

Assistência puerperal e a construção de um fluxograma para consulta de enfermagem

Lilian Puglas da Silva ¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7102-2862>

Laura Menezes da Silveira ²

 <https://orcid.org/0000-0002-2397-2553>

Tatiane de Jesus Martins Mendes ³

 <https://orcid.org/0000-0001-5961-5091>

Angelita Maria Stabile ⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-3371-7038>

¹⁻⁴ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP, Brasil. CEP: 14.040-902. E-mail: lipuglas@yahoo.com.br

Resumo

Objetivos: identificar as principais queixas e problemas apresentados por mulheres no puerpério durante a consulta de enfermagem e elaborar um fluxograma de atendimento.

Métodos: estudo descritivo, exploratório transversal com tratamento quantitativo dos dados. Realizado em hospital privado do interior paulista entre os meses de outubro a dezembro de 2016, com uma amostra de 114 mulheres.

Resultados: das puérperas avaliadas, 57,9% eram primíparas e 66,7% referiram não ter recebido orientação sobre o período puerperal. A cesariana ocorreu em 89,5% da amostra e 80,7% das mulheres apresentaram dificuldades inerentes aos cuidados dispensados ao recém-nascido ou ao seu autocuidado. Todas as mulheres praticaram o aleitamento materno e 42,1% destas relataram dificuldades em amamentar. Dentre as complicações mamárias, 30,7% correspondeu às fissuras.

Conclusões: observou-se que os problemas e queixas mais comuns no puerpério estão relacionados ao cuidado com o recém-nascido, aleitamento, estado emocional e suporte familiar. O profissional da saúde que realiza a consulta puerperal deve considerar o meio sociocultural em que a puérpera está inserida a fim de atrelar as suas crenças à ciência, de modo a obter sucesso nas orientações.

Palavras-chave Saúde materno-infantil, Cuidados de enfermagem, Puerpério, Consulta de enfermagem



Introdução

O puerpério é uma fase do ciclo gravídico puerperal marcado por modificações intensas nas dimensões biológica, psicológica e sociocultural. É um período em que ocorre a formação do vínculo materno-infantil e a reestruturação da rede de intercomunicação da família.^{1,2} Ele se inicia após a dequitação da placenta, momento em que ocorre a desvinculação da mãe com o bebê e o organismo materno retorna para a condição pré-gravídica.³ Nesse período, há necessidade de uma assistência individualizada que atenda às necessidades da mulher, do recém-nascido (RN) e da família de maneira integral, com respeito ao seu meio sociocultural, para que possa promover a saúde e bem-estar infantil.⁴

Atualmente, nota-se a fragmentação do cuidado oferecido à mulher, o que pode prejudicar a qualidade da assistência prestada. Ao longo dos anos, programas e políticas públicas de saúde foram criados a fim de assegurar a assistência de qualidade com foco em sua integralidade, dentre as quais se destacam o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 e a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004.⁵

O PNAISM preconizou proporcionar a saúde da mulher em todos os ciclos de sua vida, desde a adolescência até a menopausa, de modo a contemplar as áreas de saúde mental e de gênero, doenças crônicas-degenerativas e câncer ginecológico. Essa política proporciona a mulheres de diversos grupos populacionais (negras, presidiárias, indígenas, rurais e homossexuais) obter avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, melhorias na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro, no combate à violência doméstica e sexual.⁵

Apesar dos avanços com a implementação dessas políticas, elas ainda carecem de fortalecimento, uma vez que o puerpério é um período em que a mulher está mais vulnerável às intercorrências, quando comparado às outras fases do ciclo gravídico.⁶ Muitas vezes, esse é o momento em que a mulher tem menos contato com as equipes de saúde, posto que é preconizado o mínimo de seis consultas de pré-natal e uma consulta puerperal entre o 7º e 10º dia após o parto.⁷

Entre os profissionais que assistem a mulher durante o puerpério, destaca-se o enfermeiro como profissional capacitado para compreender as modificações puerperais. Esse profissional, ao realizar a consulta de enfermagem, deve ser capaz de identificar e prevenir complicações, orientar e incentivar a

mulher no cuidado de si e do RN. Além disso, o enfermeiro pode solicitar avaliação de outros profissionais sempre que necessário.^{6,8}

Nesse sentido, o enfermeiro atua como um facilitador para que o paciente adquira autonomia para enfrentar períodos de vulnerabilidade, tal como o ciclo gravídico-puerperal.⁸⁻¹⁰ A assistência oferecida à mulher durante o ciclo gravídico puerperal inicia-se nas consultas de pré-natal e contempla o parto e o puerpério, com ações educativas correspondentes a cada período do ciclo fornecendo segurança e saúde nessa fase.^{9,11} Ressalta-se ainda que a consulta de enfermagem no puerpério tem como função contribuir com a redução dos índices de morbimortalidade materna, incentivar o aleitamento materno, orientar sobre o planejamento familiar e cuidados pós-natais ao binômio mãe-filho.⁴ Entretanto, o número de mulheres que realizam a consulta puerperal nas unidades de saúde é muito baixo.¹²

Diante dos benefícios relativos à consulta de enfermagem no puerpério,^{4,7-8,10,12-13} acredita-se que reconhecer as principais necessidades da mulher nesse período e oferecer assistência sistematizada pode trazer benefícios para o binômio mãe-filho, como a identificação e tratamento precoce das patologias específicas do ciclo. Nesse contexto, a proposta deste estudo foi identificar as principais queixas e problemas das mulheres atendidas em uma instituição privada de saúde durante a consulta de enfermagem no puerpério e elaborar um fluxo de atendimento sistematizado à mulher e ao RN.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com tratamento quantitativo dos dados. O estudo foi realizado em um hospital privado de médio porte referência para região, estabelecido no interior paulista, vinculado a 28 operadoras de saúde suplementar, e que possui um total de 113 leitos. A maternidade é composta por 16 leitos obstétricos, três leitos para berçário patológico e sala de ordenha para coleta de leite humano. Possui uma equipe multidisciplinar composta por duas enfermeiras obstétricas, 25 técnicos em enfermagem, fonoaudióloga e equipe médica obstétrica e pediátrica. Nasceram, em média, 100 RNs/mês, em sua maioria de cesariana, com permanência média no hospital de 48 horas após a cesariana e 24 horas após o parto normal.

