

INFORMAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA NO PERÍODO GESTACIONAL

INFORMATION AND QUALITY OF LIFE DURING PREGNANCY

Marcela Varella Cruz¹
Sara Quelli Nogueira França¹
Cristiane Gruber²

RESUMO

OBJETIVOS: Avaliar a qualidade de vida antes e após a aplicação de um programa educacional em gestantes primigestas na faixa etária de 20 a 35 anos, vinculadas à Unidade de Saúde Atuba (Curitiba - PR).

MÉTODOS: As gestantes foram submetidas a uma anamnese e sua qualidade de vida foi avaliada com base no questionário adaptado de Ferrans e Powers (2006), específico para gestantes, que é subdividido nos domínios saúde e funcionamento, psicológico e emocional, sócio-econômico e família. Após, as gestantes participaram de sete palestras nas quais foram abordados os temas: alterações anatômicas e fisiológicas na gestação; embriologia e evolução do bebê; desconfortos da gestação e orientações; o parto; cuidados com a mãe e o bebê; amamentação e shantala. As palestras foram ministradas para sete gestantes, entretanto, apenas três compareceram a todos os encontros. Ao término dos encontros, o questionário foi reaplicado a fim de comparação.

1. Alunas de graduação do 8º período de Fisioterapia das Faculdades Integradas do Brasil – Unibrasil – Curitiba, PR - Brasil, e-mail: marcela.varella@hotmail.com e saraqelli@hotmail.com

2. Fisioterapeuta, Mestre em Engenharia Biomédica, Professora da Escola de Saúde das Faculdades Integradas do Brasil – Unibrasil – Curitiba, PR - Brasil, e-mail: cristiane_gruber@hotmail.com

RESULTADOS: O programa educacional contribuiu para a melhora do índice de qualidade de vida das gestantes nos domínios saúde e funcionamento, psicológico e emocional e sócio econômico. O domínio família permaneceu inalterado para duas gestantes e apresentou decréscimo de valores para uma.

CONCLUSÃO: O estudo permitiu verificar que a qualidade de vida das gestantes pode sofrer influência positiva quando intervenções fisioterapêuticas baseadas na informação, aprendizado e conhecimento são executadas. Entretanto, acredita-se que para obtenção de resultados mais significativos faz-se necessária a aplicação do programa a um grupo mais numeroso, bem como por um período mais prolongado.

Unitermos: Informação no período gestacional, Gestação e Qualidade de Vida.

ABSTRACT

OBJECTIVES: Evaluate the quality of life before and after the introduction of a educational program upon primigravida pregnant between the ages of 20 to 35 years, bound to Unidade de Saúde Atuba (Curitiba - PR).

METHODS: The pregnant women were subjected to a anamnesis and their quality of life was evaluated based on Ferrans and Powers (2006) adapted

questionnaire, specific for pregnant, which is subdivided into the following domains: health and functional, psychological and emotional, economic-social and family. After the pregnant women take part into seven lectures, those which addressed the following topics: anatomical and physiological alterations during pregnancy; embryology and fetal development; pregnancy discomfort and orientations; the labor; mother and baby care; breastfeeding and shantala. The lectures were presented to seven pregnant women, however, just three of them attended to all meetings. At the end of the meetings, the questionnaire was reapplied for comparison.

RESULTS: The educational program contributed to the improvement of the quality of life index of the pregnant women of the health and functional, psychological and emotional, economic-social domains. The family domain was left unchanged for two of the pregnant women and a decrease of values for one of them.

CONCLUSION: The study allowed to verify that the quality of life of the pregnant women can suffer a positive influence when physiotherapeutic interventions based on the information, learning and knowledge are executed. However, it is believed that to obtain more significant results this program needs to be exposed to a larger group, as well as a longer period.

Keywords: Information during pregnancy, Pregnancy and Quality of Life.

INTRODUÇÃO

Qualidade de vida (QV) é um conceito que, nas últimas décadas, tem sido alvo de crescente interesse tanto na literatura científica, como entre o público em geral. A respeito da sua habitual utilização, não existe ainda uma significação consensualmente aceita. Na literatura específica, observa-se que se trata de um conceito complexo, que admite uma heterogeneidade de significados, com variadas abordagens teóricas e numerosos métodos para medida do conceito⁽¹⁾. É uma área particular e complexa, que pode receber influências ligadas à saúde e ao bem estar, fazendo-se indispensável o desenvolvimento de estudos que busquem identificar e avaliar os padrões de qualidade de vida estabelecidos pela população, permitindo uma concepção acerca das áreas da vida entendidas e percebidas pelo indivíduo como importantes e identificar os pontos nos quais gostariam de obter melhorias⁽²⁾.

