



**DANIELA ALVES GALVES**

**PUERPÉRIO PATOLÓGICO: ANÁLISE DAS LITERATURAS  
PUBLICADAS NO PERÍODO DE 2008 A 2018**

**DANIELA ALVES GALVES**

**PUERPÉRIO PATOLÓGICO: ANÁLISE DAS LITERATURAS  
PUBLICADAS NO PERÍODO DE 2008 A 2018**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Sinop – FASIPE, como requisito final para obtenção do título em Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ms: Francieli F. Bastida

**DANIELA ALVES GALVES**

**PUERPÉRIO PATOLÓGICO: ANÁLISE DAS LITERATURAS  
PUBLICADAS NO PERÍODO DE 2008 A 2018.**

Trabalho de Conclusão de Curso II para apresentado à Banca Examinadora do Curso de Enfermagem - FASIPE, Faculdade de Sinop, como requisito final para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Prof.<sup>a</sup> Ms. Francieli Ferreira Bastida**  
Professora Orientadora  
Departamento de Enfermagem- FASIPE

---

**Prof.<sup>a</sup> Bárbara Muchiutti**  
Professor (a). Avaliador (a)  
Departamento de Enfermagem- FASIPE

---

**Prof.<sup>a</sup> Vanessa Gisele dos Santos**  
Professor (a). Avaliador (a)  
Departamento de Enfermagem- FASIPE

---

**Prof.<sup>a</sup> Bárbara Muchiutti**  
Coordenadora do Curso de Enfermagem  
FASIPE – Faculdade de Sinop

**Sinop-MT  
2018/2**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico em especial, ao meu Deus maravilhoso, pois só Ele sabe exatamente de todas as dificuldades que eu tive durante esse percurso e sempre esteve comigo me dando apoio, sabedoria e muita determinação para concluir esse trabalho.

## **AGRADECIMENTO**

- **A Deus e aos Meus Santos** pela vida e presença constante.
- **A minha família** maravilhosa, pela oportunidade de vivenciar as melhores experiências da vida.
- **Ao meu esposo** Leandro que sempre esteve ao meu lado, me incentivando a lutar pelos meus objetivos e seguir em frente.
- **Aos meus filhos**, que sofreram com minha ausência.
- **A minha mãe e meu pai** pelo exemplo de força, coragem e determinação.
- **Ao meu trabalho**, que me dá prazer e me ajuda a trilhar o caminho desta vida com mais satisfação.
- **Agradeço a todos os meus professores** pelos conhecimentos transmitido a mim e pela confiança depositada no decorrer desta caminhada, e **em especial a professora e orientadora** Franciele por me orientar e ter me dado forças para seguir.

## **EPÍGRAFE**

A enfermagem é uma arte e para realizá-la  
como arte, requer uma devoção tão  
exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a  
obra de qualquer pintor ou escultor.

Florence Nightingale

GALVES, Daniela Alves. **Puerpério Patológico: Análise das Literaturas Publicadas no Período de 2008 a 2018**. 2018. 43p. Monografia de Conclusão de Curso - FASIPE – Faculdade de Sinop.

## RESUMO

O Puerpério Patológico é aquele puerpério que evolui para as complicações ou anomalias no processo de recuperação pós-parto da puérpera, sendo as hemorragias puerperais, infecções puerperais, psicose pós-parto, mastites entre outras complicações. Pois o puerpério inicia-se logo após o nascimento do bebê e termina com o retorno da menstruação e a puérpera estará se recuperando das alterações fisiológica, hormonais e emocionais que ocorre até o retorno das funções pré-gravídica, ficando nesse estágio exposta a desenvolver e evoluir para essas complicações. A atenção à mulher no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Assim, as possíveis complicações no período gravídico puerperal, devem ser orientadas desde o pré-natal e na maternidade. Neste sentido, pelo fato do puerpério se tratar de uma fase que gera insegurança, independentemente de ser ou não a primeira experiência como mãe, é importante que os profissionais da saúde tenham sensibilidade o bastante para identificar quais são as reais necessidades desta mulher, principalmente em ambiente hospitalar, para que possa tomar as devidas providências e ações corretas, diminuindo então a mortalidade materna e neonatal. O presente estudo trata-se de uma pesquisa sistemática de literaturas publicadas no LILACS e SCIELO, por meio de levantamento de dados e análise dos artigos a partir do ano 2008 a 2018, buscando avaliar as complicações no período do puerpério patológico na visão dos autores. Foram utilizados 22 artigos, sendo 07 referente a hemorragia puerperal, 10 artigos sobre a infecção puerperal e 05 artigos referente a mastite puerperal.

**Palavras-chave:** Complicações. Gravídico Puerperal. Puerpério.

GALVES, Daniela Alves. **Puerpério Patológico: Análise das Literaturas Publicadas no Período de 2008 à 2018**. 2018. 43p. Monografia de Conclusão de Curso - FASIPE – Faculdade de Sinop.

### **ABSTRACT**

The pathological puerperium is that puerperium that evolves to the complications or anomalies in the postpartum recovery process of the puerperal, being puerperal hemorrhages, puerperal infections, postpartum psychosis, and mastitis among other complications. For the puerperium begins soon after the birth of the baby, and then ends with the return of menstruation, and the puerperium is recovering from the physiological, hormonal and emotional changes that occur until the return of pre-gravidic functions, being at that stage exposed to develop and evolve to these complications. Care for women in the immediate postpartum and the first few weeks after delivery is critical to maternal and newborn health. Thus, the possible complications in the puerperal pregnancy period should be oriented from the prenatal and the maternity. In this sense, because the puerperium is a phase that generates insecurity, regardless of whether or not the first experience as a mother is, it is important that the health professionals are sensitive enough to identify what is the real needs of this woman, especially in hospital environment, so that it can take the correct actions and actions, thus reducing maternal and neonatal mortality. The present study is a systematic search of literature published in LILACS and SCIELO, by means of data collection and analysis of articles from 2008 to 2018, seeking to evaluate the complications in the period of pathological puerperium in the authors' view. Twenty-two articles were used, of which 07 related to puerperal hemorrhage, 10 articles on puerperal infection and 05 articles on puerperal mastitis

**Keywords:** Complications. Pregnant Puerperal. Puerperium.



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CPAIME - Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher e a Criança

DPP- Data Provável do Parto

DUM- Data da Última Menstruação

ESF- Estratégia Saúde de Família

HPP- Hemorragia Pós-Parto

IG- Idade Gestacional

IMC- Índice de Massa Corporal

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MS- Ministério da Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

PAISM- Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PHPN- Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento

PNI - Programa Nacional de Imunização

PNSF - Programa Nacional de Suplementação de Ferro

UTIs – Unidade de Tratamento Intensivos

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01- Calendário de Vacinação das Gestantes.....	32
Quadro 04- Literatura Utilizadas para pesquisa sobre Hemorragia puerperal.....	43
Quadro 05- Literatura Utilizadas para pesquisa sobre Infecção puerperal.....	45
Quadro 06- Literatura Utilizadas para pesquisa sobre Mastite puerperal.....	48

## LISTA DE FIGURA

Figura 01: Acompanhamento Nutricional e Curva uterina.....	26
Figura 02: Crescimento Intrauterino (peso x idade gestacional) .....	28

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1.1 Justificativa</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2 Problematização</b> .....	<b>14</b>
<b>1.3 Objetivos</b> .....	<b>15</b>
<b>1.3.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>15</b>
1.3.2 Objetivos Específicos .....	16
<b>1.4 Revisão Dos Capítulos</b> .....	<b>16</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1 Evolução de Políticas Públicas de Saúde da Mulher Internacional e Nacional</b> .....	<b>17</b>
<b>2.2 Assistência ao Pré-Natal</b> .....	<b>20</b>
<b>2.3 Atenção ao Pré-Natal e as Mudanças Corporais em Cada Trimestre</b> .....	<b>22</b>
2.3.1- Primeiro Trimestre Gestacional .....	24
2.3.2- Segundo Trimestre Gestacional .....	25
2.3.3- Terceiro Trimestre.....	27
<b>2.4 - Exames Solicitados Durante o Pré-Natal</b> .....	<b>29</b>
<b>2.5 - Prescrição de Suplementos Alimentares</b> .....	<b>31</b>
<b>2.6 - Calendário Vacinal da Gestante</b> .....	<b>32</b>
<b>2.7- Parto</b> .....	<b>33</b>
<b>2.8- Trabalho De Parto Normal</b> .....	<b>33</b>
<b>2.9- Parto Normal: Vantagens e Desvantagens</b> .....	<b>35</b>
<b>2.10 Parto Cesariana: Vantagens e Desvantagens</b> .....	<b>36</b>
<b>2.11-Puerpério Fisiológico</b> .....	<b>37</b>
<b>2.12 Manifestações Fisiológicas no Pós-Parto</b> .....	<b>38</b>
<b>2.13 Puerpério Patológico</b> .....	<b>39</b>
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>41</b>
<b>4. ANÁLISE DOS ARTIGOS</b> .....	<b>43</b>
<b>4.1 Hemorragia Puerperal</b> .....	<b>43</b>
<b>4.2 Infecção Puerperal</b> .....	<b>45</b>
<b>4.3 Mastite Puerperal</b> .....	<b>47</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>53</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Puerpério Patológico é aquele período que evolui para as complicações ou anomalias no processo de recuperação pós-parto da puérpera, sendo as hemorragias puerperais, infecções puerperais, psicose pós-parto, mastites entre outras complicações (SOUZA et al, 2015).

Iniciando logo após o nascimento do bebê, e terminando com o retorno da menstruação, a puérpera estará se recuperando das alterações fisiológica, hormonais e emocionais que ocorrem até o retorno das funções pré-gravídica, ficando nesse estágio exposta a desenvolver e evoluir para essas complicações (SILVA; PEREIRA et al, 2015).

A gestação e o parto são acontecimentos que marcam a vida da mulher e o nascimento de um filho é um momento repleto de amor, carinho, realizações e ao mesmo tempo de muito anseios, medos, angústia, podendo ser positivos ou negativos dependendo de cada gestante ou puérpera. Porém, o período gravídico-puerperal apresenta diversas transformações físicas, alterações hormonais e psíquicas que podem evoluir para complicações puerperais e até morte materna e neonatal (FRANCISQUINI et al, 2010).

Nesse sentido a assistência ao pré-natal possui um desempenho crucial no resultado da gestação, com intuito de promover à saúde da gestante e do feto, identificar as situações de risco para ambos e intervir quando cabível. Estudos apontam que a ineficiência do pré-natal está associada com altas taxas de mortalidade materno, fetal, neonatal e infantil, com maiores incidências de prematuridades e baixo peso ao nascer (CRUZ; CAMINHA; FILHO, 2014).

Sendo um período de risco, o enfermeiro deve elaborar intervenções e cuidados qualificados voltados para a puérpera de acordo com sua necessidade, contribuindo para a prevenção de complicações e redução das taxas de infecção puerperal. O conhecimento do enfermeiro quanto as complicações e alterações no ciclo gravídico ao puerperal é de grande relevância, sendo este profissional mais presente e que vivência as fases nesse período,

precisando às vezes tomar decisões e ações emergentes, porém, estes devem ser respaldados através de documentos oficiais que regem o exercício da profissão. (DUARTE et al, 2014).

O acompanhamento realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao ciclo gravídico puerperal é de grande estima, implicando inúmeras possibilidades de ações que fornece um pré-natal com atenção humanizada de qualidade à mulher e aos familiares, destacando assim as principais ações primordiais: acolhimento, identificação, monitoramento e acompanhamento de fatores de risco, imunização, atividade de educação e saúde, criar calendário de consulta, visita domiciliar, preparo ao parto e ao nascimento humanizado (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, várias mortes maternas podem ser evitadas nesses períodos, desde que os profissionais da área de saúde, tenham conhecimento das modificações fisiológicas evidenciados nessas fases, que se divide em locais e sistêmicas e para cada alteração relacionada com as complicações vivenciadas devem tomar decisões individualizadas, no intuito de prevenir ou diminuir hemorragia, infecção puerperal, hipertensão arterial e aborto (SANTO; CAVEIÃO, 2014).

### **1.1 Justificativa**

Segundo Martins e Silva, (2018), apontam que mortalidade materna em 2014 no Brasil, foram registrados 1.552 óbitos por 100 mil nascidos vivos, sendo que o Ministério da Saúde (MS) considera aceitável até 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Assim, a região Sudeste foi a que mais destacou-se em óbitos maternos, com 540 por 100 mil nascidos vivos. E 95% desses óbitos poderiam ser evitados, desde que os serviços de saúde pública e privada expandissem uma atenção obstétrica segura e respeitosa com seus direitos e reprodutividade.

Considera morte materna, qualquer morte que aconteça durante a gestação, parto ou até 42 dias após o parto, relacionado ou agravado pela gravidez, destacando a hipertensão, hemorragia, infecções puerperais e abortos provocados. Assim, estudos apontam que três situações podem provocar e evoluir para essas complicações, é quando a mulher demora para reconhecer os sinais de gravidade e de procurar ajuda, quando perde muito tempo para chegar à unidade de referência e quanto a demora de receber assistência adequada (COLLUCCI, 2018).

Segundo Brasil (2012) o período puerperal é um momento provisório, porém de grandes transformações físicas, psicológicas e social, em que a mulher percebe as mudanças pré-gravídica e sem retorno imediato do corpo original. De tal modo a independência e

autonomia de antes, jamais será almejada, pois seu espaço psíquico será diferenciado no espaço de mãe.

Assim, o puerpério passa a ser uma assistência de atenção básica, que busca organizar e estruturar a rede de atenção à saúde materno infantil no Brasil, reafirmando uma necessidade de assistência humanizada, para que possa refletir positivamente no período puerperal. É preciso que as ações dos profissionais de saúde, influenciem positivamente as expectativas ao exercício da maternidade das puérperas, sempre as ouvindo e valorizando-as, para obterem uma assistência puerperal satisfatória. (ANDRADE; SANTOS; MAIA; MELLO, 2015).

Acredita-se, que a eficiência dessa assistência, poderia ser alcançada, desde que constituísse de um pré-natal efetivo, porém, a realidade é outra, apresentando uma experiência ineficaz, embora tendo programas voltados à saúde da mulher, como o planejamento familiar, prevenção do câncer do colo de útero e mama, pré-natal, encontramos muitas vezes casos de negligências da assistência ao período puerperal, direcionando aos cuidados do recém-nascido, deixando as puérperas leigas de autocuidados, favorecendo a incidência de intercorrências nesse período. (OLIVEIRA, QUIRINO; RODRIGUES, 2012).

Justifica-se a escolha desse tema com o objetivo de mostrar a sociedade as possíveis complicações ao ciclo gravídico-puerperal, através de análise de literaturas publicadas.

## **1.2 Problematização**

Segundo RAVELLI, (2008), desde a gravidez até o período de pós-parto, a mulher passa por várias etapas, sensações e momentos marcantes que acompanham em todos os períodos, como as ansiedades, medos, inseguranças, angústias, dúvidas sobre o parto, a saúde do bebê, a amamentação, entre outros. É nesse contexto que o profissional enfermeiro entra com as suas habilidades e conhecimento, com uma interação e vínculo entre a gestante e familiares, esclarecendo suas dúvidas, orientando-os como ocorre o ciclo gravídico-puerperal, utilizando sempre de linguagem popular para que eles possam compreender e entender, pois são fases que a mulher encontra-se sensível e anseia por apoio tanto dos profissionais de saúde nas UBS, como nos hospitais.

Contudo, o período puerperal no âmbito pré-hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado problemática à assistência da mulher, as puérperas recebem alta hospitalar de duas a vinte e quatro horas após o parto, sem serem acompanhadas por profissionais nesse período e não retornam ao serviço de saúde, pois não são orientadas sobre as possíveis complicações, pelas transformações psicossociais nessa fase, não tendo o conhecimento de

elevada evidência de morte materna com episódios patológicos como: Infecções Puerperais, Fissuras, Mastites, Hemorragias entre outros (SANTOS; CAVEIÃO, 2014).

Pois o puerpério se caracteriza logo após a expulsão do concepto placentário, dividindo em três períodos, sendo o imediato do 1º ao 10º dia; o tardio do 11º ao 45º dia e o remoto a partir dos 45º dia pós-parto. É considerado um período que pode ser complicado para a puérpera, pois ocorre várias modificações fisiológicas internas e externas, carregado de transformações psíquicas, em que a mesma necessita de cuidados e proteção (ANDRADE; SANTOS; MELLO).

Os objetivos do pré-natal, é de avaliar a saúde da gestante e do feto e seu desenvolvimento; apontar os fatores de risco que possam interromper o andamento normal da gestação e encaminhá-la para níveis de referências de maior complexidades que garantam a ela um tratamento precoce das condições normais; favorecer a inclusão de adaptação das novas experiências da gestante, companheiro e familiares, oferecem informações necessárias de cuidados nesse período, preparando-os para o parto e pós-parto e para a responsabilidade da maternidade e paternidade (BRASIL, 2016).