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro a dezembro de 2016. Foram incluídas todas as puérperas com idade ≥ 18 anos, que realizaram o parto na instituição e retornaram para a consulta puerperal no período referido. As mães de RNs que

permaneceram hospitalizados após a alta foram excluídas do estudo.

As consultas puerperais foram agendadas entre o 7º e o 10º dia após o parto, conforme as recomendações do Ministério da Saúde (MS)⁷ e por ser um período propício para identificar, prevenir e tratar possíveis alterações patológicas para o binômio e, dessa forma, possibilitar o estímulo ao aleitamento materno exclusivo. O agendamento ocorreu no momento da alta hospitalar e o convite à mulher para participar da pesquisa foi feito no dia da consulta. Para obtenção dos dados, durante a consulta puerperal de enfermagem, foi aplicado um formulário elaborado pela pesquisadora, composto por dados sociodemográficos, do pré-natal, do parto, do puerpério, exame físico do RN e exame físico da puérpera. O exame físico seguiu um roteiro que buscou a identificação das principais queixas e problemas apresentadas pelas mulheres no puerpério que foram atendidas na consulta de acordo com o Manual Técnico Pré-natal e Puerpério do MS.⁷

Os dados foram analisados e descritos como frequência total e relativa para variáveis nominais ou categóricas e tendência central para as variáveis contínuas com auxílio do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Para verificar possíveis associações entre as variáveis categóricas, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher (quando pertinente). Para as variáveis numéricas (dado à distribuição não normal), foi utilizado o teste Mann-Whitney. Para o critério de significância estatística nesses testes, adotou-se o valor de $p < 0,05$. O estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob número CAAE 54337416.2.0000.5393.

Resultados

No período de realização deste estudo, 295 gestantes tiveram o seu parto assistido na instituição. Desse total, 12 foram excluídas de acordo com os critérios estabelecidos, totalizando, portanto, 283 mulheres elegíveis para participarem desta pesquisa, dessas 114 retornaram para a consulta e aceitaram participar do estudo.

As mulheres tinham em média 29 anos de idade, sendo que 65 (57,1%) delas tinham idade entre 21 e 30 anos e 44 (38,6%) entre 31 e 40 anos. As características sociodemográficas das mulheres atendidas podem ser visualizadas na Tabela 1.

A descrição do perfil clínico-obstétrico aponta que: 66 (57,9%) eram primíparas e 48 (42,1%) eram multíparas; 111 (97,3%) das mulheres realizaram seis consultas ou mais de pré-natal e, a média foi de

oito consultas; 108 (94,8%) apresentaram idade gestacional no parto entre 37 e 41 semanas e seis (5,2%) tiveram parto prematuro, ou seja, com idade gestacional inferior a 37 semanas e; 102 (89,5%) fizeram cesariana e 12 (10,5%) parto vaginal.

Os dados deste estudo, conforme descritos na Tabela 2, mostram que 114 (100%) das mulheres amamentavam: 92 (80,7%) praticavam o aleitamento exclusivo e 22 (19,3%) o aleitamento de forma complementada. Entre as entrevistadas, 66 (57,9%) não apresentavam dificuldades em amamentar e 48 (42,1%) tiveram dificuldades em relação à técnica de amamentação, principalmente sobre a “pega correta”.

Foram realizados testes de associação entre o tipo de aleitamento (exclusivo ou parcial/misto) e as variáveis sociodemográficas: idade ($p=0,302$), estado civil ($p=0,273$), escolaridade ($p=0,590$), ocupação ($p=0,758$), religião ($p=0,607$) e renda familiar ($p=0,742$). De acordo com os dados obtidos, não se observou associação estatística em relação a essas variáveis.

Da mesma forma, não foram encontradas associações estatísticas significantes entre o tipo de aleitamento (exclusivo ou parcial/misto) com: queixas relacionadas à amamentação ($p=0,927$); a presença de alterações nas mamas ($p=0,740$); tipo de parto ($p=0,119$) e; número de consultas pré-natal ($p=0,302$).

Adicionalmente, foram testadas relações entre a dificuldade em amamentar com o número de consultas pré-natal ($p=0,605$), com o tipo de parto ($p=0,759$), com queixas ao amamentar ($p < 0,001$) e com a presença de alterações nas mamas ($p < 0,001$), de maneira que se constatou relação estatisticamente significativa em relação às duas últimas.

Os RNs foram avaliados na consulta de enfermagem quanto às características relacionadas ao nascimento e obtidas a partir de exame físico conforme descrito na Tabela 3.

O peso médio dos RNs atendidos foi de 3.189 gramas no dia do nascimento, sendo que sete (6,1%) pesaram entre 1.500 até 2.500 gramas, 103 (90,4%) entre 2.501 até 4.000 gramas e quatro (3,5%) pesaram mais que 4.000 gramas. O peso médio no dia da consulta puerperal foi 3.136 gramas. Entre os RNs avaliados, 47 (41,2%) ganharam peso, 62 (54,4%) tiveram perda de peso de até 10% do peso ao nascimento, cinco (4,4%) a perda ultrapassou os 10% do peso ao nascer. Curiosamente, as mães de bebês que perderam mais do que 10% do peso em relação ao nascimento não apresentavam alteração na mama, dificuldade em amamentar e tampouco queixas.

Tabela 1

Características sociodemográficas das mulheres atendidas de acordo com estado civil, escolaridade, ocupação e religião (n=114). Franca, Estado de São Paulo (SP), Brasil, 2016.

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
≤ 20	3	2,6
21 - 30	65	57,1
31 - 40	44	38,6
≥ 41	2	1,7
Estado Civil		
Casada/ União consensual	111	88,6
Solteira	13	11,4
Escolaridade (anos de estudo)		
Ensino Fundamental (0 até 9 anos)	9	7,9
Ensino Médio (≥ 10 até 12 anos)	47	41,2
Ensino Superior (≥ 13 anos)	58	50,9
Ocupação		
Do lar	18	15,8
Trabalha fora	96	84,2
Religião		
Católica	75	65,8
Evangélica	26	22,8
Espírita	13	11,4
Renda familiar		
Até R\$ 2.000,00	39	34,2
De R\$ 3.000,00 a R\$ 4.000,00	46	40,4
> R\$ 4.000,00	29	25,4

Tabela 2

Descrição das características, dificuldades, queixas relacionadas à amamentação, ao exame físico e às alterações das mamas, tipos, características e alterações da incisão cirúrgica (n=114). Franca, Estado de São Paulo (SP), Brasil, 2016.

Variáveis	N	%
Aleitamento materno exclusivo		
Sim	92	80,7
Não	22	19,3
Dificuldades na amamentação		
Sim	48	42,1
Não	66	57,9
Queixas em relação à mama		
Nenhuma	58	50,9
Dor	53	46,5
Pouco leite	3	2,6
Exame físico das mamas		
Normal	69	60,5
Alterada	45	39,5
Tipo de alteração		
Ingurgitamento mamário	3	2,6
Trauma mamilar	42	36,8

continua

* O "N" considerado para análises do tipo de trauma mamilar foi 42, ou seja, percentual relativo apenas as mulheres com trauma; ** O "N" considerado para análises do tipo da incisão cirúrgica foi 113, pois uma das mulheres não possuía incisão; ***O "N" considerado para análises do tipo de alteração da incisão cirúrgica foi 17, ou seja, apenas as alteradas.

Tabela 2

conclusão

Descrição das características, dificuldades, queixas relacionadas à amamentação, ao exame físico e às alterações das mamas, tipos, características e alterações da incisão cirúrgica (n=114). Franca, Estado de São Paulo (SP), Brasil, 2016.

Variáveis	N	%
Tipo de trauma*		
Eritema	5	4,4
Fissuras	35	30,7
Hematomas	2	1,8
Tipo incisão cirúrgica**		
Cesariana	102	90,3
Episiotomia	11	9,7
Avaliação da incisão cirúrgica		
Normal	96	84,9
Alterada	17	15,1
Tipo de alteração da incisão cirúrgica***		
Hiperemia	7	41,2
Secreção	4	23,6
Hiperemia e secreção	3	17,6
Deiscência	3	17,6

* O "N" considerado para análises do tipo de trauma mamilar foi 42, ou seja, percentual relativo apenas as mulheres com trauma; ** O "N" considerado para análises do tipo da incisão cirúrgica foi 113, pois uma das mulheres não possuía incisão; ***O "N" considerado para análises do tipo de alteração da incisão cirúrgica foi 17, ou seja, apenas as alteradas.

Tabela 3

Descrição das características do recém-nascido em relação ao nascimento e ao exame físico da pele, queda e alterações do coto umbilical, alterações (n=114). Franca, Estado de São Paulo (SP), Brasil, 2016.

Variáveis	N	%
Idade gestacional no nascimento (semanas)		
Pré-termo (< 37)	6	5,3
A termo (≥ 37- 41)	108	94,7
Alojamento conjunto imediato		
Sim	105	92,1
Não	9	7,9
Motivo do não alojamento		
Taquipneia transitória do RN	7	6,1
Hipotermia neonatal	1	0,9
Instabilidade materna	1	0,9
Tipo de aleitamento		
Exclusivo	92	80,7
Parcial ou misto	22	19,3
Pele		
Corada	104	91,2
Sugestiva de icterícia	10	8,8
Queda do coto umbilical		
Sim	41	36,0
Não	73	64,0
Condição do coto/cicatriz umbilical		
Normal	113	98,2
Alterado	1	0,8

Com relação às características do nascimento, houve a predominância da prática do alojamento conjunto e do aleitamento materno exclusivo. A maioria dos RNs apresentavam-se corados e dez (8,8%) apresentavam a coloração da pele sugestiva de icterícia. A Tabela de Kramer foi utilizada como apoio para investigação da icterícia durante o exame físico, uma vez que seu uso é indicado para relacionar zona dérmica com os níveis de bilirrubina indireta. Dentre os RNs, 91,2% foram classificados na Zona 1, 6,4% foram classificados na Zona 2 e 2,6% Zona 3, sendo essa última considerada uma condição de maior atenção, já que os neonatos que apresentaram essa classificação necessitaram de hospitalização para realização de fototerapia. Outro fator importante avaliado na consulta foram as condições do coto umbilical, pois as mulheres, principalmente as primigestas, demonstraram preocupação em relação ao seu cuidado.

Durante as consultas de enfermagem realizadas, foi observado que 92 (80,7%) das mulheres apresentavam dificuldades na realização dos cuidados dispensados ao RN como a higienização do coto umbilical, a manutenção da qualidade/eficácia do aleitamento materno e no autocuidado com relação à higienização da ferida operatória, à identificação de alterações mamárias, a crenças sobre hipogalactia e à escolha da alimentação adequada para consumo nesse período. Complementarmente, por meio do exame físico da puérpera, observaram-se alterações sugestivas de infecção da ferida operatória em 17 (14,9%) e mamária em cinco (4,4%). Verificou-se ainda que: oito (7,0%) mulheres necessitavam de reforço nas orientações de como proceder à ordenha manual e; duas (1,8%) apresentaram-se emocionalmente instáveis por relatarem dificuldades de se alimentar devido à perda abrupta do apetite e a dificuldades para dormir mesmo quando o bebê estava dormindo. Uma das mulheres referiu ainda que ao olhar para o seu bebê sentia vontade de chorar, sentindo-se culpada pelos sentimentos que estavam vivenciando. A partir do relato dessas mulheres, foi solicitado avaliação psicológica. Em relação às necessidades dos RNs e às condutas constatou-se que 103 (90,4%) apresentavam bem-estar geral e foram liberados para casa e 11 (9,6%) foram encaminhados para avaliação com o pediatra devido a alterações encontradas (coto umbilical e coloração sugestiva de icterícia).

