

**LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CLEIDYARA DE JESUS BRITO BACELAR VIANA  
IOMAR SALVADOR MELO MARTINS  
LINDINALDA FARIAS DUARTE DA SILVA  
MARIA GORETE DE ARAÚJO MARTINS  
PATRÍCIA APARECIDA GUIMARÃES DE RESENDE**

**AVALIAÇÃO DA COBERTURA DA CONSULTA DE PUERPÉRIO NO MUNICÍPIO  
DE ITAPECURU MIRIM – MA**

São Luís  
2007

**CLEIDYARA DE JESUS BRITO BACELAR VIANA  
IOMAR SALVADOR MELO MARTINS  
LINDINALDA FARIAS DUARTE DA SILVA  
MARIA GORETE DE ARAÚJO MARTINS  
PATRÍCIA APARECIDA GUIMARÃES DE RESENDE**

**AVALIAÇÃO DA COBERTURA DA CONSULTA DE PUERPÉRIO NO MUNICÍPIO  
DE ITAPECURU MIRIM – MA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO-Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís  
2007

Viana, Cleidyara de Jesus Brito Bacelar et al.

Avaliação da cobertura da consulta de puerpério no município de Itapecuru Mirim – MA / Cleidyara de Jesus Brito Bacelar Viana; Iomar Salvador Melo Martins; Lindinalda Farias Duarte da Silva; Maria Gorete de Araújo Martins; Patrícia Aparecida Guimarães de Resende. – São Luís, 2006.

31 f.

Monografia (Especialização em Saúde da Família) – LABORO – Excelência em Pós-Graduação. / Universidade Estácio de Sá, 2006.

1. Consulta do puerpério. I. Título.

CDU: 618.6

**CLEIDYARA DE JESUS BRITO BACELAR VIANA  
IOMAR SALVADOR MELO MARTINS  
LINDINALDA FARIAS DUARTE DA SILVA  
MARIA GORETE DE ARAÚJO MARTINS  
PATRÍCIA APARECIDA GUIMARÃES DE RESENDE**

**AVALIAÇÃO DA COBERTURA DA CONSULTA DE PUERPÉRIO NO MUNICÍPIO  
DE ITAPECURU MIRIM – MA**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá/Laboro Excelência em Pós Graduação como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em     /     /

BANCA EXAMINADORA

---

**Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)**  
Doutora em Medicina pela USP

---

**Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm**

Mestre em Enfermagem Pediátrica pela USP

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar ao nosso lado em todos os momentos.

Aos Secretários Municipais de Saúde Maria Lúcia Leitão Cavalcante e Gildásio Ângelo da Silva de Itapecuru Mirim e Tuntum respectivamente, pela compreensão e liberação de dias de trabalho para a realização deste curso.

Às puérperas que aceitaram e permitiram para que a pesquisa fosse realizada.

De maneira especial a Dr<sup>a</sup>.Mônica Elinor Alves Gama, por sua crítica e assistência didática na elaboração deste trabalho.

Aos funcionários das Unidades Básicas de Saúde e da Supervisão de Informática da SEMUS de Itapecuru Mirim que, com profissionalismo, engrandeceram este trabalho.

À Lorena Mariana Martins, que de forma tão dedicada, prontamente colaborou de maneira organizada e eficaz.

Aos colegas, pela amizade construída.

E com muito carinho aos nossos familiares, amigos e a todos aqueles que direta ou indiretamente participaram da construção deste trabalho.

## RESUMO

O puerpério é uma fase de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, portanto, aumentam os riscos para o aparecimento de complicações e distúrbios que podem afetar a saúde da puérpera. O presente trabalho discorre sobre a avaliação da cobertura da consulta de puerpério. Como objetivos buscou-se desvelar o conhecimento da puérpera considerando a sua relevância a partir da cobertura; o perfil epidemiológico e cultural estabelecendo caminhos metodológicos de implementação de novos modelos, que privilegiem a mudança de condutas. Estudo descritivo e prospectivo. Aplicou-se questionário semi-estruturada em cinquenta e oito puérperas, independentemente da faixa etária, que tiveram filhos no mês de outubro de 2005, residentes na zona urbana, no município de Itapecuru Mirim-MA e atendidas por equipes da Estratégia Saúde da Família-ESF. Antes de incorporar novas práticas que contribuam na ampliação do acesso às mulheres aos serviços de saúde é preciso conhecer o processo de vida para poder cuidá-las com propriedade. A visão de quem recebe os serviços deve ser valorizada, porque disso depende a adesão à assistência, oportuniza aos profissionais uma reflexão sobre a realidade e elaboração de novas políticas.

Palavras-chave: Consulta de puerpério. Mortalidade materna.

## ABSTRACT

The puerpério is a phase of deep alterations in the social, psychological scope and physical of the woman, therefore, they increase the risks for the appearance of complications and riots that can affect the health of puérpera. The present work discourses on the evaluation of the covering of the puerpério consultation. As objective one searched to desvelar the knowledge of puérpera considering its relevance from the covering; the profile cultural epidemiologist and establishing metodológicos ways of implementation of new models, that privilege the change of behaviors. Descriptive and prospectivo study. Interview questionnaire in fifty and eight puérperas was applied, independently of the band etária, that children in the month of October of 2005 had had, resident in the urban zone, in the city of Itapecuru Mirim-ME and taken care of by teams of the Strategy Health of Family. Before incorporating new practical that they contribute in the magnifying of the access to the women to the services of necessary health and to know the life process to be able to take care of them with property. The vision of who receives the services must be valued, because on this the adhesion to the assistance depends, oportuniza to the professionals a reflection on the reality and elaboration of new politics.

Key - words: Consultation of puerpério. Mortality materna.

## LISTA DE SIGLAS

IgA –	Imunoglobulina A
OMS –	Organização Mundial de Saúde
MS –	Ministério da Saúde
GM –	Gabinete do Ministro
PHPN –	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
VDRL –	Veneral Disease Research Laboratories
SPS –	Secretaria de Políticas de Saúde
UBS –	Unidade Básica de Saúde
SISPRENATAL -	Sistema de Informação do Pré-natal.
SINASC –	Sistema de Informação de Nascimento
ESF –	Equipe de Saúde da Família
SEMUS –	Secretaria Municipal de Saúde.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição (%) das 58 puérperas segundo a faixa etária. Itapecuru Mirim 2005. ....	18
Gráfico 2 - Distribuição (%) das 58 puérperas segundo escolaridade. Itapecuru Mirim 2005.....	19
Gráfico 3 - Distribuição (%) das 58 puérperas segundo estado civil. Itapecuru Mirim 2005. ....	20
Gráfico 4 - Distribuição (%) das 58 puérperas segundo renda familiar. Itapecuru Mirim 2005.....	20
Gráfico 5 - Distribuição (%) das 58 puérperas segundo consultas de pré-natal. Itapecuru Mirim, 2005.....	21
Gráfico 6 - Distribuição (%) das 58 puérperas segundo conhecimento da consulta de pós-parto. Itapecuru Mirim 2005.....	22
Gráfico 7 - Distribuição (%) das 58 puérperas segundo relato de orientação quanto à consulta de pós-parto. Itapecuru Mirim 2005.....	23
Gráfico 8 - Distribuição (%) das 24 puérperas que relataram alguma informação acerca da consulta de puerpério segundo o profissional que deu a informação Itapecuru Mirim, 2005.....	23
Gráfico 9 - Distribuição (%) das 24 puérperas que receberam orientação segundo realização da consulta pós-parto. Itapecuru Mirim 2005.....	24