A gestação é um exemplo de constantes modificações físicas, psicológicas e sociais na vida da mulher grávida e dos que a cercam, gerando a necessidade de adaptação às novas condições e ao papel de mãe⁽³⁾.

A gravidez é um período transitório na vida da mulher apresentando padrão fisiológico peculiar. É um episódio de normalidade anatômica e funcional com manifestações clínicas e perfil laboratorial próprio que condiz com as adaptações necessárias para assegurar o normal desenvolvimento do conceito. É um processo de transformações internas e externas, sendo de suma importância nesta fase a comunicação entre a gestante e um profissional da saúde para o surgimento de um relacionamento que traga confiança, troca de experiências, respostas para dúvidas e curiosidades, obtendo como resultado a melhora da qualidade de vida dessas mulheres^(4,5).

Ações educativas e de controle social quando ultrapassam todas as fases do atendimento, promovem troca de informação, permitindo identificar demandas, melhores escolhas e atenuar a distância entre profissionais da saúde e população. Permitem ainda, que muitas mulheres obtenham melhor conhecimento do corpo, contribuindo para a superação de preconceitos e medos infundados que podem acarretar prejuízos a saúde. A participação de profissionais de saúde em grupos educativos influenciam a sensibilização frente aos problemas das mulheres⁽⁴⁾.

Um programa educacional sobre a gestação pode contribuir para a melhora da qualidade de vida da gestante além de diminuir a tríade medo, tensão e dor, transmitindo informações e orientações sobre o período gestacional ⁽⁶⁾. A conduta a ser adotada, é a orientação a gestante quanto a

sua saúde, posturas, alimentação, riscos a doenças, treinamentos respiratórios, relaxamentos, alongamentos e quaisquer outras técnicas que possam promover sua saúde física e emocional levando também saúde ao feto. Compreendendo que nem sempre as técnicas manuais ou mecânicas podem resolver certos quadros, conversar e/ou esclarecer é uma das obrigações da abordagem do fisioterapeuta, a fim de cumprir seu papel de agente de saúde. Sendo necessário, às vezes, conduzir as pacientes para profissionais especializados, para que estes possam resolver as questões que estão fora de nossa competência ⁽⁷⁾.

Um programa educacional em relação à promoção da saúde dá-se em âmbito individual ou grupal. A participação em atividades grupais com pessoas que vivenciam o mesmo processo favorece a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal por meio de trocas de experiências que lhe são comuns. Nesse espaço, as gestantes podem expor suas dúvidas, medos e anseios das experiências e preocupações, conscientizam-se dos fatos que estão ocorrendo naquele momento e concomitantemente recebem informações sobre o fenômeno gestacional. A combinação dos fatores dizer, refletir e receber informações científicas contribui para a diminuição do medo do desconhecido e, conseqüentemente, para a redução da ansiedade, possibilitando às gestantes vivenciarem de forma mais tranqüila, segura e saudável o processo de nascimento de seu bebê⁽⁸⁾.

Com base no exposto acima o objetivo da pesquisa foi avaliar a qualidade de vida no período gestacional após a participação em um programa educacional.

METODOLOGIA

Fizeram parte do estudo sete gestantes primigestas voluntárias na faixa etária de 20 à 35 anos de idade vinculadas à Unidade de Saúde Atuba no primeiro, segundo ou terceiro trimestres de gestação.

Inicialmente, as gestantes foram convidadas, por meio de uma carta convite, a participarem de uma palestra na qual receberam informações sobre os procedimentos da pesquisa. As gestantes interessadas foram submetidas a uma anamnese e assinaram duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido. No mesmo encontro todos os sujeitos responderam (auto-aplicação) o questionário de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers adaptado por Fernandes, Narchi e Cianciarullo, que possibilita avaliar a qualidade de vida das gestantes^(1,4). O questionário original foi adaptado para aplicação em mulheres no período gestacional. É constituído por 36 itens distribuídos em: domínio saúde/funcionamento 16 itens; família com 4; sócio/econômico com 9; e psicológico/espiritual com 7 itens. Tem como intuito mensurar a satisfação

nos vários aspectos da vida, bem como a importância que a mulher atribui a cada um destes aspectos. No questionário, as gestantes atribuem um escore a cada um dos domínios numa escala de seis pontos que variam de “muito satisfeito” a “muito insatisfeito”, na parte I e de “muito importante” a “sem importância” para a parte II. A análise do questionário é realizada com base nos domínios acima citados realizando-se uma somatória das respostas (1-6). Os maiores escores correspondem à alta satisfação e importância atribuídas a cada item e os menores a baixa satisfação e importância.

