



UC/FPCE\_2014

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Hipertensão arterial na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em Angola**

Esperança Cristina Sequesseque Kapiñala  
(esperanasequesseque@yahoo.com.br)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, sub-área de Sistémica, Saúde e Família sob a orientação da Doutora Sofia Major



## **Hipertensão arterial na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em Angola**

### **Resumo**

A hipertensão arterial na gravidez está entre as causas mais frequentes de morte materna. Entre os tipos de hipertensão arterial presentes na gravidez, destacam-se, a pré-eclâmpsia e a hipertensão gestacional. Considerada como fator de risco, as características individuais, condições socioeconómicas desfavoráveis, bem como determinados antecedentes clínicos, podem desencadear danos materno-fetais. O presente estudo tem como objetivo geral estudar a qualidade de vida familiar e satisfação com a vida numa amostra de grávidas angolanas com e sem hipertensão arterial. A amostra deste estudo foi constituída por 100 mulheres grávidas, sendo que 50 com diagnóstico de hipertensão arterial e 50 sem, residentes no município do Lubango, província da Huíla (Angola). O protocolo de avaliação envolveu um Questionário Sociodemográfico, um Questionário Complementar (recolha de dados acerca da grávida), o Qualidade de Vida (QOL) e a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). Os resultados obtidos apontam para diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras, revelando que as grávidas com hipertensão apresentam piores resultados ao nível da qualidade de vida familiar e satisfação com a vida. Acresce ainda, que as grávidas sem hipertensão têm menos aborto, menos partos prematuros em relação às grávidas com hipertensão. Neste sentido, o presente estudo pretende representar um primeiro passo para a realização de mais estudos nesta área da doença crónica na gravidez em Angola.

**Palavras-chave:** Hipertensão arterial, gravidez, Angola, qualidade de vida familiar, satisfação com a vida.

## **Arterial hypertension in pregnancy: Family quality of life and satisfaction with life in Angola**

### **Abstract**

Arterial hypertension in pregnancy is among the most frequent causes of maternal death. Among the types of arterial hypertension present in pregnancy, pre-eclampsia and gestational hypertension are the most common. Considered as a risk factor, individual characteristics, unfavorable socio-economics conditions as well as certain clinical antecedents can unchain maternal-fetal damages. The present study has as the general objective to study the family quality of life and satisfaction with life in a sample of Angolan pregnant women with and without arterial hypertension. The sample of this study was constituted by 100 pregnant women, 50 with a diagnosis of arterial hypertension and 50 without, residents in the municipal district of Lubango, province of Huíla (Angola). The assessment protocol involved a Socio-demographic Questionnaire, a Complementally Questionnaire (data concerning the pregnant women), the Quality of life (QOL) and the Satisfaction with the Life Scale (SWLS). The results pointed for statistical significant differences among the two samples, revealing that the pregnant women with hypertension present worse results regarding the family quality of life and satisfaction with life. It still adds that the pregnant women without hypertension have less abortion, less premature births comparing with pregnant women with hypertension. In this sense, the present study intends to represent a first step for the accomplishment of more studies in this field of chronic disease/illness in Angola.

**Key-Words:** Arterial hypertension, pregnancy, Angola, family quality of life, satisfaction with life.

## **Agradecimentos**

A Deus, todo-poderoso, que me tem proporcionado saúde, força e outras oportunidades, durante a formação e na elaboração deste trabalho.

À minha família, esposo e filhos, pelo apoio, força e dedicação.

À direção do Hospital Maternidade Irene Neto segue um reconhecimento especial, dado que, de uma forma mais direta colaborou para que este trabalho fosse uma realidade. Agradeço, igualmente, a todas as grávidas que participaram no estudo.

Agradeço ao coletivo de Professores da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, em colaboração com o Instituto Superior Politécnico Tundavala (ISPT) pelos conhecimentos transmitidos.

Um agradecimento especial à Professora Doutora Sofia Major, pelo apoio incondicional prestado, e pelas orientações constantes na melhoria deste trabalho.

A todos quantos contribuíram para que este trabalho fosse um facto, o meu muito obrigado.

## Índice

<b>Introdução</b>	1
<b>I. Enquadramento conceptual</b>	2
1.1. Hipertensão arterial enquanto doença crónica	2
1.2. Hipertensão arterial na gravidez	4
1.3. Hipertensão arterial na gravidez: Fatores de risco e de proteção	6
1.3.1. Hipertensão arterial na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida	8
<b>II. Objetivos</b>	9
<b>III. Metodología</b>	10
3.1. Seleção e recolha da amostra	10
3.2. Caracterização da amostra	10
3.3. Instrumentos	13
3.4. Análises estatísticas	14
<b>IV. Resultados</b>	15
4.1. Estudo comparativo: Variáveis relacionadas com a gravidez	15
4.2. Estudo da consistência interna: QOL e SWLS	16
4.3. Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida: Grávidas com e sem hipertensão arterial	19
4.4. Grau de associação entre qualidade de vida familiar e satisfação com a vida: Grávidas com e sem hipertensão arterial	20
<b>V. Discussão</b>	21
<b>VI. Conclusões</b>	24
<b>Bibliografia</b>	25
<b>Anexos</b>	29

## Introdução

A hipertensão arterial representa um problema de saúde pública, por ser uma das doenças cardiovasculares mais comum, e um fator de risco influente no desenvolvimento de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e de insuficiência cardíaca (Polónia, Ramalhinho, Martins, & Saavedra, 2006). É uma doença que atinge uma parte considerável da população de todo o mundo, incluindo mulheres grávidas, e está entre as principais causas de morte materna nos países em vias de desenvolvimento (Peraçoli & Parpinelli, 2005). A presença de hipertensão durante a gravidez requer uma vigilância cuidada, uma vez que a saúde da mãe, bem como a do seu bebé poderão estar em risco acrescido durante a gravidez. A hipertensão na gravidez pode ser definida também a partir dos níveis pressóricos superiores a 140x90mmHg ou pelo aumento de níveis nas pressões sistólica e diastólica. As alterações dos valores da pressão arterial manifestam-se na vigésima semana e desaparecem nas primeiras seis semanas após o parto (Cardovil, 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1994), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% das mortes que ocorrem no mundo, o que corresponde a quase 15 milhões de óbitos por ano. Apesar do reconhecimento da gravidade desta doença, muitos países africanos prestam pouca atenção à sua prevenção pois, a prevenção visa a modificação dos fatores de risco da doença hipertensiva através de políticas apropriadas e programas educativos que procurem minimizar o desenvolvimento da doença (Simão, Hayashida, dos Santos, Cesarino, & Nogueira, 2008). No entanto, em Angola, por exemplo, a questão da hipertensão arterial na gravidez tem merecido uma atenção especial por parte dos técnicos de saúde, com a implementação de políticas de saúde nas áreas rurais, onde há escassez de meios de diagnóstico. O elevado índice de mortalidade materna por hipertensão arterial, em Angola, tem provocado consequências graves, não só, para a mulher grávida, como também, a nível familiar, o que tem preocupado o governo angolano. Estas e outras razões fundamentam o motivo de realizar um estudo mais aprofundado sobre a hipertensão arterial na gravidez, por se tratar de uma problemática mundial, e em particular angolana.

Atendendo ao reconhecido impacto das doenças crónicas não só no doente, mas também na própria família, este estudo permitirá entender até que ponto a qualidade de vida familiar destas grávidas e a sua satisfação com a vida estarão condicionadas pela sua doença. Neste sentido, este estudo reveste-se de um carácter inovador para a realidade Angolana, uma vez que não são conhecidos estudos acerca da qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em grávidas hipertensas. Assim sendo, o presente trabalho pretende apresentar um estudo exploratório acerca da hipertensão arterial na gravidez, ao estudar a qualidade de vida familiar e a satisfação com a vida de grávidas com e sem hipertensão arterial em Angola.

## I. Enquadramento conceptual

### 1.1. Hipertensão arterial enquanto doença crónica

As doenças crónicas figuram como principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo (Machado, 2006). Neste sentido, a doença crónica atinge milhões de pessoas de todas as idades (apesar da maioria dos casos se verificar entre os idosos), gerando limitações a vários níveis (e.g., físico, psicológico, económico). Associada ao envelhecimento populacional, a doença crónica é um dos principais responsáveis pelo desfasamento entre a curva de mortalidade e de morbilidade, ou seja, o afastamento entre a esperança média de vida e a qualidade de vida. Com efeito, o grande avanço nas últimas décadas no prolongamento da esperança média de vida tem ocorrido com o objetivo de manter os indivíduos com uma qualidade de vida razoável, principalmente devido às doenças crónicas e incapacitantes que atingem muitas pessoas durante longos anos antes de morrerem (Sousa, Mendes, & Relvas, 1996).

Assim, as doenças crónicas são muito diversificadas e podem potencialmente afetar qualquer um dos sistemas fisiológicos do indivíduo, apresentando como características comuns o facto de serem doenças de longa duração, e afetarem profundamente a vida dos indivíduos, e a intervenção médica visar mais o controlo dos sintomas do que a sua cura (Fonseca, Coelho, Nicolato, Malloy-Diniz, & Silva, 2009). A hipertensão arterial representa igualmente uma doença crónica degenerativa de grande prevalência na população mundial, causando elevadas taxas de morbimortalidade (Sírio, Silva, Paula, Passos, & Sobrinho, 2007). Alguns dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que um em cada três adultos sofre de hipertensão arterial crónica, uma situação que provoca cerca de metade das mortes por derrame e problemas cardíacos no mundo (Sírio et al., 2007).

Os sintomas da hipertensão arterial aparecem somente quando há um aumento da pressão arterial (140/100mmH) e podem ocorrer dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido nos ouvidos, fraqueza, visão turva, assim como, sangramento nasal. Portanto, o diagnóstico é basicamente estabelecido pelo controlo dos níveis tensionais permanentemente acima dos limites de normalidade. Pelo que, a medida da pressão arterial pode ser um elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial (Mion & Nobre, 1997).

Em relação ao tratamento, a hipertensão não tem cura, mas tem tratamento para ser controlada, somente o médico poderá determinar o melhor método para cada paciente, dependendo muito de como é avaliada a pressão arterial (Barros, Manfro, Tchomé, & Gonçalves, 2006). Do mesmo modo, para quem toma medicação, é imprescindível um estilo de vida saudável, como por exemplo: manter um peso adequado, se necessário, mudar de hábitos alimentares, evitar o excesso de sal, praticar exercícios físicos regularmente, preconizar momentos de lazer, evitar fumar, moderar o consumo de bebidas alcoólicas, evitar alimentos gordurosos e fazer o



controlo dos níveis de glicemia (Barros et al., 2006).

Podemos classificar a hipertensão arterial em primária e secundária. A hipertensão arterial primária representa aproximadamente 95% dos casos, sendo assim a forma mais comum de hipertensão. Pode resultar de uma interação complexa entre a genética e os fatores ambientais, como por exemplo o consumo exagerado de sal na alimentação, o stress e outros maus hábitos que contribuem para o aumento da pressão arterial. Por sua vez, a hipertensão secundária corresponde a 5% dos casos, sendo que a sua etiologia é conhecida, como por exemplo: doenças renais, obesidade, gravidez e o uso de determinados fármacos. Essas causas têm possibilidade de cura e de tratamento (Fonseca et al., 2009). Esta classificação é importante pois, vai permitir a identificação de doentes de maior ou menor risco para uma melhor orientação dos cuidados prestados (Freire & Tedold, 2009).

Rolland (1984) afirma que o tratamento convencional de uma doença crónica pode salvar o paciente, mas também pode causar danos irreparáveis na família. Desta forma, os problemas que uma doença crónica colocada à família podem rivalizar e trazer consequências negativas ao paciente e à família. A doença crónica traz consigo problemas a diversos níveis na família, principalmente porque atinge o funcionamento familiar, exigindo toda uma reorganização de funções e papéis, pelo que, será necessário ativar o apoio emocional e material (Góngora, 1996), o que implica do cuidador mobilizar e negociar com a família nuclear os momentos de respiro e de apoio emocional e definir com a família o papel determinante que cada membro passará a assumir.

O começo de uma doença pode ser caracterizado como agudo ou gradual. Quando o início é agudo, as mudanças práticas e emocionais concentram-se num curto período de tempo, exigindo da família a mobilização rápida na gestão de competências. Por outra, o início gradual distingue-se pela manifestação e percepção gradativa dos sintomas clínicos, em que o diagnóstico serve de ponto de confirmação. Neste sentido, as mudanças acarretam momentos de stress, o que requer que o paciente e a família se adaptem (Sousa et al., 1996).