## SUMÁRIO

	p.
LISTA DE SIGLAS .....	6
LISTA DE GRÁFICOS .....	7
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>14</b>
<b>3 OBJETO DE ESTUDO .....</b>	<b>15</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1 Geral .....</b>	<b>15</b>
<b>4.2 Específicos .....</b>	<b>15</b>
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>16</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>18</b>
<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>25</b>
REFERÊNCIAS .....	26
APÊNDICES .....	28

## 1 INTRODUÇÃO

Puerpério é o período após o parto, variável, de evolução diferente de mulher para mulher, durante o qual ocorrem profundas manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna, concomitantemente há modificações gerais que perduram até o retorno do organismo ao período não gravídico. Apenas a glândula mamária permanece em estágio evolutivo, cumprindo a sua função de lactação (RAMOS, 2003).

Admite-se que o período de duração normal do puerpério seja de 6 a 8 semanas que se sucede ao parto, iniciando-se logo após a dequitação da placenta e divide-se didaticamente em três etapas: Puerpério imediato (do 1º. ao 10º. dia após o parto); Puerpério tardio (do 10º. ao 45º. dia) e Puerpério remoto (após o 45º. dia) (PRADO, 2003).

Para Correa; Correa Júnior (1999), o puerpério imediato é a etapa mais importante, a que mais preocupa e a que exige mais cuidados e atenção. É nela que ocorrem as principais modificações no organismo materno e na qual residem os maiores riscos de complicações. Impõe-se, então, o controle cuidadoso da puérpera, visando prevenir problemas ou detectá-los e corrigi-los de forma precoce, antes que determinem complicações sérias e duradouras. Nesta fase do puerpério, merecem atenção especial os órgãos genitais externos e internos, as mamas e os sistemas circulatório e urinário.

Recomenda que a puérpera deva ser observada rigorosamente nas primeiras horas após o parto, dando-se ênfase para o volume da perda sanguínea e a altura do fundo uterino, além de se avaliar seguidamente as condições maternas, como a pressão arterial, a frequência cardíaca, a temperatura corporal e seu estado geral. Desta forma, os profissionais de saúde devem ter em mente, a responsabilidade que lhes cabe e salientar a importância deste acompanhamento para o bem estar do binômio mãe - filho. O conhecimento das características fisiológicas do puerpério tem grande relevância, tendo em vista a possibilidade de se identificar anormalidades ou complicações, de modo que se possa intervir oportunamente evitando assim, o óbito materno. Com relação às modificações gerais, imediatamente após o parto a puérpera apresenta um estado de exaustão e relaxamento resultado dos esforços despendidos no período expulsivo. Nos primeiros 10 a 15 minutos após a dequitação da placenta, com duração variável, surgem os calafrios, conseqüentes da estafa muscular, resfriamento corpóreo, alterações circulatórias e bacteremias transitórias. (RESENDE, 1993).

Diminui a pressão venosa dos membros inferiores, com conseqüente melhora das varizes e edemas. O pulso acelerado durante o período de expulsão do concepto cai para valores normais ou subnormais. A pressão arterial, que apresentava oscilações durante o trabalho de parto, estabiliza-se nas taxas habituais. A ausculta cardíaca tende a normalizar-se após o 10º dia, desaparecendo o sopro sistólico de hiperfluxo em foco mitral. Os fenômenos de hiperpigmentação da face, das mamas e do abdômen tendem a regredir rapidamente, podendo deixar alterações definitivas na coloração da pele. As estrias avermelhadas tornam-se brancas e diminuem de tamanho. Algumas mulheres têm tendência a apresentar pele seca, queda acentuada do cabelo e unhas quebradiças. Quanto mais extensas as transformações gravídicas sofridas, maiores serão os processos regressivos na intimidade textural dos órgãos, e muito longa a recuperação. Por tal circunstância o útero é o órgão mais comprometido ou envolvido na involução puerperal. (PRADO, 2003).

Após o parto o útero pesa um quilo e alcança a cicatriz umbilical. A altura do fundo uterino diminui em média 1 cm por dia, de modo que, até o 10º. dia do puerpério está rente à sínfise púbica e na maioria dos casos, não é mais encontrado à palpação no abdômen. Seu peso passa para 700g no 3º. dia, reduzindo a 300g no final da primeira semana, voltando ao tamanho definitivo na 6ª semana, pesando cerca de 100 gramas. Após a dequitação da placenta as contrações potentes que se seguem, promovem a involução do miométrio, bem como o fechamento dos vasos sanguíneos do sítio de inserção placentária (globo de segurança de Pinard). O endométrio sofre necrose, ficando apenas sua camada basal, responsável pela regeneração desse tecido ao final da terceira semana. A reparação do local de inserção da placenta se completará na 6ª semana. (RESENDE, 1993).

Durante o fenômeno da involução a cavidade uterina elimina uma considerável quantidade de transudatos, conhecido por lóquios. Nos primeiros 3 ou 4 dias do puerpério os lóquios são sanguíneos (lochia rubra). Já a partir do 5º. dia, tornam-se acastanhados (lochia fusca), transformando-se gradativamente, por volta do 10º dia, em serossanguíneos (lochia flava). O odor é característico e depende da flora vaginal da mulher podendo apresentar-se fétido quando da presença de infecção. (RAMOS, 2003). A vulva e o períneo apresentam-se edemaciados e congestos, retornando a normalidade rapidamente, lacerações pequenas são freqüentes e tem resolução espontânea. É freqüente a ocorrência de botões hemorroidários devido à congestão venosa e compressão do plexo hemorroidário provocado pela passagem do feto no canal de parto.

A alteração mais importante é a atrofia da mucosa vaginal resultante do hipoestrogenismo, é a crise vaginal, que inicia sua recuperação por volta do 25º. dia, fato comum tanto às que tiveram partos vaginal ou cesáreo. O retorno á normalidade é individual e normalmente retardado nas nutrizes. Embora a rugosidade da mucosa retorne gradativamente, a redução da mesma é evidente a cada parto. A regressão geralmente é espontânea. (BENZECRY, 2001).

