



A IMPORTÂNCIA DE UMA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR PARA GESTANTES NO PERÍODO PRÉ-NATAL ACOMPANHADAS POR UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE

TATIANA FIGUEIREDO DAMAS LOUROZA
(LATEC/UFF)

Resumo: Este artigo trata-se da qualidade da assistência obstétrica e nesta se destaca o enfoque multiprofissional como uma forma de trabalho coletivo a ser construído. O objetivo deste estudo é revisar a questão da qualidade assistencial em obstetrícia, numa perspectiva multiprofissional. Para a discussão do assunto, utilizam-se os conceitos de qualidade, assistência obstétrica e multiprofissional. Estas foram definidas como fundamentais para o estudo das relações e das condições de trabalho dos profissionais – quanto à sua natureza e sua qualificação como aspectos fundamentais para a garantia do direito de cidadania às mulheres na assistência obstétrica (TYRELL, 2003).

Foi realizado por meio de pesquisas em fontes bibliográficas, onde se podem analisar as idéias e documentos de vários autores e por pesquisa qualitativa com o depoimento de 5 (cinco) gestantes acompanhadas pela equipe multidisciplinar do Hospital e Clínica da Mãe em Mesquita.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) têm proposto mudanças na assistência, incluindo o resgate ao parto natural e dando estímulo ao profissional para atuar na assistência à gestação e parto, principalmente, para aquelas que são atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), então conclui-se que a assistência obstétrica não deve se resumir em consultas com o médico, mas deve ser amparada por todos os profissionais de saúde especialistas no tratamento das alterações anatomofisiológicas e mudanças apresentadas pela gestante, para que esta possa ter uma gestação saudável e de qualidade (MENEZES, M.G.B.; DIAS, D.F. S, 2012).

Palavras-chaves: assistência obstétrica, multiprofissional, gestação, qualidade, saúde pública.

1. Introdução

De acordo com indicadores maternos e neonatais foi observada uma carência grande em medidas para melhorar a organização da assistência às mulheres durante os períodos de gravidez, parto e puerpério, principalmente em regiões onde esses indicadores são piores. A obtenção de melhores resultados requer mudanças assistenciais muitas vezes complexas, mas possíveis, e dependem de esforços contínuos do Estado, dos municípios e dos profissionais de saúde envolvidos (SES, 2010). A implantação de serviços de assistência multidisciplinar para a gestante, onde seus problemas, dificuldades, dúvidas e necessidades possam ser supridos, não é uma realidade plena nas unidades públicas de saúde, mas também não precisam ser um mito se as esferas competentes tiverem conhecimento dessas necessidades e a importância de solucioná-las para uma melhor qualidade de vida das gestantes e menores índices de mortalidade materno-infantil e/ou prejuízo da saúde destas. A assistência pré-natal compreende um conjunto de procedimentos que objetiva prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Sua ausência e/ou deficiência está relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e perinatal (SES, 2010).

Baseado em relatos de gestantes de uma maternidade pública da Baixada Fluminense, observou-se a necessidade de assistência multidisciplinar nas redes públicas de saúde, pois a grande maioria só oferece pré-natal com acompanhamento do médico e enfermeiro, sendo que muitas das necessidades, alterações fisiológicas, e sintomatologias apresentadas são de responsabilidade técnica específicas de outros profissionais da saúde.

Objetivo geral

Esta pesquisa tem como objetivo geral explicar a importância de uma intervenção multidisciplinar para gestantes no período pré-natal acompanhadas por unidades públicas de saúde.

Objetivo específico

- Explicar o processo gestacional e suas alterações anatomofisiológicas;
- Mostrar a especificidade de cada profissional para atender as necessidades relacionadas com as alterações apresentadas pelas gestantes;
- Apresentar como um suporte multidisciplinar pode melhorar a qualidade de vida das gestantes e os indicadores de qualidade;

Serão utilizados como estratégia de pesquisa para a formação deste trabalho os seguintes canais de informação: pesquisa bibliográfica e depoimentos de gestantes atendidas no Hospital e Clínica da Mãe em Mesquita, Baixada Fluminense.

2- FISILOGIA DA GESTAÇÃO

Quando um ovócito é fertilizado se inicia uma nova sequência de eventos: a gestação. E este ovócito se transforma num feto (DUMM, 2003).

Na ovulação, o ovócito, junto com as células da granulosa, que constituem a corona radiata, é expelido para dentro da cavidade peritoneal, tendo que entrar nas trompas de Falópio, para atingir o útero. Este ovo em desenvolvimento, agora se chama blastocisto. Ao chegar ao útero ele vai se implantar no endométrio, de 5 a 7 dias após a ovulação. Depois que o concepto se implanta no endométrio, uma secreção continuada de progesterona faz com que as células endometriais se tornem cada vez mais edematosas e armazenem ainda mais nutrientes (MOORE, 2008).

Durante as primeiras semanas após a implantação do ovo, sua nutrição vai depender da digestão trofoblástica e da fagocitose do endométrio. Contudo em torno da 12ª semana de gravidez a placenta já se desenvolveu o suficiente para que possa daí por diante suprir todos os nutrientes que forem necessários. A placenta é formada por um componente materno que é constituído por grandes e múltiplas camadas chamadas de seios placentários por onde flui continuamente o sangue materno, e por um componente fetal que é representado, principalmente por uma grande massa de vilosidades placentárias e por cujo interior circula o sangue fetal. Os nutrientes difundem desde o sangue materno através da membrana da vilosidade placentária para o sangue fetal, passando por um meio da veia umbilical para o feto. Por sua vez, os excretas fetais como o gás carbônico, a uréia e outras substâncias, difundem do sangue fetal para o sangue materno e são eliminados para o exterior pelas funções excretoras da mãe (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2008).

A placenta secreta quantidades extremamente elevadas de estrogênio e de progesterona, cerca de 30 vezes mais estrogênio do que é secretado pelo corpo lúteo e cerca de 10 vezes mais progesterona. Esses hormônios são muito importantes na promoção do desenvolvimento fetal. Durante as primeiras semanas de gravidez, outro hormônio também secretado pela placenta, a gonadotropina coriônica, estimula o corpo lúteo, fazendo com que continue a secretar estrogênio e progesterona durante a primeira parte da gravidez. Esses hormônios do corpo lúteo são essenciais para a continuação da gravidez, durante as primeiras 8 a 12 semanas, mas, após esse período a placenta secreta quantidades suficientes de estrogênio e progesterona para assegurar a manutenção da gravidez (GUYTON, 2006).

