

ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL - PUERPÉRIO NO PSF DE FLORIANO-PI

Geandra Batista Lima¹
Magno Batista Lima²
Lívio César Cunha Nunes³

RESUMO

Objetivou-se traçar um perfil do acompanhamento pré-natal e puerperal, averiguando a eficiência da captação precoce e a busca da gestante pelo atendimento fornecido nos postos de PSF da zona urbana do município de Floriano-PI, bem como os dados da ficha perinatal arquivada nas unidades de saúde. Os dados foram obtidos em visita aos 16 postos de PSF da zona urbana, onde foi feito o levantamento do número de fichas perinatais, a análise dos dados contidos referentes a cada gestante que pariu durante o ano de 2005 e aplicados questionários ao enfermeiro responsável. A partir dos dados obtidos, foram montados gráficos caracterizando a gestante florianense e o serviço de atenção ao pré-natal. 585 gestantes, pariram durante o ano de 2005, destas 347 (59,3%), não possuíam ficha perinatal. Na análise dos dados das fichas disponíveis, obtivemos os seguintes resultados: 31% tinham entre 15 e 19 anos; 46% eram casadas; 40% com ensino fundamental incompleto; 35% com antecedentes familiares de hipertensão; 36,10% apenas 1 gestação; 81,50% nunca abortaram; 16,8% tiveram anemia na gravidez; 50% tiveram primeira consulta entre a 13ª e 26ª semana de gestação; 31,50% realizaram até 3 consultas e 9,20% fumavam. A morbimortalidade materna vem caracterizando-se como ocorrência inadmissível. Detectou-se falhas nos registros e arquivos das unidades, que são documentos comprobatórios locais da prestação de assistência. A garantia de assistência adequada no período gravídico e puerperal torna a mulher protagonista do processo de nascimento e da sua própria vida.

Palavras-chave: Puerpério. Gravidez. Pré-Natal. PSF

1 Enfermeira do Programa de Saúde da Família-PSF e especialista em Saúde Pública pelo IBPEX

2 Acadêmico de enfermagem da FAESF - Faculdade de Ensino Superior de Floriano-PI

Magnobl411@hotmail.com, R. Alcino Guerra, nº 441 Cristino Castro – PI CEP: 64920-000

geandra.lima@bol.com.br, R. Alcino Guerra, nº 441 Cristino Castro – PI CEP: 64920-000

3 Prof. M.Sc. do curso de farmácia da UFPI e do curso de especialização em Saúde Pública do IBPEX e doutorando em Ciências Farmacêuticas pela UFPE, liviocesar@hotmail.com Quadra 90, Casa 01 Conjunto Parque Piauí Teresina – PI, CEP: 64025-11

ABSTRACT

This work aimed to draw a profile of the prenatal attendance and puerperal, discovering the efficiency of the precocious reception and the pregnant woman's search for the service supplied in the positions of PSF of the urban area of the municipal district of Floriano-PI, as well as the data of the record perinatal filed in the units of health. The data were obtained in visit to the 16 positions of PSF of the urban area, where it was made the rising of the number of records perinatais, the analysis of the data contained regarding each pregnant one that gave birth during the year of 2005 and applied questionnaires to the nurse. Starting from the obtained data, they were mounted graphs characterizing the pregnant woman florianense and the service of attention to the prenatal of this municipal district. Accompanied 585 pregnant women, they gave birth during the year of 2005, of these 347 (59,3%), they didn't possess record perinatal. In the analysis of the data of the available records, we obtained the following results: 31% had between 15 and 19 years; 46% were married; 40% with incomplete fundamental teaching; 35% with family antecedents of hypertension; 36,10% only 1 gestation; 81,50% they never miscarried; 16,8% had anemia in the pregnancy; 50% had first consultation among to 13rd and 26th week of gestation; 31,50% accomplished up to 3 consultations and 9,20% smoked. The maternal morbimortality is being characterized as inadmissible occurrence. It was detected flaws in the registrations and files of the units, that are documents supporting places of the installment of attendance. The warranty of appropriate attendance in the period of the pregnancy and puerperal turns the woman protagonist of the process from birth and of his/her own life.

KEY-WORDS: Puerperal. Pregnancy. Prenatal . PSF

INTRODUÇÃO

A gravidez é um estado fisiológico, talvez o mais fisiológico dos estados orgânico (FONSECA, 1995), neste período compreendido em média por 38 semanas após a concepção ou 40 semanas a partir da última menstruação (DU GAS, 1988), ocorre inúmeras transformações corpóreas que requerem atenção especial por propiciarem uma alta vulnerabilidade à mulher.