Nos primeiros 3 a 4 dias as glândulas mamárias respondem pela produção do colostro, rico em imunoglobulinas, principalmente IgA, gordura e betacarotenóides. Durante as duas primeiras semanas pelo leite transicional e finalmente pelo leite definitivo. São complicações do puerpério: a infecção puerperal, a hemorragia, a mastite e a psicose puerperal.

A infecção puerperal é um quadro grave, ocorrendo nos dez primeiros dias do puerpério, excluindo o primeiro dia, sendo caracterizada por temperatura acima de 38º, calafrios, mal estar geral e dor localizada. A hemorragia antes do parto, o parto prolongado, o traumatismo do parto e o abortamento provocado são fatores predisponentes ao aparecimento da infecção puerperal. Esta pode levar a puérpera à morte devido à propagação por todo o organismo. A hemorragia resulta principalmente da decorrência de descolamento prematuro da placenta (DPP), placenta prévia, prenhez ectópica, lacerações do colo e da vagina, retenção de restos placentários e hipotonia uterina após o parto. São complicações 2 ou 3 vezes mais freqüentes em multíparas que em primíparas. A hipotonia uterina representa 90% das hemorragias puerperais. O sangramento excessivo, que pode não ser aparente, o útero amolecido e grande, e sinais de choque hipovolêmico, apresentam-se na sintomatologia de hemorragia.(RESENDE,1993)

A mastite puerperal é uma infecção purulenta nas mamas que ocorre com maior freqüência nas mulheres que amamentam e nas primíparas. O agente etiológico mais freqüente é o estafilococo áureo. A mama apresenta eritematosa, quente e dolorosa. A infecção geralmente tem início através de fissura no mamilo. Caso o processo infeccioso não seja combatido pode redundar em abscesso mamário.

A psicose puerperal é um quadro delirante, frequentemente alucinatório, grave e agudo que aparece do segundo dia a 3 meses após o parto. Ocorre principalmente em mulheres com história psiquiátrica regressa e estão relacionadas à insegurança, falta de auto-estima. As mães solteiras são frequentemente mais afetadas, devido à falta de estrutura familiar sólida capaz de ajudá-la a criar o filho.

As alterações psíquicas mais comuns do puerpério são conhecidas como: Tristeza Materna, Psicose Puerperal e Depressão Pós-Parto. A Tristeza Materna atinge até dois terços

das puérperas, desenvolvem-se nos 10 primeiros dias do puerpério e se caracteriza por irritabilidade, depressão, labilidade de humor, choro fácil e indisposição.

Esses sintomas não são suficientes para causar sérios danos ao funcionamento do organismo da mulher, diferentemente da Depressão Pós-parto que parece apresentar um grau de severidade maior e evolução mais longa. Algumas mulheres em que o transtorno inicialmente tido como Tristeza Materna persistindo evoluem para um quadro mais grave de Depressão Pós-parto.(RAMOS,2003)

A mortalidade materna é um bom indicador da realidade sócio-econômica de um país e da qualidade de vida de sua população. No Brasil, o sub-registro das declarações de óbitos, resultante da omissão do registro de óbito em cartório e a sub-informação onde se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, parto e puerpério são fatores que dificultam o real monitoramento do nível e das tendências da mortalidade materna. (BRASIL, 2000).

Estatísticas da Organização Mundial da Saúde (1973-1976) reporta mortalidade materna de 1 a 4 mil nas nações do terceiro mundo. A Organização Mundial de Saúde (1970) evidencia a mortalidade fetal 7 vezes mais elevada na primeira semana de vida, sendo 4 vezes mais, nos países em desenvolvimento, variando as taxas de mortalidade perinatal entre 36 a 82 por mil (BERQUÕES, 2000).

Dividem-se as causas de mortalidade materna em duas categorias, estando ambas intimamente influenciadas pela idade, paridade e intervalo gestacional da mulher:

1. Morte obstétrica direta que resulta de complicações do estado gestacional (gravidez, parto e puerpério), de intervenções, omissões, tratamento incorreto, ou de eventos que culminariam nos fatores acima arrolados.

2. Morte obstétrica indireta quando uma doença prévia ou que apareceu e prosperou na gravidez, de causa não obstétrica, tem seu curso agravado pelos efeitos fisiológicos da gravidez.(RESENDE,1993).

Além da atenção pré-natal, a assistência ao parto e puerpério tem interferência direta nos índices de morbi-mortalidade maternas. O número de óbitos decorrentes de parto transvaginal é três vezes menor que o índice de parto cesáreo. As causas principais de mortalidade no parto relacionam-se com a dequitação e hemorragia. A histerectomia puerperal, a infecção pós-parto vaginal, a infecção na parede abdominal pós-cesárea e inversão uterina são as principais causas de óbito no pós-parto, no entanto as consideradas mais graves foram a histerectomia puerperal e inversão uterina, duas intervenções relacionadas às hemorragias. Os menores índices de morte tanto por cesárea quanto por partos normais, ocorreram em hospitais

privados. Nos hospitais públicos e região norte e nordeste ocorreram os índices mais elevados de mortalidade materna. (FEBRASGO, 2000).

Este quadro vem a confirmar que a mortalidade materna atinge a população mais carente, a qual necessita de serviços gratuitos de saúde. Bons serviços deveriam ser estendidos para toda a população e não ficarem restritos a minorias ou gestantes com acompanhamento particular, o que implicaria no aumento do número de leitos obstétricos em todas as regiões e profissionais habilitados. (PRADO, 2003).

As taxas de morbidade e mortalidade materna estão diretamente relacionadas às complicações obstétricas ou condições constitucionais (doenças intercorrentes) agravadas pela prenhez. Ambas as categorias de complicações estão intimamente influenciadas pela idade, paridade e intervalo gestacional da mulher.(BRASIL,2002).

Os grandes fatores de letalidade materna são tradicionalmente representados principalmente pelas infecções, as hemorragias e as toxemias gravídicas, responsáveis por 50% de todas as mortes maternas no mundo. Entretanto, as complicações e as seqüelas de abortamento provocado aumentam as estatísticas e ocupam atualmente o primeiro lugar. Outros fatores são: a embolia por líquido amniótico, o tromboembolismo, e as anestésias. Arelam-se ainda onerando o prognóstico materno a má nutrição, a anemia, as doenças cardiovasculares e renais. (SILVA, 2001).

Para Brasil (2002) convém esclarecer que:

Em 1998, a razão de mortalidade materna brasileira obtida a partir de óbitos declarados foi de 64,8% óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. Nas regiões Sul e Sudestes estes valores foram de 76,2 e 70, respectivamente. Já nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste foram de 56,1, 54,8 e 57, respectivamente, o que indica melhor qualidade do registro de óbitos nas regiões Sul e Sudeste. Também nesse ano foram registrados 2.039 óbitos maternos predominando as causas obstétricas diretas (62,6%), destacando as doenças hipertensivas, as síndromes hemorrágicas, as infecções puerperais e o aborto.