3- PRINCIPAIS ALTERAÇÕES ANATOMOFISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO

3.1 HORMONAL

Durante a gravidez as principais fontes de produção hormonal são as glândulas: adrenal, tireóide, paratireóide (essas se apresentam hipertrofiadas, voltando ao normal após o parto), adenohipófise e placenta. A hipófise também está hipertrofiada, e secreta mais oxitocina e ADH (hormônio antidiurético), há aumento na prolactina e no estrógeno, favorecendo a produção do leite (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2012).

Os ovários secretam relaxina pelo corpo lúteo, permitindo um aumento da frouxidão ligamentar no corpo todo, e conseqüentemente maior abertura pélvica (BIRCH et al., 2003).

A placenta secreta estrógeno e progesterona, funcionando como uma glândula.

O estrogênio e a progesterona na gravidez são produzidos pelo folículo ovariano, pela placenta e pela adrenal (GUYTON, 2002).

3.2 MUSCULO-ESQUELÉTICO

Durante a gestação ocorrem mudanças importantes no sistema músculo esquelético da mulher, com alterações na postura, nos músculos e ligamentos e na marcha, que provocam dores e mecanismos adaptativos. O aumento do tamanho uterino e conseqüentemente o crescimento da região abdominal deslocam o centro de gravidade do corpo da mulher para frente e para cima, sendo necessárias alterações posturais para que a mulher se mantenha em pé (MANN, 2010).

Ocorre um aumento da lordose lombar, pois a mulher desloca seu peso para trás, como compensação para o aumento do peso na região anterior do tronco (o bebê), bem como há também um aumento na lordose cervical, com protrusão dos ombros e da cabeça. Devido ao aumento do peso nas mamas decorrente destas alterações posturais, há um encurtamento dos músculos flexores de quadril, músculos peitorais e músculos lombares. Estas alterações causam as frequentes lombalgias, cervicalgias e lombociatalgias gestacionais (CONTI, CALDERON e RUDGE, 2003).

Muitas mulheres sofrem com lesões da articulação temporomandibular, hiperextensão de joelhos, torção de tornozelo e instabilidade dos joelhos e condromalácia. Causado pelo efeito sistêmico do hormônio relaxina, o corpo da mulher grávida também sofre frouxidão dos ligamentos, levando a

uma predisposição às entorses e luxações que devem ser prevenidos tanto no momento da atividade física quanto nas atividades de vida diária (MARNACH et al., 2003).

Há também alteração no padrão de marcha da gestante, principalmente no último trimestre da gestação, onde a mulher adota uma marcha anserina, com a base alargada, os pés voltados para fora e a passada curta e lentificada (SANTOS, 1998).

3.3 CARDIOVASCULAR

Uma hipertrofia (aumento) cardíaca leve é secundária, provavelmente, ao volume sanguíneo aumentado e ao débito cardíaco que ocorre. O coração volta ao tamanho normal após o parto. Como o diafragma desloca-se para cima pelo aumento do útero, o coração também se eleva e rota anteriormente para a esquerda. Entre a 14^a e a 20^a semanas, o pulso aumenta aproximadamente 10 a 15 bpm, persistindo assim até o termo, podem ocorrer palpitações e o ritmo cardíaco pode ficar perturbado. A pressão sanguínea arterial (artéria braquial) é afetada pela idade, pelo nível de atividade e pela presença de problemas de saúde (MATA, 2010)

No primeiro trimestre, a pressão sanguínea permanece a mesma do nível pré-gestacional. Durante o segundo trimestre diminui de 5 a 10 mmHg na pressão sistólica e diastólica. No terceiro trimestre essa pressão deve retornar aos níveis do primeiro trimestre.

A compressão das veias ilíacas e cava inferior pelo útero causa aumento da pressão venosa e redução do fluxo de sangue para as pernas, contribuindo para o edema, as veias varicosas nas pernas e na vulva e para as hemorroidas formadas no final da gestação (PICON ET AL, 2005).

O volume sanguíneo aumenta aproximadamente 1500 ml ou 40 a 50% além dos níveis não grávidos. O volume de sangue começa a aumentar durante a 10^a e a 12^a semanas, atinge o pico entre a 32^a e a 34^a, depois diminui ligeiramente na 40^a semana. O aumento do volume constitui num mecanismo protetor. A vasodilatação periférica mantém a pressão sanguínea normal, apesar do aumento do volume de sangue na gestação (WOLFE, 1994).

O débito cardíaco aumenta entre 30 e 50% acima do índice não-grávido na 32^a semana de gestação, ele declina para 20% aproximadamente na 40^a semana. Esse débito elevado deve-se ao aumento dos batimentos cardíacos e às maiores demandas de oxigênio pelos tecidos. O débito cardíaco, no final da gestação, é mais alto na posição em decúbito lateral do que na supina, devido nesta última o útero impedir o retorno venoso para o coração e afetar a pressão sanguínea (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2012).

3.4 RESPIRATÓRIO

As adaptações ventilatórias ocorrem durante a gestação para prover as necessidades maternas e fetais. As exigências de oxigênio materno aumentam em resposta à aceleração do metabolismo e à hipertrofia dos tecidos uterinos e mamários. Além disso, o feto exige oxigênio e uma forma de eliminar o dióxido de carbono (MATA, 2010)

Os níveis elevados de estrogênio provocam o relaxamento dos ligamentos da cadeia de costelas, permitindo a maior expansão torácica. O diafragma desloca-se até 4 cm durante a gestação, ficando impossibilitado de descer com a inspiração. O trato respiratório superior fica mais vascularizado em resposta ao nível elevado de estrogênio (ALMEIDA et al, 2005).

O aumento do volume abdominal causam alterações importantes na mecânica ventilatória da gestante. A compressão do diafragma torna a inspiração profunda muito difícil, levando a gestante assumir uma respiração basicamente apical, com diminuição do volume corrente e aumento da frequência respiratória. Por esses sinais, a mulher no final da gestação mostra sinais de dispneia intensa, esforço respiratório e uso da musculatura acessória (TOMÉ, 2007).

3.5 RENAL

A partir da 10ª semana de gestação, a pelve renal e os ureteres dilatam-se. Os ureteres alongam-se, tornam-se tortuosos e formam curvas simples ou duplas. Na parte final da gestação, a pelve renal e os ureteres dilatam-se mais no lado direito do que no esquerdo, porque o útero pesado desloca-se para a direita pelo cólon sigmóide. Devido a isso um maior volume de urina é mantido na pelve e nos ureteres, e o fluxo urinário fica mais lento. A resultante estase ou estagnação urinária apresenta as seguintes consequências: a urina estagnada é um excelente meio de cultura para microrganismos, além disso, a urina da gestante contém mais nutrientes, incluindo a glicose, aumentando, assim, o pH (tornando a urina mais alcalina). Isso deixa a gestante mais suscetível à infecção do trato urinário (MOISES, 2011).

