UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LILIAN PUGLAS SILVA

Características das puérperas atendidas em um hospital privado do interior paulista: subsídios para a elaboração de um fluxograma para consulta puerperal de enfermagem

RIBEIRÃO PRETO

2017

LILIAN PUGLAS SILVA

Características das puérperas atendidas em um hospital privado
do interior paulista: subsídios para a elaboração de um fluxograma para
consulta puerperal de enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e
Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e inovação em enfermagem

Orientador: Angelita Maria Stabile

RIBEIRÃO PRETO

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Silva, Lilian Puglas

Características das puérperas atendidas em um hospital privado do interior paulista: subsídios para a elaboração de um fluxograma para consulta puerperal de enfermagem. Ribeirão Preto, 2017.

64 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Angelita Maria Stabile

1. Saúde Materno-infantil. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Puerpério. 4. Consulta de Enfermagem.

SILVA, Lilian Puglas

Características das puérperas atendidas em um hospital privado do interior paulista: subsídios para a elaboração de um fluxograma para consulta puerperal de enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e
Inovação em Enfermagem.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

À minha família por sua capacidade de acreditar e investir em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação foram o que me deu, em alguns momentos, a esperança para seguir. Pai (*in memoriam*), eu sei que sempre esteve comigo nessa caminhada. Aos meus irmãos Sandra, Sandro e Willian pelo exemplo de luta pelos nossos ideais. Ao meu noivo Joel pela paciência e compreensão nos momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que se mostrou criador, seu fôlego de vida em mim foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

À minha orientadora, Dr.^a Angelita Maria Stabile, companheira de caminhada ao longo desta pesquisa. Eu posso dizer que a minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem a sua pessoa.

Aos professores do Mestrado Profissional, que durante este período ensinaram e mostraram o quanto estudar é bom.

À turma do Mestrado profissional pela convivência e aprendizado contínuo.

A Juliana Campos, obrigada por sua disponibilidade sempre, incentivo e confiança no meu trabalho.

Às minhas tão queridas amigas Tatiane Mendes e Laura Silveira pela dedicação infinita e encorajamento na construção deste trabalho, vocês foram essenciais desde o início.

À diretoria do São Joaquim Hospital e Maternidade que concedeu a autorização para a realização deste trabalho.

À Enfermeira Andreia Águila, que auxiliou gentilmente durante o período da coleta de dados enriquecendo ainda mais este trabalho.

De modo especial a todas as puérperas que aceitaram participar desta pesquisa colaborando para melhoria da assistência às próximas que virão.

*“Para mudar o mundo é preciso antes mudar a forma de
nascer.”*

Michel Odent

RESUMO

SILVA, Lilian Puglas. **Características das puérperas atendidas em um hospital privado no interior paulista: subsídios para a elaboração de um fluxograma para consulta puerperal de enfermagem.** 2017. 64 pp. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

O puerpério é a fase final do ciclo gravídico-puerperal, sendo permeado por intensas modificações físicas e psíquicas. Essas modificações podem ser influenciadas pelas orientações recebidas durante a gestação nas consultas de pré-natal, cursos de gestante e pelo meio sociocultural em que a puérpera está inserida, podendo resultar em alterações patológicas específicas do ciclo. Nesta perspectiva, a consulta puerperal de enfermagem tem o papel de prevenir essas alterações por meio de orientações e esclarecimentos das dúvidas apresentadas pelas puérperas, sendo importante atrelar o saber social/familiar com o saber científico e encaminhar para outros profissionais sempre que necessário. Assim, esta pesquisa objetivou identificar as principais queixas e problemas apresentados pelas puérperas durante a consulta e elaborar um fluxograma que se adapte às necessidades das puérperas atendidas na instituição. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal com tratamento quantitativo dos dados. A estratégia utilizada para obtenção dos dados foi a entrevista semiestruturada, sendo composta por dados referentes à situação sociodemográfica, pré-natal, parto, puerpério e exame físico do binômio mãe-filho. As mães de recém-nascidos que permaneceram hospitalizados após a alta materna foram excluídas do estudo. O estudo foi realizado na maternidade de um hospital privado do interior paulista, entre os meses de outubro e dezembro de 2016, com uma população de 114 puérperas que tiveram o seu parto no respectivo período. Das puérperas avaliadas, 55,9% eram primíparas, e a faixa etária variou entre 19 e 43 anos de idade. No que se refere ao pré-natal, 97,3% realizaram mais que 06 consultas e 66,7% referiram não terem recebido nenhuma orientação sobre o período puerperal nas consultas de pré-natal. O parto cesáreo ocorreu em 89,5% dos casos. Todas as puérperas estavam praticando o aleitamento materno, e 42,1% destas relataram dificuldades em amamentar. No geral, essas dificuldades foram referentes a realizar a “pega correta” do recém-nascido ao seio materno. Dentre as complicações mamárias, verificou-se que 36,8% foram relativas a traumas mamilares, sendo as fissuras mamárias responsáveis por 30,7% dos casos. Das pacientes atendidas, 80,7% das puérperas necessitaram de orientações sobre autocuidado e/ou para os cuidados dispensados ao recém-nascido. Dos recém-nascidos avaliados, 90,4% apresentaram bom estado geral e foram liberados para a casa e 9,6% foram encaminhados para avaliação com pediatra. Conclui-se que, apesar da consulta puerperal ter indicado melhorias na assistência oferecida ao binômio mãe-filho, evidenciou-se o número reduzido de puérperas que retornaram ao serviço para realização da consulta puerperal, seja pela cultura de medicalização ou pela predileção das mulheres em realizar a consulta de puerpério com o médico. Com base nesses achados, faz-se necessário realizar ações educativas com as grávidas a fim de esclarecer a importância da consulta puerperal de enfermagem na prevenção e identificação precoce de complicações no binômio mãe-filho.

Palavras-chave: Saúde Materno-infantil; Cuidados de Enfermagem; Puerpério; Consulta de Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, Lilian Puglas. **Characteristics of the puerperal women served at a private hospital in the countryside of São Paulo: subsidies for drawing up a flowchart for puerperal nursing consultation.** 2017. 64 pp. Dissertation (Master). Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Puerperium is the ultimate stage of the pregnancy-puerperium cycle and is permeated by intense physical and psychological changes. These changes may be influenced by the guidelines received during pregnancy in the prenatal consultations, courses for pregnant women, and by the sociocultural environment in which the puerperal woman is inserted, which may entail pathological specific changes of this cycle. From this perspective, the puerperal nursing consultation has the role of preventing these changes by means of guidelines and clarifications of the doubts presented by puerperal women, and it is important to associate social/family knowledge with scientific knowledge and refer them to other professionals whenever required. Accordingly, this research was intended to identify the main complaints and problems presented by puerperal women during the consultation and to draw up a flowchart adapted to the needs of the puerperal women served at the institution. This is a descriptive, exploratory and cross-sectional study, where the data were processed quantitatively. The strategy used to obtain the data was the semi-structured interview, which was composed of data relating to sociodemographic situation, prenatal, delivery, puerperium and physical examination of the mother-child binomial. Mothers of newborns who remained hospitalized after maternal discharge were discarded from the study. The study was performed in the maternity ward of a private hospital in the countryside of São Paulo, between the months of October and December 2016, with a population of 114 puerperal women who had their delivery in the respective period. Of the surveyed puerperal women, 55.9% were primiparous, and the age range varied between 19 and 43 years. Regarding prenatal care, 97.3% underwent more than 06 consultations and 66.7% claimed that they did not receive any guideline about the puerperal period in the prenatal consultations. Cesarean delivery occurred in 89.5% of the cases. All the puerperal women were breastfeeding, and 42.1% of them reported difficulties in breastfeeding. In general, these difficulties were related to performing the “right handling” of the newborn on the maternal breast. Among the breast-related complications, we found that 36.8% were related to nipple traumas, where breast fissures were responsible for 30.7% of the cases. Of the treated patients, 80.7% of the puerperal women required guidelines on self-care and/or for the care provided to the newborn. Of the evaluated newborns, 90.4% presented good general condition and were released to the home and 9.6% were referred for evaluation with a pediatrician. We can conclude that, although the puerperal consultation has indicated improvements in the care offered to the mother-child binomial, we perceived a decreased number of puerperal women who returned to the service to undergo the puerperal consultation, either by the culture of medicalization or the preference of women in terms of undergoing the puerperium consultation with the physician. Based on these findings, there is a need to perform educational actions with pregnant women in order to clarify the importance of the puerperal nursing consultation in preventing and identifying as early as possible complications in the mother-child binomial.

Keywords: Maternal and Child Health; Nursing Care; Puerperium; Nursing Consultation.

RESUMEN

SILVA, Lilian Puglas. **Características de las puérperas atendidas en un hospital privado en el interior de São Paulo: subvenciones para la elaboración de un organigrama para consulta puerperal de enfermería.** 2017. 63 h. Disertación (Maestría). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

El puerperio es la fase final del ciclo gravídico-puerperal, siendo permeado por intensos cambios físicos y psíquicos. Estos cambios pueden ser influenciados por las orientaciones recibidas durante el embarazo en las consultas prenatales, cursos para embarazadas y por el medio sociocultural en el que la puérpera está insertada, pudiendo ocasionar alteraciones patológicas específicas del ciclo. En esta perspectiva, la consulta puerperal de enfermería tiene el rol de prevenir esos cambios mediante orientaciones y aclaraciones de las dudas presentadas por las puérperas, siendo importante vincular el saber social/familiar con el saber científico y remitirlas a otros profesionales siempre que sea necesario. Así, esta investigación intentó identificar las principales quejas y problemas presentados por las puérperas durante la consulta y elaborar un organigrama que se adapte a las necesidades de las puérperas atendidas en la institución. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio y transversal con tratamiento cuantitativo de los datos. La estrategia empleada para obtener los datos fue la entrevista semiestructurada, siendo compuesta por datos relacionados con la situación sociodemográfica, prenatal, parto, puerperio y examen físico del binomio madre-hijo. Las madres de recién nacidos que permanecieron hospitalizados después del alta materna fueron excluidas del estudio. El estudio fue efectuado en la maternidad de un hospital privado del interior de São Paulo, entre los meses de octubre y diciembre de 2016, con una población de 114 puérperas que tuvieron su parto en el respectivo periodo. De las puérperas evaluadas, el 55,9% eran primíparas, y la franja etaria varió entre 19 y 43 años de edad. En lo que atañe al prenatal, el 97,3% realizaron más de 06 consultas y el 66,7% indicaron que no habían recibido ninguna orientación sobre el periodo puerperal en las consultas prenatales. El parto por cesárea ocurrió en el 89,5% de los casos. Todas las puérperas estaban practicando la lactancia materna, y el 42,1% de ellas relataron dificultades para amamantar. En general, esas dificultades fueron relacionadas con la ejecución del “correcto manejo” del recién nacido en el seno materno. Entre las complicaciones mamarias, se verificó que el 36,8% fueron concernientes a traumas mamilares, siendo las fisuras mamarias responsables por el 30,7% de los casos. De las pacientes atendidas, el 80,7% de las puérperas necesitaron de orientaciones sobre autoatención y/o para la atención dispensada al recién nacido. De los recién nacidos evaluados, el 90,4% presentaron buen estado general y fueron liberados para regresar a sus hogares y el 9,6% fueron encaminados para evaluación pediátrica. Se concluye que, a pesar de la consulta puerperal haber señalado mejoras en la asistencia ofrecida al binomio madre-hijo, se encontró un número reducido de puérperas que retornaron al servicio para realización de la consulta puerperal, sea por la cultura de medicalización o por la predilección de las mujeres en realizar la consulta de puerperio con el doctor. Partiendo de estos hallazgos, es necesario realizar acciones educativas con las embarazadas con el fin de esclarecer la importancia de la consulta puerperal de enfermería en la prevención e identificación precoz de complicaciones en el binomio madre-hijo.

Palabras clave: Salud Materno-Infantil; Atención de Enfermería; Puerperio; Consulta de Enfermería.