Na sequência, foram realizados sete encontros com os sujeitos participantes, sendo abordados, na forma de palestras, os seguintes temas: alterações anatômicas e fisiológicas na gestação; embriologia e evolução do bebê; desconfortos da gestação e orientações; o parto; cuidados com a mãe e o bebê; amamentação e shantala. Foi aberto espaço para dúvidas e sugestões das participantes. Os encontros relacionados aos cuidados com o bebê e aplicação da shantala foram teórico-prático sendo utilizada uma boneca para demonstração e execução da técnica.

Para análise dos resultados foi utilizada uma abordagem qualitativa, comparando-se as respostas dos questionários antes e após a aplicação do programa com uma análise descritiva das diferenças entre as proporções observadas.

Somente três gestantes compareceram em todas as palestras, sendo assim, as demais gestantes puderam participar dos encontros, entretanto seus resultados não serão apresentados.

RESULTADOS

Nesse estudo foram analisados 3 questionários preenchidos por gestantes que estiveram em acompanhamento pré-natal na Unidade de Saúde Atuba – Curitiba-Pr. O objetivo foi identificar o índice de qualidade de vida para primigestas e verificar se houve variação desse índice após aplicação do programa educacional.

A tabela 1, 2 e 3 apresentam a média dos escores de cada um dos domínios avaliados para as gestantes 1, 2 e 3 respectivamente.

Na tabela 1, que apresenta os dados da gestante 1, observa-se que houve variação positiva em todos os domínios, exceto no item família que manteve o mesmo escore nas avaliações inicial e final.

Tabela 1 – Média dos escores antes e após a aplicação do questionário Ferrans e Powers – Gestante 1.

Domínio	Antes	Depois
----------------	--------------	---------------

Saúde/funcionamento	5,19	5,38
Psicológico/espiritual	5,14	5,86
Sócio/econômico	4,22	5,00
Família	6,00	6,00

Na tabela 2, são observados os escores correspondentes à avaliação da gestante 2, com variações em todos os domínios, exceto no item família.

Tabela 2 – Média dos escores antes e após a aplicação do questionário Ferrans e Powers – Gestante 2.

Domínio	Antes	Depois
Saúde/funcionamento	5,50	5,69
Psicológico/espiritual	5,86	6,00
Sócio/econômico	5,11	5,33
Família	5,67	5,67

A tabela 3 apresenta os resultados do questionário respondido pela gestante 3. Observa-se variação em nos domínios saúde/funcionalidade, psicológico/emocional; sócio/econômico. O item família apresentou diminuição no seu escore.

Tabela 3 – Média dos escores antes e após a aplicação do questionário Ferrans e Powers – Gestante 3.

Domínio	Antes	Depois
Saúde/funcionamento	4,56	5,00
Psicológico/espiritual	4,43	5,14
Sócio/econômico	4,00	4,33
Família	5,67	5,33

DISCUSSÃO

Neste estudo foi abordado o tema QV que vem sendo debatido nas sociedades contemporâneas, abrangendo todas as áreas do conhecimento especialmente a área da saúde, e tem sido tratado sob os mais diferentes olhares; com múltiplos significados e refletindo o saber, as experiências, os valores individuais e coletivos, sendo, portanto, um conceito social e também cultural⁽⁹⁾.

Estudos científicos envolvendo o tema QV têm se intensificando visto que se tornou a meta mais desejável em todas as políticas sociais. Existem vários instrumentos que têm sido utilizados para mensurar a qualidade de vida, em sua maioria desenvolvidos principalmente na Europa e Estados Unidos, por isso é necessária a tradução e adaptação para sua utilização ⁽⁹⁾.

No referente estudo, foi utilizado o questionário Ferrans e Powers adaptado para gestantes que surgiu em um dado momento onde se questionava: quem deveria avaliar a qualidade de vida de uma pessoa? A opção foi por uma abordagem individualista, ou seja, uma visão ideológica em que os próprios sujeitos pudessem definir o que representa qualidade de vida para eles. De acordo com essa postura, o sujeito é questionado sobre a avaliação que faz de sua própria qualidade de vida, em relação a domínios específicos⁽⁴⁾.

Foi realizada a aplicação do questionário adaptado citado acima com o intuito de analisar se houveram mudanças na qualidade de vida das participantes, pois o profissional da área tem o papel de verificar o que pode alterar a qualidade de vida das mulheres gestantes sob os seus cuidados. Por esse motivo é necessário que se busque informações através de instrumentos de pesquisas para que haja a possibilidade de aperfeiçoamento e enriquecimento sobre o tema^(4,10).

A educação em saúde está intimamente relacionada com o cuidado e nos remete ao duplo papel exercido pelos profissionais de saúde que são também educadores por excelência. Desse modo, os espaços destinados à educação em saúde, na linha do cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido, foram eleitos enquanto dispositivos que propiciam o contato com

novos conhecimentos e o aumento da capacidade de fazer escolhas conscientes com relação à condução da própria saúde⁽¹¹⁾.

No referido estudo, com relação ao domínio saúde e funcionamento, as gestantes mostraram-se mais satisfeitas após o programa educacional, visto que no momento da gravidez, muitas alterações e adaptações acometem cada mulher e é de suma importância que o profissional de saúde saiba identificar e procurar amenizar fatores que podem influenciar negativamente o processo da gestação⁽⁴⁾.

Em uma adequada assistência á saúde com qualidade faz-se necessário o reconhecimento da população, identificando sua realidade, para que haja um planejamento adequado diante das necessidades impostas e aspectos sociais⁽¹⁰⁾.

Um dos temas mais indagados pelas gestantes durante os encontros foi a questão da sexualidade. A saúde sexual tem sido cada vez mais reconhecida como item importante para a qualidade de vida visto que a diminuição da função sexual pode determinar efeitos danosos sobre sua auto-estima e seus relacionamentos interpessoais, com freqüente desgaste emocional. Estudos demonstraram haver significativa associação entre disfunção sexual e baixos sentimentos de satisfação física e emocional, assim como do bem-estar geral, que são comumente encontrados no período gestacional^(12,13,14).

No domínio psicológico/emocional todas as gestantes obtiveram escores maiores após o programa educacional confirmando o que diz Sartori e Van Der San sobre a importância dos grupos educacionais no sentido de promoverem a possibilidade de geração de conhecimentos e autoconhecimento. O entendimento do momento vivido e a troca de experiências caracteriza-se em condição indispensável para o enfrentamento das mudanças do período gestacional ⁽³⁾. Mudanças estas que geralmente vêm acompanhadas de alterações emocionais.

A prevalência da depressão, durante o período gestacional, é de aproximadamente 7% a 15%⁽¹⁵⁾. A gestação é revestida de grande relevância por representar um momento existencial de extrema importância no ciclo vital da mulher, em função das perspectivas de mudanças em seu papel social e da necessidade de adaptações e ajustamentos requeridos nesse processo. Aliado a essa questão mais específica, os temores, medos e receios decorrentes do desconhecimento das modificações orgânicas e emocionais próprias ao processo da gestação são expressos com bastante frequência, em especial, os temores relativos ao momento do parto e o baixo peso ao nascer, o que já vem sido comprovado com diversos estudos^(16,17,18). Observa-se mais uma vez que a informação tem papel fundamental na mudança das características psicológicas e emocionais, podendo contribuir para a manutenção de autoestima bem como para a evolução tranqüila da gestação.

Segundo o Ministério da Saúde a gravidez é um período de várias mudanças físicas e emocionais, que cada mulher vivencia de forma distinta. Essas mudanças podem gerar medos, dúvidas, angústias e fantasias. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação⁽¹⁹⁾.

Considerando essas questões levantadas, torna-se difícil negar a importância do trabalho educativo com a mulher gestante, em especial com as gestantes primigestas, que por não contarem com a experiência prévia, podem estar mais sujeitas às inseguranças decorrentes do não domínio da situação. Contudo, as ações educativas desenvolvidas por profissionais de saúde poderiam ser muito significativas se estruturadas a partir da identificação de necessidades do próprio grupo a que se destina. O presente estudo buscou identificar as principais necessidades da população pesquisada a fim de abordar, durante os encontros, temas de interesse veiculando-se, dessa forma com a realidade exposta⁽¹⁸⁾.

Nem sempre um programa educacional pode evoluir com bons resultados. Spinelli e Endicott (2003) realizaram um estudo com gestantes submetendo-as a técnica de educação familiar. Em relação aos transtornos

emocionais durante a gestação obtiveram melhora apenas em 11,8% das pacientes⁽²⁰⁾.

Costa⁽²¹⁾ apesar de verificar que as gestantes foram orientadas sobre as mudanças específicas do período gestacional, observou que existem divergências a respeito da compreensão das informações compartilhadas. Algumas mulheres assimilam as informações fornecidas pelo profissional da saúde, mas outras permanecem com dúvidas durante toda a gestação. Sendo assim, a linguagem utilizada deve ser de fácil compreensão e o tempo para tratamento dos diversos temas deve ser suficiente para permitir explicação e compartilhamento de informação, levando em consideração sempre a realidade cultural de cada gestante⁽²¹⁾. Cordeiro⁽²²⁾ confirma que em um programa educacional, o profissional da saúde deve atuar como facilitador e deve preocupar-se em transmitir as informações de forma clara e objetiva e não com termos técnicos que fogem à compreensão da maior parte das pessoas. Esse profissional tem uma grande responsabilidade, pois trabalha com seres humanos que vivenciam um período muito sensível de suas vidas e precisa estar apto para lidar com os mais variados sentimentos que se exteriorizam, lembrando que ouvir e compreender as pessoas, muitas vezes, tem mais importância do que outras formas de tratamento^(22,23).

O processo educacional gestacional propõe uma construção de conhecimento compartilhado, com trocas de experiências e vivências no campo

grupal, levando as mulheres a fazerem escolhas conscientes sobre suas condutas em relação à contracepção, e ao seu corpo permitindo-lhe autonomia em relação a si e ao seu bebê através do conhecimento adquirido^(3,11,24).

Mesmo com a insatisfação econômica relatada pelas gestantes, o domínio sócio econômico foi o avaliado como sendo o de menor importância para a qualidade de vida, quando comparado com os demais domínios. Essa observação corrobora com estudos que sugerem que o efeito da situação socioeconômica desfavorável, mediados pela atenção de pré natal, pode ser amenizada com uma maior qualidade e atenção na assistência pré-natal, especialmente em mães de maior vulnerabilidade social⁽²⁵⁾.

O domínio família não sofreu alteração no escore para duas das gestantes avaliadas e mostrou piora para uma delas. Este dado pode ser explicado pelo fato de que mesmo com a participação em programas de informação, não é possível, para o profissional da saúde, interferir em situações cotidianas de âmbito familiar, embora saiba-se da importância que a família representa neste período e conseqüentemente para a manutenção da sua qualidade de vida. De acordo com Ferrari apud Tsunehiro⁽²⁶⁾, a família independentemente do arranjo ou estrutura, propicia os aportes afetivos e materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes, interferindo, conseqüentemente nos demais domínios relacionados à qualidade de vida. É na família que se encontra o espaço privilegiado de socialização, de

prática de tolerância e divisão de responsabilidades, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência e lugar inicial para o exercício da cidadania sob o parâmetro da igualdade, do respeito e dos direitos humanos. Gestantes que não estão inseridas em um contexto familiar, provavelmente enfrentarão dificuldades maiores para propiciar a seus filhos um espaço para a absorção de valores éticos e humanitários⁽²⁶⁾.

De forma geral, o programa aplicado repercutiu de forma positiva na população estudada, permitindo verificar influência positiva na qualidade de vida das participantes; como estudo realizado por Cordeiro⁽²²⁾ onde mais de 50% dos entrevistados declararam que suas dúvidas foram esclarecidas e saíram mais seguros e tranquilos em relação ao momento em que vivenciavam^(22,27,28,29).

CONCLUSÃO

Conclui-se, com base nos resultados obtidos, que a qualidade de vida da gestante pode ser influenciada positivamente quando programas educacionais, que visem a informação e o conhecimento são aplicados durante o período gestacional. Por esse motivo, é necessário que se busque informações através de instrumentos de pesquisas para que haja a possibilidade de

aperfeiçoamento e enriquecimento sobre o tema⁴. Acredita-se que para a obtenção de resultados mais significativos, o grupo deveria ser mais numeroso e a atividade em si deveria ser mais explorada, ou seja, mais temas deveriam ser abordados e por tempo mais prolongado, em especial por profissionais da fisioterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kimura M, Silva JVS. Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. Rev. Esc. Enferm. USP 2009; 43(spe): 1098-1104.
2. Symon A. A review of mothers prenatal e postnatal quality of life. Health and Quality of Life Outcomes 2003; 1(3).
3. Sartori GS; Van der sand ICP - Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2004 v.06, n. 02, p.153-165.
4. Vido MB. Qualidade de vida na gravidez [dissertação].Guarulhos (SP): Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, Universidade Guarulhos; 2006.
5. Peixoto S et al. Pré-natal, 3. ed. São Paulo, 2004.
6. Mazzalli L, Ronald NG. Análise do tratamento fisioterapêutico na diminuição da dor durante o trabalho de parto normal. Ensaio e Ciência:Ciencias Biológicas,Agrárias e da Saúde,2008 v.12,n1.
7. Leocadio AS. Enfoque Respiratório no Período Gestacional. Rio de Janeiro, trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em fisioterapia), Universidade Veiga de Almeida, 2007.

8. Santos MRC; Zellerkraut H; Oliveira LR. Curso de orientação à gestação: repercussões nos pais que vivenciam o primeiro ciclo gravídico. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 2008; 32(4):420-429.
9. Fátima AAS. Qualidade de vida: a evolução do conceito e os instrumentos de medida. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 2006, Vol.8, n4
10. Tonja RN, Faith D, Margaret MF, Jun Z. Quality of Life in Women Undergoing Medical Treatment for Early Pregnancy Failure. 2005, v34 issue 4 pages 473-481.
11. Santos RV, Penna CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. 2009, 18(4): 652-660.
12. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208.
13. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537-44.
14. Wasinee U, Thanapan C. Sexuality and Sexual Activity in Pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2004; 87(Suppl 3): S45-9
15. Tim FO; William W; Shaila M; Jaafar A; Clyde H Neonatal Outcomes After Prenatal Exposure to Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Antidepressants and Maternal Depression Using Population-Based Linked Health Data *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(8):898-906.
16. Suad K, Shawna C, Roksana K, Florence L, Wendy JM, Eva O. Correlates of Perinatal Depression in HIV-Infected Women, 2007 - Volume 46 - Issue - pp S96-S100.
17. Sandeep G, Ajit A, Yogesh S. Psychotropics in pregnancy: weighing the risks. *Indian J Med Res* 123, April 2006, pp 497-512.
18. NozawaMR; Schor N. O discurso de parto de mulheres vivenciando a experiência da primeira gestação. 1996, *Saude soc.*, São Paulo, v. 5, n. 2.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.
20. Spinelli MG; Endicott J. - Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am J Psychiatry* 160 (3): 555-562, 2003.
21. Costa ES, Gigliola MBP, Tarciana SC, Raionara CAS, Arieli RN, Leilane BS. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun.2010.
22. Cordeiro MR, Hanny Z, Ruela LO. Curso de orientação à gestação: repercussões nos pais que vivenciam o primeiro ciclo gravídico. *O Mundo da Saúde São Paulo* 2008; 32(4):420-429.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.
24. Ignês BL, Helena FM. Intervenção comunitária multiprofissional em um grupo de gestantes num bairro de periferia da cidade de Salvador, Bahia. 2006, v.30 n.2, p.224-237.
25. Alencar GP. Influência dos fatores de situação socioeconômica, de aceitação da gravidez e da assistência pré-natal na mortalidade fetal: análise com modelagem de equações estruturais. São Paulo; 2009. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
26. Ferrari M.; Kaloustian S.M. Introdução. In: KALOUSTIAN, S.M. (Org.) *Família brasileira: a base de tudo*. São Paulo, Cortez; Brasília, UNICEF, 1994. p.11-5. apud Tsunehiro MA, Bonadio IC.. *A família na rede de apoio da gestante*. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v.1, n.1/2, p.103-106, jan./dez. 1999.
27. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79(5): 385-90.
28. De Conti MHS. Avaliação de um Programa multiprofissional de preparo para a gestação e parto – repercussões maternas e perinatais. 2006, tese (doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu.

29. Falcone VM, Mäder CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2005 Aug [cited 2010 Oct 07]; 39(4): 612-618.