Ademais, quando perguntado às mulheres se receberam orientações sobre o puerpério em qualquer momento antes da consulta de enfermagem, 76 (66,7%) responderam que não e 38 (33,3%) das participantes já haviam recebido orientações.

Conforme relatos das mulheres que foram orientadas, a principal fonte de informação foi o profissional médico 20 (52,7%), seguido pelo curso de gestante 14 (36,8%) e quatro (10,5%) pelo enfermeiro.

Discussão

Os resultados apresentados neste estudo demonstraram características das mulheres e dos RNs atendidos na consulta puerperal realizada em uma instituição, que subsidiaram elencar prioridades na assistência ao binômio mãe-filho e na elaboração da proposta de um fluxograma para sistematização da consulta puerperal de enfermagem.

A maternidade segura e livre de danos é direito de toda mulher no pré-natal, parto e puerpério. É essencial construir uma visão diferenciada, humanizada e qualificada nos cuidados à saúde materna e neonatal, considerando construtos sociais como as tais desigualdades sociais, econômicas, étnicas e de gênero. Nesse sentido, faz-se necessário que os profissionais de saúde, a sociedade e as políticas públicas reconheçam as diversidades da verdadeira maternidade.⁷

Dessa forma, conhecer as características sociodemográficas da mulher no ciclo gravídico puerperal pode contribuir para a garantia da maternidade segura e uma assistência de qualidade. Um estudo mostra que vários fatores são desfavoráveis para a prática da amamentação, tais como: a idade materna avançada, ter quatro ou mais moradores no domicílio, maior renda, maior escolaridade materna e uso de creche.¹⁴ Em contrapartida, outros autores inferem que idade materna inferior aos 20 anos, baixa escolaridade, baixa renda familiar, além da primiparidade e o uso de chupeta também são associados à interrupção do aleitamento.¹⁵

Diante da relevância e dos benefícios inerentes ao aleitamento materno exclusivo tanto para a mãe quando para a criança,¹⁵⁻¹⁸ ressalta-se a importância de investigar a influência tanto das características sociodemográficas, quanto físicas e psicológicas na prática da amamentação.¹⁶⁻¹⁸

Diante desse cenário, é válido ressaltar sobre o papel importante que a educação em saúde tem para mulher e para sua família,^{8,16} sobretudo quando realizadas no puerpério.^{4,18} É necessário, portanto, que a ação educativa não seja realizada de forma unilateral, quando apenas uma pessoa detém o conhecimento e sim deve ser atrelada às demandas das puérras, ao valorizar seu conhecimento, suas crenças e valores, respeitando-as como um sujeito autônomo e responsável pela sua saúde de maneira a construir

um conhecimento compartilhado.^{8,16}

Embora a relação mãe-filho se intensifique após o nascimento da criança, durante a gestação até o nascimento do bebê, é comum que as mulheres criem fantasias e expectativas irreais sobre o período.¹⁹ Nessa perspectiva, é essencial que a mulher tenha uma base familiar fortalecida que possa lhe apoiar emocionalmente e auxiliar na construção da sua forma de ser mãe, que é peculiar para cada mulher.¹⁸

Para que se tenha sucesso na prática do aleitamento materno exclusivo, é necessário que os profissionais da saúde envolvidos nessa assistência criem vínculo com a puérpera e valorizem suas crenças e valores para estabelecer uma relação de confiança, compreensão de suas experiências, e partilha das suas dificuldades, medos e angústias.¹⁹ Como resultado dessas vivências e experiências ou da falta de informação adequada, podem ocorrer complicações mamárias durante a lactação, como o ingurgitamento mamário e os traumas mamilares (mais frequentes) que podem culminar no desmame precoce do RN.^{20,21} No presente estudo, a dificuldade em amamentar foi associada a presença de alterações mamárias ($p < 0,001$). A principal alteração observada foi o trauma mamilar (fissuras) e a queixa mais frequente foi a dor ao amamentar.

Outros estudos mostram que a principal causa de dor durante a amamentação é a presença de lesões nos mamilos que estão associadas ao posicionamento e à pega incorreta.²² O trauma mamilar foi a principal causa de ansiedade e sofrimento materno em estudo realizado no estado da Paraíba.²¹

A consulta puerperal de enfermagem é um momento oportuno para que o enfermeiro identifique quais fatores podem estar relacionados à dificuldade em amamentar, seja por meio da escuta da mulher, como pela realização do exame físico do binômio mãe-filho. O exame possibilita identificar a presença de mamilos planos, curtos ou invertidos, defeitos orais na criança, realização de sucção não nutritiva prolongada pela criança, uso inadequado de bombas de retirada de leite, interrupção inadequada da sucção da criança quando for retirada do seio, utilização de cremes e óleos sobre os mamilos, uso de protetores intermediários de mamilos e exposição contínua à umidade.²³

Nessa perspectiva, no momento da consulta o enfermeiro deve estimular a prática adequada da amamentação, com ênfase na importância do aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, não havendo necessidade de oferecer água, chá ou qualquer outro alimento.¹³ Além disso, é essencial destacar os benefícios do aleitamento: o baixo custo; a prevenção de diarreias no RN; o auxílio no desen-

volvimento da cavidade oral que propicia uma melhor conformação do palato duro e, consequentemente, o alinhamento correto dos dentes; a proteção da mulher contra o câncer de mama e; maior vínculo afetivo entre mãe e criança e melhor qualidade de vida das famílias.²³

Outrossim, quando a dificuldade em amamentar estiver relacionada à presença de trauma mamilar, o profissional pode implementar estratégias para aliviar a dor como: a acomodação adequada e variação da posição da puérpera ao amamentar; o início da amamentação pela mama menos comprometida; o uso de protetores mamários que permitam ventilação entre a roupa e as mamas; o banho de sol nas mamas e; o esvaziamento completo das mamas e realização da ordenha manual para estimular o reflexo de ejeção do leite, o que levará a criança a sugar a mama com menos força.²³

Para a realização da ordenha manual, recomenda-se fazer massagens circulares com as polpas dos dedos, indicador e médio, na região mamilo-areolar, progredindo até as áreas mais afastadas e intensificando nos pontos mais dolorosos.²⁴ Para a retirada do leite, os dedos, indicador e polegar, devem ser posicionados no limite da região areolar para realização de compressão leve simultânea da mama em direção ao tórax e da região areolar.²⁴

Outra condição que requer atenção do enfermeiro diz respeito às orientações relacionadas à incisão cirúrgica. Muitas vezes, a realização de incisão cirúrgica é necessária, contudo pode expor a puérpera ao risco de infecções e à necessidade do uso de antibióticos para fins profiláticos nas cesarianas.²⁵ Nesse estudo, o exame físico da mulher mostrou que 17 (15,1%) apresentavam alguma alteração na incisão cirúrgica (hiperemia, secreção, hiperemia e secreção, deiscência).

Ao avaliar as condições da ferida operatória, o enfermeiro deve orientar a mulher quanto à sua higienização com água e sabão, indicar a data para retirada dos pontos quando realizada a cesariana, orientar sobre fatores que facilitam a cicatrização como a alimentação saudável e os que dificultam, como uso de tabaco, álcool e drogas.²⁵ Quando houver alteração da incisão com a presença de secreção, avaliar o seu aspecto (coloração e odor) e deiscência.²⁶ Além disso, no que concerne à gestão de autocuidado, orientar quanto à ingestão correta de antibióticos caso esteja em uso após a alta hospitalar.²⁶ Nesse momento, também podem ser explorados outros aspectos indiretos relacionados à incisão cirúrgica e à cicatrização, como a higiene corporal, atividades de rotina e o retorno a atividade

sexual.²²

Os relatos de algumas mulheres atendidas nas consultas denotaram uma instabilidade emocional no período, dimensão complexa do cuidado no puerpério. Fatores como modificações na rotina familiar, alterações hormonais, corporais, ansiedade e insegurança em realizar as novas tarefas envolvendo o cuidado do RN, alteração de qualidade do sono e repouso, desânimo fadiga e estado de humor^{7,24} devem ser explorados pelo enfermeiro por meio de um diálogo claro e objetivo,²⁴ que valorize os relatos e dê suporte ao enfrentamento de sua nova realidade. Nesse sentido, é importante que a equipe de saúde esteja preparada para diferenciar as alterações emocionais transitórias e inerentes do período de condições mais graves como tristeza materna, baby blues, depressão pós-parto e psicose puerperal.²⁴

Os RNs foram avaliados quanto às características do nascimento, peso, atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações e aleitamento materno, exame físico cefalocaudal, conforme um manual técnico voltado à atenção do pré-natal e puerpério²⁴ com ênfase na coloração da pele (palidez, icterícia e cianose) e condições do coto umbilical, por serem aspectos de interesse apontados pelas mulheres durante a consulta. A avaliação da coloração da pele mostrou que 8,8% dos RNs apresentavam indícios de icterícia neonatal. Quando avaliados pela Tabela de Kramer, três (2,6%) dos RNs foram classificados como Zona 3 e, quando avaliados pelo médico, foram encaminhados à fototerapia, o que denota uma condição de maior atenção.

A icterícia neonatal é uma condição clínica comum que ocorre em aproximadamente 80% dos nascimentos. No entanto, pode ser de causa fisiológica, quando a sua remissão ocorre em poucos dias após o nascimento, ou patológica, ocasião em que é necessário iniciar o tratamento com fototerapia, pois se não tratada pode acarretar lesões neurológicas graves.²⁷ A Tabela Kramer é uma forma simples e de baixo custo utilizada no caso de suspeita de icterícia neonatal e que pode auxiliar o enfermeiro no momento da consulta puerperal. Entretanto, o diagnóstico de icterícia deve ser confirmado pela quantificação da bilirrubina sanguínea por métodos laboratoriais, uma vez que a avaliação visual, isoladamente, pode ser influenciada por características do RN (pele de cor escura ou clara), anemia, prematuridade e do ambiente, como a falta de iluminação adequada no momento do exame físico.²⁷

A icterícia neonatal pode ser prevenida por meio do aleitamento materno exclusivo²⁴ que, por sua vez,

também contribui para o ganho adequado de peso do RN.²³ Nesse estudo, a maioria dos bebês estava recebendo aleitamento materno exclusivo, aspecto importante a ser incentivado no momento da consulta, por meio de palavras de incentivo às mães.²³

Em relação ao coto umbilical, apenas um RN apresentou-o alterado, o que não diminui a necessidade de atenção e de intervenção do enfermeiro, pois o coto umbilical é a região do RN mais suscetível à colonização e à proliferação de micro-organismos, podendo resultar em onfalite, sepse e tétano neonatal. Dessa forma, é imprescindível orientar a puérpera e a família quanto à manutenção do coto umbilical limpo e seco. Para tal, é necessária a aplicação do álcool 70% para higienizá-lo e para acelerar do processo de mumificação e queda do mesmo. O álcool deve ser aplicado na base do coto e na sua extensão com auxílio de uma haste flexível de algodão e ser realizado após o banho do RN e posteriormente às trocas de fralda.²⁸ Adicionalmente, recomenda-se a verificar o estado vacinal da puérpera com relação à vacina antitetânica. Caso não tenha recebido ou não tenha terminado o esquema recomendado pelo MS, deve retomá-lo imediatamente de maneira a promover a imunização passiva do RN.²⁴ Nessa perspectiva, as orientações sobre o calendário vacinal da criança e realização do teste do pezinho também devem ser abordadas.⁷

Ao analisar os dados encontrados sobre as condições da incisão cirúrgica nas mulheres e do coto umbilical nos RNs, observaram-se mais anormalidades na incisão cirúrgica da mulher em relação ao coto umbilical. A partir desses achados, supõe-se que pode ter havido uma transferência por parte das mulheres do cuidado de si para o seu conceito.

As avaliações e orientações de enfermagem realizadas durante a consulta, inicialmente, ocorreram por meio do acolhimento, da escuta ativa das dúvidas e necessidades apresentadas pelas puérperas através de conversa a respeito de como transcorriam os dias após a sua alta hospitalar, o que favoreceu a interação entre paciente e profissional. Oportunamente, esse espaço de diálogo e escuta ativa possibilitou à puérpera expor as suas dúvidas, sintomas, sentimentos acerca do momento que vivenciava, de forma a contribuir para que a pesquisadora tivesse conhecimento do contexto familiar/social em que a puérpera estava inserida. A maioria das mulheres relatou não ter sido orientada anteriormente à consulta puerperal e, entre as que receberam orientação, a principal fonte foi o médico. Esses resultados podem ser decorrentes da população atendida nessa instituição e do desconheci-

mento em relação às áreas de atuação do enfermeiro. Na instituição onde se realizou este estudo, nota-se a procura frequente de puérperas, acompanhadas de seus RNs, pelo Pronto Atendimento da instituição. Assim, essa lacuna pode subsidiar novos estudos e incentivar os enfermeiros a buscarem maneiras de estabelecer vínculos com as mulheres para a expansão das práticas de promoção e prevenção voltadas à saúde materno-infantil.

O exame físico dispensado ao binômio seguiu orientações contidas no Manual Técnico Pré-natal e Puerpério do MS.⁷ Após identificação das alterações apresentadas no exame físico, procederam-se às orientações de enfermagem e, quando necessário, o binômio mãe-filho foi encaminhado à avaliação de outros profissionais (psicólogo, pediatra, ginecologista) que compõem a equipe na instituição. Entretanto, destaca-se que a equipe de saúde, principalmente a de enfermagem, pode contribuir com as orientações da mulher em todo o ciclo gravídico puerperal e não apenas no puerpério.

Com intuito de contribuir com o direcionamento das ações do enfermeiro, neste estudo foi elaborado um fluxo de atendimento para a consulta puerperal de enfermagem que atendesse às necessidades da população estudada. Optou-se por representar esse atendimento através de fluxogramas devido à praticidade de uma visualização rápida e efetiva das etapas a serem seguidas.

Para a construção do fluxo de atendimento, foram consideradas a experiência dos pesquisadores e os aspectos relacionados à mulher no puerpério e ao RN e aqueles passíveis de ação da enfermagem por meio da consulta puerperal. Conforme discutido na etapa de caracterização deste estudo, dentre os principais aspectos destacaram-se: prática do aleitamento materno; avaliação das mamas e identificação de complicações; avaliação da ferida operatória e orientações quanto aos cuidados com a mesma; avaliação clínica do RN e; orientações quanto ao cuidado com o mesmo.

A construção gráfica do fluxograma baseou-se em um guia de orientação para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo.²⁹ (Figuras 1 e 2)

Os resultados deste estudo indicam caminhos para melhorar a estruturação e a implantação da consulta puerperal no serviço estudado e reforçam a necessidade de orientações sobre esse período durante as consultas de pré-natal. Embora presente como limitação o reduzido número de mulheres que retornaram para a consulta puerperal, constituindo uma amostra pequena nesta investigação, supõe-se

que esse fato pode ser decorrente de vários aspectos, como: a cultura de medicalização, a assistência compartimentada e a predileção das mulheres em realizar a consulta de puerpério com o médico, supervalorizando essa classe profissional – ora pelo desconhecimento das áreas de atuação do enfermeiro, ora pela insegurança de estar assistida pelo mesmo e pelo *déficit* na sensibilização e acolhimento da mulher durante o pré-natal.

Este estudo identificou que as principais queixas e problemas da mulher no puerpério dizem respeito à prática da amamentação, aos cuidados com o RN, ao estado emocional e ao apoio familiar. Em geral, esses problemas estão relacionados ao meio socio-cultural e familiar em que a mulheres estão inseridas. Nesse sentido, adequar a assistência às suas crenças – para que se obtenha sucesso nas orientações oferecidas no pré-natal, em cursos de gestante e na consulta puerperal – é um desafio para o enfermeiro. O conhecimento do perfil das mulheres atendidas no local deste estudo possibilitou elaborar um fluxograma de acordo com as suas principais necessidades, para a realização da consulta puerperal de enfermagem de forma sistematizada para a avaliação do binômio mãe-filho com suporte multidisciplinar.

