

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
DA FAMÍLIA

CONHECENDO AS ALTERAÇÕES DA GESTAÇÃO PARA UM MELHOR CUIDAR
NO PRÉ-NATAL

ANDRÉIA ALCÂNTARA DE QUEROZ

Brumadinho- Minas Gerais

2012

ANDRÉIA ALCÂNTARA DE QUEROZ

**CONHECENDO AS ALTERAÇÕES DA GESTAÇÃO PARA UM MELHOR CUIDAR
NO PRÉ-NATAL**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Flávia Casasanta Marini

Brumadinho-Minas Gerais

2012

ANDRÉIA ALCÂNTARA DE QUEROZ

**CONHECENDO AS ALTERAÇÕES DA GESTAÇÃO PARA UM MELHOR CUIDAR
NO PRÉ-NATAL**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Flávia Casasanta Marini

Banca examinadora:

Flávia Casasanta Marini (Orientadora)

Prof^a Ayla Norma Ferreira Matos

Belo Horizonte, 26 de junho de 2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida.

A Secretária Municipal de Saúde de Brumadinho por apoiar a implantação do pólo do Nescon, e por incentivar e dar oportunidade aos funcionários de aperfeiçoamento profissional.

Agradeço a Orientadora Flávia Casasanta Marine, pelo acompanhamento e paciência que foi primordial para conclusão deste trabalho.

RESUMO

A gestação é um período de constantes modificações físicas, psíquicas e sociais na vida da mulher e dos que a cercam. As principais modificações da fisiologia materna ocorrem no sistema cardiovascular, respiratório e gastrointestinal. Essas alterações provocam desconfortos, traduzidas por sinais e sintomas que afetam o bem estar da mulher. Além destas, há a necessidade de reorganização e/ou alteração da dinâmica psíquica e dos papéis emocionais anteriormente vigentes, traduzindo-se em um momento de grande relevância no desenvolvimento emocional da mulher. O conhecimento do assunto é de extrema importância para o enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família, podendo fornecer orientações que irão contribuir positivamente na minimização dos desconfortos causados pela gravidez. O objetivo deste estudo é a elaboração de um plano de ação que envolve o trabalho com grupos operativos de gestantes em Centros de Saúde de atenção primária, procurando envolver uma equipe multiprofissional, proporcionando um espaço para que gestantes e familiares possam expressar suas dúvidas, receber informações acerca do momento vivido, privilegiando a troca de experiências. Para a elaboração do plano de intervenção foi realizado uma revisão de literatura nas bases de dados LILACS, SCIELO e publicações do Ministério da saúde. Os dados levantados permitiram o embasamento teórico, para as orientações pertinentes às alterações fisiológicas e psíquicas do período gestacional.

Descritores: Cuidado pré –natal; Gravidez; Assistência; Grupos de apoio.

ABSTRACT

Pregnancy is a period of constantly changing physical, mental and social life of women and of those around. The main changes in maternal physiology occur in the cardiovascular system, respiratory and gastrointestinal tracts. These changes cause discomfort, translated by signs and symptoms that affect the well being of women. . Besides these, there is a need for reorganization and / or change the dynamics of psychic and emotional roles previously in effect, translating into a time of great emotional importance to the development of women knowledge of the matter is of extreme importance for the nurses who work in Family Health Strategy, which can provide guidance that will contribute positively in reducing discomfort caused by pregnancy. The aim of this study is to elaborate a plan of action that involves working with groups of women in operating health centers in primary care, seeking to involve a multidisciplinary team, providing a space for women and families to express their questions, receive information about the lived moment, favoring the exchange of experiences. For the preparation of the intervention plan was carried out a review of the literature in LILACS, SCIELO and publications of the Ministry of Health. The data collected allowed the theoretical basis for the guidelines pertaining to the physiological and psychological changes of pregnancy.

Keywords: Prenatal Care, Pregnancy; Assistance; Self-Help Groups

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	9
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
3.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS ENVOLVIDOS NO PERÍODO GRAVIDO PUERPERAL.....	13
3.2 ASPECTOS FISIOLÓGICOS ENVOLVIDOS NO PERÍODO GRAVIDO PUERPERAL ..	16
3.2.1 DOR NAS MAMAS.....	17
3.2.2 SIALORRÉIA (SALIVAÇÃO EXCESSIVA)	18
3.2.3 SANGRAMENTO GENGIVAL	18
3.2.4 DOR LOMBAR.....	19
3.2.5 CONSTIPAÇÃO E HEMORRÓIDAS	20
3.2.6 EDEMA E VARIZES	20
3.2.7 CÃIBRAS	21
3.2.8 NÁUSEAS E VÔMITOS.....	22
3.2.9 FALTA DE AR, DIFICULDADE DE RESPIRAR.....	23
3.2.10 QUEIXAS URINÁRIAS	23
3.2.11 CLOASMA GRAVÍDICO.....	24
3.2.12 PIROSE	24
3.2.13 LEUCORRÉIA	25
4 OBJETIVO GERAL.....	26
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
5. METODOLOGIA.....	27
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Em 1984, o Ministério da Saúde, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2006).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como, a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2006).

Porém, o acompanhamento do pré-natal não incluía ações específicas de promoção á saúde da gestante. Desta forma, surgiu a necessidade de implantar um programa voltado ao pré-natal e parto, sendo criado no ano de 2000, o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (PHPN), com a intenção de reduzir a mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001).

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial aos usuários a partir da atenção básica. Introduzindo uma nova visão no processo de intervenção em saúde, inseriu uma nova maneira de se trabalhar a saúde tendo a Família como centro de atenção das ações e não somente o indivíduo doente, enfatizando assim a prevenção e não apenas o tratamento (ROSA; LABETE, 2005).

Ainda assim, com todas as estratégias e programas voltados para uma assistência de saúde voltada para a promoção da saúde da mulher, a mortalidade materna ainda é considerada alta. Segundo os parâmetros da Organização Mundial da Saúde. Em 2000, para cada 100.000 nascidos vivos, 42,5 mulheres morreram

durante a gravidez, parto e puerpério, também por causas consideradas evitáveis: hipertensão, hemorragias, infecções (MINAS GERAIS, 2006).