A assistência pré-natal que caracteriza esta atenção especial consiste no acompanhamento pela equipe de saúde de todo processo gravídico, desde seu diagnóstico até o parto e puerpério.

No Brasil, milhares de mulheres morrem anualmente por complicações ligadas à gestação, parto e puerpério, tendo este o quinto maior índice de mortalidade da América Latina. Estima-se que ocorram 134,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. 98% destas mortes seriam evitáveis se as mulheres tivessem condições de vida digna e atenção à saúde adequada (BRASIL, 1995).

O advento de expansão dos níveis de atenção básica com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em muito tem favorecido a ocorrência de um pré-natal de qualidade, vindo a ser uma arma eficaz na redução da mortalidade materna.

Associado ao funcionamento do PSF, outros programas de controle do atendimento têm incentivado a qualificação e garantido a assistência a gestante, destacamos entre eles o SIAB e o SIS – PRÉ-NATAL.

O SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) deve ser alimentado mensalmente com os números e tipos de atendimentos realizados nas unidades de saúde, para garantir o envio de verbas de funcionamento às mesmas. No caso do não processamento de informações por dois meses consecutivos ou três alternados há a suspensão de verbas até ocorrer a atualização dos dados. Esta medida garante o funcionamento contínuo sem detrimento à assistência.

O SIS/PRÉ-NATAL é especificamente ligado ao cadastro e acompanhamento de gestantes. Um incentivo monetário é concedido por cada gestante captada e cadastrada ainda no primeiro trimestre gestacional. Se posteriormente forem realizadas mais de seis consultas pré-natais e uma consulta puerperal, um outro incentivo financeiro é concedido.

Estas medidas governamentais visam estimular os profissionais a desenvolverem estratégias de captação e aderência das mulheres ao acompanhamento pré-natal, uma vez que dados do DATASUS, 1997 relataram que apenas 49,81% das gestantes acompanhadas tiveram mais de seis consultas. Este índice foi menor ainda na Região Nordeste, sendo de 38,75%.

O SIS/PRÉ-NATAL requer também informações sobre solicitações de exames de rotina melhorando a qualidade da assistência por meio de diagnósticos de intercorrências gestacionais.

Esta pesquisa traça um perfil do acompanhamento pré-natal e puerperal, averiguando a eficiência da captação precoce e a busca da gestante pelo atendimento fornecido nos postos de PSF da zona urbana do município de Floriano-PI, bem como os dados da ficha perinatal arquivada nas unidades de saúde.

MÉTODOS

Os dados foram obtidos em visita aos 16 postos de PSF da zona urbana do município de Floriano-PI (100% das equipes), onde solicitamos os arquivos das fichas perinatais das mulheres acompanhadas pela unidade de saúde, que pariram durante o ano de 2005. Aplicamos também questionários ao enfermeiro responsável pela unidade.

Foi realizado o levantamento do número de fichas perinatais, a análise dos dados contidos referentes a cada gestante e elaborado, a partir dos mesmos, gráficos caracterizando a gestante florianense e o serviço de atenção ao pré-natal deste município.

RESULTADOS

Visitou-se 16 unidades de PSF, que correspondem ao total dos postos da zona urbana de Floriano-Pi.

Os resultados que obtivemos refletem um problema comum as várias das unidades, o não preenchimento ou o preenchimento incompleto da ficha perinatal, dificultando a caracterização das gestantes acompanhadas. Outro problema relevante é a desorganização de alguns arquivos que prejudica a realização de estudos retrospectivos, como o que realizamos, podendo os nossos resultados não coincidirem com os registros do SIAB, e do SIS/PRÉ-NATAL.

De acordo com os dados levantados, 585 gestantes acompanhadas nos postos da zona urbana, pariram durante o ano de 2005, destas 347 (59,3%), não possuíam ficha perinatal. Ao serem questionados os profissionais justificaram o não uso desse impresso por preferirem acompanhá-las apenas pelo cartão da gestante que é trazido a cada consulta e contém basicamente as mesmas informações da ficha em questão, tornando-as repetitivas. Os dados considerados de relevância são relatados na ficha geral da cliente. Referiram ainda número de material insuficiente para a alta demanda, como explicação para ausência do impresso em arquivos.