O aumento da frequência urinária resulta inicialmente da maior sensibilidade da bexiga e depois da sua compressão, ela é comprimida pelo útero aumentado, resultando na urgência de urinar mesmo se houver apenas uma pequena quantidade de urina a ser eliminada (ALVES et al, 2013).

Há um aumento na taxa de formação de urina principalmente por causa da ingestão aumentada de líquidos e do aumento da carga de produtos de excreção. Há aumento de até 50% na capacidade de

reabsorção de sódio, cloreto e água pelos túbulos renais em consequência da produção aumentada de hormônios esteroides pela placenta e pelo córtex adrenal. A taxa de filtração glomerular também tende a aumentar, causando a perda de água e eletrólitos na urina. A mãe geralmente acumula cerca de 3 kg extras de água e sais (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2006).

3.6 ÚTERO

O fenômeno do crescimento uterino no primeiro trimestre é estimulado pelos altos níveis de estrogênio e de progesterona. O aumento uterino precoce resulta da maior vascularidade e da dilatação dos vasos sanguíneos, da hiperplasia (produção de novas fibras musculares e tecido fibroelástico) e da hipertrofia (aumento das fibras musculares e tecido fibroelástico existentes), e do desenvolvimento da decídua. Na 7ª semana de gestação, o útero tem o tamanho de um ovo de galinha, na 10ª semana tem o tamanho de uma laranja. Depois do terceiro mês, o aumento uterino resulta da pressão mecânica do feto em crescimento. Durante a gestação a cavidade uterina passa de 10 ml de líquido para 15 ml ou mais (MASTROIANNI, 1988).

À medida que o útero aumenta, também muda seu formato e sua posição. O crescimento uterino é determinado pela medida da altura do fundo. Tal medida é geralmente usada para estimar a duração da gestação. Conforme o útero cresce e enche a cavidade pélvica, eleva-se além da área pélvica e pode ser palpado acima da sínfise púbica, entre a 12ª e 14ª semana de gestação. Entre às semanas 38 e 40, a altura do fundo cai à medida que o feto começa a descer e a encaixar-se na pelve (insinuação). Na nulípara a insinuação ocorre em torno de duas semanas antes do início do trabalho de parto, e na múltipara no início do trabalho de parto (MARTINELLI, 2001 E 2004).

Logo após o 4º mês de gestação, as contrações uterinas podem ser sentidas na parede abdominal. Elas são irregulares, indolores e ocorrem intermitentemente durante a gestação. Facilitam o fluxo de sangue uterino pelos espaços intervilosos da placenta, promovendo, assim, o fornecimento de oxigênio para o feto. Após a 28ª semana, as contrações tornam-se muito mais definidas, mas geralmente cessam com a caminhada ou o exercício. Essas contrações não aumentam de intensidade ou de frequência nem provocam dilatação cervical (BATISTA et al., 2003; CHISTOFALO, MARTINS e TUMELERO, 2003).

A perfusão da placenta depende do fluxo de sangue materno para o útero. O fluxo de sangue aumenta rapidamente com o crescimento do útero. Em uma gestação a termo normal, um sexto do

volume total de sangue materno encontra-se no sistema vascular uterino. A baixa PA materna, as contrações do útero e a posição supina da mãe constituem 3 fatores conhecidos como diminuidores do fluxo de sangue. A estimulação estrogênica pode aumentar o fluxo sanguíneo uterino (SOARES, 2002).

3.7 PELE

Durante a gestação ocorrem algumas mudanças no sistema tegumentar como o aumento da espessura da pele e da gordura subdérmica, a hiperpigmentação, o crescimento do cabelo e das unhas, a atividade acelerada das glândulas sudoríparas e sebáceas, além da maior atividade circulatória e vasomotora. Os tecidos cutâneos e elásticos são mais frágeis, causando estrias gravídicas (CARNEIRO et al, 2005).

O melasma facial, também chamado cloasma, é uma hiperpigmentação amarronzada da pele sobre a face, o nariz, a testa, especialmente nas gestantes de complexão escura. O sol intensifica a pigmentação nas mulheres suscetíveis. O cloasma causado pela gestação normal geralmente desaparece após o parto. A linha negra (nigra) é uma linha pigmentada que se estende da sínfise pubiana ao topo do fundo na linha média; é conhecida como linha alba antes da pigmentação induzida pelos hormônios. Nem todas as gestantes apresentam a linha negra (MATA, 2010)

3.8 AUMENTO DE PESO

O ganho de peso médio durante a gravidez é de cerca de 12 kg, a maior parte ocorrendo durante os dois últimos trimestres. Destes, cerca de 3, 5 kg são do feto, e 2 kg são de líquido amniótico, placenta e membranas fetais, o útero aumenta por cerca de 1 kg e as mamas mais 1 kg, ainda deixando um aumento médio de peso no corpo da mulher de 4,5 kg, onde cerca de 3 kg desse total são de líquido extra no sangue e no líquido extracelular e o 1,5 kg restante são, geralmente, de acúmulo de gorduras. O líquido extra é eliminado na urina durante os primeiros poucos dias após o nascimento, isto é, depois da perda dos hormônios retentores de água da placenta (DREHMER, 2010; COSTA, 2010).

Frequentemente, durante a gravidez, a mulher apresenta grande aumento do desejo por comida, parte como resultado da remoção de substratos alimentares do sangue da mãe pelo feto e, em parte, devido a fatores hormonais. Sem cuidados pré-natais apropriados, o ganho de peso da mãe

pode chegar até 33 kg. Em gestações de gêmeos, o ganho de peso ideal é de 16 a 20,5 kg (GADELHA, 2010).

3.9 ASPECTOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS

O parto é, sem dúvida, uma maratona emocional e física, e embora em algumas culturas ele possa ser aceito em um nível fisiológico mais natural, nos países desenvolvidos a sua importância têm assumido proporções gigantescas. O preparo para o nascimento não irá alterar as causas básicas para dor do parto, mas pode modificar a percepção e interpretação da mulher sobre esses sinais, aumentar sua confiança própria e qualquer eventualidade que o parto possa trazer (REZENDE, 2005).

