



Diretriz para assistência de enfermagem: ferramenta eficaz para a promoção da saúde no puerpério

Guidelines for nursing care: an effective tool for the promotion of health in puerperium

Directrices para la atención de enfermería: herramienta eficaz para promoción de la salud en el postparto

Ana Beatriz Querino Souza¹, Betânia Maria Fernandes²

Objetivou-se verificar a viabilidade de uma diretriz de assistência de enfermagem no puerpério na atenção primária à saúde. Pesquisa quase-experimental, desenvolvida com 168 puérperas no município de Juiz de Fora, MG, Brasil, de novembro de 2011 a maio de 2012. No grupo de intervenção, as mulheres foram submetidas à diretriz com cinco consultas puerperais, e as do grupo controle não foram expostas à diretriz. Os resultados foram significativos para o aleitamento materno exclusivo, com 42,9%, no grupo de intervenção, e 25,4%, no controle ($p=0,002$); exame de Panicolaou com 85%, no grupo de intervenção; e 63,2%, no controle ($p=0,002$); uso de sulfato ferroso 26,2%, no grupo de intervenção; e 18,3%, no controle ($p<0,001$). Também foi evidenciada melhor cobertura vacinal no grupo de intervenção. Os resultados significativos, na maioria das variáveis, evidenciaram a viabilidade da diretriz de assistência de enfermagem no puerpério.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Puerpério; Atenção Primária à Saúde.

The aim of the study was at accessing the feasibility of a guideline of nursing care in the puerperium in primary health care. It is a quasi-experimental research conducted with 168 postpartum women in Juiz de Fora, MG, Brazil, from November 2011 to May 2012. In the intervention group, women were subjected to the guidelines with five puerperal appointments and the control group women were not exposed to the guideline. The results were significant for exclusive breastfeeding, with 42.9% in the intervention group and 25.4% in the control ($p=0.002$); Panicolaou's test with 85% in the intervention group and 63.2% in the control ($p=0.002$); use of ferrous sulfate 26.2% in the intervention group and 18.3% in control ($p<0.001$). A better vaccination coverage in the intervention group was also observed. The significant results in most variables show the feasibility of the guideline of nursing care in the puerperium.

Descriptors: Nursing Care; Postpartum Period; Primary Health Care.

El objetivo fue evaluar la viabilidad de una directriz de atención de enfermería en el posparto en la atención primaria de salud. Investigación cuasi-experimental, con 168 puérperas, en ciudad de Juiz de Fora, MG, Brasil, de noviembre/2011 a mayo/2012. En el grupo de intervención, las mujeres fueron sometidas a la directriz con cinco consultas puerperales, y las de grupo control, no fueron expuestas a la directriz. Los resultados fueron significativos para lactancia materna exclusiva, con 42,9%, en el grupo de intervención y 25,4%, en el control ($p=0,002$); examen Panicolaou, 85%, en el grupo de intervención; y 63,2%, en el control ($p=0,002$); uso de sulfato ferroso, 26,2%, en el grupo de intervención; y 18,3%, en el control ($p<0,001$). También hubo mejor cobertura vacunal en el grupo de intervención. Los resultados significativos, en la mayoría de las variables, señalaron viabilidad de la directriz de atención de enfermería en el posparto.

Descritores: Atención de Enfermería; Período de Postparto; Atención Primaria de Salud.

¹Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

²Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Autor correspondente: Ana Beatriz Querino Souza

Rua Dr. Oldemir Mazocoli, 310, Bosque dos Pinheiros II, CEP: 36062-055. Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: bistetritz@hotmail.com

Introdução

O pós-parto, também conhecido como puerpério, é o período após o parto em que a mulher experimenta mudanças e adaptações físicas e psíquicas, visando ao retorno da condição pré-gravídica. Embora definido como um intervalo de seis semanas estende-se do nascimento do bebê até a normalização fisiológica, podendo assim ter uma duração variável. Pode ser classificado em três fases: puerpério imediato, que vai do nascimento até o 10º dia de pós-parto; puerpério tardio, que se estende do 11º ao 42º dia, e puerpério remoto, que segue do 43º dia até um ano de pós-parto⁽¹⁻²⁾.

Embora de a maioria das alterações no pós-parto serem fisiológicas, as puérperas convivem com mudanças, medos, desafios, anseios e situações de risco que podem afetar negativamente o binômio mãe-filho. Somam-se a estes riscos os problemas reais já instalados, que indicam a necessidade de atuação da enfermagem através de uma assistência mais próxima da mulher⁽¹⁻³⁾.