## 2 JUSTIFICATIVA

O período pré-natal, do momento da fecundação ao término da gravidez (40 semanas), e o momento do trabalho de parto até as primeiras 48 horas, seguindo até o primeiro mês pós-natal, são considerados períodos críticos e vulneráveis. De forma que os cuidados de saúde devem ser abrangentes, com enfoque multidisciplinar, integrando a gestante, o seu conceito, a sua família, em todas as etapas da gravidez, parto e puerpério, e até o primeiro ano de vida do recém-nato. A assistência ao pré-natal, puerpério e o acompanhamento do recém-nato até o primeiro ano de vida, é uma necessidade de nossa população visando principalmente à redução de fatores de risco associados às altas taxas de complicações da gravidez, parto e puerpério, e de mortalidade materna, neonatal e infantil tardia.

Prematuridade, baixo peso ao nascer, deficiências nutricionais, anomalias congênitas, toxemia, septicemia, hemorragias, depressão puerperal, distúrbios afetivos do elo mãe-filho, falta de amamentação, são as causas mais comuns de mortalidade e morbidade materna e perinatal, facilmente preveníveis, através da atenção e cuidados primários e secundários de saúde.

O Ministério da Saúde, através das Portarias MS/GM 569, 570, 571 e 572 de 01 de junho de 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), tendo como objetivo principal a reorganização da assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos, na perspectiva dos direitos da cidadania.

O Programa recomenda um mínimo de seis consultas de pré-natal e uma consulta de puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento, além da garantia de exames laboratoriais, tais como: ABO-Rh, VDRL, urina, glicemia, hemoglobina/hematócrito. Orienta preferencialmente uma consulta de pré-natal no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação. A primeira consulta deverá ocorrer até o 4º. mês de gestação.

Os indicadores do SISPRENATAL (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) demonstraram que somente 4,07% das gestantes inscritas no PHPN realizaram o elenco mínimo de ações preconizadas pelo programa e que somente 9,43% realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. (BRASIL, 2002).

Os dados também evidenciam que a atenção no puerpério não está consolidada nos serviços de saúde. A maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como dos profissionais de saúde, é com a avaliação e vacinação do recém-nascido, podendo indicar que as mulheres não recebem informações suficientes para complementarem a consulta puerperal.

Na consulta do puerpério, ouvem-se as queixas da puérpera, avalia-se sua situação clínica e psíquica, permitindo então, à intervenção oportuna dos problemas identificados, bem como a promoção de recomendações e orientações importantes, relacionadas á saúde da mãe e do bebê, a morbi-mortalidade materna e perinatal.

Esse estudo conheceu o número de puérperas no mês de outubro de 2005, de área urbana, coberta por Estratégia de Saúde da Família, no município de Itapecuru-Mirim, procurando identificar quantas realizaram e quantas não realizaram consulta até o 42º. dia, os fatores que facilitaram e dificultaram a adesão à consulta de puerpério, bem como diagnosticar os problemas que influenciaram a adesão á consulta de puerpério.

### **3 OBJETO DE ESTUDO**

Avaliação da cobertura da consulta de puerpério.

### **4 OBJETIVOS**

#### **4.1 Geral**

Estudar a consulta pós-natal no município de Itapecuru-Mirim, considerando a cobertura e o conhecimento da puérpera a cerca de sua relevância.

#### **4.2 Específicos**

- Descrever o perfil sócio-econômico e cultural das puérperas.
- Observar a realização de consultas de puerpério pela população em estudo.
- Caracterizar o conhecimento das puérperas acerca da importância das consultas de puerpério.

## 5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo, desenvolvido no período de fevereiro a abril de 2006, cuja população referiu-se a todas as mulheres que tiveram filhos no mês de outubro de 2005, residentes na zona urbana, no município de Itapecuru-Mirim-MA, e atendidas por equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF.

O município de Itapecuru-Mirim localiza-se a 120 km da capital do estado. Sua população está estimada em 51.171 habitantes, distribuídos nas zonas urbana e rural. Aderiu ao PHPN no ano de 2002, através da Portaria conjunta SPS N°. 197 de 5 de setembro de 2002, estando atualmente implantado em todas as Unidades Básicas de Saúde, onde estão inseridas as Equipes de Saúde da Família. No entanto, observa-se, na prática, que as ESF têm direcionado sua principal atenção ao pré-natal e ao parto institucionalizado, porém, às consultas de puerpério, que junto ao pré-natal e parto são de grande relevância na prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal.

A rede de saúde é constituída de 9 (nove) unidades básicas de saúde, 8 (oito) postos de saúde, a Clínica Santa Rosa (privada/conveniada) e o Hospital Regional Adélia Matos Fonseca. A cobertura da Estratégia Saúde da Família é de 77,88%, totalizando 12 equipes implantadas, sendo 6 (seis) na zona rural e 6 (seis) na zona urbana.

Para a definição da população foram selecionadas todas as crianças nascidas no período de 1º a 31 de outubro de 2005, cadastradas no Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, de mães que fizeram o pré-natal com profissionais da ESF, de zona urbana, residentes no município de Itapecuru-Mirim. Foram identificadas 63 puérperas, as mesmas foram contactadas pelos Agentes Comunitários de Saúde da sua microárea de residência e agendada a data de visita para posterior aplicação de formulário, pelos pesquisadores.

O grupo de puérperas selecionadas foi dividido para a aplicação do formulário entre os pesquisadores. Como dois dos mesmos faziam parte de ESF de zona urbana tivemos o cuidado de não destinarmos as puérperas das suas áreas de abrangência para os mesmos aplicarem o formulário. Foram aplicados formulários com perguntas abertas e fechadas visando primordialmente detalhamento da consulta de puerpério.

Foi escolhido o bairro Roseana Sarney para a aplicação piloto dos formulários onde, com a ajuda do Agente Comunitário de Saúde e fichas do SINASC, visitaram-se as puérperas em seus domicílios e foi percebido que este método iria requer um tempo maior e também foram detectadas algumas falhas no formulário, que nos direcionou para alguns ajustes.

Com isso, mudou-se a forma de entrevista, ou seja, as puérperas eram convidadas pelos agentes comunitários de saúde ou enfermeiros das equipes a participar de uma reunião, sendo orientadas a trazer neste momento o cartão de gestante a fim de comprovar o número de consultas realizadas. Na ocasião era explicada a finalidade da pesquisa, a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a aplicação do formulário, individualmente. (Apêndice B)

As variáveis foram relativas à idade, escolaridade, renda familiar, estado civil, antecedentes obstétricos (GESTA, PARA E ABORTO), número de consultas realizadas no pré-natal e a respeito da consulta de puerpério, questionando-se a realização de consulta, quem orientou, o que foi dito na consulta e a importância dessa consulta. Procedeu-se também, a descrição dos dados em gráficos. (Apêndice A).