O curso da doença relaciona-se com a evolução dos sintomas e pode ser progressivo, em que a doença é cada vez mais sintomática e aumenta de gravidade. Neste caso, a família enfrenta os efeitos da presença permanente de um membro sintomático em que a incapacidade e gravidade da sua condição se vai intensificando, e as famílias devem estar preparadas para contínuas adaptações e alterações de papéis, porque em cada estágio da doença progressiva têm de se reorganizar para lidar com o grau particular de incapacidade e um determinado nível de incerteza (Sousa et al., 1996). Nas doenças de curso constante, após o período inicial de recuperação, a condição segue um curso estável, sendo que há um evento inicial, e depois as condições clínicas estabilizam. O curso com recaídas ou episódico distingue-se pela alternância entre períodos estáveis, de baixa sintomatologia, e outros de exacerbação (Sousa et al., 1996).

A incapacidade pode aparecer no início, no decorrer, ou no final da

doença e o seu impacto depende principalmente do papel do doente na família e dos recursos existentes na família. Uma doença pode ter como consequência a morte, encurtar o tempo de vida, pelo que qualquer doença crónica envolve a perda de controlo corporal, porém o que marca a diferença é a doença ser ou não fatal. E esta discrepância pauta o grau em que a família vive a perda antecipada.

Neste sentido, Rolland (1984) na sua tipologia psicossocial e do ciclo evolutivo da doença, classificou a hipertensão arterial em dois tipos: controlada e rebelde. A hipertensão arterial controlada é de início gradual, curso constante, resultado não fatal e não incapacitante. Enquanto que a hipertensão rebelde é de início gradual, curso progressivo, resultado possivelmente fatal ou encurta a vida e não incapacitante.

O mesmo autor considera ainda as fases de desenvolvimento da doença em três fases: crise, crónica e terminal (Rolland, 1984). A fase da crise é um período sintomático anterior ao diagnóstico e marca o início do reajustamento pós-diagnóstico, incluindo o início do tratamento. A fase crónica pode ser longa ou curta e é marcada por uma constância/progressão ou mudança, por isso a família deve cumprir com as suas funções para que a doença não ocupe todo seu funcionamento, já que a doença será mais um elemento na vida familiar. A fase terminal ocorre quando a morte é inevitável e domina a vida familiar, e faz com que haja um luto antecipado. Este momento é precedido por um período pré-terminal em que a possibilidade da morte domina toda família. É de salientar que cada fase tem as suas exigências e tarefas que requerem algumas responsabilidades e mudanças na família, e que nem todas as doenças passam por todas estas fases (Rolland, 1984; Sousa et al., 1996).

## **1.2. Hipertensão arterial na gravidez**

A gravidez é um momento privilegiado de transformações pessoais e sociais, muda inevitavelmente a vida de uma mulher, a ponto de questionar a sua própria identidade e conceito pessoal de *self*, em todo o processo de adaptação a uma nova condição e papel (Silveira & Ferreira, 2011). A forma como a grávida vivencia essas mudanças e os acontecimentos significativos exigem em termos desenvolvimentais, um duplo esforço físico e psicológico, e que nem sempre é fácil de gerir, no sentido de prevenir desequilíbrios e perturbações emocionais (Silveira & Ferreira, 2011). A gravidez é um processo que corresponde a um período que medeia a concepção e o parto, de cerca de 40 semanas (Canavarro, 2001). Este período é considerado como um momento de preparação física e psicológica, para o nascimento, isto porque as mulheres de todas as idades utilizam os meses de gravidez para se adaptarem ao papel maternal, e a um processo complexo de aprendizagem cognitiva e social (Canavarro, 2001). Portanto, a gravidez é uma etapa maturacional que pode ser stressante, mas compensadora, enquanto a mulher se prepara para um outro nível de responsabilidade (Lederman, 1996). O grau de satisfação, reflete-se na preparação da mulher para a gravidez, e nas suas respostas

emocionais. Muitas ficam, inicialmente, desanimadas quando descobrem que estão grávidas, principalmente se a gravidez não é desejada. No entanto, uma mulher pode não gostar de estar grávida, mas sentir amor pela criança que vai nascer. Porque mesmo as mulheres que estão felizes com a sua gravidez podem sentir de tempos a tempos sentimentos de hostilidade em relação à gravidez e à criança que vai nascer. Por isso, o apoio e a preocupação do companheiro durante a gravidez têm consequências positivas para que a mulher deseje levar para a frente a sua gravidez (Kroelinger & Oths, 2000).

Neste sentido, Robertt (2008) define a gravidez como um período de transição onde se verificam enormes mudanças e ajustamentos físicos e psicológicos, e que a gravidez e a maternidade indicam um processo e um projeto a longo prazo. Para muitos autores a gravidez é um período de transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento humano pelo que, se verificam grandes transformações, não só no organismo da mulher, mas no seu bem-estar, alterando o seu psiquismo e o seu papel sócio-familiar (Falcone, Máder, Nascimento, Santos, & Nóbrega, 2005). Por outro lado, a literatura indica que o período da gravidez é a fase de maiores transtornos na mulher, necessitando de atenção especial para manter o seu bem-estar e prevenir dificuldades futuras para o seu filho (Falcone et al., 2005).

De uma maneira geral, a hipertensão arterial na gravidez é uma das complicações significativas durante a gravidez e puerpério, por apresentar um elevado risco de morbilidade e mortalidade para a mãe e o filho. Perante essas considerações, vários autores destacam o estudo da hipertensão arterial na gravidez como sendo de extrema importância (e.g., Oliveira et al., 2006). Assim, a hipertensão arterial crónica na gravidez é a que está presente antes da gravidez, ou que é diagnosticada antes da vigésima semana de gestação, quando a pressão sistólica é igual ou superior a 140mmHg, e a pressão diastólica for igual ou inferior a 90mmHg. Ou seja, é um tipo de hipertensão diagnosticado pela primeira vez durante a gravidez e que não normaliza após o parto (Freire & Tedold, 2009). A hipertensão arterial crónica na gravidez determina complicações maternas e perinatais, incluindo a sobreposição de pré-eclâmpsia (doença hipertensiva específica da gravidez), restrição do crescimento fetal e prematuridade (Atallah, Camano, Santos, & Sass, 2002). A hipertensão é uma patologia crónica e um fator de risco para as doenças cardiovasculares, renais e vasculares, particularmente em grávidas, pelo que em 5 a 10% dos casos ocorre um descolamento prematuro da placenta no terceiro trimestre da gravidez (Nascimento & Aquino, 2004). Normalmente manifesta-se no segundo trimestre da gravidez e vai aumentando, paulatinamente, durante o terceiro trimestre até níveis um pouco superiores (Costa, Ramos, Vettori, & Valério, 2005). No entanto, a maioria das grávidas com hipertensão crónica mostram melhor controlo da pressão arterial e outras apresentam complicações, que são perigosas para a gravidez. Quando comparadas com grávidas sem hipertensão, as grávidas com hipertensão crónica apresentam mais risco no seu quotidiano em comparação com aquelas sem hipertensão (Costa et al.,

2005).

Para Castro, Moura, Margotto e Rugolo (2004), a hipertensão na gravidez é a maior causa de morte materna e perinatal. E este problema mostra a importância do conhecimento desta patologia na gravidez tanto para obstetras como para neonatologistas. De entre as síndromes hipertensivas gestacionais deve ser dada uma especial atenção à pré-eclâmpsia, ou doença específica da gravidez, que ocorre de forma isolada ou associada à hipertensão arterial. Quando a hipertensão na gravidez estiver associada a perda de proteínas na urina (proteinúria), teremos um quadro de pré-eclâmpsia que é o aparecimento de hipertensão arterial acompanhada de edemas (inchaço) nas pernas, rosto e mãos. As complicações clínicas da pré-eclâmpsia estão associadas a índices de mortalidade materna de 24% e mortalidade perinatal de 7.7 a 60% dos casos (Castro et al., 2004). Neste sentido, a hipertensão na gravidez e a pré-eclâmpsia estão entre as doenças que compõem as síndromes da gestação e que podem levar a várias complicações na saúde da mãe e do bebê (Sampaio et al., 2013).

A incidência da hipertensão arterial na gravidez é muito variável entre os diferentes países. A *Task Force* sobre a hipertensão na gravidez relata que a prevalência da doença hipertensiva na gravidez varia entre os 6 a 8%, e que esta patologia representa a segunda causa de morte materna nos Estados Unidos da América. Perante este quadro, o estudo da hipertensão arterial na gravidez é de extrema importância (Kahhale & Name, 1998). Atualmente, em Angola, a hipertensão arterial tem afetado 50% da população residente em zonas urbanas e níveis inferiores nas áreas rurais (Lutucuta, 2013).

No entanto, outros estudos realizados mostram que as mortes por hipertensão arterial na gravidez ainda representam 20% das mortes maternas, e as suas complicações são passíveis de prevenção com a ampliação dos serviços pré-natais, e uma capacitação do pessoal ligado à área de assistência primária e de diagnóstico precoce de grávidas com alto risco (Sampaio et al., 2013).

### **1.3. Hipertensão arterial na gravidez: Fatores de risco e de proteção**

Apesar de ser um problema de todos os tempos, os **fatores de risco** estão relacionados com histórias negativas de vida e, quando presentes, aumentam a probabilidade da pessoa apresentar problemas ou seja, designam condições associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, bem-estar e o desempenho social (Jacard, Dodje, & Dittus, 2003), sendo que alguns destes fatores se referem a características individuais. Os principais fatores de risco da hipertensão arterial, e que podem ser estendidos à hipertensão na gravidez são: diabetes, colesterol, obesidade, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, stress, sedentarismo e história familiar (Beyer, 2013). Para Barreto-Filho e Krieger (2003), dos fatores envolvidos na hipertensão arterial, um terço deles pode ser atribuído a fatores genéticos.

Neste sentido, Ricci (2008) acrescenta outros fatores associados ao aumento do risco para o desenvolvimento da hipertensão na gravidez, como: ser primigesta (primeira gravidez), história de pré-eclâmpsia na gestação anterior, tecido placentário excessivo, mulheres com diagnóstico de doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), gestações múltiplas, história familiar com hipertensão (mãe ou irmã), baixo nível socioeconômico, história de diabetes, alimentação inadequada e gravidez tardia. Quanto à idade, as mulheres na faixa etária dos 40 anos ou mais apresentam um aumento da pressão arterial significativa, pelo que a presença de hipertensão arterial nestas idades merece maior atenção devido à maior vulnerabilidade para complicações cardiovasculares, determinadas não só pela hipertensão, como por fatores de risco que se acumulam com o passar do tempo (Lessa, 2006). Quando a gravidez é complicada pela hipertensão arterial, o feto pode sofrer repercussões fetais, podendo levar a lesões cerebrais, atraso no desenvolvimento psicomotor ou deficiências mentais (Nascimento & Aquino, 2004).

Para Freire e Tedold (2009), a mãe com hipertensão pode induzir alterações metabólicas e vasculares a longo prazo, associadas ao aumento do risco cardiovascular. Assim, mulheres com pré-eclâmpsia têm quatro vezes mais probabilidade de desenvolver hipertensão arterial crônica e quase duas vezes maior risco de doença arterial coronária e AVC. As pacientes com pré-eclâmpsia precoce são as de maior risco (Freire & Tedold, 2009). Em relação ao risco fetal, a restrição do crescimento intra-uterino é apontado como um grande fator de risco, e a pré-eclâmpsia grave afeta o crescimento fetal, com o comprometimento da saúde dessas crianças na vida adulta. Como resultado, recém-nascidos com baixo peso devem ser avaliados e orientados a manter um estilo de vida saudável desde a infância. Existem ainda outros fatores de risco, tais como: prematuridade, complicações fetais com alterações tardias, lesões cerebrais. No entanto, hoje em dia, as mulheres grávidas muito jovens constituem um fator de risco da doença hipertensiva específica da gravidez (Amorim et al., 2006).

Relativamente aos **fatores de proteção**, estes referem-se às influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais aos determinados riscos de desadaptação (Rutter, 1985, citado por Cerqueira-Santos, Paludo, Shiró, & Koller, 2010). São considerados conforme a percepção do indivíduo, isto porque um fator de proteção de um determinado indivíduo, pode representar um fator de risco para um outro sujeito num contexto/situação específica (Matsukura, Fernandes, & Cid, 2010). Todavia, os fatores de proteção podem atuar favorecendo o desenvolvimento humano quando este estiver em presença de um fator de risco (Matsukura et al., 2010).