Intercorrências no período puerperal representam boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal. As principais causas de morte materna no Brasil são as síndromes hemorrágicas, hipertensão arterial, gestações terminadas em abortamento e infecções puerperais. Além das síndromes hemorrágicas e infecções puerperais, outras intercorrências podem afetar negativamente a saúde da mulher e do bebê neste período, como o desmame precoce, a depressão pós-parto e uma nova gravidez no período puerperal⁽⁴⁻⁵⁾.

Apesar de o puerpério ser um período de maior vulnerabilidade e intercorrências se comparado a outras etapas do ciclo gravídico-puerperal, é a fase em que a mulher fica desassistida pela equipe de saúde⁽¹⁾. Nesta fase as mulheres estão mais vulneráveis e sensíveis a receberem influências dos profissionais da saúde⁽⁶⁾. Diante deste fato, os profissionais deveriam aproveitar a oportunidade do período puerperal para realização de ações para

promoção da saúde e prevenção de doenças. Um dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a qualidade da assistência ao pós-parto é o atendimento à mulher e ao recém-nascido no puerpério imediato e tardio. O protocolo de assistência puerperal recomendado consiste em no mínimo dois atendimentos: uma visita domiciliar até o 7º dia após o parto e uma consulta puerperal no 42º dia⁽⁵⁾.

A despeito das ações propostas pelo Ministério da Saúde, a atenção puerperal ainda não está consolidada nos serviços de saúde do Brasil. A última pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher publicada em 2009, evidenciou que 60,8% das mulheres não realizam nenhuma consulta no puerpério. Muitas mulheres não retornam para a assistência pós-parto e, na maioria das vezes, não é feita busca ativa destas puérperas pelos profissionais de saúde. É comum regressarem exclusivamente para acompanhar o crescimento, desenvolvimento e imunização do bebê^(5,3).

O puerpério tem sido assistido de forma irregular, cujos cuidados, em sua maioria, direcionam-se ao recém-nascido, com insuficiente atenção a grande protagonista desta fase exposta a transformações e riscos físicos e psicossociais⁽⁷⁾.

Frente ao universo de ações a serem realizadas no puerpério e da necessidade destas ações serem acompanhadas de forma contínua, acreditamos ser necessária uma diretriz com maior número de consultas e de ações.

Delineamos como objeto de estudo desta investigação a assistência de enfermagem no puerpério através de uma diretriz, que visa o acompanhamento das puérperas até o terceiro mês após o parto por enfermeiras de unidades de atenção primária à saúde com a estratégia de saúde da família. Os objetivos do estudo foram verificar a viabilidade de aplicação de uma diretriz de assistência de enfermagem no puerpério na atenção primária à saúde e identificar o comportamento das variáveis de desfecho (aleitamento materno, uso de método anticoncepcivo, uso de sulfato ferroso, esquema

vacinal, realização de colpocitologia oncótica) em um grupo de puérperas que foi atendido pela diretriz de enfermagem proposta comparado a outro grupo de mulheres que não foi atendido por esta diretriz.

Método

O delineamento do estudo foi do tipo quase-experimental. Neste delineamento, o pesquisador realiza direta ou indiretamente intervenções, entretanto, não há alocação aleatória dos participantes aos grupos que receberão a intervenção⁽⁸⁾.

O estudo foi desenvolvido no município de Juiz de Fora, em 15 unidades de atenção primária à saúde que atuam com a estratégia saúde da família. O município possui 88 equipes de saúde da família que acompanham em média 3.000 habitantes por equipe, o que equivale a uma cobertura de 56%.

A população do estudo constituiu-se por um total de 168 puérperas, independentemente do número de filhos e que tiveram qualquer tipo de parto a termo, divididas em grupo de intervenção e grupo controle. O grupo de intervenção foi constituído por 42 puérperas assistidas através da diretriz proposta e o grupo controle por 126 puérperas que receberam outro tipo de assistência. A amostra do estudo foi calculada através da média mensal de nascimentos através do Sistema de Nascidos Vivos e, conseqüentemente, de puérperas para as localidades com a Estratégia Saúde da Família (cobertas por 88 equipes) que foi de 162 nascimentos por mês. Das 88 enfermeiras das equipes de saúde da família do município apenas 21 das profissionais aceitaram contribuir com o estudo. Portanto a média mensal de puérperas para estas enfermeiras foi de 38 puérperas.

A coleta de dados foi realizada durante sete meses, de novembro de 2011 a maio de 2012, com uma estimativa para este período de 266 puérperas. Considerando um nível de significância de 5% e um poder de teste de 80%, a população do estudo seria de 156 puérperas. No sentido de trabalhar com uma margem de segurança devido a possíveis perdas,

a população final foi composta por 168 puérperas, sendo 42 alocadas no grupo de intervenção e 126 no controle, adotando a relação de uma para três.

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

Os critérios de inclusão das mulheres do grupo de intervenção foram: puérperas que se encontravam nos primeiros dez dias de puerpério e não faltaram a nenhum dos cinco atendimentos. No grupo controle, foram incluídas puérperas a partir de 90 dias até 120 dias de puerpério. Este período foi definido para que fosse possível coletar o máximo de informações diante de possíveis intervenções das equipes das unidades de atenção primária à saúde às puérperas. Este período também foi definido por que os últimos atendimentos ao grupo de intervenção aconteceram aos 90 dias e conseqüentemente a coleta de dados pela pesquisadora acontecia sempre entre 90 a 120 dias, evitando que a coleta dos dados fosse realizada em momentos diferentes nos grupos e viés no estudo.

Além destes critérios, foram incluídas nos dois grupos as puérperas que atenderam às seguintes condições: ter mais de 18 anos de idade ter realizado o pré-natal de baixo risco ou risco habitual, haver regressado para casa com o bebê após o parto, ou seja, o bebê não ficou hospitalizado, não foi encaminhado para adoção e não foi a óbito e que aceitaram participar do estudo.

Os critérios de exclusão foram os seguintes: menores de 18 anos; que foram acompanhadas no pré-natal de alto risco; não regressaram para casa com

o bebê; não aceitaram participar do estudo; faltaram a algum dos cinco atendimentos e estavam com mais de dez dias de pós-parto quando pertencentes ao grupo de intervenção e não estavam no período entre 90 e 120 dias de puerpério quando pertencentes ao grupo controle.

O grupo de intervenção foi submetido a cinco consultas de enfermagem realizadas pelas enfermeiras das unidades de atenção primária à saúde, sendo uma consulta no puerpério imediato com sete a dez dias; dois atendimentos no puerpério tardio, sendo o primeiro de 25 a 30 dias e o segundo com 42 dias, e, finalmente, dois atendimentos no puerpério remoto com 60 e 90 dias. As enfermeiras realizavam todas as etapas da consulta de enfermagem: anamnese, exame físico geral e específico, diagnósticos e prescrição de enfermagem.

As mulheres para este grupo foram recrutadas no terceiro trimestre do pré-natal, quando fizeram o controle na unidade de atenção primária à saúde ou na visita de puerpério após o nascimento do bebê. Durante os atendimentos, as enfermeiras fizeram uso de um formulário elaborado para a pesquisa que nomeamos de ficha clínica do puerpério e que, além de direcionar a consulta, também foi o instrumento de registro e de coleta de dados do grupo de intervenção. Após o último atendimento, a pesquisadora coletou os dados no referido instrumento na unidade de saúde.

As enfermeiras que realizaram as consultas de enfermagem ao grupo de intervenção foram capacitadas pela pesquisadora em encontro com carga horária de oito horas em abril de 2011 após autorização da secretaria de saúde. Neste encontro foi discutido a assistência de enfermagem no pós parto através do formulário construído a fim de padronizar a coleta. Posteriormente o formulário foi testado por três das enfermeiras que não participaram do estudo para 11% do valor da amostra do grupo de intervenção (cinco puérperas) de junho a setembro de 2011. Após o teste foram feitos ajustes necessários no formulário e iniciado trabalho de campo.

Para o grupo controle, o único método adotado

foi uma visita domiciliar realizada pela pesquisadora e auxiliares de pesquisa para coleta de dados após concordância e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, a coleta de dados era iniciada em seguida. Objetivou-se levantar a quantidade e qualidade de possíveis atendimentos recebidos no puerpério. Esperava-se nesta visita identificar se a puérpera havia recebido da equipe de saúde minimamente os dois atendimentos preconizados pelo ministério da saúde e protocolo municipal: uma consulta domiciliar do enfermeiro ou uma consulta na unidade de atenção primária à saúde ou no local onde ocorreu o parto até o 10º dia de pós parto e outra consulta na unidade de atenção primária entre 30 a 42 dias de puérpério.

A variável independente do estudo foi a assistência de enfermagem no puerpério através de uma diretriz com cinco consultas de enfermagem. As variáveis dependentes ou desfechos primários avaliados estavam relacionados com algumas intercorrências comuns neste período e condutas, a saber: aleitamento materno exclusivo, uso de método anticoncepcivo adequado, uso de sulfato ferroso por 90 dias de puerpério, imunização com as vacinas antitetânica, contra rubéola e hepatite B, exame de Papanicolaou.

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

O instrumento para obtenção dos dados do grupo controle consistiu em uma entrevista estruturada com informações de identificação, dados socioeconômicos e culturais, pré-natal e puerpério, priorizando as variáveis de desfecho. No grupo de intervenção, foi utilizado um questionário para a obtenção dos dados da ficha puérperal.

Para a análise estatística, utilizou-se o software Statistical Package for the Social Sciences, for Windows versão 14. Para a análise das variáveis qualitativas, maioria do estudo, foram calculadas as frequências absolutas e percentuais. A comparação entre os

grupos de estudo e controle foi realizada através do teste de associação qui-quadrado considerando o valor de $p < 0,05$. Diante de uma associação positiva, procedeu-se à medida da força da associação através da Razão de Chance ou Odds Ratio.

A presente investigação seguiu as recomendações da legislação brasileira de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovada sob parecer nº 307/2010 em 17 de fevereiro de 2011.

Resultados

Os dados obtidos nos grupos de intervenção e controle serão descritos em forma de tabelas. Inicialmente, serão apresentados os dados de caracterização das puérperas quanto a variáveis demográficas (Tabela 1).

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

Variáveis demográficas	Grupo de Intervenção n (%)	Grupo Controle n (%)	Valor de p
Idade (anos) M (dp)*	27,33 (5,7)	26,63 (5,9)	0,307
19 a 29	29 (69,1)	89 (70,7)	
30 a 45	13 (30,9)	37 (29,3)	
Etnia			0,590
Branca	18 (42,9)	60 (47,6)	
Parda	15 (35,7)	33 (26,2)	
Preta	08 (19,0)	32 (25,4)	
Amarela	01 (0,8)	01 (2,4)	
Estado civil			0,292
Com companheiro	26 (61,9)	89 (70,6)	
Sem companheiro	16 (38,1)	37 (29,4)	
Grau de escolaridade			0,471
Médio incompleto ou menos	22 (52,4)	74 (58,7)	
Médio completo ou mais	20 (47,6)	52 (41,3)	
Trabalho remunerado			0,054
Sim	23 (34,8)	55 (43,7)	
Não	16 (38,1)	69 (54,8)	
Não informado	3 (7,1)	02 (1,6)	

*M= Média; dp= Desvio padrão

O perfil obstétrico das puérperas é descrito a seguir, e aborda paridade, número de consultas de pré-natal, intercorrência no pré-natal, tipo de parto, ocorrência de episiotomia e aleitamento materno na primeira hora de vida (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das puérperas segundo variáveis obstétricas

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

Algumas variáveis do estudo são consideradas intervenientes, ou seja, a diferença destas entre os grupos de estudo poderia causar viés e interferir nos resultados. Estas variáveis são idade materna, etnia, estado civil, grau de escolaridade, números de consultas de pré-natal, paridade, tipo de parto e aleitamento materno na primeira hora de vida. O ideal seria comprovar a similaridade nos grupos do estudo, o que foi realizado pelo teste qui-quadrado ($p > 0,05$).

A única variável que apresentou diferença significativa entre os grupos foi paridade valor de $p = 0,048$. Todas as demais variáveis intervenientes foram similares na comparação entre os grupos (valor de $p > 0,05$).

Será apresentada a seguir a comparação das variáveis de desfecho nos grupos de intervenção e controle (Tabela 3). Foram constatadas significâncias estatísticas no grupo de puérperas assistidas através da diretriz proposta em relação às não assistidas para as seguintes variáveis: aleitamento materno exclusivo; realização do exame de Papanicolaou; imunização pelas vacinas antitetânica, rubéola e hepatite B e uso de sulfato ferroso por 90 dias. Não houve resultado significativo para a utilização de métodos anticoncepcionais.

Tabela 3 - Comparação do grupo de intervenção com o de controle quanto às variáveis de desfecho

Variáveis de desfecho	Grupo de Intervenção n(%)	Grupo Controle n(%)	Valor de p	RC ^(a)
Amamentação			0,020	
Aleitamento exclusivo	18(42,9)	32 (25,4)		4,13
Aleitamento não exclusivo	18(42,9)	50(39,7)		2,64
Não aleitamento	6(14,2)	44(34,9)		1 ^(b)
Método anticoncepcivo			0,430	
Não usam métodos	2(4,8)	15(12,0)		
Uso de método adequado	32(80,0)	90(81,0)		
Uso de método inadequado	8(20,0)	21(19,0)		
Exame Papanicolau			0,015	
Papanicolau em vigência	36(85,0)	80(63,2)		1,51
Papanicolau não vigente	2(5,0)	32(25,6)		
Nunca realizado	4(10,0)	14(11,2)		1 ^(c)
Cobertura vacinal				
Antitetânica	41(97,6)	104(82,5)	0,014	8,67
Hepatite B	34(81,0)	71 (56,3)	0,004	3,29
Rubéola	29(69,0)	65(51,6)	0,048	2,09
Uso de Sulfato ferroso (dias)			<0,001	
90	11(26,2)	23 (18,3)		3,43
60 a 89	10 (23,8)	0 (0)		
< 60	15 (35,7)	60 (47,6)		
Não fizeram uso	6 (14,3)	43 (34,1)		1 ^(d)

(a) Razão de Chance. (b) A chance de o aleitamento exclusivo e de o aleitamento não exclusivo ocorrerem foi calculada tendo como valor de referência o "não aleitamento". (c) A chance de estar com o exame Papanicolau vigente foi calculada tendo como valor de referência "nunca ter realizado o exame". (d) A chance de utilizar sulfato ferroso por 90 dias foi calculada tendo como valor de referência não ter feito uso

Discussão

A realização de mais de sete consultas de pré-natal esteve presente na maioria das puérperas dos dois grupos o que é um dos parâmetros para garantia de bons resultados perinatais⁽⁹⁾. A assistência ao pré-natal realizada por profissional capacitado, iniciada precocemente e com, no mínimo, sete encontros permite melhores resultados na assistência ao parto e puerpério⁽⁵⁾.

Quanto ao tipo de parto, destacamos que o percentual encontrado no estudo é preocupante, pois além de ser muito superior ao recomendado, ultrapassa a média nacional de 43,8% de cesariana. A proporção de cesáreas recomendada pela Organização Mundial de Saúde deve corresponder aproximadamente a 15% do total de partos⁽³⁾. Mulheres que foram submetidas à cesariana apresentam maior chance de intercorrências no puerpério.

A última pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher revelou que a prevalência de crianças em aleitamento materno exclusivo até o sexto mês no Brasil foi de 39,8%. Posteriormente, foi realizada a II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal, que constatou melhora na prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, com percentual de 41% para o Brasil^(3,10). A mesma pesquisa demonstrou que a probabilidade das crianças com 90 dias de vida estarem em aleitamento materno exclusivo é de 34,3% no Brasil, 34,6% na região sudeste e de 32% em Minas Gerais. O resultado do grupo de intervenção do nosso estudo mostrou-se melhor que os resultados nacionais, regional e estadual.

Apesar do resultado positivo no grupo de intervenção, de acordo a avaliação do aleitamento materno da Organização Mundial de Saúde, o achado é considerado razoável para o aleitamento materno exclusivo, uma vez que o valor encontrado de 42,9% está abaixo do percentual considerado bom, que é acima de 50%^(3,10).

Mesmo que o estímulo ao aleitamento materno esteja presente na prática dos enfermeiros, ainda é preciso avançar muito na promoção do aleitamento. É importante considerar que além do conhecimento técnico relacionado a lactação as puérperas necessitam ser ouvidas quanto as dificuldades e facilidades e receberem apoio de maneira ativa.

Todas as puérperas do grupo de intervenção foram informadas sobre aleitamento materno. Dentre as ações mais realizadas pela equipe de enfermagem durante o puerpério, destaca-se o estímulo à amamentação⁽⁷⁾. No grupo controle, ao contrário, foi constatado que 20 (15,9%) do grupo controle não receberam nenhuma informação. Resultado semelhante ao do grupo controle foi encontrado em estudo transversal realizado em municípios gaúchos, que constatou que 18% das mães não receberam nenhuma informação sobre aleitamento materno⁽¹¹⁾.

Apesar de os fatores culturais, opinião de familiares e desejo pessoal interferirem no ato de amamentar, este também é influenciado pelas orientações e apoio adequados recebidos pelas mulheres em todas as fases da vida, passando pela infância, adolescência e idade adulta, com especial atenção durante a gestação e puerpério.

Quanto ao uso de método contraceptivo no puerpério não foi identificada diferença estatística significativa entre as puérperas do grupo de intervenção e controle. Encontramos 16,8% das puérperas sem a utilização de métodos contraceptivos e 39% com utilização inadequada. A utilização adequada de algum método anticonceptivo neste momento é fundamental para evitar uma gravidez inesperada e com curto intervalo interpartal⁽¹²⁾.

Além da preocupação com a garantia da saúde da mulher e o bem-estar de sua família, o planejamento familiar é um direito de homens e mulheres que deve ser contemplado nas diversas fases da vida, inclusive no puerpério e no pós-abortamento, visando ao direito de escolha para planejamento da prole⁽¹³⁾.

Além de a utilização de métodos anticoncepcionais sofrer influência do acesso aos serviços de saúde,

da disponibilidade dos métodos, de fatores gerenciais e socioculturais, os profissionais também desempenham importante papel no planejamento familiar. Porém, evidencia-se a falta de informação das puérperas sobre os métodos anticoncepcionais adequados e lacuna no papel do enfermeiro como orientador quanto a esses métodos⁽¹²⁾.

É preciso desburocratizar algumas ações antes, durante e após a escolha dos métodos anticoncepcionais, normatizar os grupos de direitos reprodutivos nas unidades de saúde, facilitar o acesso das mulheres a estes grupos, capacitar os profissionais para as ações de planejamento familiar, aumentar a resolutividade dos profissionais da atenção primária. Este conjunto de medidas pode evitar a espera prolongada pelos métodos, prevenir a gravidez não desejada e, principalmente, evitar o aumento da morbimortalidade no período gravídico puerperal.

Constatamos que a assistência puerperal adequada melhorou o acesso das mulheres ao Papanicolaou e aumentou a cobertura do exame no grupo de intervenção, pois foi verificado que, enquanto no grupo de intervenção 20 puérperas (52,6%) realizaram o exame no puerpério, apenas 19 puérperas (17%) do grupo controle foram submetidas ao exame neste período.

Um terço dos casos de câncer cervicouterino acomete as mulheres durante o período reprodutivo e a chance de ser diagnosticadas durante o período gravídico puerperal aumenta, pois este pode ser o único contato da mulher com o serviço de saúde para consultas de controle, em especial no pré-natal⁽¹⁴⁾.

O estímulo à realização da consulta puerperal com a oferta do exame de Papanicolaou para as mulheres que nunca realizaram ou que estão com o exame desatualizado é uma estratégia importante que pode ser adotada rotineiramente pelos profissionais a fim de diminuir o número de mulheres, inclusive no período reprodutivo, que adoecem e morrem por esta neoplasia.

A suplementação de sulfato ferroso por 90 dias, como preconiza a Organização Mundial da Saúde

foi mais significativa no grupo de intervenção em comparação ao controle.

O principal motivo para a não utilização do sulfato ferroso durante o puerpério no grupo controle foi ausência de prescrição por profissional de saúde, declarada por 53% (23) das puérperas. Apesar de não ter sido a principal causa apontada no grupo de intervenção, a não prescrição ainda foi referida por duas (33,3%) mulheres que não fizeram uso da medicação. Algumas maternidades têm como rotina prescrever a medicação na alta hospitalar. Porém os profissionais da atenção primária precisam conferir, no primeiro contato com as puérperas, se a medicação foi prescrita, se está sendo utilizada e, principalmente, ressaltar a importância desta para a saúde da puérpera. Caso não tenha sido recomendada na alta hospitalar, a prescrição do sulfato ferroso e a orientação para o uso devem ser feitas o quanto antes.

A não utilização devido a outros motivos como “mal-estar após o uso” ou “não achar necessário” esteve presente nos dois grupos. O surgimento de efeitos colaterais indesejáveis como náusea, vômito, diarreia, constipação intestinal e dores abdominais e a longa duração do tratamento são alguns fatores que dificultam a adesão ao tratamento. Muitas mulheres consideram os efeitos adversos da medicação mais indesejáveis que as alterações causadas pela própria anemia⁽¹⁵⁾.

A utilização do sulfato ferroso no puerpério é menos frequente que na gravidez. Foi comprovado no estudo que algumas mulheres não fizeram uso da medicação por considerarem que, após o parto, não é importante ou necessário manter o uso. Existe a crença de que, na gestação, a saúde do feto depende exclusivamente da saúde da mãe, ou seja, fazer uso da medicação enquanto grávida seria uma obrigação materna, e, no puerpério, não haveria este compromisso, pois creem que a saúde da criança após o parto depende de outros fatores⁽¹⁵⁾.

O estudo revelou maior cobertura das vacinas antitetânica, contra rubéola e hepatite B no grupo que recebeu assistência através da diretriz proposta.

Houve diferença estatística significativa para a cobertura das três vacinas, porém a diferença mais expressiva foi para a vacina contra hepatite B, seguida da antitetânica e, por fim, para a antirrubéola. A chance de as puérperas do grupo de intervenção estarem imunizadas em comparação as do controle foi respectivamente maior para as vacinas antitetânica, antihepatite B e antirrubéola.

Apesar de inferior à meta nacional, a cobertura da vacina antitetânica no grupo de intervenção (97,6%) foi maior que a encontrada em estudo nacional realizado que constatou 69% de mulheres imunizadas contra o tétano⁽³⁾. Valer-se do período puerperal para imunizar a mulher contra o tétano é uma conduta adequada e oportuna, pois continua sendo comum em nosso país a perda de oportunidade de vacinação durante os encontros da população com o serviço de saúde, com consequente prejuízo da cobertura vacinal e, principalmente, risco de adoecimento e morte por doenças imunopreveníveis.

A escassez de pesquisas que enfatizam a assistência no puerpério na atenção primária à saúde justifica a realização desta pesquisa. Observa-se a abordagem na assistência puerperal hospitalar em detrimento da assistência na atenção primária à saúde⁽¹⁾.

No cenário internacional identificamos dois estudos de acompanhamento de puérperas através de programas de visitas ou atendimentos por enfermeira e parteiras. Um na Austrália⁽¹⁶⁾ que enfatiza a relação da assistência no puerpério com a saúde mental das mulheres e outro nos Estados Unidos⁽¹⁷⁾ que abordou o atendimento no puerpério também com outras variáveis como aleitamento materno e uso de métodos anticoncepcionais.

Conclusão

O estudo evidenciou resultados estatisticamente significativos em seis das sete variáveis testadas, comprovando a viabilidade desta diretriz de assistência de enfermagem no puerpério. A diretriz mostrou-

-se eficaz ao aumentar a chance de as puérperas expostas a ela serem contempladas com ações de promoção e prevenção da saúde da mulher, como o uso do sulfato ferroso por 90 dias, realização do exame de Papanicolau, imunização pelas vacinas antitetânica, contra a hepatite B e rubéola. Além da promoção da saúde da puérpera, evidenciamos benefícios para a saúde da criança, como o aleitamento materno exclusivo.

Apesar da impossibilidade de utilização de um desenho randomizado que garantisse a seleção da amostra e a alocação aleatória das puérperas nos grupos de intervenção e controle, evitando assim o viés de seleção, foram encontrados resultados significativos na maioria das variáveis testadas.

Outra possível restrição do estudo pode estar relacionada com o tempo de avaliação da intervenção por apenas três meses, visto que o puerpério é um período complexo que requer um tempo maior de acompanhamento e sua última fase, o puerpério remoto, inicia-se aos 42 dias e se prolonga até 12 meses após o parto. Destacamos, porém, alguns aspectos positivos do estudo, como a aceitação das puérperas, uma vez que a maioria compareceu às consultas agendadas, e a adesão das enfermeiras.

Mesmo diante dos pontos positivos do estudo e dos resultados favoráveis para a maioria das variáveis testadas, identificamos as falhas na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos através da reorganização dos serviços, disponibilização dos métodos anticoncepcionais nas unidades de saúde, capacitação dos profissionais e sensibilização das puérperas sobre a utilização adequada dos métodos.

É imprescindível um maior avanço em práticas como prescrição e incentivo do uso de sulfato ferroso e em ações da enfermagem como o apoio ao aleitamento materno e imunização. Outro achado preocupante foi à abordagem dos profissionais com valorização da saúde da criança em detrimento da saúde da puérpera. Ficou nítida a dificuldade de acesso e a necessidade de normatizar a assistência no período puerperal na

atenção primária à saúde.

