

Doença hipertensiva específica da gravidez: o envolvimento de puérperas com o autocuidado

Specific hypertensive disease of pregnancy: the participation of puerperas with self-care

Cláudia Teresa Frias Rios¹, Elba Gomide Mochel², Thais Natália Araújo Botentuit³ e Viviane de Sá Coêlho Silva⁴

Resumo

Introdução: A doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) caracteriza-se pelo aparecimento da hipertensão, proteinúria e edema após a vigésima semana de gestação sendo a principal causa de morte materna. **Objetivo:** Estudar o envolvimento com o autocuidado em puérperas com diagnóstico de DHEG. **Método:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa onde se utilizou um formulário semiestruturado, com questões relacionadas aos dados sócio-demográficos, história reprodutiva, gravidez atual, pré-natal e os requisitos de autocuidado entre 45 puérperas. **Resultados:** A maioria das puérperas encontrava-se na faixa etária de 22 a 25 anos, pertence à raça parda, possui renda familiar superior a um salário mínimo, tem segundo grau completo, são trabalhadoras do lar com união estável. Em relação ao autocuidado, 88,9% ingerem de 5 a 10 copos de água por dia, 62% afirmaram que modificaram a alimentação devido a gravidez, 93,3% não praticavam nenhum tipo de atividade física e destas, 66,7% afirmaram ter horário de repouso, 71,1% afirmaram ter como rede de apoio a família e 53,3% têm como lazer assistir televisão. **Conclusão:** Constatou-se a maioria das mulheres apresentaram envolvimento com o autocuidado tanto com relação à frequência, quanto ao início das consultas pré-natais, à ingestão de medicamentos e a práticas de interação sociais e lazer. Evidenciou-se que há necessidade de atividades educativas para que estas mulheres se conscientizem que o engajamento no autocuidado se constitui no próprio tratamento.

Palavras-chave: Autocuidado. Gravidez. Hipertensão Induzida pela Gravidez.

Abstract

Introduction: The specific hypertensive disease of pregnancy (SHDP) is characterized by hypertension, proteinuria and edema after the 20th gestational week. It constitutes the main cause of maternal death. **Objective:** To study the involvement with self-care in puerperas diagnosed with SHDP. **Methods:** Quantitative approach study, with a semi-structured questionnaire with questions related to social demographic data, reproductive history, current pregnancy, prenatal care and prerequisites for self-care. 45 pregnant women answered the questionnaire. **Results:** Most of the women were between 22 and 25 years of age, mulatto, with monthly family income above 1 minimum wage. Most of them had also finished high school and were homemakers with a stable union. Regarding the self-care, 88.9% ingested between 5 and 10 glasses of water per day, 62% changed their eating habits due to the pregnancy, 93.3% did not exercise and among these, 66.7% said they had a specific resting time. 71.1% confirmed to have the family as their support and 53.3% had as favorite leisure to watch television. **Conclusion:** We found that the majority of women showed involvement with self-care regarding the frequency as well as the beginning of prenatal consultation, medication intake, and social and leisure interactions. It became apparent that there is a need for educational activities in order these women to be aware that self-care is by itself a treatment.

Keywords: Self-care. Pregnancy. Pregnancy-induced hypertension.

Introdução

A ciência da enfermagem está embasada numa ampla estrutura teórica e através do processo de enfermagem podemos definir qual modelo de assistência será aplicado à prática da enfermagem. Este processo, normalmente embasado em uma teoria de enfermagem, permite um melhor direcionamento da sua prática, promove cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo¹.

Nesse sentido, destaca-se a teoria do autocuidado de Orem, que tem como premissa básica a crença de que o ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidado de si mesmo, salientando-se a importância do contínuo desenvolvimento da competência do indivíduo, que pode se beneficiar com o cuidado da equipe de enfermagem quando apresentar incapacidade de autocuidado ocasionado pela falta de saúde².

Nessa teoria, os pacientes julgam se a ação de autocuidado é benéfica para eles, e esse julgamento ocorre de acordo com as orientações internas e/ou externas que, por sua vez, são moldadas pela cultura em que os indivíduos vivem. Considera ainda, a educação para o autocuidado um processo dinâmico que depende da vontade do cliente e da percepção dele sobre sua condição clínica³.