O diagnóstico desta situação evidencia a necessidade da melhora da qualidade da assistência no âmbito das equipes de Saúde da Família, visando a prevenção de possíveis complicações maternas, através de uma assistência ao pré-natal de alta qualidade.

É preciso estar aberto às considerações das gestantes para construir um modelo de atenção voltado às reais necessidades deste grupo. Acompanhar a experiência deste grupo, representa para além da simples “montagem” de um trabalho para o público das gestantes atendidas, o desafio da construção de um projeto que contempla os avanços e retrocessos inerentes ao processo de profissionais e usuários que tomam para si o desafio de construir coletivamente um projeto sério e coerente em saúde pública.

Nesta perspectiva, propomos criar um espaço terapêutico onde gestante e familiares possam expressar suas dúvidas, trocar experiências, receber orientações, propiciar reflexões acerca do momento vivido, buscando a melhor forma de minimizar as ansiedades em relação ao processo de nascimento. Com isso nosso objetivo é investir e implantar espaços de grupos operativos para gestantes – espaço de integração, com o intuito de prepará-las para a convivência com este momento especial e fortalecimento de vínculos afetivos bem como propiciar um atendimento humanizado à família, aproximando-os das informações sobre os procedimentos a serem realizados em melhores condições de saúde para a mãe e do bebê.

2 JUSTIFICATIVA

A gravidez e o parto são eventos que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade (BRASIL, 2001).

Há um ano e meio atuo como enfermeira da equipe Lilás no Centro de Saúde Vale do Jatobá. A partir da redistribuição de tarefas, para os cinco novos enfermeiros que iniciavam o trabalho nesta unidade, fiquei com a proposta de viabilizar encontros com grupos operativos com gestantes, cadastradas nas seis equipes que atuam no Centro de Saúde. A partir da proposta, comecei a observar o número elevado de gestantes que procuram atendimento médico, com queixas típicas do período gestacional. Além disso, boa parte das puérperas procura o serviço com problemas relacionados à amamentação e dúvidas sobre cuidados com o recém-nascido. E quando são questionadas, se haviam recebido orientações sobre estes assuntos no pré-natal, são unânimes em responder não.

A partir dessas percepções, consideramos que os grupos operativos de gestantes se colocam como dispositivos capazes de oferecer suporte necessário para essas mulheres, uma vez que proporcionam espaço de apoio psicológico, trocas de experiências, minimizando as ansiedades, temores e fantasias, manifestos em relação a gestação, parto e nascimento.

Considerando que o PSF é uma estratégia que prioriza ações de prevenção, sendo a gestação, parto e puerpério considerados de maior risco e agravos, essas ações de saúde poderão causar impacto sobre os indicadores de saúde da mulher, como maior aderência das gestantes ao pré-natal e aumento dos índices de aleitamento materno exclusivo, entre outros.

Além da mudança do perfil epidemiológico provocado por essas ações, a gestante potencializará seu conhecimento técnico-científico, possibilitando uma melhora no bem estar e qualidade de vida, através de orientações que amenizem os desconfortos causados pela gestação.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se configura como um novo modelo assistencial em saúde que salta qualitativamente de um modelo biomédico, focado na doença para um modelo centrado no usuário e seu entorno. Nesse contexto a ESF é considerada uma possibilidade viável de se desenvolver a promoção da saúde, pois incorpora e reafirma os princípios do Sistema único de saúde (SUS) e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família(USF), embasando-se na integralidade, na territorialização, e humanização do serviço, a partir de uma equipe multiprofissional. Esse novo modelo proporcionou mudanças significativas na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de vínculo usuário-serviço (COSTA, 2010).

A ESF é um modelo assistencial que trabalha prioritariamente com a prevenção e promoção da saúde de maneira holística, prevenindo doenças, evitando hospitalizações desnecessárias e assim possibilitando a melhoria da qualidade de vida das famílias. Uma das possibilidades de se obter esta promoção é através de grupos voltados para isso, uma vez que possuem a função de suporte, interação informação, constituindo um espaço propício para trabalhar educação em saúde.

Os grupos operativos foram criados por Pichon Rivière desde 1945, que definiu grupo operativo como *"um conjunto de pessoas com um objetivo em comum"*. Os grupos operativos trabalham na dialética do ensinar-aprender; o trabalho em grupo proporciona uma interação entre as pessoas, onde elas tanto aprendem como também são sujeitos do saber, mesmo que seja apenas pelo fato da sua experiência de vida; dessa forma, ao mesmo tempo que aprendem, ensinam também (MUNARI E RODRIGUES, 1997).

Podem-se pensar os grupos voltados para a Promoção da Saúde, como estratégias ou espaços, onde possa se fazer uma escuta, para as necessidades das pessoas. Os grupos devem se configurar, como espaços onde as pessoas possam falar sobre seus problemas, e buscar soluções, conjuntamente com os profissionais, de forma que a informação circule, da experiência técnica à vivência prática das pessoas que adoecem (MUNARI E RODRIGUES,1997)

Dentre os grupos populacionais aos quais se propõe desenvolver ações educativas, as gestantes devem ser priorizadas. Isto porque, embora cerca de 75% das gestantes não desenvolvem complicação, 25% delas apresentam uma gestação de alto risco, envolvendo a vida da gestante e do bebê. Diante deste risco, os profissionais de saúde devem estar atentos a realizar uma assistência cuidadosa no pré-natal para uma detecção precoce dos fatores de risco. Além disso, a qualidade da assistência pré-natal para prevenção de agravos, na maioria das vezes, depende mais de tecnologias de pouca complexidade e custo, dentre elas a realização de atividades educativas (COELHO; PORTO, 2009).

Partindo desses pressupostos os grupos operativos de gestantes se colocam como dispositivos capazes de oferecer suporte a esse período de vida da mulher, tendo a capacidade de ser terapêuticos para seus participantes, uma vez que no grupo as gestantes terão possibilidades de serem ajudadas a adaptarem-se às mudanças impostas pela gestação (MUNARI E RODRIGUES, 1997).