O acesso à assistência adequada no puerpério pode minimizar as taxas de morbimortalidade no ciclo gravídico puerperal e a não oferta desse atendimento deveria ser considerada uma perda de oportunidade de intervenção. Sugerimos, como forma de otimização do serviço e de evitar a perda de oportunidade, a estratégia de aproveitar o comparecimento da puérpera ao serviço, com a finalidade de levar a criança para a consulta de puericultura, e oferecer conjuntamente a assistência à puérpera até o final do puerpério remoto. Esta estratégia poderá resolver o problema de acesso, propiciar a otimização do tempo da equipe e da puérpera e, principalmente, possibilitar um olhar para a díade mulher e criança.

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

Identificamos, por meio deste estudo, o número reduzido de pesquisas sobre a assistência ao puerpério no cenário nacional e internacional, e a necessidade da realização de pesquisas quantitativas que preencham esta lacuna neste campo com foco na atenção primária; que comprovem a eficácia do cuidado de enfermagem neste período e estimulem a criação de estratégias e ferramentas que contribuam com a assistência de enfermagem.

Consideramos a diretriz aplicada neste estudo uma tecnologia apropriada e de baixo custo e entendemos que sua implantação poderá futuramente impactar na redução da morbidade e mortalidade das mulheres no puerpério, contribuir com a atuação dos enfermeiros na saúde da mulher na APS e consolidação da assistência puerperal na atenção primária à saúde no Brasil.

Agradecimentos

As 21 enfermeiras das unidades de atenção primária à saúde de Juiz de Fora que contribuíram com empenho na aplicação da diretriz proposta. As 168 puérperas que aceitaram participar do estudo. As auxiliares de pesquisa Izabella Figueiredo, Luiza Pereira Abranches e Tamires Lourenço de Assis que contribuíram na coleta dos dados. Terezinha Costa e em especial aos professores Luiz Claudio Ribeiro e Cristina Arreguy-Sena pelas contribuições.

Colaborações

Souza ABQ contribuiu para a concepção do trabalho, coleta de dados, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Fernandes BM contribuiu para a concepção do trabalho, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munari DB. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(1):83-9.
2. Minasi JM, Barros AM, Souza CS, Pinheiro TM, Francioni FF, Kerber NPC. Obstetric profile and complications of puerper as assisted in home visits. *Rev Rene*. 2013; 14(4):757-64.
3. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Barbastefano OS, Vargens OM. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(2):278-82.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Amaral RFC, Souza T, Melo TAP, Ramos FRS. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. *Rev Rene*. 2012; 13(1):85-93.
7. Oliveira JFB, Quirino GS, Rodrigues DP. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. *Rev Rene*. 2012; 13(1):74-84.
8. Guedes AM. Tipos de desenhos de investigação: experimentais, quase-experimentais e não experimentais. [Internet] 2012 [citado 2012 jun 25]. Disponível em: <http://www.investigalog.com/investigacion/tipos-de-desenhos-de-investigacao-experimentais-quase-experimentais-e-nao-experimentais/>
9. Ministério da Saúde (BR). Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde- IDUS. [Internet] 2012. [citado 2012 mar 15]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDUS-06/03/12.pdf>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
11. Cruz SH, Germano JA, Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(2):259-67.
12. Parreira BDM, Silva SR, Miranzi MAS. Intenção de uso de métodos anticoncepcionais entre puérperas de um hospital universitário. *Rev Rene*. 2011; 12(1):150-7.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
14. Gonçalves CV, Duarte G, Costa JSD, Quintana SM, Marcolin AC. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011; 16(5):2501-10.
15. Carmo LSMP. A concentração de hemoglobina e o uso de suplementos de ferro durante a gravidez e o parto. *Rev Enferm Herediana*. 2012; 5(1):19-25.

16. Fisher JRW, Wynter K, Rowe HJ. Innovative psycho-educational program to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a before and after controlled study. *BMC Public Health*. 2010; 10:432.
17. Tsai PJS, Nakashima L, Yamamoto J, Ngo L, Kaneshiro B. Postpartum follow-up rates before and after the postpartum follow-up initiative at Queen Emma Clinic. *Hawaii Med J*. 2011; 70(3):56-9.