Apenas 238 (40,6%), das gestantes possuem ficha perinatal adequadamente arquivadas na unidade de PSF onde realizaram pré-natal. Ao analisarmos individualmente estas fichas observamos o não funcionamento do sistema de contra-referência, as lacunas que deveriam ser preenchidas na unidade de saúde onde ocorreram os partos, estão em sua totalidade em branco, tal fato, nos levou a considerar como o preenchimento integral da ficha perinatal aquelas que mantiveram as lacunas apenas nos campos relativos ao sistema de contra-referência e como parcial, as que possuem campos em branco, que independem de informações extra unidade de PSF. Encontramos preenchimento integral em 90 (37,8%) das fichas e parcial em 148 (62,1%).

Baseados nos campos informativos das 238 fichas perinatais, a que tivemos acesso apresentamos o perfil amostral da gestante florianense.

2.1 FAIXA ETÁRIA

Conhecer a faixa etária média das gestantes é uma forma de avaliar riscos potenciais associados à idade (Gráfico I). As gestantes adolescentes na faixa de 10 a 18 anos estão mais propícias a complicações obstétricas e perinatais, especialmente no trabalho de parto e ocorrência de parto pré-termo, pois o organismo adolescente ainda não está devidamente preparado para sofrer alterações típicas de uma gravidez (ZAGONEL, 2000), Mesmo após a menarca o corpo está em fase de seu próprio crescimento, o desenvolvimento do concepto significa partilha de nutrientes podendo conseqüentemente resultar em déficit nutricional materno e ou fetal, anemia, ferropriva, trabalho de parto prematuro etc.

Segundo o Ministério da Saúde, 2001, a gravidez na adolescência é fator preocupante, correspondendo a 25,63% das internações obstétricas do SUS (Sistema Único de Saúde). As conseqüências da gravidez e da maternidade neste período da vida são de ordem sanitária, biológica, psicológica social e demográfica, requerendo um processo de reestruturação e reajustamento da mãe adolescente que via de regra, necessita abandonar a escola, prover seu sustento e ainda sofrer pressões emocionais por parte da família e da sociedade (WHALEY,1999)

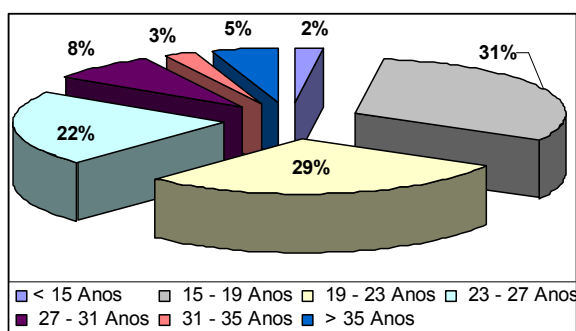


GRAFICO. I- FAIXA ETÁRIA

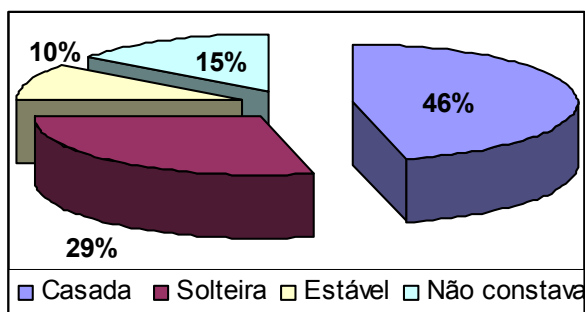
Outro fator relevante em relação à faixa etária da gravidez é a ocorrência da mesma a partir dos 35 anos de idade onde é maior a freqüência de doenças crônicas além das alterações hormonais fisiológicas da idade que podem representar riscos para o adequado desenvolvimento da gestação, parto e puerpério.

Como pode ser observado a soma dos dois primeiros intervalos de idade totaliza, 33,1% de gestantes que representam o índice amostral de adolescentes que pariram durante o ano de 2005, este número é significativamente alto requerendo das equipes o desenvolvimento de mais palestras educativas especialmente sobre métodos contraceptivos, os riscos de obtenção de DSTs/AIDS, e aos

riscos da própria gestação nesta faixa etária, de forma a conscientizar as adolescentes da importância de medidas preventivas.

2.2 ESTADO CIVIL

O estado civil da gestante pode representar a sua estabilidade afetiva, em alguns casos, o apoio e a aceitabilidade à gestação que são fatores valiosos que favorecem a formação de laços afetivos maternos fetais e o desenvolvimento de cuidados benéficos ao transcorrer gestacional (Gráfico II).



