

JULIANA FERREIRA LUIZ SILVA

A MULHER-PUÉRPERA: A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

FORMIGA- MINAS GERAIS

2011

JULIANA FERREIRA LUIZ SILVA

A MULHER-PUÉRPERA: A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Alisson Araújo

FORMIGA- MINAS GERAIS

2011

JULIANA FERREIRA LUIZ SILVA

A MULHER-PUÉRPERA: A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Alisson Araújo

Banca Examinadora

Prof. Alisson Araújo – UFSJ

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte/MG _____/_____/2012

Agradeço à Deus e Nossa Senhora, pelo dom da vida e resignação para chegar ao fim de mais uma jornada.

Ao meu marido, pelo amor, compreensão e companheirismo e, sobretudo força e dedicação para que eu pudesse chegar ao fim. Amo-te!!!

Aos meus amados pais por acreditarem em mim e estarem ao meu lado em todos os momentos de alegrias e tristezas, vocês são muito especiais na minha vida.

A você Tia Conceição, pela sua total dedicação com as orações e incentivos para a conclusão do curso. Te amo demais!!!!

A minha cunhada Camila que foi subsidio para a conclusão do curso, onde não mediu esforços para estar ao meu lado, dispensando parte do seu tempo tão precioso. Meu muito Obrigada!!!

Ao Eduardo e a Júlia minha afilhadinha do coração, pela compreensão e atenção.

Ao meu orientador Alisson Araújo, que fez parte do início ao fim desta pós-graduação, agradeço pela formação e contribuição ao meu crescimento profissional. Especialmente nesta etapa de conclusão do curso pela amizade, atenção e por acreditar em mim.

Aos meus colegas de trabalho que souberam lidar comigo neste momento de tamanha ansiedade.

Aos meus amigos, cunhada, cunhado, comadres, compadres, afilhados que me apoiaram nesta jornada.

Ao Lacerda e a Marta pelo carinho, compreensão e orações para a superação de mais uma etapa da minha vida.

Enfim a todas as pessoas que construíram parte desta história. Muito Obrigada!

RESUMO

O interesse em trabalhar sobre os problemas ligados às puérperas ocorreu diante do trabalho cotidiano da autora como enfermeira da Equipe de Saúde da Família do município de Santo Antônio do Monte, onde era percebido que a falta de atendimento às puérperas em tempo hábil trazia problemas à mulher e principalmente ao recém-nascido. Teve como objetivos conhecer os principais aspectos que rodeiam a vida da puérpera, levando em consideração o âmbito emocional e cultural, além de levantar as principais dificuldades encontradas pelo enfermeiro da Família na assistência à puérpera. Foi realizada uma revisão bibliográfica, com a finalidade de enumerar os principais problemas encontrados no momento da assistência à puérpera no segmento da Equipe da Saúde da Família, visando apontar meios para abordá-los e solucioná-los na conduta profissional. Por meio de consultas eletrônicas em bases de dados, foram selecionados manuais e cadernos de saúde do Ministério da Saúde, artigos científicos, teses, dentre outros. Os aspectos mais relevantes encontrados na assistência a puérpera foram as alterações emocionais, a alimentação, o planejamento familiar e a consulta de enfermagem. Diante desses aspectos foi possível concluir a complexidade e a necessidade de conhecimentos e habilidades para a abordagem compreensiva e resolutiva da mulher-puérpera. Foi também possível evidenciar que o enfermeiro da Equipe de Saúde da Família possui um papel primordial para o atendimento às puérperas, pois, além de assumir para si a responsabilidade de dar ouvidos, de acolher e de cuidar, localiza-se num ponto ótimo de atenção da rede de serviços de saúde para acompanhamento dessas mulheres e suas famílias. Assim, o enfermeiro da Equipe de Saúde da Família torna-se um profissional acessível, competente e apto nesse campo da assistência.

Palavras chave: Saúde da Mulher. Puerpério. Cuidados de Enfermagem. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The interest to work on the postpartum related problems, occurred because of the author's daily work as a nurse in the Family Health Work Team of Santo Antonio do Monte city, where it was perceived that the lack of postpartum care at the right time brought many problems especially to the mother and the newborn. It was possible to know the main aspects that surround the life of the postpartum, taking into consideration emotional and cultural factors, and also raise the major problems found by the nurse while taking care of the postpartum. A bibliographic review took place with the aim to number the main problems found by the Family Health Work Team during the assistance to the postpartum, looking for ways to expose and solving them professionally. Through electronic research databases, manuals and official health books used by the Ministry of Health, scientific articles, theses and others were selected. The most relevant aspects found were in the care of postpartum emotional changes, nutrition, family planning and nursing consultation. Considering these aspects, it was possible to conclude the complexity and necessity for knowledge and skills which will lead to a comprehensive and conclusive approach of the postpartum woman. It was also possible to notice that the nurse at the Family Health Work Team has a main role in providing care to mothers. This professional even takes on the responsibility to listen, host, help and is in a very good position to follow up these women and their families. Thus, this worker becomes accessible, skillful and capable for the job.

Keywords: Woman's health. Puerperium. Nursing care. Family health. Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS – Atenção Primária à Saúde

BCG – Bacilo de Calmette-Guérin

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DIU – Dispositivo Intrauterino

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia Saúde da Família

LAM – Amenorreia de Lactação

LH – Hormônio Luteinizante

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PSF – Programa Saúde da Família

RN – Recém-nascido

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 OBJETIVOS	12
3 METODOLOGIA DO ESTUDO	13
4 DESENVOLVIMENTO	14
4.1 Estratégia Saúde da Família	14
4.2 Acolhimento	15
4.3 Cuidados da Saúde da Mulher: o período puerperal	17
4.4 Problemas ligados a atenção à Saúde da Mulher no período puerperal durante a visita domiciliar	19
4.5 Aspectos emocionais do puerpério	20
4.6 Alimentação	23
4.7 Aleitamento Materno	25
4.8 Planejamento Familiar	27
4.9 Consulta puerperal de enfermagem	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

A história mostra que, por muito tempo, a vivência da gestação e do parto foi de domínio exclusivo das mulheres. A parturição como um fenômeno feminino tinha como auxiliares as parteiras, comadres, religiosas ou mulheres experientes da família. A tecnologia com os seus avanços e conhecimentos possibilitou que as mulheres saíssem do domínio familiar durante o período gestacional e passassem a utilizar os procedimentos oferecidos pelos hospitais e em clínicas especializadas. Tais costumes se disseminaram, aumentando a demanda da busca pelo acesso ao sistema público de saúde (CARDOSO, 2007).

Durante muitos anos, o governo brasileiro não apresentava posição explícita frente à questão da saúde da mulher. No entanto, na década de 80, pressionado pelos profissionais de saúde, movimentos de mulheres e outras instituições da sociedade civil organizada, foram instituídas algumas mudanças relacionadas à forma de atendimento à mulher. Essas mudanças valorizavam a maior participação, informação e consciência dos seus direitos, favorecendo o empoderamento feminino e a cidadania. (CARDOSO, 2007).

Com a Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como objetivo trazer para a população a prevenção, promoção e a recuperação da saúde de forma geral e contínua. Dentre as pactuações dessa época, a diminuição da taxa de mortalidade materna e infantil já era foco da atenção governamental (FIGUEREDO; TONINI, 2009).

Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), em que cada equipe é constituída por médico, enfermeiro, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Essa equipe trabalha em Unidade Básica de Saúde (UBS) situada em território de aproximadamente 4.000 pessoas com a finalidade de acompanhar a saúde dessas pessoas e de monitorar o ambiente onde elas vivem. Essa UBS é considerada como porta de entrada para o acesso a atenção primária à saúde (APS). É o primeiro nível de contato do indivíduo (assistência primária), da família e da comunidade com o sistema de saúde, que oportuniza a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o

primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (STARFIELD, 2005).

O PSF cresceu rapidamente tanto em números de equipes implantadas, quanto na contribuição de redução de alguns indicadores de morbidade e mortalidade de saúde. Diante desse avanço, segundo Costa (2011), o PSF deixa de ser um programa e passa a ser uma política nacional de atenção básica, denominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF busca romper com o modelo biomédico de assistência, na perspectiva de transformar as práticas de saúde, bem como para sua relação com a comunidade e entre os diversos pontos de atenção das redes de atenção à saúde. Atuação das equipes de saúde da família tem como finalidade de ir ao encontro de um novo olhar, um novo pensar no qual o foco passa a ser a saúde e não a doença. Valoriza os problemas de saúde das famílias dentro do contexto social em que elas vivem e presta também assistência individual integral, contínua e equânime (COSTA, 2001).

Para um bom funcionamento das equipes de saúde da família é importante que exista o acolhimento, que pode significar, também, dar agasalho, dar credibilidade as queixas do indivíduo, ouvir e tomar decisão (FERREIRA, 2004). Para tal, é necessária a compreensão dos múltiplos fatores que existem na situação a qual o usuário enfrenta. Portanto, o acolhimento não é um espaço local, mas sim uma postura ética do profissional (BRASIL, 2005).

Em se tratando da puérpera, bebê e família, a equipe de saúde da família deve acolher e buscar solucionar as dificuldades existentes. Aí residem as razões para essa proposta de estudo, que alça retratar algumas dificuldades encontradas em dar assistência à mulher no período após o parto ou período puerperal. Esse período perdura até 42 dias após o nascimento do bebê onde devem ocorrer as orientações em tempo hábil, as mudanças de vida decorrentes do nascimento da criança (CENTA; OBERHOFER; CHAMMAS, 2006).

Ziegel (1985, p.428), discorrendo sobre a situação das mulheres no período puerperal menciona que

Essa é uma fase dinâmica de desafio para a mãe e para a família. Mudanças fisiológicas marcantes ocorrem muito rapidamente no corpo da mulher. Os pais familiarizam-se com o novo bebê e aprendem novas táticas e atitudes necessárias ao cuidado da criança.

Os desejos e fantasias afloram nesse período. A fragilidade de humor permite a liberação ou retração de sentimentos que marcarão os cuidados com o bebê. A participação do pai pode transmitir maior segurança na tarefa da mulher de ser mãe. As interferências de familiares ou pessoas próximas podem contribuir para falhas ou erros em um momento tão importante da vida da criança e da mulher.

Durante toda a trajetória do curso de pós-graduação em saúde da família, me ocorreu o desejo de estudar sobre a saúde da mulher. Diante da minha atuação como enfermeira de uma Unidade de Saúde da Família (USF), em um bairro de periferia no município de Santo Antônio do Monte foi possível priorizar o tema deste estudo pela vivência no dia a dia de trabalho.

Pelo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2011), a USF que atuo atende, em média, seis puérperas por mês.

A equipe de saúde da família tem como pontos facilitadores o fato da convivência e o relacionamento entre os profissionais de saúde e usuários ser dada de forma mais estreita e harmoniosa. Em contrapartida existem as dificuldades em se trabalhar com conhecimentos pré-existentes, cultura, nível socioeconômico, relacionamentos familiares, cuidados com a alimentação, sendo esses alguns dos entraves gerados nos momentos das visitas domiciliares.

Reconhece-se que existem desafios e problemas identificados durante a visita puerperal ou atendimentos na USF por meio de consultas, orientações e cuidados, que, muitas vezes, o enfermeiro deixa de prestar atendimento de qualidade e em tempo hábil devido a sua sobrecarga de atividades.

As razões para este estudo se justificam a partir da necessidade de prestar uma atenção qualificada à puérpera e ao recém-nascido (RN), evitando-se complicações para a mãe e o bebê que podem perdurar por toda a vida. Sendo assim, estudar os problemas inerentes a esta situação pode fazer com que nova conduta profissional

ocorra de modo que interfira na eficácia desse momento de promoção a saúde, favorecendo as mulheres melhores condições de vida e qualidade na assistência recebida.

2 OBJETIVOS

- Identificar as principais alterações relacionadas a saúde da mulher durante o puerpério.
- Levantar as principais dificuldades encontradas pelo enfermeiro na assistência à puérpera.

3 METODOLOGIA

Em muitos casos, a metodologia tem a função de mostrar o “caminho das pedras”, ajudando assim a refletir e estimular um novo olhar para o mundo. É importante salientar que por método entende-se o caminho que se trilha para alcançar um determinado fim, ou seja, atingir um objetivo. Portanto, o método seria o meio ou o modo de proceder a caminhada para alcançar o objetivo proposto (GOLDENBER, 2001).

Dentre os pontos que norteiam a “metodologia” aponta-se a capacidade de aprender a fazer, que significa colocar-se em um movimento histórico em que o presente assume continuamente uma instância crítica em relação ao passado. Nesse sentido, seria estimular as pessoas a aprender a arte da leitura, da análise e interpretação de textos. Pois um dos principais objetivos da metodologia científica é resgatar nas pessoas a capacidade de pensar (FERNANDES, 2011).

Dessa maneira, a metodologia do presente estudo foi uma revisão bibliográfica do tipo narrativa, envolvendo produções científicas sobre os problemas encontrados durante o período puerperal.

O levantamento bibliográfico foi realizado a partir de bases de dados em sites eletrônicos de origem acadêmica, em livros de enfermagem e de áreas afins, como também foram realizadas consultas aos programas, protocolos e linhas guias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e governo do estado de Minas Gerais.

Após a leitura e análise desse material, as produções científicas condizentes com o estudo foram incorporadas e ocorreu a estruturação da revisão de acordo com a sequência proposta pelo trabalho, dando enfoque aos problemas encontrados na prática profissional na assistência as mulheres-puérperas. Para facilitar o entendimento do contexto da assistência a puérpera na atenção primária a saúde.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 Estratégia Saúde da Família

A criação do SUS se deu na Constituição Brasileira, promulgada em 05 de outubro de 1988, que consagrou a saúde como produto social e estabeleceu as bases legais dos municípios na elaboração da política de saúde, deixando para trás o modelo médico assistencial privatista. Buscando regulamentar a Constituição, foi aprovado em 1990 a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da Saúde, em conformidade com as representações dos secretários municipais de saúde que em detrimento a lei tem o direito de gerenciar as ações da atenção primária do município (FIGUEREDO; TOMINI, 2009).

Com o decorrer da história da saúde pública no Brasil, políticas públicas foram se reestruturando e o governo federal criou em 1994, o PSF, com o objetivo de organizar a atenção básica no Brasil e garantir os princípios de territorialização, longitudinalidade, descentralização, corresponsabilização e equidade, valorizando grupos populacionais do SUS. No primeiro momento, recebeu o nome de PSF e logo em seguida, em sua fase de consolidação passou a ser denominada uma estratégia (BRASIL, 2006).

Conforme Oliveira (2009), a ESF constitui o primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde. Fato que pode significar que nenhuma pessoa poderá ser atendida nos níveis secundário e terciários do sistema, sem encaminhamentos das equipes de Saúde da Família, exceto, obviamente, os casos que necessitam de cuidados emergenciais.

O PSF foi criado na década de 90, sob a luz de experiências advindas de outros países onde saúde pública alcança níveis de qualidade com investimento na promoção da saúde e prevenção de doenças tais como Cuba, Inglaterra e Canadá. No Brasil, precede o PSF, o Programa de Agentes Comunitários de saúde, realizado prioritariamente no nordeste do país e as experiências foram exitosas,

principalmente na redução da morbimortalidade materna e infantil (SCHEER; MARIANO; RAMOS, 2004).

Inicialmente, o PSF teve sua origem, nos estados do Rio de Janeiro e Ceará, estendendo posteriormente para todo o território nacional, com o objetivo de organizar o modelo assistencial (OLIVEIRA, 2009).

Oliveira (2008), ressalta ainda que a ESF constitui o primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde. O que significa que nenhuma pessoa poderá ser atendida nos níveis secundário e terciários do sistema, sem encaminhamentos das equipes de Saúde da Família, exceto, obviamente os casos que necessitam de cuidados emergenciais.

Desta forma, a área de abrangência da ESF é um espaço de respeito e de solidariedade entre os sujeitos que ali residem e trabalham. É também um espaço propício para criar estímulos, corresponsabilidades pela saúde e troca de saberes. Percebe-se assim que a ESF é o local ideal para acolher as população adscrita e desenvolver a promoção de saúde (OLIVEIRA, 2009).

4.2 Acolhimento

O acolhimento adquiriu uma expressão significativa nas equipes de saúde da família, pois ele pode ser realizado do porteiro do serviço ao médico, com a finalidade de produzir relação de escuta e responsabilizações pelas queixas e desejos e a tentativa de resoluções dos problemas de doença-saúde instalados no momento do atendimento (FRANCO; BUENO; MERHY, 2009).

O tema acolhimento revela também a possibilidade que o usuário terá de acesso ao serviço e a outros que também necessitem, por meio da definição de prioridades e referências (FRANCO; BUENO; MERHY, 2009).

Ao escutar o usuário o serviço se torna corresponsável pelo problema e prevê a capacidade de solucionar diante de desafios de técnicas, cultura, raça, social e financeira (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Segundo Schimith e Lima (2004, p. 1488) “o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço”.

O SUS tem entre os seus princípios: universalidade, equidade, integralidade e acesso, por isso, acolher os usuários no serviço de saúde é parte integrante e funcional de uma assistência qualificada (SCHIMITH; LIMA, 2004).

O acolhimento necessita ser visualizado diante de todas as questões éticas, proporcionando uma escuta clínica e humanizada, buscando soluções que respeitem o momento existencial de cada um, sem esquecer os seus limites (AYRES *et al.*, 2006).

Ouvir o usuário pode ser realizado por todos os membros da equipe de forma que defina as ações de cada profissional, com o objetivo real que é a humanização (AYRES *et al.*, 2006).

Durante o período puerperal o acolhimento se faz necessário para auxiliar nas dificuldades encontradas entre mãe e filho e possibilitar o encorajamento para expressar dúvidas e anseios (RODRIGUES *et al.*, 2006).

O momento pós-parto pode se caracterizar num instante de fragilidade dotados de sonhos, desejos, anseios, fantasias e decepções e tantas outras dificuldade de cuidados mãe/filho. A equipe de saúde da família, com suporte de outros profissionais, tem a possibilidade de ajudar a solucionar vários problemas instalados.

O acesso e a necessidade da puérpera ser referenciada a outros serviços de saúde estão intimamente ligados com a forma como foi realizada a escuta. Entretanto, trabalhar com o acolhimento durante todo o período puerperal pode ser a chave para evitar possíveis problemas que podem ser desencadeados por toda a vida da mulher e seus familiares.

É notório que o acolhimento não se trata de um lugar ou pessoa, mas sim da forma de escutar, dar valor a fala do usuário e se tornar corresponsável para ajudar ou solucionar os problemas inerentes a aquele momento.

4.3 Cuidados em Saúde da Mulher: O período puerperal

O termo puerpério vem do latim *puer* = criança, e *parece* = parir e corresponde ao período em que as modificações locais e sistêmicas, provocada pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico (BRASIL, 2001).

Após a expulsão do feto e da placenta, que é chamada dequitação, tem início o puerpério que se estende até a volta do organismo materno às condições pré-gravídicas. Nessa fase a gestante cumpriu sua função e agora se transformará em nutriz. Várias funções deixam de ser exercidas e necessitam ser desativadas, e outras tantas devem ser ativadas (CORRÊA *et al.*, 2004).

O puerpério é classificado em três fases:

- Puerpério imediato: do período de observação até o décimo dia após o parto;
- Puerpério tardio: entre 11º dia e 40º após o parto;
- Puerpério remoto: do 41º dia até o 60º dia após o parto.

Ao final desse período, as puérperas que não estão amamentando, o organismo reassume todas as suas funções, incluindo a ovulação e a menstruação (CORRÊA *et al.*, 2004).

Além das mudanças fisiológicas no corpo da mulher e psicossociais, há também as mudanças do neonatal a vida extrauterina. Durante esse período a puérpera implementará toda a bagagem cultural e de conhecimento adquirido durante o pré-natal, por isso observa-se a importância da atuação do profissional enfermeiro durante e após o pré-natal. Contudo, a equipe de saúde da família se torna um elemento chave para minimizar as expectativas e dúvidas das puérperas aos cuidados com o recém-nascido, seus anseios e suas dificuldades (COELHO, 2011).

Em 1983, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que representou, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores das políticas de saúde da mulher que centralizavam o atendimento à

essas nas questões relativas à reprodução. Na proposta do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas como reprodutoras e passaram a ser incluídas nas ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação de saúde. Esse programa passou a englobar assim, a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, no parto, no puerpério, no climatério, em planejamento familiar, na abordagem das doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo do útero e de mama, além de outras necessidades por elas apresentadas (OSIS, 1998).

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a saúde reprodutiva foi definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade (OSIS, 1998).

De acordo com a lei do exercício da enfermagem nº. 7.498/86, regulamentada pelo decreto 94.406/87, Art. 8º, Inc. II, letra “h”, incumbe ao enfermeiro à prestação de assistência de enfermagem a gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido (BRASIL, 1986).

A atenção puerperal deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam ocorrer nesse período. Diante dessas ações o principal objetivo da atenção puerperal é acolher a mulher garantindo bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006).

De acordo com Santos (2010), pressupõe-se que a baixa adesão e frequência das mulheres nas consultas puerperais se dão pelo fato de que tanto a mulher, quanto o profissional discutem pouco sobre a importância do acompanhamento puerperal e seu significado.

O Ministério da Saúde cria Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para evitar que a mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal, incluindo o aborto, mesmo não aparecendo entre as dez primeiras causas de óbito feminino, representa um grave problema, que pode ser evidenciado quando chamada a atenção para o fato de que a gravidez incluindo todos os períodos perinatais, *“é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92 % dos casos as mortes maternas são evitáveis”* (BRASIL, 2004, p. 26).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2006), a principal preocupação da mulher e, muitas das vezes, dos profissionais de saúde, não está ligada a mulher e sim com a vacinação e avaliação do recém-nascido. Esse fator é uma alerta, pois isso indica que a mulher pode não estar suficientemente informada sobre a importância da consulta puerperal.

4.4 Problemas ligados à Atenção à Saúde da Mulher no período puerperal durante a visita domiciliar

A consulta de enfermagem está regulamentada pela lei nº 7.498 de 25 de julho de 1986, onde confere ao enfermeiro a competência de atuar em situações de saúde e doenças, prescrevendo medicamentos mediante os protocolos locais já implantados e a realização de ações de prevenção e promoção para melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 1986).

O atendimento de enfermagem baseia-se em orientações e articulações de saberes onde juntos ocorrem às ações e mudanças de hábitos de vida, para solucionar os problemas existentes.

O nascimento do bebê é caracterizado como um momento único para a mulher. É uma experiência do universo feminino onde os profissionais de enfermagem devem assumir papel de educador e serem participativos. Porém, no período puerperal podem ocorrer algumas transformações e intercorrências que devem ser percebidas e acompanhadas pela equipe de saúde da família, tais como: hemorragia, infecções, alterações mamárias da lactação e a depressão puerperal. Destaca-se que a maior parte da assistência prestada a mulher nessa fase é realizada pela equipe de saúde da família (STEFANELLO *et al.*, 2008).

A visita domiciliar (VD) no pós-parto é recomendado até o terceiro dia após o nascimento do bebê e no máximo 42 dias após dar a luz, porém quanto antes for realizada os procedimentos a serem realizados pela mulher e pela equipe de saúde mais benefícios serão alcançados, como o estímulo ao autocuidado, certamente,

menores serão as consequências que podem resultar da ausência de atendimento (TEIXEIRA *et al.*, 2009).

Este autor, desta que

Visita domiciliar constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo de saúde/doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando à promoção da saúde da coletividade (TEIXEIRA *et al.*, 2009, p. 48).

A VD possibilita às equipes de saúde conhecer as relações familiares, condições de moradia, assim como planejar a assistência a ser prestada a puérpera. É observado durante a VD e a chegada do mais novo membro da família que ocorre uma interrupção da rotina familiar, o que pode causar conflitos familiares. Este é um momento dedicado para a realização de educação com aqueles familiares, fornecendo orientações à mãe com os cuidados de amamentação e controle familiar (TEIXEIRA *et al.*, 2009).

O puerpério se reestrutura sobre o momento da perda-gravidez para o adquirido-filho, e é diante disto que se apresentam os problemas mais frequentes nas mulheres (EDUARDO *et al.*, 2009).

Observa-se que durante o pós-parto acontecem algumas mudanças físicas e emocionais que caracterizam marcos negativo para a mulher, tais como: ato de amamentar, cuidar do bebê, alterações emocionais, dificuldade com métodos contraceptivos, cuidar da casa e demais obrigações familiares de esposa, dentre outros (EDUARDO *et al.*, 2009).

4.5 Aspectos emocionais da puérpera.

Com a chegada de um bebê em uma família o que se imagina é que seja um momento de alegria e motivação, porém alterações emocionais podem aparecer neste instante tão frágil da vida da mulher. A mãe pode se ver com sentimentos de mutilação do seu corpo, pois o feto é considerado como uma parte integrante de si.

As consequências dessas situações estão associadas a transtornos mentais e também em proteção materna de forma desordenada (SILVA; BOTTI, 2005).

O desempenho das funções maternas está associado às relações culturais, sociais e familiares que apesar de estar no momento de fragilidade cabe a mãe o reconhecimento e a dedicação para atuar diante das necessidades do bebê (SILVA; BOTTI, 2005).

As síndromes psiquiátricas no período puerperal constituem uma área pouco conhecida, cuja razão esta ligada ao não reconhecimento dos transtornos, mediante as dificuldades de distinção dos sintomas, pois é um momento caracterizado por profundas mudanças no âmbito social, psicológico e físico da mulher (SILVA; BOTTI, 2005).

Com a chegada do bebê a mãe se vê na condição de responsável e cuidadora da criança, porém é importante ressaltar que essa mulher, muitas vezes, está inserida no mercado de trabalho, tendo atritos conjugais e na vida doméstica, o que pode trazer dificuldades de conciliação, com isso predispõe o aparecimento de alterações de humor (FRIZZO; PICCININI, 2005).

A mulher nessa fase tem a necessidade de adaptar o sono, a alimentação, o tempo, a renúncia dos seus próprios interesses, para se dedicar quase que exclusivamente ao RN. As somas das transformações físicas e psíquicas podem causar três tipos de transtornos: a melancolia da maternidade, a psicose puerperal e a depressão (FRIZZO; PICCININI; 2005).

De acordo com FERREIRA (2004, p.1305), menciona que a melancolia significa:

Desgosto, pesar, tristeza, distúrbio mental caracterizado por depressão em grau variável, sensação de incapacidade; perda de interesse pela vida, podendo evoluir para ansiedade, insônia, tendência ao suicídio e eventualmente delírio de autoacusação.

A melancolia ou *blues* pode acometer cerca de 70 a 90% das puérperas. Essas alterações estão relacionadas às mudanças neurofisiológicas comuns no puerpério (FRIZZO; PICCININI, 2005).

As causas do aparecimento desses sinais e sintomas estão interligadas ao retorno para casa e suas ansiedades, assim como a perda de hormônios da gestação, a produção e descida do leite que geralmente ocorre de três a quatro dias após o nascimento (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

A permanência da melancolia nos pós-parto é variável podendo ser de algumas horas até no máximo duas semanas. Neste período pode haver choro, emotividade exacerbada e hipersensibilidade, tristeza, fadiga, cefaleia, insônia, inquietação, hipocondria. Contudo o prognóstico do distúrbio é favorável definido por humor instável (SILVA; BOTTI, 2005). Esses autores consideram como normais e importantes para o desabafo das tensões e ansiedades durante o pós-parto (SILVA; BOTTI, 2005).

Ferreira (2004, p.1654), relata psicose como *“psicopatia que se manifesta por acessos, que se altera, de excitação psíquica e a depressão psíquica”*.

No período puerperal, a psicose é considerada como um distúrbio de menor incidência, cerca de 50% das mulheres acometidas possui história familiar de transtornos de humor, porém quando acomete é mais complicado, geralmente associa-se a internações hospitalares. Os sinais e sintomas geralmente têm início em 2 a 3 semanas após o parto, mas quase sempre por volta de 8 semanas. A mulher se manifesta cansada, com insônia, irritada, choro fácil e labilidade emocional e posteriormente idéias confusas, pensamentos obsessivos sobre o bebê, alucinações, vozes, desejo de matar a criança e a si própria. O prognóstico está associado geralmente ao uso de medicamentos, internações em situações especiais, psicoterapia e também suporte do parceiro e familiares para a superação das dificuldades (CANDIANI, 2007).

Depressão puerperal pode acometer cerca de 10% das mulheres e geralmente manifesta-se por volta de seis semanas a quatro meses após o nascimento podendo perdurar até dois anos (FRIZZO; PICCININI, 2005). Este distúrbio do humor é considerado como um dos mais severos, sendo necessário tratamento psiquiátrico e psicológico (IACONELLI, 2009).

As manifestações mais comuns são irritabilidade, mudanças bruscas de humor, indisposição, tristeza profunda, desinteresse pelas atividades do cotidiano e pela criança, idéias suicidas e homicidas (IACONELLI, 2009).

O diagnóstico da depressão pós-parto não é uma atividade de fácil classificação, pois, muitas vezes, ele pode ser negligenciado pela mulher e familiares e confundido como “cansaço e desgaste”, comuns de ocorrer neste período (CRUZ *et al.*, 2005).

A interação mãe e filho estão altamente ligados com a comunicação e ações que a mãe expressa para a criança. Com o aparecimento da depressão puerperal esta ligação se torna desalicerçada e será prejudicial para o desenvolvimento do bebê, o que pode induzir as dificuldades de interação social e afetos negativos, podendo levar ao desamparo e desconfiança (RAMOS; FURTADO, 2007).

Outro fator negativo apontado por estudiosos é que com a depressão, os bebês manifestam menor sensibilidade aos sinais maternos e posteriormente déficits de atenção, desenvolvimento cognitivo prejudicado e concentração diminuída com brinquedos (RAMOS; FURTADO, 2007).

Para a prevenção do aparecimento da depressão puerperal é de suma importância que exista apoio emocional e físico durante a gravidez, parto e puerpério (obstetra, enfermeiros e pediatra) apoio também de familiares, amigos e companheiro. Assim, cabem aos profissionais da equipe de Saúde da Família a detecção precoce da doença e a intervenção imediata e segura para minimizar as possíveis consequências (SILVA; BOTTI, 2005).

Diante desta visão os profissionais da saúde da família possuem um papel prioritário para diminuir essas alterações ocorridas durante a fase puerperal, por meio de visitas domiciliares, consultas individuais durante o puerpério, acolhimento, escuta e principalmente a valorização das queixas apresentadas pela mulher (CABRAL; OLIVEIRA, 2008).

4.6 Alimentação

Em se tratando de um período em que a puérpera está com a atenção voltada para o RN, a equipe de saúde da família deve realizar as consultas puerperais até 42º dia

de pós- parto. Logo, na primeira consulta que pode ser realizada pelo médico generalista ou pela enfermeira, a puérpera deve ser indagada e orientada em relação a uma alimentação saudável (BRASIL, 2006).

Durante o puerpério, como também na gestação e na lactação, a puérpera passa por um momento de modificações relacionadas ao corpo, sua fisiologia e metabolismo. Fases essas que requerem prioridade na assistência (SOARES; VARELA, 2007).

Soares e Varela (2007), afirmam ainda, que a alimentação da puérpera, levando em consideração a amamentação, não há segredos ou alterações. A puérpera deve ser orientada a continuar a comer alimentos da dieta habitual, atentando para uma dieta balanceada, deve ainda ser informada sobre a importância do aumento da ingestão hídrica para que possa ajudar na produção do leite materno.

O modo como a puérpera se alimenta pode estar relacionado a fatores emocionais, culturais e socioeconômicos, nem sempre com conhecimentos científicos e nutricionais (BAIÃO; DESLANDES, 2006).

Neste período pós-parto faz-se importante a realização de algumas adequações na dieta da mulher:

A alimentação deve ser mudada basicamente em função da amamentação, já que acreditam que alguns alimentos provocam cólicas no bebê, como os alimentos ácidos, muito temperados e os refrigerantes. Também por estar dando de mamar, se faz necessário, que as mulheres alimentem-se bem, com uma dieta rica em vitaminas, para fornecê-las ao filho através do leite materno. Além disso, a boa alimentação tem ligação estreita com a produção láctea (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008, p. 278).

A ciência da nutrição tem por objetivo adequar as recomendações nutricionais de acordo com a necessidade individual. Portanto o que os estudos apontam sobre as práticas alimentares é que mesmo em estado fisiológico, gestacional, puerperal e lactação as crenças e costumes estão presentes (FARIA, 2008).

Além das crenças com a alimentação a mulher possui costumes que são passados de geração em geração e são aplicados para que tenha uma boa amamentação (FARIA, 2008).

Com a diversidade de saberes, o enfermeiro possui um papel fundamental que é valorizar os conhecimentos populares e com isto compartilhar saberes para ter bons resultados com a alimentação saudável.

4.7 Aleitamento Materno

A equipe de saúde da família realiza no período puerperal, consultas, para que possam ser realizadas ações em relação à puérpera e conseqüentemente o RN. Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mãe e a criança. A primeira semana pós-parto é chamada de “Primeira Semana de Saúde Integral”. Durante essas ações o profissional de saúde deve orientar a puérpera sobre o aleitamento materno. Orientá-la sobre a frequência das mamadas, dia e noite, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas e condições das mamas (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a pega errada no mamilo faz com que a criança não consiga retirar leite suficiente, além de provocar dor e fissuras. O que leva a mãe a acreditar que o seu leite seja insuficiente ou fraco. Na maioria das mulheres, do terceiro ao quinto dia após o parto, as mamas ficam avermelhadas, dolorosas e febris. Esses sintomas são chamados de ingurgitamento. Para que o ingurgitamento mamário seja evitado, deve-se orientar que a pega e a posição para amamentação estejam corretas e quando houver produção de leite superior às mamadas do RN devem ser ordenhadas manualmente.

Durante o período de pré-natal a gestante é orientada sobre o aleitamento materno, porém no período puerperal deve ser reforçada à sua importância e de como deve ser feito, pois é nesse período que surgem as dúvidas. A mãe deve ser informada que o leite materno é completo e isso significa que até os seis meses o RN não precisa de nenhum outro alimento. O leite materno funciona como uma verdadeira vacina, protegendo a criança de muitas doenças. Essas informações são importantes para diminuir o medo e a insegurança da puérpera (BRASIL, 2007).

Brasil (2007, p. 14), ressalta, ainda, que a amamentação também traz os seguintes benefícios para a mãe

Reduz o peso mais rapidamente após o parto;
Ajuda o útero a recuperar seu tamanho normal, diminuindo o risco de hemorragia e de anemia após o parto;
Reduz o risco de diabetes;
Reduz o risco de câncer de mama;
Se amamentação for exclusiva, pode ser um método natural para evitar uma nova gravidez.

Apesar de algumas mães saberem dos benefícios encontrados com o aleitamento materno exclusivo, problemas são percebidos e se não forem imediatamente detectados e sanado provavelmente causarão o desmame precoce.

Portanto o enfermeiro deve encorajar a mulher para que realize regularmente no mínimo cinco vezes ao dia a ordenha manual, para garantir a produção de leite (BRASIL, 2009).

O aparecimento de mamas densas e ingurgitadas está relacionado ao bebê que não está bem posicionado sobre a mãe, não abre a boca o suficiente, compromete na sucção. A demora da descida do leite pode ocorrer nos primeiros dias após o parto, mas a realização da ordenha manual e a sucção do bebê possibilitam o aparecimento de leite (BRASIL, 2009).

Mas apesar de orientar a mulher da importância de manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e de como enfrentar alguns problemas acima citados, ainda é comum realizar a visita domiciliar e a equipe de saúde verifica que criança esta usando outro tipo de leite.

A falta de informações e segurança da mãe sobre os benefícios do leite materno exclusivo influenciam o uso de chupetas, bicos, água e chá nos intervalos das mamadas causando um forte indicador para o desmame precoce (TEIXEIRA *et al.*, 2009).

O desmame precoce está ligado a cultura trazida de geração em geração, onde avós estimulam o uso de águas, chá, leite industrializado com amido, por acreditar que o leite materno é fraco e não “sustenta” a criança (TEIXEIRA *et al.*, 2009).

Diante da realidade contemporânea, é conhecido que os profissionais da equipe de saúde não realizem visita domiciliares de maneira suficiente, quem o faz com frequência são os ACS, portanto o apoio dispensado à nutriz e a família para resolver os principais problemas referentes a amamentação às vezes é tardio (TEIXEIRA *et al.*, 2009).

A lactação também está altamente ligada à crença, mitos, tabus, onde várias puérperas acreditam que o uso de sopa de fubá, canjica, cerveja preta, arroz doce e água e o leite interferem na produção de leite. Em termos nutricionais estes alimentos pouco interferem na produção de leite, o que se sabe é que o aporte calórico é maior e produz mais energia para mãe o que facilita no processo de amamentação (ICHISATO; SHIMO, 2001).

No entanto a dieta da nutriz deverá conter glicídios, protídeos, lipídeos, sais minerais e vitaminas que são os principais responsáveis pela produção de leite (ICHISATO, SHIMO, 2001).

Contudo o enfermeiro possui um papel de educador, devendo orientar, estimular e monitorar as mamadas, sem esquecer-se de valorizar as crenças e mitos favorecendo a nutriz no momento de troca de habilidades.

4.8 Planejamento Familiar

A Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 regulamenta sobre os direitos do casal em escolher o método contraceptivo mais adequado para o controle da fecundidade. E que também deverão ser oferecidos todos os métodos de concepção e contracepção que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de escolha (BRASIL, 1996).

O planejamento familiar consiste em uma das formas de controle da natalidade e uma maneira para evitar a gravidez, os métodos contraceptivos geralmente são dispostos sobre a forma de medicamentos e dispositivos (BRASIL, 2006).

Durante o período puerperal e com o aleitamento materno exclusivo, é fundamental que exista controle destes métodos, para evitar nova gestação e prejuízos para a lactação. Contudo não é recomendado o uso de pílulas combinadas nesta fase (LANA; LAMOUNIER, 2009).

Para início da contracepção durante a amamentação é importante avaliar o tempo pós-parto, a forma de como se está efetuando as mamadas, o retorno ou não da menstruação, os efeitos da contracepção hormonal na lactação. Enfim, a escolha do método deve ser feita de maneira individualizada (BRASIL, 2006).

Os profissionais da ESF, principalmente os enfermeiros durante as visitas domiciliares e consultas são considerados as pessoas mais indicadas para realizar as devidas orientações (LANA; LAMOUNIER, 2009).

A mãe nesta fase necessita ser orientada sobre os principais métodos que poderão ser utilizados para evitar uma nova gestação sem trazer dificuldades para a amamentação (LANA; LAMOUNIER, 2009).

Os métodos contraceptivos mais indicados no período puerperal são de amenorreia da lactação (LAM), dispositivo intrauterino (DIU), preservativo masculino e feminino, mini pílula (progesterona), acetato de medroxiprogesterona 150mg/ml. A seguir será abordado sobre cada um deles.

O LAM é um método que ocorre coma junção entre o aleitamento materno exclusivo e a ausência de menstruação, a probabilidade de ocorrer uma nova gestação é de 2% (CECATTI *et al.*, 2004).

Para que a LAM tenha eficácia é necessário que se mantenha aleitamento materno exclusivo com uma média de 8 a 12 mamadas por dia, amenorreia após 56 dias do parto e o bebê menor de seis meses de vida, enfim este método é considerado uma opção inicial (LOPES, 2006).

Segundo Lopes (2006), o método de barreira é o mais difundido no mundo. Consiste em um envoltório de látex que recobre o pênis durante o ato sexual, retendo o esperma quando ocorre a ejaculação que é o preservativo masculino. Seu uso também fornece proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, e é a

principal forma de prevenir a disseminação da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Já o DIU, consiste em um dispositivo intrauterino que pode ser de cobre ou hormonal (levonorgestrel) que modifica a acidez do útero e dificulta a sobrevivência dos espermatozóides (LOPES, 2006).

O DIU pode ser inserido após a dequitação placentário, ou seja, imediatamente após o parto ou também depois de seis semanas. É contra indicado nos casos de mulheres que tiveram infecção puerperal sendo recomendada a utilização somente após três meses de cura (YAZLLE, 2008).

Existem também as mini pílulas que são compostas a base de progesterona e previnem a gestação por inibir a ovulação e conseqüentemente atrofia do endométrio (RATHKE; *et al.*, 2001).

Mas não adianta discorrer sobre os métodos que podem ser utilizados ou não no período puerperal se a ESF não fizer o trabalho de orientação para o casal, durante o pré-natal, parto e puerpério, tirando as dúvidas e indicando a melhor forma de se prevenir.

A falta de conhecimento das mulheres sobre os seus direitos de que todo individuo é livre e responsável sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e que o estado necessita propiciar recursos educacionais e científico para o exercício desses direitos faz com que o acesso fique limitado (MOREIRA, ARAÚJO, 2004).

No entanto a falta do método contraceptivo pode ocasionar nova gestação e possivelmente indesejada

4.9 Consulta puerperal de enfermagem

A consulta de enfermagem está regulamentada pela Lei nº 7.498/96 que regulamenta o exercício da enfermagem e estabelece como atividade privativa do enfermeiro. Em 1993, o Conselho Federal de Enfermagem através da Resolução COFEN/ 159, estabelece a obrigatoriedade da realização da consulta de

enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde (BARBOSA; TEIXEIRA; PEREIRA, 2007).

Para Barbosa; Teixeira; Pereira (2007), um dos conceitos da consulta é sistematizar, dar consciência, sentido, registro e memória à assistência de enfermagem ao indivíduo.

No Brasil até o século XIX, os cuidados que existiam com a mãe e o bebê eram pautados à luz de parteiras e mãe de leite as quais assumiam todos os conhecimentos e assistências oferecidos (BARBOSA; TEIXEIRA; PEREIRA, 2007).

A partir do século XX, ocorreram mudanças com os paradigmas assistenciais que passaram a atuar de forma a favorecer uma humanização da assistência e valorização de crenças e modos de vida. Assim, há a sistematização da consulta de enfermagem as orientações, escutas, cuidados e prescrições fazem parte da assistência. Portanto a equipe multiprofissional da ESF realiza trocas de conhecimentos com as antigas crenças, valores e cultura, prestando um melhor atendimento a puérpera (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

A partir de tais mudanças que ocorreram, com o tempo, no Brasil, em 1984, foi implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança e o Programa de Assistência Integral à Mulher com o objetivo epidemiológico de diminuir a morbimortalidade em crianças menores de cinco anos (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Para que tais ações ocorressem de forma incipiente, sistematizou-se o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Partindo do estímulo do aleitamento materno, de orientações alimentares para o desmame, da assistência e controle de infecções respiratórias agudas, controle das doenças diarreicas e doenças imunopreveníveis além da atenção integral ao parto e pós-parto (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

O Ministério da Saúde (2006) preconiza a VD na primeira semana após a alta do RN e se o bebê for considerado de risco em até três dias de alta. É importante ressaltar que a mãe necessita retornar ao serviço de saúde do 7º ao 10º dia após o parto. Porém, devido a grande demanda, muitas vezes, o enfermeiro não consegue realizar a visita em tempo hábil.

O cumprimento de inúmeras atividades burocráticas e técnicas na USF geram dificuldades para que a consulta de enfermagem ocorra, além da aplicação do modelo biomédico, constituem fatores que proporcionam falhas no atendimento à puérpera (LOPES, 2000).

A mulher no ciclo gravídico puerperal está carregada de mudanças físicas, alterações emocionais, preocupações com o futuro bebê, oscilações de humor e alterações na dinâmica familiar. A vivência do processo de parto e nascimento reflete sentimentos positivos e negativos, os quais são enfrentados de diferentes formas, fato que aclama pela excelência da qualidade da consulta de enfermagem (CATASFESTA *et al.*, 2007).

A situação de saúde da população com diferentes níveis social e racial apresenta como um problema ligado a diminuição do acesso a informações, emprego, bens materiais, serviços de saúde, impactando na busca pela qualidade de vida população, aumentando ainda mais a desigualdade (VOLKMER *et al.*, 2007).

O enfermeiro durante os seus atendimentos depara com mitos e tabus pré-existentes principalmente nas populações mais carentes. Sendo que para a ocorrência de mudanças de hábitos, de cuidados, da alimentação, é necessário tempo, escuta e persistência que, muitas vezes, fica a desejar nos atendimentos de enfermagem. Enumera-se também, que nem sempre, a mãe ou familiares estão dispostos a partilhar conhecimentos e adequarem-se às diretrizes para o bom andamento da busca por qualidade de vida mãe e filho (AMORIM; ANDRADE, 2009).

Pensando nos problemas mencionados é que se deve buscar uma direção para conduzir os caminhos e pontuar a melhor forma para a realização da consulta de enfermagem, Nos manuais do Ministério da Saúde podem ser encontradas diretrizes para a realização dos procedimentos e da consulta puerperal.

Dessa forma deve-se ater a uma boa assistência baseada no Manual de pré-natal e puerpério (BRASIL, 2006). Durante os atendimentos devem ocorrer perguntas e procedimentos freqüentes para garantir a assistência satisfatória. Enumera-se cuidados com aleitamento, alimentação, saúde física e emocional, dentre outros

Em primeira instância, tratar-se-á do aleitamento. Pois constitui uma das maiores mudanças na vida familiar. Deve-se observar as condições das mamas, as frequências das mamadas dia e noite, a pega e outras dificuldades, como também a satisfação do RN com o aleitamento (BRASIL, 2006).

Deve haver a preocupação do profissional enfermeiro em indagar acerca da qualidade do sono, atividades relativas ao autocuidado e assistência o RN. A alimentação da mãe constitui outro fator a observar, como também a investigação se a mulher está em uso de sulfato ferroso 40mg/dia é fundamental para evitar anemia ferropriva e dificuldade para amamentação, esta medicação deve ser mantida até três meses pós-parto (BRASIL, 2006).

Então são importantes que sejam avaliadas as condições de saúde da mulher como a presença de dor, sangramento, queixas urinárias, febre, retorno da menstruação e atividade sexual. Solicitar à puérpera a apresentação do seu cartão de vacina, caso esteja incompleto no momento do atendimento pode administrar as doses necessárias. O registro das alterações, em geral, deve ocorrer e caso haja alguma intercorrência durante a avaliação encaminhar a mulher ao atendimento que necessite (BRASIL, 2006).

O planejamento familiar, o desejo de ter mais filhos como também os métodos contraceptivos devem fazer parte das orientações para ajudar na escolha do mesmo, para que o retorno da vida sexual não tenha danos e doenças (BRASIL, 2006).

Durante a consulta de enfermagem é importante discorrer sobre os métodos contraceptivos mais indicados no período puerperal, mencionado sobre o LAM que pode ser utilizado até o aparecimento de nova menstruação (BRASIL, 2006).

Em algumas situações o método LAM não é indicado, contudo o profissional enfermeiro deve orientar e ajudar na escolha de outros, sem esquecer-se de falar dos efeitos adversos e como os utilizar corretamente (BRASIL, 2006).

A avaliação na consulta puerperal das condições psicoemocionais é de suma importância. O estado de humor, as preocupações, o desânimo, a fadiga, são indícios para um início de diagnóstico da depressão pós-parto.

As condições sociais constituem mais um fator a observar, em se tratando da consulta puerperal. A presença de pessoas de apoio, do enxoval do bebê, condições financeiras para o atendimento de necessidades básicas, são fatores que o profissional deve tomar conhecimento e o possível acionamento de órgãos assessores (BRASIL, 2006).

Em relação ao RN, a consulta de enfermagem deve ser realizada verificando os seguintes aspectos:

Na primeira consulta se faz necessário:

- Verificar a existência da Caderneta de Saúde da Criança e, caso não haja, providenciar abertura imediata;
- Observar se a Caderneta de Saúde da Criança está preenchida com os dados da maternidade. Caso não esteja, procurar verificar se há alguma informação sobre o peso, comprimento, apgar, idade gestacional e condições de vitalidade;
- Analisar as condições de alta da mulher e do RN;
- Notar e orientar a mamada reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade, destacando a necessidade de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, não havendo necessidade de oferecer água, chá, ou qualquer outro alimento;
- Avaliar a mamada para garantia de adequado posicionamento e pega da aréola;
- Observar a criança no geral: peso, postura, atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações e aleitamento materno, ectoscopia, características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), crânio, orelhas, olhos, nariz, boca, pescoço, tórax, abdômen (condições do coto umbilical), genitália, extremidades e coluna vertebral. Caso seja detectada alguma alteração, solicitar avaliação médica imediatamente (BRASIL, 2006, p.83).

Após realizar a avaliação geral do RN, é necessário prestar um atendimento com maior frequência àquelas crianças que apresentaram peso ao nascer inferior a 2.500g. ou história de internação após o nascimento (BRASIL, 2006).

As mães analfabetas, menores de dezesseis anos, possuidoras de problemas psiquiátricos que afetam o cuidado da criança, ou que usem drogas e possuam baixa renda também são consideradas de riscos, portanto merecem um atendimento com períodos mais curtos do que o Ministério da Saúde preconiza (BRASIL, 2006).

O grande valor da VD, antes do quinto dia de vida da criança, se dá pela avaliação das ações preconizada para este dia (BRASIL, 2006). Como a da execução do teste do pezinho é recomendado que seja feito no quinto dia de vida do bebê após ingestão de leite materno com o objetivo de verificar problemas com a absorção da proteína fenilcetonúria que é uma das doenças detectadas no teste do pezinho (BRASIL, 2006).

A coloração da pele da criança é outra ação a ser investigada, pois a icterícia pode aparecer após a alta hospitalar e dependendo do comprometimento do corpo do bebê necessita-se o banho de luz e o acompanhamento médico (BRASIL, 2006).

A ausência de atendimento da ESF principalmente do enfermeiro ligados à saúde integral da mulher e do recém-nascido pode ocasionar o desmame precoce, infecções, gravidez indesejada, alimentação incorretas, cartão de vacina atrasado, negligência do teste do pezinho dentre outras.

Portanto, o atendimento de enfermagem na ESF é de extrema valia, pois a sua falta pode provocar alterações na mulher e RN. A consulta está embasada nos moldes: escuta e orientação da mulher quanto ao autocuidado, realizando um papel relevante de diminuição de problemas que possam ocorrer com a ausência deste atendimento.

A ESF possibilita um conhecimento do território adscrito e também um acesso mais rápido às famílias. No entanto, é notório salientar que as visitas domiciliares do enfermeiro nem sempre são feitas em tempo hábil, prejudicando, assim, a mulher e a criança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou um aprofundamento de conhecimentos teóricos sobre o atendimento a mulher no período puerperal, principalmente com o enfoque aos problemas acometidos.

A atuação da autora enquanto enfermeira da ESF direcionou o trabalho no sentido de estudar os problemas relevantes a saúde da puérpera que às vezes são negligenciados pelos profissionais.

O estudo mencionou as dificuldades mais comuns com a puérpera como alimentação, aspectos emocionais, aleitamento materno e planejamento familiar, destacando a importância da abordagem do enfermeiro por meio da consulta de enfermagem.

Apesar de saber que os fatores sociais, econômicos e culturais são muito relevantes para o autocuidado, grande parte desses problemas estão associados à ausência de visitas domiciliares, atendimentos a puérperas em tempo hábil, e também a avaliação da relação mãe e filho tomando as decisões mediatas e imediatas.

A sobrecarga de tarefas mãe-filho, casa, marido, e outros filhos geram preocupações e até mesmo mudanças comportamentais. A mulher encontra-se em um processo de transição onde o equilíbrio físico e psicossocial pode estar afetado.

A fase puerperal possibilita a mulher passar por mudanças em seu emocional, e é comum ocorrerem alterações emocionais como melancolia, psicose e depressões que se não diagnosticadas e tratadas imediatamente pode ocasionar prejuízos para o elo mãe e filho.

Outro fator problema são as crenças e culturas pré-existentes entre o cuidador da família e mãe, que são utilizados sem haver troca de saberes com os profissionais de saúde proporcionando condutas inadequadas.

A amamentação pode aparecer como um forte problema, pois a dificuldade com a descida do leite, pega e sucções incorretas, dor, leite “fraco”, além de costumes e

crenças anteriores são fatores que impedem que as crianças recebam o maior aporte nutricional e imunológico por toda a sua história de vida: o leite materno.

A falta de conhecimentos sobre os métodos contraceptivos, que podem ser utilizados no período puerperal e os direitos reprodutivos comprometem o acesso, a satisfação e sua utilização de maneira correta.

O estudo apontou a necessidade dos serviços de saúde abordarem as mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério de maneira satisfatória.

A Equipe Saúde da Família e especialmente o enfermeiro possuem um papel desafiador de valorizar os conhecimentos pré-existentes e compartilhar troca de saberes para que o autocuidado possa ser eficiente. O enfermeiro possui um perfil de escutar, cuidar e educar, onde através da consulta de enfermagem existe a possibilidade de aumentar a interação profissional-cliente favorecendo uma humanização do atendimento e a aquisição de novos conhecimentos.

O presente trabalho mostrou o potencial do enfermeiro no processo de mudanças das práticas de saúde e que o atendimento não pode ser limitado a uma ou duas consultas, mas sim resultar em um acompanhamento contínuo em que a mulher se sinta capaz de cuidar e cuidar-se.

No entanto, se existem problemas durante o período puerperal, as equipes de Saúde da Família devem preocupar-se tanto com a atenção e cuidados nesta fase, quanto na assistência pré-natal. Assim, é necessário melhorar a qualidade das visitas domiciliares e dos atendimentos da equipe, especialmente dos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Marinete Martins, ANDRADE, Edson Ribeiro. Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno. *Perspectivas on line*, v. 3, n. 9, p. 93- 110. 2009. Disponível em: <<http://fesfsus.web350.kinghost.net/bibliofesf/atuacaodoenfermeironopsfsobrealeitamentomaterno.pdf>> . Acesso em: 15 dez. 2011.

AYRES, Regina Celi Vieira et al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 306-311. Abril/ Jun. 2006. Disponível em: <http://www.saocamilo.sp.br/pdf/mundo_saude/35/acolhimento_psf.pdf>. Acesso em: 12 out. 2011.

BAIÃO, Mirian Ribeiro; DESLANDES, Suely Ferreira. Alimentação na gestação e no puerpério. *Ver. Nutr.* Campinas, mar/abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n2/a11v19n2.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2011.

BARBOSA, Maria Aparecida Rodrigues da Silva; TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fenaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Consulta de enfermagem – um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. *Acta paul. Enferm.* São Paulo, v. 20 n. 02, p. 226-229, abr/jun. 2007.

BRASIL. *Lei nº 7.498*, de 25 de junho de 1988. Dispõe sobre o regulamento do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em: 26 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde. *Assistência em Planejamento Familiar: Manual técnico*. Secretária de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. *Manual de Enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf>. Acesso em: 21 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Área técnica de saúde da criança e aleitamento materno*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. 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*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretária 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. p. 7-10-15.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Caderneta da Saúde da Criança*. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://www.soperj.org.br/download/caderneta_saude_da_crianca_todos.pdf>. Acesso em: 30 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Departamento de atenção básica*. 2009. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 22 out. 2011.

CABRAL, Fernanda Beheregaray; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Correa de. A invisibilidade da depressão Pós-parto no Contexto de Equipes de Saúde da Família. In: FAZENDO GÊNERO: CORPO, VIOLÊNCIA E PODER, 2008, Florianópolis. *Simpósio Temático*. Florianópolis: UFSC, Ago. 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST58/Cabral_Oliveira_58.pdf>. Acesso em: 28 out. 2011.

CANDIANI, Márcio. *Psicose Puerperal*. Belo Horizonte. 2007. Disponível em: <<http://marciocandiani.site.med.br/index.asp?PageName=Psicose-20Puerperal>>. Acesso em: 26 out. 2011.

CARDOSO, Ângela Maria Rosas; SANTOS, Silvéria Maria dos; MENDES, Vanja Bastos. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo. *Diálogos possíveis*. Brasília. v.11, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/11.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2011.

CATAFESTA, Fernanda et al. Pesquisa de cuidado de enfermagem na transição do papel materno entre puérperas. *Rev. Eletrônica de enfermagem*. v 9, n. 2. 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/7198>>. Acesso em: 15 dez. 2011.

CECATTI, José Guilherme. Introdução da lactação e amenorréia como métodos contraceptivo em um programa de planejamento familiar pós parto: repercussões sobre a saúde das crianças. *Rev. Bras. de Saúde Materno Infantil*. Recife. v.4, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000200006>. Acesso em: 31 out. 2011

CENTA, Maria de Lourdes; OBERHOFER, Patrícia de Resende; CHAMAS, Jorge. Puérpera vivenciando a consulta de retorno e as orientações recebidas sobre o puerpério. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. América do Norte, mai. 2006. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/5061/3828>>. Acesso em: 11 set. 2011.

COELHO, Erika Figueiredo. *Ações Educativas: da gestação ao puerpério*. 2011. 23 f., enc. il. Dissertação (pós-graduação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Belo Horizonte, 2011.

CORRÊA, Mário Dias *et al.* *Noções Práticas de Obstetrícia*. 13. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2004. p. 849.

COSTA, Maria Cristina Guimarães da. *Puerpério: a ambivalência das estratégias para o cuidado*. 2001. Dissertação (Mestrado em enfermagem em saúde pública)-Escola de enfermagem do Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2001. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28082006-163012/pt-br.php>>. Acesso em: 13 set. 2011.

CRUZ, Eliane Bezerra da Silva; SIMÕES, Glaucia Lucena; CURY, Alexandre Faisal. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* Rio de Janeiro, v. 27 n 04, p. 181 – 188, Abr. 2005.

EDUARDO, Kylvia Gardênia Torres *et al.* Vivenciando o puerpério: Depoimento de Mulheres. In: 12º CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, XII, Belo Horizonte. *Anais eletrônicos...* Belo Horizonte, 2009. Disponível

em:<<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/vivenciando%20o%20puerperio.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2011.

FARIA, Dóris Helena Ribeiro. *Vivências de cuidado da mulher: a voz das puérperas*. 2008. 85 f. Dissertação (mestrado em enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande, 2008.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 3 ed. São Paulo: Positivo, 2004. 2120p.

FERREIRA, Fernanda Gonçalves. *Aspectos culturais relacionados à gestação, parto e puerpério e sua importância para as estratégias de educação em saúde: um levantamento bibliográfico*. 2011. 21 f., enc. il. Dissertação – Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2011. Disponível em : <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2742.pdf>> . Acesso de 26 outubro 2011.

FERNANDES, Maria Joaquina. A Metodologia da Pesquisa Científica como Ferramenta na Comunicação Empresarial. In: CONGRESSO VIRTUAL DE COMUNICAÇÃO EMPRESARIAL, n. 2. 2011. *Anais eletrônicos...* Disponível em: <www.comtexto.com.br/2convicomcomunicaMariaJoaquina.htm>. Acesso em: 12 março 2011.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; TONINI, Teresa. *SUS e PSF para enfermagem: prática para o cuidado em saúde coletiva*. 1. ed. São Paulo: Ed. Yendis, 2009.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, *Cad. Saúde pública*. Rio de Janeiro v. 15, n. 2. Abril 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019>. Acesso: 12 out. 2011.

FRIZZO, Giana Bitencourt; PICCININI, Cesar Augusto. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicol. Estud.* Maringá, v. 10 n 01, p. 47-55, jan/apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722005000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 out. 2011.

GOLDENBER, Miriam. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 2001. Disponível em: <<http://64.233.169.104/search?q=cache:X1YPqUyUyOAJ:projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia%2520da%2520Pesquisa%25203a%2520edicao.pdf+metodologia+de+pesquisa&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1>>. Acesso em: 12 março 2011.

IACONELLI, Vera. Depressão pós- parto, psicose pós- parto, e tristeza materna. *Portal de Ginecologia*. São Paulo. 2009[?]. Disponível em: <<http://www.portaldeginecologia.com.br/busca.php?pagina=1>>. Acesso em: 26 out. 2011.

ICHISATO, Sueli Mutsumi Tsukuda; SHIMO Antonieta Keiko Kakuda. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Rev. Latino- amer. Enfermagem*. Ribeirão Preto v. 9, n.5, set. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000500011&script=sci_arttext&tIng=p> Acesso em: 6 nov. 2011.

LANA, Adolfo Paulo Bicalho; LAMOUNIER, Joel Alves. *Saúde da Família – Centro de Saúde Amigo da criança*. 2 Ed. Atheneu, Belo Horizonte. 2009. 78p.

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. *Enfermagem na Saúde da Mulher*. Rio de Janeiro: AB Editora, 2006.

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Experiência de implantação do processo de enfermagem utilizando os diagnósticos de enfermagem (Taxionomia da NANDA), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, Jullho 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000300017&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Dez. 2011.

MOREIRA, Maria Helena Camargos, ARAÚJO, José Newton Garcia. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino? *Psicologia me Estudo*. Maringá, v. 9, n. 3, p. 389-398, set/dez 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v9n3/v9n3a06.pdf>. Acesso em: 3 nov 2011.

OLIVEIRA, Vânia Aparecida da Costa. Educação em Saúde: a práxis dos profissionais da estratégia saúde da família nos grupos educativos. 2009. 130f. Mestrado (Educação cultura e organizações sociais) FUNEDI-UEMG, Divinópolis, 2009.

OSIS, M. J. M. D. *PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Publ.*, v.14, n. 1, p. 25-32, 1998.

RAMOS, Sofia Helena Amarante da silva; FURTADO, Erikson Felipe. Depressão puerperal e interação mãe-bebê: um estudo piloto. *Psicol. Pesq.* Juiz de Fora, v. 01 n 01, p. 20-28, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1982-12472007000100005&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 27 out. 2011.

RATHKE Anaísa F; POESTER Daniela ; LORENZATTO Juliana F; SCHMIDT, Viviane B; HERTER, Liliane D. (2001). Contracepção hormonal contendo apenas progesterona *Adolescência Latinoamericana*, Porto Alegre, p. 90-96, 2001. Disponível em: < <http://ral-adolesc.bvs.br/pdf/ral/v2n2/p05v2n2.pdf>> . Acesso em: 15 dez. 2011.

RODRIGUES, Dafne Paiva; et al. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. *Texto contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 277-286, abril/jun 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a11v15n2.pdf>> Acesso em: 12 out. 2011.

SANTOS, Flávia Andréia Pereira Soares. Vivência de mulheres no puerpério: significado atribuído à revisão pós-parto. 2010. 91 f., enc. il. Dissertação (Pós-graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Natal, 2010.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos, MARINO, Selma Regina Andrade, RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface, comunicação, saúde e educação*, v. 9, n.16, p. 53-66, set 2004/fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05.pdf>> Acesso em: 11 out. 2011 as 22:17.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, Nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n6/05.pdf>> Acesso: 12 out. 2011.

SCHWENGBER, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, Rio Grande do Sul, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.

SILVA, Andréa Viola da et al. Fatores de risco para o desmame precoce em perspectiva das puérperas-resultado e discussão. *Ver. Inst. Ciências Saúde*. 2009. p. 220-225. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n3/a005.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2011.

SILVA, Elda Terezinha; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Depressão Puerperal: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Minas Gerais, v. 07 n 02, p. 231-238, 2005. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/880/1053>>. Acesso em: 28 out. 2011.

SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; SOUZA, Kleyde Ventura de. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, p. 585-593, out/Dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a16v14n4.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2011.

SOARES, Cristiane; VARELA, Vanessa Delfes Jacques. *Assistência de enfermagem no puerpério em Unidade de Atenção Básica: Incentivando o autocuidado*. 2007. 81 f., enc. il. Dissertação – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências em Saúde, Florianópolis, 2007.

STARFIELD, Bárbara. Entrevista: Saúde para todos traz especialista internacional em Atenção Primária em Saúde. *Expansão do Programa Saúde da Família*. Ano I, 01 ed., ago/ 2005. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/docs/Boletim_Saude_Para_Todos_2005_2.pdf>. Acesso em: 27 out. 2011.

STEFANELLO, Juliana; NAKANO, Ana Márcia Spanó; GOMES, Flávia Azevedo. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. *Acta Paul Enferm*. Ribeirão Preto, p. 275-281, set. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a07v21n2.pdf>. Acesso em: 30 out. 2011.

TEIXEIRA, César et al. Visita domiciliar puerperal. *Saúde Coletiva*. v. 28, n. 6, p. 47-53, 2009. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/842/.../84202804_Resumo_5.pdf>. Acesso em: 10 out. 2011.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes; VIEIRA, Carolina Sales; BRITO, Milena Basto (2008). Contracepção no puerpério, *Rev. Bras. Gin. Obstetr.*, Ribeirão Preto, v. 30, n. 9, p. 470-479, 2008.

VOLKMER, Cilene, et al. Visitas domiciliares no puerpério: integração entre Fisioterapia, equipes de saúde da família e extensão Universitária. In: IX CONGRESSO IBEROAMERICANO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA. IX, Bogotá, Colombia. *Anais...* Bogotá, Disponível em: http://hosting.udlap.mx/sitios/unio-nlat.extension/pdf/2007/experiencias/responsabilidad/visitas_domiciliares.pdf. Acesso em: 15 dez. 2011.

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. *Enfermagem Obstétrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.