	78(55,3)	141(100,0)	0,373
Preta	74(41,6)	104(58,4)	178(100,0)	0,818
Amarela	23(42,6)	31(57,4)	54(100,0)	0,779
Escolaridade				
Ensino fundamental*	91(47,2)	102(52,8)	193(100,0)	-
Ensino médio	329(39,7)	500(60,3)	829(100,0)	0,064
Superior/Pós-graduação	107(42,1)	147(57,9)	254(100,0)	0,291
Situação conjugal				
Solteira/separada/divorciada*	144(48,6)	152(51,4)	296(100,0)	-
Casada/união consensual	383(39,1)	597(60,9)	980(100,0)	0,004
Quantidade pessoas na casa				
Até 3 pessoas*	301(41,3)	428(58,7)	729(100,0)	-
4 a 5 pessoas	168(41,3)	239(58,7)	407(100,0)	0,997
Acima de 5 pessoas	58(41,4)	82(58,6)	140(100,0)	0,976
Quantidade de cômodos				
Até 5*	363(43,2)	478(56,8)	841(100,0)	-
Acima de 5	164(37,7)	271(62,3)	435(100,0)	0,057
Mora com os filhos				
Sim*	275(43,0)	365(57,0)	640(100,0)	-
Não	252(39,6)	384(60,4)	636(100,0)	0,225

Ocupação				
Dona de casa/faz bico/nenhuma*	344(47,8)	376(52,2)	720(100,0)	-
Assalariada	142(33,4)	283(66,6)	425(100,0)	0,000
Trabalha por conta própria	41(31,3)	90(68,7)	131(100,0)	0,000
Renda familiar				
Até \$1.000,00*	235(43,6)	304(56,4)	539(100,0)	-
\$1.001,00 a \$2.000,00	201(42,7)	270(57,3)	471(100,0)	0,767
Acima de \$2.000,00	91(34,2)	175(65,8)	266(100,0)	0,009
Participa do Bolsa Família				
Sim*	112(41,9)	155(58,1)	267(100,0)	-
Não	415(41,1)	594(58,9)	1009(100,0)	0,810
Estava estudando quando ficou grávida				
Sim*	109(48,7)	115(51,3)	224(100,0)	-
Não	418(39,7)	634(60,3)	1052(100,0)	0,017
Trimestre da gestante				
1º trimestre*	175(46,2)	204(53,8)	379(100,0)	-
2º trimestre	174(38,5)	278(61,5)	452(100,0)	0,026
3º trimestre	178(40,0)	267(60,0)	445(100,0)	0,075
Gravidez planejada				
Sim*	174(34,7)	328(65,3)	502(100,0)	-
Não	353(45,6)	421(54,4)	774(100,0)	0,000
Paridade				
Primigesta*	253(40,0)	380(60,0)	633(100,0)	-
Múltipara	274(42,6)	369(57,4)	643(100,0)	0,337
Início do pré-natal				
1º trimestre*	464(41,4)	657(58,6)	1121(100,0)	-
2º trimestre	58(41,1)	83(58,9)	141(100,0)	0,953
3º trimestre	5(35,7)	9(64,3)	14(100,0)	0,654
Queixa de náusea				
Sim*	411(42,3)	561(57,7)	972(100,0)	-
Não	116(38,2)	188(61,8)	304(100,0)	0,195
Queixa de vômitos				
Sim*	348(43,2)	458(56,8)	806(100,0)	-
Não	179(38,1)	291(61,9)	470(100,0)	0,072
Queixa de lombalgia				
Sim*	380(42,2)	520(57,8)	900(100,0)	-
Não	147(39,1)	229(60,9)	376(100,0)	0,297
Rastreamento depressão				
Sintomas depressivos graves*	239(73,3)	87(26,7)	326(100,0)	-
Sintomas depressivos moderados	95(57,6)	70(42,4)	165(100,0)	0,000
Sem possibilidade de depressão	193(24,6)	592(75,4)	785(100,0)	0,000
Apoio Social				

Baixo*	174(71,0)	71(29,0)	245(100,0)	-
Alto	353(34,2)	678(65,8)	1031(100,0)	0,000

*categoria de referência

Negrito: variáveis selecionadas para compor inicialmente o modelo múltiplo, com nível descritivo inferior a 20% ($p < 0,20$).

Tabela 4. Resultado da Razão de Prevalência (RP) ajustada para Qualidade de Vida de gestantes cadastradas na Estratégia de Saúde da Família. Montes Claros – MG, 2018/2019(n=1279)

Variáveis	RP ajustada	IC 95%	P-valor
Ocupação			
Dona de casa/faz bico/nenhuma*	1	-	-
Assalariada	1,06	1,03-1,09	0,000
Trabalha por conta própria	1,08	1,03-1,13	0,001
Estava estudando quando ficou grávida			
Sim*	1	-	-
Não	1,04	1,0-1,09	0,050
Rastreamento depressão			
Sintomas depressivos graves*	1	-	-
Sintomas depressivos moderados	1,11	1,04-1,18	0,002
Sem possibilidade de depressão	1,32	1,26-1,38	0,000
Apoio Social			
Baixo*	1	-	-
Alto	1,16	1,11-1,22	0,000

Deviance: 157,255
p=0,124

*categoria de referência $p \leq 0,05$ significativo

DISCUSSÃO

O estudo investigou a associação do apoio social, sintomas depressivos e perfil sociodemográfico com a QV em mulheres grávidas. A média geral do índice de QV foi de 24,55 (DP= 4,23), valor considerável, em uma possibilidade de variação total entre 0 e 30, demonstrando que neste estudo as gestantes apresentaram um bom índice de QV. Este resultado assemelha-se ao encontrado em estudos nacionais anteriores que utilizaram o IQVFP, e encontraram média geral de 23,84 considerando a QV das gestantes "relativamente alta",²⁰ e QV "relativamente boa".²⁸ Mais da metade das mulheres do presente estudo (58,7%) apresentaram um índice de QV acima da média encontrada. Estudos anteriores que avaliaram a qualidade de vida de gestantes em outros contextos culturais e com diferentes instrumentos de medição, corroboram os resultados dessa pesquisa, como os realizados: na Eslováquia,⁸ Holanda,⁶ Irã,⁷ Sérvia,²⁹ Turquia¹¹ e Jordânia.⁹