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1- Fluxograma Consulta de Enfermagem: Avaliação da Puérpera.....	49
Fluxograma 2- Fluxograma Consulta de Enfermagem: Avaliação do Recém-nascido.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características sociodemográficas das puérperas atendidas de acordo com a idade, estado civil, escolaridade, ocupação, religião e renda familiar.....	31
Tabela 2- Características relativas aos antecedentes obstétricos das puérperas de acordo com o número de gestações, desfecho das gestações anteriores e tipo de parto.....	32
Tabela 3- Descrição das características do pré-natal segundo o número de consultas de pré-natal, idade gestacional, gestação de alto risco, orientações sobre o puerpério e fonte das orientações.....	33
Tabela 4- Descrição das características do parto atual segundo o tipo de parto, indicação para realização de cesárea, intercorrências durante o parto e acompanhante durante o parto.....	34
Tabela 5- Descrição das características sobre a amamentação, dificuldades e queixas relacionadas às mamas e o tipo de alteração mamária.....	35
Tabela 6- Descrição das características sobre a incisão cirúrgica e os tipos de alterações encontrados e a utilização de antibióticos seja durante a internação ou após a alta.....	36
Tabela 7- Descrição das características sobre a taxa de prematuros, alojamento conjunto, tipo de aleitamento materno e alterações físicas do recém-nascido.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
Cm	Centímetro
DP	Desvio Padrão
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade do Estado de São Paulo
FSH	Hormônio Folículo-estimulante
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
Kg	Quilograma
LH	Hormônio Luteinizante
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Programa Nacional de Atenção à Saúde da Mulher
PNI	Programa Nacional de Imunização
RN	Recém-nascido
SAE	Sistematização do Atendimento de Enfermagem

SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Pré-natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	Puerpério	17
2.2	Políticas Públicas de Saúde: Panorama histórico da saúde da mulher no Brasil	20
2.3	Consulta de Enfermagem	23
3	OBJETIVOS	27
3.1	Objetivos Gerais	Erro! Indicador não definido.
3.2	Objetivos Específicos	Erro! Indicador não definido.
4	MÉTODO	27
4.1	Delineamento do estudo	27
4.2	Local do estudo	27
4.3	Participantes do estudo	28
4.4	Coleta de dados	28
4.5	Análise estatística	29
4.6	Considerações éticas	29
5	RESULTADOS	31
6	DISCUSSÃO	40
7	FLUXO DE ATENDIMENTO DA CONSULTA PUERPERAL DE ENFERMAGEM	47
7.1	Fluxograma consulta de enfermagem: avaliação da puérpera	48
7.2	Fluxograma Consulta de Enfermagem: Avaliação do Recém-nascido	49
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE	58
	Apêndice A- Instrumento para coleta de dados	58
	ANEXOS	59
	Anexo A- Parecer do Comitê de Ética	60

1 INTRODUÇÃO

O puerpério é uma fase do ciclo gravídico puerperal marcado por modificações intensas nas dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais, durante o qual ocorre a formação do vínculo materno-infantil e a reestruturação da rede de intercomunicação da família (MALDONADO, 2000). Ele se inicia após a dequitação da placenta, momento em que ocorre a desvinculação fisiológica da mãe com o bebê, retornando o organismo materno para as condições pré-gravídicas. Nesse período, torna-se necessária uma assistência individualizada que atenda às necessidades do recém-nascido (RN) e da mulher de maneira integral e respeitando seu meio sociocultural.

Atualmente, nota-se a fragmentação do cuidado dispensado à mulher, prejudicando a qualidade da assistência prestada. Ao longo dos anos, políticas públicas de saúde foram criadas a fim de assegurar a assistência de qualidade para as mulheres com foco em sua integralidade, contudo, apesar da evolução dessas políticas de saúde, percebe-se a necessidade de fortalecê-las, visto que, apesar de o puerpério ser considerado o período mais vulnerável às intercorrências quando comparado com as outras fases do ciclo gravídico puerperal, muitas vezes é o momento em que a mulher recebe menos assistência pelas equipes de saúde.

Entre os profissionais que assistem a mulher durante o puerpério, destaca-se o enfermeiro como um profissional capacitado para compreender as modificações puerperais, prevenindo e identificando complicações, seja de forma direta e/ou solicitando avaliação de outros profissionais sempre que necessário.

Em sua prática profissional, o enfermeiro dispõe da Consulta de Enfermagem como um instrumento para obter informações necessárias sobre estado de saúde/doença do paciente com a finalidade de implementar medidas para a sua recuperação. Realizar a consulta de enfermagem visando à ação educativa é essencial para que o paciente reflita sobre a sua condição de saúde. Nesse sentido, o profissional de saúde atua como um facilitador para que o paciente adquira autonomia para enfrentar períodos de vulnerabilidade, tais como o ciclo gravídico-puerperal (RIOS; VIEIRA, 2007).

A assistência oferecida à mulher durante o ciclo gravídico puerperal inicia-se através das consultas de pré-natal, contemplando o parto e permanecendo durante o puerpério com ações educativas correspondentes a cada período do ciclo, propiciando segurança e saúde nessa fase. Ressalta-se ainda que a consulta de enfermagem no puerpério pode contribuir para atenuar os índices de morbimortalidade materna, entretanto estudos mostram que o número de

mulheres que realizam a consulta puerperal nas unidades de saúde ainda é baixo (ANGELO; BRITO, 2012).

Diante dos benefícios relativos à consulta de enfermagem no puerpério, a proposta deste estudo vem da experiência vivenciada pela pesquisadora em uma instituição privada de saúde com a realização da consulta puerperal de enfermagem desde o início de 2015, porém de forma não sistematizada. Além disso, nota-se nesta instituição um grande número de recém-nascidos e puérperas atendidos diariamente no Pronto Atendimento (PA).

Nessa perspectiva, sentiu-se a necessidade de sistematizar os atendimentos por meio da identificação, tanto das necessidades individuais das pacientes atendidas quanto do hospital, e elaborar um fluxo de atendimento para a consulta puerperal de enfermagem a fim de trazer benefícios para o binômio mãe-filho, pois possibilitará a identificação e tratamento precoce das patologias específicas do ciclo. Esses benefícios também poderão se estender para a instituição, que poderá ter uma redução significativa no número de RNs e puérperas atendidos diariamente no Pronto Atendimento, reduzindo, assim, gastos referentes às internações para tratamento de icterícia neonatal e/ou infecções puerperais que poderiam ter sido prevenidas e/ou identificadas precocemente, além disso, seu uso poderá ser expandido para os outros hospitais da rede.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Puerpério

O puerpério é permeado por transformações físicas e psíquicas na mulher, a qual deve receber assistência integral nesse período, considerando o seu contexto sociocultural e familiar, a fim de qualificar o cuidado dispensado (VIEIRA et al., 2010).

Classicamente, o puerpério é dividido em três períodos: pós-parto imediato, iniciando-se no 1º dia e estendendo-se até o 10º dia, pós-parto tardio com início do 11º dia ao 45º dia e pós-parto remoto, além do 45º dia (REZENDE, 2008). Do ponto de vista físico, o puerpério tem início após a expulsão total da placenta e das membranas ovulares, retornando o organismo para as condições pré-gravídicas, haja vista que o seu término é imprevisível, não tendo um conceito estabelecido. Acredita-se que o término da lactação e o retorno da menstruação marcariam o final desse período (NEME, 2000).

Neme (2000) e Rezende (2008) descrevem as modificações ocorridas no organismo materno em modificações locais ou fenômenos involutivos, que compreendem as alterações apresentadas no útero, vagina e vulva, ovários, parede abdominal, períneo e mamas; e em modificações gerais, as quais estão relacionadas aos sistemas endócrino, cardiovascular, hematopoiético, urinário, digestório e tegumentar, entretanto é válido ressaltar que as alterações mais significativas ocorrem no sistema reprodutivo.

As modificações locais são desencadeadas por meio de contrações uterinas intermitentes, contribuindo para ocorrer a involução uterina. Nesse processo de involução, o útero passa de até 1.200 kg e 20 cm de altura para 50-100 gramas medindo 7-8 cm, apresentando-se abaixo da cicatriz umbilical e com consistência firme e indolor. Em casos de retenção urinária, o fundo uterino ultrapassa a cicatriz umbilical podendo estar lateralizado para a direita, a sua remissão ocorre diariamente cerca de 1cm/dia até o terceiro dia após o parto e 0,5 cm até 12º dia, quando o útero chega à borda superior da sínfise púbica (NEME, 2000; REZENDE, 2008).

Simultaneamente à contratilidade uterina e sua consequente involução, a puérpera começa a eliminar o chamado lóquios, que é o produto de exsudatos, descamação e sangue procedentes da ferida placentária, do colo uterino e da vagina. Os lóquios são classificados de acordo com a sua coloração: lochia rubra ou cruenta (vermelhos ou sanguíneos), o qual

persiste até o quarto dia após o parto com evolução decrescente; lochia fusca (escuras ou serossanguíneas) ocorre entre o 4º e 5º dia, estendendo-se até o 10º dia; e por fim lochia flava (amarelas) de aspecto purulento que progressivamente torna-se seroso ou branco, sendo que a partir da 5ª- 6ª semana após o parto pode ser confundido com a secreção cervicovaginal normal (NEME, 2000; REZENDE, 2008).

No que tange ao odor e à quantidade de lóquios eliminados, o mesmo assemelha-se ao odor característico de queijo bolorento, podendo sofrer alterações na presença de infecção local. Nos primeiros dois dias após o parto são eliminados cerca de 225 gramas, sendo que as puérperas que praticam a amamentação eliminam mais do que as que não amamentam (NEME, 2000; REZENDE, 2008).

Nos partos que ocorreram por via vaginal, o introito vulvovaginal apresenta-se entreaberto devido ao afrouxamento transitório ou definitivo do diafragma urogenital, a mucosa vaginal evolui progressivamente para uma coloração róseo-pálida com aspecto liso e hipotrófico (NEME, 2000; REZENDE, 2008).

A modificação ocorrida nos ovários difere em função da lactação, em puérperas que estão praticando o aleitamento materno é possível observar que o ciclo ovariano não se restabelece dentro das seis primeiras semanas, já nas puérperas que não estão em aleitamento materno o ciclo ovariano é restabelecido no período de seis semanas, retornando gradativamente a fertilidade ao organismo feminino (NEME, 2000; REZENDE, 2008).

O tônus da musculatura do abdome e da pele progressivamente é restaurado em função de maior ou menor distensão ocasionada pela gestação, podendo ocorrer flacidez nessa região se houver ultrapassado os limites da distensão muscular. Já o tempo para recuperação do períneo pode ser rápido ou lento de acordo com a assistência oferecida na fase expulsiva dos partos vaginais, podendo resultar com frequência o surgimento de varizes do plexo venoso hemorroidário ou agravar hemorroidas já existentes (NEME, 2000; REZENDE, 2008).

Diferentemente da regressão que ocorre na maioria dos sistemas, as glândulas mamárias passam por um aumento progressivo que é desencadeado ainda no período gestacional devido ao estímulo hormonal produzido pelo corpo lúteo e pela placenta. A produção e manutenção dos níveis de estrogênios e progesterona resultam no desenvolvimento das células produtoras de leite nos alvéolos, preparando a mama para a lactação (NEME, 2000).

Em relação às modificações gerais do organismo feminino, é possível verificar que após a dequitação da placenta os níveis de estrogênio e progesterona apresentam-se muito baixos, assim como o hormônio luteinizante (LH) e o hormônio folículo-estimulante (FSH),

sendo que estes dois últimos hormônios começam a elevar lentamente na ausência da lactação, ou seja, o retorno da fertilidade da puérpera está associado ao processo de amamentação do RN (NEME, 2000; REZENDE, 2008).

A circulação sanguínea sofre alteração a partir da expulsão fetal, sobrecarregando a circulação pulmonar, podendo desencadear em puérperas cardiopatas o edema agudo de pulmão. Com o passar dos dias, o volume sanguíneo declina em decorrência do volume eliminado através dos lóquios e da diurese (NEME, 2000; REZENDE, 2008).