Porém, quando é vivenciado com dor, angústia, medo e isolamento, podem levar a distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais, podendo influenciar o relacionamento mãe/filho, além da sua vida afetiva e conjugal. O medo gera dor e a dor aumenta o medo. Fatores culturais, motivações e emoções, têm influência incontestável no fenômeno doloroso por meio de mecanismo nervoso eferente ou de integrações psicossomáticas. As modificações corporais, as implicações socioeconômicas, as expectativas e as conotações afetivas, inerentes à própria gravidez e conseqüentemente ao parto, muito interferem nas manifestações dolorosas da parturiente (MALDONADO, 1976).

4- EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

4.1 CONCEITO

Uma equipe multidisciplinar é um grupo com diferentes especializações funcionais que trabalham para alcançar um objetivo comum, favorece a articulação do conhecimento de várias áreas com os seus saberes e os seus fazeres, de forma a dar mais sentido à teoria, ampliar a compreensão dos problemas de saúde e, conseqüentemente, melhorar a prática. O trabalho de cada área profissional é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades. Nesse enfoque, a noção de equipe multiprofissional é tomada como uma realidade dada, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, e a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada (PEDUZZI, 2001).

A equipe multiprofissional é, hoje, uma realidade verdadeira e necessária em todos os espaços onde se praticam ações que visam melhorar a qualidade de saúde e de vida das populações. A questão é como fazê-la funcionar de modo homogêneo, democrático, agregador e cooperativo. Para o trabalho da equipe, três fatores devem ser abordados: capacitação profissional, a interface do trabalho dos profissionais e a autonomia dos profissionais. Os profissionais de Saúde deve ter absoluta autonomia de trabalho naquilo que é claramente de sua área de competência, não podendo um ser tutorado ou comandado pelo outro. Com o trabalho de equipe, o conjunto dos profissionais deve estabelecer o fluxo e a inter-relação das ações (VELOSO, 2009).

4.2 ATUAÇÃO NO PRÉ-NATAL

Durante muitos anos, o governo brasileiro não apresentava posição explícita frente à questão da saúde da mulher. A partir dos anos 80, pressionado pelos profissionais de saúde, movimentos de mulheres e outras instituições da sociedade civil organizada, iniciaram-se algumas mudanças relacionadas à forma de atendimento à mulher, que valorizavam a maior participação, informação e consciência dos seus direitos, favorecendo o empoderamento e cidadania (HANS, 2000).

Após discussões sobre a assistência à mulher no pré-natal, um consenso sobre a maior receptividade das gestantes às estratégias de atenção à saúde reforça a participação efetiva da mulher no pré-natal que possibilita a aquisição de novos conhecimentos, amplia sua percepção corporal para a sua capacidade de gestar, parir e maternar. As modificações do corpo, promovidas pelo desenvolvimento da criança, favorecem a compreensão da maternidade envolvendo emoções e valores relacionados a si, à criança e à família (OLIVEIRA, 2001).

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (MS, 2006), como também é um dos momentos mais importantes para a gestante aceitar e adaptar-se à futura função (VOLPATO et al, 2009).

Os programas multidisciplinares de preparação para o parto vêm sendo desenvolvidos a fim de proporcionar a parturiente o equilíbrio físico e psíquico, e a sensação de bem-estar. Esses programas têm como benefícios a diminuição dos sintomas de desconforto e dor do parto, controle da ansiedade, diminuição do tempo de trabalho de parto e do índice de indicação para parto cesárea (MS, 2000).

Abordaremos nesse artigo a atuação e importância do trabalho de nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais no período pré-natal.

4.3 PSICOLOGIA

Durante a gravidez, é comum ocorrer variações no humor. Uma hora você pode sentir-se plena, feliz, realizada com a chegada de um filho e logo em seguida tensa, ansiosa, sentindo-se incapaz para tamanha responsabilidade, ou até mesmo se magoar com coisas que antes passariam despercebidas. A progesterona e o estrogênio são parcialmente culpados por isso, contudo deve-se considerar que grande parte dessas alterações são causadas pelo simples fato da gravidez ser um período de enormes mudanças na vida da mulher. Mesmo quando a gravidez é bem planejada, muitas mães se vêem tomadas por preocupações em relação ao futuro, ao relacionamento com o parceiro ou às responsabilidades financeiras que vão aumentar. Alguns efeitos físicos da gestação como enjoos, azia, cansaço, transformações no corpo, podem contribuir para mexer ainda mais com suas emoções. As variações de humor tendem ocorrer mais nas 12 primeiras semanas, e tendem a diminuir à medida que seu corpo se adapta ao bombardeio hormonal a que é submetido, bem como você se acostuma com a ideia de estar grávida. Mas no finalzinho da gravidez, com a ansiedade da aproximação da "hora H" do parto, você pode novamente viver tal experiência (ROMANO, 1999).

Portanto, é ideal durante o pré-natal a gestante ser acompanhada pelo profissional de psicologia, pois este tem a tarefa de oferecer apoio, acolhimento, orientações, que vão contribuir na sua preparação para o momento do parto e pós-parto, especialmente, se a gestação ocorreu em uma fase complicada de sua vida, se você não conta com o apoio do parceiro, da família ou de amigos, se já teve depressão ou dificuldades em gestações anteriores (GOBBI, 1998). O mesmo estará atuando na escuta das gestantes, de seus medos, ansiedades e inseguranças relacionadas à gravidez e ao momento do parto. Um filho nem sempre é esperado e desejado, o que pode acarretar muitas angústias e frustrações, pois uma gravidez interfere na vida social, financeira, emocional e muitas vezes na relação do casal, acontecendo separações e decepções com o parceiro, sobretudo se esta gravidez não foi planejada (CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO, 2005).

4.4 NUTRIÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999) reconhece a importância da inadequação do estado nutricional materno como um dos principais fatores causais da mortalidade materna e recomenda a intervenção nutricional como uma das estratégias para reduzi-la. ROUSE (2003) ressalta a contribuição da intervenção nutricional para prevenção desta mortalidade, sugerindo que o custo-benefício pode ser comparável, e até mesmo superior, às práticas padronizadas pela rotina pré-natal tradicional.

A equipe de nutrição intervém no acompanhamento e orientações do ganho de peso mínimo ou máximo conforme o estado nutricional pré-gestacional da gestante e nas suas possíveis alterações, dentre elas: pirose, síndrome hipertensiva gestacional, anemia, diabetes mellitus gestacional, constipação, hipercolesterolemia, bem como orientações gerais, como: alimentação de 3 em 3 horas divididas de 5 a 6 refeições, beber sucos naturais e água, comer de 4 a 5 porções de fruta por dia, ingerir legumes e folhosos todos os dias, fígado de boi ou galinha 1 vez por semana, leguminosas 2 vezes ao dia, leite e derivados 3 vezes ao dia, evitar temperos industrializados, fumo, bebidas alcoólicas, alimentos gordurosos, frituras, doces e balas, chocolate e bebidas gasosas (MS, 2010).