Contudo, mesmo com evolução na área da Saúde da mulher, mostram que os atendimentos e assistências prestados pelos enfermeiros, principalmente na área de obstetrícia, está longe de serem alcançadas com eficiências, em que a mulher passa a ser vítima de agravos muitas vezes irreversíveis. Tais acontecimentos ocorrem pela falta de profissionais atuantes, sobrecarregando o trabalho da equipe e resultando-se na identificação tardia dos sinais e agravos evoluindo para o período patológico, aumentando assim o problema da mulher. (GONÇALVES; OLIVEIRA; GARCIA, 2016).

Portanto, é de responsabilidade prioritária dos governantes fornecer uma assistência à mulher no seu período gravídico puerperal de qualidade, através dos Programas de Prevenção e que devem atender a princípios de humanização, qualidade e intervenção em todos os setores de atendimento a gestante e/ou puérpera e aos recém-nascidos, com intuito da redução de mortalidade materno, infantil e neonatal, como deixa claro na Constituição da Seção II, artigo 196 de 1988, que a Saúde é direito de todos os cidadãos, garantidos pelo Estado e sua prática em todo território Nacional. (SANTOS; CAVEIAO, 2014).

Diante disso, questiona-se: Quais as complicações encontradas ao discorrer o período do puerpério patológico mediante as literaturas publicadas de 2008 a 2018?

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo Geral**



Apontar as complicações encontradas nas literaturas publicadas nos anos de 2008 a 2018 sobre o Puerpério Patológico.

#### 1.3.2 Objetivos Específicos

- Enfatizar a evolução das Políticas Públicas em Saúde da Mulher;
- Identificar as possíveis complicações no período do Puerpério Patológico;
- Enfatizar as ações e cuidados do enfermeiro que contribui para o controle das possíveis complicações no período gestacional até o período fisiológico.

#### 1.4 Revisão Dos Capítulos

No capítulo II um breve relato sobre a Evolução de Políticas Públicas em Saúde da Mulher, como desenvolveu a assistência ao Pré-Natal, a importância da atenção ao Pré-Natal e as mudanças corporais gestacional, quais os exames solicitados e suplementos alimentares durante o Pré-natal, as vacinas precisas para as gestantes, será descrito o trabalho de parto, quais os tipos de partos, vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, o que é puerpério e quais seus períodos e modificações e um breve resumo sobre o puerpério patológico.

Capítulo III: descrito a metodologia, qual o tipo de pesquisa, abordagem e métodos.

Capítulo IV: Análise dos artigos referente às complicações puerperais, de acordo com a percepção de cada autor.

Capítulo V: descreve-se as considerações finais, de acordo com os objetivos alcançados através da análise do estudo.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

Neste capítulo, veremos o conceito histórico da evolução de Políticas Públicas de Saúde da mulher, a assistência ao pré-natal de baixo risco, as principais modificações corporais na gestação, com a evolução de trabalho de parto, parto e os períodos do puerpério até suas complicações puerperal.

### **2.1 Evolução de Políticas Públicas de Saúde da Mulher Internacional e Nacional**

Apontar o que entende-se como momento do parto e nascimento em nossa cultura, remete-nos ao passado marcado por um contexto histórico, político e social no campo de saúde, em que traz atualmente o modelo de cuidado e prática de enfermagem obstétrica e neonatal pautada na humanização da assistência, tendo como base as políticas públicas de saúde, utilizações tecnológicas, cuidado integral à mulher, ao recém-nascido e família, com a valorização das crenças e modo de vida (YURI; TRONCHIN, 2010).

No século XX os programas materno-infantil apresentavam uma visão restrita sobre a mulher, sendo que o papel da mulher baseava-se em sua especificidade biológica e social, de mãe e doméstica, ficando responsável pela criação e educação, do cuidado com a saúde dos seus filhos e demais familiares, eram limitadas quanto as questões relacionadas à gestação e ao parto. Na década de 50, as mulheres da Europa, sofriam grandes impactos com as ações de saúde chamados "Estados de Bem-Estar", enquanto no Brasil o objetivo era de fazer das mulheres "melhores mães", sendo que a maternidade era o papel mais relevante na sociedade, juntamente com a criação dos filhos em relação ao desenvolvimento econômico (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, com a crise político-econômica que o Brasil enfrentava no ano de 1965, acabou cedendo instituições de financiamento internacional, criada assim, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BEMFAM), com a formação de profissionais de saúde financiados por essas instituições, divulgava uma ideologia contraceptiva intervencionista no meio médico.

Nesse período se deu a criação do Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC) e foi patrocinado novos hospitais e clínicas (BRASIL,2016).

Assim, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967, alavancou-se a passagem do parto do domicílio para o hospital, pois com a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões no INPS, a expansão da assistência hospitalar houve um aumento dos partos hospitalares, de 54% para 74%. A partir dos anos de 1970 deu-se a origem de epidemia de cesarianas, quando médicos e hospitais de seguridade social nesse período recebiam mais pelo parto cirúrgico do que pelo parto vaginal (LEISTER; RIESCO, 2013).

Nesse sentido, na década de 80 no Brasil, deu-se o início na elaboração de políticas públicas, com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), juntamente com a participação do movimento feminista, dos profissionais da formulação de políticas e do movimento sanitário, baseando-se nos princípios do direito à saúde; integralidade da assistência; da equidade de gênero e novas propostas inovadoras de ações educativas voltadas para os direitos reprodutivos, proporcionando as mulheres a aproximação de seus corpos com sua saúde numa prática educativa (LEMOS, 2011).

Segundo Brasil (2011), afirma que em 1984, o Ministério da Saúde (MS) cria-se então o PAISM, no auge do movimento feminista Brasileiro em que os programas voltados a saúde da mulher foram criticados, porque até então a mulher apenas tinha acesso a alguns cuidados da saúde no ciclo gravídico-puerperal e na maior parte de sua vida ficando sem assistência. Deste modo, após o movimento das mulheres com forte atuação no campo da saúde contribuiu-se para introduzir na agenda Política Nacional, questões consideradas restritas e privadas que foram deixadas ao segundo plano.

Após quase duas décadas da instituição do PAISM, no final dos anos 90, o Brasil permanecia com várias questões a serem enfrentadas referente a assistência à saúde da mulher, pois o MS havia sistematizado e priorizado a saúde da mulher com a criação da Política Nacional a Saúde da Mulher, em que foram ampliada e reafirmada em três linhas de projetos específicos: melhorar a saúde reprodutiva; reduzir a mortalidade por causa evitáveis e combater a violência contra a mulher (ANDREUCCI; CECATTI; 2011).

Além disso, a Área Técnica de Saúde da Mulher, junto com a secretaria de assistência à saúde e Secretaria Executiva do MS elaboram um plano em três etapas: primeiro, o aumento da remuneração de parto normal, instituindo um limite máximo para pagamento de cesáreas por hospital de acordo com a Portaria MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998; segundo, o Programa de Apoio a Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto

risco; e a terceira etapa direcionada Especialmente a Atenção no Pré-Natal e ao Parto, com enfoque na qualidade da assistência, ao acesso e a humanização (BRASIL, 2016).

Posteriormente, em 2000 foi criado pelo MS, o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento PHPN em todo território Brasileiro, com protocolo de ações na atenção obstétrica de forma igualitária em todo país, enfrentando questões não resolvidas com a instituição do PAISM ao longo de vários anos. O PHPN visa além do atendimento humanizado com o modelo de atenção integral, a necessidade de melhorar as condições de atendimento as gestantes na rede pública de saúde, com intuito de diminuir a mortalidade materno e perinatal. (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Portanto, este programa estabeleceu como responsabilidade dos Estados e Distrito Federal a definir o limite de percentual máximo de cesarianas por hospital em relação ao número total de partos realizados e outras táticas para a diminuição destes procedimentos. Aprovou também com a Portaria Nº 693/GM de 05 de julho de 2000 a implantação do método Canguru, com intuito de promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (SANTOS; ARAÚJO, 2016).

Destacou-se no PHPN a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que priorizou as ações de promoção da saúde das famílias, com evidência na atenção básica, na responsabilidade sanitária e pela promoção do cuidado integral. Estabelecendo também o número de consultas, a idade gestacional, os exames e as ações educativas em saúde, com discussão das práticas e suas bases conceituais em saúde igualitária aos modelos empregados em todo o mundo, com propósito de oferecer um referencial para a organização de rede assistencial, com capacitação profissional e a normatização dessas práticas com evidências científicas atualizadas e recomendadas pela OMS (CRUZ; CAMINHA; FILHO, 2014).

Após a criação do PAISM e das políticas nacionais é que a Atenção à Mulher e à Criança foram intensificadas, sendo que o puerpério passa a ser uma assistência de atenção básica, e a instituição da Rede Cegonha, busca organizar e estruturar a rede de atenção à saúde materno infantil no Brasil, reafirmando uma necessidade de assistência humanizada para que possa refletir positivamente no puerpério (ANDRADE; SANTOS; MAIA; MELLO, 2015).

Nesse sentido, a Rede Cegonha criada em 2011, composta por um conjunto de medidas que garante as mulheres brasileiras atendimento seguro, adequado e humanizado desde a confirmação da gravidez, o percurso do pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê. A rede consta com recursos sobrepostos na construção de cuidados primários a mulher e a criança, tendo como referência a UBS, desde o acompanhamento do pré-natal, exames,

transporte seguro, até o parto nos leitos maternos hospitalares do SUS (SANTOS; ARAÚJO, 2016).

Para isso, a Rede Cegonha constitui-se de quatro componentes indispensáveis que garante o acesso, acolhimento, resolutividade e a redução morbimortalidade materna e infantil, que é a qualificação do Pré-Natal; Atenção ao parto e nascimento; Puerpério e a atenção integral à saúde da criança; e o Sistema de transporte sanitário e regulação. Tendo como os desafios de articular o trabalho em rede, mudanças nas práticas, estruturas e culturas na atenção ao parto e nascimento, inserindo os enfermeiros obstetras e obstetrizas dentro de uma política mais ampla de atenção integral na saúde da mulher e da criança (BRASIL, 2014).

Acrescenta-se também, a garantia do acolhimento, ampliação de acesso e melhoria da qualidade do pré-natal pela rede cegonha, para qualificar os profissionais da atenção primária, oferecer teste rápido de gravidez, teste rápido de sífilis, expandir os recursos destinados aos exames de pré-natal, disponibilizar para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) o kit de atenção ao pré-natal e estabelecer a visita a maternidade de referência no pré-natal (BRASIL, 2016)

Em relação a assistência ao parto e o nascimento, visam a suficiência de leitos obstétricos e neonatais nas Unidade de Tratamento Intensivos (UTIs), Unidade de Centro Intensivo (UCI), canguru, conforme as necessidades de cada região; os ambientes das maternidades devem estar de acordo com a Resolução da Diretora Colegiada (RDC) nº 36/ 2008 da ANVISA; em obter práticas de atenção à saúde fundamentada em evidências científicas; garantir ao acompanhante durante o acolhimento e trabalho de parto, parto e pós-parto e realizar a classificação de risco nos serviços de atenção obstétricos e neonatal (BRASIL, 2016).

## **2.2 Assistência ao Pré-Natal**

Por várias décadas a vivência da gestação e do parto foi propriedade das mulheres, a parturição tinha como auxiliares somente as parteiras, comadres, religiosas ou mulheres experientes de confiança familiar para realizar esse fenômeno feminino. Após várias discussões e reflexões sobre a assistência à mulher no pré-natal, as estratégias de atenção à saúde avigoram a participação efetiva das gestantes ao pré-natal, possibilitando a obtenção de novos conhecimentos, ampliação de sua percepção corporal quanto a capacidade de gestar, parir e maternar (CRUZ; BARROS, 2010).

Foi na metade do século XX que averiguaram os avanços na saúde materno-infantil e houve uma redução significativa na mortalidade materna e perinatal devido ao conhecimento e a prática médica obstétrica e neonatal, juntamente com as políticas públicas implantada no

Brasil com a introdução do PAISM, destacando a importância da assistência e a atenção ao pré-natal nos resultados positivos perinatais (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, a cobertura de atenção ao pré-natal vem crescendo nessas últimas décadas, para garantir sua qualidade de assistência. Isso refere-se a mudança de atitude de cada profissional envolvido na área da saúde, com eficiência e destreza dos serviços prestados. Assim é preciso que cada vez mais o profissional de saúde esteja consciente da necessidade de sua atenção na assistência do ciclo gravídico-puerperal, com conhecimento técnico e científico buscando sempre um resultado satisfatório na atenção referente a cada mulher (BRASIL, 2017).

A assistência ao pré-natal possui um desempenho crucial no resultado da gestação, com intuito de promover à saúde da gestante e do feto, identificar as situações de risco para ambos e intervir quando cabíveis. Estudos apontam que a ineficiência do pré-natal está associada com altas taxas de mortalidade materno, fetal, neonatal e infantil, com maiores incidências de prematuridades e baixo peso ao nascer (CRUZ; CAMINHA; FILHO, 2014).

Portanto, é relevante a classificação do pré-natal em alto ou baixo risco nas gestantes pelos enfermeiros e médicos no acompanhamento das mesmas desde o início do pré-natal até 42 dias após parto, com olhar holístico, evitando futuras complicações, melhorando assim as condições de vida e a redução morbimortalidade materna no país. Já que o papel do enfermeiro é de identificar e encaminhar situações de riscos obstétricos, atuar na promoção, prevenção e reabilitação das puérperas, com intuito de identificar riscos puerperais evitando as mortes maternas e infantis (SANTOS; CAVEIÃO, 2014).

Durante o pré-natal o enfermeiro deve identificar o conhecimento, a experiência prática e crenças da gestante para promover educação em saúde, a fim de garantir a vigilância e efetividade durante a assistência no pré-parto, assim o enfermeiro deverá estar prestando toda o auxílio durante o parto como pós-parto e no período puerperal (OLIVEIRA; CATRO; LESSA, 2008).

Os objetivos do pré-natal preconizados pelo MS, tem como finalidade de avaliar a saúde da gestante e do feto e seu desenvolvimento; apontar os fatores de risco que possam interromper o andamento normal da gestação e encaminhá-la para níveis de referências de maior complexidades que garantam a ela um tratamento precoce das condições normais; favorecer a inclusão de adaptação das novas experiências da gestante, companheiro e familiares, além das informações necessárias de cuidados nesse período, preparando-os para o parto e pós-parto e para a responsabilidade da maternidade e paternidade (BRASIL, 2016).

Nesse sentido garante o desenvolvimento da gestação segura, permitindo um parto saudável tanto para mãe quanto para o recém-nascido, abordando aspecto psicológico, sociais,

com atitudes educativas e preventivas. Sendo assim, o indicador primordial de um prognóstico ao nascimento é a assistência ao pré-natal com orientações qualificadas, definindo estratégias para as gestantes de risco, com suporte para tomar as decisões clínicas para as mesmas na UBS (MELO et al, 2010).

Segundo Brasil, (2017), o acompanhamento realizado nas UBS ao ciclo gravídico puerperal é de grande importância e implica em inúmeras possibilidades de ações que fornece um pré-natal com atenção humanizada de qualidade a mulher e aos familiares, destacando assim as principais ações primordiais: acolhimento, identificação, monitoramento e acompanhamento de fatores de risco, imunização, atividade de educação e saúde, criar calendário de consulta, visita domiciliar, preparo ao parto e ao nascimento humanizado.

Sendo assim, a UBS é a porta de entrada preferencial de acompanhamento da gestante na atenção básica pelo SUS e os profissionais de saúde responsáveis e envolvidos na assistência da gestante, precisam realizar ações de atenção integral, abrangendo a proteção e promoção da saúde, com prevenção de agravos, obtendo uma escuta qualificada que atenda às suas necessidades, proporcionando atendimento humanizado e que possa estabelecer um vínculo profissional, gestante e familiares. (BRASIL, 2013).

Por isso, a fase do pré-natal é o período de maior contato entre os profissionais de saúde da instituição com a população feminina, é nessa fase que o enfermeiro aborda vários assuntos referente ao período gestacional até o período do puerpério e as consultas devem ser realizadas com cautela, sendo produtiva e bem esclarecidas em relação as dúvidas da futura mãe sobre o tema. Também é bem oportuno a participação da família nesse período de suas vidas, essas abordagens podem ser realizadas em atividade educativa, sob forma de palestras, discussões informais, relatos e experiências, dramatização e oficinas com temas de interesse da gestante, sendo individual ou coletiva (REGO, 2015).