GRAF. II- ESTADO CIVIL

2.3 ESCOLARIDADE

A escolaridade é indicatória do grau de informação da cliente, é um meio do profissional identificar como abordá-la e como proceder os aconselhamentos durante o pré-natal (Gráfico III).

Estudos realizados no Instituto Materno Infantil de Pernambuco associam o baixo índice de escolaridade à alta prevalência de enteroparasitoses, uma vez que a falta de instrução diminui os cuidados com saneamento, alimentação, higiene pessoal e favorece a propagação de patologias veiculadas por esses meios, isso é relevante quando consideramos o alto percentual das gestantes que possuem apenas o ensino fundamental. Estas pessoas são também vítimas de problemas sócio-econômicos, possuem uma baixa renda familiar, o que conseqüentemente não lhes fornece condições de vida adequada refletindo negativamente na gravidez.

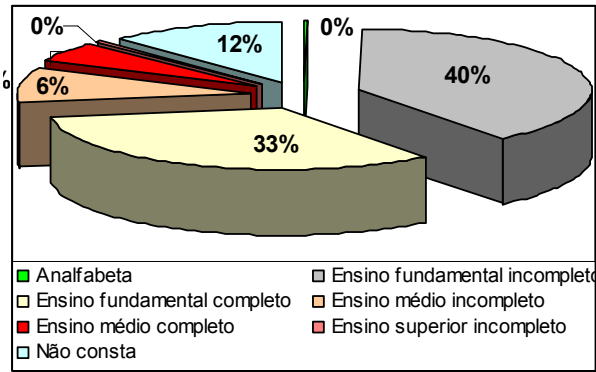


GRAFICO. III- ESCOLARIDADE

2.4 ANTECEDENTES FAMILIARES E PESSOAIS

Os antecedentes patológicos, familiares e pessoais, são históricos consideráveis representativos de riscos de complicações gestacionais por problemas de hereditariedade ou da própria gestante (Gráfico IV).

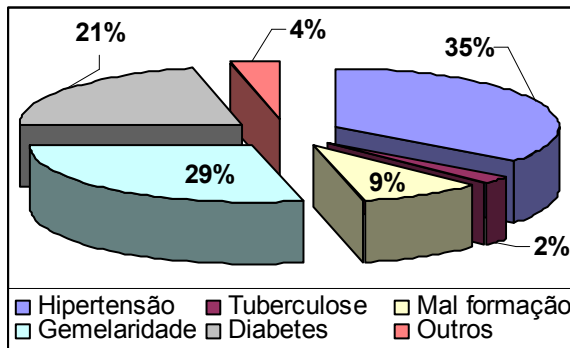


GRAFICO IV- ANTECEDENTES FAMILIARES

Os antecedentes familiares informam situações prováveis de hereditariedade que quando existentes requerem uma avaliação apurada da mulher com a finalidade de descartar ou diagnosticar a ocorrência na mesma. Os maiores índices observados foram de hipertensão (41,5%), gemelaridade (33,6%) e diabetes (25,2%). Procedimentos como avaliação constante da pressão arterial, testes de glicemia, ultra-sonografias gestacionais, altura uterina etc., são indispensáveis para avaliar qualquer gestante, especialmente se o histórico familiar da mesma indica uma possibilidade de serem vítimas das alterações que requerem cuidados especiais.

Os antecedentes pessoais referem-se a ocorrências na própria mulher que solicitam maior atenção à gestação.

Nesta pesquisa o maior índice de ocorrências foi a antecedente realização de cirurgias pélvicas (13,4%), devendo-se avaliar o não prejuízo das alterações típicas de uma gestação. A depender do tipo de cirurgia, observa-se o aumento gradativo do fundo uterino, se está de acordo com a idade gestacional, se houve inserção placentária adequada, e se o desenvolvimento da gravidez está sendo interferido pela intervenção cirúrgica que antecedeu a gestação (CARVALHO, 2001).

Destacamos com um índice de 21% das gestantes pesquisadas, a hipertensão devido à periculosidade da mesma tanto para a mãe como para o feto. A hipertensão pode ser crônica como um acometimento materno sem ligação com o atual estado gravídico, ou pode ser a DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gravidez), que acomete a mulher gestante, sendo uma complicação comum e potencialmente perigosa.