Assim, perante um quadro de hipertensão na gravidez, é imprescindível um seguimento mais humanizado já que as mulheres com hipertensão arterial passam por um período de mudanças físicas e emocionais que as tornam mais vulneráveis. A maternidade constitui um percurso singular e especial, associado a uma reorganização do equilíbrio

físico, psicológico e social da mulher que deve exigir um investimento na educação e preparação pré-natal, para uma antecipação mais realista, previsível e positiva da experiência do parto (Canavarro, 2001). Contudo, encontramos outros fatores de proteção como por exemplo a redução do peso, dieta adequada e rica em frutas e vegetais, redução do consumo de bebidas alcoólicas, interrupção do tabagismo, redução do sal, e realizar exercícios físicos regularmente (Pedrosa & Drager, 2008). A combinação desses fatores pode resultar em efeitos muito favoráveis. Neste contexto, o envolvimento dos familiares é fundamental na modificação do estilo de vida (Kohlmann et al., 1999). Destacam-se ainda como fatores de proteção o convívio com familiares e amigos, ter férias regulares, práticas estas que tendem a minimizar o stress (Beyer, 2013).

### **1.3.1. Hipertensão arterial na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida**

A investigação no âmbito da qualidade de vida tem contribuído bastante para a construção de um corpo teórico que sustente o estudo empírico da percepção da qualidade de vida dos indivíduos (Bramston, Chipuer, & Pretty, 2005, citados por Simões, 2008). Logo, há que considerar o facto de que durante muito tempo, a qualidade de vida, a felicidade, e outros, eram tão subjetivas que não eram consideradas como investigações rigorosas. Neste sentido, surgiram na literatura vários estudos que relatam as condições sociais e a percepção da qualidade de vida familiar como indicadores, quer da qualidade de vida, quer da saúde dos indivíduos e das famílias (Fagulha, Duarte, & Miranda, 2000). A qualidade de vida enquanto objeto de estudo da psicologia, leva a uma necessidade de reflexão acerca do pressuposto implícito às investigações, onde os fatores de ordem psicológica determinam em larga escala a forma como nos vemos a nós próprios (Simões, 2008). O conceito de qualidade de vida aparece na literatura, como algo ligado à noção de “bem-estar-subjetivo”, sendo definida como uma reação avaliativa das pessoas à sua própria vida, quer em termos de satisfação com a mesma, quer em termos de afetividade. A qualidade de vida também depende da avaliação de três grandes fatores: educação e emprego, infra-estruturas, ambiente económico e habitacional (Manso, 2007).

A maioria dos estudos que avaliam a qualidade de vida familiar utiliza instrumentos com validade e confiabilidade comprovada para diferentes populações. São poucos os estudos que avaliam a qualidade de vida em pessoas com hipertensão arterial. Num estudo realizado por Alderman (2005), dos 4.300 artigos publicados em revistas especializada em qualidade de vida, desde 1987, apenas nove estavam relacionados com hipertensão arterial e destes, dois apresentavam a hipertensão arterial como fator principal para o seu estudo. A hipertensão arterial é uma doença crónica assintomática, porém alguns estudos mostram que os efeitos secundários estão associados com uma menor aderência ao tratamento e abandono do estilo de vida podendo interferir na qualidade de vida. Todavia, Roca-Cusachs, Badiax, Aristegui e Roset (2001) avaliam o impacto das

varáveis clínicas na qualidade de vida, e relatam que indivíduos hipertensos apresentavam uma diminuição significativa na qualidade de vida familiar, quando comparados com normotensos. Ao efetuar um estudo de qualidade de vida na população chinesa, observaram que as grávidas sem hipertensão tinham uma qualidade de vida superior, em relação às grávidas com hipertensão e, além disso, verificaram que entre as grávidas hipertensas em tratamento, e com níveis pressóricos controlados, a qualidade de vida era superior em relação as grávidas em tratamento, com níveis pressóricos não controlados (Roca-Cusachs et al., 2001). Concluíram que existem dificuldades na qualidade de vida dos hipertensos em relação ao grupo de normotensas. Diante desta problemática, é cada vez mais importante o interesse pelo estudo e a produção de investigação sobre avaliação da qualidade de vida (Brito, Araújo, Galvão, & Moreira, 2008).

Por sua vez, a satisfação com a vida, refere-se a aspetos positivos da própria vida, e não apenas à ausência de fatores negativos, como acontece com muitos indicadores de saúde. Isto implica uma avaliação global das várias facetas da vida do indivíduo, enquanto a felicidade pode ser conceptualizada como a razão entre a afetividade positiva e negativa experimentadas, no momento presente (Okun et al., 1990). A satisfação com a vida é um fenómeno complexo e difícil de medir, trata-se de um estudo subjetivo, com maior precisão na experiência da vida em relação a várias condições de vida do indivíduo ou seja, é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos da vida como: saúde, trabalho, condições de habitação, relações sociais, autonomia entre os outros (Jóia, Ruiz, & Donalizio, 2007). Este julgamento depende de uma comparação entre circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido (Jóia, et al., 2007). Todavia, a satisfação reflete, em parte, o bem-estar subjetivo individual, e os objetivos que levam as pessoas a viver as suas experiências de vida de maneira positiva (Jóia et al., 2007). O bem-estar subjetivo procura compreender a avaliação que os indivíduos fazem de suas vidas, em relação aos aspetos da felicidade, satisfação, estado de espírito, afeto, sendo considerado por alguns autores uma avaliação da satisfação com a vida (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Neste sentido, o bem-estar, pode ser influenciado por variáveis como: idade, género, nível socioeconómico, cultura e estado civil, pelo que uma pessoa com sentimento de bem-estar apresenta satisfação com a vida, e experiencia a presença de afeto positivo e relativa ausência de afeto negativo (Albuquerque & Tróccoli, 2004). Em suma, a qualidade de vida familiar e a satisfação com a vida são relevantes na avaliação/apreciação que a pessoa faz da sua vida, especialmente nos casos de doença crónica, daí a sua relevância para o tema do presente estudo.

## **II. Objetivos**

O presente estudo tem como objetivo geral estudar a qualidade de vida familiar e a satisfação com a vida de grávidas com e sem hipertensão arterial, numa amostra recolhida em Angola.

Para cumprir com o objetivo geral da investigação apresentam-se

os seguintes objetivos específicos:

a) Comparar diversas variáveis relacionadas com a saúde (e.g., valores da pressão sistólica e diastólica) e gravidez (e.g., história de abortos, percepção da maternidade) nas grávidas com e sem hipertensão arterial.

b) Analisar a consistência interna dos itens do QOL e da SWLS na amostra recolhida.

c) Comparar a qualidade de vida familiar e satisfação com a vida das grávidas com e sem hipertensão.

d) Estudar o grau de associação entre qualidade de vida familiar e satisfação com a vida nas grávidas com e sem hipertensão.

### **III. Metodologia**

#### **3.1. Seleção e recolha da amostra**

Após identificar a população alvo do presente estudo, mulheres grávidas com e sem hipertensão arterial todas residentes no Município do Lubango, Província da Huíla em Angola, a recolha da amostra foi efetuada no período compreendido entre outubro de 2013 a janeiro de 2014.

Num primeiro momento, contactou-se a Direção do Hospital Maternidade Irene-Neto, no sentido de autorizarem a recolha de dados junto das grávidas com e sem hipertensão arterial que frequentavam as consultas pré-natais naquela instituição hospitalar. Após a obtenção da autorização, por parte da Direção do Hospital, procedeu-se à recolha dos dados. Neste sentido, foram apresentados os objetivos da investigação e informou-se as participantes acerca do anonimato e da confidencialidade das suas respostas.

Foram definidos, diversos critérios de inclusão na amostra tais como: ter nacionalidade angolana, ter idade compreendida entre os 18 e 45 anos, ter assinado o documento de consentimento informado, e não sofrer de perturbações psiquiátricas ou psicológicas.

Face às dificuldades de algumas grávidas em preencher os protocolos de investigação, devido à complexidade dos itens, os protocolos foram aplicados em formato de entrevista, numa das salas do gabinete de apoio à utente, disponibilizada para o estudo.

#### **3.2. Caracterização da amostra**

A caracterização da amostra do estudo está descrita no Quadro 1. Constituída por 100 sujeitos todos do sexo feminino, sendo 50 grávidas com hipertensão arterial e 50 grávidas sem hipertensão. A idade mínima das grávidas é de 18 anos e a idade máxima de 42 anos, sendo a média total de 27,53 anos ( $DP=6,29$ ). Para grávidas com hipertensão, a média é de 27,64 ( $DP=6,42$ ) e para as grávidas sem hipertensão de 27,42 ( $DP=6,21$ ). Para facilitar a análise da variável idade, criaram-se faixas etárias de 18-25, 26-35, e 36-45 anos. Na amostra total a idade predominante é 18-25 anos, com 44 sujeitos.



Quadro 1

*Caracterização da amostra: Variáveis sociodemográficas*

Variáveis	Amostra GHIPER (n = 50)		Amostra GC (n = 50)		Amostra Total (N = 100)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Idade</b>						
18-25	21	42.0	23	46.0	44	44.0
26-35	22	44.0	20	40.0	42	42.0
36-45	7	14.0	7	14.0	14	14.0
<b>Nível de escolaridade</b>						
Sem escolaridade	3	6.0	3	6.0	6	6.0
1º Ciclo completo	6	12.0	2	4.0	8	8.0
2º Ciclo completo	9	18.0	7	14.0	16	16.0
3º Ciclo completo	22	44.0	12	24.0	34	34.0
Secundário	9	18.0	24	48.0	33	33.0
Superior	1	2.0	2	4.0	3	3.0
<b>Estado Civil</b>						
Solteira	12	24.0	12	24.0	24	24.0
Casada	6	12.0	12	24.0	18	18.0
União de facto	32	64.0	25	50.0	57	57.0
Divorciada	-	-	1	2.0	1	1.0
<b>Etnia</b>						
Nhaneca	10	20.0	9	18.0	19	19.0
Umbundo	26	52.0	30	60.0	56	56.0
Quimbundo	3	6.0	3	6.0	6	6.0
Nganguela	3	6.0	3	6.0	6	6.0
Cuanhama	3	6.0	4	8.0	7	7.0
Outros	5	10.0	1	2.0	6	6.0
<b>Residência</b>						
Centro da Cidade	4	8.0	7	14.0	11	11.0
Arredores/Bairro	42	84.0	41	82.0	83	83.0
Aldeia/Quimbo	2	4.0	1	2.0	3	3.0
Comuna	2	4.0	1	2.0	3	3.0
<b>Fonte de Rendimento</b>						
Vencimento Mensal	28	56.0	33	66.0	61	61.0
Rendimento/Semanal	22	44.0	17	34.0	39	39.0
<b>Nível Socioeconómico</b>						
Baixo	18	36.0	15	30.0	33	33.0
Médio	32	64.0	34	66.0	66	66.0
Elevado	-	-	1	2.0	1	1.0

Quanto ao nível de escolaridade, as grávidas com hipertensão têm o terceiro ciclo concluído com 22 sujeitos, o que representa 44% dos casos, enquanto que no grupo de comparação o nível académico predominante é o ensino secundário, com 24 sujeitos, o que representa 48% desta amostra.

Relativamente ao estado civil, no grupo das GHIPER 12 são solteiras o que corresponde a 24%, 6 são casadas (12%) e 32 vivem em união de facto (64.0%). As GC 24% (n=12) são solteiras, 24.0% (n=12) são casadas, 50.0% vive em união de facto e 2% (n=1) é divorciada.

Em relação à etnia, nas GHIPER encontram-se os grupos étnicos

mais relevantes na zona em que foi recolhida a amostra sendo os *Umbundo* com 52% ( $n=26$ ) e *Nhaneca* com 20.0% ( $n=10$ ). No grupo GC os *Umbundo* representam 60.0% ( $n=30$ ) e os *Nhaneca* 19.0% ( $n=19$ ).

No que se refere ao local de residência, a maioria das GHIPER vive nos arredores da cidade (84.0%,  $n=42$ ), assim como as GC (82.0%,  $n=41$ ).

Quanto à fonte de rendimento, 56.0% ( $n= 28$ ) do grupo das GHIPER tem como fonte o vencimento mensal, 44.0% ( $n=22$ ) sobrevive por remuneração semanal, dia e por tarefa; ao passo que nas GC 66.0% ( $n=33$ ) têm como fonte de rendimento vencimento mensal, e 34.0% ( $n=17$ ) sobrevive de remuneração semanal, dia e tarefa, respetivamente<sup>1</sup>.

Relativamente ao nível socioeconómico (NSE), as GHIPER apresentam maioritariamente um NSE médio (64.0%,  $n= 32$ ). Também as GC apresentam 66.0% ( $n= 34$ ) com um NSE médio.

No sentido de confirmar a equivalência dos dois grupos quanto à variável idade, procedeu-se a um teste *t* de *student* para amostras independentes. Os resultados apontam para a equivalência entre os dois grupos, com uma diferença que não alcança o limiar de significância estatística,  $t(98) = 0.174$ ,  $p = .862$ . Quanto à variável NSE, os resultados do teste de *Qui-Quadrado* apontam igualmente para uma correspondência entre as duas amostras para esta variável,  $X^2(2) = 1.333$ ,  $p = .513$ .

## Quadro 2

### Caracterização da amostra: Variáveis familiares

Variáveis	Amostra GHIPER ( $n = 50$ )		Amostra GC ( $n = 50$ )		Amostra Total ( $N = 100$ )	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Agregado Familiar</b>						
3-5	20	40.0	24	48	44	44
6-8	24	48.0	20	40.0	46	46.0
Mais de 9	6	12.0	4	8.0	10	10.0
<b>Filhos</b>						
Sim	37	74.0	40	80.0	77	77.0
Não	13	14.0	10	20.0	23	23.0
<b>Número Filhos</b>						
0-2	27	54.0	33	66.0	69	60.0
3-5	17	34.0	28	28.0	30	30.0
6-12	6	12.0	8	8.0	10	10.0
<b>Etapa do Ciclo Vital</b>						
Formação do casal	2	4.0	3	6.0	5	5.0
Filhos pequenos	3	6.0	13	26.0	16	16.0
Filhos na escola	19	38.0	13	26.0	32	32.0
Filhos adolescentes	12	24.0	5	10.0	17	17.0
Filhos adultos	11	22.0	10	20.0	21	21.0
Outros	3	6.0	6	12.0	9	9.0

<sup>1</sup> Para uma descrição mais exaustiva da amostra, consultar o Anexo A.

O Quadro 2 caracteriza a amostra para as variáveis relacionadas com a família. Neste sentido, os dados apresentados mostram que as GHIPER apresentam um agregado numeroso, no que se refere ao número de elementos na família (entre 6-8 pessoas, com 48,0%), mas muito próximo dos 40,0% para o mesmo número de elementos para as GC.

Em relação aos filhos, o grupo das GHIPER ( $n=37$ ) 74,0% têm filhos, assim como 80,0% do GC. Quanto ao número de filhos, a maioria da amostra tem entre nenhum a dois filhos (60,0%).

Relativamente à etapa do ciclo vital da família, a etapa mais prevacente em ambos os grupos corresponde à família com filhos na escola, com 38,0 e 26,0% para as GHIPER e GC, respetivamente.

### **3.3. Instrumentos**

O protocolo de avaliação utilizado no presente estudo, foi constituído pelos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Questionário Complementar de Recolha de Dados acerca da Grávida, o QOL e a SWLS. Antes de aplicar o protocolo, foi apresentado aos sujeitos selecionados a relevância e a finalidade do estudo e, de seguida, pedimos aos sujeitos para assinarem um documento de consentimento informado com o objetivo de confirmar a sua disponibilidade para participar no estudo e esclarecer o anonimato e a confidencialidade, e que a sua participação é voluntária (Anexo B).

#### **Questionário Sociodemográfico**

É um questionário criado de raiz na edição anterior do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, sub-área em Sistémica, Saúde e Família, e adaptado para a realidade Angolana. Foi utilizado para obter informações sociodemográficas, no que diz respeito à idade, nível de escolaridade, profissão, estado civil, etnia, religião. Permite também obter dados para a composição do agregado familiar, área de residência, tipo de habitação, características da habitação, eletrodomésticos e conforto, assim como a principal fonte de rendimento (cf. Anexo C). Para o NSE, foi criada uma fórmula de cálculo, cujos resultados apontam para um NSE baixo, médio ou elevado, conforme os valores encontrados em cada sujeito da amostra (cf. Anexo D). Quanto ao ciclo vital da família, tivemos em conta a proposta de Relvas (1996) para as etapas do ciclo vital da família: Formação do casal, famílias com filhos pequenos, famílias com filhos em idade escolar, famílias com filhos adolescentes, e famílias com filhos adultos.

#### **Questionário Complementar**

É um questionário elaborado para recolher dados relativos à grávida, e foi utilizada neste estudo a versão anteriormente utilizada por Gemby (2012), à qual foram adicionadas questões relevantes para o presente estudo. Está dividido em três secções. A primeira secção envolve Dados pessoais da grávida (e.g., idade, localidade de residência, frequência de escola, abandono escolar, motivo do abandono). A segunda secção

descreve detalhadamente os Dados acerca da saúde (e.g., diagnóstico de hipertensão arterial, o tempo ocorrido desde o diagnóstico, toma da medicação, valor da pressão sistólica (última medição), valor da pressão diastólica (última medição), acompanhamento médico, história de hipertensão arterial na família, crenças associadas à doença) e da gravidez (e.g., tempo de gestação, gravidez planeada, aceitação da maternidade, desejo de maternidade, percepção em relação à gravidez, história prévia de aborto e de nascimentos prematuros de outros filhos). E na terceira secção são apresentadas questões relacionadas com o progenitor da criança (e.g., idade, estado civil, localidade de residência, frequência de escola, abandono escolar, nível de escolaridade que completou, profissão, e o tipo e duração da relação (cf. Anexo E).

### **Qualidade de Vida (QOL)**

Este instrumento foi adaptado por David H. Olson e Howard L. Barnes, 1982, e é utilizado para avaliar a qualidade de vida familiar percebida pelo indivíduo. A versão utilizada no presente estudo (Versão NUSIAF) foi adaptada em 2007 e validada em 2008 (Simões, 2008) para a população portuguesa. É composta por 40 itens distribuídos por 11 fatores: Casamento e Vida Familiar (4 itens), Amigos (2 itens), Saúde (2 itens), Casa (3 itens), Espaço (2 itens), Educação (2 itens), Tempo (5 itens), Religião (2 itens), Emprego (2 itens), *Mass Media* (4 itens), Rendimento (6 itens) e Vizinhança e Comunidade (6 itens). O sujeito responde à questão “Qual é o seu grau de satisfação com”? numa escala de *Likert* de 1 a 5, em que 1 corresponde a “Insatisfeito”, 2 a “Pouco satisfeito”, 3 a “Geralmente satisfeito”, 4 a “Muito satisfeito,” e 5 a “Extremamente satisfeito” (cf. Anexo F). No estudo de validação para a população portuguesa, Simões (2008) obteve um o valor do alfa de Cronbach de ,922 para a escala total, e nos fatores o valor mínimo do alfa de Cronbach foi de ,735 e o máximo de ,979.

### **Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)**

A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) foi criada por Diener, Emmons, Larsen e Griffin em 1985. Posteriormente foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Simões (1992). É um instrumento de avaliação da satisfação com a vida, potencialmente útil e psicometricamente válido. A SWLS é composta por 5 itens, para os quais são oferecidas cinco alternativas de resposta: 1 corresponde a “Discordo muito”, 2 a “Discordo um pouco,” 3 a “Não concordo nem discordo”, 4 a “Concordo um pouco” e 5 a “Concordo muito” (cf. Anexo G). A versão portuguesa no estudo realizado por Simões (1992) obteve um valor do alfa de Cronbach satisfatório de ,77.

### **3.4. Análises estatísticas**

Para realizar as análises estatísticas, os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados e foi utilizado o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 19.0. Procedeu-se à análise de estatísticas descritivas e estudos de frequências para caracterizar a amostra. Para comparar as duas subamostras quanto à sua equivalência, utilizamos o

teste de *Qui-Quadrado* e o teste *t* de *student* para amostras independentes. Estes dois procedimentos estatísticos foram também utilizados na comparação dos dois grupos quanto às variáveis relacionadas com a gravidez. Para o estudo da consistência interna dos itens do QOL e da SWLS, utilizamos coeficiente alfa de Cronbach. O teste *t* de *student* também foi utilizado para comparar as duas amostras quanto à sua qualidade de vida familiar e satisfação com a vida. A análise do grau de associação entre o resultado total do QOL e da SWLS foi efetuada com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson.

#### IV. Resultados

##### 4.1. Estudo comparativo: Variáveis relacionadas com a gravidez

Quanto às variáveis relacionadas com a gravidez, o Quadro 3 mostra-nos que ( $n=30$ ) 60,0% das GHIPER afirma não ter planeado a gravidez enquanto ( $n=33$ ) 66,0% do GC a planeou, existindo uma diferença estatisticamente significativa,  $\chi^2(1) = 6.784$ ,  $p = .009$ .

Quadro 3

*Variáveis relacionadas com a gravidez: Comparação GHIPER e GC*

Variáveis	Amostra GHIPER ( $n=50$ )		Amostra GC ( $n=50$ )		$\chi^2$	$p$
	$n$	%	$n$	%		
<b>Gravidez planeada</b>						
Sim	20	40.0	33	66.0	6,784	,009
Não	30	60.0	17	34.0		
<b>Aceitação maternidade</b>						
Sim	45	90.0	50	100	5,263	,022
Não	5	10.0	-	-		
<b>Desejo maternidade</b>						
Sim	42	84.0	50	100	8,696	,003
Não	8	16.0	-	-		
<b>Percepção gravidez</b>						
Bênção de Deus	24	48.0	21	42.0		,373
Aumento família	4	8.0	11	22.0	10,800	
Tristeza	4	8.0	-	4.0		
<b>História de aborto</b>						
Sim	28	56.0	12	24.0	10,667	,001
Não	22	44.0	38	76.0		
<b>Nascimentos prematuros</b>						
Sim	15	30.0	4	8.0	7,862	,005
Não	35	70.0	46	92.0		

Para a variável a aceitação da maternidade, verificou-se que nas GHIPER ( $n=5$ ) 10,0% reagiram negativamente, contrariamente à total aceitação por parte do GC, o que revela novamente uma diferença estatisticamente significativa,  $X^2(1)= 5.263$ ,  $p = .022$ . Quanto ao desejo de maternidade, os dados recolhidos mostram que nas GHIPER 16,0% ( $n= 8$ ) não desejavam ser mães, contrariamente ao GC, em que a totalidade da amostra revelou desejo de ser mãe. Ao comparar os dois grupos quanto a esta variável, a diferença é estatisticamente significativa,  $X^2(1)=8.696$ ,  $p = ,003$ .

Em relação à história de abortos, 56,0% das GHIPER têm história de aborto prévio e apenas 24,0% do GC apenas relatam história de aborto. Neste sentido, o resultado da diferença é estatisticamente significativo,  $X^2(1)=10.667$ ,  $p= .001$ .

E quanto aos nascimentos prematuros, 30,0% das GHIPER tiveram bebés prematuros e apenas 8,0% do GC. Novamente a diferença entre os dois grupos é estatisticamente significativa,  $X^2(1)=7.862$ ,  $p=.005$ .

Neste bloco de comparações, a única variável que não alcançou o limiar da significância estatística foi a percepção da gravidez, com os dois grupos a perceberem-na maioritariamente como uma bênção de Deus.

No Quadro 4 observa-se que o GHIPER obteve resultados elevados ( $M=152.40$ ,  $DP=12.89$ ) em relação ao GC ( $M=10.40$ ,  $DP=9.93$ ) na pressão sistólica,  $t(98) = 20.883$ ,  $p < .001$ . De igual modo, observa-se que o GHIPER também obteve resultados superiores ( $M= 102.00$ ,  $DP= 9.26$ ) ao GC ( $M= 63.40$ ,  $DP= 10.02$ ) na pressão diastólica,  $t(98)= 20.004$ ,  $p < .001$ .

Quanto ao número de abortos as GHIPER apresentam em média mais abortos ( $M=0.96$ ,  $DP=0.89$ ) do que o GC ( $M=0.32$ ,  $DP=0.59$ ),  $t(98) =4.001$ ,  $p < .001$ .

Quadro 4

*Valores da pressão sistólica/diastólica e aborto: Comparação GHIPER e GC*

Resultados	Amostra GHIPER		Amostra GC		$t(98)$	$p$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$		
Pressão Sistólica	152.40	12.89	109.40	9.93	20.883	.000
Pressão Diastólica	102.00	9.26	63.40	10.02	20.004	.000
Abortos	0.96	0.89	0.32	0.59	4.001	.000

#### 4.2. Estudos de consistência interna: QOL e SWLS

Ao utilizar um dado instrumento de avaliação, é importante avaliar a sua fiabilidade, quer dizer a precisão com que ele mede a correlação entre respostas de um questionário. Um instrumento de medida é fiável se conduzir a resultados semelhantes mesmo quando ocorrem variações (Hora, Monteiro, & Arica 2010).

Quadro 5

*Itens do QOL: Estatística descritiva e alfa de Cronbach*

Itens QOL	M	DP	Correlação Item-total corrigida	Alfa com eliminação do item
1	3.79	0.91	.313	.828
2	3.36	1.09	.407	.825
3	3.80	1.39	.070	.844
4	3.70	0.91	.182	.831
5	3.08	0.88	.315	.828
6	2.98	0.94	.331	.827
7	2.64	0.89	.380	.826
8	3.04	0.79	.241	.830
9	2.80	0.92	.502	.823
10	2.92	0.69	.476	.825
11	2.82	0.63	.375	.827
12	2.85	0.78	.452	.825
13	2.78	0.69	.420	.826
14	2.06	1.25	.234	.831
15	2.87	1.13	.410	.825
16	2.67	0.99	.230	.830
17	2.83	0.68	.124	.832
18	2.79	0.69	.257	.829
19	2.69	0.63	.181	.831
20	2.37	0.94	.471	.823
21	4.29	0.82	.040	.834
22	3.49	1.02	.092	.834
23	2.57	1.16	.481	.822
24	2.52	1.05	.437	.824
25	2.64	0.81	.267	.829
26	2.57	0.78	.197	.831
27	2.38	0.74	.288	.829
28	1.96	0.78	.071	.834
29	2.14	0.98	.469	.823
30	2.24	0.75	.601	.822
31	2.17	0.71	.601	.822
32	2.22	0.86	.544	.822
33	2.20	0.93	.534	.822
34	2.06	0.85	.467	.824
35	3.43	1.01	.244	.830
36	3.20	0.95	.213	.831
37	2.86	0.95	.145	.833
38	2.26	1.11	.257	.830
39	2.26	1.00	.046	.836
40	3.14	1.12	.364	.826

O valor do coeficiente alfa de Cronbach para a escala total do QOL foi de .832. Da análise da correlação item-total corrigida existem alguns itens com uma correlação inferior a .30, cuja eliminação levaria a um ligeiro aumento do alfa de Cronbach (itens 3, 21, 22, 28, 37 e 39) (cf. Quadro 5). Quanto à estatística descritiva, o item com a média mais elevada é o item 21 ( $M= 4.29$ ;  $DP= 0.82$ ) “Nível de satisfação com a vida religiosa da sua família”. O item com média mais baixa foi o item 28 ( $M=1.96$ ,  $DP= 0.78$ ) “Nível de satisfação com a qualidade dos jornais e revistas”.

No Quadro 6 apresentam-se os valores do coeficiente alfa de Cronbach do estudo de validação do QOL para a população portuguesa (Simões, 2008), e os resultados do presente estudo. Da análise dos dados apresentados, observa-se que no estudo de Simões (2008) os valores do alfa de Cronbach são superiores aos deste estudo em 10 dos 11 fatores, bem como, na escala total. No entanto, destaca-se a superioridade do alfa de Cronbach no presente estudo para o fator Emprego ( $\alpha = .941 > .739$ ). No Anexo H encontra-se o estudo do alfa de Cronbach para cada um dos 11 fatores.

Quadro 6

Comparação valores alfa de Cronbach: Estudo de adaptação/validação para a população portuguesa e estudo presente

Fatores QOL	Alfa de Cronbach (Simões, 2008)	Alfa de Cronbach (Presente estudo)
Bem-Estar Financeiro	.891	.888
Tempo	.979	.714
Vizinhança/Comunidade	.888	.650
Casa	.900	.825
Mass Media	.805	.719
Relações Sociais	.735	.643
Emprego	.739	.941
Religião	.971	.480
Família e Conjugalidade	.797	.487
Filhos	.796	.496
Educação	.825	.676
Escala Total QOL	.922	.832

No Quadro 7 apresentamos os valores das estatísticas descritivas ( $M$  e  $DP$ ) e o estudo de consistência interna para os itens da SWLS. O item 5 “Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada” apresenta a media mais baixa ( $M = 1.40$ ;  $DP = 1.10$ ). O item com a media mais elevada é o item 3 “Estou satisfeito com a minha vida”. ( $M= 4.47$ ;  $DP=$



1.04). O valor do alfa de Cronbach obtido foi de .670 e a remoção de qualquer item não levaria a uma melhoria deste coeficiente, visto que apresentam correlações item-total entre .339 e .565.

#### Quadro 7

*Itens da SWLS: Estatística descritiva e alfa de Cronbach*

Itens SWLS	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação item-total corrigida	Alfa com eliminação do item
1	2.01	1.43	.455	.604
2	2.77	1.36	.449	.607
3	4.47	1.04	.565	.645
4	2.71	1.56	.523	.569
5	1.40	1.10	.339	.653

### 4.3. Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida: Grávidas com e sem hipertensão

Os dados do Quadro 8 permitem comparar as GHIPER e o GC no que diz respeito à qualidade de vida familiar e satisfação com a vida. Em relação ao Bem-Estar Financeiro, as GHIPER apresentam uma média inferior ( $M = 11.86$ ,  $DP = 4.30$ ) face ao GC ( $M = 14.50$ ,  $DP = 3.59$ ) sendo o resultado estatisticamente significativo,  $t(98) = -3,331$ ,  $p < .001$ .

O resultado das Relações Sociais e Saúde aponta também para uma melhor qualidade de vida familiar nesta área para o GC ( $M = 12.86$ ,  $DP = 2.53$ ), sendo o resultado estatisticamente significativo,  $t(98) = -5,137$ ,  $p < .001$ .

Quanto ao Emprego, as GHIPER apresentam também uma média mais baixa ( $M = 4.62$ ,  $DP = 2.31$ ), comparando com o GC ( $M = 5.56$ ,  $DP = 1.88$ ), pelo que o resultado desta comparação é estatisticamente significativo,  $t(98) = -2,233$ ,  $p = .028$ .

Em relação à Religião, contrariamente ao padrão até aqui encontrado, as GHIPER apresentam um resultado superior ( $M = 8.26$ ,  $DP = 1.38$ ) comparando com o GC ( $M = 7.30$ ,  $DP = 1.47$ ) sendo o resultado da comparação estatisticamente significativo,  $t(98) = 3.359$ ,  $p < .001$ .

Relativamente à Família e Conjugalidade, as GHIPER voltam a apresentar um resultado mais baixo ( $M = 6.82$ ,  $DP = 1.59$ ) do que o GC ( $M = 7.48$ ,  $DP = 1.59$ ), pelo que os resultados são também estatisticamente significativos,  $t(98) = -2.075$ ,  $p = .041$ .

Os fatores Tempo, Vizinhaça, Casa, *Mass Media*, Filhos e Educação não alcançaram o limiar de significância estatística.

Quadro 8

*Estudo comparativo: QOL e SWLS GHIPER a GC*

Variáveis	Amostra GHIPER (n = 50)		Amostra GC (n = 50)		t(98)	p
	M	DP	M	DP		
Bem-estar financeiro	11.86	4.30	14.50	3.59	-3.331	.001
Tempo	11.04	2.23	10.92	2.26	0.267	.790
Vizinhança	17.86	3.74	17.64	3.74	0.294	.769
Casa	13.90	3.34	14.44	2.32	-0.939	.350
<i>Mass Media</i>	7.00	1.88	6.82	1.80	0.488	.627
Relações sociais	10.62	1.76	12.86	2.53	-5.137	.001
Emprego	4.62	2.31	5.56	1.88	-2.233	.028
Religião	8.26	1.38	7.30	1.47	3.359	.001
Família e conjugalidade	6.82	1.59	7.48	1.59	-2.075	.041
Filhos	7.46	2.10	7.54	1.72	-0.208	.836
Educação	4.58	2.02	5.28	2.08	-1.706	.091
QOL TOTAL	108.62	12.74	115.46	13.30	-2.626	.010
SWSL TOTAL	11.72	3.73	15.12	4.20	-4.281	.001

O resultado total do QOL revela que as GHIPER apresentam uma média inferior ( $M=108.62$ ;  $DP=12.74$ ) enquanto as GC apresentam uma média superior ( $M= 115.46$ ,  $DP=13.30$ ), pelo que existe uma diferença estatisticamente significativa,  $t(98) = -2.626$ ,  $p = .010$ .

Para o resultado total da SWLS verificou-se que as GHIPER apresentam uma média inferior ( $M=11.72$ ,  $DP=3.73$ ) quando comparadas com o GC ( $M=15.12$ ,  $DP= 4.20$ ), pelo que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos,  $t(98)=-4.281$ ,  $p < .001$ .

#### 4.4. Grau de associação entre qualidade de vida familiar e satisfação com a vida: Grávidas com e sem hipertensão

Foi avaliado o grau de associação entre o resultado total da qualidade de vida familiar e da satisfação com a vida. Assim, encontramos uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa para a totalidade da amostra, de  $.436$  ( $p < .001$ ).

No grupo GHIPER a correlação é de  $.398$ , ( $p= .004$ ). No mesmo sentido, a correlação encontrada para o GC é também positiva e estatisticamente significativa ( $r = .359$ ,  $p= .011$ ).

## V. Discussão

Os resultados deste estudo são de caráter particular por se tratar de um estudo exploratório sobre hipertensão na gravidez em contexto angolano. De facto, é uma realidade diferente, sendo necessário ter em conta a caracterização geral da amostra recolhida no estudo. A reflexão sobre os resultados obtidos está focada na articulação entre estes, os modelos teóricos e os resultados de outros estudos realizados na área, procurando, sempre que possível, estabelecer uma ligação com a realidade angolana.

A hipertensão arterial é uma doença que atinge uma parte considerável da população de todo mundo, incluindo mulheres grávidas, e está entre as principais causas de morte materna nos países em vias de desenvolvimento (Peraçoli & Parpinelli, 2005). Acresce que a presença de hipertensão durante a gravidez requer uma vigilância redobrada, uma vez que a saúde da mãe, bem como a do seu bebé poderão estar em risco acrescido durante a gravidez (Cordovil, 2005).

Assim, num primeiro momento, optamos por nos debruçar sobre a **caracterização da amostra** estudada e constatamos que a maior parte das grávidas têm idades compreendidas entre os 18 e 42 anos. Em relação ao estado civil, para os dois grupos, a união de facto é prevalecente. Estes dados são congruentes com a realidade angolana, em que a união de facto é o estado civil mais comum na população. Ao nível das etnias, verificou-se que a etnia *Umbundo* é mais prevalente em relação às outras etnias, sendo que estes resultados se ficam a dever à zona geográfica em que foi recolhida a amostra, e pelo facto de ser uma etnia com grande representação na população angolana. Relativamente ao rendimento, verifica-se que uma grande percentagem das grávidas possuem um NSE médio, independentemente do grupo em que se encontram, vivendo de um salário mensal fixo. Em relação às variáveis familiares, para a maioria da amostra, esta já não é a sua primeira gravidez, com algumas grávidas com um elevado número de filhos (entre 6-12), congruente com a realidade angolana.

No que diz respeito **às variáveis relacionadas com a gravidez**, verificamos que as GHIPER apresentam uma menor planificação da gravidez face ao GC, isto porque possivelmente, as GHIPER na sua maioria não planearam a gravidez por falta de condições socioeconómicas mais desfavorecidas, falta de acesso a informação, nomeadamente a contraceptivos. Também em relação à aceitação a maternidade, o GHIPER apresenta uma menor aceitação da maternidade devido às implicações que esta acarreta, sobretudo atendendo ao seu estado de saúde e aos riscos que podem causar. A totalidade do GC aceita positivamente, por apresentarem menos riscos na maternidade. Quanto ao desejo de maternidade, encontramos o mesmo padrão de resultados, com o GHIPER demonstrar um menor desejo de serem mães, talvez pela falta de condições para criar os filhos. É de salientar que apesar de existirem diferenças

estatisticamente significativas entre os dois grupos, a literatura destaca que a maternidade é tendencialmente desejada por todas as mulheres, mesmo para as que não desejam ter filhos (Lederman, 1996).

Quanto à história de abortos e nascimentos prematuros, o GHIPER apresenta mais abortos e partos prematuros, devido aos fatores de risco que a hipertensão apresenta. A hipertensão arterial na gravidez é um fator de risco já que em 5 a 10% dos casos, ocorre sangramento e descolamento prematuro da placenta no terceiro trimestre da gravidez o que pode como consequências desencadear abortos e partos prematuros (Nascimento & Aquino, 2004).

Por fim, e como seria de esperar neste estudo, relativamente à pressão arterial, as GHIPER apresentam níveis mais elevados de pressão sistólica e diastólica, com estes resultados a irem de acordo ao diagnóstico de hipertensão arterial e da literatura consultada (Costa, et al., 2005).

Um dado interessante neste bloco de estudos, é o facto de 42,0% da totalidade das grávidas, independentemente de terem ou não um diagnóstico de hipertensão, encararem a gravidez como uma bênção de Deus, o que nos remete para o peso que a questão da religião e das crenças têm para a população angolana.

Em relação ao **estudo da consistência interna e estatística descritiva do QOL**, os valores do alfa de Cronbach para a escala total do estudo de validação do QOL para a população portuguesa (Simões, 2008) são superiores, ainda que não muito distantes dos resultados do presente estudo, nomeadamente .922 e .832, respetivamente. Através da análise da correlação entre os itens e o total da escala, observamos que alguns itens apresentam um funcionamento mais fraco e talvez fosse necessária uma maior atenção ao conteúdo destes itens, pois podem representar itens pouco adequados para o contexto angolano. Ao proceder à análise da consistência interna dos fatores, tendencialmente os valores do estudo de validação para a população portuguesa (Simões, 2008) são superiores. No entanto, destaca-se a superioridade do alfa de Cronbach no presente estudo para o fator Emprego (.941 > .739). Relativamente aos itens com a média mais e menos elevada, destaca-se o facto de o item 21, relacionado com a satisfação com a vida religiosa da família ser o que apresenta a média mais elevada, reforçando novamente a importância da religião na população angolana. Acresce que o facto do item 28 ser o que apresenta a média mais baixa (satisfação com revistas e jornais) pode ser justificado pelo facto de a leitura de jornais e revistas não representar um hábito incutido na população angolana, especialmente na de menores recursos financeiros.

Relativamente aos resultados obtidos para **as estatísticas descritivas e estudo de consistência interna para os itens da SWLS**, o item 5 “Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada” apresenta média baixa, possivelmente relacionada com algum inconformismo por parte de algumas grávidas, que esperariam ter uma vida melhor. O item com a média mais elevada é o item 3, demonstrando que, ainda assim, de uma forma geral estão satisfeitas com a vida. O valor do

alfa de Cronbach obtido foi de .670 e a remoção de qualquer item não levaria a uma melhoria deste coeficiente. Este valor é bastante próximo do .77 obtido no estudo de validação para a população portuguesa (Simões, 1992).

Quanto às **diferenças na qualidade de vida familiar e satisfação com a vida**, no Bem-Estar Financeiro verificamos que as GHIPER estão menos satisfeitas em termos financeiros, possivelmente porque as o GC têm mais possibilidades em ativar recursos do meio para lidar com as situações financeiras. Relativamente às Relações Sociais/Saúde, aqui claramente se denota uma diferença entre os dois grupos com uma menor qualidade de vida nesta área para as GHIPER. Este resultado era esperado atendendo à presença de diagnóstico de hipertensão arterial neste grupo, relacionado com todas as implicações físicas, monetárias e até na própria família que esta doença crónica acarreta. Este resultado poderá estar relacionado com a diferença obtida no fator Emprego, atendendo a possíveis dificuldades em manter/arranjar um emprego com um diagnóstico de doença crónica, ainda mais no decorrer de uma gravidez. De notar que o GC tem uma percepção mais positiva da sua família e conjugalidade, o que nos remete mais uma vez para o impacto da doença crónica na esfera familiar. Como sugerido na literatura, a doença crónica traz consigo problemas a diversos níveis na família, principalmente porque atinge o funcionamento familiar, exigindo toda uma reorganização de funções e papéis (Góngora, 1996). De salientar o único resultado superior obtido para o GHIPER, a religião o que poderá ser indicador do apego à religião/crenças quando há uma doença na família, em especial em Angola.

Ao analisar os dois resultados totais, depreende-se que o diagnóstico de hipertensão arterial acaba por afetar a qualidade de vida familiar e a satisfação com a vida das mulheres grávidas, pois em ambos o GHIPER obteve resultados inferiores.

Quanto ao grau de associação entre a qualidade de vida familiar e satisfação com a vida, notamos que existe uma correlação moderada entre a qualidade de vida familiar e a satisfação com a vida quer na amostra total, quer considerando as duas subamostras. Por outro lado, a correlação é positiva, ou seja, quando aumenta a qualidade de vida familiar, também aumenta a satisfação com a vida e vice-versa, ainda que num nível moderado.

Este trabalho tem como vantagens apresentar um estudo de natureza inovadora para a realidade Angolana, dada a escassez ou mesmo a inexistência de estudos nesta área, ao abordar a temática da hipertensão arterial na gravidez, e a sua relação com a qualidade de vida familiar e a satisfação com a vida. A dimensão da amostra ( $N = 100$ ) também acaba por representar uma mais valia para a generalização dos resultados obtidos.

Apesar das vantagens, destacam-se também algumas limitações, nomeadamente o facto de ainda que muitos resultados obtidos estejam em consonância com a literatura consultada, o desenvolvimento/adaptação e validação de instrumentos de avaliação para a população Angolana poderá dar mais firmeza aos resultados obtidos em futuras investigações. Acresce

que o facto de no nosso estudo a totalidade da amostra ter sido recolhida numa única instituição, acaba por não ser representativa da população de grávidas com e sem hipertensão arterial em Angola.

Fica assim a expectativa de mais estudos nesta área da doença crónica, com especial destaque para a hipertensão arterial. O estudo de outras variáveis poderá ser de igual relevância, tais como a adesão ao tratamento, ou, numa perspectiva mais familiar, as próprias estratégias de *coping* da família.

## VI. Conclusão

O estudo apresentado representa uma pequena contribuição que pode marcar a continuidade de outros estudos nesta área. Conforme os resultados indicam e a literatura consultada, podemos compreender que é urgente a necessidade de se implementarem políticas para dar resposta a esta problemática, pois a hipertensão arterial na gravidez constitui um problema de saúde pública em Angola, devido às elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, em particular na província da Huíla. Esta realidade está bem patente em todas as maternidades do país e não só, uma vez que ainda se observa um nível de analfabetismo, pobreza, difícil acesso à rede sanitária, fatores estes que fazem com que a população recorra a parteiras tradicionais, ou opte por realizar partos em casa, sem as mínimas condições sanitárias e colocando em risco a saúde da mãe e do bebé.

Neste sentido, podemos afirmar que os resultados deste estudo podem facultar algumas pistas na implementação e otimização de serviços que colaborem na melhoria da qualidade de vida das hipertensas. A hipertensão arterial na gravidez acarreta várias complicações e está muito relacionada com a qualidade de vida familiar e satisfação com a vida de cada pessoa (Albuquerque & Tróccoli, 2004). Deste modo, e de acordo com os resultados alcançados, propõe-se a realização de campanhas de sensibilização, e palestras nas consultas pré-natais de modo a desenvolver políticas voltadas para a promoção de bem-estar dentro das famílias. A hipertensão arterial na gravidez deve ser vista como um problema de maior responsabilidade, já que pode comprometer a vida da mãe e do filho (Nascimento & Aquino, 2004).

Todavia, sugere-se a necessidade de novas investigações que busquem compreender melhor o papel dos profissionais e das famílias na fase inicial da doença para se evitar complicações durante a gravidez. Sugere-se ainda uma investigação com articulação entre entidades governamentais, sociedade em geral, de forma a resolver os problemas de saúde com destaque em Angola, sendo um país onde a hipertensão ocupa a primeira causa de morte materna (Masseca, 2013).

## Bibliografia

- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164.
- Alderman M. H. (2005). Quality of life in hypertensive patients: Does it matter and should we measure it? *Hypertens*, 23, 1635-1636.
- Araújo, B. F. D., & Tanaka, A. C. D. A. (2007). Fatores de risco associado ao nascimento de recém-nascidos de baixo peso, numa população de baixa renda. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(12), 2869-2877.
- Atallah, A. N., Camano, L., Sass, N., & Santos, J. F. K. (2002). Hipertensão arterial crônica leve e moderada na gravidez: Práticas terapêuticas baseadas em evidências. *Femina*, 30(7), 449-453.
- Assis, T. R., Viana, F. P., & Rassi, S. (2008). Estudo dos principais fatores de risco materno nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91(1), 11-17.
- Barros, E., Manfro, R. C., Tchomé, F., & Gonçalves, L.F.S. (2006). Nefrologia: Rotinas, diagnóstico e tratamento. Lisboa: Artmed.
- Brito, D. M. S., Araújo, T. L. D., Galvão, M. T. G., Moreira, T. M. M., & Lopes, M. V. O. (2008). Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de Hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 933-940.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro. *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 18-49). Coimbra: Quarteto.
- Cerqueira-Santos, E., Paludo, S. S., Schiró, E. D., & Koller, S. H. (2010). Gravidez na adolescência: Análise contextual de risco e proteção. *Psicologia e Estudos*, 15(1), 72-85.
- Cordovil, I. (2003). Hipertensão arterial na gravidez: Aspectos práticos. *Revista SOCERJ*, 16(1), 9-16.
- Corrêa, T. D., Namura, J. J., Silva, C. A. P., Castro, M. G., Meneghini, A. & Ferreira, C. (2005). Hipertensão arterial sistêmica: Actualidade sobre a sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Arquivos Médicos ABC*, 31(2), 91-101.
- Costa, S. H. M., Ramos, J. G. L., Valério, E. G., & Vettori, D. V. (2005). Hipertensão crônica e complicações na gravidez. *Revista Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*, 9(10), 1-3.
- Fagulha, T., Duarte, M. E., & Miranda, M.J. (2000). A "qualidade de vida". Uma nova dimensão psicológica? *Psychologica*, 25, 5-17.
- Falcone, V. M., Máder, C. V. N., Nascimento, C. I. L., Santos, J. M. M., & Nóbrega, F. J. D. (2005). Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista Saúde Pública*, 39(4), 612-618.
- Fonseca, F. D. C., Coelho, R. Z., Nicolato, R., Malloy-Diniz, L. F., & Silva, H. C. D. (2009). A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *Jornal Brasileiro de Pesquisa*, 58(2), 128-134.
- Freire, C. M., & Tedold, C. L. (2009). Hipertensão arterial na gestação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93(6), 159-165.

- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: Em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia*, 12(1), 43-50.
- Góngora, J. N. (2002). Família y enfermedad: Problemas y técnicos de intervencion. *Psychologica*, 31, 63-83.
- Hora, H., Monteiro, G., & Arica, J. (2010). Confiabilidade em questionários para qualidade. Um estudo com o coeficiente alfa de Cronbach. *Produto & Produção*, 11(2), 85-103.
- Jacard, J., Dodje, T., & Dittus, P. (2010). *Gravidez na adolescência*. São Paulo: Athneu.
- Jóia, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 131-138.
- Kahhale, S., & Name, B. Z. M. (1998). Síndromes hipertensivas na gestação. *Patologia da gestação* (Cap. 22, pp. 353-364). São Paulo: Sarvier.
- Kohlmann J. R. O., Costa Guimãres, A., Carvalho, M. H. C., Chaves, H. D. C., Machado, C. A., Praxedes, J. N., & Mion, J. D. (1999). III Consenso Brasileiro de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 43(4), 257-258.
- Kroelinger, C., & Oths, K. (2000). Partner support and pregnancy wantdness. *Birth*, 27(2), 112-119.
- Lederman, R. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy* (2nd ed.). New York: Springer.
- Lessa, I. (2006). Impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira Hipertensão*, 13(1), 39-46.
- Lutucuta, S. (2013). Hipertensão afeta cerca metade dos Africanos. *Acedido de www.portangop.com*
- Machado, C. A. (2006). Epidemiologia da hipertensão e classificação da pressão arterial. Documento da Sociedade Brasileira de Hipertensão.
- Mariotoni, G. G. B., & Barros A. D. A. (1998). A gravidez na adolescência é fator de risco no baixo peso ao nascer. *Jornal Pediátrico*, 74(2), 107-113.
- Matsukura, T. S., Fernandes, A. D. S. A., & Cid, M. F. B. (2012). Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: O conceito familiar. *Revista Terapia Ocupacional. Universidade. São Paulo*. 23(2), 122-129.
- Masseca, L. (2013). Casos elevados de hipertensão arterial. *Acedido em www.apostoladoangola.org*.
- Manso, J. R. P. (2007). Os Municípios e a qualidade de vida em Portugal: *Proposta metodológica com vista a sua Mensuração e ordenação*. Estudo não publicado do observatório para o desenvolvimento económico e social da universidade da beira Interior.
- Mion, J. R. D., & Nobre, F. (1997). *Medida da pressão arterial – Da teoria à prática*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Nascimento, F., & Aquino, M. M. A. (2004). Intervenção educativa na hipertensão gestacional. *Revista Nursing*, 84(8), 230-233.
- Okun, M. A. (1990). A meta-analysis of subjective well-being interventions among elders. *Psychological Bulletin*, 108(2), 257-266.



- Oliveira, C. A., Lins, C. P., Sá, R. A., Netto, H. C., Bornia, R. G., Silva, N. R., & Amim, J. (2006). Síndromes hipertensivas na gestação e repercussões perinatais. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(1), 93-98.
- Organização Mundial da Saúde. (1997). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (10ª Revisão) CID-10*. São Paulo: EDUSP.
- Pascoal, I. F. (2002). Hipertensão e gravidez. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 9(3), 256-261.
- Pedrosa, R. P., & Drager, L. F. (2008). Hipertensão arterial sistêmica. *Revista Brasileira de Medicina*, 65(12), 74-84.
- Peraçoli, J. C., & Parpinelli, M. A. (2005). Síndromes hipertensivas da gestação: Identificação dos casos graves. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(10), 627-634.
- Polónia, J., Ramalinho, V., Martins, L., & Saavedra, J. (2006). Normas sobre deteção, avaliação da hipertensão arterial da sociedade portuguesa de hipertensão. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25(6), 649-660.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Ricci, S. (2008). *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Kooga.
- Robert, R. W. (2008). Cuidados de enfermagem durante a gravidez. In L. Perry, *Enfermagem na maternidade* (7ª ed., pp 245-303). Loures: Lusodidata. Tradução de M. Bertolo, Alberncy, M. C Dundo, M. I. Real e A. P. Espada (versão original de 2006).
- Roca-Cusachs, A., Badia, X., Aristegui, I., & Roset, M. (2001). Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. *Hypertens*, 19(10), 1913-1919.
- Rolland, J. S. (1984). Toward psicossocial typology of chronic end of life-threatening illness. *Family System Medicine*, 2, 245-262.
- Sampaio, T. A., Santana, T. D., Hanzelmann, R. S., dos Santos, L. F., Montenegro, H. R., Martin, J. S., ... Ferreira, D. C. (2013). Cuidados de enfermagem prestados a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. *Revista Saúde Física e Mental – UNIABEU*, 2(1), 36-45.
- Silveira, C., & Ferreira, M. (2011). Auto conceito da grávida – Fatores associados. *Millenium*, 40(1), 53-67.
- Simão, M., Hayashida, M., dos Santos, C. B., Cesarino, E. J. & Nogueira, M. S. (2008). Hipertensão arterial entre universitários da cidade do Lubango, Angola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4). Acedido em <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), 503-515.
- Simões, J. M. L. (2008). *Qualidade de vida familiar. Estudo de validação para a população portuguesa* (Dissertação do Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, Coimbra, Portugal.

- Sírio, M. A., Silva, M. E., Paula, H., Passos, M. C., & Sobrinho, A. O. (2007). Estudo dos determinantes clínicos e epidemiológicos das concentrações de sódio e potássio no colostro de nutrizes hipertensas e normotensas. *Caderno de Saúde Pública*, 23(9), 2205-2214.
- Sousa, L., Mendes, A., & Relvas, A. P. (1996). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi.

# ANEXOS

Quadro A1.  
Caracterização Complementar da Amostra

Variáveis	Amostra GHIPER (n = 50)		Amostra GC (n = 50)		Amostra Total (N = 100)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Profissão</b>						
Cabeleireira	1	2.0	1	2.0	2	2.0
Caixa	-	-	1	2.0	1	1.0
Camponesa	1	2.0	-	-	1	1.0
Desempregada	3	6.0	9	18.0	12	12
Domestica	19	38.0	5	10.0	24	24.0
Ed . Social	-	-	1	2.0	1	1.0
Empregada	5	10.0	1	2.0	6	6.0
Enfermeira	1	2.0	2	4.0	3	3.0
Lavadeira	1	2.0	-	-	1	1.0
Locutora	-	-	1	2.0	1	1.0
Militar	-	-	1	2.0	1	1.0
Modista	-	-	1	2.0	1	1.0
Negociante	13	26.0	14	28.0	27	27.0
Pasteleira	-	-	1	2.0	1	1.0
Professora	5	10.0	9	18.0	14	14.0
Secretaria	1	2.0	3	6.0	4	4.0
<b>Religião</b>						
Católica	28	56.0	25	50	53	53.0
Evangélica	8	16.0	8	16.0	16	16.0
Adventista do 7º dia	5	10.0	6	12.0	11	11.0
Tokuista	1	2.0	2	4.0	3	3.0
Igreja Universal RD	2	4.0	-	4.0	2	2.0
Kimbanquista	1	2.0	1	2.0	2	2.0
Testemunha de Jeová	-	-	4	8.0	4	4.0
Outra	5	10.0	4	8.0	9	9.0
<b>Tipo de habitação</b>						
Apartamento	3	6.0	4	8.0	7	7.0
Vivenda	7	14.0	11	22.0	18	18.0
Casa de adobe	33	66.0	26	52.0	59	59.0
Outro	7	14.0	9	18.0	16	16.0
<b>Nº de quartos</b>						
1	6	12.0	11	22.0	17	17.0
2	16	36.0	17	34.0	33	33.0
3	20	40.0	16	32.0	36	36.0
4	7	14.0	5	10.0	12	12.0
5	-	-	1	2.0	1	1.0
6	1	2.0	-	-	1	1.0
<b>Nº de salas</b>						

1	39	78.0	43	86.0	82	82.0
2	11	22.0	7	14.0	18	18.0
<b>Nº de casas de banho</b>						
0	10	20.0	-	-	18	18.0
1	34	68.0	11	22.0	68	68.0
2	5	10.0	17	34.0	11	11.0
3	1	2.0	16	32.0	2	2.0
4	-	-	5	10.0	1	1.0
5	-	-	1	2.0	-	-
<b>Nº de cozinha</b>						
0	2	4.0	5	10.0	7	7.0
1	47	94.0	44	88.0	91	91.0
2	1	2.0	1	2.0	2	2.0
<b>Água canalizada</b>						
Sim	19	38.0	23	46.0	42	42.0
Não	31	62.0	27	54.0	58	58.0
<b>Gás</b>						
Sim	45	90.0	44	88.0	89	89.0
Não	5	10.0	6	12.0	11	11.0
<b>Electricidade</b>						
Sim- rede	45	90.0	41	82.0	83	83.0
Sim- gerador	4	8.0	5	10.0	9	9.0
Não	4	8.0	4	8.0	8	8.0
<b>Esgoto</b>						
Sim	40	80.0	42	84.0	82	82.0
Não	10	20.0	8	16.0	18	18.0
<b>Frigorífico</b>						
Sim	42	84.0	42	84.0	84	84.0
Não	8	16.0	8	16.0	16	16.0
<b>Fogão</b>						
Sim- gás	46	92.0	44	88.0	90	90.0
Sim- lenha	2	4.0	4	8.0	6	6.0
Não	2	4.0	2	4.0	4	4.0
<b>Televisão</b>						
Sim	45	90.0	46	92.0	91	91.0
Não	5	10.0	4	8.0	9	9.0
<b>Rádio</b>						
Sim	39	78.0	44	88.0	83	83.0
Não	11	22.0	6	12.0	17	17.0
<b>Computador</b>						
Sim	12	24.0	20	40.0	32	32.0
Não	38	76.0	30	60.0	68	68.0
<b>Internet</b>						
Sim	4	8.0	14	28.0	18	18.0
Não	46	92.0	36	72.0	82	82.0
<b>Meios de transporte</b>						
Automóvel	14	28.0	21	42.0	35	35.0
Motorizada	9	18.0	1	2.0	10	10.0
Bicicleta	2	4.0	1	2.0	3	3.0
Automóvel/Motorizada	-	-	1	2.0	1	1.0
Nenhum	25	50.0	26	52.0	51	51.0



Universidade de Coimbra

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

### INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

**Nome da investigação:** Hipertensão Arterial na gravidez: Qualidade de vida familiar, funcionamento familiar e satisfação com a vida.

Esta investigação tem como **objetivo:** Estudar a qualidade de vida familiar, funcionamento familiar e satisfação com a vida em grávidas com e sem diagnóstico de Hipertensão Arterial.

A colaboração de todos os participantes é **VOLUNTÁRIA**, e será absolutamente garantido o **ANONIMATO** e a **CONFIDENCIALIDADE** dos resultados.

**NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS**

A equipa deste projeto está imensamente grata pela sua disponibilidade e colaboração. O seu contributo é extremamente importante.

---

### CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado sobre esta investigação, bem como das garantias de anonimato e confidencialidade. Assim, aceito responder ao protocolo que me foi apresentado.

Lubango, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 201\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)



MI PSICOLOGIA

FPCE-UC/ISPT

2013/2014

## Questionário demográfico

**Código:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Local de recolha dos dados:** \_\_\_\_\_

### Dados de Identificação do próprio

**Sexo:** FEM \_\_\_ MASC\_\_\_

**Idade:** \_\_\_ Anos

**Nível de escolaridade** (se for adulto, escrever o último ano concluído) \_\_\_\_\_

(se for criança/adolescente, escrever o ano que está a frequentar actualmente) \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Escrever a profissão exacta referida pelo sujeito)

#### Estado Civil:

Solteiro (a) \_\_\_\_\_

Casado(a) \_\_\_\_\_

União de facto \_\_\_\_\_

Separado(a) \_\_\_\_\_

Divorciado(a) \_\_\_\_\_

Viúvo(a) \_\_\_\_\_

Recasado: Sim\_\_\_/Não \_\_\_

#### Etnia:

Nhaneca \_\_\_\_\_

Umbundo \_\_\_\_\_

Quimbundo \_\_\_\_\_

Nganguela \_\_\_\_\_

Cuanhama \_\_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_

**Religião:**

Católica \_\_\_\_\_  
Evangélica \_\_\_\_\_  
Adventista do 7º Dia \_\_\_\_\_  
Tokuista \_\_\_\_\_  
Igreja Universal do Reino de Deus \_\_\_\_\_  
Kimbanquista \_\_\_\_\_  
Testemunhas de Jeová \_\_\_\_\_  
Outra: \_\_\_\_\_

**Dados de Identificação do Agregado Familiar****Composição agregado familiar**

Parentesco*	Idade	Sexo Fem/Masc	Estado Civil	Profissão**	Nível escolaridade

\* pai, mãe, filho(a), marido, mulher, irmã(o) da pessoa que está a completar o questionário

\*\* Incluir nesta secção: Estudante; Desempregado; Doméstica; Reformado (dizer que trabalho tinha antes da reforma e ano da reforma)



### Outras pessoas que habitam com o agregado familiar

Quem (Grau de Parentesco)*	Idade	Profissão	Estado civil	Motivo permanência

\* Por exemplo, avó(ô), tio (a), primo(a), padrinho, outros familiares, etc.

