

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ÂNGELA LUIZA CUNHA LEGEY

QUALIDADE DE VIDA EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CURITIBA

2021

ÂNGELA LUIZA CUNHA LEGEY

QUALIDADE DE VIDA EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, no Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Professora Dr^a Doroteia Aparecida Höfelmann

CURITIBA
2021

L512 Legey, Ângela Luiza

Qualidade de vida em gestantes em acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde. [recurso eletrônico] / Ângela Luiza Cunha Legey. – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Doroteia Aparecida Höfelmann

1. Gravidez. 2. Qualidade de vida. 3. Exercício físico.
4. Fatores socioeconômicos. I. Höfelmann, Doroteia Aparecida.
II. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLM WQ 200

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ANGELA LUIZA CUNHA LEGEY** intitulada: **Qualidade de vida em gestantes em acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde**, sob orientação da Profa. Dra. DOROTÉIA APARECIDA HOFELMANN, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 18 de Agosto de 2021.

Assinatura Eletrônica

19/08/2021 10:47:02.0

DOROTÉIA APARECIDA HOFELMANN

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

19/08/2021 10:45:49.0

SABRINA STEFANELLO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

19/08/2021 10:45:45.0

DEISE WARMLING

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por estar presente em todas as minhas conquistas, por me conceder sabedoria e ânimo em todos momentos.

À minha família, pelo apoio, incentivo e conforto durante esse período. Especialmente, durante as aulas remotas devido à pandemia do COVID-19.

À orientadora, professora Dr^a Doroteia Aparecida Höfelmann, pela paciência, agilidade e por todo conhecimento transmitido.

À banca de qualificação, professoras Dr^a Deise Warmling e Dr^a Sabrina pela disponibilidade e pelas relevantes contribuições para melhoria deste trabalho.

Às amigadas feitas nas aulas presenciais, que me acolheram e me ensinaram a enxergar de forma diferente, pelos cafés da tarde e pelas risadas.

Aos meus amigos que me apoiaram durante esse ciclo, e pelas conversas sinceras. Vocês fizeram a diferença.

A todos que, mesmo não sendo citados aqui, tanto contribuíram para a conclusão de mais essa etapa.

"Estou entre aqueles que pensam que a ciência tem uma grande beleza."

Marie Curie

RESUMO

Durante a gestação ocorrem mudanças corporais, fisiológicas, psicológicas, e sociais que podem impactar diretamente a qualidade de vida da mulher, com possíveis efeitos para o feto. O objetivo dessa dissertação foi analisar a qualidade de vida e sua associação com características demográficas, socioeconômicas, obstétricas, condições de saúde e comportamento relacionado à saúde de gestantes em acompanhamento pré-natal das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR). A qualidade de vida foi investigada por meio do WHOQOL-BREF, e o nível da atividade física pelo *Pregnancy Physical Activity Questionnaire* (PPAQ). Para a avaliação dos fatores e dos domínios da atividade física associados aos domínios da qualidade de vida – físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente – foi utilizada a regressão beta inflacionada com estimativas de *Odds Ratio* (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Participaram do estudo 604 gestantes. A idade média foi de 25,7 (IC95% 25,2;26,3). A maioria das gestantes (76,0%) avaliou a sua qualidade de vida como satisfatória. A atividade física global apresentou média de 17,1±10,0 METs (equivalente metabólico da tarefa). No domínio físico, os menores escores foram encontrados conforme o aumento de número de gestações (OR=0,71; IC95%0,59;0,84), evolução do trimestre gestacional (OR=0,74; IC95%0,61;0,89), referência a sintoma comum da gestação (OR=0,80; IC95%0,67;0,95), e presença de morbidade (OR=0,67; IC95%0,57;0,79). No domínio psicológico, gestantes que planejaram a gestação apresentaram maiores escores (OR=1,20; IC95%1,04;1,37), enquanto referir sintoma comum (OR=0,75; IC95%0,63;0,89) ou morbidade na gestação (OR=0,82; IC95%0,70;0,95) foram associados a piores escores. Ainda no domínio psicológico, os escores aumentaram com a escolaridade (OR=1,10; IC95%1,01;1,21), enquanto os menores escores foram identificados entre gestantes com maior paridade (OR=0,89; IC95%0,81;0,97) e com morbidade (OR=0,90; IC95%0,83;0,97). A maior renda familiar foi relacionada a melhores escores no domínio relações sociais da qualidade de vida (OR=1,22; IC95%1,03;1,45). No domínio meio ambiente apresentaram menores escores as mulheres que estavam na segunda gestação (OR=0,84; IC95%0,72;0,98), e com renda entre R\$ 476-750 apresentaram maiores escores (OR=1,23; IC95%1,05;1,43). Os resultados das associações considerando domínios de atividade física como exposição principal indicaram para o domínio físico, gestantes com maior nível de prática de exercício físico apresentaram maiores escores (OR=1,03; IC95%1,00;1,07), enquanto o tempo em atividades sedentárias esteve associado a menores escores (OR= 0,97; IC95%0,95;0,99). Contudo, a associação deixou de ser significativa após o ajuste para variáveis socioeconômicas. O tempo em atividades de locomoção esteve associado a maiores escores no domínio psicológico de qualidade de vida (OR=1,05; IC95%0,99;1,11), enquanto em atividades sedentárias esteve associado negativamente (OR=0,97; IC95%0,95;0,99).

Desta forma, destaca-se a multidimensionalidade de fatores associados, e da relação dos domínios da atividade física aos componentes da qualidade de vida na gestação, o que ressalta importância de ações intersetoriais, especialmente para as mulheres em situação de vulnerabilidade social para a promoção de melhoria da qualidade de vida neste período.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Gravidez; Fatores Socioeconômicos; Atividade Física; Estudos Transversais

ABSTRACT

During pregnancy, bodily and physiological changes occur, psychological, and social that can directly impact the women's quality of life, with possible effects on the fetus. The objective of this dissertation was to analyze the quality of life and association with demographic characteristics, socioeconomic, obstetric, health conditions, health-related behavior of pregnant women in prenatal care at Basic Health Units in Colombo (PR). Quality of life was investigated by through the WHOQOL-BREF, and the level of physical activity by the Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ). For the evaluation of the factors and the associated physical activity domains to the domains of quality of life – physical health, psychological, social relationships and environment – beta regression was used inflated with Odds Ratio (OR) estimates and 95% confidence interval (95%CI). The mean age was 25,7 (95%CI 25,2;26,3). 604 pregnant women participated in the study. Most pregnant women (76,0%) evaluated their quality of life as satisfactory. Global physical activity presented an average of 17,1±10,0 METs (metabolic equivalents). In the physical health domain, the lower scores were found as the number of pregnancies increasead (OR=0,71; 95%CI 0,59;0,84), evolution of the gestational quarter (OR=0,74; 95%CI 0,61;0,89), who referend common pregnancy symptom (OR=0,80; 95%CI 0,67;0,95), and presence of morbidity (OR=0,67; 95%CI 0,57;0,79). In the domain psychological, pregnant women who planned the pregnancy presented higher scores (OR=1,20; 95%CI 1,04;1,37), while referring common symptom (OR=0,75; 95%CI 0,63;0,89) or morbidity during pregnancy (OR=0,82; 95%CI 0,70;0,95) were associated with worse scores. Still in the psychological domain, the scores increased with education (OR=1,10; 95%CI 1,01;1,21), while the lowest scores were identified among pregnant women with higher parity (OR=0,89; 95%CI 0,81;0,97) and with morbidity (OR=0,90; IC95% 0,83;0,97). The highest family income was related to better scores in the social relationships domain of quality of life (OR=1,22; 95%CI1,03;1,45). In the environment domain, the women who were in their second pregnancy (OR=0,84; 95%CI 0,72;0,98), and with income between BRL 476-750 had higher scores (OR=1,23; 95%CI 1,05;1,43). The results of associations considering domains of activity physical as the main exposure indicated for the physical health domain, pregnant women with a higher level of practice of physical exercise had higher scores (OR=1,03; 95%CI 1,00;1,07), while the time in activities sedentary was associated with lower scores (OR = 0,97; 95%CI 0,95;0,99). However, the association is no longer after adjustment for socioeconomic variables. Time spent on commuting activities was associated with greater scores in the psychological domain of quality of life (OR=1,05; 95%CI 0,99;1,11), while in sedentary activities he was negatively associated (OR=0,97; 95%CI 0,95;0,99). In this way, the multidimensionality of factors stands out associated, and the relationship of the domains of physical activity to the

components of quality of life during pregnancy, which emphasizes the importance of intersectoral actions, especially for women in situations of social vulnerability to promote better quality of life in this period.

Key-words: Quality of life; Pregnancy; Socioeconomic Factors; Cross-sectional studies

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo operacional da associação das variáveis investigadas e qualidade de vida em gestantes das Unidades de Saúde de Colombo (PR).	40
Figura 2 – Distribuição dos escores dos domínios da qualidade de vida de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (n=570). .	45
Figura 3 – Análise bruta e ajustada para os domínios da qualidade de vida, e atividade física global e por domínios, para as gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (n=505).	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise descritiva segundo características socioeconômicas, obstétricas e condições de saúde de gestantes em acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde, Colombo (PR), 2018-2019 (n=604).	44
Tabela 2 – Análise bruta e ajustada por meio da regressão beta inflacionada para o domínio físico da qualidade de vida, de acordo com variáveis para gestantes das Unidades Básicas de Saúde, Colombo (PR), 2018-2019 (n=570).	46
Tabela 3 – Análise bruta e ajustada por meio da regressão beta inflacionada para o domínio psicológico da qualidade de vida, de acordo com variáveis para gestantes das Unidades Básicas de Saúde, Colombo (PR), 2018-2019 (n=570).	47
Tabela 4 – Análise bruta e ajustada por meio da regressão beta inflacionada para o domínio relações da qualidade de vida, de acordo com variáveis para gestantes das Unidades Básicas de Saúde, Colombo (PR), 2018-2019 (n=570).	48
Tabela 5 – Análise bruta e ajustada por meio da regressão beta inflacionada para o domínio meio ambiente da qualidade de vida, de acordo com variáveis para gestantes das Unidades Básicas de Saúde, Colombo (PR), 2018-2019 (n=570).	49
Tabela 6 – Análise descritiva segundo as variáveis de exposição e atividade física em gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR), 2018-2019 (n=505).	50

LISTA DE SIGLAS

DHEG	– Doença hipertensiva específica da gestação
DMG	– Diabetes mellitus gestacional
ESF	– Estratégia de Saúde da Família
GAMLSS	– Modelos generalizados aditivos para locação, escala e forma
IDH	– Índice de Desenvolvimento Humano
IU	– Incontinência urinária
MET	– Equivalente metabólico da tarefa
OMS	– Organização Mundial da Saúde
OR	– Odds ratio
PNPS	– Política Nacional de Promoção da Saúde
QLI	– Quality of Life Index
PPAQ	– Pregnancy Physical Activity Questionnaire
PPGAN	– Programa de Pós- Graduação em Alimentação e Nutrição
PPGSC	– Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PROAPE	– Programa de apoio a profissionais e estudantes
PSF	– Programa de Saúde da Família
QV	– Qualidade de vida
SF-36	– Medical Outcomes Short-Form Health Survey
SUS	– Sistema Único de Saúde
TALE	– Termo de assentimento livre e esclarecido
TCLE	– Termo de consentimento livre e esclarecido
UFPR	– Universidade Federal do Paraná
US	– Unidade de saúde
VIF	– Fator de inflação da variância
WHOQOL-100	– World Health Organization Quality of Life
WHOQOL-BREF	– World Health Organization Quality of Life abreviado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OBJETIVOS	19
1.1.1	Objetivo Geral	19
1.1.2	Objetivos Específicos	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	QUALIDADE DE VIDA	20
2.2	GESTAÇÃO	22
2.3	FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA EM GESTANTES	25
2.4	ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	29
3	METODOLOGIA	32
3.1	DESENHO DO ESTUDO	32
3.2	CONTEXTO	32
3.3	TAMANHO DO ESTUDO	33
3.3.1	Amostra	33
3.4	PARTICIPANTES	33
3.4.1	Critérios para elegibilidade	33
3.4.2	Seleção das participantes	33
3.5	FONTES DE DADOS E VARIÁVEIS	34
3.5.1	Coleta de dados	34
3.5.2	Qualidade de vida	34
3.5.3	Atividade Física	35
3.5.4	Variáveis	36
3.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	38
3.6.1	Atividade física	40
3.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	41
3.8	APOIO FINANCEIRO	41

3.9	DEVOLUTIVAS AS PARTICIPANTES E AO MUNICÍPIO	42
4	RESULTADOS	43
4.1	ANÁLISE DESCRITIVA	43
4.2	ANÁLISES DE ASSOCIAÇÃO	43
4.3	ANÁLISE DESCRITIVA ATIVIDADE FÍSICA	50
4.4	ANÁLISES DE ASSOCIAÇÃO ATIVIDADE FÍSICA	51
5	DISCUSSÃO	53
5.1	Atividade Física	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
7	ATIVIDADES COMPLEMENTARES	61
	REFERÊNCIAS	62
	APÊNDICE 1- QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS GESTANTES	72
	APÊNDICE 2 - DIAGNÓSTICO DO AJUSTE DOS MODELOS	80

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida é um constructo amplo e polissêmico que visa avaliar o grau de bem-estar dos indivíduos (SKEVINGTON, 2002), por meio da reflexão dos efeitos da saúde nos campos: físico, psíquico, emocional e social. É considerada um determinante do uso de cuidados de saúde (OLSSON; LENA, 2004), e indicador para monitoramento do resultado de tratamentos de saúde (BOLGE et al., 2007). A definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) é “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHO GROUP, 1994).

Durante a gestação, ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas, socioculturais e econômicas que tem potencial para gerar modificações na qualidade de vida das mulheres. As fisiológicas propiciam as condições para implantação do embrião e desenvolvimento do feto (ABREU; BRANDÃO; TORRES, 2019). Como resultado das adaptações corporais durante a gestação, alguns sinais e sintomas podem ser intensificados como: insônia, indisposição, êmese, náuseas, dores e desconfortos corporais (TAŞDEMİR; BALCI; GÜNAY, 2010; DALFRÀ et al., 2012; TROMBETTA; TRAEBERT; NUNES, 2018; SANTOS; CARDOSO, 2010).

Do ponto de vista psicológico o processo de constituição da identidade materna ocorre antes da concepção da criança (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012), juntamente com o desenvolvimento do senso de responsabilidade, o que resulta em transformações nos relacionamentos pessoais e no conjunto das relações sociais (GIORDANI et al., 2018).

No contexto obstétrico, o não planejar a gestação pode ser um fato associado a depressão durante o ciclo gravítico (LIMA et al., 2017). Conforme a evolução do trimestre gestacional, há piora na qualidade do sono por dores musculares, falta de ar, pirose entre outros (SILVA, 2017).

A experiência da gestação é influenciada pelas circunstâncias de vida pessoal, situação marital e condições socioeconômicas, assim como crenças e valores culturais (PFEIFER; KRANZ; SCOGGIN, 2008). Os fatores sociodemográficos como

maior idade, menor nível educacional, consumo de álcool, tabagismo, carga horária de trabalho elevada, sintomas comuns durante a gestação e qualidade do acompanhamento pré-natal são determinantes importantes do impacto do período gestacional na qualidade de vida (NETTO, 2007).

A gestação é um evento frequente. No Brasil, em 2020, foram 1.722.907 nascidos vivos. No estado do Paraná foram 94.590, e na cidade de Colombo foram 3.458 nascidos vivos no mesmo período (BRASIL, 2020). Ainda, estima-se que o número de gestações seja 21% maior, considerando abortos, óbitos maternos e fetais (SAÚDE, 2021).

Os municípios que compõem a região metropolitana das grandes cidades apresentam piores indicadores socioeconômicos do que as capitais. Um exemplo, é a cidade de Colombo (PR), na região metropolitana de Curitiba. Este cenário contribui para a desigualdade e exclusão social (GUIMARÃES; JANNUZZI, 2005), que podem impactar diretamente na vida da gestante, e a uma menor qualidade de vida.

Apesar do aumento da frequência de estudos envolvendo qualidade de vida nas últimas décadas, a maior parte daqueles que envolveu gestantes contou com amostras pequenas (TAŞDEMİR; BALCI; GÜNAY, 2010; ABREU; BRANDÃO; TORRES, 2019); restrição do trimestre gestacional (PANTZARTZIS et al., 2019; GARIEPY et al., 2017; DAGLAR et al., 2020; JAKUBAUSKIENE et al., 2019); da estratificação de risco (TROMBETTA; TRAEBERT; NUNES, 2018; CASTRO et al., 2019), ou presença de doenças específicas (IWANOWICZ-PALUS et al., 2019; PANTZARTZIS et al., 2019).

Desta forma, estudos com mulheres em acompanhamento pré-natal no SUS são importantes para entender o contexto de vida e fatores que influenciam a qualidade de vida durante a gestação, por meio da identificação dos grupos mais vulneráveis, que necessitam de maior atenção.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a qualidade de vida e sua associação com características demográficas, socioeconômicas, obstétricas, condições de saúde e comportamentos relacionados à saúde de gestantes em acompanhamento pré-natal em unidades de saúde em Colombo (PR).

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever a qualidade de vida, e pontuação nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente em gestantes;
- b) Estimar a associação da qualidade de vida e com fatores demográficos, socioeconômicos, obstétricos e condições de saúde em gestantes
- c) Analisar a qualidade de vida e sua associação com os domínios da atividade física em gestantes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi construída visando abordar temáticas relevantes para a compreensão dos objetivos desta pesquisa. Inicialmente foi realizada uma descrição sobre o que é qualidade de vida e os instrumentos utilizados para avaliá-la. Em seguida, uma breve abordagem sobre a gestação e suas modificações que podem impactar na qualidade de vida. À frente, foi verificado na literatura estudos com fatores associados à qualidade de vida em gestantes, dentre eles a atividade física. E por último, a atenção à saúde da mulher com destaque para as políticas públicas e seus avanços.

2.1 QUALIDADE DE VIDA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHO GROUP, 1994).

A qualidade de vida é considerada uma medida relevante na gestão do cuidado, por permitir revisão de intervenções e reformulação dessas, a partir das necessidades da população. Diferentes instrumentos permitem mensurar a qualidade de vida, com base em indicadores subjetivos e objetivos relacionados aos fenômenos físicos e psicológicos (ABREU; BRANDÃO; TORRES, 2019).

Os primeiros instrumentos para avaliar a qualidade de vida foram criados na década de 1970 e, desde então, diferentes escalas para a mensuração do constructo têm sido desenvolvidas (VIDO, 2006). Estes instrumentos de medida compreendem questões relacionadas aos sentimentos, à autovalorização ou às condutas, por meio de entrevista direta com o indivíduo ou no formato autoaplicável (VIDO, 2006).

O *Medical Outcomes Short-Form Health Survey*, conhecido como SF-36 é um instrumento genérico, aplicável para investigar qualidade de vida relacionada à saúde em grupos com diferentes doenças. É composto por questões gerais que incluem o funcionamento físico, as limitações causadas por problemas de saúde física e emoci-

onal, o funcionamento social, a saúde mental, a dor, a vitalidade e as percepções do estado geral da saúde. A versão brasileira do SF-36 foi adaptada por Ciconelli (CICONELLI, 1997) e aplicada a indivíduos com artrite reumatóide.

O instrumento *Quality of Life Index* (QLI), desenvolvido por Ferrans e Powers (1985), tem a finalidade de medir qualidade de vida de forma genérica. É composto por duas partes: a primeira relativa à mensuração da satisfação com os domínios: saúde/funcionamento; psicológico/espiritual; sócio/econômico e da família; e a segunda, acerca da importância de cada um desses domínios para o participante (FERRANS; POWERS, 1985).

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu o WHOQOL-100 (*The World Health Organization Quality of Life Assessment*) (WHO GROUP, 1995) para avaliar a qualidade de vida na perspectiva transcultural, com versão em português foi validada por Fleck (FLECK et al., 1999). Este instrumento incorpora a subjetividade e a multidimensionalidade da qualidade de vida, incluindo traços da vida positivos, como: mobilidade, desempenho de papel, contentamento; e negativos, como fadiga, dor, dependência de medicação e sentimentos negativos.

Com a necessidade de instrumentos curtos que possam ser completados em um menor tempo, porém com características psicométricas satisfatórias, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-BREF (WHO GROUP, 1998). O critério de seleção para constituir a versão abreviada do original WHO-100 foi psicométrico e conceitual. No ponto de vista conceitual, definiu-se que o caráter abrangente do instrumento original deveria ser mantido. No nível psicométrico, selecionou-se as questões altamente correlacionadas ao escore total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas.

Depois disso, verificou-se itens selecionados representavam conceitualmente o domínio de origem das facetas. Ao final, dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos por questões que melhor representassem a faceta. Três itens do domínio meio ambiente foram colocados no domínio psicológico por serem mais correlacionados, e estes itens foram substituídos por outros que explicassem melhor o domínio psicológico (WHO GROUP, 1998). Após esta etapa, foi feita uma análise fatorial confirmatória

sendo finalizado com 26 questões, sendo duas gerais de qualidade de vida e as demais representam cada uma das 24 facetas que é avaliada por apenas uma questão. Esta versão abreviada foi extraída da avaliação de campo de 20 centros em 18 países diferentes (WHO GROUP, 1998).

A versão em português foi aplicada para 300 indivíduos no Hospital das Clínicas de Porto Alegre e mostrou um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso e uma alternativa útil de ser aplicada (FLECK et al., 2000). O instrumento WHOQOL-BREF, desde então, tem sido empregado em diversos estudos e em diferentes populações (ALVES et al., 2010; IWANOWICZ-PALUS et al., 2019; ROSÉN; AHLSTRÖM; LEXÉN, 2020), validada por Fleck et al (FLECK et al., 2000). No Brasil, existe sua versão na Língua Brasileira de Sinais (Libras), aplicada com surdos do país todo (DUARTE et al., 2020).

Com isso, observa-se que existem diferentes instrumentos para avaliar a qualidade de vida. O questionário SF-36 (CICONELLI, 1997) está relacionado à saúde para o monitoramento de desfechos em populações gerais ou específicas; enquanto o WHOQOL-100 (WHO GROUP, 1995) observa do ponto de vista transcultural. Contendo seis domínios e tem sua versão abreviada, o WHOQOL-BREF que é composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (WHO GROUP, 1998) para uma aplicação mais breve. E o instrumento QLI, cujo enfoque independe da presença de doença (FERRANS; POWERS, 1985). A utilização do instrumento mais adequado depende do contexto da pesquisa, da população e dos objetivos, bem como as propriedades de mensuração de cada um deles (RÔLA et al., 2018).

2.2 GESTAÇÃO

Durante a gestação, ocorrem modificações fisiológicas que afetam principalmente os órgãos de reprodução, contudo todo complexo feminino se altera (GUARIENTO; MAMEDE, 2001). Estas modificações acontecem em resposta ao aumento da carga fisiológica hormonal, que começa desde a primeira semana da gestação e permanece até o final. Além destas, ocorrem mudanças de cunho emocional e psi-

cológico, influenciadas por vários fatores como a relação mulher e seu corpo, que se encontram em significativas transformações (GARCIA; NETO; VIDAL, 2020).

São evidentes as alterações metabólicas e fisiológicas durante a gestação. Dentre estas, as bioquímicas, hormonais e as urinárias são perceptíveis desde a concepção até o parto (SOMA-PILLAY et al., 2016). Na gestação sintomas preexistentes podem ser intensificados e levar à indisposição (NETTO, 2007), à falta de sono (TAŞ-DEMIR; BALCI; GÜNAY, 2010), dores e desconfortos (TROMBETTA; TRAEBERT; NUNES, 2018). Os diferentes processo que ocorrem neste período podem comprometer o funcionamento físico e psicológico materno (NETTO, 2007; GARCIA; NETO; VIDAL, 2020).

Algumas mudanças físicas estão relacionadas ao aumento das dimensões re-nais, dilatação pieloureteral, hipertrofia muscular vesical e o aumento do útero o que pode causar incontinência urinária (IU) (RIBAS et al., 2019). As modificações hormonais são evidenciadas como o estrogênio, progesterona, gonadotrofina coriônica (HCG), prolactina (GARCIA; NETO; VIDAL, 2020). Dentre as mudanças biomecânicas, a junção do ganho de peso e as alterações hormonais contribuem para o aumento da lordose lombar (CUNNINGHAM et al., 2014), alteração do centro de gravidade (CUNNINGHAM et al., 2014) e aumento da laxidão articular (ACOG, 2002).

Durante a gestação, ocorrem mudanças estéticas sendo categorizadas em: fisiológicas, dermatoses específicas e dermatoses. As principais alterações incluem: estrias, edema, fibroedemagelóide, varizes, acne e melasmas (ALVES; NOGUEIRA; VARELLA, 2005; FRIELINK et al., 2015).

O ganho de peso gestacional está associado ao desenvolvimento e ao crescimento do feto, compreende três componentes: produtos da concepção (feto, placenta e líquido amniótico), expansão do tecido materno (útero, mama e volume sanguíneo) e reserva de gordura materna, sendo que o desajuste nesse ganho é considerado um fator de risco para a gestante e a criança (KOWAL; KUK; TAMIM, 2012). O ganho de peso excessivo durante a gestação ou sobrepeso e obesidade pré-gestacionais, aumentam o risco de desenvolvimento de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), e predisposição a complicações

no parto (OLIVEIRA et al., 2016).

Do ponto de vista psicológico, as mudanças incluem sentimentos conflitantes tanto de satisfação por estar gestante, quanto de não aceitação da gestação. Estas mudanças e vivências psíquicas favorecem o aumento do sofrimento mental (ALVES; BEZERRA, 2020). Durante este período podem ocorrer mudanças econômicas, interferindo negativamente contexto no qual a gestante está inserida (CARRETEIRO; FREIRE, 2006). A gestação é um período de preparação para a maternidade que implica aceitar novas tarefas, ensaiar novos papéis, criar um laço afetivo com o filho e incorporá-lo na sua identidade, ainda que seja necessário encará-lo como uma pessoa única e individual (CANAVARRO, 2001).

O nível de satisfação sexual é alterado em mulheres gestantes. Existe um aumento das queixas no período gestacional, seja pela qualidade de vida, problemas financeiros, a ausência de diálogo com o parceiro, náuseas, lombalgias entre outros fatores (CASTRO, 2017).

A relação estabelecida da gestante com a própria mãe, a relação conjugal e as possíveis experiências de gestação e maternidade constituem-se também como fatores com impacto na vivência neste período. Por meio da relação da gestante com a mãe, ao longo do seu desenvolvimento, são construídas as representações acerca do papel materno, influenciando a forma como encara a gestação e vivencia a maternidade. A relação conjugal tem como foco o apoio social, sobre mudanças e representações das tarefas de cada um (BORGES, 2019).

Por outro lado, em estudo com o objetivo de investigar a percepção da gestação do ponto de vista da mulher, por meio da técnica de Análise de conteúdo na modalidade Análise de Categoria, identificou elementos de uma percepção como experiência prazerosa. As expectativas sobre a gestação proporcionam uma preparação psicológica para a maternidade, para a construção do vínculo mãe-bebê e constituição psíquica do novo integrante da família. O nascimento do filho, foi visto como uma nova fase com responsabilidades de toda a família (DEMARCHI et al., 2017).

No Brasil, a atenção pré-natal constitui-se em um conjunto de ações que são simultaneamente preventivas, promotoras de saúde, diagnósticas e curativas, com ob-

jetivo de gerar bom desfecho da gestação para a mulher e a criança. As desigualdades sociais e econômicas entre as regiões geográficas juntamente com a questão de gênero, impactam diretamente na qualidade de vida. Nas regiões socioeconômicas desfavorecidas, no contexto da saúde reprodutiva, a idade média das gestantes é menor, há maior proporção de gestação na adolescência e maior paridade. Por outro lado, o adiamento da idade do primeiro filho, comum entre as mulheres de maior renda nas regiões Sul e Sudeste do país, está associado à maior proporção de intercorrências clínicas (LEAL et al., 2020).

Dessa forma, são notáveis as alterações fisiológicas, metabólicas, hormonais, estéticas e psicológicas que podem ocorrer durante a gestação com potencial impacto nas condições de vida, situação econômica como no trabalho, e no suporte recebido por essa gestante (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2018).

2.3 FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA EM GESTANTES

No contexto da gestação, medir a qualidade de vida e investigar os fatores associados pode auxiliar na identificação de necessidades não atendidas e prever problemas de saúde futuros. Estudos têm associado as alterações que ocorrem na gestação com mudanças na qualidade de vida (DALL'ALBA et al., 2015; LAU; YIN, 2011; ALZBOON; VURAL, 2019).

Em uma revisão sistemática sobre a qualidade de vida em gestantes (CASARIN; BARBOZA; SIQUEIRA, 2010), foram analisados 11 artigos publicados entre os anos de 2003 e 2008, nos países: Inglaterra, Estados Unidos, Dinamarca, Brasil, Polônia, Holanda e Itália, dos quais cinco utilizaram o *Questionnaire for the Self Evaluation of Quality of Life* (SEQOL); dois aplicaram o *The Kings Health Questionnaire* (KHQ); um utilizou o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) e três aplicaram o EQ-5D. Dentre eles, seis destacaram aspectos físicos que interferem negativamente na qualidade de vida das gestantes, como: dor e desconforto, náuseas e vômitos, fadiga, falta de energia e capacidade para o trabalho. Presença de estresse, sintomas depressivos e autoimagem alterada em decorrência do aparecimento do melasma estavam negativamente associados ao domínio psicológico da qualidade de vida.

Em Macau (China), no ano de 2010, no ambulatório do Hospital S. Januário foi realizada uma pesquisa com gestantes relacionando o estresse gestacional e a qualidade de vida. Observou-se que os maiores níveis de estresse, medidos a partir da escala de estresse percebido, estavam associados aos fatores demográficos, socioeconômicos, obstétricos e questões de qualidade de vida relacionadas à saúde (LAU; YIN, 2011). Estes fatores demonstram a influência da condição econômica sobre o processo saúde-doença e a vulnerabilidade aos agravos de saúde. O contexto no qual a mulher está inserida como melhores condições de moradia, facilidade a alimentação saudável, acesso à saúde podem estar associado (GADELHA et al., 2020).

Num estudo transversal, desenvolvido com 1.777 gestantes residentes em duas regiões do Espírito Santo, gestantes com baixa escolaridade e da região de residência metropolitana apresentaram menores escores de qualidade de vida (PACHECO et al., 2020). A baixa escolaridade atrelada às dificuldades financeiras, falta de suporte social, e antecedentes psiquiátricos adversos estão associados a uma maior chance de desenvolver sintomas depressivos durante a gestação (LIMA et al., 2017), além de ser uma barreira para o acesso às informações, e um preditor significativo de mortalidade na gestação (GADELHA et al., 2020).

Estudo realizado com gestantes negras e hispânicas, com até 32 semanas de gestação, de Nova Iorque (EUA) identificou escores mais baixos entre as mulheres negras relacionados aos componentes mental e funcionamento social do instrumento SF-36 (MCKEE et al., 2001).

A partir do questionário SF-36, em 2010, um estudo feito com gestantes com ao menos 28 semanas de gestação e atendidas em instituições de Saúde da região de Viseu (Portugal), constatou que o suporte social e variáveis sociodemográficas impactaram a melhor qualidade de vida (SANTOS; CARDOSO, 2010). Em 2020, na Turquia, observou-se entre gestantes que piores escores de qualidade de vida foram associados a menor disponibilidade de recursos socioeconômicos, falta de apoio social, estresse e pressão psicossocial, fundamentado no instrumento *Quality of Life Index* (QLI) (DAGLAR et al., 2020). A baixa renda associa-se ao surgimento de riscos reprodutivos colocando em evidência questões relacionadas à vulnerabilidade das gestantes, como

da sua saúde, e de sua exposição, como no ambiente de inserção (CASTRO et al., 2019).

No Brasil, uma pesquisa baseada no instrumento SF-36, com 198 gestantes em atendimento pré-natal em municípios do interior paulista (2005), verificou que a qualidade de vida aumentou de acordo com a classe socioeconômica, e diminuiu com o aumento do trimestre gestacional (VIDO, 2006).

No interior de Minas Gerais em 2019, verificou-se que as gestantes de risco habitual apresentaram melhor qualidade de vida em comparação às gestantes de alto risco, e que a renda familiar, a escolaridade e a idade estavam associadas com melhores escores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF (CASTRO et al., 2019). Em outro estudo com gestantes de Teresina (PI) em 2017, aplicado o *Quality of Life Index* (QLI), foi constatado que mulheres com menor renda apresentaram menores escores de qualidade de vida (ABREU; BRANDÃO; TORRES, 2019). A renda familiar, quando baixa, associa-se a maior tendência de complicações obstétricas, limitando o acesso às informações de qualidade sobre o pré-natal e assistência multiprofissional (AMJAD et al., 2019), ratificando a influência da condição econômica sobre o processo saúde-doença (GADELHA et al., 2020)

A ausência de planejamento da gestação está associada a menores escores de comportamentos de autocuidado e maiores escores de comportamentos de risco durante a gestação (KHAJEHPOUR et al., 2013). Em 2017, nos Estados Unidos, um estudo realizado com gestantes com mais de 24 semanas de gestação, mostrou um menor escore no domínio psicológico dentre as mulheres que não planejaram a gestação (GARIEPY et al., 2017). Há evidências de que a gestação não planejada está diretamente relacionada às condições socioeconômicas, à vida familiar e conjugal e aos aspectos biopsicossociais. Mesmo quando tem acesso aos métodos contraceptivos, há lacunas caracterizada pela falta de conhecimento por parte delas (KORNIDES et al., 2015). A ausência do planejamento da gestação pode refletir na sua descoberta tardia e no início tardio do pré-natal. Logo, interfere no reconhecimento oportuno de fatores de risco gestacionais por parte dos serviços de saúde (BAI et al., 2018b).

Em estudo transversal com o instrumento *Quality of Life Index* (QLI), que in-

cluiu 104 grávidas atendidas no ambulatório de pré-natal de alto risco em um hospital público em 2017, foi constatado que a ausência de um parceiro fixo foi diretamente associada à baixa qualidade de vida em gestantes de alto risco, ou seja aquelas que apresentavam algum tipo de disfunção como hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo, obesidade, dentre outras (TROMBETTA; TRAEBERT; NUNES, 2018). Sabe-se que o estado conjugal pode contribuir para a redução da ocorrência de gestações não planejadas e morbimortalidade materna e fetal (CASTRO et al., 2019).

As mudanças fisiológicas, metabólicas e corporais durante a gestação estão associadas ao aumento dos sintomas comuns. A maior presença de sintomas comuns da gestação está associada à pior qualidade de vida (BSC; FRCOG; FRANZCOG, 1999). Estes sintomas em conjunto com a desigualdade de gênero, podem interferir no trabalho dessas gestantes e levar a uma menor renda, maior estresse e instabilidade de emprego (LAGADEC et al., 2018; FRICK; FRIZZO, 2018). Entre gestantes acompanhadas em Unidades Básicas de Saúde em Cuité (PB) em 2014, foi identificado que a maioria referiu insatisfação com sua qualidade de vida, sendo a lombalgia a principal queixa associada a pior qualidade de vida (BRITO et al., 2014).

A atividade física está associada a maior qualidade de vida na gestação (ROECKER, 2019; CHIARELLO; DIAS, 2020). Gestantes com elevado gasto energético associado à atividade vigorosa, bem como à atividade ocupacional e ao esporte/atividade de exercício apresentaram maiores escores de qualidade de vida no SF-36 (KRZEPOTA; SADOWSKA; BIERNAT, 2018). Mulheres que se exercitaram durante a gestação sofreram uma diminuição menos acentuada na qualidade de vida, e apresentaram menor risco de depressão pós-parto (RODRÍGUEZ-BLANQUE et al., 2020). Níveis insuficientes de atividade física são mais comuns entre as gestantes com: menor idade, maior escolaridade, maior paridade, e que referem fadiga ou desconfortos na gestação (DUMITH et al., 2012; HARRISON et al., 2018). Além disso, as gestantes gastam mais tempo em atividades domésticas que, apesar de exigirem esforço físico, não apresentam os mesmos benefícios da prática de atividade física como lazer (FAZZI et al., 2017; CRAFT; CARROLL; LUSTYK, 2014). Intervenções relacionadas à atividade física e à alimentação colaboram para um menor ganho de peso durante

a gestação (GADELHA et al., 2020), e da menor ocorrência de diabetes mellitus gestacional (PREGNANCY; GROUP, 2017). O alongamento dos músculos e a prática de atividades físicas auxiliam na redução das dores lombares, na prevenção de lesões ou aumento na dor existente, e no controle do ganho excessivo de peso, que pode estar associado à qualidade de vida (MANN et al., 2017).

Desta forma, destaca-se a importância de determinantes demográficos, socioeconômicos e obstétricos sobre a qualidade de vida na gestação. Alguns dos estudos mencionados foram realizados com estratificação da população como gestantes de alto risco (GADELHA et al., 2020; RATO, 1998), gestantes com morbidade (DALFRÀ et al., 2012; PANTZARTZIS et al., 2019), sendo o SF-36 (SANTOS; CARDOSO, 2010; AKINWANDE et al., 2015; MCKEE et al., 2001) e *Quality of Life Index* (QLI) (TROMBETTA; TRAEBERT; NUNES, 2018; ABREU; BRANDÃO; TORRES, 2019) os instrumentos mais recorrentes. Entretanto, a maior parte dos estudos restringiu o nível de risco gestacional, e poucos estudos usaram o WHOQOL-BREF em gestantes, pois este instrumento avalia de um ponto de vista transcultural, que permite a comparação com outras populações ou com a mesma mulher após a gestação.

2.4 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

As políticas públicas de saúde com foco na população materno-infantil têm como prioridade a atenção integral às mulheres na gestação e às crianças nos primeiros anos de vida, com objetivo de garantir de assistência à saúde para ambas, além de promover estratégias para prevenção e redução da mortalidade materno-infantil (FRANK et al., 2016).

Durante a evolução da discussão conceitual sobre promoção da saúde, no Brasil, destacam-se o movimento da Reforma Sanitária, e a promulgação da Constituição Federal em 1988 que definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, que foram diretrizes para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde definiu no mesmo ano uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com objetivo de elaborar um componente da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Outro marco importante para saúde e atenção básica, foi a Declaração de

Alma-Ata (BRASIL, 2001) nos anos 2000, que propôs ações para diminuir as diferenças econômicas e sociais reduzindo-se a lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Naquele momento, chegou-se ao consenso que a promoção e proteção da saúde é essencial para um desenvolvimento econômico e social contínuo e, conseqüentemente, condição de melhoria da qualidade de vida e da paz mundial. A rogativa da Alma-Ata foi um marco primordial para a ação de outras iniciativas (BRASIL, 2001).

Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ONU, 2000), uma iniciativa global assumida no ano de 2000 pelos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), apresentou oito objetivos, sendo um específico para a melhoria da saúde das gestantes e outro sobre a igualdade de gênero e valorização da mulher. Esta iniciativa, foi precursora do atual Programa Rede Cegonha, cuja finalidade objetiva é garantir à mulher o direito à atenção humanizada à gestação, ao parto com nascimento seguro, ao puerpério e ao desenvolvimento e crescimento saudável da criança e ao planejamento familiar (BRASIL, 2011b), fundamentado nos princípios da humanização e assistência do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde foi aprovada, por meio da Portaria 687 (BRASIL, 2006). Com isso, houve a ampliação do conceito de saúde, para a constituição de novos conhecimentos e práticas para a promoção, do reconhecimento da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia médica, questões sociais e condições de vida e do foco exclusivo no risco individual aos processos de saúde-doença (MARCONDES, 2004).

O Ministério da Saúde, no âmbito da saúde da mulher e da criança, criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que engloba desde a adolescência até terceira idade, voltado para planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de mama e de colo de útero, ações no pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2000). Dentre outras iniciativas podem ser destacados o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que pretendia a redução das taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal (BRASIL, 2000); o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e a Agenda de compromissos para a saúde completa da

criança e redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2004).

No Paraná, em 2012, foi implantado o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), que teve como um dos seus objetivos a redução da mortalidade materno-infantil e a garantia do funcionamento da rede apoio em todo o Estado (PARANÁ, 2018). Após a efetivação da Rede Mãe Paranaense, observou-se redução na taxa de mortalidade infantil no Estado, de 23,6/mil nascidos vivos em 2012, para 21,4/mil em 2019 (SAÚDE, 2021).

Ao priorizar a atenção básica a partir do entendimento do processo saúde doença, surge a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com práticas de atenção à saúde para a prevenção de agravos dentro do SUS (OLIVEIRA et al., 2011) tendo como propósito atuar na melhoria da qualidade de vida é um dos propósitos da ESF. Na atenção primária, as práticas de educação em saúde para as gestantes devem ter como foco a qualificação e humanização do cuidado na atenção à mulher no Sistema único de Saúde (SUS), incluindo na atenção primária a Estratégia de Saúde da Família (COSTA; TAQUETTE, 2017).

Nesse sentido, destaca-se a importância da avaliação da qualidade de vida das gestantes como instrumento de gestão de cuidado. Dessa forma, pode-se ajudar a dimensionar e avaliar as ações de Promoção da Saúde em curso e que poderiam ser implantadas nas comunidades e nos programas de saúde (CASTRO; FRACOLLI, 2013), com potencial impacto na qualidade de vida das mulheres e crianças.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal parte do “Estudo das Condições de Vida e Saúde de Gestantes e Puérperas”, com gestantes em acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde do município de Colombo (PR).

A pesquisa avaliou diversos indicadores relacionados à gestação, assistência à saúde e as condições de vida de mulheres e seus filhos no Município de Colombo, Paraná (PR). O questionário foi dividido em 16 blocos, sendo estes: identificação da mulher, dados socioeconômicos, informações antropométricas, antecedentes obstétricos, sobre a gravidez atual, amamentação e introdução alimentar, comportamentos relacionados à saúde, saúde mental, percepção ambiente alimentar, qualidade de vida, rede social, apoio social, escala de auto eficácia, hábitos alimentares, segurança alimentar, atividade física e consumo de álcool.

3.2 CONTEXTO

A pesquisa foi realizada com gestantes que fizeram acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Colombo (exceto hospital de maternidade do município) de todos os níveis de atenção pré-natal.

O município de Colombo é localizado na região metropolitana de Curitiba, com população em 2020 estimada em 246.540 habitantes (PARANÁ, 2021). A atenção primária à saúde, em 2016, possuía uma cobertura de 0,85, e em agosto de 2017 o município tinha 18 (75%) Unidades de Saúde da Família (USF), 5 (20,8%) Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 1 (4,2%) Unidade de Atenção Especializada denominada Saúde da Mulher. O município apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,73; 18,28% de pessoas com renda menor que meio salário mínimo e uma taxa de mortalidade infantil no ano de 2019 de 12,43 óbitos por mil nascidos vivos, que são piores em comparação com Curitiba (IDH: 0,823; 10,16% pessoas com renda menor que meio salário mínimo; 6,50 por mil nascidos vivos) (SAÚDE, 2021). Colombo tinha em 2018, 35 unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

3.3 TAMANHO DO ESTUDO

3.3.1 Amostra

Para estimativa da população de referência do estudo, a partir do SisPrenatal (Sistema de Acompanhamento das Gestantes), foram consideradas as gestantes que se vincularam ao SUS para realização da atenção pré-natal no ano de 2016 (n=3.807). Foram estimados cálculos amostrais preliminares, considerando prevalência de 50% do desfecho, margem de erro de 4 pontos percentuais, e nível de confiança de 95% e trinta por cento para perdas e recusas em estudos longitudinais, resultando em 676 gestantes a serem convidadas a participar do estudo. Durante a consolidação do trabalho de campo, observou-se presença de questionários incompletos para algumas variáveis e, de forma a aumentar o poder do estudo, mais 58 (11,3%) gestantes foram selecionadas para participar do estudo, resultando em 734 gestantes.

Para o cálculo da amostra foi utilizado o software OpenEpi. A distribuição da amostra ocorreu de modo proporcional ao número de gestantes cadastradas em cada unidade de saúde.

3.4 PARTICIPANTES

3.4.1 Critérios para elegibilidade

Para participar da pesquisa, foram consideradas elegíveis as gestantes que fizeram o acompanhamento pré-natal no SUS e eram residentes em Colombo, Paraná. As entrevistas ocorreram entre março de 2018 a setembro de 2019.

3.4.2 Seleção das participantes

As pesquisadoras entraram em contato com todas as unidades de saúde (US) do município e verificaram o cronograma de consultas de pré natal estabelecido pelo serviço de saúde.

Todas as gestantes foram verbalmente convidadas de modo consecutivo enquanto aguardavam a consulta de pré-natal para participar da pesquisa, até que se esgotasse o número amostral previsto para aquela US.

3.5 FONTES DE DADOS E VARIÁVEIS

3.5.1 Coleta de dados

Foi aplicado um pré-teste do questionário em 10 gestantes em uma das Unidades de Saúde (US), a fim de avaliar a compreensão e fluidez da entrevista. Com isso, foi alterada a ordem dos blocos de perguntas, reduzindo o tempo médio de resposta. O estudo piloto ocorreu com todas as etapas da pesquisa. As respondentes da fase de pré-teste, teste e estudo piloto não compuseram a amostra desta pesquisa.

Por meio de entrevista, foi aplicado um questionário às participantes. Este questionário continha dados demográficos (idade em anos, situação conjugal, escolaridade em anos, cor/raça autodeclarada), dados socioeconômicos (ocupação, atividade remunerada, renda familiar), estado nutricional (peso atual, peso pré gestacional, altura), antecedentes obstétricos (número de gestações, trimestre gestacional), sintomas comuns na gestação, morbidade autorreferida e qualidade de vida. O instrumento autoaplicado era formado por questões relativas ao consumo de frutas frescas: frequência semanal de consumo (número de dias); insegurança alimentar, frequência semanal consumo de álcool e tabagismo. Este questionário encontra-se no Apêndice 1.

3.5.2 Qualidade de vida

Para medir a qualidade de vida, foi utilizado o módulo WHOQOL-BREF que é constituído de 26 perguntas (WHO GROUP, 1998). Cada resposta segue uma pontuação na escala de Likert - que varia entre 1 e 5, e que quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida.

O WHOQOL-BREF foi composto pelos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Quadro 3.1) (WHO GROUP, 1998). Este questionário localiza-se no Apêndice 1.

Quadro 3.1 – Domínios e facetas do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF).

Domínios	Questões
Físico	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade para o trabalho
Psicológico	Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória e concentração Autoestima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Relações Sociais	Relações pessoais Suporte (apoio) social Atividade sexual
Meio ambiente	Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação em oportunidades de recreação/lazer Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) Transporte

Fonte: The WHOQOL Group (1998).

A versão brasileira foi aplicada no Hospital das Clínicas de Porto Alegre com 300 indivíduos com diferentes doenças, que apresentou uma boa consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste. Este instrumento, mostrou-se uma alternativa útil para a aplicabilidade como em estudos epidemiológicos e/ou com uso de múltiplos instrumentos de avaliação (FLECK et al., 2000).

3.5.3 Atividade Física

Para avaliar a atividade física, foi aplicado o módulo *Pregnancy Physical Activity Questionnaire* (PPAQ) (SILVA et al., 2015). Em sua versão adaptada para o portu-

guês do Brasil, compreende em 33 questões. A pontuação segue a escala de Likert, que posteriormente estima-se a intensidade de gasto energético (MET), sendo classificada em: sedentária (<1,5 METs), leve (1,5–3,0 METs), moderada (3,0–6,0 METs) ou vigorosa (> 6,0 METs). Quanto maior a pontuação, maior a prática de atividade física. Este questionário localiza-se no Apêndice 1.

O PPAQ tem como objetivo relatar o tempo que as gestantes passaram no desenvolvimento de suas atividades de rotina, incluindo 5 domínios: atividade doméstica (13 atividades), ocupacional (5 atividades), exercícios (8 atividades), locomoção (3 atividades) e sedentarismo (3 atividades).

A versão validada brasileira, foi realizada com 305 mulheres entre 16 e 40 anos com gestação de baixo risco de unidades básicas de saúde de Fortaleza, Brasil, entre novembro de 2006 a dezembro de 2007. Os resultados obtidos validaram a versão brasileira, e um instrumento útil para futuras políticas públicas voltadas para a saúde da mãe-bebê (SILVA et al., 2015).

3.5.4 Variáveis

Como variáveis de exposição foram selecionadas: idade; cor/raça autodeclarada; escolaridade; renda familiar per capita; trabalho remunerado; número de gestações; gestação planejada; trimestre gestacional; sintomas comuns na gestação (enjoo, vômito, constipação, refluxo e azia); morbidade autorreferida (infecção urinária, diabetes, hipertensão, anemia, pré-eclâmpsia e eclâmpsia) foram categorizadas conforme mostra o Quadro 3.2.

As variáveis foram agrupadas por similaridade sendo: 1) demográficas: idade, cor/ raça autodeclarada; 2) socioeconômicas: escolaridade, renda familiar per capita, e o trabalho remunerado; 3) obstétricas: número de gestações, gestação planejada, e o trimestre gestacional e 4) condições de saúde: sintomas comuns na gestação e a morbidade autorreferida (Quadro 3.2).

Quadro 3.2 – Quadro com descrição das variáveis e categorizações

Variável	Categorização	Classificação
Demográficas		
Idade	até 19 anos	Categórica ordinal
	20-29 anos	
	30 anos ou mais	
Cor/raça autodeclarada	Branco/amarela	Categórica dicotômica
	Preto/parda	
Socioeconômicas		
Escolaridade	0 a 7 anos	Categórica ordinal
	8-10 anos	
	11 anos ou mais	
Renda familiar per capita tercil	R\$ 0-475	Categórica ordinal
	R\$ 476-750	
	R\$ 751-3.000	
Trabalho remunerado	Não	Categórica dicotômica
	Sim	
Obstétricas		
Número de gestações	1 ^a gestação	Categórica ordinal
	2 ^a gestação	
	3 ^a ou mais	
Gestação planejada	Não	Categórica dicotômica
	Sim	
Trimestre gestacional	0-13 semanas	Categórica ordinal
	14 - 26 semanas	
	27 ou mais semanas	
Condições de saúde		
Sintomas comuns na gestação	Não	Categórica dicotômica
	Sim	
Morbidade autorreferida	Nenhuma	Categórica ordinal
	Diagnóstico prévio	
	Na gestação	

Fonte: O autor (2021).

Para a análise considerando a atividade física como exposição principal as covariáveis de exposição foram agrupadas por similaridades: 1) demográficas: idade, cor/ raça autodeclarada; 2) socioeconômicas: escolaridade, renda familiar per capita, e presença de companheiro; 3) obstétricas: idade gestacional e número de gestações. As variáveis foram tratadas como contínuas e categóricas de acordo com a coleta (Quadro 3.3).

Quadro 3.3 – Quadro com descrição das variáveis e categorizações

Variável	Categorização	Classificação
Demográficas		
Idade	Anos	Contínua
Cor/raça autodeclarada	Branco/amarela	Categórica dicotômica
	Preto/parda	
Socioeconômicas		
Escolaridade	Anos	Contínua
Renda familiar per capita tercil	Em reais	Contínua
Presença de companheiro	Não	Categórica dicotômica
	Sim	
Obstétricas		
Idade gestacional	Semanas	Contínua
Paridade	Número de gestações	Contínua

Fonte: O autor (2021).

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise descritiva, foram utilizadas medidas descritivas como: medidas de posição (média e mediana), medidas de dispersão (desvio padrão, amplitude), quartis e porcentagens.

Para verificar a estrutura de correlação, foram utilizados a correlação de Pearson, para variáveis quantitativas, e a correlação de Spearman, para variáveis ordinais.

Os resultados da avaliação da qualidade de vida para cada domínio foram transformados em uma escala linear de 0 a 1. Foram calculadas a distribuição de frequência, medidas de tendência central e dispersão. Para a comparação dos domínios da qualidade de vida e para variáveis, foram construídos modelos de regressão beta inflado pertencentes aos modelos generalizados aditivos para locação, escala

e forma (GAMLSS) (RIGBY; STASINOPOULOS, 2005). Este modelo é definido, de forma geral pela Equação 3.1:

$$y|x \sim D(\mu_x, \sigma_x, \nu_x, \tau_x) \quad (3.1)$$

em que,

$$g_1(\mu_x) = \beta_{10} + \beta_{11}x_1 + \dots + \beta_{1,j_1}x_{j_1} + \dots + s_{j_1+1}(x_{j_1+1}) + \dots + s_{r_1}(x_{r_1})$$

$$g_2(\sigma_x) = \beta_{20} + \beta_{21}x_1 + \dots + \beta_{2,j_2}x_{j_2} + \dots + s_{j_2+1}(x_{j_2+1}) + \dots + s_{r_2}(x_{r_2})$$

$$g_3(\nu_x) = \beta_{30} + \beta_{31}x_1 + \dots + \beta_{3,j_3}x_{j_3} + \dots + s_{j_3+1}(x_{j_3+1}) + \dots + s_{r_3}(x_{r_3})$$

$$g_4(\tau_x) = \beta_{40} + \beta_{41}x_1 + \dots + \beta_{4,j_4}x_{j_4} + \dots + s_{j_4+1}(x_{j_4+1}) + \dots + s_{r_4}(x_{r_4})$$

em que $D(\mu_x, \sigma_x, \nu_x, \tau_x)$ é uma distribuição de quatro parâmetros e ν_x e τ_x são parâmetros de forma.

Adotou-se a função de ligação *logit*, em que o exponencial dos parâmetros é interpretado em termos de *odds ratio* (OR). Um OR <1 indica qualidade de vida inferior e um OR > 1 representa melhor qualidade de vida.

Para o modelo, inicialmente foram introduzidas as variáveis demográficas, depois as socioeconômicas, posteriormente as obstétricas, e por último as condições de saúde (Figura 1). Foram incluídas no modelo as variáveis explicativas com valor de $p \leq 0,20$. A colinearidade foi testada entre as variáveis por meio do fator de inflação da variância (VIF), que avalia o quanto a variância de um coeficiente de regressão estimado aumenta quando os preditores são correlacionados (AKINWANDE et al., 2015), e não apresentaram alta correlação. As variáveis com valor de $p < 0,05$ permaneceram no modelo final. O ajuste do modelo foi avaliado por meio de gráficos de resíduos de quantis, gráficos QQ (quantil quantil).

Para as análises e para o tratamento dos dados, foi utilizado o *software* livre R (TEAM et al., Version 3.6.3, 2020) de computação estatística com auxílio dos pacotes: *gamlss*, *ggplot2*, *tidyr* e *reshape2*.

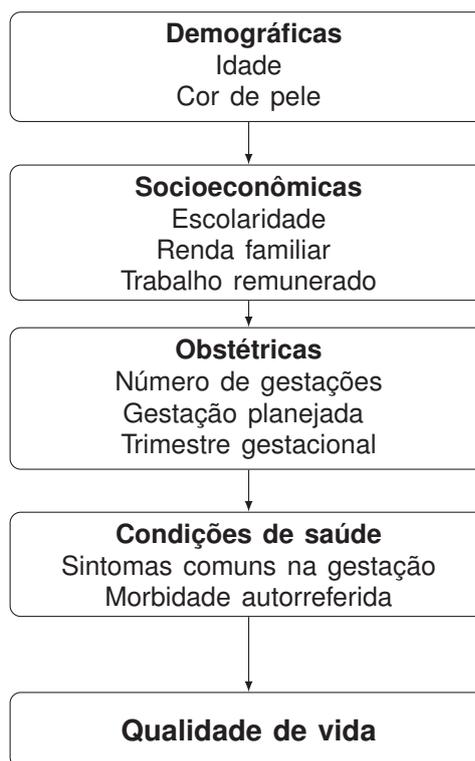


Figura 1 – Modelo operacional da associação das variáveis investigadas e qualidade de vida em gestantes das Unidades de Saúde de Colombo (PR).

3.6.1 Atividade física

Para verificar a associação entre os domínios da qualidade de vida e os domínios da atividade física, foram construídos modelos de regressão beta inflado pertencentes aos modelos generalizados aditivos para locação, escala e forma (GAMLSS) (RIGBY; STASINOPOULOS, 2005).

Para o modelo, como desfecho foi considerado cada domínio da qualidade de vida. Inicialmente foram introduzidos cada um os domínios da atividade física e atividade física global. Depois foram incluídas as variáveis demográficas, em seguida as sociodemográficas e por último as obstétricas. Todas as covariáveis foram mantidas nos modelos para a comparação entre os domínios. Foram considerados para análises dados completos. O ajuste do modelo foi avaliado por meio de gráficos de resíduos de quantis e gráficos QQ (quantil quantil).

Para as análises e para o tratamento dos dados, foi utilizado o software livre R (TEAM et al., Version 3.6.3, 2020) de computação estatística com auxílio dos pacotes: *gamlss*, *ggplot2*, *tidyr*, *reshape2*, *gridExtra*.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Cada gestante foi informada sobre a pesquisa e aquelas que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (maiores de 18 anos ou menores de 18 anos emancipados). Para as gestantes com menos de 18 anos foi passado o termo de assentimento livre e esclarecido (TALE). As condutas éticas indicadas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidas em todas as partes da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), conforme o parecer número 2405347 no dia 29/11/2017.

3.8 APOIO FINANCEIRO

O projeto contou com apoio de bolsa do Programa de Iniciação Científica (04), e de duas alunas participantes do projeto receberam bolsa de mestrado acadêmico do Programa de Pós- Graduação em Alimentação e Nutrição (PPGAN). O projeto contou com apoio financeiro via recursos PROAPE da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior CAPES/Ministério da Educação - Código de Financiamento 001, para os PPGAN e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC).

Parte deste trabalho foi financiado com recursos próprios das pesquisadoras, as quais adquiriram material de papelaria (crachás, sulfites, pranchetas, canetas, pastas com elástico, pasta sanfonada, plásticos para folhas tamanho A4, notas autoadesivas, fitas adesivas, e arquivos mortos). A coleta de dados foi viabilizada por meio da participação do Setor de Transportes da UFPR e forneceu espaço físico e equipamentos para digitação dos dados além de impressão parcial dos instrumentos de coleta de dados.

3.9 DEVOLUTIVAS AS PARTICIPANTES E AO MUNICÍPIO

Após as entrevistas, foram entregues para as gestantes orientações nutricionais em formato de folder. Os resultados parciais da pesquisa foram encaminhados para a Secretaria Municipal de Saúde de Colombo.

4 RESULTADOS

4.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Ao final da coleta, houve 130 recusas (idade média 26,6; IC95% 25,7; 27,5), totalizando 604 gestantes entrevistadas (idade média 26,0; IC95% 25,5; 26,4). A proporção de resposta dos questionários foi de 82,3%.

Verificou-se que 62,2% das gestantes tinham idade entre 20 e 29 anos e 33,4% renda familiar per capita entre R\$ 0 a R\$ 475. Estas mulheres estavam em sua primeira gestação (41,2%), não planejaram a gestação (66,4%) e não referiram morbidade (71,5%) (Tabela 1).

Para a qualidade de vida, os escores médios observados para os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente foram de 65,3, 69,6, 71,3 e 64,7 respectivamente, e desvio padrão de 18,2, 17,4, 20,9 e 16,1 respectivamente. Os quatro domínios apresentaram a pontuação máxima de 100, enquanto a pontuação mínima foi de 7, 8, 0, 9, nessa ordem. O domínio de relações sociais apresentou o maior escore, enquanto o domínio de meio ambiente o menor (Figura 2).

4.2 ANÁLISES DE ASSOCIAÇÃO

Para o modelo final, as variáveis que permaneceram no domínio físico foram o maior número de gestações, terceiro trimestre gestacional, ter sintomas comuns na gestação e morbidade autorreferida (Tabela 2). As variáveis maior escolaridade, maior número de gestações, ter gestação planejada, os sintomas comuns na gestação e a morbidade durante a gestação permaneceram no domínio psicológico (Tabela 3).

No domínio relações sociais, a maior renda familiar per capita que permaneceu no modelo final (Tabela 4) e no domínio meio ambiente, além da maior renda familiar per capita, a maior paridade foi significativa (Tabela 5).

Menores escores para o domínio físico foram associados ao maior número de gestações, o terceiro trimestre gestacional, referir sintoma comum à gestação e morbidade durante a gestação (Tabela 2).

Tabela 1 – Análise descritiva segundo características socioeconômicas, obstétricas e condições de saúde de gestantes em acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde, Colombo (PR), 2018-2019 (n=604).

Variáveis	Categoria	n (%)
Demográficas		
Idade	Até 19 anos	99 (16,4)
	20-29 anos	376 (62,2)
	30 anos ou mais	129 (21,4)
Cor/raça autodeclarada	Branca/amarela	329 (54,4)
	Parda/preta	275 (45,6)
Socioeconômicas		
Escolaridade ^a	0-7 anos	108 (17,9)
	8-10 anos	229 (38,1)
	11 anos ou mais	264 (44,0)
Renda familiar per capita tercil ^b	R\$ 0-475	182 (33,4)
	R\$ 476-750	183 (33,5)
	R\$ 751-3.000	181 (33,1)
Trabalho remunerado ^c	Não	358 (59,5)
	Sim	244 (40,5)
Obstétricas		
Número de gestações ^d	1 ^a gestação	240 (41,2)
	2 ^a gestação	183 (31,4)
	3 ^a ou mais	160 (27,4)
Gestação planejada ^e	Não	395 (66,4)
	Sim	200 (33,6)
Trimestre gestacional	0-13 semanas	97 (16,0)
	14-26 semanas	206 (34,2)
	27 ou mais semanas	301 (49,8)
Condições de saúde		
Sintomas na gestação	Não	113 (18,7)
	Sim	491 (81,3)
Morbidade autorreferida ^f	Nenhuma	422 (71,5)
	Diagnóstico prévio	22 (3,7)
	Na gestação	147 (24,8)

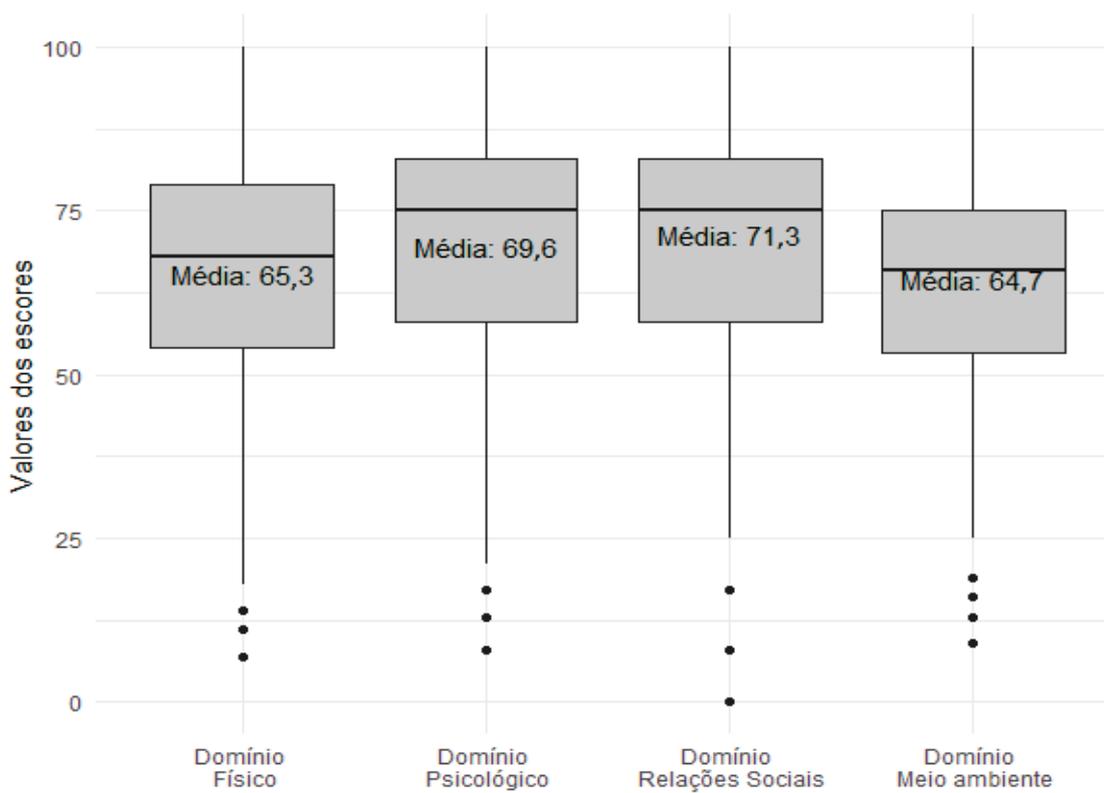
Dados faltantes: ^a 3; ^b 58; ^c 2; ^d 21; ^e 9; ^f 13

Fonte: O autor (2021).

A gestação planejada foi associada a maiores escores no domínio psicológico, enquanto o maior número de sintomas comuns na gestação e ter morbidade foram relacionados a piores escores. Mulheres que apresentaram mais anos de estudo apresentaram maiores escores enquanto com o aumento de gestações, o escore diminuiu (Tabela 3).

Para o domínio relações sociais, gestantes com maior renda familiar per capita

Figura 2 – Distribuição dos escores dos domínios da qualidade de vida de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (n=570).



Fonte: O autor (2021).

(R\$751-3.000) foram associadas a melhores escores de qualidade de vida (Tabela 4).

Gestantes com maior paridade apresentaram menores escores para o domínio de meio ambiente, enquanto mulheres com renda entre R\$ 476-750 apresentaram maiores escores (Tabela 5).

Para a verificação dos ajustes dos modelos, a partir do gráfico *Against fitted value*, notou-se uma dispersão aleatória; no gráfico *Against index* que demonstra que os resíduos são independentes devido a ausência de tendência. A distribuição dos resíduos no gráfico *Density estimate* e *Normal Q-Q Plot*, indicaram apresentar normalidade. Os gráficos mencionados encontram-se no Apêndice 2.

Tabela 2 – Análise bruta e ajustada por meio da regressão beta inflacionada para o domínio físico da qualidade de vida, de acordo com variáveis para gestantes das Unidades Básicas de Saúde, Colombo (PR), 2018-2019 (n=570).

Variáveis	Análise bruta OR (IC 95%)*	Domínio físico		
		p-valor**	Análise ajustada OR (IC 95%)*	p-valor**
Demográficas				
Idade		0,510		0,096 ^c
Até 19 anos	Ref ^a		Ref ^a	
20-29 anos	0,96 (0,79;1,16)		1,03 (0,85;1,26)	
30 anos ou mais	0,92 (0,74;1,15)		1,15 (0,90;1,47)	
Cor/raça autodeclarada		0,082		^b
Branca/amarela	Ref ^a		-	
Parda/preta	0,88 (0,76; 1,01)		-	
Socioeconômicas				
Escolaridade		0,121		^b
0-7 anos	Ref ^a		-	
8-10 anos	0,97 (0,79;1,19)		-	
11 anos ou mais	1,13 (0,92;1,38)		-	
Renda familiar per capita tercil		0,018		^b
R\$ 0-475	Ref ^a		-	
R\$ 476-750	1,21 (1,02;1,43)		-	
R\$ 751-3.000	1,20 (1,00;1,44)		-	
Trabalho remunerado		0,289		^b
Não	Ref ^a		-	
Sim	1,09 (0,94;1,26)		-	
Obstétricas				
Número de gestações		<0,001		0,001 ^d
1 ^a gestação	Ref ^a		Ref ^a	
2 ^a gestação	0,97 (0,82;1,15)		0,94 (0,80;1,10)	
3 ^a ou mais	0,73 (0,60;0,89)		0,71 (0,59;0,84)	
Gestação planejada		0,861		^b
Não	Ref ^a		-	
Sim	0,97 (0,84;1,12)		-	
Trimestre semestral		<0,001		<0,001 ^d
0-13 semanas	Ref ^a		Ref ^a	
14-26 semanas	0,88 (0,72;1,08)		0,91 (0,74;1,11)	
27 ou mais semanas	0,73 (0,60;0,88)		0,74 (0,61;0,89)	
Condições de saúde				
Sintomas comuns na gestação		<0,001		<0,001 ^e
Não	Ref ^a		Ref ^a	
Sim	0,80 (0,67;0,95)		0,80 (0,67;0,96)	
Morbidade autorreferida		<0,001		<0,001 ^e
Nenhuma	Ref ^a		Ref ^a	
Diagnóstico prévio	0,73 (0,47;1,14)		0,72 (0,46;1,14)	
Na gestação	0,69 (0,58;0,81)		0,67 (0,57;0,79)	

*Odds ratio com intervalo de confiança de 95% **Teste de Wald.

^a Categoria de referência; ^b Variável não incluída na análise ajustada;

^c Ajustado para variáveis demográficas; ^d Ajustado para variáveis demográficas e obstétricas;

^e Ajustado para variáveis demográficas, obstétricas e condições de saúde.

Fonte: O autor (2021).

Tabela 3 – Análise bruta e ajustada por meio da regressão beta inflacionada para o domínio psicológico da qualidade de vida, de acordo com variáveis para gestantes das Unidades Básicas de Saúde, Colombo (PR), 2018-2019 (n=570).

Variáveis	Análise bruta OR (IC 95%)*	Domínio psicológico		
		p-valor**	Análise ajustada OR (IC 95%)* p-valor**	
Demográficas				
Idade		0,555		0,593 ^c
Até 19 anos	Ref ^a		Ref ^a	
20-29 anos	1,07 (0,89;1,30)		1,12 (0,92;1,36)	
30 anos ou mais	1,08 (0,86;1,34)		1,20 (0,94;1,52)	
Cor/raça autodeclarada		0,723		^b
Branca/amarela	Ref ^a		-	
Parda/preta	1,02 (0,89;1,17)		-	
Socioeconômicas				
Escolaridade		0,023		0,021 ^d
0-7 anos	Ref ^a		Ref ^a	
8-10 anos	1,04 (0,85;1,26)		1,02 (0,84;1,23)	
11 anos ou mais	1,22 (1,00;1,48)		1,17 (0,97;1,41)	
Renda familiar per capita tercil		0,024		^b
R\$ 0-475	Ref ^a		-	
R\$ 476-750	1,22 (1,03;1,44)		-	
R\$ 751-3.000	1,21 (1,01;1,44)		-	
Trabalho remunerado		0,955		^b
Não	Ref ^a		-	
Sim	0,99 (0,86;1,15)		-	
Obstétricas				
Número de gestações		0,018		0,013 ^e
1 ^a gestação	Ref ^a		Ref ^a	
2 ^a gestação	0,89 (0,76;1,04)		0,92 (0,78;1,07)	
3 ^a ou mais	0,78 (0,64;0,95)		0,78 (0,64;0,95)	
Gestação planejada		0,017		<0,001 ^e
Não	Ref ^a		Ref ^a	
Sim	1,19 (1,03;1,37)		1,20 (1,04;1,37)	
Trimestre semestral		0,319		^b
0-13 semanas	Ref ^a		-	
14-26 semanas	1,10 (0,89;1,36)		-	
27 ou mais semanas	0,95 (0,78;1,17)		-	
Condições de saúde				
Sintomas comuns na gestação		<0,001		<0,001 ^f
Não	Ref ^a		Ref ^a	
Sim	0,77 (0,63;0,92)		0,75 (0,63;0,89)	
Morbidade autorreferida		<0,001		<0,001 ^f
Nenhuma	Ref ^a		Ref ^a	
Diagnóstico prévio	0,81 (0,49;1,32)		0,86 (0,58;1,28)	
Na gestação	0,82 (0,70;0,95)		0,82 (0,70;0,95)	

*Odds ratio com intervalo de confiança de 95% **Teste de Wald.

^a Categoria de referência; ^b Variável não incluída na análise ajustada;

^c Ajustado para variáveis demográficas; ^d Ajustado para variáveis demográficas e socioeconômicas;

^e Ajustado para variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas; ^f Ajustado para variáveis demográficas, socioeconômicas, obstétricas e condições de saúde.

Fonte: O autor (2021).

Tabela 4 – Análise bruta e ajustada por meio da regressão beta inflacionada para o domínio relações da qualidade de vida, de acordo com variáveis para gestantes das Unidades Básicas de Saúde, Colombo (PR), 2018-2019 (n=570).

Variáveis	Domínio relações sociais			
	Análise bruta OR (IC 95%)*	p-valor**	Análise ajustada OR (IC 95%)*	p-valor**
Demográficas				
Idade		0,961		0,829 ^c
Até 19 anos	Ref ^a		Ref ^a	
20-29 anos	1,07 (0,85;1,35)		1,07 (0,85;1,35)	
30 anos ou mais	1,02 (0,79;1,32)		1,01 (0,78;1,30)	
Cor/raça autodeclarada		0,163		<i>b</i>
Branca/amarela	Ref ^a		-	
Parda/preta	0,98 (0,85;1,14)		-	
Socioeconômicas				
Escolaridade		0,783		<i>b</i>
0-7 anos	Ref ^a		-	
8-10 anos	1,02 (0,83;1,29)		-	
11 anos ou mais	1,09 (0,88;1,34)		-	
Renda familiar per capita tercil		0,089		0,031 ^d
R\$ 0-475	Ref ^a		Ref ^a	
R\$ 476-750	1,07 (0,90;1,29)		1,14 (0,96;1,34)	
R\$ 751-3.000	1,17 (0,97;1,41)		1,22 (1,03;1,45)	
Trabalho remunerado		0,124		<i>b</i>
Não	Ref ^a		-	
Sim	1,05 (0,90;1,22)		-	
Obstétricas				
Número de gestações		0,803		<i>b</i>
1 ^a gestação	Ref ^a		-	
2 ^a gestação	0,87 (0,72;1,04)		-	
3 ^a ou mais	0,88 (0,72;1,07)		-	
Gestação planejada		0,365		<i>b</i>
Não	Ref ^a		-	
Sim	1,09 (0,93;1,28)		-	
Trimestre semestral		0,870		
0-13 semanas	Ref ^a		-	<i>b</i>
14-26 semanas	1,06 (0,83;1,35)		-	
27 ou mais semanas	0,91 (0,72;1,15)		-	
Condições de saúde				
Sintomas comuns na gestação		0,354		<i>b</i>
Não	Ref ^a		-	
Sim	0,83 (0,69;0,99)		-	
Morbidade autorreferida		0,682		<i>b</i>
Nenhuma	Ref ^a		-	
Diagnóstico prévio	0,89 (0,65;1,22)		-	
Na gestação	0,85 (0,72;1,00)		-	

*Odds ratio com intervalo de confiança de 95% **Teste de Wald.

^a Categoria de referência; ^b Variável não incluída na análise ajustada;

^c Ajustado para variáveis demográficas; ^d Ajustado para variáveis demográficas e socioeconômicas.

Fonte: O autor (2021).

Tabela 5 – Análise bruta e ajustada por meio da regressão beta inflacionada para o domínio meio ambiente da qualidade de vida, de acordo com variáveis para gestantes das Unidades Básicas de Saúde, Colombo (PR), 2018-2019 (n=570).

Variáveis	Domínio meio ambiente			
	Análise bruta OR (IC 95%)*	p-valor**	Análise ajustada OR (IC 95%)*	p-valor**
Demográficas				
Idade		0,379		0,881 ^c
Até 19 anos	Ref ^a		Ref ^a	
20-29 anos	0,97 (0,80;1,18)		1,04 (0,85;1,25)	
30 anos ou mais	0,91 (0,73;1,14)		1,03 (0,81;1,30)	
Cor/raça autodeclarada		0,664		^b
Branca/amarela	Ref ^a		-	
Parda/preta	0,96 (0,85;1,09)		-	
Socioeconômicas				
Escolaridade		0,161		
0-7 anos	Ref ^a		-	
8-10 anos	0,90 (0,74;1,10)		-	
11 anos ou mais	1,07 (0,88;1,30)		-	
Renda familiar per capita tercil		0,023		0,017 ^d
R\$ 0-475	Ref ^a		Ref ^a	
R\$ 476-750	1,23 (1,05;1,43)		1,23 (1,05;1,43)	
R\$ 751-3.000	1,17 (0,99;1,38)		1,16 (0,99;1,36)	
Trabalho remunerado		0,372		^b
Não	Ref ^a		-	
Sim	0,94 (0,83;1,08)		-	
Obstétricas				
Número de gestações		0,015		0,016 ^e
1 ^a gestação	Ref ^a		Ref ^a	
2 ^a gestação	0,85 (0,73;0,99)		0,84 (0,72;0,98)	
3 ^a ou mais	0,80 (0,66;0,96)		0,81 (0,68;0,97)	
Gestação planejada		0,275		^b
Não	Ref ^a		-	
Sim	1,07 (0,94;1,22)		-	
Trimestre semestral		0,295		^b
0-13 semanas	Ref ^a		-	
14-26 semanas	0,97 (0,80;1,16)		-	
27 ou mais semanas	0,91 (0,77;1,09)		-	
Condições de saúde				
Sintomas comuns na gestação		0,870		^b
Não	Ref ^a		-	
Sim	1,00 (0,84;1,20)		-	
Morbidade autorreferida		0,402		^b
Nenhuma	Ref ^a		-	
Diagnóstico prévio	0,94 (0,60;1,48)		-	
Na gestação	0,92 (0,80;1,07)		-	

*Odds ratio com intervalo de confiança de 95% **Teste de Wald.

^a Categoria de referência; ^b Variável não incluída na análise ajustada;

^c Ajustado para variáveis demográficas; ^d Ajustado para variáveis demográficas e socioeconômicas;

^e Ajustado para variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas.

Fonte: O autor (2021).

4.3 ANÁLISE DESCRITIVA ATIVIDADE FÍSICA

Ao final da coleta, houve 130 recusas (idade média 26,6; IC95% 25,7; 27,5), totalizando 604 gestantes entrevistadas (idade média 26,0; IC95% 25,5; 26,4).

A proporção de resposta dos questionários foi de 82,3%, sendo que 505 mulheres apresentaram informações completas para as análises, com idade de 25,7 (IC95% 25,2; 26,3) anos, 80,5% tinham companheiro, e 24,6 ($\pm 9,4$) semanas de gestação. A atividade física global apresentou média de 17,1 \pm 10,0 METs. Os domínios de atividade doméstica (8,1 \pm 5,1 METs) e ocupacional (3,2 \pm 5,8 METs) representaram a maior parte da atividade física realizada pelas gestantes, enquanto a contribuição dos domínios exercício (0,9 \pm 1,7 METs) e locomoção (0,9 \pm 1,0 METs) foi menor (Tabela 6).

Tabela 6 – Análise descritiva segundo as variáveis de exposição e atividade física em gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR), 2018-2019 (n=505).

Variáveis	Categoria	Média (\pm DP)
Demográficas		
Idade (anos)	-	25,7 ($\pm 6,0$)
Cor/raça autodeclarada	Branca/amarela	278 (55,0)*
	Parda/preta	227 (45,0)*
Socioeconômicas		
Escolaridade (anos)	-	9,6 ($\pm 2,5$)
Renda familiar per capita	-	697,9 ($\pm 459,0$)
Companheiro	Sim	407 (80,5)*
	Não	98 (19,5)*
Obstétricas		
Idade gestacional (semanas)	-	24,9 ($\pm 9,4$)
Paridade (gestações)	-	2,0 ($\pm 1,2$)
Domínios atividade física		
Atividade doméstica e cuidado de outros	-	8,1 ($\pm 5,1$)
Ocupacional	-	3,2 ($\pm 5,8$)
Exercício	-	0,9 ($\pm 1,7$)
Locomoção	-	0,9 ($\pm 1,0$)
Sedentarismo	-	5,0 ($\pm 3,1$)
Total	-	17,1 ($\pm 10,0$)

DP: Desvio padrão *Frequência (%).

4.4 ANÁLISES DE ASSOCIAÇÃO ATIVIDADE FÍSICA

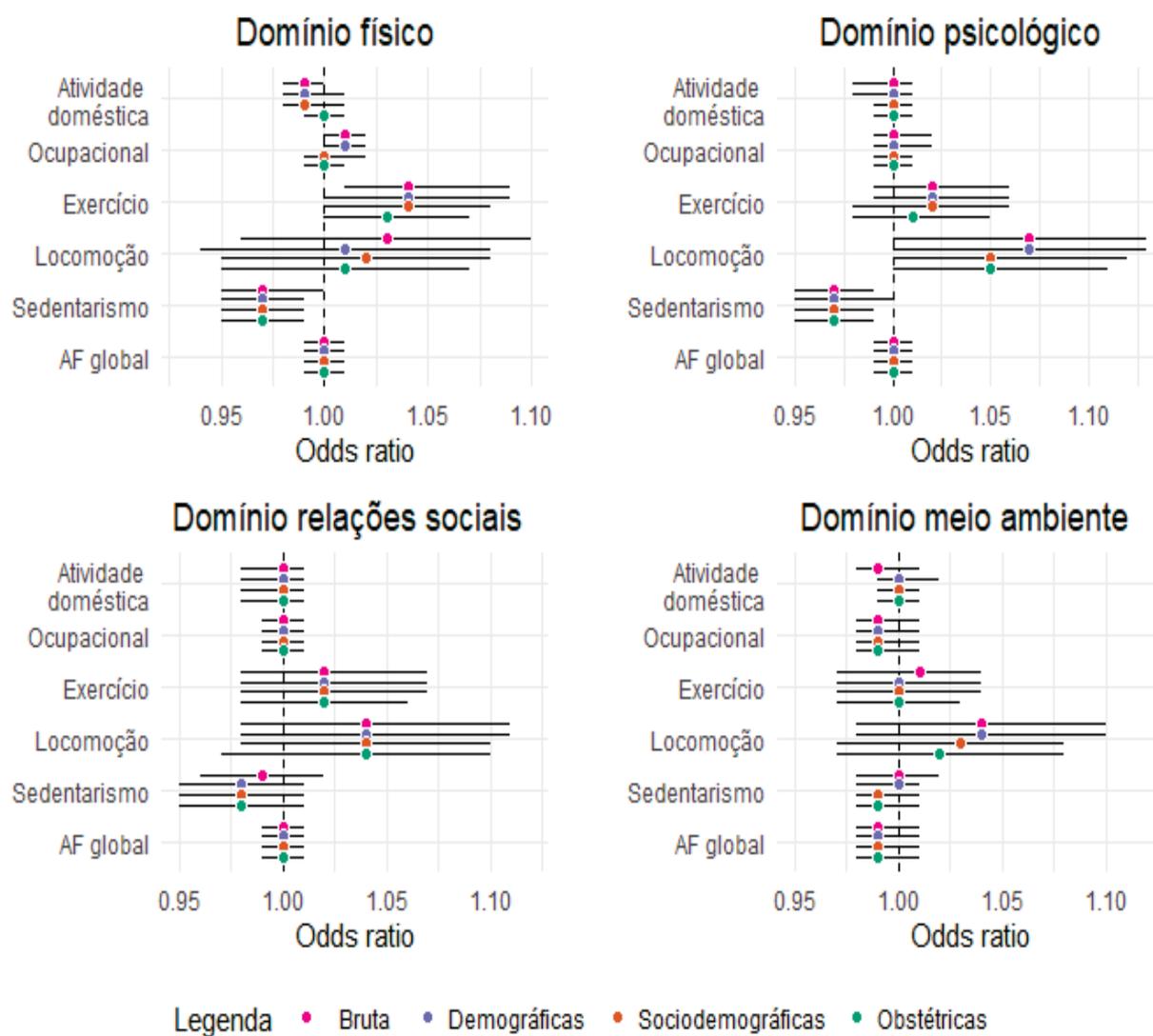
Não houve associação da atividade física global com os componentes da qualidade de vida, enquanto foram observadas associações significativas para os domínios. Gestantes com maior nível de prática de exercício físico apresentaram maiores escores de qualidade de vida no domínio físico (OR=1,03; IC95%1,00;1,07), enquanto o tempo em atividades sedentárias esteve associado a menores escores (OR= 0,97; IC95%0,95;0,99).

Atividades de locomoção foram associadas a maiores escores no domínio psicológico de qualidade de vida (OR=1,05; IC95%0,99;1,11), enquanto atividades sedentárias negativamente (OR=0,97; IC95%0,95;0,99). Na análise não ajustada, o domínio ocupacional foi associado a melhores escores no componente físico de qualidade de vida (OR=1,01; IC95%1,0;1,02). Contudo, a associação deixou de ser significativa após o ajuste para variáveis socioeconômicas.

Não foram identificadas associações significativas para os componentes das relações sociais e meio ambiente de qualidade de vida com nenhum domínio de atividade física (Figura 3).

A análise dos gráficos de ajuste dos modelos indicou que os resíduos foram considerados independentes, com dispersão aleatória, e distribuição normal, sendo o ajuste considerado adequado. Os gráficos mencionados encontram-se no Apêndice 2.

Figura 3 – Análise bruta e ajustada para os domínios da qualidade de vida, e atividade física global e por domínios, para as gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (n=505).



Fonte: O autor (2021).

5 DISCUSSÃO

Entre as gestantes em acompanhamento pré-natal em Colombo (PR), observou-se que a qualidade de vida esteve associada a fatores sociodemográficos como escolaridade e renda, obstétricos tais como número de gestações, gestação planejada e trimestre gestacional, e condições de saúde como sintomas comuns na gestação e morbidade autorreferida.

A associação entre últimos trimestres da gestação e piores escores de qualidade de vida no domínio físico é um achado frequente em outros estudos, como por exemplo, entre gestantes chinesas (LAU; YIN, 2011) e gestantes canadenses (COSTA et al., 2010). Com o avanço da gestação, sintomas como falta de sono, dores no corpo e indisposição são intensificados (OLSSON; LENA, 2004; SOMA-PILLAY et al., 2016), e estão associados a uma pior qualidade de vida no domínio físico relacionada a dor, desconforto, indisposição, sono e repouso (BAI et al., 2016). Nesse sentido, os grupos de promoção da atividade física na gestação representam uma alternativa, pois está associada a menor retenção de líquido, maior circulação sanguínea e reduz lombalgias (AUGUSTO et al., 2021).

A baixa escolaridade pode ser associada a precárias relações sociais, menor acesso à informação, menor renda e outros fatores (SAHRAKORPI et al., 2017); enquanto a maior escolaridade está associada a melhor percepção da saúde, à facilidade de acesso aos serviços da saúde, e maior acesso às informações facilitando a autogestão do cuidado em saúde (LIU et al., 2016). Gestantes com baixa escolaridade apresentaram menores escores no domínio psicológico de qualidade de vida. Resultados similares foram encontrados em estudos que empregaram o mesmo instrumento, e entre gestantes das unidades básicas de Diamantina (MG) (ANDRADE, 2020), e gestantes de clínicas ginecológicas de Beirut (Líbano) (MOURADY et al., 2017).

O planejamento da gestação esteve associado a maiores escores de qualidade de vida no domínio psicológico. Uma possível justificativa, é que planejar a gestação pode diminuir o efeito dos aspectos negativos decorrentes da preocupação com o planejamento das mudanças (GARIEPY et al., 2017; CALIKOGLU et al., 2018), dos gastos com filhos e as alterações dos padrões de sono podem acarretar (AL-

VES; BEZERRA, 2020; CARRETEIRO; FREIRE, 2006), visto que essas questões são abordadas no domínio psicológico do WHOQOL-BREF. Estes resultados destacam a importância de estratégias de planejamento contraceptivo no âmbito do SUS. O Ministério da Saúde incluiu a estratégia Rede Cegonha afim de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gestação, no parto, no puerpério e no abortamento, bem como à criança, o direito de nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011a).

Entre as gestantes avaliadas as condições de saúde se associaram de forma consistente com os domínios físico e psicológico da qualidade de vida, com piores escores para aquelas que referiram sintomas comuns e morbidades durante a gestação. Os sintomas como náuseas e vômitos afetam a saúde física e emocional (CHOU et al., 2006), e interferem negativamente nas relações familiares, sociais e ocupacionais (BAI et al., 2016). Resultados similares foram encontrados em estudos com gestantes checas (BALÍKOVÁ; BUŽGOVÁ, 2014) medido por meio do SF-36, e entre gestantes iranianas de centro de saúde governamentais por meio de entrevistas semiestruturadas (KAZEMI; NAHIDI; KARIMAN, 2017).

Por sua vez, as morbidades, além de afetarem a dimensão física da saúde, podem causar preocupação com o desenvolvimento do feto (ABBASZADEH; BAGHERY; MEHRAN, 2009; BACELAR et al., 2020), pois são consideradas fatores de risco para complicações, e modificam a classificação da estratificação de risco gestacional, o que demanda uma maior frequência de exames, consultas e tratamentos impactando na qualidade de vida das gestantes (BACELAR et al., 2020). Deve-se investir em ações educativas em grupos como um facilitador para a vivência gestacional daquelas que tenham morbidades, para proporcionar a troca de informações importantes e apoio durante a gestação (FARIAS et al., 2021).

Gestantes iranianas (ABBASZADEH; BAGHERY; MEHRAN, 2009), holandesas (BAI et al., 2018a) e colombianas de baixa renda (RAMÍREZ-VÉLEZ, 2011) demonstraram menores escores de qualidade vida, por meio do questionário Short Form-36. Em geral, mulheres com baixa renda apresentam maiores dificuldades de desenvolver atividades remuneradas. As atividades ocupacionais nesse grupo são caracte-

rizadas por maior desgaste físico, com vínculos mais precários, acrescidas da dupla jornada de trabalho, com atividades relacionadas ao cuidado dos filhos e do domicílio, o que pode levar a relações pessoais e sociais mais restritas e, conseqüentemente, menor qualidade de vida no domínio de relações sociais (CASTRO et al., 2019). A maior renda esteve associada a melhores escores de qualidade de vida no domínio das relações sociais entre as gestantes.

A multiparidade impacta no trabalho e na renda familiar e está associada a uma maior sobrecarga de cuidados domésticos e com pessoas, e a piores níveis de saúde mental (CHANG et al., 2014). Em 2019, as mulheres brasileiras não ocupadas no mercado de trabalho dedicavam 18,8 horas às atividades domésticas, sendo que 37% eram relacionadas ao cuidado de pessoas, e o tempo gasto com estas atividades aumentava com o número de filhos (BRASIL, 2018). Esses fatores podem estar associados ao domínio meio ambiente, visto que é a faceta que relaciona recursos financeiros e atividades de lazer (WHO GROUP, 1998). Mulheres indianas com baixo risco de gestação e sem doenças preexistentes (SINGH; KAUR; SINGH, 2015), e mulheres jordanianas saudáveis atendidas em instituições governamentais (ALZBOON; VURAL, 2019), com maior paridade apresentaram menores escores de qualidade de vida do instrumento SF-36 e, neste estudo, a paridade foi significativa para os domínios físico e meio ambiente.

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se que as mulheres que não realizaram o pré-natal não foram incluídas, e poucas relataram realizar o pré-natal em serviços privados concomitantemente ao atendimento no SUS, o que pode ter reduzido a heterogeneidade socioeconômica do estudo. Além disso, não foi aplicado um instrumento específico de qualidade de vida para gestantes. Contudo, isso permite comparar mulheres não gestantes e gestantes, ou as mesmas mulheres antes e após a gestação. Ainda, a inclusão de variáveis relacionadas à gestação, como trimestre, sintomas e paridade, permitiram contextualizar os resultados a partir de algumas das mudanças que ocorrem no ciclo gravídico.

No presente estudo, conclui-se que a qualidade de vida esteve associada a idade, escolaridade, renda familiar, número de gestações, trimestre gestacional, ges-

tação planejada, presença de sintomas comuns na gestação e morbidade autorreferida. Para futuros estudos, sugere-se avaliar o impacto da qualidade de vida nos desfechos materno-infantil com delineamentos longitudinais, e estudos qualitativos, para uma discussão aprofundada sobre questões socioeconômicas, como renda, escolaridade, sobrecarga doméstica entre outros.

Os resultados deste estudo demonstram a necessidade de investir em programas de atenção a mulher a fim de promover condições de acesso à saúde, e a garantia da mulher ao direito ao planejamento reprodutivo, e amplo acesso aos diferentes métodos contraceptivos. Além disso, políticas públicas que estimulem a igualdade de gênero, inclusão das mulheres no mercado de trabalho sem receio do impacto da gestação sobre seu trabalho, são importantes para modificar aspectos estruturais relacionados à qualidade de vida na gestação.

5.1 ATIVIDADE FÍSICA

Foram identificadas diferenças de acordo com domínios específicos de atividade física e os componentes físico e psicológico de qualidade de vida. Por outro lado, não foram observadas associações entre o tempo total despendido em atividades físicas e os componentes de qualidade de vida.

As gestantes que relataram maior gasto energético em atividades sedentárias apresentaram menores escores nos domínios físico e psicológico da qualidade de vida. O sedentarismo pode estar associado à posse de smartphones, maior renda e menor escolaridade (FLORINDO et al., 2009). Essas atividades interferem diretamente na saúde, e aumentam o risco de doenças cardiovasculares, obesidade e hipertensão (BANKOFF et al., 2017). Além disso, impactam no bem-estar e equilíbrio emocional, sendo o bem-estar físico relevante para lidar com situações que exigem esforço emocional como resolução de problemas (NETO; CASTRO, 2012). A implementação de grupos de atividades físicas às gestantes promove apoio e a troca de experiências entre as participantes, bem como estratégias de aprendizagem e satisfação durante a prática de exercícios físicos (AUGUSTO et al., 2021).

A prática de atividade física na gestação tem seus aspectos positivos como a

diminuição das dores lombares e pélvica (ROECKER, 2019), redução do risco de diabetes gestacional (CORRÊA et al., 2012), e controle de ganho de peso (SILVA et al., 2020) que podem estar vinculados ao componente físico da qualidade de vida. Aquelas gestantes com maior prática de exercício físico mostraram melhores escores no domínio físico da qualidade de vida. Ainda existe a falta de profissionais de educação física inseridos nos Programas de Saúde da Família (PSF), o que dificulta a orientação adequada de atividades físicas para gestantes, bem como, a falta de estímulo para a rotina de exercícios (CAMPOS et al., 2021).

A associação entre atividades ocupacionais e melhores escores no domínio físico da qualidade de vida deixou de ser significativa após ajuste para variáveis socioeconômicas. As mulheres com maior gasto energético em atividades ocupacionais, podem ser aquelas com trabalhos mais braçais. Desta forma, os resultados podem ser confundidos pela melhor condição física para realizar atividades laborais com maior demanda energética. Adicionalmente, a realização de atividades ocupacionais pode levar ao maior acesso a bens e serviços, com potencial de promover melhor percepção da saúde (BOCA et al., 2020; BRAGA; ARAÚJO; MACIEL, 2019; CHASTIN et al., 2020).

Aquelas que apresentavam maior gasto energético para sua locomoção apresentaram maiores escores no domínio psicológico de qualidade de vida. O deslocamento ativo está associado à maior renda, escolaridade, melhor percepção da saúde, e a níveis mais elevados de bem-estar físico e psicológico (KRZEPOTA; SADOWSKA; BIERNAT, 2018; HUMPHREYS; GOODMAN; OGILVIE, 2013; SOUZA et al., 2014), o que pode ser uma estratégia para melhora da qualidade de vida (NEUMEIER et al., 2020).

Apesar dos benefícios da atividade física para a saúde e redução de doenças (BICALHO et al., 2018), ainda existe barreira da prática como lazer entre gestantes, principalmente entre aquelas de baixa renda, devido à sobrecarga com atividades domésticas e de trabalho (SILVA et al., 2021), e dos valores culturais e sociais sobre a divisão tradicional dos papéis femininos e masculinos (ALMEIDA; PIRES, 2019). Ainda, as mulheres com pior renda residem em locais com maiores dificuldades para

práticas de deslocamento e atividade física (SANTOS; HINO; HÖFELMANN, 2019; MILLSTEIN et al., 2013; HINO; REIS; FLORINDO, 2010). Dessa forma, este cenário mostra a necessidade de ações de promoção para a prática de atividade física, com incentivo e orientação dos profissionais de saúde (SILVA et al., 2021).

A ausência de associação entre qualidade de vida e atividade física global foi identificada em outros estudos com gestantes (KRZEPOTA; SADOWSKA; BIER-NAT, 2018; ARIZABALETA et al., 2010). Este resultado é consistente com a elevada contribuição do domínio de atividades domésticas e cuidado de outros no padrão de atividade física das mulheres avaliadas. Enquanto a prática de exercícios físicos no lazer, torna-se secundária, e há relatos de um estudo de base populacional que as mulheres gastam maior tempo em atividades de comportamento sedentário, como por exemplo assistir televisão, computador e internet (CAFRUNI et al., 2020). Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 13,9% dos brasileiros eram completamente sedentários, e em Curitiba 59,4% das mulheres gastavam três horas ou mais do tempo livre assistindo à televisão ou usando computador, tablet ou celular (BRASIL, 2019).