4.5 FISIOTERAPIA

A fisioterapia é importante, pois promove saúde e/ou atenua as consequências das modificações deste período. São realizados basicamente trabalhos cinesioterapêuticos, alongamento, fortalecimento (principalmente do assoalho pélvico), exercícios respiratórios, exercícios de relaxamento, para obter redução na incidência de câimbras, dispnéia, constipação, frequência de perdas urinárias, aumentar a vitalidade, ajustar as compensações posturais e minimizar ou suspender as algias, apesar de, dependendo da rotina diária e trabalho dessas mulheres a dor ainda ser um fator bastante presente (CASTRO et al, 2012).

Com o aumento do útero e o crescimento da região abdominal o centro de gravidade se desloca para frente, sendo necessárias alterações posturais para que a mulher se mantenha em pé, essas alterações causam dor nas costas, na região lombar, podendo haver compressão do nervo ciático, cervical e também torácica devido aumento e peso das mamas. Por isso, os exercícios de alongamento para estas regiões são importantíssimos, e devem fazer parte da rotina das gestantes,

assim como o aprendizado de novas posturas, como: sentar, levantar, deitar e realizar atividades de vida diária, que vão garantir o sucesso de um período gestacional mais tranquilo e com menos dor (DE CARVALHO e COROMANO, 2001).

Os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica ajudam a gestante na hora do parto, preparando o músculo para o esforço que será demandado na hora do parto e também fortalecem os músculos para que eles voltem a funcionar bem após o parto. Músculos do assoalho pélvico (MAP) fortes dão melhor apoio ao peso extra da gravidez, o que reduz a pressão sobre a bexiga e diminui as dores lombares, comuns neste período; evitam a sobrecarga nas fâscias e ligamentos, reduzindo o risco de prolapso genital e garantem uma recuperação mais rápida e tranquila após o parto (KORELO et al, 2011; CHISTOFALO, MARTINS e TUMELERO, 2003).

O inchaço causado pela retenção de líquidos também é uma das maiores queixas das gestantes. E para aliviar essa sensação, a drenagem linfática é uma alternativa indicada. Ela pode ser feita a partir do primeiro mês da gestação, desde que seja feita por um profissional especializado (OLIVEIRA, 2010).

O relaxamento deve ser feito após toda execução de exercícios, ou após um dia de trabalho. Toda vez que a gestante se sentir cansada, deverá tirar uns minutos para si e para o bebê. Praticar a capacidade de relaxar e respirar tranquilamente, apesar das pressões do dia-a-dia, auxilia a futura mamãe a enfrentar com mais confiança a proximidade do parto (SANTOS et al, 2007).

IMPORTANTE: Todo exercício ou atividade física realizado pelas gestantes devem ser acompanhados por um profissional especializado em gestantes, pois exigem cuidados e atenção especial (LIMA et al, 2005).

4.6 SERVIÇO SOCIAL

O assistente social na área da saúde tem como competências intervir junto a fenômenos socioculturais e econômicos que afetam a eficácia dos programas e serviços prestados no setor, nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde (PEREIRA, 1982). Este profissional atua juntamente com as demais especialidades a fim de acompanhar e cuidar do indivíduo biopsicosocialmente, sendo assim sua atuação tem por finalidade contribuir, seja através das informações sobre direitos, ou por informações que serão coletadas, fornecendo para a equipe de saúde a doença subjetiva, cultural e social e que irá auxiliar no tratamento do paciente em sua totalidade, tornando muito importante a presença multidisciplinar nas unidades de saúde (PRÁ,

2003; CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2009). Dentre esses fatores ainda podemos citar, que o acompanhamento do assistente social das gestantes no pré-natal irá: orientar os indivíduos, auxiliando na identificação de recursos e proporcionando acesso aos mesmos; planejar e participar, junto com a equipe de saúde, de ações sócio-educativas, planejar, executar e avaliar ações que assegurem a saúde enquanto direto; sensibilizar e estimular o usuário e/ou familiar para participar do tratamento proposto pela equipe; realizar a notificação, frente a uma situação de violência constatada ou suspeita, as autoridades competentes, bem como verificar as providências cabíveis; orientar, esclarecer e refletir sobre o tratamento proposto e outras questões apresentadas pelo usuário, respeitando seus valores e crenças, possibilitando o acesso aos seus direitos (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2003; CARMO, 2006).

4.7 FONOAUDIOLOGIA

A equipe de fonoaudiologia prepara e orienta as gestantes quanto à importância do aleitamento materno.

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe. É a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade. Se a manutenção do aleitamento materno é vital, a introdução de alimentos seguros, acessíveis e culturalmente aceitos na dieta da criança, em época oportuna e de forma adequada, é de notória importância para o desenvolvimento sustentável e equitativo de uma nação, para a promoção da alimentação saudável em consonância com os direitos humanos fundamentais e para a prevenção de distúrbios nutricionais de grande impacto em Saúde Pública. Porém, a implementação das ações de proteção e promoção do aleitamento materno e da adequada alimentação complementar depende de esforços coletivos intersetoriais e constitui enorme desafio para o sistema de saúde, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada (MS, 2009), pois apesar do conhecimento materno sobre aleitamento e suas vantagens, a taxa de aleitamento materno exclusivo ainda mantém-se baixa, em torno de três meses. Para melhorar esta taxa é importante que a equipe

multidisciplinar esteja capacitada a prestar atendimento para a gestante e a sua família, visando elucidar as dúvidas e temores sobre o assunto (VOLPATO et al, 2009).

5- METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura realizada por meio de pesquisa nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e dos depoimentos e experiências das pacientes acompanhadas no ambulatório do Hospital e Clínica da Mãe em Mesquita, como também dos profissionais que atuam no pré-natal desta unidade. Para isso, foram selecionados os seguintes descritores de assunto: assistência multidisciplinar, pré-natal, gestação e alterações anatomofisiológicas da gestação. Também foi estudada a existência desse tipo de acompanhamento em outras unidades hospitalares.

Outras formas de obtenção de dados também foram utilizadas, como: a biblioteca da Universidade Federal Fluminense (UFF) e as publicações a que tivemos acesso por meio da utilização da internet, em sites oficiais, de outros estudiosos da área. Assim, foram utilizadas fontes diversas de informação, como artigos publicados em periódicos, arquivos eletrônicos e livros, com o objetivo de embasar o conhecimento acerca da utilização de critérios na condução da intervenção multidisciplinar no pré-natal com base nos modelos de assistência ambulatorial, conhecimentos da gestão e de acompanhamento pré-natal de qualidade.