O estudo respeitou todas as normas estabelecidas para a pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No período em estudo, foram identificadas 63 puérperas, a partir do registro de todos os nascidos vivos no Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC, porém foram aplicados 58 questionários devido a perdas, cujos resultados são apresentados a seguir.

No que diz respeito à faixa etária observou-se que está compreendida entre 14 e 41 anos, com destaque para as de 14 e 19 anos com 18 puérperas (31%), seguida de 20 a 24 anos com 16 puérperas (28%), 25 a 40 anos com 8 (oito) puérperas (13%) e acima de 40 anos com 16 puérperas (28%). (Gráfico 1)

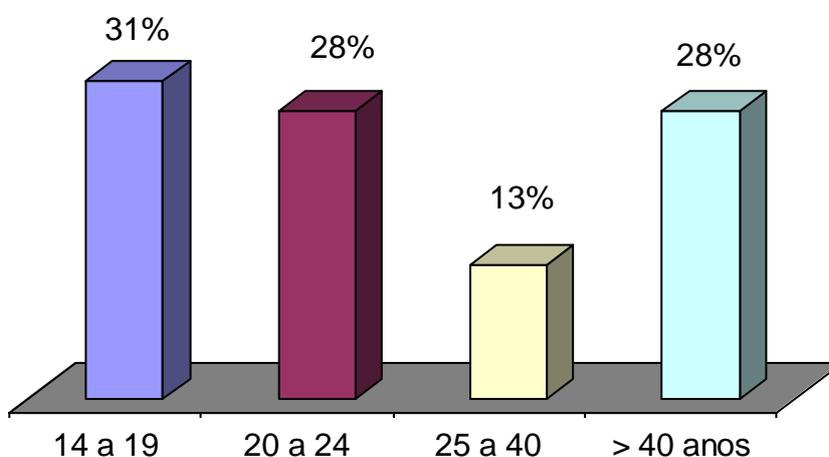


Gráfico 1 - Distribuição (%) das 58 puérperas segundo a faixa etária, Itapecuru-Mirim, 2005.

Na adolescência, a gestação é quase sempre uma desagradável surpresa, onde a vergonha e o temor ocasionam a negação e a ocultação da gravidez, de maneira que a adolescente grávida não receba uma assistência médica adequada nesse período, levando à incidência aumentada de patologias para ambas as partes. Quando se analisou o possível fator etiológico ligado ao incremento da gestação nessa faixa etária, podemos perceber a complexidade desse fator, pois o mesmo aponta para existência de uma enorme “rede multicasual” tornando, assim, os adolescentes vulneráveis a essa situação.

Quanto a escolaridade o percentual mais significativo foi de 1 (um) a 8 (oito) anos de estudo, com 31 puérperas (53%), seguido de 9 (nove) a 15 anos de estudos, com 24 puérperas (41%). Foram observadas 2 (duas) puérperas com 15 anos de estudo, bem como 2 (duas) sem estudo (3%) respectivamente. (Gráfico 2)

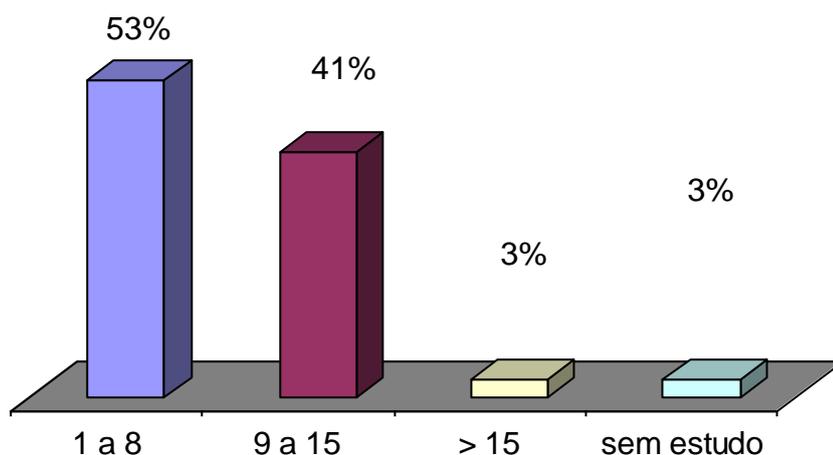


Gráfico 2 - Distribuição (%) das 58 puérperas segundo escolaridade. Itapecuru-Mirim, 2005.

A baixa escolaridade, bem como o baixo nível de renda familiar pode também ser um fator de relevância quanto ao conhecimento da importância da realização da consulta de puerpério, bem como o entendimento e a efetivação da consulta por parte das puérperas.

A educação de nossos jovens ainda é centrada na formação escolar, nos conteúdos das disciplinas curriculares obrigatórias. As escolas ainda não estão preparadas, com raras exceções, para a construção do ser de desejos, de necessidades, de possibilidades e limitações. E mais, não sabemos trabalhar com grupos, com famílias, talvez porque, até há pouco tempo, não olhávamos holisticamente para o nosso cliente: não o percebíamos na sua totalidade, unicidade e diversidade, nem corporalmente; é difícil percebê-lo biológico-cultural-afetivo num dado ambiente, como cidadã de direito e de dever, recebendo e doando, inserida numa história particular, num contexto familiar, comunitário e numa sociedade, também historicamente construída.(BRASIL,2002).

No que se refere ao estado civil, 33 (57%) puérperas se encontravam em união consensual/casada e 25 (43%) solteiras. (Gráfico 3)

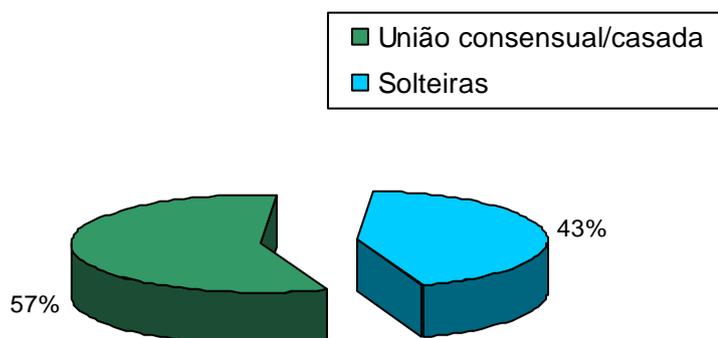


Gráfico 3 - Distribuição (%) das 58 puérperas segundo estado civil. Itapecuru-Mirim, 2005.