Os resultados desse estudo destacam a importância da relação dos domínios da atividade física na qualidade de vida em gestantes. Contudo, por se tratar de um estudo com delineamento transversal, não é possível inferir acerca da relação causal entre as variáveis estudadas. Por exemplo, as associações entre o componente físico da qualidade de vida e os domínios de exercício físico e ocupacional, pois gestantes com maior dor e desconforto podem apresentar mais dificuldade de realizar estas práticas. Outra limitação seria a medida de atividade física que foi construída a partir de uma listagem de atividades, e tempo referido pelas mulheres em cada prática, e não medida diretamente, o que pode implicar em dificuldades relacionadas à precisão das informações, e as variações de práticas ao longo do tempo. Todavia, a utilização de instrumento específico para gestantes para mensurar a atividade física é um ponto positivo para captar a multiplicidade de atividades que as mulheres desempenham em suas rotinas diárias.

Para futuros estudos, sugere-se avaliar as limitações da prática da atividade

física antes e após a gestação, e abordagens qualitativas para investigar em profundidade as relações da prática de atividade física e seu efeito sobre a qualidade de vida na gestação. Por fim, os resultados deste estudo demonstram a importância da prática de exercícios físicos para a qualidade de vida em gestantes, especialmente nos domínios físico e psicológico. Destaca-se a relevância do incentivo às mulheres com menos condições para a prática devido aos determinantes sociais e estruturais de padrões de vida ativos. Da mesma forma, a criação de grupos de atividades físicas pode ser uma opção de aprendizagem sobre os benefícios da prática na gestação, e consequentemente, melhoria da qualidade de vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que a qualidade de vida em gestantes está associada a fatores demográficos como a idade; sociodemográficos como escolaridade e renda familiar; obstétricos como número de gestações, trimestre gestacional e gestação planejada e às condições de saúde como sintomas comuns na gestação e morbidade autorreferida.

A renda familiar foi associada à melhores escores de qualidade de vida no domínio de relações sociais, e no domínio meio ambiente apresentou aumento no tercil intermediário de renda. No domínio psicológico, gestação planejada e escolaridade estiveram associadas à maiores escores de qualidade de vida.

Foram identificadas associações de componentes específicos de atividade física como ocupacional, locomoção e sedentarismo, em relação aos domínios físico e psicológico de qualidade de vida. Porém, não foram observadas associações entre atividade física global e os domínios de qualidade de vida.

Estes resultados demonstram a necessidade de políticas públicas relevantes destinadas às mulheres, melhor acesso aos serviços de saúde, e programas destinados a melhorar a qualidade de vida na gestação, que considerem os determinantes sociais e estruturais das desigualdades em saúde, e que interferem sobre a prática de atividade física, e adoção de padrões de vida ativos. A distribuição desigual das atividades relacionadas ao cuidado de outros e domicílio são aspectos que precisam avançar a fim de reduzir a desigualdade de gênero. Ações relacionadas à melhoria do ambiente para prática de atividade física, também apresentam potencial de ampliar as condições para melhoria da qualidade de vida da população.

7 ATIVIDADES COMPLEMENTARES

A partir do ingresso no mestrado foram desenvolvidas as seguintes atividades complementares:

- Apresentação de poster “Qualidade de Vida Entre Idosos: Associação com Características Demográficas, Comportamentais e Estado de Saúde” no II Congresso de Saúde Coletiva da UFPR. que aconteceu entre os dias 27 à 31 de julho de 2020
- Participação na revisão, submissão e preparo da versão reformulada do artigo “Qualidade de Vida Entre Idosos: Associação com Características Demográficas, Comportamentais e Estado de Saúde” na revista Cadernos Saúde Coletiva. O artigo foi revisado e está em processo de publicação.
- Participação na elaboração, submissão e preparo da versão reformulada do artigo “Desigualdades socioeconômicas e espaciais nas condições de acesso à internet por adolescentes de escolas estaduais”, publicado na revista Research, society and development em 18/02/2021, disponível em <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12703>>.
- Elaboração, preparo da versão e submissão do artigo “Qualidade de vida em gestantes: associação com fatores demográficos, socioeconômicos, obstétricos e condições de saúde”, na revista Einstein.

REFERÊNCIAS

- ABBASZADEH, F.; BAGHERY, A.; MEHRAN, N. Quality of life among pregnant women. *Hayat*, v. 15, n. 1, p. 41–48, 2009.
- ABREU, K.; BRANDÃO, A.; TORRES, M. Qualidade de vida de gestantes acompanhadas na atenção primária à saúde. *Saúde em Redes*, v. 5, n. 1, p. 59–73, 2019.
- ACOG, C. O. P. Acog committee opinion. number 267, january 2002: exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstetrics and gynecology*, v. 99, n. 1, p. 171, 2002.
- AKINWANDE, M. O. et al. Variance inflation factor: as a condition for the inclusion of suppressor variable (s) in regression analysis. *Open Journal of Statistics, Scientific Research Publishing*, v. 5, n. 07, p. 754, 2015.
- ALMEIDA, P. A. de; PIRES, K. F. Características socioeconômicas da divisão sexual dos afazeres domésticos no brasil. *Anais*, p. 1–18, 2019.
- ALVES, G. F.; NOGUEIRA, L. S. C.; VARELLA, T. C. N. Dermatologia e gestação. *Anais Brasileiros de Dermatologia, SciELO Brasil*, v. 80, n. 2, p. 179–186, 2005.
- ALVES, J. G. B. et al. Qualidade de vida em estudantes de medicina no início e final do curso: avaliação pelo whoqol-bref. *Revista Brasileira de Educação Médica, SciELO Brasil*, v. 34, n. 1, p. 91–96, 2010.
- ALVES, T. V.; BEZERRA, M. M. M. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o período gestacional/main physiological and psychological changes during the management period. *ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA*, v. 14, n. 49, p. 114–126, 2020.
- ALZBOON, G.; VURAL, G. Factors influencing the quality of life of healthy pregnant women in north jordan. *Medicina, Multidisciplinary Digital Publishing Institute*, v. 55, n. 6, p. 278, 2019.
- AMJAD, S. et al. Social determinants of health and adverse maternal and birth outcomes in adolescent pregnancies: a systematic review and meta-analysis. *Paediatric and perinatal epidemiology, Wiley Online Library*, v. 33, n. 1, p. 88–99, 2019.
- ANDRADE, B. R. Impacto do último trimestre de gestação, parto normal e cesárea na qualidade de vida. UFVJM, 2020.
- ARIZABALETA, A. V. M. et al. Aerobic exercise during pregnancy improves health-related quality of life: a randomised trial. *Journal of physiotherapy, Elsevier*, v. 56, n. 4, p. 253–258, 2010.
- ARRAIS, A. d. R.; ARAUJO, T. C. C. F. d.; SCHIAVO, R. d. A. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão, SciELO Brasil*, v. 38, n. 4, p. 711–729, 2018.

AUGUSTO, I. G. et al. Atividade física durante a gestação: "quem disse que não pode?". *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 4, p. 36777–36796, 2021.

BACELAR, L. F. F. et al. Estudo de caso clínico: Assistência de enfermagem preventiva a puérpera com múltiplas ocorrências de pré-eclâmpsia. *ÚNICA Cadernos Acadêmicos*, v. 3, n. 1, 2020.

BAI, G. et al. Associations between nausea, vomiting, fatigue and health-related quality of life of women in early pregnancy: the generation r study. *PloS one*, Public Library of Science San Francisco, CA USA, v. 11, n. 11, p. e0166133, 2016.

BAI, G. et al. Trajectories and predictors of women's health-related quality of life during pregnancy: A large longitudinal cohort study. *PloS one*, Public Library of Science San Francisco, CA USA, v. 13, n. 4, p. e0194999, 2018.

BAI, Y. et al. Profiles of circular rnas in human placenta and their potential roles related to preeclampsia. *Biology of Reproduction*, Oxford University Press, v. 98, n. 5, p. 705–712, 2018.

BALÍKOVÁ, M.; BUŽGOVÁ, R. Quality of womens life with nausea and vomiting during pregnancy. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, v. 5, n. 1, p. 29–35, 2014.

BANKOFF, A. D. P. et al. Doenças crônicas não transmissíveis: Historia familiar, hábitos alimentares e sedentarismo em alunos de graduação de ambos os sexos. *Revista Saúde e Meio Ambiente*, v. 5, n. 2, p. 37–56, 2017.

BICALHO, P. G. et al. Associação entre fatores sociodemográficos e relacionados à saúde com a prática de caminhada em área rural. *Ciência & Saúde Coletiva*, SciELO Public Health, v. 23, p. 1323–1332, 2018.

BOCA, D. D. et al. Women's and men's work, housework and childcare, before and during covid-19. *Review of Economics of the Household*, Springer, v. 18, n. 4, p. 1001–1017, 2020.

BOLGE, S. C. et al. The impact of anemia on quality of life and healthcare resource utilization in patients with hiv/aids receiving antiretroviral therapy. *Current medical research and opinion*, Taylor & Francis, v. 23, n. 4, p. 803–810, 2007.

BORGES, B. A. L. *Vivência psicológica da gravidez e vinculação pré-natal materna numa amostra de utentes dos cuidados de saúde primários*. Tese (Doutorado) — Universidade Católica Portuguesa, 2019.

BRAGA, N. L.; ARAÚJO, N. M. de; MACIEL, R. H. Condições do trabalho da mulher: Uma revisão integrativa da literatura brasileira. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, v. 21, n. 2, 2019.

BRASIL. Secretaria de políticas de saúde. *Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)*, Brasília, 2000. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>.

BRASIL. Declaração de alma-ata. conferência internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; conferência de alma-ata; urss. in: Brasil. ministério da saúde. secretaria de políticas de saúde, projeto promoção da saúde. declaração

de alma-ata; carta de ottawa; declaração de adelaide; declaração de sundsvall; declaração de santafé de bogotá; declaração de jocarta; rede de megapaíses; declaração do méxico. Ministério da Saúde, p. 15, 2001.

BRASIL. Secretaria de atenção de saúde. departamento de ações programáticas estratégicas. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*, Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>.

BRASIL. Secretaria em vigilância de saúde. *Política nacional de promoção da saúde*, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. *Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011 - Rede Cegonha*, v. 1, 2011.

BRASIL. Programa rede cegonha. Brasília, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082>.

BRASIL. *Panorama do Município de Colombo*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/colombo/panorama>>.

BRASIL. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. [S.l.]: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018.

BRASIL. *Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde*. [S.l.]: Brasília, 2019.

BRASIL. Secretaria em vigilância de saúde. *Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos*, v. 2020, 2020. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>>.

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

BSC, L. L.; FRCOG, W. A. W. P.; FRANZCOG, F. Symptoms during normal pregnancy: a prospective controlled study. *Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology*, Wiley Online Library, v. 39, n. 4, p. 401–410, 1999.

CAFRUNI, C. B. et al. Comportamento sedentário em diferentes domínios de mulheres adultas do sul do brasil: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, SciELO Brasil, v. 25, p. 2755–2768, 2020.

CALIKOGLU, E. O. et al. Socio-demographic characteristics and quality of life among women in the 3rd trimester of pregnancy living in erzurum city center. *Family Practice and Palliative Care*, v. 3, n. 1, p. 33–38, 2018.

CAMPOS, A. L. de et al. Primíparas investigadas quanto a atividade física em uma estratégia da saúde da família (esf). *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, p. 1761–1781, 2021.

CANAVARRO, M. C. Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. *Psicologia da gravidez e da maternidade*, Quarteto Editora Coimbra, v. 17, p. 49, 2001.

- CARRETEIRO, T. C.; FREIRE, L. d. L. De mãe para filha: a transmissão familiar em questão. *Psicologia clínica*, SciELO Brasil, v. 18, n. 1, p. 179–191, 2006.
- CASARIN, S. T.; BARBOZA, M. C. N.; SIQUEIRA, H. C. H. de. Quality of life in pregnancy: Literature systematic review. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, v. 4, 2010.
- CASTRO, D. F. A. de; FRACOLLI, L. A. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. *O Mundo da Saúde*, v. 2, p. 159–165, 2013.
- CASTRO, G. G. de et al. Diferenças da qualidade de vida entre mulheres com alto e habitual risco gestacional. *Aletheia*, v. 52, n. 1, 2019.
- CASTRO, T. d. B. R. Identificação do nível de satisfação sexual de mulheres gestantes. *Revista Ciência & Saberes-UniFacema*, v. 3, n. 3, p. 601–607, 2017.
- CHANG, S.-R. et al. A repeated measures study of changes in health-related quality of life during pregnancy and the relationship with obstetric factors. *Journal of advanced nursing*, Wiley Online Library, v. 70, n. 10, p. 2245–2256, 2014.
- CHASTIN, S. et al. Inequality in physical activity, global trends by income inequality and gender in adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, Springer, v. 17, n. 1, p. 1–8, 2020.
- CHIARELLO, V. B.; DIAS, R. G. Exercício físico na gestação e o impacto na qualidade de vida de mulheres no pós-parto. *Revista Científica da Saúde*, v. 2, n. 1, p. 35–47, 2020.
- CHOU, F.-H. et al. Experience of taiwanese women living with nausea and vomiting during pregnancy. *Journal of midwifery & women's health*, Elsevier, v. 51, n. 5, p. 370–375, 2006.
- CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida medical outcomes study 36-item short-form health survey (sf-36). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 1997.
- CORRÊA, T. de C. et al. Efeitos da fisioterapia na qualidade de vida e lombalgia de paciente gestante. *Encontro de Ensino, Pesquisa e Extensão, Presidente Prudente*, 2012.
- COSTA, D. D. et al. Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Archives of women's mental health*, Springer, v. 13, n. 3, p. 249–257, 2010.
- COSTA, S. F. d.; TAQUETTE, S. R. Atenção à gestante adolescente na rede sus-o acolhimento do parceiro no pré-natal. *Revista Enfermagem UFPE online*, p. 2067–2074, 2017.
- CRAFT, B. B.; CARROLL, H. A.; LUSTYK, M. K. B. Gender differences in exercise habits and quality of life reports: Assessing the moderating effects of reasons for exercise. *International journal of liberal arts and social science*, NIH Public Access, v. 2, n. 5, p. 65, 2014.

- CUNHA, A. C. B. d.; SANTOS, C.; GONÇALVES, R. M. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Universidade Federal do Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 139–155, 2012.
- CUNNINGHAM, F. et al. *Williams obstetrics, 24e*. [S.l.]: Mcgraw-hill, 2014.
- DAGLAR, G. et al. Determinants of quality of life among pregnant women in the city centre of the central anatolia region of turkey. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, Medknow Publications, v. 23, n. 3, p. 416, 2020.
- DALFRÀ, M. et al. Quality of life in pregnancy and post-partum: a study in diabetic patients. *Quality of Life Research*, Springer, v. 21, n. 2, p. 291–298, 2012.
- DALL'ALBA, V. et al. Health-related quality of life of pregnant women with heartburn and regurgitation. *Arquivos de gastroenterologia*, SciELO Brasil, v. 52, n. 2, p. 100–104, 2015.
- DEMARCHI, R. F. et al. Percepção de gestantes e puérperas primíparas sobre maternidade. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 2663–2673, 2017.
- DUARTE, S. B. et al. Validation of the whoqol-bref instrument in brazilian sign language (libras). *Quality of Life Research*, Springer, p. 1–11, 2020.
- DUMITH, S. C. et al. Atividade física durante a gestação e associação com indicadores de saúde materno-infantil. *Revista de Saúde Pública*, SciELO Brasil, v. 46, n. 2, p. 327–333, 2012.
- FARIAS, A. L. A. de et al. Grupos educativos sobre aleitamento: saberes de gestantes. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, p. e17810313229–e17810313229, 2021.
- FAZZI, C. et al. Sedentary behaviours during pregnancy: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, BioMed Central, v. 14, n. 1, p. 1–13, 2017.
- FERRANS, C. E.; POWERS, M. J. Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in nursing science*, Lippincott Williams & Wilkins, 1985.
- FLECK, M. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "whoqol-bref". *Revista de saúde pública*, SciELO Public Health, v. 34, p. 178–183, 2000.
- FLECK, M. P. d. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da oms (whoqol-100). *Revista brasileira de psiquiatria= Brazilian journal of psychiatry. São Paulo, SP. Vol. 21, n. 1 (jan./mar. 1999), p. 19-28*, SciELO Brasil, 1999.
- FLORINDO, A. A. et al. Practice of physical activities and associated factors in adults, brazil, 2006. *Revista de saúde pública*, SciELO Brasil, v. 43, p. 65–73, 2009.
- FRANK, B. R. B. et al. Avaliação da implementação da rede mãe paranaense em três regionais de saúde do paraná. *Saúde em Debate*, SciELO Public Health, v. 40, p. 163–174, 2016.

FRICK, G. G.; FRIZZO, M. N. Prevalência de anemia e seus fatores determinantes em gestantes de município do estado do rs. *Revista Contexto & Saúde*, v. 18, n. 34, p. 69–76, 2018.

FRIELINK, N. et al. Pretreatment for substance-abusing people with intellectual disabilities: intervening on autonomous motivation for treatment entry. *Journal of Intellectual Disability Research*, Wiley Online Library, v. 59, n. 12, p. 1168–1182, 2015.

GADELHA, I. et al. Social determinants of health of high-risk pregnant women during prenatal follow-up. *Rev Rene*, v. 21, p. e42198, 2020.

GARCIA, A. M. A.; NETO, F. S. da S.; VIDAL, G. P. Análise das principais alterações estéticas provenientes da gravidez: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, p. e14996332–e14996332, 2020.

GARIEPY, A. et al. Pregnancy context and women's health-related quality of life. *Contraception*, Elsevier, v. 95, n. 5, p. 491–499, 2017.

GIORDANI, R. C. F. et al. Maternidade e amamentação: identidade, corpo e gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, SciELO Public Health, v. 23, p. 2731–2739, 2018.

GUARIENTO, A.; MAMEDE, J. A. V. Medicina materno-fetal. In: *Medicina Materno-Fetal*. [S.l.: s.n.], 2001.

GUIMARÃES, J. R. S.; JANNUZZI, P. de M. Idh, indicadores sintéticos e suas aplicações em políticas públicas. uma análise crítica. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais (RBEUR)*, Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e . . . , v. 7, n. 1, p. 73–90, 2005.

HARRISON, A. L. et al. Attitudes, barriers and enablers to physical activity in pregnant women: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, Elsevier, v. 64, n. 1, p. 24–32, 2018.

HINO, A. A. F.; REIS, R. S.; FLORINDO, A. A. Ambiente construído e atividade física: uma breve revisão dos métodos de avaliação. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, SciELO Brasil, v. 12, n. 5, p. 387–394, 2010.

HUMPHREYS, D. K.; GOODMAN, A.; OGILVIE, D. Associations between active commuting and physical and mental wellbeing. *Preventive medicine*, Elsevier, v. 57, n. 2, p. 135–139, 2013.

IWANOWICZ-PALUS, G. et al. Quality of life, social support, acceptance of illness, and self-efficacy among pregnant women with hyperglycemia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Multidisciplinary Digital Publishing Institute, v. 16, n. 20, p. 3941, 2019.

JAKUBAUSKIENE, L. et al. Factors influencing quality of life during the first trimester of pregnancy: A prospective cohort study. *Medicina*, Multidisciplinary Digital Publishing Institute, v. 55, n. 10, p. 666, 2019.

KAZEMI, F.; NAHIDI, F.; KARIMAN, N. Exploring factors behind pregnant women's quality of life in iran: a qualitative study. *Electronic physician*, The Electronic Physician, v. 9, n. 12, p. 5991, 2017.

- KHAJEHPOUR, M. et al. Health status of women with intended and unintended pregnancies. *Public health*, Elsevier, v. 127, n. 1, p. 58–64, 2013.
- KORNIDES, M. L. et al. Factors associated with young adults' pregnancy likelihood. *Journal of midwifery & women's health*, Wiley Online Library, v. 60, n. 2, p. 158–168, 2015.
- KOWAL, C.; KUK, J.; TAMIM, H. Characteristics of weight gain in pregnancy among canadian women. *Maternal and child health journal*, Springer, v. 16, n. 3, p. 668–676, 2012.
- KRZEPOTA, J.; SADOWSKA, D.; BIERNAT, E. Relationships between physical activity and quality of life in pregnant women in the second and third trimester. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Multidisciplinary Digital Publishing Institute, v. 15, n. 12, p. 2745, 2018.
- LAGADEC, N. et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, Springer, v. 18, n. 1, p. 455, 2018.
- LAU, Y.; YIN, L. Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in macao, china. *Midwifery*, Elsevier, v. 27, n. 5, p. 668–673, 2011.
- LEAL, M. d. C. et al. Assistência pré-natal na rede pública do brasil. *Revista de Saúde Pública*, SciELO Public Health, v. 54, p. 08, 2020.
- LIMA, M. d. O. P. et al. Depressive symptoms in pregnancy and associated factors: longitudinal study. *Acta Paulista de Enfermagem*, SciELO Brasil, v. 30, n. 1, p. 39–46, 2017.
- LIU, X. et al. Public's health risk awareness on urban air pollution in chinese megacities: the cases of shanghai, wuhan and nanchang. *International journal of environmental research and public health*, Multidisciplinary Digital Publishing Institute, v. 13, n. 9, p. 845, 2016.
- MANN, L. et al. Dor lombo-pélvica e exercício físico durante a gestação. *Fisioterapia em Movimento*, v. 21, n. 2, 2017.
- MARCONDES, W. B. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, SciELO Public Health, v. 13, p. 5–13, 2004.
- MCKEE, M. D. et al. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstetrics & Gynecology*, Elsevier, v. 97, n. 6, p. 988–993, 2001.
- MILLSTEIN, R. A. et al. Development, scoring, and reliability of the microscale audit of pedestrian streetscapes (maps). *BMC public health*, BioMed Central, v. 13, n. 1, p. 1–15, 2013.
- MOURADY, D. et al. Associations between quality of life, physical activity, worry, depression and insomnia: A cross-sectional designed study in healthy pregnant women. *PloS one*, Public Library of Science San Francisco, CA USA, v. 12, n. 5, p. e0178181, 2017.

NETO, M. G.; CASTRO, M. F. d. Estudo comparativo da independência funcional e qualidade de vida entre idosos ativos e sedentários. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, SciELO Brasil, v. 18, p. 234–237, 2012.

NETTO, H. C. *Obstetrícia básica*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2007.

NEUMEIER, L. M. et al. Effects of active commuting on health-related quality of life and sickness-related absence. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, Wiley Online Library, v. 30, p. 31–40, 2020.

OLIVEIRA, A. C. et al. Estudo da relação entre ganho de peso excessivo e desenvolvimento de diabetes mellitus e doença hipertensiva específica na gestação. *J Health Sci Inst*, v. 34, n. 4, p. 231–9, 2016.

OLIVEIRA, S. R. de et al. Promoção da saúde: Concepções de equipes de saúde da família dos municípios de belo horizonte e contagem–mg. *Revista de Atencao Primaria a Saude*, v. 14, n. 4, 2011.

OLSSON, C.; LENA, N.-W. Health-related quality of life and physical ability among pregnant women with and without back pain in late pregnancy. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, Taylor & Francis, v. 83, n. 4, p. 351–357, 2004.

ONU, O. N. U. Objetivos de desenvolvimento do milênio. Estados Unidos, 2000. Disponível em: <<http://www.objetivosdomilenio.org.br>>.

PACHECO, K. T. d. S. et al. Saúde bucal e qualidade de vida de gestantes: a influência de fatores sociais e demográficos. *Ciência & Saúde Coletiva*, SciELO Public Health, v. 25, p. 2315–2324, 2020.

PANTZARTZIS, K. A. et al. Gestational diabetes mellitus and quality of life during the third trimester of pregnancy. *Quality of Life Research*, Springer, v. 28, n. 5, p. 1349–1354, 2019.

PARANÁ. Superintendência de atenção à saúde. linha guia da rede mãe paranaense. Secretaria de Estado da Saúde, Paraná, 2018.

PARANÁ. *Caderno Estatístico Município de Colombo*. Paraná: IPARDES Curitiba, 2021.

PFEIFER, T. A.; KRANZ, P. L.; SCOGGIN, A. E. Perceived stress in occupational therapy students. *Occupational Therapy International*, Wiley Online Library, v. 15, n. 4, p. 221–231, 2008.

PREGNANCY, T. I. W. M. in; GROUP, C. Effect of diet and physical activity based interventions in pregnancy on gestational weight gain and pregnancy outcomes: meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *The BMJ*, BMJ Publishing Group, v. 358, 2017.

RAMÍREZ-VÉLEZ, R. Pregnancy and health-related quality of life: A cross sectional study. *Colombia Médica*, Universidad del Valle, v. 42, n. 4, p. 476–481, 2011.

RATO, P. I. Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise psicológica*, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, v. 16, n. 3, p. 405–413, 1998.

- RIBAS, L. L. et al. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das gestantes. *Id on Line REVISTA MULTIDISCIPLINAR E DE PSICOLOGIA*, v. 13, n. 43, p. 431–439, 2019.
- RIGBY, R. A.; STASINOPOULOS, D. M. Generalized additive models for location, scale and shape. *Journal of the Royal Statistical Society: Series C (Applied Statistics)*, Wiley Online Library, v. 54, n. 3, p. 507–554, 2005.
- RODRÍGUEZ-BLANQUE, R. et al. Water exercise and quality of life in pregnancy: A randomised clinical trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Multidisciplinary Digital Publishing Institute, v. 17, n. 4, p. 1288, 2020.
- ROECKER, S. Qualidade de vida em gestantes praticantes e não praticantes de exercício físico na cidade de rio fortuna-sc. *Educação Física Bacharelado-Tubarão*, 2019.
- RÔLA, C. V. S. et al. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de revisão sistemática. *ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA*, v. 12, n. 42, p. 111–120, 2018.
- ROSÉN, H.; AHLSTRÖM, G.; LEXÉN, A. Psychometric properties of the whoqol-bref among next of kin to older persons in nursing homes. *Health and quality of life outcomes*, Springer, v. 18, p. 1–10, 2020.
- SAHRAKORPI, N. et al. Perceived financial satisfaction, health related quality of life and depressive symptoms in early pregnancy. *Maternal and child health journal*, Springer, v. 21, n. 7, p. 1493–1499, 2017.
- SANTOS, A.; CARDOSO, A. A qualidade de vida e o suporte social da grávida. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, n. 11, p. 26–31, 2010.
- SANTOS, D. S. d.; HINO, A. A. F.; HÖFELMANN, D. A. Iniquidades do ambiente construído relacionado à atividade física no entorno de escolas públicas de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, SciELO Public Health, v. 35, p. e00110218, 2019.
- SAÚDE, B. Ministério da. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS*. 2021. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.
- SILVA, C. M. da et al. Padrão de atividade física em gestantes usuárias do sistema público de saúde. *Conexões*, v. 19, p. e021003–e021003, 2021.
- SILVA, F. et al. Translation and cross-cultural adaptation of the pregnancy physical activity questionnaire (ppaq) to the Brazilian population. *Ceska gynekologie*, v. 80, n. 4, p. 290–298, 2015.
- SILVA, M. S. D. et al. Exercício físico durante a gestação: os benefícios para mãe e o bebê. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 11, p. 86454–86469, 2020.
- SILVA, P. O. d. Qualidade de vida em mulheres com diabetes mellitus gestacional. 2017.
- SINGH, S.; KAUR, R.; SINGH, S. Relationship of parity and health related quality of life among women. *Human Biology Review*, v. 4, n. 2, p. 159–166, 2015.

SKEVINGTON, S. M. Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the whoqol development. *Quality of Life research*, Springer, v. 11, n. 2, p. 135–144, 2002.

SOMA-PILLAY, P. et al. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular journal of Africa*, Clinics Cardive Publishing (Pty) Ltd., v. 27, n. 2, p. 89, 2016.

SOUZA, I. L. d. et al. Nível de inatividade física em diferentes domínios e fatores associados em adultos: Inquérito de saúde no município de campinas (isacamp, 2008/2009), são paulo, brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, SciELO Public Health, v. 23, p. 623–634, 2014.

TAŞDEMİR, S.; BALCI, E.; GÜNAY, O. Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in turkey. *Upsala journal of medical sciences*, Taylor & Francis, v. 115, n. 4, p. 275–281, 2010.

TEAM, R. C. et al. R: A language and environment for statistical computing. Vienna, Austria, Version 3.6.3, 2020.

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

VIDO, M. Qualidade de vida na gravidez [dissertação]. *Guarulhos (SP): Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, Universidade Guarulhos*, 2006.

WHO GROUP, e. a. The development of the world health organization quality of life assessment instrument (the whoqol). In: *Quality of life assessment: International perspectives*. [S.l.]: Springer, 1994. p. 41–57.

WHO GROUP, e. a. The world health organization quality of life assessment (whoqol): position paper from the world health organization. *Social science & medicine*, Elsevier, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995.

WHO GROUP, e. a. Development of the world health organization whoqol-bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, Cambridge University Press, v. 28, n. 3, p. 551–558, 1998.

APÊNDICE 1- QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS GESTANTES

ESTUDO CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE GESTANTES E PUÉRPERAS		
QUESTIONÁRIO DA 1ª FASE		
IDENTIFICAÇÃO DO PRONTUÁRIO DA MULHER: ÁREA _____ FAMILIA _____ Prontuário _____		
Nome da Unidade de Saúde: _____		
Nome Entrevistador _____ Data da entrevista ____/____/____		
IDENTIFICAÇÃO DA MULHER - Bloco A		
A1	Qual seu nome completo?	F1A1 _____
A2	Qual sua data de nascimento? ____/____/____	F1A2 _____
A3	Poderia me passar seus contatos ? a. Telefone fixo: _____ b. Tel. celular: _____ c. Usa WhatsApp? (0) não (1) sim d. Tel. marido: _____ e. Outro _____ f. Email: _____	F1A3 a b c__ d e
A4	Qual é o seu endereço (rua, número, bairro)? _____	Aberta - repetir info
A5	Há quanto tempo você mora neste endereço? ____Meses ____Anos	F1A5 _____
A5	Qual o ponto de referencia da sua casa?	Aberta
DADOS SOCIOECONÔMICOS - Bloco B		
B1	O Censo Brasileiro usa as palavras branca, parda, preta, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo, hoje, como se classificaria a respeito de sua cor de pele ou raça ? (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena (6) IGN	F1B1 _____
B2	Você tem algum trabalho remunerado? (0) não (1) sim SE NÃO, PULAR PARA B8	F1B2 _____
B3	Qual a sua Ocupação/ Profissão?	F1B3 _____
B4	Quantas horas por dia você se ausenta de casa? __ horas	F1B4 _____
B5	A quanto tempo trabalha nesse local? ___ anos ___ meses Se trabalhar em mais de um local ao mesmo tempo, colocar o tempo de cada um:	F1B5 _____
B6	Qual a carga horária semanal? __ horas/semana	F1B6 _____
B7	Qual o tipo de vínculo que você possui com o trabalho? (1) Informal (2) Carteira assinada (3) autônomo (4) eventual (5) militar (6) público (7) empregador Pular para a questão B10.	F1B7 _____
B8	No último mês fez algum bico ou trabalhou em alguma atividade ocasional remunerada durante pelo menos 1 hora? EXEMPLOS: preparado doces ou salgados para fora, vendido cosméticos, prestado algum tipo de serviço etc. (0) não (1) sim	F1B8 _____
B9	Há quanto tempo está desempregado ? __ Anos __ Meses	F1B9 _____
B10	No MÊS PASSADO, qual foi aproximadamente a renda da família em reais, isto é, a soma de todos os rendimentos (salários, bolsa família, soldo, pensão, aposentadoria, aluguel etc), já com descontos, de todas as pessoas que sempre contribuem com as despesas de sua casa? R\$ _____	F1B10 _____
B11	No MÊS PASSADO, qual foi aproximadamente sua renda (apenas sua) em reais, já com descontos? R\$ _____	F1B11 _____
B12	Quantas pessoas (idosos, adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. _____	F1B12 _____

B13	<p>Quem é o/a chefe da família? (1) Você (2) Companheiro (3) Outra pessoa da família (4) Outro: _____</p>	F1B13 _____
B14	<p>Qual é o principal motivo para a escolha dessa pessoa como responsável pelo domicílio? (1) É a pessoa proprietária do domicílio (2) É a pessoa em nome de quem está alugado o domicílio (3) É a pessoa que paga a maior parte das despesas (4) É a pessoa que cuida do domicílio e dos moradores (5) É a pessoa que tem a ultima palavra nas decisões importantes para os moradores (6) É a pessoa que tem mais idade (7) É a pessoa que tem o maior rendimento (8) É a pessoa que tem maior escolaridade (9) Porque é homem (10) Porque é mulher (11) Outro _____</p>	F1B14 _____
B15	<p>Você frequenta a escola/faculdade? (0) não (1) sim SE SIM, pular para a questão B17</p>	F1B15 _____
B16	<p>Se não: por que parou de estudar? (1) porque engravidei (2) porque precisei trabalhar (3) porque precisei cuidar da casa, de uma criança ou de um idoso (4) já atingi a escolaridade que desejava (5) não tem interesse (6) outro: _____ (99) ignorado</p>	F1B16 _____
B17	<p>Até que série/ano você estudou ou qual a sua escolaridade? Nunca estudei: (0) Ensino fundamental: (1ª) (2ª) (3ª) (4ª) (5ª) (6ª) (7ª) (8ª) (9ª) Ensino médio: (1º) (2º) (3º) Ensino técnico: (1º) (2º) Ensino superior: (1º) (2º) (3º) (4º) (5º) Pós-graduação: () especialização () mestrado () doutorado () pós-doutorado</p>	F1B17 _____
B18	<p>Até que série/ano o sua mãe estudou? Nunca estudou: (0) Ensino fundamental: (1ª) (2ª) (3ª) (4ª) (5ª) (6ª) (7ª) (8ª) (9ª) Ensino médio: (1º) (2º) (3º) Ensino técnico: (1º) (2º) Ensino superior: (1º) (2º) (3º) (4º) (5º) Pós-graduação: () especialização () mestrado () doutorado () pós-doutorado Cursando: (0) não (1) sim (99) IGNORADO</p>	F1B18 _____
B19	<p>Até que série/ano o seu pai estudou? Nunca estudou: (0) Ensino fundamental: (1ª) (2ª) (3ª) (4ª) (5ª) (6ª) (7ª) (8ª) (9ª) Ensino médio: (1º) (2º) (3º) Ensino técnico: (1º) (2º) Ensino superior: (1º) (2º) (3º) (4º) (5º) Pós-graduação: () especialização () mestrado () doutorado () pós-doutorado Cursando: (0) não (1) sim (99) IGNORADO</p>	F1B19 _____
B20	<p>Até que série/ano o pai da criança estudou? Nunca estudou: (0) Ensino fundamental: (1ª) (2ª) (3ª) (4ª) (5ª) (6ª) (7ª) (8ª) (9ª) Ensino médio: (1º) (2º) (3º) Ensino técnico: (1º) (2º) Ensino superior: (1º) (2º) (3º) (4º) (5º) Pós-graduação: () especialização () mestrado () doutorado () pós-doutorado Cursando: (0) não (1) sim (99) IGNORADO</p>	F1B20 _____

B21	Como você classifica a situação econômica da sua família quando você nasceu ou era criança? (0) rica (1) média (2) pobre (3) muito pobre	F1B21 _____
B22	Comparado com o padrão de vida que você tem agora, como era quando criança? (0) era melhor do que agora (1) era igual (2) era pior do que agora	F1B22 _____
B23	Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você? _____ pessoas	F1B23 _____
B24	Quem são essas pessoas? Nome: _____ (M)(F) Idade _____ O que ele é seu? _____ Nome: _____ (M)(F) Idade _____ O que ele é seu? _____ Nome: _____ (M)(F) Idade _____ O que ele é seu? _____ Nome: _____ (M)(F) Idade _____ O que ele é seu? _____	Aberta
B25	Sobre a sua situação conjugal, você: (1) Vive com companheiro (2) Tem companheiro, mas não vive com ele (3) Não tem companheiro	F1B25 _____
B26	Você tem algum outro tipo de fonte de renda? (0) Não (1) Aposentadoria (2) Pensão (3) Bolsa Família 4-Outros: _____	F1B26 _____
B27	Você ou algum morador do domicílio é beneficiado por: (0) Leite das Crianças (1) Cesta Básica (2) Tarifa social energia elétrica (3) Benefício de Prestação Continuada - BPC (4) Outros _____	F1B27 _____
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS - Bloco D		
D1	Quantas vezes você já esteve grávida? _____. Se apenas atualmente, pular para E1 Confirmar se ela teve algum aborto	F1D1 _____
D2	Você fez pré-natal nas outras gestações? 1ª gestação: (0) não (1) sim 2ª gestação: (0) não (1) sim 3ª gestação: (0) não (1) sim	F1D2 1 _____ 2 _____ 3 _____
D3	Já teve algum aborto? (0) não (1) sim. Quantos? _____	F1D3 _____
D4	Qual data dos partos anteriores? (Data de nascimento dos filhos anteriores) 1ª gestação: ____/____/_____ 2ª gestação: ____/____/_____ 3ª gestação: ____/____/_____	F1D4 1 _____ 2 _____ 3 _____
D5	Quantos quilos você ganhou nas gestações anteriores? 1ª gestação: _____ Kg 2ª gestação: _____ Kg 3ª gestação: _____ Kg	F1D5 1 _____ 2 _____ 3 _____
D6	Qual era o seu peso antes de engravidar e seis meses após cada parto ? Antes da 1ª gestação: _____ Kg Após 6 meses na 1ª gestação: _____ Kg Antes da 2ª gestação: _____ Kg Após 6 meses na 2ª gestação: _____ Kg Antes da 3ª gestação: _____ Kg Após 6 meses na 3ª gestação: _____ Kg	F1D6 1a ___ 1b ___ 2a ___ 2b ___ 3a ___ 3b ___
D7	Qual o tipo de parto das gestações anteriores? 1ª gestação: (0) normal (1) cesáreo 2ª gestação: (0) normal (1) cesáreo 3ª gestação: (0) normal (1) cesáreo	F1D7 1 _____ 2 _____ 3 _____
D8	Nas gestações anteriores, você amamentou? E por quanto tempo? 1ª gestação: (0) não (1) sim, por _____ (dias) (semanas) (meses) (anos) 2ª gestação: (0) não (1) sim, por _____ (dias) (semanas) (meses) (anos) 3ª gestação: (0) não (1) sim, por _____ (dias) (semanas) (meses) (anos)	F1D8 1 _____ 2 _____ 3 _____

SOBRE SUA GRAVIDEZ ATUAL - Bloco E		
E1	Qual a data da última menstruação (DUM): ____/____/____	F1E1 _____
E2	Você fez exame de ultrassom? (0) não (1) sim	F1E2 _____
E3	Qual o número de semanas pelo exame? _____ semanas	F1E3 _____
E4	Com quantas semanas você descobriu que estava grávida? _____ semanas	F1E4 _____
E5	Quantas consultas com o(a) médico(a) da unidade você já teve desde que descobriu a gestação? _____	F1E5 _____
E6	A gestação atual foi planejada? (0) não (1) sim, tempo de planejamento: _____	F1E6 _____
E7	Tomou algum suplemento de vitamina ou mineral antes da gestação? (0) não (1) sim. Qual?	F1E7 _____
E8	Atualmente você está tomando ou tomou desde que descobriu a gestação algum suplemento de vitaminas ou minerais? Se não: pular para questão E12 (0) não (1) sim, qual? () Acido fólico () Sulfato ferroso () Polivitaminico () outro	F1E8 _____
E9	Há quanto tempo começou a tomar o suplemento? _____ Dias/seman/mes/anos _____ Dias/seman/mes/Anos _____ Dias/seman/mes/anos _____ Dias/seman/mes/Anos	F1E9 _____
E10	Quem recomendou que você usasse o suplemento? _____	F1E10 _____
E11	Onde você conseguiu o suplemento? (0) comprei (1) UBS (2) ganhei	F1E11 _____
E12	Qual o tipo de parto pretendido? (0) normal (1) cesáreo	F1E12 _____
E13	Teve/tem algum problema de saúde nessa gestação : (0) não (1) sim () ITU () DM () HAS () pré-eclâmpsia () eclampsia () anemia () parto prematuro () Outro? _____	F1E13 _____
E14	Se sim, recebeu diagnóstico antes ou durante a gestação? (0) antes (1) durante	F1E14 _____
E15	Toma algum medicamento/remédio ? (0) não (1) sim	F1E15 _____
E16	Se sim: a. Nome: _____ Desde ____ dias/sem/meses/anos Pra que toma: _____ Uso contínuo: (0) não (1) sim b. Nome: _____ Desde ____ dias/sem/meses/anos Pra que toma: _____ Uso contínuo: (0) não (1) sim c. Nome: _____ Desde ____ dias/sem/meses/anos Pra que toma: _____ Uso contínuo: (0) não (1) sim d. Nome: _____ Desde ____ dias/sem/meses/anos Pra que toma: _____ Uso contínuo: (0) não (1) sim	Aberta - repetir info
E17	Teve/tem algum sintoma comum da gestação, como: () enjoo; () vômito; () constipação () "intestino preso"; () refluxo; () azia ("queimação")	F1E17 _____

QUALIDADE DE VIDA - Bloco J							
Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas , uma questão poderia ser:							
(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem Boa Nem Ruim (4) Boa (5) Muito Boa							
J1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5	F1J1 _____
(1) Muito Insat. (2) Insatisfeito (3) Nem sat. nem insatis. (4) Satisfeito (5) Extrem. Satisfeito							
J2	Quão satisfeita você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5	F1J2 _____
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.							
(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente							
J3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5	F1J3 _____
J4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua	1	2	3	4	5	F1J4 _____
J5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5	F1J5 _____
J6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	F1J6 _____
J7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	F1J7 _____
J8	Quão segura você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	F1J8 _____
J9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	F1J9 _____
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.							
(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Completamente							
J10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	F1J10 _____
J11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5	F1J11 _____
J12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	F1J12 _____
J13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu	1	2	3	4	5	F1J13 _____
J14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5	F1J14 _____
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.							
(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem Boa Nem Ruim (4) Boa (5) Muito Boa							
J15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	F1J15 _____
(1) Muito Insat. (2) Insatisfeito (3) Nem sat. nem insatis. (4) Satisfeito (5) Extrem. Satisfeito							
J16	Quão satisfeita você está com o seu sono?	1	2	3	4	5	F1J16 _____
J17	Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	F1J17 _____
J18	Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	F1J18 _____
J19	Quão satisfeita você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5	F1J19 _____
J20	Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5	F1J20 _____
J21	Quão satisfeita você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	F1J21 _____
J22	Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus	1	2	3	4	5	F1J22 _____
J23	Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	F1J23 _____
J24	Quão satisfeita você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	F1J24 _____
J25	Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5	F1J25 _____
(1) Nunca (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Muito Frequentemente (5) Sempre							
J26	Nas últimas duas semanas, com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5	F1J26 _____

Questionário de Atividade Física para Gestantes - QAFG - Bloco O

É muito importante que você responda honestamente. Não há nenhuma resposta certa ou errada.

Assinale com X. Nós estamos querendo saber o que você fez durante **os últimos 3 meses**

Durante **este trimestre**, quando você esta em casa (NÃO está no trabalho), quanto tempo você geralmente passa:

O1	Preparando as refeições (cozinhando, colocando a mesa, lavando os pratos).		O2	Cuidando de criança - Vestindo, banhando, alimentando, enquanto você fica sentada		
	0	Nenhum		0	Nenhum	F101 ___
	1	Menos que 30 minutos por dia		1	Menos que 30 minutos por dia	F102 ___
	2	De 30 minutos a 1 hora por dia		2	De 30 minutos a 1 hora por dia	
	3	De 1 hora a 2 horas por dia		3	De 1 hora a 2 horas por dia	
	4	De 2 hora a 3 horas por dia		4	De 2 hora a 3 horas por dia	
	5	De 3 horas ou mais por dia	5	De 3 horas ou mais por dia		
O3	Cuidando de criança - Vestindo, banhando, alimentando enquanto você está em pé.		O4	Brincando com as crianças enquanto você está sentada ou em pé.		
	0	Nenhum		0	Nenhum	F103 ___
	1	Menos que 30 minutos por dia		1	Menos que 30 minutos por dia	F104 ___
	2	De 30 minutos a 1 hora por dia		2	De 30 minutos a 1 hora por dia	
	3	De 1 hora a 2 horas por dia		3	De 1 hora a 2 horas por dia	
	4	De 2 hora a 3 horas por dia		4	De 2 hora a 3 horas por dia	
	5	De 3 horas ou mais por dia	5	De 3 horas ou mais por dia		
O5	Brincando com as crianças enquanto você está caminhando ou correndo.		O6	Sentada: usando o computador, lendo, escrevendo, ou falando ao telefone. não estando trabalhando.		
	0	Nenhum		0	Nenhum	F105 ___
	1	Menos que 30 minutos por dia		1	Menos que 30 minutos por dia	F106 ___
	2	De 30 minutos a 1 hora por dia		2	De 30 minutos a 1 hora por dia	
	3	De 1 hora a 2 horas por dia		3	De 1 hora a 2 horas por dia	
	4	De 2 hora a 3 horas por dia		4	De 2 hora a 3 horas por dia	
	5	De 3 horas ou mais por dia	5	De 3 horas ou mais por dia		
O7	Cuidando de idoso adulto, incapacitado		O8	Carregando as crianças nos braços.		
	0	Nenhum		0	Nenhum	F1M7 ___
	1	Menos que 30 minutos por dia		1	Menos que 30 minutos por dia	F1M8 ___
	2	De 30 minutos a 1 hora por dia		2	De 30 minutos a 1 hora por dia	
	3	De 1 hora a 2 horas por dia		3	De 1 hora a 2 horas por dia	
	4	De 2 hora a 3 horas por dia		4	De 2 hora a 3 horas por dia	
	5	De 3 horas ou mais por dia	5	De 3 horas ou mais por dia		
O9	Assistindo TV ou vídeo		O10	Brincando com animais de estimação		
	0	Nenhum		0	Nenhum	F109 ___
	1	Menos que 30 minutos por dia		1	Menos que 30 minutos por dia	F1010 ___
	2	De 30 minutos a 1 hora por dia		2	De 30 minutos a 1 hora por dia	
	3	De 1 hora a 2 horas por dia		3	De 1 hora a 2 horas por dia	
	4	De 2 hora a 3 horas por dia		4	De 2 hora a 3 horas por dia	
	5	De 3 horas ou mais por dia	5	De 3 horas ou mais por dia		
O11	Fazendo limpeza leve (arrumar as camas, lavar, roupas, passar roupas, levar o lixo).		O12	Fazendo compras (roupas, comidas ou outros objetos).		
	0	Nenhum		0	Nenhum	F1011 ___
	1	Menos que 30 minutos por dia		1	Menos que 30 minutos por dia	F1012 ___
	2	De 30 minutos a 1 hora por dia		2	De 30 minutos a 1 hora por dia	
	3	De 1 hora a 2 horas por dia		3	De 1 hora a 2 horas por dia	
	4	De 2 hora a 3 horas por dia		4	De 2 hora a 3 horas por dia	
	5	De 3 horas ou mais por dia	5	De 3 horas ou mais por dia		

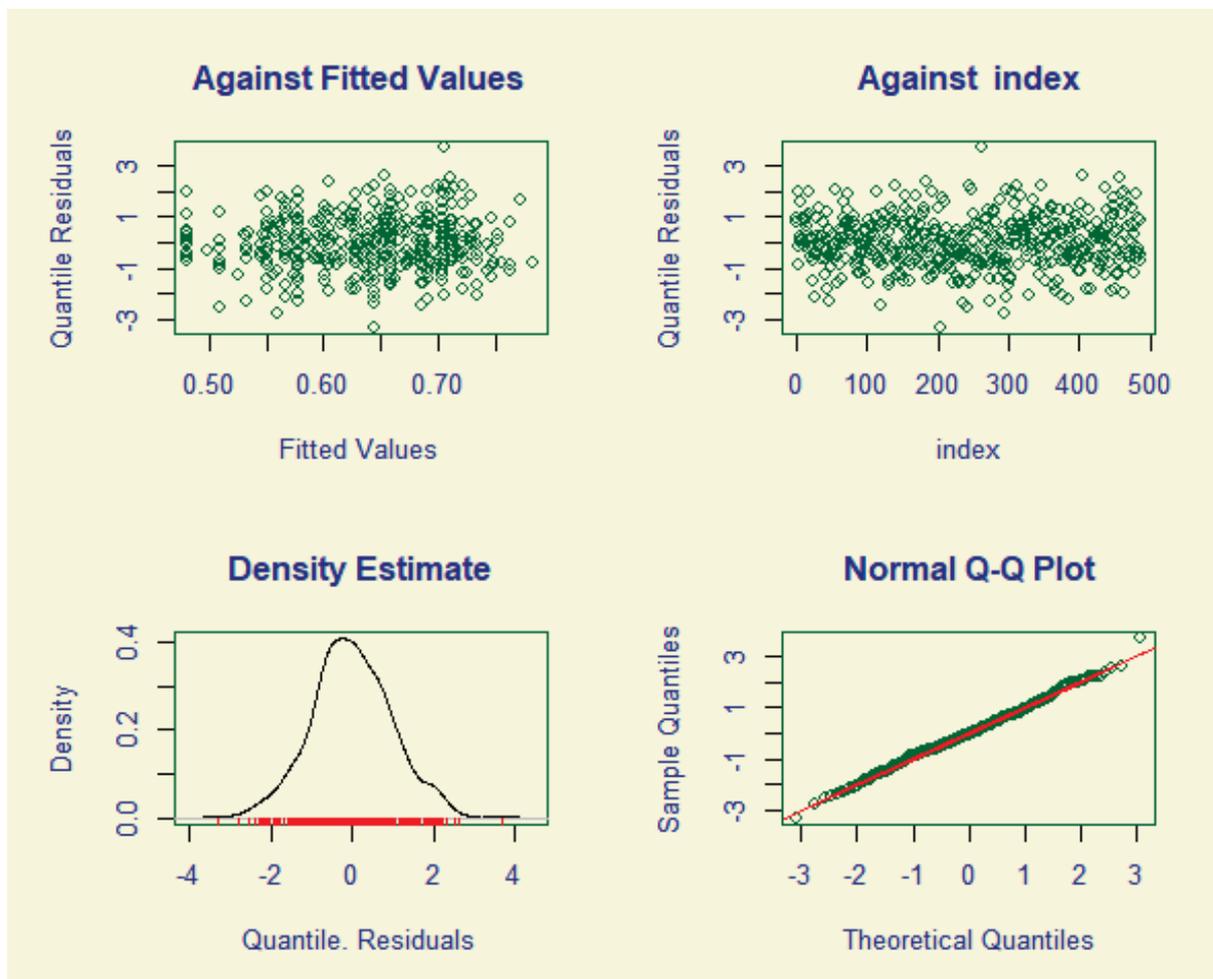
O13	Fazendo limpeza mais pesada (aspirar, varrer, esfregar o chão e lavar janelas).	O14	Empurrando cortador de grama ou trabalhando no jardim
	0 Nenhum		0 Nenhum
	1 Menos que 30 minutos por dia		1 Menos que 30 minutos por dia
	2 De 30 minutos a 1 hora por dia		2 De 30 minutos a 1 hora por dia
	3 De 1 hora a 2 horas por dia		3 De 1 hora a 2 horas por dia
	4 De 2 hora a 3 horas por dia		4 De 2 hora a 3 horas por dia
	5 De 3 horas ou mais por dia		5 De 3 horas ou mais por dia
O15	Caminhando lentamente para: pegar o ônibus, ir para trabalho ou fazer visitas.	O16	Caminhando rapidamente para: pegar o ônibus, ir para trabalho ou escola.
	0 Nenhum		0 Nenhum
	1 Menos que 30 minutos por dia		1 Menos que 30 minutos por dia
	2 De 30 minutos a 1 hora por dia		2 De 30 minutos a 1 hora por dia
	3 De 1 hora a 2 horas por dia		3 De 1 hora a 2 horas por dia
	4 De 2 hora a 3 horas por dia		4 De 2 hora a 3 horas por dia
	5 De 3 horas ou mais por dia		5 De 3 horas ou mais por dia
O17	Dirigindo, ou andando de carro ou de ônibus.	O18	Caminhando lentamente por divertimento ou exercício.
	0 Nenhum		0 Nenhum
	1 Menos que 30 minutos por dia		1 Menos que 30 minutos por dia
	2 De 30 minutos a 1 hora por dia		2 De 30 minutos a 1 hora por dia
	3 De 1 hora a 2 horas por dia		3 De 1 hora a 2 horas por dia
	4 De 2 hora a 3 horas por dia		4 De 2 hora a 3 horas por dia
	5 De 3 horas ou mais por dia		5 De 3 horas ou mais por dia
Para se divertir ou exercício...			
O19	Caminhando mais rápido , por divertimento ou exercício	O20	Caminhando mais rápido ladeira a cima, por divertimento ou exercício.
	0 Nenhum		0 Nenhum
	1 Menos que 30 minutos por dia		1 Menos que 30 minutos por dia
	2 De 30 minutos a 1 hora por dia		2 De 30 minutos a 1 hora por dia
	3 De 1 hora a 2 horas por dia		3 De 1 hora a 2 horas por dia
	4 De 2 hora a 3 horas por dia		4 De 2 hora a 3 horas por dia
	5 De 3 horas ou mais por dia		5 De 3 horas ou mais por dia
O21	Fazendo "caminhada rápida ou correndo levemente" (tipo COOPER)	O22	Na aula de exercício pré-natal.
	0 Nenhum		0 Nenhum
	1 Menos que 30 minutos por dia		1 Menos que 30 minutos por dia
	2 De 30 minutos a 1 hora por dia		2 De 30 minutos a 1 hora por dia
	3 De 1 hora a 2 horas por dia		3 De 1 hora a 2 horas por dia
	4 De 2 hora a 3 horas por dia		4 De 2 hora a 3 horas por dia
	5 De 3 horas ou mais por dia		5 De 3 horas ou mais por dia
O23	Nadando.	O24	Dançando.
	0 Nenhum		0 Nenhum
	1 Menos que 30 minutos por dia		1 Menos que 30 minutos por dia
	2 De 30 minutos a 1 hora por dia		2 De 30 minutos a 1 hora por dia
	3 De 1 hora a 2 horas por dia		3 De 1 hora a 2 horas por dia
	4 De 2 hora a 3 horas por dia		4 De 2 hora a 3 horas por dia
	5 De 3 horas ou mais por dia		5 De 3 horas ou mais por dia
O25	Fazendo outras coisa por divertimento ou exercício? _____	O26	Sentada ou trabalhando em sala de aula
	0 Nenhum		0 Nenhum
	1 Menos que 30 minutos por dia		1 Menos que 30 minutos por dia
	2 De 30 minutos a 1 hora por dia		2 De 30 minutos a 1 hora por dia
	3 De 1 hora a 2 horas por dia		3 De 1 hora a 2 horas por dia
	4 De 2 hora a 3 horas por dia		4 De 2 hora a 3 horas por dia
	5 De 3 horas ou mais por dia		5 De 3 horas ou mais por dia

Por favor, preencha a próxima etapa, **se você trabalha por salário**, como voluntário, **ou se você for estudante**. **SE NÃO PULE PARA PRÓXIMO QUESTIONÁRIO**

O27	Em pé ou caminhando lentamente no trabalho, carregando coisas (mais pesado que uma garrafa de refrigerante de 2 litros).		O28	De pé ou caminhando lentamente no trabalho não		
	0	Nenhum		0	Nenhum	F1027 ___
	1	Menos que 30 minutos por dia		1	Menos que 30 minutos por dia	F1028 ___
	2	De 30 minutos a 1 hora por dia		2	De 30 minutos a 1 hora por dia	
	3	De 1 hora a 2 horas por dia		3	De 1 hora a 2 horas por dia	
	4	De 2 hora a 3 horas por dia		4	De 2 hora a 3 horas por dia	
	5	De 3 horas ou mais por dia	5	De 3 horas ou mais por dia		
O29	Caminhando rapidamente no trabalho enquanto carrega objetos (mais pesado do que uma garrafa de refrigerante de 2 litros).		O30	Caminhando rapidamente no trabalho, não carregando nada.		
	0	Nenhum		0	Nenhum	F1029 ___
	1	Menos que 30 minutos por dia		1	Menos que 30 minutos por dia	F1030 ___
	2	De 30 minutos a 1 hora por dia		2	De 30 minutos a 1 hora por dia	
	3	De 1 hora a 2 horas por dia		3	De 1 hora a 2 horas por dia	
	4	De 2 hora a 3 horas por dia		4	De 2 hora a 3 horas por dia	
	5	De 3 horas ou mais por dia	5	De 3 horas ou mais por dia		

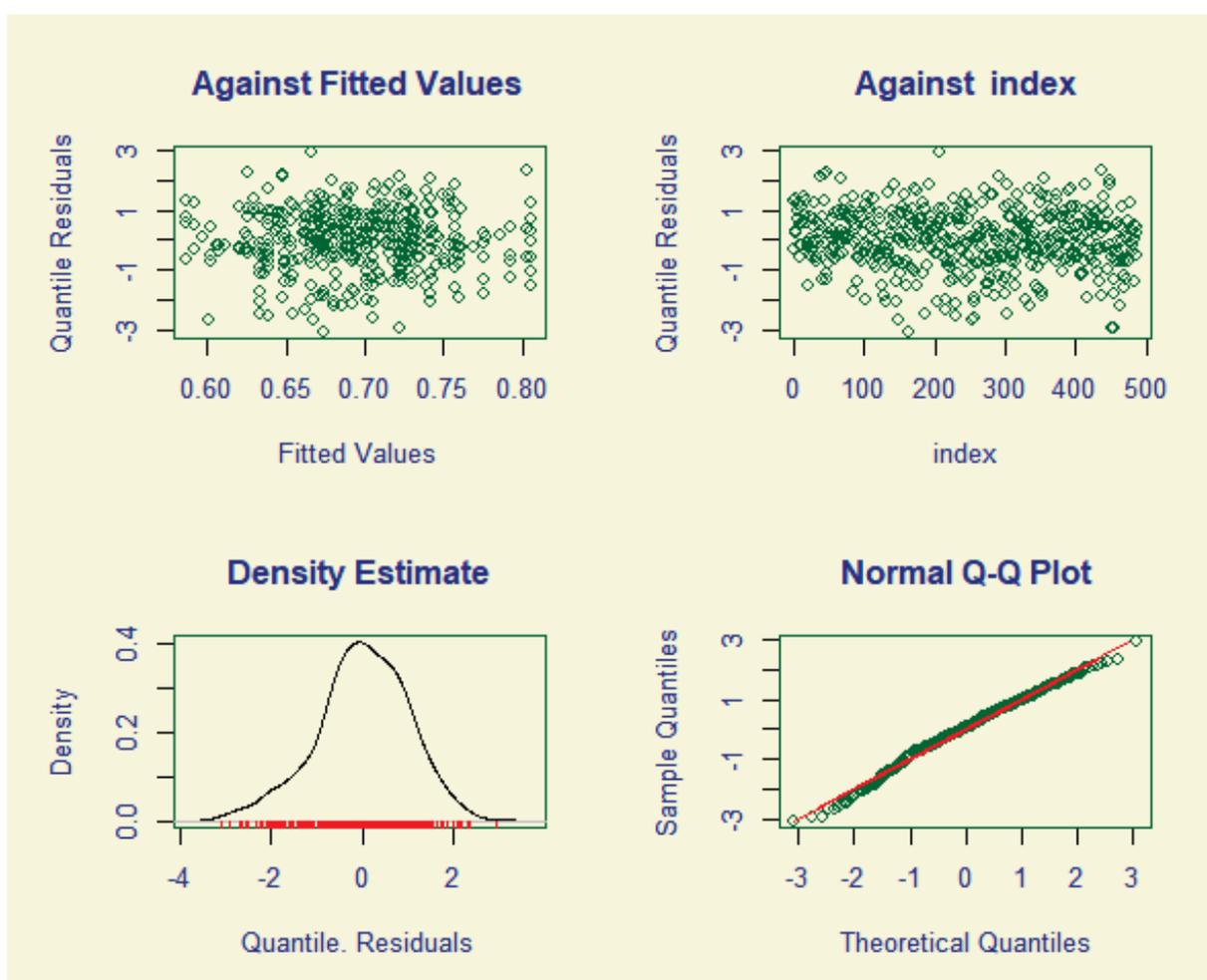
APÊNDICE 2 - DIAGNÓSTICO DO AJUSTE DOS MODELOS

Figura 4 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo para o domínio físico de qualidade de vida de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=570).



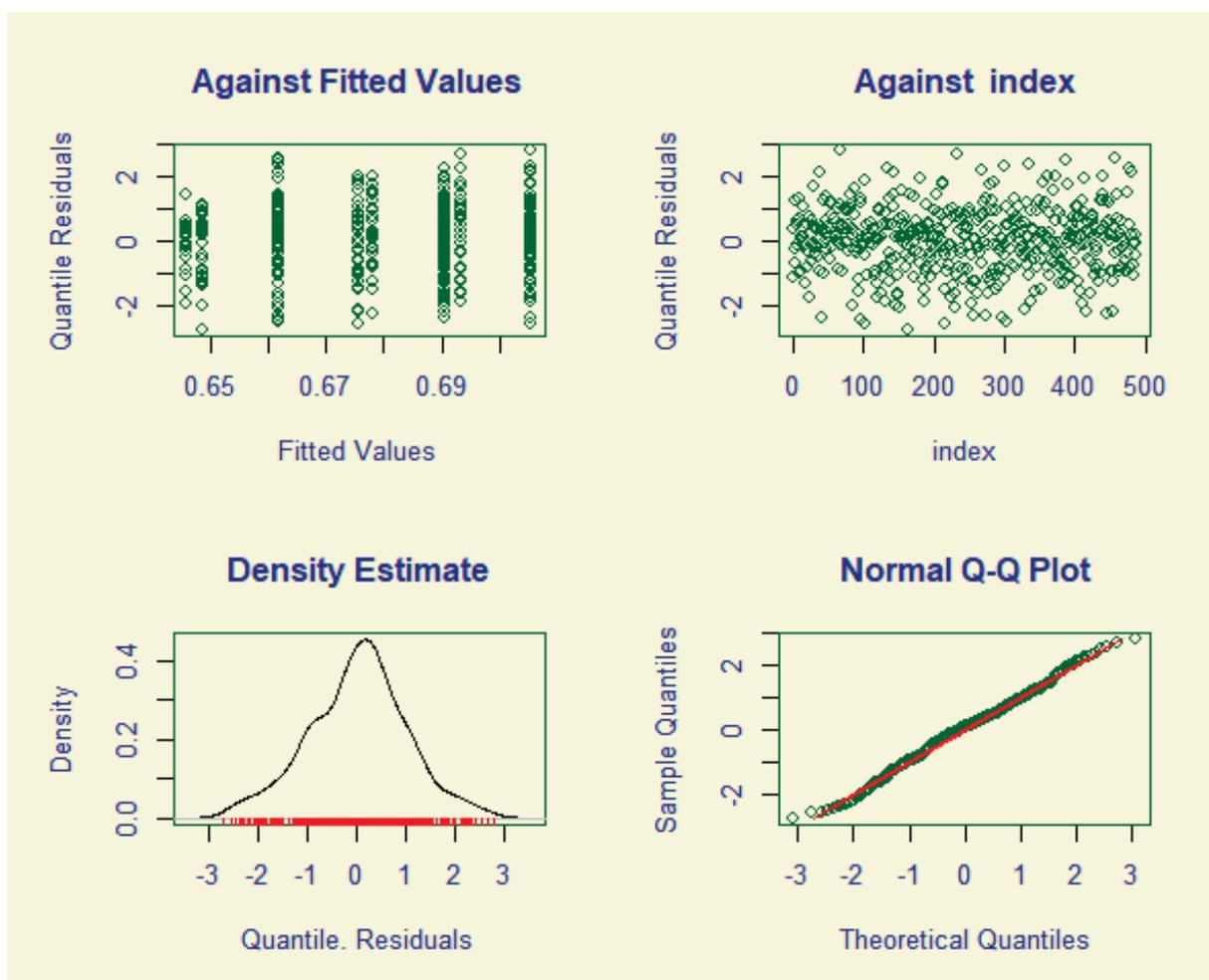
Fonte: O autor (2021).

Figura 5 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo para o domínio psicológico de qualidade de vida de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=570).



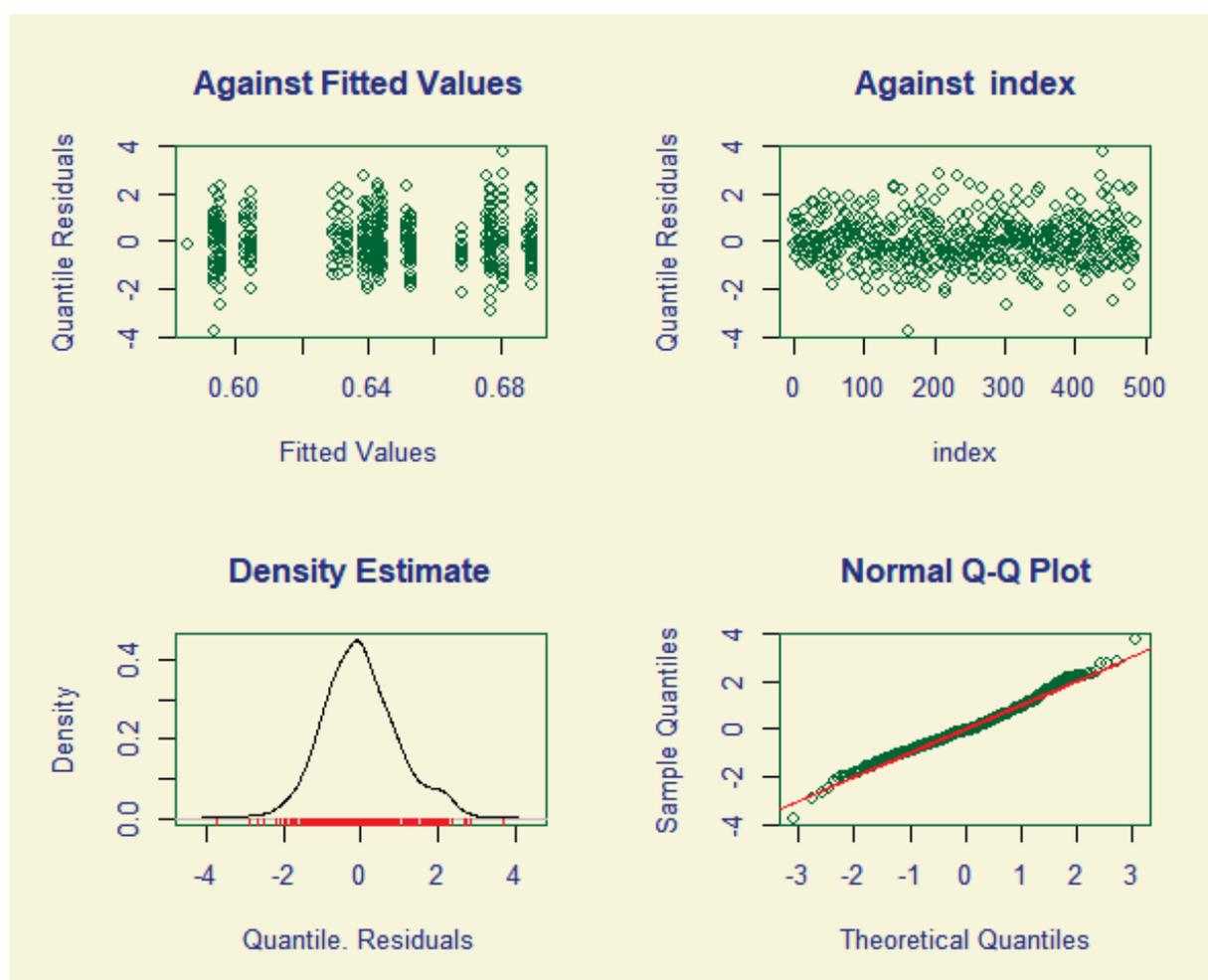
Fonte: O autor (2021).

Figura 6 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo para o domínio relações sociais de qualidade de vida de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=570).



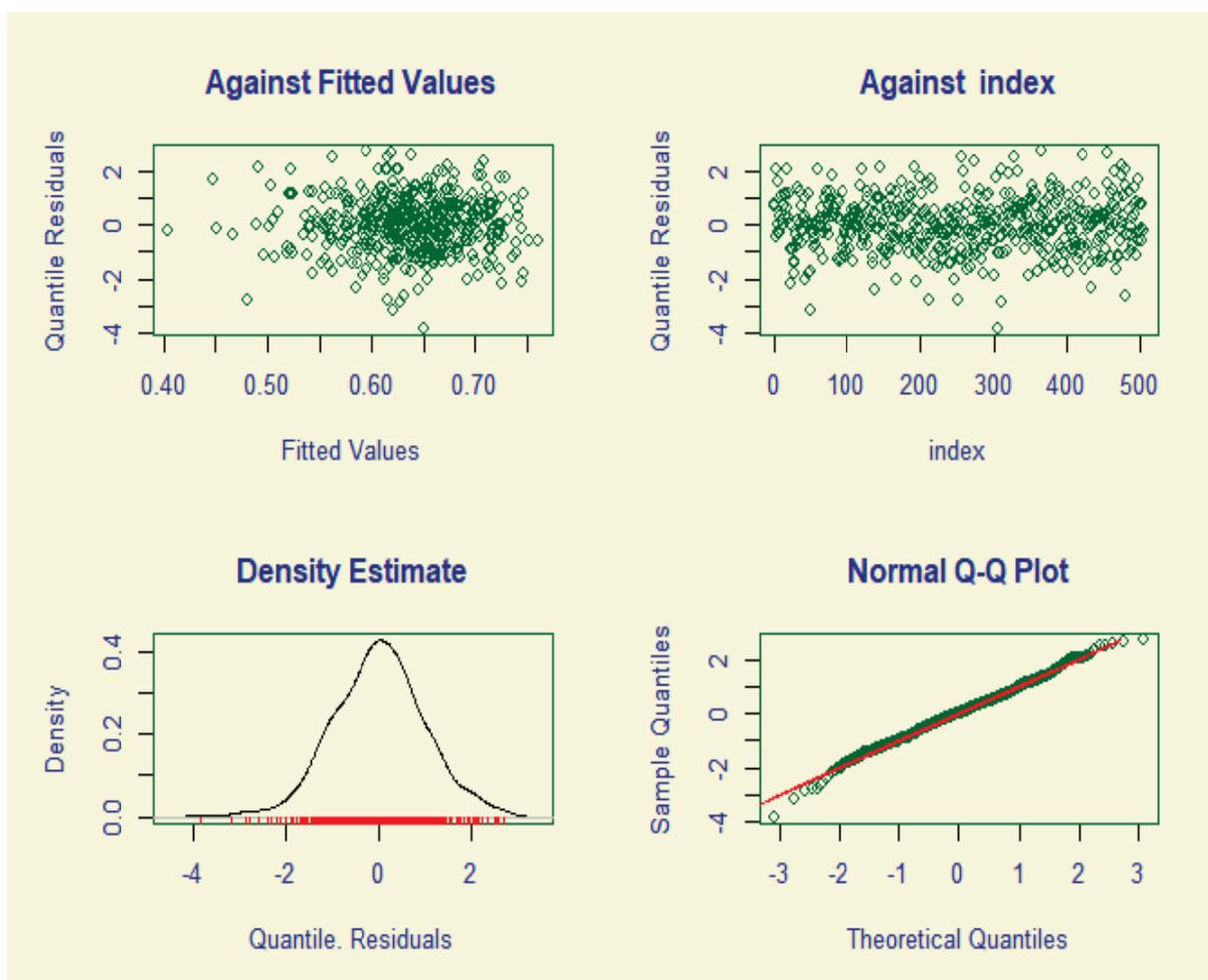
Fonte: O autor (2021).

Figura 7 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo para o domínio meio ambiente de qualidade de vida de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=570).



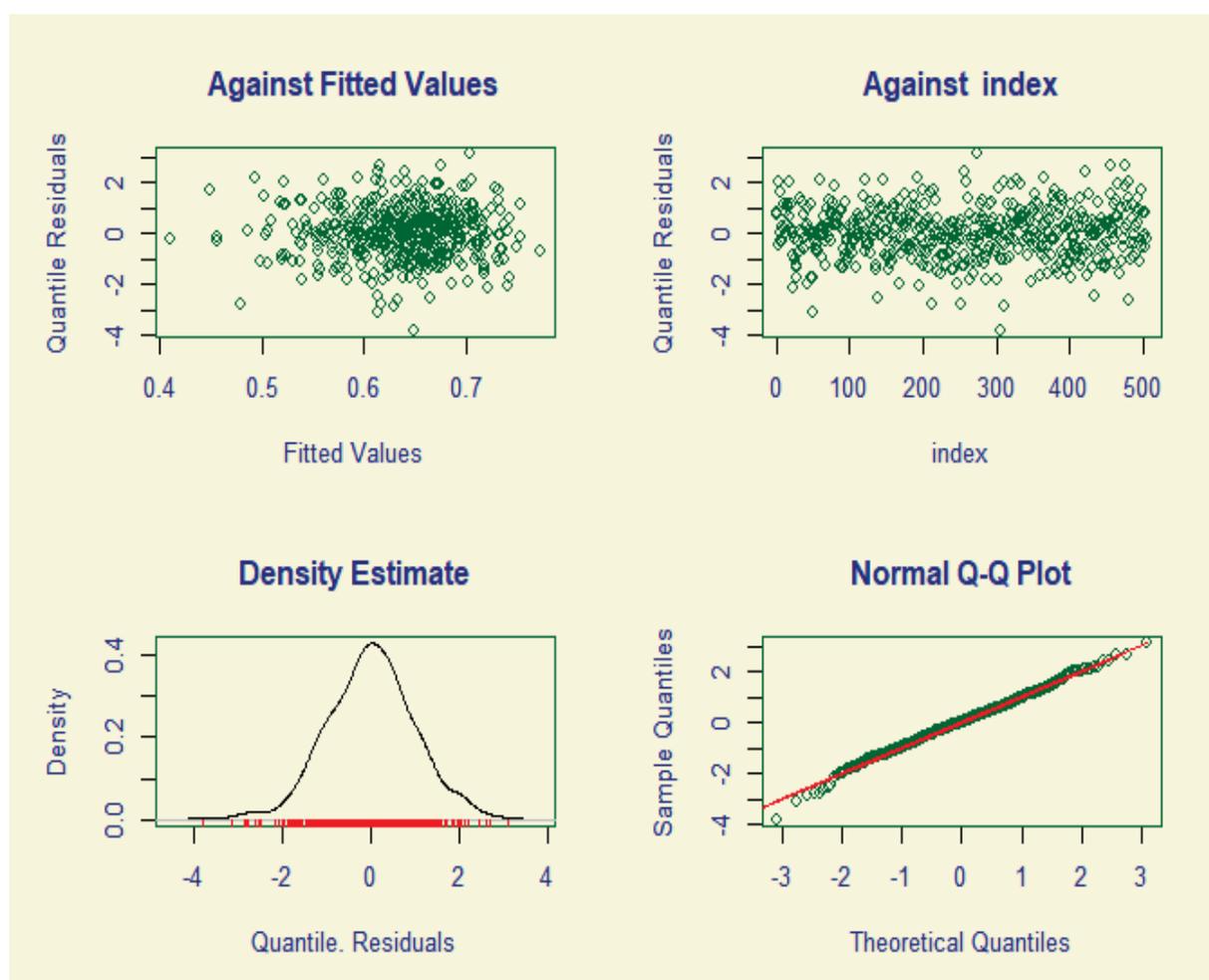
Fonte: O autor (2021).

Figura 8 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio físico da qualidade de vida e o domínio de atividade doméstica de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



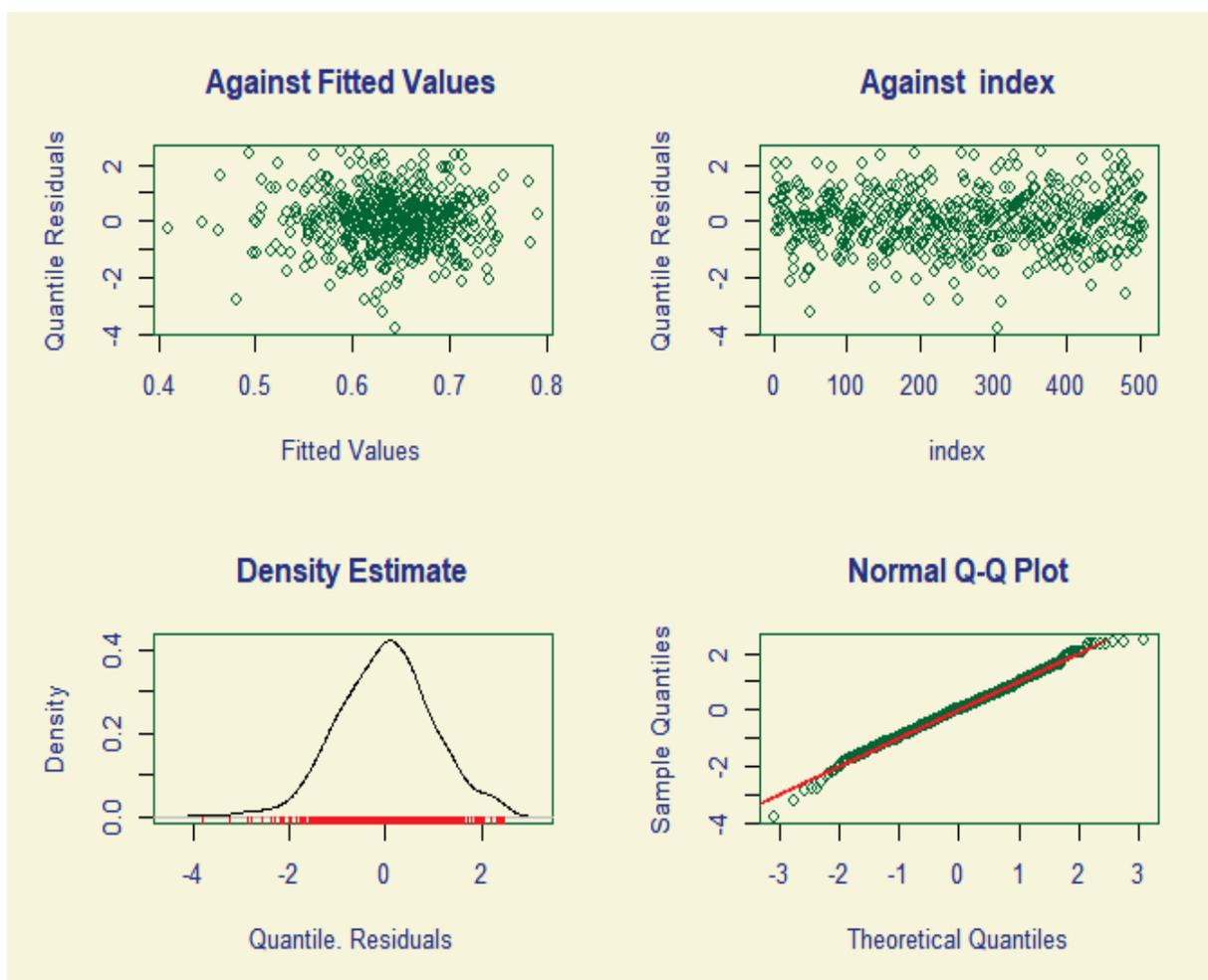
Fonte: O autor (2021).

Figura 9 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio físico da qualidade de vida e o domínio ocupacional de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).(N=505).



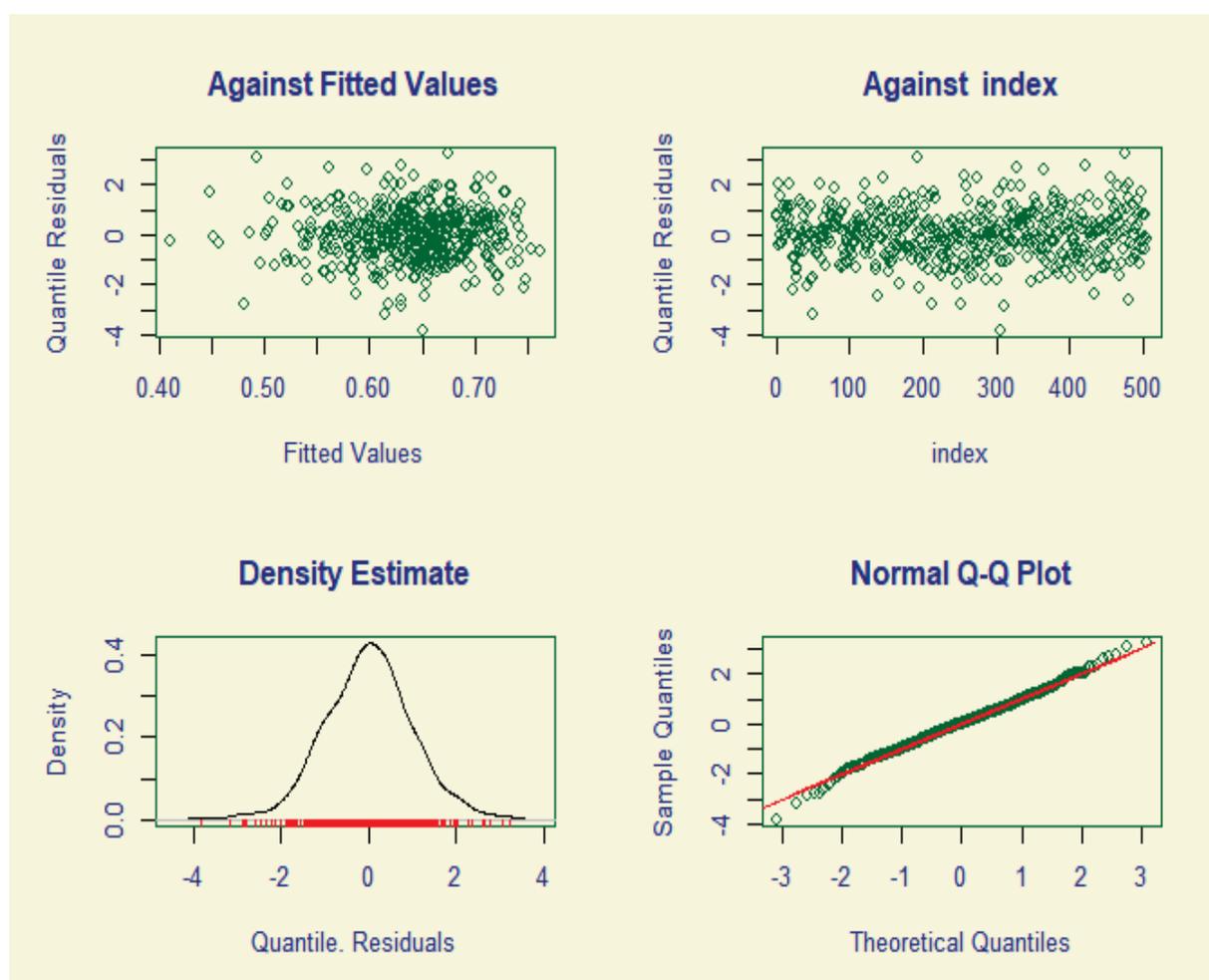
Fonte: O autor (2021).

Figura 10 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio físico da qualidade de vida e o domínio de exercícios de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



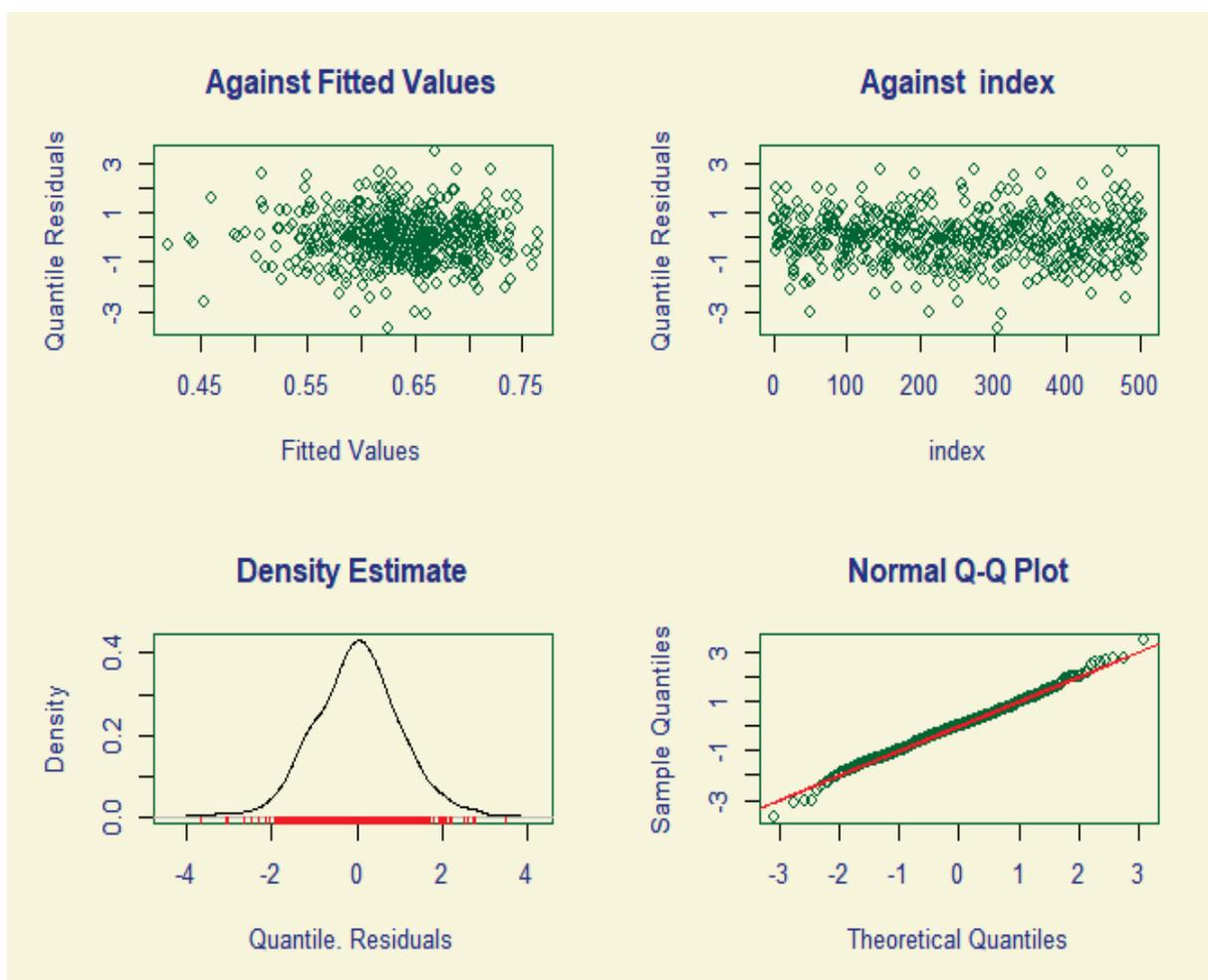
Fonte: O autor (2021).

Figura 11 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio físico da qualidade de vida e o domínio de locomoção de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



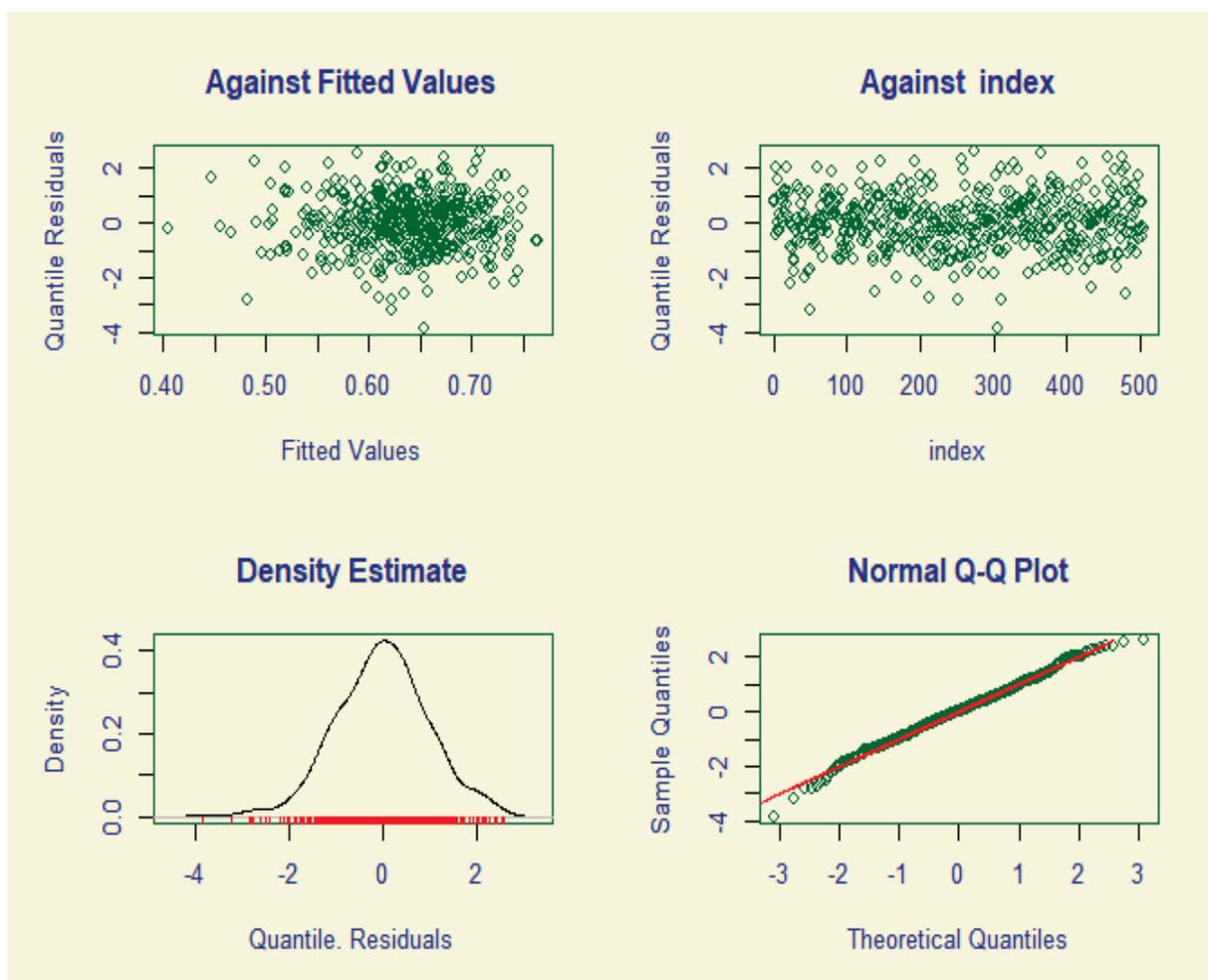
Fonte: O autor (2021).

Figura 12 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio físico da qualidade de vida e o domínio de sedentarismo de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



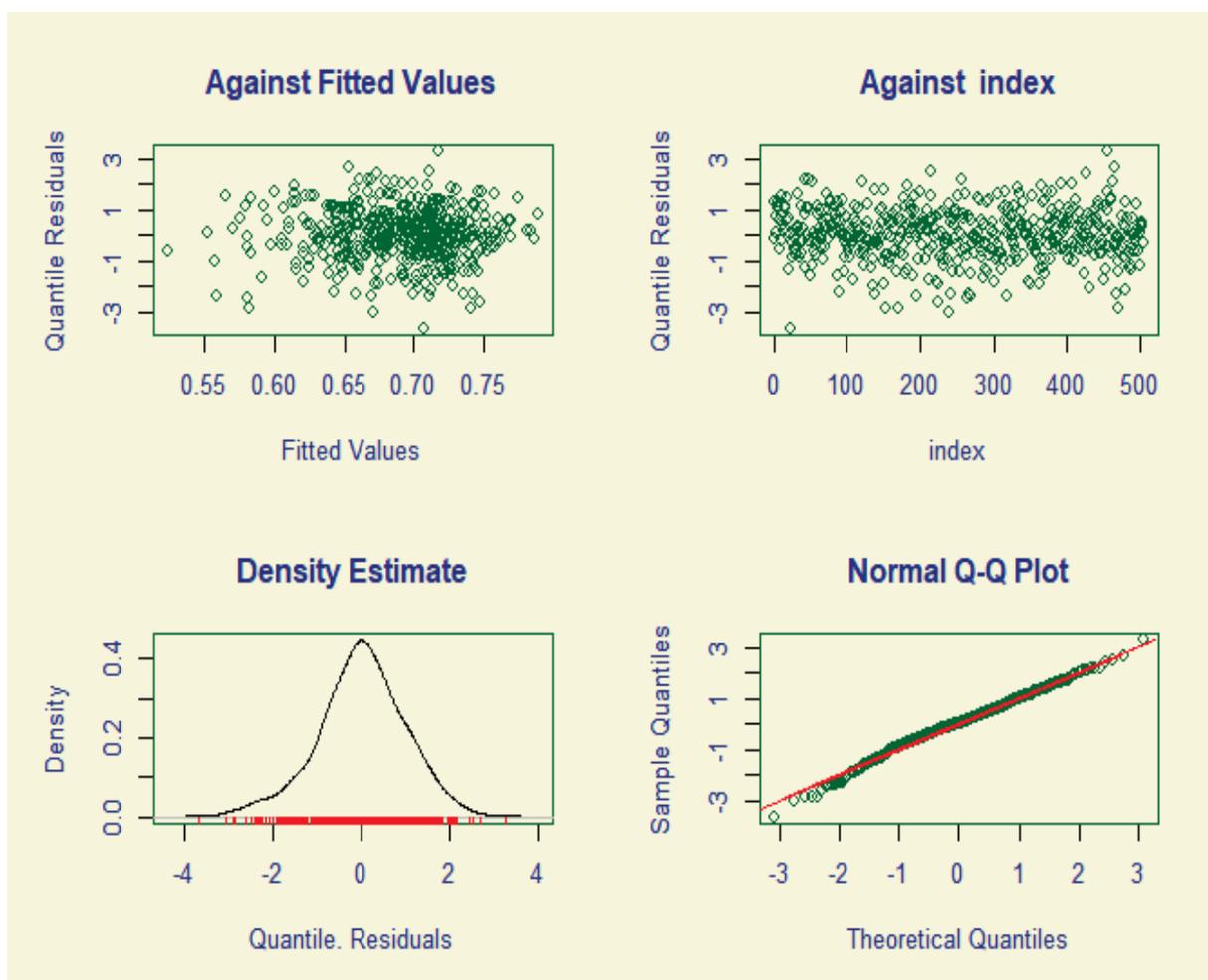
Fonte: O autor (2021).

Figura 13 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio físico da qualidade de vida e atividade física global de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



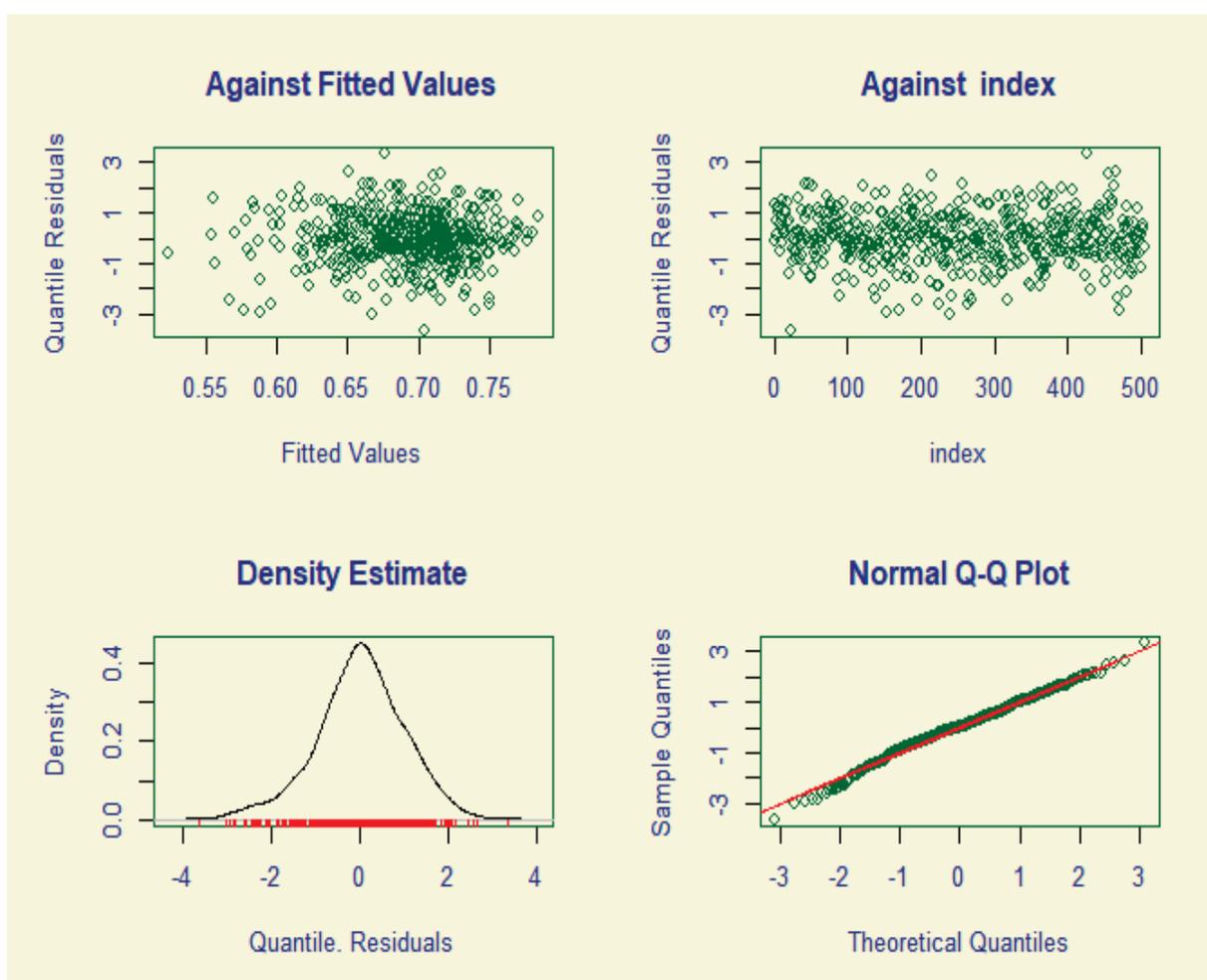
Fonte: O autor (2021).

Figura 14 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio psicológico da qualidade de vida e o domínio de atividade doméstica de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



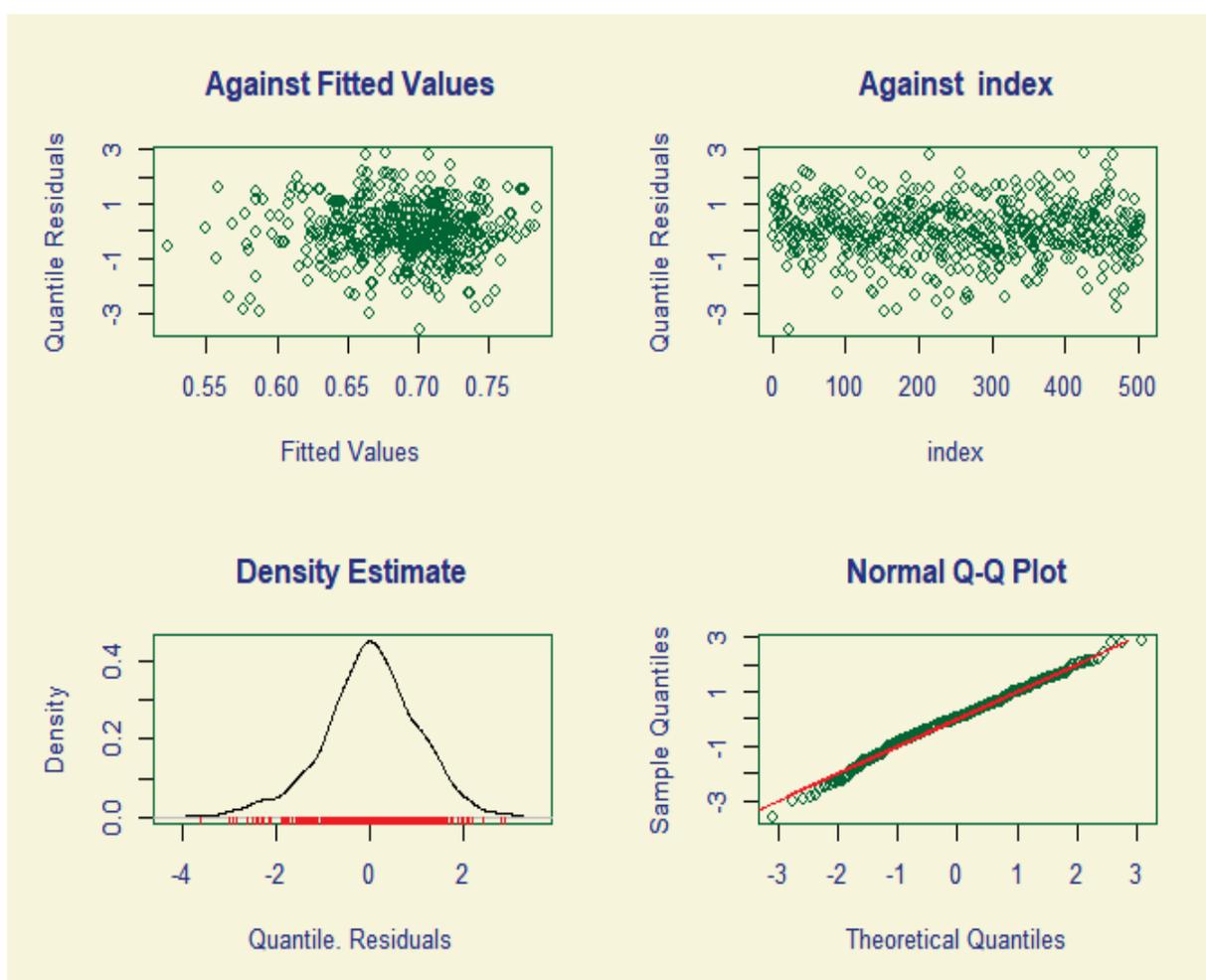
Fonte: O autor (2021).

Figura 15 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio psicológico da qualidade de vida e o domínio ocupacional de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).(N=505).



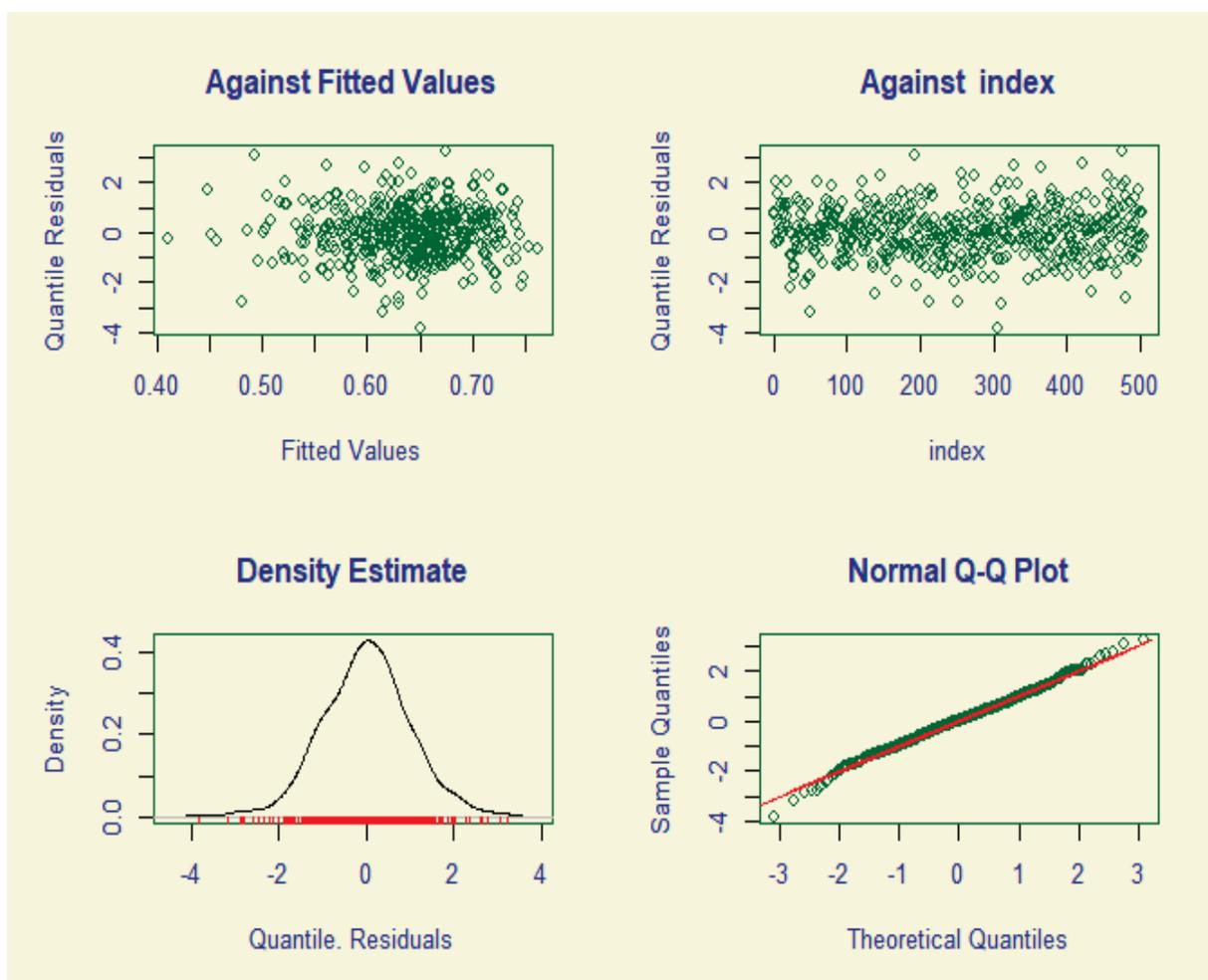
Fonte: O autor (2021).

Figura 16 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio psicológico da qualidade de vida e o domínio de exercícios de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



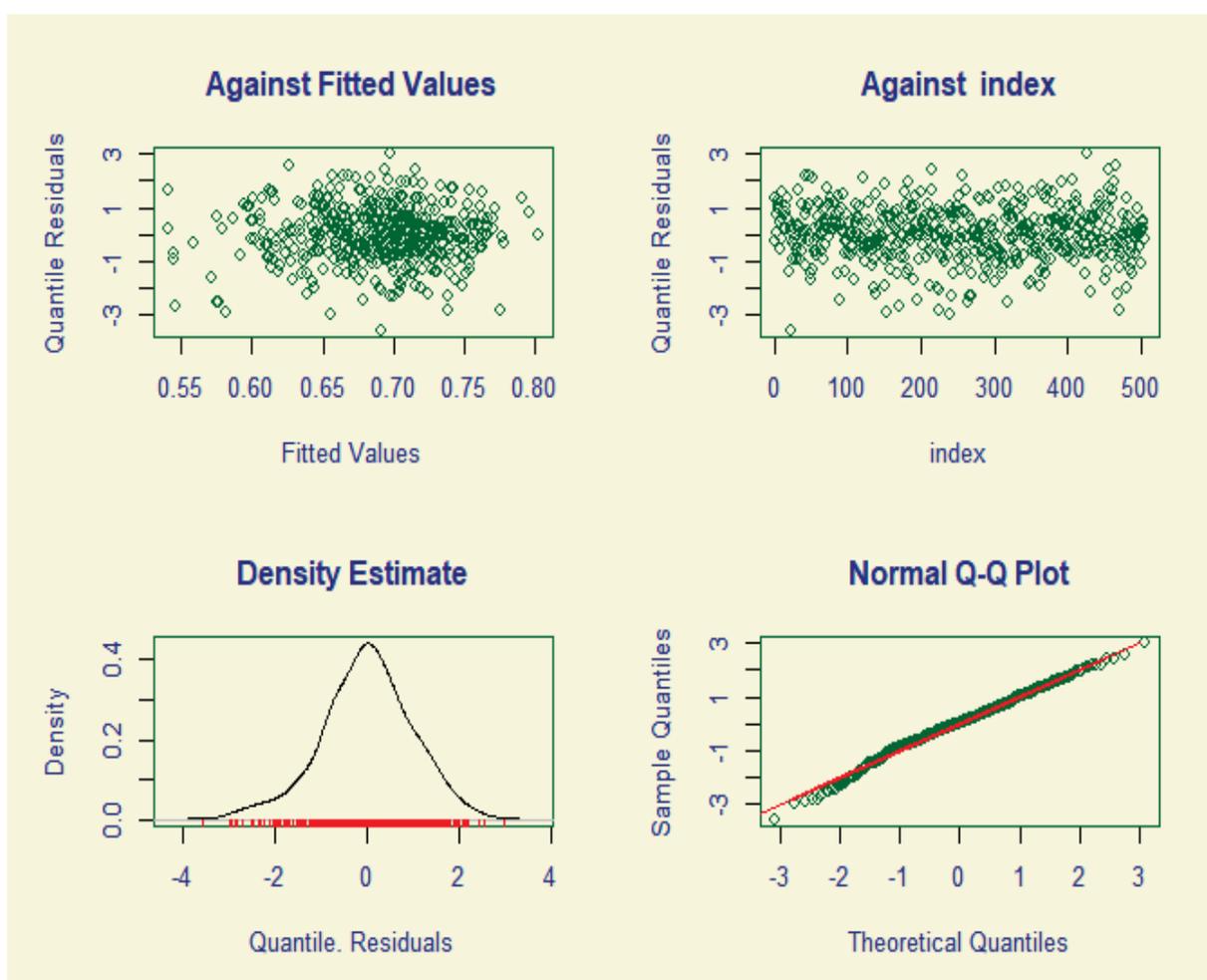
Fonte: O autor (2021).

Figura 17 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio psicológico da qualidade de vida e o domínio de locomoção de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



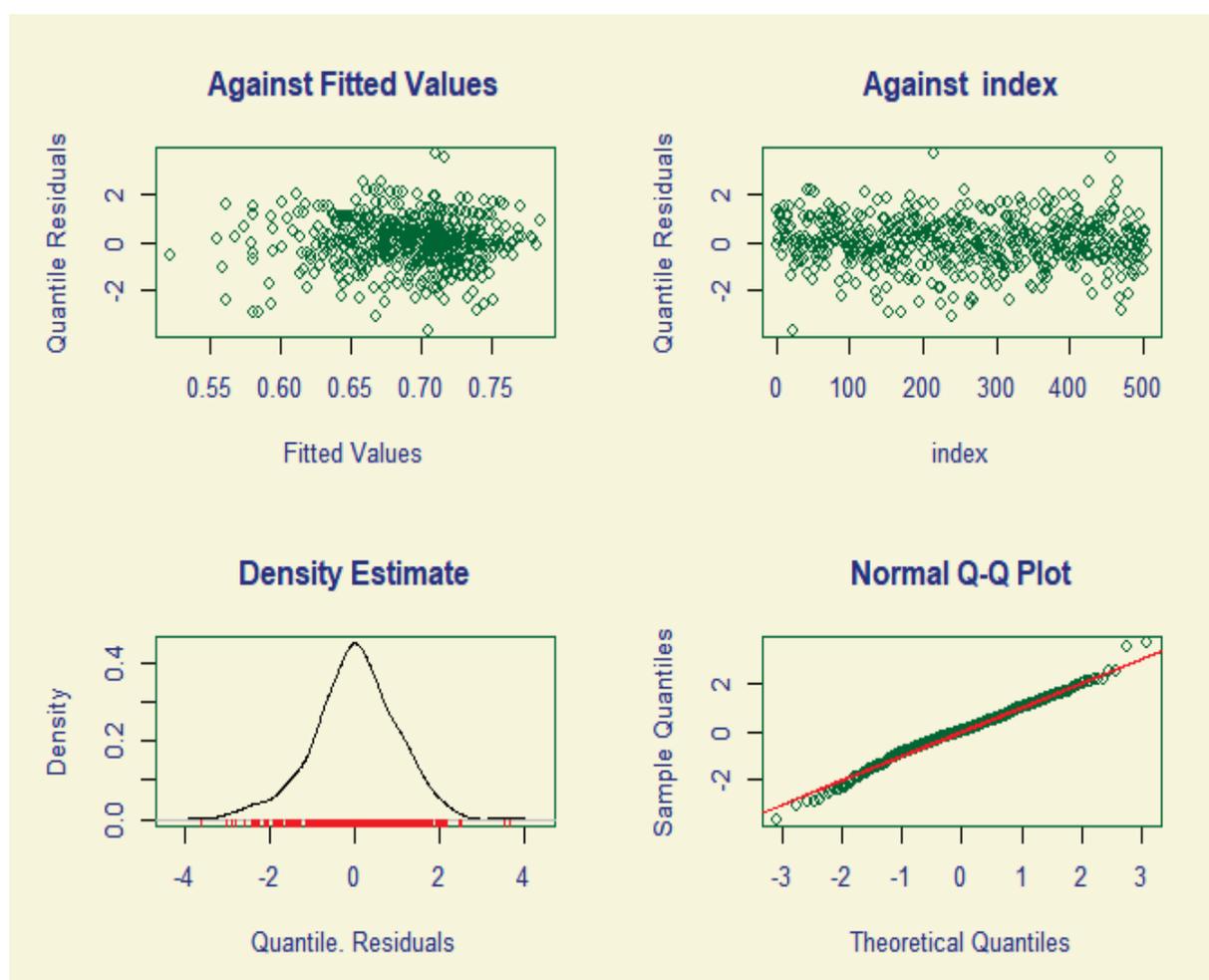
Fonte: O autor (2021).

Figura 18 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio psicológico da qualidade de vida e o domínio de sedentarismo de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



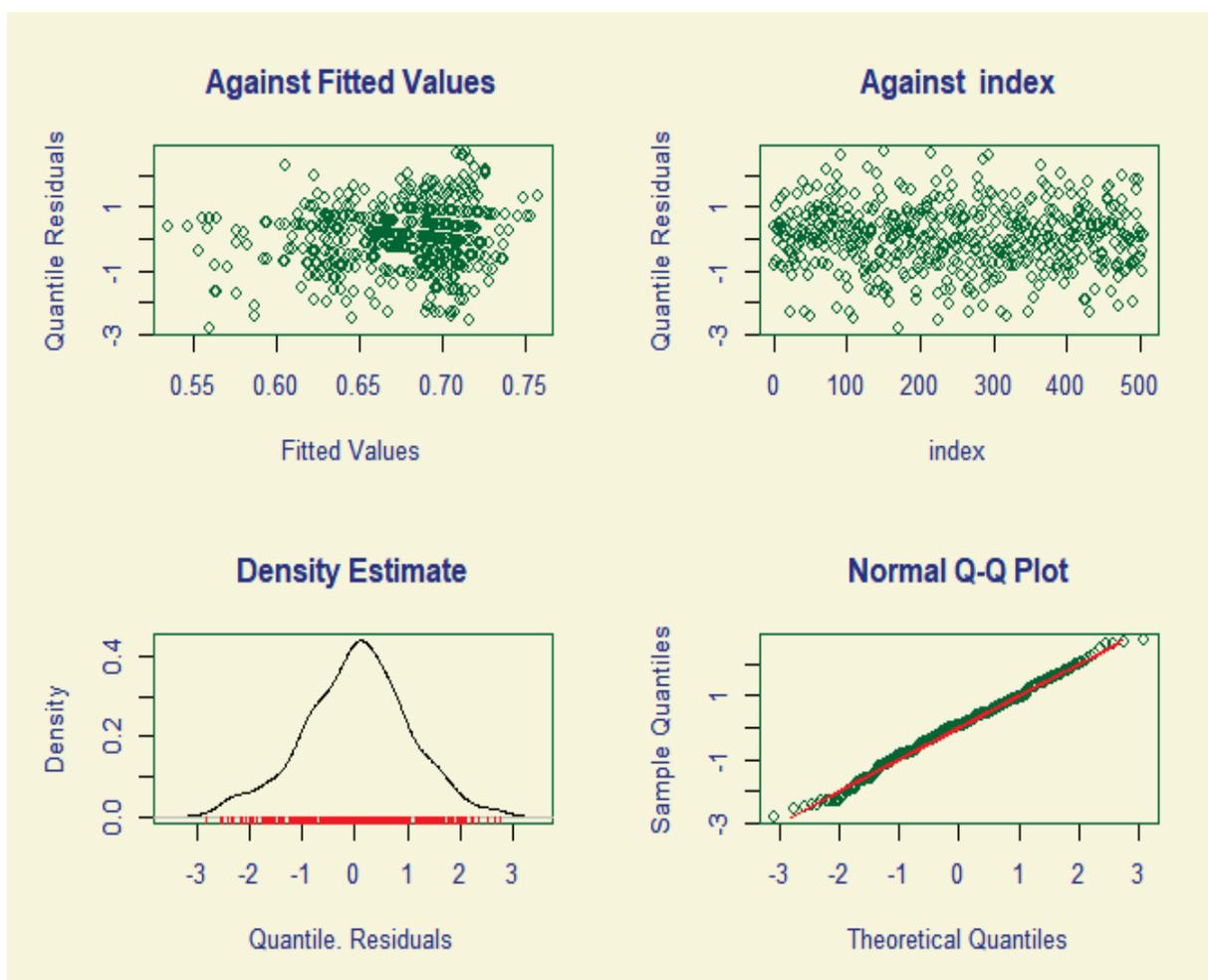
Fonte: O autor (2021).

Figura 19 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio psicológico da qualidade de vida e atividade física global de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



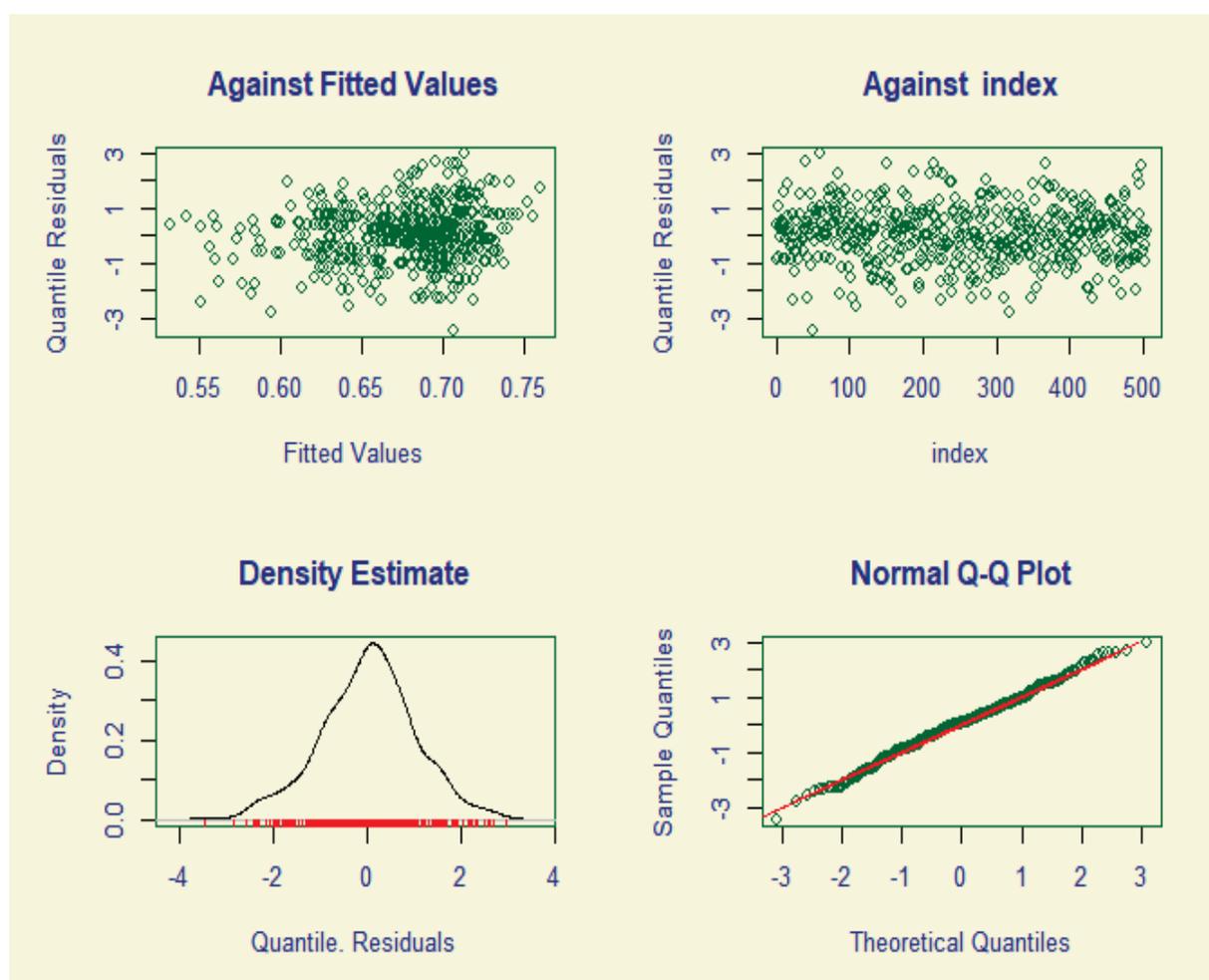
Fonte: O autor (2021).

Figura 20 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio relações sociais da qualidade de vida e o domínio de atividade doméstica de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



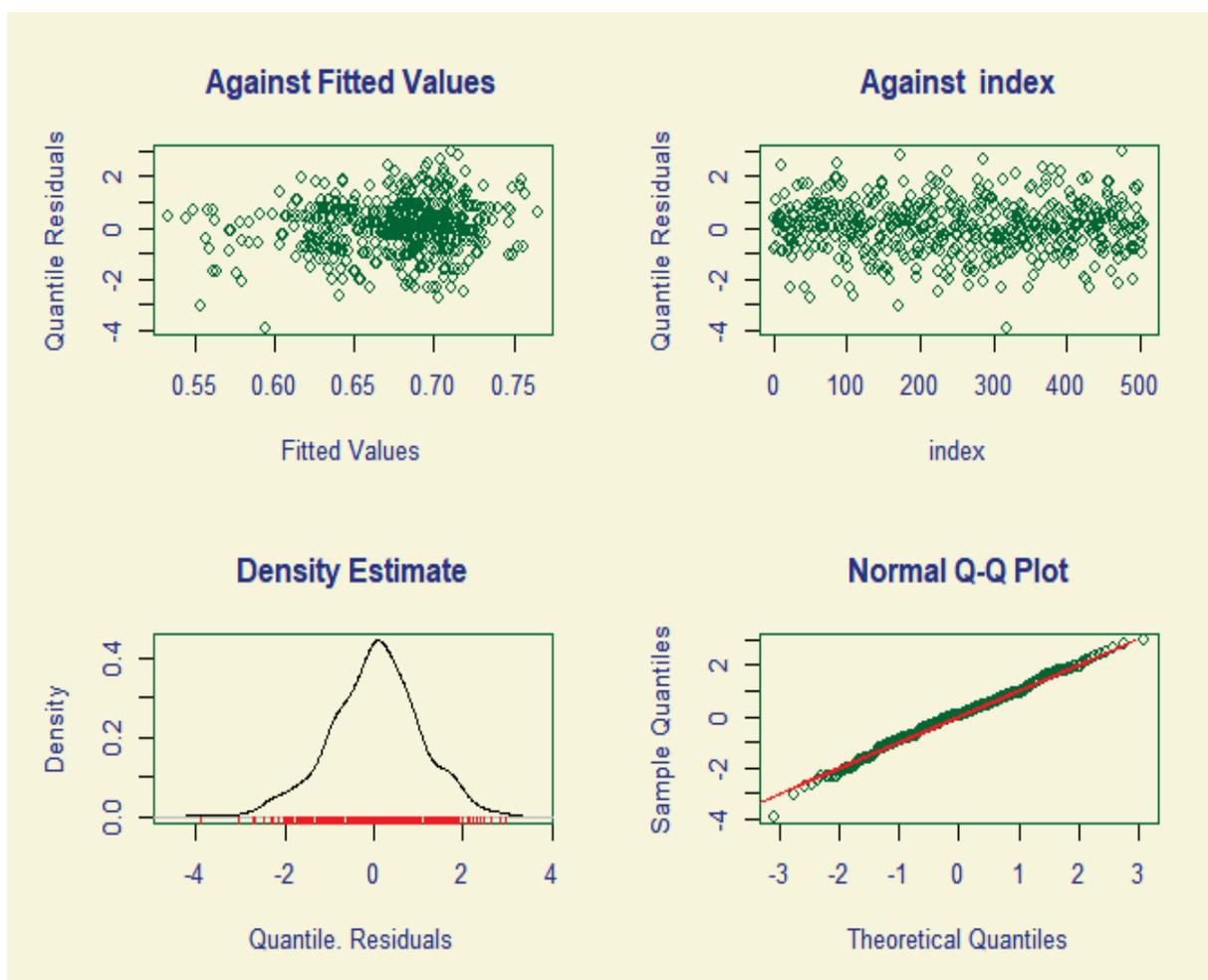
Fonte: O autor (2021).

Figura 21 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio relações sociais da qualidade de vida e o domínio ocupacional de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).(N=505).



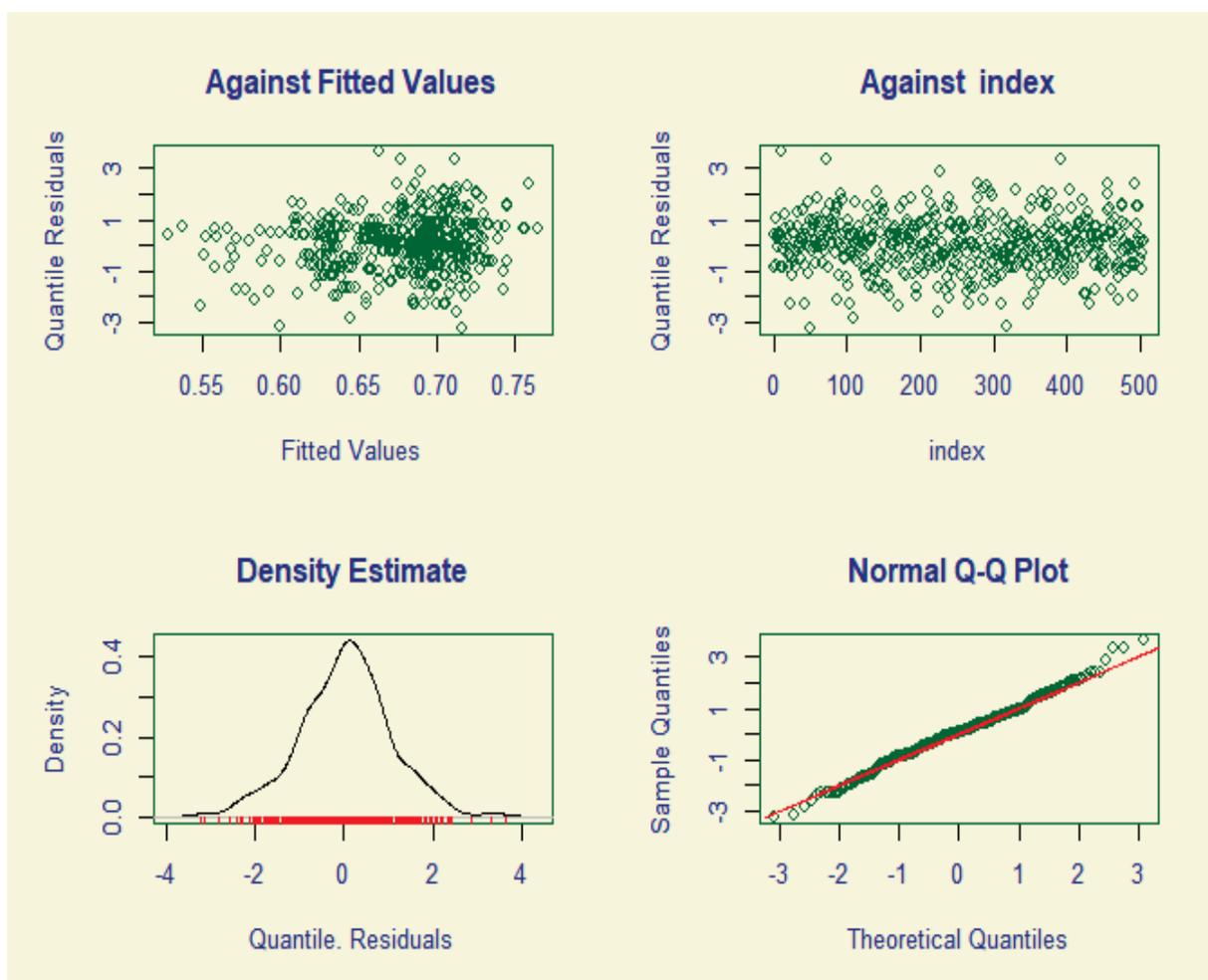
Fonte: O autor (2021).