Segundo Munari e Rodrigues (1997) um grupo pode ajudar pessoas durante períodos de ajustamentos a mudanças, no tratamento de crises ou ainda na manutenção ou adaptação a novas situações. Na convivência grupal há a possibilidade de geração de conhecimentos, uma vez que nela são expressos saberes de cada um. A mobilização destas informações permite um melhor entendimento do momento vivido pelo grupo e facilita a adesão aos conhecimentos revelados. Esta condição ajuda a consolidar a capacidade de cada participante em acolher e cuidar paternalmente e maternalmente do filho que está por vir.

Para Maldonado (2005), o grupo de gestantes é um grupo homogêneo, pois são pessoas que estão atravessando uma mesma transição existencial, isto é, apresentam problemas semelhantes e estão dispostas a discutir situações comuns a todos.

Nessa perspectiva a ESF significa um espaço que proporcionou mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, corresponsabilidade de todos, esclarecimentos dos atributos, das atribuições e missão da equipe, além da descentralização da assistência para reorientar o modo de operar o serviço.

A gravidez induz o organismo materno a uma série de transformações fisiológicas e emocionais. As alterações são necessárias para que inicialmente o embrião e, depois o feto, tenham um desenvolvimento dentro dos parâmetros de normalidade e para que a mulher se adapte as fases da gravidez. Assim, todas essas mudanças são com a finalidade de adaptação, manutenção e desenvolvimento harmônico da gestação (BARROS, 2006).

Tais alterações advindas desse período de transição necessitam de uma atenção qualificada por parte dos profissionais de saúde que devem identificar essas adaptações bem como suas consequências já que estas podem tornar se fontes de limitação para a mulher (SILVA; 2008).

O avanço do conhecimento científico dos fenômenos físicos em obstetrícia tem proporcionado habilidades fundamentais a médicos e enfermeiros, permitindo-lhes a prática de atendimento que gera, realmente, estado de confiança maior na mulher. No entanto, as condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes. Elas necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal (BRASIL, 2006).

Hoje, os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério são amplamente reconhecidos, e a maioria dos estudos converge para a ideia de que esse período é um tempo de grandes transformações psíquicas, de que decorre importante transição existencial (MALDONADO, 1985).

3.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS ENVOLVIDOS NO PERÍODO GRAVIDO PUERPERAL

A vida da mulher apresenta três momentos ou fases marcantes e intensos, quais sejam: adolescência, gravidez e climatério. Estas fases vão exigir uma necessidade de adaptação, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade. Dentre as três fases citadas, a gravidez é uma transição que requer uma reestruturação em vários aspectos, tais como, a definição do papel de mulher. Faz-se necessário ressaltar aqui que a gravidez não atinge somente a mulher, o homem também passa por uma transição com conflitos na transposição do papel de marido/pai. Isto pode acarretar desestruturação para o relacionamento do casal, com grande importância no firmamento da gravidez, iniciando o vínculo pais-filhos, ou seja, o início para o equilíbrio familiar (MALDONADO, 1985).

Segundo Nicácio (2006), a mulher passa por alterações psicológicas desde a descoberta da gravidez ao puerpério, na maioria das vezes mesmo sem a certeza da existência do feto consegue sentir de forma psicológica (sonhos, intuições) a sua presença e as alterações psíquicas tornam-na mais sensível e dão início a uma relação materno-filial. A partir deste momento se instala a vivência da gravidez, que se configura em uma ambivalência afetiva. Além disso, a gravidez implica na perspectiva de grandes mudanças interpessoais e intrapsíquicas, sendo frequentes alterações do humor, desde o início da gravidez.

Para este mesmo autor, além das questões existenciais a mulher passa por uma revolução hormonal e por profundas alterações em seu esquema corporal. Ela passa a se ver e a ser vista de uma maneira diferente. Nessa fase pode haver conflitos importantes entre o anterior papel de amante, com o papel de esposa, misturando com o de mãe. Emocionalmente essas questões comprometem seriamente a libido.

Para Ballone (2004), gravidez é um período de adaptações para o casal em todos os sentidos; adaptações físicas, emocionais, existenciais e também sexuais. É importante ressaltar que a necessidade de adaptação não afeta só a mulher, nessa fase, mas também o homem. Emocionalmente, a mulher pode não se sentir atraente ou feminina, diminuindo com isto sua auto-estima. Pode ser conflitante estar num

momento culturalmente considerado divino e, ao mesmo tempo, não estar gostando de si mesma. Os homens, por outro lado, não têm alterações orgânicas, mas podem ser afetados por questões emocionais, tais como a ansiedade em relação ao parto, à criação do filho, à responsabilidade de ser pai etc.

Observam-se ao longo da gestação, algumas ansiedades típicas, ordenadas segundo uma divisão por trimestres. Ressalta-se no entanto, que essa divisão é para efeito didático, pois o aparecimento dessas ansiedades, embora mais frequentes em determinados momentos, não estão necessariamente restritos a eles (MALDONADO, 1985).

No primeiro trimestre ocorre a fase de percepção da gravidez, que depende de como cada mulher está em sintonia com seu corpo. Após a percepção tem a fase de ambivalência que seria: estar ou não estar feliz, querer ou não querer a gravidez, aceitar ou não aceitar, sendo essa fase o início de grandes transformações interpessoais e intrapsíquicas, aceitação familiar, dentre outras. Além disso, há alterações neuroendócrinas que causam náuseas, vômito e sonolência. Estes sintomas, além das mudanças de humor, poderiam também ser explicados psicologicamente: rejeição ou negação da gravidez, peso pela responsabilidade de gerar e manter uma vida, medo da ocorrência de problemas congênitos, apreensões em relação às prováveis modificações da estética corporal (MALDONADO, 1985).

Nicácio (2006), afirma que as alterações do humor nesta fase podem estar mais acentuadas em algumas mulheres devido ao fato das chances de aborto serem de 20% durante o primeiro trimestre, por isso este momento poderá ser de muito estresse e ansiedade para a gestante, principalmente se já teve um aborto anterior.