### **2.3 Atenção ao Pré-Natal e as Mudanças Corporais em Cada Trimestre**

A atenção ao pré-natal é precisa e necessária e inicia-se pelo médico /e ou por um enfermeiro da UBS, pois a consulta de acolhimento é uma prática primordial, elaborada para gestante e seu acompanhante, devendo haver uma disponibilidade para que as queixas, dúvidas e ansiedades sejam acolhidas e esclarecidas, estimulando-os assim, o desejo de voltar e de aderir ao programa (SÃO PAULO, 2010).

O calendário de atendimento do pré-natal pode ser programado através dos períodos gestacionais e as consultas podem ser realizadas na UBS ou através de visitas domiciliares, em situações especiais. Devem ser iniciados precocemente o pré-natal, com o número mínimo

preconizado pelo MS de seis consultas, tendo uma no primeiro trimestre até a 13ª semana, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre, considerando o risco perinatal, pois as intercorrências clínico-obstétricas mais comuns ocorrem no terceiro trimestre (BRASIL, 2013).

Sendo a consulta de enfermagem privativamente realizada pelo enfermeiro, com o objetivo de proporcionar condições para a promoção da saúde da gestante, melhorando a sua qualidade de vida através de uma abordagem contextualizada e participativa. De acordo com o MS é garantido pela LEI do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto Nº 94.406/87, que o profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, com realização de busca ativa, com diagnóstico precoce para que haja ações efetivas e resolutivas (BRASIL, 2013).

Pois durante o ciclo gravídico-puerperal, a mulher precisa receber algumas informações fundamentais de conceitos e cuidados no contexto social e suas transformações, juntamente com a família e especialmente o companheiro, alguns são: a importância do pré-natal; orientações sobre o cartão da gestante; realização de atividade física, que pode proporcionar benefício ao parto; promoção da alimentação saudável; desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; medo e fantasias referente a gestação e ao parto; sintomas comuns na gravidez e orientações para queixas mais frequentes, preparo para o parto e orientações e incentivo ao parto normal (SÃO PAULO, 2010).

Nesse sentido o papel do enfermeiro e da equipe de Atenção Básica no pré-natal são de grande valia em todo o processo de territorialização, mapeamento de área de atuação da equipe, identificação das gestantes, busca contínua de informações com cuidados em saúde no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários, como as escolas, associações, entre outros. Os profissionais de saúde não devem esquecer a participação das atividades de planejamento, nas avaliações das ações das equipes, sendo desde do médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde até a recepcionista, com intuito de promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social (BRASIL, 2013).

Logo, as ações educativas devem ser realizadas na forma de discussões em grupos, rodas de conversa, dramatização, ou com outros tipos de dinâmicas para que possam facilitar a troca de experiências, esclarecer dúvidas e contribuir para a aceitação de procedimentos propostos e com possíveis tratamento. Deve-se atentar ao nível de aprendizagem de cada usuária, com atividades de educação voltadas para adultos e que os temas discutidos, reflitam positivamente e responda às suas dúvidas e inseguranças (SÃO PAULO, 2010).



### 2.3.1 Primeiro Trimestre Gestacional

A atenção assistencial no primeiro trimestre que se dá do início até 13 semanas de gestação são utilizados como um primordial indicador da qualidade dos cuidados maternos, tendo como objetivo do acompanhamento do pré-natal, garantir o desenvolvimento da gestação e o parto saudáveis para ambos, sem provocar danos para saúde materna, mas sim com a abordagem sobre aspectos psicossociais e com atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2013).

Com a gravidez confirmada é preciso que o enfermeiro acolha a gestante no pré-natal, que oriente-a sobre o acompanhamento, tire suas dúvidas, preencha a caderneta da gestante, cadastre-a no SIS Pré-Natal, solicite os exames de protocolo e identifique o hospital de referência. Deve ser orientada quanto ao uso de suplementos alimentares como o ácido fólico e sulfato ferroso durante a gravidez e no mínimo dois meses após o parto, se as vacinas estão em dia comunicar e orientar a participação das atividades educativas na UBS e quanto ao direito do parceiro ou parceira a consulta e exames e estarem acompanhando a gestação, conforme o anexo 01 (SAITO, 2015).

São preconizados também pelo PHPN, que algumas intervenções qualitativas para melhorar a adequação do pré-natal, são benéficas para as gestantes, como as orientações sobre amamentação, imunização, alimentação adequada e suplementação específicas durante toda gestação, e principalmente no início da mesma (NUNES et al, 2016).

Nesse sentido é necessário que o enfermeiro haja com conhecimento para a realização da classificação de risco, a interpretação dos dados, da anamnese e o exame clínico/obstétrico. Devendo assim, orientar a gestante sobre a alimentação e o acompanhamento de ganho de peso gestacional, sobre os sinais de risco e a precisão de assistência em cada caso, deve-se referenciá-la para o atendimento odontológico e a importância da adesão ao pré-natal (BRASIL, 2013).

É fundamental que o enfermeiro realize o cálculo da Idade Gestacional (IG): que determina quantas semanas a gestante se encontra, sendo necessário a data da última menstruação (DUM), somando o número de dias do intervalo entre a DUM até a data da consulta e divide em sete, que resultará em semanas. Após, deve-se calcular a data provável do parto (DPP), levando sempre em consideração a duração média da gestação normal de 280 dias ou 40 semanas, a partir da DUM, usando o calendário (BRASIL, 2013).

Dessa forma, a mulher vivencia novas adaptações e reorganizações interpessoais e intrapsíquicas nesse período, com perspectiva de mudança no papel familiar e social, pois além de mulher e filha, ela passa a perceber-se e ser vista como mãe. Assim ocorrem importantes mudanças físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, com estado temporário de instabilidade

emocional, pois a gravidez é considerada um período de transição no ciclo vital da mulher, igualmente como são os períodos da adolescência e do climatério (BRASIL, 2013).

Para Vieira; Parizotto (2013), o período gestacional é considerado o acontecimento de vida mais complexo da experiência humana, sendo um influente estressor que produz alterações biopsicossociais na gestante, influenciados pela carga genética, desenvolvimento psicológico e estrutura social da futura mãe. Durante a gravidez, os hormônios femininos sofrem um aumento em sua concentração, com modificações corporais para proporcionar o crescimento adequado do bebê, podendo trazer mudanças orgânicas e comportamentais significativas para a mulher, apresentando sintomatologia depressiva, como ansiedade, baixa concentração, irritabilidade, mudanças no apetite, insônia e perda de energia.

Nas primeiras semanas de gravidez principalmente entre a sexta e a décima semana gestacional a futura mamãe vivencia momentos de grandes frustrações emocionais, sendo normal expressar ansiedade equivocada e alterações frequente de humor, pois é uma fase de aceitação da nova experiência, sendo frequente os receios sobre a capacidade de saber como enfrentar e lidar com a situação. Muitas mulheres seguras podem apresentar mudanças de humor bruscas, variando do riso ao choro, da euforia a tristeza ou da alegria ao mal humor, também podem apresentar sintomas físicos comum da gravidez como vômito e náuseas, mal-estar geral, enjoos e indisposição digestiva (MEDINA, 2017).

Também podem apresentar mudanças como dispneia, cefaleia intensa, uma vez a progesterona é produzida nessa fase, micção mais frequente, hiperpigmentação na pele, a um aumento nas mamas apresentando mais sensíveis e as glândulas sebáceas em volta dos mamilos se tornam mais visíveis (QUANDT, 2012).

### 2.3.2 Segundo Trimestre Gestacional

O corpo da gestante nessa fase muda muito rápido, sendo um período da 13 a 26 semanas gestacional, apresentando grande bem-estar, sendo percebidos pela mãe os primeiros movimentos dentro do útero. É importante que o profissional enfermeiro oriente sobre a amamentação exclusiva até o 6º mês, as técnicas corretas da pega, mostrando os benefícios do aleitamento materno, quanto aos cuidados com as mamas, mantendo-as sempre limpas, lavando-as diariamente e se perceber alguma alteração procurar a UBS (ROCHA; ANDRADE, 2017).

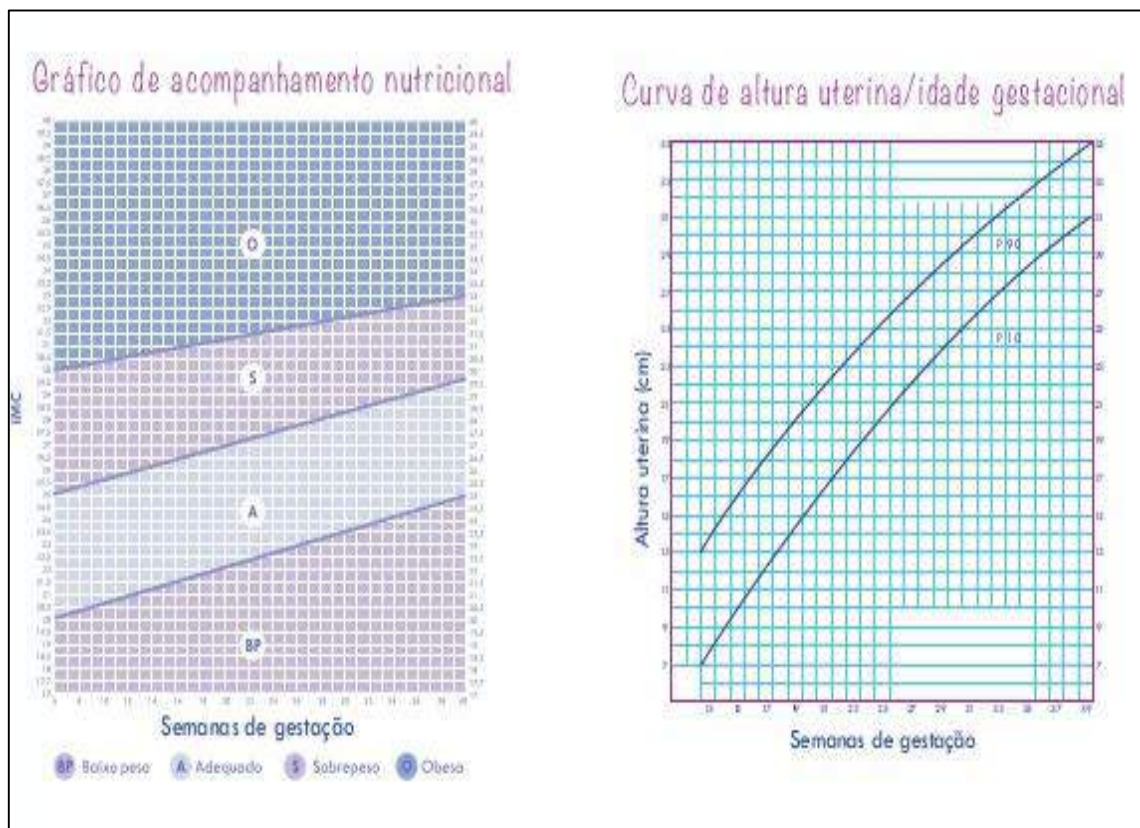
Esse período deve ser realizado a anamnese, enfatizando a pesquisa das queixas mais comuns da gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com intuito de reavaliar o risco gestacional e de intervir precocemente com ações efetivas. É preciso avaliar o

resultado de exames complementares, verificar o calendário vacinal e realizar o exame físico direcionado ao bem-estar materno e fetal (BRASIL, 2013).

Nesse sentido é preciso orientar as gestantes que ingiram mais líquidos, como água, sucos e vitaminas, evitando a desidratação e a constipação, ressaltar a importância de uma noite de sono tranquilo, pelo menos 8 horas por noite, com quarto ventilado e que repouse ou descanse um pouco durante o dia, com os pés mais alto que o resto do corpo. Deve-se orientar a tomar banho diariamente, evitando banho de assento pois incentiva o parto (ROCHA; ANDRADE, 2017).

É de extrema importância que o enfermeiro realize o cálculo e a anotação da IG, determine o peso e cálculo de índice de massa corporal (IMC), com a anotação no gráfico, realizando a avaliação nutricional e o monitoramento do ganho de peso gestacional. Deve-se realizar a palpação obstétrica e medida de altura uterina, anotando os dados no gráfico, observando o sentido da curva para a avaliação do crescimento fetal, verificar o controle da pressão arterial, pesquisa de edema e exame ginecológico, inclusive o exame das mamas para observação dos mamilos. Assim mostra a figura 01 (BRASIL,2013).

**Figura 01:** Acompanhamento Nutricional e Curva uterina



**Fonte:** Brasil, (2014 pg. 14).

As alterações fisiológicas vivenciadas durante a gravidez sejam elas perspicazes ou marcantes, é considerada a mais relevantes que o corpo humano pode sofrer. De tal modo o medo, ansiedades, dúvidas, angústias e fantasias são sentimentos gerados em relação às transformações que ocorrem no corpo durante esse período, tornando-se importantes que sejam compartilhadas com o enfermeiro e médico no momento do pré-natal, para que sejam esclarecidas e resolvidas o quanto mais rápido (COSTA ET AL, 2010).

No segundo trimestre, o corpo e a emotividade desenvolvem-se com mais intensidade na gestante, percebe-se os primeiros movimentos fetais dentro dela, fortalecendo a ligação entre mãe e filho, transmitindo-a muita segurança. O corpo começa a apresentar mudanças como o crescimento da barriga, alterações nos seios e nos quadris, sendo um período de sentimentos de plenitude, de bem-estar e muita disposição, principalmente para saber o sexo do bebê, pois as sensações de desconfortos iniciais desaparecem nesse período (BRASIL, 2015).

Assim, a gestante vivência um período de tranquilidade emocional, as alterações hormonais já estão estabilizadas e a gestantes começam a se adaptar psicologicamente com a gestação e isso reflete positivamente na aceitação das mudanças que repercutem nas atividades habituais, determinando prioridade nessa nova fase. Pode ocorrer um desejo sexual maior nesse período devido ao aumento da sensibilidade e o desaparecimento dos incômodos físicos do primeiro trimestre, deixando-a mais tranquila e relaxada (MEDINA, 2017).

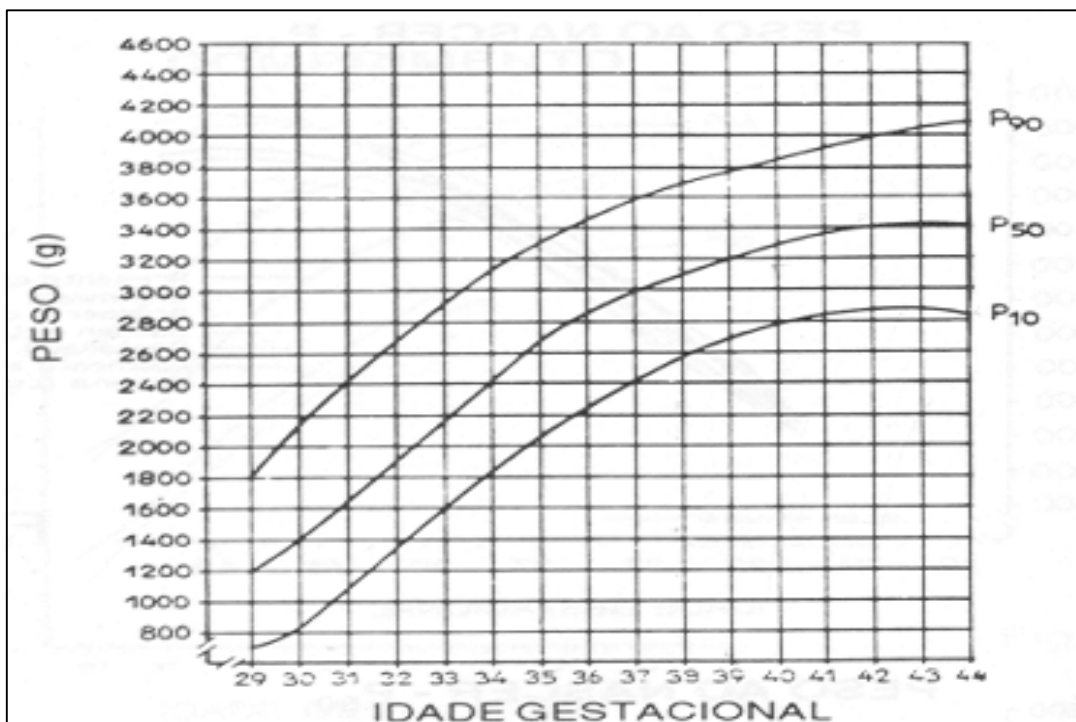
Portanto, acontecem alterações no débito cardíaco por causa da mudança de pressão venosa e pressão arterial, o padrão respiratório passa do abdominal para o torácico em razão da progressão gestacional. Algumas gestantes podem apresentar a linha nigra em até 1 cm de largura, por causa da melanina, que vai desde os pelos pubianos até o umbigo, pode externar o colostro, aumentar o ganho de peso até 0,5 kg por semana e como consequência o aumento da lordose lombar (QUANDT, 2012).

