

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

Ana Beatriz Querino Souza

**IMPLANTAÇÃO DE UMA DIRETRIZ DE ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**JUIZ DE FORA
2012**

ANA BEATRIZ QUERINO SOUZA

**IMPLANTAÇÃO DE UMA DIRETRIZ DE ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora- MG como requisito para a obtenção do título de mestre em enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Betânia Maria Fernandes

**JUIZ DE FORA
2012**

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

Elaborado no Guia de Apresentação de Trabalhos Acadêmicos na Universidade Federal de Juiz de Fora.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) GPT/BC/UFJF

Souza, Ana Beatriz Querino

Implantação de uma diretriz de assistência de enfermagem no puerpério na atenção primária à saúde/ Ana Beatriz Querino Souza./2012. 128 f.: il.

Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.

Orientação: Profª Drª Betânia Maria Fernandes, Departamento de Enfermagem Materno Infantil

1.Assistência de Enfermagem 2. Puerpério 3. Atenção Primária à Saúde
I. Título

A Prof^ª. Dr^ª Betânia Maria Fernandes, muito mais que orientadora.companheira, apoiadora e incansável lutadora da enfermagem obstétrica. Obrigada pelo crédito, atenção e por cada minuto do seu tão valioso tempo e, por me presentear com esta temática tão especial e necessária, e por me acompanhar nestes 13 anos e ser inspiração desde o início da minha caminhada na enfermagem. Saiba que a assistência ao puerpério a partir de agora, faz parte da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Aos amores:

Agradeço a Deus que, através do Senhor Jesus Cristo, me fortaleceu a cada dia desta caminhada. Por ter me revestido de fé e amor para entrar, permanecer e finalizar o mestrado. Obrigado Jesus por ter ouvido e atendido a cada oração.

Ao João Batista, meu bem, meu futuro esposo e companheiro. Agradeço pelo apoio, paciência, incentivo e por ter entendido cada minuto de ausência. Obrigado por ter permanecido ao meu lado mesmo quando estive ausente. Realmente foi Deus que me deu você de presente.

A Mãe e Erick por terem entendido minha ausência em Petrópolis e se fizeram presentes por muitas vezes aqui em Juiz de Fora e em meu coração. Vocês alegraram meus dias de estudo. Agradeço por terem me “desconcentrado” em alguns momentos. Saibam que após cada momento de descontração com vocês eu retornava com mais força para o estudo.

Aos familiares:

Agradeço ao meu pai Sebastião Souza Filho, grande incentivador de ontem, hoje e sempre. Esta vitória é nossa papito!!

A Paula, irmã querida e sempre próxima. Obrigado por ter acreditado desde o início. Agradeço por ter cuidado de mim durante estes dois anos. Obrigado pelo carinho, cafés que me deixavam sempre alerta quando o cansaço já era inevitável, almoços que me fortaleciam e amor que me acalentava.

A minha querida “Vó Fiinha”. Saiba que a Sr^a sempre foi minha mãe amada e amiga presente na minha vida e nas conquistas.

As minhas queridas irmãs Pina, Ninha e Rafa, sobrinhos Thayrone e Larissa. Perdoe minha ausência e obrigado pelo apoio mesmo que a distância.

A minha mais nova puérpera Rafane que deu a luz a princesa Camilly Vitória, presente de Deus e inspiração na reta final deste estudo.

Aos colaboradores da pesquisa

Agradeço as 21 enfermeiras da Atenção Primária a Saúde de Juiz de Fora que contribuíram com empenho e comprometimento nesta ousada proposta, sem as quais não seria possível chegar ao fim.

As 168 puérperas que aceitaram participar deste estudo com as quais, direta ou indiretamente, sorri, chorei, vibrei e aprendi. O estudo foi feito por causa de vocês, por vocês, e para vocês.

As acadêmicas de enfermagem da UFJF: Tamires, Isabela e Luiza pela valiosa contribuição na coleta dos dados.

Aos amigos:

Agradeço aos amigos de perto e de longe: Viviam, Marcelo, Carmem, Lúcia, Sheila e Vilma. Obrigado pelo carinho e torcida de agora e sempre.

Aos companheiros do mestrado com quem tanto aprendi, sorri e cresci. Em especial a Raquel pela amizade e parceria construída.

A Terezinha Costa (Tereca) pelo apoio indireto e direto neste estudo. Obrigado pelas dicas valiosas e olhar atento nos resultados.

Agradeço aos colegas e amigos da Secretaria de Saúde e da Subsecretária de Atenção Primária à saúde de Juiz de Fora que apoiaram esta investida.

Em especial a Lurdinha que incentivou, apoiou e acreditou em mim.

Aos mestres:

Agradeço a Prof^a Dr^a. Betânia Maria Fernandes pela grande dedicação e envolvimento que foram cruciais para a realização deste estudo.

Agradeço a todos os professores do Mestrado em Enfermagem pelos ensinamentos, e experiências compartilhadas.

A Prof^ª. Dr^ª Zuleyce Maria Lessa Pacheco pelas dicas e valiosas contribuições.

A Prof^ª. Dr^ª Cristina Arreguy-Sena por ter mostrado a importância da pesquisa quantitativa para a enfermagem, pelas ricas orientações e contribuições que foram essenciais para este estudo

Ao Prof^º. Dr^ª Luiz Claudio Ribeiro, querido professor do departamento de estatística da UFJF que com muito interesse e disponibilidade contribuiu com sabedoria e precisão neste estudo, em especial no tratamento e análise estatística dos dados.

A Prof^ª. Dr^ª Ana Paula Sobral por ter tornado a estatística doce e possível e por todas as valiosas dicas neste estudo.

A Prof^ª. Dr^ª Maria Teresa Bustamante Teixeira por ter contribuído no início do estudo para que o caminho certo fosse trilhado.

Aos obstáculos:

Agradeço a cada situação e pessoa que consciente ou não, tentaram ser obstáculos nesta minha trajetória. Vocês também me fortaleceram rumo à realização de mais esta etapa.

*No princípio, eu era Eva
Nascida para felicidade de Adão
E meu paraíso tornou-se trevas
Porque ousei a Libertação.*

*Mais tarde, fui Maria,
Meu pecado redimiria
Dando a luz Aquele que traria a Salvação
Mas isso não bastaria
Para eu encontrar o perdão.*

*Passei a ser Amélia,
A Mulher de Verdade
Para a Sociedade
Não tinha a menor vaidade
Mas sonhava com a Igualdade.*

*Muito tempo depois, decidi:
Não dá mais!
Quero minha Dignidade
Tenho meus ideais!*

*Hoje não sou esposa, mãe ou filha,
Sou Pai, Mãe, Arrimo da Família.
Sou Caminhoneira, Taxista, Piloto de Avião,
Policia Feminina, Operária em Construção.*

*Ao mundo peço licença
Para atuar onde quiser
Meu sobrenome é Competência,
O meu nome é Mulher!*

(Autor desconhecido)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar a viabilidade e efetividade da aplicação de uma diretriz de assistência de enfermagem no puerpério, na atenção primária à saúde. Trata-se de um estudo quase-experimental desenvolvido em 15 unidades de atenção primária à saúde com estratégia saúde da família de um município da zona da mata mineira. A população de estudo constituiu-se de 168 puérperas distribuídas em grupos de estudo e não equivalente. O grupo de estudo foi composto de 42 puérperas submetidas a cinco consultas de enfermagem, sendo uma no puerpério imediato, duas no puerpério tardio e dois atendimentos no puerpério remoto. O grupo não equivalente foi composto de 126 puérperas não expostas à diretriz, entrevistadas durante visita domiciliar realizada entre 90 e 120 dias de puerpério. A coleta de dados teve início em maio de 2011, após a aprovação do comitê de ética em pesquisa, e término em maio de 2012. A análise descritiva das variáveis qualitativas compreendeu o cálculo das frequências absolutas e percentuais. A comparação dos grupos foi obtida pelo teste de associação Qui-quadrado, considerando o nível de significância de 0,05 e a medida da força de associação foi realizada pela Razão de chance. Os resultados evidenciaram que as puérperas tinham idade média de 27 anos; eram brancas (46,4%), viviam com companheiro (68,5%); com escolaridade entre ensino fundamental incompleto e ensino médio incompleto (57,1%); realizaram mais de sete consultas de pré-natal (71,4%); foram submetidas à cesariana (49,4%) e ofereceram aleitamento materno na primeira hora de vida (62,5%). A única variável obstétrica com diferença significativa entre os grupos foi a paridade com 57,1% de primípara do grupo de estudo e apenas 39,7% do grupo não equivalente. Foram constatados resultados estatisticamente significativos para as variáveis aleitamento materno exclusivo, com 42,9% do grupo de estudo e 25,4% do não equivalente ($P=0,020$); realização do exame de Papanicolaou por 85% das puérperas do grupo de estudo e 63,2% do não equivalente ($P=0,015$); uso de sulfato ferroso por 90 dias por 26,2% do grupo de estudo e 18,3% do não equivalente ($P<0,001$); depressão puerperal com ocorrência de 4,8% no grupo exposto e 18,3% no grupo não equivalente ($P=0,033$) e imunização pelas vacinas antitetânica, com cobertura de 97,6% do grupo exposto e 82,5% do não equivalente ($P=0,014$), vacina contra rubéola, com 69% no grupo de estudo e 51,6% do não equivalente ($P=0,048$), e contra hepatite B, com 81% no grupo exposto e cobertura de apenas 56,3% do não equivalente ($P=0,004$). Não houve resultados significativos para a utilização de método anticoncepcional ($P=0,430$), doença febril ($P=0,893$) e hemorragia puerperal ($P=0,333$). Evidenciaram-se resultados significativos na comparação dos grupos para a maioria das variáveis e maior chance de as puérperas do grupo de estudo serem contempladas com ações de promoção, prevenção, detecção e encaminhamento precoce, comprovando a viabilidade e efetividade da aplicação da diretriz de assistência de enfermagem no puerpério na atenção primária à saúde.

Palavras-Chave: Assistência de Enfermagem, Puerpério, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to verify the feasibility and effectiveness of the implementation of a guideline of puerperium nursing assistance in the primary health care area. It deals of a quasi experimental study developed in 15 primary health care unities with the family health strategy in a city of Minas Gerais state. The study population consisted of 168 mothers distributed into study and no equivalent groups. The study group was composed of 42 mothers submitted to five nursing consultations, being one in postpartum, two in late puerperium and two in remote puerperium. The no equivalent group consisted of 126 mothers not exposed to the guideline, interviewed during home visits conducted between 90 and 120 days postpartum. The data collection began in May 2011, after approval by the research ethics committee, and ended in May 2012. The descriptive analysis of qualitative variables included the calculation of absolute frequencies and percentages. The comparison between groups was obtained by the Chi-square test, considering the significance level of 0.05 and the measure of strength of association performed by odds ratio. The results showed that the mothers had an average age of 27 years, were white (46.4%), lived with a partner (68.5%), scholarity level of primary education and incomplete secondary education (57.1%) underwent more than seven prenatal consultations (71.4%) underwent cesarean section (49.4%) and offered breastfeeding within the first hours of life (62.5%). The only obstetric variable with a significant difference between groups was parity with 57.1% of primiparous in study group and only 39.7% in no equivalent. It was found statistically significant results for the variables: exclusive breastfeeding, 42.9% in the study group and 25.4% in no equivalent ($P = 0.020$), performance of the Pap smear for 85% of mothers in the study group and 63.2% in no equivalent ($P = 0.015$), use of ferrous sulfate for 90 days by 26.2% in the study group and 18.3% in no equivalent ($P < 0.001$), with postpartum depression in 48% in the exposed group and 18.3% in no equivalent s ($P = 0.033$) and immunization for tetanus vaccines, coverage was 97.6% in the exposed group and 82.5% in no equivalent s ($P = 0.014$), vaccine rubella, with 69% in the study group and 51.6% in no equivalent s ($P = 0.048$), and hepatitis B, with 81% in the exposed group and coverage of only 56.3% of no equivalent s ($P = 0.04$). There was no significant results for the use of contraceptives ($P = 0.430$), febrile illness ($P = 0.893$) and puerperal bleeding ($P=0.333$). It were evidenced significant results when comparing the groups for most variables and higher chance of postpartum women in the study group to be covered with health promotion, prevention, detection and early referral, proving the feasibility and effectiveness of the implementation of the nursing care guideline in the puerperium in primary health care.

Key words: Nursing Assistance; Puerperium; Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição das puérperas segundo variáveis demográficas: idade, etnia, estado civil, grau de escolaridade e trabalho remunerado. Juiz de Fora, Minas-----73

Tabela 2- Distribuição das puérperas segundo variáveis obstétricas: paridade, número de consultas de pré-natal, intercorrência no pré-natal, tipo de parto, ocorrência de episiotomia e aleitamento materno na primeira hora de vida. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012-----74

Tabela 3- Comparação do grupo de estudo com o grupo não equivalente quanto às variáveis de desfecho. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012-----83

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1-** Distribuição do grupo de estudo e não equivalente segundo percentual de puérperas atendidas. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012.-----75
- Gráfico 2-** Distribuição das puérperas atendidas no grupo não equivalente segundo a porcentagem de número de atendimentos. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012-----76
- Gráfico 3-** Comparação do grupo de estudo e não equivalente segundo aleitamento materno. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012-----77
- Gráfico 4-** Comparação do grupo de estudo com o grupo não equivalente segundo realização do exame de Papanicolaou. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012-----79
- Gráfico 5-** Comparação do grupo de estudo e não equivalente segundo uso do sulfato ferroso Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012-----80
- Gráfico 6-** Comparação do grupo de estudo e não equivalente em relação à cobertura das vacinas antitetânica, contra hepatite B e rubéola. Juiz de Fora, Minas Gerais, 201-----81
- Gráfico 7-** Comparação do grupo de estudo com o grupo não equivalente segundo a porcentagem de puérperas com depressão puerperal, doença febril puerperal e hemorragia puerperal Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012-----82

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Puerpério	17
1.1 Assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal	21
2. JUSTIFICATIVA	54
3. HIPÓTESES	56
4. OBJETIVOS	57
5. DIRETRIZ PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	58
5.1. Assistência de enfermagem no puerpério imediato	59
5.2. Assistência de enfermagem no puerpério tardio	60
5.3. Assistência de enfermagem no puerpério remoto	61
6- MÉTODO	63
6.1 Tipo de Estudo	63
6.2 Local de Estudo	63
6.3 População de Estudo	64
6.3.1 Critérios de inclusão e exclusão	65
6.4 Intervenções	66
6.5 Variáveis do Estudo	66
6.6 Coleta de Dados	69
6.6.1 Instrumentos de coleta de dados	69
6.7 Tratamento e Análise Estatística dos Dados	70
6.8 Aspectos Éticos	70
7. RESULTADOS	72
8. DISCUSSÃO	84
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
10. REFERÊNCIAS	108
11. APÊNDICES	114
12. ANEXOS	127

1 INTRODUÇÃO

O puerpério, também conhecido como quarentena ou resguardo, é o período após o parto em que a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas, visando ao retorno da condição pré-gravídica (BRANDEN, 2000).

Apesar de a maioria das alterações puerperais serem fisiológicas, as puérperas convivem com situações de risco que podem afetar negativamente o binômio mãe-filho. Somam-se a estes riscos os problemas reais já instalados que indicam a necessidade de atuação da enfermagem através de uma assistência mais próxima à mulher. Constitui um dos objetivos da assistência puerperal a identificação de possíveis riscos para a saúde da mulher e do recém-nascido e torna-se necessária a intervenção sobre eles (BRASIL, 2009; VIEIRA et al, 2010).

Dentre as ações de enfermagem, destacam-se a avaliação do estado de saúde da mãe e do bebê; promoção do aleitamento materno, do planejamento familiar; prevenção, identificação e encaminhamento da mulher com depressão puerperal, hemorragia, infecção puerperal; orientações quanto aos direitos sociais da puérpera; prevenção do câncer de mama e colo uterino; imunização; orientações de cuidados com a criança; realização de ações não executadas no pré-natal como completar esquema de vacinação antitetânica, contra rubéola e hepatite B, avaliação de exames solicitados e encaminhamento para outros níveis de atenção quando necessário. Todos os cuidados e ações neste período contribuem na redução da morbimortalidade infantil e materna. Anualmente, no mundo, milhares de mulheres sofrem enfermidades, incapacidades sérias ou morrem em consequência de complicações durante a gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2001, 2006; MINAS GERAIS, 2006).

A morte materna é conceituada como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Pode acontecer tardiamente, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorrem num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o parto. Para

construção do indicador, não são computados os óbitos maternos tardios, mas, apesar de excluídas do cálculo da Razão da Morte Materna (RMM), essas mortes não devem ser desprezadas nas investigações, pois podem contribuir com a análise sobre os determinantes desse evento (BRASIL, 2009a). No Brasil, as mortes maternas por causas obstétricas diretas vêm respondendo por cerca de dois terços do total de óbitos. Estes números demonstram a baixa qualidade de atenção à mulher no período reprodutivo (BRASIL, 2009a).

Apesar de as condições sociais e econômicas serem determinantes para a superação dos riscos maternos, a assistência à reprodução, ao longo da gestação, do parto e do puerpério tem papel fundamental na redução da morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2009a).

A Organização Mundial de Saúde considera aceitável a RMM de 20 óbitos por cem mil nascidos vivos. No Brasil, em 2007, a RMM foi de 75 mortes por cem mil nascidos vivos. Um dos oito objetivos para o milênio estabelecidos pela ONU para o Brasil em 2015 é a redução da RMM em três quartos, o que significa que, no prazo estabelecido, a RMM deverá ser de 35 por cem mil nascidos vivos, o que está longe de ser alcançado se o país mantiver esses números elevados (BRASIL, 2009a). As principais causas de morte materna no Brasil são as síndromes hemorrágicas, hipertensão arterial, gestações terminadas em abortamento e infecções puerperais (BRASIL, 2004; 2006).

A morte materna tem acometido mulheres no puerpério e, somada a outras intercorrências comuns neste período como o desmame precoce, gravidez no puerpério, depressão puerperal, anemia, infecção e hemorragia puerperal, pode prejudicar o binômio mulher/bebê, comprometendo toda a família e repercutindo na saúde pública do país (MINAS GERAIS, 2011; BRASIL, 2001; 2006).

Observa-se que a prevalência da taxa do aleitamento materno exclusivo, no Brasil, até o sexto mês de vida é de apenas 41% (BRASIL, 2008), sendo necessário esforço dos profissionais para reverter este quadro. Outro problema que merece atenção considerável é o número de mulheres que engravidam no puerpério, o que evidencia a importância de medidas de planejamento familiar para manutenção do bem-estar materno-fetal, prevenindo uma gestação não planejada e suas conseqüentes complicações (VIEIRA, BRITO e YAZLLE, 2008). A depressão puerperal é outra intercorrência relevante neste período, afeta 10% a 20% das puérperas e compromete tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento do filho (MORAES et al, 2006).

A infecção no período puerperal é uma causa frequente de morbimortalidade materna, em geral estima-se que ocorra em até 8% de todos os partos. Outra intercorrência que pode ser

fatal quando presente é a hemorragia puerperal. Cerca de um terço das mortes maternas está relacionado à hemorragia no puerpério que pode ser precoce ou tardia, incidindo-se em 4% dos partos (RICCI, 2008).

A prevenção ou tratamento de anemia no puerpério é mais uma ação necessária na assistência puerperal e recomenda-se a prescrição de suplementação de ferro até três meses após o parto para mulheres com ou sem anemia diagnosticada (BRASIL, 2006). A anemia no puerpério, além de causar fadiga, fraqueza, mal-estar e anorexia que prejudicam tanto a mulher quanto os cuidados com a criança, representa também um dos fatores de risco para a infecção puerperal (RICCI, 2008).

Além das ações no intuito de prevenir e ou diagnosticar precocemente as intercorrências destacadas anteriormente, a enfermeira deve desenvolver neste período as ações de promoção e prevenção como imunização e exame para prevenção do câncer de colo uterino (BRASIL, 2006a).

Observa-se pequeno avanço na cobertura da imunização antitetânica das gestantes ao longo da última década. Um estudo realizado no Brasil em 2006 revelou que 31% das mulheres não receberam nenhuma dose da vacina semelhante ao ano de 1996 com cobertura de apenas 36,5% das mulheres. Ressalta-se que a pior cobertura está entre puérperas residentes nas regiões mais desenvolvidas do país (BRASIL, 2009).

A prevenção do câncer de colo uterino através do exame de Papanicolaou consiste em um exame eficaz, de realização simples e de baixo custo e capaz de identificar precocemente este tipo de câncer que é o terceiro mais incidente na população feminina, sendo considerado um problema de saúde pública (BRASIL, 2008).

Apesar da importância da assistência puerperal constatada anteriormente e sendo este período oportuno para a realização de ações de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce de complicações que contribuem na elevação das taxas de mortalidade materna nas diversas regiões do Brasil, tem sido evidenciado pelo Ministério da Saúde (MS) que a atenção no puerpério não estava consolidada nos serviços de saúde (BRASIL, 2004; 2009; VIEIRA et al, 2010).

Um dos parâmetros estabelecidos pelo MS para a qualidade da assistência no puerpério é o atendimento à mulher e ao recém-nascido no puerpério imediato e tardio. A diretriz de assistência puerperal padronizada pelo MS recomenda uma visita domiciliar nos primeiros dias após o parto e o agendamento de uma segunda consulta antes do término do puerpério entre 30º e o 42º dia (BRASIL, 2006).

Consideramos esta diretriz de assistência do MS, com apenas dois atendimentos,

insuficiente para garantir a qualidade da assistência à puérpera na APS. É necessária uma assistência mais contínua visando prevenir ou identificar precocemente morbidades como infecção puerperal, hemorragia puerperal tardia, depressão puerperal, hipertensão arterial, anemia; promover a saúde através de ações como planejamento familiar, estímulo e apoio ao aleitamento materno, imunização materna, realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino e promoção da saúde do recém-nascido.

Diante do universo de ações a serem realizadas no puerpério frente ao pequeno número de atendimentos que vem sendo proposto pelo MS e da necessidade de estas ações serem acompanhadas de forma contínua, acreditamos ser necessária uma diretriz com maior número de consultas e de ações. Consideramos a enfermeira que atua na APS um membro fundamental na equipe para exercer esta assistência.

Diante destes questionamentos, delineamos como objeto de estudo desta investigação a assistência de enfermagem no puerpério através de uma diretriz, que visa ao acompanhamento das puérperas até o terceiro mês após o parto por enfermeiras de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de verificar se esta diretriz ampliada será capaz de minimizar as principais intercorrências deste período e promover a saúde da puérpera.

Optamos pela atenção primária como cenário do estudo por ser considerada a porta de entrada do sistema de saúde, ponto-chave para a mudança do modelo assistencial curativo vigente, tendo em vista as atribuições da enfermeira neste nível de atenção, principalmente nas unidades em que está implantada a ESF e também a carência de estudos com ênfase no puerpério neste nível de atenção. Ao final do estudo, espera-se que os resultados da assistência de enfermagem no puerpério, por meio da diretriz testada, forneçam evidências científicas sobre a viabilidade e efetividade da diretriz na APS, contribuam na redução da lacuna de estudos que focalizem as puérperas neste nível de atenção e possam contribuir para a realização de novos estudos sobre assistência de enfermagem no puerpério na APS.

1.1 Puerpério

O puerpério é o período do ciclo gravídico-puerperal em que o organismo da mulher, após sofrer as modificações locais e sistêmicas provocadas pela gravidez e parto, retorna à situação do estado pré-gravídico (BRASIL, 2001). Pode ser conceituado como o período após

o parto em que a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas, visando ao retorno da condição anterior à gestação (BRANDEN, 2000).

Ele é definido como um período crítico de transição para a mulher, bebê e sua família. Para a mulher, consideram-se as mudanças fisiológicas e psicológicas momentos de grandes ajustes e alterações para toda a unidade familiar, o puerpério exige aprendizado e adaptação. Adaptar-se ao papel de mãe não é um processo fácil e requer auxílio para adequação às mudanças, facilitando uma transição tranquila para a maternidade, como também para a paternidade. Um forte apoio social é vital para integração positiva do mais novo membro da família (RICCI, 2008).

O puerpério começa com a expulsão da placenta, estendendo-se até as mudanças se completarem, o que ocorre geralmente com seis semanas. Entretanto a modificação em todos os aspectos da vida da mulher pode perdurar por até um ano após o nascimento, logo, estende-se o puerpério até este período (*Idem*).

O início do puerpério é bem definido, havendo consenso de que ocorra após duas horas da saída da placenta, porém o seu término é imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar, ela estará sofrendo modificações da gestação, não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Embora seja definido como um intervalo de seis semanas, estende-se do nascimento do bebê até as normalizações fisiológicas, podendo assim ter uma duração variável (BRASIL, 2001).

O período do puerpério é classificado em três fases: puerpério imediato, que se inicia no nascimento e vai até o 10º dia de puerpério; puerpério tardio, que se estende do 11º ao 42º dia; e puerpério remoto, que segue do 43º dia até um ano de puerpério (SANTOS e SILVA, 2003; BRASIL, 2001).

Além desta classificação, considera-se a importância da 1ª e 2ª hora, após a expulsão da placenta. Neste período, a equipe que atendeu ao parto deve dispensar máxima atenção à parturiente, devido à possibilidade da ocorrência de hemorragias. Corresponde a um possível quarto período do parto ou o “puerpério mediato” (BRASIL, 2001).

Por ser o puerpério um período de mudanças, as mulheres se deparam com desafios, medos e anseios relacionados à sua própria saúde, da família e do bebê, que requerem assistência de profissionais capacitados (BRASIL, 2006; RAVELLI, 2008).

Para assistir as mulheres no puerpério, os profissionais necessitam, além de entender e reconhecer o conceito e classificação desta fase do ciclo gravídico puerperal, para orientá-las sobre as transformações do corpo, da mente e do social que irão atravessar até o retorno completo ou parcial da condição pré-gravídica (BRASIL, 2001; RICCI, 2008).

O restabelecimento do organismo da mulher à condição não gravídica advém não somente dos aspectos endócrino e genital, mas da sua integralidade, o que confere à puérpera uma assistência completa, valorizando todos os aspectos da sua vida e saúde (BRASIL, 2001; RICCI, 2008).

Recomenda-se, ao se examinar uma mulher no puerpério, constatar, inicialmente, se sua situação clínica permitir, o seu estado psíquico e entender o que representa a maternidade para ela e para a família. É comum que a mulher experimente sentimentos conflitantes e sintase insegura. Diante destes sentimentos, a equipe de saúde deve estar disponível, ser empática e escutar ativamente as queixas, o que proporcionará vínculo, confiança, acolhimento e melhor compreensão dos sintomas e sinais apresentados (BRASIL, 2001; 2006).

As alterações anatômicas e fisiológicas no puerpério acometem todos os sistemas orgânicos. Inicialmente, a puérpera apresenta um estado de esgotamento e relaxamento, relacionados ao trabalho de parto e à assistência recebida neste período, manifestando-se por sonolência, e necessita de repouso. Após este período, geralmente, tem apetite (BRASIL, 2001, RICCI, 2008).

Os sinais vitais apresentam alterações e tendem a se estabilizar após alguns dias: pulso estará entre 50 a 70 bpm – esta bradicardia¹ estabilizar-se-á em dez dias; a frequência respiratória diminuirá para 16 a 20 irpm e resulta da descompressão do diafragma que retoma suas funções antes limitadas pelo aumento do volume abdominal; a pressão arterial pode apresentar variação do valor, devendo ser considerado seu estado pré-gravídico e a ocorrência de hipertensão na gestação; a puérpera pode apresentar ligeiro aumento da temperatura axilar de até 37,9° nas primeiras 24 horas, sem, necessariamente, ter um quadro infeccioso instalado, o que exige do examinador cautela, pois pode corresponder a processos mórbidos, como a infecção puerperal (BRASIL, 2001; SANTOS 2003, RICCI, 2008).

O retorno das vísceras abdominais à sua situação original, além da descompressão do estômago, promove um melhor esvaziamento gástrico. A puérpera pode experimentar, nos primeiros dias de puerpério, um aumento do volume urinário, pela redistribuição dos líquidos corporais (BRASIL, 2001; SANTOS, SILVA, 2003; RICCI, 2008).

A leucocitose² no puerpério é esperada, podendo atingir 20.000 a 25.000 leucócitos/mm³ sem que seja identificado qualquer processo infeccioso. A quantidade de plaquetas está aumentada nas primeiras semanas, assim como o nível de fibrinogênio, razão

¹Bradycardia é um termo utilizado para designar uma diminuição na frequência cardíaca (SMELTZER, 2009).

² Leucocitose é o aumento no número de glóbulos brancos no sangue circulante. Causada, na maioria das vezes, por início de combates a infecções e constitui um valioso meio de diagnóstico de certas doenças (SMELTZER, 2009).

para se preocupar com a imobilização prolongada no leito, situação que facilita o aparecimento de complicações tromboembólicas (BRASIL, 2001).

Pele seca e queda dos cabelos podem ocorrer. As estrias, quando presentes, tendem a se tornar mais claras e a diminuir de tamanho, embora muitas permaneçam para sempre (BRASIL, 2001). Alterações do humor, com labilidade emocional³, são comuns no puerpério. Entretanto, o estado psicológico da mulher deve ser observado, uma vez que quadros de profunda apatia ou com sintomas de depressão puerperal, psicose puerperal devem ser identificados precocemente (BRASIL, 2001; CORLETA, KALIL, 2010).

As maiores alterações ocorrem no aparelho genital, em especial no útero que passará de cerca de 1.000g, após o parto, para 60 a 100g ao final de algumas semanas. Atinge a cicatriz umbilical após o parto e, posteriormente, regride em torno de 1cm ao dia, graças aos mecanismos de involução e contração que visam impedir a perda sanguínea e retorno do útero próximo às condições pré-gravídicas. Estes mecanismos colaboram para o surgimento, após o parto, de uma secreção vaginal conhecida como lóquios sanguíneos (BRASIL, 2001; REZENDE, 2006).

Os lóquios têm duração de três a seis semanas, são alcalinos e tornam-se ácidos, com volume médio de 240 a 270 ml. Inicialmente, até o 5º dia, assemelham-se à menstruação e são conhecidos como lóquios rubro; a partir do 5º dia até aproximadamente o 10º dia, tornam-se serossanguíneos ou lóquios fusca; deste momento em diante até por volta do 15º dia, assumem coloração amarelada (lóquios flava) e, por fim, branca ou lóquios alba. O cheiro é característico e, quando fétido, pode significar quadro infeccioso (BRASIL, 2001; SANTOS, SILVA, 2003; RICCI, 2008).

A recuperação do endométrio tem início a partir do 25º dia do puerpério. O colo uterino, logo após o parto, fica edemaciado, podendo apresentar lacerações e, em torno do 10º dia, estará fechado. A vagina apresenta-se edemaciada, congesta e atrófica, iniciando sua recuperação após o 25º dia de puerpério. A vulva e o assoalho pélvico sofrem também modificações decorrentes do trabalho de parto. Na presença de episiotomia⁴ ou lacerações, a recuperação dura em média seis a oito semanas e a cicatrização completa pode levar de quatro a seis meses (BRASIL, 2001; RICCI, 2008).

³ Labilidade emocional é um estado especial em que se produz a mudança rápida e imotivada do humor ou estado de ânimo, sempre acompanhada de extraordinária intensidade afetiva (BALLONE, 2007).

⁴ Episiotomia é uma incisão realizada no períneo (músculo do assoalho pélvico) para aumentar o orifício de saída vaginal e teoricamente abreviar o segundo estágio do trabalho de parto (RICCI, 2008, p.314).

Diferentemente do útero, as mamas tendem ao desenvolvimento. Quando a lactação é instituída, as mamas não irão involuir, mas sim aumentar de tamanho para que a mulher possa amamentar seu filho (RICCI, 2008; REZENDE, 2006).

Além de todas as alterações fisiológicas sistêmicas e, mais acentuadamente, no aparelho reprodutor, há mudanças na esfera social que devem ser consideradas pelos profissionais de saúde, para ajudar a mulher nas adaptações ou enfrentamento de situações, que acontecem em ritmos e maneiras diferentes: o retorno ao trabalho, as relações familiares frente à chegada de mais um membro na família; a relação com a comunidade onde reside e com os serviços de saúde. E isto tudo pode ser facilitado pela assistência recebida e, relações e vínculos estabelecidos antes e durante a gestação (RICCI, 2008).

1.2 Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX. Até 1970, foram preconizadas as ações materno-infantis, como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes, e, para estas, a assistência era prestada fundamentalmente no período reprodutivo (BRASIL, 2004).

O foco da atenção à saúde das mulheres nos programas iniciais era restrito, não sendo visualizada em toda a sua totalidade, mas sim apenas como “a mãe”, “a esposa” ou “a grávida”. Questões não relacionadas à gravidez, ao parto e ao cuidado dos filhos eram relegadas a segundo plano, permanecendo a mulher à mercê da própria sorte e ou dos serviços paralelos, desarticulados e de baixa resolutividade (BRASIL, 1984; SOUZA, A., 2001).

Em 1983, as mulheres brasileiras, que, desde 1960, já vinham lutando pela ruptura do papel social que lhes era atribuído, conquistaram uma grande vitória: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, também conhecido como PAISM (BRASIL, 1984).

O novo programa tinha como objetivo maior atender integralmente à mulher brasileira através da assistência no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, com ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação (BRASIL, 1984; BRASIL, 2004a). Dentre os vários objetivos programáticos do PAISM, havia a implantação ou ampliação das atividades

relacionadas ao puerpério, que não era considerado, antes do programa, apesar da valorização da gravidez e do parto (BRASIL, 1984).

Apesar dos esforços dispensados, até a década de 90, para implementação do PAISM, alguns objetivos do programa ainda não tinham sido alcançados, o que foi comprovado por meio de estudos que demonstraram a existência de dificuldades políticas, técnicas e administrativas para a implantação das ações do programa (BRASIL, 1984; 2004).

Visando ao enfrentamento desses problemas, o MS editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS- 2001), que, além do fortalecimento dos municípios na atenção básica à saúde, preconizava a garantia de ações básicas de saúde que deveriam ser oferecidas. Para a saúde da mulher, a NOAS 2001 estabeleceu que os municípios deveriam garantir ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo uterino, assim como garantir acesso às ações de maior complexidade (BRASIL, 2004a).

Apesar dos esforços dispensados para concretização das propostas do PAISM, alguns objetivos do programa não foram alcançados como, por exemplo, o de implantar ou aumentar a oferta de ações relacionadas com a assistência à mulher no climatério, planejamento familiar e no puerpério (BRASIL, 2004).

Além das dificuldades em concretizar o PAISM, percebe-se, na prática, que suas propostas não abrangiam todo o conjunto de ações possíveis para uma assistência integral, uma vez que segmentos da população feminina ainda invisibilizados e problemas emergentes que afetam a saúde da mulher não haviam sido contemplados ou valorizados (BRASIL, 2003; 2004).

Diante deste cenário, foi elaborada em 2003 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que tem como objetivos:

[...] promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS), tomando como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais (BRASIL, 2004a p.16).

A PNAISM inclui nas ações que devem ser ofertadas o seguinte: assistência às mulheres negras, trabalhadoras rurais, lésbicas, profissionais do sexo, presidiárias, indígenas,

adolescentes, vítimas de violência sexual e abortamento em condições inseguras (BRASIL, 2004a).

Além da priorização de grupos até então esquecidos nas políticas de saúde da mulher no Brasil, a PNAISM enfatiza a reorganização de ações definidas no PAISM no início da década de 80, a saber: climatério, planejamento familiar, prevenção do câncer cérvico uterino e de mama, doenças sexualmente transmissíveis e promoção da atenção obstétrica no pré-natal, parto e também no puerpério (BRASIL, 2004a).

A assistência ao puerpério recomendada pelo MS deve incluir as necessidades de atenção física e psíquica e ser oferecida com respeito e atenção. Os profissionais que assistem a puérpera devem estar cientes de que a relação mãe-filho não está ainda bem formada, portanto não se deve priorizar a criança em detrimento da mulher, pelo risco de que isso seja interpretado como desprezo às suas ansiedades ou queixas (BRASIL, 2001; 2006).

A avaliação clínica deve ser criteriosa, incluindo levantamento de dados da história pessoal, familiar, obstétrica, com ênfase a última gestação e parto; e exame físico geral e específico, sendo os achados transcritos para o prontuário, de forma clara e obedecendo a uma padronização (BRASIL, 2001; 2006).

De acordo com o MS, a puérpera deve ser assistida no puerpério imediato e tardio. Recomenda-se avaliação no puerpério imediato do 1º ao 3º dia, conhecida como revisão ou consulta puerperal precoce, período em que, geralmente, estará na instituição onde ocorreu o parto. Do 7º ao 10º dia, a puérpera deve ser atendida no domicílio ou retornar à instituição de saúde na UAPS ou no local do parto. O terceiro e último atendimento recomendado deve acontecer na UAPS com 42 dias de puerpério e é denominado de consulta puerperal (BRASIL, 2001; 2006).

No atendimento ao puerpério imediato, ainda na instituição onde ocorreu o parto, a puérpera deve ser estimulada a deambular o mais precoce possível e ser encaminhada ao banho de chuveiro. Nos casos de cesariana, aconselha-se proteger a incisão cirúrgica com um curativo e renová-lo no 1º dia, sendo que, a partir do 2º dia, deverá permanecer descoberta (BRASIL, 2001).