A hipertensão pode apresentar-se de forma leve (pré-eclampsia) moderada (pré-eclampsia grave) e eclampsia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995). Existem vários fatores de risco associado com o aumento da pressão arterial tais como: adolescência, idade acima de 35 anos, conflitos psíquicos e afetivos, tensão, diabetes mellitus, gestação múltipla, desnutrição, primeira gestação, história familiar de hipertensão etc. Com a evolução da doença pode ocorrer a convulsão ou coma materno, parto prematuro e sofrimento fetal (BURROUGHS, 1992).

A assistência pré-natal tem como um dos objetivos detectar o aumento da pressão arterial e as queixas urinárias que podem ser indicativos de hipertensão.

Vários antecedentes pessoais são influenciáveis ao desenvolvimento da gestação, porém, ocorrem estatisticamente em menores números como o diabetes, a infertilidade, a tuberculose entre outros (Gráfico V).

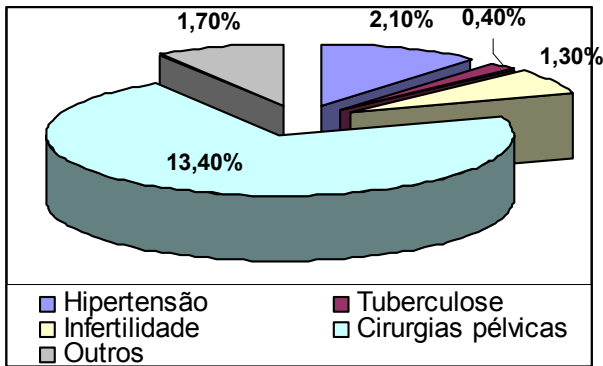


GRAFICO V- ANTECEDENTES PESSOAIS

2.5 NÚMERO DE GESTAÇÕES

A quantidade de vezes que uma mulher engravidou é avaliada como fator de risco para complicações obstétricas, como eficácia do trabalho de planejamento familiar e o conhecimento de métodos contraceptivos (Gráfico VI).

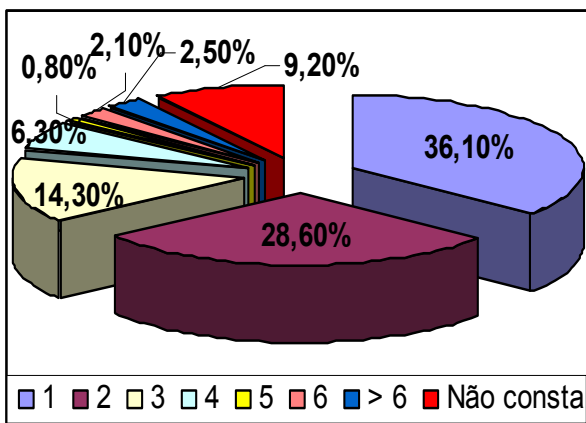


GRAFICO VI- NÚMERO DE GESTAÇÕES

O maior índice de complicações é observado na primeira gestação ou em alta multiparidade (LARGURA, 1998).

2.6 NÚMERO DE GESTANTES COM ANTECEDENTES ABORTIVOS

O Ministério da Saúde, 2000 conceitua como abortamento a morte ovular ocorrida antes da 22ª semana de gestação e o processo de eliminação deste produto da gestação como aborto precoce, quando eliminado até 13ª semana e tardio entre a 13ª e 22ª semanas.

Os tipos e causas de aborto são inúmeros e variáveis. Podem ocorrer por: problemas orgânicos da mulher, fatores ovulares (defeitos em óvulos ou espermatozoides), infecções ou patologias que acometem a mãe durante a gestação. Podem ser espontâneo (independe do desejo da mãe), habitual (repetidas por três ou mais vezes), induzido (intervenção ilegal da gravidez), retido (feto morto e não expulso) (BITTAR,1995)

Consideramos o número de abortos a que a gestante foi submetida anteriormente. Estas ocorrências afetam a mulher tanto do ponto de vista biológico como psicoemocional, podendo ser influenciáveis à gestação atual (Gráfico VII).