A presença de diurese deverá ser avaliada atentamente nas primeiras 72 horas após o nascimento da criança, sendo que após o parto a diurese é escassa devido à desidratação ocorrida na fase de trabalho de parto, evoluindo para abundante entre o 2º e o 6º dia com a finalidade de eliminar o líquido acumulado durante a gestação. A flacidez ocorrida na musculatura abdominoperineal associada ao repouso físico relativo resulta na diminuição da motilidade intestinal podendo ocasionar constipação na puérpera (NEME, 2000; REZENDE, 2008).

Com a diminuição dos níveis de hormônios circulantes no organismo feminino após o término da gestação, a pele torna-se menos acetinada e a hiperpigmentação da face, abdome e das mamas sofre redução progressiva, entretanto pode ocorrer a persistência dessa hiperpigmentação, tornando-se permanente. As estrias, quando presentes, perdem a cor vermelho-arroxeadas e ficam pálidas, tornando-se dentro de alguns dias em estrias branco-nacaradas (NEME, 2000; REZENDE, 2008).

O período mais incisivo do puerpério ocorre nos primeiros 10 dias, classificado como puerpério imediato, devido à possibilidade de evoluir para alterações patológicas, tais como infecções puerperais, intercorrências da lactação e depressão pós-parto. Essas alterações, quando não diagnosticadas e tratadas precocemente, podem culminar no desmame do RN e no aumento do índice de mortalidade materno-infantil (CENTA; OBERHOFER; CHAMMAS, 2002).

Para que o cuidado seja efetivo nesse período, a mulher deve ser avaliada de forma integral contemplando não apenas as suas necessidades fisiológicas, mas também é preciso levar em consideração as suas necessidades psíquicas e sociais (ANDRADE et al., 2015).

O desenvolvimento da psique dos seres humanos, mesmo que inconsciente, tem início na infância e é composta por uma parte luminosa simultaneamente com uma parte escura. Em algum momento da vida nos deparamos com o lado escuro do nosso psíquico, no caso das mulheres, o puerpério é o momento preferível para esse encontro (GUTMAN, 2017).

Os primeiros dias do puerpério podem ser marcados por emoções variadas, caracterizadas por sentimentos ambivalentes, tais como euforia e alívio, desconforto físico lado a lado com a excitação pelo nascimento do filho. Essa instabilidade emocional de euforia e depressão alterna-se rapidamente, sendo que a depressão pode atingir grande intensidade levando a puérpera a desenvolver uma relação desfavorável com o RN (MALDONADO, 2000).

A relação mãe-filho se intensifica após o nascimento da criança, momento esse que ocorre a desvinculação física e fisiológica do organismo materno com o do RN, no entanto, ambos estão entrelaçados emocionalmente sendo a criança a representação da alma materna para o meio externo. Durante a gestação até a chegada da criança é comum as mulheres criarem fantasias e expectativas para esse período. Porém, inevitavelmente o parto ocorrerá dando espaço ao bebê real que pode ser ou não o esperado durante toda a gestação. É essencial que mulher tenha uma base sólida capaz de lhe ofertar apoio emocional no período pós-parto permitindo a mulher construir a sua forma de ser mãe, que é inerente de cada pessoa (GUTMAN, 2017).

Sendo assim, o puerpério é o momento mais oportuno para oferecer assistência à mãe, ao RN e à família, uma vez que esse período é constantemente influenciado pelas condições nas quais as puérperas vivem (ANDRADE et al., 2015).

Segundo Stefanello, Nakano e Gomes (2008), a não resolutividade das intercorrências ocorridas no puerpério estão atribuídas a não inclusão do contexto socioeconômico, cultural e psicológico do meio familiar em que esta puérpera está inserida. A compreensão desse contexto por parte dos profissionais é uma ferramenta essencial para que se consiga o equilíbrio entre o saber científico e o saber das mulheres.

Entretanto, atualmente, o maior obstáculo a ser vencido na assistência oferecida à mulher é a fragmentação da assistência, pois, muitas vezes, a mulher não é reconhecida em sua integralidade, resultando em uma assistência de baixa qualidade.

2.2 Políticas Públicas de Saúde: Panorama histórico da saúde da mulher no Brasil

A luta pela igualdade de direitos das mulheres teve início nos anos 80 por meio dos movimentos de grupos feministas que criticavam amplamente o olhar reducionista sobre a

mulher, pois esta tinha o papel social de mãe, doméstica e cuidadora de sua família, tendo a assistência à saúde garantida apenas no período de sua gestação e parto (BRASIL, 2004).

A maternidade era caracterizada como umas das principais funções da mulher, na qual a mesma sentia-se na obrigação por fazê-lo e a opção de ser ou não ser mãe não estava disponível para essas mulheres (MATTAR; DINIZ, 2011).

Em 1984, em resposta a essas manifestações, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tendo como principal objetivo oferecer assistência integral à saúde feminina, objetivando que as mulheres fossem sujeitos plenos de direitos em todas as etapas de sua vida, e não apenas em seu ciclo reprodutivo. Esses objetivos contemplavam melhorias na assistência clínico-ginecológica com a inclusão de ações educativas, preventivas e de diagnóstico, aprimorando o controle do pré-natal, parto e puerpério e abordando os agravos à saúde presentes desde a puberdade até o climatério (SAÚDE, 1984).

A estruturação do PAISM teve como princípios e diretrizes a proposta de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, assim como a integralidade e equidade da atenção, sendo que posteriormente serviu de modelo para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1984; BRASIL, 2004).

Foi a partir do PAISM que o puerpério começou a ter a sua assistência assegurada nos serviços de atenção básica à saúde, sendo essa iniciativa essencial para humanização na assistência à saúde materna e neonatal (BRASIL, 1984; BRASIL, 2006).

Entretanto, observa-se que apesar do pré-natal estar presente nas ações dos serviços de saúde que desenvolvem as atividades preconizadas pelo PAISM, ainda assim ocorreram questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o seu impacto nos indicadores de saúde. Destacando esses questionamentos e o não reconhecimento da mulher como sujeito de direitos e, conseqüentemente, o desrespeito ao direito reprodutivo, o MS instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) em junho de 2000 regulamentado pela portaria N.º 569. O PHPN tem como elementos estruturadores o respeito a esses direitos e a perspectiva de humanização visando assegurar o acesso e a qualidade da cobertura de acompanhamento do pré-natal, assistência ao parto e puerpério, à gestação de alto risco e ao RN (BRASIL, 2000; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Para incentivar os municípios a aderirem ao PHPN, o MS disponibilizou novos recursos para custear a assistência, sendo que o valor só seria repassado mediante a execução de um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas para melhoria da assistência. Essas ações preconizavam realizar a 1ª consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação, ter no

mínimo seis consultas de pré-natal, uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento da criança, exames laboratoriais e a imunização antitetânica. Para acompanhamento das ações realizadas com as gestantes foi criado um sistema de acompanhamento da saúde no pré-natal intitulado SISPRENATAL (BRASIL, 2000).

O que pôde ser avaliado do SISPRENATAL é que após a implantação do programa houve um crescimento no número de mulheres atendidas nas consultas de pré-natal, respeitando as ações mínimas citadas acima, todavia esse número não é considerado satisfatório, evidenciando a dificuldade dos profissionais em realizar o pré-natal, integrando todas as ações estabelecidas pelo programa e a não diminuição significativa da mortalidade materna e infantil (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Com o objetivo de impactar positivamente nos índices de mortalidade materno-infantil, em 2011, o MS lançou a Rede Cegonha por meio da Portaria nº 1.459/2011, que teve com estratégia complementar as ações já desenvolvidas pelo PHPN e reforçar a rede hospitalar convencional, especialmente as relacionadas à gestação de alto risco (BRASIL, 2011).

Tendo em vista que a redução da mortalidade materna está associada à atenção qualificada para a assistência obstétrica, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) divulgou em 2013, através do relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que o Brasil obteve o melhor desempenho comparado às demais nações em desenvolvimento e na América Latina, passando de 141 óbitos maternos para 64 a cada 100 mil nascidos vivos. Entretanto, apesar da queda expressiva do número de óbitos materno, ainda assim o Brasil não atingiu a meta estabelecida pelo ODM que foi de 35 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2014).

Após 20 anos de existência do PAISM, houve a necessidade de reformular as suas ações com a finalidade de fortalecer suas fragilidades. Para tanto, o MS criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com enfoque no gênero, integralidade e promoção da saúde, consolidando os avanços alcançados nos campos de direitos sexuais, melhoria na atenção obstétrica, planejamento familiar e a violência sexual e doméstica. Foi incorporada a atenção às queixas ginecológicas, infertilidade e reprodução assistida, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional e mental, doenças infectocontagiosas e atenção às mulheres rurais, portadoras de deficiências física, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas (BRASIL, 2004)).

A maternidade segura livre de danos é direito de toda mulher no pré-natal, parto e puerpério, entretanto, esses direitos são mediados por construtos sociais tais como:

desigualdades sociais, étnicas e de gênero. Diante do exposto faz-se necessário que tanto a sociedade quanto as políticas públicas de saúde reconheçam as diversidades da verdadeira maternidade (MATTAR; DINIZ, 2011)

Apesar de toda evolução nas políticas públicas de saúde voltadas à assistência materno-infantil, percebe-se que as mesmas ainda não estão fortalecidas, visto que o puerpério é considerado o período mais vulnerável a intercorrências, quando comparado com outras fases do ciclo gestacional, e acaba sendo o período que a mulher é menos assistida pelas equipes de saúde. O MS por meio de suas ações preconiza a assistência ao binômio mãe-filho na primeira semana após a alta hospitalar com a finalidade de instituir as ações previstas na chamada “Primeira Semana da Saúde Integral” (BRASIL, 2006). Uma vez que a principal preocupação da maioria das mulheres que retornam aos serviços de saúde, no primeiro mês após o parto, e dos profissionais envolvidos nesta assistência estão voltadas para avaliação do recém-nascido, os cuidados referentes à mãe podem ficar em segundo plano.

O puerpério é o período que ocorre a desvinculação da saúde do RN com a saúde da mãe, sendo, portanto, uma saúde da mulher, e não materna. Uma das justificativas utilizadas pelos profissionais é a de que as mulheres não retornam mais aos serviços de saúde após o parto, o que não é verdade, já que as crianças retornam aos serviços para serem vacinadas como preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) e quem geralmente as levam são suas mães (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

É importante ressaltar que o enfermeiro é um profissional capacitado para compreender essas modificações fisiológicas, psíquicas e sociais, promovendo um puerpério saudável para o binômio mãe-filho por meio da prevenção de complicações, intervenções diretas e/ou encaminhando para outros profissionais quando houver necessidade (CATAFESTA et al., 2009).

2.3 Consulta de Enfermagem

Ao longo de sua trajetória profissional, a enfermagem vem procurando embasar a sua prática assistencial no conhecimento científico, uma vez que o seu objeto de trabalho é a pessoa que necessita de cuidado, devendo ser prestada uma assistência de forma integral e individual, levando o paciente a refletir sobre a sua saúde, adotando práticas para melhorar e modificar seus hábitos com o objetivo de solucionar problemas (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

No seu dia a dia, o enfermeiro desenvolve várias atividades, muitas vezes burocráticas, o que contribui para descontextualizar a assistência oferecida ao paciente, sendo necessária a organização dessa assistência para que haja uma melhor visibilidade e reconhecimento profissional (SANTOS; RAMOS, 2012).

A consulta de enfermagem é uma estratégia de cuidado importante e resolutive, respaldada por lei, privativa do enfermeiro, e que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento precoce, além da prevenção de situações evitáveis (COFEN, 1993). Ela permite a detecção precoce de desvios de saúde e acompanhamento de medidas instituídas, as quais se dirigem ao bem-estar das pessoas. Viabiliza o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao paciente, facilitando a identificação de problemas e as decisões a serem tomadas. Para tanto, deve ser norteadas pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), um método científico com aplicação específica, de modo que o cuidado de Enfermagem seja adequado, individualizado e efetivo (COFEN, 2009)).

O percurso para a implantação da consulta de enfermagem ocorreu paralelamente à evolução histórica da profissão e política no Brasil, dividida por quatro diferentes fases na sua prática assistencial, sendo mérito das enfermeiras de saúde pública o desenvolvimento do procedimento e sua incorporação na prática da enfermagem (CASTRO, 1976).