Sobre os domínios do IQVFP, os escores nas subescalas mostraram que o escore médio foi mais alto no domínio "Família",^{30,31} seguido pelo "Psicológico/Espiritual", "Saúde/Funcionamento" e por fim, o domínio "Socioeconômico" que obteve uma menor pontuação, indicando que as gestantes experimentaram uma menor QV nesse domínio. Esses resultados são condizentes com outros estudos que utilizaram metodologia semelhante,^{20,28} diferindo deste último em relação à dimensão "Saúde/Funcionamento" que nesse estudo, obteve a menor pontuação. Em relação às questões socioeconômicas, cabe ressaltar que grande parte das gestantes deste estudo tem renda familiar de até R\$1.000,00 (42,4%). Estudos apontam que a insegurança financeira na gravidez além de levar a uma QVRS baixa pode influenciar a saúde e o bem estar da mulher posteriormente.⁶

Nesta pesquisa, as gestantes que eram assalariadas (RP=1,06/IC=1,03-1,09) e/ou trabalhavam por conta própria (RP=1,08/IC=1,03-1,13), apresentaram uma melhor QV em relação àquelas que eram donas de casa. Estudo anterior¹¹ corrobora com esse achado. Calou *et al.*,³² em seu estudo sobre os preditores maternos relacionados à QV evidenciaram que ter uma ocupação exerceu uma variação positiva de 30% na QV durante a gravidez e influenciou positivamente a autoestima das gestantes. Este resultado reforça uma tendência mundial de que mulheres que executam outras funções em busca de estabilidade financeira demonstram uma maior auto estima, o que pode influenciar na QV.

Na pesquisa atual, as gestantes que estavam estudando quando engravidaram demonstraram uma menor QV em comparação com as que não estavam estudando (RP=1,07/IC=1,0-1,09). Essas mulheres podem ter enfrentado maiores dificuldades, falta de apoio ou incertezas quanto à continuidade dos estudos o que pode afetar a QV.

Na presente investigação, as gestantes que apresentaram sintomas depressivos graves tiveram uma menor QV em relação às mulheres sem possibilidades de depressão (RP=1,32/IC=1,26-1,38) ou que apresentaram sintomas moderados (RP=1,11/IC=1,04-1,18). Os resultados encontrados nesse domínio vão ao encontro dos resultados publicados que evidenciam um impacto negativo dos sintomas depressivos na QV das gestantes.^{7,14,17,29,34} Além disso, um estudo realizado na França (n=14.326), cujo objetivo principal foi estimar a prevalência da má saúde mental autorrelatada entre as gestantes, mostrou que as mulheres que relataram uma má saúde mental durante a gestação tiveram gravidezes mais complicadas, com mais resultados negativos como: parto prematuro, induzido ou espontâneo, e baixo peso ao nascer.¹⁵ Uma coorte prospectiva realizada no Brasil em uma cidade do Nordeste do país

(n=1140), revelou que gestantes com sintomas depressivos apresentaram mais prejuízo na relação mãe/filho do que outras variáveis do estudo.³⁵

A presente pesquisa demonstrou ainda que as gestantes que perceberam um alto Apoio Social apresentaram uma maior QV do que aquelas que perceberam um baixo Apoio Social (RP=1,16/IC=1,11-1,22). Estes resultados são condizentes com os encontrados em pesquisas anteriores^{5,12,17,36}. Em outro estudo realizado com gestantes Brasileiras (n=1.046), demonstrou que a percepção de apoio social inadequado está associada a uma adoção de comportamentos prejudiciais à saúde materna, como o hábito de fumar e dieta inadequada. Evidenciando ainda que o apoio social elevado foi associado com chances 27% maiores de parar de fumar durante a gravidez.³⁷

É relevante destacar a influência do apoio social na adesão ao pré-natal. De acordo com Tofani *et al.*,³⁷ ter alto apoio social tem sido considerado um fator determinante do início precoce do pré-natal, os resultados encontrados no presente estudo corrobora com essa afirmação, em que 87,9 % das gestantes da pesquisa iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez, embora essa variável não tenha sido estatisticamente significativa. É importante destacar ainda que o apoio Social é modificável. Portanto, programas projetados para promover apoio social podem não apenas melhorar a saúde das mulheres, mas também promover a saúde infantil.³⁸

Apesar de estudos anteriores demonstrarem que uma gravidez indesejada,^{6,7,10,11} a multiparidade,^{6-9,11} náuseas e vômitos^{5,6,14} são fatores associados a uma menor QV durante a gestação, a presente pesquisa não encontrou associação significativa entre essas variáveis e a QV nas gestantes estudadas.

Algumas limitações precisam ser consideradas, como a coleta de dados sobre a saúde mental da gestante por meio de instrumento de rastreamento de sintomas depressivos e não diagnóstico. Entretanto, nesta pesquisa, utilizou-se instrumento reconhecido internacionalmente e validado no Brasil. Destaca-se o rigor metodológico utilizado, como o planejamento, adequação a todos os processos burocráticos relacionados à administração pública municipal, o treinamento e a calibração dos coletadores e a condução da coleta de dados. Tais pontos mantiveram o controle de qualidade nos instrumentos, garantiram validade e confiabilidade ao estudo quanto às análises e estratégias apresentadas. Salienta-se ainda que neste estudo o instrumento utilizado na medição da QV é um instrumento adaptado especificamente para avaliar a QV durante a gravidez, de mulheres brasileiras.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa demonstraram que as gestantes tiveram um bom índice de QV, principalmente no domínio "Família". Nossos achados revelaram que os sintomas depressivos graves e um baixo apoio social durante a gravidez mostraram-se associados a uma menor QV nesse período. Gestantes sem uma ocupação formal, donas de casa, estudantes também apresentaram uma menor QV.