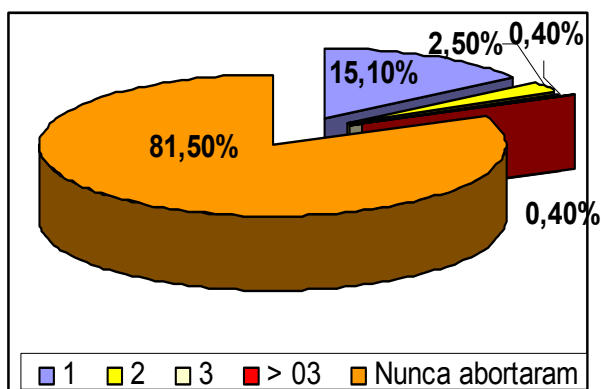


GRAFICO VII- NÚMERO DE GESTANTES C/ ANTECEDENTES ABORTIVOS

2.7 PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS

As intercorrências são alterações que ocorrem na mulher que não estavam previstas para o curso gestacional, muitas destas comuns e facilmente tratáveis, porém, quando não acompanhadas podem trazer malefícios à mãe e ao concepto.

No 1º e 3º trimestre de gravidez, os exames de rotina (hemograma completo, grupo sanguíneo e fator RH, sorologia para sífilis, VDRL, glicemia, sumário de urina, parasitológico de fezes, anti-HIV e Papanicolau), devem ser realizados para avaliar as seqüelas, complicações e a transmissão de doenças ao RN, permitindo que a mulher seja precocemente tratada.

Foi constatado que os maiores índices de intercorrências são anemia (16,8%), infecção urinária (13,0%), parasitose (14,7%) (Gráfico VIII). A anemia pode ser resultante de uma alimentação insuficiente para nutrir as necessidades de ferro bem maiores na gestante, que necessita compartilhá-lo com o feto. Outra causa está associada ao alto número de parasitoses. Os parasitas

fixados à mucosa intestinal podem alimentar-se de sangue materno em quantidade suficiente para debilitá-la.

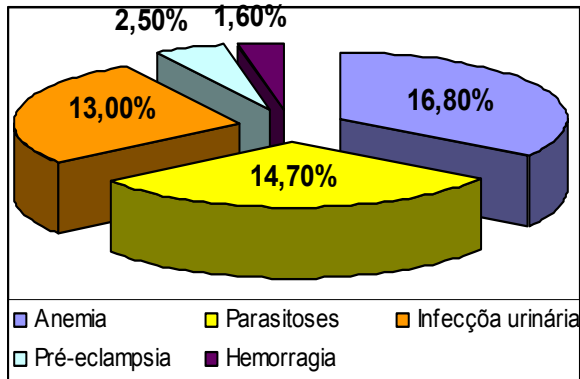


GRAFICO VIII- PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS

A infecção urinária geralmente é consequência das transformações anatômicas e fisiológicas do trato urinário da gestante, compressão dos ureteres, redução da atividade peristáltica, dilatação progressiva da pelve renal, refluxo e retenção urinária, más condições de higiene da genitália ou até mesmo DSTs.

2.8 IDADE GESTACIONAL DA PRIMEIRA CONSULTA

A precocidade com que se inicia o acompanhamento pré-natal reflete na qualidade do mesmo uma vez que possibilita diagnósticos de antecedentes ou intercorrências influenciáveis à gestação, além de que as orientações são fornecidas logo ao princípio da formação fetal (1º trimestre), onde os cuidados com a gestante são mais amplos e de maior significado.

A idade gestacional da primeira consulta enfoca o trabalho da equipe na captação precoce da gestante e garante a unidade uma verba adicional, se esta ocorrer ao longo do primeiro trimestre (Gráfico IX).

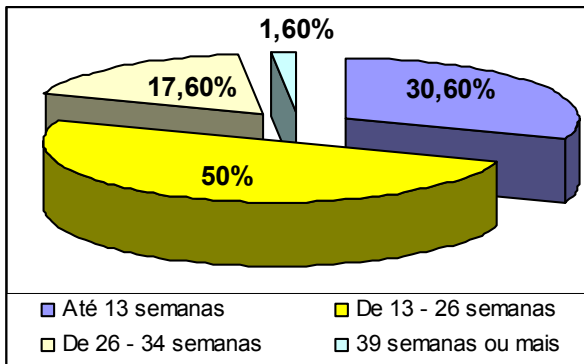


GRAFICO IX- IDADE GESTACIONAL DA PRIMEIRA CONSULTA

2.9 NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS

A aderência da gestante ao acompanhamento fornecido é demonstrativo da atenção, da assistência e da segurança passada à paciente, o que lhe estimula ao retorno à unidade de saúde mensalmente.

Nos variados casos em que não há um retorno espontâneo, há a necessidade da captação das faltosas de forma a promover uma assistência integral por todo período gestacional.

Como já foi citada anteriormente a realização de 06 ou mais consultas por uma gestante garantem um outro incentivo financeiro (Gráfico X).