A teoria de enfermagem do déficit de autocuidado ou teoria geral de enfermagem de Orem é composta de três teorias inter-relacionadas, ou seja, a do autocuidado, do déficit de autocuidado e dos sistemas de enfermagem. Incorporados a elas, estão seis conceitos centrais e um periférico. Os seis conceitos centrais são: autocuidado, ação de autocuidado, déficit de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, serviço de enfermagem e sistema de enfermagem e conceito periférico, a autora denominou de fatores condicionantes básicos⁴.

¹ Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e membro do NEPEM da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

² Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem membro do NEPEM da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

³ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

⁴ Enfermeira da Estratégia Saúde da Família. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Contato: Cláudia Teresa Frias Rios. E-mail: ctfrios@hotmail.com

Orem incorporou à sua teoria um conceito fundamental que são os requisitos de autocuidado, dividindo-os em três categorias: os requisitos universais ou atividades de vida diária que se referem aos processos da vida e manutenção da integridade e funcionamento humanos em todo o ciclo de vida; os requisitos de desenvolvimento que são expressões particularizadas de requisitos universais ou novos requisitos derivados de uma condição ou evento; e autocuidado no desvio de saúde, exigido em condições de doença ou lesão⁴.

No período da gravidez a mulher passa por diversas transformações que acarretam algumas demandas e déficits de autocuidado, que precisam ser trabalhadas junto à paciente para serem compensadas e supridas, com o objetivo de preservar o seu bem-estar e manter sua saúde. Assim, a gestante deve ser incentivada pela enfermagem a engajar-se no seu próprio autocuidado⁵.

Na área da saúde materna várias doenças se desenvolvem ou são agravadas pela gravidez, entre elas, podemos citar a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez - DHEG. Nestes casos, a prevenção se dá quando a mulher assume a responsabilidade de cuidar da sua saúde frequentando consultas de pré-natal e adotando práticas que garantam um estilo de vida saudável. Porém, para que essas ações sejam efetivas, é necessária a atuação do enfermeiro durante as consultas pré-natais através da conscientização de que o autocuidado é o caminho para o controle da doença⁶.

Estima-se uma incidência aproximada de 12% a 22% de algum tipo de hipertensão arterial durante o ciclo gravídico-puerperal. Além destes distúrbios estarem associados a um maior risco materno, aumento da morbidade fetal e neonatal, prematuridade induzida, baixo peso ao nascimento e sofrimento crônico fetal⁸.

Esta pesquisa objetivou estudar o envolvimento com o autocuidado em puérperas com diagnóstico de DHEG.

Método

Trata-se de um estudo de natureza descritivo-exploratória, com abordagem quantitativa, realizado com 45 puérperas que durante a última gestação apresentaram diagnóstico de DHEG. A pesquisa foi realizada no alojamento conjunto (ALCON) de um Hospital Universitário referência para atendimento em saúde da mulher.

O instrumento de coleta de dados constituiu-se de um formulário semi-estruturado que investigou sobre os dados demográficos e sociais, história reprodutiva, aspectos relacionados à gravidez atual e ao pré-natal e os requisitos de autocuidado que se compreende estarem associados às portadoras de DHEG durante a última gestação. São eles: requisitos universais de autocuidado que são atividades da vida diária identificados por Orem (ingestão de água, alimentação, atividade física e repouso, interação social, lazer e recreação, prevenção de riscos, manutenção da saúde), e requisitos relacionados ao desvio de saúde (percepção e conhecimento sobre a doença e medidas terapêuticas prescritas). Os aspectos contemplados no

referido questionário constituirão as variáveis de estudo

A coleta de dados foi realizada no período de 1º de abril a 06 de maio de 2011. Inicialmente foram realizadas buscas nos prontuários para identificar as mulheres que apresentavam diagnóstico de DHEG. Os dados obtidos foram analisados e transportados para o programa EPI-INFO CDC versão 3.5.2, ano 2010, para obtenção da frequência absoluta e relativa. Em seguida, estes foram transferidos para uma planilha de Excel® para elaboração e apresentação na forma de tabelas.

Este estudo respeita todas as normas e requisitos para a realização de pesquisas com seres humanos conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA (parecer consubstanciado de número 51/11).

Resultados

A maioria das puérperas encontrava-se na faixa etária de 22 a 25 anos, eram pardas, possuíam renda familiar superior a um salário mínimo, segundo grau completo, eram trabalhadoras do lar e a situação conjugal predominantemente encontrada foi a união estável.