### 2.3.3 Terceiro Trimestre

No último trimestre que retrata da 26<sup>a</sup> semanas até o nascimento, é o momento que a gestante e o feto se preparam para uma grande mudança, deve-se realizar a anamnese atual da gestante, com anotação do (IG, verificar o calendário vacinal, calcular e anotar no gráfico o ganho de peso e curva para avaliação do estado nutricional, realizar palpação obstétrica e medida da altura e circunferência uterina para verificar a posição do feto, auscultar os batimento cardíofetais e anotar no gráfico a avaliação do crescimento fetal através do sentido da curva, de acordo com o peso fetal x a idade gestacional (BRASIL, 2013).

Entre as várias curvas que medem a idade gestacional x peso intrauterino, a mais utilizada é a curva de Battaglia e Lubchenco, que classifica-se em AIG- Adequado para Idade Gestacional, aquele que está entre o percentual de 10 E 90 de sua curva, de PIG: Pequeno para Idade Gestacional com menos de 10, e o GIG: Grande para a Idade Gestacional acima de 90 de sua curva, para acompanhar o crescimento intrauterino, assim mostra a figura 02 (RAMALHO, 2012).

**Figura 02:** Crescimento Intrauterino (peso x idade gestacional).



**Fonte:** Barlem, (2011 pg. 14).

Nestas últimas semanas, este período na vida da mulher, próximo ao parto, até o término do período puerperal acontecem profundas alterações, tanto no estilo de vida pessoal quanto na vida do casal e toda a família envolvida, ocorrem momentos de muita ansiedade e espera, pois a gravidez é um processo para a sobrevivência da vida humana, sendo preciso uma renovação gerencial para a formação e a chegada desse novo ser, com preparação física e psicológica para vivenciar o nascimento e a parentalidade (COUTINHO et al, 2014).

Neste trimestre, o tempo passa vagarosamente, aumentando a ansiedade para conhecer o bebê, insegurança em relação aos cuidados com a criança e o medo ao parto, retornam as dificuldades psíquicas, dificulta o bem-estar da futura mãe, com consequência, apresenta dificuldade para dormir, lombalgia, incontinência urinária, cansaço, entre outros incômodos que interfere para o bem-estar emocional. Por outro lado, aumenta a disposição para mudanças

na casa, em deixar tudo limpo e organizado, se preparando para a chegada do bebê (BRASIL, 2015).

Já no final da gestação a gestante pode apresentar outras alterações, como falta de ar e hipoventilação, aumenta a secreção de estrogênio, as estrias pode aparecer no abdome, nos seios e nas pernas devido ao aumento de peso e a elasticidade da pele, o ligamento da pelve começa a se afrouxar e tronar mais flexível para a saída do bebê, com aumento intenso da lordose lombar, podendo em muitas gestantes acontecer a diástase, que é uma leve separação nos músculos abdominais, apresentando inseguranças em relação as modificações físicas (QUANDT, 2012).

Considera-se um período de grandes conflitos, de estar em um momento culturalmente considerado divino e ao mesmo tempo com diminuição da autoestima, não gosta de si própria, sente-se pouco atraente, decorrente do medo da perda da individualidade, de dividir o amor do parceiro pelo seu filho. Nesse sentido há uma associação inconsciente entre a esposa grávida e a figura de mãe, podendo ocorrer um bloqueio quase total na vida sexual do casal, que está relacionada com as alterações metabólicas e hormonais específicas da gestação (BARRETO, 2009).

Sendo assim, é preciso que o profissional enfermeiro tenha uma boa comunicação com as futuras mães, gestantes, puérperas e lactantes, saber acolher e ouvi-las com muita atenção e carinho, pois elas precisam ser ouvidas e não ouvir, elas alimentam e nutrem e necessitam de um alimento especial na forma de apoio e aconselhamento nessas fases, principalmente na gravidez e no puerpério, em que a sensibilidade e a autoestima ficam mais visíveis, choram, sente-se incapaz de cuidados e de aprendizado. Então é necessário que o enfermeiro as compreendam e ajuda-as nesse momento, falando com paciência e bem expressivo para que estas venham assimilar todo esse momento (MELO, 2010).

Na fase final da gestação é necessário que o enfermeiro oriente a gestante para a preparação do período pré-parto, parto e puerpério, como os cuidados ao recém-nascido, quando a ansiedade, medo, mitos, verificando a possibilidade de parto normal ou cesárea. E preciso informar as gestantes sobre os sinais de parto, pois as mesmas precisam ficar atentas quanto a perda de tampão mucoso, contrações uterinas rítmicas e dolorosas, sobre as dilatações e o momento ideal para ir ao hospital (SILVA et al, 2014).

#### **2.4 Exames Solicitados Durante o Pré-Natal**

Os exames solicitados no primeiro trimestre pelo enfermeiro e/ ou médico que irá acompanhar a gestante durante o pré-natal, devem serem realizados até a 13<sup>a</sup> semana, sendo

importantes para avaliar a saúde da mãe, o risco de transmitir doenças de mãe para feto, identificar malformações e o risco de aborto espontâneo fetal. Assim, há uma lista de exames protocolados pelo MS que devem ser realizados em cada trimestre de gravidez, sendo indicado no primeiro trimestre os exames laboratoriais, urina e urocultura, ultrassonografia e exame ginecológico (SEDICIAS, 2017).

Portanto, na primeira consulta ou de preferência no 1º trimestre, os exames solicitados são: Hemograma para identificar alguma infecção ou anemia; Tipagem sanguínea e fator RH que é indicado quando o fator RH dos pais são diferentes, quando um é positivo e outro negativo; Combs indireto (se for negativo); teste rápido de triagem para sífilis ou VDRL/ RPR é indicado para avaliar presença de sífilis, doença sexualmente transmissível, que se não for devidamente tratada pela gestante, pode levar a malformação do bebê ou aborto espontâneo fetal; teste rápido para diagnóstico Anti-HIV, sendo um exame para identificar o vírus do HIV que provoca a AIDS e quando a mãe é tratada adequadamente, as chances do bebê se contaminar são bem menores (BRASIL, 2013).

O exame de Toxoplasmose que indica se a gestante já passou por contato com o protozoário *Toxoplasma Gondii*, podendo causar malformação no bebê, se a mãe for imune, é preciso receber orientações para evitar a contaminação; IgM e IgG que serve para identificar a infecção pelo citomegalovírus e se a gestante não for tratada devidamente, pode causar restrição de crescimento, microcefalia, icterícia ou surdez congênita no feto; sorologia para Hepatite B e C é indicado para diagnosticar as hepatites B e C, e se a gestante receber o tratamento adequado, evita a contaminação no bebê com o vírus; Glicose em jejum que avalia os níveis de glicose no sangue, para diagnosticar ou acompanhar o tratamento de diabete gestacional (SEDICIAS, 2017).

Também são solicitados o exame de Urina tipo I em que avalia-se a presença de infecção do trato urinário, porque 20 a 40% dessas infecções não tratadas devidamente evolui para pielonefrite, aumentando o risco de trabalho de parto e parto prematuro; assim como o exame de Urocultura que detecta a presença de bacteriúria assintomática, para redução de frequência de pielonefrite, baixo peso ao nascer e parto prematuro; é solicitado a Ultrassonografia Obstétrica preferencialmente entre 13 e 20 semanas para obter a datação gestacional e observar a morfologia fetal; Citopatológico de colo de útero; Exame de secreção vaginal (se houver indicação clínica) e Parasitologia (BRASIL, 2013).

De tal modo no segundo trimestre são solicitados o teste de tolerância à glicose jejum de 2 horas após sobrecarga com 75g de glicose anido. Se o diagnóstico de DMG na presença de qualquer um desses valores em jejum >110mg/dl ou após 2 horas >140mg/dl. Combs indireto

positivo se for gestante sensibilizada, ou Combs negativo gestante não sensibilizada (BRASIL, 2016).

É recomendado que solicite no terceiro semestre os exames de Hemograma, Glicemia jejum, Combs indireto se for negativo, VDRL, Anti-HIV, sorologia para hepatite B (HbsAg), repita o exame de Toxoplasmose se o IgG não for reagente, urocultura, urina tipo I e Bacterioscopia de secreção vaginal a partir de 37 semanas de gestação (BRASIL, 2013).

## **2.5 Prescrição de Suplementos Alimentares**

A suplementação alimentar diária oral de ferro e ácido fólico é indicada durante a gestação e o puerpério, sendo preciso que inicie o quanto antes possível, para reduzir o risco de anemia materna e deficiência de ferro e diminuir o risco de baixo peso ao nascimento. Foi sugerida pela OMS a suplementação alimentar em 1968 com dose de ácido fólico de 300ug (0,3mg) e 40mg de ferro, que equivale 200mg de sulfato ferroso ao dia durante toda a gestação, porém em 1998 a dose suplementar de ácido fólico foi ajustada para 400ug (0,4mg) com intuito de prevenir defeitos no tubo neural (BRASIL, 2013).

De fato, a suplementação de ferro rotineiramente previne a instalação de baixo nível de hemoglobina no parto e no puerpério. O Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) do MS, criado por meio de portaria MS nº 730 em 13 de Maio de 2005, em que recomenda-se 40 mg/dia de ferro alimentar que equivale 200mg de sulfato ferroso, que seja ingerido 1 hora antes das refeições e deve ser mantida a suplementação no período pós-parto e pós-aborto por 3 meses (BRASIL, 2013).

O ácido fólico é recomendado para prevenção de defeitos do tubo neural e alterações na divisão celular, orienta a consumir alimentos que tenham esse micronutriente como os vegetais foliosos verdes, frutas cítricas, alimentos integrais, legumes, bife de fígado, etc. Para as mulheres que desejam engravidar é recomendado que inicie a suplementação pelo menos 30 dias antes de engravidar e até no mínimo na 12ª semana gestacional, pois não é facilmente atingido esse micronutrientes somente pela alimentação (BRASIL, 2016).

Acrescenta-se também como recomendação, a ingestão de cálcio pois, apresenta grande benefício na manutenção esquelética e função cardíaca, para as mulheres com altos riscos de desenvolver hipertensão na gestação e com baixa ingestão de cálcio (BRASIL, 2013).

A Vitamina C é recomendada para estimular melhor a absorção do ferro e reduz o risco de anemia materna, sendo preferencialmente consumir alimentos crus, evitando seu cozimento. São ricos em Vitamina C os alimentos: Laranja, Limão, Acerola, Caju, Mexerica, Mamão, Goiaba, Morango, Tomate, Brócolis (BRASIL, 2016).



## 2.6 Calendário Vacinal da Gestante

O Objetivo da vacinação durante a gestação não envolve somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. As vacinas recomendadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) do MS, são as vacinas dupla do tipo adulto- dt (Difteria e Tétano) que é indicada contra o tétano acidental e a prevenção do tétano neonatal; Vacina contra influenza (fragmentada) em que é disponibilizada durante a campanha anual contra influenza da sazonal; a vacinação contra Hepatite B (recombinante) após o primeiro trimestre da gestação, e a dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche) que é aplicada das 27<sup>a</sup> e 36<sup>a</sup> semanas de gestação (BRASIL, 2016).

No Brasil, 87% dos casos de coqueluche, se manifestam em crianças menores de seis meses, por elas serem mais suscetíveis e não estarem protegidas contra a doença. Portanto, a vacina (dTpa), foi implantada ao calendário de vacinação das gestantes em 2014, com intuito da redução de morbimortalidade dos recém-nascidos, através das mães vacinadas que passam a proteção aos seus bebês até eles conseguirem completar o calendário de vacinação. Assim mostra o quadro 1 (BRASIL, 2015).

**Quadro 01:** Calendário de Vacinação das Gestantes

VACINA	SITUAÇÃO	ESQUEMA	OBSERVAÇÃO
DUPLA ADULTA: dT	-Esquema vacinal desconhecido  - não vacinada	<b>1º dose:</b> qualquer idade gestacional. <b>2º dose:</b> após de 60 dias ou no mínimo de 30 dias da primeira dose. <b>3º dose:</b> após 60 dias ou no mínimo 30 dias da segunda dose, sendo preferível em 26º a 36º semanas de gestação.	A dose de dT deve ser administrada em todas as gestações, mesmo que já ter sido realizada em gestações anteriores.
	- Esquema incompleto	Completar o esquema Administrando uma dose de dTpa entre a 27ª e 36ª semana de gestação, de acordo com número de dose faltantes;	
	- Esquema com três doses de dT	Administrar uma de dTpa entre a 27ª e 36ª semana de gestação;	
HEPATITE B	-Esquema vacinal desconhecido - não vacinada - HBsAg (-) e Anti-HBs < 10	<b>1º dose:</b> após a 14ª semana de gestação; <b>2º dose:</b> após 30 dias da primeira; <b>3º dose:</b> Após seis meses da primeira.	
INFLUENZA	- Em qualquer período gestacional	<b>Dose única</b>	Caso não tenha tomado a vacina no período gestacional, recomenda-se tomar no puerpério.

Fonte: Brasil, (2016). Adaptada.

## 2.7 Parto

Desde a antiguidade a assistência ao parto era de responsabilidade exclusiva da parte feminina, sendo que essa prática era realizada apenas por parteiras, que eram de extrema confiança das gestantes e seus familiares, incidiam o ato fisiológico de parir e os acontecimentos na vida da mulher ocorriam em suas próprias residências (MENDES; DIAS, 2012).

Após a Segunda Guerra Mundial no século XX, com altas taxas de mortalidade materno-infantil, houve a necessidade de institucionalizar o parto, deixando de ser domiciliares para serem realizados no hospital. Em decorrência, disso surge a medicalização, a família é excluída da participação do nascimento, as gestantes passam a dividir salas de pré-parto sem nenhuma privacidade, sem acompanhantes, pois os hospitais não tinham estrutura física para atender as mesmas e seus familiares (SILVANI, 2010).

Dessa forma, o MS em 1984 lança o PAISM que é considerado como a peça fundamental de uma nova lógica de assistência à saúde da mulher, com grande influência pelo movimento feminista, havendo um forte avanço na elaboração de políticas públicas voltadas à saúde da mulher nesses últimos vinte anos. Assim em 2000 com o PNHN, redefiniram os aspectos da atenção ao parto, sendo a principal estratégia garantir a melhoria do acesso da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério para as gestantes e seus recém-nascidos (MAIA, 2010).

É dentro deste contexto que o MS vem exercendo seu papel fundamental normativo e regulador, com implantação de um conjunto de ações voltados para estimular a melhoria da assistência obstétricas. Assegurando as gestantes o momento do parto e do nascimento com segurança e dignidade, com direito de uma assistência humanizada e de boa qualidade, tendo como intuito de minimizar os índices de morbimortalidade materna e fetal (MELO, 2015).

## 2.8 Trabalho De Parto Normal

É o processo fisiológico pelo qual o útero expulsa ou tenta expulsar os produtos conceptuais como o feto, líquido amniótico, placenta e membranas. Divide-se em quatro períodos clínico do parto: Período de Dilatação, Período de Expulsão ou Expulsivo, Período de Dequitação e Período de Greenberg (SAITO, 2017).

O hipotálamo do feto dá início ao trabalho de parto pela secreção do hormônio liberador de corticotrofina, no qual estimula a hipófise anterior a produzir adrenocorticotrofina, que provoca a secreção de cortisol pelo córtex de adrenal. O cortisol envolve na síntese de estrógenos e estimula a liberação de oxitocina pela hipófise posterior e a síntese de

prostaglandinas pela decídua, provocando a contratibilidade do miométrio (MONTANARI, 2013).

A presença da contração uterina ou dor de parto, como é conhecida popularmente, é vivenciada pelas gestantes como uma sensação dolorosa em todo o ciclo gravídico-puerperal, pois para cada período do parto ela possui sua finalidade específica, que determinada por sua contratibilidade uterina interno: que registra a pressão intra-miometrial e a pressão amniótica; e a contratibilidade uterina externo: que é realizado manualmente através do toco monitor, são tradutores externos que indicam se está fraca, média ou forte por mmHg. Determina também o tono ou tônus que é a pressão mais baixa desempenhada pelo útero entre as contrações, a intensidade entre o ápice da curva e a base, a duração e frequência das contrações (SAITO, 2017).

O 1º período que é o Período de Dilatação e contrações do colo uterino, é a fase mais longa e chega até 10 cm de dilatação. Começa com contrações curtas de 10 a 30 segundos, com intervalo cada vez menores, começando com 1 a 2 contrações de 90 segundos com intervalos de 3 a 4 minutos entre as contrações. Esse período se divide em fases diferentes, sendo que na 1º Fase: Latente, Pré-Trabalho de Parto, Inicial ou Pródromos; 2º Fase: Trabalho de Parto Ativo; e a 3º Fase: que é a Transição (ROMEIRO, 2017).