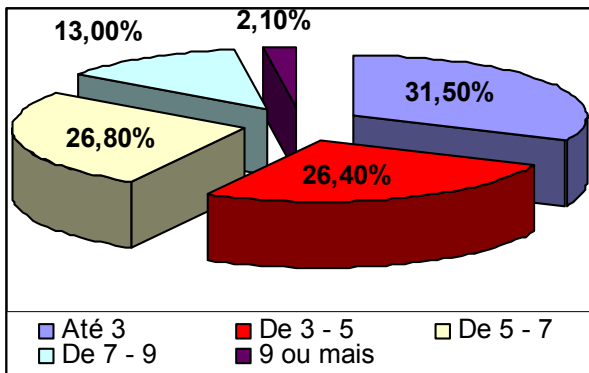


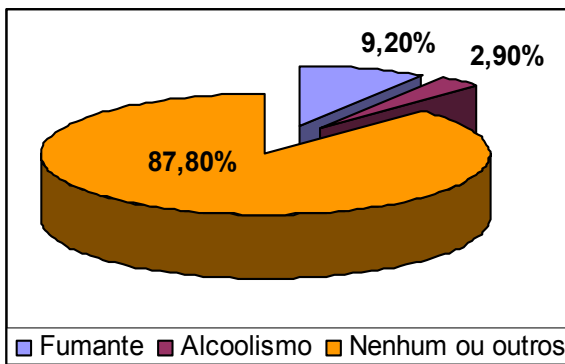
GRAFICO X- NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS

2.10 PRÁTICAS PREJUDICIAIS AO BEM ESTAR MATERNO FETAL

O fumo pode provocar abortos espontâneos relacionados à anoxia e comprometimento placentário, pode ainda comprometer a atividade reprodutora da mulher. Nas mulheres fumantes, mesmo quando param o produto concepcional a termo, observa-se redução ponderal da RN. O fumo é considerado como responsável pelo acréscimo da mortalidade perinatal. (HORTA,1997).

O álcool exerce ação perigosa, interrompendo prematuramente ou influenciando a deformação física e anomalias mentais. O feto poderá apresentar atraso da estatura e peso e uma síndrome caracterizada por hipoplasia do maxilar superior, testa abaulada, proeminência da mandíbula, ptose palpebral. O cérebro em formação necessita de suprimento de glicose e oxigênio e o álcool comprovadamente reduz o nível de glicose podendo ocasionar lesões no sistema nervoso da criança (BOLSANELLO,1986).

Convém, pois, orientar a gestante a suspender tais práticas, se não sempre, ao menos durante toda a gestação, muito embora os resultados encontrados não mostram quadros alarmantes (FIG.XI).



GRAFICA XI- PRÁTICAS PREJUDICIAIS AO BEM ESTAR MATERNO FETAL

2.11 PARTO E PUERPÉRIO

A enfermagem possui um papel importante no sentido de proporcionar uma assistência humanizada e qualificada no momento do parto, favorecendo e estimulando a participação efetiva da gestante. A promoção e manutenção do bem estar físico e emocional ao longo do parto, ocorre mediante informação e orientações à parturiente à cerca do trabalho de parto.

Avaliarmos a qualidade da assistência prestada à gestante florianense durante o parto não foi possível mediante a fonte pesquisada (ficha perinatal), uma vez que as lacunas referentes ao

parto em sua totalidade não estavam preenchidas o que indica o não funcionamento do sistema de contra referência entre PSF e as unidades hospitalares onde ocorreram os partos.

Durante toda gravidez o organismo materno sofre alterações gradativas. O puerpério inicia-se após o parto e segue até a fisiologia materna voltar ao estado pré-gravídico. Esta fase é de grande estresse fisiológico e psicológico, podendo ocorrer complicações desencadeadas pelo trabalho de parto e nascimento. A assistência prestada visa prevenir tais ocorrências (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2001)

Os principais problemas associados ao puerpério são: depressão pós-parto, onde uma grande labilidade emocional somada à exaustão física resulta num quadro de profunda tristeza e recusa em cuidar do bebê e de si própria; infecção puerperal pela potencialidade pós parto para contaminação por microorganismos patogênicos; hemorragia puerperal que são complicações de alta incidência causadas por atonia uterina; lacerações do canal vaginal e retenção de restos placentários; ingurgitamento mamário; rachaduras, fissuras e mastite decorrentes da amamentação e cuidados com a mama inadequados (CARVALHO, 2001).

A consulta de puerpério visando detectar e tratar as possíveis complicações supracitadas deve ocorrer preferencialmente entre o sétimo e o décimo dia pós-parto.

Nos posto de Floriano, apesar da afirmativa dos profissionais de que todas as visitas puerperais são realizadas, apenas 90 (37,8%), das 238 fichas perinatais possuíam as lacunas de puerpério preenchidas mesmo que vagamente. Em todas estas, nenhuma complicação foi notificada, apenas constavam as orientações dadas à mãe e afirmavam boa recuperação pós-parto de todas.

CONCLUSÃO

Ao considerarmos as políticas atuais de saúde, concluímos que a morbimortalidade materna vem caracterizando-se como ocorrência inadmissível, uma vez que está sendo enfocada como um dos problemas prioritários de saúde pública.

O estudo aqui desenvolvido propiciou a detecção de falhas nos registros e arquivos das unidades, que são documentos comprobatórios locais da prestação de assistência. Vale ressaltar que, com a implantação do *Programa de humanização ao parto e ao nascimento*, todas as questões referentes ao acompanhamento da gestação, parto e puerpério, tornaram-se de obrigatória realização

para alimentar o sistema e garantir verbas, o que vem sendo mais uma justificativa para o não uso por parte dos profissionais das fichas perinatais.

Reafirmamos, pois, a necessidade de facilitar o acesso a serviços de saúde, avaliar esses serviços e implementar as propostas do Ministério a Saúde, partindo do princípio que a preparação para o exercício profissional, através de cursos de reciclagem, educação continuada e a conscientização sobre a importância do pré-natal e todas as atividades a ele relacionadas, como as documentações e notificações, sejam medidas eficazes para propiciar melhoria da qualidade de vida das pacientes. A garantia de assistência adequada no período gravídico e puerperal, além de permitir estudos estatísticos fidedignos, os quais almejamos serem demonstrativos da redução progressiva da extrema vulnerabilidade materna-fetal e dos índices de morbimortalidade dos mesmos, torna a mulher protagonista do processo de nascimento e da sua própria vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BITTAR, Sandra F.G. Aborto. In: SANTOS, Izabel et al. **Guia curricular para formação de auxiliares de enfermagem-Área hospitalar: Área curricular IV: Participando da assistência integral a saúde da mulher, crianças e do adolescente**. Belo Horizonte: EE-UFMG/PRODEN, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde-Coordenação de saúde materno infantil.**Assistência pré-natal: Manual técnico 3º ed.**, Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde-**Profissionalização de auxiliares de enfermagem**-Caderno do aluno: Saúde da mulher, criança e adolescente. Brasília, 2001.

_____. **Gestação de alto risco**. Manual técnico 3. ed. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde-Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher (PAISM). **Assistência ao parto, ao puerpério e ao recém nascido**. Normas e técnicas, Brasília, 1991.

BOLSANELLO, Aurélio et al., **Conselhos-Análise do comportamento humano em psicologia**. 10º ed., Editora ducacional Brasileira S/A. Curitiba, 1986.

BURROUGHS,A. **Uma introdução a enfermagem materna**. 6º ed., Artes médicas, Porto Alegre, 1995.

CARVALHO, Geraldo M., **Enfermagem em obstetrícia** Edição revista e ampliada. EPU, 2001.

DU GAS, B.W., **Enfermagem prática**. 4. ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1988.

FONSECA, J.G.M., Nutrição na gravidez. In: Filho N. A. et al. **Manual de perinatologia**, Rio de Janeiro: MEDSI,1995.

HORTA, B.L. et al., **Tabagismo em gestantes de área urbana da região sul do Brasil, 1992 e 1993**. Ver. Saúde Pública, 1997.

LARGURA, Marília, **Assistência ao parto no Brasil**. São Paulo, 1998.

LOURO, G.L., **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**, 2. ed. Editora Vozes, Rio de Janeiro, 1998.

WHALEY, L.F. et al. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**, 2. ed. Editora Guanabara, Rio de Janeiro, 1999.

ZAGONEL, Ivete P.S., **Gestação na adolescência: A visão da enfermagem**. In: Associação Brasileira de Enfermagem. III Seminário Estadual: Qualidade da assistência ao parto: Contribuição da enfermagem, ABEN, Paraná, 2000.

ZIEGEL, E.E. et al., **Enfermagem Obstétrica**. 8. ed. Guanabara Koogan, 1986.