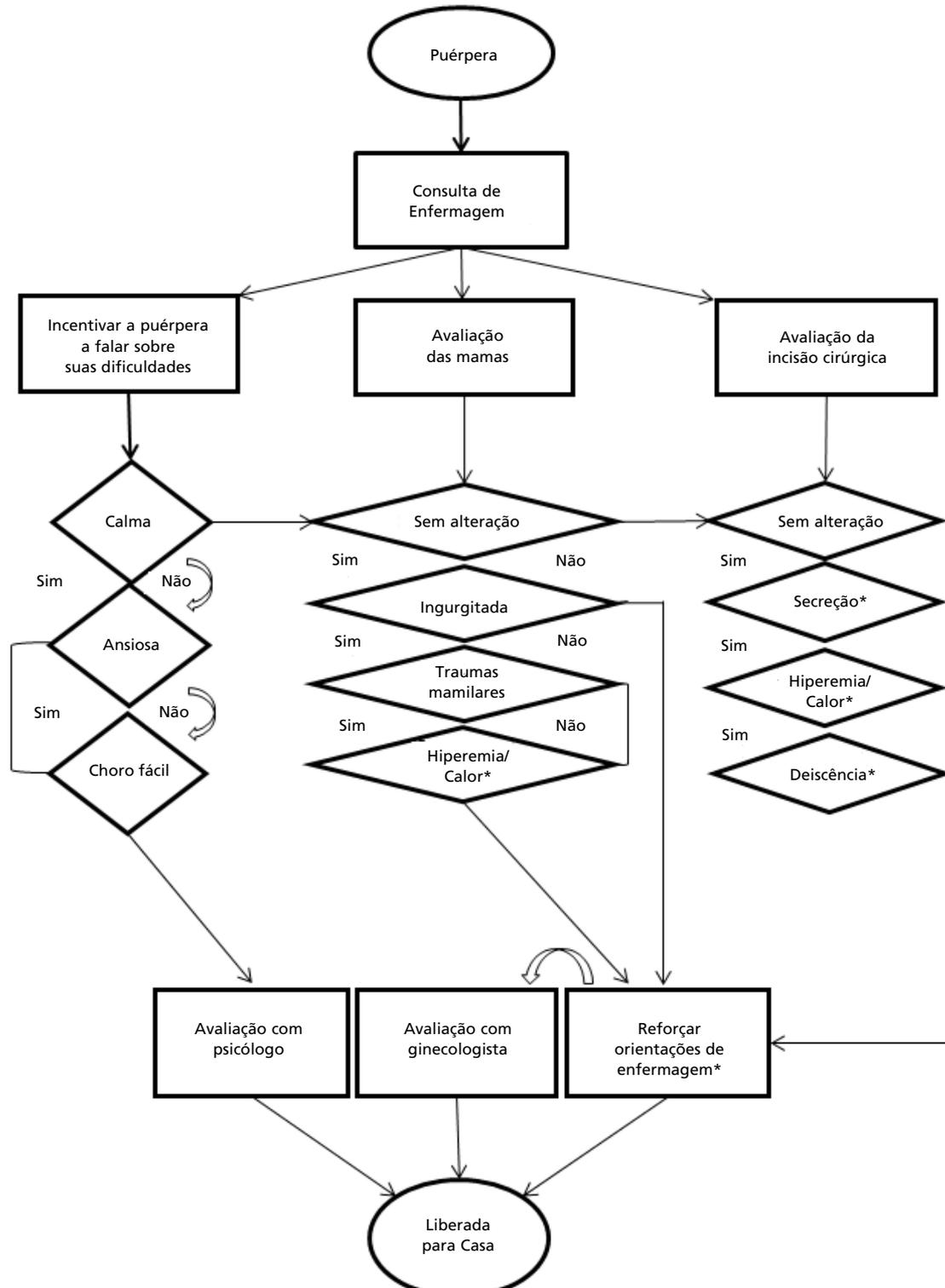
Espera-se, portanto, que este estudo possa contribuir com a melhor compreensão dos estudantes e profissionais de enfermagem sobre as necessidades e expectativas apresentadas por essas mulheres e exerçam assim a sua prática visando à satisfação dessa clientela e à prevenção de complicações.

Contribuição dos autores

Puglas LS realizou concepção, delineamento, coleta de dados, análise e interpretação dos dados. Silveira LM, Mendes TJM fez a revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. Stabile AM participou da orientação na concepção, delineamento, análise dos resultados. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Figura 1

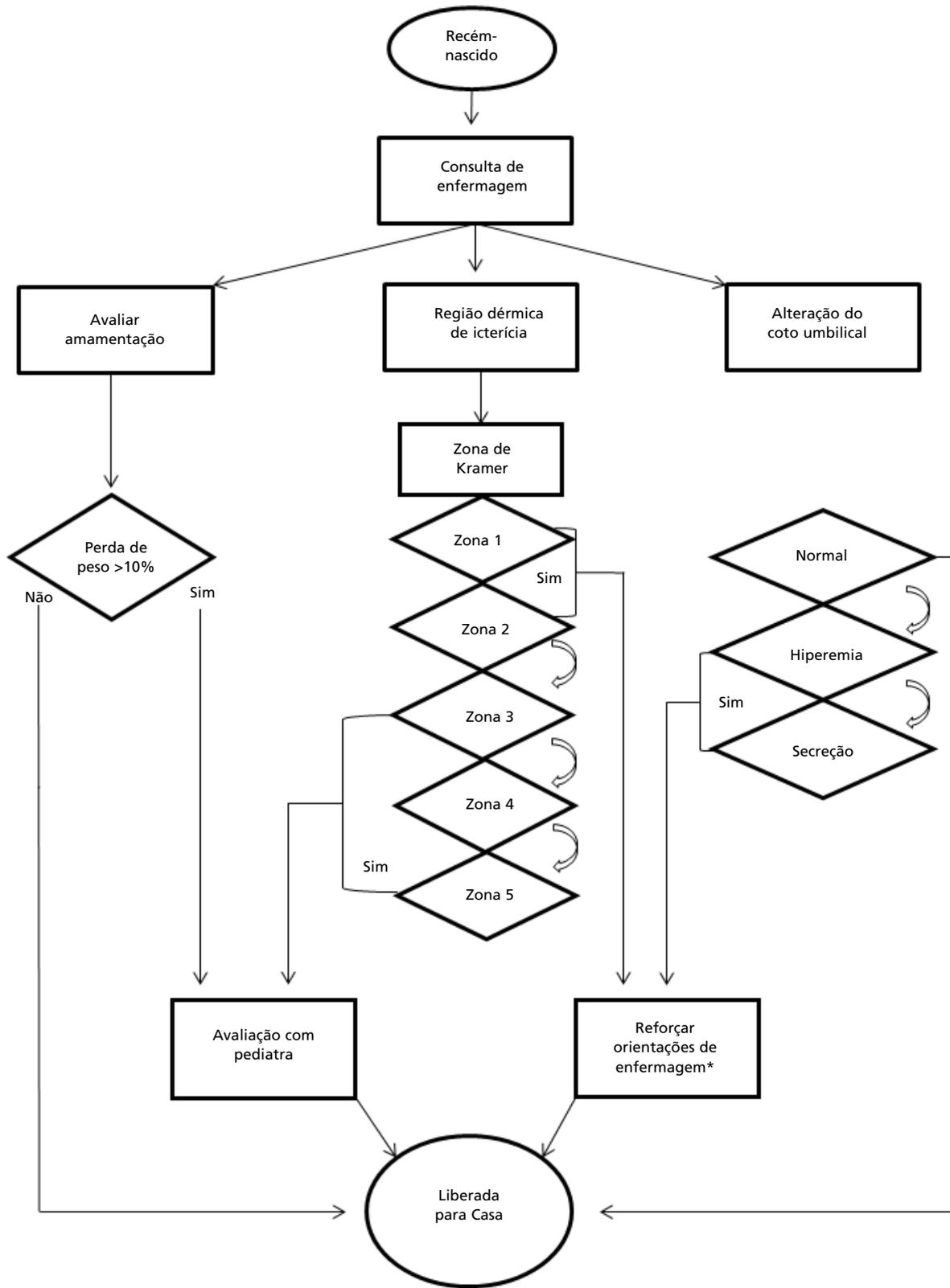
Fluxograma consulta de enfermagem: avaliação da puérpera.



*Reforçar orientações de enfermagem antes de encaminhar para o ginecologista.

Figura 2

Fluxograma consulta de enfermagem: avaliação do recém-nascido.



Referências

1. Strapasson MR, Nedel MNB. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(3): 521-8.
2. Maldonado MT. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério.* 16 ed. São Paulo: Saraiva; 2000. p. 30-45.
3. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia Fundamental.* 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 975 p.
4. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Esc Anna Nery.* 2015; 19 (1): 181-6.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, DF; 2004. 82 p.
6. Cassiano AN, Araújo MG, Holanda CSM, Costa RKS. Percepção de enfermeiros sobre a humanização na assistência de enfermagem no puerpério imediato. *Rev Pesq Cuid Fundam.* 2015; 7 (1): 2051-60.
7. 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, DF; 2006, 163p. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
8. Dodou HD, Oliveira TDA, Oriá MOB, Rodrigues DP, Pinheiro PNC, Luna IT. Educational practices of nursing in the puerperium: social representations of puerperal mothers. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70 (6): 1250-8. D
9. Neves BR, Silva TS, Gomes DR, Mattos MP, Mendes ACCS, Gomes DR. Intercorrências mamárias relacionadas com a amamentação: uma revisão sistemática. *Rev Ciênc Saúde Oeste Baiano-Hígia.* 2016; 1 (2): 58-73.
10. Lima GMM, Teles HL, Alcântara PPT, Moreira MRL, Pinto AGA, Marinho MNASB, Araújo AF, et al. Nursing Assistance At The Puerperium: Integrative Review *Int Arch Med.* 2017; 10 (25): 1-10.
11. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Queiroz ABA, Ferreira MA. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67 (1): 13-21.
12. Angelo BHB, Brito RS. Consulta puerperal: O que leva as mulheres a buscarem essa assistência?. *Rev Rene.* 2012; 13 (5): 1163-70.
13. Skupien SV, Ravelli APX, Acauan LV. Consulta puerperal de enfermagem: prevenção de complicações mamárias. *Cogitare Enferm.* 2016; 21 (2): 01-06.
14. Pereira-Santos M, Santana MS, Oliveira DS, Nepomuceno Filho RA, Lisboa CS, Almeida LMR, Gomes DR, Queiroz VAO, Demétrio F, Oliveira AM. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2017; 17 (1): 59-67.
15. Wenzel D; Souza SB. Fatores associados ao aleitamento materno nas diferentes regiões do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2014; 14 (3): 241-9.
16. Souza SA, Araújo RT, Teixeira JRB, Mota TN. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame. *Rev Enferm UFPE.* 2016; 10 (10): 3806-13.
17. Catafesta F, Zagonel IPS, Martins M, Venturini KK. A amamentação na transição puerperal. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13 (3): 609-16.
18. Gutman L. *A maternidade e o encontro com a sua própria sombra.* 11 ed.; tradução Luis Carlos Cabral, Mariana Laura Corullón. Rio de Janeiro: BestSeller, 2017, p. 91-107p.
19. Batista KRA, Farias MCAD, Melo WSN. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde Debate.* 2013; 37 (96): 130-8.
20. Oliveira CS, Locca FA, Carrijo MLR, Garcia RATM. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36 (Esp): 16-23.
21. Amaral LJX, Sales SS, Carvalho DPSRP, Cruz GKP, Azevedo IC, Ferreira Jr MA. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36 (Spe): 127-34.
22. Figueiredo JV, Fialho AVM, Mendonça GMM, Rodrigues DP, Silva LF. A dor no puerpério imediato: contribuição do cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71 (Supl. 3): 1343-50.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. Caderno de Atenção Básica, n. 23. Brasília, DF; 2015 [acesso em 21 abr 2018]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_a_aleitamento_materno_cab23.pdf
24. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção a gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério/ organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmem Lavras- São Paulo. 2010: SES/SP: 234. Documento em formato eletrônico. Disponível em: <http://www.portaldoenfermagem.com.br/downloads/manual-tecnico-prenatal-puerperio-sus.pdf>.
25. Petter CE, Farret TCF, Scherer JS, Antonello VS. Fatores relacionados a infecções do sítio cirúrgico após procedimentos obstétricos. *Scientia Medica (Porto Alegre).* 2013; 23 (1): 28-33.
26. Cunha MR, Padoveze MC, Melo CRM, Nichiata LYI. Identificação da infecção de sítio cirúrgico pós-cesariana: consulta de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71 (Supl. 3): 1395-1403.
27. Prada EMG. Hiperbilirrubinemia neonatal. *Rev Soc Bol PedJ.* 2005; 44 (1): 26-35.
28. Brasil. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, DF; 2011. 194 p.

29. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. COREN 1ª versão: São Paulo, 2012-2014 [acesso em 09 Out 2017]; 32-3. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-837122>.

Recebido em 7 de Março de 2018

Versão final apresentada em 29 de Agosto de 2019

Aprovado em 19 de Dezembro de 2019