Nesta fase do período de dilatação os sinais que apresentam, indicam que o trabalho de parto está próximo, porém em cada gestação manifestam de forma diferente para cada mulher, para algumas são bastante desconfortáveis e para outras são imperceptíveis. Das características nessa fase, podem ocorrer contrações regulares doloridas ou não, dores nas costas e a duração para o início do parto pode levar dias ou semanas. Assim, recomenda-se que a gestante procure descansar, hidratar-se bem e manter bem alimentada para aguardar o trabalho de parto que logo iniciará (MAZZETO, 2014).

Conforme as contrações vão ficando mais dolorosas, fortes e com intervalos menores inicia a 2º fase que é o trabalho de parto ativo com o colo de útero dilatado em até 4cm. As contrações chega a durar entre 60 a 90 minutos e com intervalo de 3 a 4 minutos entre cada contração, a dilatação é mais acelerada nessa fase, entretanto o trabalho de parto pode levar algumas horas para completar a dilatação em 10 cm (ROMEIRO, 2017).

Entre a dilatação de 08 a 10 cm, é a fase de transição, que ocorre do primeiro ao segundo período, aumenta o sangramento do colo, começa a transpor a cérvix, as contrações ocorrem a cada 2 minutos em até 90 segundo de duração. As parturientes podem apresentar agitação, náuseas e vômitos, sudorese, vontade de fazer esforço no intuito de expulsar, que são os “puxos” involuntários (SAITO, 2017).

Nesse momento inicia o 2º Período do trabalho de parto, que é o período expulsivo, que acontece desde a dilatação total de 10 cm ao nascimento do bebê, podendo durar algumas contrações ou até duas horas. A mulher sente-se uma pressão muito forte na vagina e no reto, e a vontade de fazer força se intensifica, acontecendo a distensão total do períneo e o bebê coroa, sentindo um ardor conhecido como “círculo de fogo” (MAZETTO, 2014).

Após a expulsão fetal, denomina-se o Período de dequitação que dura em torno de até 30 minutos, com contrações apresentando uma intensidade média, indolores, frequência de 4-5/10 rítmicas. Seu mecanismo de deslocamento pode acontecer pelo Bardelocque- Schultze em até 75%, iniciando pela face fetal, com presença de sangramento posterior e com inserção fundida, ou pelo mecanismo de deslocamento ducan com 25%, e inicia-se pela face materna, sangramento concomitante e inserção lateral (SAITO, 2017).

O 4º Período, se classifica em período de Greenberg, que acontece até a segunda hora após o parto ou a primeira hora após a dequitação, acontecendo o miotamponamento, em que os músculos se contraem com as ligaduras vivas de Pinard e o trombotamponamento, que constitui em hematoma que cobre a ferida placentária. Assim diminui o tempo com ocitocina ou prostaglandina e as contrações uterina se fixam ao globo de segurança de Pinard, momento que a fibra uterina adquire novo tono e se mantém assim até ocorrer a involução puerperal. Nas primeiras duas horas é importante e preciso que verifique os sinais vitais da gestante, observando-a constantemente, pois uma assistência negligente pode levar a hemorragia e em muitos casos a mortes maternas (PALHETA, 2015).

## **2.9 Parto Normal: Vantagens e Desvantagens**

No Brasil cerca de 3 milhões de partos são realizados anualmente, sendo 98% em ambientes hospitalares públicos ou privados, considerando uma parcela significativa da população, entre as famílias e o seu meio social. Com os avanços tecnológicos e procedimentos obstétricos contribuíram com a melhoria dos índices de morbimortalidade materna e perinatais em todo o mundo, contudo, as mulheres e os recém-nascidos são expostos a várias intervenções, que seriam para serem realizadas apenas em situações de necessidades, como episiotomia, o uso de ocitocina, a cesariana, entre outras (BRASIL, 2017).

Desta maneira, apontaram os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde do Brasil, que em 2010, foram registrados 52,34% partos cesáreas, sendo considerado uma epidemia pela OMS pois, ultrapassam os 15% preconizados. O objetivo da assistência ao nascimento é promover o mínimo de intervenções com segurança, para obter mãe e filho saudáveis (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Já a decisão quanto a via de parto, é influenciada por diversos fatores que podem interferir na saúde materna e infantil como os riscos e benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras. É importante que o profissional da saúde oriente a gestante quanto ao direito de livre escolha da via do parto, sendo respeitada e acompanhada durante todo o período gravídico puerperal (SILVA; PRATES, CAMPELO, 2014).

Nesse sentido, é importante que as gestantes procurem buscar conhecimentos e informações sobre os tipos de parto, saber sobre as vantagens e desvantagens do parto normal e parto cesárea, a fisiologia de cada parto e que forma a via de parto pode influenciar na vida do bebê. A busca de informações faz parte da formação e identificação com seu mundo social e com os outros, com intuito de preparar para viver a maternidade, respeitando sua escolha quanto a via de parto que trará o seu filho ao mundo (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

O parto normal caracteriza-se de forma espontânea e o nascimento ocorre pela via vaginal, respeitando o momento certo de nascer do bebê, ocorrendo na forma mais natural possível. Deve-se sempre lembrar que é a primeira opção de escolha por proporcionar vários benefícios tanto para a mãe quanto ao bebê (UNICEF, 2017).

Assim as vantagens para a mulher é a cicatrização e recuperação pós-parto mais rápida, tem um retorno das atividades diárias em poucos dias, as dores e desconforto são desnecessários pós-parto, com menor risco de infecção hospitalar, menor risco de morte materna, menor risco de obesidade, além de proporcionar maior vínculo entre mãe e filho desde o primeiro minuto de vida (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

Nesse sentido, as vantagens do parto normal para os bebês ao passar pelo canal vaginal, o tórax é comprimido, favorecendo a expansão do líquido amniótico dos pulmões, a maturidade pulmonar acelera e previne problemas respiratórios, há uma melhora no sistema neurológico, fortalece o sistema imunológico, os reflexos, apresentando-se mais ativo, também ocorre a passagem da flora bacteriana da mãe para o bebê, ajudando a criar sua própria flora intestinal proporcionando a prevenção de doenças futuras (UNICEF, 2017).

## **2.10 Parto Cesariana: Vantagens e Desvantagens**

Sendo realizada através de uma incisão na parede abdominal (laparotomia), uma incisão na parede uterina (histerectomia), é um procedimento cirúrgico para retirada do bebê quando há algum fator que coloca em risco da saúde da mulher, do feto ou de ambos, sendo por hipertensão grave descompensada, gestante soro positiva, quando o cordão umbilical sai antes do bebê, a placenta desarticula antes do nascimento, quando a circunferência cefálica é

desproporcional a abertura vaginal, ou o bebê apresenta-se atravessado ou sentado, entre outros (UNICEF, 2017).

As vantagens de realizar o parto cesariano para a mulher é o desejo de não sentir dores intensas, ter experiência prévia positiva e em poder realizar a laqueadura. No entanto por outro lado, as desvantagens são maiores, há risco de infecções puerperais, hemorragia puerperal, depressão pós-parto, maiores chances de sequelas, maior tempo de cicatrização e recuperação pós-parto, dificuldade para amamentar, maior tempo separado entre mãe e filho no pós-parto e consequentemente com uma internação hospitalar prolongada (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

Contudo a vantagem no parto cesariana é que este, pode salvar a vida do recém-nascido em situações de risco, mas não tem acesso aos benefícios do parto normal, pois as vezes não chega a passar por trabalho de parto e nem pelo canal vaginal, sendo propício ao maior risco de mortalidade infantil (UNICEF, 2017).

## **2.11 Puerpério Fisiológico**

Tal período caracteriza-se desde a expulsão do bebê, até seis semanas após o ocorrido, sendo um período de mudanças fisiológicas, biológicas, subjetivas e sociais para a puérpera e familiares, levando-a alguns momentos de estresse, após vivenciar uma nova experiência de vida (MESQUITA; PAULINO; NOGUEIRA, 2011).

Essa fase se divide em três período importantes, sendo o período imediato do 1º ao 10º dia, o tardio do 11º ao 45º dia e o remoto que se dá a partir do 45º após o nascimento, apresentando grandes modificações internas e externas, sendo que a mulher necessita de maiores cuidados, atenção e proteção (ANDRADE et al, 2015).

Nesse sentido, o MS colocou em pauta o acesso e a qualidade do cuidado no ciclo gravídico puerperal, na atuação da ESF, com o propósito de um cuidado integral e humanizado, pois o puerpério é um período em que a mulher passa por profundas transformações com risco frequente de agravos, se expondo as causas contínua de morbimortalidade materna (CORREA et al, 2017).

Então é importante, que a puérpera durante o período puerperal, seja atendida com um olhar integral, como um todo, considerando o seu contexto sociocultural e familiar, porque se os profissionais de saúde não tiverem eficiência, visão holística e não tratarem com integralidade, pode apresentar uma ameaça à saúde materna e infantil (ANDRADE et al, 2015).

## 2.12 Manifestações Fisiológicas no Pós-Parto

Da gestação ao parto, são acontecimentos que marcam a vida da mulher, o nascimento de um filho é momento repleto de amor, carinho, realizações e ao mesmo tempo de muitos anseios, temores, aflição, podendo ser positivos ou negativos, dependendo de cada gestante ou puérpera, em razão de que o período gravídico-puerperal apresenta diversas transformações físicas, alterações hormonais e psíquicas que podem evoluir complicações na puérpera (FRANCISQUINI et al, 2010).

O período pós-parto inicia-se logo após o nascimento do bebê, terminando então com o retorno da menstruação, a puérpera estará se recuperando das alterações fisiológica, hormonais e emocionais que ocorre até o retorno das funções pré-gravídica, ficando assim, nesse estágio exposta a desenvolver e evoluir para o período do puerpério patológico (SILVA; PEREIRA; SANTOS et al, 2017).

Após a dequitação da placenta, automaticamente a mulher perde sua fonte produtora de estrogênios que até então era a função dos ovários durante a gravidez, estes são bloqueados após cumprirem a função do corpo lúteo, determinando então o início da lactação com a queda dos hormônios esteroides que impediam o efeito da prolactina e juntamente com a liberação desta aumentada ocorre o efeito de sucção. Assim a puérpera passará por um período de atrofia genital ou “crise genital” até que os ovários retornem a sua função endócrina (BRAGA, 2012).

Nesse sentido o útero sofre uma diminuição do tamanho das células junto com a contração das fibras, que caracteriza como involução do útero, que se dá por repentina queda de estrogênio e progesterona, que libera enzima proteolíticas no endométrio, com redução do tamanho e peso após a dequitação, tornando-se globoso e endurecido, aproximadamente 1000grs, diminuindo para 500grs na primeira semana e 320grs duas semanas após o parto, variando-se a involução uterina conforme o tamanho do bebê e o número de partos anteriores (SILVA,2016).

A manutenção da contratibilidade uterina juntamente com a hemóstase do sítio de inserção placentária que é o globo de segurança de Pinard, incide através da trombose local dos vasos, nas primeiras 24 horas o útero alcança a cicatriz umbilical, apresentando consistência firme evoluindo-se em ritmo irregular de 1cm por dia aproximadamente, de modo que não será mais palpado acima da sínfise púbica no 10º dia, continuando o processo de involução por cerca de cinco a seis semanas (BRAGA, 2012).

Nesse período a puérpera apresenta perda vaginal após o parto que denominamos de lóquios, que é constituído de secreções proveniente da produção de exsudatos e transudatos, misturado de sangue e elementos celulares da ferida placentária, do colo do útero e da vagina.

Apresenta-se modificações na cor e na quantidade de lóquios, de acordo com a cicatrização do local em que a placenta estava implantada, a quantidade começa moderadamente tornando-se escassa posteriormente (SILVA, 2016).

Além disso, é preciso que o lóquios da puérpera seja avaliado, pelo menos duas vezes ao dia, em que o início do fluxo é sanguíneo, de volume variável, não ultrapassando de um fluxo menstrual, que se caracteriza de lochia rubra, já o lochia fusca apresenta-se acastanhado a partir do 5º dia de puerpério, evoluindo gradativamente para lochia flava que apresenta serossanguíneo por volta do 10º dia e finalmente para o lochia alva, sendo apenas seroso. O odor apresenta-se característico e depende da flora vaginal de cada puérpera, podendo evoluir para infecção puerperal e tornar o lóquios fétido (BRAGA,2012).

Imediatamente a puérpera apresenta um estado geral pós-parto, com comportamento de alívio e tranquilidade, porém manifesta-se exaustiva fisicamente juntamente com a sonolência, podendo apresentar um aumento de temperatura axilar nas primeiras 24 horas de 36,8°C a 37,9°C, sem necessariamente estar apresentando um quadro infeccioso instalado. Podendo apresentar calafrios, tremores logo após o parto associados a hipotermia ou temperaturas subfebris, impostos por eventos nervosos, manifestações bacteremia ou pela ferida placentária (SILVA, 2016).

Também a frequência cardíaca nos primeiros 6-8 dias pós-parto tem uma queda para 50-70 bpm, devido à redução do volume sanguíneo, pois uma frequência elevada pode indicar perda sanguínea exagerada, infecção, dor, problemas cardíacos ou ansiedade. A pressão arterial apresenta estável logo após o parto, pois também hipotensão pode estar relacionada com a perda excessiva de sangue (BRAGA,2012).

### **2.13 Puerpério Patológico**

O Puerpério Patológico é aquele puerpério que evolui para as complicações ou anomalias no processo de recuperação pós-parto da puérpera, sendo as hemorragias puerperais, infecções puerperais, psicose pós-parto, mastites entre outras complicações (SOUZA et al, 2015).

Visto que, puerpério é normal ou fisiológico, quando uma evolução ocorre de maneira satisfatória, todavia caracteriza-se puerpério patológico quando a puérpera evolui para complicações clínicas, seja por infecção puerperal que apresenta uma temperatura superior a 38°C após as primeiras horas do parto, sinalizando um processo infeccioso em que as causas principais são infecção do trato urinário, mastites, infecções genitais, infecção da sutura da episiorrafia e da cicatriz da cesariana (LOMBA, 2010).



Também pode apresentar hemorragias puerperais que são causadas por atonia uterina, laceração e retenção placentária nas primeiras horas após o parto, sendo eventos geralmente graves e que estão entre as três principais causas de mortalidade materna (MONTENEGRO, 2015).

Outra complicação que pode evoluir é a mastite, que caracteriza como inflamação da mama ou das duas mamas, com sinais e sintomas bem característico como forte algia, rubor e calor na pele e no local, apresentando na puérpera febre alta, cefaleia, mal-estar físico e geral (LOMBA, 2010).

Além disso, a puérpera pode apresentar sinais das complicações da involução uterina, através da retenção ou retardo na expulsão da placenta e dos restos placentários, que são o útero pouco contraído, volumoso, localizando acima da cicatriz umbilical, não formando um bom globo de segurança de Pinard, com sangramento genital em grande quantidade e contínuo, podendo evoluir para o choque hipovolêmico (MONTENEGRO, 2015).

### 3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa sistemática de literatura, em que o estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa de caráter descritivo com abordagem qualitativa, o método utilizado foi o levantamento, baseado nas literaturas publicada na biblioteca virtual SciElo, a partir do ano de 2008 até 2018, buscando discutir as possíveis complicações no puerpério patológico na percepção dos autores.

Segundo Gerhardt; Silveira (2009), pesquisas descritivas podem ser criticadas porque pode haver uma descrição concreta de um fenômeno ou dos fatos, pois dificulta a possibilidade de verificação através da observação, exigindo assim, uma série de informação para o investigador sobre o que deseja ser pesquisado, pois visa descobrir a existência das associações entre variáveis ou determinar a natureza dessa relação.