O segundo trimestre da gravidez, do ponto de vista emocional, é considerado estável. Há o impacto dos primeiros movimentos fetais os quais atingem o “pai” que não pode experimentar essas sensações de forma direta. As expectativas em relação à saúde do feto e ao corpo continuam. Nesta fase a mulher passa a vivenciar outras preocupações, muitas delas em manter a sua vida conjugal estável. As alterações do desejo e desempenho sexual tendem a aumentar, o que normalmente traz medo de, durante a relação sexual, machucar o bebê. Ainda esta fase caracteriza-se também por uma maior introversão e passividade feminina, características que são importantes para a preparação do papel de mãe. Algumas

variantes comportamentais podem ser observadas, entre as quais maior ansiedade e agitação. As gestantes passam por uma fase de querer mais receber do que dar, motivo gerador de conflitos se o marido não estiver preparado, ou mesmo conflitos com os próprios filhos, se múltipara (MALDONADO, 1985).

Nicácio (2006), afirma que no segundo trimestre, tanto a lubrificação vaginal como o fluxo sanguíneo na região pélvica aumentam. Estas alterações, podem aumentar o apetite sexual.

O terceiro trimestre traz uma exacerbação dos sintomas de ansiedade com a proximidade do parto e a mudança na rotina. Os temores vêm à tona, como o medo de morrer no parto, preocupação com a saúde do bebê ao nascer, temores em relação à amamentação e à recuperação da forma do corpo. Nesta fase há muitos relatos de sonhos com o parto, com o bebê, com o corpo (MALDONADO, 1985).

Ballone (2004) afirma que nesse trimestre a atividade sexual costuma ficar menos frequente, coincidindo com a fase de intensa baixa auto-estima devido às modificações corporais, acrescido da diminuição do interesse do parceiro, dos medos com relação ao parto, de eventuais restrições médicas, etc.

Para Nicácio (2006) a ansiedade retorna no terceiro trimestre com a aproximação do parto, por medo de não saber reconhecer os sinais do parto e ser pega de surpresa. Esse período é sentido como uma situação de passagem de um estado a outro, cuja principal característica é a irreversibilidade, ou seja, é uma situação que precisa ser enfrentada de qualquer forma, e tudo isso contribui para o aumento da ansiedade e da insegurança com a proximidade da data prevista do parto.

3.2 ASPECTOS FISIOLÓGICOS ENVOLVIDOS NO PERÍODO GRAVIDO PUERPERAL

As alterações fisiológicas são reconhecidas como sinais e sintomas da gravidez. Geralmente tais sinais e sintomas são classificados em três categorias: sinais e sintomas presuntivos, cujas mudanças são sentidas pela mulher (amenorréia, fadiga, náusea e vômito, mudanças nas mamas); sinais e sintomas prováveis cujas mudanças são observáveis pelo examinador (testes de gravidez); sinais e sintomas positivos que são atribuídos somente à presença do feto, como ausculta dos batimentos cardíacos fetais, visualização fetal e movimentos fetais perceptíveis à palpação (BARROS, 2006).

Após a nidação o ovo humano necessita, adaptar-se ao meio interno, causando alterações significativas no organismo da grávida. Estas alterações são necessárias para que torne possível sua vivência através de mudanças locais, gerais, gradativas e diferidas, que lhe proporcionem o indispensável às solicitações metabólicas, à formação dos tecidos, à constituição de reservas para a vida neonatal e oportuna expulsão, quando maduro (REZENDE, 2006).

De acordo com Rezende (2006), essas alterações induzidas pelo ovo, antecipam-se eventualmente, as suas demandas e ocorrem antes de estar ele suficientemente desenvolvido para exigir suprimentos. Mãe e filho vão constituir unidade fisiológica, com meio interno comum, tendo o conceito prioridade na distribuição dos elementos nutritivos. As exigências do organismo materno atingem os limites da capacidade funcional de muitos órgãos, podendo fazer desenvolver ou agravar, quadros patológicos preexistentes.

Segundo Barros (2006), as principais modificações do sistema reprodutor ocorrem no aparelho genital, especialmente útero e mamas. Os altos níveis de hormônio como estrógeno e progesterona fazem com que haja o crescimento uterino no primeiro trimestre, isso porque o útero dá início às suas modificações juntamente com a concepção, estas relacionadas à consistência, volume, peso, forma, posição e coloração.

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 a mulher, sem a banalização de suas queixas (BRASIL, 2006)

É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam e compreenda essas transformações para que sejam evitadas intervenções desnecessárias à mulher e ao feto. Para tanto, essa profissional necessita de uma fundamentação em fisiologia materna que a permita: identificar desvios reais ou potenciais da adaptação normal da gravidez para, então, iniciar o plano de cuidado; ajudar a mulher a entender as mudanças anatômicas e fisiológicas durante a gravidez; aliviar a ansiedade da mulher e família sobre os sinais e sintomas que deveriam ser informados aos profissionais de saúde responsáveis pelo seu atendimento pré-natal (BARROS, 2006).

Coelho e Porto (2009) ressaltam que esclarecimentos tranquilizadores sobre estas queixas, durante os grupos de gestantes e consultas de pré-natal, evitarão que consultas extras desnecessárias sejam solicitadas. Discutiremos a seguir as principais queixas das gestantes segundo o Ministério da Saúde,(2006) em sua maioria decorrentes de adaptações maternas ao estado gravídico e as orientações de enfermagem para melhor conforto dos sintomas.

3.2.1 DOR NAS MAMAS

As modificações da mama e o crescimento começam no início do primeiro trimestre. As mamas tornam-se doloridas e podem formigar em resposta aos níveis altos de estrogênio e progesterona. Essas mudanças são consideradas sinais de presunção de gestação. A sensibilidade mamária varia do leve formigamento à dor aguda. Com a hipertrofia do tecido glandular mamário e o aumento da vascularização, da pigmentação e do tamanho e proeminência dos mamilos e da aréola causada pela estimulação corporal (BRANDEN, 2000).

Orientações de enfermagem:

.Recomendar o uso constante de sutiã com boa sustentação, após descartar qualquer alteração no exame das mamas;

.Não perder a oportunidade de orientar para o preparo das mamas para a amamentação.