A mulher deve ser apoiada e estimulada a amamentar, ter as mamas avaliadas quanto a deformidades nos mamilos, ou presença de fissuras, ingurgitamento, ou sinais e sintomas de mastites e abscessos, não sendo motivos para se desencorajar o aleitamento exclusivo. O abdome deve ser avaliado para identificação de vísceras aumentadas e ou dolorosas, deve-se atentar para a involução uterina e a ferida cirúrgica, nos casos de cesariana. É necessário proceder à ausculta dos ruídos hidroaéreos (BRASIL, 2001; 2006).

A genitália e a região perineal devem ser inspecionadas, com atenção especial para as mulheres que apresentaram lacerações e ou foram submetidas à episiotomia. O achado de edemas, equimoses e hematomas implica a necessidade de aplicação de frio no local, com bolsa de gelo, nas primeiras 24 horas, e podem-se utilizar analgésicos. A identificação de lóquios fétidos pode traduzir quadro infeccioso, que, geralmente, requer condutas com antibioticoterapia. Os membros inferiores também devem ser examinados quanto a sinais de trombose venosa profunda (BRASIL, 2001; 2006).

A puérpera não deve receber alta hospitalar sem ter a classificação sanguínea determinada. Para as puérperas cujo fator Rh é negativo não sensibilizadas e com recém-nascido Rh positivo e Coombs negativo, utiliza-se a imunoglobulina anti-D, nas primeiras 72 horas. Importante também é conhecer o resultado da sorologia para sífilis. Sendo positiva, iniciar o tratamento, se este não foi realizado previamente, e comunicar ao pediatra responsável pela assistência do recém-nascido (BRASIL, 2001).

Quanto às puérperas que estão bem e não se detectam anormalidades, a alta pode ser consentida após as primeiras 24 horas, e as submetidas à cesárea, com 48 horas, apesar de algumas instituições manterem a alta com 48 e 72 horas, respectivamente, para o parto normal e a cesariana a fim de identificarem alterações precocemente ainda na internação. Recomenda-se a prescrição de sulfato ferroso, que deve ser mantido pelos profissionais que atenderem a mulher até três meses após o parto (BRASIL, 2001).

A revisão puerperal precoce ocorre entre sete e dez dias de puerpério e deve ser realizada na unidade de saúde mais próxima da residência da mulher (BRASIL, 2001; 2006). Neste retorno, devem-se ouvir as queixas da puérpera e proceder ao exame físico adequado, com especial atenção para o estado hematológico, rastreamento de infecção puerperal, exame das mamas e o incentivo para continuação do aleitamento materno. Devem-se oferecer orientações e documentação necessária para as puérperas que possuem vínculo empregatício ou para as autônomas que ainda não estão em gozo da licença-maternidade. Ressalta-se que o atendimento deve considerar o contexto familiar, e a assistência deve ser estendida ao bebê, a outros filhos, parceiro e parentes envolvidos nos cuidados como mães e sogras (BRASIL, 2001; 2006).

Após o atendimento precoce, deve-se orientar a puérpera o retorno para nova avaliação entre o 30° e o 42° dia de puerpério. Nesta ocasião, o profissional deve ouvir as queixas dela, proceder a novo exame físico, incentivar o aleitamento materno, orientar o início da atividade sexual após o parto, liberar para exercícios físicos, se não houver contra-indicações, e orientar a mulher quanto a outros problemas que requeiram

aconselhamento. Aproveita-se a oportunidade para completar esquemas de imunização contra o tétano, hepatite B e rubéola e realizar o exame preventivo para câncer cervical, orientar sobre planejamento familiar e ativação de método anticonceptivo (BRASIL, 2001; 2006).

Apesar de todas as recomendações do MS, os dados epidemiológicos da saúde da mulher no Brasil evidenciam que a atenção no puerpério não está consolidada nos serviços de saúde (BRASIL, 2004a; 2009; VIEIRA et al, 2010).

Os indicadores demonstram que somente 9,43% de puérperas inscritas no Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério (BRASIL, 2004a). Mais recentemente, a pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher realizada em 2006 demonstrou que, apesar da melhora da assistência obstétrica, apenas 39,2% das mulheres entrevistadas realizaram pelo menos uma consulta de puerpério (BRASIL, 2009).

A grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e vacinação do recém-nascido. Isso pode indicar que as mulheres não têm recebido informações suficientes para compreenderem a importância da assistência puerperal (BRASIL, 2004a; VIEIRA et al, 2010).

Os profissionais de saúde ainda mantêm a prática de valorização da saúde da criança em detrimento à da puérpera, ocorrendo ainda uma ênfase nos aspectos biológicos e desvalorização do aspecto emocional do puerpério (BRASIL, 2006; BARBASTEFANO, VARGENS, 2009; VIEIRA et al, 2010).

1.2.1. Aleitamento Materno

O aleitamento materno representa muito mais que nutrir a criança. É uma prática ecológica, econômica, completa, cultural, natural e eficaz de nutrição, proteção, afeto, vínculo e interação entre mãe e filho. Uma das mais antigas estratégias, mas sempre atual, tem repercussões positivas para a saúde da mulher e da criança, refletindo no regozijo de toda a sociedade. Está diretamente relacionada com a redução da morbimortalidade infantil e representa parte integral do processo reprodutivo, com importantes implicações para a saúde materna (BRASIL, 2003; 2009b; ALMEIDA, FERNANDES, ARAÚJO, 2004).

A amamentação tem sido reconhecida como uma rica especialidade na assistência, docência e pesquisa. Investigações científicas têm evidenciado os benefícios do aleitamento para o recém-nascido a termo, especialmente para o prematuro, para a mulher, sociedade e meio ambiente (CARVALHO, TAMEZ, 2002).

Até a década de 80, as ações de promoção do aleitamento materno no Brasil aconteciam de maneira isolada, com algumas experiências envolvendo apenas o setor da saúde. Não existia direcionamento por parte do MS através de programa governamental. Em 1980, foi instituído no Brasil o primeiro Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), tendo como referência as cidades de São Paulo e Recife, e implantado com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF (BRASIL, 2009b; 2009c; CARVALHO, TAMEZ, 2002).

O PNIAM tinha um forte componente educativo e contribuiu para o aumento do número de mulheres que amamentavam no Brasil e diminuição do assédio aos profissionais de saúde, em especial aos pediatras, por parte dos produtores de substitutos do leite materno. O programa fazia parte do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), que assumiu, desde então, a responsabilidade pelo planejamento das ações de promoção e proteção ao aleitamento materno (CARVALHO, TAMEZ, 2002).

O PNIAM esteve ativo até 1983, quando parte de suas ações foram incorporadas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Com a extinção do INAN em 1997, a responsabilidade pelas ações de aleitamento materno foi inserida inicialmente na Coordenação da Área de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente e, em 1998, foi incorporada à Área da Saúde da Criança, do MS (*Idem*).

Atualmente, existe a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, que contempla as seguintes estratégias: rede brasileira de bancos de leite, iniciativa hospital amigo da criança, proteção legal ao aleitamento materno, mobilização social, monitoramento dos indicadores do aleitamento materno e a rede amamenta Brasil (BRASIL, 2008).

A rede brasileira de banco de leite, que é a maior e a mais complexa do mundo, é composta por 299 unidades, que, além de ajudarem as mães com dificuldade em amamentar, visam dar oportunidade do aleitamento materno a crianças cujas mães não podem, por motivo de doenças ou óbito, oferecer o seu próprio leite. Outra estratégia da política de apoio ao aleitamento materno é a iniciativa hospital amigo da criança, que é uma tática global da OMS e do UNICEF lançada em 1991 para o incremento da prevalência e da duração da

amamentação exclusiva através da sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos na assistência às mulheres, aos bebês e às famílias (*Idem*).

A proteção legal ao aleitamento materno no Brasil ocorre através de legislação específica como a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras, descritas na Resolução 32/92 do CNS-MS e na Lei 11.265, além da Lei 11.770, sancionada em 2008, que estabelece a licença-maternidade de seis meses, sem prejuízo do emprego e do salário, para as funcionárias públicas federais, ficando a critério dos estados, municípios e empresas privadas a adoção desta lei (BRASIL, 2008; CARVALHO, TAMEZ, 2002). Além das ações governamentais e legais, a mobilização social é uma estratégia pela qual a sociedade se organiza para incentivar a prática do aleitamento materno. Dois eventos ocorrem anualmente: a comemoração da Semana Mundial da Amamentação, entre o 1º e o 7º dia de agosto, e o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, em 1º de outubro, que, certamente, contribuem para a divulgação em massa da importância do aleitamento materno (BRASIL, 2008).

Além de todas as estratégias descritas, é primordial o monitoramento dos indicadores do aleitamento materno através de pesquisas capazes de mensurar a prevalência de aleitamento materno e avaliar o impacto das ações de promoção, proteção e apoio desenvolvidas no país. O último monitoramento realizado aconteceu em 2008, quando foram investigadas cerca de 150.000 crianças menores de um ano, residentes em 250 municípios brasileiros, o que resultou na II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno em Menores de Um Ano, que já tem auxiliado na avaliação e redirecionamento das ações da política brasileira de aleitamento materno (BRASIL, 2009b; 2010a).

A última estratégia da Política Nacional do Aleitamento Materno é a Rede Amamenta Brasil, que objetiva promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno na atenção básica, que tem como objetivo contribuir para aumentar os índices de aleitamento materno no país. A dinâmica da rede amamenta visa à revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades de atenção primária à saúde, baseada nos princípios da educação permanente, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais (BRASIL, 2008).

A rede amamenta é uma importante estratégia se considerarmos que, nos últimos 30 anos, as políticas nacionais e os inúmeros acordos internacionais de apoio ao aleitamento materno se basearam eminentemente na perspectiva hospitalar ou no apoio legal, mas houve pouco e incipiente estímulo para estabelecer essas ações no âmbito da atenção básica, o que

explica em parte as baixas taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, que estão abaixo do recomendado (*Idem*).

A OMS recomenda que os bebês recebam exclusivamente leite materno durante os primeiros seis meses de idade. Depois dos seis meses, a criança deve começar a receber alimentação complementar segura e adequada, juntamente com a amamentação, até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2009c).

As definições e classificações de aleitamento materno adotadas pela OMS e reconhecidas mundialmente são: *aleitamento materno exclusivo*: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos; *aleitamento materno predominante*: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais; *aleitamento materno*: quando a criança recebe leite materno direto da mama ou ordenhado, independentemente de receber ou não outros alimentos; *aleitamento materno complementado*: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo e não de substituí-lo e, finalmente, o *aleitamento materno misto ou parcial*: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (BRASIL, 2009).

De acordo com a classificação da prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) pela OMS, é considerada ruim a prevalência de 0 a 11% de AME, razoável de 12% a 49%, boa de 50% a 89% de AME e muito boa de 90% a 100% de AME. Já em relação ao Aleitamento Materno (AM), a duração mediana é considerada ruim quando vai de 0 a 17 meses, razoável de 18 a 20 meses, boa de 21 a 23 meses e muito boa quando permanece de 23 até os 24 meses (BRASIL, 2009b; 2009c).

A II pesquisa nacional de prevalência de AM em menores de um ano realizada em 2008 pelo MS evidenciou que a prevalência do AME em menores de seis meses no Brasil foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal e a duração mediana de AM, de 341,6 dias ou de 11,2 meses (BRASIL, 2009b).

Em síntese, a prevalência de AME no país é considerada razoável e a duração mediana do aleitamento materno é considerada insatisfatória. Estes resultados comprometem a saúde das crianças, além de refletirem negativamente na sociedade e meio ambiente, tendo em vista todos os benefícios desta prática (*Idem*).

A oferta de leite materno na primeira hora de vida é um importante indicador para o sucesso da amamentação e para a redução da mortalidade infantil. Esta prática tem

apresentado crescimento importante no Brasil, alcançando, em 2008, o percentual de 67,7% (*Idem*).

Está devidamente comprovada, por estudos científicos, a superioridade do leite materno sobre as outras espécies de leites, sendo vários os argumentos a favor do aleitamento materno (BRASIL, 2009b; 2009c).

Para a criança, o leite materno influencia a habilidade de se defender de infecções respiratórias, otite, diarreia; diminui o risco de alergias, de hipertensão, colesterol alto e diabetes e reduz a chance de obesidade. Auxilia no desenvolvimento cognitivo emocional da criança; tem efeito positivo na inteligência, melhor desenvolvimento da cavidade bucal e influencia no estado nutricional por conter todos os nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento ótimos da criança, além de ser mais bem digerido e suprir sozinho as necessidades nutricionais nos primeiros seis meses (BRASIL, 2009; CARVALHO, TAMEZ, 2002).

Além de todos esses benefícios para a criança, o aleitamento materno pode evitar 13% das mortes infantis em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, isso representa seis milhões de vidas de crianças salvas a cada ano por causas previsíveis, o que nenhuma outra estratégia isolada seria capaz de proporcionar (BRASIL, 2009c).

São relevantes os benefícios do aleitamento materno para a mulher, pois pode influenciar nos fatores reprodutivos, sexuais e psicológicos. A associação entre duração da amamentação e redução na prevalência de câncer de mama é real e estima-se que o risco de contrair a doença diminua 4,3% a cada 12 meses de duração de amamentação, independentemente da idade, etnia, paridade e presença ou não de menopausa (BRASIL, 2009c; RICCI, 2008). Além da associação com a prevenção do câncer de mama, a amamentação também está relacionada com menor risco de câncer de ovário e de endométrio na pré-menopausa (CARVALHO, TAMEZ, 2002).

A amamentação confere proteção anticoncepcional nos primeiros seis meses após o parto, desde que a mãe esteja amamentando exclusiva ou predominantemente e ainda não tenha menstruado. Esta proteção contra uma nova gravidez é conhecida como método de Lactação – Amenorreia (LAM), confere eficácia de até 98% e é explicada porque a ovulação, nos primeiros seis meses após o parto, está relacionada com o número de mamadas. Mulheres que ovulam antes do sexto mês após o parto, em geral, amamentam menos vezes e aquelas que amamentam com mais frequência geralmente demoram mais para ovular (BRASIL, 2009c; RICCI, 2008).

Outras vantagens da amamentação para a mulher podem ser evidenciadas no puerpério imediato e tardio, como facilitar a perda de peso, estimular as contrações e involução uterina, em decorrência da liberação da ocitocina, que controla o sangramento uterino e protege as reservas de ferro maternas (RICCI, 2008, CARVALHO, TAMEZ, 2002).

Além de todas as vantagens biológicas para a mulher e a criança, a amamentação traz benefícios psicológicos para o binômio mãe/bebê. Amamentar com prazer, trocando olhares, com contato contínuo, troca de afeto, fortalece o relacionamento, oportuniza intimidade entre mãe e filho, segurança e proteção na criança e autoconfiança e realização na mulher. É também uma forma muito especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança (BRASIL, 2009c; RICCI, 2008).

O aleitamento materno traz vantagens para a sociedade, porque melhora a qualidade de vida das famílias. Crianças amamentadas adoecem menos, necessitam de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, o que pode implicar menos faltas dos pais ao trabalho por motivo de doença dos filhos, bem como menos gastos e situações estressantes. Quando a amamentação é bem-sucedida, mães e crianças podem estar mais felizes, com repercussão positiva nas relações e qualidade de vida familiar (BRASIL, 2009c).

A sociedade é duplamente beneficiada com o ato de amamentar porque este traz também benefícios para o meio ambiente e o planeta, pois o leite materno é um dos poucos alimentos produzidos e liberados para consumo sem poluição e desperdício de recursos naturais como o gás de cozinha, consumido para aquecer o leite artificial e o petróleo, utilizado na fabricação do plástico que compõe as mamadeiras e bicos (BRASIL, 2009c; 2010a).

É importante considerar a poluição causada pelo lixo gerado com o descarte de embalagens de leite em pó ou de mamadeiras, que, geralmente, não são recicladas. Considerar a amamentação como um ato ecológico é tão relevante que o MS discutiu o tema na Semana Mundial do Aleitamento Materno em 1997 (BRASIL, 2009c; 2008).

Mesmo com todas as vantagens do aleitamento materno, esta prática não deve ser vista como um ato fácil e instintivo para a mulher. Muitas enfrentam dificuldades como as barreiras culturais, sociais e biológicas. Vencer algumas barreiras culturais e receber ajuda para superar a crença de que a amamentação irá deformar seu corpo e que seu leite é fraco ou insuficiente é relevante, uma vez que estas têm sido decisivas nas altas taxas de desmame precoce ou não aleitamento (CARVALHO, TAMEZ, 2002; BRASIL, 2009c).

O retorno para o trabalho, as intercorrências mamárias como fissuras, ingurgitamento e mastite e doenças, que podem impedir provisoriamente ou absolutamente a amamentação devem ser considerados e trabalhados pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2009c). A crença no mito do “leite fraco e de ter pouco leite” têm sido a principal causa de desmame precoce ou não aleitamento (CRUZ et al, 2010; CARVALHO, TAMEZ, 2002).

Outra prática relativamente moderna é o uso de bicos/chupeta. Este artifício tem sido desaconselhado pela possibilidade de interferir negativamente na duração do aleitamento materno, está associado ao desmame precoce e por estar relacionado com o aumento de infecção de ouvido e monilíase oral. Não oferece nenhum benefício nutricional e, muitas vezes, é utilizado como substituição a uma mamada (CARVALHO, TAMEZ, 2002). Apesar dos efeitos negativos na amamentação, a última pesquisa sobre prevalência do aleitamento materno no país evidenciou o uso de chupeta em 42,9% dos bebês (BRASIL, 2009b). Crianças que usam chupetas, em geral, são amamentadas com menos frequência, o que pode comprometer a produção de leite. É possível também que o uso da chupeta seja um sinal de que a mãe está tendo dificuldades na amamentação ou de que tem menor disponibilidade para amamentar (BRASIL, 2009c).

Amamentar é um ato cujo sucesso depende de fatores históricos, sociais, culturais e psicológicos da puérpera e do compromisso e conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde envolvidos na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno (ALMEIDA, FERNANDES, ARAÚJO, 2004).

Para a reversão do quadro do Brasil de desmame precoce, é preciso que os profissionais de saúde tenham, além da competência técnica, um olhar atento, abrangente e que levem em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social, assim como reconheçam a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a para processo do aleitamento materno (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

Embora a maioria dos profissionais de saúde seja favorável ao aleitamento materno, muitas mulheres se mostram insatisfeitas com o tipo de apoio recebido. Para reverter esta insatisfação e mudar o quadro do desmame precoce e não aleitamento no país, é preciso que este apoio seja contínuo, com início no pré-natal, ou até antes deste, por meio de trabalhos de promoção à saúde realizada pelos profissionais da APS, no decorrer da assistência ao parto e nascimento, no puerpério imediato, tardio e remoto (BRASIL, 2009 d).

As mulheres que amamentam ou que desejam amamentar querem suporte ativo e não passivo, que considere os fatores físicos e socioculturais, com informações precisas para se

sentirem confiantes (BRASIL, 2009c).

Apesar da importância do apoio para o sucesso da amamentação, a mulher que não deseja amamentar deve ser respeitada. No estabelecimento do vínculo mãe e filho é essencial a livre escolha informada. Diante da recusa para a amamentação, mesmo após apoio e esclarecimento dos benefícios do ato de amamentar, a puérpera deve ser ouvida, compreendida e acolhida pelos profissionais de saúde (CARVALHO e TAMEZ, 2002; BRASIL, 2009).

Com o intuito de garantir o suporte ativo, a diretriz de assistência ao puerpério para atenção primária à saúde deste estudo agrega a atenção ao aleitamento materno em todas as consultas de enfermagem no puerpério imediato, tardio e remoto.

1.2.2 Imunização no Puerpério

A redução da morbidade e mortalidade por muitas doenças que poderiam ser prevenidas através da imunização é uma realidade no Brasil, principalmente após a instituição do Programa Nacional de Imunização (PNI) em 1973, que passou a coordenar e unificar as ações de imunização em todo o território nacional (BRASIL, 2001a).

O Programa Nacional de Imunizações é uma prioridade nacional e tem como objetivo o controle de doenças imunopreveníveis através de ampla cobertura vacinal, para que a população possa ser provida de adequada proteção contra as doenças imunopreveníveis abrangidas pelo programa (BRASIL, 2001b).

O país tem colecionado êxitos importantes como a erradicação da varíola e poliomielite, a eliminação do sarampo e a meta da erradicação, prevista ainda nesta década, para a raiva humana transmitida por animais domésticos, para a rubéola congênita e para o tétano neonatal. Ainda dentro deste grupo de doenças transmissíveis com tendência ao declínio estão a difteria, a rubéola, a coqueluche e o tétano acidental, que têm em comum o fato de serem imunopreveníveis (BRASIL, 2011c).

Entre os grupos prioritários definidos pelo PNI e que merecem atenção especial, estão as mulheres em idade fértil, gestantes e puérperas. Para as gestantes, atualmente, deve ser rotina as vacinas contra o tétano, hepatite B e contra a influenza. As vacinas contra sarampo, rubéola, caxumba, contra febre amarela e BCG são contraindicadas na gestação. Nas mulheres em idade fértil, após imunização com vacinas de vírus vivos, recomenda-se evitar a gravidez durante um mês (BRASIL, 2001b; 2011b).

Desde 1997, a vacina contra a rubéola é oferecida, para mulheres no puerpério e no pós-aborto, mas não é indicada na gestação (BRASIL, 2001b). Deve-se aproveitar também a oportunidade do puerpério para completar o esquema vacinal com vacinas iniciadas na gestação (BRASIL, 2006). Nas puérperas com fator Rh negativo, não sensibilizadas e com recém-nascido Rh positivo e Coombs negativo, utiliza-se a imunoglobulina anti-D, nas primeiras 72 horas após o parto, visando prevenir a eritroblastose fetal⁵ em gestações posteriores (BRASIL, 2001).

Para alguns imunobiológicos, é necessário manter uma unidade de cobertura em âmbito nacional ou macrorregional, a fim de que a vacinação resulte em impacto. Além disso, alta incidência de doenças, que podem ser prevenidas pela vacinação, principalmente em grupos de risco como mulheres em idade fértil, escolares e profissionais de saúde, exige, também, a definição de metas nacionais que devem ser consideradas no planejamento das atividades de imunização (BRASIL, 2001a; 2001b).

Entre as metas nacionais do PNI, destaca-se a administração da vacina dupla tipo adulto (dT) em 100% das mulheres de 12 a 49 anos e em 100% das gestantes não imunizadas previamente ou com esquema vacinal incompleto, objetivando prevenir o tétano neonatal; a administração da vacina contra a rubéola em 95% das mulheres, por ocasião do puerpério ou do pós-aborto imediato (BRASIL, 2001a; 2011c).

Para a imunização contra o tétano, deve-se observar o histórico desta, durante o contato com as gestantes e puérperas. Se houver comprovação da vacina no cartão e a última dose tiver sido administrada a menos de cinco anos, a mulher não necessitará receber nenhuma dose, mas se a última dose datar de acima deste período, deve receber uma dose de reforço. Quando a mulher não está no período gestacional, o reforço deve ser realizado a cada dez anos (BRASIL, 2001; 2006b)

Se não houver comprovação de doses de vacina dupla anteriores, o esquema vacinal deve ser iniciado o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional, com três doses, com intervalo de 60 ou, no mínimo, de 30 dias. Mulheres, com menos de três doses, devem ter seu esquema vacinal completado até três doses. Ressalta-se que a gestante pode ser considerada imunizada com, no mínimo, duas doses da vacina antitetânica, sendo

⁵Eritroblastose fetal, também conhecida como doença hemolítica perinatal, ocorre quando a mãe produz anticorpos contra o próprio feto pela incompatibilidade sanguínea entre eles. A mais comum é quando o fator sanguíneo RH da mãe é positivo e do feto negativo (RICCI, 2008, p. 614).

que a segunda dose deve ser realizada até 20 dias, antes da data provável do parto, porém se deve completar a terceira dose no puerpério (BRASIL, 2006; 2011b).

A vacina contra hepatite B, para gestantes ou puérperas, segue o mesmo esquema vacinal recomendado para os demais grupos e consiste em administrar, nas mulheres não vacinadas previamente ou, sem comprovante de vacinação anterior, três doses da vacina, seguindo o esquema de três doses (0, 1 e 6) com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda e, de seis meses entre a primeira e a terceira. Destaca-se que o MS recomenda a administração da vacina em gestantes que apresentem sorologia negativa, para o vírus da hepatite B, somente após o primeiro trimestre (BRASIL, 2001b; 2011c).

O esquema básico da vacina contra rubéola corresponde a uma dose sendo indicada para prevenir a doença e controlar a ocorrência da síndrome da rubéola congênita. Deve ser administrada a partir dos 12 meses até os 11 anos de idade, na forma monovalente, ou combinada com a vacina contra o sarampo (dupla viral) ou; preferencialmente, na forma combinada com as vacinas contra o sarampo e a caxumba (tríplice viral); e na população feminina em idade fértil (12 a 49 anos) antes da ou após gestação na forma monovalente ou; preferencialmente, combinada com a vacina contra o sarampo (dupla viral). (BRASIL, 2001a; 2011c).

A vacina contra influenza está recomendada, desde 2009, para gestantes saudáveis com qualquer idade gestacional, nos meses que antecedem a estação de influenza, para diminuir o risco de formas graves da mesma entre as gestantes incluídas no grupo de risco com grande chance de apresentar complicações (BRASIL, 2011c; SUCCI e FARHAT, 2006).

É de suma importância que as equipes de saúde, em especial as equipes da ESF trabalhem com base em conhecimentos e práticas que tornem a sua ação o mais eficaz possível. Dentre as ações possíveis, destacam-se o acolhimento, a busca ativa das mulheres-alvo das vacinas e o aproveitamento de toda oportunidade de contato com mulheres em idade fértil, gestantes e puérperas (BRASIL, 2001b; 2011c).

A atenção à mulher no puerpério imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental, para a saúde materna e neonatal. Recomenda-se visita à mulher em seu domicílio, a fim de estimulá-la a procurar o serviço de saúde, o que deve ser incentivado desde o pré-natal, visando garantir a saúde da família, do recém-nascido e da puérpera por meio de diversas ações como, por exemplo, a imunização (BRASIL, 2006).

Na diretriz proposta neste estudo, preconizamos o levantamento da história vacinal desde o primeiro contato da enfermeira com a puérpera na visita domiciliar, entre sete e dez dias e, a prescrição das vacinas necessárias a serem administradas no segundo contato com a

mulher, com 20 a 30 dias de puerpério. Na consulta posterior, com 42 dias, as enfermeiras devem verificar e registrar se de fato as vacinas prescritas foram administradas.

1.2.3 Prevenção do Câncer de Colo Uterino no Puerpério

O câncer cervico-uterino continua sendo o terceiro tipo de câncer mais comum na população feminina na região sudeste. No Brasil, as estimativas para 2012 apontam para a ocorrência de 17.540 novos casos de câncer de colo de útero (BRASIL, 2012).

O aparecimento do câncer cervico-uterino está associado a vários fatores de risco sociais, ambientais, comportamentais e biológicos. Os principais fatores de riscos são: início de atividade sexual em idade precoce; multiplicidade de parceiros; tabagismo e uso prolongado de anticoncepcionais orais. Mas, há que se destacar que a infecção pelo HPV é o mais importante e principal fator de risco para a doença (BRASIL, 2010).

A prevenção primária do câncer de colo de útero corresponde à redução da exposição a fatores de risco como a criação de barreiras para evitar a contaminação pelo vírus HPV e, a adoção de um estilo de vida saudável, para o qual a mulher deve ser orientada a não fumar e, a fazer uso de preservativo. A prevenção secundária corresponde à detecção precoce do câncer ou suas lesões precursoras (BRASIL, 2010).

Dentre todos os tipos de câncer, o cervico-uterino é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a 100%, quando diagnosticado precocemente. A detecção precoce é feita através do exame citopatológico, também conhecido como exame de Papanicolaou e exame de preventivo do colo do útero, que permite a detecção das lesões precursoras e da doença em estágios iniciais. Apontado internacionalmente como o instrumento mais adequado para a prevenção do câncer de colo uterino, considerado uma tecnologia sensível, de simples realização, baixo custo, eficaz e deve ser realizado em unidades de atenção primária à saúde por médicos e enfermeiras devidamente capacitadas (BRASIL, 2006a).

As atribuições da enfermeira na detecção precoce do câncer cervico-uterino são: realizar atenção integral às mulheres; realizar consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas; solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme diretrizes ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor

municipal, observadas as disposições legais da profissão; realizar atenção domiciliar, quando necessário; supervisionar e coordenar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e da equipe de enfermagem; manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações e realizar atividades de educação permanente para os demais profissionais da equipe (BRASIL, 2006a).

A efetividade da detecção precoce, associada ao tratamento em seus estágios iniciais, tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90% (BRASIL, 2002; 2006a). Mesmo que o Brasil tenha sido um dos primeiros países a adotar esta tecnologia, apresenta altas taxas de morbidade e de mortalidade pelo câncer de colo uterino. O exame foi inserido no país na década de 50, mas a doença ainda é considerada um problema de saúde pública (BRASIL, 2002).

O MS considera ideal uma cobertura do exame de prevenção do câncer de colo uterino de 80%, o que modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer. Porém, estima-se que cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca tenham sido submetidas ao exame citopatológico (BRASIL, 2006a).

Os números de casos por essa neoplasia são crescentes e assustadores, repercutindo na vida social e econômica da mulher, além do impacto na sua vida reprodutiva e sexualidade. Os recursos econômicos investidos no país para o tratamento do câncer, diagnosticado na maioria das vezes em estágios avançados, são elevados. Deve-se também levar em consideração os recursos econômicos perdidos anualmente pela redução do potencial de trabalho humano e o número de crianças e adolescentes que perdem suas mães, o que contribui para a desestruturação dos lares brasileiros (SOUZA, A., 2001).

A não realização do exame de Papanicolaou e, conseqüentemente, o diagnóstico tardio do câncer de colo uterino podem estar relacionados com a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde; a baixa capacitação de recursos humanos, a incapacidade do sistema público em absorver a demanda das unidades de saúde; a dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer uma linha de cuidados que envolva todos os níveis de atenção – atenção básica, média complexidade e alta complexidade e de atendimento – promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2006a).

Não se pode desconsiderar que o medo de sentir dor no exame, de descobrir a doença, vergonha de mostrar o corpo e de ser examinada por profissional do sexo masculino ou, de não ser acolhida e respeitada pode influenciar as mulheres ao não comparecimento às consultas para realização do exame de preventivo (SOUZA, A., 2001).

A periodicidade de realização do exame preventivo do colo do útero, estabelecida pelo MS, é de um exame por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Essa recomendação apoia-se na observação da história natural do câncer de colo de útero, que permite a detecção precoce de lesões pré-malignas ou malignas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave. Uma lesão precursora pode levar de dez a 20 anos para se transformar em um câncer localizado (in situ) ou invasor (BRASIL, 2002; 2006a).

A faixa etária prioritária para a realização do exame é de mulheres de 25 a 64 anos. Ressalta-se que, até julho de 2011, a faixa etária prioritária se estendia até 59 anos, porém foram incluídas mulheres com até 64 anos, visando acompanhar a tendência nacional de aumento da longevidade da mulher brasileira e vida sexual ativa após climatério. Além disso, o pico de incidência do câncer cervico-uterino situa-se entre os 40 e 60 anos de idade, sendo pouco frequente abaixo dos 30 anos (BRASIL, 2002; 2011; 2011a).

Apesar do pico de incidência desse tipo de câncer estar nessa faixa etária, para a qual os profissionais de saúde necessitam ficar atentos, observa-se que a realização do exame preventivo de colo de útero é mais frequente em mulheres com menos de 35 anos, provavelmente naquelas que comparecem aos serviços de saúde para cuidados relativos à gestação (BRASIL, 2006a).

Os profissionais de saúde devem aproveitar a oportunidade de comparecimento das mulheres por ocasião do pré-natal, para realização do rastreamento do câncer cervico-uterino, pois muitas comparecem aos serviços de saúde somente nesta ocasião. O exame pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês (BRASIL, 2006a; RICCI, 2008), porém, tem sido frequente entre as gestantes a não realização do Papanicolau por medo de prejudicar o bebê, dificuldades para agendar o exame e, posteriormente, terem que voltar à unidade de saúde para realizá-lo, bem como por medo de sentir dor (GONÇALVES et al, 2011).

Tais crenças e desconfortos nos levam a acreditar que o período puerperal seja oportuno para a realização deste exame. Se a mulher for devidamente orientada a comparecer às consultas puerperais, o profissional pode aproveitar para realizar o exame de detecção precoce do câncer de colo uterino, preferencialmente no puerpério remoto com 60 dias ou mais, momento em que possíveis lesões cervicais e perineais/vaginais decorrentes do parto, lacerações ou episiotomia, geralmente, estarão em processo de cicatrização e menos dolorosas. Ricci (2008), referindo-se às adaptações fisiológicas maternas no puerpério, afirma que a cérvix e a vagina retornam ao seu estado pré- gestacional em média após seis a oito

semanas e, no períneo, geralmente, a cicatrização pode levar de quatro a seis meses diante de episiotomia.

Ao aproveitar o puerpério para a realização do exame de preventivo, pode-se estimular a valorização da assistência de enfermagem no puerpério e fortalecer o vínculo com a mulher, o que facilita a presença para exames anuais, principalmente com aquelas que somente procuram a UAPS por ocasião de gestações ou para acompanhar seus filhos em consultas de puericultura.

Na diretriz aplicada neste estudo, preconizamos a realização do exame Papanicolaou, na consulta com 60 dias e a avaliação do resultado do exame aos 90 dias. Ressaltamos que as enfermeiras que auxiliaram na aplicação da diretriz de assistência puerperal foram orientadas a fazer o exame em mulheres que nunca o realizaram e nas que não estavam com o exame vigente.

1.2.4 Prevenção de Anemia no Puerpério

A anemia representa uma das mais prevalentes desordens nutricionais e hematológicas em todo o mundo. Diferentemente da desnutrição, ela está disseminada por todas as classes sociais e ocorre mais frequentemente no sexo feminino e, durante a gestação, a chance de a mulher ter anemia aumenta em 20 vezes (BRASIL, 2007; REZENDE, 2006).

É uma das intercorrências mais comuns na gestação, podendo iniciar-se ou manter-se durante o pós- parto. Aproximadamente 50% das grávidas em todo o mundo são anêmicas. Estima-se que metade destas encontra-se em países em desenvolvimento e uma a cada quatro gestantes anêmicas estão em países desenvolvidos. A OMS considera a anemia como um grave problema de saúde pública em países onde sua prevalência seja igual ou maior que 40% (BRASIL, 2007; RICCI, 2008; RODRIGUES, JORGE, 2010).

As causas da anemia são devido à perda sanguínea, destruição excessiva de eritrócito ou deficiência de sua produção. Nesta última, encontra-se a anemia carencial. Apesar de a ausência de vários nutrientes contribuírem para a ocorrência deste tipo de anemia, como folatos, proteínas, vitamina B12 e cobre, indiscutivelmente, o ferro é, entre todos, o mais importante, causando a anemia ferropriva ou por deficiência de ferro (BRASIL, 2007; RODRIGUES e JORGE, 2010).

A anemia por deficiência de vitamina B12 é menos prevalente na gestação. Outro tipo de anemia nutricional é a por deficiência de ácido fólico (anemia megaloblástica), embora

muito frequente na gestação em virtude das necessidades aumentadas de folato e preocupante devido a sua relação com a má formação fetal, habitualmente ocorre a ferropriva e permanece não diagnosticada (REZENDE, 2006).

Dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) indicaram que houve agravamento da anemia ferropriva nas últimas duas décadas, revelando que dois bilhões de pessoas no mundo apresentam deficiência de ferro, e destas, mais da metade é anêmica (BRASIL, 2007). A anemia ferropriva pode ser originada por inúmeros fatores como nutrição inadequada, verminose, hemólise, gestação múltipla, intervalo curto entre gestações e perdas de sangue (RICCI, 2008; REZENDE, 2006; RODRIGUES e JORGE, 2010).

Vale considerar que o ferro é um mineral que desempenha importantes funções orgânicas, sendo as principais o auxílio no transporte de oxigênio e dióxido de carbono, auxílio na produção de hemoglobina e participação da resposta imunológica, sendo assim a sua deficiência podem prejudicar o funcionamento de vários sistemas orgânicos e causar exposição frequente do organismo a infecções (RICCI, 2008).

A anemia consiste na redução do volume eritrocitário e é medida pelo hematócrito ou diminuição na concentração de hemoglobina, no sangue periférico, em consequência da carência de um ou mais nutrientes essenciais, qualquer que seja a origem dessa carência (BRANDEN, 2000; BRASIL, 2007; RICCI, 2008).

Até que o diagnóstico da anemia seja estabelecido pela diminuição da concentração sanguínea de hemoglobina, considerada estágio final da diminuição de ferro no organismo ou 3º estágio, acontecem alguns mecanismos relacionados à produção e distribuição da hemoglobina no sangue.

Inicialmente, ocorre a depleção nos depósitos de ferro, o que pode ser medido pela diminuição da ferritina sérica, normalmente para valores inferiores a 12µg/l. Neste momento, considerado 1º estágio, a concentração plasmática do ferro e a concentração da hemoglobina permanecem normais. Posteriormente, ocorrem mudanças bioquímicas como reflexo da falta de ferro para a produção normal da hemoglobina, sendo observadas alterações no transporte do ferro e nas hemácias que foram recentemente distribuídas na circulação sanguínea. Neste momento, 2º estágio, ocorre diminuição do ferro sérico. Somente a partir desta fase, é possível suspeitar de anemia por meios de exames clínicos e confirmar por meios de diagnósticos laboratoriais (BRASIL, 2007).

Uma investigação detalhada dos sintomas apresentados e minucioso exame físico podem denunciar sinais e sintomas de anemia. Nos casos leves, podemos encontrar palidez cutânea, da conjuntiva, dos lábios, da língua e das palmas das mãos, além de respiração

ofegante, dificuldade na deglutição (disfagia), fraqueza orgânica (astenia) e perda de apetite (BRASIL, 2007; BRANDEN, 2000).

Em caso de anemia moderada ou severa, os achados principais são taquicardia, palidez cutânea, dispneia aos esforços e ou em repouso. Algumas destas alterações na gestante podem ser confundidas com achados normais ou fisiológicos da gestação e apresentam baixa precisão ao serem usados como método inicial e exclusivo para identificação da anemia, podendo levar a falsas conclusões, uma vez que alguns desses sinais são inespecíficos (BRASIL, 2007).

Os achados clínicos são considerados elementos úteis para determinar a gravidade da doença, bem como orientar o tratamento provavelmente onde não há disponibilidade imediata de testes laboratoriais (RODRIGUES e JORGE, 2010). Nos casos de anemia com sintomas clínicos clássicos ou casos já diagnosticados, o tratamento deve ser prescrito de acordo com a conduta clínica para anemia, definida pelo profissional de saúde responsável (BRASIL, 2007).

A forma mais comum de se detectar a anemia é por meio da medida do valor da concentração da hemoglobina no sangue (BRASIL, 2007). Porém, a quantificação dos índices hematimétricos apresenta valor limitado para o diagnóstico da anemia ferropriva, principalmente na gestação. Alguns mecanismos adaptativos e fisiológicos da gravidez, como aumento do volume plasmático e diminuição do estoque de micronutrientes, podem mascarar alguns valores de testes como o volume corpuscular médio (VCM), que avaliam o perfil do ferro no organismo, a dosagem do ferro sérico, a capacidade total de ligação de ferro e a saturação da transferrina. Assim, a ferritina sérica é considerada o melhor teste laboratorial para avaliar a quantidade de ferro disponível, por estar diretamente relacionada ao seu depósito orgânico (RODRIGUES e JORGE, 2010).

Além das vantagens da dosagem de ferritina sérica, a utilização da hemoglobina para a avaliação do estado nutricional de ferro tem se mostrado satisfatória, sendo esta um indicador de fácil operacionalização e baixo custo, com ampla utilização em pesquisas populacionais (BRASIL, 2007).

A OMS estabeleceu os pontos de corte de hemoglobina para diagnóstico de anemia para população que vive ao nível do mar. Para a gestante, o limite aceitável é de 11,0g/dL para concentrações de hemoglobina, abaixo do qual se define a anemia. Este valor é inferior ao considerado normal para as mulheres não grávidas, que é de 12,0g/dL, e esta variação está relacionada com as alterações fisiológicas da gestação que afetam também o sistema hematológico (BRASIL, 2007; RICCI, 2008).

Outra forma de classificação da anemia é pelos níveis de gravidade segundo valores de hemoglobina para menores de 5 anos e gestantes. Considera-se anemia leve quando se têm valores de hemoglobina entre 9,0 e 11,0g/dL, anemia moderada entre 7,0 a 9,0g/dL, anemia grave os valores de hemoglobina inferiores a 7,0g/dL e anemia muito grave valores inferiores a 4,0g/dL (BRASIL, 2007).

A gravidade do problema está relacionada à sua frequência, mas também pelas repercussões, principalmente nos grupos com necessidades fisiológicas aumentadas, como crianças e mulheres em idade reprodutiva, com comprometimentos importantes na saúde materna e fetal. Estima-se que 40% das mortes maternas e perinatais são ligadas à anemia (BRASIL, 2007; RICCI, 2008).

A anemia na gestação resulta na diminuição da capacidade do sangue de transportar oxigênio aos órgãos vitais da mãe e do feto. As principais repercussões maternas são: comprometimento do desempenho físico e mental, labilidade emocional, pré-eclâmpsia, alterações cardiovasculares, diminuição da função imunológica, alterações da função da tireoide e catecolaminas, queda de cabelos, enfraquecimento das unhas.

Outro aspecto a ser considerado é a menor tolerabilidade às perdas sanguíneas do parto, possibilitando maior risco de anemia puerperal e hemotransfusão. O risco para infecção puerperal também está aumentado na persistência da anemia (BRASIL, 2007; RICCI, 2008; RODRIGUES e JORGE, 2010).

Em relação ao comprometimento fetal, o estado anêmico relaciona-se com perdas gestacionais (abortamentos, óbito intrauterino); hipoxemia fetal; prematuridade; ruptura prematura das membranas ovulares; quadros infecciosos; e restrição de crescimento fetal, que muitas vezes pode provocar alterações irreversíveis do desenvolvimento neurológico fetal. Deve-se acrescentar que valores de hemoglobina materna inferiores a 6,5g/dL associam-se a comprometimento da vitalidade fetal e aumento da mortalidade perinatal (RODRIGUES e JORGE, 2010).

Embora a anemia tenha a sua etiologia bem conhecida e algumas soluções, para resolver este problema mundial, já estejam bastante sedimentadas, como intervenções efetivas e de baixo custo para prevenção e tratamento, ele ainda persiste e vem se agravando, principalmente em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tem como eixo fundamental a promoção da realização do direito humano à alimentação, à segurança alimentar e nutricional e à nutrição de toda a população brasileira. Uma de suas diretrizes baseia-se na prevenção, no controle dos

distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e à nutrição. A prescrição do sulfato ferroso para gestantes e puérperas seja para tratamento, prevenção de anemia ou para suplementação, é uma das ações preconizadas pelo PNAN (BRASIL, 2007).

A utilização de suplementação medicamentosa com sais de ferro para prevenir e tratar a anemia é um recurso tradicional e amplamente utilizado, sendo a forma oral de administração a preferencial (Idem). As necessidades de ferro e ácido fólico aumentam em seis vezes na gestação, em especial no terceiro trimestre. A demanda de ferro durante toda a gestação é de 1.000 a 1.300 mg, o que não pode ser coberto exclusivamente pela dieta (REZENDE, 2006).

O tratamento da anemia é feito mediante prescrição da dose de 120mg a 180mg de ferro elementar, administrada em duas ou três tomadas, preferencialmente uma hora antes das refeições principais e concomitantes com a ingestão de ácido ascórbico, vitamina C presente basicamente em algumas frutas, que é um potente facilitador da absorção do ferro quando oferecido juntamente com a refeição (BRASIL, 2007; RODRIGUES e JORGE, 2010).

A OMS preconiza para gestantes e puérperas até o terceiro mês de puerpério a suplementação diária de apenas 60mg de ferro. Além do ferro, as gestantes devem ser suplementadas também com o ácido fólico (Idem).

Além das repercussões negativas para mulher e feto na gestação, a anemia também prejudica a evolução do parto e puerpério, sendo indicada a reposição de ferro. Durante o parto, ocorre a perda de quantidade significativa de sangue, sendo 500ml no parto normal e 1.000mL na cesariana proveniente da dequitação⁶, contratilidade uterina e lacerações de tecidos maternos. Apesar de estas perdas serem consideradas fisiológicas, podem repercutir negativamente em uma gestante anêmica (RODRIGUES e JORGE, 2010).

A loquiação, que é um processo fisiológico do puerpério, pode transformar-se em processo espoliativo em puérperas anêmicas. Perdas sanguíneas excessivas e não fisiológicas devem ser evitadas, diagnosticadas precocemente e conduzidas adequadamente durante parto e puerpério, visando não provocar ou agravar anemia (Idem).

O processo da lactação, apesar de liberar ferro, não é capaz de provocar ou agravar anemia, pois, além de a quantidade de ferro liberado ser pequena, 14% do estoque materno corporal, representa metade do que é perdido comumente na menstruação. Como a maioria das puérperas permanece em amenorreia enquanto amamentam, haverá um saldo positivo de ferro. Quando a menstruação retorna, as reservas de ferro corporais materno podem diminuir

⁶A dequitação é o terceiro período clínico do trabalho de parto e se caracteriza pela saída da placenta (FIGUEIREDO, 2003)

drasticamente se a ingestão do mineral for baixa. Independentemente da lactação, as puérperas devem receber suplementação de ferro até o terceiro mês (*Idem*).

Os profissionais que oferecem assistência ao ciclo gravídico puerperal devem sempre orientar as mulheres sobre a importância da alimentação saudável e da suplementação de ferro desde o pré-natal até o puerpério. Vale ressaltar que o ideal seria tratar anemia ou indicar a suplementação para mulheres com fatores de risco antes de engravidarem, o que está cada dia mais difícil devido ao não planejamento da gravidez pela maioria das mulheres (BRASIL, 2006; 2007).

É necessário, além da prescrição do sulfato ferroso, o acompanhamento do uso deste no puerpério, da mesma forma que gestação, quando a mulher retorna para uma nova consulta de pré-natal. Neste estudo, estamos propondo que a enfermeira verifique se há prescrição de sulfato ferroso para a puérpera, realizada na alta ou no final do pré-natal. Se houver, o profissional deve estimular e orientar o uso correto e, caso não haja prescrição, deve fazê-lo no primeiro atendimento, com sete a dez dias de puerpério, levando em consideração o resultado de exames laboratoriais prévios e intercorrências como hemorragia no parto e puerpério. Após a prescrição, o acompanhamento da utilização correta deve ser realizado nos demais atendimentos respectivamente com 25, 42, 60 e 90 dias. Orienta-se, ainda, se necessário, a solicitação de exames antes de suspender o uso da medicação com 90 dias.

[...] alta prioridade deve ser dispensada ao estudo da anemia por deficiência de ferro, bem como ao recrudescimento de intervenções para seu controle e prevenção, não só pela sua expressiva prevalência, mas também pelas consequências que produz [...] o problema da anemia deve ser uma das prioridades na área de alimentação e nutrição, com ações e intervenções a curto, a médio e a longo prazo em relação à suplementação de grupos de risco (BRASIL, 2007, p.25,32).

É importante incluir a prescrição do sulfato ferroso para puérperas como uma das variáveis de desfecho no estudo, visando reduzir a prevalência de carências por micronutrientes na população brasileira.

1.2.5 Planejamento Familiar no Puerpério

O MS tem investido em propostas para o planejamento familiar. Uma das estratégias foi incluir no “Programa mais saúde: direito de todos, em 2007” (BRASIL, 2009d) no qual

uma das medidas propostas é a expansão das ações de planejamento familiar através oferta de informações, acompanhamento, de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção. Anterior a esta estratégia, foi criada a Lei nº 9.263 de 1996, que trata do planejamento familiar e, que veio para regulamentar as ações deste, contidas na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2001; 2009d).

O planejamento familiar é legalmente conceituado como conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Ele deve ser realizado num contexto de escolha livre informada através da oferta de diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, que permita a opção pelo método mais apropriado (BRASIL, 2009; 2009d).

O uso de métodos anticoncepcionais no Brasil cresceu acentuadamente ao longo das últimas décadas. Esse aumento é um dos responsáveis pelo declínio da fecundidade no país. Apesar da diminuição visível do número médio de filhos, as mulheres de baixo nível de escolaridade ou renda têm maior proporção de gravidezes não planejadas ou não desejadas e um número comparativamente grande de filhos, o que reflete o acesso desigual à contracepção (BRASIL, 2009).

Visando reduzir estas desigualdades e para a plena concretização das ações de planejamento reprodutivo os gestores municipais devem garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dotando-as de recursos materiais, tecnologias apropriadas, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas; apoiar processos de educação permanente; e estruturar a rede de referências fora do âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2009d).

Os serviços de saúde devem oferecer ações educativas individuais ao casal e em grupo, e acesso a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para o planejamento familiar que não comprometam a vida e a saúde das pessoas, garantindo direitos iguais para a mulher, para o homem ou para o casal, num contexto de escolha livre e informada procurando compreender as expectativas das pessoas no que diz respeito à reprodução e ajudá-las a concretizarem essas expectativas, respeitando suas escolhas (*Idem*).

Na Atenção Básica, a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, envolve, principalmente, três tipos de atividades: aconselhamento, atividades educativas e atividades clínicas. Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas (*Idem*).

Homens e mulheres devem ser contemplados com ações de planejamento familiar nas diversas fases da vida e não somente na fase reprodutiva. No caso das mulheres, após uma gravidez, pós-abortamento ou no puerpério, é relevante, pois visa além do direito de escolha ao planejar sua prole, garantir a saúde da mulher e o bem-estar de sua família (*Idem*).

Durante a oferta de anticoncepção no puerpério, é necessário que os profissionais de saúde encorajem amamentação exclusiva nos primeiros seis meses do puerpério, porque, além dos benefícios para a saúde da criança, está associada à diminuição da fertilidade. A mulher deve ser orientada quanto ao fato de que alguns métodos anticoncepcionais interferem na amamentação e, que esta prática em caráter exclusivo até o sexto mês, em livre demanda e na ausência da menstruação, é um eficaz método anticonceptivo conhecido com LAM (Método da Lactação e Amenorréia)⁷.

Ressalta-se, porém, que o efeito anticoncepcional da LAM deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e, também quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê – o que ocorrer primeiro (BRASIL, 2001; 2009d). Outro grupo de método indicado, no puerpério, são os métodos de barreira, que incluem o preservativo masculino, feminino e diafragma. Recomenda-se a utilização do preservativo lubrificado, para evitar o desconforto ocasionado pelo ressecamento da mucosa vaginal. A utilização do preservativo feminino deve ser encorajada, apesar dos custos mais elevados quando comparado ao masculino. A utilização do diafragma deve ocorrer após seis semanas do parto, pois o tamanho mais adequado pode ser escolhido, a partir deste período (BRASIL, 2001; 2009d).

O Dispositivo Intrauterino (DIU) pode ser inserido logo após a eliminação da placenta, tanto no parto normal como na cesárea. Quando sua introdução é feita nesta ocasião, as mulheres apresentam diminuição do sangramento e das cólicas. Quando não inserido dentro das 48 horas de puerpério, recomenda-se inseri-lo apenas na sexta semana deste, independentemente do retorno da menstruação. O DIU está contraindicado para os casos que cursaram com infecção puerperal, até três meses após a cura, e para mulheres com risco aumentado para DST/HIV (BRASIL, 2001; 2009d).

A esterilização feminina deve ser previamente discutida com o casal e dentro das condições em que a lei permite, esta prática contraceptiva pode ser efetuada logo após o parto normal, através da laqueadura tubária de preferência até 72 horas do parto ou durante a cesárea se esta for a via do parto. Não é norma aceitável a discussão sobre este método

⁷Amenorreia é a ausência de menstruação (RICCI, 2008).

quando do momento do parto. O recomendado é que haja uma apresentação de todos os métodos disponíveis e que o casal tome a decisão fora do ciclo grávido-puerperal, pela irreversibilidade do método (BRASIL, 2001; 2009d).

A legislação federal não permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto ou até o 42º dia do puerpério ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. Essa restrição visa à redução da incidência de cesárea para procedimento de laqueadura, levando-se em consideração que a cesariana, sem indicação clínica, constitui-se em risco inaceitável à saúde da mulher e do recém-nascido (BRASIL, 2009d).

A vasectomia ou esterilização masculina é outro método de opção para a puérpera e seu companheiro, porém recomendam-se as mesmas precauções com a utilização deste método que as providenciadas na laqueadura tubária, principalmente no ciclo grávido-puerperal. Por ser de menor custo e de mais simplicidade, pode ser feita no ambulatório. Deve ser mais divulgada e encorajada sua escolha, por suas reconhecidas vantagens e por preservar a mulher de procedimentos invasivos (BRASIL, 2001; 2009d).

Os métodos hormonais podem ser classificados quanto à via de administração: oral, injetável, subcutânea, intradérmica ou vaginal. Os mais difundidos, porém, são os orais e injetáveis. Outra forma de classificá-los é quanto ao hormônio em sua constituição: combinados com progesterona e estrogênio ou somente com progesterona também conhecidos como puros. Durante o puerpério, recomenda-se a utilização somente dos anticoncepcionais hormonais de progesterona, pois os combinados são contraindicados nas mulheres que estão amamentando, uma vez que o componente estrogênico interfere na produção, na qualidade e na quantidade do leite materno e pode afetar adversamente a saúde do bebê. Evidentemente, esta contraindicação deixa de existir se, por qualquer motivo, o aleitamento materno não estiver sendo praticado (BRASIL, 2001; 2009).

O método hormonal puro mais utilizado entre as puérperas é o oral, também conhecido como a minipílula. A medicação deve ser iniciada após a 6ª semana do parto, pois há preocupações teóricas sobre a exposição do neonato a hormônios esteroidais nas primeiras seis semanas de vida. Após este período, seu uso é contínuo, sem interrupções, uma vez que a mulher não deve estar menstruando para a utilização deste método com maior eficácia. Quando associado à amamentação, tem sua potência aumentada. Deve ser substituído por outro método quando ocorre o retorno da menstruação. Os injetáveis (bimensais) também podem ser empregados, mais utilizados após as seis semanas do parto (BRASIL, 2001; 2009c; 2009d).

Outro grupo de métodos é o comportamental, que inclui a abstinência sexual, o de Billings ou muco cervical, temperatura basal e o de tabela Ogino Knauss. Com exceção da abstinência sexual, os demais métodos comportamentais ou naturais são de difícil utilização neste período porque ainda não aconteceu o retorno à função ovariana normal e, conseqüentemente, poderão ser usados somente após o estabelecimento de ciclos menstruais regulares (BRASIL, 2001; 2009d).

É considerável o número de mulheres que engravidam no puerpério o que evidencia a necessidade de atenção da equipe para a importância de medidas de planejamento familiar visando à manutenção do bem-estar materno-fetal. As ações de planejamento familiar desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária são essências para a prevenção de uma gestação não planejada, evitar curto intervalo interpartal e conseqüentemente minimizar morbimortalidade materna, neonatal e infantil (PARREIRA, SILVA e MIRANZI, 2011; BRASIL, 2009d; VIEIRA, BRITO e YAZLLE, 2008).

1.2.6 Depressão Puerperal

O período puerperal envolve mudanças fisiológicas, socioculturais e psicológicas marcantes na vida da mulher que se iniciaram com a gravidez, depois no parto e permanecem no puerpério. Geralmente, a chegada do bebê é rodeada de alegria e satisfação, porém, frequentemente, as mulheres apresentam um estado transitório do humor ou labilidade emocional que cessa rapidamente e é conhecido como melancolia transitória ou “baby blues”. Quando estas manifestações não regredem e se intensificam, dá-se a depressão puerperal e psicose puerperal (RICCI, 2008; CARVALHO, TAMEZ, 2002).

Alguns fatores podem aumentar o risco de alterações emocionais como o modo de vida da mulher; assistência no pré-natal; parto e puerpério; hereditariedade; depressão prévia; depressão puerperal pregressa; sobrecarga; estresse e insegurança para a nova vida frente ao nascimento do bebê; e sentimentos conflituosos da mulher em relação a si mesma, como mãe, como filha, com o bebê e com o companheiro. Estudos têm demonstrado a relação da diminuição dos níveis de estrogênio e progesterona, imediatamente após o parto, com o aparecimento destes transtornos (RICCI, 2008; CORLETA, KALIL, 2010).

A melancolia puerperal, ou “baby blues”, pode aparecer em até 50% a 85% das puerperas e caracteriza-se por manifestações como labilidade, choro fácil, irritabilidade, tristeza, aumento da sensibilidade e fadiga, que cessam espontaneamente em até dez dias de

puerpério, com maior intensidade entre o 3º e 6º dia. Ela é transitória, autolimitante, exigindo apenas tranquilização da mãe, explicação sobre a normalidade da situação, auxílio no autocuidado e no cuidado com o bebê. No entanto, o acompanhamento das puérperas com melancolia é importante, uma vez que até 20% podem evoluir para depressão puerperal (RICCI, 2008).

O transtorno emocional mais frequente no puerpério é a depressão, que afeta até 20% de todas as mães e, pode ser identificada quando os sintomas da melancolia duram mais que cinco a seis semanas. Ela caracteriza-se por tristeza; choro fácil; humor depressivo; perda ou diminuição de interesse por atividades agradáveis, irritabilidade; ansiedade; insônia; perda de apetite; sentimento de desamparo; falta de energia e desinteresse sexual; incapacidade de concentração; sentimento de culpa; desespero e sentimento de fracasso como mãe. Todas as manifestações clínicas podem aparecer juntas ou não, mas há sintomas que, geralmente, estão presentes na maioria dos casos como a tristeza, perda ou diminuição do interesse por atividades, ansiedade e irritabilidade (RICCI, 2008; CORLETA, KALIL, 2010).

A manifestação mais grave dos transtornos emocionais é a psicose puerperal, que acomete uma a duas mulheres a cada mil puérperas, mas a menor incidência deve ser sempre considerada, diante da gravidade da doença relacionada ao alto índice de suicídio e infanticídio (RICCI, 2008).

A psicose pode aparecer três semanas após o nascimento e, geralmente, é precedida por um estado menos grave de depressão. Os seus principais sinais e sintomas são transtorno do sono, fadiga e mania. Os sintomas assemelham-se aos da depressão, mas podem agravar-se com episódios de delírio, alucinações, perda do contato com a realidade, raiva de si e do bebê acompanhada de pensamentos de autoagressão e ao bebê (RICCI, 2008; REZENDE, 2006).

A psicose puerperal pode aparecer isoladamente, mas também pode ser o estágio grave e final da depressão puerperal. Identificar a depressão logo no início e fazer os encaminhamentos corretos podem melhorar muito o desfecho para a puérpera e a família. Como a depressão tem o início geralmente previsível, diante dos fatores de risco que devem ser valorizados ainda antes do parto, tornam-se possíveis as intervenções profiláticas. A profilaxia deve ter início precocemente na avaliação do risco pré-natal e, conforme história pregressa de depressão, pode ser necessária a terapia antidepressiva, durante o terceiro trimestre ou imediatamente após o parto. Concomitantemente com a profilaxia medicamentosa, a psicoterapia deve ser oferecida à mulher (RICCI, 2008).

Apesar do grande número de mulheres acometidas pelos transtornos emocionais do puerpério, estes não são considerados, abordados e diagnosticados frequentemente. Embora o

período puerperal seja um momento de vulnerabilidade, poucas mulheres são orientadas quanto à possibilidade de desenvolverem a depressão puerperal. Muitas puérperas não procuram ajuda dos profissionais de saúde pela vergonha e receio de estarem apresentando sentimentos negativos em um momento que deveria ser de alegria e comemoração (*Idem*).

Ricci (2008) ressalta o importante papel da enfermagem na abordagem das puérperas, com o intuito de orientar sobre transtornos emocionais, identificar precocemente manifestações de uma possível depressão puerperal e auxiliar a mulher a conseguir os cuidados adequados para a condução da doença.

Na diretriz do estudo, as puérperas são avaliadas quanto a sinais e sintomas de transtornos emocionais durante os cinco atendimentos da enfermeira. As mesmas são questionadas quanto ao estado emocional, padrão de sono e atividades, além do relacionamento com bebê e familiares.

1.2.7 Infecção Puerperal

A sépsis puerperal é qualquer infecção bacteriana do trato genital que ocorre após o nascimento, sendo uma das principais causas de morte materna e contribui, nos países em desenvolvimento para 15% de todas as mortes maternas. Estima-se que ocorra em até 8% de todos os partos. Quando não leva à morte, pode causar problemas de saúde em curto, médio e longo prazo, como a doença inflamatória pélvica (DIP) e infertilidade (OMS, 2005; RICCI, 2008).

Geralmente, os sinais e sintomas surgem 24 horas após o parto. No entanto, se a mulher tiver uma rotura prolongada das membranas ou um parto prolongado, sem administração de antibióticos profiláticos, os sinais e sintomas podem surgir mais cedo (OMS, 2005).

Por vezes, é impossível caracterizar a infecção que ocorre após o parto, o que leva autores a preferirem caracterizar a infecção puerperal como toda elevação de temperatura corporal de no mínimo 38°C que acometem a puérpera, durante dois dias quaisquer, dos primeiros dez dias do puerpério, excluindo-se as primeiras 24 horas. Por tal classificação, a infecção ou sepsis puerperal é também denominada de morbidade febril puerperal e, nessas condições, podemos incluir algumas infecções que não sejam da genitália, tais como a tromboflebite, a infecção urinária, a pulmonar e a das mamas (OMS, 2005; RICCI, 2008).

A exclusão das primeiras 24 horas, na classificação da doença febril puerperal, se deve ao fato de que uma elevação da temperatura no primeiro dia de puerpério está relacionada com alterações mamárias. Cerca de 15% de todas as mulheres, com febre puerperal, apresentam apenas ingurgitamento mamário (REZENDE, 2006).

As infecções podem facilmente ascender do exterior do trato genital da puérpera para os órgãos genitais internos. Outro fator facilitador é que algumas alterações fisiológicas do parto como a eliminação de sangue e de líquido amniótico diminuem a acidez vaginal, tornando o meio mais alcalino e propício ao crescimento bacteriano (RICCI, 2008).

Geralmente, as infecções do puerpério envolvem microrganismos que fazem parte da flora vaginal normal, podendo haver um misto de bactérias aeróbicas e anaeróbicas. Em geral, as infecções são polimicrobianas e envolvem as seguintes bactérias: *Streptococos*, *Estafilococos*, *Escherichia coli* (*E. coli*), *Klebsiella*, *Gardnerella Vaginalis*, *Clostridium tetani*, *Clostridium welchii*, gonococos, bactérias coliformes, estreptococos hemolíticos do Grupo A ou B e *Chlamydia* (OMS, 2005; RICCI, 2008).

As principais manifestações clínicas da infecção puerperal são febre (temperatura igual ou superior a 38°C), calafrios, cefaleia, mal-estar geral, dor na região hipogástrica, inquietação, ansiedade, taquicardia, choque. Os sinais e sintomas relacionados a órgãos genitais são útero dolorido, subinvolução do útero, lóquios purulentos e fétidos, hemorragia vaginal discreta (OMS, 2005; REZENDE, 2006; RICCI, 2008).

Dependendo do tipo e local da instalação bacteriana, a infecção puerperal pode exibir sinais e sintomas bem específicos e ser classificada de acordo com a área atingida: períneo, vulvovaginite e cervicite, infecção da episiotomia, endometrite, parametrite, anexite (salpingite e ovarite), peritonite, tromboflebite pélvica séptica, choque séptico, mastite e infecção do trato urinário e respiratório (RICCI, 2008).

Os fatores, que colocam uma mulher em risco para a infecção puerperal, são a ruptura prematura das membranas amnióticas há mais de 6 horas; cesariana; cateterismo urinário; anestesia regional, que diminui a percepção da necessidade de urinar, provocando retenção urinária e aumento do risco de infecção do trato urinário; hígidez comprometida como anemia, desnutrição, obesidade, tabagismo, uso abusivo de drogas, que reduzem o sistema imunológico e a capacidade de combater a infecção; contato com pessoa da equipe de saúde com alguma doença que pode ser transmitida como, por exemplo, através de gotículas respiratórias; colonização anterior do trato genital inferior por bactérias sexualmente transmitidas, hemorragia no puerpério; imunização inexistente ou inadequada com o toxóide tetânico ; retenção de fragmentos placentários e remoção manual da placenta; monitoração

fetal interna durante o trabalho de parto ou parto assistido por fórceps ou vácuo; traumatismo do trato genital como lacerações e episiotomia; trabalho de parto prolongado com exames vaginais frequentes, diabetes gestacional; contaminação pelas mãos da equipe ou contaminação de instrumentais (BRASIL, 2005; RICCI, 2008).

A cesariana destaca-se como o fator predisponente mais importante para a infecção puerperal (REZENDE, 2006).

Além dos fatores de risco citados, há outros relacionados tanto a características pessoais e sociais da puérpera quanto institucionais: dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja pela falta de transporte sanitário, seja distância da casa da puérpera à instituição de saúde; baixo nível socioeconômico; baixo nível educacional; fatores culturais que atrasam a procura de cuidados; falta de conhecimento sobre os sinais e sintomas da sépsis puerperal e de acesso a instalações de saúde apropriadas; atrasos inaceitáveis na prestação de cuidados nas instituições de saúde; falta dos recursos necessários, por exemplo, pessoal, equipamentos e medicações; falta de educação continuada para equipe de saúde, cuidados inadequados no pré-natal, parto e no puerpério imediato, incapacidade de reconhecer o início da infecção, investigações bacteriológicas inadequadas ou com atrasos, falta de sangue seguro para transfusão (OMS, 2005).

1.2.8 Hemorragia Puerperal

A hemorragia puerperal é uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, sendo responsável por um terço destas mortes, e incide em 4% dos partos. Apesar de a razão de morte materna nos EUA ser baixa, a hemorragia puerperal é a maior causa de morte de mulheres no ciclo gravídico puerperal naquele país (BAXLEY et al, 2011; REZENDE, 2006; RICCI, 2008).

No Brasil, em 2006, ocorreram 1.623 casos de morte materna, tendo a hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto como as principais causas (GALLI, 2007). A maioria dos autores conceitua a hemorragia no puerpério como a perda de sangue superior a 500 mL após um parto vaginal ou superior a 1.000mL após uma cesariana. No entanto esta definição pode ser considerada arbitrária por outros estudiosos porque as estimativas da perda de sangue podem ser subjetivas e, geralmente, são subestimadas por causa do seu acúmulo no útero, em absorventes higiênicos, no colchão e assoalho (REZENDE, 2006; RICCI, 2008).

Uma definição mais objetiva pode ser a perda sanguínea suficiente para causar instabilidade e colocar a puérpera em risco hemodinâmico (BAXLEY et al, 2011; REZENDE, 2006; RICCI, 2008). O diagnóstico ou a confirmação de uma possível hemorragia puerperal podem ser fornecidos através da diminuição em dez pontos no hematócrito e ou a necessidade de transfusão. É importante a habilidade para diagnosticar e conduzir adequadamente o sangramento não fisiológico no puerpério para evitar complicações que podem facilmente levar à morte (BAXLEY et al, 2011).

Os fatores de risco para a hemorragia puerperal são pré-eclâmpsia, nuliparidade, gestação múltipla, hemorragia no puerpério anterior, cesárea anterior, terceiro estágio prolongado, episiotomia mediolateral, parada da descida, lacerações, perineotomia, parto assistido por fórceps ou vácuo extrator e trabalho de parto com uso de ocitocina (BAXLEY et al, 2011). Outros fatores de risco podem também ser considerados como: infecção uterina, extração manual da placenta, exaustão, desnutrição, anemia materna, parto precipitado, hipotensão materna, placenta prévia pregressa, coagulopatias, grande multiparidade e polidrâmnio (RICCI, 2008).

A principal causa da hemorragia puerperal é a atonia uterina, sendo responsável por 70% dos casos. Os outros 30% estão assim distribuídos: 20% por traumas (decorridos das lacerações cervicais, vaginais e perineais; hematomas pélvicos, inversão uterina e ruptura do útero), 10% por tecidos retidos (retenção placentária e de membranas) e 1% por coagulopatias (BAXLEY et al, 2011).

A atonia uterina é a incapacidade do útero de contrair e retrair (hipocontratilidade da fibra miometrial) após o parto. Qualquer fator que leve o útero a relaxar após o parto causará sangramento. Frequentemente, conduz a quadros de sangramento agudo, não raros choque hipovolêmico e morte materna (BAXLEY et al, 2011; REZENDE, 2006).

O tratamento consiste na seguinte sequência: esvaziamento imediato da bexiga, massagem uterina, infusão de ocitocina e metilergonovina se necessário. Se, apesar das condutas citadas e depois de afastadas outras possíveis causas de sangramento, não houver sucesso, procedimentos cirúrgicos estão indicados, como ligadura da artéria ilíaca interna, que é eficaz em 40% dos casos, ligadura da artéria uterina, ligadura da artéria útero-ovárica e a histerectomia, que é a última opção em caso de hemorragia no puerpério de causa uterina (BAXLEY et al, 2011; REZENDE, 2006; RICCI, 2008). As hemorragias severas requerem medidas ressuscitativas gerais imediatas, correção choque hipovolêmico, administração de oxigênio, exames laboratoriais e transfusão sanguínea (BAXLEY et al, 2011).

As hemorragias que ocorrem no puerpério podem ser classificadas como precoces, quando incidem nas primeiras 24 horas, e tardias, quando ocorrem a partir desse período até seis semanas após o parto. A maioria das mortes por hemorragia puerperal ocorre nas primeiras quatro horas e decorrem de problemas durante o terceiro estágio do trabalho de parto (REZENDE, 2006).

A maioria dos casos de hemorragias puerperais precoces é causada por atonia uterina, 80% a 90% e os demais casos, por lacerações de trajeto durante o parto. A hemorragia tardia, no entanto, tem como causas mais importantes restos ovulares, infecção puerperal, sobredistensão uterina, subinvolução uterina e hematoma puerperal (vulvoperineais, vaginais, pós-episiotomia) e subperitoneais (*Idem*).

Apesar de a maior incidência da hemorragia puerperal ser nas primeiras horas após o parto, é relevante considerar que as hemorragias tardias tornam-se graves, pois, em muitos destes casos, a mulher não terá intervenções imediatas por estar no domicílio. O contato imediato com a puérpera e a avaliação da enfermeira que atua na atenção primária à saúde após alta hospitalar, seja no domicílio e ou na Unidade de saúde, representam uma ação capaz de identificar precocemente e conduzir adequadamente as puérperas com hemorragias puerperais tardias (RICCI, 2008).

Vale destacar que a enfermeira deve estar atenta aos fatores de risco para a hemorragia puerperal e procurar atuar nestes na medida do possível. Apesar da gravidade, a morbidade da hemorragia no puerpério pode ser reduzida seguindo algumas recomendações baseadas em evidências (BAXLEY et al, 2011).

A conduta ativa, em vez da conduta expectante no terceiro estágio, do parto é uma prática que deve ser estimulada e há evidências que comprovam sua utilização. Os componentes da “conduta ativa” incluem: uso profilático de drogas ocitócicas e tração controlada do cordão para desprendimento da placenta. Outras práticas são recomendadas no ciclo gravídico puerperal, visando prevenir a hemorragia, apesar de necessitarem de mais evidências para sua utilização: verificação da hemoglobina pré-parto e correção da anemia antes do parto; realização da episiotomia somente se ocorrer traçado da frequência cardíaco fetal não tranquilizador, ou se o períneo é resistente e atrasa excessivamente o parto; reavaliação dos sinais vitais da paciente com sangramento vaginal depois de preencher os formulários do parto, para detectar sangramento lento e contínuo que pode passar despercebido ao final do terceiro estágio de parto (*Idem*).

2 JUSTIFICATIVA

A atenção puerperal ainda não está consolidada nos serviços de saúde do Brasil. Na maioria das vezes, não é feita busca ativa destas puérperas pelos profissionais de saúde e muitas mulheres não retornam para a assistência puerperal. É comum que mãe e filho regressem exclusivamente com a finalidade de acompanhar o crescimento, desenvolvimento e imunização do bebê. Quando retornam para a consulta puerperal, a abordagem feita pelos profissionais privilegia, na maioria das vezes, os aspectos biológicos. Também não há continuidade deste atendimento até o final do puerpério, como acontece com a assistência à criança na puericultura e com a gestante no pré-natal (BRASIL, 2009a; BARBASTEFANO, VARGENS, 2009; VIEIRA et al, 2010).

Observamos, no cotidiano dos serviços de saúde, que a ênfase da assistência é no período da gestação, ficando o puerpério em segundo plano. Durante o pré-natal, a gestante tem oportunidade de realizar várias consultas, enquanto, no puerpério, são oferecidos apenas um ou dois atendimentos (VIEIRA et al, 2010).

Acreditamos que uma visita domiciliar e uma consulta puerperal, como tem sido realizado atualmente, não são suficientes para suprir as demandas, acompanhar, avaliar as intercorrências das puérperas e minimizar os principais problemas como: desmame precoce, gravidez não planejada no período puerperal, depressão, anemia, infecção e hemorragia puerperal, baixa cobertura de vacinas e não realização de exames de Papanicolau.

Concordamos com Stefanello (2005) ao afirmar que, apesar do puerpério ser um período de maior vulnerabilidade e intercorrências, tais como infecções, hemorragias, alterações mamárias da lactação e depressão puerperal, quando comparado a outras etapas do ciclo gravídico-puerperal, é a fase em que a mulher fica totalmente desassistida pela equipe de saúde.

A assistência de enfermagem coerente com as reais necessidades das puérperas poderá resultar em uma atuação mais assertiva e, conseqüentemente, apontar a participação da enfermeira para contribuir na prevenção da mortalidade materna como vem sendo preconizado nas políticas nacionais de saúde da mulher (BRASIL, 2004b; BARBASTEFANO e VARGENS, 2009; VIEIRA et al, 2010).

A escassez de estudos, que enfatizem a assistência no puerpério na atenção primária à saúde, também justifica a realização desta pesquisa. Ao explorar a literatura em busca de estudos sobre aplicação de diretrizes ou, estudos randomizados sobre a assistência puerperal

publicados nos últimos dez anos, nas bases de dados LILACS e MEDLINE, foi encontrado somente um estudo experimental em São Paulo sobre a relação da visita domiciliar de enfermagem na redução de ansiedade em puérperas (SOUZA, T., 2001). Também foram encontrados somente quatro estudos internacionais de acompanhamento de puérperas através de programas de visitas ou, atendimentos por enfermeira/ parteiras: no Reino Unido (MACARTHUR et al, 2002), na Síria (BASHOUR et al, 2008) e os mais recentes na Austrália (FISHER, WYNTER e ROWE, 2010) e Estados Unidos (TSAI, et al, 2011).

Ao realizar a busca e a análise de documentos ministeriais referentes à assistência no ciclo gravídico puerperal, nos deparamos com a inexistência de instrumentos ou ficha clínica específica, para o desenvolvimento da assistência à puérpera na APS de acordo com as fases do puerpério e com a ausência de ações propostas para o puerpério remoto.

Observamos que, na ficha perinatal e no cartão da gestante, instrumentos para registro e sistematização das ações da consulta pré-natal, há campos que devem ser preenchidos com informações do puerpério, porém privilegiam o puerpério imediato, mais especificamente nas primeiras horas de assistência hospitalar. Encontramos apenas algumas recomendações de ações de saúde a serem realizadas até o 42º dia de puerpério.

Fica evidenciada a necessidade de realizar no país estudos quantitativos que comprovem a eficácia da assistência puerperal contínua e que contribuam para a sistematização, consolidação e valorização da assistência no puerpério pelos profissionais de saúde. Almejamos que além da assistência, o estudo contribua para preencher a lacuna de pesquisas com foco no nível primário de atenção, colaborando com núcleos de pesquisas, graduação e pós-graduação em enfermagem e em outras áreas da saúde. Esperamos ainda que minimizarão o fenômeno da invisibilidade que tem atingido as mulheres no puerpério, consolidação da assistência puerperal na atenção primária e conseqüentemente redução da morbidade e mortalidade das mulheres durante o período puerperal.

3 HIPÓTESES

Neste estudo apresentamos as seguintes hipóteses:

- a) A puérpera acompanhada através da diretriz de enfermagem apresenta maior prevalência da taxa de aleitamento materno exclusivo;
- b) A puérpera acompanhada através da diretriz de enfermagem utiliza o método anticonceptivo adequado para o período prescrito por profissional de saúde;
- c) A puérpera acompanhada através da diretriz de enfermagem no final dos 90 dias de puerpério apresenta o esquema completo de vacinas contra o tétano, rubéola e hepatite B nos casos necessários;
- d) A puérpera acompanhada através da diretriz de enfermagem no final dos 90 dias de puerpério realiza a colpocitologia oncótica nos casos indicados;
- e) A puérpera acompanhada através da diretriz de enfermagem tem prescrição de sulfato ferroso durante os 90 dias;
- f) A diretriz aplicada é capaz de identificar precocemente no puerpério sinais e sintomas de morbidade febril puerperal, depressão e hemorragia puerperal e encaminhar.

4 OBJETIVOS

4.1. Geral:

- Verificar a viabilidade de aplicação de uma diretriz de assistência de enfermagem no puerpério na atenção primária à saúde.

4.2 Específicos:

- Identificar o comportamento das variáveis de desfecho de um grupo de puérperas que foi atendido por uma diretriz de enfermagem com outro grupo de mulheres que não foi atendido por esta diretriz proposta;
- Comparar as variáveis de desfecho (aleitamento materno, uso de método anticonceptivo, esquema vacinal, realização de colpocitologia oncótica, prescrição de sulfato ferroso, identificação precoce e encaminhamento nos casos de depressão puerperal, doença febril e hemorragia puerperal) de um grupo de puérperas que foi atendido pela diretriz de enfermagem proposta com outro grupo de mulheres que não foi atendido pela diretriz.
- Analisar a efetividade de uma diretriz de enfermagem no puerpério no grupo de estudo.

5 DIRETRIZ PROPOSTA PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na diretriz proposta para este estudo, determinamos cinco atendimentos para a assistência à mulher no puerpério, ou seja, um atendimento no puerpério imediato com sete a dez dias; dois atendimentos no puerpério tardio, sendo o primeiro de 25 a 30 dias e o segundo com 42 dias, e, finalmente, dois atendimentos no puerpério remoto com 60 e 90 dias após o nascimento do bebê. O primeiro atendimento é realizado através de visita domiciliar e os outros quatro no domicílio ou na UAPS.

Após a definição dos parâmetros da diretriz de assistência puerperal, que será apresentada a seguir, elaboramos um instrumento (APÊNDICE A) que denominamos de ficha clínica para o desenvolvimento da assistência de enfermagem à puérpera na APS de acordo com as fases do puerpério no sentido de estabelecermos as informações que deveriam ser levantadas com a puérpera até os três meses de puerpério e as ações que a enfermeira na APS deveria executar em cada atendimento.

A existência de instrumentos para registros da assistência que está sendo oferecida é uma das condições para se considerar um serviço organizado e de qualidade. Os instrumentos de registro permitem o acompanhamento sistematizado da evolução de todo o período gravídico puerperal, por meio da coleta, processamento e análise dos dados obtidos em cada encontro, seja na unidade ou no domicílio, direcionando a assistência de enfermagem para a prestação de um cuidado qualificado.

Durante a elaboração do instrumento, nos preocupamos com sua apresentação no sentido de facilitar o seu preenchimento e também sistematizar as ações a serem realizadas de acordo com a fase do puerpério. Para cada questionamento, há opções de respostas e, para todas as condutas, há alternativas de ações.

Serão apresentadas a seguir, em cada fase do puerpério, as ações preconizadas, número de atendimentos, período em que deveriam ser realizados, local de realização e a justificativa para a recomendação das ações e períodos. A organização da ficha clínica puerperal também é ressaltada em cada fase.

5.1 Assistência de enfermagem no puerpério imediato

Na primeira semana após o parto, acontece a maioria das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal como hemorragias e infecções puerperais. É fundamental avaliar sinais e sintomas que podem indicar alterações que põem em risco a integridade da saúde da mulher. É também um período decisivo para o estabelecimento do aleitamento materno, pois, se estimulado e apoiado nos primeiros dias, apresenta maior índice de prosseguimento (BRASIL, 2006; 2009c).

No primeiro atendimento, do 7º ao 10º dia de puerpério, a enfermeira deverá levantar dados de identificação, socioeconômicos e culturais, história de saúde pessoal e familiar, história ginecológica, vacinal e obstétrica da puérpera. O levantamento destes dados é essencial para oferecer uma assistência adequada no puerpério, principalmente quando a mulher realizou pré-natal em outro local do município e não na unidade de atenção primária à saúde do bairro onde reside.

Há perguntas sobre a gestação, parto e puerpério atuais; anamnese com levantamento do estado de saúde atual, exame físico geral e específico com atenção para involução uterina, lóquios (quanto ao odor, cor e quantidade), incisão cirúrgica (quando for realizada cesariana), episiotomia e lacerações quando presentes no parto vaginal. O levantamento e observação de intercorrências mamárias e o apoio ao aleitamento materno são destacados neste primeiro atendimento.

A prevalência da taxa do aleitamento materno exclusivo no Brasil até o sexto mês de vida ainda é baixa, não ultrapassando 10%, sendo preconizado o referente a 80%, o que requer esforço dos profissionais para reverter este quadro (BRASIL, 2008; 2009c). Portanto, neste atendimento, o foco no aleitamento materno é fundamental, principalmente no que se refere ao exame físico da mama, integridade das papilas, consistência das mamas para detecção precoce de ingurgitamento mamário, fissura mamilar, entre outras. Além disso, a enfermeira deverá atentar para a observação da mamada, comportamentos favoráveis e ou comportamentos indicativos de dificuldades, como a avaliação da posição e pega, sucção, estabelecimento de laço afetivo. Apesar da importância do apoio do profissional de saúde, a mulher que não desejar amamentar deve ser respeitada (CARVALHO, TAMEZ, 2002).

Outra intervenção necessária a ser realizada neste atendimento é a manutenção da suplementação com ferro até três meses depois do parto. Muitas mulheres não mantêm o uso por falta de orientação e por ausência de prescrição dos profissionais (BRASIL, 2007).

Ao final do primeiro atendimento, estão listadas no instrumento as condutas, incluindo orientações para a imunização, alimentação, higiene, cuidados com o bebê, identificação de sinais e sintomas que podem indicar hemorragia, infecção, depressão puerperal, orientações para o aleitamento materno exclusivo e referência da mulher quando necessário, para outros serviços ou profissionais.

5.2 Assistência de enfermagem no puerpério tardio

O puerpério tardio se inicia do 11º dia e vai até o 42º dia. Neste período, padronizamos dois atendimentos, um do 25º ao 30º dia e outro no final deste, no 42º dia. Além das ações realizadas no primeiro atendimento descritas anteriormente, no segundo atendimento, há uma atenção especial para a imunização materna.

A enfermeira deve aproveitar a oportunidade de imunizar a puérpera contra a rubéola. Não existe melhor momento para a aplicação desta vacina, pois há a certeza de que a mulher não está grávida. Verifica-se o registro das vacinas preconizadas na gestação, antitetânica e anti-hepatite B, administrando quando não há registro ou não foi possível realizar no pré-natal, ou completando o esquema vacinal, caso não esteja completo.

Neste atendimento, deve ser dispensada atenção especial aos sinais e sintomas de uma possível depressão puerperal. Até o final do puerpério imediato, é comum encontrarmos um estado de tristeza, que logo passará, e que atinge muitas mulheres até o 6º dia de puerpério. A partir deste período, sinais e sintomas como choro fácil, labilidade emocional e apatia em relação ao bebê podem denunciar um estado depressivo. A depressão puerperal é uma intercorrência relevante neste período, afetando até 20% das puérperas. Quando não é diagnosticada precocemente, pode agravar-se e comprometer a saúde da mãe, do filho e toda dinâmica familiar (MORAES et al, 2006; RICCI, 2008).

No terceiro atendimento, aos 42 dias de puerpério, é feita prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e a ativação de método anticonceptivo, com a finalidade de prevenir uma gestação não planejada e suas complicações. Ainda nesta consulta, dá-se orientação para realização do exame preventivo de câncer cervicouterino que será realizado na consulta com 60 dias de puerpério. As possíveis intercorrências mamárias e o aleitamento materno abordados em todos os atendimentos anteriores também são tratados no puerpério tardio.

5.3 Assistência de enfermagem no puerpério remoto

O puerpério remoto se inicia após o 42º dia de puerpério e estende-se, geralmente, até um ano após o nascimento. Ao fazermos um levantamento sobre o que há preconizado para a assistência puerperal, não encontramos recomendações para o puerpério remoto.

Vários motivos nos levam a considerar esta fase do puerpério como importante e merecedora de atenção pela enfermagem: necessidade de acompanhar e estimular o aleitamento materno para evitar o desmame precoce após o primeiro mês, acompanhamento do retorno da atividade sexual e do uso do método anticonceptivo iniciado no final do puerpério tardio, período oportuno para realização do exame de prevenção do câncer cervicouterino, manutenção do uso de sulfato ferroso até terceiro mês de puerpério, necessidade de apoiar a puérpera no preparo para o retorno ao trabalho, esclarecer demais direitos trabalhistas/ sociais e, principalmente, na manutenção do aleitamento materno.

O estímulo e apoio à manutenção do aleitamento materno são importantes neste período, pois muitas mulheres acreditam que a criança, depois do primeiro mês, necessita receber alimento artificial, principalmente quando são influenciadas por mitos e tabus sobre a prática do aleitamento materno e quando está se aproximando a data do retorno delas ao trabalho (BRASIL, 2009c).

Preconizamos para a consulta com 60 dias de puerpério, ou quarto atendimento, a manutenção do apoio ao aleitamento materno e a realização do exame de prevenção do câncer cervicouterino, além de outras importantes ações destacadas acima.

O puerpério é um momento oportuno para a realização do exame de prevenção do câncer cervical, uma vez que muitas mulheres temem ser submetidas a ele durante a gravidez. É importante, porém, realizá-lo após 40 dias de puerpério, pois as estruturas cervicais estão recuperadas das alterações que sofreram durante o parto (GONÇALVES et al, 2011).

A cobertura do exame de colpocitologia oncótica no Brasil ainda é baixa frente ao que é preconizado pelo MS. Apesar de ser um exame de fácil realização e de baixo custo, muitas mulheres ainda têm adoecido e morrido devido ao câncer do colo uterino, que é o terceiro mais incidente na população (BRASIL, 2010).

Finalmente, na última e quinta consulta proposta, aos 90 dias de puerpério, há destaque no instrumento para o emprego e sucesso do método anticonceptivo iniciado, a manutenção do aleitamento materno, avaliação do resultado do exame de colpocitologia oncótica e outros exames com condutas oportunas se necessário. Ocorre também a suspensão

da prescrição do sulfato ferroso que somente será mantido se os exames solicitados evidenciarem anemia.

Apesar de a nossa diretriz recomendar cinco atendimentos até o terceiro mês de puerpério, com a utilização do instrumento de assistência puerperal elaborado, ressaltamos que a duração do puerpério estende-se até o primeiro ano de puerpério. Mediante este fato, entendemos que os profissionais que atuam na atenção primária à saúde devem estar atentos e preparados para aproveitar a ida da puérpera ao serviço de saúde, com a finalidade de levar o bebê à consulta de puericultura, para valorizar as queixas destas mulheres, sejam de ordem física, psíquica ou social, e não valorizar somente as demandas da criança. Ressaltamos que a saúde do bebê depende da saúde materna e que, além da criança, todos perdem com a doença ou morte de uma puérpera: a família, a sociedade, a atenção primária à saúde e todo o Sistema Único de Saúde (SUS).

6 MÉTODO

6.1 Tipo de Estudo

O delineamento do estudo foi do tipo quase-experimental para verificar a viabilidade de aplicação de uma diretriz de assistência de enfermagem no puerpério na atenção primária à saúde. Neste delineamento, o pesquisador realiza direta ou indiretamente, intervenções, entretanto não há alocação aleatória dos participantes aos grupos que receberão a intervenção. A formação dos grupos do estudo considera aspectos administrativos, critérios operacionais e o recrutamento de voluntários (CARNEIRO, 2002; SAMPIERI, 2006). No estudo quase-experimental, o pesquisador e participantes também conhecem em que grupo de tratamento ou intervenções aqueles referidos sujeitos pertencem (HULLEY et al, 2003; GUEDES, 2012).

Na presente pesquisa, o grupo não equivalente e o grupo exposto à diretriz foram formados por conveniência, pois as puérperas que participaram do estudo eram residentes na área de abrangência da UAPS em que as enfermeiras se dispuseram a participar da pesquisa aplicando a diretriz. O cegamento dos grupos também não foi possível, tendo em vista o propósito de aplicar uma diretriz diferenciada, e tanto a enfermeira quanto a puérpera foram informadas da proposta do estudo. As puérperas receberam informações sobre o número de atendimentos a que seriam submetidas durante os três primeiros meses de puerpério.

As principais vantagens deste estudo é o fato de poder ser implementado simultaneamente à execução das ações; avaliar programas que atingem grandes populações; e por razões éticas, uma vez que o programa não necessita ser interrompido para ser avaliado. As principais limitações relacionam-se: à não aleatoriedade; ao tamanho da população a ser estudada, principalmente quando o resultado de interesse é relativamente raro; ao tempo e aos recursos necessários para o desenvolvimento do estudo (CARNEIRO, 2002).

6.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Juiz de Fora, em 15 UAPS, que atuam com a estratégia saúde da família, localizadas nas regiões administrativas norte, sul, leste e sudeste. O município está situado no estado de Minas Gerais, na Zona da Mata Mineira, sendo o quarto maior do estado, com uma população calculada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE, 2010) de 526.706 habitantes. Sua localização é privilegiada, devido à proximidade das principais metrópoles do sudeste brasileiro e está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano, ocupando a 9ª posição no Estado de Minas e a 145ª posição no país (MINAS GERAIS, 2010).

Possui o total de 276 estabelecimentos de saúde, sendo 94 públicos. Dentre os estabelecimentos públicos, 84 são municipais e destes 57 são unidades de atenção primária à saúde distribuídas nas oito regiões administrativas da cidade. Há 19 UAPS tradicionais e 37 com ESF e uma com o programa de agente comunitário de saúde. O município possui 88 equipes de saúde da família que acompanham em média 3.000 habitantes por equipe, o que equivale a uma cobertura de 79% pela APS, sendo que 56% são cobertos pela ESF. Esta cobertura é baseada nos dados populacionais da abrangência das unidades, porém, na prática, observa-se que a população descoberta é bem maior. A deficiência da cobertura é um dos obstáculos para a garantia da universalidade do acesso e a integralidade da atenção, bem como a organização de redes assistenciais complementares (*Idem*).

6.3 População do estudo

A população⁸ do estudo constituiu-se de 168 puérperas independentemente do número de filhos e que tiveram qualquer tipo de parto a termo. Nos ensaios clínicos, os participantes são frequentemente divididos em grupos de características semelhantes – o grupo de estudo e o grupo controle ou não equivalente (CAMPANA, 2001; VIEIRA, 2003).

O grupo de estudo foi constituído por 42 puérperas assistidas através da diretriz proposta e o grupo não equivalente por 126 puérperas que se encontravam nas seguintes situações: não foram expostas à diretriz, ou seja, não receberam nenhuma assistência ou foram assistidas parcialmente ou completamente de acordo com a recomendação de assistência puerperal do MS, que preconiza uma visita domiciliar até o 10º dia e uma consulta puerperal até o 42º dia (BRASIL, 2006) ou que tenha recebido outro tipo de assistência.

⁸ A população de estudo foi calculada tendo como base a estimativa de nascidos vivos e, conseqüentemente, de puérperas no município para 2011, que foi de 7.607 (MINAS GERAIS, 2010b).

6.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critério de inclusão das mulheres do grupo de estudo foram: puérperas que se encontravam nos primeiros dez dias de puerpério e não faltaram a nenhum dos cinco atendimento. No grupo não equivalente, foram incluídas puérperas a partir de 90 dias até 120 dias de puerpério. Além destes critérios, foram incluídas, nos dois grupos, as puérperas que atenderam às seguintes condições: ter mais de 18 anos de idade; ter realizado o pré-natal de baixo risco ou risco habitual; haver regressado para casa com o bebê após o parto, ou seja, o bebê não ficou hospitalizado, não foi encaminhado para adoção e não foi a óbito e; aceitar participar do estudo.

Os critérios de exclusão foram os seguintes: menores de 18 anos; que foram acompanhadas no pré-natal de alto risco; não regressaram para casa com o bebê; não aceitaram participar do estudo; faltaram a algum dos cinco atendimentos e estavam com mais de dez dias de pós-parto quando pertencentes ao grupo de estudo e; não estavam no período entre 90 e 120 dias de puerpério, quando pertencentes ao grupo não equivalente.

Para melhor definir a população do estudo, foram excluídas ainda 15% de mulheres de outros municípios que dariam à luz em Juiz de Fora (7.607) de acordo com estimativas de 2011, restando 6.467 mulheres. Deste número foram excluídas 44% que fazem parte da população descoberta pela ESF (MINAS GERAIS, 2011), portanto 2.845 puérperas seriam assistidas pelas suas equipes. Considerando os critérios de exclusão, foram retiradas 20% de adolescentes com idade igual ou inferior a 18 anos (BRASIL, 2011) e 15% das mulheres que foram assistidas no pré-natal de alto risco, assim obtivemos 1.934 puérperas.

Posteriormente, calculou-se a média mensal destes nascimentos e, conseqüentemente, de puérperas para as localidades com a ESF (cobertas por 88 equipes) que foi de 162 nascimentos por mês. Das 88 equipes de saúde da família do município 21 enfermeiras aceitaram contribuir com o estudo. Portanto a média mensal de puérperas para estas enfermeiras foi de 38 puérperas.

O período de coleta de dados foi de maio de 2011 a maio de 2012, com uma estimativa para este período de 266 puérperas. Considerando um nível de significância de 5% e um poder de teste de 80%, a população do estudo seria de 156 puérperas. No sentido de trabalhar com uma margem de segurança devido a possíveis perdas, a população final foi composta por 168 puérperas, sendo 42 alocadas no grupo de estudo e 126 no grupo não equivalente, adotando a relação de uma para três.

6.4. Intervenções

O grupo de estudo foi submetido a cinco consultas de enfermagem realizadas pelas enfermeiras das UAPS, sendo uma consulta no puerpério imediato com sete a dez dias; dois atendimentos no puerpério tardio, sendo o primeiro de 25 a 30 dias e o segundo com 42 dias, e, finalmente, dois atendimentos no puerpério remoto com 60 e 90 dias.

As mulheres para este grupo foram recrutadas no terceiro trimestre do pré-natal, quando fizeram o controle na UAPS ou, na visita de puerpério após o nascimento do bebê. Nesta oportunidade, receberam informações sobre o estudo e, posteriormente, ao concordarem em participar, assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Durante o atendimento, a enfermeira fazia uso da ficha clínica do puerpério elaborada para a pesquisa (APÊNDICE A), que, além de direcionar a consulta, também foi o instrumento de registro e de coleta de dados do grupo do estudo. Após o último atendimento, a pesquisadora coletou os dados no referido instrumento na UAPS.

Para o grupo não equivalente, o único método adotado foi uma visita domiciliar realizada pela pesquisadora e auxiliares de pesquisa para coleta de dados. O recrutamento das participantes deste grupo foi realizado através das enfermeiras das UAPS, que forneceram o endereço de três puérperas que tiveram bebê nos últimos 90 a 120 dias e que estavam de acordo com critérios de inclusão. A pesquisadora e auxiliares de pesquisa realizaram a visita e, após concordância e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, a coleta de dados era iniciada em seguida. Se as puérperas não fossem encontradas durante a visita, as pesquisadoras retornavam ao domicílio para uma ou mais tentativas, como ocorreu com uma das puérperas para a qual foram necessárias três tentativas de visita, com êxito somente na terceira. Se alguma puérpera não concordasse em participar do estudo, era solicitado às enfermeiras endereço de outras possíveis participantes. Somente uma mulher recusou-se a participar do estudo no momento da visita e 12 precisaram ser substituídas após duas tentativas de visita.

6.5. Variáveis do estudo

A variável independente do estudo foi a assistência de enfermagem no puerpério através de uma diretriz com cinco consultas de enfermagem. As variáveis dependentes ou

desfechos primários avaliados estavam relacionados com algumas intercorrências comuns neste período e condutas, a saber: aleitamento materno exclusivo, uso de método anticonceptivo adequado, uso de sulfato ferroso por 90 dias de puerpério, imunização com as vacinas antitetânica, contra rubéola e hepatite B, exame de Papanicolaou, identificação e encaminhamento de depressão, infecção e hemorragia puerperal. As variáveis dependentes consistiram em:

- **Aleitamento materno exclusivo:** considerado quando a criança recebeu somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes, contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (BRASIL, 2009c).
- **Uso de método anticonceptivo adequado:** quando o método utilizado era indicado para o puerpério, considerando o aleitamento materno:
 - a) Mulheres em aleitamento materno exclusivo e predominante: foram considerados apropriados o método natural da Lactação-Amenorreia (LAM), os métodos hormonais sem estrogênio (minipílula ou injetável trimestral de progesterona), os preservativos masculino e feminino, diafragma (após nova medição), dispositivo intrauterino (DIU) e métodos cirúrgicos;
 - b) Mulheres em aleitamento materno complementado e aleitamento misto ou parcial: foram considerados adequados os preservativos masculino e feminino, diafragma (após nova medição), DIU, injetável trimestral de progesterona e os métodos cirúrgicos;
 - c) Mulheres que não estavam em aleitamento materno: os métodos adequados foram os preservativos masculino e feminino, diafragma (após nova medição), DIU, os hormonais orais ou injetáveis mensais combinados, injetáveis trimestrais de progesterona, cirúrgicos e os naturais se o ciclo menstrual já estivesse regularizado (BRASIL, 2009d).
- **Uso de sulfato ferroso:** considerado adequado quando a puérpera recebeu suplementação diária da medicação por três meses de puerpério (BRASIL, 2007).

- **Papanicolaou:** considerado vigente se a puérpera realizou o exame há um ano⁹.

- **Imunização:**

Tétano: foram consideradas imunizadas contra o tétano quando apresentaram cartão com registro de três doses da vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DPT) ou contra difteria e tétano (dt), toxóide tetânico (TT) com última dose ou reforço há menos de cinco anos;

Rubéola: foram consideradas imunizadas contra a rubéola quando apresentaram cartão com registro de uma dose da vacina dupla viral ou tríplice viral;

Hepatite B: foram consideradas imunizadas contra a hepatite B quando apresentaram cartão com registro de três doses no cartão ou duas, caso o esquema vacinal tenha sido iniciado no terceiro trimestre da gestação, pois a terceira dose da vacina é administrada seis meses após a primeira dose.

- **Morbidade febril puerperal, depressão pós-parto e hemorragia puerperal** foram consideradas diante do registro do diagnóstico por profissionais de saúde, relato da puérpera ou presença de sinais e ou sintomas. Houve limitações para a identificação destas variáveis, uma vez que, no grupo de estudo, foram consideradas diante de sinais e sintomas observados e registrados pelas enfermeiras na ficha puerperal ou transcritos de documento médico como sumário de alta ou prescrições médicas para a ficha puerperal. No grupo não equivalente, as patologias foram consideradas diante de sinais e sintomas ocorridos em qualquer momento desde a alta até a visita da pesquisadora, de documentos com diagnóstico e segundo apenas o relato das entrevistadas. Ressaltamos que as enfermeiras do grupo de estudo foram orientadas a detectar precocemente estas alterações e encaminhar para condutas de outros profissionais e serviços quando necessário.

⁹Não foi considerada neste estudo a recomendação do MS que considera o Papanicolaou vigente quando realizado a cada três anos se os dois últimos exames consecutivos forem negativos (BRASIL, 2006), devido ao fato de que a maioria das mulheres do estudo apresentou somente o resultado do último exame.

As variáveis intervenientes foram a idade materna, etnia, estado civil, grau de escolaridade, paridade, números de consultas de pré-natal, tipo de parto e aleitamento materno na primeira hora de vida.

6.6. Coleta de dados

A primeira etapa da coleta de dados do grupo não equivalente foi iniciada em maio de 2011 e finalizada em novembro de 2011. Concomitantemente, foi iniciada a coleta de dados referente a apenas 29 participantes do grupo de estudo neste período. Tal fato ocorreu devido a 13 perdas decorrentes de mudança de puérperas para outros bairros ou cidades; puérperas que se encontravam em outras localidades no período puerperal; férias das enfermeiras e ausência à consulta. Diante destas intercorrências, foi necessário ampliar o tempo de coleta dos dados do grupo de estudo, sendo finalizada em maio de 2012, alcançando o número proposto de 42 puérperas neste grupo.

Os dados do grupo de estudo foram coletados pela pesquisadora após a última consulta de enfermagem de acordo com o término dos atendimentos. No grupo não equivalente, os dados foram coletados entre três e quatro meses após o parto pela pesquisadora e auxiliares de pesquisa.

6.6.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento para obtenção dos dados do grupo não equivalente consistiu em uma entrevista estruturada (APÊNDICE B) com informações de identificação, dados socioeconômicos e culturais, pré-natal e puerpério, priorizando as variáveis de desfecho.

No grupo de estudo, foi utilizado um questionário (APÊNDICE C) para a obtenção dos dados da ficha puerperal.

6.7 Tratamento e análise estatística dos dados

Para a análise estatística, utilizou-se o software Statistical Package the Social Sciences (SPSS), for Windows versão 14. Para a análise das variáveis qualitativas, maioria do estudo, foi calculada a frequência absoluta e percentual. A análise de uma das variáveis quantitativas (a idade) foi obtida por meio do cálculo da média¹⁰.

A comparação entre os grupos de estudo e não equivalente foi realizada através do teste de associação qui-quadrado¹¹ considerando o nível de significância de 0,05. As variáveis intervenientes também foram analisadas pelo teste qui-quadrado com o intuito de verificar similaridade entre os grupos de estudo. Quando necessário, utilizou-se a correção pelo teste Fisher¹². Diante de uma associação positiva, procedeu-se à medida da força da associação através da Razão de Chance¹³ ou Odds Ratio.

6.8 Aspectos éticos

A presente investigação seguiu as recomendações da legislação brasileira de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovada sob parecer nº 307/2010 (ANEXO A), em 17 de fevereiro de 2011. Foi solicitada autorização para a realização do estudo à Subsecretária da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora, por meio da declaração de autorização e infraestrutura, critério que antecedeu o processo de coleta de dados, o qual foi realizado após a aprovação da pesquisa pelo respectivo Comitê de Ética.

Após aprovação do comitê, foi realizado contato com as enfermeiras das UAPS com o intuito de convidá-las para o estudo, após as explicações necessárias. Inicialmente, o contato aconteceu com as enfermeiras da região norte do município por ser a maior das oito regiões

¹⁰Média é o valor que aponta para onde mais se concentram os dados de uma distribuição. Pode ser considerada o ponto de equilíbrio das frequências (PINA, 2006).

¹¹ O teste do qui-quadrado é uma medida de associação utilizada para comprovar se existem diferenças estatisticamente significativas entre dois grupos (PINA, 2006).

¹²O Teste de Fisher ou prova exata de Fisher também permite calcular a probabilidade de associação, porém é utilizado quando os valores de determinada frequência são pequenos (inferiores a 5), produzindo, neste casos, menos erros que o teste qui-quadrado (PINA, 2006)

¹³ A razão de Chance (RC) mede a chance de um evento ocorrer em um grupo e a chance de ocorrer em outro grupo expostos a uma determinada condição (PINA, 2006).

administrativas, sendo realizado um encontro em abril de 2011 para exposição dos objetivos, justificativa e procedimentos do estudo e, para sanar as dúvidas sobre a diretriz proposta. Posteriormente, a proposta foi estendida às enfermeiras de outras regiões, visando alcançar o número calculado de participantes no grupo de estudo.

Foram convidadas 36 enfermeiras, porém 10 recusaram e cinco desistiram antes de iniciar a aplicação da diretriz. Os motivos alegados para a não participação foram: não realização de consulta puerperal por falta de capacitação; falta de tempo para realização por serem gerentes das UAPS; sobrecarga de trabalho por estarem assumindo atividades de colegas que se encontravam de férias ou; devido ao fato de que as equipes da unidade estavam incompletas com a ausência da enfermeira em licença-prêmio ou para tratamento de saúde. As que desistiram alegaram também sobrecarga de trabalho e, por terem em sua área de abrangência, puérperas que se enquadravam em algum dos critérios de exclusão no momento da coleta de dados.

Ressaltamos que as 21 enfermeiras, que participaram como colaboradoras do estudo, tiveram um papel fundamental ao aplicarem a diretriz proposta. As três auxiliares de pesquisa, acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, foram previamente selecionadas e capacitadas pela pesquisadora para coleta de dados com as puérperas do grupo não equivalente.

As puérperas foram esclarecidas sobre os objetivos, justificativa, procedimentos do estudo, risco mínimo, o sigilo e que estariam livres para participar ou recusar-se a participar em qualquer momento da pesquisa. Após esclarecimento sobre a pesquisa e anuência, foi solicitado que as puérperas assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram elaborados dois TCLE, um para o grupo de estudo (APÊNDICE D) e um para o grupo não equivalente (APÊNDICE E), tendo em vista que os procedimentos foram diferentes para os grupos.

Destacamos que as unidades de saúde, enfermeiras e puérperas não foram identificadas em nenhum momento no estudo; que a pesquisa apresenta risco mínimo aos participantes e que as entrevistas e formulários ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos, e, após esse tempo, serão destruídos e incinerados.

7 RESULTADOS

7.1 Caracterização das puérperas dos grupos de estudo

Os resultados do estudo serão apresentados inicialmente através da caracterização das puérperas quanto a variáveis demográficas e obstétricas. As variáveis intervenientes serão apresentadas a seguir e, posteriormente, serão expostos dados sobre assistência puerperal que foram divididos em atendimentos no puerpério e apresentação das variáveis de desfecho: aleitamento materno, método anticoncepcivo, realização do Papanicolaou, uso de sulfato ferroso, imunização para tétano, hepatite B e rubéola, identificação precoce e encaminhamento de depressão, morbidade febril e hemorragia puerperal.

7.1.1 Caracterização das puérperas dos grupos de estudo, quanto às variáveis demográficas

As mulheres dos dois grupos de estudo eram jovens, com idade menor que 30 anos, 29 (69,1%) no grupo de estudo e 89 (70,7%) no grupo não equivalente. Houve similaridade também na etnia para a cor branca com 18 (42,9%) e 60 (47,6%) no grupo de estudo e não equivalente, respectivamente. A maioria das puérperas dos dois grupos vivia com companheiro, 26 (61,9%) no grupo de estudo e 89 (70,6%) no grupo não equivalente. O grau de escolaridade de 22 (52,4%) puérperas do estudo e 74 (58,7%) do não equivalente estavam entre ensino fundamental incompleto até ensino médio incompleto e não houve analfabetas nos grupos. As mulheres que exerciam algum trabalho remunerado foram 23 (54,8%) no grupo de estudo e 55 (43,7%) no grupo não equivalente. A tabela, a seguir, sintetiza os resultados encontrados nas variáveis demográficas nos dois grupos através do valor absoluto, percentual, e P-valor.

Tabela 1- Distribuição das puérperas segundo variáveis demográficas: idade, etnia, estado civil, grau de escolaridade e trabalho remunerado. Minas Gerais, Juiz de Fora, 2012.

VARIÁVEL	GRUPO				P- VALOR
	ESTUDO		NÃO EQUIVALENTE		
	n	%	n	%	
Idade M (dp)	27,33	(5,7)	26,63	(5,9)	0,307
19 a 24 anos	29	69,1	89	70,7	
30 a 45 anos	13	30,9	37	29,3	
Etnia					0,5902
Branca	18	42,9	60	47,6	
Parda	15	35,7	33	26,2	
Preta	08	19	32	25,4	
Amarela	01	0,8	01	2,4	
Estado civil					0,292
Com companheiro	26	61,9	89	70,6	
Sem companheiro	16	38,1	37	29,4	
Grau de escolaridade					0,471
Médio incompleto ou menos	22	52,4	74	58,7	
Médio completo ou mais	20	47,6	52	41,3	
Trabalho Remunerado					0,054
Sim	23	54,8	55	43,7	
Não	16	38,1	69	54,8	
Não informado	03	7,1	02	1,5	
Total	42	100	126	100	
M= média		dp= desvio padrão			

7.1.2 Caracterização das puérperas dos grupos quanto às variáveis obstétricas

As variáveis obstétricas do grupo não equivalente evidenciaram que a maioria das puérperas do grupo de estudo, 25 (59,5%), havia tido o primeiro filho, o que não ocorreu no grupo não equivalente, com apenas 39,7% (50). Todas realizaram consultas de pré-natal, sendo que 25 (59,5%) puérperas do grupo de estudo e 95 (75,4%) do não equivalente realizaram sete ou mais consultas.

As intercorrências no pré-natal foram frequentes nos dois grupos, apesar de pertencerem ao risco habitual, com 25 (59,5%) no grupo de estudo e 68 (54%) do não equivalente. A infecção do trato urinário foi a intercorrência mais encontrada durante a gestação,

acometendo 12 (28,6%) puérperas no grupo de estudo e 39 (27,8%) do grupo não equivalente. Quanto ao tipo de parto, 22 (52,4%) mulheres do grupo de estudo tiveram o último filho por cesariana e 19 (45,2%) por parto normal. No grupo não equivalente, o parto normal esteve presente em 64 (50,8%) mulheres e a cesariana em 61 (48,4%). A episiotomia esteve presente em 15 (79%) puérperas no grupo de estudo e em 42 (65,6%) do não equivalente. A maioria da puérperas dos dois grupos relatou a oferta de leite materno na primeira hora de vida do último filho, 32 (76,2%) do grupo de estudo e 73 (57,9%) do não equivalente. A tabela, a seguir, resume os resultados encontrados nas variáveis obstétricas nos dois grupos através do valor absoluto, percentual, e P-valor.

Tabela 2- Distribuição das puérperas segundo variáveis obstétricas: paridade, número de consultas de pré-natal, intercorrência no pré-natal, tipo de parto, ocorrência de episiotomia e aleitamento materno na primeira hora de vida. Minas Gerais, Juiz de Fora, 2012.

VARIÁVEL	GRUPO				P- VALOR
	ESTUDO		NÃO EQUIVALENTE		
	n	%	n	%	
Paridade					0,048
Primípara	25	59,5	50	39,7	
02 ou mais filhos	17	40,5	76	60,3	
Nº de consultas de pré- natal					0,126
1 a 3 consultas	01	2,4	03	2,4	
4 a 6 consultas	16	38,1	28	22,2	
7 ou mais consultas	25	59,5	95	75,4	
Intercorrências no pré natal					0,531
Sim	25	59,5	68	54	
Não	17	40,5	58	46	
Tipo de parto					0,674
Vaginal	19	45,2	64	50,8	
Cesariana	22	52,4	61	48,4	
Fórceps	01	2,4	01	0,8	
Episiotomia					0,631
Sim	15	79	42	65,6	
Não	04	21	22	34,4	
Aleitamento na primeira hora de vida					0,095
Sim	32	76,2	73	57,9	
Não	10	23,8	53	42,1	

7.1.3 Variáveis intervenientes

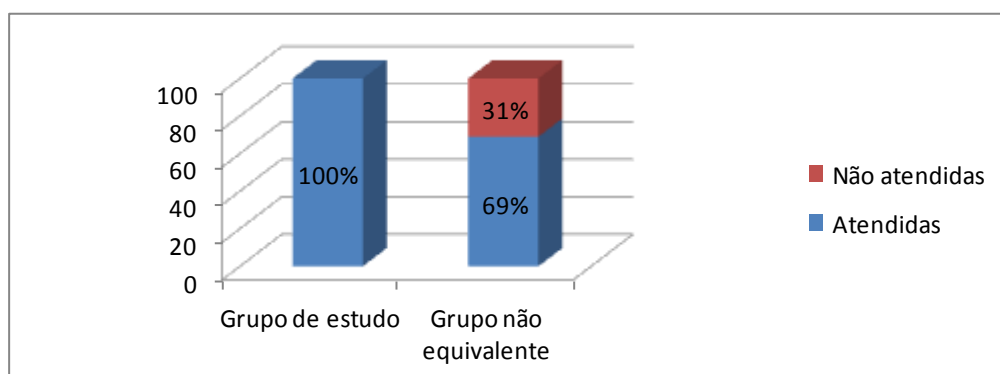
Constatamos similaridade entre os grupos para as variáveis consideradas intervenientes: idade materna (0,307), etnia (0,502), estado civil (0,292), grau de escolaridade (0,471), números de consultas de pré-natal (0,126), tipo de parto (0,674) e aleitamento materno na primeira hora de vida (0,095). A única variável que apresentou diferença significativa entre os grupos foi paridade com 25 (59,5%) primíparas no grupo de estudo e 50 (39,7%) do não equivalente, com nível de significância de 0,048.

7.2 ASSISTÊNCIA NO PUERPÉRIO

7.2.1 Atendimento no puerpério

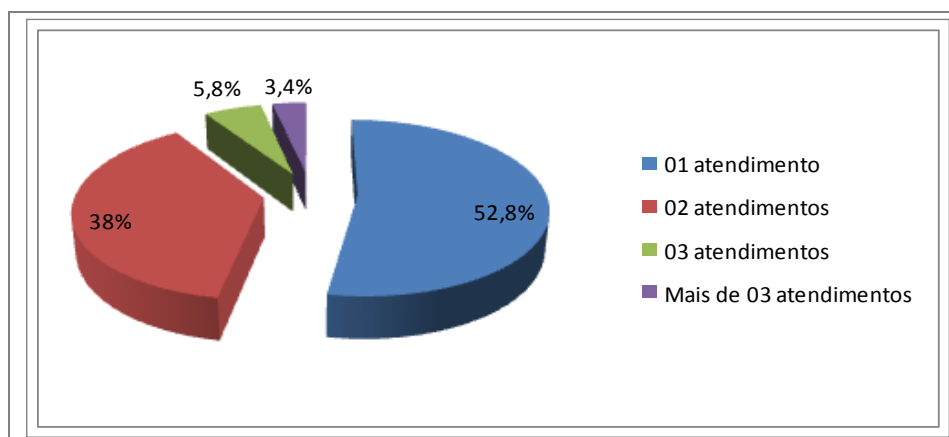
Todas as puérperas do grupo de estudo foram atendidas pela enfermeira através de cinco consultas de enfermagem. A maioria, 39 puérperas (92,9%), recebeu o primeiro atendimento no domicílio e os demais na UAPS e três (7,1%) receberam mais de um atendimento no domicílio. No grupo não equivalente, 87 puérperas (69%) foram assistidas e 39 (31%) não receberam nenhuma consulta no período puerperal.

Gráfico 1- Distribuição do grupo de estudo e não equivalente segundo percentual de puérperas atendidas. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012.



Das puérperas assistidas do grupo não equivalente foram 87 (69%), somente 15 (17,5%) foram atendidas nos primeiros dez dias após o parto e apenas 28 (32,5%) receberam algum atendimento no domicílio. Quanto ao número de atendimentos recebidos, 46 (52,8%) puérperas receberam somente um atendimento, 33 (38%) foram assistidas por duas vezes, cinco (5,8%) puérperas receberam três atendimentos e três (3,4%) receberam mais de três atendimentos. Em relação aos profissionais responsáveis pelos atendimentos, 44 (50,5%) puérperas do grupo não equivalente foram assistidas exclusivamente por médicos, sendo 15 (34%) por médicos de maternidades, 18 (41%) por médicos particulares, uma (2,3%) por médico no nível secundário de atenção e dez (22,7%) por médicos das UAPSs. As enfermeiras das UAPSs foram responsáveis exclusivamente pelo atendimento de 22 (25,3%) puérperas e 21 (24,2%) puérperas receberam atendimento dos dois profissionais (médico e enfermeira).

Gráfico 2- Distribuição das puérperas atendidas no grupo não equivalente segundo a porcentagem de número de atendimentos. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012.

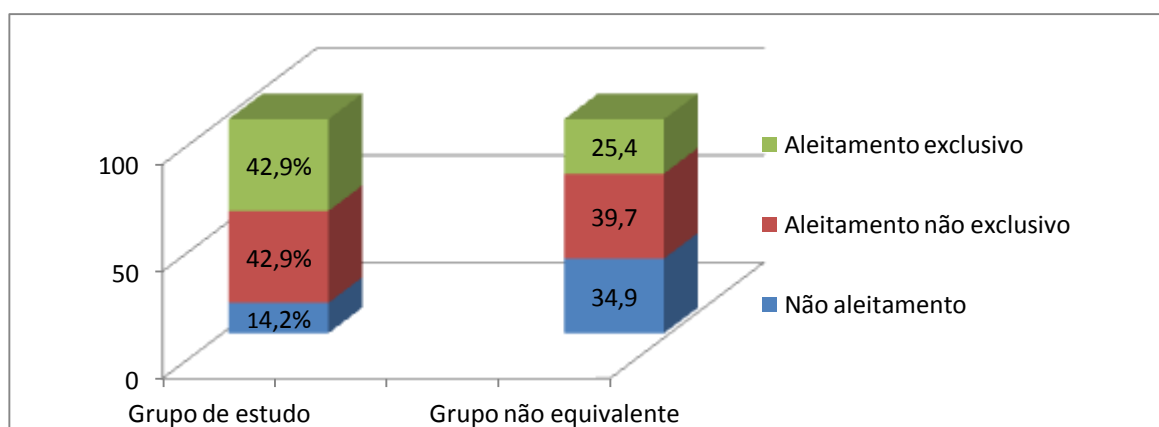


7.2.2.1 Aleitamento Materno

O leite materno foi oferecido por 36 (85,8%) puérperas do grupo de estudo e por 82 (65,1%) do grupo não equivalente. O aleitamento materno exclusivo esteve presente em 18 (42,9%) no grupo de estudo e em 32 (25,4%) do não equivalente, e o aleitamento não exclusivo esteve presente em 18 (42,9%) puérperas no grupo de intervenção e em 50 (39,7%) puérperas do não equivalente. O número de puérperas que não estavam amamentando seus

filhos no grupo de estudo foi de seis (14,2%) e 44 (34,9%) no grupo não equivalente. Foi encontrada uma diferença estatística significativa (0,020) entre as puérperas dos dois grupos quanto à oferta e manutenção do leite materno e razão de chance de 4,13 para o aleitamento materno exclusivo e 2,64 para o aleitamento materno não exclusivo para o grupo do estudo.

Gráfico 3- Comparação do grupo de estudo e não equivalente segundo aleitamento materno. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012.



O principal motivo alegado para não oferecerem o leite materno a seus filhos foi o mito do “leite fraco e de ter pouco leite” por três (50%) puérperas do grupo de estudo e 25 (56,8%) do não equivalente. Intercorrências mamárias estiveram presentes em 18 (42,9%) puérperas do grupo de estudo e em 67 (53,2%) do não equivalente. A fissura foi a principal intercorrência, acometendo sete (38,1%) puérperas no grupo de estudo e 26 (38,1%) no grupo não equivalente. Não foi encontrada diferença estatística significativa (0,247) entre os grupos quanto à presença de intercorrências mamárias. Todas as puérperas do grupo de estudo foram informadas sobre aleitamento materno, no entanto foi constatado que 20 (15,9%) puérperas do grupo não equivalente não receberam nenhuma informação a esse respeito. A diferença estatística entre os grupos para esta variável foi expressiva (0,06). A oferta de chupeta foi relatada por 21 (50%) puérperas do grupo de estudo e por 62 (49,2%) do grupo não equivalente.

7.2.2.2 Método anticonceptivo no puerpério

No grupo de estudo, 40 (95,2%) puérperas estavam em uso de algum método anticonceptivo e, no grupo não equivalente, 111 (88%), porém o uso de método adequado foi encontrado em 32 (80%) puérperas no grupo de estudo e em 90 (81%) no grupo não equivalente. O uso de método inadequado foi identificado em oito (20%) participantes do grupo de estudo e em 21 (19%) do não equivalente. Não houve diferença estatística significativa para o uso de algum método (0,184) e para uso de método adequado (0,430).

A não utilização de método anticonceptivo foi relatada por duas (4,8%) mulheres do grupo de estudo e por 15 (12%) do não equivalente. O principal motivo alegado por dez (67%) puérperas do grupo não equivalente para a não utilização de método foi ausência de prescrição por profissionais de saúde. No grupo de estudo, uma puérpera alegou estar aguardando laqueadura tubária ou que o companheiro se submeta a uma vasectomia e outra não soube informar o motivo para a não utilização de método. A falta de prescrição não apareceu neste grupo.

O método mais utilizado no grupo de estudo foi o anticoncepcional hormonal oral de progesterona ou minipílula por 17 (42,5%) puérperas; seguido da pílula combinada por oito (20%), preservativo masculino por sete (17,5%), anticoncepcional hormonal injetável por quatro (10%) e laqueadura tubária por três (7,5%) puérperas e uma (2,5%) puérpera não informou o método em uso. No grupo não equivalente, o método mais utilizado também foi a minipílula, por 37 (33,4%) puérperas, seguido pelo preservativo por 24 (21,6%), injetável por 19 (17%), laqueadura tubária por 13 (12%), pílula combinada por dez (9,1%). O uso do DIU foi relatado por uma (0,9%) puérpera, LAM por cinco (4,6%) e a vasectomia pelos companheiros de duas (1,8%) puérperas. Não houve diferença estatística significativa (0,268) entre as puérperas dos grupos de estudo e do grupo não equivalente para o tipo de método utilizado.

Outro dado relacionado ao método anticonceptivo em que não se observou diferença significativa (0,507) entre os grupos foi o momento em que as puérperas iniciaram o uso do método. O maior percentual foi para o início do uso aos 40 a 60 dias de puerpério por 19 mulheres (47,5%) do grupo de estudo e por 47 (42,3%) do não equivalente. O serviço responsável pela prescrição do método, ao contrário, teve diferença estatística significativa (0,00). O método anticonceptivo usado pela maioria das mulheres do grupo de estudo, 33 (82,5%), foi prescrito na UAPS e apenas 32 (28,9%) do não equivalente tiveram prescrição do

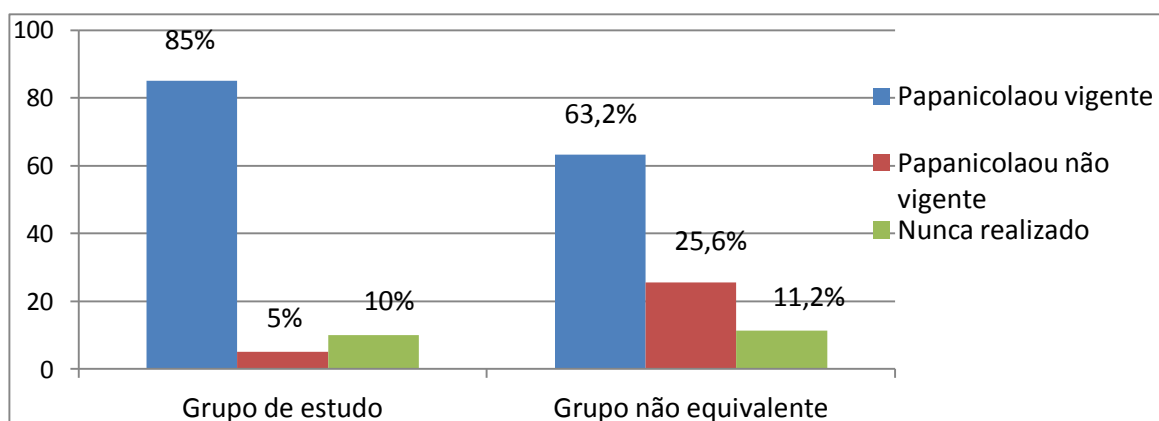
método por profissional da UAPS. Não houve, no grupo de estudo, procura do serviço privado para prescrição do método e automedicação, ao contrário do não equivalente, em que 28 (25,2%) mulheres recorreram ao serviço privado e cinco (4,5%) se automedicaram.

7.2.2.3 Exame de Papanicolaou no puerpério

Oitenta e cinco por cento das mulheres no grupo de estudo (36) apresentavam o exame de Papanicolaou em vigência e apenas 63,2% delas (80) no grupo não equivalente. Duas mulheres (5,0%) no grupo de estudo não estavam com o exame de Papanicolaou em dia e 32 (25,6%) no não equivalente. Mulheres que nunca realizaram o exame foram quatro (10%) no grupo de estudo e 14 (11,2%) no grupo não equivalente. Houve diferença estatística significativa de 0,015 e razão de chance de 1,51 para o exame de Papanicolaou nos grupos de estudo.

Quanto ao período de realização do último Papanicolaou, foi constatado que, no grupo de estudo, 20 (52,6%) puérperas realizaram o exame no pós-parto, cinco (13,2%) fizeram durante o pré-natal, 11 (29%) realizaram o exame há um ano antes da coleta de dados, uma (2,6%) entre dois a cinco anos e uma (2,6%) de seis a dez anos. No grupo não equivalente, apenas 19 (17%) puérperas realizaram o exame no pós-parto, 27 (24%) fizeram-no durante o pré-natal, 34 (30,5%) realizaram o exame há um ano, 30 (26,7%) de dois a cinco anos e duas (1,8%) de seis a dez anos.

Gráfico 4- Comparação do grupo de estudo com o grupo não equivalente segundo realização do exame de Papanicolaou. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012.

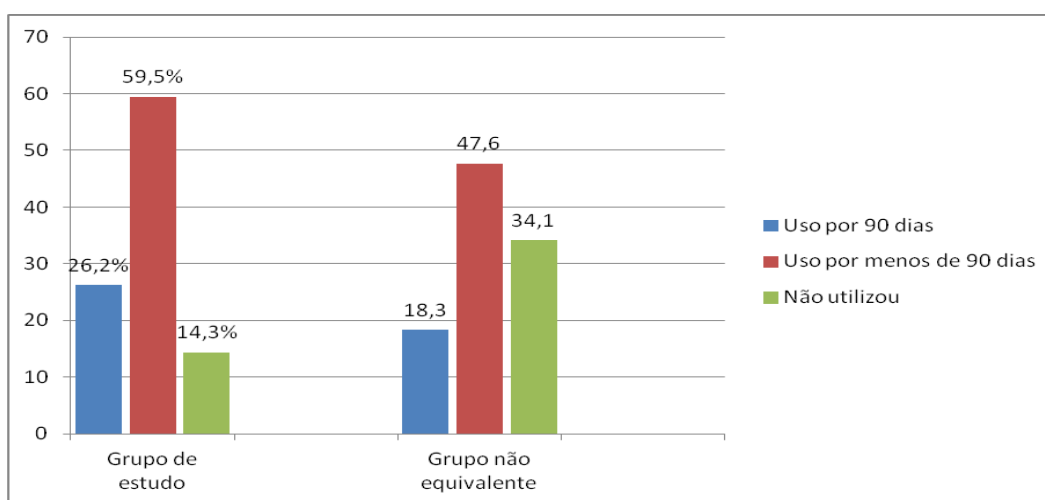


7.2.2.4 Uso de Sulfato Ferroso no Puerpério

A utilização do sulfato ferroso no puerpério foi constatada em 36 (85,7%) mulheres do grupo de estudo e em 83 (65,9%) do grupo não equivalente, e seis (14,3%) mulheres não fizeram uso da medicação em nenhum momento do puerpério no grupo de estudo e de 43 (34,1%) no grupo não equivalente, com uma diferença estatística representativa de 0,047. Porém a suplementação de sulfato ferroso por 90 dias, como recomendado, foi evidenciada em apenas 11 (26,2%) no grupo de estudo e em 23 (18,3%) das puérperas do grupo não equivalente. Apesar disso, o nível de significância foi considerável com $P < 0,001$ e a razão de chance de 3,43.

O número de puérperas que fizeram uso da medicação por menos de 90 dias no grupo de estudo foi de 25 (59,5%) e 60 (47,6%) no grupo não equivalente. A utilização da medicação de 60 a 89 dias aconteceu somente no grupo de estudo por dez puérperas (23,8%) e em nenhuma no grupo não equivalente.

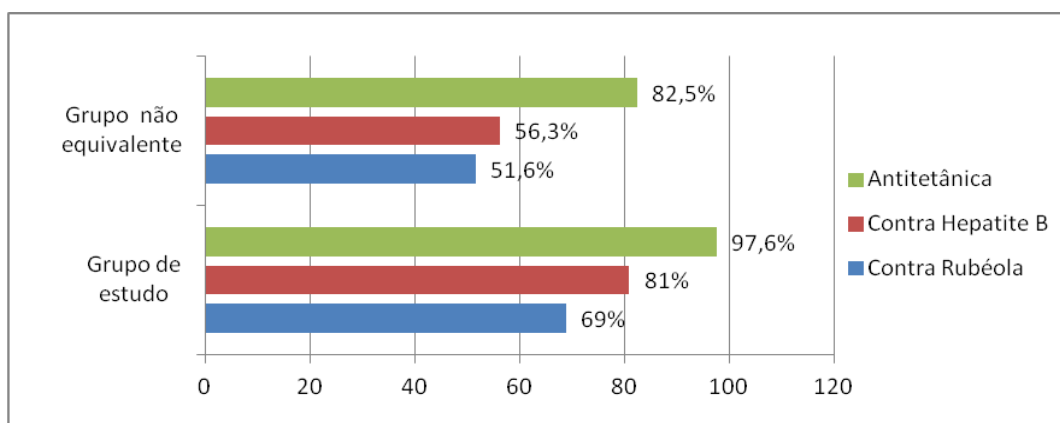
Gráfico 5- Comparação do grupo de estudo com o grupo não equivalente segundo uso de sulfato ferroso. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012.



7.2.2.5 Imunização no Puerpério

A imunização das puérperas do grupo de estudo foi maior do que das mulheres do grupo não equivalente, sendo a maior cobertura encontrada para a vacina antitetânica, com 97,6% (41) no grupo de estudo e 82,5% (104) no grupo não equivalente, seguida da vacina anti-hepatite B com 81% (34) no grupo de estudo e 56,3% (71) no grupo não equivalente. A menor cobertura nos dois grupos foi para vacina contra rubéola, com percentual de 69% (29) no grupo de estudo e 51,6% (65) no grupo não equivalente. Houve diferença estatística significativa para as três vacinas com 0,014 para antitetânica, 0,004 para vacina contra-hepatite B e 0,048 para vacina anti-rubéola. A razão de chance foi de 8,64 para a vacina antitetânica, 3,29 para vacina contra hepatite B e 2,09 para a vacina anti-rubéola.

Gráfico 6- Comparação dos grupos de estudo e não equivalente em relação à cobertura das vacinas antitetânica, contra hepatite B e rubéola. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012.



7.2.2.6 Identificação precoce da depressão, doença febril e hemorragia puerperal e encaminhamento da mulher.

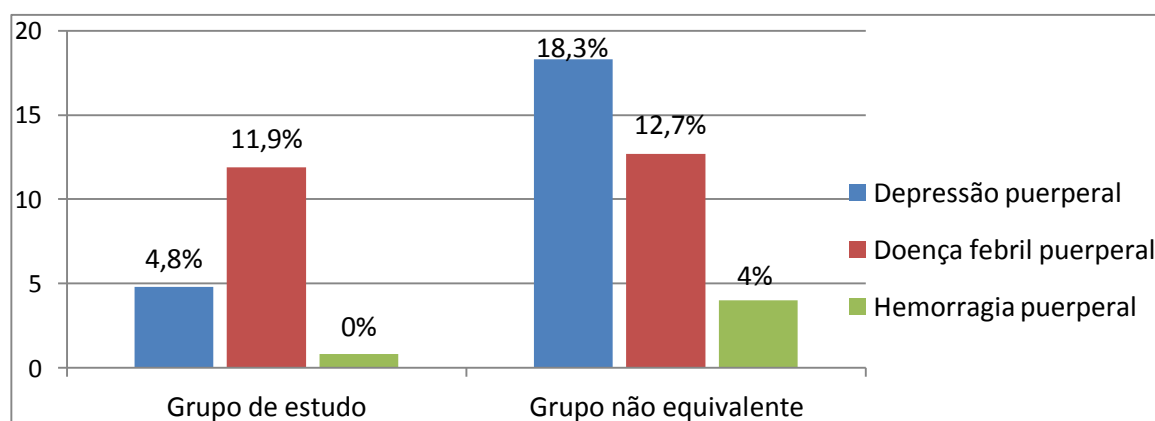
Dois mulheres (4,8%) participantes do grupo de estudo tiveram depressão puerperal e 23 (18,3%) do grupo não equivalente, com nível de significância de 0,033 e razão de chance de 0,22. Enquanto essas duas puérperas (100%) do grupo de estudo que tiveram depressão foram encaminhadas para atendimento médico, no grupo não equivalente, apenas sete (30,8%) delas foram atendidas no serviço de saúde e submetidas a algum tratamento. O nível

de significância para a assistência no serviço de saúde foi de 0,029 e para o tratamento foi de 0,019.

A doença febril puerperal ocorreu em cinco puérperas (11,9%) do grupo de estudo e em 16 (12,7%) do grupo não equivalente. Oitenta por cento das mulheres (cinco) do grupo de estudo que apresentaram essa intercorrência obtiveram atendimento durante a febre, enquanto que, no grupo não equivalente, apenas 56,2% (nove) delas foram atendidas. Não houve diferença estatística significativa (0,893) nos grupos para a doença febril puerperal e para o atendimento recebido durante a febre (0,638).

A hemorragia puerperal não ocorreu no grupo de estudo, porém, no grupo não equivalente, incidiu em cinco (4,0%) mulheres, sendo que quatro (80%) apresentaram essa intercorrência no puerpério imediato e uma (20%) no tardio. A diferença estatística pelo Teste de Fisher não foi significativa, com valor de 0,333.

Gráfico 7- Comparação do grupo de estudo com o grupo não equivalente segundo a porcentagem de puérperas com depressão puerperal, doença febril puerperal e hemorragia puerperal. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012.



Para finalizar, apresentamos a tabela abaixo contendo a síntese dos resultados das variáveis de desfecho nos grupos de estudo e não equivalente: aleitamento materno, método anticoncepcivo; exame de Papanicolaou; imunização para tétano, hepatite B e rubéola; uso de sulfato ferroso e identificação precoce e encaminhamento de depressão, morbidade febril e hemorragia puerperal. Serão apresentados a seguir, através do valor absoluto, percentual, P-valor e Razão de chance.

Tabela 3- Comparação do grupo de estudo com o grupo não equivalente quanto às variáveis de desfecho. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012.

VARIÁVEL	GRUPOS				P-VALOR
	ESTUDO		NÃO EQUIVALENTE		
	n	%	n	%	
Amamentação					n0,020
Aleitamento exclusivo	18	42,9	32	25,4	
Aleitamento não exclusivo	18	42,9	50	39,7	
Não aleitamento	06	14,2	44	34,9	
Método Anticonceptivo					0,430
Não fazem uso de métodos	02	4,8	15	12	
Uso de método adequado	32	80	90	81	
Uso de método inadequado	08	20	21	19	
Papanicolaou					0,015
Papanicolaou em vigência	36	85	80	63,2	
Papanicolaou não vigente	02	5,0	32	25,6	
Nunca realizado	04	10	14	11,2	
Cobertura Vacinal					
Antitetânica	41	97,6	104	82,5	0,014
Hepatite B	34	81	71	56,3	0,004
Rubéola	29	69	65	51,6	0,048
Uso de Sulfato Ferroso					<0,001
Por 90 dias	11	26,2	23	18,3	
Por 60 a 89 dias	10	23,8	0	0	
Menos de 60 dias	15	35,7	60	47,6	
Não fizeram uso	06	14,3	43	34,1	
Depressão puerperal	02	4,8	23	18,3	0,033

14

(a) Razão de Chance

(b) A chance de o aleitamento exclusivo e de o aleitamento não exclusivo ocorrerem foi calculada tendo como valor de referência o “não aleitamento”.

(c) A chance de estar com o exame Papanicolaou vigente foi calculada tendo como valor de referência “nunca ter realizado o exame”.

(d) A chance de utilizar sulfato ferroso por 90 dias foi calculada tendo como valor de referência não ter feito uso da medicação.

(e) P- valor calculado através do teste de Fisher.

8 DISCUSSÃO

As puérperas dos dois grupos de estudo eram jovens, com idade média de 27 anos; brancas; viviam com companheiro; trabalhadoras remuneradas; com escolaridade entre ensino fundamental incompleto ao ensino médio incompleto; realizaram mais de sete consultas de pré-natal; apresentaram alguma intercorrência na gravidez, tendo sido a infecção urinária a mais recorrente; foram submetidas à cesariana com índice acima do recomendado pela OMS de 15%. Quando tiveram parto normal, 15 (79%) puérperas do grupo de estudo e 42 (65,6%) do grupo não equivalente foram submetidas à episiotomia, e a maioria ofereceu aleitamento materno na primeira hora de vida. A única diferença estatisticamente significativa entre as puérperas dos dois grupos foi para a variável “número de filhos”, com maior número de primíparas no grupo de estudo, e, no grupo não equivalente, havia mulheres com dois ou mais filhos.

Um dado encontrado nos dois grupos foi a realização de mais de sete consultas de pré-natal, o que é um dos parâmetros para garantia de bons resultados perinatais considerado no índice de desempenho do SUS (IDSUS) (BRASIL, 2012a). A assistência ao pré-natal realizada por profissional capacitado, iniciada precocemente e com, no mínimo, sete encontros permite melhores resultados na assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2001; 2006). Porém tão importante quanto o número de consultas é a qualidade de cada atendimento. A cobertura numérica da assistência pré-natal, por si só, não garante bons resultados.

Apesar da ampliação na cobertura, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade, tais como a incidência de sífilis congênita; o fato de a hipertensão arterial, facilmente diagnosticada no pré-natal, ainda ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil; a presença cada vez mais frequente da “alta do pré-natal” com a falta de acompanhamento ambulatorial no fim da gestação, momento em que é maior a probabilidade de intercorrências obstétricas e o fato de que somente pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) consegue realizar o elenco mínimo das ações básicas do pré-natal como exames, imunização e consulta puerperal (GONÇALVES et al, 2011; BRASIL, 2006; SANTOS, 2000).

Entre as recomendações do PHPN está a solicitação do exame para o diagnóstico de infecção urinária que deve ser feita na primeira consulta, na 30ª semana de gravidez e sempre que necessário. A infecção urinária, intercorrência mais prevalente durante o pré-natal nos

grupos de estudo e não equivalente tem sido o problema clínico mais comum durante a gestação e, quando não diagnosticada ou tratada inadequadamente, pode resultar em complicações na gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2006; MINAS GERAIS, 2006).

Quanto ao tipo de parto, identificamos que 22 (52,4%) mulheres no grupo de estudo e 61(48,4%) no grupo não equivalente foram submetidas à cesariana. A proporção de cesáreas recomendada pela OMS deve corresponder aproximadamente a 15% do total de partos (BRASIL, 2008; MINAS GERAIS, 2010). O percentual encontrado no estudo é preocupante, pois, além de ser muito superior ao recomendado, ultrapassa a média nacional de 43,8% de cesariana (BRASIL, 2009). Mulheres que foram submetidas à cesariana apresentam maior chance de intercorrência no puerpério como dor, infecção, hemorragia e desmame precoce.

A cesariana destaca-se como o fator predisponente mais importante para a infecção puerperal, uma vez que o ato cirúrgico é o fator predisponente mais importante e aumenta a morbimortalidade puerperal. Quando comparada ao parto normal, a cesariana eleva o risco de alguns tipos específicos de infecção no puerpério como a endometrite, que aumenta de cinco a 30 vezes; a bacteremia, em duas a dez vezes; de abscesso ou tromboflebite pélvica, de duas vezes. Assustadoramente, o risco de morrer por infecção puerperal aumenta em 80 vezes no caso de mulher submetida a uma cesariana comparativamente ao parto normal (REZENDE, 2006).

A episiotomia esteve presente em 15 mulheres (79%) no grupo de estudo e em 42 mulheres (65,6%) no grupo não equivalente entre as mulheres que tiveram parto normal. O percentual nacional é de 71,6% e sua presença na maioria dos partos vaginais revela o uso rotineiro desta prática e a predominância de um modelo intervencionista na assistência ao parto normal no Brasil (BRASIL, 2009).

8.1. Assistência puerperal

O estudo evidenciou que 39 (31%) mulheres do grupo não equivalente não receberam nenhuma assistência no período puerperal, ao contrário das puérperas do grupo de intervenção, que receberam cinco atendimentos. A assistência à mulher no puerpério tem por objetivos identificar possíveis riscos para sua saúde e a do recém-nascido e intervir sobre eles, apoiar a interação da mãe com a criança, dar suporte à amamentação e fornecer informações e meios para o planejamento reprodutivo. No entanto muitas mulheres não têm recebido qualquer atendimento neste período (BRASIL, 2009).

A última pesquisa de Demografia e Saúde da Mulher e Criança (PNDS) realizada no Brasil em 2006 evidenciou que 60,8% das puérperas brasileiras não receberam nenhuma consulta puerperal. Ao analisar as diferenças regionais no país para a assistência puerperal, a PNDS (2006) demonstrou que, na região sudeste, o percentual é de 48,9%, valor melhor que a média nacional. A pesquisa demonstrou também que a consulta puerperal é mais comum em mulheres com mais de 19 anos, primíparas, residentes em meio urbano das regiões mais desenvolvidas, com melhor nível de escolaridade e de classe econômica mais elevada (BRASIL, 2009).

Neste estudo, no grupo não equivalente, identificamos semelhança com a pesquisa nacional no que se refere às características demográficas e obstétricas: a faixa etária acima dos 19 anos; mães de primeiro filho e residentes em meio urbano. Porém, o percentual de mulheres que não receberam nenhum atendimento foi menor do que o percentual encontrado na região sudeste. Prevalências menores de cuidados puerperais são mais frequentes em certos subgrupos da população, como entre puérperas com menos de nove anos de escolaridade e entre as mulheres que não receberam atendimento de pré-natal (MORB, MORTAL, 2007).

Identificamos no estudo que 87 (69%) puérperas do grupo não equivalente receberam pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem, porém apenas 15 (17,5%) foram atendidas nos primeiros dez dias de puerpério e somente 28 (32,5%) receberam algum atendimento no domicílio. O risco de apresentar problemas de saúde como febre, hemorragia, ingurgitamento mamário é mais frequente na primeira semana de puerpério (BRASIL, 2006; 2009).

A visita domiciliar é o primeiro contato da equipe de atenção primária com a mulher após o parto para a oferta de cuidados e identificações de riscos físicos, mentais, sociais e ambientais. Diante deste fato, após a alta hospitalar, a assistência deverá continuar, porém sob a responsabilidade da equipe de atenção primária à saúde, a qual realizará a visita domiciliar puerperal (OLIVEIRA, QUIRINO, RODRIGUES, 2012).

Além dos dois atendimentos no puerpério imediato, é recomendado um atendimento no puerpério tardio entre o 30º e o 42º dia, totalizando três atendimentos durante todo o período puerperal (BRASIL, 2006). Entretanto, somente cinco puérperas (5,8%) do grupo não equivalente receberam três atendimentos. A atenção no puerpério é de responsabilidade de toda equipe de saúde da atenção primária. Há ações que devem ser realizadas por todos os integrantes da equipe, porém a consulta da puérpera de risco habitual é atribuição da enfermeira e do médico. Geralmente, em alguns municípios, o primeiro atendimento é

realizado pela enfermeira através da visita domiciliar e a consulta no puerpério tardio é realizada pelo médico ou enfermeira (MINAS GERAIS, 2006).

No grupo não equivalente, 53 (60,9%) puérperas foram atendidas por profissionais das UAPS, sendo que as enfermeiras foram responsáveis exclusivamente por 22 (25,3%) atendimentos e, junto com os médicos, por 21 (24,2%). Este dado nos mostra que a consulta domiciliar no puerpério não vem sendo realizada sistematicamente pela enfermeira, pois todas as puérperas, mesmo aquelas que recorrem à maternidade ou ao sistema privado para a assistência puerperal, deveriam receber a visita deste profissional.

Outro fato que chama atenção no estudo é que a assistência domiciliar oferecida às puérperas do grupo não equivalente foi direcionada aos cuidados com o recém-nascido, como aleitamento materno, curativo do coto umbilical, banho do bebê, vacinação e retorno para puericultura. Muitas mulheres não foram examinadas pelos profissionais, com exceção das mamas avaliadas no intuito de garantir o aleitamento materno.

A equipe de saúde, muitas vezes, focaliza apenas a criança e, é comum também as puérperas regressarem ao serviço de saúde exclusivamente com a finalidade de acompanhar o crescimento e desenvolvimento e imunização do bebê (BRASIL 2009; VIEIRA et al, 2010; BICK, BASTOS e DINIZ, 2008), o que foi constatado no grupo não equivalente. Estudo realizado, no município da região Sul do Ceará, sobre a percepção de puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério, revelou que os cuidados puerperais, em sua maioria, direcionavam-se ao recém-nascido, com insuficiente atenção à puérpera (OLIVEIRA, QUIRINO e RODRIGUES, 2012).

Percebeu-se a dificuldade de acesso das mulheres do grupo não equivalente à assistência puerperal, o que pode interferir nos cuidados com sua própria saúde e a do bebê. A equipe de saúde precisa incorporar nas rotinas de trabalho condutas acolhedoras, humanas e padronizadas que garantam o acesso das puérperas à assistência qualificada (BRASIL, 2006).

É imprescindível uma reflexão acerca da necessidade de um acompanhamento mais próximo das puérperas do que o previsto nas políticas de saúde e da responsabilidade da enfermagem no puerpério adotando-se uma abordagem individualizada e específica da profissão que possibilite a atuação mais assertiva e de acordo com as reais necessidades deste grupo de usuárias do Sistema Único de Saúde (VIEIRA et al, 2010).

8.2. Aleitamento materno

O aleitamento materno foi evidenciado em 85,8% (35) das puérperas do grupo de estudo e em apenas 65,1% (32) do grupo não equivalente. O aleitamento materno exclusivo até o terceiro mês foi identificado em 42,9% (18) das puérperas no grupo de estudo e em somente 25,4% delas (32) no grupo não equivalente com $P=0,020$. A chance de as puérperas do grupo de estudo estarem em aleitamento materno foi 4,13 vezes a chance das puérperas do grupo não equivalente, e a chance de estarem em aleitamento materno não exclusivo foi 2,64 vezes.

Apesar de as evidências científicas provarem a superioridade do aleitamento materno e dos esforços de diferentes organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em particular as de amamentação exclusiva, estão abaixo do indicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009c).

A última pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher (BRASIL, 2009) revelou que a prevalência de crianças, em aleitamento materno exclusivo, até o sexto mês no Brasil foi de 39,8%. Posteriormente, foi realizada a II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009b), que constatou melhora na prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, com percentual de 41% para o Brasil. A mesma pesquisa demonstrou que a probabilidade das crianças, com 90 dias de vida, estarem em aleitamento materno exclusivo é de 34,3% no Brasil, 34,6% na região sudeste e de 32% em Minas Gerais.

A probabilidade do aleitamento materno no Brasil para 90 dias de puerpério foi 87,4%; na região sudeste, de 84,7% e em Minas Gerais, de 84,9% (BRASIL, 2009b).

De acordo com a classificação de aleitamento materno da OMS, o resultado da presente investigação para o grupo que recebeu a assistência através da diretriz proposta ainda é considerado razoável para o aleitamento materno exclusivo, uma vez que o valor encontrado de 42,9% está abaixo do percentual considerado bom, que é acima de 50% (BRASIL, 2009b; 2009c).

A paridade foi a única variável interveniente que não apresentou semelhança entre os grupos com percentual maior de mulheres primíparas no grupo de estudo. A chance de mulheres primíparas desmamarem precocemente seus filhos, oferecendo leite artificial, é maior do que para as mulheres que já tiveram filhos (NIQUINI et al, 2009; FRANÇA et al, 2007; LANDE et al, 2003). A insegurança da mulher que se torna mãe pela primeira vez é um

fator que colabora para a menor duração do aleitamento materno (FALEIROS, TREZZA, CARANDINA, 2006). Apesar da comprovação dos autores da relação direta de mulheres primíparas com o desmame precoce, as participantes do grupo de estudo amamentaram por um período maior do que as do grupo não equivalente.

Uma limitação identificada neste estudo em relação ao aleitamento materno foi o fato de não ter pesquisado nos dois grupos, com as mulheres que já tiveram filhos, a experiência prévia com a amamentação. A manutenção do aleitamento materno está mais fortemente relacionada ao sucesso ou insucesso prévio da amamentação do que com o fato de ser primípara (NIQUINI et al, 2009).

O principal motivo alegado para não oferecerem o leite materno foi o mito do “leite fraco e de ter pouco leite”. Saber se as puérperas acreditam neste mito e trabalhar o mesmo é importante, pois a falta de conhecimento das puérperas sobre a qualidade do seu leite e a importância deste para o desenvolvimento do bebê é uma das causas do desmame precoce (CRUZ et al, 2010). Os profissionais de saúde têm entre suas funções o apoio ao aleitamento materno, ajudando as gestantes e puérperas a vencerem barreiras culturais para superar a crença de que seu leite é fraco ou insuficiente, pois esta crença tem sido decisiva nas altas taxas de desmame precoce ou não aleitamento (CARVALHO e TAMEZ, 2002).

A oferta de chupeta ao bebê, considerada como outra barreira para o aleitamento materno foi relatada por 21 puérperas (50%) do grupo de estudo e por 62 (49,2%) do não equivalente. Em 2008, o uso de chupeta por menores de 1 ano de idade esteve presente em 14.640 (42,9%) crianças no Brasil, 3.222 (50,3%) na região sudeste e em 475 (49,1%) crianças em Minas Gerais (BRASIL, 2009c).

As intercorrências mamárias estiveram presentes em 18 (42,9%) puérperas do grupo de estudo, sendo a fissura a mais frequente. As intercorrências mamárias como fissuras, ingurgitamento e mastite e doenças podem impedir provisoriamente ou absolutamente a amamentação e devem ser consideradas pelos profissionais de saúde. A causa mais comum de dor para amamentar são lesões nos mamilos por posicionamento e pega inadequados (*Idem*).

Apesar de os fatores culturais, opinião de familiares e desejo pessoal interferirem no ato de amamentar, este também é influenciado pelas orientações e apoio adequados recebidos pelas mulheres em todas as fases da vida, perpassando pela infância, adolescência e idade adulta, com especial atenção durante a gestação e puerpério. O “mito do leite fraco e do pouco leite”, fissuras no mamilo e o uso de chupeta, diretamente relacionados com o desmame precoce, são temas que devem ser abordados pelos profissionais de saúde.

A oferta de leite materno o mais precoce possível após o nascimento é considerada um importante indicador. No atual estudo, esta prática não é uma variável de desfecho como o aleitamento materno, aleitamento exclusivo e uso de chupeta, porém, a oferta de leite materno na primeira hora de vida pode interferir no sucesso da amamentação.

Constatamos que 32 puérperas (76,2%) do grupo de estudo e 73 (57,9%) do não equivalente ofereceram leite materno na primeira hora de vida. Apesar do maior percentual no grupo de estudo, não houve diferença estatística significativa para o aleitamento materno na primeira hora para os grupos de estudo com $P= 0,095$.

A PNDS de 2006 identificou que 42,9% das crianças no Brasil e 37,6% na região sudeste foram amamentadas na primeira hora após o parto, valor 30% superior ao encontrado na PNDS de 1996 de 33% (BRASIL, 2009). Porém, resultados melhores foram encontrados mais recentemente na II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno realizada em 2008, que verificou que 67,7% das crianças do país, 63,5% na região sudeste e 64,1% em Minas Gerais foram amamentados na primeira hora de vida. De acordo com a classificação de aleitamento materno da OMS, o índice de menos de 29% das crianças amamentadas na primeira hora de vida é considerado ruim, razoável entre 30% e 49%, bom de 50% a 89% e muito bom de 90% a 100% (BRASIL, 2009b).

Todas as puérperas do grupo de estudo foram informadas sobre aleitamento materno, porém foi constatado que 20 (15,9%) do grupo não equivalente não receberam nenhuma informação. Resultado semelhante ao do grupo não equivalente foi encontrado em estudo transversal realizado em municípios gaúchos, que constatou que 18% das mães não receberam nenhuma informação sobre aleitamento materno (CRUZ et al, 2010).

Apesar de 42 (100%) puérperas do grupo de estudo terem recebido informações sobre o aleitamento materno, seis (14,2%) mulheres não estavam amamentando seus filhos e somente 18 (42,9%) amamentaram exclusivamente até o terceiro mês de puerpério. Dentre as ações mais realizadas pela equipe de enfermagem durante o puerpério, destaca-se o estímulo à amamentação (OLIVEIRA, QUIRINO e RODRIGUES, 2012). Embora a maioria dos profissionais de saúde declare-se favorável ao aleitamento materno e competente nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não será bem-sucedido se estes não tiverem um olhar atento, abrangente, que considere os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher (BRASIL, 2009c).

Estudo que avaliou as vantagens da ESF, no fornecimento de informações sobre amamentação, também demonstrou que pouco menos de dois terços das mães indicaram que foram ouvidas sobre suas dúvidas e preocupações a respeito do aleitamento materno (CRUZ

et al, 2010). Muitas puérperas revelam-se insatisfeitas com o tipo de apoio recebido e, requerem suporte ativo e informações precisas, para se sentirem confiantes, mas o suporte oferecido pelos profissionais costuma ser mais passivo. Para o incentivo ao aleitamento materno, o profissional de saúde precisa entender que tipo de apoio, interação e informação necessitam as puérperas (BRASIL, 2009c).

8.3. Uso de método anticonceptivo

No estudo, encontramos 40 (95,2%) puérperas do grupo de estudo e 111 (88%) do grupo não equivalente em uso de algum método anticonceptivo. Apesar de consideráveis, estes valores foram reduzidos para 32 (80%) no grupo de estudo e 90 (81%) no grupo não equivalente, ao considerarmos o uso de método adequado para o puerpério. Além desta importante redução, não foi identificado diferença estatística significativa para o uso de métodos anticonceptivos entre as puérperas dos grupos de estudo com $P=0,430$.

Medidas de planejamento familiar no puerpério são consideradas uma importante estratégia para prevenção de uma gestação precoce não planejada e conseqüente bem-estar materno-fetal. Intervalos curtos entre gestações estão relacionados à maior morbimortalidade materna, neonatal e infantil (VIEIRA, BRITO e YAZLLE, 2008). A utilização de algum método anticonceptivo neste momento é fundamental para evitar uma gravidez inesperada e com curto intervalo interpartal (PARREIRA, SILVA e MIRANZI, 2011).

Além da preocupação com a garantia da saúde da mulher e o bem-estar de sua família, o planejamento familiar é um direito de homens e mulheres que deve ser contemplado nas diversas fases da vida, inclusive no puerpério e no pós-abortamento, visando ao direito de escolha para planejamento da prole (BRASIL, 2009d).

Apesar da garantia deste direito por lei, o número de mulheres que não fazem uso de métodos anticonceptivos foi demonstrado na PNDS de 2006, encontrando 16,4% das mulheres em idade reprodutiva sem a utilização de qualquer método, o que evidencia a necessidade de atenção da equipe para medidas de planejamento familiar (BRASIL, 2009 d; 2006).

Encontramos valores menores no presente estudo, pois duas (4,8%) mulheres do grupo de estudo e 15 (12%) do grupo não equivalente não estavam em uso de qualquer método. Embora tenham sido acompanhadas durante o puerpério, oito (20%) mulheres do grupo de estudo estavam em uso inadequado de método anticonceptivo. Destas, quatro (50%) faziam

uso de método hormonal combinado, apesar de amamentarem exclusivamente. Durante o puerpério, recomenda-se a utilização somente dos anticoncepcionais hormonais de progesterona, pois os combinados são contraindicados para as mulheres que estão amamentando, uma vez que o componente estrogênico interfere na produção, na qualidade e quantidade do leite materno e pode afetar adversamente a saúde do bebê (BRASIL, 2001; 2009d; VIEIRA, BRITO e YAZLLE, 2008).

Outra prática encontrada entre puérperas do grupo de estudo que estavam em uso de método inadequado foi a emprego de minipílula, mesmo sem estar em aleitamento materno exclusivo ou predominante, o que é contraindicado devido a risco de uma nova gestação ainda no puerpério, pois a pílula de progesterona pura, quando não utilizada juntamente com a amamentação exclusiva ou predominante, tem sua eficácia diminuída (BRASIL, 2001; 2009d).

A falta de prescrição de um método anticonceptivo por profissional de saúde identificada no grupo não equivalente foi principal motivo para a não utilização de um método, sendo que no grupo de estudo os métodos anticoncepcionais foram prescritos nas UAPS para 82,5% (33) das puérperas. O grupo não equivalente apresentou apenas 28,9% (32) das mulheres com prescrição por profissional da UAPS, 28 (25,2%) puérperas recorreram a serviços privados para prescrição do método e cinco (4,5%), à automedicação. Salienta-se que fazer uso de método anticonceptivo sem orientação ou prescrição de profissional de saúde pode trazer risco à saúde da mulher. Durante o puerpério, esta prática torna-se ainda mais arriscada, pois pode prejudicar também o bebê que está em aleitamento materno.

No grupo de estudo, metade das mulheres que não estavam em uso de método alegou estar aguardando para se submeter à laqueadura tubária ou que o companheiro fizesse uma vasectomia. Enquanto esperavam por um método cirúrgico, as mulheres corriam risco de engravidar e poderiam estar em uso de outro método anticonceptivo adequado. O fato pode revelar a dificuldade de acesso a algum método anticonceptivo. O período de espera para o uso de um método irreversível pode variar entre meses e anos, dependendo das condições legais (PARREIRA, SILVA e MIRANZI, 2011) e organização dos serviços de saúde.

A Lei nº 9.263, que trata do planejamento familiar no Brasil, afirma que é preciso apenas um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico (BRASIL, 2009d). Certamente, tal medida visa evitar arrependimento após os procedimentos, o que tem sido frequente em mulheres laqueadas no país (VIEIRA, 2007), porém a espera por tempo prolongado para a utilização de métodos irreversíveis tem sido relatada pelas mulheres como encontramos no estudo.

Além de a utilização de métodos anticoncepcionais sofrer influência do acesso aos serviços de saúde, da disponibilidade dos métodos, de fatores gerenciais e socioculturais, os profissionais também desempenham importante papel no planejamento familiar. Porém, evidencia-se a falta de informação das puérperas sobre os métodos anticoncepcionais adequados e lacuna no papel do enfermeiro como orientador quanto a esses métodos (PARREIRA, SILVA e MIRANZI, 2011).

Os profissionais de saúde da atenção básica não se sentem preparados para implementar as ações referentes ao planejamento reprodutivo e este ainda não é percebido como uma ação prioritária neste nível de atenção a saúde (BRASIL, 2009d). Para Osis et al (2006) a indisponibilidade de métodos anticoncepcionais nos serviços públicos de saúde e a falta de capacitação dos profissionais têm marcado a atenção ao planejamento familiar no Brasil.

A garantia de infraestrutura necessária ao funcionamento das unidades de saúde, dotando-as de recursos materiais, tecnologias apropriadas, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas; o apoio aos processos de educação permanente; e a garantia de redes de referências fora do âmbito da atenção primária são ações que os gestores municipais devem possibilitar para a plena concretização das ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2009d).

É preciso desburocratizar algumas ações antes da, durante e após a escolha dos métodos anticoncepcionais, normatizar os grupos de direitos reprodutivos nas UAPS, facilitar o acesso das mulheres a estes grupos, capacitar os profissionais para as ações de planejamento familiar, aumentar a resolutividade dos profissionais da atenção primária no processo de laqueadura tubária e vasectomia, manter um acompanhamento dos processos desde o momento em que são encaminhados para outros níveis de atenção até a realização do procedimento. Este conjunto de medidas pode evitar a espera prolongada pelo método; reduzir as altas taxas de cesariana, que deve ser indicada para fim exclusivo de esterilização; prevenir a gravidez não desejada e, principalmente, evitar o aumento da morbimortalidade no período gravídico puerperal.

8.4. Exame de Papanicolaou

O percentual de puérperas em dia com a realização do exame de colpocitologia oncótica no momento da coleta de dados foi de 85% (36) no grupo de estudo e 63,2% (80) no grupo não equivalente. O percentual de exame não vigente equivaleu a 5,0% (duas) e 25,6% (32) no grupo de estudo e não equivalente respectivamente. A diferença estatística foi significativa ($P=0,015$) e a chance de as puérperas do grupo de intervenção estarem com o exame de Papanicolaou vigente foi 1,51 vezes a chance das puérperas do grupo não equivalente. Nos dois grupos, houve puérperas que nunca realizaram o exame, com quatro (10%) no grupo de estudo e 14 (11,2%) no grupo não equivalente, respectivamente.

Estima-se que cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca tenham sido submetidas ao exame citopatológico, apesar de o país ter sido um dos primeiros no mundo a adotar esta tecnologia (BRASIL, 2006a). Um terço dos casos de câncer cervicouterino acomete as mulheres durante o período reprodutivo e a chance de ser diagnosticadas durante o período gravídico puerperal aumenta, pois este pode ser o único contato da mulher com o serviço de saúde para consultas de controle, em especial no pré-natal (JACOBS, 2004; GONÇALVES et al, 2011).

O pré-natal representa uma excelente oportunidade para prevenção do carcinoma cervical, porém estudo transversal realizado no Rio Grande (RS), em 2007, evidenciou que, mesmo após terem realizado o pré-natal, 36% das puérperas permaneceram sem nunca terem realizado o exame de citologia cervical e 4,9% continuaram com o exame citopatológico desatualizado por medo de sentir dor, receio de prejudicar o bebê ou de incômodo diante do aumento do abdome (GONÇALVES et al, 2011).

No presente estudo, somente 32 (19%) do total de 168 puérperas realizaram o exame durante o pré-natal e 18 (10,7%) foram acompanhadas no pré-natal sem nunca terem realizado o exame. Estes dados demonstram que a cobertura numérica de consultas de pré-natal, apresentada pelos grupos de estudo, principalmente no grupo não equivalente, não garantiu a qualidade da assistência oferecida, uma vez que o exame de Papanicolaou deveria fazer parte da rotina do pré-natal.

Apesar disso, constatamos que a assistência puerperal adequada melhorou o acesso das mulheres ao Papanicolaou e aumentou a cobertura do exame no grupo de estudo, pois foi verificado que, enquanto no grupo de estudo 20 puérperas (52,6%) realizaram o exame no

puerpério, apenas 19 puérperas (17%) do grupo não equivalente foram submetidas ao exame neste período.

A não realização do exame de Papanicolaou e, conseqüentemente, o diagnóstico tardio do câncer de colo uterino podem estar relacionados com a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde; à baixa capacitação de recursos humanos; à incapacidade do sistema público em absorver a demanda das unidades de saúde; à dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer uma linha de cuidados que envolva todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006a). O estímulo à realização da consulta puerperal com a oferta do exame de Papanicolaou para as mulheres que nunca realizaram ou que estão com o exame desatualizado é uma estratégia importante que pode ser adotada rotineiramente pelos profissionais a fim de diminuir o número de mulheres, inclusive no período reprodutivo, que adoecem e morrem por esta neoplasia.

8.5. Uso de sulfato ferroso para prevenção de anemia

A utilização do sulfato ferroso no puerpério por qualquer período foi constatada em 85,7% (36) das mulheres do grupo de estudo e em 65,9% (83) das do grupo não equivalente. Seis (14,3%) mulheres do grupo de estudo não fizeram uso da medicação em nenhum momento do puerpério e 43 (34,1%) do grupo não equivalente, com uma diferença estatística significativa de 0,047. Quanto à suplementação de sulfato ferroso por 90 dias, como preconiza a Organização Mundial da Saúde, esta foi evidenciado em 26,2% (11) das mulheres no grupo de estudo e em 18,3% (23) das puérperas do grupo não equivalente. Apesar do pequeno percentual nos dois grupos, o nível de significância foi considerável com $P < 0,001$ e a chance de as puérperas do grupo de estudo fazerem uso do sulfato ferroso por 90 dias foi 3,43 vezes a chance das puérperas do grupo não equivalente ($RC=3,43$).

A utilização do sulfato ferroso identificada no grupo não equivalente de 65,9% foi semelhante ao estudo realizado em 2006, com 121 puérperas, em Ribeirão Preto (SP), que teve como um dos objetivos identificar a utilização de suplemento à base de ferro no ciclo gravídico puerperal. Nesse estudo, 66,9% das mulheres fizeram uso de sulfato ferroso no puerpério e 33,1% não o utilizaram (CARMO, 2007). Embora tenha sido constatada uma pequena utilização da medicação por três meses de puerpério em nosso estudo, esta foi ainda menor no estudo acima citado, que verificou que as puérperas que utilizaram a medicação

(84,7%) fizeram uso somente por 30 dias e 15,3% por 60 dias. Não foi evidenciada nesse estudo a utilização por 90 dias.

O principal motivo para a não utilização do sulfato ferroso durante o puerpério no grupo não equivalente foi ausência de prescrição por profissional de saúde, declarada por 53% (23) das puérperas. Apesar de não ter sido a principal causa apontada no grupo de estudo, a não prescrição ainda foi referida por duas (33,3%) mulheres que não fizeram uso da medicação.

Algumas maternidades têm como rotina prescrever a medicação na alta hospitalar. Porém os profissionais da atenção primária precisam conferir, no primeiro contato com as puérperas, se a medicação foi prescrita, se está sendo utilizada e, principalmente, ressaltar a importância desta para a saúde da puérpera. Caso não tenha sido recomendada na alta hospitalar, a prescrição do sulfato ferroso e a orientação para o uso devem ser feitas o quanto antes.

A não utilização devido a outros motivos como “mal-estar após o uso” ou “não achar necessário” esteve presente nos dois grupos: em 19 (44,1%) do não equivalente e em duas (33,3%) do grupo de estudo. O surgimento de efeitos colaterais indesejáveis como náusea, vômito, diarreia, constipação intestinal e dores abdominais e a longa duração do tratamento são alguns fatores que dificultam a adesão ao tratamento. Muitas mulheres consideram os efeitos adversos da medicação mais indesejáveis que as alterações causadas pela própria anemia (BRASIL, 2007).

Efeitos adversos ao sulfato ferroso são mais frequentes na gravidez do que no puerpério, porém algumas mulheres que se sentiram mal com a medicação na gestação podem temer utilizá-la após o parto. O Ministério da Saúde recomenda a dosagem única diária de ferro para diminuir a intolerância, que tem sido mais frequentemente observada com o uso de dosagem maior. Além de contribuir para redução de efeitos colaterais, a recomendação de ingestão diária de 60mg de ferro elementar tem sido significativamente eficaz (*Idem*).

A utilização do sulfato ferroso no puerpério é menos frequente que na gravidez. Foi comprovado no estudo que algumas mulheres não fizeram uso da medicação por considerarem que, após o parto, não é importante ou necessário manter o uso. Segundo Carmo (2007) o uso da medicação pela mulher na gestação seria uma obrigação materna, e no puerpério, não haveria esta necessidade.

8.6. Imunização no puerpério

O estudo revelou maior cobertura das vacinas antitetânica, contra rubéola e hepatite B no grupo que recebeu assistência através da diretriz proposta. Houve diferença estatística significativa para as três vacinas, porém a diferença mais expressiva foi para a vacina contra hepatite B ($P=0,004$), seguida da antitetânica ($P=0,014$) e, por fim, para a antirrubéola ($P=0,048$). A chance de as puérperas do grupo de estudo estarem imunizadas com a vacina antitetânica foi 8,64 vezes maior que a chance das puérperas do grupo não equivalente. Para a imunização com a vacina anti-hepatite B, a chance foi de 3,29 vezes e de 2,09 vezes para a vacina anti-rubéola.

A diferença estatística significativa (0,004) para a cobertura contra a hepatite B pode estar relacionada à sua recente inserção no calendário vacinal das gestantes no país e, conseqüentemente, maior divulgação e incentivo das mulheres pelos profissionais de saúde. Apesar da maior cobertura das vacinas no grupo de estudo, as metas estabelecidas no Programa Nacional de Imunização não foram alcançadas.

Para a vacina antitetânica, a meta é 100% das mulheres de 12 a 49 anos e em 100% das gestantes não imunizadas previamente ou com esquema vacinal incompleto, objetivando prevenir o tétano neonatal. Se a meta recomendada fosse seguida, todas as mulheres deveriam estar imunizadas contra o tétano na ocasião do puerpério, porém, no estudo, a cobertura foi de 97,6% (41) no grupo de estudo e 82,5% (104) no grupo não equivalente.

Apesar de inferior à meta nacional, a cobertura da vacina antitetânica no grupo de estudo foi maior que a encontrada em outros estudos realizados em algumas regiões do país. Carvalho e Novaes (2004) encontraram 87,2% em Curitiba; Nascimento, Paiva e Rodrigues (2007) identificaram 33,5% na Bahia e Parada (2008), 31,4% em São Paulo. Estudo nacional realizado em 2006 através da PNDS constatou que 69% das mulheres pesquisadas foram imunizadas contra o tétano com cobertura menor nas regiões mais desenvolvidas do país como a sudeste, que apresentou cobertura de apenas 67,6% (BRASIL, 2009).

Valer-se do período puerperal para imunizar a mulher contra o tétano é uma conduta adequada e oportuna, pois estudos que avaliaram a assistência pré-natal e puerperal através do PHPN evidenciaram a constância de mulheres não imunizadas no puerpério, mesmo tendo sido assistidas com mais de seis consultas no pré-natal (COUTINHO et al, 2003; CARVALHO e NOVAES, 2004; NASCIMENTO, PAIVA e RODRIGUES, 2007; PARADA, 2008; SIQUEIRA, 2011).

A meta para a vacina contra a rubéola estabelecida pelo PNI é de 95% das mulheres em idade fértil e por ocasião do puerpério ou do pós-aborto imediato, entretanto, no nosso estudo, a cobertura foi de apenas 69% (29) nas mulheres do grupo de estudo e de 51,6% (65) no grupo não equivalente. O puerpério é o melhor momento da fase reprodutiva da mulher para imunização contra a rubéola, devido menor risco de estar grávida, uma vez que a vacina é contraindicada frente à suspeita ou confirmação de gestação, entretanto este período não tem sido aproveitado e valorizado para a administração da vacina.

Ferreira e Silveira (2006) afirmaram que a perda de oportunidade também ocorre com a vacina contra a hepatite B, em vários grupos de risco. Apesar de ser ofertada gratuitamente por serviços públicos de saúde, a cobertura vacinal estimada ainda é modesta, sendo imprescindível que os profissionais incentivem a população-alvo.

Mesmo com todas as recomendações e avanços do PNI no Brasil, representados pela redução do número de pessoas que adoecem e morrem por doenças preveníveis por imunização e pela erradicação de doenças que desperdiçavam vidas de crianças e adultos, continua sendo comum em nosso país a perda de oportunidade de vacinação durante os encontros da população com o serviço de saúde, com conseqüente prejuízo da cobertura vacinal e, principalmente, risco de adoecimento e morte por doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2001b).

8.6. Depressão, morbidade febril e hemorragia puerperal

O estudo mostrou ocorrência da depressão em 23 (18,3%) puérperas do grupo não equivalente e em somente duas (4,8%) mulheres do grupo de estudo. De acordo com o MS (BRASIL, 2006), a depressão puerperal acomete de 10% a 15% das mulheres, porém outros autores têm referido ocorrências maiores. Ricci (2008) acredita que a média mundial de depressão puerperal é de 20%. Estudo realizado no Rio Grande do Sul encontrou prevalência de depressão puerperal de 19,1% (MORAES et al, 2006). Resultado maior foi encontrado no interior de São Paulo com 26,8% (SILVA, 2008); em Minas Gerais, a prevalência foi de 29,79% (SOUSA, 2008) e o maior valor encontrado foi de 37,1% em São Paulo (CRUZ, SIMÕES e CURY, 2005).

Enquanto 100% das puérperas do grupo de estudo que tiveram depressão foram encaminhadas para atendimento médico, do grupo não equivalente, apenas cinco (22%)

puérperas foram atendidas no serviço de saúde e submetidas a algum tratamento e 18 (72%) não foram assistidas.

A hemorragia no grupo não equivalente ocorreu em cinco (4%) puérperas, incidência igual à comumente encontrada (RICCI, 2008) e não identificada no grupo do experimento. Estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul com 180 puérperas ocorreu 3,3% casos de hemorragia puerperal (RAVELLI, 2008).

A morbidade febril puerperal apresentou, nos dois grupos, uma incidência maior do que o valor geralmente estimado de 8% (RICCI, 2008). No grupo de estudo, ocorreu em cinco (11,9%) puérperas e, no grupo não equivalente, em 16 (12,7%). Resultado inferior foi constatado no estudo de Ravelli (2008), que identificou a doença febril em apenas 1,1% das puérperas.

Apesar da menor incidência das três intercorrências no grupo de estudo, a única que apresentou significância estatística entre os grupos foi a depressão puerperal na incidência ($P=0,033$), no encaminhamento ($P=0,029$) e tratamento precoce ($P=0,019$). A chance de puérperas do grupo de intervenção terem depressão se mostrou menor que a chance das puérperas do grupo não equivalente. A Razão de Chance < 1 ($RC=0,22$) aponta que a diretriz pode se comportar como um fator de proteção contra a depressão puerperal.

A ocorrência da doença febril e hemorragia puerperal não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos de estudo, o que significa que estas doenças se deram independentemente de as puérperas receberem ou não atendimento de acordo com a diretriz proposta. Este resultado pode ser parcialmente explicado pelos fatores de risco das patologias. A maioria destes fatores está ligada à assistência oferecida pelos profissionais das maternidades durante o trabalho de parto, parto e as primeiras horas de puerpério e a assistência pré-concepcional e gestacional.

Os principais fatores que colocam uma mulher em risco para a infecção puerperal são a cesariana, ruptura prematura das membranas amnióticas; cateterismo urinário; anestesia regional, hemorragia no puerpério, retenção de fragmentos placentários, remoção manual da placenta, monitoração fetal interna durante o trabalho de parto, parto assistido por fórceps ou vácuo, traumatismo do trato genital como lacerações e episiotomia; trabalho de parto prolongado com exames vaginais frequentes, contaminação pelas mãos da equipe ou contaminação de instrumentais (BRASIL, 2005; RICCI, 2008).

Os fatores de risco que expõem uma mulher a infecção puerperal, relacionados geralmente à assistência pré-concepcional e pré-natal, são a higiene comprometida como

anemia, desnutrição, obesidade, tabagismo, uso abusivo de drogas, imunização inexistente ou inadequada com o toxoide tetânico e diabetes gestacional (BRASIL, 2005; RICCI, 2008).

Os fatores de risco para a hemorragia que dependem da assistência oferecida pelos profissionais das maternidades são: terceiro estágio prolongado, episiotomia mediolateral, parada da descida, lacerações, perineotomia, parto assistido por fórceps ou vácuo extrator e trabalho de parto com uso de ocitocina, extração manual da placenta, exaustão, parto precipitado (BAXLEY et al, 2011; RICCI, 2008). Outros fatores de risco são os obstétricos como pré-eclâmpsia, nuliparidade, gestação múltipla, hemorragia no puerpério anterior, cesárea anterior, infecção uterina, desnutrição, hipotensão materna, placenta prévia progressiva, grande multiparidade e polidrâmnio (*Idem*). Os fatores clínicos mais importantes são as coagulopatias, anemia materna e estão relacionados à assistência no período pré-concepcional e gestacional.

Fica claro, diante do exposto, que a prevenção destas patologias após a alta hospitalar é difícil, uma vez que a maior parte dos fatores de risco está relacionada à assistência recebida no terceiro nível de atenção. A atribuição mais significativa da enfermeira que atua na APS seria a identificação precoce, condutas imediatas que estejam de acordo com sua competência e encaminhamento imediato da puérpera para assistência diante da doença febril e hemorragia puerperal.

A OMS admite que a incapacidade de reconhecer o início da doença, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a falta de conhecimento sobre os sinais e sintomas, os atrasos inaceitáveis na prestação de cuidados nas instituições de saúde, a falta de educação continuada para equipe de saúde e cuidados inadequados no pré-natal, parto e no puerpério imediato são outros fatores de risco importantes para as patologias puerperais (OMS, 2005).

Em nosso estudo, não foi possível comparar a conduta frente à hemorragia puerperal, pois não ocorreu no grupo de estudo, porém, para a doença febril puerperal, que acometeu cinco (11,9%) puérperas do grupo de estudo e 16 (12,7%) no grupo não equivalente, constatamos que, enquanto quatro mulheres (80%) do grupo de intervenção foram assistidas, apenas nove (56,2%) do não equivalente contaram com atendimento diante da intercorrência. Ressaltamos que uma puérpera do grupo de estudo apresentou doença febril puerperal e não foi atendida pela enfermeira por ter apresentado a intercorrência entre a consulta domiciliar realizada aos sete dias e a consulta com 25 dias de puerpério e fez uso da medicação prescrita na alta hospitalar, não tendo recorrido à UAPS. A enfermeira teve conhecimento da alteração somente no segundo atendimento.

A depressão puerperal, que, ao contrário da doença febril e hemorragia, apresentou significância estatística entre os grupos de estudo e não equivalente está diretamente ligada à assistência puerperal, apesar das implicações que a assistência pré-natal e ao parto exercem sobre o estado emocional das mulheres. Ricci (2008), Corleta e Kalil (2010) acreditam que a falta de assistência adequada no pré-natal, parto e puerpério pode aumentar o risco de alterações emocionais.

A falta de apoio durante o puerpério é considerada por Sousa (2008) como um dos fatores de risco para a depressão puerperal. A mulher que não recebe ajuda tem maior probabilidade de apresentar um quadro depressivo. O mesmo estudo demonstrou a associação significativa entre depressão e menor apoio do SUS, porém o principal suporte do SUS alegado pelas mulheres deste estudo foi referente ao suporte hospitalar e não das UAPS. É importante que a puérpera tenha à sua disposição pessoas com quem possam contar e conversar a respeito de seus problemas e preocupações, sendo ouvidas e recebendo conselhos e sugestões (SOUSA, 2008; SILVA et al, 2003).

Vale ressaltar que, durante a coleta de dados com as puérperas do grupo não equivalente, principalmente as que não haviam recebido qualquer assistência no puerpério, foi notória a necessidade das mulheres em falar sobre seus problemas, preocupações e angústias. Algumas demonstravam claramente sinais e sintomas de depressão puerperal e pediam ajuda, principalmente as que não desejaram a gravidez ou que não podiam contar com um parceiro.

Em umas das visitas, nos deparamos com uma puérpera com 89 dias de puerpério com vários sinais e sintomas de depressão, que relatou não conseguir cuidar do bebê, ter tentado cortar o pulso e desejo constante de autoextermínio. Apesar da gravidade do caso, esta mulher não recebeu nenhum atendimento durante o puerpério. Além da escuta ativa e da realização de mais duas visitas a esta puérpera, ao deparamos com esta situação, realizamos contato com a equipe da UAPS de referência, relatamos a condição da puérpera e solicitamos consulta médica.

Outro caso que chamou a atenção foi de uma puérpera com a qual fizemos três tentativas, sem êxito, para a coleta de dados. Apesar de os vizinhos afirmarem que ela se encontrava em casa, esta não atendia a porta. Na terceira tentativa, a puérpera nos recebeu e afirmou passar o dia na cama, não sair de casa e evitar receber visitas, não tinha ânimo para cuidar do bebê, cuidar de si, realizar as atividades domésticas e chorava constantemente. Sentia que tinha algo de errado com ela, mas preferiu dizer para família que seu desânimo e sono eram pelo fato de o bebê trocar a noite pelo dia. Esta recebeu somente um atendimento da equipe de saúde e aguardava encaminhamento para o psiquiatra há mais de 60 dias. A

conduta que adotamos frente a esta situação foi o esclarecimento à puérpera e à família dela sobre a depressão puerperal e contato com a enfermeira da UAPS para busca ativa e para encaminhamento ao psiquiatra. Ficaram evidentes a necessidade de apoio da equipe de saúde e os riscos a que estavam expostas.

Os maiores aliados da depressão puerperal são o descaso e a subestimação do sofrimento da mulher pela família e equipe de saúde. Para a superação da depressão ou de suas consequências, é imprescindível a união de forças entre os profissionais de saúde e familiares, o acolhimento e apoio às puérperas, principalmente as com fatores de risco para a doença (SILVA et al, 2003).

Durante a assistência, as enfermeiras devem estar atentas ao histórico da mulher em busca de fatores de risco para a depressão, identificação precoce de manifestações da doença e auxiliar a mulher a obter os cuidados adequados para a condução da doença (RICCI, 2008).

A depressão puerperal é um problema cada vez mais constante no cotidiano da atenção primária à saúde e as enfermeiras que atuam neste nível de atenção se encontram em uma posição favorável para detectar precocemente e intervir, evitando o agravamento e as consequências da depressão puerperal para a própria mulher, criança e família (SANTOS JUNIOR, SILVEIRA e GUALDA, 2009).

A terapêutica medicamentosa em tempo oportuno tem sido importante no tratamento da depressão, principalmente dos casos moderados e graves, porém uma estratégia eficaz é a união do tratamento farmacológico com o não farmacológico. Existe a possibilidade de formação de grupos de apoio ou discussão, concomitantemente com a medicação, tendo como um dos objetivos aliviar os sentimentos depressivos (AZEVEDO, 2006; SOUSA, 2008). O investimento das enfermeiras em grupos de apoio, não somente para as puérperas com diagnósticos de depressão, mas também para aquelas que possuem fatores de risco biológicos, obstétricos e sociais para a depressão puerperal, pode ser uma estratégia eficaz para os enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde.

Evidenciamos uma menor incidência de depressão e maior encaminhamento dos casos ocorridos quando a mulher foi assistida e apoiada pelas enfermeiras, porém tem sido apontada por alguns autores a necessidade de produção de saberes específicos na abordagem e modelos teórico-práticos para o cuidado em enfermagem diante da depressão puerperal que vão além da atuação no diagnóstico precoce e encaminhamento a outros profissionais (SANTOS JUNIOR, SILVEIRA e GUALDA, 2009).

No cenário nacional, a maior parte dos estudos realizados sobre assistência puerperal utiliza a abordagem qualitativa, seguida de estudos descritivos, exploratórios e, por fim,

estudos avaliativos. Há escassez de estudos clínicos de acompanhamento de puérperas. Observa-se também a abordagem na assistência puerperal hospitalar em detrimento da assistência na atenção primária à saúde (VIEIRA et al, 2010). Bashor (2008) afirma que são raros estudos sobre os efeitos da atenção puerperal em países em desenvolvimento. Foi encontrado um estudo experimental realizado por Souza, T. (2001) em São Paulo, que analisou a relação da oferta da visita domiciliária de enfermagem com a redução da ansiedade de puérperas primigestas.

Identificamos quatro estudos internacionais de acompanhamento de puérperas através de programas de visitas ou atendimentos por enfermeira e parteiras: no Reino Unido (MACARTHUR et al, 2002), na Síria (BASHOUR et al, 2008) e os mais recentes na Austrália (FISHER, WYNTER, ROWE, 2010) e Estados Unidos (TSAI, et al, 2011). Os estudos internacionais enfatizaram, na sua maioria, a relação da assistência no puerpério com a saúde mental das mulheres. Somente os estudos dos EUA e da Síria relacionaram o atendimento no puerpério também com outras variáveis como aleitamento materno e uso de métodos anticonceptivos.

O estudo realizado em Damasco, na Síria, teve como objetivo verificar resultados no puerpério em mulheres que foram submetidas a quatro atendimentos em comparação com puérperas que receberam um atendimento e as que não receberam nenhum atendimento. Foram encontradas melhores taxas de aleitamento materno exclusivo até o quarto mês de puerpério. As puérperas que receberam quatro atendimentos tiveram também melhor proporção de aleitamento materno exclusivo, com 28,5% em comparação com mães que não receberam visitas, que apresentaram apenas 20%. Porém não comprovou diferença no uso de método anticonceptivo entre os grupos, com $P=0,415$ (BASHOUR et al, 2008).

No estudo realizado nos EUA, foi evidenciado um maior número de puérperas utilizando anticonceptivo quando houve intervenções no puerpério, 84,3% no grupo pós-intervenção em comparação com 71,7% sem intervenção, com $P=0,009$. Em relação ao aleitamento materno, este estudo demonstrou que puérperas acompanhadas sistematicamente amamentam por mais tempo, em comparação aquelas não acompanhadas, com valores, respectivamente, de 28,7% e 12,3%. (TSAI et al, 2011).

Os estudos internacionais levantados comprovaram resultados favoráveis em relação à depressão puerperal ou saúde mental das mulheres acompanhadas sistematicamente no puerpério (TSAI, et al, 2011; FISHER, WYNTER e ROWE, 2010; BASHOUR et al, 2008; MACARTHUR et al, 2002). Resultado positivo também foi evidenciado em estudo realizado em São Paulo, que demonstrou diminuição estatisticamente significativa no estado de

ansiedade no grupo experimental após a visita domiciliar de enfermagem (SOUZA T, 2001).

Finalizando, este estudo evidenciou resultados significativos no grupo de puérperas assistidas através da diretriz proposta em relação às não assistidas para as variáveis: aleitamento materno exclusivo; realização do exame de Papanicolaou; uso de sulfato ferroso por 90 dias; identificação precoce/ encaminhamento da depressão puerperal e imunização pelas vacinas antitetânica, rubéola e hepatite B. Não houve resultados expressivos para a utilização de métodos anticoncepcionais e para incidência, identificação e encaminhamento da doença febril e hemorragia puerperal. Em síntese, foi possível observar resultados estatisticamente significativos em sete das dez variáveis testadas, evidenciando a viabilidade desta diretriz de assistência de enfermagem no puerpério.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que a diretriz de assistência de enfermagem no puerpério na atenção primária à saúde mostrou-se eficaz ao aumentar a chance de as puérperas expostas a ela serem contempladas com ações de promoção e prevenção da saúde da mulher, como o uso do sulfato ferroso por 90 dias, realização do exame de Papanicolaou, imunização pelas vacinas antitetânica, contra a hepatite B e rubéola. A maior probabilidade de prevenção, detecção e encaminhamento precoce da depressão puerperal e a identificação e condução diante da doença febril puerperal também foram verificadas com a adoção da diretriz. Além da saúde da puérpera, evidenciamos benefícios para a saúde da criança, como o aleitamento materno exclusivo.

Apesar da impossibilidade de utilização de um desenho randomizado que garantisse a alocação aleatória das puérperas nos grupos de intervenção e não equivalente, evitando assim o viés de seleção, foram encontrados resultados significativos na maioria das variáveis testadas, o que comprova a viabilidade e a efetividade da aplicação da diretriz.

Outras possíveis restrições do estudo podem estar relacionadas com a não capacitação das enfermeiras responsáveis em aplicar a diretriz, o tempo de avaliação da intervenção por apenas três meses, visto que o puerpério é um período complexo que requer um tempo maior de acompanhamento e sua última fase, o puerpério remoto, inicia-se aos 42 dias e se prolonga até 12 meses após o parto. Destacamos, porém, alguns aspectos positivos do estudo, como a aceitação das puérperas, uma vez que a maioria compareceu às consultas agendadas, e a adesão das enfermeiras. Antes do término da pesquisa, uma das enfermeiras participantes da pesquisa sensibilizou a equipe da unidade para organizar o serviço no sentido de incorporar na rotina a diretriz proposta.

Mesmo diante dos pontos positivos do estudo e dos resultados favoráveis para a maioria das variáveis testadas, identificamos a necessidade de garantir os direitos sexuais e reprodutivos através da reorganização dos serviços, disponibilização dos métodos anticoncepcionais nas unidades de saúde, capacitação dos profissionais e sensibilização das puérperas sobre a utilização adequada dos métodos. Além disso, é imprescindível um maior avanço em práticas como prescrição e incentivo do uso de sulfato ferroso e em ações de enfermagem como o apoio ao aleitamento materno e imunização.

Apesar de algumas limitações, foi possível, por meio da avaliação dos resultados do grupo não equivalente, traçar um diagnóstico atualizado da assistência puerperal. Notamos que, mesmo após terem transcorrido seis anos da última pesquisa nacional de demografia e

saúde de crianças e mulheres e ainda com os avanços ocorridos na saúde nos últimos anos, identificamos no estudo que quase um terço das puérperas continua sem receber nenhuma assistência puerperal. Quando receberam atendimento, não foram observados alguns parâmetros importantes para a garantia da saúde da mulher. Pouco mais que um terço das puérperas foi contemplado com dois atendimentos e, menos de 20% receberam o primeiro atendimento nos primeiros dez dias de puerpério.

Outro achado preocupante foi a abordagem dos profissionais com valorização da saúde da criança em detrimento da saúde da puérpera. Ficou nítida a dificuldade de acesso e a necessidade de normatizar a assistência no período puerperal na atenção primária à saúde.

O acesso à assistência adequada no puerpério pode minimizar as taxas de morbimortalidade no ciclo gravídico puerperal e a não oferta desse atendimento deveria ser considerada uma perda de oportunidade de intervenção. Reconhecemos as inúmeras atribuições e dificuldades da equipe da APS e, em especial, das enfermeiras que estão, na maioria das vezes, sobrecarregadas com funções assistenciais e gerenciais. Diante disso, como forma de otimização do serviço e de evitar a perda de oportunidade, uma estratégia é aproveitar a ida da puérpera ao serviço, com a finalidade de levar a criança para a consulta de puericultura, e oferecer conjuntamente a assistência à puérpera até o final do puerpério remoto. Esta estratégia poderá minimizar o problema de acesso, otimizar o tempo da equipe e da puérpera e, principalmente, possibilitar um olhar para a díade mulher e criança.

O puerpério merece um olhar atento por parte dos formuladores de políticas públicas de saúde, gestores, profissionais de saúde, comunidade e estudiosos, pois são claras as evidências sobre a importância da assistência no puerpério, da necessidade de uma atenção mais qualificada neste período e da relação direta dos cuidados pós-parto com alguns indicadores de saúde da mulher e da criança.

Os formuladores de políticas e provedores de serviços deveriam ter como uma de suas metas a garantia de cuidados adequados durante o pós-parto. Os gestores, por sua vez, precisam regularizar a assistência puerperal nos diversos níveis de atenção, em especial na atenção primária; os profissionais de saúde necessitam de preparação para prestar assistência apropriada às puérperas; a comunidade carece de orientações para compreender o valor da assistência puerperal na manutenção da saúde da mulher, do bebê e da família. Finalmente, as instituições de ensino e pesquisa na área da saúde precisam estar atentas quanto ao importante papel que exercem na formação de recursos humanos capazes de assistir a mulher no puerpério e de fomentar estudos que enfoquem a saúde das puérperas.

Identificamos, por meio deste estudo, o número reduzido de pesquisas sobre a

assistência ao puerpério, no cenário nacional e internacional, e a necessidade da realização de pesquisas quantitativas que preencham esta lacuna neste campo com foco na assistência ao puerpério, principalmente na atenção primária; que comprovem a eficácia do cuidado de enfermagem no puerpério e estimulem a criação de estratégias e ferramentas que contribuam com a assistência de enfermagem à puérpera.

Consideramos a diretriz, aplicada neste estudo, uma tecnologia apropriada e de baixo custo e, entendemos que sua implantação poderá futuramente impactar na redução da morbidade e mortalidade das mulheres no puerpério, minimizar o fenômeno da invisibilidade que tem atingido as mulheres neste período, maior visibilidade à atuação da enfermeira na saúde da mulher na APS e contribuir para a consolidação da assistência puerperal na atenção primária à saúde no Brasil.

A assistência de enfermagem de qualidade à mulher no puerpério pode ser percebida como um dos grandes desafios que estamos enfrentando. Arriscamo-nos a dizer que este é maior na assistência primária à saúde, pois são inúmeras as demandas, que o profissional precisa enfrentar, em seu cotidiano de trabalho. A implantação de uma diretriz de enfermagem na assistência à puérpera neste nível implica envolvimento do profissional; isso porque, como dissemos anteriormente, ela vai além do método convencional. Trata-se, ao mesmo tempo, de ciência e cuidado, implicando na integração entre prática, teoria e perfil epidemiológico da saúde da mulher, provocando um movimento de busca de qualidade da assistência à mulher na APS e indo ao encontro da função social da enfermagem, através de um processo de cuidar, que promova impacto nos indicadores de saúde da mulher no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, NAM, FERNANDES, AG ARAÚJO, CG- Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel da enfermeira no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2004; 6(3): 358-367.
- AZEVEDO KR, ARRAIS AR. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicol Reflex Crít**.2006;19(2):269-76.
- BALLONE GJ. **Transtorno afetivo bipolar**. 2005. Disponível em:HTTP//www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia=3. Acesso em: 15 de jul. 2012.
- BARBASTEFANO, PS VARGENS, OM. Prevenção da mortalidade materna: desafio para a enfermeira. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília. 2009 62(2): 278-82.
- BASHOUR HN et al. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomised controlled trial. **Public Health Nurse**. 2008; 25(2):115-25.
- BAXLEY E et al, 2011. ALSO BRASIL. **Advanced Life Support in Obstetrics: Provider Course Syllabus**. 4. ed. The American academy of family physicians. 2011.
- BICK D, BASTOS MH, DINIZ SG. Revelando o potencial do cuidado eficaz para a saúde maternal e infantil por toda vida: a necessidade de abordar o serviço 'invisível' no período pós-natal. [editorial]. **Rev. esc. enferm USP**. 2008; 42(3).
- BRADEN PS. Assistência de enfermagem durante o puerpério: In: BRANDEN OS, COSENDY CH, CARMAGNAMI MIS. **Enfermagem materno-infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2000.p. 391-410.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- BRASIL. **Lei 8069 de 13 de julho de 1990**. Institui o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069. Acesso em 17 fev. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de Procedimentos para Vacinação** 4. ed. - : Fundação Nacional de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de Normas de Vacinação**. 3.ed. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.
- _____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Plano de ação para o período 2004 a 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. .

_____. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal** (versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores tripartite realizada em 18/03/2004). Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** (Caderno de Atenção Básica nº 13) Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Unicef. **Cadernos de Atenção Básica: Carências de Micronutrientes** / Ministério da Saúde, UNICEF; Bethsáida de Abreu Soares Schmitz. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Rede integrada de Informações para saúde. Indicadores e Dados Básicos- IDB-2008. **Taxa de prevalência do aleitamento materno exclusivo no Brasil-2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/d20.htm>. Acesso em: 23 de out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/** Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Aleitamento Materno e alimentação Complementar**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Caderno de Atenção Básica Nº 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativas/2010. Incidência de câncer no Brasil/Minas Gerais, 2010**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=MG>>. Acesso em: 20 de jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância epidemiológica. **Doenças transmissíveis com tendência descendente**. Brasília: 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21899>. Acesso em: 04 de ago. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativas/2012. Incidência de câncer no Brasil, 2012**. [periódico na Internet]. 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>. 2012. Acesso: 20. Març. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde- IDSUS**. 2012a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_06-03-12.pdf. Acesso em: 15 de Marc. 2012.

CAMPANA OC. **Investigação científica na área médica**. 1ª Ed. São Paulo: Editora Manole, 2001.

CARMO. LSMP. **O suplemento a base de ferro e Os níveis de hemoglobina identificados durante o período gravídico puerperal**. 2007, 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

CARNEIRO, M. Estudos epidemiológicos na avaliação de efetividade do programa de controle da doença de chagas: discussão metodológica. **Rev. Bras. epidemiol.** 2002; 5(1): 29-141.

CARVALHO DS, NOVAES HMD. Avaliação da implantação do programa de pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigesta. **Cad Saúde Pública**. 2004; 20 (Sup 2): S220-230.

CARVALHO MR, TAMEZ R. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. Aspectos socioculturais da amamentação. In: Corleta, HVE; Kalil, HSB. **Depressão pós-parto**. 2010. Disponível em <http://www.abcdasaude.com.br>. Acesso em: 15 de jun. 2011.

CORLETA, HVE; KALIL, HSB. **Depressão pós-parto**. 2010. Disponível em <http://www.abcdasaude.com.br>. Acesso em: 15 de jun. 2011.

COUTINHO T, TEIXEIRA MTB, DAIN S, SAYD JD, COUTINHO LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema único de Saúde de Juiz de Fora - MG. **Rev Bras Ginecol Obst.** 2003; 25 (10): 717-24.

CRUZ EBS, SIMÕES GL, FAISAL-CURY A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2005; 27(4): 181-8.

CRUZ, S.H. et al. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos. **Rev. Bras Epidemiol** 2010; 13(2): 259-67.

FALEIROS FTV, TREZZA EMC, CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr** 2006; 19: 623-30.

FERREIRA CT, SILVEIRA TR. Prevenção das hepatites virais através de imunização. **Jornal de Pediatria** 2010; 82 (3): 55-66.

FISHER JRW, WYNTER K, ROWE HJ . Innovative psycho-educational program to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a before and after controlled study. *BMC Public Saudi*. 2010 Jul 23; 10:432.

FRANÇA GVA ET al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Saúde Pública** 2007; 41: 711-8.

GALLI, B. **Mortalidade materna e direitos humanos As mulheres e o direito de viver livre de morte materna evitável**. Editora Advocaci, 2007.

GONÇALVES C V et al. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (5):2501-2510, 2011.

GUEDES, AM. **Tipos de desenhos de investigação: experimentais, quase experimentais e não experimentais**. 2012. Disponível em <http://www.investigalog.com/investigacion/tipos-de-desenhos-de-investigacao-experimentais-quase-experimentais-e-nao-experimentais/>. Acesso em: 25 de jun. 2012.

HULLEY, SB et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2.ed.- Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados demográficos**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>. Acesso em: 20 de out. 2010.

JACOBS JA, CHANG CK, SALTI GI. Coexistence of pregnancy and cancer. **Am Surg** 2004; 70(11):1025-1029.

LANDE B et al. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. **Acta Paediatr** 2003; 92(2): 152-61.

MACARTHUR C, WINTER H, BICK D, KNOWLES H, LILFORD R, HENDERSON C, et al. Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomized controlled trial. **Lancet**. 2002;359(9304):378-85.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Linha Guia Mulher: Atenção Pré-natal, parto e puerpério**. 2º edição: Belo Horizonte, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde, 2010-2013**. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2010. Mimeografado.

MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. **Relatório do Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna de Juiz de Fora 2010**. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2011. Mimeografado.

MORAES IGS et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev.Saúde Pública**, 2006; 40(1): 65-70.

MORB MMWR; MORTAL WKLY. Postpartum care visits, 11 states and New York City, 2004. Center for Disease Control and Prevention. **Rep.**, 2007; 56 (50):1312-6.

NASCIMENTO ER, PAIVA MS, RODRIGUES QP. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de humanização do Pré- Natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** 2007; 7(2):191-7.

NIQUINI, R.P. et al. Fatores associados à introdução precoce de leite artificial, Município do Rio de Janeiro, 2007. **Rev. Bras Epidemiol** 2009; 12(3): 446-57.

OLIVEIRA JFB, QUIRINO GS, RODRIGUES DP. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério **Rev. Rene.** 2012; 13(1):74-84.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Educação para uma maternidade segura: Sepsis Puerperal:** módulos de educação em obstetrícia. 2. ed. 2005.

OSIS MJD et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad Saúde Pública.** 2006; 22(11): 2481-90.

PARADA CMGL. Assistência pré-natal e puerperal desenvolvida em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** 2008; 8(1):113-24.

PARREIRA BDM, SILVA SR, MIRANZI MAS. Intenção de uso de métodos anticoncepcionais entre puérperas de um hospital universitário. **Rev. Rene.** 2011;12(1):150-7.

PINA APB. **Investigação e estatística: noções de estatística.** 2006. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/03-EpiInfoInvestiga/introdução_estatística.htm. Acesso em: 01 de jul. 2012.

RAVELLI APX. Consulta Puerperal de Enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. **Rev. Gaúcha Enfermagem.** 2008; 29(1):54-9.

REZENDE J. Obstetrícia Fundamental. 10. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2006.

RICCI, S S. **Enfermagem Materna- Neonatal e Saúde da Mulher.** 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUÊS L. P; JORGE, S.R.P.F. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. **Revista Brasileira de hematologia e hemoterapia.** 2010; 32 (7):53-56.

SAMPIERI RH, COLLADO CF, BATISTA LP. **Metodologia de Pesquisa,** 3 ed, São Paulo-S.P. Editora Mc Graw – Hill, 2006.

SANTOS IMM, SILVA LR. O corpo puerpério: cuidados com a mulher no puerpério. In: Figueiredo, N M A. **Ensinando a cuidar da mulher e do recém- nascido.** São Caetano do Sul: Difusão Paulista de Enfermagem; 2003. P. 197-222.

SANTOS JUNIOR HPO, SILVEIRA MFA, GUALDA DMR. Depressão pós-parto: um problema latente. **Rev Gaúcha Enferm,** 2009;30(3):516-24.

SANTOS SR et al. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. **Ver. Saude Publica.** 2000; 34(3):266-271.

SILVA DG et al. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Revista mal-estar e subjetividade.** 2003; 3(2): 439 – 450.

- SILVA GA. **Estudo longitudinal sobre prevalência e fatores de risco para a depressão pós-parto em mães de baixa renda.** 2008, 212f. Dissertação (Mestrado), Instituto de psicologia da Universidade de São Paulo, 2008.
- SIQUEIRA CVC. **Assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde do município de Santos- SP.** 2011, 119f. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.
- SMELTZER S C et al. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica** 11. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2009.
- SOUSA VF. **A depressão no ciclo gravídico-puerperal de mulheres atendidas em um ambulatório de hospital geral.** 2008, 138f. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.
- SOUSA VP. **Manual de normalização para apresentação de teses, dissertações e trabalhos acadêmicos.** Juiz de Fora, Minas Gerais: Editora UFJF, 2011.
- SOUZA ABQ. **A consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero e de mama em Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais.** 2001.102 p. (Trabalho de Conclusão de Curso). Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2001.
- SOUZA TT. **Visita domiciliária de enfermagem: uma estratégia para minimizar a ansiedade de puérperas primigestas.** 2001. 88f. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2001
- STEFANELLO J. **A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães.** 2005, 133f. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.
- SUCCI RCM , FARHAT CK. Vacinação em situações especiais. **Jornal de Pediatria.** 2006 (Supl); 82(3): 91-100.
- TSAI PJ et al. Postpartum follow-up rates before and after the postpartum follow-up initiative at Queen Emma Clinic. **Hawaii Med J** . 2011 Mar, 70 (3):56-9.
- VIEIRA CS, BRITO MB, YAZLLE MEHD. Contracepção no puerpério. **Rev. Bras Ginecol. Obstet.** 2008; 30(9):470-9.
- VIEIRA EM. O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. **Rev. Bras Ginecol. Obstet.** 2007; 29(5):225-9.
- VIEIRA F et al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período puerpério imediato e tardio. **Rev. Enfermagem, Escola Anna Nery,** 2010 jan-mar; 14 (1): 83-89.
- VIEIRA S, HOSSNE WS. **Metodologia científica para a área de saúde.** 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2003.

APÊNDICE

APÊNDICE A: Ficha clínica de acompanhamento da mulher no do puerpério

PRIMEIRO ATENDIMENTO (7º ao 10º DIA DE PÓS PARTO)

UAPS: _____

IDENTIFICAÇÃO	Nome: _____	Data: _____	Data de nascimento da mulher: _____
Nº dias de Pós Parto: _____	Naturalidade: _____	UF: _____	Cor/Etnia: () Branca () Parda () Amarela () Preta () Indígena
	Profissão/Ocupação atual: _____		
Estado civil: () solteira () casada () Viúva () separada () União consensual () Outros			
Nº do cartão SUS: _____	Nome da mãe: _____		
Grupo Sanguíneo: _____	Possui deficiência (tipo): () visual () Auditiva () Física () Mental () outras deficiências/síndromes: _____		
Escolaridade: () Analfabeta () Ensino fundamental () completo () incompleto () Ensino Médio () completo () incompleto () Ensino superior () completo () incompleto	É chefe de família: () sim () Não Ocupação atual: _____ Ocupações anteriores: _____		
DADOS DE RESIDÊNCIA			
Município de Residência _____			
Logradouro (rua, av.) _____			Nº: _____
Complemento: _____			CEP: _____
ÁREA: _____	MICROÁREA: _____	Telefone para contato: _____	
HISTÓRICO DE SAÚDE FAMILIAR E PESSOAL			
ANTECEDENTES FAMILIARES (ESPECIFICAR (AO LADO) O GRAU DE PARENTESCO.			
() Pressão alta: _____	() Anemia falciforme: _____		
() Doenças cardíacas: _____	() Doenças pulmonares/tuberculose: _____		
() Derrame/tromboembolismo: _____	() Doenças músculo-esquelético: _____		
() Diabetes: _____	() Doenças reumáticas/colagenoses: _____		
() Varizes: _____	() Doenças dos ossos/osteoporose: _____		
() Obesidade: _____	() Transtornos psiquiátricos: _____		
() Doenças da tireóide: _____	() Câncer: _____		
() Outras: _____			
ANTECEDENTES PESSOAIS			
Doenças Não Transmissíveis	() Doenças reumáticas / Colagenoses		
() Pressão alta	() Doenças pulmonares() Transtornos neurológicos		
() Doenças dos ossos/ osteoporose	() Transtornos Psiquiátricos() Doenças do Aparelho Gastrointestinal		
() Doenças cardíacas	() Câncer: _____		
() Doenças músculo-esqueléticas	() Outras: _____		
() Derrame/tromboembolismo			
() Diabetes	Data do início: _____		
() Varizes	Tratamentos realizados: _____		
() Obesidade () Colesterol alto	Medicações em uso: _____		
() Doenças da Tireóide			
() Anemia falciforme () Anemia ferropriva			
() Infecção urinária repetida			
() Outras doenças do aparelho urinário			
Doenças Transmissíveis	Histórico de Imunizações		
() Tuberculose	() Tétano/difteria Nº de doses: ____ última dose: __/__/__		
() Hanseníase	() Febre amarela Nº de doses: ____ última dose: __/__/__		
() HIV/AIDS	() Hepatite B Nº de doses: ____ última dose: __/__/__		
() Hepatites- Tipo: _____	() Rubéola Nº de doses: ____ última dose: __/__/__		
() Sífilis	Outras: _____		
() Outra: _____			
Data do início: _____	História de transfusões sanguíneas: () sim () não		
Tratamentos realizados: _____	Alergias/reações adversas a medicamentos: _____		
Medicações em uso: _____			
Acidentes ou violências/ acidentes ou Doenças relacionadas ao trabalho			
Especificar: _____			Data do início: ____/____/____

Tratamentos realizados: _____		Medicações em uso: _____	
Alcoolismo, Tabagismo e Drogas		Atividade Física	
<input type="checkbox"/> Álcool desde ___ anos Copos/dia: _____ <input type="checkbox"/> outras drogas: _____ <input type="checkbox"/> Fumo desde ___ anos Nº de cigarros/dia: _____ Já tentou parar? _____ quando? _____		Regular: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Caminha <input type="checkbox"/> Dança <input type="checkbox"/> Esporte <input type="checkbox"/> outras: _____ Atividades não programadas (caminhar até o trabalho, nadar esporadicamente, cuidar de plantas, passear com crianças ou animais). Frequência: _____ Duração: _____	
Saúde Bucal		Uso regular de medicamento	
Dentes naturais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parciais Nº de dentes: _____ Estado de Conservação _____ Uso de prótese: <input type="checkbox"/> dentadura <input type="checkbox"/> parcial removível (ponte) Observação: _____		Quais/Doses _____	
Procedimentos/cirurgias:		Exames Preventivos de câncer (data/resultado):	
_____		_____	
HISTÓRIA GINECOLÓGICA/ OBSTÉTRICA			
Idade da Menarca: _____	DUM: _____	Idade da 1ª relação sexual: _____	Número de parceiros: _____
Ciclos menstruais (periodicidade;duração/intensidade do fluxo)		Orientação sexual	
_____		<input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Homossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Transgênero	
Patologias Ginecológicas Progressas:			
<input type="checkbox"/> Anomalias congênitas/ mal formações <input type="checkbox"/> Tensão pré-menstrual <input type="checkbox"/> Cólicas <input type="checkbox"/> Irregularidades menstrual/ovários policísticos <input type="checkbox"/> Hiperprolactinemia <input type="checkbox"/> Hiperandrogenismo <input type="checkbox"/> Sangramentos uterinos disfuncionais <input type="checkbox"/> infertilidade <input type="checkbox"/> Endometriose <input type="checkbox"/> doença Inflamatória Pélvica <input type="checkbox"/> Vulvovaginites/ cervicites		<input type="checkbox"/> Doença benigna da mama. Qual? _____ <input type="checkbox"/> tumores benignos do útero (mioma, pólipos): _____ <input type="checkbox"/> Tumores benignos dos ovários (cistos, sólidos): _____ <input type="checkbox"/> Lesões precursoras do colo uterino (pré-malignas): _____ <input type="checkbox"/> câncer de mama <input type="checkbox"/> Câncer de útero <input type="checkbox"/> colo <input type="checkbox"/> corpo <input type="checkbox"/> outros cânceres do aparelho genital: _____ Outras Doenças: _____ Tratamentos Realizados: _____	
Métodos anticoncepcionais utilizados anteriormente/tempo de uso: _____			
Doenças Sexualmente Transmissíveis: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais? _____			
Tratamentos: _____			
Uso de Preservativos: <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Não usa		Tipo: <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino	
Antecedentes Obstétricos:			
Gestações: _____ Nascidos vivos: _____ Nascidos mortos: _____ Partos prematuros: _____ RN de baixo peso (< 2500g): _____			
Partos normais: _____ Fórceps: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ Curetagens/AMIU: _____			
Intercorrências e Condutas Pré Natais anteriores _____			
Intercorrências Partos Anteriores _____			
Outras Intercorrências: _____			
DADOS DA GESTAÇÃO, PARTO, PÓS-PARTO e RECEM- NASCIDO			
GESTAÇÃO:		RECÉM - NASCIDO	
Pré- natal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
Local: _____		Apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____	
nº consultas de Pré Natal: _____		Reanimação: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Resultado de Exames (Data): VDRL: _____		VDRL: Positivo <input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea: _____	
Anti HIV: _____		Peso: _____ Idade ao exame físico: ___ semanas	
Intercorrências no Pré Natal:		Peso para Idade Gestacional:	
<input type="checkbox"/> anemia		AIG <input type="checkbox"/> GIG <input type="checkbox"/> PIG <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Hemorragia		Exame físico: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Infecção urinária		Exame neurológico:	
<input type="checkbox"/> Vaginose		Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> outra: _____		Estatura: _____ cm Perímetro cefálico: _____ cm	
Condutas: _____		Alojamento conjunto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
PARTO		Alta RN: Sadio <input type="checkbox"/> Data: _____	
Data ____/____/____ Local: _____		Estado Geral: _____	
Nível de atenção: 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> Domiciliar <input type="checkbox"/>		AMAMENTAÇÃO:	
_____ Idade gestacional: _____ semanas		RN amamentou na primeira hora de vida: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Início: Espontâneo <input type="checkbox"/> Induzido <input type="checkbox"/>		Aleitamento Instituído: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
Tipo de parto: Normal <input type="checkbox"/> Cefálico Único <input type="checkbox"/> Fórcepe <input type="checkbox"/>		Aleitamento Exclusivo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

<p>Pélvico () Gemelar () Cesárea () Indicação: _____ Episiotomia Sim () Não () Laceração Sim () Não () Dequitação espontâneo Sim () Não () Mãe RH(-) Sim () Não () Imunoglobulina Sim () data: _____ Não () Responsável pelo parto: Médico () Enfermeira () Outro: Medicações no parto: _____ Intercorrências no parto: _____ COMPLICAÇÕES PÓS-PARTO: () Hemorragias () Infecções () Depressão () HAS () intercorrência mamárias: () fissura () ingurgitamento mamário () Mastite Outras: _____ CONDUTAS: _____</p>	<p>Aleitamento Materno () Sim () Não Aleitamento Materno Predominante () Sim () Não Aleitamento Materno Complementado () Sim () Não Aleitamento Materno Misto ou parcial () Sim () Não Uso de chupeta () Sim () Não VACINAS: BCG () Hepatite B () EXAMES TRIAGEM NEONATAL REALIZADOS Teste Pezinho () Acuidade Auditiva () Acuidade Visual () Intercorrências: Sim () Não () Quais Intercorrências? _____ Conduas: _____</p>
ANAMNESE	
E. Emocional: () Triste () Choro Fácil () Alegre () Eufórica () Deprimida () Irritada () Ansiosa () Temerosa () Lábil	
Alimentação (variedade, frequência, apetite, ingesta hídrica)	
Sono: () preservado () insônia () diminuído () interrompido	
Eliminações Fisiológicas: Urina: () Sem Alterações () disúria () Polaciúria Coloração: () Clara () Escura () Hematúria	
Fezes: diário () 2/2 dias () Sem alterações () Constipação intestinal: () _____	
Após alta hospitalar você tem apresentado alguns dos sinais e/ou sintomas:	
Febre () Sim () Não Quando? _____ Se sim, o que você fez? _____	
Dor em região pélvica () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____	
Dor, edema ou calor na incisão cirúrgica (se cesariana) () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____	
Dor, edema ou calor na episiotomia ou laceração (se presentes) () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____	
Sangramento aumentado ou com odor fétido () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____	
Alterações nas mamas () Sim () Não Quando? _____ Se sim, quando? _____ O que você fez? _____	
Você está em uso de Sulfato Ferroso () Sim () Não Se sim qual dose e frequência: _____	
EXAME FÍSICO	
Peso: _____ perda de: _____ Kg. Estatura: _____ IMC: _____ PA: _____ mmHg T: _____	
Mucosas: () Corada () Hipocorada Tireóide: () Sem alterações () aumentada	
Aumentada AR: _____ FR: _____ ACV: _____ FC: _____ bpm	
Mamas: () Sem alterações () sinais e sintomas de ingurgitamento () sinais e sintomas de mastite	
Mamilo: () Protuso () Plano () Invertido () Sinais de fissura () Íntegro Colostro/Secreção láctea: () sim () Não	
Abdome: () Flácido () Globoso () RHA + () RHA- () Timpânico () Maciço	
Útero () Retraído () Contraído () Indolor () Dor a Palpação	
Condições da Incisão cesariana: () Secreção () Edema () Hiperemia () Dor () Calor () Hematoma	
Genitália: () Lóquio vermelho (lochia rubra) () Lóquio serosanguinolento (lochia fusca) () Lóquio amarelo (lochia flava) ()	
Lóquio alvos (lochia alba) () Odor: () característico () Fétido Volume: () Fisiológico () Aumentado	
Membros inferiores: () Sem alterações () Edema () Hiperemia () Dor a Palpação Varizes: () Sim () Não	
CONDUTAS (Marcar o que foi orientado e ações realizadas)	
<p style="text-align: center;">PUÉRPERA</p> <p>Orientações: () Vacinação () Método Contraceptivo () Higiene () Alimentação () Atividades físicas () Atividade sexual () Uso de métodos de barreira se retorno de atividade sexual () Sinais e sintomas de risco de infecção, hemorragia, depressão etc.) () Incentivo e Apoio ao aleitamento materno () Cuidado com as mamas () Retirada e Armazenamento () Pega e Posição () Livre demanda () Não oferta de alimentos artificiais e chupeta () Mito do leite fraco/ pouco leite () Benefícios da amamentação para mãe/ bebê/família () Cuidados Básicos com bebê (vacinação, coto umbilical, exames de triagem neonatal) () Orientado exercício de Kegel Outras Ações: () Solicitado exames laboratoriais () Avaliado exames laboratoriais () Prescrito suplementação de ferro () Prescrito outras medicações. Quais? _____ () Identificado e conduzido situações de risco ou intercorrências maternas Quais? _____ Como? _____ () Agendado retorno para avaliação puerperal entre 20 e 30º dia de pós parto () Agendado ou encaminhada para vacinação se necessário</p>	<p style="text-align: center;">RECÉM NASCIDO</p> <p>() Identificado e conduzido situações de risco ou intercorrências com recém nascido Quais? _____ Como? _____ () Encaminhado para exames diagnósticos (Teste Pezinho, Orelhinha, Olhinho) () Verificado Situação Vacinal () Encaminhado para vacinação se necessário () Agendado puericultura para 30º dia</p>

Assinatura do Profissional	

SEGUNDO ATENDIMENTO (25º ao 30º DIA de PÓS PARTO)

UAPS

IDENTIFICAÇÃO	
NOME	DATA: N° de dias de Pós -Parto _____
ANAMNESE	
Est. emocional: () Triste () Choro Fácil () Alegre () Eufórica () Deprimida () Irritada () Ansiosa () Temerosa () Lábil	
Alimentação (variedade, freqüência, apetite, ingesta hídrica)	
Sono: () preservado () insônia () diminuído () interrompido	
Eliminações Fisiológicas: Urina: () Sem Alterações () disúria () Polaciúria Coloração: () Clara () Escura () Hematúria Fezes: diário () 2/2 dias () Sem alterações () Constipação intestinal: () _____	
Após última consulta você apresentou alguns dos sinais e/ou sintomas: Febre () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____ Dor em região pélvica () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____ Dor, edema ou calor na incisão cirúrgica (se cesariana) () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____ Dor, edema ou calor na episiotomia ou laceração (se presentes) () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____ Sangramento aumentado ou com odor fétido () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____	
Você está em uso de Sulfato Ferroso () Sim () Não Se sim qual dose e freqüência: _____	
Retorno da Atividade Sexual: () sim () não . OBS: _____ Uso de método contraceptivo: () sim () não . Qual: _____ Início do uso ____/____/____ Quem prescreveu? _____ Uso de método de barreira: () sim () não . OBS: _____	
Imunização da puérpera (vacina/data): Anti rubéola () Sim () Não ____/____/____ dt () Sim () Não (__ dose) ____/____/____ Anti Hepatite B () Sim () Não (__ dose) ____/____/____ Outras _____	
Aleitamento Instituído: () Sim () não Aleitamento Exclusivo: () Sim () Não Aleitamento Materno () Sim () Não Aleitamento Materno Predominante () Sim () Não Aleitamento Materno Complementado () Sim () Não Aleitamento Materno Misto ou parcial () Sim () Não Uso de chupeta () Sim () Não Livre Demanda: () Sim () Não Pega correta: () Sim () Não Posição Correta: () Sim () Não Intercorrência mamárias: () Sim () Não Se Sim, quais? () fissura () ingurgitamento mamário () Mastite Se sim, quando? _____ Conduta? _____	
EXAME FÍSICO	
Peso: _____ perda de: _____ Kg. Estatura: _____ IMC: _____ PA: _____ mmHg T: _____ Mucosas: () Corada () Hipocorada Tireóide: () Sem alterações () Alterada _____ AR: _____ FR: _____ ACV: _____ FC: _____ bpm Mamas: () Sem alterações () sinais e sintomas de ingurgitamento Ingurgitamento () sinais e sintomas de mastite Mamilo: () Sinais de fissura () Íntegro Secreção láctea: () sim () Não Abdome: () Flácido () Globoso () RHA + () RHA- () Timpânico () Maciço Útero () Retraído () Contraído () Indolor () Dor a Palpação Condições da Incisão cesariana: () Cicatrizada () Não cicatrizada () Secreção () Edema () Hiperemia () Dor () Calor Retirada de pontos: ____/____/____ Intercorrências _____	
Genitália: Lóquio serosanguinolento (lochia fusca) () Lóquio amarelo (lochia flava) () Lóquio alvos (lochia alba) () Odor: () característico () Fétido Volume: () Fisiológico () Aumentado	
Membros inferiores: () Sem alterações () Edema () Hiperemia () Dor a Palpação Varizes: () Sim () Não	
CONDUTAS (marcar o que foi orientado e ações realizadas)	
<p style="text-align: center;">PUÉRPERA</p> <p>Orientações: () Vacinação () Método Contraceptivo () Higiene () Alimentação () Atividades físicas () Atividade sexual () Uso de métodos de barreira se retorno de atividade sexual () Sinais e sintomas de risco de infecção, hemorragia, depressão etc.) () Incentivo e Apoio ao aleitamento materno () Cuidado com as mamas () Retirada e Armazenamento () Pega e Posição () Livre demanda () Não oferta de alimentos artificiais e chupeta () Mito do leite fraco/ pouco leite () Benefícios da amamentação para mãe/ bebê/família () Cuidados Básicos com bebê (Puericultura, vacinação e exames de triagem neonatal) () Orientado exercício de Kegel</p> <p>Outras Ações: () Avaliado exames laboratoriais () Prescrito suplementação de ferro () Prescrito outras medicações. Quais? _____ () Identificado e conduzido situações de risco ou intercorrências maternas Quais? _____ Como? _____ () Agendado retorno para avaliação puerperal com 42 dias () Encaminhada para vacinação se necessário</p>	<p style="text-align: center;">RECÉM NASCIDO</p> <p>() Identificado e conduzido situações de risco ou intercorrências com recém nascido Quais? _____ Como? _____ () Reencaminhado para exames diagnósticos (Teste Pezinho, Orelhinha, Olhinho) se necessário () Verificado situação Vacinal () Reforçado agendamento da puericultura para 30º dia</p>
Assinatura e Carimbo do Profissional	

TERCEIRO ATENDIMENTO (42º DIA de PÓS -PARTO)

UAPS

IDENTIFICAÇÃO		
DATA	Nº Dias de Pós-Parto	NOME
ANAMNESE		
Est. Emocional: () Triste () Choro Fácil () Alegre () Eufórica () Deprimida () Irritada () Ansiosa () Temerosa () Lábil		
Alimentação (variedade, frequência, apetite, ingesta hídrica)		
Sono: () preservado () insônia () diminuído () interrompido		
Eliminações Fisiológicas: Urina: () Sem Alterações () disúria () Polaciúria Coloração: () Clara () Escura () Hematúria Fezes: diário () 2/2 dias () Sem alterações () Constipação intestinal: () _____		
Após última consulta você apresentou alguns dos sinais e/ou sintomas: Febre () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____ Dor em região pélvica () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____ Dor, edema ou calor na incisão cirúrgica (se cesariana) () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____ Dor, edema ou calor na episiotomia ou laceração (se presentes) () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____ Sangramento aumentado ou com odor fétido () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____		
Você está em uso de Sulfato Ferroso () Sim () Não Se sim qual dose e frequência: _____		
Retorno da Atividade Sexual: () sim () não . OBS: _____ Uso de método contraceptivo: () sim () não . Qual: _____ Início do uso ____/____/____ Quem prescreveu: _____ Uso de método de barreira: () sim () não . OBS: _____		
Imunização da puérpera (vacina/data): Anti rubéola () Sim () Não ____/____/____ dt () Sim () Não (____ dose) ____/____/____ Anti Hepatite B () Sim () Não (____ dose) ____/____/____ Outras _____		
Aleitamento Instituído: () Sim () não Aleitamento Exclusivo: () Sim () Não Aleitamento Materno () Sim () Não Aleitamento Materno Predominante () Sim () Não Aleitamento Materno Complementado () Sim () Não Aleitamento Materno Misto ou parcial () Sim () Não Uso de chupeta () Sim () Não Livre Demanda: () Sim () Não Pega correta: () Sim () Não Posição Correta: () Sim () Não Intercorrência mamárias: () Sim () Não Se Sim, quais? () fissura () ingurgitamento mamário () Mastite Se sim, quando? _____ Conduta? _____		
EXAME FÍSICO		
Peso: _____ perda de: _____ Kg. Estatura: _____ IMC: _____ PA: _____ mmHg T: _____ Mucosas: () Corada () Hipocorada Tireóide: () Sem alterações () Alterada _____ AR: _____ FR: _____ ACV: _____ FC: _____ bpm Mamas: () Sem alterações () sinais e sintomas de ingurgitamento Ingurgitamento () sinais e sintomas de mastite Mamilo: () Sinais de fissura () Íntegro Secreção láctea: () sim () Não Abdome: () Flácido () Globoso () RHA + () RHA- () Timpânico () Maciço Condições da Incisão cesariana: () Cicatrizada () Não cicatrizada () Secreção () Edema () Hiperemia () Dor () Calor		
Genitália: Lóquio () Não () Sim Se sim: Características: () amarelo (lochia flava) () Lóquio alvos (lochia alba) Odor: () característico () Fétido		
Membros inferiores: () Sem alterações () Edema () Hiperemia () Dor a Palpação Varizes: () Sim () Não		
CONDUTAS (marcar o que foi orientado e ações realizadas)		
PUÉRPERA		
Orientações: () Vacinação () Método Contraceptivo () Higiene () Alimentação () Atividades físicas () Atividade sexual () Uso de métodos de barreira se retorno de atividade sexual () Sinais e sintomas para infecção, hemorragia, depressão etc. () Incentivo e Apoio ao aleitamento materno () Cuidado com as mamas () Retirada e Armazenamento () Pega e Posição () Livre demanda () Não oferta de alimentos artificiais e chupeta () Mito do leite fraco/ pouco leite () Benefícios da amamentação para mãe/ bebê/família () Cuidados Básicos com bebê (puericultura e vacinação) () Orientado exercício de Kegel		
Outras Ações: () Avaliado exames laboratoriais () Prescrito suplementação de ferro () Encaminhada para Grupo de Direitos Reprodutivos se necessário () Feito ativação do método Contraceptivo () Prescrito outras medicações. Quais? _____ () Identificado e conduzido situações de risco ou intercorrências maternas Quais? _____ Como? _____ () Agendado retorno para avaliação puerperal com 60 dias () Agendado exame de prevenção do câncer de colo uterino para próxima consulta		
RECÉM NASCIDO		
() Identificado e conduzido situações de risco ou intercorrências com recém nascido Quais? _____ Como? _____		
Assinatura e Carimbo do Profissional		

QUARTO ATENDIMENTO (60º DIA de PÓS -PARTO)
UAPS

IDENTIFICAÇÃO		
DATA:	Nº Dias de Pós Parto:	NOME
ANAMNESE		
E. Emocional: () Triste () Choro Fácil () Alegre () Eufórica () Deprimida () Irritada () Ansiosa () Temerosa () Lábil		
Alimentação (variedade, frequência, apetite, ingesta hídrica)		
Sono: () preservado () insônia () diminuído () interrompido		
Eliminações Fisiológicas: Urina: () Sem Alterações () disúria () Polaciúria Coloração: () Clara () Escura () Hematúria Fezes: diário () 2/2 dias () Sem alterações () Constipação intestinal: () _____		
Após última consulta você apresentou alguns dos sinais e/ou sintomas: Febre () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____ Dor em região pélvica () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____		
Você está em uso de Sulfato Ferroso () Sim () Não Se sim qual dose e frequência: _____		
Retorno da Atividade Sexual: () sim () não . OBS: _____ Uso de método contraceptivo: () sim () não . Qual: _____ Início do uso ____/____/____ Quem prescreveu? _____ Uso de método de barreira: () sim () não . OBS: _____		
Imunização da puérpera (vacina/data): Anti rubéola () Sim () Não ____/____/____ dt () Sim () Não (__dose) ____/____/____ Anti Hepatite B () Sim () Não (__dose) ____/____/____ Outras _____		
Aleitamento Instituído: () Sim () não Aleitamento Exclusivo: () Sim () Não Aleitamento Materno () Sim () Não Aleitamento Materno Predominante () Sim () Não Aleitamento Materno Complementado () Sim () Não Aleitamento Materno Misto ou parcial () Sim () Não Uso de chupeta () Sim () Não Livre Demanda: () Sim () Não Pega correta: () Sim () Não Posição Correta: () Sim () Não Intercorrência mamas: () Sim () Não Se Sim, quais? () fissura () ingurgitamento mamário () Mastite Se sim, quando? _____ Conduta? _____		
EXAME FÍSICO		
Peso: _____ perda de: _____ Kg. Estatura: _____ IMC: _____ PA: _____ mmHg T: _____ Mucosas: () Corada () Hipocorada Tireóide: () Sem alterações () Alterada AR: _____ FR: _____ ACV: _____ FC: _____ bpm		
Mamas: () Sem alterações () sinais e sintomas de ingurgitamento () sinais e sintomas de mastite Mamilo: () Sinais de fissura () Íntegro Secreção láctea: () sim () Não Abdome: () Flácido () Globoso () RHA + () RHA- () Timpânico () Maciço Condição da Incisão cesariana: Cicatrização () Sim () Não		
COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA (registrar no impresso padronizado do serviço)		
Data: ____/____/____ Alterações () Não () Sim Quais? _____ Se sim, condutas _____		
Membros inferiores: () Sem alterações () Edema () Hiperemia () Dor a Palpação Varizes: () Sim () Não		
CONDUTAS (marcar o que foi orientado e ações realizadas)		
PUÉRPERA		
Orientações: () Método Contraceptivo () Higiene () Alimentação () Atividades físicas () Atividade sexual () Uso de métodos de barreira se retorno de atividade sexual () Sinais e sintomas para infecção, hemorragia, depressão etc. () Incentivo e Apoio ao aleitamento materno () Direito de amamentar por um período de uma hora durante dia de trabalho () Retirada e Armazenamento () Não oferta de alimentos artificiais e chupeta () Mito do leite fraco/ pouco leite () Benefícios da amamentação para mãe/ bebê/família () Cuidados Básicos com bebê (puericultura e vacinação) () Orientado exercício de Kegel Outras Ações: () Avaliado exames laboratoriais () Prescrito suplementação de ferro () Encaminhada para Grupo de Direitos Reprodutivos se necessário () Prescrito outras medicações. Quais? _____ () Identificado e conduzido situações de risco ou intercorrências maternas Quais? _____ Como? _____ () Agendado retorno para avaliação puerperal com 90 dias		
RECÉM NASCIDO		
() Identificado e conduzido situações de risco ou intercorrências com recém nascido Quais? _____ Como? _____		
_____ Assinatura e Carimbo do Profissional		

QUINTO ATENDIMENTO (90º DIA de PÓS -PARTO)**UAPS**

IDENTIFICAÇÃO		
DATA:	Nº Dias de Pós Parto:	NOME
ANAMNESE		
Est. Emocional: () Triste () Choro Fácil () Alegre () Eufórica () Deprimida () Irritada () Ansiosa () Temerosa () Lábil		
Alimentação (variedade, frequência, apetite, ingesta hídrica)		
Sono: () preservado () insônia () diminuído () interrompido		
Eliminações Fisiológicas: Urina: () Sem Alterações () disúria () Polaciúria Coloração: () Clara () Escura () Hematúria Fezes: diário () 2/2 dias () Sem alterações () Constipação intestinal: () _____		
Após a última consulta você apresentou alguns dos sinais e/ou sintomas: Febre () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____ Dor em região pélvica () Sim () Não Se sim, quando? _____ O que você fez? _____		
Você está em uso de Sulfato Ferroso () Sim () Não Se sim qual dose e frequência: _____		
Retorno da Atividade Sexual: () sim () não . OBS: _____ Uso de método contraceptivo: () sim () não Qual: _____ Início do uso ____/____/____ Quem prescreveu? _____ Uso de método de barreira: () sim () não . OBS: _____		
Imunização da puérpera (vacina/data): Anti rubéola () Sim () Não ____/____/____ dt () Sim () Não (____ dose) ____/____/____ Anti Hepatite B () Sim () Não (____ dose) ____/____/____ Outras _____		
Aleitamento Instituído: () Sim () não Aleitamento Exclusivo: () Sim () Não Aleitamento Materno () Sim () Não Aleitamento Materno Predominante () Sim () Não Aleitamento Materno Complementado () Sim () Não Aleitamento Materno Misto ou parcial () Sim () Não Uso de chupeta () Sim () Não Livre Demanda: () Sim () Não Pega correta: () Sim () Não Posição Correta: () Sim () Não Intercorrência mamas: () Sim () Não Se Sim, quais? () fissura () ingurgitamento mamário () Mastite Se sim, quando? _____ O que você fez? _____		
EXAME FÍSICO		
Peso: _____ perda de: _____ Kg. Estatura: _____ IMC: _____ PA: _____ mmHg T: _____ Mucosas: () Corada () Hipocorada Tireóide: () Sem alterações () Alterada AR: _____ FR: _____ ACV: _____ FC: _____ bpm Mamas: () Sem alterações () sinais e sintomas de ingurgitamento Ingurgitamento () sinais e sintomas de mastite Mamilo: () Sinais de fissura () Íntegro Secreção láctea: () sim () Não Abdome: () Flácido () Globoso () RHA + () RHA- () Timpânico () Maciço Condições da Incisão cesariana: () Secreção () Edema () Hiperemia () Dor () Calor Membros inferiores: () Sem alterações () Edema () Hiperemia () Dor a Palpação Varizes: () Sim () Não		
RESULTADO DE EXAMES		
Hemograma ____/____/____ Resultado _____ EAS ____/____/____ Resultado _____ Urocultura ____/____/____ Resultado _____ Outros Exames: _____	Colpocitologia Oncótica (Preventivo): O resultado do Exame foi avaliado: Sim () Não () Se não, por quê _____ Se sim: Resultado: () normal () alterado (sim, marque o que foi feito): () encaminhado para atendimento especializado () Agendado novo exame () Seguimento Síscolo	
CONDUTAS (marcar o que foi orientado e ações realizadas)		
PUÉRPERA		
Orientações: () Método Contraceptivo () Higiene () Alimentação () Atividades físicas () Atividade sexual () Uso de métodos de barreira () Sinais e sintomas para infecção, hemorragia, depressão etc. () Incentivo e Apoio ao aleitamento materno () Direito de amamentar por um período de uma hora durante dia de trabalho () Retirada e armazenamento do leite () Não oferta de alimentos artificiais e chupeta () Mito do leite fraco/ pouco leite () Benefícios da amamentação para mãe/ bebê/família () Cuidados Básicos com bebê (puericultura e vacinação) () Orientado exercício de Kegel Outras Ações: () Avaliado exames laboratoriais () Prescrito suplementação de ferro () Encaminhada para Grupo de Direitos Reprodutivos se necessário () Prescrito outras medicações. Quais? _____ () Identificado e conduzido situações de risco ou intercorrências maternas Quais? _____ Como? _____		
CRIANÇA		
() Identificado e conduzido situações de risco ou intercorrências com recém nascido Quais? _____ Como? _____		
Assinatura e Carimbo do Profissional		

APÊNDICE B: Entrevista estruturada para puérpera do grupo não equivalente

IDENTIFICAÇÃO / DADOS SOCIO- ECONÔMICOS E CULTURAIS		
Nº _____	Data: ____/____/____	Nº dias de Pós Parto: _____
Data Nascimento: ____/____/____	UAPS _____ Região Administrativa 1 () Norte 2 () Sul 3 () Rural 4 () Leste 5 () Oeste 6 () Nordeste 7 () Sudeste 8 () Centro Profissão/Ocupação atual: _____	Cor/Etnia: 1 () Branca 2 () Parda 3 () Amarela 4 () Preta 5 () Indígena
Estado civil: 1 () solteira 2 () casada 3 () Viúva 4 () Separada 5 () União consensual 6 () Outros		
Escolaridade: 1 () Analfabeta 2 () Ensino Fundamental completo 3 () Ensino Fundamental incompleto 4 () Ensino Médio completo 5 () Ensino médio incompleto incompleto 6 () Superior completo 7 () superior incompleto		É chefe de família: 1 () sim 2 () Não
ATENDIMENTOS NO PÓS- PARTO		
<p>Você recebeu algum atendimento no Pós parto por profissional de saúde? 1 () Sim 2 () Não</p> <p>Se sim, qual ou quais profissionais lhe atenderam? 1 () enfermeiro 2 () médico 3 () auxiliar de enfermagem 4 ACS 5 () Outros</p> <p>Quantas vezes? 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () + de 5 ()</p> <p>Com quantos dias de pós parto você estava: 3 a 10 dias 2 () 11 a 20 dias 3 () 21 a 30 dias 4 () 31 a 40 5 () 41 a 60 6 () 61 a 90 dia Onde foram os atendimentos: domicílio 2 () UAPS 3 () Maternidade 4 () Consultório Particular</p>		
DADOS DA ÚLTIMA GESTAÇÃO E PARTO		
<p>G ___ P ___ A ___ Intervalo interpartal (anos de diferença do último parto para o atual) _____</p> <p>Pré-natal: 1 () Sim 2 () Não Nº consultas de Pré Natal: 1 () 1 a 3 2 () 4 a 6 3 () 7 ou mais</p> <p>Local: 1 () UAPS 2 () Policlínica 3 () DSM 4 () Maternidade 5 () HU/CAES 6 () Outros _____</p> <p>Intercorrências no Pré Natal: 1 () Anemia 2 () Hemorragia 3 () Infecção urinária 4 () Vaginose 5 () Outras: _____</p> <p>Parto Data ____/____/____ Local: _____ Nível de atenção: () 1º () 2º () 3ª () Domiciliar () Outros _____</p> <p>Tipo de parto: 1 () Normal Cefálico 2 () Normal Pélvico 3 () Fórcepe 4 () Cesárea: Indicação: _____</p> <p>Se normal: Início: 1 () Espontâneo 2 () Induzido</p> <p>Episiotomia 1 () Sim 2 () Não Laceração 1 () Sim 2 () Não Outras Intercorrências no parto: _____</p>		
COMPLICAÇÕES PÓS-PARTO		
Infecção puerperal		
<p>Você apresentou febre após alta hospitalar? 1 Sim () 2 Não () Se sim: procurou serviço de saúde ? 1 Sim () 2 Não ()</p> <p>Qual serviço? 1 () UAPS 2 () Maternidade 3 () Outro _____</p> <p>Diagnóstico recebido: 1 () Infecção Urinária 2 () Infecção Uterina 3 () Hemorragia + Febre 4 () Corrimento 5 () Infecção na episiotomia 6 () Infecção na mama 7 () Infecção na incisão cirúrgica da cesárea 8 () Outro _____ 9 () Não sabe informar</p> <p>Realizado Tratamento? 1 Sim () 2 Não () Qual? 1 () Internação 2 () Medicação 3 () Outro _____</p>		
Hemorragias Puerperais Tardias		
<p>Você apresentou sangramento aumentado após alta hospitalar? 1 Sim () 2 Não ()</p> <p>Com quantos dias de pós parto? 1 () 2 a 10 dias 2 () 11 a 20 dias 3 () 21 a 30 dias 4 () 30 a 60 dias</p> <p>Se sim: procurou serviço de saúde ? 1 Sim () 2 Não ()</p> <p>Qual serviço? 1 () UAPS 2 () Maternidade 3 () Outro _____</p> <p>Realizado Tratamento? 1 Sim () 2 Não () Qual? 1 () Internação 2 () Medicação 3 () Outro _____</p>		
Depressão pós parto		
<p>Você apresentou depressão após o parto? 1 Sim () 2 Não ()</p> <p>Se sim: procurou serviço de saúde ? 1 Sim () 2 Não ()</p> <p>Qual serviço? 1 () UAPS 2 () Maternidade 3 () Outro _____</p> <p>Realizado Tratamento? 1 Sim () 2 Não () Qual? 1 () Internação 2 () Medicação () Outro _____</p>		
ALEITAMENTO MATERNO E INTERCORRÊNCIA MAMÁRIAS		
<p>1-Aleitamento Materno</p> <p>Você amamentou seu filho? 1 () Sim 2 () Não</p> <p>Se sim, por quanto tempo? () Menos de 10 dias () 10 dias () 15 dias () 30 dias () 60 dias () 90 dias () Mantém aleitamento</p> <p>Se não, por qual motivo suspendeu ou não amamentou? 1 () Leite fraco/pouco leite 2 () Doença/uso de medicamentos 3 () Retorno ao trabalho 4 () Não desejou amamentar 5 () Outro motivo _____</p> <p>RN amamentou na primeira hora de vida: 1 () Sim 2 () Não</p> <p>No momento: Aleitamento Instituído 1 () Sim 2 () não</p> <p>Tipo: 1 () Aleitamento Exclusivo 2 () Aleitamento Materno 3 () Aleitamento Materno Predominante 4 () Aleitamento Materno Complementado 5 () Aleitamento Materno Misto ou parcial</p> <p>Uso de chupeta 1 () Sim 2 () Não</p> <p>Recebeu orientação de profissional de Saúde nos últimos três meses sobre a amamentação? 1 Sim () 2 Não ()</p> <p>Se sim: Qual local ? 1 () UAPS 2 () Maternidade 3 () Outro _____</p>		

2-Intercorrências durante aleitamento materno	
Você apresentou algum problema nas mamas após alta hospitalar? 1Sim () 2Não ()	
Se sim: procurou serviço de saúde? 1Sim () 2Não ()	
Qual serviço? 1() UAPS 2() Maternidade 3() Outro_____	
Diagnóstico recebido: 1() Ingurgitamento mamário 2() Mastite 3() Fissura 4() Outros_____	
Realizado Tratamento? 1Sim () 2Não () Qual? 1() Internação 2() Medicação 3() Outro_____	
IMUNIZAÇÃO MATERNA (este dado deverá ser preenchido com cartão vacinação ou do pré natal em mãos)	
Verifique se o cartão da puérpera está completo para as vacinas abaixo: Anti tetânica 1Sim () 2Não () Hepatite B 1Sim () 2Não () Rubéola 1Sim () 2Não () Recebeu informações sobre importância de vacinas no pré -natal e no puerpério 1() Sim 2() Não Se sim: Qual local ? 1() UAPS 2() Maternidade 3() Outro_____	Data das últimas doses: () Anti tetânica data: __/__/__ () Hepatite B data: __/__/__ () Rubéola data: __/__/__ Outras: _____ Se Rh negativo, recebeu imunoglobulina anti D 1() Sim 2() Não Se não, por que? 1() Não foi informada 2() Falta de Vacina 3() Outro_____
MÉTODO CONTRACEPTIVO	
Quando você voltou a ter relação sexual após o parto: 1() Antes de 10 dias 2() Após 10 dias 3() Após 10 a 20 dias 4() Após 21 a 30 dias 5() Após 31 a 40 dias 6() Após 41 a 60 dias 7() Após 60 a 90 dias	
Recebeu orientação sobre quando retornar vida sexual? 1() Sim 2() Não Você está em uso de algum método para evitar gravidez? 1Sim () 2 Não () Se sim: Qual: 1() preservativo M 2() preservativo F 3() Diafragma 4() DIU 5() Injetável 6() Pílula combinada 7() Minipílula 8() LAM 9() Outros _____	
quem prescreveu o método: 1() profissional da UAPS 2() Profissional da Maternidade () Outro _____	
Quando foi prescrito? 1() antes de 40 dias 2() após 40dias até 60dias 3() Após 60 dias até 90 dias 4() Após 90 dias. Quando você iniciou uso ? 1() antes de 40 dias 2() após 40dias até 60dias 3() Após 60 dias até 90 dias 4() Após 90 dias Se não está em uso, motivo do não uso: 1() Não foi prescrito 2() UAPS não possui o método 3() Não deseja fazer uso 4() Não sabe informar 5() Outros _____	
Recebeu orientação de profissional de Saúde nos últimos três meses sobre método contraceptivo? 1Sim () 2Não () Se sim: Qual local ? 1() UAPS 2() Maternidade 3() Outro_____	
Recebeu orientação sobre o uso de preservativo para prevenir as DST associado ao método contraceptivo? 1() sim 2() não	
EXAME DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA	
Quando foi realizado seu último exame de preventivo?	
1() nunca realizou 2() Há menos de 1 ano: 1() na gravidez 2() no pós parto 3() Há 1 ano 4() Entre 1 a 5 anos 5() Entre 5 a 10 anos 6() Há mais de 10 anos Se o exame foi realizado no pós parto, quem realizou: 1() profissional da UAPS: 1 Enfermeiro () 2 Médico () 2() Profissional da Maternidade 3() Outros _____ O resultado do Exame foi avaliado: 1Sim () 2Não ()	
Se sim: Resultado: 1() normal 2() alterado (Se sim, marque o que foi feito): 1() encaminhado para atendimento especializado 2() Solicitado repetir exame 3() Outra conduta) _____	
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ANEMIA	
Você fez uso de Sulfato ferroso durante a gestação? 1() Sim 2() Não	
Se não, por qual motivo? 1() Não foi prescrito 2() Não tinha na Unidade de Saúde 3() Outro _____	
Você fez ou está fazendo uso de Sulfato ferroso durante o puerpério? 1() Sim 2() Não	
Se não, por qual motivo? 1() Não foi prescrito 2() Não tinha na Unidade de Saúde 3() Outro _____	
CUIDADOS COM RECÉM NASCIDO	
Encaminhado para exames diagnósticos:	
Teste Pezinho: 1() Sim 2() Não	
Teste da Orelhinha : 1() Sim 2() Não	
Olhinho: 1() Sim 2() Não	
Situação Vacinal:	
1() Cartão completo para idade 2() Cartão Incompleto para Idade	
Consultas Puericultura: 1() Sim 2() Não Se não, por que? _____ Se sim, Quantas consultas:	
1() Uma 2() Duas 3() Três 4() Quatro	
Local: 1() UAPS 2() DCA 3() Privado	
Responsável pela Entrevista	

APÊNDICE C: Questionário para coleta de dados da ficha clínica puerperal do grupo de estudo

IDENTIFICAÇÃO / DADOS SOCIO- ECONÔMICOS E CULTURAIS		
Nº _____		
Data Nascimento: _____/_____/_____ _____	UAPS _____ Região Administrativa 1 () Norte 2 () Sul 3 () Rural 4 () Leste 5 () Oeste 6 () Nordeste 7 () Sudeste 8 () Centro Profissão/Ocupação atual: _____	Cor/Etnia: 1 () Branca 2 () Parda 3 () Amarela 4 () Preta 5 () Indígena
Estado civil: 1 () solteira 2 () casada 3 () Viúva 4 () Separada 5 () União consensual 6 () Outros		
Escolaridade: 1 () Analfabeta 2 () Ensino Fundamental completo 3 () Ensino Fundamental incompleto 4 () Ensino Médio completo 5 () Ensino médio incompleto incompleto 6 () Superior completo 7 () superior incompleto		É chefe de família: 1 () sim 2 () Não
ATENDIMENTOS NO PÓS- PARTO (PROTOCOLO DE ENFERMAGEM)		
1º Atendimento :7 a 10 dias	Data ___/___/___	Nº Dias de Pós Parto _____
2º Atendimento: 20 a 30 dias	Data ___/___/___	Nº Dias de Pós Parto _____
3º Atendimento: 42 dias	Data ___/___/___	Nº Dias de Pós Parto _____
4º Atendimento: 60 dias	Data ___/___/___	Nº Dias de Pós Parto _____
5º Atendimento:90 dias	Data ___/___/___	Nº Dias de Pós Parto _____
DADOS DA ÚLTIMA GESTAÇÃO E PARTO		
G ___ P ___ A ___ Intervalo interpartal (anos de diferença do último parto para o atual) _____ Pré-natal: 1 () Sim 2 () Não Nº consultas de Pré Natal: 1 () 1 a 3 2 () 4 a 6 3 () 7 ou mais Local: 1 () UAPS 2 () Policlínica 3 () DSM 4 () Maternidade 5 () HU/CAES 6 () Outros _____ Intercorrências no Pré Natal: 1 () Anemia 2 () Hemorragia 3 () Infecção urinária 4 () Vaginose 5 () Outras: _____ Parto Data ___/___/___ Local: _____ Nível de atenção: () 1º () 2º () 3ª () Domiciliar () Outros _____ Tipo de parto: 1 () Normal Cefálico 2 () Normal Pélvico 3 () Fórcepe 4 () Cesárea: Indicação: _____ Se normal: Início: 1 () Espontâneo 2 () Induzido Episiotomia 1 () Sim 2 () Não Laceração 1 () Sim 2 () Não Outras Intercorrências no parto: _____		
COMPLICAÇÕES PÓS-PARTO		
Infecção puerperal		
Febre após alta hospitalar 1 Sim () 2 Não () Atendimento por serviço de saúde 1 Sim () 2 Não () Tipo de serviço procurado 1 () UAPS 2 () Maternidade 3 () Outro _____ Diagnóstico recebido: 1 () Infecção Urinária 2 () Infecção Uterina 3 () Hemorragia + Febre 4 () Corrimento 5 () Infecção na episiotomia 6 () Infecção na mama 7 () Infecção na incisão cirúrgica da cesárea 8 () Outro _____ 9 () Não informou Realizado Tratamento 1 Sim () 2 Não () Tipo de tratamento 1 () Internação 2 () Medicação 3 () Outro _____		
Hemorragias Puerperais Tardias		
Sangramento aumentado após alta hospitalar 1 Sim () 2 Não () Dias de pós parto? 1 () 2 a 10 dias 2 () 11 a 20 dias 3 () 21 a 30 dias 4 () 30 a 60 dias Recebeu assistência de Serviço de saúde 1 Sim () 2 Não () Serviço que prestou assistência 1 () UAPS 2 () Maternidade 3 () Outro _____ Tratamento Instituído 1 Sim () 2 Não () Tipo de Tratamento 1 () Internação 2 () Medicação 3 () Outro _____		
Depressão pós parto		
Depressão após o parto 1 Sim () 2 Não () Atendimento por serviço de saúde 1 Sim () 2 Não () Tipo de serviço procurado 1 () UAPS 2 () Maternidade 3 () Outro _____ Realizado Tratamento 1 Sim () 2 Não () Tipo de tratamento 1 () Internação 2 () Medicação () Outro _____		
ALEITAMENTO MATERNO E INTERCORRÊNCIA MAMÁRIAS		
1-Aleitamento Materno		
Amamentou criança ao seio 1 () Sim 2 () Não Duração: () Menos de 10 dias () 10 dias () 15 dias () 30 dias () 60 dias () 90 dias () Mantém aleitamento Se não, motivo : 1 () Leite fraco/pouco leite 2 () Doença/uso de medicamentos 3 () Retorno ao trabalho		

<p>4() Não desejou amamentar 5() Outro motivo _____</p> <p>RN amamentou na primeira hora de vida: 1() Sim 2() Não</p> <p>No momento: Aleitamento Instituído 1() Sim 2() não</p> <p>Tipo: 1() Aleitamento Exclusivo 2() Aleitamento Materno 3() Aleitamento Materno Predominante</p> <p>4() Aleitamento Materno Complementado 5() Aleitamento Materno Misto ou parcial</p> <p>Uso de chupeta 1() Sim 2() Não</p> <p>Orientação do enfermeiro sobre a amamentação 1 Sim () 2 Não ()</p>	
<p>2-Intercorrências durante aleitamento materno</p> <p>Problema nas mamas após alta hospitalar 1 Sim () 2 Não ()</p> <p>Diagnóstico 1() Inurgitamento mamário 2() Mastite 3() Fissura 4() Outros _____</p> <p>Realização de Tratamento 1 Sim () 2 Não () Tipo de tratamento: 1() Internação 2() Medicação 3() Outro _____</p>	
IMUNIZAÇÃO MATERNA	
<p>Anti tetânica 1 Sim () 2 Não ()</p> <p>Hepatite B 1 Sim () 2 Não ()</p> <p>Rubéola 1 Sim () 2 Não ()</p> <p>Enfermeiro orientou sobre importância de vacinas no pré -natal e no puerpério</p> <p>1() Sim 2() Não</p>	<p>Data das últimas doses:</p> <p>() Anti tetânica data: __/__/__</p> <p>() Hepatite B data: __/__/__</p> <p>() Rubéola data: __/__/__</p> <p>Outras: _____</p> <p>Se Rh negativo, recebeu imunoglobulina anti D 1() Sim 2() Não</p> <p>Se não, motivo: 1() Não foi informada 2() Falta de Vacina 3() Outro _____</p>
MÉTODO CONTRACEPTIVO	
<p>Período do retorno de relação sexual após o parto: 1() Antes de 10 dias 2() Após 10 dias 3() Após 10 a 20 dias 4() Após 21 a 30 dias 5() Após 31 a 40 dias 6() Após 41 a 60 dias 7() Após 60 a 90 dias</p> <p>Enfermeiro forneceu orientação sobre quando retornar vida sexual 1() Sim 2() Não</p> <p>Puerpera está em uso de algum método para evitar gravidez 1 Sim () 2 Não ()</p> <p>Tipo de método : 1() preservativo M 2() preservativo F 3() Diafragma 4() DIU 5() Injetável 6() Pílula combinada 7() Minipílula 8() LAM 9() Outros _____</p> <p>Profissional responsável pela prescrição do método: 1() profissional da UAPS 2() Profissional da Maternidade 3() Outro _____</p> <p>Período da prescrição 1() antes de 40 dias 2() após 40 dias até 60 dias 3() Após 60 dias até 90 dias 4() Após 90 dias. Iniciou do uso 1() antes de 40 dias 2() após 40 dias até 60 dias 3() Após 60 dias até 90 dias 4() Após 90 dias Se não está em uso, motivo do não uso: 1() Não foi prescrito 2() UAPS não possui o método 3() Não deseja fazer uso 4() Não sabe informar 5() Outros _____</p> <p>Enfermeiro forneceu orientação sobre método contraceptivo 1 Sim () 2 Não ()</p> <p>Enfermeiro orientou sobre o uso de preservativo para prevenir as DST associado ao método contraceptivo? 1() sim 2() não</p>	
EXAME DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA	
<p>Tempo de realização do último exame de preventivo</p> <p>1() nunca realizou 2() Há menos de 1 ano: 1() na gravidez 2() no pós parto 3() Há 1 ano 4() Entre 1 a 5 anos 5() Entre 5 a 10 anos 6() Há mais de 10 anos Responsável pela realização do exame: 1() profissional da UAPS: 1 Enfermeiro () 2 Médico () 2() Profissional da Maternidade 3() Outros _____ O resultado do Exame foi avaliado: 1 Sim () 2 Não ()</p> <p>Se sim: Resultado: 1() normal 2() alterado (Se sim, marque o que foi feito): 1() encaminhado para atendimento especializado 2() Solicitado repetir exame 3() Outra conduta _____</p>	
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ANEMIA	
<p>Uso de Sulfato ferroso durante a gestação? 1() Sim 2() Não</p> <p>Se não, motivo 1() Não foi prescrito 2() Não tinha na Unidade de Saúde 3() Outro _____</p> <p>Fez uso de Sulfato ferroso durante o puerpério 1() Sim 2() Não</p> <p>Se não, por qual motivo? 1() Não foi prescrito 2() Não tinha na Unidade de Saúde 3() Outro _____</p>	
CUIDADOS COM RECÉM NASCIDO	
<p>Encaminhado para exames diagnósticos:</p> <p>Teste Pezinho: 1() Sim 2() Não</p> <p>Teste da Orelhinha : 1() Sim 2() Não</p> <p>Olhinho: 1() Sim 2() Não</p> <p>Consultas Puericultura: 1() Sim 2() Não Se não, motivo _____</p> <p>Quantas consultas: 1() Uma 2() Duas 3() Três 4() Quatro</p> <p>Local: 1() UAPS 2() DCA 3() Privado</p>	

Responsável pelo preenchimento do formulário

APÊNDICE 4: Termo de consentimento livre e esclarecido - grupo de estudo

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “**Implantação de uma diretriz de assistência de enfermagem no puerpério na atenção primária à saúde.**” Neste estudo pretendemos verificar se uma assistência de enfermagem durante o pós- parto por um período maior e seguindo alguns critérios, ajuda a evitar alguns problemas comuns neste período. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é que muitas mulheres têm apresentado alterações que podem afetar negativamente a sua saúde e de seu filho, o que indica a necessidade de atuação da enfermagem através de uma assistência mais próxima da mulher neste período. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: você será atendida pelo (a) enfermeiro (a) da Unidade de Saúde até o terceiro mês após o seu parto. Ele te visitará na sua residência até o 10º dia depois que seu bebê nascer, depois fará uma visita ou você retornará na Unidade para consulta do 25º ao 30º dia e posteriormente você retornará na Unidade de Saúde para continuar o atendimento aos 42º, 60º e 90º dias de pós-parto. Todos estes atendimentos serão previamente agendados pelo (a) enfermeiro (a) e comunicados a você. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelas pesquisadoras. Iremos tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos (queimados). Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____, fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20__

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900 FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS:

Betânia Maria Fernandes - Endereço: Rua Silva Jardim nº 340/301 Centro, Juiz de Fora(MG) CEP 36015.390. fone (32) 88456228 E-mail: betaniafernandes@uol.com.br

Ana Beatriz Querino Souza- Endereço: Rua Dr. Oldemir Mazocoli nº 310 Bosque dos Pinheiros II, Juiz de Fora (MG) CEP 36062-055 fone: (32) 88645385. E-mail: bistetriz@hotmail.com

APÊNDICE 5: Termo de consentimento livre e esclarecido - grupo não equivalente

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa **“Implantação de uma diretriz de assistência de enfermagem no puerpério na atenção primária à saúde.”** Neste estudo pretendemos verificar se uma assistência de enfermagem durante o pós- parto por um período maior e seguindo alguns critérios, ajuda a evitar alguns problemas comuns neste período. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é que muitas mulheres têm apresentado alterações que podem afetar negativamente a sua saúde e de seu filho, o que indica a necessidade de atuação da enfermagem através de uma assistência mais próxima da mulher neste período. O procedimento adotado para este estudo será o seguinte: iremos à sua casa e faremos uma entrevista para saber como está sua saúde e do bebê e qual atendimento recebeu neste período. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelas pesquisadoras. Iremos tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos (queimados). Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____, fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900 FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br


PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS:

Betânia Maria Fernandes - Endereço: Rua Silva Jardim nº 340/301 Centro, Juiz de Fora(MG) CEP 36015.390. fone (32) 88456228 E-mail: betaniafernandes@uol.com.br

Ana Beatriz Querino Souza- Endereço: Rua Dr. Oldemir Mazocoli nº 310 Bosque dos Pinheiros II, Juiz de Fora (MG) CEP 36062-055 fone: (32) 88645385. E-mail: bistetriz@hotmail.com

ANEXO

Anexo 1: Parecer de aprovação do estudo pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA PRO-REITORIA DE PESQUISA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF 36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL</p> <p>Parecer nº 307/2010</p> <p>Protocolo CEP-UFJF: 2224.284.2010 FR: 382293 CAAE: 5744.0.000.180-10</p> <p>Projeto de Pesquisa: Assistência de Enfermagem no puerpério na Atenção Primária à Saúde: um estudo experimental</p> <p>Versão do Protocolo e Data: 19 11 2010</p> <p>Area Temática: Grupo III</p> <p>Pesquisador Responsável: Profª Drª Betânia Maria Fernandes</p> <p>Data prevista para o término da pesquisa: agosto 2012</p> <p>Instituição colaboradora/sediadora: Prefeitura Municipal de Juiz de Fora</p> <p>Análise do protocolo:</p>						
Itens Avaliados		Sim	Não	P	NA	
Justificativa	O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico	x				
	Objeto de estudo está bem delineado	x				
Objetivo(s)	Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta	x				
	Atende ao(s) objetivo(s) proposto(s)	x				
Material e Métodos	Informa	Tipo de estudo	x			
		Procedimentos que serão utilizados	x			
		Número de participantes	x			
		Justificativa de participação em grupos vulneráveis				x
		Crterios de inclusão e exclusão	x			
		Recrutamento	x			
		Riscos ou desconfortos esperados	x			
		Coleta de dados				
		Tipo de análise	x			
		Cuidados Éticos	x			
	Assegura o arquivamento do material coletado pelo período mínimo de cinco anos	x				
	Explicita como será o descarte do material coletado	x				
Revisão da literatura	Atuais e sustentam o(s) objetivo(S) do estudo	x				
Resultados	Informa os possíveis impactos e benefícios	x				
Cronograma	Agenda as diversas etapas de pesquisa	x				
	Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê	x				
Orçamento	Lista a relação detalhada dos custos da pesquisa	x				
	Apresenta o responsável pelo financiamento	x				
Referências	Segue uma normatização	x				
Instrumento de coleta de dados	Preserva o sujeito de constrangimento	x				
	Apresenta pertinência com o(s) objetivo(s) proposto(s).	x				
Termo de dispensa de TCLE	Solicita dispensa				x	
Termo de assentimento	Apresenta o termo em caso de participação de menores				x	



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

TCLE	Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito	x				
	Apresenta justificativa e objetivos					
	Descreve suficientemente os procedimentos	x				
	Apresenta campo para a identificação dos sujeitos	x				
	Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao sujeito	x				
	Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o consentimento sem penalidades	x				
	Garante sigilo e anonimato	x				
	Explicita	Riscos e desconfortos esperados	x			
		Ressarcimento de despesas	x			
		Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa	X			
Forma de contato com o pesquisador		X				
	Forma de contato com o CEP	X				
Pesquisador (es)	Apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa	X				
	Apresenta comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.	X				
Documentos	Carta de Encaminhamento à Coordenação do CEP	X				
	Folha de Rosto preenchida	X				
	Projeto de pesquisa, redigido conforme Modelo de Apresentação de Projeto de Pesquisa padronizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ)	X				
	Resumo do projeto	X				
	Declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa	X				
	Um CD-ROM gravado contendo: Projeto de pesquisa, Resumo do projeto e TCLE.	X				

P= parcialmente NA=Não se aplica

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 17 de fevereiro de 2011

Prof. Dra. Iêda Maria A. Vargas Dias
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: ___/___/2011
ASS: _____