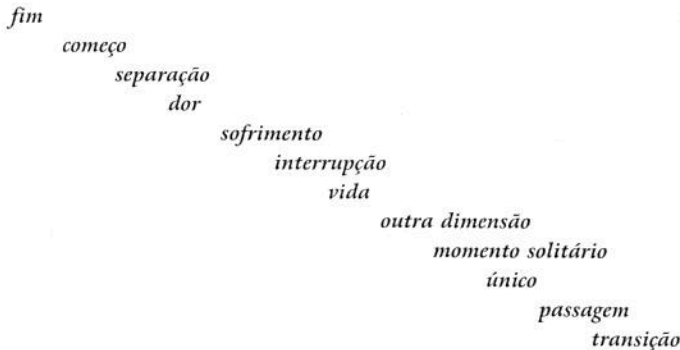


## MORTE MATERNA ASSOCIADA À INFECÇÃO PUERPERAL: UMA REALIDADE ÀS PORTAS DO SÉCULO XXI

[*Maternal death associated to puerperal infection: one reality as we go into the XXI century*]

Telma Elisa Carraro\*



**RESUMO:** Trata-se de uma reflexão à respeito da morte materna associada à infecção puerperal, em que a autora busca contextualizar a magnitude do problema, seus riscos, suas causas e suas conseqüências, situando o Brasil e o estado do Paraná. Trazendo conceituações clássicas sobre a temática, busca levar o leitor à meditar sobre a morte materna e sua inevitabilidade.

**PALAVRAS CHAVE:** Mortalidade materna; Infecção puerperal; Puerpério.

### 1- INICIANDO UMA REFLEXÃO

*Para o senso comum, segundo Ferreira (1986), morte significa: ato de morrer, o fim da vida, termo, fim, destruição, ruína, grande dor, pesar profundo; mortalidade: qualidade ou condição de mortal, e mortal: sujeito à morte - o ser humano.*

Buscando seu sentido filosófico vemos que "...a morte sempre foi entendida como o desaparecimento ou cessação da existência humana, mas levando a se pensar o sentido da vida. [...] Na filosofia existencial de Heidegger", a morte é o sinal da finitude e da individualidade humana... 'A morte se desvela como a possibilidade absolutamente própria, incondicional e intransponível'. Contudo, "a limitação de nossa existência pela morte é sempre decisiva para nossa compreensão e nossa apreciação da vida" (Japiassu & Marcondes, 1991, p.173).

Sendo a morte intransponível, a cessação da vida, o sinal da finitude humana, ela vem a ser uma certeza para o ser humano: **todos morremos**. Como está registrado no Livro de Eclesiastes (3:2) "Há tempo de nascer, e tempo de morrer". Contudo, não nos é dado conhecer este tempo, não sabemos a hora da morte! Este fato faz com que nos sintamos impotentes perante a mesma, pois ela simplesmente chega, abraça e leva o ser humano, sem hora e sem lugar. Ela sempre está presente, levando-nos a percebê-la enquanto evento não controlável, misterioso e ambivalente.

Por outro lado, mesmo tendo conhecimento sobre isto, não podemos chegar ao descaso de agir como se ela

fosse a autoridade máxima, não podemos nos entregar sem lutar contra sua força. Existem possibilidades de se evitar mortes, se adiar esta partida, pois se não sabemos sua hora, enquanto profissionais de saúde, temos o dever ético e moral de prevenir este acontecimento.

### 2- MORTE MATERNA: SEUS RISCOS, SUAS CAUSAS E SUAS CONSEQÜÊNCIAS

Uma das causas de mortes que pode ser evitada é a chamada *morte materna*, a qual, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é conceituada como: "Morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação à ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais."

Segundo a OMS anualmente morrem 500.000 mulheres no mundo por complicações da gravidez, parto e puerpério, sendo que 99% dessas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento. Situando a magnitude do problema, no mundo estas mortes chegam a 1400 mortes/dia, 58 mortes/hora. Estima-se que na América Latina morram 20.000 mulheres por ano e que o Brasil seja responsável por 5.000 mortes maternas/ano (Carzino, 1995). Isso significa que no Brasil, a cada duas horas morre uma mulher por complicações de ciclo gravídico-puerperal (Donádio, 1993).

O fenômeno morte, no que se refere às mortes maternas gera um repúdio ao considerarmos que "...a grande maioria deste fenômeno é evitável e socialmente determinado, além de ser paradoxal, uma vez que, ao trazer uma nova vida ao mundo, a mulher acaba perdendo sua própria vida" (Tanaka, 1995, p.18).

Neste contexto, devemos considerar que nem todas as mulheres têm a mesma probabilidade de adoecer e morrer, mas sim que em algumas esta probabilidade é mais alta, podendo então se estabelecer uma escala de prioridades na atenção à saúde destas mulheres, indo desde um mínimo, para aquelas com baixo risco, até um máximo para aquelas que apresentam riscos elevados (Figueiredo, 1993). Existem fatores que aumentam a probabilidade de algumas mulheres, mais que outras, desenvolverem complicações graves ou fatais durante o ciclo gravídico puerperal. Estes fatores, chamados de riscos reprodutivos, podem ser classificados em biológicos, médicos, sociais, ambientais e relacionados com os serviços de saúde. A associação de vários fatores de risco permite detectar o grupo de mulheres possuidoras de alto risco de evolução desfavorável em suas gestações, entre estes a morte materna.

Assim os riscos acima citados influenciam diretamente nas causas de mortes maternas, as quais segundo a 10ª revisão do CID<sup>1</sup>, são categorizadas de acordo com a definição de morte materna, e estão subdivididas em:

- causas obstétricas diretas: aquelas que despontam como complicação do ciclo gravídico-puerperal, tais como: toxemias gravídicas, infecções puerperais, complicações de aborto, hemorragias uterinas. Estas, de um modo geral, são preveníveis por uma boa assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

- causas obstétricas indiretas: são as doenças preexistentes ou que surgiram durante o ciclo gravídico puerperal e que são por ele agravadas, tais como: as cardiopatias, o diabetes mellitus, as nefropatias, as doenças infecciosas.

As três maiores causas de complicações obstétricas,

\* Enfermeira, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Mestre em Assistência de Enfermagem, Doutoranda em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

\*\* Os autores não identificam a fonte primária de Heidegger

\*\*\* Código Internacional de Doenças, referenciado pelo Manual dos Comitês de Mortalidade Materna

responsáveis por 50% das mortes maternas no mundo, são: as infecções, a toxemia e a hemorragia. (Rezende, 1995).

No Paraná, segundo o relatório do Comitê Estadual de Mortalidade Materna, no período compreendido entre 1989 e 1993 as causas básicas de mortes maternas obstétricas com maior incidência foram: doença hipertensiva específica da gravidez (27,1%), hemorragias (14,2%), infecção puerperal (9%) e aborto (6,9%).

A mortalidade materna é um índice que reflete a situação de saúde de um determinado país. Semelhantemente ao que ocorre com a mortalidade infantil, as causas que levam as mulheres à morte são totalmente passíveis de prevenção, desde que elas tenham acesso a um controle médico adequado de sua gravidez, parto e puerpério (Carranza, 1994).

Maluf (1996, p.9) enfatiza que "a morte materna adquire algumas conotações peculiares: é inadmissível que a reprodução humana resulte em ônus, quando deveria resultar em benefício para a mulher.[...] Cada óbito desencadeia sérias conseqüências sociais, pois sendo o elemento chave da família, a ausência da mãe geralmente provoca a desestruturação familiar".

### 3- MORTE MATERNA ASSOCIADA À INFECÇÃO PUERPERAL

Às portas do século XXI, não só, mas também, as infecções puerperais continuam matando a cada ano "um grande contingente de mulheres ainda jovens, que deixam órfãos e outros familiares que dependiam dela. Estas mulheres se caracterizam normalmente por pertencerem às classes sociais mais baixas, por possuírem pouca ou nenhuma escolaridade e por não terem acesso a serviços de saúde de qualidade" (Brasil, 1994, p.12). Essas mulheres são, acima de tudo, seres humanos que estão vivenciando a experiência da maternidade, expostas ao processo saúde-doença e também ao sistema de saúde vigente no país.

A infecção puerperal é conhecida desde os tempos de Hipócrates que a estudou e descreveu sua sintomatologia. Em 1573, Plater a considerou como decorrente da inflamação do útero, conceito que foi adotado por Hoffmann (1742) e Denman (1768) entre outros. A alta mortalidade que provocava tornou-a uma entidade nosológica temível e sua incidência era muito elevada. As epidemias ocorridas em Lião (1750), em Londres (1760), em Edimburgo (1772) e na França (1800) apontaram causas comuns, cujos progressos da bacteriologia vieram mais tarde a confirmar (Rezende, 1995).

Em 1768, Denman, na Inglaterra aventou a possibilidade da transmissão da febre puerperal através das mãos dos médicos e parteiras; em 1773, White, de Manchester, acreditava que a febre puerperal era uma febre absortiva, dependendo da estagnação dos lóquios; em 1775, Tenon verificou que 70% dos casos evoluíam para a morte; em 1795, Gordon expressou claramente em um tratado a febre puerperal epidêmica; em 1823, na Maternidade de Viena, de 698 parturientes 133 morreram; em 1842, em Londres, Watson recomendava a ablução com água clorada (Pritchard & MacDonald, 1980; Rezende, 1995).

Oliver Wendell Holmes, poeta e professor de anatomia da Haward University, nos Estados Unidos, revisou a literatura médica da época e publicou, em 1843, o surpreendente ensaio *The Contagiousness of Puerperal Fever*, onde traçou as evidências de ser esta uma doença contagiosa, apontando medidas para evitar a expansão da mesma, enfatizando a contribuição dos médicos na transmissão da infecção puerperal. Seu trabalho teve, no

entanto, pequeno impacto junto à classe médica e às parteiras da época (Rezende, 1995; Friedman, 1980; Zanon & Amado, 1987; La Force, 1993).

Simultaneamente, em Viena - Áustria, Semmelweis pesquisou incansavelmente a causa da infecção puerperal afirmando que o lado escuro da medicina é a febre puerperal. Em 1844, Semmelweis, quando ao atuar na Maternidade do Hospital Geral de Viena onde entre 208 pacientes havia ocorrido 36 mortes (17,3%) por infecção puerperal, pesquisou as causas desta mortalidade elevada, chegou à conclusão que a mesma se devia à contaminação das mãos dos obstetras e à falta de higiene, e instituiu medidas preventivas, reduzindo a mortalidade para 45 em 3656 parturientes (1,2%), (Semmelweis, 1861/1988). Seus estudos puseram em evidência a fonte de contágio instituindo medidas preventivas, sendo publicado apenas em 1861.

Após as pesquisas de Semmelweis, não porém sem resistência pois sua teoria não foi aceita pacificamente, a febre puerperal passou a ser referida como causada pela introdução, no canal de parto, de matéria orgânica em decomposição ou partículas infectadas, que seriam ali depositadas pelas mãos do parteiro, instrumentos, águas das lavagens, etc...(Sigwart, apud Rezende, 1995).

Pasteur, em 1879, completou o ciclo de descobertas com a teoria microbiana, Koch incriminou o estreptococo como principal responsável da infecção puerperal e Lister, em 1876, chamou a atenção para o ar contaminado, lançando os fundamentos da anti-sepsia (Rezende, 1995).

Podemos perceber pelo acima exposto que as pesquisas sobre a infecção puerperal foram fundamentais para a evolução da Teoria Microbiana, sendo que cada nova observação contribuía para a somatória de conhecimentos que hoje tanto significam, não só para as mulheres e a prevenção das infecções puerperais, mas também para toda a humanidade, uma vez que os princípios descobertos são universais e aplicáveis a todo e qualquer procedimento invasivo.

Em 1930 a *U. S. Joint Commission on Maternal Welfare* definiu infecção puerperal como *a presença de temperatura de 100.4°F (38°C) ou mais, a temperatura deve ocorrer entre o segundo e o décimo dia pós-parto, excluindo as primeiras 24 horas, sendo a mesma verificada ao menos quatro vezes ao dia* (Friedman, 1980; Eschenbach & Wager, 1990; Hawkins, 1995). Rezende (1995), entende por infecção puerperal *aquela que se origina no aparelho genital feminino, em decorrência de parto recente*. Segundo Brunner & Suddarth (1980), a infecção puerperal é *uma infecção do aparelho genital que ocorre após o parto, geralmente no endométrio, que pode permanecer localizada ou disseminar-se para várias partes do organismo*. Ziegel (1995), define a infecção puerperal como *decorrente da entrada de bactérias patogênicas no trato genital, antes, durante ou após o parto*. Salienta que é uma complicação puerperal, assim considerada desde os tempos de Hipócrates. Segundo a mesma autora, até o século passado a morte materna era considerada como um castigo da Divina Providência, e então aceita com a mesma resignação filosófica que se aceitavam os ciclones e terremotos. Mañaná-Rodríguez et al. (1991) entendem por infecção puerperal *os estados mórbidos originados pela invasão de microorganismos aos órgãos genitais internos, por ocasião do parto*. Apesar de escritos de diferentes formas, é comum o entendimento que a infecção puerperal é aquela que se desenvolve no trato genital feminino durante o puerpério.

As infecções puerperais mais comuns são as originadas, mas não necessariamente limitadas à cavidade uterina, destacando-se as endometrites, as quais precedem

as miometrites, parametrites, salpingites, abscessos pélvicos, tromboflebitides pélvicas e/ou as septicemias. Os fatores de risco das infecções puerperais podem ser agrupados em três grandes categorias: relativo aos riscos gerais de infecção; referente aos eventos do trabalho de parto e referente aos fatores de riscos cirúrgicos (Eschenbach & Wager, 1990).

Podemos observar alguns sinais e sintomas destas infecções, os quais significam um alerta para que o devido tratamento seja estabelecido, dentre eles destacam-se sintomas não específicos tais como mal-estar, hipertermia (acima de 38°C) e anorexia. Lóquios fétidos, calafrios, flacidez uterina e abdome dolorido são achados adicionais que podem assegurar o diagnóstico.

As causas destas infecções são, teoricamente, conhecidas pelos profissionais de saúde e passíveis de prevenção, através de medidas simples e óbvias, mas que requerem cuidado e atenção por parte dos mesmos. Estas infecções não estão sendo alvo de cuidados preventivos suficientes, cuidados esses que evitariam que mulheres, paradoxalmente, ao trazerem à vida uma nova vida, morressem vítimas de infecção puerperal.

Em sua grande maioria, as infecções puerperais se configuram em infecções hospitalares, até porque atualmente, em nosso país, o parto é um procedimento institucionalizado. As causas destas infecções são, teoricamente, conhecidas pelos profissionais de saúde e na sua grande maioria passíveis de prevenção, através de medidas simples e óbvias, mas que requerem cuidado e atenção por parte dos mesmos.

Estas reflexões nos conduzem a outra grande discussão: a infecção hospitalar. Este assunto, embora considerado por muitos como ultrapassado e desgastado, vem se "arrastando" pelos tempos sem se chegar a resultados desejáveis de prevenção e controle. O número de mortes por infecção hospitalar cresce assustadoramente no Brasil. Este fato demonstra a premência de se voltar a atenção para a prevenção de infecções com medidas científicas e efetivas, levando ao controle, à prevenção, e conseqüentemente à diminuição dos índices de infecções hospitalares.

Vale ressaltar que os caminhos da Enfermagem apresentam fortes relações com a prevenção. A higiene pessoal, a limpeza e a alimentação adequadas sempre estiveram presentes no cuidado, desde o início da Enfermagem. Estas estratégias provavelmente eram embasadas na observação e no empirismo, pois a bacteriologia ainda era uma ciência desconhecida (Donahue, 1993; Cruz, 1996).

A prevenção no sentido do senso comum é o ato ou efeito de prevenir(-se), onde prevenir significa dispor com antecipação, de sorte que evite dano ou mal; significa interromper, atalhar (Ferreira, 1988). Ou seja, uma atitude preventiva conduz as pessoas a evitar males, para si mesmo e para outrem. Na área da saúde entende-se por prevenção o conjunto de medidas a serem tomadas com vistas a evitar a ocorrência de agravos à saúde. Esses agravos podem afetar a vivência do processo saúde-doença do ser humano de diferentes maneiras e graus, variando desde o "não se sentir bem" até a morte.

A relevância da Enfermagem na prevenção é enfoque antigo, porém atual. Podemos ver Nightingale enfatizando a assistência criteriosa e humana como uma salvaguarda contra a infecção (1859), e também autores de nossos dias (Santos, 1996; Cruz, 1996), salientando a importância da prática assistencial da Enfermagem na prevenção, destacando o papel da enfermeira na prevenção

de infecções.

No meu entendimento, a prevenção da infecção hospitalar não é papel apenas e isoladamente da enfermeira que atua em controle de infecção. Acredito num trabalho articulado entre os profissionais de enfermagem, assim como no envolvimento de outros profissionais que atuam junto ao ser humano/paciente, onde se busque soluções para problemas percebidos referentes à prevenção das infecções hospitalares. Este meu pensamento é reforçado por Cruz (1996) quando, ao trabalhar a prevenção de infecções com um grupo, em uma unidade hospitalar, afirma que o envolvimento de vários profissionais potencializou a atuação, na medida em que diferentes enfoques puderam contribuir, com a riqueza de seus conhecimentos científicos e de suas experiências práticas, frente à singularidade da realidade em que interagem. Continua, salientando que a participação multiprofissional veio a favorecer a formação de um elo entre os profissionais e o Serviço de Controle de Infecção.

No que se refere à infecções puerperais é possível exercer grande influência na sua prevenção, sendo de grande importância este trabalho multidisciplinar, onde cada um traga sua parcela de contribuição, potencializando os cuidados à mulher neste período tão singular de sua vivência.

O puerpério é muitas vezes um período de tempo negligenciado em termos de cuidado de saúde à mulher e a sua família. A maior parte das vezes o recém nascido recebe considerável atenção, os cuidados são providos adequadamente e a paciente em pós-parto é considerada em condição satisfatória sendo-lhe dispensada apenas uma pequena parcela de atenção, onde não se considera que esta mulher está experienciando uma importante e potencial fase de mudanças fisiológicas e psicológicas (MacKenzie, Canaday & Carroll, 1982).

O puerpério é um tempo de restauração, de mudanças, de encontro, de interação, de troca... É um tempo que trás consigo uma grande carga cultural, onde várias crenças, costumes e mitos se salientam. Esta carga cultural, que muitas vezes colide com o conhecimento científico, precisa ser considerada e respeitada a fim de que o cuidado seja efetivo. Por outro lado, o puerpério é um tempo de riscos, onde deve-se estar alerta, com especial atenção para os primeiros dias críticos deste período.

A maioria das infecções puerperais ocorrem entre a primeira e a segunda semana do puerpério, sendo que muitas delas culminam em mortes maternas. Por conseguinte, a formação em Enfermagem deve contemplar estudos referentes às infecções puerperais, no intuito de capacitar o profissional para atuar adequadamente, tanto na sua prevenção, quanto no seu diagnóstico e tratamento. O sucesso do tratamento da infecção puerperal depende principalmente do diagnóstico preciso, o qual por sua vez depende da observação precoce e correta interpretação dos sinais físicos que a mulher venha a apresentar (Kwast, 1991).

A Enfermagem enquanto profissão integrante da equipe Multiprofissional que atua junto à mulher no tempo do puerpério, deve estar preparada com toda a ciência e arte pertinente a esta profissão, e apoiada em conhecimento amplo, inclusive embasado em outras áreas, conhecendo e sabendo identificar os riscos à que esta mulher está exposta, destacando-se as infecções puerperais.

#### 4- EM BUSCA DA DIGNIDADE MATERNA

Pensando sobre as milhares de mortes anônimas que poderiam e podem ser evitadas, trago a abordagem de Paula (1991, p.5) "Morrendo à toa. Ao acaso, por motivo frívolo, sem mais nem menos. Boa parte das mortes no Brasil

é à toa. É também de gente à toa, que não consegue fazer com que sua vida tenha importância política; como resultado, morrem, e muito, e mal".

Será que as mulheres/mães podem continuar morrendo à toa? O que nós podemos fazer para evitar estas mortes? Mortes de mulheres que estão no processo de gerar vidas!? Mulheres que têm vontade de viver!...

Se mortalidade é a qualidade ou condição de ser mortal; materna é relativo ou própria da mãe, que é a mulher que dá a luz à um ou mais filhos. Estas são duas realidades antagônicas e que muitas vezes se apresentam juntas, mas que podem ser separadas à partir da inevitabilidade da morte materna.

Apesar do ser humano estar sujeito à morte como diz Ferreira, nós temos um compromisso com a vida, apesar de sabermos que a finitude da vida física do ser humano é real e concreta não podemos nos omiscuir deste compromisso com a vida. Ao buscarmos a inevitabilidade das mortes maternas estaremos buscando a dignidade materna, evitando que a mulher pague com sua própria vida um ônus da reprodução humana, evitando assim que famílias se desestruturem por falta de sua guerreira, de sua articuladora, enfim da mulher/mãe.

**ABSTRACT:** This article is a reflection about maternal death associated to puerperal infection in wich the author contextualizes the problem's magnitude, it's risks, causes and consequences, within Paraná, Brasil. It brings conceptualizations about the subject here presented, trying to make the reader think about maternal death and how to avoid it.

**KEY WORDS:** Maternal mortality; Puerperal infection; Puerperium.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BÍBLIA. A. T. *Eclesiastes*. Português. **Bíblia Sagrada**. Trad. João Ferreira de Almeida. Brasília: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969. c.3, v.2, p.680.
2. BRUNNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. **Prática de enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. v.2.
3. CARRANZA, Maria. Saúde reprodutiva da mulher brasileira. In: SAFFIOTI, Heleith I.B. & MUÑOZ-VARGAS, Monica. **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro : Rosa dos Tempos, 1994.
4. CRUZ, Elaine Dhemer de Almeida Cruz. **A formação de um elo: uma proposta para a prevenção das infecções hospitalares**. Curitiba, 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa.
5. DONAHUE, M.P. **Historia de la enfermería**. España : Egedsa, 1993.
6. CARZINO, Eliana Portela. **Mortalidade materna - paradigma emergente na formação de médicos e enfermeiros**. Curitiba, 1995. Dissertação (Mestrado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
7. DONÁDIO, Paulo Roberto. — **Gazeta do Povo**, Curitiba, 30 maio, 1993.
8. ESCHENBACH, David A. & WAGER, Gael P. Puerperal infections. **Clin Obstet Gynecol**, Philadelphia, v.23, n.4, p. 1003-1037, dec, 1990.
9. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
10. FRIEDMAN, Candance. Maternal infections: problems and prevention. **Nurs North Am**, Philadelphia, v.15, n.4, p.817-824, dec, 1980.
11. HAWKINS, Joellen W. , GORVINE, Beverly. **Postpartun nursing: healt care of women**. New York: Springer Publishing, 1995.
12. JAPIASSU, Hilton & MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. 2. ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1991.
13. KWAST, Barbara E. Puerperal sepsis: its contribution to marternal mortality. **Midwifery**, v.7, n.3, p.102-106, 1991.
14. LAFORCE F. Marc. The control of infections hospitals : 1750 to 1950. In : WENZEL, R. (Ed.). **Prevention and control of nosocomial infections**. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997. p.1-12. ESCHENBACH, David A. & WAGER, Gael P. Puerperal infections. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v.23, n.4, p. 1003-1037, dec, 1990.
15. MACKENZIE, Carole Ann; CANADAY, Mary Elizabeth; CARROLL, Elizabeth. Comprehensive care during the postpartum period. **Nursing Clinics of north America**, v. 17, n.1, March, 1982.
16. MALUF, Eliane M. C. P. Investigações de morbimortalidade materna. In: **VALORIZANDO a dignidade materna**, Curitiba: Secretária Municipal de Saúde, 1996.
17. MAÑANÁ-RODRÍGUEZ, Minerva et al. Factores de riesgo de infección puerperal. **Revista Medica Dominicana**, ....?, v.52, n.3, p.31-35, jul/sep, 1991.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília: COMIN, 1994.
19. PAULA, Sérgio Góes de. **Morrendo à toa : causas de mortalidade no Brasil**. São Paulo : Ática, 1991.
20. PRITCHARD, Jack A. & MACDONALD, Paul C. **Williams obstetricia**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1983.
21. REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1995.
22. SANTOS, Neusa de Queiroz. **Infecção hospitalar: uma reflexão histórico crítica**. Florianópolis : Ed. da UFSC, 1997.
23. SEMMELWEIS, Ignaz Philipp. Etiologia, concepto y profilaxis de la febre puerperal. In : ORGANOZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **El desafio de la epidemiologia : lecturas seleccionadas**. Washington, 1988.
24. TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo-Rio de Janeiro : Hucitec Abrasco, 1995.
25. ZANON, Uriel & AMADO, Onfre Lopes. Infecções hospitalares e tocoginecológicas. In: ZANON, Uriel & NEVES, Jayme. **Infecções hospitalares: prevenção, diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Medsi, 1987.
26. ZIEGEL, Erna & CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1995.

Endereço do autor:  
Deptº. de Enfermagem da UFPR  
Rua Padre Camargo, 280  
8º andar - Curitiba - PR  
E-mail: carraro@saude.ufpr.br