3.2.2 SIALORRÉIA (SALIVAÇÃO EXCESSIVA)

Ptialismo ou Sialorréia é o fenômeno precoce da gravidez, que se dissipa nos primeiros meses que pode ocorrer de duas a três semanas de ausência de menstruação, mas pode prolongar-se até o parto e o puerpério. A saliva é produzida em quantidade normal. O que ocorre, acredita-se, é a sua rejeição pela paciente que, por motivos psíquicos ou químicos – ainda incertos – não consegue degluti-la. Uma das causas apontadas está na elevação do estrogênio, que pode estar relacionado à relutância em deglutir devido a náusea (DELASCIO et al, 1981).

Orientações de enfermagem:

.Explicar que esse é um sintoma comum no início da gestação;

.Orientar alimentação semelhante à indicada para náuseas e vômitos;

.Orientar a gestante para deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).

3.2.3 SANGRAMENTO GENGIVAL

A gengivite se caracteriza hiperemia, hipertrofia, sangramento e sensibilidade na mucosa oral, condição que desaparece espontaneamente um a dois meses após o parto. O aumento da vascularidade e proliferação do tecido conjuntivo pela estimulação do estrogênio, por vezes, essa alteração conduz à hipertrofia gengival e à doença periodontal. A epúlida (granuloma gravídico gengival) é um nódulo vermelho, elevado nas gengivas, que sangra facilmente. Essa lesão pode desenvolver-se em torno do terceiro mês e geralmente continua a aumentar à medida que a gestação evolui (NETTO, 2005).

O estrogênio e a progesterona em maior quantidade no sangue e, conseqüentemente no sulco gengival durante a gravidez, atuam como fatores de crescimento de bactérias como *Prevotella intermedia* que é um microrganismo fortemente associado à doença periodontal (DE LORENZO e MAYER, 2004).

Orientações de enfermagem:

.Recomendar o uso de escova de dente macia e orientar a prática de massagem na gengiva;

.Agendar atendimento odontológico, sempre que possível.

3.2.4 DOR LOMBAR

Na gestação, acontece uma seqüência de mudanças no corpo da mulher, seu útero está em constante crescimento, formando um abdômen protruso. Há o deslocamento de seu centro de gravidade, além da liberação de hormônios, como estrógeno e relaxina, que ocasionam um crescente afrouxamento dos ligamentos. O objetivo dessas alterações consiste em aumentar o tamanho da cavidade pélvica e tornar o possível. Todas essas modificações causam uma lordose exagerada, fazendo com que ela sobrecarregue os músculos lombares e posteriores da coxa, gerando um processo doloroso, denominados de lombalgia (NOVAES, *et al*; 2006).

Orientações de enfermagem:

- Correção de postura ao sentar-se e ao andar;
- .Uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis;
- Aplicação de calor local;
- Eventualmente, usar analgésico com orientação médica (se não for contra-indicado), por tempo limitado;
- Dormir pelo menos 8 horas por dia, em colchão confortável;
- Adequação dos ambientes de trabalho, com orientação ergonômica;
- Assegurar as mulheres que o problema geralmente se resolve espontaneamente logo após o nascimento.

3.2.5 CONSTIPAÇÃO E HEMORRÓIDAS

A constipação na gestação é causada pelo relaxamento da musculatura lisa, diminuição do peristaltismo devido à influência da progesterona e crescimento do útero que comprime o intestino dificultando a passagem das fezes. O trânsito do trato gastrointestinal torna-se mais lento e a água é mais absorvida que o normal o que leva a constipação intestinal. Esta pode ter causa multifatorial tais como, diminuição do consumo de líquidos, uso de suplementos de ferro, dieta pobre em fibras, sedentarismo e deslocamentos das alças intestinais secundário ao crescimento uterino (RICCI, 2008).

A constipação intestinal caracterizada por fezes endurecidas e diminuição dos padrões de evacuação contribui para a formação de hemorróidas, este endurecimento das fezes gera uma grande dificuldade para evacuar e, ao fazer força para defecar, aumenta-se a pressão nas veias da região do ânus (KAWAGUH,2008).

Em algumas pessoas, devidos a fatores citados anteriormente, as veias localizadas no ânus e no reto se inflamam, se dilatam e incham, causando dores e diversos desconfortos levando ao aparecimento das hemorróidas.

Orientações de enfermagem:

- Alimentação rica em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescrever supositórios de glicerina;
 - Não usar papel higiênico colorido ou áspero (molhá-lo) e fazer higiene perianal com água e sabão neutro, após evacuação;
 - Fazer banhos de vapor ou compressas mornas;
- .Agendar consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

3.2.6 EDEMA E VARIZES

As gestantes podem apresentar um acentuado inchaço nas pernas e o surgimento de varizes. Em da dificuldade do retorno venoso ao coração, pela devido à compressão da veia cava pelo útero gravídico, o sangue encontra resistência em retornar aos membros superiores levando ao extravasamento de líquidos nos interstícios celulares, principalmente nos membros inferiores (RICCI, 2008).

O edema generalizado na ausência de hipertensão e proteinúria representam um simples exagero do processo fisiológico de retenção de sódio (sistema renina-angiotensina aldosterona), agravado pela queda da pressão oncótica plasmática, decorrente da relativa hipoalbuminemia gravídica (REZENDE, 2007).

As varizes decorrem da fraqueza congênita das paredes musculares das veias, aumento da pressão venosa nos membros inferiores, inatividade e mau tônus muscular. As varicosidades podem provocar dor, edema, ulceração e graves complicações como a tromboflebite - inflamação da veia com presença de coágulo na zona afetada (REZENDE, 2007).

Orientações de enfermagem:

- Não permanecer muito tempo em pé ou sentada;
- Repousar (20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;
- Não usar roupas muito justas e, se possível, utilizar meia-calça elástica.
- Orientar a paciente que ao deitar prefira o decúbito lateral esquerdo, descomprimindo temporariamente a veia cava inferior proporcionando um melhor retorno venoso ao coração.

3.2.7 CÃIBRAS

As cãibras são contrações espasmódicas dos músculos, incidem principalmente nos últimos meses da gestação e acredita-se que sua etiologia esteja relacionada a níveis reduzidos de cálcio e elevados de fósforo (o que provoca alterações no potencial de ação das células musculares que precisa desses íons para manter seu funcionamento normal). Acometem particularmente os músculos da panturrilha com espasmos dolorosos que causam um desconforto considerável (REZENDE, 2007).

Orientações de enfermagem:

- Orientar a paciente que ao sentir cãibras, esticar as duas pernas e flexionar em direção ao corpo;
- Massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local;
- Aumentar o consumo de alimentos ricos em potássio e cálcio;
- Alongar os músculos da panturrilha;
- Elevar as pernas ao nível do coração com frequência ao longo do dia;

- Evitar exercícios físicos em excesso.

3.2.8 NÁUSEAS E VÔMITOS

Para Silva (2008) esse distúrbio representa um dos grandes incômodos na gravidez, repercutindo na diminuição do bem-estar e qualidade de vida da mãe, feto e restante da família.

A intercorrência é geralmente leve e limitada no início da gravidez e vai se acentuando à medida que a gravidez progride, particularmente comum entre as mulheres grávidas pela primeira vez. Costumam começar entre a quarta e a sexta semana e desaparecer depois dos três primeiros meses. São mais intensas pela manhã, ao acordar, ou após período de prolongado jejum. Pode decorrer de fatores fisiológicos baseados na alteração hormonal, acredita-se que alguns fatores podem contribuir: crescentes de HCG, redução de motilidade gástrica, alterações metabólicas, baixo nível de açúcar no sangue, pressão baixa. Outros fatores podem ser psicológicos, ansiedades relacionadas com a própria gravidez. Algumas vezes os sintomas podem continuar durante toda a gestação, ocorrendo com mais frequência quando há gestação múltipla (BRANDEN, 2000; FREITAS; et al, 2006; ZIEGEL; 1986).

Orientações de enfermagem:

- Explicar que esses são sintomas comuns no início da gestação;
- Orientar a mulher para: alimentação fracionada (seis refeições leves ao dia) evitar frituras, gorduras e alimentos muito condimentados;
- Evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à ingestão nos intervalos;
- Agendar consulta médica para avaliar a necessidade de usar medicamentos ou referir ao pré-natal de alto risco, em caso de vômitos frequentes;

- Orientar a mulher a comer uma bolacha de água e sal antes de se levantar.

3.2.9 FALTA DE AR, DIFICULDADE DE RESPIRAR

O crescimento do útero comprime o diafragma, aumentando a sua atividade. Há também um aumento de cinco a sete e meio centímetros (cm) da cavidade torácica, sendo que todas estas alterações tornam a respiração da grávida mais diafragmática que abdominal (RICCI, 2008).

Orientações de enfermagem:

- Explicar a mulher que a dificuldade de respirar é normal na gravidez, principalmente no último trimestre;
- Orientar para: elevar a cabeceira do leito ao deitar;
- Deitar-se em decúbito lateral esquerdo, o que deslocará o útero da veia cava inferior e melhorará a respiração.

3.2.10 QUEIXAS URINÁRIAS

Esses sintomas acontecem no primeiro trimestre porque o útero em crescimento comprime a bexiga. Pelo mesmo motivo, também é queixa comum no terceiro trimestre principalmente quando a cabeça do feto se encaixa na pelve. Esta alteração provocada durante o período gestacional afeta parcialmente a qualidade de vida da mulher, podendo causar constrangimento e restrição das atividades rotineiras (RICCI, 2008).

Orientações de enfermagem:

- Explicar a paciente que geralmente, o aumento da frequência de micções é comum;
- no início e no fim da gestação; Orientar a paciente para que ela urine assim que estiver a sensação de que a bexiga está cheia;
- Evitar bebidas cafeinadas, que estimulam a micção e reduzir a ingestão de líquidos após o jantar para diminuir a micção noturna.

3.2.11 CLOASMA GRAVÍDICO

Durante a gestação a pele da mulher sofre alterações pigmentares, decorrentes da elevação dos níveis de hormônios: estrogênio, progesterona e o hormônio estimulador de melanócitos (MSH). Essas mudanças provocam nas gestantes “manchas” de coloração castanha que tendem a desaparecer após o parto, devido à diminuição hormonal (ALVES et al, 2005).

Orientações de enfermagem:

- Orientar a paciente a usar filtro solar durante a exposição ao sol (visto que a exposição aos raios ultravioletas intensifica esta pigmentação);
- Evitar exposição solar exagerada;
- Orientar quanto ao uso de fórmulas com corticóides, hidroquinona e tretinoína que podem ser utilizadas no pós-parto (conforme prescrição médica);
- Orientar a paciente que se ela tomar as medidas cabíveis durante a gestação terá mais chance de sucesso para o desaparecimento desta máscara facial.

3.2.12 PIROSE

É uma manifestação comum no terceiro trimestre e decorre dos elevados níveis de progesterona que ocasiona o relaxamento da porção inicial do estômago (cárdia), permitindo assim o refluxo gastroesofágico (RICCI, 2008).

Segundo LIBÓRIO (2009), a pirose é um sintoma causado pelo refluxo do conteúdo gástrico para a porção inferior do esôfago, provocado pelo aumento da pressão intra-abdominal, esvaziamento gástrico retardado e pela diminuição do tônus da cárdia.

Esse pequeno distúrbio provoca grandes desconfortos, afetando o bem estar da mulher. Além disso, pode provocar implicações sérias uma vez que, muitas gestantes, devido a estes sintomas apresentam aversão a ingestão alimentar, restringindo a dieta drasticamente (ALBA, 2003).

Orientações de enfermagem:

- Orientar a gestante a diminuir e fracionar as refeições;
- Evitar café, chá preto, mates, doces, alimentos gordurosos, picantes e irritantes

da mucosa gástrica, álcool e fumo;

- Dormir com vários travesseiros, de modo que a cabeça fique elevada;
- Não se deitar durante pelo menos duas horas

após as refeições;

- .Orientar quanto ao uso de antiácidos no caso de sintomas persistentes.

3.2.13 LEUCORRÉIA

Uma das causas do aumento da secreção vaginal é o aumento acentuado dos bacilos de Doderlin, partícipes da flora e da defesa da vagina a infecções. E também ao aumento da secreção das glândulas vaginais e endocervicais, conseqüente à ação da progesterona. Durante a gestação, o pH das secreções vaginais eleva-se de quatro para aproximadamente seis e meio. A produção resulta do aumento do ácido láctico no epitélio vaginal, provavelmente causado pelos níveis mais altos de estrogênio. (NETTO, 2005; ZIEGEL, 1986).

Segundo Rezende (2007), deve ser excluída a etiologia infecciosa já que a leucorréia é um processo fisiológico da gestação caracterizado por um corrimento branco, leitoso e que não possui irritação. É comum na gestação o aparecimento da *Cândida Albicans*, fungo que possui afinidade por meio úmido propício para seu desenvolvimento e multiplicação. Ao contrário da leucorréia este fungo provoca irritação e um corrimento intensamente pruriginosos.

Orientações de enfermagem:

- Explicar que aumento de fluxo vaginal é comum na gestação;
- Aconselhar a mulher a manter a área perineal limpa e seca, lavando-a com sabão neutro e água;
- Orientar a mulher a usar calcinhas de algodão, com o objetivo de permitir o maior fluxo de ar
- Instruir a mulher a evitar o uso de ducha e absorventes íntimos;
- Realizar o exame citológico e investigar indícios infecciosos.

4 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma proposta de intervenção que vise a implantação de grupos de gestantes, sendo um espaço de aprendizado e reflexão para a gestante e seus familiares acerca do período gestacional.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as principais alterações fisiológicas e psíquicas da gravidez visando planejar os grupos operativos para gestantes
- Conscientizar os profissionais de saúde acerca das principais alterações fisiológicas e psíquicas da gravidez visando a melhoria da qualidade da assistência ao pré natal;
- Preparar a gestante e ou familiares para vivenciar da melhor forma possível o período gravídico-puerperal, conscientizando –se acerca da gravidez, parto, puerpério e relação com recém-nascido.

5. METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado em duas etapas, sendo a primeira composta pela revisão de literatura e a segunda pela elaboração de uma proposta de intervenção baseada nos achados da primeira etapa.

A revisão bibliográfica foi realizada através de consulta nas bases de dados LILACS, SCIELO no período de janeiro a março de 2012, além de monografias, livros e publicações do Ministério da Saúde sobre o assunto de interesse. Foram analisadas matérias publicadas nos últimos 10 anos, no idioma português, através dos descritores: *Cuidado pré-natal, Assistência e grupo de apoio*. A partir dos achados do levantamento bibliográfico foi proposto um plano de intervenção junto à Estratégia Saúde da Família com o objetivo de usar grupos operativos como forma complementar a assistência individual no pré-natal. O Plano de ação foi desenvolvido usando como referência a elaboração das etapas do planejamento, da sessão 3 do módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O cenário onde ocorrerá este plano de ação, compreende o Centro de Saúde Vale do Jatobá, localizado no distrito sanitário Barreiro, onde atualmente atuam 6 equipes do Programa Saúde da Família. Atualmente a Prefeitura municipal de Belo Horizonte tem trabalhado a partir de indicadores de saúde, estabelecendo metas para as Equipes de Saúde da Família cumprirem. Ao analisar os indicadores, foi detectado que as metas relacionados a saúde da gestante, não estavam sendo cumpridas. A partir deste diagnóstico, a Unidade de Saúde propôs pensar estratégias para a melhoria destes indicadores, surgindo assim a proposta de elaboração de um plano de ação envolvendo a participação de um Grupo Operativo com gestantes. Acreditamos que poderá ser aplicada não apenas neste distrito sanitário, mas em qualquer unidade de atenção básica a saúde, uma vez que o ambiente destas unidades, são propícios para desenvolvimento de ações de educação em saúde.

Para a elaborar esta proposta de intervenção, utilizou-se como ferramenta o planejamento estratégico situacional (PES). Inicialmente foram listados alguns problemas, para que os mesmos norteassem as ações a serem executadas. Abaixo estão listados os problemas considerados prioritários com relação á saúde da gestante:

- Consultas médicas desnecessárias devido a sintomas comuns da gestação;
- Baixa adesão da gestante ao acompanhamento pré e pós natal;
- Hábitos inadequados de cuidados com o recém-nascido;
- Falta de vínculo das gestantes com as equipes;

Para convidar as gestantes para participar do grupo contaremos com a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde de cada equipe, que informará através de convite pessoal a data e o horário que acontecerá o grupo.

Os assuntos são pré-definidos, mas isso não impede a discussão de assuntos que emergem do próprio grupo. No final do encontro será realizada uma roda de conversa, onde elas poderão expor de suas dúvidas, temores, curiosidades e sugerir o assunto para o próximo grupo.

Além da gestante é permitida a participação de um acompanhante, permitindo o falar sobre a vivência da gestação, trocar informações e aprender sobre o tema.

As temáticas deverão ser construídas em forma de palestras com uso de data show, cartazes, dinâmicas grupais e vídeos. Os conteúdos abordados nestes grupos incluem as vivências e necessidades da gestante e de seu parceiro relativas à gravidez, parto, cuidados com recém-nascido e aleitamento materno.

Visando facilitar a participação nos grupos, os encontros serão no mesmo dia da consulta mensal de pré-natal na sala de reuniões no Centro de Saúde, e a duração não poderá exceder a quarenta minutos.

Em cada mês, uma equipe será responsável pela programação e realização do encontro. O trabalho realizado será multidisciplinar envolvendo membros da equipe(médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACSs), profissionais do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), equipe de saúde bucal e acadêmicos de enfermagem e medicina, que atuam na unidade.

Os grupos gestantes serão desenvolvidos com a finalidade de complementar o atendimento realizado nas consultas, melhorar a aderência das mulheres aos hábitos considerados mais adequados, diminuir ansiedades e medos relativos ao período grávido e puerperal.

Quadro 1- Temas sugeridos

ENCONTRO/DATA	TEMA SUGERIDO	RESPONSÁVEL	RESULTADOS
1º Encontro Agosto*	Transformações corporais e emocionais da gravidez	Equipe azul- Enfermeira Psicóloga	-Conhecer as modificações corporais e emocionais da gravidez e orientações para as queixas mais frequentes -Importância do pré-natal Bibliografia: PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO Atenção Qualificada e Humanizada. MS, 2006 Maldonado, M. T. P. PSICOLOGIA DA GRAVIDEZ. Petrópolis: Vozes, 1985.
2º Encontro Setembro*	Relações familiares	Equipe amarela Enfermeira	-Importância da participação do pai durante a gestação e parto e importância do

		Assistente social	planejamento Familiar Bibliografia: Brasil, MS ASSISTÊNCIA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR Brasília, DF, 2006.
3º Encontro Outubro*	Preparação para o parto	Equipe vermelha Enfermeira Ginecologista	-Aprender a reconhecer os sinais e sintomas de trabalho de parto; -Incentivo ao parto normal; -Cuidados pós parto; Retorno para consulta puerperal Bibliografia: Brasil, MS. PARTO, ABORTO E PUERPÉRIO Assistência Humanizada a Mulher. Brasília, DF, 2001
4º Encontro Novembro*	Aleitamento materno	Equipe Verde Equipe e Lilás Enfermeira Fonoaudióloga do NASF	-Orientação e incentivo ao aleitamento materno Bibliografia: Brasil, MS. SAÚDE DA CRIANÇA: NURIÇÃO INFANTIL. Aleitamento materno e Alimentação Complementar Brasília, DF , 2009
5º Encontro Dezembro*	Cuidados com o recém-nascido	Equipe laranja Enfermeiro Pediatra	-Cuidados com o recém-nascido; importância da realização da triagem neonatal. Bibliografia: Brasil, MS.SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA. Brasília, DF, 2004.

*As datas citadas são a título de exemplificação, uma vez que os encontros deverão ocorrer mensalmente ao longo da rotina ambulatorial.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação é representada como um fenômeno complexo e singular, que envolve uma sequência de mudanças biológicas, psicológicas, sociais e culturais, demonstrando que os cuidados pré-natais ultrapassam a dimensão puramente física.

Assim, torna-se necessário que os profissionais de saúde estejam atentos á estas mudanças, para com seus conhecimentos desenvolver intervenções que certamente ajudarão a mulher a superar as dificuldades impostas por esta condição que não é patológica, mas certamente é uma situação especial.

As atividades educativas grupais são de suma importância durante o pré-natal, para compreender o processo gestacional, do parto e cuidados com o Recém-nascido, procurando executar ações de promoção.

A participação em grupos contribui para que as gestantes enfrentem esta etapa da vida com maior tranquilidade, pois lhe permite expressar seus temores, preocupações e expectativas, possibilitando trocas de aprendizagem e se constituindo um espaço de considerável poder terapêutico.

Esperamos que o grupo de gestantes venha a somar ás ações de saúde da mulher da nossa área de abrangência, complementando a assistência ao pré natal individual, buscando oferecer uma assistência integral , dentro da perspectiva do SUS, o que causará um impacto positivo nos indicadores de saúde da mulher.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBA, V. D.** Qualidade de vida em gestantes no terceiro trimestre com pirose e/ou regurgitação. **Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.**
- ALVES, G. F.; NOGUEIRA, L. S. C.; VARELLA, T.C. N. Dermatologia e gestação. **Revista Brasileira de dermatologia**, Brasília, 2005.
- BALLONE, GJ **-Gravidez e Sexualidade**, in. **PsigWeb**. Disponível em www.psigweb.med.br. Revisto em 2004
- BARROS, S, M, O. **Enfermagem no ciclo gravídico puerperal**. São Paulo: Manole, 2006. 1ªed.
- BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materno-Infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2000.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico pré-natal e puerpério**. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e Puerpério. Assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001.
- BRAZIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básicas nº 13**. Brasília, DF, 2006.
- COELHO, S, PORTO, Y. F **Saúde da mulher**. Belo Horizonte, Editora Coopmed, 2009.
- COSTA, V. F. **Pré-natal uma Assistência Centralizada no município de Congonhas**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- De LORENZO J.L; MAYER M.P.A. **Microbiologia das doenças periodontais**. São Paulo: Editora Atheneu; 2004.
- DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. **Obstetrícia Normal** Briquet. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 1981.
- ENKIN, M. **Guia para atenção efetiva na Qualidade de vida em gestantes no terceiro trimestre com pirose e/ou regurgitação**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003
- FREITAS, F.; COSTA, S. H. M.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. & Colaboradores. **Rotinas em Obstetrícia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

HERRMANN, V. Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. **Revista da associação médica Brasileira**, Campinas, 2006

JENERAL, R. B. R. **Vivendo um futuro incerto: a vivência da gravidez em uma comunidade**. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2000.

LIBÓRIO, T. **Acompanhamento da grávida em cuidados de saúde primários. Relatório de aula teórico-prática**, Campinas, 2009.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da Gravidez**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

NETTO, H.C. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Atheneu, 2005

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde; **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida**. 2 ed. Belo Horizonte, 2006.

MUNARI, B. D; RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 1997

MUNARI, D.B.; ZAGO, M. M. f.; Grupos de apoio/suporte e grupos de auto-ajuda: aspectos conceituais e operacionais, semelhanças e diferenças. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, 1997.

NICÁCIO, F. S. **Aspectos psicológicos da gestante**. Disponível em: <http://saude.hsw.uol.com.br/alteracoes-psicologicas-na-gravidez.htm>. Ano: 2006.

NOVAES, F. S.; SHIMO, A. K. K.; LOPES, M. H. B.M. Lombalgia na gestação. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, São Paulo, 2006.

REZENDE, M. F. **Obstetrícia Fundamental**. 10^o edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006.

REZENDE, M. F. **Obstetrícia Fundamental**. 11^o edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2007.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. 1^a edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008.

SHIMIZU, H. E; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2009.

SILVA, P. S. R. **Tratamento de náuseas e vômitos na grávida por pressão periódica num ponto de acupuntura**. Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2008.

SILVA, S. C. F. **Ansiedade da mulher durante o último trimestre de gravidez**. Trabalho de conclusão de curso, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2008.

ZIEGEL, E.C. CRANLEY, M.S. **Enfermagem Obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.