Os resultados deste estudo demonstraram que a avaliação do apoio social, perfil sociodemográfico como: a ocupação e se está estudando durante a gravidez, além do rastreamento de sintomas depressivos, devem fazer parte da rotina de acompanhamento das gestantes, pois esses fatores podem impactar a QV dessas mulheres. Os resultados indicam ainda a necessidade de identificação, intervenção e implementação de programas e/ou ações de saúde relacionados a atenção à saúde mental, prevenção e tratamento dos casos identificados, e ao aumento do apoio social durante o período gestacional.

REFERÊNCIAS

1. Portugal FB, Campos MR, Correia CR, Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, *et al.* Social support network, mental health and quality of life: a cross-sectional study in primary care. *Cad Saúde Pública.* 2016; 32(12): e00165115. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00165115>
2. WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. *Quality of life assessment: international perspectives.* Heidelberg: Springer, 1994. p. 41-60.
3. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Rajmil L, Herdman M, Auquier P, Bruil J, *et al.* Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Qual life res.* 2010; 19(10): 1487-1500.
4. Rezende CL, Souza JC. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *Psi informação.* 2012; 16(16): 45-69.

5. Calou CGP, Pinheiro AKB, Castro RCMB, Oliveira MF, Souza Aquino P, Antezana FJ. Health Related Quality of Life of Pregnant Women and Associated Factors: An Integrative Review. *Health*. 2016; 6: 2375-2387.
6. Bai G, Raat H, Jaddoe VW, Mautner E, Korfage IJ. Trajectories and predictors of women's health-related quality of life during pregnancy: A large longitudinal cohort study. *PloSone*. 2018; 13(4): e0194999.
7. Mortazavi F, Mousavi SA, Chaman R, Khosravi A. Maternal quality of life during the transition to motherhood. *Iran Red Crescent Med J*. 2014; 16(5): e8443.
8. Mazúchová L, Kelčíková S, Dubovická Z. Measuring women's quality of life during pregnancy. *Kontakt*. 2018; 20(1): e31-e36.
9. Alzboon G, Vural G. Factors influencing the quality of life of healthy pregnant women in North Jordan. *Medicina*. 2019; 55(6): 278.
10. Chang SR, Chen KH, Lin MI, Lin HH, Huang LH, Lin WA. A repeated measures study of changes in health-related quality of life during pregnancy and the relationship with obstetric factors. *J Advanc Nur*. 2014; 70(10): 2245–2256.
11. Dağlar G, Bilgiç D, Özkan SA. Factors affecting the quality of life among pregnant women during third trimester of pregnancy. *Cuk Med Journal*. 2019; 44(3), 1-1.
12. Emmanuel E, John W, Sun J. Relationship between social support and quality of life in child bearing women during the perinatal period. *J Obst Gynec Neo Nur*. 2012; 41(6): E62-E70.
13. Liu L, Setse R, Grogan R, Powe NR, Nicholson WK. The effect of depression symptoms and social support on black-white differences in health-related quality of life in early pregnancy: the health status in pregnancy (HIP) study. *BMC*. 2013; 13(1): 125.
14. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, *et al.* Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC*. 2018; 18(1), 455.
15. Ibanez G, Blondel B, Prunet C, Kaminski M, Saurel-Cubizolles MJ. Prevalence and characteristics of women reporting poor mental health during pregnancy: findings from the 2010 French National Perinatal Survey. *Rev d'Épid Sant Pub*. 2015; 63(2): 85-95.

16. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J affect disorders*. 2016; 191, 62-77.
17. Ngai FW, Ngu SF. Family sense of coherence and quality of life. *Qual Life Res*. 2013; 22(8): 2031-2039.
18. Cheng H, Green A, Wolpert M, Deighton J, Furnham A. Factors influencing adult quality of life: findings from a national lyre representative sample in the UK. *Pers ind Differ*. 2014; 68: 241-246.
19. IBGE. 2017. Available from: <https://portal.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos-gerais>.
20. Fernandes RAQ, Vido MB. Pregnancy and quality of life: assessment during the gestational trimesters. *On Bra J Nurs*. 2009; 8(1).
21. Kimura M, Silva JVD. Ferrans and Powers quality of life index. *Rev esc enferm USP*. 2009; 43: 1098-1104.
22. Ferrans and Powers. *Quality of Life Index: Questionnaire sand Scoring*. Chicago: University of Illinois; 2008. Available from: <http://www.uic.edu/orgs/qli/questionnaires/questionnairehome.htm>.
23. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes C. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Out comes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(3): 703-714.
24. Pessoa KC. Efeitos a longo prazo da violência contra a mulher na gestação sobre a criança: Contribuição da coorte BRISA [Tese]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2016.
25. Rocha PC. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(1): e00192714.
26. Gonçalves B, Fagulha T. The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Eur J Psychol Assess*. 2004; 20: 339-48.
27. Ribeiro SVO. Violência e sintomas de depressão na gestação e materna na coorte BRISA: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2019; 19(1): 173-184. Doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100010>