Figura 22 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio relações sociais da qualidade de vida e o domínio de exercícios de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



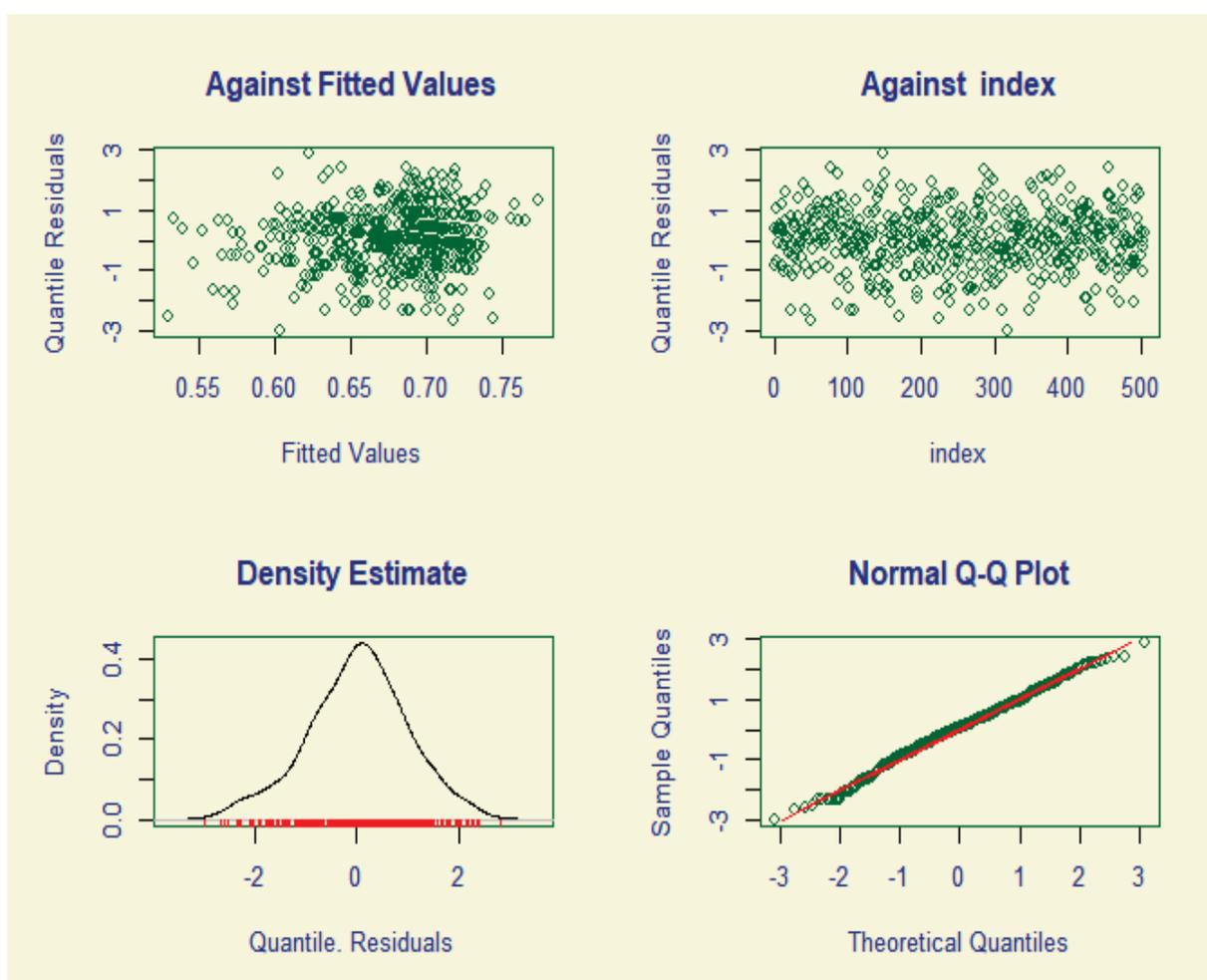
Fonte: O autor (2021).

Figura 23 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio relações sociais da qualidade de vida e o domínio de locomoção de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



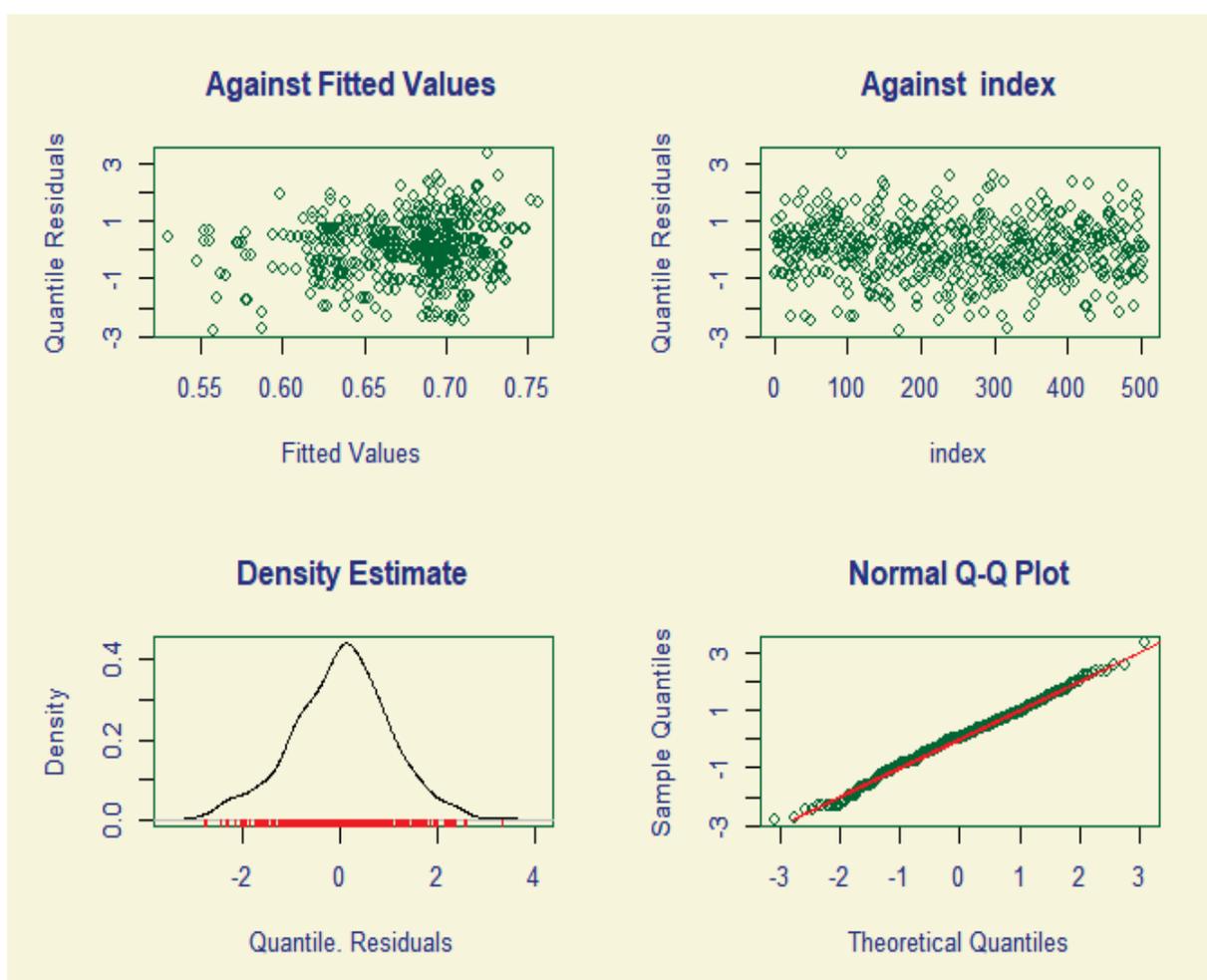
Fonte: O autor (2021).

Figura 24 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio relações sociais da qualidade de vida e o domínio de sedentarismo de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



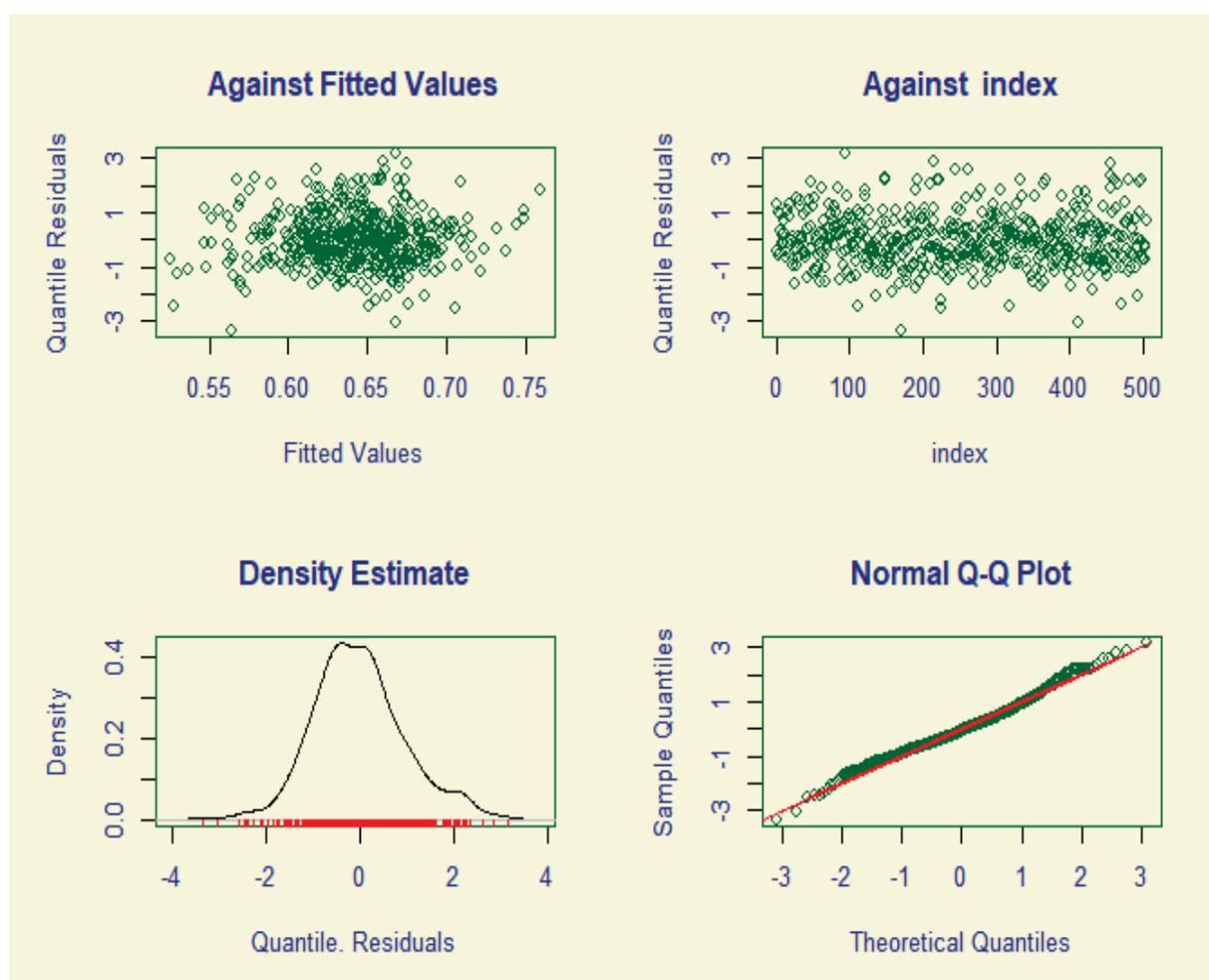
Fonte: O autor (2021).

Figura 25 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio relações sociais da qualidade de vida e atividade física global de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



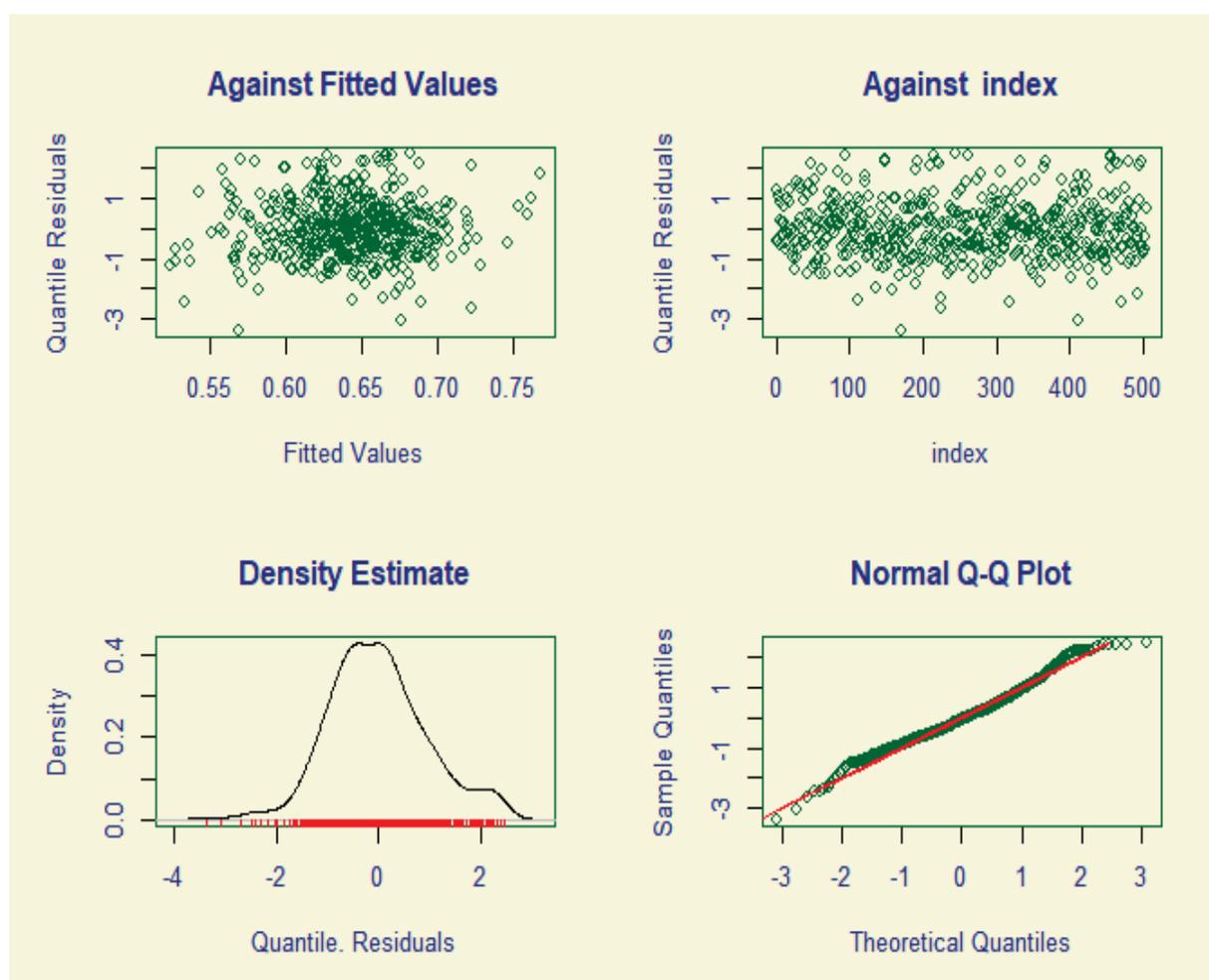
Fonte: O autor (2021).

Figura 26 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio meio ambiente da qualidade de vida e o domínio de atividade doméstica de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



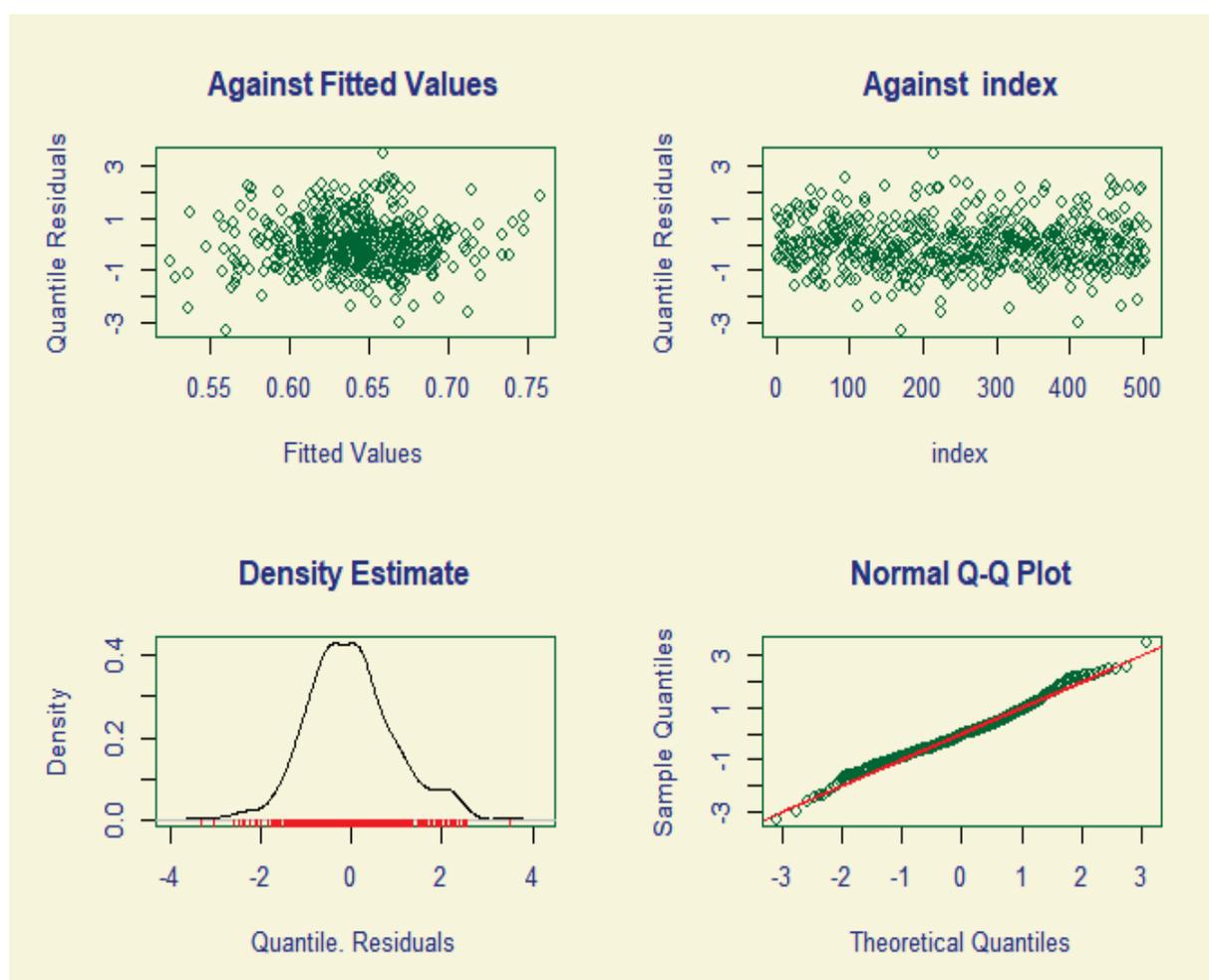
Fonte: O autor (2021).

Figura 27 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio meio ambiente da qualidade de vida e o domínio ocupacional de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).(N=505).



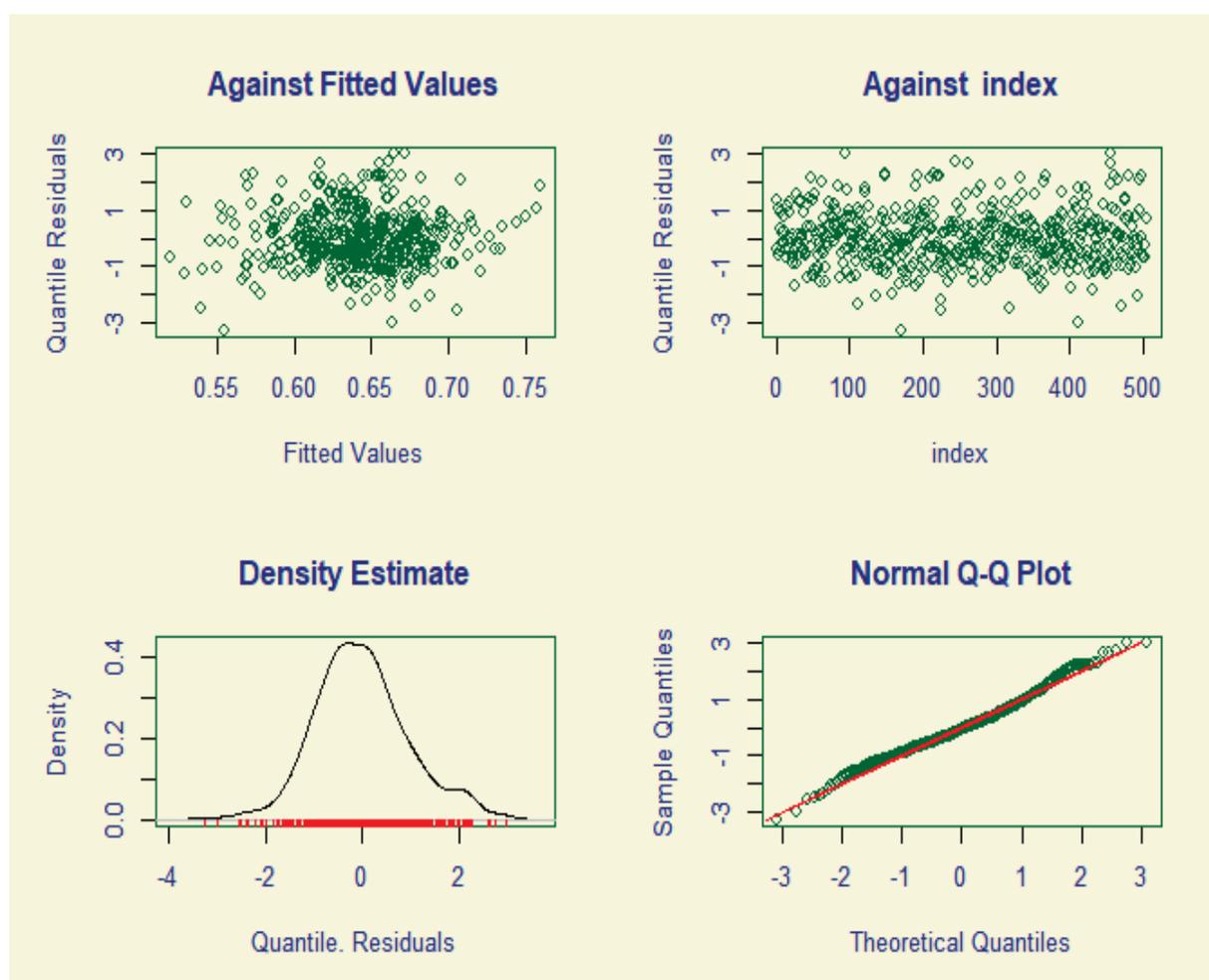
Fonte: O autor (2021).

Figura 28 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio meio ambiente da qualidade de vida e o domínio de exercícios de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



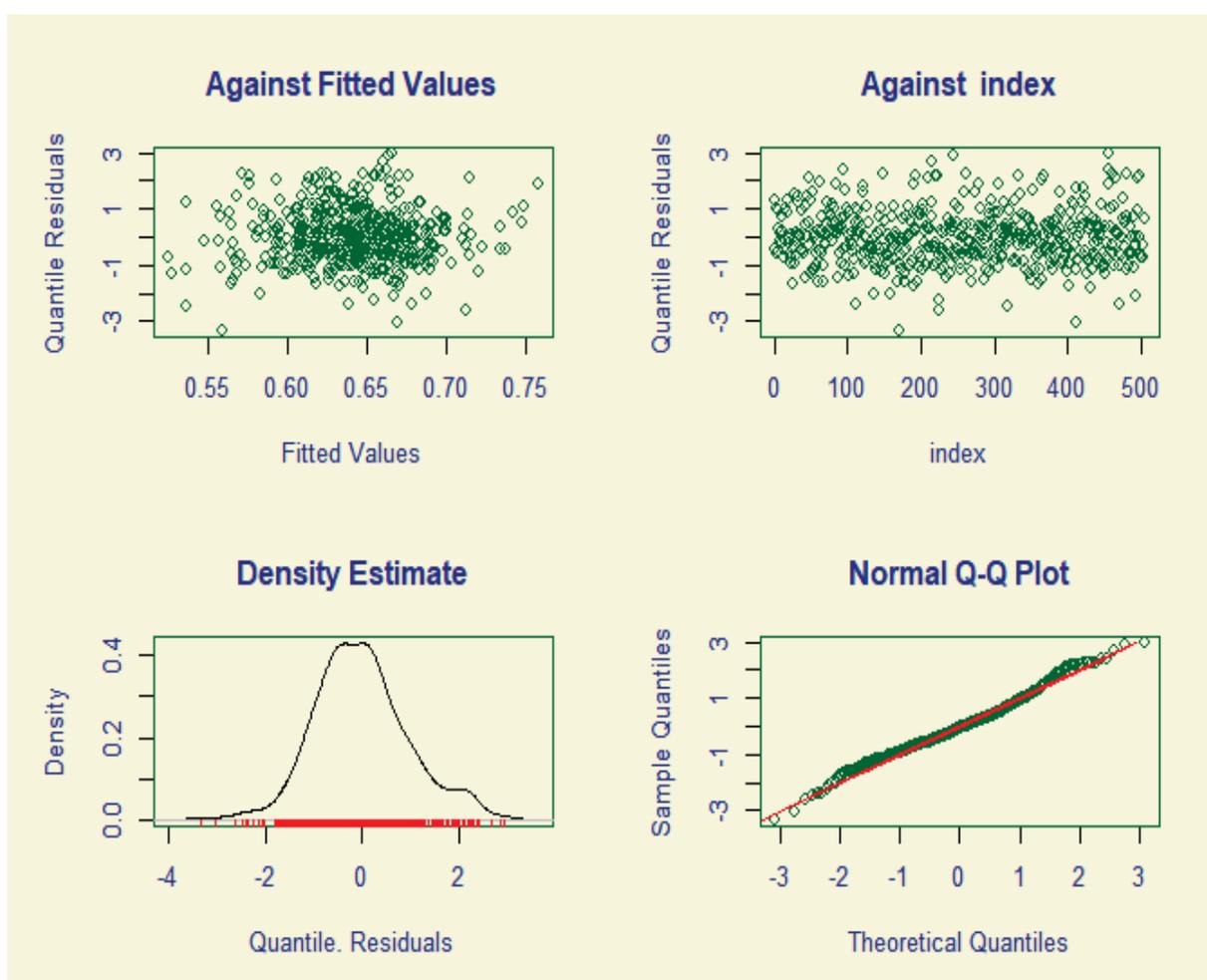
Fonte: O autor (2021).

Figura 29 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio meio ambiente da qualidade de vida e o domínio de locomoção de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



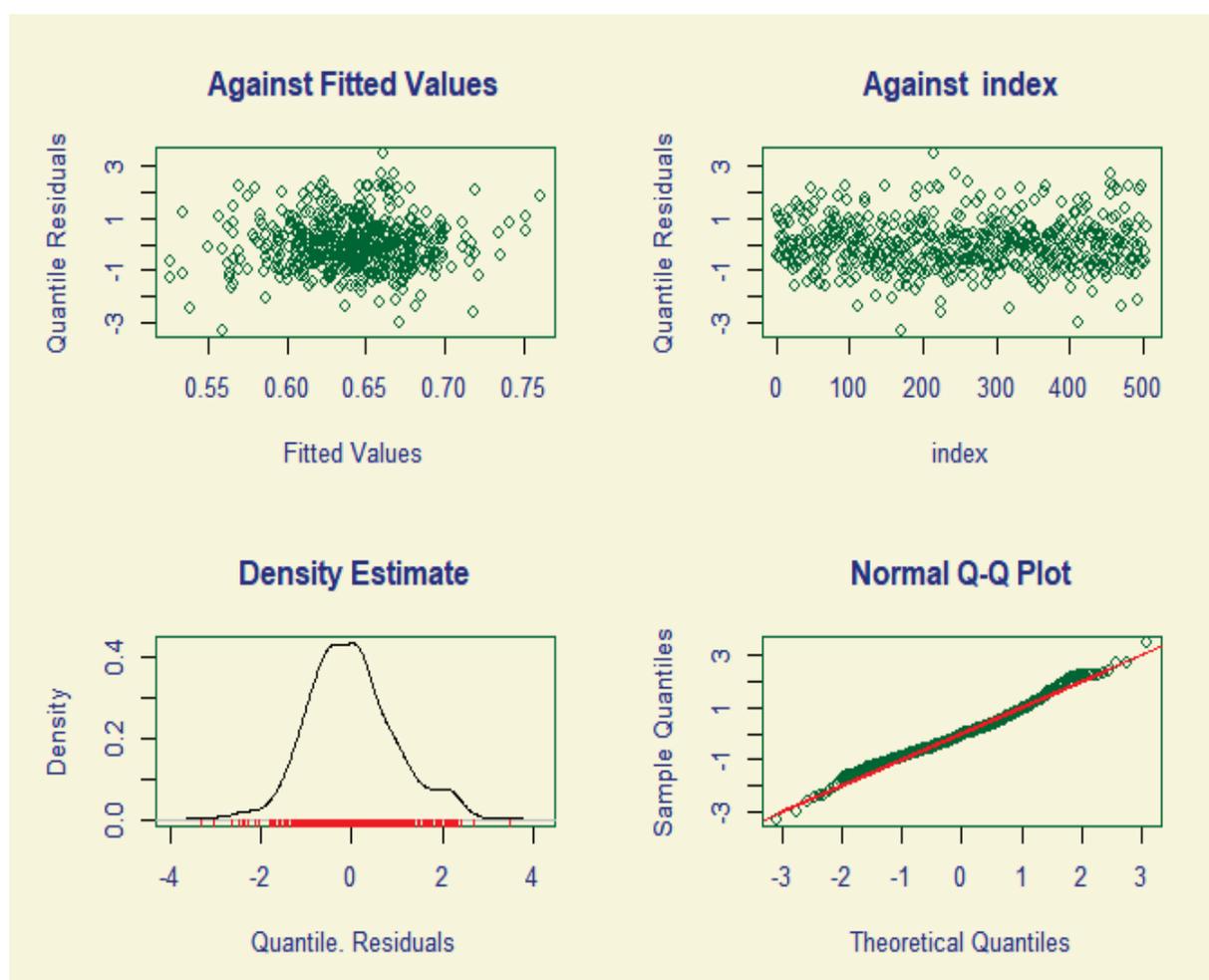
Fonte: O autor (2021).

Figura 30 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio meio ambiente da qualidade de vida e o domínio de sedentarismo de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



Fonte: O autor (2021).

Figura 31 – Gráfico de diagnóstico da qualidade de ajuste do modelo entre o domínio meio ambiente da qualidade de vida e atividade física global de gestantes das Unidades Básicas de Saúde em Colombo (PR) (N=505).



Fonte: O autor (2021).