Em relação à história reprodutiva o maior percentual (46,6%) das mulheres eram multigestas, seguidas pelas primigestas (31,2%) e secundigestas (22,2%). Quanto à paridade a maioria possuíam um filho (35,6%) e três ou mais filhos (33,3%). Houve o predomínio (71,1%) de mulheres que já tiveram tipo de parto cesária (Tabela 1).

Tabela 1 - Puérperas, segundo a história reprodutiva. São Luís-MA. 2011.

	n	%
Gestação		
1 gestação	14	31,2
2 gestações	10	22,2
3 ou mais gestações	21	46,6
Paridade		
nenhum filho	01	2,2
1 filho	16	35,6
2 filhos	13	28,9
3 filhos ou mais	15	33,3
Ocorrência de cesárea		
Nenhuma cesárea	13	28,9
1 ou mais cesáreas	32	71,1

A maioria das mulheres (93,5%) realizou o pré-natal. Destas 44,5% fizeram entre 4 a 6 consultas e 31% entre sete e mais, apenas um pequeno número (6,5%) não realizaram nenhuma consulta durante a última gestação. A maioria (60%) iniciou o pré-natal no primeiro trimestre e 66,7% afirmaram que a última consulta foi realizada entre zero e dez dias antes do parto. Quanto à imunização preconizada nessa fase,

84,4% afirmaram terem sido imunizadas durante o pré-natal. Em relação ao planejamento da gravidez, 64,4% afirmaram não ter desejado a gestação e 35,6% das puérperas a desejaram (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das puérperas, segundo aspectos relacionados à última gestação e ao pré-natal. São Luís-Ma. 2011.

VARIÁVEIS	n	%
Realização do pré-natal		
Não	03	6,5
Sim	42	93,5
Esquema vacinal		
Não	07	15,6
Sim	38	84,4
Números de consultas		
1-3	08	18,0
4-6	20	44,5
7 ou mais	14	31,0
Gravidez desejada		
Não	29	64,4
Sim	16	35,6

Quanto à ingestão de água em copos a grande maioria ingere de 5 a 10 copos correspondendo a 88,9%, seguida das que ingerem mais de dez copos (6,7%). Quanto à modificação na alimentação 62% das puérperas afirmaram que modificaram a alimentação, enquanto 38% mantiveram seu padrão alimentar. Destaca-se o percentual de 35,6% que afirmou ter deixado ou diminuído o consumo de doce, salgado, massa e gordura. Observou-se que a maioria absoluta (93,3%) não praticava nenhum tipo de atividade física. Quanto ao repouso, 66,7% afirmaram priorizar o repouso, enquanto 33,3% disseram que não. Verificou-se ainda que a maioria (68,9%) realizou outras consultas e exames além do pré-natal, sendo as mais frequentes as ginecológicas (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das puérperas segundo os requisitos universais do autocuidado. São Luís-MA. 2011.

REQUISITOS UNIVERSAIS	n	%
Ingestão de água em copos		
3 copos	01	2,2
4 copos	01	2,2
5 a 10 copos	40	88,9
Mais de 10 copos	03	6,7
Modificação alimentar		
Não	17	38
Sim	28	62
Exercícios físicos		
Não	42	93,3
Sim	03	6,7
Repouso		
Não	15	33,3
Sim	30	66,7
Outras consultas e exames		
Não	14	31,1
Sim	31	68,9

Segundo a interação social, 93,3% das mulheres afirmou conversar com as pessoas, a maioria (71,1%) tem como rede de apoio a família e 53,3% tem como lazer assistir televisão. Quanto à ingestão de bebida alcoólica, 40% afirmaram nunca ter ingerido; 28,9% afirmaram ter parado de ingerir antes mesmo de engravidar; 24,4% pararam de beber quando engravidaram e 6,7% continuaram bebendo durante a gravidez. A maioria nunca fumou (93,3%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Requisitos universais do autocuidado de puérperas com DHEG. São Luís-MA. 2011.