28. Bezerra IFD, Sousa VPSD, Santos LCD, Viana EDSR. Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. *Rev Bras Gineco Obstet.* 2015; 37(6): 266-271.
29. Dotlic J, Terzic M, Janosevic S, Babic D, Ristanovic M, Pekmezovic T. Health related quality of life during pregnancy. *Health MED Journal.* 2012; 990-995.
30. Alhusen JLA. Atualização de Literatura em Maternal-Fetal Anexo. *J Obstet Gynecol Neonatais Nurs.* 2008; 37(3): 315-328.
31. Silva RAD, Ores LDC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGDS, Jansen K, *et al.* Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(9): 1832-1838.
32. Calou CGP, Oliveira MF, Carvalho FHC, Soares PRAL, Bezerra RA, Lima SKM, *et al.* Maternal predictors related to quality of life in pregnant women in the Northeast of Brazil. *Heal Qual Life Outc.* 2018; 16(1): 1-10.
33. Oliveira SX, Oliveira MB, Silva RAR, Davim RMB. Características dos Domínios da Qualidade de Vida em Gestantes da Estratégia Saúde da Família. *J Nur UFPE/Rev Enferm UFPE.* 2013; 7(12).
34. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstetrics & Gynecology.* 2001; 97(6): 988-993.
35. Morais AODDS, Simões VMF, Rodrigues LDS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho C, *et al.* Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cad Saúde Pública.* 2017; 33: e00032016.
36. Gul B, Riaz MA, Batool N, Yasmin H, Riaz MN. Social support and health related quality of life among pregnant women. *J Pak Med Assoc.* 2018; 68(6): 872-875.
37. Tofani AA, Almeida Lamarca G, Sheiham A, Vettore MV. The different effects of neighbourhood and individual social capital on health-compromising behaviours in women during pregnancy: a multi-level analysis. *BMC Public Health.* 2015; 15(1): 890.
38. Appleton AA, Kiley K, Holdsworth EA, Schell LM. Social support during pregnancy modifies the association between maternal adverse child hood experiences and infant birth size. *Maternal and child health journal.* 2019; 23(3): 408-415.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram que fatores como: a ocupação, estar estudando quando ficou grávida, apoio social e sintomas depressivos apresentaram associação com a qualidade de vida das gestantes. Os resultados também mostraram que as gestantes apresentaram um bom índice de QV e mais da metade (58,7%) apresentaram um índice de QV acima da média encontrada. Em relação às características sociodemográficas, as mulheres que não exerciam atividade remunerada e que engravidaram enquanto estudavam apresentaram um menor índice de QV.

Com relação às condições de saúde, gestantes que apresentaram sintomas depressivos graves foram associadas a uma menor QV. Os resultados também mostraram que gestantes que perceberam um baixo apoio social foram também associadas a uma menor qualidade de vida. Estes resultados indicam a necessidade de se avaliar rotineiramente o perfil sociodemográfico e o apoio social da gestante, bem como realizar o rastreamento de sintomas depressivos durante o acompanhamento de pré-natal, pois esses fatores podem impactar a QV dessas mulheres. Os resultados indicam ainda a necessidade de intervenção e implementação de programas e/ou ações de saúde relacionados a atenção à saúde mental, prevenção e tratamento dos casos identificados e ao aumento do apoio social durante o período gestacional. A equipe da ESF pela facilidade de identificação do perfil socioedemográfico e econômico das gestantes, bem como da sua rede de apoio pode ser uma importante aliada na promoção de ações que favoreçam a QV das gestantes que podem refletir em melhorias nas condições de saúde dessas mulheres.

O delineamento transversal pode ser considerada uma limitação deste estudo por não permitir conclusões de causa e efeito. Destaca-se o rigor metodológico utilizado como o planejamento, adequação a todos os processos burocráticos relacionados à administração pública municipal, o treinamento e a calibração dos coletadores e a condução da coleta de dados. Tais pontos mantiveram o controle de qualidade nos instrumentos, garantiram validade e confiabilidade ao estudo quanto às análises e estratégias apresentadas.

Os resultados desse estudo devem ser considerados, por se tratar de um estudo representativo das gestantes do município de Montes claros – MG. Além do uso de instrumento para avaliar a QV adaptado especificamente para avaliação da QV durante o período gestacional.

Durante o desenvolvimento da pesquisa os momentos de coleta de dados se tornaram oportunos para retribuir a colaboração dessas mulheres na pesquisa, bem como o empenho das equipes da ESF. Dessa forma, foram realizadas atividades de Educação em Saúde com a participação de profissionais da área: obstetras, pediatras e enfermeiros que abordaram temas relevantes para as gestantes, como dúvidas sobre o parto, cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno, dentre outros.

Espera-se que a divulgação das informações obtidas nesta pesquisa oportunize a reflexão dos profissionais que acompanham essas gestantes, sobre a importância da avaliação da QV, bem como o apoio social, sintomas depressivos e perfil sociodemográfico nesse período tão vulnerável que é a gravidez. Os dados aqui apresentados correspondem a um fragmento da pesquisa que está sendo desenvolvida com o objetivo de avaliar as condições de saúde das gestantes desse município. O estudo ALGE segue avaliando as condições de saúde dessas mulheres no puerpério, bem como as condições de saúde das crianças até determinada idade.

REFERÊNCIAS

1. Gul B, Riaz MA, Batool N, Yasmin H, Riaz MN. Social support and health related quality of life among pregnant women. *J Pak Med Assoc.* 2018; 68(6): 872-875.
2. Alzboon G, Vural G. Factors influencing the quality of life of healthy pregnant women in North Jordan. *Medicina.* 2019; 55(6): 278.
3. Pereira ÉF, Teixeira CS, Santos AD. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev bras edu fís esport.* 2012; 26(2): 241-250.
4. Kimura M, Silva JVD. Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43: 1098-1104.
5. Morin M, Vayssiere C, Claris O, Irague F, Mallah S, Molinier L, et al. Evaluation of the quality of life of pregnant women from 2005 to 2015. *Euro J Obst Gynec Reprod Biol.* 2017; 214: 115-130.
6. Cheng H, Green A, Wolpert M, Deighton J, Furnham A. Factors influencing adult quality of life: findings from a national lyre presentative sample in the UK. *Pers ind Differ.* 2014; 68: 241-246.
7. WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. *Quality of life assessment: international perspectives.* Heidelberg: Springer, 1994. p. 41-60.
8. Minayo MCS, Hartz ZMDA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cien saúde colet.* 2000; 5: 7-18.
9. Ferrans and Powers. *Quality of Life Index: Questionnaire sand Scoring.* Chicago: University of Illinois; 2008. Available from: <http://www.uic.edu/orgs/qli/questionnaires/questionnairehome.htm>.
10. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC.* 2018; 18(1), 455.
11. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Rajmil L, Herdman M, Auquier P, Bruil J, et al. Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Qual life res.* 2010; 19(10): 1487-1500.

12. Seidl EMF, Zannon CMLDC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad saúde pública*. 2004; 20: 580-588.
13. Rezende CL, Souza JC. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *Psi informação*. 2012; 16(16): 45-69.
14. Fernandes RAQ, Vido MB. Pregnancy and quality of life: assessment during the gestational trimesters. *On Bra J Nurs*. 2009; 8(1).
15. Lacasse A, Bérard A. Validation of the nausea and vomiting of pregnancy specific health related quality of life questionnaire. *H qual life outcom*. 2008; 6(1): 32.
16. Emmanuel E, John W, Sun J. Relationship between social support and quality of life in child bearing women during the perinatal period. *J Obst Gynec Neo Nur*. 2012; 41(6): E62-E70.
17. Calou CGP, Oliveira MF, Carvalho FHC, Soares PRAL, Bezerra RA, Lima SKM, *et al*. Maternal predictors related to quality of life in pregnant women in the Northeast of Brazil. *Heal Qual Life Outc*. 2018; 16(1): 1-10.
18. Munch S, Korst LM, Hernandez GD, Romero R, Goodwin TM. Health-related quality of life in women with náusea and vomiting of pregnancy: the importance of psychosocial context. *J Perinatology*. 2011; 31: 10–20.
19. Dixit A, Bhardwaj M, Sharma B. Headache in pregnancy: a nuisance or a new sense? *Obstet Gynecol Int*. 2012.
20. Katonis P, Kampouroglou A, Aggelopoulos A, Kakavelakis K, Lykoudis S, Makrigiannakis A, *et al*. Pregnancy-related low back pain. *Hippokratia*. 2011; 15: 205–210.
21. Fill Malfertheiner S, Malfertheiner MV, Monkemuller K, Rohl FW, Malfertheiner P, Costa SD. Gastroesophageal reflux disease and management in advanced pregnancy: a prospective survey. *Digestion*. 2009; 79: 115–120.
22. Rodriguez A, Bohlin G, Lindmark G. Symptoms across pregnancy in relation to psychosocial and biomedical factors. *Acta Obstet Gyneco Scan*. 2001; 80: 213–223.
23. Solans-Domenech M, Sanchez E, Espuna-Pons M. Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity and risk factors. *Obstetrics and Gynecology*. 2010; 115: 618–628.

24. Mahumud RA, Ali N, Sheikh N, Akram R, Alam K, Gow J, *et al.* Measuring perinatal and postpartum quality of life of women and associated factors in semi-urban Bangladesh. *Qual Life Res.* 2019; 28(11): 2989-3004.
25. Einarson TR, Piwko C, Koren G. Quantifying the global rates of nausea and vomiting of pregnancy: a meta-analysis. *J Popul Ther Clin Pharmacol.* 2013; 20(2): e171-e183.
26. Carvalho MECC, Lima LC, Lira Terceiro CA, Pinto DRL, Silva MN, Cozer GA, *et al.* Lombalgia na gestação. *Bra J Anesthes.* 2017; 67(3): 266-270.
27. Bezerra IFD, Sousa VPSD, Santos LCD, Viana EDSR. Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. *Rev Bras Gineco Obstet.* 2015; 37(6): 266-271.
28. Ferreira DQ, Nakamura MU, Souza ED, Mariani Neto C, Ribeiro MC, Santana TDGM, *et al.* Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;
29. Mortazavi F, Mousavi SA, Chaman R, Khosravi A. Maternal quality of life during the transition to motherhood. *Iran Red Crescent Med J.* 2014; 16(5): e8443.
30. Bai G, Raat H, Jaddoe VW, Mautner E, Korfage IJ. Trajectories and predictors of women's health-related quality of life during pregnancy: A large longitudinal cohort study. *PloSone.* 2018; 13(4): e0194999.
31. Dağlar G, Bilgiç D, Özkan SA. Factors affecting the quality of life among pregnant women during third trimester of pregnancy. *Cuk Med Journal.* 2019; 44(3), 1-1.
32. Mazúchová L, Kelčíková S, Dubovická Z. Measuring women's quality of life during pregnancy. *Kontakt.* 2018; 20(1): e31-e36.
33. Chang SR, Chen KH, Lin MI, Lin HH, Huang LH, Lin WA. A repeated measures study of changes in health-related quality of life during pregnancy and the relationship with obstetric factors. *J Advanc Nur.* 2014; 70(10): 2245–2256.
34. Liu L, Setse R, Grogan R, Powe NR, Nicholson WK. The effect of depression symptoms and social support on black-white differences in health-related quality of life in early pregnancy: the health status in pregnancy (HIP) study. *BMC.* 2013; 13(1): 125.
35. Hetherington E, Doktorchik C, Premji SS, McDonald SW, Tough SC, Sauve RS. Preterm birth and social support during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Paediat per epidemiol.* 2015; 29(6): 523-535.

36. Appleton AA, Kiley K, Holdsworth EA, Schell LM. Social support during pregnancy modifies the association between maternal adverse childhood experiences and infant birth size. *Maternal and child health journal*. 2019; 23(3): 408-415.
37. Hopkins AL, Yeoman M, Ritenbaugh C. Healthy foods prepared at home: Diet and support as protective strategies during pregnancy for Hispanic women. *Eco food nutrition*. 2018; 57(2): 140-161.
38. Delavari M, Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S. The relationship of maternal–fetal attachment and depression with social support in pregnant women referring to health centers of Tabriz–Iran, 2016. *J Maternal-Fetal Neo Med*. 2018; 31(18): 2450-2456.
39. Morikawa M, Okada T, Ando M, Aleksic B, Kunimoto S, Nakamura Y, *et al*. Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state: a prospective cohort study. *Scientific reports*. 2015; 5(1): 1-9.
40. Shishehgar S, Mahmoodi A, Dolatian M, Mahmoodi Z, Bakhtiary M, Majd HA. The relationship of social support and quality of life with the level of stress in pregnant women using the PATH model. *Iran Red Cres Medi Journal*. 2013; 15(7): 560.
41. Ngai FW, Ngu SF. Family sense of coherence and quality of life. *Qual Life Res*. 2013; 22(8): 2031-2039.
42. Morais AODS, Simões VMF, Rodrigues LS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CA. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos mãe/filho em coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. 2017; 33(6), e00032016.
43. Giurgescu C, Misra DP, Sealy-Jefferson S, Caldwell CH, Templin TN, Slaughter-Acey JC, *et al*. The impact of neighborhood quality, perceived stress, and social support on depressive symptoms during pregnancy in African American women. *Social Scien Med*. 2015; 130: 172-180.
44. Jensen SK, Dumontheil I, Barker ED. Developmental inter-relations between early maternal depression, contextual risks, and interpersonal stress, and their effect on later child cognitive functioning. *Depres anxiety*. 2014; 31(7): 599-607.
45. Ibanez G, Blondel B, Prunet C, Kaminski M, Saurel-Cubizolles MJ. Prevalence and characteristics of women reporting poor mental health during pregnancy: findings

- from the 2010 French National Perinatal Survey. *Rev d'Épid Sant Pub.* 2015; 63(2): 85-95.
46. Senturk MB, Cakmak Y, Ozalp A. Postpartum depression and associated factors after emergency peripartum hysterectomy. *J Pak Med Assoc.* 2017; 67(1): 49-53.
47. Cavalcante MCV, Lamy Filho F, França AKTDC, Lamy ZC. Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. *Cien Saúde Colet.* 2017; 22: 1683-1693.
48. Alvarenga P, Dazzani MVM, Alfaya CADS, Lordelo EDR, Piccinini CA. Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. *Est Psicologia.* 2012; 17(3): 477-484.
49. Thiengo DL, Santos JFDC, Fonseca DL, Abelha L, Lovisi GM. Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. *Cad Saúde Colet.* 2012; 20(4): 416-426.
50. Calou CGP, Pinheiro AKB, Castro RCMB, Oliveira MF, Souza Aquino P, Antezana FJ. Health Related Quality of Life of Pregnant Women and Associated Factors: An Integrative Review. *Health.* 2016; 6: 2375-2387.
51. IBGE. 2017. Available from: <https://portal.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos-gerais>.
52. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes C. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Out comes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(3): 703-714.
53. Pessoa KC. Efeitos a longo prazo da violência contra a mulher na gestação sobre a criança: Contribuição da coorte BRISA [Tese]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2016.
54. Rocha PC. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. *Cad Saúde Pública.* 2016; 32(1): e00192714.
55. Gonçalves B, Fagulha T. The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Eur J Psychol Assess.* 2004; 20: 339-48.
56. Ribeiro SVO. Violência e sintomas de depressão na gestação e materna na coorte BRISA: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2019; 19(1): 173-184. Doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100010>

ANEXOS

Anexo A – Instrumentos utilizados no questionário para coleta de dados

- Índice de Qualidade de Vida Ferrans and Powers para gestantes (Fernandez *et al.*, 2004)

VERSÃO GENÉRICA III

Parte I: Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o quanto satisfeito você está com este aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.						
Quanto você está satisfeito com...	Muito Insatisfeito	Moderadamente Insatisfeito	Pouco Insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente Ssatisfeito	Muito Ssatisfeito
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado que você tem com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6
3. A intensidade de dor que você sente?	1	2	3	4	5	6
4. A energia que você tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. Sua capacidade para cuidar de si mesmo(a) sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
6. O controle que você tem sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
7. Sua possibilidade de viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
8. A saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
9. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
10. A felicidade da sua família?	1	2	3	4	5	6
11. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Seu (sua) esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)?	1	2	3	4	5	6
13. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. O apoio emocional que você recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
15. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
16. Sua capacidade para cuidar das responsabilidades da família?	1	2	3	4	5	6
17. O quanto você é útil para os outros?	1	2	3	4	5	6
18. A quantidade de preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
19. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
20. Sua casa, seu apartamento ou com o lugar onde você mora?	1	2	3	4	5	6
21. Seu trabalho (se tiver algum trabalho, com ou sem remuneração)?	1	2	3	4	5	6
22. O fato de não ter um trabalho (se desempregado, aposentado ou incapacitado)?	1	2	3	4	5	6
23. Seu nível de escolaridade?	1	2	3	4	5	6
24. A maneira como você administra o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
25. As suas atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
26. Suas possibilidades de ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
27. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
28. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
29. A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
30. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
31. Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
32. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
33. Você mesmo (a) de modo geral?	1	2	3	4	5	6

Parte 2: Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o quanto importante é para você está com este aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.						
	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
Quanto é importante para você:						
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado que você tem com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6
3. Não ter dor?	1	2	3	4	5	6
4. Ter energia suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. Cuidar de si mesmo(a) sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
6. Ter controle sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
7. Viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
8. A saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
9. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
10. A felicidade da sua família?	1	2	3	4	5	6
11. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Seu (sua) esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)?	1	2	3	4	5	6
13. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. O apoio emocional que você recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
15. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
16. Cuidar das responsabilidades da família?	1	2	3	4	5	6
17. Ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
18. Não ter preocupações?	1	2	3	4	5	6
19. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
20. Sua casa, seu apartamento ou o lugar onde você mora?	1	2	3	4	5	6
21. Seu trabalho (se tiver algum trabalho, com ou sem remuneração)?	1	2	3	4	5	6
22. Ter um trabalho (se desempregado, aposentado ou incapacitado)?	1	2	3	4	5	6
23. Seu nível de escolaridade?	1	2	3	4	5	6
24. Ser capaz de administrar o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
25. Ter atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
26. Ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
27. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
28. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
29. Realizar seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
30. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
31. Estar satisfeito (a) com a vida?	1	2	3	4	5	6
32. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
33. Ser você mesmo (a)?	1	2	3	4	5	6

- Escala de Apoio Social
- Instruções: Para cada pergunta atribua um valor para a frequência do apoio recebido. Pontuação (1) nunca; (2) raramente ; (3) às vezes ; (4) quase sempre; (5) sempre.

1	Que a ajude se ficar de cama.
2	Para lhe ouvir quando você precisar falar.
3	Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise.
4	Para levá-la ao médico
5	Que demonstre amor e afeto por você.
6	Para se divertir junto.
7	Para lhe dar informações que a ajude a compreender uma determinada situação.
8	Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas.
9	Que lhe dê um abraço.
10	Com quem relaxar .
11	Para preparar refeições, se você não puder prepará-las.
12	De quem você realmente quer conselhos.
13	Com quem distrair a cabeça.
14	Para ajudá-la nas tarefas diárias, se você ficar doente.
15	Para compartilhar preocupações e medos mais íntimos.
16	Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal.
17	Com quem fazer coisas agradáveis.
18	Que compreenda seus problemas.
19	Que você ame e que faça você se sentir querida.

- Escala de rastreamento populacional para depressão CES-D
- Instruções: Para cada pergunta atribua um valor para a intensidade da ocorrência dos sintomas na última semana. Pontuação: (0) nunca ou raramente; (1) às vezes; (2) com frequência; (3) sempre.

1	Senti-me incomodada com coisas que habitualmente não me incomodam.
2	Não tive vontade de comer; tive pouco apetite.
3	Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo, mesmo com a ajuda de familiares e amigos.
4	Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas.
5	Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo.
6	Senti-me deprimida.
7	Senti que tive que fazer esforço para dar conta de minhas tarefas habituais.
8	Senti-me otimista com relação ao futuro.
9	Considerarei que minha vida tinha sido um fracasso.
10	Senti-me amedrontada.
11	Meu sono não foi repousante.
12	Estive feliz.
13	Falei menos que o habitual.
14	Senti-me sozinha.
15	As pessoas não foram amistosas comigo.
16	Aproveitei minha vida.
17	Tive crises de choro.
18	Senti-me triste.
19	Senti que as pessoas não gostavam de mim.
20	Não consegui levar adiante minhas coisas.

Anexo B – Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS GESTANTES DE MONTES CLAROS-MG: ESTUDO LONGITUDINAL.

Pesquisador: JANETTE CALDEIRA FONSECA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80957817.5.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.483.623

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico, de abordagem quantitativa e com delineamento longitudinal.

O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana do referido município. Os questionários serão aplicados após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em variáveis: características socioeconômicas e demográficas; caracterização ginecológica e obstétrica; condições gerais de saúde; exames laboratoriais; imunização; suplementação de ferro e ácido fólico; alimentação e nutrição; aspectos odontológicos; absentismo às consultas e ao trabalho; alterações no sono; atividade física; qualidade de vida; aspectos emocionais e de saúde mental; sexualidade; violência. Além da aplicação dos questionários, serão aferidas a pressão arterial e as medidas antropométricas. Será utilizado o esfigmomanômetro, estetoscópio, balança digital e fita métrica.

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Profª Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 38.401-060
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3220-8180 Fax: (38)3220-8103 E-mail: smeloocosta@gmail.com

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal.

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros.

Patrocinador: Não se aplica.

Coordenador: Professora Janette Caldeira Fonseca.

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivo: Avaliar longitudinalmente as condições de saúde das gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

2-Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento longitudinal. O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana. Os cálculos evidenciaram a necessidade de se examinar e entrevistar, no mínimo, 761 mulheres. Além desse total, uma quantidade de 432 gestantes, que se encontram no 1º trimestre, serão acompanhadas ao longo das três ondas do estudo. O questionário será aplicado após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em blocos de variáveis: socioeconômicas e demográficas, condições gerais de saúde, absenteísmo às consultas, aspectos emocionais e de saúde mental, aspectos odontológicos, atividade física, alimentação e nutrição, imagem corporal, qualidade de vida, alterações no sono, exames

laboratoriais, sexualidade, imunização, violência. Os dados serão coletados nas próprias unidades de saúde que forem sorteadas na amostragem por conglomerados, ou nos domicílios, em três ondas, sendo cada uma correspondente aos três trimestres da gestação. Os dados coletados serão organizados e analisados no software IBM SPSS Statistics versão 22.0 para Windows®. O estudo será conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3-Justificativa: A realização da pesquisa justifica-se pela necessidade de se conhecer a saúde das gestantes que recebem a assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde do município de Montes

Claros, em todas as suas dimensões. Isso permitirá propor novas ações que poderão ser incorporadas à assistência pré-natal, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, como também aprimorar a promoção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. E existem lacunas na literatura brasileira sobre o tema proposto, especialmente no estado de Minas Gerais. São escassos os estudos epidemiológicos de base populacional que abordam a assistência pré-natal com enfoque abrangente.

4-Benefícios: O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários de saúde.

5-Desconfortos e riscos: De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade do paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das gestantes, o que pode lhe gerar certo

desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as gestantes, em ambientes agradáveis e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

6-Danos: Não é previsto nenhum tipo de dano físico ou moral.

7-Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8-Confidencialidade das informações: As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

9-Compensação/indenização: Uma vez que não é previsto qualquer tipo de dano aos participantes, também não é prevista nenhuma forma de indenização. Caso ocorra eventualmente, a instituição poderá solicitar a interrupção da pesquisa a qualquer momento.

10-Outras informações pertinentes: Você tem total liberdade em aceitar ou não a realização desta pesquisa.

11-Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Nome do participante

Assinatura

do

participante

Data

Nome da testemunha
Data

Assinatura da testemunha

Nome do coordenador da pesquisa
Data

Assinatura do coordenador da pesquisa

ENDEREÇO DO PESQUISADOR: Profª. Janette Caldeira Fonseca. Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, Avenida Dr. Ruy Braga, S/N, Vila Mauricéia, CEP: 39.401-089, Montes Claros/MG.

TELEFONE: (038) 9104 8011.

Anexo D – Passo a passo para submissão de artigo da revista Cadernos de Saúde Pública



PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/>.

1.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

1.3 – Inicialmente, o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha?”.

1.4 – Para os novos usuários, após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

2. ENVIO DO ARTIGO

2.1 – A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a seção “Submeta seu texto”.

2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas essas normas.

2.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es), respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um e o respectivo número de registro no ORCID (<https://orcid.org/>). Não serão aceitos autores sem registro. O autor que cadastrar o artigo, automaticamente será incluído como autor do artigo e designado autor de correspondência. A ordem dos nomes dos autores deverá ser estabelecida no momento da submissão.

2.5 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

2.6 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

2.7 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

2.8 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes

itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

2.9 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

2.10 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

2.11 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

2.12 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP no endereço: cadernos@ensp.fiocruz.br ou cadernos@fiocruz.br.

3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

3.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

3.2 – O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito pelo sistema SAGAS.

4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

4.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

5. PROVA DE PRELO

5.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site*: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

5.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo

5.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições).

5.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica).

5.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica), o autor de correspondência também deverá assinar o documento de Aprovação da Prova de Prelo e indicar eventuais correções a serem feitas na prova.

5.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito selecionando o autor e a declaração correspondente.

5.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções.

5.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF.

5.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3 – Após inserir a documentação assinada e as correções, deve-se clicar em “Finalizar” e assim concluir a etapa.

5.4 – As declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cademos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>) no prazo de 72 horas.

6. PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Para a preparação do manuscrito, os autores deverão atentar para as seguintes orientações:

6.1 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

6.2 – O título corrido poderá ter o máximo de 70 caracteres com espaços.

6.3 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da [Biblioteca Virtual em Saúde BVS](#).

6.4 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenhas, Cartas, Comentários ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaços. Visando a ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho oferecemos gratuitamente a tradução do Resumo para os idiomas a serem publicados. Não são aceitos equações e caracteres especiais (por exemplo: letras gregas, símbolos) no Resumo.

6.4.1 – Como o Resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração ([Leia mais](#)).

6.5 – Equações e Fórmulas: as equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

6.6 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaços.

6.7 – Quadros. Destina-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Os quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidos em arquivo text: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document TEXT). Cada dado do quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da

mesma célula.

6.8 – Tabelas. Destina-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.9 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas, e fluxogramas. As Figuras podem ter até 17cm de largura. O arquivo de cada figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido, devem ser desenvolvidas e salvas/exportadas em formato vetorial/editável. As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

6.9.1 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

6.9.2 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.3 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

6.9.4 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.5 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

6.10 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

6.11 – CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (Figuras e/ou Quadros e/ou Tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos extras.

Anexo E – Termo de Concordância da Instituição para Participação em Pesquisa

Título da pesquisa: Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal.

Instituição onde será realizada a pesquisa: Universidade Estadual de Montes Claros.

Pesquisador responsável: Professora Janette Caldeira Fonseca. Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva da Unimontes.

Endereço e telefone: Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, Avenida Dr. Ruy Braga, S/N, Vila Mauricéia, CEP: 39.401-089, Montes Claros/MG. Telefone: (038) 9104 8011.

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivo: Avaliar longitudinalmente as condições de saúde das gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

2-Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento longitudinal. O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana. Os cálculos evidenciaram a necessidade de se examinar e entrevistar, no mínimo, 761 mulheres. Além desse total, uma quantidade de 432 gestantes, que se encontram no 1º trimestre, serão acompanhadas ao longo das três ondas do estudo. O questionário será aplicado após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em blocos de variáveis: socioeconômicas e demográficas, condições gerais de saúde, absenteísmo às

consultas, aspectos emocionais e de saúde mental, aspectos odontológicos, atividade física, alimentação e nutrição, imagem corporal, qualidade de vida, alterações no sono, exames laboratoriais, sexualidade, imunização, violência. Os dados serão coletados nas próprias unidades de saúde que forem sorteadas na amostragem por conglomerados, ou nos domicílios, em três ondas, sendo cada uma correspondente aos três trimestres da gestação. Os dados coletados serão organizados e analisados no software IBM SPSS Statistics versão 22.0 para Windows®. O estudo será conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3-Justificativa: A realização da pesquisa justifica-se pela necessidade de se conhecer a saúde das gestantes que recebem a assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros, em todas as suas dimensões. Isso permitirá propor novas ações que poderão ser incorporadas à assistência pré-natal, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, como também aprimorar a promoção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. E existem lacunas na literatura brasileira sobre o tema proposto, especialmente no estado de Minas Gerais. São escassos os estudos epidemiológicos de base populacional que abordam a assistência pré-natal com enfoque abrangente.

4-Benefícios: O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários de saúde.

5-Desconfortos e riscos: De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade do paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das gestantes, o que pode lhe gerar certo

desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as gestantes, em ambientes agradáveis e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

6-Danos: Não é previsto nenhum tipo de dano físico ou moral.

7-Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8-Confidencialidade das informações: As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

9-Compensação/indenização: Uma vez que não é previsto qualquer tipo de dano aos participantes, também não é prevista nenhuma forma de indenização. Caso ocorra eventualmente, a instituição poderá solicitar a interrupção da pesquisa a qualquer momento.

10-Outras informações pertinentes: Você tem total liberdade em aceitar ou não a realização desta pesquisa.

11-Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Coordenadora do Núcleo de Atenção Primária à Saúde
Daniella Cristina Martins Dias Veloso

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição

____/____/____
Data

Pesquisador Coordenador da Pesquisa
Professora Janette Caldeira Fonseca

Anexo F – Aprovação Emenda Incluindo Gestantes Menores de Idade

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS GESTANTES DE MONTES CLAROS-MG: ESTUDO LONGITUDINAL.

Pesquisador: JANETTE CALDEIRA FONSECA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80957817.5.0000.5148

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.724.531

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda em projeto que já conta com aprovação, Número do Parecer: 2.483.623.

Justificativa dos pesquisadores: "Ementa submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, tendo em vista que os autores do estudo, ao longo de sua realização, concluíram ser imprescindível a inclusão das participantes quando estas estiverem também no momento do puerpério (após o parto). Sendo assim, todas as gestantes que participarem da investigação serão novamente pesquisadas quando estiverem na fase puerperal (entre 30 e 45 dias), o que gerou alterações no cálculo amostral, a inclusão de novo instrumento de coleta de dados específico do puerpério e, desse modo, a futura realização de mais uma etapa correspondente ao puerpério. Também serão incluídas gestantes adolescentes (menores de idade), após aprovação do CEP".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Avaliar longitudinalmente as condições de saúde das gestantes e puérperas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil".

Objetivos Secundários:

-"Analisar as condições de saúde das mulheres participantes no período da gestação e do puerpério.

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Profª Darcy Ribeiro
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 38.401-000
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** amalecosta@gmail.com