

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RN
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CRYSTIANE MARTINS DE MENDONÇA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DO
PUERPÉRIO: uma revisão bibliográfica

Monografia apresentada à Faculdade
Natalense para o Desenvolvimento do Rio
Grande do Norte (FARN) como requisito
para obtenção do título Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Ilac. Maria Lucia Costa de
Nascimento.

NATAL/RN
2009

CRYSTIANE MARTINS DE MENDONÇA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DO
PUERPÉRIO: uma revisão bibliográfica**

Monografia apresentada a Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) como requisito para obtenção do título Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Msc. Maria Lucia Costa do Nascimento.

**NATAL/RN
2009**



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Mendonça, Crystiane Martins de

Assistência de enfermagem nas principais complicações do puerpério: uma revisão bibliográfica/ Crystiane Martins de Mendonça. – Natal: FARN, 2009.
44f.

Orientadora: Maria Lúcia Costa do Nascimento (mestre)
Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Puerpério – Monografia. 2. Assistência de enfermagem – Monografia.
3. Organismo Materno – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 61-055.2

NATALIAN
2009

CRYSTIANE MARTINS DE MENDONÇA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DO
PUERPÉRIO: uma revisão bibliográfica**

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DO PUERPÉRIO: uma revisão bibliográfica** e apresentado pela aluna Crystiane Martins de Mendonça do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem da FARN foi considerado aprovado pela Banca examinadora abaixo designada:

Data de Aprovação: ____/novembro de 2009.

Banca Examinadora

Prof.^a M. Sc. Maria Lúcia Costa do Nascimento
Orientadora
FARN-RN

Prof. M. Sc. Mariluce Oliveira de Araújo
FARN-RN

Prof. Dr.^a Izete Soares da Silva Dantas Pereira
FARN-RN

RESUMO

O estudo objetiva analisar a assistência de enfermagem nas principais complicações do puerpério, pois é nesta fase, passando toda expectativa e a autoria do parto que

Dedico este trabalho primeiro a Deus, que me permitiu caminhar todos os dias me ajudando a superar obstáculos, mostrando sua fidelidade em minha vida, me fazendo ver que nada somos e nada podemos ser sem Ele, a Deus que me ensinou a sorrir mesmo quando a dor abate a alma, me dando satisfação a cada sorriso de gratidão das pessoas que pude ajudar, ao único Deus autor da vida. A minha mãe Araceli Barreto pela sua bravura e força caminhando sempre ao meu lado, respeitando meus limites, compreendendo muitas vezes a minha ausência, ela que me ajudou a realizar um grande sonho que sonhamos juntas, ao meu pai Wellington Martins pela sua compreensão e orgulho, a minha avó Joana Barreto (in memoriam) que foi meu maior exemplo de perseverança e coragem, a minha avó Lúcia Martins, tios, tias, primos, primas que souberam ser pacientes em minha ausência, aos meus amigos que nos bastidores torceram por mim e acreditaram que eu iria conseguir, a minha amiga Lúcia Alves, que esteve ao meu lado durante todo esse caminhar acreditando sempre em minha capacidade.

A todos os professores e professoras que muito contribuíram para a minha formação, dos quais tenho boa lembrança e á professora Maria Lúcia Costa do Nascimento, pela sua sabedoria, paciência e dedicação.

RESUMO

O estudo objetiva analisar a assistência de enfermagem nas principais complicações do puerpério, pois é nessa fase, passada toda expectativa e a euforia do parto, que muitas mulheres morrem ou complicam por falta de conhecimento de como se processa as transformações fisiológicas em seu organismo. Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, pois permite informações relevantes ao tema em estudo sendo feita consultas em livros, periódicos e visitas a internet. Observou-se que em estudo realizado foram verificadas que as complicações puerperais estiveram presentes em 11,9% das mulheres, sendo estas a infecção puerperal (4,7%), embolia pulmonar obstétrica (2,3%), complicações do sistema venoso (0,3%) e outras anormalidades puerperais não especificadas (4,6%). Suas causas são as mais variadas, desde a presença de múltiplos microorganismos como das condições sócias econômicas e culturais, a desinformação da puérpera. A enfermagem tem se debruçado sobre o assunto sugerindo várias formas de intervenções preventivas a partir da importância do pré-natal até o puerpério. O papel do enfermeiro consiste em prestar os cuidados necessários para a mãe e criança, enfocando informações precisas sobre o parto e o puerpério que minimizem os anseios e medos da cliente e que promovam um ambiente saudável para a adaptação física e emocional da mulher em sua nova condição de puérpera.

Palavras-chave: Puerpério. Complicações. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the nursing care in the primarily puerperium complications. After all expectations and euphoria of childbirth, many women die or suffer complications due lack of knowledge on how the physiological processes change their body. This study is a literature review, since it allows collecting relevant data on the topic studied through books, journals and internet. It was observed in a study that the puerperium complications occurred in 11, 9% of the women, of them, the puerperal infection (4, 7%), obstetric pulmonary embolism (2,3%), complications in the venous system (0,3%) and others unspecified puerperal abnormalities (4,6%). There are a myriad of causes, from the existence of multiple microorganisms to the social, cultural and economic conditions, and the misinformation of the puerperal women. The nursing is paying attention on the topic giving several suggestions on the preventive interventions ways, from the importance of pre natal care through puerperium. The nurse role consist in giving the necessary care, focusing on precise information and the postpartum period to minimize the anxieties and fears of the women and promote a healthy environment for the physical and emotional adjustment to their new situation, the postpartum.

Keywords: Puerperium. Complications. Nursing care.

LISTA DE SIGLAS

MS	Ministério da Saúde	10
MMII	Membros inferiores	13
PRL	Prolactina	13
LH	Hormônio luteinizante	13
FSH	Hormônio do folículo estimulante	13
FARN	Faculdade Natalense para Desenvolvimento do Rio Grande do Norte	16
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde	16
SCIELO	Scientific Electronic Library Online	16
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde	16
2.3	INTERCORRÊNCIAS FISIOLÓGICAS DO SISTEMA REPRODUTOR	19
2.4	PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES NO PUERPERIO	22
2.4.1	Infecção puerperal	22
2.4.2	Hemorragia puerperal	28
2.4.3	Músculo puerperal	29
2.5	CONDUTAS DE ENFERMAGEM NO PUERPERIO	33
3	METODOLOGIA	34
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS	40
	ANEXOS	42

1 INTRODUÇÃO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS	13
1.1.1 Objetivo geral.....	13
1.1.2 Objetivos específicos	13
1.2 JUSTIFICATIVA	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 ALTERAÇÕES ANATOMO-FISIOLÓGICA DO ORGANISMO MATERNO NO PUERPÉRIO.....	15
2.2 ALTERAÇÕES SOBRE O ESTADO PSICOFISIOLÓGICO	18
2.3 INTERCORRÊNCIAS FISIOLÓGICAS DO SISTEMA REPRODUTOR	19
2.4 PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES NO PUERPÉRIO.....	22
2.4.1 Infecção puerperal.....	22
2.4.2 Hemorragia puerperal	28
2.4.3 Mastite puerperal	29
2.5 CONDUTAS DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO	33
3 METODOLOGIA	38
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
ANEXOS.....	42

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um processo natural, necessário à reprodução humana, caracterizada pela ocorrência de inúmeras mudanças anatomofisiológicas maternas, importantes para a manutenção da gravidez, de maneira que o parto e também o puerpério ocorram de forma desejável.

Contudo, em algumas situações, intercorrências indesejáveis atrapalham o bom andamento de todo esse processo, causando sérios transtornos à gestante, o que pode condicionar sofrimento à vida do feto e também a mãe. Tais situações são geradas por diversos fatores biológicos e sociais, que podem possibilitar que a gravidez, o parto e o puerpério sejam classificados como de risco ou alto risco.

Assim, a realização do pré-natal é impositiva, com o objetivo de que a gestante seja monitorada, recebendo tratamento e informações de extrema relevância.

Dessa forma, a equipe de saúde envolvida e, particularmente o enfermeiro, devem estar preparados para identificar sinais e situações que comprometam a saúde da mãe e do feto, de modo que intervenções pertinentes sejam executadas, a fim de que sejam minimizados ou corrigidos todos os problemas que perturbem o saudável andamento do processo gravidez-puerpério.

Durante toda a gravidez ocorrem alterações gradativas em todos os sistemas do organismo. As alterações mais marcantes envolvem o sistema reprodutor e os processos hormonais que regulam as funções.

Nesse período, é válido salientar a importância da realização de um pré-natal bem qualificado, tendo em vista a prevenção e identificação de determinados problemas que se tornam fatores de riscos para patologias muito severas durante ou após o trabalho de parto. No período puerperal todas as alterações no organismo materno regridem e todos os sistemas do corpo retornam ao seu estado pré-concepcional.

O Ministério da Saúde (MS) conceitua puerpério como o estado emocional essencial provisório, em que existe maior vulnerabilidade psíquica, tal como no bebê, e que, por certo grau de identificação, permite às mães ligarem-se intensamente aos recém-nascidos, adaptando-se ao contato com ele e atendendo às suas necessidades básicas. As alterações anátomos-fisiológicas e emocionais

durante a gravidez e parto, se estendem ao puerpério, onde a mulher, o recém-nascido, o pai e a família necessitam de atenção especial, pois há relatos de que boa parte das situações de morbi-mortalidade materna e neonatal acontece nesse período, especificamente, na primeira semana pós-parto, ou seja, no puerpério imediato (BRASIL, 2006).

Já Rezende e Montenegro (2006) diz que puerpério, sobre-parto ou pós-parto é o período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna havidas após o parto.

Segundo Gerk (2006) puerpério é o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, causadas pela gestação no organismo materno, retornam ao estado pré-gravídico. Puerpério (sobre-parto ou pós-parto) é período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna após o parto. O período pós-parto, ou puerpério, é o intervalo entre o parto e a volta do corpo da mulher ao estado anterior à gestação. Ajustes fisiológicos e psicológicos rápidos começam logo após o parto e permanecem por, aproximadamente, seis semanas.

As capacidades físicas e imagem corporal da paciente precisam adaptar-se às alterações no período pós-parto e aos processos restauradores que as acompanham. Nesse sentido, os profissionais de enfermagem assumem o papel crucial como sendo conhecedores dessas adaptações, capacitados em avaliar a paciente com mais eficiência e tomar decisões baseadas em dados científicos e assim facilitando o retorno da paciente ao estado ideal de saúde.

No que se refere à duração, há um consenso entre as literaturas de que o puerpério inicia-se imediatamente após a expulsão da placenta e das membranas ovulares. Porém, no que tange ao seu final, não tem sido uniforme o conceito dos autores clássicos. Para alguns, o retorno ao estado pré-gravídico levaria oito meses a um ano e só então a mulher estaria apta para engravidar, mesmo quando lactando. Para outros, o término natural da lactação ou o retorno das menstruações marcaria o final do puerpério. O conceito mais naturalmente aceito propõe o final do período puerperal à sexta semana após o parto, concordando com a atribuição popular de 40 dias para o *resguardo puerperal*.

Segundo Neme (2000), é possível considerar o puerpério em três períodos: a) puerpério imediato que se inicia após o término da dequitação e se estende por 2 horas, que corresponde ao chamado quarto período do parto, quando são mais freqüentes e graves as complicações hemorrágicas e suas consequências; b) puerpério mediato que se estende do final da fase imediata e vai até o 10º dia, quando a regressão dos órgãos genitais é evidente. No final dessa fase já não vigora o risco de instalação de infecção puerperal, com excreção das infecções mamárias e c) puerpério tardio que se segue do 11º dia até o reinício dos ciclos menstruais nas que não lactam e até a 6ª – 8ª semana nas lactantes.

A consulta de enfermagem puerperal tem como sua principal finalidade auxiliar as mães no período pós parto, assim como também orientar nos cuidados ao seu bebê e a amamentação, apoiando a parturiente nos novos desafios que serão enfrentados (NEME, 2000).

É nesse período que a mulher e o recém nascido necessitam de apoio dos profissionais de saúde, do companheiro e familiares para melhor se adaptar a esta fase. A assistência de enfermagem, nessa fase, entra em cena com grande relevância, haja vista a necessidade da puérpera em receber todos os cuidados oferecidos pelo enfermeiro, mantendo a paciente informada a respeito das mudanças que acontecerão no seu organismo e facilitando o retorno às condições pré-gravídicas.

O profissional conhecedor das mudanças ocorridas tanto no puerpério normal quanto no patológico é capaz de prestar uma assistência inteiramente qualificada, reduzindo ao máximo as chances de ocorrências de interferências, quando essas podem ser identificadas antes da instalação de um quadro irreversível.

Observa-se que o mais enfatizado para a mulher quando grávida é a importância do pré-natal e o parto tanto com ela como o bebê, porém não é dada a mesma ênfase com relação ao puerpério. Constata-se que é nesse período onde ocorrem alterações anátomo-fisiológicas que deixa a mulher com seu estado emocional abalada por não saber exatamente o que lhe espera após o nascimento de seu bebê. É nesse período que podem surgir dúvidas, depressão, infecções e geralmente ela não se encontra preparada para enfrentar tantos desafios (NEME, 2000).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar as principais complicações do puerpério e a assistência de enfermagem nessa fase.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar as principais complicações do puerpério.
- Descrever a assistência de enfermagem para a prevenção das complicações do puerpério.

1.2 JUSTIFICATIVA

Ao vivenciar a visita domiciliária em estratégia de saúde da família, a autora deste trabalho pôde observar que a maioria das mulheres visitadas necessitava de intervenções educativas e ou cuidados físicos preventivos a fim de evitar complicações puerperais.

Este trabalho torna-se relevante, já que no pós-parto, especialmente nos primeiros dias, a puérpera vive um período de transição, estando vulnerável a problemas físicos e psicológicos, sentindo-se ansiosa ao ter que assumir maiores responsabilidades relacionadas ao filho e a casa.

Justifica-se a necessidade em se estudar as complicações do puerpério mais frequentes tais como hemorragias, infecção puerperal, mastites e psicose por trazer grandes transtornos, não só a mãe como ao bebê e a família. Algumas delas, como hemorragia que acontece mais tardiamente pode levar a mulher a morte se não tratada imediatamente. Além dos desconfortos, apreensão, incertezas, pois o puerpério apresenta-se como o grande desconhecido para a mulher.

Dessa forma, neste período a mãe deve contar com uma rede de cuidadores, compreendida pela sua família e os serviços de saúde, através de seus profissionais, principalmente de enfermagem.

Neste sentido, a equipe de enfermagem precisa estar capacitada e disponível para prestar a melhor assistência possível a puérpera, buscando

minimizar as complicações advindas do mesmo e prevenir complicações decorrentes deste período.

Levando esses fatos em consideração, este trabalho acadêmico de revisão bibliográfica, objetiva identificar, as principais complicações que podem acometer a puérpera nesse período e inclusive responder ao seguinte questionamento: qual a assistência da enfermagem à mulher no puerpério e sua contribuição frente a essas complicações?

Segundo (GERK, 2005), dentre as principais complicações que frequentemente ocorrem no puerpério, várias delas são evitáveis e há necessidade de se estabelecer medidas para se evitar riscos de morte e prevenção para saúde.

Em estudo realizado em São Paulo com mulheres entre 15 e 45 anos, foram verificadas que as complicações durante o puerpério foram 11,9%. As complicações de complicações encontradas nesta pesquisa foram: infecção do sistema urinário (4,7%), infecção pulmonar crônica (2,3%), complicações do sistema circulatório (10,3%) e outras complicações puerperais não especificadas (4,6%) (MADAD, SILVA, 2000). As principais alterações deste período são:

a) Sistema Cardiovascular: Em decorrência de eliminação da circulação placentária, há um aumento significativo da resistência vascular periférica logo após o parto. O volume sanguíneo total sofre uma diminuição de 500 ml no primeiro dia após o parto e continua a diminuir até o terceiro dia, atingindo um total de 1500 ml ou mais. A pressão arterial no primeiro dia após o parto é de 100/60 mmHg e continua a diminuir até o terceiro dia, atingindo um total de 90/60 mmHg. O débito cardíaco sofre um aumento por causa da elevação da circulação da aorta venosa, retornando ao normal nas primeiras semanas pós-parto (GERK, 2005).

b) Sistema Endócrino: No fim da gestação, os níveis de estrogênio e de progesterona estão muito elevados, assim como os de prolactina (PRL). Com a saída da placenta, ocorre queda imediata dos estrogênios placentários e níveis muito baixos e leve diminuição dos valores de PRL, que permaneceram ainda bastante

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ALTERAÇÕES ANÁTOMO-FISIOLÓGICA DO ORGANISMO MATERNO NO PUERPÉRIO

Passado a expectativa e euforia do nascimento, a mulher se depara com um mundo novo bem desconhecido que vai lhe proporcionar muitos desafios, porém esse período não é muito valorizado por nós profissionais de saúde (HADDAD; SILVA, 2000). Pesquisas mostram que mulheres ainda morrem no puerpério por causa das complicações, por não valorizar ou desconhecer os sinais e sintomas mais comuns de complicações (COSTA, 2009).

Esse trabalho aborda as principais complicações que frequentemente ocorrem no puerpério. Vários sistemas são alterados e há necessidade de se compreender melhor para se adotar medidas de promoção e prevenção para saúde.

Em estudo realizado em São Paulo, com mulheres entre 15 e 49 anos, foram verificadas que as complicações puerperais estiveram presentes em 11,9% das pesquisadas. As complicações encontradas nesta pesquisa foram infecção puerperal (4,7%), embolia pulmonar obstétrica (2,3%), complicações do sistema venoso (0,3%) e outras anormalidades puerperais não especificadas (4,6%) (HADDAD; SILVA, 2000). As principais alterações deste período são:

a) Sistema Cardiovascular: Em decorrência da eliminação da circulação placentária, há um aumento significativo da resistência vascular periférica, logo após o parto. O parto vaginal está associado à perda de aproximadamente 500 ml de sangue, enquanto a cesariana acarreta perdas de até 1000 ml ou mais. A pressão venosa nos membros inferiores (MMII) cai bruscamente após o parto por causa da descompressão das veias ilíacas e da veia cava inferior, atenuando as varizes existentes. O débito cardíaco sofre brusco aumento por causa da elevação da circulação do retorno venoso, retornando ao normal nas primeiras semanas pós-parto (GERK, 2006).

b) Sistema Endócrino: No fim da gestação, os níveis de estrogênio e de progesterona estão muito elevados, assim como os de prolactina (PRL). Com a saída da placenta, ocorre queda imediata dos esteróides placentários a níveis muito baixos e leve diminuição dos valores de PRL, que permaneceram ainda bastante

elevados. Na ausência de lactação, nas primeiras semanas pós-parto, tanto o Hormônio Luteinizante – LH (que estimula a produção de testosterona pelas células intersticiais dos testículos, às características sexuais secundárias, e a elevação do desejo sexual), como o Hormônio do Folículo Estimulante – FSH (que estimula a espermatogênese pelas células dos túbulos seminíferos), mantêm-se com valores muito baixos, para logo começarem a se elevar lentamente. No puerpério inicial os níveis de estrogênio mantêm-se baixos e progesterona não é detectável (GERK, 2006).

A recuperação das gonadotrofinas até os níveis prévios da gravidez depende da presença ou não da amamentação. A amamentação pode inibir a fertilidade pela ação direta do estímulo do mamilo sobre o hipotálamo por via neuroendócrina, elevando a PRL e inibindo o FSH e LH (REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

c) Sistema Respiratório: A abrupta descompressão do diafragma, conseqüente ao esvaziamento uterino, provoca o retorno do tipo respiratório costal, presente durante a gestação, para o tipo costoabdominal. Além disso, em face do relaxamento do diafragma e da musculatura abdominal, ocorre queda da capacidade vital. A eventual presença de taquipnéia se relaciona com hipertermia e hipotensão arterial sistêmico (NEME, 2000).

d) Sistema Urinário: A diurese aparece nas primeiras 24 horas do puerpério. Aproximadamente, no 5º dia de puerpério, completa-se a eliminação de dois a três litros de líquidos acumulados durante a gestação. A retenção urinária após o parto pode ocorrer em razão de a bexiga estar muitas vezes edemaciada e traumatizada, sensibilidade diminuída à pressão exercida pela urina, edema e traumatismos dos tecidos em torno do meato urinário, sensibilidade reduzida pela anestesia e a incapacidade de urinar na posição horizontal. Dor lombar discreta, febre, retenção urinária, disúria, polaciúria são indicativos de infecção urinária. A dilatação do sistema urinário pode persistir por três semanas após o parto (GERK, 2006).

e) Sistema Hematológico: Não há mudanças da série vermelha próprias do puerpério. Nota-se, na branca, imediatamente após o parto, leucocitose de até 25 mil glóbulos, à causa principalmente dos granulócitos neutrófilos. Em condições normais, a hiper-aleucocitose fica reduzida à metade nas primeiras 48 horas, e ao cabo do 5º ou 6º dia o quadro retorna às taxas habituais (REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

A velocidade de eritrossedimentação, acelerada na gravidez, sofre novo incremento no puerpério, regularizando-se somente entre a 5ª e a 7ª semana. A concentração de hemoglobina volta a níveis não gravídicos em 6 semanas do parto. Está aumentada a tendência à coagulação no puerpério (REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

f) Sistema Digestivo: Com o esvaziamento uterino retornam as vísceras abdominais, vagarosamente, às disposições anatômicas. Há redução da motilidade intestinal. A constipação da puérpera, presentes nas pacientes que se mantinham no leito por uma a duas semanas, é hoje excepcional com o levantar precoce, e observada unicamente nas que tem obstipação crônica (GERK, 2006).

g) Sistemas Osteoarticular e Muscular: Pode persistir discreto aumento da cavidade pélvica, associada ao relaxamento da musculatura abdominal e pélvica. O desconforto músculo-esquelético seria, mais comumente, definido por fenômeno de percepção física desagradável relacionado a fadiga aguda e sobrecarga física. (GERK, 2006).

h) Pele: As estrias do abdome e das mamas, quando presentes, perdem a cor vermelho-arroxeadas e ficam pálidas, transformando-se, em algumas semanas, nas estrias branco-nacaradas. Regridem as modificações do tipo de implantação dos pêlos pubianos, assim como as hiperpigmentações da pele do rosto, do abdome e das mamas. Algumas ficam indeléveis (REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

i) Mudanças do Peso Corporal: Imediatamente após o parto, o peso da mulher diminui de 4,5 a 5,5 kg, por causa da retirada do feto, da placenta e do líquido amniótico. Durante o puerpério imediato, perde-se mais 2,5 kg como resultado da diurese e da sudorese intensa. A gordura acumulada durante a gestação (de 2,3 a 3,2 kg) é utilizada pela mãe que amamenta durante os primeiros seis meses, portanto a amamentação contribui para a perda de peso no período puerperal (GERK, 2006).

j) Metabolismo: O metabolismo basal lentamente se normaliza. Ocorrem balanço nitrogenado positivo e redução do metabolismo lipídico e dos hidratos de carbono dentro de 48 horas. A tolerância à glicose pode estar elevada na fase inicial do puerpério, não sendo útil para o diagnóstico de diabetes (REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

Segundo Neme (2000), o volume da tireóide (aumentado durante a gestação) regride e volta ao normal dentro de uma mesma forma, os seus hormônios tiroxina e triiodotironina regridem dentro de quatro semanas.

2.2 ALTERAÇÕES SOBRE O ESTADO PSICOFISIOLÓGICO

Ainda durante o puerpério, Gerk (2006) e Costa (2009) ressaltam algumas alterações de natureza psicofisiológica:

a) Estado geral da puérpera: De imediato, após o parto, particularmente os laboriosos, a puérpera se apresenta extenuada pelo esforço muscular dependido na expulsão. A face e o tronco exibem franca sudorese, a respiração é costal e profunda e a frequência respiratória reduzida. A paciente sente-se aliviada e, na ausência de estímulos externos (presença de familiares), o cansaço exige repouso, o que conduz prontamente ao sono (GERK, 2006).

b) Calafrio: Ocorre devido à diminuição da massa corporal, a estímulos nervosos (liberação de catecolaminas), às manifestações de bacteriemia e por absorção maciça de microorganismos ou produtos tóxicos pela ferida placentária.

c) Temperatura: Ocorre hipertermia devido à existência no canal do parto de pequenas soluções de continuidade, através das quais microorganismos e produtos tóxicos locais invadem a circulação materna nas primeiras 72 horas do pós-parto, sem que se instale quadro clínico infeccioso.

d) Sede: Decorre do excesso de perdas sanguíneas experimentadas durante o parto, bem como das perdas de líquidos durante a amamentação.

e) Pulso: Logo no puerpério imediato, a puérpera apresenta-se com taquiesfigmia acompanhada de temperatura elevada. Com o repouso prolongado no leito, no puerpério mediato, o pulso tende a apresentar-se bradicárdico.

f) Pressão arterial: A pressão sanguínea deve manter-se estável após o parto. Uma queda pode estar relacionada à perda excessiva de sangue, enquanto uma elevação é sugestiva de hipertensão gravídica.

g) Alterações Emocionais no Puerpério: As mudanças de humor são comuns nesse período, entre elas: alterações hormonais, conflito sobre o papel materno, insegurança pessoal, perdas anteriores de fetos ou gestações sem sucesso, desconfortos físicos e cansaço. Geralmente os episódios temporários de

depressão e choro por qualquer motivo não dura muito tempo. As mães devem ser informadas que esses sentimentos são comuns.

As capacidades físicas e imagem corporal da paciente precisam se adaptar às alterações no período pós-parto e aos processos restauradores que as acompanham. Nesse sentido, os profissionais de enfermagem assumem o papel crucial como sendo conhecedores dessas adaptações, capacitados em avaliar a paciente com mais eficiência e tomar decisões baseadas em dados científicos e assim facilitando o retorno da mulher ao estado ideal de saúde.

2.3 INTERCORRÊNCIAS FISIOLÓGICAS DO SISTEMA REPRODUTOR

O sistema reprodutor recupera-se da gravidez e do nascimento do bebê por mecanismos únicos e eficazes. Apesar disso, algumas estruturas são alteradas irreversivelmente. Neme (2000) e Costa (2009) referem às seguintes alterações:

a) Útero: Após o nascimento do bebê e a expulsão da placenta, o útero sofre alterações profundas e dramáticas que possibilitam o seu retorno ao estado não-gravídico.

O órgão involui rapidamente, de tal forma, que pesando 1000-1200g e tendo 20 cm de altura e 4 cm de espessura, passa no 40º dia a pesar 50-100g e medir 7-8 cm de altura e 1 a 1,5cm de espessura. Vale ressaltar que cada dia o fundo do útero encontra-se um dedo abaixo do dia anterior, até que por volta do 10º ao 14º dia, ele desceu e entrou de novo na cavidade pélvica e já não pode ser apalpado (NEME, 2000).

Tal involução resulta das contrações miométriais e da autólise, também conhecida como autodesintegração ou autodigestão das células e dos tecidos. Graças a esse processo, o miométrio readquire seu tamanho normal (NEME, 2000).

A contração miométriais tem intervalos e força irregulares. As pacientes multíparas costumam ter contrações mais vigorosas e desconfortáveis do que as gestantes primíparas – provavelmente porque o músculo uterino perde alguma elasticidade a cada gravidez e precisa realizar um trabalho mais vigoroso para que as contrações sejam eficazes. Além disso, a lactante tem contrações mais fortes do que as mulheres que não estão amamentando, tendo em vista que a ocitocina, além

de controlar a ejeção do leite, também estimula a musculatura uterina, contraindo o útero, evitando hemorragia pós-parto (NEME, 2000).

b) Endométrio: Durante o período pós-parto a cicatrização e a regeneração recuperam a estrutura e a função normal do endométrio. Embora a placenta e as membranas desprendam-se da parede uterina por ocasião do nascimento, a decídua basal permanece na cavidade uterina.

Nos primeiros estágios da involução, as contrações miométriais comprimem os vasos sanguíneos de toda a decídua e do local da implantação placentária, possibilitando a hemostasia (estagnação do sangue).

Depois do segundo ou terceiro dia após o parto, a decídua basal diferencia-se em duas camadas diferentes. A obstrução dos vasos sanguíneos da decídua leva à necrose da camada superficial, que se desprende e constitui parte da secreção loquial. A camada mais profunda da decídua permanece aderida à parede uterina. Em torno do sétimo dia após o parto, as glândulas endometriais começam a regenerar-se na camada basal. Cerca de 16 dias após o parto, o endométrio está totalmente recuperado, com exceção do local da implantação placentária. A involução dessa região e a recuperação dos seus tecidos normais são mais demorados do que no restante do endométrio. À medida que o local da implantação placentária cicatriza, o tecido endometrial em regeneração substitui lenta e progressivamente a decídua basal (NEME, 2000).

c) Lóquios: Designam-se lóquios o produto de exsudatos, transudatos, produtos de escamação e sangue que procedem da ferida placentária (principalmente), do colo uterino e da vagina. As pacientes que realizaram partos cesáreos apresentam fluxo loquial menos profuso e duradouro do que as mulheres que deram à luz por via vaginal. Isso provavelmente ocorre porque alguns dos fragmentos uterinos encontrados nos lóquios foram retirados manualmente durante o parto cesário.

Distinguem-se, quanto à cor, em (NEME, 2000):

- Vermelhos ou sanguíneos (*lochia rubra ou cruenta*): persistem por dois a quatro dias com evolução decrescente. Constituem-se de sangue, restos de decídua, células epiteliais, muco e cristais de colesterolina.

- Escuros ou serossanguíneos (*lochia fusca*): presente do 3º- 4º dias até o 10º. Resulta de alterações da hemoglobina, redução do número de hemácias e aumento dos leucócitos.

2.4 PRINC – Amarelos (*lochia flava*): são encontrados após o 10º dia; tem aspecto purulento e, progressivamente, tornam-se serosos ou brancos. A partir da 5ª-6ª semanas após o parto confundem-se com a secreção cervicovaginal normal.

infecção No início, o pH dos lóquios é alcalino, com predominância dos cocos sobre os bacilos. Daí resulta a cura espontânea da candidíase vaginal. Na fase final do puerpério, o pH, na ausência de infecção vaginal, torna-se ácido (pH 4,5).

d) Tubas Uterinas: No puerpério, as alterações das tubas uterinas ocorrem principalmente no nível celular. Com a normalização gradativa do equilíbrio hormonal em torno da sexta à oitava semana após o parto, as células epiteliais retornam à condição existente na fase folicular inicial do ciclo menstrual, com aumento das células ciliares para ajudar no transporte do óvulo (NEME, 2000).

e) Vagina: Acrescenta a crise vaginal, objetivada pela descamação do epitélio, reduzido às camadas profundas, alcança pelo geral, sua regressão máxima em torno do 15º dia pós-parto, daí por diante esboçam-se as primeiras manifestações regenerativas.

Ocorre nas primíparas, lacerações do hímen, que depois de cicatrizado, constituirão as *carúnculas mirtiformes* (são pequenas saliências carnudas situadas em redor do orifício da vulva, representam aquilo que resta do hímen após o 1º parto).

Nas pacientes que não amamentam, a atrofia vaginal regride de seis a dez semanas após o parto. Porém, as que amamentam podem referir sintomas causados pela atrofia, como a redução da lubrificação vaginal e diminuição da resposta sexual, resultante do hipoestrogenismo causado pela lactação.

f) Ovários: O aspecto histofuncional dos ovários difere em função da lactação. Nas pacientes que amamentam (exclusivamente), observa-se aspecto ovariano de quiescência relativa, não se identificando, nas primeiras semanas, sinais de crescimento folicular. Naquelas puérperas que não lactam, o ciclo ovariano se restabelece dentro de seis semanas, ocorrendo, inicial e sucessivamente, ciclo anovulatório (endométrio proliferativo), ciclos ovulatórios com insuficiência lútea (endométrio secretor).

g) Mamas: As alterações mamárias iniciadas durante a gravidez, inclusive o crescimento dos mamilos e das aréolas, a maturação dos lobos e ductos e o aumento da vascularização, progridem após o nascimento do bebê, principalmente nas mulheres que estiverem amamentando. O tamanho das células mamárias e a quantidade de receptores para a ocitocina também aumentam.

2.4 PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES NO PUERPÉRIO

As principais complicações do puerpério estudadas e priorizadas aqui são a infecção puerperal, a hemorragia e a mastite pois são as mais freqüentes e a assistência de enfermagem proposta como prevenção e controle. A infecção puerperal é a infecção originada no aparelho genital após parto recente; mastite puerperal é uma infecção purulenta das mamas, ocorrendo com maior freqüência nas mulheres que amamentam e a hemorragia sangramento que ocorre em excesso logo após o parto.

2.4.1 Infecção puerperal

Considera-se infecção puerperal a que se localiza nos órgãos genitais e que ocorrem no parto ou abortamento recentes. Em países desenvolvidos essa infecção é a causa importante de mortalidade materna, responsável por 25% dos óbitos. Aproximadamente 50% deles estão associados ao parto e a metade restante de abortamento. Cerca de 15% das mulheres com febre puerperal têm apenas ingurgitamento mamário (NEME, 2000).

Chama-se de infecção puerperal (febre puerperal) a que se origina no aparelho genital, após o parto recente. Sendo por várias vezes, impossível caracterizar a infecção que ocorre após o parto, parece melhor, a muitos, conceituar morbidade febril puerperal: temperatura de, no mínimo, 38°C, durante dois dias quaisquer, dos primeiros 10 do pós-parto excluído às 24 horas iniciais. Nessas condições, conquanto não sejam da genitália, podemos incluir a tromboflebite, a infecção urinária, a pulmonar e a das mamas na morbidade puerperal (REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

O trabalho de parto e o nascimento do bebê reduzem a resistência à infecção causada por bactérias encontradas normalmente no corpo. As infecções puerperais costumam ser devidas às bactérias como estreptococos beta-hemolíticos, estafilococos, coliformes e vários outros organismos (STEFANELLO, 2005).

A duração do trabalho de parto, a ruptura das membranas, a quantidade de exames vaginais e as intensidades das manipulações intra-uterinas são diretamente proporcionais à incidência das infecções. Portanto, a equipe de saúde deve ser rigorosa quanto às técnicas assépticas e à lavagem das mãos quando

entrar em contato com o paciente nos períodos do trabalho de parto no nascimento e no puerpério (STEFANELLO, 2005).

É de suma importância que o enfermeiro conheça as medidas profiláticas, incluindo-se as técnicas cuidadosas ao lavar as mãos e a orientação das gestantes, que podem reduzir sobremaneira a incidência das infecções puerperais. A técnica estéril também deve ser usada, quando houver indicação. Por outro lado, a puérpera também deve ser familiarizada com os sinais e sintomas dessas infecções, para avisar o médico ou enfermeiro-obstetra nas fases iniciais do processo infeccioso e possibilitar a adoção das medidas oportunas (STEFANELLO, 2005).

2.4.1.1 Etiologia

Segundo Costa (2001) e Rezende e Montenegro (2006), os fatores de risco para a ocorrência de infecções puerperais são responsáveis pelos quadros infecciosos. Esse autor classifica esses fatores em:

a) Fatores de riscos pré-natais: anemia, história de trombose venosa, falta de assistência pré-natal, nutrição precária e história de infecção vaginal ou cervical ou doenças sexualmente transmissíveis não tratadas.

b) Fatores de riscos intraparto: parto cesáreo, episiotomia, corioaminionite, lacerações perineais ou vaginais, parto a fórceps, ruptura prolongada das membranas, vários exames vaginais durante o trabalho de parto, principalmente quando as membranas estiverem rotas, monitoração fetal intra-uterina e cuidados perineais inadequados ou falhas da técnica asséptica.

c) Fatores de riscos pós-parto: controle inadequado das infecções, hemorragia puerperal, retenção de fragmentos placentários e técnica inadequada de lavagem de mãos.

d) Outros fatores de riscos: condições sócio-econômicas, idade materna, atividade sexual e gemelaridade.

2.4.1.2 Classificação

As infecções puerperais desenvolvem-se em um lugar específico, limitando-se a lesão à região infectada inicialmente; ou podem estender-se por outros órgãos. A vagina e a cérvix, bem como a episiotomia e qualquer laceração

da vulva, vagina ou períneo são portas de entrada potenciais para os microorganismos patogênicos. Uma incisão também pode ser fonte de infecção, e a taxa de mortalidade por infecção puerperal é muito maior após partos cesáreos do que depois de partos vaginais (NETTINA, 2007).

A ampliação da lesão original ocorre quando uma infecção localizada se espalha para outras áreas através dos vasos sanguíneos ou linfáticos, acarretando infecções como salpingite, peritonite ou tromboflebite. Essas infecções são classificadas segundo Nettina (2007) em:

a) Infecção das feridas localizadas: as infecções localizadas podem originar-se de uma ferida interna ou externa. Quando houver infecção de uma ferida externa, como a episiotomia, as bordas aproximadas da lesão tornam-se edemaciadas e afastam-se; em seguida, há drenagem de secreção purulenta e possivelmente sanguinolenta da lesão. As feridas internas como laceração vaginal, podem ser infectadas diretamente por disseminação de um foco infeccioso do períneo. Nesse caso, a mucosa vaginal torna-se edemaciada e vermelha e, em seguida há necrose e descamação. A infecção cervical, que costuma desenvolver-se a partir de uma laceração da cérvix, pode ser um foco inicial de um processo infeccioso à distância.

b) Endometrite: após a expulsão da placenta, o local de implantação placentária mede menos de 2 mm de largura, contém alguns orifícios pequenos e está infiltrado com sangue, tornando-o altamente suscetível à penetração bacteriana. A decídua remanescente também é vulnerável às bactérias. A infecção resultante (endometrite) pode envolver toda a mucosa e, algumas vezes, impede a involução uterina (BELEZA, 2008).

c) Salpingite: essa infecção costuma ser causada pelos gonococos, e desenvolve-se após a disseminação das bactérias dentro da luz das tubas uterinas. Em geral, essa complicação é evidenciada na segunda semana do período pós-parto (BELEZA, 2008).

d) Peritonite: essa infecção do peritônio tem o mesmo mecanismo da parametrite. A peritonite generalizada é uma ameaça grave a vida do paciente; as alças intestinais podem ficar grudadas umas às outras pelo exsudato purulento, e algumas pacientes desenvolvem abscessos em várias localizações pélvicas, reduzindo a atividade peristáltica e levando ao bloqueio intestinal potencial (NETTINA, 2007).

e) Tromboflebite: essa inflamação venosa ocorre quando uma infecção puerperal se espalha pelas veias. Na tromboflebite, forma-se um coágulo ou trombo que adere à parede do vaso. Essa condição é conhecida como tromboflebite pélvica, quando envolve as veias uterinas e ovarianas, e como tromboflebite femoral, quando acomete as veias femorais, poplíteas ou safenas.

f) Choque séptico (bacteriêmico): parametrite, peritonite ou tromboflebite podem causar infecção sistêmica da corrente sanguínea, resultando em choque bacteriêmico, cuja causas mais freqüente são bactérias Gram-negativas. Nessa condição, a resistência vascular diminui e provoca uma queda profunda da pressão arterial com perigo de morte iminente. Na síndrome do choque tóxico, que é um tipo de choque bacteriêmico, o *Staphylococcus aureus* invade a corrente sanguínea pela microcirculação ou pequenas abrasões da mucosa vaginal ou cervical. Como as lacerações vaginais e cervicais são comuns durante o parto vaginal, a paciente tem risco maior de desenvolver a síndrome do choque tóxico no período pós-parto (NETTINA, 2007).

2.4.1.3 Manifestações clínicas

No geral, os principais sinais e sintomas apresentados por uma infecção puerperal, segundo Neme (2000), incluem: hipertermia ($> 38^{\circ}\text{C}$), subinvolução, amolecimento e hipersensibilidade uterina, útero doloroso à palpação, loquiação purulenta e fétida, cefaléia, mal-estar, dor, calor e hipertermia na incisão ou laceração.

A seguir serão apresentadas algumas manifestações clínicas específicas para cada infecção, bem como as avaliações de enfermagem pertinentes à ela, de acordo com Neme (2000):

a) Infecção localizada da ferida: presença de áreas localizadas de edema, eritema e hiperestesia, secreção purulenta, afastamento das bordas da ferida e disúria. Deve-se ficar atento para as queixas de dor em uma área específica. A avaliação dos lóquios pode ser importante; por exemplo, em uma paciente com infecção localizada da episiotomia, os lóquios podem ter odor fétido e coloração amarela. Deve ser observado a cor, a quantidade, a consistência e o odor dos lóquios (BELEZA, 2008).

b) Endometrite: apresenta febre (que pode ser baixa ou chegar a 39,4°C), mal-estar, letargia, anorexia, calafrios, pulso rápido, dor abdominal baixa ou hiperestesia uterinas e cólicas puerperais intensas. Os lóquios podem ser normais ou com odor fétido, escassos ou profusos e sanguinolentos ou serosanguinolentos e castanhos.

c) Salpingite: os sinais e sintomas da salpingite são febre com calafrios, aumento da velocidade de hemossedimentação e presença simultânea de dor abdominal baixa com ou sem hiperestesia de rebote, hiperestesia à mobilização da cérvix e hiperestesia anexial. Em geral a existência de secreção vaginal não é considerada no diagnóstico da salpingite.

d) Parametrite: além dos sinais e sintomas da endometrite, essa condição pode causar febre persistente e prolongada e hiperestesia em um ou em ambos os lados do abdome.

e) Peritonite: o quadro clínico da peritonite também se assemelha ao da endometrite. Outras anormalidades possíveis são vômitos, diarreia, ansiedade, taquicardia, respirações superficiais e distensão intestinal. Pode apresentar também se o abdome tem defesa, rigidez e hiperestesia de rebote.

f) Tromboflebite: é possível a existência da hiperestesia, calor e rubor no segmento da veia, podendo apresentar febre baixa e um aumento discreto da frequência do pulso.

g) Choque Séptico: na paciente com infecção suspeita ou provada, deve-se ficar atento aos sinais de febre, confusão, náuseas, calafrio, vômitos e dispnéia. Nas fases iniciais do choque, as determinações de gasometria arterial costumam indicar alcalose respiratória. Mais tarde a paciente torna-se apreensiva, inquieta, irritável, sedenta, ruborizada e apresenta taquicardia, taquipnéia, hipotermia e anúria. Os resultados da gasometria arterial podem indicar progressão para acidose metabólica com hipoxemia. Além da análise da gasometria arterial, outros exames podem confirmar o diagnóstico e orientar o tratamento, tais como: exames hematológicos, leucometria, dosagens da uréia e creatinina séricas, pressão venosa central, pressões arterial e capilar pulmonar em cunha e monitoração hemodinâmica.

2.4.1.4 Diagnóstico

O diagnóstico das infecções puerperais deve levar em consideração principalmente os aspectos clínicos, observados durante o exame clínico da puerpera.

Além disso, devem ser efetuados na paciente com suspeita de infecção, os seguintes exames: hemograma, hemocultura, sumário de urina e cultura de esfregaço vaginal e endocervical. A ultra-sonografia é valorosa pra identificar abscessos pélvicos e tubovarianos decorrentes da infecção puerperal. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são indicadas, sobretudo, quando há dificuldades no diagnóstico, podendo identificar até a deiscência das incisões histeretômicas (NETTINA, 2000).

2.4.1.5 Tratamento

O tratamento medicamentoso antibioticoterapia é instituído após as culturas serem obtidas e o agente etiológico identificado. Também são usados analgésicos e antitérmicos. Os antibióticos são administrados até que a paciente esteja febril por 48 horas, geralmente a resposta materna ocorre dentro de 48 a 72 horas (NETTINA, 2007).

Estimular a ingesta líquida diária de, no mínimo seis a oito copos de água, leite, sucos, a ingesta de 1800 a 2000 calorias se estiver amamentando e 1500 calorias se não estiver amamentando. A inclusão de uma variedade de alimentos, geralmente rica em proteínas e vitamina C (promove cicatrização da ferida) também é importante no tratamento das infecções puerperais.

2.4.1.6 Intervenções de enfermagem

De acordo com Almeida (2005), o enfermeiro deve estar atendo para alguns sinais que podem denunciar a presença de infecção puerperal, realizando assim intervenções, tais como:

- Verificar os sinais vitais a intervalos regulares: afirma-se que a puérpera está com a temperatura alta quando ultrapassa 38°C, dois

dias seguidos após o parto, com exceção das primeiras 24 horas, medida por via oral ou axilar ao menos quatro vezes dia;

- Anotar queixas de calafrio, mal-estar, dor ou desconforto generalizado: sinais comuns inerentes ao quadro de infecções;
- Avaliar tônus uterino e altura do fundo do útero, pois este, geralmente, apresenta-se doloroso a palpação;
- Examinar o fluxo loquial, anotando sua quantidade, cor, consistência e odor;
- Mostrar como colocar os absorventes higiênicos perineais;
- Obter informações relativas aos padrões de sono e repouso;
- Obter informações relativas às condições de hidratação e nutrição da paciente;
- Ensinar a puérpera a realizar a higiene perineal correta;
- Administrar os medicamentos prescritos;
- Explicar a necessidade da boa técnica de lavagem de mãos e como ocorre a contaminação da vagina pelo reto.

2.4.2 Hemorragia puerperal

É uma das principais causas de mortalidade materna e deve ser diagnosticada e tratada imediatamente para evitar consequências graves.

Ela ocorre quando a paciente perde mais de 500 ml de sangue durante ou após o 3º estágio do trabalho de parto. No geral, a perda é duas vezes maior que a estimulada (BRANDEN, 2000).

2.4.2.1 Classificação

Segundo Branden (2000), a hemorragia puerperal pode ser classificada em:

a) Hemorragia puerperal precoce: ocorre nas primeiras 24 horas após o parto. Ela pode ser evidenciada como uma golfada volumosa ou um fio de sangue escorrendo lenta e continuamente pela vagina. Mesmo um sangramento aparentemente normal pode causar perda sanguínea, que acarreta risco de vida cada vez maior.

b) Hemorragia puerperal tardia: ocorre de dois dias a seis semanas após o parto. Costuma ter início repentino, algumas vezes evoluindo rapidamente ao choque. Ocorrendo isso, a intervenção imediata é crucial para evitar uma parada cardíaca e morte. Esse tipo de hemorragia costuma ser mais perigosa, pois em geral, ocorre após a alta e sem aviso.

a) Fatores Predisponentes:

2.4.2.2 Etiologia

Branden (2000) refere que qualquer condição que provoque traumatismo durante o nascimento pode causar hemorragia puerperal. As causas mais comuns para os tipos precoce e tardia são:

a) Hemorragia puerperal precoce: atonia uterina, rotura uterina, lacerações de trajeto, retenção placentária, placentação anômala e inversão uterina.

b) Hemorragia puerperal tardia: restos placentários e hematoma puerperal.

Ainda segundo Branden (2000), o profissional de saúde deve estar atento para os seguintes fatores predisponentes: parto a fórceps ou rotação por fórceps intermediário, manipulação intra-uterina, remoção manual da placenta, multiparidade, hiperdistensão do útero, como no recém nascido grande, na gestação múltipla e no poliidrânio, potencialização ou indução da ocitocina, hipertensão induzida pela gravidez, desprendimento prematuro da placenta, anemia pré-natal, trabalho de parto prolongado e trabalho de parto rápido ou nascimento acelerado.

2.4.3 Mastite puerperal

Para Branden (2000), a mastite puerperal é uma inflamação da mama, que ocorre 2 a 3% das mulheres que amamentam, sobretudo, as primíparas, envolvendo os tecidos em torno dos mamilos e, algumas vezes, também o tecido conjuntivo periglandular, surgindo nesses locais rachaduras que favorecerão a invasão microbiana mamária.

2.4.3.1 Etiologia

De acordo com Neme (2000), devem se considerar os fatores predisponentes e os agentes microbianos envolvidos nos processos infecciosos, os quais esse autor apresenta a seguir:

a) Fatores Predisponentes:

Pele frágil, peculiar às primíparas e às pacientes loiras ou ruivas, favorecedora das instalações das rachaduras (feridas superficiais) e fissuras (feridas mais profundas); más condições higiênicas; aumento excessivo do volume mamário com consequente estase láctea e queixa dolorosa; mamilos umbilicados, planos ou pequenos, impeditivos de sua boa apreensão bucal pelos recém-nascidos; fissuras e rachaduras preliminares.

A causa mais comum das fissuras deve-se à má adaptação do bebê à mama da mãe (pega incorreta) e ao número e duração inadequada das mamadas. Nesta situação a amamentação é dolorosa e/ou com menor frequência. O bebê que mama só no mamilo não consegue obter o leite suficiente, ficando frustrado. Por outro lado o leite não é retirado com eficácia, o que poderá levar a curto médio prazo à diminuição da sua produção.

As fissuras mamárias são a causa principal de abandono precoce da amamentação. É fundamental que a família, e em especial a mulher, saiba como prevenir as fissuras, pelo é importante, informar e validar os seus conhecimentos sempre que considerar adequado.

O ingurgitamento mamário é uma intercorrência da mama puerperal resultante de uma mescla de fator social e fenômeno biológico e que o intumescimento mamário representa o primeiro sinal de que a mulher encontrou problemas para estabelecer a auto-regulação da fisiologia da lactação.

O conceito de ingurgitamento mamário consiste em parte no aumento da quantidade de sangue e fluídos nos tecidos que suportam a mama (congestão vascular) e de certa quantidade de leite que fica retido na glândula mamária. Sendo mais comum em primíparas e costuma aparecer no segundo dia pós-parto.

O ingurgitamento caracteriza-se pelo aumento de volume das mamas, com endurecimento, a qual parece enrijecida, hipertêmica e frequentemente dolorosa.

b) Agentes Microbianos:

O microorganismo mais freqüentemente responsável é o *Staphylococcus aureus*. Entretanto, têm sido referidas, ainda, as infecções pelo estreptococo fecal e Beta hemolítico, pela *Escherichia coli*, pela *Klesbsiela pneumoniae*, pelo bacteróide *fragilis*, pelo *Streptococos agalactiae* e pelo enterococo.

c) Patogenia:

A mastite puerperal ou da lactação é um processo infeccioso agudo das glândulas mamárias que acomete mulheres em fase de lactação, com achados clínicos que vão desde a inflamação focal, com sintomas sistêmicos como febre, mal-estar geral, astenia, calafrios e prostração, até abscessos e septicemia (RAMOS et al., 2003).

Estando íntegro o mamilo, os microorganismos patogênicos presentes na boca e na nasofaringe de recém-nascidos podem introduzir-se pelos canais galactóforos, causando galactoforite, e por caminhos atingem os ácinos glandulares, causando mastite parenquimatosa (NEME, 2000).

Quando a penetração se faz através da ferida mamilar (fissuras e rachaduras), é atingindo o tecido conjuntivo diretamente, alcançando de imediato as vias linfáticas, causando a linfagite, o que dá origem à mastite intersticial.

Durante a evolução as patogenias mamárias referidas anteriormente, a ocorrência de suas funções, ou não, se segue da formação de abscessos e até de necrose tissular, quando adequada terapêutica antibiótica não susta sua progressão (NEME, 2000).

2.4.3.2 Manifestações clínicas e diagnóstico

Os sinais e sintomas a mastite não costumam ocorrer antes da segunda semana após o parto. Uma região da mama torna-se endurecida, dolorosa, avermelhada e quente, em alguns casos, os gânglios linfáticos regionais aumentam. A paciente refere calafrios, mal-estar, cefaléia, náuseas e dores articulares (NEME, 2000).

Nos casos típicos, a temperatura oscila entre 38,8°C a 40°C. A cultura do leite do peito ou do material retirado da faringe do recém-nascido isola o agente etiológico, bem como aumento da contagem dos leucócitos e contagens bacterianas altas indica mastite infecciosa.

2.4.3.3 Tratamento

O tratamento da mastite inclui um ciclo completo de antibióticos específicos para o agente etiológico, repouso ao leito por pelo menos 48 horas, monitoração cuidadosa e orientação ao paciente, tratamento de fissuras e rachaduras e esvaziamento da mama através da ordenha. Caso não seja tratada, a infecção da mama pode evoluir para abscesso (que precisa ser drenado), ou até mesmo septicemia (NETTINA, 2007).

2.4.3.4 Intervenções de Enfermagem

De acordo com Costa (2001), Almeida (2005) e Ravelli (2008), as intervenções de enfermagem nessa complicação são:

- Evitar a rachadura dos mamilos. Deve-se aconselhar o paciente a não usar sabão ou álcool para limpar os mamilos, tendo em vista que essas substâncias produzem um efeito desidratante. Em vez disso, recomenda-se a utilização de água comum, deixando que os mamilos sequem ao ar livre e aplicando-se em seguida um creme mamário que não contenha lanolina;
- Orientar a mãe a retirar cuidadosamente o bebê das suas mamas ao final de cada mamada: essa implementação auxilia a evitar a tensão excessiva dos tecidos;
- Aconselhar a paciente a amamentar frequentemente de forma precoce, pois a mastite também pode ser devida ao bloqueio dos ductos lactíferos e à estase subsequente do leite, além de ser uma medida que previne ou reduz a incidência do ingurgitamento mamário;
- Favorecer o escoamento lácteo de mamas ingurgitadas, com instilação nasal de ocitocina, 10 minutos antes de cada mamada, e o emprego de bombas de sucção;
- Atentar para o isolamento imediato do recém-nascido e daqueles potencialmente infectados por rotura prematura de membranas, fisometria, infecção intraparto;
- Afastar do pessoal encarregado da assistência aqueles que apresentam infecção nasofaríngea, particularmente estafilocócica;

- Incentivar uso rotineiro de máscara buconasal, no manuseio com recém-nascidos;
- Lavagem cuidadosa das mãos, com soluções anti-sépticas, no trato individual com os recém-nascidos.

2.5 CONDUTAS DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO

O enfermeiro apresenta-se como um dos membros da equipe de saúde que mais pode contribuir para que o índice de mortalidade e ou complicações sejam eliminadas. Pode atuar em diversos aspectos oferecendo apoio, segurança, orientações, cuidados físicos, emocionais, inclusive ao bebê e a família (COSTA, 2001; BARROS, 2006).

É importante que a enfermeira tenha conhecimento de fisiologia, anatomia, fisiopatologia, mas também a enfermeira deve ter conhecimentos importantes como psicológico e dietético, para poder orientar a puérpera de forma correta, assim como diagnosticar previamente uma tristeza ou depressão pós-parto e encaminhá-la a um profissional qualificado que poderá atender a sua necessidade e fazer o tratamento correto (COSTA, 2001; BARROS, 2006).

Passa-se ainda a descrever os cuidados de enfermagem no puerpério, na concepção de Almeida (2005):

a) Normas de higiene e dietas: A vulva e o períneo devem ser abluídos várias vezes por dia, depois das micções e da exoneração intestinal, com água fervida morna contendo, em dissolução, anti-séptico brando. A genitália externa será sempre protegida por material absorvente, substituído sempre que houver excesso de lóquios. Permitem-se os banhos de chuveiro depois do 1º dia.

Algumas mulheres, logo após o parto, podem apresentar náuseas e vômitos, devido à dieta. Pouco tempo depois do parto, a mãe costuma ter um grande apetite. Não há contra-indicação para oferecer alimentos. A maternidade deve ter disponibilidade de refeições em qualquer horário para atender às necessidades das puérperas que tem filho fora dos horários preestabelecidos pela rotina institucional.

O enfermeiro deve estar atento no sentido de que o pai ou acompanhante, também, tenham necessidade de se alimentar. Ao considerar a

alimentação da puérpera, é preciso levar em consideração, a oferta de alimentos de forma geral e incluir alimentos nutritivos o suficiente, para que complete as calorias necessárias durante o aleitamento.

b) Exercício: Encorajar a paciente a mover-se livremente no leito, logo depois do parto, e a exercitar, com frequência, os membros inferiores. Deve-se também, orientar as mães sobre o exercício pós-natal que ajudam a restabelecer o tônus dos músculos pélvicos e abdominais. O interesse que é demonstrado pela puérpera aumenta a sua confiança e elimina barreira para que ela peça ajuda. As primigestas, em particular, são muito sensíveis às atitudes das pessoas que as atendem (OLIVEIRA, 2006).

c) Deambulação: É de enorme utilidade para a mulher, no puerpério imediato. Com o aumento do exercício, estimula-se a circulação e reduz a tromboflebite. Melhoram a função vesical e intestinal e com isso diminui, consideravelmente, a retenção urinária, responsável pelo cateterismo, a distensão abdominal e a prisão de ventre. É importante também explicar às mães a finalidade da deambulação precoce e a necessidade de deambular com 12 horas após o parto.

d) Cuidados com as mamas: Recomenda-se o uso de porta-seios apropriados no 3º dia do pós-parto, nesse período é comum dá-se a apojadura, com desconforto considerável às pacientes. Ficam os seios ingurgitados e dolorosos. Nesse momento é oportuno ministrar alívio suspendendo-os, aplicando-lhes bolsa de gelo e administrando ocitocina pela via nasal, que provoca a ejeção láctea, amenizando a congestão. Durante todo o período de aleitamento devem as mamas ser mantidas bem elevadas pelo porta-seios, para evitar acotovelamentos vasculares responsáveis assim pela congestão sanguínea como por galactoestase. O esvaziamento é de fundamental importância através da pega correta, mamadas à livre demanda e massagem manual depois das compressas de gelo.

e) Micção e função intestinal: A micção merece ser vigiada atentamente nas primeiras 48 ou 72 horas, devendo-se cuidar do esvaziamento da bexiga a intervalo de seis a oito horas. Muitas pacientes têm, ao início, dificuldades na micção, que podem ser, por vezes, superadas, recorrendo-se a meios simples, como por exemplo, irrigação externa com água morna ou posição semi-sentada sobre a comadre.

Na impossibilidade de eliminações espontâneas e antes de recorrer-se ao cateterismo, permitir a ida ao banheiro, o que muitas vezes favorece a micção

espontânea. A constipação nesse período é bastante comum, sendo assim costuma-se recomendar laxantes no 3º dia ou clister glicerinado.

f) Vida sexual: No puerpério imediato, assim como nas últimas semanas da gravidez, a vida sexual está um pouco comprometida pela diminuição da libido. A resposta sexual, seis a oito semanas após o parto, ainda não é satisfatória, devido a: congestão vascular lenta e constrição muscular reduzida. Muitas pacientes, no pós-parto imediato, sentem demais a ausência de atração sexual e a dispareunia, seqüela habitual, nessa fase, das episiotomias e dos tocotraumatismos. Entretanto, há respostas fisiológicas comuns à cópula e à lactação, à ereção do mamilo, à dilatação venosa e à temperatura elevada da mama, às contrações uterinas, o aumento da lubrificação vaginal e à turgência da clitóride.

g) Lactação: a puérpera que amamenta necessita de maiores componentes nutricionais. A quantidade adicional de calorias e de nutrientes requeridos deve ser tratada na assistência pré-natal.

h) Prevenção da depressão pós-parto: As mudanças psicológicas são produzidas frequentemente, durante o puerpério, sobretudo na primeira semana. Estabilidade emocional, alegria e sensação de conquista depois do parto podem vir seguidas por alguns dias de melancolia, geralmente, acompanhados de crises de choro, queixas de cefaléia, dificuldade de amamentar, sono em demasia e insegurança. O profissional deve estar alerta a esse tipo de comportamento, pois é importante a sua agilidade em diagnosticar o que está acontecendo para iniciar um tratamento precoce (SOUSA, 2009).

i) Visita domiciliar durante o puerpério: O programa de estratégia de saúde da família, através dos profissionais da equipe multiprofissional tem dado respostas eficazes com relação à diminuição da mortalidade materna e infantil durante o puerpério. Porém, se faz necessário realizar ações sistemáticas a partir do puerpério imediato, desde a maternidade até, no mínimo, e 60 dias, para garantir que mãe e filho não compliquem e nem morram nessa fase.

No cartão de pré-natal têm espaço para se agendar três visitas, mesmo assim, estas visitas em sua maioria não são registradas. Além disso, muitas mães, por falta de conhecimento da importância do pré-natal, não se dirigem ao posto de saúde para realizar o exame (SOUSA, 2009).

As visitas domiciliares podem ser agendadas com as mães para serem realizadas diariamente até sete dias depois do parto. Depois da primeira semana,

deve-se fazer novo agendamento até dois meses, uma vez por semana. Isto para garantir que esta família não se sinta desamparada pelo serviço de saúde (SOUSA, 2009).

O atendimento à mãe no pós-parto tem a finalidade de orientá-la, levando em conta não só o que ela considerar importante, mas também esclarecendo todas as dúvidas que a mesma possa ter. Por exemplo, a mãe que amamenta deve saber que suas necessidades nutricionais e as do lactante requerem uma dieta equilibrada, rica em proteínas, calorias, minerais e vitaminas. Bem como, devem insistir no consumo abundante de líquidos, com a finalidade de manter a função vesical e suprir às necessidades do aleitamento (OLIVEIRA, 2006).

Deve-se explicar a mãe que a primeira coisa a ser higienizada na hora do banho são as mamas, ela deve usar um sutiã folgado e limpo todos os dias. Em caso de aparecerem rachaduras ou lacerações nos bicos do seio, deve ser orientado também como aplicar a medicação prescrita pelo médico (BELEZA, 2008).

A mãe precisa saber que o modo mais simples e seguro de lavar a área perineal é o uso de água corrente e sabão. Lava-se primeiro a vulva e o períneo sem tocar no reto, prevenindo, assim, que microorganismos presentes se desloquem para os pontos de sutura e para a vagina. Em seguida, deve-se enxugar e manter esta área seca. Trocar o perineal várias vezes ao dia para evitar acúmulo de sangue na vagina que é uma fonte de infecção puerperal (OLIVEIRA, 2006).

É necessário proporcionar as seguintes instruções: não fazer esforço físico durante dois meses, exceto para cuidar de si mesma e do seu filho; não ter contato sexual com penetração durante os próximos trinta dias pós-parto; atentar para os pontos do períneo que caem fisiologicamente na primeira semana; evitar subir e descer escadas, caso seja preciso, descansar em seguida (BELEZA, 2008).

Deverá comunicar imediatamente o médico ou ir ao hospital diante dos seguintes sinais de perigo: aumento no sangramento vaginal de coloração vermelho-brilhante ou com coágulos, febre, odor fétido da secreção, dor, sensibilidade e hiperemia na região dos músculos ou panturrilhas, aumento na frequência urinária, dor na região da episiotomia e presença de secreção purulenta, formação de rachaduras nos mamilos ou se qualquer região da mama estiver dolorosa, dura ou hiperemiada (OLIVEIRA, 2006; BELEZA, 2008).

A título de sugestão, apresenta-se um roteiro, elaborado pela Enfermeira Maria Lúcia Costa Nascimento, do curso de Enfermagem, da Faculdade Natalense

para Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN). Este roteiro foi utilizado nas visitas domiciliárias realizadas pelas alunas deste curso, nas Unidades de Saúde da Família, cujos dados subsidiarão a prevenção de agravos no período Neonatal (Anexo I).

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de uma revisão bibliográfica, que de acordo com Gil (2008) “[...] é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

Dessa forma, o intuito desta pesquisa é conhecer, analisar e compreender as principais contribuições teóricas existentes na literatura específica sobre as principais complicações do puerpério e o que a enfermagem tem recomendado com relação à prevenção e tratamento.

Foram realizadas buscas em artigos da biblioteca da FARN, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através dos bancos de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no período de janeiro de 2008 a agosto de 2009. Além disso, foram consultados livros e sites da saúde na internet, bem como monografias e dissertações que abordaram o tema utilizando-se como descritores para a coleta dos dados “puerpério”, “complicações” e “assistência de enfermagem”.

A investigação teve início com a escolha do tema, em seguida o levantamento bibliográfico preliminar, a fim de selecionar as publicações que fizeram parte do conteúdo. Após essa etapa, foi formulado o problema de pesquisa a ser estudado, com a inclusão de um plano provisório de trabalho para não haver desvio dos objetivos propostos. Feita a seleção dos conteúdos nas fontes de informação tais como BVS (SCIELO e LILACS), livros e sites da saúde na internet, além de monografias, dissertações e teses que abordam o tema.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização deste trabalho, percebeu-se que existe grande quantidade de referência sobre a assistência de enfermagem frente às complicações do puerpério, e que esta temática é de grande interesse para os profissionais de saúde, especificamente a enfermagem.

O cuidado enquanto essência da assistência da enfermagem vem, há tempos, tendo sua prática incorporada à saúde da mulher, no ciclo gravídico-puerperal, apesar das diversas conotações, que variam desde a abordagem puramente tecnicista até aquela que envolve uma prática individualizada e humanizada, centrada na totalidade do ser humano, a partir de suas necessidades biofisiológicas e psicossociais. Esta afirmação vem de encontro com o anseio dessa pesquisa, conotando a busca por melhor e maior qualidade na assistência.

O papel do enfermeiro consiste em prestar os cuidados necessários para a mãe e criança, enfocando informações precisas sobre o parto, o puerpério, e puericultura, que minimizem os anseios e medos da cliente e que promovam um ambiente saudável para a adaptação física e emocional da mulher, da sua condição de gestante para a nova condição de puérpera.

Sendo assim, a enfermagem tem contribuído na promoção, proteção e assistência a saúde a mulher, desde o pré-natal até puerpério. E neste, está presente desde o puerpério imediato, enfatizando a participação da família, principalmente do companheiro/esposo, que é fundamental no restabelecimento da mãe e no desenvolvimento do RN.

Para tanto, é necessário que o setor saúde esteja aberto às mudanças sociais e cumpram de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde.

Pensando nesse contexto, cabem aos gestores, profissionais de saúde e comunidade reivindicar a implantação de políticas públicas, destinadas ao acolhimento e atendimento à mulher de forma mais humanizada, momento em que se encontra mais vulnerável e carente, especialmente durante o puerpério.

Nesse sentido, faz-se necessário a aquisição de profissionais qualificados e comprometidos de forma pessoal e profissional, respeitando a mulher, com ética e dignidade, exercendo assim, sua autonomia no resgate de uma assistência humanizada, valorizando o ser humano em toda sua essência.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. S. **Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero**. 2005. 169f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: 2005.
- BARROS, S. M. O. (org.). **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri, SP: Manole, 2006.
- BELEZA, A. C. S. **A dor perineal no pós-parto normal com episiotomia: mensuração, caracterização e efeitos da crioterapia**. 2008. 155f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno-infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- COSTA, A. S. C. **Análise da força muscular perineal na gestação e no puerpério**. 2009. 126f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- COSTA, M. C. G. **Puerpério: a ambivalência das estratégias para o cuidado**. 2001. 126f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
- GERK, M. A. S. Assistência de enfermagem à puérpera. In: BARROS, Sonia Maria Oliveira de (org.). **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri/SP: Manole, 2006.
- GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- HADDAD, N.; SILVA, M. B. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 1, fev. 2000. Disponível em: <http://

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2009.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Servier, 2000.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

OLIVEIRA, C. **Efeitos da cinesioterapia no assoalho pélvico durante o ciclo gravídico-puerperal**. 2006. 99f. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

RAMOS, J. G. L. et al. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul-Brasil: um estudo de 20 anos. **Revista Bras. Ginecol Obstet.**, v. 25, n. 6, p. 45-56, jul. 2003

RAVELLI, A. P. X. **Consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa/Paraná/Brasil**. Porto Alegre (RS), 2008.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOUSA, V. F. **A depressão no ciclo gravídico-puerperal de mulheres atendidas em um ambulatório de hospital geral**. 2009. 138f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

STEFANELLO, J. **A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães**. 2005. 133f. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ANEXO I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E ACOMPANHAMENTO DA PUERPERA DURANTE A VISITA DOMICILIAR - PREVENÇÃO DE AGRAVOS NO PERÍODO PUERPERAL

Acompanhamento da puerpera na visita domiciliar

1ª VISITA DATA: Nome:	2ª VISITA DATA: Nome:	3ª VISITA DATA: Nome:
Data do parto:	Data do parto:	Data do parto:
Tipo do parto:	Tipo do parto:	Tipo do parto:
Local do parto:	Local do parto:	Local do parto:
Profissionais que estiveram o parto:	Profissionais que estiveram o parto:	Profissionais que estiveram o parto:
1) Data de nascimento:	1) Data de nascimento:	1) Data de nascimento:
2) TPB e PA:	2) TPB e PA:	2) TPB e PA:
3) Mamas:	3) Mamas:	3) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
4) Mamas:	4) Mamas:	4) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
5) Mamas:	5) Mamas:	5) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
6) Mamas:	6) Mamas:	6) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
7) Mamas:	7) Mamas:	7) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
8) Mamas:	8) Mamas:	8) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
9) Mamas:	9) Mamas:	9) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
10) Mamas:	10) Mamas:	10) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
11) Mamas:	11) Mamas:	11) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
12) Mamas:	12) Mamas:	12) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
13) Mamas:	13) Mamas:	13) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
14) Mamas:	14) Mamas:	14) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
15) Mamas:	15) Mamas:	15) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
16) Mamas:	16) Mamas:	16) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
17) Mamas:	17) Mamas:	17) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
18) Mamas:	18) Mamas:	18) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
19) Mamas:	19) Mamas:	19) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:
20) Mamas:	20) Mamas:	20) Mamas:
Exames:	Exames:	Exames:
Medicamentos:	Medicamentos:	Medicamentos:
Alimentação:	Alimentação:	Alimentação:
Problemas:	Problemas:	Problemas:
Morbidade:	Morbidade:	Morbidade:

ANEXOS I e II

FORTE HABILITAMENTO: Maria Lucia Costa, Professora de FARMÁCEUTICA de disciplina de Enfermagem em
 Sangue e Soro Sanguíneo e Reprodutiva. Atende a 1000

ANEXO I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E ACOMPANHAMENTO DA PUÉRPERA DURANTE A VISITA DOMICILIAR – PREVENÇÃO DE AGRAVOS NO PERÍODO PUERPERAL

Acompanhamento da puérpera na visita domiciliar

1ª VISITA	2ª VISITA	3ª VISITA
DATA:	DATA:	DATA:
Nome:		Idade:
Data do parto:	Data do parto:	Data do parto:
Tipo de parto:	Tipo de parto:	Tipo de parto:
Local do parto:	Local do parto:	Local do parto:
Profissional(is) que fez(eram) o parto:	Profissional(is) que fez(eram) o parto:	Profissional(is) que fez(eram) o parto:
1) Dias de puerpério:	1) Dias de puerpério:	1) Dias de puerpério:
2) TPR e PA:	2) TPR e PA:	2) TPR e PA:
3) Mamas:	3) Mamas:	3) Mamas:
Eczemas:-----	Eczemas:-----	Eczemas:-----
Hiperemia:-----	Hiperemia:-----	Hiperemia:-----
Ingurgitamento:-----	Ingurgitamento:-----	Ingurgitamento:-----
Fissuras -----	Fissuras -----	Fissuras -----
Mastite-----	Mastite-----	Mastite-----
Lactantes -----	Lactantes -----	Lactantes -----
4) Mamilos:	4) Mamilos:	4) Mamilos:
Protusos-----	Protusos-----	Protusos-----
Invertidos-----	Invertidos-----	Invertidos-----
Planos -----	Planos -----	Planos -----
5) Útero:	5) Útero:	5) Útero:
Altura:-----	Altura:-----	Altura:-----
Consistência:-----	Consistência:-----	Consistência:-----
6)Lóquios:	6)Lóquios:	6)Lóquios:
Sangüíneos:-----	Sangüíneos:-----	Sangüíneos:-----
Serossangüíneos:-----	Serossangüíneos:-----	Serossangüíneos:-----
Seroso:-----	Seroso:-----	Seroso:-----
Odor:-----	Odor:-----	Odor:-----
Ausentes:-----	Ausentes:-----	Ausentes:-----
7)Eliminações	7)Eliminações	7)Eliminações
Urina:-----	Urina:-----	Urina:-----
Fezes:-----	Fezes:-----	Fezes:-----
8) Períneo:	8) Períneo:	8) Períneo:
Integro:-----	Integro:-----	Integro:-----
Episiotomia:-----	Episiotomia:-----	Episiotomia:-----
Laceração:-----	Laceração:-----	Laceração:-----
9)Exercícios:	9)Exercícios:	9)Exercícios:
Ativos:-----	Ativos:-----	Ativos:-----
Passivos:-----	Passivos:-----	Passivos:-----
10) Alimentação:	10) Alimentação:	10) Alimentação:
11)Queixas/ Informações/ Comentário	11)Queixas/ Informações/ Comentário	11)Queixas/ Informações/ Comentário
12)Planejamento Familiar:	12)Planejamento Familiar:	12)Planejamento Familiar:
13) Vacinas:	13) Vacinas:	13) Vacinas:
14) Observar e anotar o estado emocional, comportamento com o bebê, relacionamento familiar (pai do bebê) e condições de moradia	14) Observar e anotar o estado emocional, comportamento com o bebê, relacionamento familiar (pai do bebê) e condições de moradia	14) Observar e anotar o estado emocional, comportamento com o bebê, relacionamento familiar (pai do bebê) e condições de moradia
15)Orientações/observações/ encaminhamentos	15)Orientações/observações/ encaminhamentos	15)Orientações/observações/ encaminhamentos

FONTE: NASCIMENTO, Maria Lucia Costa. Professora da FARN da disciplina de Enfermagem na Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva: Atenção a Mulher. 2009.

ANEXO II

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E ACOMPANHAMENTO DO RECÉM-NASCIDO DURANTE A VISITA DOMICILIAR – PREVENÇÃO DE AGRAVOS NO PERÍODO NEONATAL

Nome: _____ Registro: _____
 Sexo: M () F () 2) Data do nascimento: _____ Hora: _____ Local: _____
 Seccionamento do coto umbilical: esperou parar de pulsar: Sim () Não () APGAR: _____
 Aspiração: oro-nasal () outra: _____ Lavagem gástrica: Sim () Não () O2 Sim () Não ()
 Mamou na sala de parto: Sim () Não () Por que: _____
 Peso: _____ Estatura: _____ Pc: _____ Pt: _____ Pa: _____

1º VISITA

2º VISITA

3º VISITA

1) Dias de nascido: _____	1) Dias de nascido: _____	1) Dias de nascido: _____
2) Mensurações: Temp: _____ Peso: _____ Est.: _____ Pc: _____ Pt.: _____ Pa.: _____	2) Mensurações: Temp: _____ Peso: _____ Est.: _____ Pc: _____ Pt.: _____ Pa.: _____	2) Mensurações: Temp: _____ Peso: _____ Est.: _____ Pc: _____ Pt.: _____ Pa.: _____
3) Aleitamento: Exclusivo: () Artificial: () Outro: _____	3) Aleitamento: Exclusivo: () Artificial: () Outro: _____	3) Aleitamento: Exclusivo: () Artificial: () Outro: _____
4) Complementar: Chá: () Água: () Outro () Qual: _____	4) Complementar: Chá: () Água: () Outro () Qual: _____	4) Complementar: Chá: () Água: () Outro () Qual: _____
5) Pele e mucosas	5) Pele e mucosas	5) Pele e mucosas
6) Icterícia: Zona e grau	6) Icterícia: Zona e grau	6) Icterícia: Zona e grau
7) Coto umbilical : Secreção: Serossanguínea () Serosa: () purulenta () Hiperemia () Granulosa () Odor () Umbigo mumificado: () Dias que caiu: _____	7) Coto umbilical : Secreção: Serossanguínea () Serosa: () purulenta () Hiperemia () Granulosa () Odor () Umbigo mumificado: () Dias que caiu: _____	7) Coto umbilical : Secreção: Serossanguínea () Serosa: () purulenta () Hiperemia () Granulosa () Odor () Umbigo mumificado: () Dias que caiu: _____
8) Anti-séptico usado no coto umbilical: _____	8) Anti-séptico usado no coto umbilical: _____	8) Anti-séptico usado no coto umbilical: _____
9) Teste do pezinho: Sim () Não ()	9) Teste do pezinho: Sim () Não ()	9) Teste do pezinho: Sim () Não ()
10) Vacinas	10) Vacinas	10) Vacinas
11) Registro civil: sim () não ()	11) Registro civil: sim () não ()	11) Registro civil: sim () não ()
12) Reflexos-	12) Reflexos-	12) Reflexos-
13) Eliminações fezes: _____ urina: _____	13) Eliminações fezes: _____ urina: _____	13) Eliminações fezes: _____ urina: _____
14) Quem cuida do bebê	14) Quem cuida do bebê	14) Quem cuida do bebê
15) Queixas/informações/orientações	15) Queixas/informações/orientações	15) Queixas/ informações/orientações

FONTE: NASCIMENTO, Maria Lucia Costa. Professora da FARN da disciplina de Enfermagem na Atenção a Saúde Sexual e Reprodutiva: Atenção a Mulher. 2009.