A abordagem qualitativa descreve, compreende e explica um determinado assunto com o objetivo de trazer a hierarquização, a complexidade das ações relacionadas entre o global e o local de um determinado fenômeno, analisando e compreendendo em busca de resultados reais de orientações teóricas e de dados empíricos, sem se preocupar com os dados numéricos, mas sim proporcionar melhor visão e abrangência do contexto. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

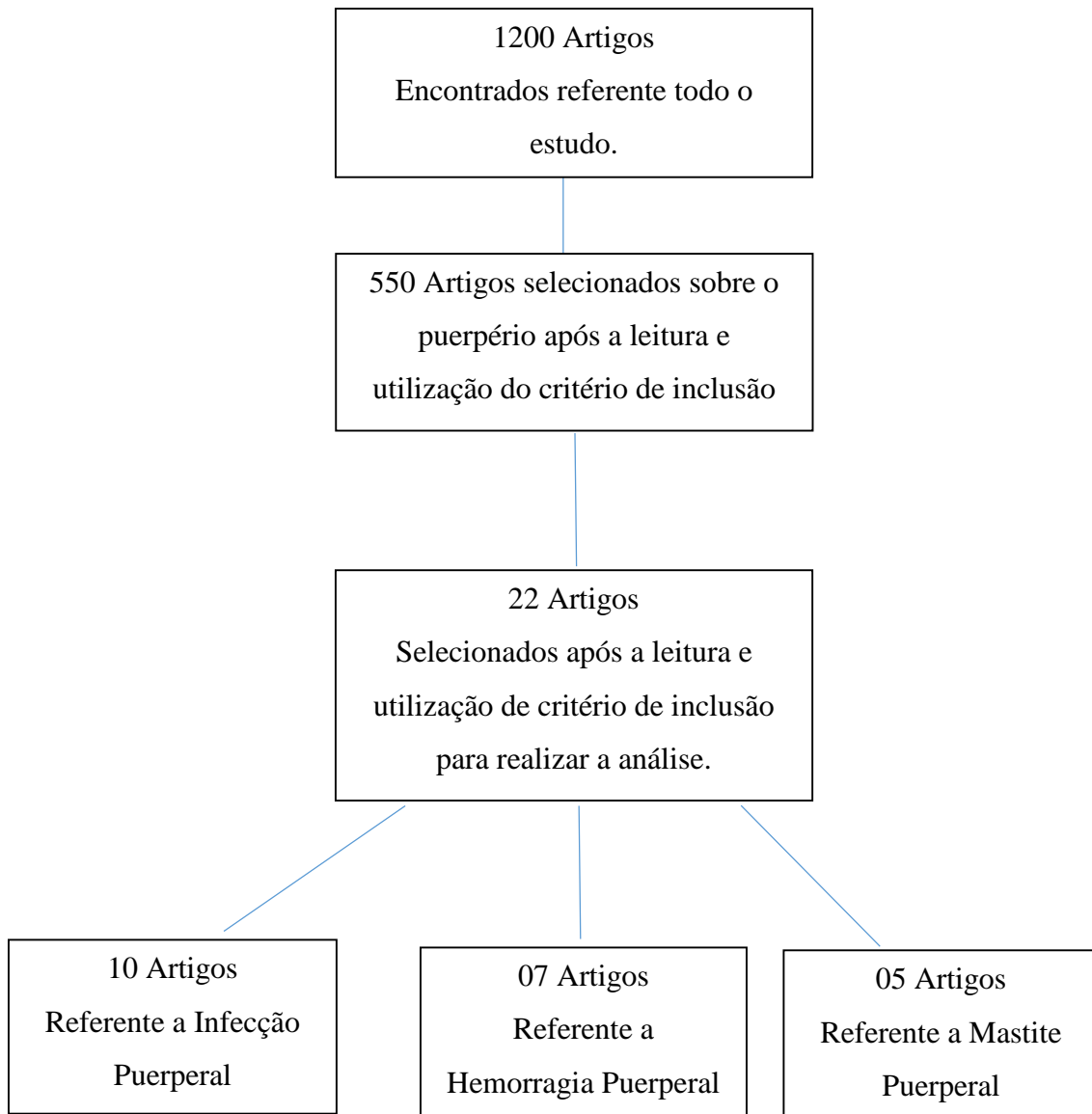
Segundo Gil (2008), a pesquisa de levantamento, descreve através de solicitações de informações de um determinado grupo de pessoas que envolvam no problema estudado, recolhendo dados importantes de todos os integrantes pesquisados tendo assim, um senso para depois analisar e obter as conclusões coerentes através dos dados coletado.

A pesquisa foi realizada com base de dados da literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da Saúde (LILACS) e no Scientific Electronic Library Online (SCIELO), aonde utilizou os seguintes descritores: “Complicações Gravídico-Puerperal”, “Mastite”, “Puerpério”, “Infecções”, “Hemorragia”. Foram selecionados artigos eleitos com os seguintes critérios de inclusão: terem sido publicados em português, nos últimos dez anos, contendo pelo menos um dos descritores, estarem disponíveis na íntegra e em uma das bases que foram pesquisados. Os

critérios de exclusão: após a busca ativa, foi realizada a leitura de todos e foram excluídos artigos com duplicidades, publicados em inglês e sendo maior de dez anos quanto a publicação.

Assim, segue o fluxograma que apresenta quantos artigos foram encontrados e após a leitura e utilização do critério de inclusão ficaram 22 artigos.

**Fluxograma: Artigos utilizados no Estudo**



Fonte: Própria

## 4. ANÁLISE DOS ARTIGOS

Neste capítulo serão discutidos e expostos os principais resultados obtidos por intermédio da análise dos materiais selecionados através dos critérios de inclusão e exclusão, expostos nos capítulos anteriores, dentro de cada temática proposta, com o objetivo de descrever os principais fatores dentro de cada tema, definição, manifestações clínicas, diagnóstico tratamento e prevenção.

### 4.1 Hemorragia Puerperal

Foram selecionadas 07 publicações para descrever sobre a hemorragia puerperal sem que o tema fosse discutido, descritas no quadro 02 abaixo, esses materiais trazem apontamentos acerca do tema e auxiliam a esclarecer os conceitos e suas manifestações clínicas.

**Quadro 02:** Literaturas utilizadas para a pesquisa sobre hemorragia puerperal.

<b>HEMORRAGIA PUERPERAL</b>	RODRIGUES, A. F et al. Histerectomia de emergência em primigesta de 15 anos de idade por hemorragia no pós-parto Rev Med Minas Gerais 2010; 20(2 Supl 1): S114-S116. GONÇALVES, C. R; OSANAN, G. C; DELFINO, S. M. Protocolo Hemorragia Puerperal. Prefeitura de Belo Horizonte, 2016, pag. 04 e 05. TANAKA, D. D. HEMORRAGIA PÓS PARTO. Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia HRMS, 2016. OMS. Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. OMS, 2014, pág. 4 e 5. ANDRADE, D. B et al. Tratamento da hemorragia pós-parto. Rev Med Minas Gerais 2010; 20(4 Supl 2): S42-S47. PERIARD, A.M et al. Atonia uterina e hemorragia pós-parto. Rev Med Minas Gerais 2011; 21(4 Supl 6): S1-S143. MOLDENHAUER, J. Hemorragia Pós-Parto. Manual MSD, Versão Profissional de Saúde, 2018.
---------------------------------	---

Fonte: Própria.

Rodrigues et al, (2010) define hemorragia pós-parto (HPP) a perda superior de 500ml de sangue até 24 horas após o parto, sendo responsável por quase ¼ das mortes maternas no mundo, equivalente 125.000 mortes anuais. Associa-se como as complicações maternas como choque hipovolêmico, coagulopatias, síndrome da angústia respiratória do adulto, insuficiência renal, histerectomia emergenciais, sendo um procedimento cirúrgico com graves consequências para o futuro reprodutivo da puérpera.

Gonçalves; Osanan; Delfino, (2016) reafirmam o conceito de HPP em significativa perda de sangue superior de 500 ml pelo trato genital nas primeiras 24 horas após o parto vaginal, e acima de 1000 ml pós-parto cesariano, causando instabilidade hemodinâmica.

Assim Tanaka, (2016), define que a etiologia do HPP segue a regra dos 4 “T”, tendo o Tônus que é a atonia uterina, sendo a causa mais comum de HPP com 70% dos casos; Tecido: é a retenção placentário com 20%, que ocorre quando a placenta não se descola de seu sítio habitual total ou parcial; Trauma: 10% dos casos ocorre por laceração do trajeto; e o Trombo: são causas raras de HPP, sendo 1% que evolui para coagulopatias.

Desse modo, Brasil (2012), descreve que a HPP é uma intercorrência grave desde os tempos remotos e que persiste nos dias atuais, sendo a principal causa de morte materna no mundo e a primeira em países de baixa renda e na maioria das mortes ocorrem nas primeiras 24 horas após o parto e tais mortes poderiam ser evitadas com uso de medicações profiláticas durante a terceira fase do parto e principalmente através do parto adequado em tempo capaz de se realizar.

Tanaka, (2016), reafirma que a HPP são graves intercorrências que acontecem desde os tempos remotos, persistindo até hoje nos dias atuais. Apresentando taxas elevadas de mortes maternas de 60% após o parto e 45% nas primeiras 24 horas, com 4-8% de parto vaginal e 6% de parto cesárea.

Por outro lado, Andrade et al, (2012) classifica a HPP em precoce ou primária na qual ocorre a perda de sangue até 24 horas pós-parto, estando entre 4% a 6%, e a tardia ou secundária que ocorre a partir das 24 horas até 6 meses após o parto, ficando entre 1% a 3% no total dos partos. Também é definida pela diminuição de 10% de hematócritos ou perda de sangue suficiente para desenvolver sintomatologia materna como síncope, tonturas, taquicardia, hipertensão arterial ou diminuição do volume urinário, exigindo uma intervenção médica urgente.

Gonçalves; Osanan; delfino, (2016), descrevem que a HPP se classifica em primária, que ocorre dentro das 24 horas pós-parto, entre 4-6% em todas as gestações, causada em torno de 80% por atonia uterina, podendo ocorrer também por retenção placentária, distúrbio de

coagulação, inversão uterina, hematomas no trajeto do canal do parto e laceração. A secundária, ocorre após 24 horas até 6-12 semanas após o parto, causada por erros de coagulação hereditários, infecções puerperais, retenção de restos placentários ou por doenças trombolástica gestacional.

Assim, Periard et al, (2011) reafirma que a causa primordial da HPP é a atonia uterina, retenção de produtos da concepção ou coágulos, coagulopatias e lesões no trato genital. Pois a atonia uterina é o principal fator de HPP com 80% dos casos, com contrações uterinas, desencadeando distúrbio na hemostasia com sangramento intenso e não controlado, podendo levar à morte.

Moldenhauer, (2018) afirma então, que os fatores de riscos de atonia uterina se dão através da hiperdistensão uterina causada por gestação multifetal, feto anormalmente grande, trabalho de parto prolongado ou disfuncional, multiparidade, anestésicos relaxante, trabalho de parto rápido, corioamionite.

Rodrigues et al, (2010), destaca que a atonia uterina, retenção de tecidos ovulares e placentários, traumas obstétricos e coagulopatias, são fatores de riscos de HPP, porém, a obesidade, idade materna avançada e gestações com fetos grandes, são também considerados fatores de riscos para evoluir HPP.

## 4.2 Infecção Puerperal

Para descreve sobre a infecção puerperal, foram utilizadas 10 publicações sem que o tema fosse discutido, descritas no quadro 3 abaixo, esses materiais trazem apontamentos sobre o tema e auxiliam a esclarecer os conceitos e suas manifestações clínicas.

**Quadro 03:** Literaturas utilizadas para a pesquisa sobre infecção puerperal

<b>INFECÇÃO PUERPERAL</b>	<p>BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.</p> <p>GUIMARÃES, E. E. C; CHIANCA, T. C. M; OLIVEIRA, A. C. INFECÇÃO PUERPERAL SOB A ÓTICA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO EM MATERNIDADE PÚBLICA. Rev Latino-am Enfermagem 2007 julho-agosto; 15(4).</p> <p>MELDAU, Débora Carvalho. Infecção Puerperal. Info Escola, 2012.</p> <p>GONÇALVES, M, V, C et al. Endometrite puerperal e sepse: uma revisão. Rev Med Minas Gerais 2012; 22 (Supl 5): S21-S24.</p> <p>SANTOS, C. N. C et al. Perfil clínico-epidemiológico da infecção puerperal em uma maternidade pública do interior do Maranhão. Rev. Interd. v. 8, n. 2, p. 1-10, abr. mai. jun. 2015.</p> <p>DUARTE, M. R et al. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DE INFECÇÃO PUERPERAL: REVISÃO INTEGRATIVA. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(2):433-41, fev., 2014.</p> <p>RODRIGUES, M. A.R; ANJOS, M. F. INFECÇÃO PUERPERAL: FATORES DE RISCO. Web Artigos, 2008.</p>
-------------------------------	--

	<p>SANTANA, A, P.N; SANTANA, C. E. N; TAVARES, J. A. Estudo da prevalência da infecção puerperal no hospital maternidade de referência do município de Juazeiro do Norte – CE. Rev. principia, DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA DO IFPB   N° 23, João Pessoa, 2013.</p> <p>LIMA, D. M et al. FATORES DE RISCOS PARA INFECÇÃO NO PUERPÉRIO CIRÚRGICO. Rev Cogitare Enferm. 2014 Out/Dez; 19(4):734-40.</p> <p>CRUZ, A et al. Infecção de ferida operatória após cesariana em um hospital público de Fortaleza. Enfermería Global N° 29 Enero 2013, pág. 120.</p>
--	--

**Fonte:** Própria.

Gonçalves et al, (2012), define infecção puerperal ou febre puerperal, aquela que evolui no aparelho genital após parto recente, apresenta morbidades febris com temperatura igual ou superior de 38° C nos primeiros 10 dias pós-parto com duração de dois ou mais dias, desconsiderando as primeiras 24 horas. É responsável por 1-10% dos óbitos, se classificando na terceira causa de morte materna.

Desse modo, Lima et al, (2014), define infecção puerperal em termos gerais na literatura, que é todo processos infeciosos após o parto, tanto por causas genitais como as infecções de útero, anexos e ferida operatório, quanto aos extragenitais, infecções urinárias, o ingurgitamento mamário, mastite, tromboflebite e complicações respiratórias.

Santos et al, (2015), afirma que a infecção puerperal está relacionada a assistência em saúde, a hospitalização e aos microrganismos patogênicos do ambiente. Pois a infecção puerperal caracteriza-se por qualquer infecção das vias genitais, logo após o parto recente, apresentando uma temperatura elevada igual ou maior de 38°C, podendo conceituar de febris puerperais, de modalidade febril puerperal todos os estados que ocorram em pelo menos dois dos 10 primeiros dias pós-parto, exceto as primeiras 24 horas.

Assim, Duarte et al, (2014), reafirma que o estabelecimento hospitalar é um local no qual concentra-se os mais sofisticados maquinários tecnológicos, e são entendidos como desnecessários na realização do parto, pois muitas vezes caracteriza-se como um evento cirúrgico, desumano, deixando de ser um momento privado, íntimo e feminino, elevando-se a taxa de infecção puerperal. Mesmo com o avanço científico e tecnológico nas diversas áreas do conhecimento, a infecção puerperal constitui ainda como grave problema de saúde pública, com alta prevalência de morbimortalidade materna.

Ao passo que Brasil, (2017), afirma que quando não causam a morte, as infecções pós-parto, podem ocasionar outras complicações como a doença pélvica inflamatória e até a infertilidade. Sendo que, 10% das mortes maternas no mundo foram evoluídas a sepse, considerada a terceira causa direta de morbimortalidade, superada apenas por complicações hemorrágicas e pela hipertensão, responsável por 75.000 mil mortes maternas ao ano no mundo todo, destacando-se em países subdesenvolvidos.

Guimarães; Chianca; Oliveira, (2007), relata que a infecção puerperal no âmbito internacional apresenta índices que oscilam entre 3 a 20% e em média de 9%. No entanto, no Brasil variam entre 1 a 7,2%, podendo esses índices estarem subestimados a alta taxa de partos cesarianos, sendo um importante fator de risco e falha no sistema de vigilância. Assim, como a falta de conscientização e envolvimento dos profissionais para melhorar a apresentação dessa realidade.

Santana; Santana; Tavares, (2013), assegura que a infecção puerperal encontra-se entre as principais causas de mortes maternas perinatal no mundo, por causa do alto índice de parto cesariano. Porém destaca outros fatores que segundo o MS são determinantes para essas complicações, como profissionais incapacitados para atuar no setor de obstetrícia e neonatal, insuficiência de conhecimento técnico e científico sobre os problemas registrados na saúde pública, déficit nas condições socioeconômica da população e baixa escolaridade.

Desse modo, Aurora; Maria, (2008), garante que vários fatores são suscetíveis para a puérpera evoluir para infecções puerperais, desde as alterações ocorridas no organismo materno durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, pois entre tantas modificações que a gravidez exerce no organismo materno, algumas alterações da flora genital e do trato urinário podem levar a incidência de infecção puerperal.

Meldau, (2012), afirma que dentre as causas e fatores de risco envolvidos na infecção puerperal, destaca-se a infecção na ferida pós-operatória, tanto em cesariana, quanto em episiotomia, presença de celulite perineal, retenção de restos de membranas gestacionais no útero, infecção do trato urinário, sepse, mastite, deficiência nutricional, diabetes e obesidade. Sendo que os agentes patogênicos encontrados podem ser de fonte endógenas, que são bactérias *escherichia Coli* e *streptococcus faecalis*, e por fontes exógenas que é a bactéria anaeróbica *clostridium Sp*, sendo a mais frequente.

Para Cruz et al, (2013), define a infecção puerperal por incisão cirúrgica com um processo infeccioso inflamatório, ocorrido após o parto cesariana ou a episiotomia, apresentando secreção purulenta, com ou sem cultura positiva. Destaca-se a crescente incidência de infecção em ferida operatória após cesárea, com infecções nasocomiais ocorre em 3 a 15%.

### **4.3 Mastite Puerperal**

Para tratar sobre a mastite puerperal, foram selecionadas 05 publicações sem que o tema fosse discutido, descritas no quadro 04 abaixo, esses materiais trazem apontamentos relacionado ao tema e auxiliam a esclarecer os conceitos e suas manifestações clínicas.



**Quadro 04:** Literaturas utilizadas para a pesquisa sobre mastite puerperal.

<p><b>MASTITE PUERPERAL</b></p>	<p>VIDUEDO, A. F. S. Mastite Lactacional: Registro Baseado em Evidencia. Ribeirão Preto, 2014, pag. 27 e 28.</p> <p>SANTOS, M, C. M.; FILHO, F. C. G; NICOLAU, R. A. EFEITOS TERAPÊUTICOS DO DIODO EMISSOR DE LUZ - LED EM MASTITES LACTACIONAIS. Revista Univap, São José dos Campos-SP, v. 18, n. 32, dez.2012. ISSN 2237-1753.</p> <p>PINHEIRO, M. S. MASTITE PUERPERAL E SEUS CONDICIONANTES NA NUTRIZ PORTADORA DE <i>Staphylococcus aureus</i>. Fundação Oswaldo Cruz Instituto Fernandes Figueira Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Fevereiro, Rio de Janeiro – 2008.</p> <p>ELIAS, C. L. L. F et al. Doenças maternas infecciosas e amamentação. Guia Prático de Atualização, Departamento Científico de Aleitamento Materno, Sociedade Brasileira de Pediatria, nº 2, 2017.</p> <p>PEREIRA, C; PALMIRA, J; SALGADO, M. MASTITE PUERPERAL. Saúde Infantil, Texto para Pais, set. 2010.</p>
-------------------------------------	---

**Fonte:** Própria.

Santos; Filho; Nicolau, (2012), define mastite como um processo inflamatório infeccioso do tecido mamário, que acomete as mulheres de todo tipo de populações, independente da amamentação, sendo uma regra ou não, a incidência varia até 33%, porém a média é entorno de 10%, ocorrendo nos primeiros três meses e principalmente na segunda e terceira semana após o parto, podendo acontecer ao longo dos meses durante a amamentação.

Viduedo, (2014), assegura que ingurgitamento mamário é o fator primordial para desenvolver a mastite lactacional, mas o trauma mamilar, a má pega duração e frequência das mamadas, desmame precoce, adoecimento da mãe ou do bebê, produção abundante de leite materno, pressão mamária, estresse, fadiga, idade materna, nível de escolaridade da puérpera, primiparidade, complicações no parto, mastites anteriores e fatores imunológicos do leite, são também fatores de riscos que podem evoluir a mastite puerperal.

Para Santos; Filho; Nicolau (2012), a mastite puerperal pode se desenvolver através da inexperiência de cuidados, condições de higiene inadequadas, estresse, fadiga, mamilos planos ou ingurgitados, situações que favorecem a estase láctea e principalmente as técnicas de enfermagem impróprias, pois muitas dessas complicações mamárias poderiam ser evitadas, desde que as gestantes tivessem um pré-natal adequado, de qualidade, pois a pega incorreta do mamilo, mamas ingurgitadas e as fissuras, podem ser evitadas muitas vezes, através de orientações prévia por equipes multidisciplinar.

Assim Viduedo, (2014), afirma que a proporção do trauma mamilar no início da lactação é elevada e constitui um importante fator de risco para o desmame precoce, porque é uma porta de entrada para os microrganismos os *staphylococcus aureaus*. Geralmente a mastite é unilateral, podendo ou não ser acompanhada por infecção e sua principal causa é a estase do

leite, juntamente com a infecção instalada, esgotando os mecanismos de proteção da puérpera contra a infecção, aumentando ainda mais a estase do leite.

Pinheiro, (2008), relata que a mastite puerperal epidemiologicamente ocorre em duas formas, sendo a mastite epidêmica, que é rara, está associada a contaminação cruzada em consequência de microrganismos disseminados no ambiente hospitalar, desenvolvendo quatro dias após a alta e a mastite não epidêmica que ocorre semanas pós alta. São classificadas em aguda e crônicas, na qual as mastites agudas são processos infecciosos que alojam nos tecidos mamários durante a gravidez ou puerpério, mais precisamente a partir do 15º dia pós-parto.

Para Viduedo (2014), a classificação de mastite lactacional ocorre de acordo com a invasão do microrganismo que afeta a mama, sendo a intersticial quando um agente etiológico penetra na mama por lesões ou fissuras aderindo a via linfática atingindo o tecido conjuntivo e gorduroso da mama e a parenquimatosa que é quando o microrganismo adentra nos ductos mamários, atingi o lobo mamários causando hiperemia local.

Os autores Pereira; Palmira; Salgado (2010), relatam que 50% a 60% dos casos de mastite puerperal são acometidos pelo microrganismo o *Staphylococcus aureus*, seguido do *Streptolococcus viridans*, do *Staphylococcus coagulase-* negativo do *Streptolococcus* do grupo B e das enterobactérias, sendo que as fissuras dos mamilos tornam-se portas para essas bactérias.

Nesse sentido Viduedo (2014), classifica a mastite de acordo com a região comprometida, como pode atingir uma pequena estrutura da mama ou toda a mama, em ampolar que é o comprometimento de toda a aréola ou parte dela, em lobar que compromete um lobo que segue a aréola até a base da mama e em abscesso que apresenta ponto de flutuação e que geralmente evolui para drenagem espontânea ou cirúrgica.

Pereira; Palmira; Salgado (2010), afirma que existem duas formas de mastite puerperal, a mastite não infecciosa que desenvolve-se por estase do leite e o infeccioso. A forma de mastite não infeccioso é o mais comum, resultado de um processo inflamatório secundário ao obstáculo a drenagem livre do leite através dos ductos, sendo que a expressão bi-digital da área pré- aureolar dos dedos da própria mãe, podem provocar a estase do leite nos ductos galactóforos durante as mamadas.

Desse modo, Viduedo, (2014), relata que a incidência de mastite puerperal pela OMS, apresenta uma variação entre 2,6% e 33%, mas uma pesquisa realizada em 2014 revelou que a porcentagem varia entre 3% e 20%. Sendo que 3% e 11% dessas puérperas desenvolvem abscesso mamário e a residência de mastite lactacional varia entre 4 – 8,5%.

Pereira; Palmira; Salgado (2010), expõem que 10% das puérperas que amamentam desenvolvem a mastite puerperal, manifestando-se sinais inflamatórios na mama, juntamente com mal-estar, febre e calafrios. Os fatores de risco são relacionados com a drenagem escassa de leite, ingurgitamento unilateral, as escoriações ou fissuras do mamilo e os antecedentes de mastite puerperal prévia.

Viduedo, (2014), apresenta que as manifestações clínicas locais de mastite são hiperemia, calor, dor, edema, hipersensibilidade, abscesso com pús, e nos parâmetros sistêmicos apresentam febre, taquicardia, mal-estar geral, calafrios, prostração, fadiga, náuseas e vômitos.

Santos; Filho: Nicolau, (2012), descrevem que o diagnóstico de mastite ocorre através da observação dos sinais e sintomas clínicos sugestivos para uma infecção, que são algia local, edema unilateral, eritema circunscrito, febre, calafrios e mialgia. O endurecimento de uma parte da mama, acompanhado de algia, hiperemia, turgor e calor na região acima da área endurecida, indica obstrução dos lóbulos mamários.

Pereira; Palmira; Salgado (2010), reafirmam que para diagnosticar a mastite puerperal é necessário a avaliação clínica e que raramente é preciso os exames auxiliares de diagnóstico. Porém em casos mais graves, que suspeita-se de abscesso a ecografia é útil para a comprovação de drenagem do mesmo. Nos casos severos e com suspeita de infecção contraída em meio hospitalar é realizado a cultura do leite e perante à um abscesso confirmado é realizado a cultura do exsudato através de uma punção ou drenagem.

Elias et al (2017), asseguram que a mastite e abscesso mamário não são contraindicados a amamentação, pois não são considerados infecções invasivas. A presença de patógenos bacterianos no leite materno não apresentam risco para o lactante, desde que a terapia antimicrobiana empírica seja instituída precocemente e o material drenado do abscesso não tiver contato direto com o bebê e nem ter extravasado para o sistema ductal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, tratou-se de uma pesquisa sistemática de literaturas publicadas no LILACS e SCIELO, com levantamento de dados e análise dos artigos a partir do ano 2008 até 2018, buscando avaliar as complicações no período do puerpério patológico com a percepção dos autores.

Tendo como objetivo de mostrar a sociedade as complicações que podem evoluir no período do puerpério, desde que as gestantes, não receberem orientações adequadas durante o pré-natal, sobre os cuidados e prevenções no período gravídico puerperal. Pois esse período, apresenta várias mudanças fisiológicas e psicológicas, que requer uma assistência prestada pelo profissional capacitado de conhecimento científicos e práticos para orientá-las a fim de evitar desconforto e complicações que acarretem risco para morbimortalidade materna.

Nesse sentido, a importância da qualidade da assistência e orientações durante o pré-natal pelos profissionais da área da saúde, a fim de atingir a meta principal, que é garantir uma gestação saudável, parto e puerpério seguro e sem complicações futuras, como hemorragias, infecções e mastites puerperais, entres outras.

As análises dos artigos mostraram que, essas complicações, como a hemorragia puerperal, infecções puerperais e mastite, são as principais causas de mortes maternas no mundo e que na maioria dos casos poderiam ser evitáveis, desde que estas, tivessem um pré-natal realizado adequadamente por uma equipe qualificada, voltada para essas gestantes e puérperas, tendo um olhar holístico e agilidade quando apresentar quaisquer alterações.

Muitas vezes são colocadas as vontades, o receio, explosão de ansiedade e expectativas, sendo que o que as gestantes querem, é que tudo ocorra bem durante a gestação e puerpério e principalmente certificar-se que está tudo bem com o futuro bebê. Sendo assim, é primordial que a primeira consulta de pré-natal ocorra até 12 semanas de gestação, para que a gestante seja atendida até o final da gravidez, para garantir uma qualidade de vida e de assistência adequada durante o período de gravidez, parto e puerpério.

Reforça-se a importância da realização do pré-natal adequado, na atenção às gestantes, com condutas profissionais corretas durante todo o ciclo gravídico puerperal, juntamente com as orientações dadas durante as consultas sobre a gestação, o parto, pós-parto e o período do puerpério, preparando-as para essa nova fase e a importância dos cuidados e possíveis complicações durante esses períodos e o retorno à unidade para a consulta puerperal.

A contribuição para a Enfermagem faz-se no sentido de promover maior conscientização da equipe multidisciplinar, principalmente aos enfermeiros que atuam junto as gestantes, para elaboração de intervenções e cuidados qualificados, que contribuam para a prevenção das complicações no pós-parto e redução das taxas de mortalidade materna.

Acredito que este trabalho possa servir de subsídio para desenvolver novos estudos para os futuros acadêmicos do curso de Enfermagem que se interessem pelo tema, assim como estimular a reflexão dos demais profissionais da área da saúde a respeito das complicações que as puérperas podem evoluir no período do puerpério.

## REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. **Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(6):1053-1064, jun., 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2011.v27n6/1053-1064/pt>>. Acessado 22/03/2018.

ANDRADE, D. B et al. **Tratamento da hemorragia pós-parto.** Rev Med Minas Gerais 2010. Disponível em:<<http://rmmg.org/exportar-pdf/945/v20n4s2a10.pdf>>. Acessado em 03/10/2018.

ANDRADE, R. D et al. **Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 19(1) Jan-Mar 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0181.pdf> >. Acessado em 05/03/2018

BARLEM, Edson Luiz Devos. **Classificação Do Rn.** Apresentações Ed 15 – Projeto 4, Outubro, 2011. Disponível em:<[http://www.sabercom.furg.br/bitstream/1/1200/1/Aula\\_5\\_classif\\_rm\\_2011\\_revisado\\_versao\\_final\\_.pdf](http://www.sabercom.furg.br/bitstream/1/1200/1/Aula_5_classif_rm_2011_revisado_versao_final_.pdf)>. Acessado em 10/11/2018.

BARRETO, Luciana. **Alterações Corporais E Psíquicas Durante A Gestação.** 2009. Disponível em:<<https://www.webartigos.com/artigos/alteracoes-corporais-e-psiquicas-durante-a-gestacao/16067/>>. Acessado 23/05/2018.

BOTELHO, F. S. **A Assistência de Enfermagem Ao Pré-Natal e Sua Importância.** Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – UFMG. Pedra Azul- Minas Gerais, 2010. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3109.pdf>>. Acessado 10/05/2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+8++Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+e+Crit%C3%A9rios+Diagn%C3%B3sticos+de+Infec%C3%A7%C3%B5es+Puerperais+em+Parto+Vaginal+e+Cirurgia+Cesariana/08dee73e-ffef-433f-8fb8-c5f7fc8053a0>>. Acessado em 03/10/2018.

\_ Ministério da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual da Atenção Básica. **Nota Técnica 01/2017 – Atenção ao Pré-Natal na Atenção Básica.** Porto Alegre, 2017. Disponível em: <<http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14165435-nota-tecnica-pre-natal-na-atencao-basica-01-2017.pdf>>. Acessado em 22/03/2018.

\_ Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: Relatório de Recomendações.** Brasília, 2016. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)>. Acessado 23/03/2018.

\_ Ministério Da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Caderneta da Gestante.** Brasília – DF, 2014. Disponível em:<<https://pt.slideshare.net/Marcusrenato/nova-caderneta-da-gestante-ministerio-da-sade>>. Acessado em 28/10/2018.

\_ Ministério da Saúde. **Redes De Atenção À Saúde: A Rede Cegonha.** Disponível em: <<http://www.multiresidencia.com.br/site/assets/uploads/kcfinder/files/REDE%20CEGONHA.pdf>>. Acessado em 28/03/2018.

\_ Ministério da Saúde. **Conheça a Rede Cegonha.** Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede\\_cegonha.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf)>. Acessado em 28/03/2018.

\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Ao Pré-Natal de Baixo Risco.** Brasília, 2013. Disponível em: <[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175300/23CAP32\\_prenatal.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175300/23CAP32_prenatal.pdf)>. Acessado 22/03/2018.

\_ Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental.** Brasília, 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)>. Acessado em 22/03/2018.

\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Ao Pré-Natal de Baixo Risco.** Brasília, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acessado em 29/03/2018.

CORREIA, Maria Suely Medeiros, et al. **Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério.** Cad. Saúde Pública v. 33, n. 3, 2017. Disponível em: <[scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00136215.pdf](http://scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00136215.pdf)>. Acessado em 06/07/2018.

COUTINHO, E. C, et al. **Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães?** Rev. Esc. Enferm. USP, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt\\_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00017.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00017.pdf)>. Acessado 10/05/2018.

COLLUCCI, Cláudia. Mortalidade materna sobe, e Brasil já revê meta de redução para 2030. **Folha de São Paulo**, 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/mortalidade-materna-sobe-e-brasil-ja-reve-meta-de-reducao-para-2030.shtml>>. Acessado em 10/10/18.

CRUZ, A. P; BARROS, S. M. O. **Práticas Obstétricas e Resultados Maternos e Neonatais: Análise fatorial de correspondência múltipla em dois centros de parto normal.** Acta Paul Enferm v. 23, n. 3, p. 366-371, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a09>>. Acessado 05/05/2018.

CRUZ, R. S. B. L. C; CAMINHA, M. F. C; FILHO, M. B. **Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal.** R bras ci Saúde 18(1):87-94, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/15780/11722>>. Acessado em 22/03/2018.

CRUZ, A et al. **Infecção de Ferida Operatória após Cesariana em um Hospital Público de Fortaleza.** Enfermeria Global Nº 29, 2013. Disponível em:<[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt\\_clinica5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_clinica5.pdf)>. Acessado em 05/10/18.

DUARTE, M. R. et al. **Atuação do Enfermeiro no Controle de Infecção Puerperal: Revisão Integrativa.** Revista de Enfermagem UFPE On line. Recife, 8 (2): 433- 41, Fev. 2014. Disponível em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9691/9746>>. Acessado em: 05/03/2018.

ELIAS, C. L. L. F et al. **Doenças maternas infecciosas e amamentação.** Guia Prático de Atualização, Departamento Científico de Aleitamento Materno, Sociedade Brasileira de Pediatria, nº 2, 2017. Disponível em:<[http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Aleitamento\\_-\\_DoencMat\\_Infec\\_e\\_Amam.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento_-_DoencMat_Infec_e_Amam.pdf)>. Acessado em 08/10/18.