Percebeu-se que um grande contingente das parturientes adolescentes não tem união estável com o parceiro e que apenas 8 (oito) dessas puérperas eram casadas. Esses resultados nos mostram outra cruel faceta do problema, a do filho sem pai, levando a essa puérpera um não acompanhamento do pós-parto por não ter um companheiro para ajudá-la e incentivá-la.

Em relação à renda familiar houve predominância de 01 (um) salário mínimo, com 17 puérperas (29%). Um fato que chamou a atenção foi um grupo de 25 puérperas (43%) com renda inferior a um salário mínimo, e 1 (uma) puérpera (2%) referiu não ter nenhum tipo de renda, sobrevivendo com troca de produtos. A renda familiar acima de 1 (um) salário foi de 25 puérperas (26%). (Gráfico 4)

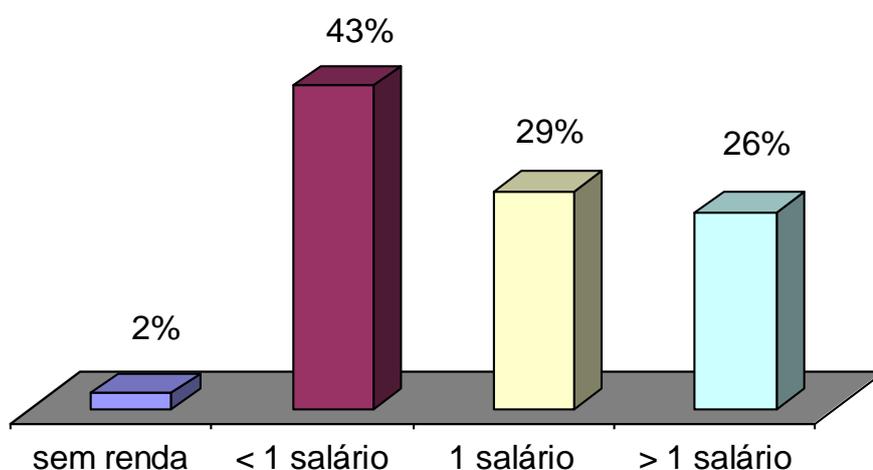


Gráfico 4 - Distribuição (%) das 58 puérperas segundo renda familiar. Itapecuru-Mirim, 2005.

Quanto ao número de consultas de pré-natal realizadas, os resultados equivalentes a 6 (seis) consultas ocorreram com 25 puérperas, perfazendo um percentual de (43%), seguido de 22 puérperas com menos de 5 (cinco) consultas de pré-natal (38%) e de 11 puérperas que realizaram 5 (cinco) consultas de pré-natal (19%). (Gráfico 5)

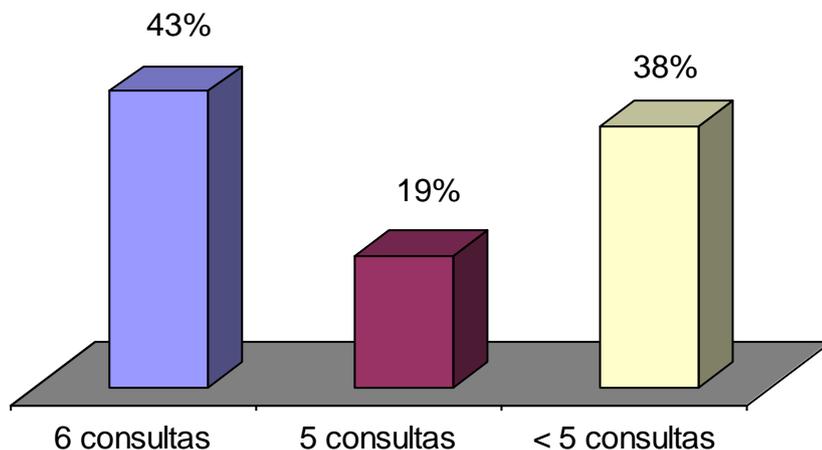


Gráfico 5 - Distribuição (%) das 58 puérperas segundo consultas de pré-natal. Itapecuru-Mirim, 2005.

De acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, através do SISPRENATAL, são recomendadas, no mínimo, 6 (seis) consultas de pré-natal, bem como a lista básica de exames (VDRL, HIV, Tipagem Sanguínea, Glicemia, Hemoglobina, Hematócrito, Urinálise e Hemograma), imunização e 1 (uma) consulta de puerpério.

A falta de assistência pré-natal adequada é o ponto de partida para as mais freqüentes complicações clínicas e obstétricas; observando-se também as complicações evitáveis da gravidez, parto ou puerpério, indicadores inter-relacionados à falta de acesso ao pré-natal de qualidade, ao planejamento familiar, à falta de informações, a carência de práticas educativas, à dificuldade de implementação da prática do parto humanizado, ampliando as possibilidades de risco e morte.

Com relação ao conhecimento que tinham sobre para que serve a consulta de puerpério, o mais significativo foi para as que não sabiam, com 46 puérperas (79%) apenas 12 (21%) afirmaram saber para que servia. (Gráfico 6)

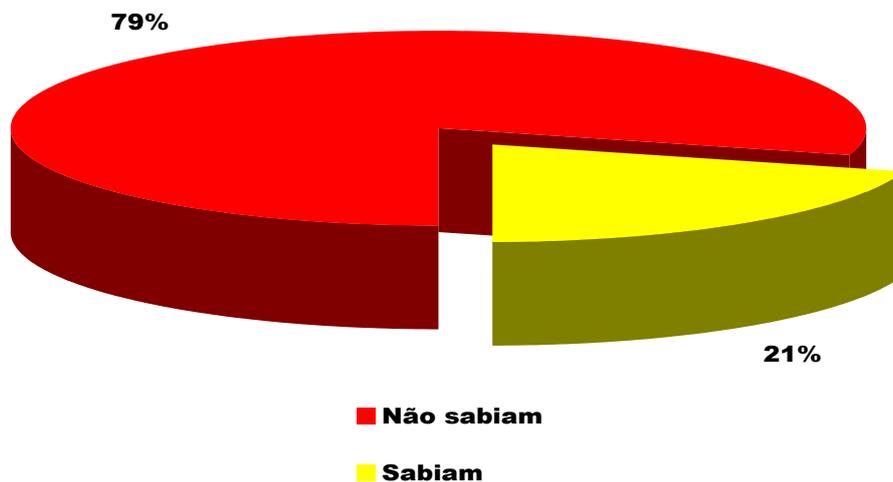


Gráfico 6 - Distribuição (%) das 58 puérperas segundo conhecimento da consulta de pós-parto. Itapecuru-Mirim, 2005.