REQUISITOS UNIVERSAIS	n	%
Interação social		
Não	03	6,7
Sim	42	93,3
Rede de apoio		
Amigos	09	20,0
Familiares	32	71,1
Igreja	04	8,9
Ler	03	6,7
Passear	17	37,8
Trabalhos manuais	01	2,2
Televisão	24	53,3
Ingestão de bebida alcoólica		
Nunca bebeu	18	40,0
Sim, continuou	03	6,7
Sim, mas parou antes de engravidar	13	28,9
Sim, mas parou quando engravidou	11	24,4
Fumo		
Nunca fumou	42	93,3
Sim, continuou durante gravidez	01	2,2
Sim, mas parou antes de engravidar	01	2,2
Sim, mas parou quando engravidou	01	2,2

A maioria das puérperas (75,6%) confirmou ter conhecimento acerca da DHEG, porém, houve o predomínio (80%) daquelas que desconhecem as possíveis complicações associadas a essa patologia. Quanto às medidas terapêuticas prescritas, 62,2% das mulheres afirmaram que foram prescritos medicamentos para o tratamento, sendo que 60% das puérperas medicadas seguiram corretamente o tratamento (Tabela 5).

Tabela 5 - Requisitos de autocuidado relacionadas ao desvio de saúde de puérperas com DHEG. São Luís-MA. 2011.

REQUISITOS RELACIONADOS AOS DESVIOS DE SAÚDE	n	%
Conhecimento sobre a doença		
Não	11	24,4
Sim	34	75,6
Conhecimento das complicações		
Não	36	80
Sim	09	20
Seguimento das medidas terapêuticas prescritas		
Não	17	37,8
Sim	28	62,2

Discussão

A DHEG ocorre especialmente na primeira gestação e nos extremos de idade materna e alguns autores apontam uma incidência predominante da DHEG na raça branca e na raça negra⁹. Há que se considerar, também, no Brasil, a dificuldade de identificar uma pessoa que não tenha contato com diversas etnias em sua composição genética, ocasionada pelo multiculturalismo e o pluralismo de etnias no mesmo território.

Observou-se que essas mulheres não moram sozinhas, o que é um fator positivo, pois a presença de um companheiro é de extrema importância para o apoio à gestante e divisão de angústias e medos. O parceiro juntamente com a família gera segurança para o enfrentamento dos riscos prováveis da gravidez. A participação da família para satisfazer à demanda de autocuidado de um cliente, associada à ação do enfermeiro, é imprescindível, haja vista a cliente possuir déficit de conhecimento relacionado ao seu estado de saúde e necessitar de ajuda para suprir suas necessidades de sobrevivência¹⁰.

O nível sócio-econômico, principalmente no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, também é considerado um aspecto fundamental e determinante, capaz de predispor a gestante a desenvolver a doença¹¹. Assim como, a baixa escolaridade é um fator que dificulta o acesso das mulheres às informações e ao conhecimento, o que interfere negativamente nas condições para o autocuidado, pois, implica tanto na facilidade em buscar quanto em assimilar as informações recebidas sobre os cuidados com a saúde¹².

Vale ressaltar que os achados sobre a escolaridade e a ocupação/profissão remetem à idéia de que os fatores sócio-econômicos e culturais interferem na saúde dos indivíduos porque podem determinar desde possibilidades diferenciadas de acesso aos equipamentos de saúde, até a iniciativa do próprio indivíduo para buscar o cuidado, já que, uma vez atendidas as necessidades primárias de sobrevivência a pessoa tende a buscar outros patamares de satisfação das necessidades¹³.

Em relação à história reprodutiva, este estudo demonstra e coincide com outras pesquisas que evidenciaram que a incidência da DHEG se dá de forma relevante entre as primigestas. Os autores enfatizam que primigestas têm mais susceptibilidade de apresentar a DHEG e as complicações dela decorrentes¹⁴.

Os achados deste estudo constataram que a maioria das puérperas frequentou consultas pré-natais. Esse tipo de atendimento permite uma assistência adequada, esclarecimentos e identificação das alterações durante a gravidez, a fim de evitar prejuízos para mãe e feto, muito embora a gravidez seja um evento biológico normal para a maioria das mulheres. Vale lembrar que, ocasionalmente, pode ocorrer uma situação de alto risco e esta condição coloca em risco a saúde da gestante e/ou do feto, sem considerar a possibilidade de detectar distúrbios que possam interferir com o desenvolvimento fetal normal, o nascimento do bebê ou a transição para a maternidade¹⁴.

Durante o pré-natal, é preconizado que seja

realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre¹⁵.

Muitos autores chamam a atenção para o fato de que o acesso precoce aos acompanhamentos de pré-natal diminui a ocorrência de eclampsia, que é uma patologia evitável, porém, como afeta mulheres de categorias sócio-econômicas mais baixas, sua ocorrência é altamente influenciada pelo acesso ao diagnóstico e tratamento, que na maioria das vezes, ocorre tardiamente¹³.

A maioria das puérperas revelou não ter planejado a última gestação. Este dado é relevante e, inicialmente, pareceu incoerente, uma vez que atualmente se conta com uma grande variedade de formas de planejamento familiar e de controle de natalidade. Na verdade, isto representa o que ocorre na população brasileira como um todo, sendo que nem todos os indivíduos têm acesso à informação sobre contracepção, tampouco têm acesso a programas de controle de natalidade¹⁶.

No que se refere aos hábitos gerais de manutenção da vida e ao avaliarmos, por exemplo, a quantidade de água que um adulto normal deve ingerir por dia, verifica-se uma média de dois litros e meio de líquidos, a fim de evitar a desidratação. Por esse motivo, é necessária uma adequada ingestão de líquidos para que o organismo mantenha o equilíbrio hidroeletrólítico. Quando diagnosticamos nas gestantes/puérperas déficit de ingestão hídrica, devemos enfatizar que elas devem aumentar a ingestão de líquidos, por meio de bebidas que agradam e fazem bem, em especial aquelas mais naturais possíveis¹⁷.

A dieta da gestante deve ser balanceada e fracionada, incluindo vitaminas e sais minerais, proteínas e aumento da ingestão de fibras. O consumo de alimentos hipossódicos pela gestante também é uma ação de autocuidado significativa na prevenção do aumento da pressão arterial, pois, ao acrescentar sal nos alimentos naturais estaremos intensificando a retenção aquosa, a reatividade vascular arterial e a contratilidade uterina, com os evidentes efeitos nocivos no desenvolvimento do edema, na elevação dos níveis tensionais arteriais, na redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário e, conseqüentemente, na ocorrência de reduzido crescimento fetal e, eventualmente, da prematuridade¹⁸.

Observou-se que a maioria das mulheres pesquisadas não praticava nenhum tipo de atividade física, fator preocupante, pois a prática de exercícios físicos reduz os estressores da vida diária na saúde, controla a PA e ajuda a manter ou atingir o peso saudável¹⁹.

Por outro lado, o repouso é um processo associado com o descanso e a restauração da condição normal. Logo, torna-se necessário que a pessoa conheça o seu metabolismo para manter seu equilíbrio, atendendo as necessidades de repouso, respeitando as capacidades pessoais²⁰. A inadequação do sono e repouso, nas gestantes, poderia favorecer o agravamento à sua saúde e à do feto, pois a adequada execução

dessas duas condutas contribui para a saúde e bem estar geral e integra as condutas imprescindíveis à prevenção e tratamento da DHEG²¹. Além disso, enfatiza-se que vários aspectos interferem na interação social, destacando as condições de vida e os fatores humanos e ambientais²⁰.

O próprio ciclo gravídico-puerperal acarreta grandes modificações, não apenas corporais, como também na maneira de ser da mulher e em suas relações pessoais. Frente a tantas modificações e sensações, a mulher precisa de segurança, de um vínculo de suporte e de confiança. É na própria família que se encontra esses provedores de suporte que ocupam grande espaço na rede de apoio da gestante, evidenciando que em nossa sociedade a família constitui núcleo básico e primário na vida das pessoas²².

A gestante, por sua vez, pode desenvolver ou manter práticas não recomendadas e saudáveis durante a gravidez. As bebidas alcoólicas, por exemplo, quando consumidas em altas doses pela gestante, passam diretamente para a placenta através da corrente sanguínea e dependendo da quantidade ingerida e da fase da gravidez podem gerar um aborto espontâneo, um parto prematuro ou a chamada síndrome alcoólica fetal. Já as gestantes fumantes, na maioria dos casos têm filhos com baixo peso e maiores riscos de abortos, contrações e partos prematuros²¹.

O déficit de conhecimento em relação à DHEG e aos fatores de risco é um achado preocupante, uma vez que esse agravo ainda constitui um grave problema de saúde pública, por ser a principal causa de mortalidade materna. Então, este fato possibilitará o surgimento de complicações, dos custos sociais com internações, absenteísmo ao trabalho, licença para tratamento de saúde etc²¹.

Em relação à adesão as consultas de pré-natal a maioria das mulheres estudadas realizaram pré-natal e o iniciaram ainda no primeiro trimestre da gestação, apresentando esquema vacinal completo e o número mínimo de consultas recomendado, sendo que a última foi realizada até 10 dias antes do parto.

Verificamos ainda no estudo, que a maioria das puérperas efetivamente realizou ações que refletem seu engajamento no autocuidado, frequentando as consultas de pré-natal, tendo horário de repouso, interação social e lazer, não usando álcool e fumo, modificando sua alimentação e tomando as medicações prescritas corretamente.

Em relação aos requisitos de desvio de saúde, a maioria conhece a DHEG, porém, não sabe identificar quais complicações a doença poderia causar durante a gestação, e afirmou também, que foram prescritos medicamentos e seguiram corretamente o tratamento medicamentoso.

De acordo com a análise dos achados, evidenciou-se que entre a população estudada havia um exercício insatisfatório das atividades de autocuidado, em relação à prática de exercícios físicos.

Conclui-se que é de suma importância a prática do autocuidado, principalmente em situações de desvio de saúde, como no caso da DHEG, sendo fundamental que o enfermeiro promova meios para que a assistência de enfermagem possibilite a conscientização dessas mulheres de que a sua inserção no cuidado de si mesmas é parte integrante do próprio tratamento, objetivando melhor prepará-las para autoconduzir uma gravidez de risco.

Referências

1. Lefevre RA. *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
2. Luce ML. O preparo para o autocuidado do cliente diabético e família. *Rev Bras Enfermagem*, 1990; 1(1-4): 36-49.
3. Cade NV. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2001; 9(3): 43-50.
4. George JB. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
5. Farias MCAD, Nóbrega MML. Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do auto cuidado de Orem: estudo de caso. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2000; 8(6): 59-67.
6. Cranley M, Ziegel E. *Enfermagem obstétrica*. 8ª Ed. São Paulo: Editora Guanabara Koogan; 2005.
7. Carvalho MG, Dusse LMS, Vieira LM. Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). *J Bras Patol Med Lab*, 2001; 37(4): 267-72.
8. Cabral ACV, Reis ZN, Pereira AK, Leite HV, Rezende CAL. *Guia de bolso de Obstetria*. São Paulo: Atheneu; 2010.
9. Freitas F, Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães JA. *Rotinas em obstetria*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
10. Fialho AVM, Pagliuca LMF, Soares E. Adequação da teoria do déficit de autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barnum. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2002; 10(5): 715-720.
11. Spindola T, Penna LHG, Progiante JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP*, 2006; 40(3): 381-388.
12. Fernandes RAQ. Estudo da morbimortalidade materna e perinatal e a qualidade da assistência pré-natal. *Rev Paul Enferm*, 2001; 20(2): 57-60.
13. Gonçalves R, Fernandes RAQ, Sobral DH. Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em hospital público de São Paulo. *Rev Bras Enferm*, 2005; 58(1): 61-4.
14. Branden OS. *Enfermagem materno-infantil*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2000. p. 73-146.
15. Brasil MS. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento

- de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
16. Lopes R, Menezes C, Santos G, Piccinini C. Ritual de casamento e planejamento do primeiro filho. *Psicol Estud*, 2006; 11(1): 55-61.
 17. Scherer LM, Borenstein MS, Padilha MI. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS. Esc Anna Nery. *Rev Enferm*, 2009; 13(2): 359-65.
 18. Sass N, Souza E, Camano L. Sal, gestação, hipertensão. *Femina*, 2002; 30(10): 727-730.
 19. Batista DC, Chiara GL, Gugelmin SA, Martins PD. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. *Rev Bras Saúde Mater Infant*, 2003; 3(2): 88-92.
 20. Orem DE. *Nursing concepts of practice*. 5th ed. New York: Mc Graw-Hill; 1995.
 21. Neme B. *Obstetrícia básica*. São Paulo: Savier; 2000.
 22. Slandim CAP, Milomens KMP, Diógenes MAR. Déficit de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, 2008; 29(3): 374-81.