6- DISCUSSÃO

Após as 5 (cinco) entrevistas das gestantes acompanhadas pela equipe multidisciplinar do Hospital e Clínica da Mãe em Mesquita, a primeira relatou:

“- Estou muito ansiosa para o que vai acontecer nessa sessão, pois sinto muitas dores e dificuldade até para andar. Mas estou confiante de que vai dar tudo certo e vou melhorar depois do tratamento.”

Após os 40 minutos de atendimento, P. era só sorrisos. A fisioterapeuta aplicou exercícios respiratórios, alongamentos e drenagem linfática ao som de músicas que variavam entre o relaxante ao ritmo mais agitado, dependendo do procedimento aplicado. Pra finalizar, P. recebeu massagem nas costas.

A segunda paciente relatou:

“- Adorei saber que existe esse serviço aqui. Desde que comecei o pré-natal no hospital recebi muita atenção, me sinto muito bem cuidada. Já sinto alívio das dores e de outros problemas – comemora.”

A paciente E. P., afirma que ter o acompanhamento da psicologia fez toda diferença na sua gestação, pois a ajudou a lidar com a ansiedade e com todas as dificuldades encontradas durante o período.

Para a terceira paciente:

“- A partir do quarto mês, comecei a sentir muita dor nos pés e passei a me tratar aqui. Tem sido maravilhoso. É surpreendente saber que esse atendimento está disponível no serviço público. Ontem mesmo fui à rua comprar coisas do neném, andei à beça e não senti dor. Aprendi também a posição certa para levantar da cama, a apalpar e massagear os pés e sou estimulada a dar continuidade ao tratamento em casa. Me sinto mais segura em fazer o pré-natal aqui sabendo que temos tudo isso à nossa disposição. Dá até vontade de ter mais filhos – brinca Vanessa, que também é atendida pelo serviço de nutrição da unidade.”

Segundo V. P, todas as categorias foram de extrema importância na sua gestação. A nutricionista ensinou muitas coisas que ela não sabia que não podiam ser consumidas durante o período gestacional, a psicologia a ajudou também a lidar com a ansiedade e emoção e a Fisioterapia a ajudou muito com os edemas e as dores.

A quarta paciente descreve:

“- Na minha primeira gestação não tive nada disso e hoje vejo que muita coisa poderia ter sido diferente e melhor, poderia ter tido mais conforto e segurança. Nesta gestação tirei muitas dúvidas com as Assistentes Sociais, melhorei minha forma de comer, que fez eu me sentir melhor, pude tratar minhas dores na coluna, que apesar de ser normal da gravidez, hoje já não sinto mais. Desta forma foi muito melhor estar grávida.”

As alterações fisiológicas da gravidez produzem manifestações sobre o organismo da mulher que muitas vezes são percebidas como “doenças”. Cabe ao profissional de saúde a correta interpretação e a devida orientação à mulher sem a banalização de suas queixas. As orientações são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, doenças clínicas mais complexas. A maioria dos sintomas e sinais diminui e/ou desaparece com orientações alimentares, posturais e, na maioria das vezes, sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo (MS, 2005). A assistência pré-natal compreende um conjunto de procedimentos que objetiva prevenir, diagnosticar e tratar eventos

indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Sua ausência e/ou deficiência está relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e perinatal (GONÇALVES et al, 2009).

A quinta paciente relata:

“- Nem parece que estamos em um hospital público, aqui somos muito bem tratadas, todos os profissionais são muito competentes, nos sentimos acolhidas e amparadas por todos os lados. É muito completo. Deveria ter um desse em cada bairro, para as gestantes que assim como nós não pode pagar esses serviços por fora.”

A qualidade da atenção pré-natal é influenciada pela de renda da gestante, mostrando que as pacientes de menor renda tem um atendimento de menor qualidade. A mortalidade perinatal é considerada um indicador sensível da adequação da assistência obstétrica e neonatal e do impacto de programas de intervenção nesta área, pela relação estreita que guarda com a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido. No Brasil, a taxa de mortalidade neonatal vem se mantendo estabilizada em níveis elevados, com pouca modificação do componente neonatal precoce, ocupando papel importante na taxa de mortalidade infantil no país. Sabe-se que há uma concentração de óbitos na primeira semana e predominantemente nas primeiras horas de vida, estabelecendo-se uma relação cada vez mais estreita com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido durante o período pré-parto. Além disso, tanto a mortalidade pós-natal como a neonatal é mais elevada nos grupos sociais de baixa renda, refletindo a falta de acesso deste grupo à assistência qualificada. Abordar a qualidade da assistência obstétrica e destacar nela o enfoque multiprofissional representa uma tarefa muito difícil, se considerarmos que a temática apresenta-se abrangente e complexa, tanto quanto é o contexto político, econômico e social em que está inserida (TYRREL et al 2003).

Segundo o Ministério da Saúde, somente pequena parcela das gestantes inscritas nos programas de pré-natal consegue realizar o elenco mínimo de ações preconizadas (MS, 2005). Essa situação traduz a inefetividade dos serviços de saúde quanto a garantir atendimento adequado não apenas em relação ao número de consultas, mas também ao conteúdo do atendimento oferecido, que deve amparar toda a necessidade apresentada pela gestante.

O trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 1998).

7- CONCLUSÃO

Diversos relatos de pacientes acompanhadas no pré-natal do Hospital da Mãe em Mesquita mostraram que a gestação atual, tendo todo suporte da psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e fonoaudióloga, está sendo muito melhor e mais tranquila, pois permite que elas tirem suas dúvidas, evitem problemas como DHEG, DM, lombalgias, edemas, tenham suporte, se sintam acolhidas e amparadas nos momentos difíceis, sejam esclarecidas de seus direitos, muito diferente de gestações anteriores onde muito mal conseguiam fazer as consultas com o médico e enfrentavam todas as mudanças sem o esclarecimento devido.