Segundo Correia (1999), o puerpério é a etapa mais importante, que exige cuidados e atenção, que ocorrem as principais modificações no organismo materno e no qual residem os maiores riscos de complicações. A mortalidade materna é um indicador sócio-econômico do país e da qualidade de vida de sua população e a atenção ao pré-natal, parto e puerpério têm interferência direta nos índices de morbi-mortalidade maternas.

Quanto à orientação para fazer a consulta após o parto obteve-se os seguintes resultados: 30 puérperas (52%) não foram orientadas, 24 (41%) afirmaram que foram orientadas e 4 (quatro) puérperas (7%) não lembraram. (Gráfico 7)

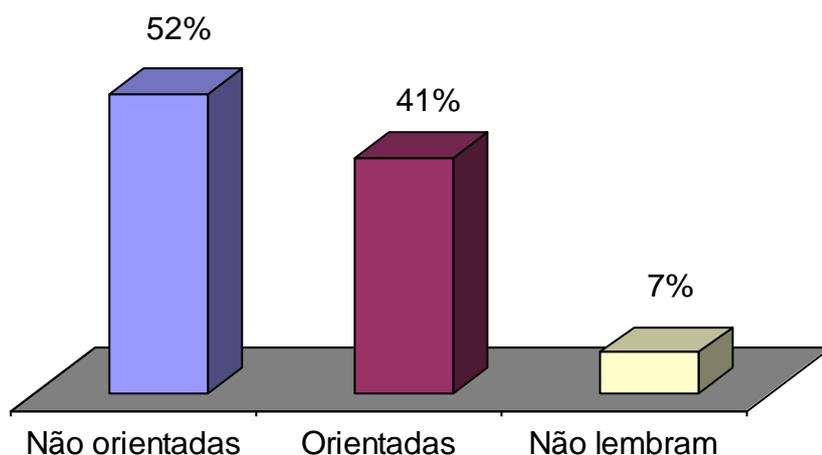


Gráfico 7 - Distribuição (%) das 58 puérperas segundo relato de orientação quanto à consulta de pós-parto, Itapecuru-Mirim, 2005.

Ao verificar qual o profissional que a orientou, 18 (75%) responderam que foram orientadas pelo enfermeiro, 3 (três), (13%) pelo Agente Comunitário de Saúde, 2 (duas) puérperas (8%) pelos familiares e 1 (uma), (4%) pelo médico. (Gráfico 8)

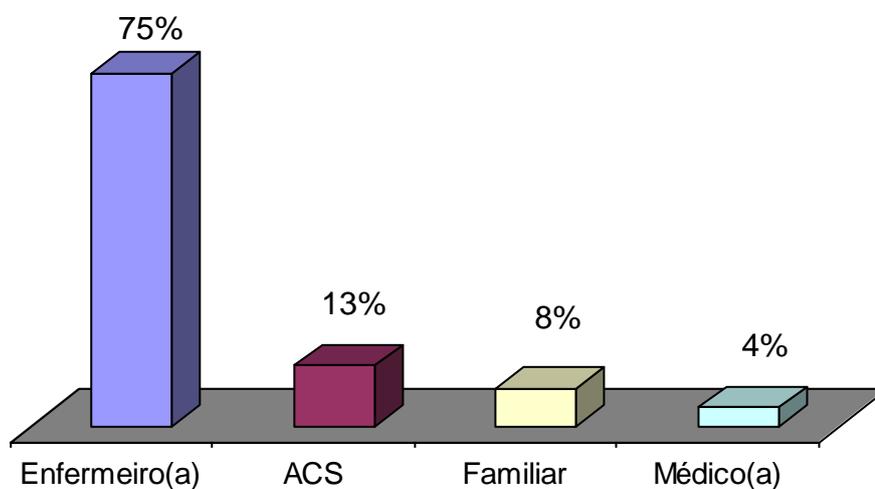


Gráfico 8 - Distribuição (%) das 24 puérperas que relataram alguma informação acerca da consulta de puerpério segundo o profissional que deu a informação. Itapecuru-Mirim, 2005.

Entre as que foram orientadas a fazer a consulta de puerpério, observamos que o enfermeiro é o profissional mais envolvido nas orientações junto à gestante no momento do pré-natal, estando mais sensibilizado quanto à importância do mesmo. As equipes de saúde da família deveriam trabalhar integradas e multidisciplinarmente, ficando a responsabilidade da informação por parte de qualquer membro da mesma.

O percentual de puérperas estudadas (58), em relação ao resultado obtido quanto à orientação (24), não foi satisfatório, visto que entre as orientadas o resultado foi de 75% que realizaram a consulta, levando com isso a observar a importância da orientação, seja por qualquer membro da equipe no momento do pré-natal.

Dentre as 24 puérperas que receberam orientação para a realização da consulta de puerpério, 6 (seis) puérperas (25%) não a realizaram e 18 puérperas (75%) afirmaram ter feito tal consulta. (Gráfico 9)

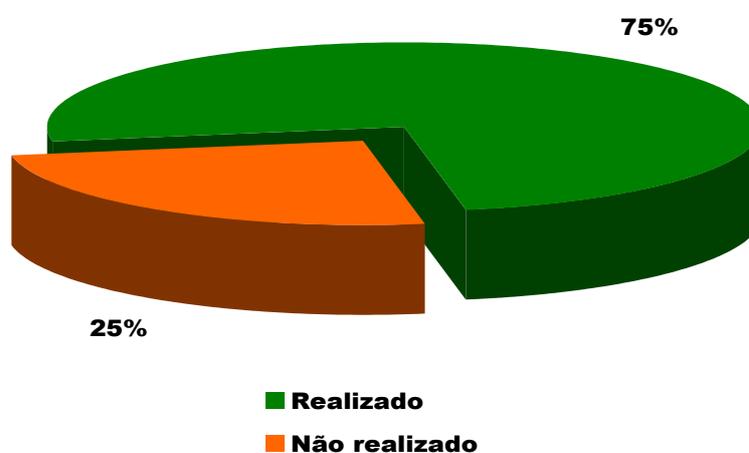


Gráfico 9 - Distribuição (%) das 24 puérperas que foram orientadas segundo a realização da consulta pós-parto. Itapecuru-Mirim, 2005.

O referido trabalho buscou conhecer a cobertura das consultas de puerpério no município de Itapecuru-mirim, nas mulheres que tiveram filhos no período de outubro de 2005, que pertenciam à área coberta por ESF e de zona urbana.

Assim, tornou-se mais evidente a necessidade de investigar a influência conjunta de fatores psicológicos, condições de existência e modos de vida. Esta perspectiva mais ampla se refere às condições gerais de vida que abrangem um leque de variáveis: condições socioeconômicas, acesso à assistência de saúde, nível de instrução, sendo que neste trabalho, essa última variável foi tomada como critério para configuração da classe social.