A primeira fase ocorreu em 1923, através da criação da Escola Anna Nery com a colaboração da Fundação Rockefeller, e consequentemente a substituição das visitadoras de higiene por enfermeiras diplomadas pela escola de enfermagem. A profissão começou a ser influenciada por dois importantes grupos: o dos médicos brasileiros, destacando aqui os médicos sanitaristas Carlos Chagas e Clementino Fraga, que contribuíram muito para a implantação da enfermagem no país; e das enfermeiras americanas que atuaram tanto no ensino quanto nos serviços de saúde. A parceria da escola de enfermagem com os serviços de saúde pública no país resultou na atuação da enfermeira com a população nos centros de saúde e nos domicílios desenvolvendo uma ação educativa para a população (CASTRO, 1976).

As enfermeiras americanas ofereceram importantes contribuições ao processo de implantação da consulta de enfermagem, dando ênfase à função educativa exercida pelo enfermeiro através do manual preparado para as enfermeiras brasileiras, constando como atribuição da profissão a realização das consultas pós-clínicas que tinham como objetivo orientar os pacientes sobre o tratamento e a importância dos meios de disseminação e prevenção de doenças. Através dessas ações foi possível o reconhecimento da prática dessa

atividade, o que posteriormente foi denominado como consulta de enfermagem (CASTRO, 1976).

A segunda fase foi marcada por períodos de transição devido à regulamentação do exercício da enfermagem no país, à criação do Ministério da Saúde e Educação e as suas sucessivas reformas. Em virtude da adaptação das normas em uso na capital do país houve um declínio das conquistas alcançadas pelos profissionais da enfermagem, resultando na impossibilidade de se preencher o quadro de pessoal apenas com enfermeiras, abrindo espaço para o retorno das visitadoras sanitárias e consequentemente a profissão foi perdendo o seu campo de atuação na prática (CASTRO, 1976).

Em resposta a esse declínio profissional e ao número reduzido de profissionais da área, a Escola Anna Nery passou a realizar o recrutamento em todas as regiões do país, aumentando consideravelmente suas candidatas à profissão. Entretanto, diante de uma nova norma administrativa, os serviços de enfermagem foram rebaixados apenas para competência normativa, privando os enfermeiros de toda autoridade e prestígio que um dia foram conquistados (CASTRO, 1976).

A terceira fase corresponde ao período de criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que foi instituído a partir de um acordo entre os governos brasileiros e norte-americanos. Este serviço expandiu para outros estados do interior do Brasil, principalmente em regiões menos desenvolvidas e mais carentes, construindo unidades de saúde locais focadas tanto na medicina preventiva quanto curativa, baseando-se na educação sanitária e adaptando-se às precárias condições socioeconômicas das nossas zonas rurais, resultando em uma saúde pública mais compatível com a realidade do nosso país (CASTRO, 1976; RENOVATO; BAGNATO, 2009).

Sendo a educação sanitária um dos mais importantes pilares do SESP, seus profissionais médicos, enfermeiros e visitadoras sanitárias trabalharam como multiplicadores de informações através de atividades educativas em saúde específicas para escolares por acreditarem que o papel da escola é preparar gerações para o futuro (RENOVATO; BAGNATO, 2009).

A quarta fase ocorreu em 1956 trazendo melhorias para a profissão com o surgimento da primeira pesquisa realizada pela enfermagem em âmbito nacional, também financiada pela Fundação Rockefeller. As reformas do ensino, integrando as escolas de enfermagem nas Universidades brasileiras, fortaleceram ainda mais a inclusão da enfermeira nas equipes de planejamento de saúde (CASTRO, 1976).

Como consequência dessas conquistas históricas, hoje a enfermagem se estabeleceu como profissão e a consulta de enfermagem é realizada de forma rotineira, tornando-se um importante instrumento com a finalidade de proporcionar melhorias na assistência dispensada ao paciente, requerendo competência técnica, habilidade de comunicação e sensibilidade para compreender o ser humano.

A consulta de enfermagem objetiva direcionar todas as suas ações dispensadas ao paciente, sendo cientificamente fundamentada. É sistematizada por uma sequência de etapas específicas a fim de resgatar todas as informações necessárias sobre o estado de saúde e doença do indivíduo. Nela a enfermeira adotará medidas de resolutividade ou de encaminhamento a outros profissionais quando a situação fugir de sua competência profissional (MACIEL; ARAÚJO, 2003).

Uma das principais ações realizadas durante a consulta de enfermagem é a ação educativa, que tem por objetivo levar o paciente a refletir sobre a sua saúde, adotar práticas para a sua melhoria e modificar hábitos para solução de problemas. O profissional da saúde deve ser um facilitador para que o paciente adquira autonomia para enfrentar períodos que podem ser suscetíveis a patologias. Um dos momentos em que a mulher vivencia essas fases de vulnerabilidade é justamente no ciclo gravídico-puerperal (RIOS; VIEIRA, 2007).

A assistência à mulher grávida inicia-se no pré-natal com ações educativas pertinentes à gestação, transcorrendo ao parto e deve ter continuidade no puerpério, propiciando um ciclo saudável e livre de danos a sua saúde. A consulta de enfermagem no puerpério objetiva atenuar os índices de morbimortalidade materna, entretanto o número de mulheres que realizam a consulta puerperal nas unidades de saúde é muito baixo (ANGELO; BRITO, 2012).

A consulta puerperal é um direito de todas as mulheres no pós-parto e imprescindível na construção dessa nova etapa de vida da mulher. No entanto, para que a mesma seja efetivamente de qualidade, é necessário que se conheça o perfil das pacientes atendidas para que se construa um instrumento de avaliação que atenda as suas reais necessidades.

3 OBJETIVOS

Verificar as principais queixas e problemas apresentados pelas puérperas durante a consulta puerperal de enfermagem e elaborar um fluxograma para a consulta puerperal de enfermagem.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal, com tratamento quantitativo dos dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado em um hospital de caráter privado de médio porte, estabelecido no interior paulista. Destaca-se que desde 2004 essa instituição aderiu à acreditação hospitalar através do Instituto Qualisa de Gestão (IQG), que é uma instituição certificadora credenciada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) responsável pelas vistoriais e acreditação em instituições que se destacam na segurança e qualidade dos serviços prestados. O hospital vincula-se a 28 operadoras de saúde suplementar, sendo referência para região, e possui um total de 113 leitos.

A maternidade é composta por 16 leitos obstétricos, 03 para berçário patológico e sala de ordenha para coleta de leite humano, possui uma equipe multidisciplinar composta por duas enfermeiras obstétricas, 25 técnicas em enfermagem, fonoaudióloga e equipe médica obstétrica e pediátrica. Nasceram em média 100 RNs/mês, em sua maioria de parto cesárea, com permanência média no hospital de 48 horas após o parto cesárea e 24 horas após o parto normal.

Após o parto, o binômio mãe-filho é encaminhado para a maternidade em sistema de alojamento conjunto (AC), favorecendo, desse modo, o vínculo materno-infantil. Nesse espaço, as puérperas são orientadas sobre os cuidados consigo e com o recém-nascido, a administração da vacina de hepatite B ao nascer e a realização dos testes do reflexo vermelho e da orelhinha.

No dia da alta hospitalar, a puérpera recebe informações referentes à data agendada pelo hospital para comparecer à Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima ao seu domicílio para a administração da vacina BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*) no RN para prevenção da tuberculose; quanto à realização do teste do pezinho; e sobre o retorno ao serviço hospitalar para a realização da consulta puerperal.

4.3 Participantes do estudo

A amostra consecutiva não probabilística do estudo foi constituída por puérperas que tiveram seu parto assistido na instituição no período de outubro a dezembro de 2016. Foram consideradas elegíveis para este estudo puérperas com idade superior a 18 anos. As mães de RNs que permaneceram hospitalizados após a alta materna foram excluídas desta pesquisa.

As consultas puerperais foram agendadas entre o 7º e o 10º dia após o parto, conforme recomendação da literatura de que o período mais incisivo do puerpério ocorre nos primeiros 10 dias. As consultas foram realizadas nas dependências da maternidade, em um ambiente calmo e acolhedor à puérpera e à sua família, o que contribuiu para garantia de bem-estar da mesma pelo fato de já estar familiarizada com o ambiente e equipe.

O convite para participação do estudo foi realizado no início da consulta, quando também foi esclarecido o objetivo da pesquisa assim como a garantia em realizar a consulta sem quaisquer prejuízos caso não aceitasse em participar. Conforme a sua aceitação em participar procedeu-se à assinatura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.4 Coleta de dados

A estratégia utilizada para a obtenção dos dados que atendessem aos objetivos deste estudo foi a entrevista semiestruturada, composta por dados referentes à situação sociodemográfica (idade, situação conjugal, financeira, escolaridade), pré-natal, parto,

puerpério, exame físico do RN e da puérpera. O exame físico seguiu um roteiro com base no Manual Técnico Pré-natal e Puerpério do MS (BRASIL, 2006) que buscou viabilizar a identificação do perfil e das principais queixas e problemas apresentados pelas pacientes que foram atendidas na consulta (Apêndice A).

A avaliação da puérpera e do RN teve por objetivo identificar os problemas comuns no puerpério. As orientações necessárias correspondentes às necessidades física e psíquica apresentadas pelo binômio durante a consulta puerperal foram realizadas individualmente, sendo solicitada avaliação com o ginecologista, pediatra e/ou a psicóloga quando pertinente (BRASIL, 2006).

4.5 Análise estatística

Após a coleta dos dados, estes foram digitados com técnica de dupla digitação no Microsoft Excel para Windows 2010, tendo em vista identificar e corrigir possíveis inconsistências. Para o processamento e análise dos dados, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas e análise de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão) para as variáveis contínuas.

Os problemas identificados durante a consulta puerperal foram descritos, contabilizados em uma planilha e, após, realizou-se a avaliação e interpretação dos dados coletados.

Para as variáveis sobre o uso profilático de antibióticos, após a identificação de sinais sugestivos de infecção foi verificado junto ao prontuário de cada puérpera se houve a descrição de sua utilização.

4.6 Considerações éticas

Para a realização deste estudo foi solicitada a autorização do gestor administrativo da instituição. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP/USP para apreciação e aprovado segundo número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 54337416.2.0000.5393, seguindo os preceitos

éticos da pesquisa com seres humanos de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

5 RESULTADOS

A coleta de dados para a realização da pesquisa ocorreu nos meses de outubro a dezembro de 2016. No período, 295 gestantes tiveram o seu parto assistido na instituição; destas, 12 não se adequavam aos critérios de inclusão, resultando em 283 puérperas elegíveis para participarem da pesquisa.

As consultas foram agendadas no dia da alta hospitalar do binômio mãe-filho respeitando o período do 7º ao 10º dia após o parto, contudo, o convite para participação da pesquisa foi realizada apenas no início da consulta. Das 283 puérperas agendadas, 114 compareceram para a realização da consulta e aceitaram participar da pesquisa. Das puérperas que não compareceram à instituição e que estavam entre o 7º e 9º dia de puerpério foi realizado contato telefônico oferecendo a disponibilidade para realização da consulta no dia seguinte, no entanto nenhuma das puérperas nessa condição compareceu para a consulta puerperal de enfermagem.

Em relação às 114 puérperas participantes, a maioria declarou ser casada, católica, possuir ensino superior completo e vínculo empregatício. Na Tabela 1 podem ser observadas as características sociodemográficas das puérperas.

Tabela 1. Características sociodemográficas das puérperas atendidas de acordo com a idade, estado civil, escolaridade, ocupação, religião e renda familiar (n=114). Franca, Estado de São Paulo (SP), Brasil, 2016.

Variáveis	Frequência	Percentual
Idade em anos		
Até 20 anos	03	2,7%
21 a 30 anos	65	57,1%
31 a 40 anos	44	38,6%
≥ 41 anos	2	1,8%
Estado Civil		
Casada	101	88,6%
Solteira	13	11,4%
Amasiada	10	8,8%

Escolaridade

Continua

Continuação

Analfabeto	0	0%
Ens. Fundamental Incompleto	3	2,6%
Ens. Fundamental Completo	6	5,3%
Ensino Médio Incompleto	4	3,5%
Ensino Médio Completo	43	37,7%
Ensino Superior Incompleto	9	7,9%
Ensino Superior Completo	49	43,0%
Trabalho		
Trabalha fora	96	84,2%
Do lar	18	15,8%
Religião		
Católica	74	64,9%
Espírita	13	11,4%
Testemunha de Jeová	1	9,0%
Não segue nenhuma religião	1	9,0%
Renda Familiar		
Até R\$ 1.000,00	3	2,6%
De R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00	36	31,6%
De R\$ 3.000,00 a R\$ 4.000,00	46	40,4%
> R\$ 4.000,00	29	25,4%

Fonte: Banco de dados da própria pesquisadora.

Quanto ao perfil obstétrico das puérperas que retornaram para a realização da consulta de enfermagem, 66 (57,9%) eram primíparas e 48 (42,1%) eram múltiparas. Das múltiparas, 35 (30,7%) declararam ter realizado parto cesárea nas gestações anteriores. Os dados referentes à caracterização obstétrica podem ser visualizados na Tabela 2.

Tabela 2. Características relativas aos antecedentes obstétricos das puérperas de acordo com o número de gestações, desfecho das gestações anteriores e tipo de parto n=114). Franca, Estado de São Paulo (SP), Brasil, 2016.

Variáveis	Frequência	Percentual
Nº de Gestações (Inclusive a atual)		

Continua

Continuação

1 ^a	66	57,9%
2 ^a	35	30,7%
3 ^a	9	7,9%
4 ^a	3	2,6%
5 ^a	1	0,9%
Desfecho da gestação anterior		
Parto	38	33,3%
Aborto	7	6,1%
Parto e aborto	3	2,6%
Tipo de parto anterior		
Cesariana	35	30,7%
Parto Normal	7	6,1%

Fonte: Banco de dados da própria pesquisadora.

Em relação às características do pré-natal realizado no setor privado de saúde, os dados mostram que a maioria das gestantes realizou oito consultas ou mais de pré-natal, entretanto 76 (66,7%) puérperas referiram não ter recebido nenhuma orientação sobre o período pós-parto. Verificou-se ainda que a concentração maior de partos ocorreu entre 38 e 39 semanas de gestação, respondendo por 39,5% e 41,5% dos partos, respectivamente. As informações podem ser verificadas na Tabela 3.

Tabela 3. Descrição das características do pré-natal segundo o número de consultas de pré-natal, idade gestacional, gestação de alto risco, orientações sobre o puerpério e fonte das orientações (n=114). Franca, Estado de São Paulo (SP), Brasil, 2016.

Variáveis	Frequência	Percentual
Nº Consultas no Pré-natal		
≥ 6 consultas	111	97,3%
< 6 consultas	3	2,7%
Idade Gestacional no parto		
35	1	0,9%
36	5	4,4%

37	8	7,0%
38	45	39,5%
Continuação		
39	47	41,2%
40	6	5,3%
41	2	1,8%
Alto Risco		
Sim	16	Continua
Não	98	
Recebeu orientações sobre o puerpério?		
Sim	38	33,3%
Não	76	66,7%
Qual a fonte das informações?		
Médico Obstetra	20	17,5%
Curso de gestante	14	12,3%
Enfermeiro	4	3,5%

Fonte: Banco de dados da própria pesquisadora.

As informações relativas ao tipo de parto atual mostram que há uma diferença significativa entre as vias de parto vaginal e cesariana, sendo que 12 (10,5%) foram parto vaginal e 102 (89,5%) cesariana.

As características sobre o processo gravídico-puerperal atual podem ser visualizadas na Tabela 4.

Tabela 4. Descrição das características do parto atual segundo o tipo de parto e acompanhante durante o parto (n=114). Franca, Estado de São Paulo, Brasil (SP), 2016.

Variáveis	Frequência	Percentual
Tipo de parto atual		
Parto Normal	12	10,5%
Cesariana	102	89,5%
Presença de um acompanhante no parto		

Continuação

Sim	110	96,5%
Não	4	3,5%
Quem?		
Companheiro	98	Continua
Mãe da gestante	3	2,0%
Irmã	3	2,6%
Cunhada	3	2,6%
Sogra	2	1,8%
Amiga	1	0,9%

Fonte: Banco de dados da própria pesquisadora.

Os dados deste estudo mostram que 114 (100%) das puérperas estavam praticando a amamentação; destas, 48 (42,1%) relataram dificuldades durante a amamentação, sendo a queixa mais frequente relacionada à realização da “pega correta” do RN ao seio materno. Quanto às queixas relacionadas à dor e pouco leite, obtivemos 53 (46,5%) e 3 (2,6%), respectivamente, entretanto 58 (50,9%) das puérperas referiram não ter queixas. Os dados sobre amamentação das puérperas, bem como queixas, dificuldades e traumas, podem ser visualizados na Tabela 5.

Tabela 5: Descrição das características sobre a amamentação, dificuldades e queixas relacionadas às mamas e o tipo de alteração mamária (n=114). Franca, Estado de São Paulo (SP), Brasil, 2016.

Variáveis	Frequência	Percentual
Praticam a amamentação atualmente?		
Sim	114	100%
Tipo de aleitamento materno		
Aleitamento materno exclusivo	92	80,7%
Aleitamento materno misto	22	19,3%
Apresentam dificuldades na amamentação		
Sim	48	42,1%
Não	66	57,9%

Continuação

Queixas em relação à mama

Nenhuma	58	50,9%
Dor	53	46,5%
Pouco Leite	3	2,6%

Exame físico das mamas

Normal	69	60,5%
Alterada	45	39,5%

Tipo de alteração

Trauma mamilar	42	36,8%
Ingurgitamento mamário	3	2,6%

Tipo de trauma

Fissuras	35	30,7%
Eritema	5	4,4%
Hematomas	2	1,8%

Fonte: Banco de dados da própria pesquisadora.

Das 114 puérperas avaliadas, 113 (99,1%) apresentavam incisão cirúrgica e 1 (0,9%) não foi avaliada nesta variável devido a sua via de parto ter sido por via vaginal sem episiotomia. Das incisões cirúrgicas avaliadas, 96 (84,2%) apresentaram-se normais e 17 (14,9%) apresentaram sinais sugestivos de infecção do sítio cirúrgico.

Tabela 6: Descrição das características sobre a incisão cirúrgica e os tipos de alterações encontrados e a utilização de antibióticos seja durante internação ou pós-alta (n=114). Franca, Estado de São Paulo (SP), Brasil, 2016.

Variáveis	Frequência	Percentual
Incisão Cirúrgica		
Normal	96	84,2%
Alterada	17	14,9%
Sem Incisão	1	0,9%
Cesariana	14	12,3
Episiotomia	3	2,6%
Tipo de alteração		
Hiperemia	7	6,1%

Continuação

Secreção	4	3,5%
Hiperemia e secreção	3	2,7%
Deiscência	3	2,6%
Uso de antibiótico na internação		
Sim	11	9,6%
Não	103	90,4%
Em uso atualmente?		
Sim	13	Continua
Não	101	

Fonte: Banco de dados da própria pesquisadora.

Durante a realização da entrevista, por meio dos relatos das puérperas 105 (92,1%) referiram estar calmas, 7 (6,1%) ansiosas e 2 (1,8%) apresentaram choro fácil.

Mediante aos dados coletados foi possível estabelecer as condutas a seguir: 92 (80,7%) das puérperas foram orientadas mediante as dificuldades apresentadas, relacionadas ao seu autocuidado e/ou aos cuidados dispensados ao RN; 12 (10,5%) foram encaminhadas para avaliação com ginecologista devido a alterações mamárias e ferida operatória com características sugestivas de infecção; para 8 (7,0%) foram reforçadas as orientações sobre a realização da ordenha manual, além disso, foi avaliado na prática se a forma que a puérpera estava procedendo a ordenha estava correta; e por fim, 2 (1,8%) foram encaminhadas para avaliação psicológica por demonstrarem a necessidade de um acompanhamento especializado.

Em relação aos RNs atendidos na consulta puerperal de enfermagem, estes foram caracterizados de acordo com o exame físico e também com a necessidade de direcionamento ou não ao AC.

O peso médio dos RNs atendidos foi de 3.189 gramas no dia do nascimento (DP: 470,8; Mediana: 3.170 gramas) e de 3.136 (DP: 479,0; Mediana: 1.150 gramas) no dia da consulta puerperal. Do total de nascimentos, 6 (5,3%) nasceram com menos de 37 semanas gestacionais.

A prática do AC imediato ocorreu em 105 (92,1%) RNs, permanecendo 24 horas/dia juntamente com sua mãe. Para 9 (7,9%) não foi possível realizar essa assistência devido a intercorrências, como taquipneia, hipotermia neonatal e instabilidade materna.

Sobre o exame físico realizado nos RNs durante a consulta puerperal, observou-se que 104 (91,2%) apresentavam-se corados e 10 (8,8%) ictéricos. Para os RNs ictéricos, utilizou-se

a classificação da tabela de Kramer para correlacionar os níveis de bilirrubina indireta com a zona dérmica de icterícia. Os resultados mostraram que 101 (91,2%) correspondiam à zona 1, 7 (6,1%) à zona 2 e 3 (2,6%) à zona 3, sendo esta última considerada uma condição de maior atenção e que muitas vezes necessita de hospitalização, o que ocorreu em 3 (2,6%) dos neonatos ictericos com esta classificação.

Outro fator importante avaliado durante a consulta foi a condição do coto umbilical, pois, além de ser motivo de preocupação para maioria das puérperas, principalmente as primigestas, foi identificado que em 41 (36,0%) já havia ocorrido a queda do coto umbilical não apresentando nenhuma característica anormal e em 71 (64,0%) a queda do coto umbilical ainda não havia acontecido, e 1 (0,9%) apresentou hiperemia com presença secreção de coloração amarela, sendo necessário reforçar as orientações quanto aos cuidados com coto umbilical. Os dados podem ser observados na Tabela 7.

Tabela 7. Descrição das características sobre a taxa de prematuros, alojamento conjunto, tipo de aleitamento materno e alterações física do RN (n=114). Franca, Estado de São Paulo (SP), Brasil, 2016.

Variáveis	Frequência	Percentual
Prematuros		
< 37 semanas de gestação	6	5,3%
Alojamento Conjunto imediato		
Sim	105	92,1%
Não	9	7,9%
Motivo		
Taquipneia transitória do RN	7	6,1%
Hipotermia Neonatal	1	0,9%
Instabilidade Materna	1	0,9%
Pele		
Corada	104	91,2%
Ictérica	10	8,8%
Zona de Kramer		
Zona 1	104	91,2%
Zona 2	7	6,1%
Zona 3	3	2,6%
Fototerapia		

Sim	3	2,6%
Não	111	97,4%
Queda do coto umbilical		
Sim	41	36,0%
Não	73	64,0%
Condição do coto umbilical		
Normal	113	98,2%
Alterado	1	0,9%
Tipo de alteração		
Hiperemia e Secreção	1	0,9%
Conduta		
Liberado para casa pós-consulta	103	90,4%
Encaminhado ao pediatra	11	9,6%

Fonte: Banco de dados da própria pesquisadora.

Dos RNs avaliados na consulta puerperal, 103 (90,4%) apresentavam bom estado geral e foram liberados para casa, 11 (9,6%) foram encaminhados para avaliação com o pediatra. Mais uma vez, as mães receberam esclarecimentos sobre as dúvidas apresentadas quanto ao autocuidado e aos cuidados com o RN.

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram o perfil das puérperas atendidas na instituição onde ocorreu a coleta dos dados, destacando a média de idade entre as participantes, características relacionadas ao número de partos e consultas de pré-natal, orientações recebidas durante a gestação sobre o puerpério e as intercorrências mais frequentes após o parto. Os dados revelados subsidiaram elencar prioridades na assistência ao binômio mãe-filho e na elaboração da proposta de um fluxograma de consulta puerperal de enfermagem para a instituição.

Observando as características sociodemográficas, a faixa etária das mulheres participantes deste estudo variou entre 19 e 43 anos de idade, correspondendo a uma média de 29,4 anos (DP: 4,9; Mediana: 29,5). Em seu estudo Schupp (2006) refere que a idade ideal para ter filhos é entre 20 e 29 anos e que os extremos de idade podem resultar em complicações perinatais. Destaca-se, ainda, que há uma variedade de definições para classificar idade materna avançada, sendo que alguns autores consideram um limite de 35 anos de idade e outros um limite superior a 40 anos, há aqueles que vão mais além, considerando as gestantes acima de 45 anos como em idade avançada.

Uma revisão sistemática envolvendo estudos realizados no período de 1990 a 2008 reafirma a falta de consenso relacionado à idade materna e a associação a alguma condição de risco para gestação, inferindo que todas as gestações em qualquer faixa etária podem vir acompanhadas de condições desfavoráveis tanto para mãe quanto para o feto dependendo das condições de saúde da mulher e seu contexto socioeconômico, físico, emocional e cultural (CAETANO; NETTO; MANDUCA, 2011)

Ainda com relação à idade, 17 mulheres inseridas neste estudo tiveram a gestação após os 35 anos, sendo que 7 (6,1%) eram primigestas e 8 (8,9%) multigestas. Segundo Silva e Surita (2009), mulheres que tiveram sua primeira gestação mais tardiamente geralmente apresentam estado de saúde mais preservado, além de gestações planejadas e desejadas, apesar de muitas dessas gestações estarem associadas à reprodução assistida devido ao declínio natural de sua fertilidade.

Atualmente, as mulheres vêm ocupando cada vez mais espaço no mercado de trabalho, seja para assumir o papel de chefe de família, completar o sustento do lar ou até mesmo para sua realização profissional, descaracterizando o papel feminino de gerar, criar filhos e cuidar do lar (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2007).

Notou-se que as multíparas retornaram menos ao serviço após o parto do que as primíparas, o que nos remete a duas hipóteses. A primeira é relacionada com a dificuldade que as mesmas sentem em relação à sua rede apoio, dificultando o seu deslocamento para a instituição por não terem com quem deixar o(s) seu(s) filho(s); a segunda embasa-se no fato da puérpera já ter passado por essa experiência, tendo a falsa compreensão de não necessitar desse tipo de assistência, o que pode acarretar na repetição de um erro já cometido anteriormente.

Em relação ao número de consultas de pré-natal realizado pelas puérperas, identificamos que 97,3% tiveram ≥ 6 consultas de pré-natal, obtendo uma média de 8 consultas (DP: 1,0; Mediana: 8,0). Desde o ano 2000, o MS por meio da portaria 569 instituiu o PHPN que preconiza, entre outras ações, o mínimo de seis consultas de pré-natal, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre, três no terceiro trimestre e uma consulta puerperal até o 42º dia após o parto (SAÚDE, 2000).

O pré-natal é o espaço propício para que ocorra o diálogo entre o profissional e a gestante como um meio eficaz para troca de informações pertinentes ao ciclo gravídico-puerperal. Especialmente no período puerperal, a mulher apresenta-se suscetível a situações adversas que podem atingir o seu bem-estar físico e emocional. A maioria das puérperas (66,7%) referiu não ter recebido orientação sobre o puerpério durante as consultas de pré-natal, reforçando que tanto os serviços quanto os profissionais de saúde remetem ao parto como a fase final do ciclo, não valorizando o período pós-parto (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Das puérperas que receberam orientações no pré-natal sobre o respectivo período, 20 (17,5%) declararam que essas orientações foram dadas pelo médico pré-natalista.

Em contrapartida, os resultados de um estudo realizado em Ponta Grossa-Paraná no ano de 2008, por meio da consulta puerperal de enfermagem realizada por uma enfermeira obstetra responsável pelas consultas de puerpério, identificaram que 68% (172) das puérperas receberam orientações sobre o ciclo gravídico-puerperal e 32% (79) delas não receberam esclarecimento e quando questionadas quanto ao profissional que mais esclareceu as dúvidas, desvelou-se o profissional enfermeiro seguido do médico (RAVELLI, 2008), contradizendo, assim, os achados do nosso estudo. Nesse sentido, supomos que apesar da importância do trabalho em equipe ser bastante difundido, as instituições de saúde privadas podem ainda ter suas ações centradas no profissional médico, e não em uma equipe multiprofissional.

É essencial reconhecer que a consulta de pré-natal e os cursos de gestantes são ferramentas importantes para que as mulheres vivenciem a gestação, o parto e o puerpério livre de danos. O contexto que permeia a vivência da gestação e do parto são fatores que

auxiliam a mulher no puerpério, direcionando-a para o autocuidado e ao cuidado de seu bebê para um viver saudável e em melhores condições de vida, isto é, com qualidade.

A maior concentração de partos ocorreu entre 38 e 39 semanas de gestação, responsáveis por 39,5% e 41,5%, respectivamente.

O tipo de parto predominante no estudo foi a cesariana (89,5%), o que contradiz as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que indica que as taxas de cesarianas não devem ultrapassar 10%, pois a sua realização indiscriminada não está associada com a redução da mortalidade materna e neonatal (OMS, 2014). Acredita-se que as altas taxas de cesáreas associadas aos setores privados de saúde ocorrem tanto em países desenvolvidos quanto em países subdesenvolvidos (FESSEHA et al., 2011; COULM et al., 2012).

Estudos realizados no Brasil mostram que a taxa de cesarianas realizadas nos serviços privados aproxima-se de 90%. Vários fatores são atribuídos ao aumento da realização de cesarianas nesses perfis institucionais, tais como o desejo apresentado pelas mulheres por esse tipo de parto, tendo como principal determinante para essa escolha o medo apresentado pelas mesmas perante o parto vaginal, em especial nas primíparas; já as múltiparas referem ter tido experiências positivas em sua(s) cesárea(s) anterior(es); a pouca importância dada às informações prestadas às gestantes que podem interferir no processo decisório de escolha de sua via de parto e a realização do pré-natal com o mesmo médico sugerem em 80% um aconselhamento favorável para a cesárea (DOMINGUES et al., 2014).

Um estudo realizado em 2003 com 28 mulheres primíparas, no qual foram avaliadas as expectativas positivas e negativas das gestantes com relação ao parto vaginal e a cesariana), mostrou que 19 (67,8%) gestantes relataram o medo de ser incapaz de realizar o parto normal, receio de não reconhecer os sinais do parto e a falta de controle sobre o parto (LOPES et al., 2005).

Melchiori et al. (2009) avaliaram a preferência das gestantes quanto ao parto normal e à cesariana. Dentre as 40 gestantes entrevistadas, 75% relataram preferir o parto vaginal à cesariana. A principal justificativa por essa escolha seria a rápida recuperação física (62%) e por considerarem uma opção melhor tanto para elas quanto para o bebê (24%).

Nos estados Unidos, no período de 1996 a 2006, houve um aumento significativo no número de cesarianas, sendo que a mídia norte americana atribuía esse aumento à escolha da própria gestante que procurava por esse tipo de assistência. Alguns anos depois, pesquisadores questionaram essas mães sobre a veracidade da informação e concluíram que a cesárea a pedido materno era responsável por cerca de 1% dos partos, não justificando o grande aumento dessa prática no país (DECLERCQ, 2014).

No Brasil, a literatura mostra que a decisão das gestantes sobre a via de parto pode ser fortemente influenciada pelas opiniões dos profissionais de saúde. Nesse sentido, cabe aos profissionais atuantes na assistência pré-natal avaliar as razões específicas das gestantes, discutindo os riscos e benefícios da cesariana em relação ao parto vaginal (DOMINGUES et al., 2014). Além da influência por parte dos profissionais da saúde, a puérpera está constantemente exposta às informações disponíveis em seu meio familiar por meio das experiências vivenciadas pela mãe, tias, primas e amigas (MELCHIORI et al., 2009).

Outro fator fortemente influenciado pelo círculo familiar em que a puérpera vive é a amamentação. As mulheres da família transmitem seus valores, crenças e experiências (negativas ou positivas) em relação à amamentação, exercendo uma influência significativa nas decisões das puérperas. Portanto, apesar do pré-natal ser um momento oportuno para desenvolver as ações educativas, é necessário que o profissional de saúde compreenda as crenças e valores individuais de cada puérpera a fim de adequar a ciência com a realidade vivenciada, colaborando com a promoção da saúde física e emocional da puérpera.

Como resultado das vivências, experiências ou da falta de informação adequada podem ocorrer complicações mamárias durante a lactação, sendo o ingurgitamento mamário e os traumas mamilares os mais frequentes. Em nosso estudo, 36,8% das puérperas apresentaram traumas mamilares e 2,6% ingurgitamento mamário; dos traumas mamilares, 30,7% corresponderam às fissuras mamárias.

Esses resultados são similares aos achados da pesquisa de Skupien, Ravelli e Acauan (2016), na qual entre as 135 puérperas investigadas, 24 (9,2%) apresentaram ingurgitamento mamário em ambas as mamas, 59 (23,5%) tiveram fissura na mama direita e 76 (30%) na mama esquerda.

Em contrapartida, a presença e o apoio da família, em especial do companheiro, durante o período gravídico-puerperal, são muito importantes para o desenvolvimento saudável desse ciclo para a mulher. Desde 2005 é assegurado à gestante o direito de ter um acompanhante de sua escolha durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato mediante a Lei nº 11.108 (BRASIL, 2005). Em nosso estudo, identificamos que 96,5% tiveram um acompanhante durante o parto e que em 86% destes o acompanhante de escolha foi o companheiro.

Outra variável avaliada foi a realização de episiotomia nas puérperas que tiveram parto por via vaginal. Esse procedimento foi incorporado na assistência obstétrica sem nenhum respaldo de pesquisas sobre os riscos e benefícios de sua prática. A sua realização é inerente à avaliação médica perante as necessidades clínicas apresentadas pelas parturientes. Todavia,

essa prática tornou-se rotineira no Brasil em decorrência de hábitos antigos e da formação acadêmica. Para modificar este cenário é necessário desenvolver programas de educação continuada para a classe médica a fim de discutir as melhores formas de se empregar essa prática na assistência obstétrica (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005).

O estudo de Leal et al. (2014) afirma que a episiotomia não deve ser feita rotineiramente na assistência ao parto vaginal devido aos seus desfechos desfavoráveis, por ser caracterizada por esses autores como um modelo de atenção obstétrica muito intervencionista.

De uma forma geral, a incisão cirúrgica, apesar de ser um procedimento necessário a depender das necessidades individuais de cada parturiente, posteriormente pode expor a puérpera ao risco de infecções e à necessidade da utilização de antibióticos. Neste estudo, 11 (9,6%) puérperas realizaram antibioticoterapia em seu período de internação e, após a alta hospitalar, 13 (11,4%) referiram estar em uso do medicamento.

Por meio de uma revisão sistemática sobre o uso de antibióticos nos diferentes tipos de partos, um estudo concluiu que o uso profilático de antibióticos nas cesarianas reduziu a ocorrência de infecção puerperal; já nos partos vaginais, a profilaxia deve ser feita apenas nos casos de prevenção do *streptococcus* do grupo B e em portadoras do vírus HIV (ZIMMERMAN et al., 2010). Evidenciamos em nosso estudo que 17 (14,9%) puérperas apresentavam incisões cirúrgicas com sinais sugestivos de infecção e, destas, 13 (11,4%) não há a descrição da profilaxia.

Entretanto, é válido ressaltar que o uso indiscriminado de antibióticos é desencorajado devido à resistência bacteriana. Pressupõe-se que a consulta de enfermagem constitui um momento oportuno para que o enfermeiro avalie a ferida operatória, bem como sua evolução, reforçando à puérpera quanto aos cuidados pós-operatórios relativos à higienização e sobre a gestão de autocuidado referente à ingestão correta de antibióticos, caso esteja em uso após a alta hospitalar.

Para as mulheres que relataram falta de apetite, dificuldades para dormir e/ou ao amamentar seu filho e angústia, foi solicitado por meio da pesquisadora uma avaliação psíquica com a equipe do setor de psicologia do hospital., foram encaminhadas

Esses relatos merecem atenção pelos profissionais da saúde, visto que o período pós-parto é caracterizado pelo retorno da fisiologia materna para condições pré-gravídica e, paralelo a esse retorno, também ocorre uma alteração do estado psíquico da mulher. Essa alteração é provisória, porém existe uma grande vulnerabilidade podendo resultar em transtornos mentais.

Segundo Brasil (2006), essas alterações temporárias podem ocorrer em torno de 50 a 70% das puérperas, apresentando-se na forma do *Baby Blues*, definido como estágio depressivo leve e transitório, iniciando-se no terceiro dia após o parto e permanecendo por até duas semanas, sendo caracterizado por fragilidade, alterações do humor, insegurança e sentimentos de incapacidade. As alterações emocionais também podem apresentar-se na forma de depressão, podendo ocorrer duas semanas após o parto. Dentre os sintomas estão presentes alterações do sono, apetite, desânimo, culpa excessiva, pensamentos suicidas, rejeição do bebê, entre outros.

Mediante a avaliação materna na consulta puerperal foram observadas as necessidades e estabelecidas as condutas a seguir: 92 (80,7%) puérperas apresentaram dificuldades inerentes aos cuidados dispensados ao RN ou ao seu autocuidado sem apresentarem quaisquer intercorrências patológicas, para essa necessidade foram realizadas orientações considerando a individualidade de cada puérpera, valorizando suas crenças e valores construídos no seu meio familiar e social; 12 (10,5%) apresentaram alterações mamárias e/ou ferida operatória sugestivas de infecção e, então, optou-se por encaminhá-las para avaliação de um médico ginecologista; para 8 (7,0%) houve a necessidade de reforçar orientações pertinentes de como proceder a ordenha manual avaliando se a forma como a puérpera estava realizando encontrava-se adequada a fim de corrigir os seus possíveis erros; e por fim, 2 (1,8%) foram encaminhadas para avaliação psicológica por demonstrarem indícios de instabilidade emocional, necessitando de um acompanhamento especializado (SÃO PAULO, 2010)

Dos RNs avaliados no período da coleta dos dados, houve a predominância da prática do AC em 92,1% dos casos. O AC é assegurado pela portaria do Ministério da Saúde GM/nº 1016, de 26 de agosto de 1993, que preconiza a permanência do RN sadio com sua mãe 24 horas por dia até a alta hospitalar. Essa iniciativa possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, assim como orientações sobre a saúde do binômio mãe-filho, favorecendo e estimulando o aleitamento materno, fortalecendo os laços afetivos entre mãe, filho e família e diminuindo os riscos de infecção hospitalar, dentre outras vantagens (BRASIL, 1993).

Conforme descrito em nossos resultados, o aleitamento materno exclusivo ocorreu em 80,7% dos casos. De acordo com a OMS e o MS, o aleitamento materno deve ser exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança, não sendo recomendada a introdução de quaisquer outros tipos de alimentos ou líquidos (chás e água). Entretanto, atualmente, a realidade observada diferencia-se do que está preconizado (BRASIL, 2011).

Alguns estudos apontam que há um declínio do aleitamento materno exclusivo, com o avançar dos meses, observando-se um declínio importante no primeiro ao segundo mês de

vida dos lactentes (PARIZOTO et al., 2009). Outro estudo mostrou que 95% das crianças menores de dois meses recebem leite materno, contudo, observa-se uma redução de 10% comparando com crianças entre dois e quatro meses (SALUSTINO et al., 2012).

Para Araújo et al. (2008), os fatores que influenciam o desmame precoce do RN são problemas relacionados à falta de leite ou intercorrências mamárias, presença de determinadas doenças maternas que contraindicam a amamentação e/ou a influência do meio social/familiar em que a mulher está inserida.

Tão importante quanto a avaliação do aleitamento materno é investigar alteração da coloração da pele do recém-nascido neonato. A icterícia neonatal é caracterizada pela cor amarela da pele e de outros órgãos, correspondendo a uma situação clínica comum, ocorrendo em até 80% dos RNs, podendo ser de causa fisiológica, em que a sua remissão ocorre em poucos dias após o nascimento, ou patológica, na qual é necessário iniciar o tratamento com fototerapia. A técnica comumente utilizada para avaliação da icterícia neonatal é através da escala de Kramer, que divide o corpo por zonas no sentido céfalocaudal, quanto maior a área dérmica comprometida pela icterícia, mais elevados estarão os níveis de bilirrubina no sangue (PRADA, 2005).

A avaliação física e laboratorial da coloração da pele do RN são exames simples e de baixo custo, porém necessários para a confirmação da suspeita de icterícia, pois a avaliação visual pode ficar comprometida dependendo de algumas características do recém-nascido, tais como pele escura ou clara, anemia, prematuridade e até mesmo devido a ambientes mal iluminados (PRADA, 2005).

Entre os dados obtidos referentes ao coto umbilical dos RNs, 0,9% dos casos apresentou hiperemia e secreção amarelada. Entretanto, ao refletirmos sobre os dados encontrados referentes às condições da incisão cirúrgica das puérperas e associarmos aos resultados obtidos as condições do coto umbilical dos RNs, percebe-se que pode ter ocorrido uma transferência por parte das puérperas do cuidado de si para o seu conceito, ou seja, observamos mais alterações na incisão cirúrgica da mulher do que em relação ao coto umbilical.

7 FLUXO DE ATENDIMENTO DA CONSULTA PUERPERAL DE ENFERMAGEM

Mediante a identificação das intercorrências apresentadas pelas puérperas foi elaborado um fluxo de atendimento para a consulta puerperal de enfermagem que atendesse às necessidades da população estudada. Optou-se por representar esse atendimento através de fluxogramas devido à possibilidade de uma visualização rápida e efetiva das etapas a serem seguidas.

É válido ressaltar que este fluxograma foi construído a partir da experiência da pesquisadora e dos aspectos relacionados ao puerpério e passíveis de ação da enfermagem por meio da consulta puerperal, conforme discutido na etapa de caracterização deste estudo, dentre os quais destacamos: prática do aleitamento materno; avaliação das mamas e identificação de complicações; avaliação da ferida operatória e orientações quanto aos cuidados com a mesma; avaliação clínica do recém-nascido (peso, icterícia, coto umbilical); e orientações quanto ao cuidado com o mesmo.

7.1 Fluxograma consulta de enfermagem: avaliação da puérpera

7.2 Fluxograma Consulta de Enfermagem: Avaliação do Recém-nascido

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização do estudo foi possível identificar as queixas e os problemas apresentados pelas puérperas, tais como: dificuldades para a prática do aleitamento materno, traumas mamilares em sua prevalência correspondente as fissuras mamarias e sinais sugestivos de infecção da ferida operatória em sua maioria ocorridos na cesariana.

Em relação às dificuldades e intercorrências relacionadas com a amamentação estas são orientações que devem ser abordadas durante a gestação através das consultas de pré-natal e cursos de gestantes a fim de possibilitar a construção de um período livre de danos e agravos a saúde do binômio mãe-filho. Os relatos das puérperas participantes deste estudo, demonstram a falta de orientação sobre o puerpério durante a consulta de pré-natal e, ao que se relaciona com o curso de gestante, a maioria das mulheres relataram desconhecimento desse serviço oferecido pela instituição. Portanto, percebeu-se que há grande necessidade de uma melhor divulgação do curso de gestantes e uma remodelação do pré-natal oferecido.

Verificamos que houve uma frequência maior de feridas operatórias com sinais sugestivos de infecção comparado com as alterações identificadas no coto umbilical remetendo-nos a idealização da mãe transferir o seu autocuidado para o seu filho. Mediante a esse resultado, é necessário que o profissional responsável pelas orientações dispensadas às mulheres abordem sobre a importância do seu bem estar físico e psíquico, para que a mesma possa cuidar do filho. O meio sociocultural da puérpera deve ser considerado, a fim de adequá-lo com a ciência na intenção de obter sucesso nestas orientações.

O fluxograma para sistematização da consulta de enfermagem foi elaborado considerando as características apresentadas pelas puérperas visando auxiliar o enfermeiro na avaliação do binômio mãe-filho com suporte multiprofissional, conforme a necessidade individual apresentada por cada puérpera e como um guia na realização da consulta puerperal. Considerando as possibilidades e os limites para uma assistência de qualidade às mulheres no puerpério, e nos demais momentos da sua vida, espera-se que esta pesquisa auxilie estudantes e profissionais da enfermagem a entenderem melhor as necessidades e expectativas apresentadas por essas mulheres e a exercerem sua prática visando à satisfação dessa clientela, evitando, assim, complicações no puerpério.

Evidenciou-se como uma limitação deste estudo o número reduzido de mulheres que retornaram para a consulta puerperal, constituindo uma população pequena nesta investigação. Supõe-se que esse fato pode ser decorrente de vários aspectos, tais como; a cultura de medicalização, a assistência compartimentada, a predileção das mulheres em realizar a consulta de puerpério com o médico, supervalorizando essa classe profissional, pelo desconhecimento das áreas de atuação do enfermeiro. Na instituição onde se realizou este estudo, nota-se a procura frequente de puérperas e seus RNs pelo Pronto Atendimento da instituição.

Em geral, percebe-se que são necessárias ações educativas com a população a fim de esclarecer e estabelecer rotina de busca pelo atendimento nos serviços de saúde de acordo com a prioridade do cliente e com os três níveis de atenção à saúde. Contudo, no setor de saúde privado, muitas vezes, são atribuídas exceções às exigências dos clientes com vistas a manter os ganhos econômicos atribuídos pelo cliente e evitar que este migre para outras operadoras.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. D; SANTOS, J. S; MAIA, M.A.C; MELLO, D.F. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc. Anna Nery**. v.19, n.1, p. 181-186, 2015.

ANGELO, B. H. B; BRITO, R. S. Consulta puerperal: O que leva as mulheres a buscarem essa assistência?. **Rev Rene**. v. 13, n. 5, p. 1163-70, 2012.

ARAÚJO, O. D; CUNHA, A. L; LUSTOSA, L. R; NERY, I. S; MENDONÇA, R. C. M; CAMPELO, S. M. A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n, 4, p. 488-492, Brasília, jul/ago, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 82 p., 2004.

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada- Manual técnico. Brasília, DF, 163 p., 2006.

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – 1. ed: Brasília, DF, 195 p., 2011.

_____. **Ministério do Planejamento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA**. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea: Ministério do Planejamento, Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico, 208 p., 2014.

_____. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre a garantia às parturientes o direito de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 de abril de 2005.

_____. Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as normas básicas para implantação do “Alojamento Conjunto”. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 de ago 1993.

Disponível

em:

http://www.crn6.com.br/pdf/LEGISLACAO_%20ALIMENTACAO_E_%20NUTRICAO/portaria/Portaria%20GM-MS%201016-1993%20Alojamento%20conjunto.pdf. Acesso em: 20 jan. 2017.

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS- a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jun, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 20 jan. 2017.

_____. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS- O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. . **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 jun, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRUSCHINI, M. C. A.; LOMBARDI, M.R. Mulheres Trabalho e Família. Fundação Carlos Chagas. **Swisscan Magazine**. Câmara de Comércio Suíço Brasileiro. n. 45, série 2, p. 1-2, 2007.

CAETANO, L. C.; NETTO, L; MANDUCA, J. N. L. Gravidez depois dos 35 anos: Uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Min. Enferm.**; v.15, n.4, p.579-587, out/dez., 2011.

CASTRO, I. B. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. **Rev. Bras. Enf.** Rio de Janeiro, n. 28, p. 76-94, 1976.

CATAFESTA, F.; ZAGONEL I. P. S.; MARTINS, M.; VENTURI. K. Amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método pesquisa-cuidado. **Esc Anna Nery Rev Enfer.** v. 13, n. 3, p. 609-16, Jul-Set, 2009.

CENTA, M. L.; OBERHOFER, P. R.; CHAMMAS, J. Puérpera vivenciando a consulta de retorno e as orientações recebidas sobre o puerpério. **Fam Saúde Desenv.** v.4, n.1, p.16-22, Jan-Jun, 2002.

COULM, B.; RAY, C.; LELONG, N.; DREWNIK, N.; ZEITLIN, J.; BLONDEL, B. Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France: do maternity unit characteristics make a difference?. **Birth**, v. 39, p. 183-191, 2012.

DECLERCQ, E. É a intervenção médica no parto inevitável no Brasil?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 17-47, 2014. Supplement.

DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J. A.; d'ORSI, E.; PEREIRA, A. P. E.; SCHILITZ, A. O. C.; LEAL, M. C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**. v. 30, p. 101-116, 2014. Supplement.

FESSEHA, N.; GETACHEW, A.; HILUF, M.; GEBREHIWOT, Y.; BAILEY, P. A national review of cesarean delivery in Ethiopia. **Int J Gynaecol Obstet**, p.115-106, 2011.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.**. v.11, n. 2, p. 424-428, 2009.

GUTMAN, L. A maternidade e o encontro com a sua própria sombra. 11ª ed. Laura Gutman; tradução Luis Carlos Cabral, Mariana Laura Corralón-Rio de Janeiro: BestSeller, 2017.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 13, n. 1, p.188-193, 2009.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; FILHA, M. M. T.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 17-47, 2014. Suplemento

LOPES, R. C. S.; DONELLI, T. S.; LIMA, C. M.; PICCININI, C. A. **O antes e o depois: Expectativas e Experiências de mães sobre o parto**. Psicologia: reflexão e Crítica, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005.

MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L.; Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev. Latino-am.** v. 11, n. 2, p. 207-214, 2003.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16ª ed. São Paulo: Saraiva; 2000.

MATTAR, L. D; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.NEME**, Bussânara. **Obstetrícia Básica**. 2 ed. São Paulo: SARVIER, p. 218-28, 2000.

MELCHIORI, L. E.; MAIA, A. C. B.; BREDARIOLLI, R. N.; HORY, R. I. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia**, v.13, n.1, p.13-23, 2009.

OLIVEIRA, S. M. J. V.; MIQUILINI, E. C. Frequência de critérios para indicar a episiotomia. **Rev. Escola Enferm USP**; v. 39, n. 3, p. 288-295, 2005.

OLIVEIRA, S. K. P.; QUEIROZ, A. P. O.; MATOS, D. P. M.; MOURA, A. F.; LIMA, F. E. T. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enfer**, v. 65, n. 1, p. 155-61, 2012.

PARIZOTO, G. M.; PARADA, C. M. G. L.; VENÂNCIO, S. I.; CARVALHAES, M. A. B. L. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. **Jornal de Pediatria**. v. 85, nº 3, 2009.

PIMENTA, C. A. M.; PASTANA, I. C. A. S. S.; SICHIERI, K.; GONÇALVES, M. R. C. B. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. 1 versão, COREN: São Paulo, 46 p., 2012-2014.

POLIT. D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliações e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRADA, E. M. G. Hiperbilirrubinemia neonatal. **Rev Soc Bol Ped**. v. 44, n. 1, p.26-35, 2005.

RAVELLI, A. P. X. Consulta Puerperal de Enfermagem: Uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, (RS), v. 1, n. 29, p. 54-59, 2008.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em Revista**. UFPR: Curitiba, Brasil, n. especial 2, p 277-290, 2009.

REZENDE, **Obstetrícia Fundamental**/Carlos Antonio Barbosa Montenegro, Jorge de Rezende Filho, -11.ed- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. ISBN 978-85-277-1360-3.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.12, n. 2, p. 477-486, 2007.

SALUSTINO, L. P. Q.; DINIZ, A. L. D.; ABDALLAH, V. O. S.; PINTO, R. M. C. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.34, n.1, p. 28-33, 2012.

SANTOS, R. B.; RAMOS, K. S. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. **Rev Bras Enferm**. Brasília. v. 65, n. 1, p. 13-8, jan-fev, 2012.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção a gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério/ organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmem Lavras- São Paulo: SES/SP, 234 p., 2010.

SAÚDE. Ministério da. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática do Ministério da Saúde**. - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 27 p., 1984.

_____. Ministério da. **Secretaria-Executiva**. Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, DF, 28 p., 2002.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1281-1289, set-out, 2004.

SILVA, J. L. C. P.; SURITA, F. G. C. Idade Materna: resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras Ginecol Obstet**. v. 31, n.7, p.321-5, 2009.

SCHUPP, T. R. **Gravidez após os 40 anos de idade: análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais diversos**. São Paulo: USP; 2006.

SKUPIEN, S. V.; RAVELLI, A. P. X.; ACAUAN, L.V. Consulta puerperal de enfermagem: prevenção de complicações mamárias. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 2, p. 01-06 Abr/jun, 2016.

SPONG, C. Y. Defining “term” pregnancy: Recommendations from the Defining ‘term’ Pregnancy Workgroup. **JAMA**, v. 309, n. 23, p. 2445-46, 2013.

STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta. Paul. Enferm.** v. 21, n. 2, p. 275-81. 2008.

VIEIRA, F.; BACHION, M. M.; SALGE, A. K. M.; MUNARI, D. B. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 14, n. 1, p. 83-89, jan-mar, 2010.

ZIMMERMMAN, J. B.; NUNES, T. R.; CANGUSSU, A.; CELESTE, R. G; POLISSENI, F.; DUTRA, B. L.; COUTINHO, T. A antibioticoprofilaxia nos diferentes tipos de parto. **Femina**, v. 38, n. 6, junho 2010.

APÊNDICE

Apêndice A- Instrumento para coleta de dados

Título do estudo: Implantação e avaliação da consulta puerperal de enfermagem em um hospital privado do estado de São Paulo

Aluno: Lilian Puglas da Silva

Orientadora: Prof^a. Dra^a. Angelita Maria Stabile

1. Datos sociodemográficos

Puérpera nº _____ Idade: _____ anos Data da coleta: ____/____/____

Estado civil: ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Amasiada ☐ Divorciada

Escolaridade: () Analfabeto () Ensino Fundamental Incompleto

☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Incompleto☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior Completo

Ocupação: _____ Cidade: _____ Bairro: _____

Religião: () Católico () Evangélico () Testemunha de Jeová () Espirita

Renda Familiar Mensal: () Até R\$1.000,00 () De R\$1.000,00 à R\$2.000,00

() De R\$3.000,00 à R\$4.000,00 () > R\$4.000,00

2. Dados referentes ao pré-natal

Nº de gestações: _____ () Parto Normal₍₁₎ () Parto cesárea₍₂₎

Nº Total de consultas realizadas no pré-natal: _____.

Alto risco?: _____

Por quê?

Recebeu orientações durante o pré-natal sobre o puerpério: () Sim₍₁₎ () Não₍₂₎

Quais?:

Quem as forneceu? () Médico Obstetra₍₁₎ () Enfermeiro₍₂₎ ()

Outra especialidade(3) Qual:

3. Parto

Data do parto: ____/____/____ Data da alta: ____/____/____

Idade gestacional: ____ semanas ____ dias

Tipo de parto: () Parto Normal⁽¹⁾ () Parto Cesárea⁽²⁾

Indicação: () Sim () Não Motivo: _____

Intercorrências no parto: () Sim () Não Qual(is)?: _____.

Teve acompanhante durante o parto: () Sim⁽¹⁾ () Não⁽²⁾

Quem?: _____.

4. PuerpérioAcompanhante durante a consulta: () Sim⁽¹⁾ () Não⁽²⁾

Quem?: _____.

Mamas: () Normais⁽¹⁾ () Alteradas⁽²⁾() Engurgitadas⁽¹⁾ () Traumas mamilares⁽²⁾Descrever: _____ () Queixa dor ao amamentar⁽³⁾() Refere pouco leite⁽⁴⁾ () Não ofereceu o seio⁽⁵⁾ () Necessita de ordenha⁽⁶⁾Dificuldades para amamentar: () Sim⁽¹⁾ () Não⁽²⁾

Quais?: _____.

Incisão cirúrgica: () Limpa e seca () Alterada: () Hiperemia

() Secreção () Deiscência

Realizou tratamento com ATB há menos de 1 semana? () Sim () Não

Em uso de antibiótico atualmente? () Sim () Não

Qual(is)?: _____.

Condições psicoemocionais: () Calma () Ansiosa () Chorosa

5. Exame físico do recém-nascido

Peso ao nascer: ____ gr Peso atual: ____ gr

Alojamento conjunto imediato: () Sim () Não Por quê?: _____.

Aleitamento Materno: () exclusivo () Misto ou parcial () Fórmula Infantil

Pele: () Corada () Ictérica

Zona de Kramer: () Zona 1 () Zona 2 () Zona 3 () Zona 4 () Zona 5

Queda do coto umbilical?: () Sim () Não

Condições do coto: () Limpo e seco () Hiperemia () Secreção

6. Conduta

() Ordenha para alívio

() Encaminhado para o Ginecologista

() Encaminhado para o Pediatra

() Encaminhado para a Psicóloga

() Encaminhada ao Ginecologista e ao Pediatra

() Encaminhada para casa

Anexo A- Parecer do Comitê de Ética

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Implantação e avaliação da consulta puerperal de enfermagem em um hospital privado do interior do estado de São Paulo

Pesquisador: Lilian Puglas da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 54337416.2.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.729.918

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda em projeto já aprovado pelo CEP tendo sofrido modificações após o exame de qualificação, especialmente nos objetivos do estudo, descrição do delineamento do estudo e número de participantes. Desse modo, o projeto sofreu algumas alterações, assim como TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Elaborar um protocolo sistematizado para a consulta puerperal de enfermagem que se adeque às necessidades das puérperas atendidas na instituição.

Objetivos específicos:

- Caracterizar as puérperas de acordo com as características clínicas e sociodemográficas;
- Identificar as principais queixas e problemas apresentados pelas puérperas

Com base nas características das puérperas, queixas e problemas, elaborar um protocolo de consulta puerperal de enfermagem que possa ser utilizado na rotina de consulta puerperal da instituição.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alteração. Os riscos estão bem descritos, assim como o manejo. Os benefícios também estão

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.729.918

claros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As alterações nos objetivos descritos acima, no delimitamento do estudo: " Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, transversal e exploratório que tem o potencial de estruturar e instituir intervenções com a finalidade de melhorar os resultados em saúde"; e no tempo de coleta e numero de participantes: " A coleta de dados ocorrerá por um período de três meses e estima-se que serão incluídas no estudo 100 puérperas; não produzem modificações com consequências éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados nessa emenda encontram-se conforme as normas éticas.

Recomendações:

sem alterações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considero que o projeto encontra-se adequado do ponto de vista ético para sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_773235 E1.pdf	10/08/2016 20:35:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPARTICIPANTE_EMENDA.docx	10/08/2016 20:32:00	Lilian Puglas da Silva	Aceito
Outros	oficioemenda.PDF	10/08/2016 20:29:54	Lilian Puglas da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoemenda.docx	10/08/2016 20:28:22	Lilian Puglas da Silva	Aceito
Outros	oficio.PDF	20/06/2016 21:07:42	Lilian Puglas da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARTICIPANTE.docx	16/06/2016 09:07:34	Lilian Puglas da Silva	Aceito

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.729.918

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ESPECIALISTA.doc	16/06/2016 09:07:20	Lilian Puglas da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto.docx	16/06/2016 09:05:59	Lilian Puglas da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.docx	16/03/2016 08:25:38	Angelita Maria Stabile	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	16/03/2016 08:25:24	Angelita Maria Stabile	Aceito
Outros	ValidacaoFinal.doc	14/03/2016 16:42:25	Lilian Puglas da Silva	Aceito
Outros	OficioEncaminhamento.pdf	13/03/2016 09:25:35	Lilian Puglas da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEESPECIALISTA.doc	13/03/2016 09:21:57	Lilian Puglas da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPARTICIPANTE.docx	13/03/2016 09:21:17	Lilian Puglas da Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	13/03/2016 09:19:51	Lilian Puglas da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoInstitucional.pdf	13/03/2016 09:19:05	Lilian Puglas da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	13/03/2016 09:16:30	Lilian Puglas da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 16 de Setembro de 2016

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador)