

Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes

Quality of life and health promotion: focusing pregnant women

Danielle Freitas Alvim de Castro*

Lislaine Aparecida Fracoli**

159

Artigo Original • Original Paper
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2013;37(2):159-165

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a Qualidade de Vida de gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família e identificar as dimensões da Qualidade de Vida com melhor e pior avaliações. Trata-se de um estudo de caso descritivo e transversal, realizado em uma Unidade de Saúde da Família na periferia de São Bernardo do Campo. Foram avaliadas 42 gestantes utilizando o instrumento WHOQOL-bref. Quanto maior o escore, melhor a avaliação da Qualidade de Vida. Os escores dos domínios de Qualidade de Vida foram: Físico 57,65; Psicológico 68,75; Meio Ambiente 59,75; Relações Sociais 77,98; Geral 75,00. Cada domínio é composto por algumas facetas, sendo que estas contribuíram de maneira positiva ou negativa para o escore dos domínios. As facetas com pior avaliação foram: Energia e Fadiga; Pensar, Aprender, Memória e Concentração; Recursos Financeiros; Atividade Sexual. As facetas com melhor avaliação foram: Mobilidade; Sentimentos Positivos; Imagem Corporal e Aparência; Cuidados de Saúde e Sociais; Relações Pessoais. Concluiu-se que o WHOQOL-bref tem pertinência como instrumento de monitoramento e ampliação da assistência pré-natal e que a avaliação da Qualidade de Vida durante o pré-natal se torna uma importante ferramenta para uma abordagem integral e promotora da saúde da gestante.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Promoção da Saúde. Gravidez. Cuidado Pré-natal.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the Quality of Life of pregnant women attending the Family Health Strategy and identify the dimensions of Quality of Life better and worse evaluated. This is a descriptive, cross sectional study case, done in a Family Health Unit in the outskirts of São Bernardo do Campo. 42 women were evaluated using WHOQOL-bref. The higher the score the better the assessment of Quality of Life. The scores of the domains were: Physical 57,65; Psychological 68,75; Environment 59,75; Social Relations 77,98; General 75,00. Each domain consists of a few facets, and these contributed positively or negatively to the score of the domains. The worst facets evaluated were: Energy and Fatigue; Thinking, Learning, Memory and Concentration; Financial Resources; and Sexual Activity. The best aspects evaluated were: Mobility; Positive Feelings, Body Image and Appearance; Health and Social Care; and Personal Relationships. We concluded that WHOQOL-bref is relevant as a monitoring instrument and it is, for the expansion of prenatal care and the evaluation of quality of life during prenatal care, an important tool for an integral assistance and pregnant woman's health promotion.

Keywords: Quality of Life. Health Promotion. Pregnancy. Prenatal Care.

* Enfermeira obstétrica. Mestre em Ciências. Doutoranda em Ciências do departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-SP, Brasil. E-mail: danielle.castro@usp.br

** Enfermeira. Livre-docente. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-SP, Brasil. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa Modelos Tecno-assistenciais e a Promoção da Saúde do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). E-mail: lislaine@usp.br

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

A interface entre Qualidade de Vida e a Promoção da Saúde tem sido objeto de estudo de alguns pesquisadores, bem como do grupo de pesquisa Modelos tecno-assistenciais e a Promoção da Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo^{1,2}.

A Carta de Ottawa, documento resultante da primeira conferência de Promoção da Saúde realizada no Canadá no ano de 1986, conceitua Promoção da Saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua Qualidade de Vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”³.

A noção de Qualidade de Vida, apesar de ser polissêmica e de difícil conceituação, é um conceito dialético, sendo em parte objetivo e em parte subjetivo. No âmbito subjetivo, a Qualidade de Vida depende do contexto histórico e cultural do sujeito. Ela pode ser geral ou relacionada a uma dada enfermidade. Ela é a expressão no sujeito e na coletividade dos meios de produção e reprodução social. No âmbito objetivo, a Qualidade de Vida está relacionada com acesso a educação, saúde, moradia, saneamento básico, entre outros aspectos^{1,4}.

Em busca da efetiva implementação do SUS, o Brasil optou por reorientar a atenção básica e o modelo assistencial brasileiro por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Assim, desde 1994, a ESF passa a ser uma ferramenta importante do SUS para a implementação e viabilização de ações de Promoção da Saúde e de melhoria da Qualidade de Vida da população. A ESF responde a uma nova concepção da saúde, não mais centrada na assistência à doença, mas, sobretudo, voltada para a promoção da Qualidade de Vida e para a intervenção nos fatores que colocam a vida em risco^{5,6}.

Atuar na melhoria da Qualidade de Vida é uma das metas da ESF. Essa meta foi reafirmada em um dos eixos da 13ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em dezembro de 2007, que teve por tema “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvi-

to”. Nesse documento, a ESF é colocada como estratégia prioritária para a garantia do Pacto pela Vida⁷.

Nesse sentido, a avaliação da Qualidade de Vida das pessoas torna-se importante instrumento de gestão de cuidado. Sabe-se que a avaliação em saúde pode modificar uma dada situação, pois diagnostica uma realidade a fim de nela intervir⁸. Dessa forma, a avaliação da Qualidade de Vida pode ajudar a dimensionar e analisar as ações de Promoção da Saúde em curso e que poderiam ser implantadas nas comunidades e nos programas de saúde.

Um exemplo disso é que, em países desenvolvidos, o foco dos programas de atenção à mulher, principalmente os programas de assistência pré-natal, têm expandido seu objeto / objetivo tradicional – prevenção, detecção e manejo de problemas e fatores que podem afetar adversamente a saúde da mãe e/ou do conceito –, para um objeto / objetivo mais ampliado – a Qualidade de Vida materna. As bases conceituais que dão suporte a esse “novo” olhar para a saúde materna partem do pressuposto de que a assistência pré-natal deve ter como objetivos o apoio e encorajamento do ajustamento psicossocial saudável na gestação, além de um olhar para os aspectos sociológicos e as influências que a gestação pode acarretar na família⁹.

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a Qualidade de Vida Geral de gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família e identificar as dimensões da Qualidade de Vida com melhor e pior avaliações pelas gestantes, tendo como finalidade apontar ações de promoção da saúde que podem ser incluídas na assistência pré-natal na ESF.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal com desenho de estudo de caso.

O cenário da pesquisa foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de São Bernardo do Campo-SP, com quatro equipes de Saúde da Família.

Para a avaliação da Qualidade de Vida, foi utilizado o instrumento WHOQOL-bref¹⁰. Esse instrumento é composto por 26 questões, divididas em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, além de avaliar a Qualidade de Vida de maneira geral e possuir 24 facetas que compõem cada domínio¹¹. A utilização desse instrumento permite identificar qual domínio ou dimensão da vida tem avaliação mais positiva ou mais negativa, na perspectiva da gestante, no caso desta pesquisa.

A presente pesquisa passou por avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sendo o seu número de protocolo n. 869/2009.

Foram sujeitos da pesquisa 42 gestantes, de um total de 72 inscritas na UBS no período da coleta. Dessas 72 gestantes, cerca de 20% (14) estavam cadastradas na UBS, mas não realizavam seu pré-natal na UBS, e 16 (22%) foram excluídas por não terem sido encontradas em casa em mais de duas visitas consecutivas. A coleta se deu por meio de visitas domiciliares da pesquisadora acompanhadas pelo Agente Comunitário responsável pela gestante. Para caracterização das gestantes desta pesquisa, foi aplicado um questionário socioeconômico e gestacional.

Os dados foram tabulados e analisados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As gestantes desta pesquisa eram, em sua maioria, mulheres pardas (60%), religiosas (95%), em uma união estável (90%), com baixa escolaridade (55%), baixa renda (60%) e dependentes de seus companheiros. Eram mulheres donas de casa ou desempregadas (80%). Eram também mulheres que, na maioria, viviam em casa alugada (48%), com 2 ou 3 cômodos (75%)¹².

As gestantes possuíam entre 21 e 30 anos, sendo 5 ainda adolescentes (12%). Eram gestantes no segundo e no terceiro trimestre gestacional, na maioria (83%), que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre

(86%) e estavam seguindo o calendário de consultas de pré-natal de maneira satisfatória. Uma grande parcela (31%) estava abaixo do peso adequado para a Idade Gestacional, e 43% estavam com sobrepeso ou obesas. É importante que os médicos e enfermeiros lancem mão de estratégias de promoção da saúde, como grupos de caminhada, ou no próprio grupo de gestantes o aspecto nutricional ser abordado com mais profundidade, deixando as gestantes falarem a respeito de suas rotinas alimentares e, em conjunto com os profissionais (médico e enfermeiro), elaborarem mudanças alimentares de acordo com as possibilidades de cada uma¹².

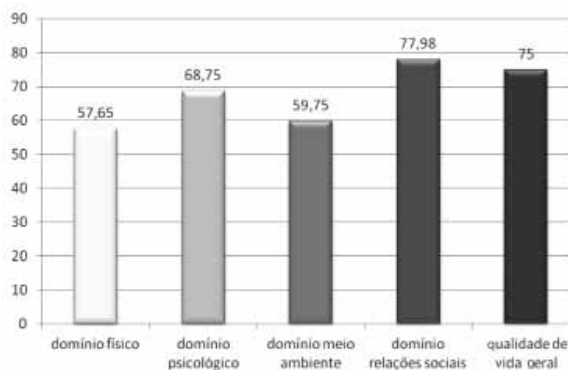
Nesta pesquisa, as gestantes, na maioria (31%), estavam esperando o primeiro filho ou já possuíam 1 filho. Metade já havia vivenciado o parto normal e somente 4 referiram algum problema de saúde, os quais não as caracterizaram como gestantes de alto risco. Cerca de metade referiram dor, sendo, na maioria, diariamente e em baixo ventre. A maioria (72%) referiu náuseas e vômitos, em especial no início da gestação, o que é um fenômeno normal devido à ação hormonal. E a maioria (93%) não praticava atividade física.

A Qualidade de Vida é avaliada segundo o WHOQOL-bref por meio de escores em uma escala positiva, ou seja, quanto maior o escore, maior a Qualidade de Vida. Não existem pontos de corte que determinem um escore abaixo ou acima, por isso, para este estudo, dividimos o escore total (100) por 5. A resposta ao WHOQOL-bref é dada em uma escala de Likert com 5 itens. Dessa forma, os escores entre 81 e 100 classificariam uma Qualidade de Vida *Muito Boa*. Escores entre 61 e 80 classificariam uma Qualidade de Vida *Boa*. Escores entre 41 e 60 classificariam uma Qualidade de Vida *Nem Ruim Nem Boa*. Escores entre 21 e 40 classificariam uma Qualidade de Vida *Ruim*. E, para finalizar, escores entre 0 a 20 classificariam uma Qualidade de Vida *Muito Ruim*¹².

Em relação aos domínios, o Gráfico 1 mostra o escore dos domínios de Qualidade de Vida.

O domínio de Relações Sociais foi o que obteve maior escore (77,98), e o domínio Físico foi o que obteve menor escore (57,65)¹².

Gráfico 1. Escores de Qualidade de Vida



Dessa forma, pode-se dizer que as gestantes avaliadas nesta pesquisa obtiveram um escore de “Qualidade de Vida Boa” nos domínios Psicológico, Relações Sociais e Qualidade de Vida Geral, além de um escore de “Qualidade de Vida *Nem Ruim Nem Boa*”, ou seja, mediano, nos domínios Físico e Meio Ambiente. Os domínios Físico e Meio Ambiente abordam, respectivamente, questões que avaliam dor física, tratamento de saúde, energia vital, capacidade de locomoção, sono, capacidade para o trabalho e tarefas diárias (Físico); e segurança, saúde do ambiente físico, dinheiro, informações, lazer, condições do local que moram, acesso aos serviços de saúde e meio de transporte (Meio Ambiente)¹².

O perfil sociodemográfico das gestantes desta pesquisa corrobora com as avaliações negativas em relação aos domínios Físico e Meio Ambiente. A gravidez é um período em que o corpo da mulher apresenta modificações, como o aumento de peso, alterações hormonais, alterações de marcha, entre outras, que geram dores e desconfortos, o sono fica desregulado, e a disposição para trabalho e tarefas diárias diminui¹³. A lombalgia é uma queixa comum e esperada na gravidez, muitas vezes considerada apenas como mais um desconforto. Todavia, ela pode causar depressão, insônia, diminuição da capacidade motora, impedindo o seguimento de uma vida normal

para a gestante¹⁴. Por serem gestantes de baixa renda, que moram, em sua maioria, em casas alugadas com poucos cômodos, é esperado que avaliassem seu meio ambiente como inadequado para uma boa Qualidade de Vida. Em relação aos outros domínios, Geral, Relações Sociais e Psicológico, todos foram avaliados como *Bom*.

O domínio Relações Sociais teve a melhor avaliação, o que significa que as relações pessoais, sejam elas com os amigos, parentes e conhecidos, são uma dimensão importante para essas gestantes. Elas estavam também satisfeitas com a vida sexual e com o apoio que recebiam.

Não foram encontrados na literatura trabalhos semelhantes a esta pesquisa, na qual a Qualidade de Vida Geral de uma gestante tenha sido avaliada usando o instrumento da OMS WHOQOL-bref. Contudo, encontrou-se na literatura a preocupação com a Qualidade de Vida da gestante. Prova disso é uma pesquisa que avaliou a Qualidade de Vida de gestantes usando o instrumento Ferrans e Powers adaptado, que avalia a Qualidade de Vida considerando as dimensões Saúde / funcionamento, Socioeconômica, Psicológica / espiritual e Família, também presentes no WHOQOL-bref^{15,16}.

A pesquisa citada acima concluiu que as gestantes estudadas possuíam uma Qualidade de Vida relativamente boa e que os trimestres gestacionais podem ter influência na percepção da Qualidade de Vida. Por exemplo, gestantes no terceiro trimestre possuíam Qualidade de Vida Física menor que gestantes no primeiro trimestre devido ao tamanho das mudanças corporais¹⁵. Na pesquisa de que se trata este artigo, não houve diferença estatística significativa e nem correlação quando avaliado a Qualidade de Vida por trimestre de gestação.

Em relação às diferentes facetas que compõem os 4 domínios do WHOQOL-bref, o Quadro 1 revela aquelas que tiveram a pior e a melhor avaliação pelas gestantes desta pesquisa.

Quadro 1. Facetas com melhor e pior avaliação do WHOQOL-bref

Domínios	Faceta com melhor avaliação	Faceta com pior avaliação
Físico	Mobilidade	Energia e fadiga
Psicológico	Sentimentos positivos Imagem corporal e aparência	Pensar, aprender, memória e concentração
Meio Ambiente	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade de qualidade	Recursos financeiros
Relações Sociais	Relações pessoais	Atividade sexual

Ao olharmos para as facetas com melhor e pior avaliação em cada domínio, vemos que, no domínio Físico, as gestantes estavam mais vulneráveis na faceta Energia e Fadiga. É de se esperar que durante a gestação ocorra uma queda na energia e aumento da fadiga pela própria fisiologia da gestação¹³. O exercício durante a gravidez aumenta a disposição, a autoestima, melhora a função cardíaca e reduz a ansiedade e a depressão¹⁷. Em uma pesquisa sobre a fisioterapia gestacional, com a qual se obteve bons resultados, no grupo em que foi aplicado o exercício físico, no aspecto físico, houve uma melhora nas algias de coluna, nas dificuldades respiratórias, constipação, fadiga, dificuldade de deambulação, edema e parestesias. A Qualidade de Vida física do grupo de gestantes que participaram nas atividades físicas aumentou em relação ao grupo que não participou na pesquisa citada¹⁷. É importante lembrar que, conforme se mostrou acima, 93% das gestantes pesquisadas não realizavam exercícios físicos.

No domínio Psicológico, a faceta mais vulnerável foi a de concentração, pensar, aprender e memória. A própria fisiologia gestacional causa uma diminuição da concentração devido à ação hormonal e edema cerebral, o qual também causa o aumento da sonolência¹³.

No domínio Meio Ambiente, a faceta com pior avaliação foi recursos financeiros, uma vez que a gestação demanda adaptações necessárias nos aspectos financeiros, no local de moradia e trabalho¹⁸. A gestante experimenta uma série de despesas “extras”, como compra de mobiliário, roupa e outros utensílios domésticos de que ela necessitará para cuidar do bebê. Outra despesa que a gestante enfrenta é com o seu deslocamento para diferentes serviços de saúde para realizar consultas e exames previstos na rotina pré-natal. Daí a importância de programas de assistência pré-natal que incorporem benefícios sociais como transporte, alimentos, entre outros para a gestante.

No domínio referente às Relações Sociais, a faceta de atividade sexual foi a que obteve piores escores. Em relação à atividade sexual, devido à ação hormonal, a libido da mulher pode se alterar, podendo aumentar ou diminuir¹³. O período da gestação é de fato um período bastante obscuro para a atividade sexual. Muitos companheiros evitam contato sexual com a gestante com medo de machucar o bebê, outros se sentem rejeitados pela mulher quando essa experimenta uma diminuição da libido. Assim, é perfeitamente compreensível que a atividade sexual seja um ponto nevrálgico na gestação. E, no caso da energia e fadiga, poderiam ser incentivados grupos de caminhada.

Em relação às facetas com melhor avaliação, observa-se que, no domínio Físico, a faceta com melhor avaliação foi a mobilidade. Sabe-se que a gestante se enquadra na legislação como “preferencial”, assim tem lugar reservado em ônibus, atendimento mais rápido em bancos e outras instituições. Muito provavelmente essas ações de políticas públicas (não exclusivas da área da saúde) impactam positivamente na mobilidade da gestante.

No domínio Psicológico, as facetas com melhor avaliação foram sentimentos positivos e imagem corporal. Em relação aos sentimentos positivos, a maternidade é considerada muitas vezes o principal sentido na vida¹⁹. Apesar de nesta pesquisa a imagem corporal ser uma das facetas com melhor avaliação, pesquisas mostram que a imagem corporal é negativamente impactada devido às mudanças físicas em pouco tempo^{20,21}.

No domínio Meio Ambiente, a faceta com melhor avaliação foi o cuidado de saúde, o que reafirma a satisfação que essas gestantes estão sentindo em relação principalmente ao trabalho da equipe da ESF, ao qual elas se encontram vinculadas.

No domínio Relações Sociais, a faceta relações pessoais foi a que teve melhor avaliação. Em uma pesquisa sobre a rede social no processo de expansão familiar, observou-se que a gestação é um período de transição e adaptação familiar, e foi identificado que as ações de suporte foram de natureza, principalmente, psicológica, tanto de integrantes da família como de pessoas externas a ela, o que é de extrema importância para o sucesso da assistência pré-natal. O suporte foi considerado fundamental para o bem-estar das mulheres grávidas, o que reforça a importância da rede social para a saúde física e emocional da gestante²². A maternidade traz muitas mudanças, especialmente para a mãe. O enfrentamento dessa fase com o apoio de outras pessoas, assim como à presença de uma rede de apoio disponível, é um importante mecanismo de alívio de estresse²³.

CONCLUSÃO

A pesquisa mostrou que o WHOQOL-bref tem pertinência como instrumento de monitoramento e ampliação da assistência pré-natal.

Pode se constituir em instrumento de ampliação da clínica se utilizado na consulta de pré-natal. O WHOQOL-bref poderia ser aplicado na primeira consulta profissional de saúde e reaplicado a cada dois meses na consulta de enfermagem ou pelo Agente Comunitário de Saúde. Isso permitiria monitorar quais domínios e suas respectivas facetas estariam necessitando de intervenção por parte dos profissionais de saúde.

Na presente pesquisa, a avaliação de Qualidade de Vida utilizada mostrou que, durante o pré-natal, algumas ações poderiam ser realizadas para melhorar a vida das gestantes. No caso da renda, por exemplo, a equipe de saúde da família poderia organizar (ou encaminhar) a gestante para oficinas de confecção de roupas para bebê, ou outro tipo de oficina para geração de renda existente na comunidade. No caso da avaliação referente à atividade sexual, poderia ser um tema de discussão na consulta médica ou de enfermagem ou o conteúdo de um trabalho em grupo com outras gestantes.

O instrumento nos mostrou que fadiga e energia são questões que impactam negativamente na Qualidade de Vida das gestantes, portanto a assistência pré-natal poderia incluir na sua agenda uma programação de exercício físico específico para gestante, para além dos tradicionais grupos de caminhada.

A pesquisa mostrou, ainda, que os domínios com pior avaliação pelas gestantes se referem ao domínio Físico e Meio Ambiente, o que reforça o fato de que a assistência à saúde deve sempre incorporar a noção de condicionantes e determinantes sociais da saúde para programar suas ações.

Concluiu-se que a avaliação da Qualidade de Vida durante o pré-natal se torna uma importante ferramenta para uma abordagem integral e promotora da saúde da gestante.

Concluiu-se que o monitoramento da Qualidade de Vida durante o pré-natal se torna uma importante ferramenta para um olhar integral e ampliado da gestante, promovendo, dessa maneira, sua saúde de maneira satisfatória.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciêns Saúde Colet*. 2000;5(1):7-18.
2. Westphal MF. O Programa de Saúde da Família: um compromisso com a Qualidade de Vida. *Rev Pol Publ*. 2003;1:19-26.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
4. Ribeiro EM. Qualidade de vida na estratégia de Saúde da Família: refletindo sobre os significados. *Fam Saúde Desenv*. 2001;3(2):109-15.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
6. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM. *Tratado de Coletiva*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13a Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de Vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
8. Takeda S, Talbot Y. Avaliar, uma responsabilidade. *Ciêns Saúde Colet*. 2006;11(3):564-76.
9. Symon AG, Dobb BR. An exploratory study to assess the acceptability of an antenatal quality-of-life instrument (the Mother-generated Index). *J Midw*. 2008;28:442-50.
10. Organização Mundial de Saúde. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment: position paper from the world health organization. *Soc Sci Med*. 1995;41:1403-9.
11. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
12. Castro DFA. Qualidade de Vida de Gestantes assistidas pela Estratégia Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2010.
13. Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Obstetrícia Fundamental*. 11a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
14. Novaes FS, Shimo AKK, Lopes MHB. Lombalgia na gestação. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006 Ago;14(4):620-4.
15. Vido MB. Qualidade de Vida na Gravidez [dissertação]. São Paulo: Universidade de Guarulhos; 2006. 710 p.
16. Kimura M, Silva JV. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp):1098-104.
17. Gamba YSS. Análise quantitativa dos benefícios da fisioterapia pré-natal na qualidade de vida de gestantes sedentárias. *Reabilitar*. 2004;6(23):36-44.
18. Hoga LAK, Borges ALV, Reberte LM. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativa dos membros da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(1):151-7.
19. Jesses E, Schoneboom C, Blanchard A. The Effect of Faith or Spirituality in Pregnancy. *J Holist Nurs*. 2007;25(151):151-8.
20. Kamysheva E, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. Examination of a multi-factorial model of body-related experiences during pregnancy: the relationships among physical symptoms, sleep quality, depression, self-esteem, and negative body attitudes. *Body Image*. 2008;5:152-63.
21. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout V, Karram MM. Effects of pregnancy on pelvic floor dysfunction and body image: a prospective study. *Int Urogynecol*. 2008;19:1495-501.
22. Jussani NC, Serafim D, Marcon SS. Rede Social durante a expansão da família. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(2):184-9.
23. Rapoport A, Piccinini CA. Apoio social e experiência da Maternidade. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2006;16(1):85-96.