SOUZA, E. M et al. **Puerpério Fisiológico e Patológico.** Disponível em:<<https://pt.slideshare.net/francikellygoncalves56/puerprio-fisiologico-e-puerprio-patologico-slides>>. Acessado em 06/07/2018.

FRANCISQUINI, A. R. et al. **Orientações Recebidas Durante A Gestação, Parto E Pós-Parto Por Um Grupo De Puérperas.** Cienc Cuid Saude v. 9, n. 4, p. 743-751, 2010. Disponível em: <[eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/13826/7193](http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/13826/7193)>. Acessado em 06/07/18.

GENIOLE, Leika Ap. Ishiyama et al. **Assistencia Multidisciplinar À Saúde.** v. 2, Ed. UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011. Disponível em:<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/159?show=full>>. Acessado em 28/03/2018.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. [Org.]. **Métodos De Pesquisa.** UAB/UFRGS, Porto Alegre, 2009. Disponível em:< [www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf](http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf)>. Acessado em 05/03/18.

GIL, ANTONIO CARLOS. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em<[http://wp. Ufpel.edu.br](http://wp.ufpel.edu.br)> file 2009 pdf> acesso em 20 de setembro 2016

GONÇALVES, A. S; OLIVEIRA, T; GARCIA, C. P. C. **Alojamento Conjunto: O Papel do Enfermeiro Obstetra na Assistência ao Binômio Mae- Filho durante o período Imediato.** 2016. Disponível em:<<http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/729/1/ALOJAMENTO%20CONJUNTO%20O%20PAPEL%20DO%20ENFERMEIRO%20OBSTETRA%20NA%20ASSIST.pdf>>. Acessado em: 03/03/2018.

GONÇALVES, C. R; OSANAN, G. C; DELFINO, S. M. **Protocolo Hemorragia Puerperal.** Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <[prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/hemorragia-puerperal.pdf](http://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/hemorragia-puerperal.pdf)>. Acessado em 03/10/2018.



GONÇALVES, M, V, C et al. **Endometrite puerperal e sepse: uma revisão.** Rev Med Minas Gerais, 2012. Disponível em:<[rmmg.org/exportar-pdf/667/v22s5a06.pdf](http://rmmg.org/exportar-pdf/667/v22s5a06.pdf)>. Acessado em 03/10/2018.

GUIMARÃES, E. E. C; CHIANCA, T. C. M; OLIVEIRA, A. C. **Infecção Puerperal Sob A Ótica Da Assistência Humanizada Ao Parto Em Maternidade Pública.** Rev Latino-am Enfermagem v. 15, n. 4, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt\\_v15n4a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a03.pdf). Acessado em 03/10/2018.

LEMOS, Adriana. **Atenção Integral À Saúde Da Mulher: O Olhar De Mulheres Que A Construíram.** Rev. de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. Vol.1, nº2, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/78/145>>. Acessado 22/03/2018.

LIMA, D. M et al. **Fatores De Riscos Para Infecção No Puerpério Cirúrgico.** Cogitare Enferm. V. 19, n. 4, p. 734-740, 2014. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/35170-145114-1-PB.pdf>>. Acessado em 05/10/18.

LISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. **Assistência Ao Parto: História Oral De Mulheres Que Deram À Luz Nas Décadas De 1940 A 1980.** Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 166-174, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_20.pdf)>. Acessado em 28/03/2018.

LOMBA, Marcos. **Saúde Total: Clínica Médica: ginecologia, obstetrícia, DST, AIDS e Enfermagem Materna Infantil- Olinda: Edição dos Autores, V.3, 2010, 116pg.**

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do Parto: Política Pública, Comportamento Organizacional e ethos profissional.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 189 p. Disponível em:<<http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>>. Acessado 05/05/2018.

MARTINS, A. C.S; SILVA, L.S. **Perfil Epidemiológico de Mortalidade Materna.** Rev Bras Enfer, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt\\_0034-7167-reben-71-s1-0677.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0677.pdf). Acessado em 10/10/10/18.

MAZETTO, A. A. **Pródromos e Fases do Trabalho de Parto.** Disponível em: <<http://www.emmafiorezi.com.br/diario/?n=2214/prodromos+e+fases+do+trabalho+de+parto>>. Acessado 09/05/2018.

MAIA, Mônica Bara. **Assistência à saúde e ao parto no Brasil.** Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289-03.pdf>>. Acessado 23/03/2018.

MELO S. L. **Amamentação: contínuo aprendizado.** 2. ed. São Paulo: Al Print, 2010.

MEDINA, Vilma. **Alterações emocionais na gravidez.** Revista Eletrônica Guia Infantil, 2017. Disponível em:<<https://br.guiainfantil.com/materias/gravidezalteracoes-emocionais-na-gravidez/>>. Acessado 10/05/2018.

MELDAU, Débora Carvalho. **Infecção Puerperal.** Info Escola, 2012. Disponível em:<<https://www.infoescola.com/doencas/infeccao-puerperal/>>. Acessado em 03/10/2018.

MESQUITA, A. C; PAULINO, C. S; NOGUEIRA, S. A. **Uma Nova Vida Após o Parto: Cuidados à Mulher no Puerpério**. Percursos, Nº 19, janeiro-março, 2011. Disponível em:<[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9233/1/Revista%20Percursos%20n19\\_Uma%20nova%20vida%20ap%C3%B3s%20o%20parto%20-%20cuidados%20%C3%A0%20mulher%20no%20puerp%C3%A9rio.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9233/1/Revista%20Percursos%20n19_Uma%20nova%20vida%20ap%C3%B3s%20o%20parto%20-%20cuidados%20%C3%A0%20mulher%20no%20puerp%C3%A9rio.pdf)>. Acessado em 06/07/18.

MONTANARI, Tatiana. **Embriologia: Texto, Atlas e Roteiro de Aulas Práticas**. Ed. 1º, Porto Alegre, 2013. Disponível em:<<http://professor.ufrgs.br/tatianamontanari/files/livroembrio2013.pdf>>. Acessado 08/05/2018.

MONTENEGRO, C. A. B. Rezende **Obstetrícia Fundamental**. 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MOLDENHAUER, J. S. **Hemorragia Pós-Parto**. Manual MSD. Versão Profissional de Saúde, 2018. Disponível em:< <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/anormalidades-e-complic%C3%A7%C3%B5es-do-trabalho-de-parto-e-do-parto/hemorragia-p%C3%B3s-parto#resourcesInArticle>>. Acessado em 03/10/2018.

NUNES, J. T. **Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015**. Cad. Saúde Colet., v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf>>. Acessado em 10/11/2018.

OLIVEIRA, J.F.B; QUIRINO, G.S; RODRIGUES, D.P. **Percepção Das Puérperas Quanto Aos Cuidados Prestados Pela Equipe De Saúde No Puerpério**. Rev. Rene. v.13, n.1, p.74-84, 2012. Disponível em:<<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3772/2984>>. Acessado em 08/03/2018.

OMS. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**. Biblioteca da OMS, 2014. Disponível em:<[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505\\_por.pdf;jsessionid=A3150B69CB5E491DD85468455A11ADAD?sequence=12](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf;jsessionid=A3150B69CB5E491DD85468455A11ADAD?sequence=12)>. Acessado em 03/10/2018.

PALHETA, M. G, et al. **Problemas E Condutas Evidenciados No Período De Greenberg: Uma Revisão De Literatura**. Universidade Federal do Pará (UFPA), 2015. Disponível em:<<http://www.coesa.ufpa.br/arquivos/2015/expandidos/pesquisa/PES184.pdf>>. Acessado 29/05/2018.

PEREIRA, C; PALMIRA, J; SALGADO, M. MASTITE PUERPERAL. **Saúde Infantil, Texto para País**, set. 2010. Disponível em:<[http://media.noticiasominuto.com/files/naom\\_58c28ca246e41.pdf](http://media.noticiasominuto.com/files/naom_58c28ca246e41.pdf)>. Acessado em 08/10/18.

PERIARD, A.M et al. **Atonia uterina e hemorragia pós-parto**. Rev Med Minas Gerais 2011. Disponível em:<[rmmg.org/exportar-pdf/735/v21n4s6a06.pdf](http://rmmg.org/exportar-pdf/735/v21n4s6a06.pdf)>. Acessado em 03/10/2018.

PINHEIRO, M. S. **Mastite Puerperal E Seus Condicionantes Na Nutriz Portadora De Staphylococcus Aureus**. Fundação Oswaldo Cruz Instituto Fernandes Figueira Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Fevereiro, Rio de Janeiro – 2008.

QUANDT, A. C. **Modificações do Organismo de Na Mulher Grávida**. 2006. Disponível em:<<http://tcconline.utp.br/wp-content/uploads/2012/09/MODIFICACOES-DO-ORGANISMO-NA-MULHER-GRAVIDA.pdf>>. Acessado 10/05/2018. Essa referência é de 2006 e no texto foi colocado 2012

RAMALHO, W. S. **Desvios De Crescimento Intra-Uterino: Aspectos Anatomopatológicos Macroscópicos Placentários Na Gestação De Alto Risco**. Tese Mestrado da Faculdade de Enfermagem da UFGO, 2012. Disponível em: <[https://ppgenf.fen.ufg.br/up/127/o/Wilziane\\_Silva\\_Ramalho.pdf](https://ppgenf.fen.ufg.br/up/127/o/Wilziane_Silva_Ramalho.pdf)>. Acessado em 10/11/2018.

RAVELLI, A. P.X. **Consulta Puerperal de Enfermagem: Uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil**. Rev. Gaúcha Enf. v. 29, n. 1, p. 54-59, Porto Alegre (RS). 2008. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/5264/2998>>. Acessado em 22/04/2018.

ROMEIRO, Mônica. **Trabalho de Parto: como é o trabalho de parto, fases e características**. 2017. Disponível em:<<https://www.almanaquedospais.com.br/trabalho-de-parto-como-e-o-trabalho-de-parto-fases-e-caracteristicas/>>. Acessado 09/05/2018.

RODRIGUES, M. A.R; ANJOS, M. F. **Infecção Puerperal: Fatores De Risco**. 2008. Disponível em:<<https://www.webartigos.com/artigos/infeccao-puerperal-fatores-de-risco/11610>>. Acessado em 05/10/18.

ROCHA, A. C; ANDRADE, G. S. **Atenção Da Equipe De Enfermagem Durante O Pré-Natal: Percepção Das Gestantes Atendidas Na Rede Básica De Itapuranga – Go Em Diferentes Contextos Sociais**. Revista Enfermagem Contemporânea. V. 6, n. 1, p. 30-41, 2017. Disponível em:< [www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/1153/846](http://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/1153/846)>. Acessado 29/05/2018.

RODRIGUES, A. F et al. **Histerectomia de emergência em primigesta de 15 anos de idade por hemorragia no pós-parto**. Rev Med Minas Gerais 2010. Disponível em:<[livrozilla.com/doc/.../histerectomia-de-emergencia-em-primigesta-de-15-anos-de-i](http://livrozilla.com/doc/.../histerectomia-de-emergencia-em-primigesta-de-15-anos-de-i)>. Acessado em 03/10/2018.

SAITO, Emília. **Assistencia De Enfermagem À Gestante**. Set. 2015. Disponível em: <[edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/378014/mod\\_resource/content/1/ASSIST%20ENFG%20GESTANTE%2028%20set.pdf](http://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/378014/mod_resource/content/1/ASSIST%20ENFG%20GESTANTE%2028%20set.pdf)>. Acessado 05/05/2018.

SANTANA, A, P.N; SANTANA, C. E. N; TAVARES, J. A. **Estudo da prevalência da infecção puerperal no hospital maternidade de referência do município de Juazeiro do Norte – CE**. Revista Principia n. 23 dezembro, 2013. Disponível em: <[periodicos.ifpb.edu.br/index.php/principia/article/download/143/113](http://periodicos.ifpb.edu.br/index.php/principia/article/download/143/113)>. Acessado em 05/10/18.

SANTOS, C. N. C et al. **Perfil clínico-epidemiológico da infecção puerperal em uma maternidade pública do interior do Maranhão.** Revista Interdisciplinar v. 8, n. 2, 2015. Disponível em: <[revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/.../pdf\\_205](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/.../pdf_205)>. Acessado em 03/10/2018.

SANTOS, H. F. L; ARAÚJO, M. M. **Políticas De Humanização Ao Pré-Natal E Parto: Uma Revisão De Literatura.** Revista Científica FacMais, Volume. VI, Número 2. Ano 2016. Disponível em:< <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%C3%8DTICAS-DE-HUMANIZA%C3%87%C3%83O-AO-PR%C3%89-NATAL-E-PARTO.pdf>>. Acessado em 24/03/2018.

SANTOS, A. K. O; CAVEIÃO, C. **A importância da Assistência de Enfermagem no puerpério para Redução da Morbimortalidade Materna.** Revista Saúde e Desenvolvimento, v. 6, n. 3, 2014. Disponível em: <[www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/.../327](http://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/.../327)>. Acessado em: 03/03/2018.

SANTOS, M. C. M; FILHO, F. C. G; NICOLAU, R. A. EFEITOS TERAPEUTICOS DO DIODO EMISSOR DE LUZ- LED EM MASTITES LACTACIONAIS. Revista Univasp, São José dos Campos-SP, v. 18, n. 32, dez. 2012. ISSN 2237-1753. Disponível em:<<https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/75>>. Acessado em 05/10/2018.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção a Gestante e à Puérpera no SUS-SP: Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério.** São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual\\_tecnicoi.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoi.pdf)>. Acessado em 22/03/2018

SEDICIAS, S. **Quais são os Exames do 1º Trimestre de gestação.** 2017. Disponível em:<<https://www.tuasaude.com/exames-do-primeiro-trimestre-de-gravidez/>>. Acessado em 05/05/2018.

SILVA, R. N. A et al. **Atuação De Enfermeiros No Pré-Natal: Facilidades E Entraves.** COFEN, 2014. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I70316.E15.T13942.D10AP.pdf>>. Acessado em 28/03/2018.

SILVA, S. P. C; PRATES, R. C. G; CAMPELO, B. Q. A. **Parto Normal Ou Cesariana? Fatores Que Influenciam Na Escolha Da Gestante.** Rev Enferm UFSM 2014. Disponível em:< <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8861/pdf>>. Acessado em 08/05/2018.

SILVA, E. C; PEREIRA, E. S; SANTOS et al. **Puerpério E Assistência De Enfermagem: Percepção Das Mulheres.** Rev enferm UFPE on line, Recife, 2017. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11043/19180>>. Acessado em 06/07/18.

SILVANI, C. M. B. **Parto Humanizado: Uma Revisão Bibliográfica.** UFRS, Porto Alegre - RS, 2010. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28095/000767445.pdf>>. Acessado em 05/05/2018.

SOUZA, B. A. P. **Assistencia De Enfermagem No Incentivo Do Aleitamento Materno No Municipio De Ipaba**: Um Relato de Experiência. UFMG, 2014. Disponível em:< <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4932.pdf>>. Acessado em 24/03/2018.

TANAKA, D. D. **Hemorragia Pós-Parto**. Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia HRMS, 2016. Disponível em:< <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wpcontent/uploads/sites/105/2016/05/AULA-HEMORRAGIA-NO-PARTO.pdf>>. Acessado em 03/10/2018.

UNICEF. **Quem Espera Espera**. Realização: Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, 2017. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/pt/quem\\_espera\\_espera.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/quem_espera_espera.pdf). Acessado em 10/05/2018.

VELHO, M. B.; SANTOS, E.K.A.; COLHAÇO, V. S.. **Parto Normal e Cesárea: Representações Sociais de Mulheres que os Vivenciaram**. Rev Bras Enferm. v.67, n.2, p. 282-289, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0282.pdf>>. Acessado em 08/05/2018.

VIDUEDO, A. F. S. **Mastite Lactacional**: Registro Baseado em Evidencia. Tese de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2014. Disponível em:< [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/...08052015.../Alecssandradefatimasilvaviduedo.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/...08052015.../Alecssandradefatimasilvaviduedo.pdf)>. Acessado em 05/10/18.

VIEIRA, B. D; PARIZOTTO, A. P. A. V. **Alterações Psicológicas Decorrentes Do Período Gravídico**. Unoesc & Ciência - ACBS, Joaçaba, v. 4, n. 1, p. 79-90, jan./jun. 2013. Disponível em:< <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/2559/pdf>>. Acessado em 05/05/2018.

YURI, N. E; TRONCHIN, D. M. R. **Qualidade Assistencial na Divisão de Enfermagem Materno-Infantil de um Hospital Universitário na Ótica de Enfermeiros**. Rev Esc Enferm USP v. 44, n. 2, p.331-338, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/13.pdf>>. Acessado em 22/03/2018.