Com isso, identificamos que é preciso expandir esse serviço por todas as unidades públicas de saúde, para que todas as gestantes possam ser beneficiadas por esse tipo de assistência, para que possam ter um período gestacional, parto e puerpério com qualidade de vida e saúde, melhorando assim os indicadores de qualidade na saúde.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- MENEZES M. G. B.; DIAS D. F. S. A humanização do cuidado no pré-parto e parto. SynThesis Revista Digital FAPAM, Pará de Minas, n.3, 24 - 36, abr. 2012.
- TYRRELL M. A. R; ARAÚJO C. L. F. Qualidade da assistência obstétrica sob o enfoque multiprofissional. R Enfermagem UERJ 2003; 11:217-2.
- CALIFE K.; LAGO T.; LAVRAS C. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério/– São Paulo: SES/SP, 2010.
- DUMM, César Gómez. Embriologia Humana. Atlas e Texto. Buenos Aires: El Ateneo, 2003, 429p.
- GUYTON, A.C., HALL, J.E Tratado De Fisiologia Médica 11. Ed. RJ. Guanabara Koogan, 2006
- MOORE, K.L; PERSAUD T.V.N.; com a colaboração de Torchia M. G. Tradução Andréa Monte Alto Costa et al. Embriologia básica. Rio de Janeiro. Elsevier. 2008
- COLUNISTA PORTAL. Fisiologia da gestação. Portal da educação. 2008
- COLUNISTA PORTAL. Alterações hormonais na gestação. Portal da educação. 2012
- GUYTON, A.C., HALL, J.E Tratado De Fisiologia Médica 10. Ed. RJ. Guanabara Koogan, 2002

- BIRCH K; FOWLER N. E; RODACKI A. L; RODACKI C. L. Stature loss and recovery in pregnant women with and without low back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2003; 84(4): 507-512.
- MANN, L.; KLEINPAUL, J. F.; MOTA, C. B.; SANTOS, S. G. Alterações biomecânicas o período gestacional: uma revisão. *Revista Motriz, Rio Claro*, v. 16, n. 3, p.730-741, 2010.
- CONTI, M. H. S; CALDERON, I. M. P.; RUDGE, M. V. C. Desconfortos músculo-esqueléticos da gestação – uma visão obstétrica e fisioterápica. *Femina, São Paulo*, v. 31, n. 6, p. 531-535, 2003.
- MANN, L.; KLEINPAUL, J. F.; TEIXEIRA, C. S.; MORO, A. R P. Gravidez: um estado de saúde, de mudanças e adaptações. *Revista Digital Efdesportes*, n. 139, 2009.
- SANTOS, G. M. Avaliação biomecânica do andar durante a gestação. 1998. 79 f. Dissertação (Mestrado em Ciência do Movimento Humano) – Centro de Educação Física e Desportos, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1998.
- MARNACH, M. L.; RAMIN, K. D.; RAMSEY, P. S.; SONG, S. W.; STENSLAND, J. J.; AN, K. N. Characterization of the relationship between joint laxity and maternal hormones in pregnancy. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology, Ireland*, v. 101, n. 2, p. 331-335, 2003.
- PICON J.D., SÁ A.M. P.O.A. ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS DA GRAVIDEZ. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Ano XIV nº 05 Mai/Jun/Jul/Ago 2005*
- WOLFE, L.A.; BRENNER, I.M.; MOTTOLA, M.F. Maternal exercise, fetal well-being out-come. *Exerc. Sport. Sci. Rev.* v.22, n.145. 1994.
- MATA J. A. L. Conhecendo a fisiologia da gestação: para um melhor “cuidar” em enfermagem. UNIFESP. 2010
- TOMÉ J. P. B. DOENÇA RESPIRATÓRIA E GRAVIDEZ. Serviço de Pneumologia. Hospital Egas Moniz. Lisboa. *Acta Med Port* 2007; 20: 359-367.
- ALMEIDA L. G. D.; CONSTÂNCIO J. F.; SANTOS C. V. S.; SILVA T. G.; RAPOSO M. T. Análise comparativa das PE e PI máximas entre mulheres grávidas e não grávidas e entre grávidas de diferentes períodos gestacionais. Departamento de Saúde Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia Jequié, BA. *Rev.Saúde.Com* 2005; 1(1): 9-17
- MOISÉS E. C. D; BRITO L. G.O; DUARTE G; FREITAS M. M. S. Disfunções miccionais no período gestacional e puerperal. *FEMINA | Agosto 2011 | vol 39 | nº 8*

- ALVES A.F.P., FERLING V.F. RINS E GESTAÇÃO. PORTAL INFORMATIVO SOBRE MEDICINA E SAÚDE. São José dos Campos - SP – 2013
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Assistência pré-natal: manual de orientação. 2ª Ed. São Paulo: Editora Ponto; 2006.
- MASTROIANNI L, COUTIFARIS C. Fisiologia Reprodutiva. Vol. 1 F.I.G.O., 1988
- CHISTÓFALO C.; MARTINS A.J.; TUMELERO S. A prática de exercício físico durante o período de gestação. Lecturas Educación Física y Deportes, v.9, n.59, 2003.
- MARTINELLI S.; BITTAR R. E. ZUGAIB M. Predição da restrição do crescimento fetal pela medida da altura uterina. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2004, vol.26, n.5, pp. 383-389. ISSN 0100-7203.
- MARTINELLI S.; BITTAR R. E.; ZUGAIB M. Proposta de Nova Curva de Altura Uterina para Gestações entre a 20ª e a 42ª Semana. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2001, vol.23, n.4, pp. 235-241. ISSN 0100-7203.
- SOARES S.; FORTUNATO S.; MOREIRA A. L. Adaptações do aparelho reprodutor feminino. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Serviço de Fisiologia. Porto, Ano Letivo 2002 / 03.
- CARNEIRO, S.C. S; ABULAFIA L. A. Pele na Gestação. Rev Bras Reumatol, v. 45, n. 3, p. 146-52, mai./jun., 2005.
- DREHMER M. Ganho de peso gestacional, desfechos adversos da gravidez e retenção de peso pós-parto. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, BR-RS, 2010.
- COSTA E. S; PINON G. M. B.; COSTA T. S.; SANTOS R. C. A.; NÓBREGA A. R.; SOUSA L. B. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun.2010
- GADELHA P. S, CERCATO C. Obesidade e Gestação. In: Mancini MC, Geloneze B, Salles JEN, Lima JG, Carra MK. Tratado de Obesidade. Itapevi: AC Farmacêutica. 2010; 356-358
- REZENDE J. Obstetrícia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- MALDONADO, Maria Tereza P. Psicologia da Gravidez. RJ: Vozes, 1976.
- PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
- PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública 2001; 35(1): 103-9.

VELLOSO C. Equipe multiprofissional de saúde.
http://www.confef.org.br/revistasWeb/n17/09_EQUIPE_MULTIPROFISSIONAL_DE_SAUDE.pdf

OLIVEIRA, A. C. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Gênero, Saúde Reprodutiva e Trabalho: formas subjetivas de viver e resistir às condições de trabalho. Rio de Janeiro, 2001.

HALBE, H. W. Tratado de Ginecologia. V. 1. 3. Ed. São Paulo: Rocca, 2000. p. 65-80

VOLPATO S. E.; BRAUN A.; PEGORIM R. M.; FERREIRA D. C.; BEDUSCHI C. S.; SOUZA K. M. Avaliação do conhecimento da mãe em relação ao aleitamento materno durante o período pré-natal em gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil em Tubarão, (SC). Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 38, no. 1, de 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. 3ªed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO. Conselho Federal de Psicologia. Brasília; Brasília Radio Center, 2005. 17 p.

GOBBI, Sérgio Leonardo; MISSEL, Sinara Tozzi. Abordagem centrada na pessoa – vocabulário e noções básicas. SC: Universitária, 1998.

MALDONADO, Maria Tereza P. Psicologia da Gravidez. RJ: Vozes, 1976.

ROMANO, Bellkiss W. Princípios para a prática da psicologia clínica em hospital. Potencialidades locais físicos do hospital em desencadear reações psíquicas – ambulatório. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p.46-51.

MANUAL TÉCNICO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO – ATENÇÃO QUALIFICADA E HUMANIZADA. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p.

POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO - HUMANIZA SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 60 p.

BRASIL. Lei n. 10216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. portal.saude.gov.br/.../apres_saudemental_151008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Republicada por ter saído com incorreções. Portaria n.º 569, de 1º de junho de 2000. www.pim.saude.rs.gov.br

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Resolução CFP n. 001/2009. Brasília, 30 de março de 2009. www.cfp.org.br

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Department of Non communicable Disease Surveillance Report of a Joint WHO/NCD/NCS/99.2. Consultation. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications, Geneva: WHO, 1999.

ROUSE, D.J. Potential cost-effectiveness of nutrition interventions to prevent adverse pregnancy outcomes in the developing World. *Journal of Nutrition*. 133: 1640S-1644S, 2003.

GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: MANUAL TÉCNICO / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CASTRO A. S.; CASTRO A. C.; MENDONÇA A. C. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor Physiotherapeutic approach in the pre-partum: proposed protocol and evaluate pain. *Fisioter Pesq*. Uberaba – MG. 2012; 19(3): 210-214

DE CARVALHO, Y. B. R.; CAROMANO, F. A. Alterações morfofisiológicas com lombalgia gestacional. *Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar*, v. 5, n. 3, p. 267-72, 2001.

KORELO R. I. G; KOSIBA C. R; GRECCO L; MATOS R. A. Influência do fortalecimento abdominal na função perineal, associado ou não à orientação de contração do assoalho pélvico, em nulíparas. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 24, n. 1, p. 75-85, jan./mar. 2011

OLIVEIRA N. Drenagem Linfática manual aplicada em gestante. *FISIO VITAE ESCOLA DE MASSOTERAPIA E TERAPIAS NATURAIS LTDA*.2010.

SPAGGIARI C. W. O efeito da drenagem linfática manual em gestantes no final da gravidez. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação Ciências Médicas. Campinas. SP. 2008

MACHADO A. F. P.; PEZZOLO C. A.; FARCIC T. S.; TACANI P. M.; TACANI R. E.; LIEBANO R. E. Efeitos da técnica de drenagem linfática manual durante o período gestacional: revisão de literatura. SÃO PAULO. 2012

SANTOS M. C.C.; FERREIRA, A. M. V.; NAVARRO, F. A variação do ICM e do percentual de gordura em mulheres na fase puerperal e suas correlações com o ganho de peso e a pratica de exercício físico durante a gestação. *Rev. Bras. de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, v.1, n.2, p.35-45, 2007.

- LIMA F. R.; OLIVEIRA N.; Gravidez e Exercício. Rev. Bras Reumatol, v. 45, n. 3, p. 188-90, mai./jun., 2005
- PORTAL DA SAÚDE DO RJ - SES - Secretaria de Estado de Saúde, 2013. <http://www.saude.rj.gov.br/imprensa-noticias/16525-fisioterapia-alivia-o-dia-a-dia-de-gestantes-do-hospital-da-mae.html>
- GONÇALVES C. V.; CESAR J. A.; SASSI R. A. M. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(11): 2507-2516, nov, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, n. 62, p. 35-72, 2000.
- SARMENTO, H. B. M. Serviço Social, das tradicionais formas de regulação política ao redimensionamento de suas funções sociais. Caderno de capacitação em serviço social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: UNB, módulo 4, p. 93-110, 2000.
- PRÁ K. R. D. As ações profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a consolidação do Sistema Único de Saúde. Revista Virtual Textos & Contextos. Nº 2, ano II, dez. 2003.
- DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. [acessado 2012 jan 03]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>.
- CEREN M. I.; BARBIERI A.; FONSECA L. M.; FEDOSSE E. Assistência pré-natal na percepção de puérperas provenientes de diferentes serviços de saúde. Rev. CEFAC [online]. ahead of print, pp. 0-0. Epub Sep 18, 2012. ISSN 1982-0216.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (Versão Preliminar). Grupo de trabalho serviço social na saúde. BRASÍLIA, março de 2009.
- PEREIRA A. I. Retrospectiva do serviço social e atuação junto ao processo de grupo com gestantes. Limeira. 1982. 46p.
- CARMO J. R. L. A desinformação acerca do pré-natal em gestantes de baixa renda. Instituto Superior de Ciências Aplicadas – ISCA Faculdades. 2006.87p.

LILJESTRAND J. Reducing perinatal and maternal mortality in the world: the major challenges. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106:877-80.

MARANHÃO A. G. K.; JOAQUIM M. M. C.; SIU C. Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. Tema (proj. RADIS) 1999; 2:6-17.

LAURENTI R.; BUCHALLA C. M. Indicadores da saúde materna e infantil e implicações da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças. Ver Panam Salud Pública 1997; 1:18-22.

PUCCINI R. F.; PEDROSO G. C.; SILVA E. M. K.; ARAÚJO N. S.; SILVA N. N. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. Cad Saúde Pública 2003; 19:35-45.

TREVISAN M. R.; LORENZI D. R. S.; ARAÚJO N. M.; ÉSBER K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. Rev. Bras Ginecol Obstet 2002; 24:293-9.

EDEN E, M.D. "HowStuffWorks - Sintomas da gravidez". Publicado em 17 de novembro de 2006 (atualizado em 16 de abril de 2008) <http://saude.hsw.uol.com.br/entendendo-sintomas-gravidez1.htm>

LOWDERMILK D. L. "Anatomia e fisiologia da gestação." Lowdermilk DL, Perry ES, Bobak IM. O cuidado em enfermagem materna. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed (2002): 199-218p.