#### Área de residência:

Centro de cidade \_\_\_\_\_

Arredores da cidade/Bairro \_\_\_\_\_

Aldeia/Quimbo \_\_\_\_\_

Comuna/Sede \_\_\_\_\_

Outro. Qual \_\_\_\_\_

#### Tipo de habitação

Apartamento \_\_\_\_\_

Vivenda \_\_\_\_\_

Pau-a-Pique/cubata \_\_\_\_\_

Casa de adobe \_\_\_\_\_

Outro. Qual \_\_\_\_\_

#### Características da habitação

Divisões	Número	Observações *
Quarto		
Sala		
Casa de banho		
Cozinha		
Outros _____ _____ _____		

\* Exemplo: 2 filhos partilham quarto; filhos dormem na sala; toda a família dorme na sala

**Eletrodomésticos e Conforto** (assinalar com uma cruz o que houver)

		Observações*
Água canalizada		
Gás		
Eletricidade		
Esgotos		
Frigorífico		
Fogão		
Televisão		
Rádio		
Computador		
Acesso a Internet		
Automóvel		
Motorizada		
Bicicleta		

\*Exemplo: Eletricidade por Gerador

**Principal Fonte de Rendimento da Família**

Riqueza herdada ou adquirida -----  
Lucros de empresas, investimentos, ordenados bem remunerados -----  
Vencimento mensal fixo-----  
Remuneração por semana, dia, ou por tarefa -----  
Apoio social público (do estado) ou privado (de instituições solidariedade) -----

**<sup>1</sup> Nível socioeconómico:**

**<sup>1</sup> Etapa do ciclo vital:**

<sup>1</sup> Campos a preencher pelo investigador, no final da entrevista



## Cálculo NSE

### Instruções:

- 1- Atribuir manualmente as cotações abaixo indicadas para cada um dos protocolos recolhidos.
- 2- Fazer o somatório dos 5 campos considerados (área residência, tipo habitação, características habitação, eletrodomésticos e conforto, e fonte de rendimentos)
- 3- A partir da pontuação total obtida ver aproximadamente em qual dos 3 níveis de NSE se situa o sujeito.

Área de residência	Cotação
Centro de cidade	3
Arredores da cidade/Bairro	2
Aldeia/Quimbo	0
Comuna/Sede	1

Tipo de habitação	Cotação
Apartamento	2
Vivenda	3
Pau-a-Pique/cubata	0
Casa de adobe	1

### Características da habitação

Divisões	Cotação
Casa de banho	Sim = 1 Não = 0
Cozinha	Sim = 1 Não = 0

## Eletrrodomésticos e Conforto

**NOTA: A pontuação obtida neste campo deverá ser dividida por 4**  
**(Pontuação máxima neste campo:  $8/4 = 2$ )**

	<b>Cotação</b>
Água canalizada	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Gás	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Esgotos	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Frigorífico	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Televisão	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Computador	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Acesso a Internet	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Automóvel	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>

## Principal Fonte de Rendimento da Família

**NOTA: A pontuação obtida neste campo deverá ser multiplicada por 2**  
**(Pontuação máxima neste campo:  $5 \times 2 = 10$ )**

	<b>Cotação</b>
Riqueza herdada ou adquirida -----	<b>5</b>
Lucros de empresas, investimentos, ordenados bem remunerados -----	<b>4</b>
Vencimento mensal fixo-----	<b>3</b>
Remuneração por semana, dia, ou por tarefa -----	<b>2</b>
Apoio social público (do estado) ou privado (de instituições solidariedade)----	<b>1</b>

Pontuação mínima = 2

Pontuação máxima = 20

NSE:

**Baixo = Pontuação total entre 2 e 10**

**Médio = Pontuação total entre 11 e 15**

**Elevado = Pontuação total entre 16 e 20**



**VERSÃO EXCLUSIVA  
PARA INVESTIGAÇÃO**

## Questionário Complementar

Código: \_\_\_\_\_

### I- Dados pessoais da grávida:

1. Idade: \_\_\_\_\_ Anos
2. Data de nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
3. Localidade de residência: \_\_\_\_\_
4. Frequenta atualmente a escola? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
5. Abandono escolar? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
  - 5.1. Motivo do abandono: \_\_\_\_\_
6. Nível de escolaridade que completou: \_\_\_\_\_

### II- Dados acerca da saúde/gravidez

1. Diagnóstico de hipertensão arterial? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
  - a. Em caso afirmativo, diagnóstico antes ou após a gravidez?  
Antes \_\_\_\_\_ Depois \_\_\_\_\_
  - 1.2. Tempo ocorrido deste o diagnóstico: \_\_\_\_\_
  - 1.3. Toma da medicação prescrita? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
  - 1.4. Valor da pressão sistólica: \_\_\_\_\_ (última medição)
  - 1.5. Valor da pressão diastólica: \_\_\_\_\_ (última medição)
  - 1.6. Acompanhamento médico regular? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
  - 1.7. Número de internamentos associados à hipertensão arterial: \_\_\_\_\_
  - 1.8. Outras doenças: \_\_\_\_\_
  - 1.9. História de hipertensão arterial na família? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
    - 1.9.1. Em caso afirmativo, indicar o parentesco: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.10. Crenças associadas à hipertensão arterial (porque acha que tem esta doença?):

---

---

2. História de abuso de álcool e drogas? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Descrição (em caso afirmativo): \_\_\_\_\_

---

3. História de psicopatologia? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Descrição (em caso afirmativo): \_\_\_\_\_

---

4. Primeira gravidez? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

5. Tempo de gestação: \_\_\_\_\_ (semanas ou meses de gravidez)

6. Gravidez planeada? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

7. Aceitação da Maternidade? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

8. Desejo da Maternidade? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

9. Percepção em relação à gravidez (**escolher uma opção**):

- Felicidade \_\_\_\_\_

- Grande responsabilidade \_\_\_\_\_

- Começo de uma vida nova \_\_\_\_\_

- Tristeza \_\_\_\_\_

- Acto de amor \_\_\_\_\_

- Experiência de vida \_\_\_\_\_

- Realização de um sonho \_\_\_\_\_

- Uma bênção de Deus \_\_\_\_\_

- Amadurecimento \_\_\_\_\_

- Um problema por não ter apoio \_\_\_\_\_

- Aumento da família \_\_\_\_\_

- Outro: \_\_\_\_\_

---

10. História prévia de aborto? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

10.1. Em caso afirmativo, indicar quantos: \_\_\_\_\_

11. História prévia de nascimento prematuro de outros filhos? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

### III- Dados acerca do progenitor da criança/relação com o progenitor:

1. Idade: \_\_\_\_\_ Anos
2. Estado civil: Solteiro \_\_\_\_\_  
Casado \_\_\_\_\_  
União de Facto \_\_\_\_\_  
Separado \_\_\_\_\_  
Divorciado \_\_\_\_\_  
Viúvo \_\_\_\_\_
3. Localidade de residência: \_\_\_\_\_
4. Frequenta atualmente a escola? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
5. Abandono escolar? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
  - 5.1. Motivo do abandono: \_\_\_\_\_
6. Nível de escolaridade que completou: \_\_\_\_\_
7. Profissão: \_\_\_\_\_
8. Tipo de relação que mantém com o progenitor da criança (**escolher uma opção**):
  - Vivem juntos e são casados \_\_\_\_\_
  - Vivem juntos mas não são casados \_\_\_\_\_
  - Mantêm uma relação amorosa mas não vivem juntos \_\_\_\_\_
  - Não mantêm uma relação amorosa \_\_\_\_\_
  - Nunca mais o viu \_\_\_\_\_
  - Outro: \_\_\_\_\_
9. Duração da relação (em anos):
  - Menos de 1 ano \_\_\_\_\_
  - 1-3 anos \_\_\_\_\_
  - Mais de 3 anos \_\_\_\_\_

**Muito obrigada pela sua colaboração!**

**QUALIDADE DE VIDA**  
Formulário Parental

Adaptado de David H. Olson & Howard L. Barnes, 1982  
Versão NUSIAF-SISTÊMICA (Adaptado, 2007; Validado, 2008)

**Instruções:**

Leia a lista de “possibilidades de resposta” uma de cada vez. Em seguida, decida acerca da forma como se sente em relação a cada uma das questões. De acordo com o seu grau de satisfação, assinale com uma cruz (x) a classificação mais indicada (1, 2, 3, 4, ou 5) à frente do tópico em questão. Obrigado.

QUAL O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM ?	1	2	3	4	5
	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Geralmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Extremamente Satisfeito
<b>Casamento e vida familiar</b>					
1. A sua família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O seu casamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. O(s) seu(s) filho(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Número de crianças na sua família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Amigos</b>					
5. Os seus amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A sua relação com os seus familiares (tios, tias, avós, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Saúde</b>					
7. A sua própria saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. A saúde dos outros membros da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Casa</b>					
9. As suas condições actuais de habitação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. As suas responsabilidades domésticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. As responsabilidades domésticas dos outros membros da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Espaço para as suas próprias necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Espaço para as necessidades da sua família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Educação</b>					
14. O nível de estudos que tem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Os programas educativos projectados para melhorar o seu casamento e a sua vida familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tempo</b>					
16. Quantidade de tempo livre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4	5



**QUAL O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM ?:**

	Instituto	Pouco Satisfeito	Geralmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Extremamente Satisfeito
17. Tempo para si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Tempo para a família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Tempo para a lida da casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tempo para ganhar dinheiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Religião</b>					
21. A vida religiosa da sua família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. A vida religiosa na sua comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Emprego</b>					
23. A sua principal ocupação (trabalho)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. A segurança do seu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Mass Media</b>					
25. A quantidade de tempo que os membros da sua família vêem televisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. A qualidade dos programas televisivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. A qualidade dos filmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. A qualidade dos jornais e revistas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. O seu nível de rendimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Dinheiro para as necessidades familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. A sua capacidade para lidar com emergências financeiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Quantidade de dinheiro que deve (hipoteca, empréstimo, cartões de crédito)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Nível de poupança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Dinheiro para futuras necessidades da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vizinhança e comunidade</b>					
35. As escolas na sua comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. As compras na sua comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. A segurança na sua comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. O bairro onde vive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. As instalações recreativas (parques, recintos para recreio, programas, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Os serviços de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Satisfaction With Life Scale (SWLS)**

Diener &amp; Emmons &amp; Larsen &amp; Griffin, 1985

**Tradução e adaptação da Versão Portuguesa**

Simões, 1992, FPCE-UC

ID \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Ano de escolaridade: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F Data: \_\_\_\_\_

Mais abaixo, encontrarás cinco frases, com que poderás concordar ou discordar. Emprega a escala de 1 a 5, à direita de cada frase. Marca uma cruz (x), dentro do quadrado, que melhor indica a tua resposta, tendo em conta as seguintes opções:

1. Discordo Muito
2. Discordo um Pouco
3. Não Concordo Nem Discordo
4. Concordo um Pouco
5. Concordo Muito

1 – A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.	1	2	3	4	5
2 – As minhas condições de vida são muito boas.	1	2	3	4	5
3 – Estou satisfeito com a minha vida.	1	2	3	4	5
4 – Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	1	2	3	4	5
5 – Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	1	2	3	4	5

## Alfa de Cronbach Escalas QOL

## Fator 1- Bem-Estar Financeiro

	Correlação Item-Total corrigido	Alfa excluindo o Item
20	,604	,886
29	,735	,864
30	,789	,858
31	,771	,862
33	,713	,867
34	,668	,874

## Fator 2- Tempo

	Correlação Item Total corrigido	Alfa excluindo o item
16.	,322	,815
17	,591	,606
18	,667	,561
19	,552	,634

## Fator 3- Vizinhaça e Comunidade

	Correlação Item Total corrigido	Alfa excluindo o item
35.	,402	,600
36	,497	,567
37	,590	,533
38	,290	,643
39	,150	,685
40	,403	,599

## Fator 4- Casa

	Correlação Item Total corrigido	Alfa excluindo o item
9	,543	,825
10	,704	,769
11	,631	,791
12	,641	,784
13	,643	,785

**Fator 5- Mass Media**

	Correlação Item Total corrigido	Alfa excluindo o item
26	,617	,531
27	,675	,466
28	,358	,840

**Fator 6- Relações Sociais**

	Correlação Item Total corrigido	Alfa excluindo o item
5	,403	,588
6	,500	,515
7	,529	,495
8	,268	,669

**Fator 7- Emprego**

	Correlação Item -Total corrigido	Alfa excluindo o Item
23	,893	-
24	,893	-

**Fator 8- Religião**

	Correlação Item -Total corrigido	Alfa excluindo o Item
21	,323	-
22	,323	-

**Fator 9- Família e Conjugalidade**

	Correlação Item -Total corrigido	Alfa excluindo o Item
1	,301	-
2	,301	-

**Fator 10- Filhos**

	Correlação Item -Total corrigido	Alfa excluindo o Item
3	,361	-
4	,361	-

### Fator 11- Educação

	Correlação Item -Total corrigido	Alfa excluindo o Item
14	,513	-
15	,513	-