A partir desta ótica, o perfil epidemiológico de um grupo social é visto como determinado, de um lado, pela inserção desta na estrutura de produção (trabalho e suas condições), do outro, pelo tipo de comportamento social que adota. Juntos, esses dois elementos compõem certo modo de vida (PAIM, 1997).

## 7 CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos chegou-se a seguinte conclusão:

- A maioria das puérperas pesquisadas estão na faixa etária entre 14 e 19 anos;
- A maioria estão entre casadas/união consensual, quanto ao estado civil;
- Quanto a escolaridade está compreendida entre 1 e 8 anos de estudos;
- Entre as estudadas a maioria compreende como de baixa renda, com predominância para menos de um salário mínimo;
- Destacamos que a maioria realizou até 6 consultas de pré-natal de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Entre as que realizaram consulta de pré natal, somente 24 receberam orientação quanto a importância da realização da consulta de puerpério;
- Das 24 que receberam orientação quanto a importância da realização da consulta de puerpério, o grupo que mais se destacou na orientação foi o profissional enfermeiro;
- O resultado obtido desta orientação foi satisfatório, com a grande maioria realizando a consulta;
- Em relação ao grau de conhecimento sobre a consulta de puerpério, foi relevante o número que afirmaram não saber.

Este trabalho pode contribuir com o desenvolvimento de estratégias para a realização da consulta de puerpério, bem como o acompanhamento sistemático da cobertura do SISPRENATAL, englobando assim o pré-natal, exames laboratoriais, o parto e puerpério. Acredita-se, pelas dificuldades, que experimentamos ao trabalhar questões do puerpério, que é preciso conhecer – compreender a realidade, o processo de viver destas puérperas, para poder cuidá-las com propriedade.

A visão de quem recebe os serviços deve ser valorizada, porque disso depende a adesão a assistência e possibilita aos profissionais da área uma reflexão sobre a realidade.

Atos de cuidar colaboram na redução de estresse e na gestão de conflitos de forma mais saudável. O cuidado de enfermagem se diferencia do cuidado dos demais profissionais, por estes possuírem a qualidade de cuidar da vida nas situações de saúde-doença, de pretender, pelo menos teoricamente, cuidar da pessoa, do ser humano, família, grupos e comunidade na sua integralidade.

A assistência à puérpera necessita de total revisão por parte dos profissionais e dos que elaboram políticas de saúde. É preciso enfatizar a educação e dar acesso à informação acerca do seu corpo, da gestação, do pré-natal e da consulta pós-parto.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, 2001.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Manual de condutas médicas:** Programa Saúde da Família. São Paulo, 2001.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna.** Brasília, 2002.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Brasília, 2004.
- BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília. Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. ZAGOLI, I.P.S; MARTINS, M; PEREIRA, K. F; ATHAYDE, J. **O Cuidado humano diante da transição ao papel materno; Vivências no puerpério.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 08 jan. 2006.
- BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. **Urgências maternas: Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna.** Brasília: Ministério da Saúde, FEBRASGO, 2000.
- BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hidoberto Carneiro. **Tratado de obstetrícia.** Rio de Janeiro, 2001.
- BERQUÕES, CUNHA EMGP (orgs). **Morbimortalidade feminina no Brasil.** Ed. da UNICAMP, Campinas, 2000.
- CORREA, M. C. M; JÚNIOR CORREA, M. D. Puerpério. In: CORREA, M.D. **Noções práticas de obstetrícia.** 22. ed. Belo Horizonte: MEDSI, 1999.
- FEBRASCO. **Tratado de obstetricia da FEBRASGO.** Rio de janeiro, Revinter, 2000.
- PAIM, J.S. Abordagem teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. B. (org.). **Condições de vida e situação de saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.
- PRADO, F.: CINTRA. **Atualização terapêutica.** 21. Ed. São Paulo: Artes Médicas, 2005.
- RAMOS, Jairo de Almeida. **Manual prático de diagnóstico e tratamento.** 22. ed – São Paulo: Liv. Ed. Artes Médicas, 2004.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Obstetrícia fundamental**  
Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1993.

SILVA , Roberto Sizenando. **Condutas em ginecologia. Aspectos preventivos.** Belo Horizonte: Medsi, 2001.

## APÊNDICES

Apêndice A – Formulário para coleta de dados

**LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS - GRADUAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FORMULÁRIO**

- 1) Idade: \_\_\_\_ anos ( ) ignorado
- 2) Escolaridade (em anos concluídos): \_\_\_\_ anos ( ) ignorado
- 3) Renda Familiar: \_\_\_\_salários ( ) ignorado
- 4) Estado Civil: 4.1. ( ) solteira; 4.2. ( ) casada; 4.3. ( ) viúva;
- 4.4 ( ) separada judicialmente; 4.5.( ) união consensual; 4.6. ( ) ignorado
- 5) Número de consultas no Pré-natal: \_\_\_\_consultas ( ) ignorado
- 6) Foi orientada a fazer consulta após o parto?
1. ( ) sim      2. ( ) não      3. Não lembra

Se sim. Quem a orientou? 1. ( ) Enfermeiro 2. ( ) Parteira 3. ( ) Médico

4. ( ) Familiar 5. ( ) Benzedeira 6. ( ) Outro \_\_\_\_\_

7) Fez consulta após o parto? 1.( ) Sim      2. ( ) Não

---

**LABORO: EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama

End: Rua das Acácias, Qd-39, C-7, Renascença-I, CEP: 65.075-010.

Fone: 3235-1557

e-mail: [mgama@elo.com.br](mailto:mgama@elo.com.br)

Pesquisadores: Cleidyara de Jesus Brito Bacelar Viana

Iomar Salvador Melo Martins

Lindinalda Farias Duarte da Silva

Maria Gorete de Araújo Martins

Patrícia Aparecida Guimarães de Resende

**CONSULTAS DE PUERPÉRIO NO MUNICÍPIO DE ITAPECURU-MIRIM – MA:  
UMA ANÁLISE DA COBERTURA**

Eu, abaixo assinado, declaro, após ter sido esclarecida e entender as explicações que me foram dadas pelas pesquisadoras, que concordo em participar da pesquisa que irá analisar a cobertura de realização de consultas de puerpério no município de Itapecuru-Mirim - MA, a partir de informações coletadas em questionário específico, não havendo riscos ou desconfortos a mim. Está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa.

Fui esclarecida ainda, que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo ao meu cuidado, tendo garantia de sigilo o que assegura a privacidade das informações que forneci. Não haverá nenhum custo decorrente da minha participação na pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do

Pesquisador responsável:

Secretaria Municipal de Saúde de Itapecuru-Mirim - MA

End: Rua Basílio Simão, 176 – Centro.

Itapecuru-Mirim – MA.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante