UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CANDICE FEITOSA DE ALENCAR MENDES

VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO DE ASSISTÊNCIA INTERPROFISSIONAL À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

FORTALEZA - CEARÁ
2019

CANDICE FEITOSA DE ALENCAR MENDES

VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO DE ASSISTÊNCIA INTERPROFISSIONAL À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos.

FORTALEZA - CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Mendes, Candice Feitosa de Alencar.
Validação de protocolo clínico de assistência interprofissional à puérpera na atenção primária [recurso eletrônico] / Candice Feitosa de Alencar Mendes. - 2019.
1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 131 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof.ª Dra. Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos.

1. Equipe Multiprofissional. 2. Período pós-parto. 3. Atenção Primária em Saúde. 4. Protocolos Clínicos. I. Título.

CANDICE FEITOSA DE ALENCAR MENDES

VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO DE ASSISTÊNCIA INTERPROFISSIONAL À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família-MPSF/Renasf do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 22 de novembro de 2019

BANCA EXAMINADORA

Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos

Profa. Dra. Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos
(Orientadora- UECE)

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Prof. Dr. Antônio Rodrigues Ferreira Júnior
(1º membro- UECE)

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva
(2º membro- UECE)

“É o sonho que liberta. De tudo: do mundo, dos outros, de nós. É necessário crer no sonho. E salvá-lo sempre. Para nos salvarmos.”

(Cecília Meireles.)

RESUMO

O estudo teve como objetivo elaborar e validar um protocolo clínico de assistência interprofissional à puérpera no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de estudo metodológico, desenvolvido em quatro fases: na primeira foi elaborada uma revisão integrativa acerca das condutas/ações benéficas para assistência à puérpera na Atenção Primária, na segunda foi aplicado questionário com os profissionais da Atenção Primária de Quixeramobim, na terceira foi desenvolvido a construção e validação do protocolo. A validação com os juízes por meio do instrumento AGREE II e na quarta etapa a apresentação do protocolo final na APS de Quixeramobim. Os dados foram inseridos no Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 18,0, para permitir realizar a formulação de tabelas contendo frequências absolutas, e a validação de conteúdo foi realizada com aplicação do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a proporção ou porcentagem de juízes que expressam concordância em relação aos itens do instrumento, além disso, calculou-se o Coeficiente de Variação de Pearson (CVP). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob o protocolo nº (CAAE: 09347919.3.0000.5534). Na revisão integrativa aplicaram-se os critérios CASP (Critical Appraisal Skills Programme) em 12 artigos. Na análise dos estudos selecionados, observou-se que os cuidados às puérperas apresentados foram: visita domiciliar, assistência médica, assistência psicológica, educação em saúde, assistência nutricional e acolhimento. Dos 55 profissionais que participaram desta etapa houve predominância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o enfermeiro. A realização de atendimento às puérperas foi afirmada por 87,2% dos profissionais. A visita domiciliar foi a estratégia de captação mais expressa entre os profissionais, sendo o ACS o profissional com maior afirmação dessa prática. Após a análise dos currículos e seleção dos profissionais, dez juízes participaram da pesquisa. Destes, 03 atuavam apenas no ensino universitário na área da enfermagem, 01 trabalhava em uma UBS-AB, 02 na área de enfermagem obstétrica, 02 na enfermagem materno e infantil e 02 apenas na área de enfermagem. O protocolo apresentou avaliação satisfatória tendo em vista os percentuais de qualidade atribuídos pelos avaliadores foram maiores que (70,0%), alcançando 93,8% no domínio 1 - escopo e finalidade; 88,3% no domínio 2 - envolvimento das partes interessadas; 87,8% no domínio 3 - rigor de desenvolvimento; 89,5% no domínio 4 - clareza de apresentação; 83,8% no

domínio 5 - aplicabilidade; e 75% no domínio 6 - independência editorial. Os juízes incluíram comentários e sugestões de mudanças sobre escrita e estruturação gráfica do protocolo, além de questões sobre aplicabilidade nos serviços, e todas foram acatadas. Conforme avaliação dos juízes, o conteúdo abordado no protocolo apresentou informações relevantes para a prática interprofissional na assistência à puérpera; foi coerente com as necessidades da puérpera; e serviu como suporte de orientação à puérpera durante a consulta; os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados; abordou assuntos necessários a serem discutidos com as puérperas na consulta; e, por fim, os especialistas recomendaram a aplicabilidade do protocolo no cotidiano da prática clínica.

Palavras-chave: Equipe Multiprofissional. Período pós-parto. Atenção Primária em Saúde. Protocolos Clínicos.

ABSTRACT

The study aimed to elaborate and validate a clinical protocol of interprofessional assistance to the puerperal woman in the Primary Health Care. puerperal care in Primary Care, in the second questionnaire was applied with the professionals of Primary Care of Quixeramobim, in the third was developed the construction of the protocol. In the fourth stage the validation with the judges was performed through the AGREE II instrument and in the fifth stage the presentation of the final protocol. Data were entered into the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 18.0, to allow the formulation of tables containing absolute frequencies, and content validation was performed by applying the Content Validity Index (CVI), which measures The proportion or percentage of judges expressing agreement on the instrument items, in addition, the Pearson Coefficient of Variation (CVP) was calculated. The research was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Ceará, under protocol nº (CAAE: 09347919.3.0000.5534). In the integrative review, the Critical Appraisal Skills Program (CASP) criteria were applied to 12 articles. In the analysis of the selected studies, it was observed that the care given to the mothers presented were: home visit, medical care, psychological assistance, health education, nutritional assistance and care. Of the 55 professionals who participated in this stage, there was a predominance of the Community Health Agent (CHA) and the nurse. The accomplishment of attendance to the mothers was affirmed by 87.2% of the professionals. Home visit was the most expressed capture strategy among professionals, with the ACS being the professional with the most affirmation of this practice. After analyzing the curricula and selecting the professionals, ten judges participated in the research. Of these, 03 worked only in university education in nursing, 01 worked in a UBS-AB, 02 in obstetric nursing, 02 in maternal and child nursing and 02 only in nursing. The protocol presented satisfactory evaluation considering that the quality percentages attributed by the evaluators were higher than (70.0%), reaching 93.8% in domain 1 - scope and purpose; 88.3% in domain 2 - stakeholder involvement; 87.8% in domain 3 - development rigor; 89.5% in domain 4 - clarity of presentation; 83.8% in domain 5 - applicability; and 75% in domain 6 - editorial independence. The judges included comments and suggestions on changes to the protocol's writing and graphic design, as well as questions about applicability in the services, and all were accepted. As

judged by the judges, the content addressed in the protocol presented relevant information for interprofessional practice in postpartum care; it was consistent with the needs of the postpartum woman; and served as an orientation support to the postpartum during the consultation; The themes portray key aspects that need to be reinforced; addressed issues needed to be discussed with the mothers in the consultation; and, finally, the experts recommended the applicability of the protocol in daily clinical practice.

Keywords: Multiprofessional Team. Postpartum period. Primary Health Care. Clinical Protocols.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - **Dimensões da colaboração interprofissional conforme modelo de D'amour et al, (2008).....** 21

Figura 2 - **Metodologia de elaborada das linhas guias.....** 28

Figura 3 - **Etapas da pesquisa.....** 30

Figura 4 - **Fluxograma de seleção de estudos. Fortaleza, CE, 2019.....** 33

Quadro 1 - **Critérios para seleção de juízes.....** 35

Quadro 2 - **Cuidados prestados pelos profissionais e desfechos dos estudos selecionados.....** 42

Quadro 3 - **Condutas benéficas para assistência à puérpera na Atenção Primária desenvolvido pela Equipe Multiprofissional.....** 44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - **Relação dos estudos segundo fonte, autor, título, tipo de estudo, população e CASP.....** 40

Tabela 2 - **Caracterização dos juízes especialistas – Fortaleza, CE, Brasil, 2019.....** 55

Tabela 3 - **Avaliação do protocolo clínico, segundo Escopo e finalidade (domínio 1) (AGREE-II) – Fortaleza, CE, Brasil, 2019.....** 56

Tabela 4 - **Avaliação do protocolo clínico, segundo Envolvimento das partes interessadas (domínio 2) (AGREE-II) – Fortaleza, CE, Brasil, 2019.....** 57

Tabela 5 - **Avaliação do protocolo clínico, segundo Rigor do desenvolvimento (domínio 3) (AGREE-II) – Fortaleza, CE, Brasil, 2019.....** 58

Tabela 6 - **Avaliação do protocolo clínico, segundo Clareza da apresentação (domínio 4) (AGREE-II) – Fortaleza, CE, Brasil, 2019.....** 58

Tabela 7 - **Avaliação do protocolo clínico, segundo Aplicabilidade (domínio 5) (AGREE-II) – Fortaleza, CE, Brasil, 2019.....** 59

Tabela 8 - **Avaliação do protocolo clínico, segundo Independência editorial (domínio 6) (AGREE-II) – Fortaleza, CE, Brasil, 2019.....** 60

Tabela 9 - **Valores do desvio-padrão (S), média (χ) e Coeficiente de Variação de Pearson (CVP) por domínio do AGREE-II – Fortaleza, CE, Brasil, 2019.....** 60

Tabela 10 - **Percentual de qualidade do Instrumento (Consórcio AGREE II, 2009).....** 61

Tabela 11 - **Sugestões dos juízes especialistas segundo domínios do AGREE II. Fortaleza, CE, Brasil, 2019.....** 62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGREE II	*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CI	Colaboração Interprofissional
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos Ampliado de Saúde da Família
PHPN	Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RN	Recém-nascido
SES-SP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
SPSS	*Statistical Package for Social Sciences*
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 14

1.2 JUSTIFICATIVA..... 18

2 OBJETIVOS..... 19

2.1 OBJETIVO GERAL..... 19

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 19

3 REVISÃO DE LITERATURA..... 20

3.1 CUIDADO INTERPROFISSIONAL À PUERPÉRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA..... 20

3.2 PROTOCOLOS E LINHAS GUIAS UTILIZADOS NA ABORDAGEM À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA..... 25

4 METODOLOGIA..... 29

4.1 TIPO DE ESTUDO..... 29

4.2 LOCAL DE ESTUDO..... 29

4.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS..... 30

4.3.1 Primeira etapa: Revisão integrativa acerca das condutas/ações benéficas para assistência à puérpera na Atenção Primária..... 31

4.3.2 Segunda etapa: Questionário com os profissionais e construção do protocolo..... 33

4.3.3 Terceira etapa: Validação com os juízes profissionais..... 34

4.3.4 Quarta etapa: Apresentação de Protocolo Final na APS de Quixeramobim..... 37

4.4 ANÁLISE DOS DADOS..... 38

4.5 ASPECTOS ÉTICOS..... 38

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 40

5.1 PRIMEIRA ETAPA: REVISÃO INTEGRATIVA ACERCA DAS CONDUTAS/AÇÕES BENÉFICAS PARA ASSISTÊNCIA À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA..... 40

5.2 SEGUNDA ETAPA: QUESTIONÁRIOS APLICADOS AOS PROFISSIONAIS DA APS..... 46

5.2.1 Caraterização dos profissionais..... 46

5.2.2 Atendimento às puérperas..... 47

5.2.3 Avaliação clínica da puérpera e do RN..... 48
5.2.4 Uso de medicamentos e realização de exames laboratoriais..... 49
5.2.5 Estratégias de captação das puérperas e encaminhamento profissional..... 50
5.2.6 Intervenção às puérperas usuárias de drogas lícitas e ilícitas..... 51
5.2.7 Atendimento postural..... 52
5.2.8 Acompanhamento psicológico..... 53
5.2.9 Planejamento reprodutivo..... 53
5.2.10 Ações educativas..... 54
5.3 TERCEIRA ETAPA: VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO..... 55
5.3.1 Caracterização dos juízes..... 55
5.3.2 Avaliação do protocolo conforme Instrumento AGREE II..... 56
5.3.3 Sugestões e comentários dos juízes..... 62
6 CONCLUSÃO..... 64
REFERENCIAS..... 67
APÊNDICES..... 73
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO..... 74
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO..... 75
APÊNDICE C - CARTA CONVITE AOS JUÍZES ESPECIALISTAS..... 77
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (JUÍZES)..... 78
APÊNDICE E - AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO..... 79
APÊNDICE F - PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA INTERPROFISSIONAL À PUÉRPERA NA ATENÇÃO..... 81
ANEXOS..... 125
ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA ESPECIALISTAS (CONSÓRCIO AGREE II, 2009)..... 126
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..... 129

1 INTRODUÇÃO

O período puerperal é permeado por fatores fisiológicos, contudo, pode ser marcado como uma fase de possíveis complicações, que são capazes de repercutir na saúde da criança e da mãe. Quando não identificadas, ausenta as intervenções necessárias, tende a resultar em morbidade e mortalidade materna e perinatal por causas evitáveis. A partir disso, fica evidente a necessidade da atenção de saúde, abrangendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação das complicações à saúde em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O número de nascimentos no Brasil é de aproximadamente 3 milhões a cada ano e os procedimentos relacionados à assistência obstétrica representam a terceira causa de internação no Sistema Único de Saúde (ANVISA, 2014). Sendo assim, é proporcional ao número de mulheres que estarão no período pós-parto e que necessitarão de uma assistência integral no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

O período pós-parto chamado de puerpério consiste na perda do corpo gravídico e o não retorno imediato ao corpo original, período estabelecido entre seis a oito semanas após o parto, repercutindo mudanças físicas, emocionais e sociais, podendo ter fatores que influenciam em seu contexto fisiológico ou patológico, necessitando de um cuidado direcionado para suas peculiaridades (ANDRADE, 2015).

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade prestada na Rede de Atenção à Saúde (RAS) é essencial para a saúde materna e neonatal e, para que se atinja um melhor grau de qualificação, faz-se necessário delimitar um olhar diferenciado sobre o contexto de saúde e doença, que compreenda a pessoa em sua integralidade do corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive. Somado a isso, a determinação de novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde, como profissionais de saúde, usuários(as) e gestores(as), constroem um vínculo de conhecimentos que favorecem a saúde do binômio mãe-filho (ANDRADE et al., 2015).

A necessidade da estruturação das disponibilidades físicas e da implantação de uma política de recursos humanos como forma de proteger e potencializar a assistência à saúde e à vida de cada um e de todos concretiza e

conceitua a assistência profissional, desenvolvida em prol da qualidade do cuidado e na manutenção da efetividade de desfechos positivos. O trabalho em equipe interprofissional tem sido definido como aquele que envolve diferentes profissionais, não apenas da saúde, que se sentem e dissemina o sentimento de equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018)

O acompanhamento profissional no pré-natal de risco habitual e puerpério na APS percorre a recomendação do número ideal e da qualidade das consultas de pré-natal, o estabelecimento de programa de imunização materna e a prevenção do câncer de colo do útero, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes da gestação, dentre outras (CERON et al., 2013). Caso ocorra alguma intercorrência durante a gestação, a mulher deverá ser encaminhada para a unidade de saúde de referência de médio e alto risco (BRASIL, 2014) e transitar pela RAS, conforme pactuação entre os municípios e estado.

Diante desse contexto, no Brasil, o número de óbitos em menores de 5 anos apresentou uma importante redução de 191.505, em 1990, para 51.226, em 2015 (FRANCA et al., 2017). Em contrapartida, acredita-se que o aumento das notificações dos óbitos de mulheres tenha uma relação com o aumento crescente da taxa de cesárea que é de 51,24% no Brasil. Em 2014, foram registrados 1.552 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos (MARTINS; SILVA, 2018).

Frente às novas demandas da sociedade, emergidas ao longo do tempo, surgem também propostas de resoluções a estas demandas. Em vista disso, a RAS se configura como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados, de diversas coberturas tecnológicas, com o objetivo de garantir a integralidade da atenção à saúde (GRYSCHEK et al., 2014). Essa rede de serviços se articula na singularidade de seus processos descentralizadores, somado a outros setores sociais. Sua estruturação perpassa pela disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção. A conformação da RAS permeia em diferentes pontos de atenção à saúde de densidades tecnológicas variadas e seus sistemas de apoio (MENDES, 2011).

Imersa a ela, a Rede Cegonha despontou como uma estratégica de implantação de cuidados com a finalidade de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao

puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2016b). Além disso, garante a assistência de leitos de alto risco, a implantação do método Canguru e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, possibilitando um cuidado integral ao recém-nascido (RN) de risco. Atualmente, objetivando a minimização dos elevados índices de mortalidade materno-infantil, tem-se a Rede de Atenção Materno-Infantil que é vinculada a Rede Cegonha (SOBRAL; LIMA; LIMA, 2017).

Contemplada nessa rede, a atenção à saúde direcionada ao cuidado com binômio mãe e filho no período puerperal perpassa a avaliação do estado de saúde, a promoção do aleitamento materno, planejamento reprodutivo, medidas de prevenção, identificação e encaminhamento da mulher com depressão puerperal, eventos hemorrágicos, infecção puerperal, conhecimento sobre direitos sociais, prevenção do câncer de mama e colo uterino, ações de imunização, orientações de cuidados com a criança, esquema de vacinação, avaliação de exames solicitados e referência para outros níveis de atenção, quando necessário. Essa assistência que preconiza o cuidado em saúde contribui para a redução da morbimortalidade infantil e materna (CORREIA; PEREIRA, 2015; SANTOS; CAVEIÃO, 2014).

Nesse contexto, observa-se que o puerpério consiste em uma fase que requer dos serviços de saúde a tomada de decisões, vinculadas às ações de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce de complicações que contribuem com a redução das taxas de mortalidade materna nas diversas regiões do Brasil. Portanto, evidenciar a assistência interprofissional à puérpera por meio da sistematização do cuidado ou pela presença de protocolo clínico se mostra relevante para que os resultados puerperais sejam positivos. Tendo em vista que o protocolo, por se tratar de um plano exato e detalhado para o estudo de um problema de saúde humana, tem o objetivo de implantar um esquema terapêutico que maximize o potencial humano e reduza custos, resultando na sistematização da assistência (ARAÚJO et al., 2017). Diante do universo de ações a serem realizadas no puerpério, na rotina das práticas colaborativas na APS, o profissional, por ocasião do atendimento à puérpera, determina seu próprio roteiro de consulta e ações no pós-parto. De acordo com sua experiência, perfil da mulher, cultura regional, estrutura física da instituição e conhecimento científico, traça seus critérios de avaliação e acompanhamento, que são variáveis, e assim, a assistência prestada no momento da consulta puerperal adquire uma característica assistemática, configurando uma

variabilidade nas condutas. Nesse cenário, surge a necessidade de que tais ações sejam acompanhadas de forma contínua, elaborada e planejada por meio de uma tecnologia que reformule o atendimento, a fim de imprimir maior eficácia ao processo.

Na experiência de pesquisadora em assistência às puérperas na APS, como Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), atuando em colaboração com uma equipe interprofissional, pôde-se constatar a falta de padronização das ações da equipe, muitas vezes baseadas no empirismo; na escassez de diretrizes clínicas no serviço e no país que enfoquem a interdisciplinaridade e priorize a assistência parto e puerpério, que sirvam de guia para ações dos profissionais durante o puerpério. Tais fatos justificam a necessidade da criação de protocolo clínico de assistência interprofissional que norteie e otimize as práticas de assistência colaborativa entre os diversos profissionais atuantes na saúde da família, em especial pelo puerpério se tratar de uma área carente de estratégias e indicadores para adoção de boas práticas.

Tendo em vista a importância da garantia de uma assistência interprofissional crítica, sistematizada e baseada nas evidências científicas disponíveis mais atuais, surge nossa questão de pesquisa: o desenvolvimento de um protocolo para assistência interprofissional para o cuidado à puérpera na APS seria confiável e válido?

Sabe-se que a validação de tecnologias no âmbito da saúde atua como uma forma de fundamentar cientificamente o cuidado, bem como de promover a qualidade da assistência. Sendo as abordagens metodológicas para sua validação consistem na revisão de literatura, opinião de peritos no assunto e na sua verificação no ambiente clínico (ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017).

A criação de um protocolo baseado em evidências científicas atuais, devidamente validado, será de relevância, tendo em vista que poderá contribuir com o trabalho cotidiano das equipes, qualificando a atenção à saúde da mulher e recém-nascidos, bem como a formação técnico-científica dos profissionais, garantindo-lhes maior respaldo e autonomia em sua prática colaborativa interprofissional. Nesse cenário, este estudo tem intuito de desenvolver e validar um protocolo para a assistência interprofissional às puérperas no âmbito da APS.

1.2 JUSTIFICATIVA

Desenvolver um protocolo de assistência interprofissional à puérpera representa uma grande oportunidade para consolidar planos de ações com base na rica experiência profissional na APS, além de permitir guia e embasamento nas condutas dos profissionais. Além disso, a escassez de estudos que enfatizem a assistência no puerpério na APS também justifica a realização deste estudo.

Ao realizar a busca e a análise de documentos ministeriais referentes à assistência interprofissional ao puerpério, foi observada escassez de instrumentos ou ficha clínica específica para o desenvolvimento da assistência à puérpera na UAPS que enfoquem abordagem interprofissional e justifique as ações propostas para o puerpério. Observa-se que na ficha perinatal ou prontuários eletrônicos e no cartão da gestante (BRASIL, 2014), instrumentos para registro e sistematização das ações da consulta pré-natal ofertados pelo MS, há campos que devem ser preenchidos com informações do puerpério, porém privilegia-se o puerpério imediato, mais especificamente nas primeiras horas de assistência hospitalar. Há, porém, algumas poucas recomendações de ações de saúde a serem realizadas até o 42º dia de puerpério.

Pretende-se que, além da colaboração interprofissional, o estudo permita preencher a lacuna de pesquisas com foco na APS, colaborando com núcleos de pesquisas, especificas à população do estudo. Com vistas, ainda, a minimização do fenômeno da invisibilidade, que tem atingido as mulheres no puerpério, a consolidação da assistência puerperal na APS e, consequentemente, a redução da morbidade e mortalidade das mulheres durante o período puerperal. Ademais, será um instrumento que garantirá uma assistência humanizada, segura e qualificada para o binômio mãe-filho, elevando os indicadores de bem-estar materno e fetal, que atendam às necessidades de parto e puerpério que não indicam em protocolos já existentes.

Em consequência, instrumentos de trabalho que privilegiem a comunicação transversal na equipe e entre equipes, assim como técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada são necessários (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Validar um protocolo clínico para assistência da equipe interprofissional às puérperas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar revisão integrativa da literatura sobre a assistência interprofissional à puérpera.

Descrever as etapas do processo de construção e validação de conteúdo e aparência de um protocolo clínico para assistência interprofissional às puérperas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CUIDADO INTERPROFISSIONAL À PUERPÉRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O cuidado da saúde vem sendo incorporado à prática na assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, porém com diversas conotações que variam de uma abordagem tecnicista a uma visão mais humanística. O profissional de saúde tem na prática desenvolvida em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) o desafio de implementar o cuidado na construção de relações interpessoais de diálogo, escuta, humanização e respeito (FRACOLLI; CASTRO, 2012). Essa assistência compreende mais que um momento de atenção e de zelo, pois representa uma atitude de ocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. Sendo assim, a preocupação, o respeito, a confiança, a compaixão, a solidariedade e a solicitude são algumas atitudes e comportamentos básicos do cuidado (GALAVOTE, 2016).

A ESF atua como forma de reorientação do modelo assistencial no nível nacional, elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade, com a mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, remodelando a prática assistencial. É uma estratégia desenvolvida para atenção além do grupo mulher e criança, trabalhando com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar (GALAVOTE, 2016).

Nos territórios da ESF, processos dinâmicos e interativos desenvolvem-se na vida cotidiana, compartilhada com outros indivíduos imersos em um contexto social, cujas interações podem tomar diferentes formas, como, por exemplo, a colaboração interprofissional (MATUDA et al., 2015).

Nessa linha de pensamento, as equipes, e não mais os indivíduos isoladamente, têm se constituído como unidades básicas de trabalho, requerendo novas maneiras de lidar com as pessoas, de atender organizações estruturais do serviço e, principalmente, de cuidar do paciente em seus aspectos singulares e específicos. Isso se torna particularmente significativo no cenário das equipes de saúde da família, cujas ações não produzem bens, mas serviços que são processados, em grande parte, por um trabalho imaterial, derivado do contato entre

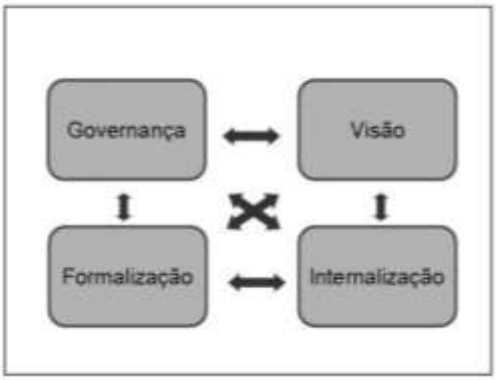
organizações, equipes, profissionais, usuários e das ações e interações que constituem essas relações (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013).

A Colaboração Interprofissional (CI) é um contexto de processos e estruturações de trabalho, sendo exposto como um construto polissêmico, complexo, atual e emergente no sentido de dar respostas às necessidades envolvidas no trabalho em equipes, sobretudo nos serviços de saúde (ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016).

O NASF enquanto equipes multiprofissionais que funcionam como uma estratégia de apoio à ESF, tem-se a grande missão de desenvolver a integralidade e auxiliar no desenvolvimento da interdisciplinaridade, a partir de diretrizes que percorram ações interdisciplinares e intersetoriais, além de educação permanente, desenvolvimento da noção de território, participação social e promoção da saúde (BRASIL, 2013).

D'Amour et al, (2008) desenvolveram um estudo sobre ação coletiva e CI no contexto da APS, referindo as dimensões como: 1) Visão: refere-se à existência de objetivos comuns e sua apropriação pela equipe e à diversidade de definições e expectativas sobre a colaboração; 2) Internalização: refere-se a uma tomada de consciência dos profissionais de sua interdependência, que se traduz em um sentimento de pertença e confiança mútua; 3) Formalização: refere-se aos procedimentos documentados que comunicam e esclarecem fluxos, expectativas e responsabilidades; e 4) Governança: refere-se à liderança e funções de apoio à colaboração, como o apoio à implementação de inovações relacionadas com práticas colaborativas (Figura 01).

Figura 1 - Dimensões da colaboração interprofissional conforme modelo de D'amour et al, (2008)



Fonte: D'amour et al, (2008).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS), através do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), aumentou a abrangência e o escopo das ações da APS. Retrata uma parceria entre as duas equipes - ESF e NASF - para desenvolver um atendimento compartilhado e interdisciplinar assim como intervenções específicas de cada profissional, via indicação das equipes.

Pretende-se assim, oferecer uma abordagem com maior capacidade de respostas aos problemas de saúde da população, visando também a qualidade de vida e a prevenção do adoecimento. A equipe multiprofissional pertencente ao NASF transita num ideário que busca inovação e mudanças no modo de se produzir saúde, voltado para ações mais cuidadoras, ao mesmo tempo em que podem se deparar com contradições provenientes das condições de trabalho. Somando-se a isso, gera-se um suporte gerencial e comprometimento da gestão na APS, com reestruturação das práticas assistenciais do indivíduo em seu contexto comunitário (COSTA et al., 2014).

O MS observa que o processo de trabalho dos NASF, nos territórios de sua responsabilidade, deve ser estruturado priorizando: (a) ações clínicas compartilhadas, para uma intervenção interdisciplinar e realização de projeto terapêutico singular (PTS); (b) intervenções específicas do profissional do NASF junto aos usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe do Centro de Saúde da Família (CSF) responsáveis pelo caso; e (c) ações compartilhadas, no âmbito da saúde comunitária, nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com outros setores (BRASIL, 2010).

Uma das ações da ESF e do NASF para desenvolver essa colaboração interprofissional é através do apoio matricial, em que se refere ao suporte assistencial e técnico-pedagógico oferecido por uma retaguarda especializada (apoio) para equipes de referência que são compostas por profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde, responsáveis pelo cuidado longitudinal de certo número de casos e/ou famílias (BRASIL, 2016e; ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013).

Nesse sentido, o apoio matricial é considerado um arranjo organizacional cujo principal objetivo seria ampliar a clínica com a agregação, de forma dialógica, de outras especialidades e profissões, para a construção compartilhada de projetos terapêuticos sob uma abordagem integral (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013).

Na perspectiva da colaboração interprofissional na ESF, o período do puerpério é vivenciado por variadas transformações, expondo-se à maior frequência de agravos, que são causas específicas de morbimortalidade materna. Devido a isso, o MS constrói em pauta o acesso e a qualidade do cuidado no ciclo gravídico-puerperal, principalmente como parte da integralidade no SUS, como uma das áreas básicas de atuação da ESF, modelo de organização do sistema preferencial da atenção primária à saúde no Brasil (CORRÊA et al., 2017; CERON et al., 2013).

Para essa atuação, cada membro da equipe interprofissional deve possuir o conhecimento técnico-científico, a atitude ética e solidária, adotando o acolhimento como diretriz transversal do cuidado. O desenvolvimento de acolhimento configura os contextos de intersubjetividade que evidencia a dimensão do vínculo, da corresponsabilidade e da autonomia no cuidado à saúde.

Costa et al., (2013) identificaram em sua pesquisa, a necessidade de promover intervenções em saúde para melhorar o acesso precoce das gestantes ao pré-natal e monitorar o cumprimento dos protocolos assistenciais preconizados para garantir uma prática segura de cuidados à saúde durante a gestação, parto e puerpério.

Para compreender percepções e práticas interprofissionais relativas ao acolhimento no cuidado puerperal, Corrêa et al, (2017) encontraram dados relacionados a insatisfação com a visita domiciliar, de acordo com as puérperas, por ser tardia, sem priorização, médico/enfermeiro ausente, assistemática e descontinuada; falta de consulta puerperal e acesso difícil ao profissional médico. Há desagrado com a desvalorização das necessidades de saúde femininas: atenção focada no bebê, escassez de exame físico e anamnese, orientações insuficientes e comunicação limitada.

Garantir segurança e tranquilidade por meio do atendimento de qualidade e o vínculo positivo estabelecido entre a mulher e a equipe de saúde são um quesito importante para humanização da atenção, para adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção no pós-parto (TAVARES; RODRIGUES; SANTOS, 2018).

Nessa lógica da atenção interprofissional no cuidado à puérpera, Ceron et al, (2013) verificaram que apesar das puérperas considerarem a assistência como adequada, existem carências na atenção nos diferentes serviços e que poderiam ser supridas com a realização de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Nesse

sentido, intensificar o processo educativo entre as gestantes pode melhorar a qualidade da atenção, eliminar a falta de realização de pré-natal e diminuir a morbimortalidade materno-infantil na APS.

No contexto da ESF, o profissional de saúde de nível superior desenvolve assistência às mulheres, de modo geral, com atividades relativas ao pré-natal, câncer de colo uterino e de mamas, planejamento reprodutivo e aspectos da obstetrícia, como ao período pós-parto. Essas atividades, são desenvolvidas no ambiente das unidades de saúde e no domicílio, por meio de visitas domiciliares, em que a partir disso, se configura como meio de viabilizar a continuação dos cuidados prestados à mulher no ciclo gravídico-puerperal (MEDEIROS; COSTA, 2016).

A atenção domiciliar no puerpério, deve ser um cuidado imediato visando uma assistência individual e holística, estabelecendo vínculo de confiança com a mulher e toda sua família. Essa atuação tem objetivo fundamental no processo educativo, contemplando aspectos como morbidades da mulher e da criança, aleitamento materno e alimentação saudável, uso de medicamentos, contexto psicológico, desenvolvimento neuromotor da criança, dentre outros (MEDEIROS; COSTA, 2016).

No estado do Rio Grande do Sul, um estudo realizado com oito puérperas evidenciou que há necessidade de reorganização da atenção no pré-natal e nascimento, sob a lógica da longitudinalidade do cuidado prestado pela equipe da atenção básica e de pactuação de ações intersetoriais nos modos de promoção da saúde das mulheres e de fomento à formulação de políticas públicas mais equânimes e positivas na perspectiva da integralidade do sistema (CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

A atenção puerperal de qualidade e humanizada é composta por um conjunto de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, de fácil acesso aos serviços de saúde, que preze pela qualidade de vida do complexo mãe-filho. Para que possa atender as necessidades de cada mulher, torna-se necessário que a equipe seja conhecedora e protagonista das políticas implementadas nos serviços, em especial das UBS, as quais vêm constituindo a porta de entrada da gestante no sistema de saúde.

Numa compreensão ampliada, a equipe interprofissonal deve estar preparada para ajuste entre as características dos recursos de saúde e as características da população, no processo de busca e obtenção de assistência à

saúde de qualidade. Este enfoque permite identificar os fatores que facilitam ou obstaculizam a busca e obtenção dessa assistência (JORGE et al., 2015).

O estudo de Jorge et al, (2015) demonstrou que a responsabilidade atribuída à assistência pré-natal pelos profissionais condiz com as ações propostas pelas políticas e programas do MS, que se reflete no desenvolvimento de boas práticas na assistência ao pré-natal, favorecendo uma gravidez sem complicações, um nascimento saudável e um puerpério sem complicações. Os profissionais da atenção básica buscam a promoção da qualidade de vida das gestantes orientando-as sobre a sexualidade, fisiologia da reprodução, regulação da fertilidade, infecções sexualmente transmissíveis, bons hábitos higiênicos e dietéticos.

Nessa dimensão, apesar das deficiências evidentes nas práticas interprofissionais no âmbito da atenção básica, tanto na estruturação dos serviços, na sensibilização da equipe, na segmentação do sistema de gestão, a atuação interdisciplinar repercute na diminuição de casos de morbidade e mortalidade materna e neonatal, aumentam o vínculo com a puérpera e contribui para um cuidado integral, holístico e continuado. Destaca-se ainda que a atenção voltada à saúde da mulher durante o puerpério ainda está recoberta de grandes desafios para se alcançar uma assistência efetiva.

3.2 PROTOCOLOS E LINHAS GUIAS UTILIZADOS NA ABORDAGEM À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pressupondo a promoção da saúde e qualidade de vida da população, por meio de ações integrais e intersetoriais, confere centralidade à política de qualidade como um dos maiores desafios a serem alcançados. Acredita-se que o alcance desse objetivo envolva a ampliação da satisfação dos usuários com os serviços, entretanto o desenvolvimento de recursos que favorecem a prestação de serviços assistenciais, por meio de protocolos, integra essa qualidade (CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

Na ideia de que, os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel na prestação de uma assistência humanizada, o MS, por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, desenvolveu uma publicação que dissemina conceitos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde. Além disso, principalmente,

integra a capacitação técnica à necessária humanização do processo de atenção à mulher durante a gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2001).

Apesar de não ter sido apresentado um protocolo em questão, à época, o PNHP representou uma linha a ser seguida com relevantes orientações aos profissionais. Já um pouco mais recente, em 2016, a prefeitura de Londrina elaborou um Protocolo Clínico de Saúde da Mulher - Atenção Integral à Gestante de Baixo Risco e Puérpera, abordando temáticas relacionadas à saúde, estabelecendo fluxos integrados na rede de assistência e medidas de suporte, definindo competência e responsabilidade dos serviços, das equipes e dos diversos profissionais que compõem as ESF (BRASIL, 2006).

A assistência pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. Com isso, a Prefeitura de Ribeirão Preto - São Paulo, confeccionou o Protocolo para Assistência ao Pré-Natal e Puerpério, com objetivo de estimular o acolhimento da mulher desde o início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Organizou-se em fluxograma de atendimento, consulta de enfermagem, exames, vacinação e condutas no atendimento de urgências e infecções gerais, no âmbito da saúde materna e infantil (BRASIL, 2009).

Nessa mesma perspectiva, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) em 2010, publicou o Manual técnico do pré-natal e puerpério, com o intuito de integrar o conjunto de ações de efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Esse documento abrange medidas para melhorar a organização da assistência às mulheres durante os períodos de gravidez, parto e puerpério e vêm sendo adotadas, particularmente, em regiões com piores indicadores maternos e neonatais (BRASIL, 2010).

Visando o acompanhamento do desenvolvimento e da avaliação do desempenho profissional, através da sistematização da assistência de enfermagem, com vistas à realização de pesquisas que informem o bem-estar da pessoa cuidada, o grau da humanização no atendimento e a necessidade de capacitação dos profissionais, desenvolveu-se o Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Esse documento apresenta condições e atitudes para a equipe de enfermagem na APS, estruturadas no cuidado, classificação de risco, acompanhamento e diagnósticos em crianças, adolescentes e mulheres (BRASIL, 2012).

Destaca-se também ações da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, que vem assumindo a responsabilidade da construção de uma rede de serviços para a organização da linha de cuidado integral à gestante e ao recém-nascido. Estas ações impactaram na redução da morbimortalidade materna e infantil, aumento do acesso das mulheres ao cuidado pré-natal e qualificação da assistência durante o trabalho de parto e o nascimento, do acompanhamento no puerpério e aumento dos índices de aleitamento materno (BRASIL, 2016c).

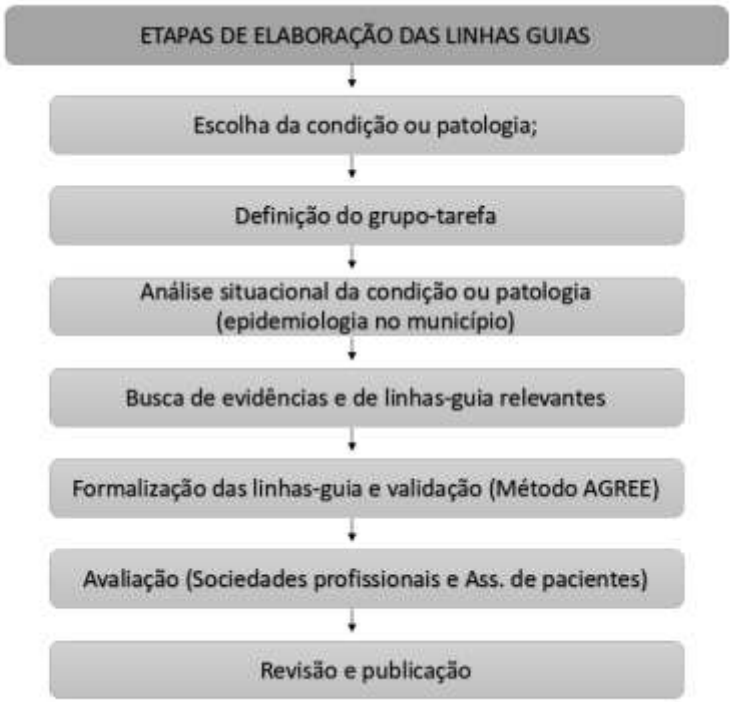
Com isso, construiu-se o Protocolo Pré-Natal e Puerpério, para os profissionais da APS, objetivando uma assistência qualificada e humanizada às gestantes e puérperas, com a abordagem integral em saúde da mulher, desde a saúde sexual e reprodutiva, assistência ao pré-natal, abordagem das intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes, avaliação do risco gestacional e critérios para o referenciamento ao pré-natal de alto risco e à maternidade, vinculação à maternidade para o parto e nas urgências, incentivo e preparo para o parto normal, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2016c).

No intuito de qualificar a atenção oferecida pela rede de serviços de saúde às gestantes e puérperas, a partir da atualização do documento publicado em 2010 (BRASIL, 2010), em 2017, foi desenvolvido pela SES-SP, a publicação Pré-natal e puerpério: manual de consulta rápida para os profissionais de saúde. Com a abordagem de diversas linhas de cuidados, instrumentos de uso profissional e ações de reorganização assistencial. Teve como propósito a estruturação da complexidade da assistência em gestantes e puérperas, garantindo o atendimento às suas necessidades de saúde, apoiada em protocolos clínicos embasados cientificamente e com orientação para a gestão (BRASIL, 2017).

As linhas-guia preconizadas pelo Ministério da Saúde são conteúdos editoriais que têm por finalidade normalizar e regular ações ou procedimentos. Tem como objetivo a organização sistêmica dos serviços, como um meio para se alcançar a racionalização dos recursos, a otimização do trabalho, mantendo ou melhorando sua qualidade. São estruturadas em três eixos, o gerencial, com a necessidade de controlar a variabilidade clínica nos serviços de saúde e controlar os profissionais na tomada de decisão e homogeneizar as condutas clínicas, o educacional, na conduta de produtos de conhecimento e aprendizagem para profissionais e usuários do sistema de saúde, e comunicação, permitindo a mudança de comportamento dos profissionais de saúde e dos usuários e a incorporação de práticas saudáveis de

vida (BRASIL, 2016f). A figura 02 apresenta a metodologia de desenvolvimento das linhas guias.

Figura 2 - Metodologia de elaborada das linhas guias



Fonte: (BRASIL, 2016f).

A Linha Guia da Rede Mãe Paranaense visa uma Atenção Primária de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado dos cidadãos residentes em seu território, com ações do pré-natal e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças em especial no seu primeiro ano de vida (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, os protocolos e linhas guias já existentes servem como instrumentos norteadores no desenvolvimento de uma assistência de qualidade, embora, necessidade de adaptação às regiões de saúde do país, tendo em vista suas diversas peculiaridades, a ausência do domínio interprofissional e foco especifico no parto e puerpério. O atendimento individualizado e dinâmico, atua como proposta de beneficiar os serviços da APS, principalmente no que tange ao enfrentamento dos fatores que se relacionam às causas mais frequentes de mortalidade materna e neonatal.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo caracterizou-se como transversal e descritivo, metodológico de abordagem quantitativa. No estudo transversal, as variáveis são identificadas em um ponto no tempo e as relações entre as mesmas são determinadas. Assim, a pesquisa transversal é o estudo no qual fator e efeito são observados em um mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado (KLEIN; BLOCH, 2009).

Em uma definição visando os objetivos de uma pesquisa científica, a mesma pode ser considerada descritiva quando o pesquisador observa, registra, analisa, classifica, interpreta e descreve os fatos observados, sem interferir neles. Ou seja, os fenômenos são estudados, sem nenhuma interferência ou manipulação do pesquisador. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados e assume, em geral, a forma de levantamento. Procura descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas, relações com outros fatos. Assim, para coletar tais dados, utiliza-se de técnicas específicas, dentre as quais se destacam a entrevista, o formulário, o questionário, o teste e a observação (PRODANOV, 2013).

A etapa metodológica cuja meta é a obtenção, organização e análise de dados visando à elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT, BECK; HUNGLER, 2011). Foram utilizados os princípios da investigação metodológica, tais como: desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, o que favorece a condução de investigações com rigor acentuado, voltados para a inquirição de métodos e procedimentos adotados como científicos, uma vez que o presente estudo visou a elaboração de um protocolo para a assistência multiprofissional às puérperas na APS.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na APS do município de Quixeramobim - Ceará, localizado na Macrorregião Sertão Central e da Região de Saúde de Quixadá. Trata-se da segunda maior cidade do sertão central, com uma população

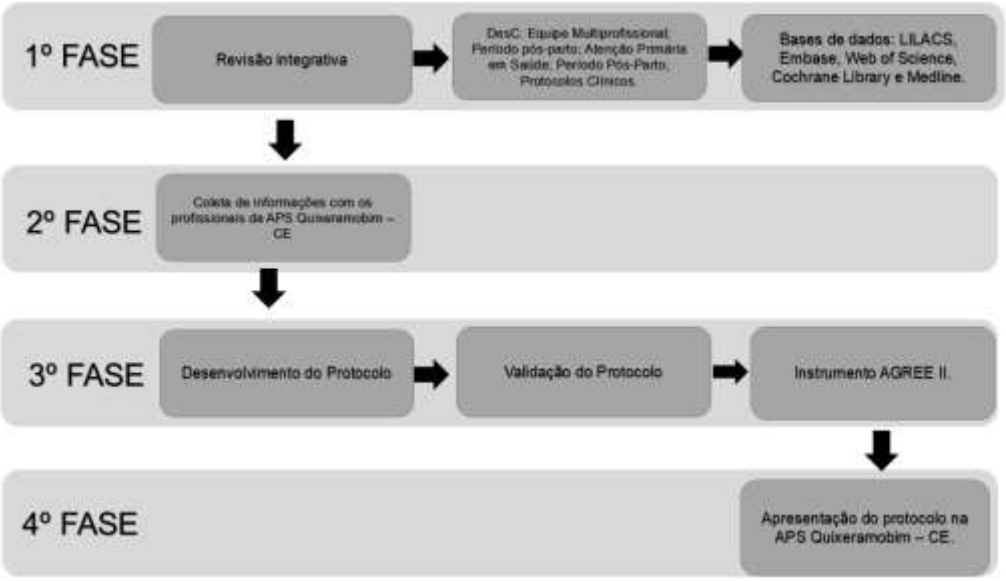
de 75.565 habitantes, sendo Quixadá a primeira. Conta com 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 21 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 6 equipes da Estratégia de Agentes Comunitários em Saúde (EACS), com um total de 27 enfermeiros, 21 médicos, 19 dentistas e 193 Agentes Comunitários de Saúde. Além de duas equipes de NASF com 2 psicólogas, 2 assistentes sociais, 4 fisioterapeutas, 2 educadores físicos e 1 farmacêutico (IBGE, 2014). Tendo um total de 271 profissionais de saúde da atenção primária a saúde.

Mesmo sendo um cenário de necessidade para a equipe de saúde da família no puerpério, inexistem no município protocolos que norteiem a prática de tais profissionais, ficando estas à mercê, muitas vezes, da experiência prática e pessoal de cada profissional no direcionamento dos casos.

4.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

As fases que compuseram o estudo são descriminadas a seguir: Fase 1 - realização de uma revisão integrativa afim de compilar dados da literatura; Fase 2 - aplicação de questionários com profissionais da APS, compondo uma etapa de estudo dos fatos e fenômenos de como ocorre na *práxis* desses profissionais o cuidado à puérpera e, assim, mensurar dados para a construção do protocolo; Fase 3 – elaboração e validação do protocolo; Fase 4 – Apresentação do protocolo na APS de Quixeramobim (Figura 03).

Figura 3 - Etapas da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora

4.3.1 Primeira etapa: Revisão integrativa acerca das condutas/ações benéficas para assistência à puérpera na Atenção Primária

A revisão integrativa tem como objetivo sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente (ERCOLE, 2014). Através dessa, será compilada informações mais amplas sobre o assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento. Seu método, permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão do fenômeno analisado, buscando descrever as ações divulgadas em ambientes científicos, para então analisar de que forma essas práticas poderiam estar estruturadas em um protocolo de assistência interprofissional para puérperas no contexto da APS.

A busca dos artigos deu-se pela união dos descritores em ciência da saúde: Equipe Multiprofissional; Período pós-parto; Atenção Primária em Saúde; Período Pós-Parto; Protocolos Clínicos, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Embase, Web of Science, Cochrane Library e Medline. A estratégias utilizadas foram: Parient Care Team AND Clinical Protocols; Parient Care Team AND Postpartum Period; Postpartum Period AND Clinical Protocols; Parient Care Team AND Postpartum Period AND Clinical Protocols.

No processo de investigação das evidências, a questão norteadora de estudo que foi estruturada pela estratégia PICo, que tem como proposta identificar a população ou situação-problema, bem como a intervenção e o resultado desejável. Nesse método o “P” faz referência à população estudada, o “I” ao fenômeno de interesse, o “Co” contexto (Centro Brasileiro para o cuidado à saúde baseado em evidências, 2013). Assim, foi possível identificar a população como mulheres no puerpério, o interesse como o acompanhamento interprofissional (práticas/condutas/ações) e o contexto como protocolos clínicos de atenção às puérperas na APS, surgindo a seguinte questão norteadora: quais as práticas/condutas/ações interprofissionais que podem contribuir para a construção de um protocolo de assistência interprofissional às puérperas na APS?

A escolha dos artigos ocorreu a partir dos seguintes passos: título, resumo, abordagem metodológica, leitura na íntegra e avaliação de qualidade dos

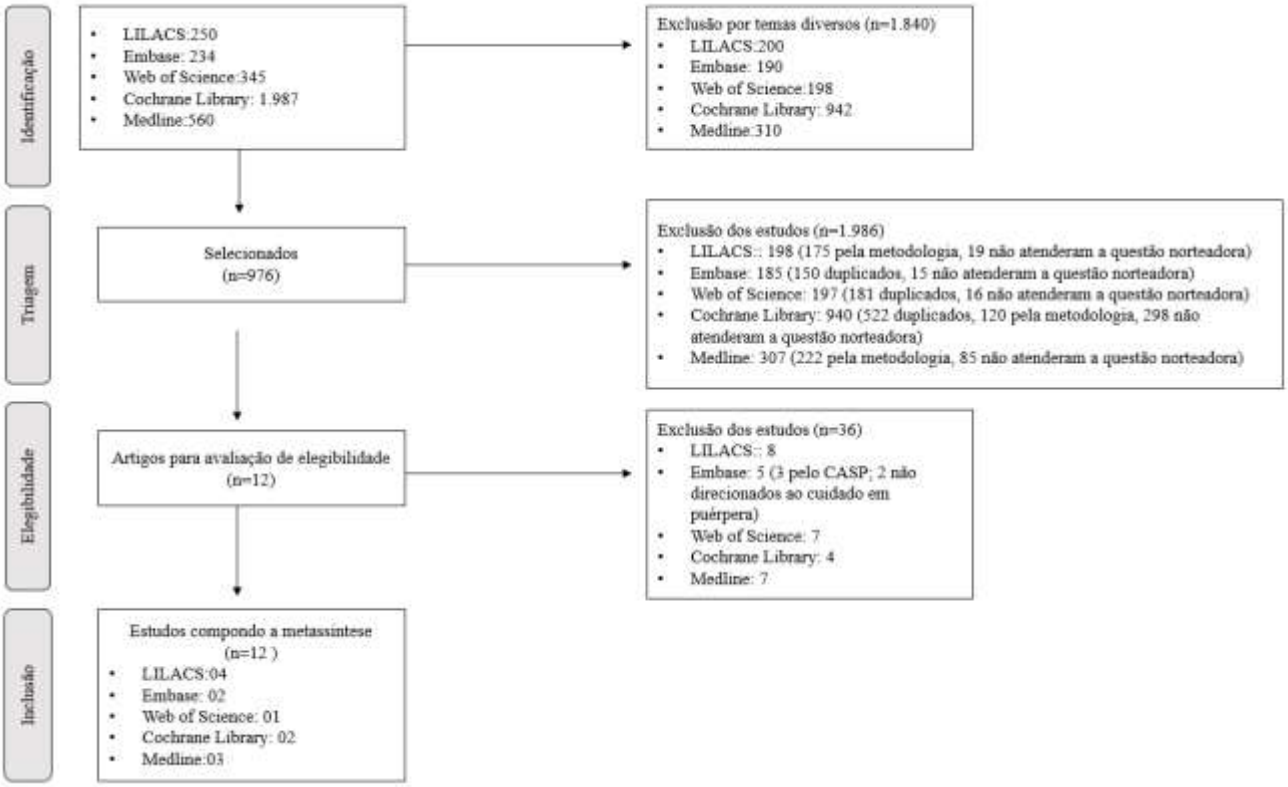
estudos a partir do formulário padronizado *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP, 2013).

No CASP os critérios foram adotados a partir do *check list* para pesquisa qualitativa que verificam 10 itens, a citar: 1) objetivo claro e justificado; 2) desenho metodológico qualitativo apropriado; 3) os procedimentos metodológicos são apresentados e discutidos; 4) seleção da amostra apropriada; 5) coleta de dados descrita, instrumentos explicitados; 6) a relação entre pesquisador e pesquisado é considerada; 7) cuidados éticos considerados; 8) análise dos dados rigorosa; 9) resultados claros, apresentados, discutidos, credibilidade dos achados; 10) validade dos achados, contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como suas limitações (CASP, 2013).

Em relação à qualidade dos estudos e aos riscos de viés, aqueles com pelo menos nove dos 10 itens propostos foram considerados com baixo risco de viés recebendo classificação A, e os que atenderam entre cinco a oito dos 10 itens propostos foram classificados como B, tendo alto risco de viés. Os estudos com pontuação abaixo de cinco foram excluídos da análise, bem como aqueles que não atenderam aos dois primeiros itens do formulário CASP (COSTA, 2016, HEALTHCARE, 2013).

Após a execução dos critérios de elegibilidade do estudo, 36 artigos foram lidos na íntegra, destes 24 foram excluídos, pois não apresentavam cuidado multiprofissional voltado à puérpera. O fluxograma abaixo detalha a seleção dos estudos (Figura I). Inicialmente, dois pesquisadores independentes identificaram os potenciais estudos primários para inclusão e avaliação de qualidade dos mesmos.

Figura 4 - Fluxograma de seleção de estudos. Fortaleza, CE, 2019



Fonte: Elaborado pela autora

4.3.2 Segunda etapa: Questionário com os profissionais

Essa etapa foi desenvolvida com os profissionais da APS, os dados foram coletados por meio de um questionário semiestruturado (APÊNDICE B), desenvolvido pela autora, em que buscou identificar, de forma interdisciplinar, como ocorria a atuação dos profissionais no tocante aos cuidados à puérpera nesse cenário. Inicialmente, foi apresentado os objetivos da pesquisa, disposto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e, em seguido, explicado a cada profissional a forma de preenchimento do instrumento, visto que as questões foram construídas para explanação dentro da atuação de cada categoria profissional. Os dados foram coletados nos meses de abril e maio de 2019.

O questionário e o convite para participação na pesquisa foram disponibilizados para todos os profissionais atuantes nas UBS no período selecionado e foi estipulado um prazo de 10 dias para devolução do mesmo. No entanto, apenas 45 profissionais de saúde responderam o questionário dentro do período determinado.

4.3.3 Terceira etapa: Construção e validação do protocolo

Para a produção do protocolo, utilizaram-se as abordagens e intervenções com maior número de citação entre os profissionais participantes de forma interdisciplinar, propondo um cuidado ampliado á puérpera. Considerou apresentar de forma objetiva e ampla, o percurso de atendimento da puérpera desde a sua primeira abordagem após o parto, até o contexto final, visando a necessidade de toda a equipe assistencial que se dispõe dentro do nível de atenção básica.

A parte inicial do protocolo foi constituída por explanações conceituais e epidemiológicas, bem como especificações de rotinas para o estabelecimento de um cuidado humanizado e efetivo ás puérperas. Foi determinado práticas sobre consulta puerperal para estabelecer conhecimento e confiança ao profissional de saúde e garantir uma padronização nessa rotina. Por fim, foi apresentado fluxogramas que detalharam cada prática de atuação por meio de divisão de eixos dentro da equipe multiprofissional, a citar: Cuidado Comunitário, Cuidado de Enfermagem, Cuidado Farmacêutico, Cuidado Nutricional, Cuidado Bucal, Cuidado Mental, Cuidado Postural

Cuidado Físico e Cuidado Social.

A escolha do uso de fluxograma foi estabelecida afim de facilitar o entendimento e a compreensão, além de garantir uma objetividade nas informações. Foram criados utilizando o programa Bizagi Modeler na versão 3.0.0.014, em que se trata de uma ferramenta de *Business Process Model and Notation* (BPMN), possibilitando a criação de fluxogramas, mapas mentais e diagramas em geral.

A validade de um instrumento está relacionada à precisão da medição daquilo a que se propõe, ou seja, um instrumento é válido quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração daquilo que se pretende mensurar (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012).

Foram contatados profissionais especialistas e/ou com vasta experiência na área de saúde da mulher e/ou experiência na construção de protocolos. Pasquali (2010) recomenda que o número suficiente de juízes para o julgamento desse tipo de instrumento é de seis, enquanto que Lynn (1986) determina como necessário um mínimo de 3 especialistas.

No presente estudo foi selecionada a amostra de acordo com a disponibilidade de profissionais selecionados por meio da plataforma de currículos

Lattes. Os especialistas foram escolhidos de acordo com os critérios de Jasper (1994), o qual descreve que um especialista em determinada área deve atender aos seguintes requisitos: possuir habilidade/ conhecimento adquiridos pela experiência; possuir habilidade/ conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto; possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo; possuir aprovação em um teste específico para identificar *experts*; possuir classificação alta atribuída por uma autoridade (Quadro 1).

Foi realizado a análise de cada profissional e que atenderam, minimamente, a dois dos requisitos em questão para que possam ser identificados como especialistas na área temática do protocolo. Para isto, características específicas referentes a cada um dos requisitos citados foram estabelecidas, de forma a contemplá-los adequadamente. A amostragem foi seguida por meio de bola de neve, onde após o contato de um dos profissionais, houveram indicação dos demais de acordo com as titulações e qualificações profissionais.

Quadro 1– Critérios para seleção de juízes

(continua)

Requisito	Características
Possuir habilidade/ conhecimento adquirido (s) pela experiência.	- Ter experiência profissional assistencial junto ao público de puérperas dependentes e seus cuidadores informais, pelo período mínimo de cinco anos; - Ter experiência docente na área de Saúde da Mulher/Puérpera, pelo período mínimo de cinco anos; - Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde de cuidadores informais com puérperas;

(conclusão)

Possuir habilidade/ conhecimento especializado (s) que tornam o profissional uma autoridade no assunto.	- Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área da Saúde da Mulher/Puérpera; - Ter orientado trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação *Stricto sensu* (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativa(s) à área da Saúde da Mulher/Puérpera; - Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área da Saúde da Mulher/Puérpera; - Participação em mesas redondas de eventos científicos da área Saúde da Mulher/Puérpera; - Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área da Saúde da Mulher/Puérpera;
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	- Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área Saúde da Mulher/Puérpera; - Ter autoria em artigo(s) científico(s) com temáticas relativas à Saúde da Mulher/Puérpera publicado(s) em periódico(s) classificado pela CAPES; Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação *Stricto sensu* (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativa(s) à área de Saúde da Mulher/Puérpera;
Possuir aprovação em um teste específico para identificar *experts.*	- Ser profissional membro de comitês, conselhos envolvidos na área da Saúde da Mulher/ Obstetrícia/Puérpera;
Possuir classificação alta atribuída por Saúde da Mulher/ Obstetrícia;	- Ter recebido, de instituição científica conhecida, homenagem/ menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de autoridade. - Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área temática da Saúde da Mulher/ Obstetrícia/Puérpera.

Fonte: JASPER, 1994.

Foi utilizado o instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) (ANEXO A) que tem como objetivo abordar a variabilidade

na qualidade de diretrizes, avaliando com rigor metodológico e transparência a forma como uma diretriz clínica é desenvolvida. É composto por seis dimensões descritas: Escopo e finalidade; Envolvimento das partes interessadas; Rigor do desenvolvimento; Clareza da apresentação; Aplicabilidade e Independência editorial.

A escolha do instrumento se deu por ter caráter genérico e ter aplicabilidade em diretrizes relacionadas a qualquer doença, qualquer etapa do cuidado em saúde incluindo aspectos relacionados à promoção da saúde, saúde pública, rastreamento, diagnóstico, tratamento ou intervenções, tanto em formato eletrônico como impresso. Além disso, pode ser aplicado em profissionais de saúde que desejem realizar sua própria avaliação de uma diretriz antes de adotar as recomendações em sua prática.

Cada profissional recebeu via e-mail os seguintes documentos: o instrumento AGREE II em formato de Formulário do Google, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma carta convite (APÊNDICE C) para participação na pesquisa e uma via do protocolo em formato de PDF. Foi estipulado um prazo de 15 dias para a devolução das respostas, a contar da data de envio do material, e os que responderam após esse período foram excluídos da pesquisa.

4.3.4 Quarta etapa: Apresentação de Protocolo Final na APS de Quixeramobim

As sugestões dos juízes foram avaliadas e adequadas, procedendo-se às modificações que se fizeram necessárias. Após análise dos dados e avaliação da dissertação, o protocolo será impresso, apresentado aos profissionais do serviço e sua utilização será acompanhada por estudos posteriores. A exposição será por meio de uma oficina com os profissionais que será agendada conforme disponibilidade de todos os profissionais da APS do município de Quixeramobim e da pesquisadora, a qual será apresentado a cada categoria da equipe interprofissional a dinâmica da assistência com as puérperas da região e no final será aplicado um instrumento de avaliação da oficina e sobre a recomendação do protocolo.

Ressalta-se que a atuação da equipe interprofissional na APS tem um contexto dinâmico, no qual novos estudos surgem periodicamente; portanto, é necessária a constante revisão e atualização das evidências científicas e do protocolo propriamente dito. A última versão está apresentada no Apêndice D.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após avaliação do protocolo, foi realizada a validação de conteúdo, com aplicação do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a proporção ou porcentagem de juízes que expressam concordância em relação aos itens do instrumento. A literatura apresenta diferentes possibilidades para o cálculo do IVC, bem como para o estabelecimento do seu nível mínimo de concordância. Pode-se calcular o escore do índice realizando a soma dos itens julgados relevantes. No caso deste estudo, considerou-se o julgamento adequado pelo total de juízes. O cálculo do IVC para o instrumento, como um todo, foi realizado a partir da soma de todos os IVC, calculados separadamente, dividido pelo número de itens dos instrumentos. Consensualmente, considerou-se índice mínimo de concordância do IVC de 0,75, tanto para avaliação de cada item, quanto para avaliação geral do instrumento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Os dados foram inseridos no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18,0, para permitir realizar a formulação de tabelas contendo frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão, com o intuito de averiguar se haverá diferença de concordância entre os especialistas em cada item do protocolo e diferença de concordância entre os juízes (BRITES, 2007).

Além desse parâmetro de avaliação proposto pelo AGREE-II, calculou-se o Coeficiente de Variação de Pearson (CVP), que fornece a variação dos dados obtidos em relação à média. Quanto menor for o seu valor, mais homogêneas são as opiniões e, consequentemente, as pontuações atribuídas pelos avaliadores. O coeficiente é considerado baixo quando menor ou igual a 25%, apontando um conjunto de dados homogêneos. O cálculo do CVP é dado pelo desvio-padrão dividido pela média das notas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Com intuito de respeitar os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, solicitou-se autorização junto à Secretaria Municipal de Saúde de Quixeramobim-CE a autorização, por meio da carta de anuência ao Coordenador da Atenção Primária a Saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob o protocolo nº (CAAE: 09347919.3.0000.5534) (Anexo B), estando de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, de forma a respeitar a dignidade, liberdade e autonomia da pessoa humana, a comunidade científica e o Estado (BRASIL, 2013).

Todos os participantes antes da aplicação de cada questionário/instrumento, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento legal, onde estava descrito todo o procedimento do estudo, para que fosse apreciado e assinado. O TCLE é um meio de garantir a voluntariedade dos participantes, buscando preservar a autonomia de todos os sujeitos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PRIMEIRA ETAPA: REVISÃO INTEGRATIVA ACERCA DAS CONDUTAS/AÇÕES BENÉFICAS PARA ASSISTÊNCIA À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Aplicaram-se os critérios CASP em doze artigos, cujos resultados demonstraram que cinco obtiveram 09 ou 10 pontos; sete ficaram entre 05 e 08 pontos. As demais características estão descritas na tabela 01.

Tabela 1 - Relação dos estudos segundo fonte, autor, título, tipo de estudo, população e CASP

(continua)

Nº	Fonte (Periódico)	Autores	Título	Tipo de estudo	População estudada	Nota CASP
01	LILACS (Australian Journal of Primary Health)	Hartley S. et al.(2012)	You're more likely to tell the GP if you're asked': women's views of care from general practitioners in the first postpartum year.	Estudo de coorte	28 mulheres no período gravídico-puerperal	07
02	Medline (PLoS One)	Sitrin D. et al.(2013)	Reaching Mothers and Babies with Early Postnatal Home Visits: The Implementation Realities of Achieving High Coverage in Large-Scale Programs	Inquérito transversal	80 gestantes e 30 puérperas	08
03	Medline (BMC Fam Pract)	Brodribb W, Zadoroznyj M, Dane A (2013)	The views of mothers and GPs about postpartum care in Australian general practice	Estudo Qualitativo	88 mães e seis médicos generalistas	08
04	LILACS (Revista Brasileira de Enfermagem)	Guerreiro EM. et al. (2014)	Educação em saúde no ciclo gravídico puerperal: sentidos atribuídos por puérperas	Estudo descritivo, qualitativo	25 Gestantes	06
05	Cochrane Library (Rev	Mazzo MHSN, Brito RS, Santos	Atividades do enfermeiro	Estudo qualitativo e	25 Gestantes	09

(conclusão)

	enferm UERJ)	FAPS(2014)	durante a visita domiciliar pós-parto	descritivo		
06	Medline (Revista Eletrônica Gestão & Saúde)	Moura TNB. et al. (2014)	Educação em saúde como ferramenta para o cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: uma abordagem multidisciplinar.	Relato de experiência	55 Puérperas	10
07	Cochrane Library (Scand J Prim Health Care)	Munk-Olsen T. et al. (2015)	Use of primary health care prior to a postpartum psychiatric episode.	Estudo de coorte	939 gestantes e 1.436 puerperas	09
08	Web of Science (Texto & Contexto Enfermagem)	Meira BM. et al. (2015)	Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com Depressão Pós-Parto	Estudo qualitativo-descritivo	16 profissionais de saúde	07
09	Embase (Revista Gaúcha de Enfermagem)	Silva LLB. et al. (2016)	Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da "Primeira Semana de Saúde Integral	Estudo transversal	190 puérperas	08
10	LILACS (Rev Rene)	Medeiros LS, Costa ACM. (2016)	Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde	Pesquisa qualitativa	16 profissionais de saúde e 20 puérperas	10
11	LILACS (Revista de Nutrição)	Laporte-Pinfildi, A.S.C. et al. (2016)	Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério: percepção dos gestores da Atenção Básica à Saúde	Estudo censitário	38 profissionais de saúde	08
12	Embase (Cadernos de Saúde Pública)	Corrêa, M. S. M. et al. (2017)	Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério	Pesquisa qualitativa	Equipe de saúde da família (médica, enfermeira e cinco agentes de saúde) e dez gestantes	10

Fonte: Elaborado pela autora

Na análise dos estudos selecionados, observou-se que os cuidados às puérperas apresentados foram: visita domiciliar (4 artigos), assistência médica (2 artigos), assistência psicológica (2 artigos), educação em saúde (2 artigos), assistência nutricional (1 artigo) e acolhimento (1 artigo). A quadro 02 apresenta os principais cuidados e seus resultados dos estudos selecionados.

Quadro 2 - Cuidados prestados pelos profissionais e desfechos dos estudos selecionados

(continua)

Nº	CUIDADO PRESTADO	PRINCIPAIS RESULTADOS/ CONCLUSÕES
01	Assistência médica	A melhoria do atendimento às mulheres após o parto está associada ao conhecimento dos médicos quanto ao contexto das entrevistadas. Os resultados deste estudo expressam que as mulheres valorizam a atenção primária, identificam questões que facilitam e dificultam a comunicação entre pacientes e profissionais, e descrevem bons encontros como aqueles em que se sentem compreendidos, apoiados e tranquilizados.
02	Visita domiciliar	A puérperas entrevistadas relataram que a ação mais realizada pelos profissionais nas visitas foi verificar o cordão, e apenas uma ação por visita relacionada ao bebê. O Agente comunitário em Saúde foi o profissional mais citado. O estudo permitiu evidenciar que alcançar mães e bebês com visitas domiciliares durante a gravidez e dentro de três dias após o nascimento é alcançável usando os sistemas de saúde comunitários existentes se os trabalhadores estiverem disponíveis; ligados a comunidades; e com treinamento, suprimentos e supervisão. Em todo o processo na atenção básica, devem avaliar a estruturação e a melhor forma de acesso à assistência domiciliar no pós-natal.
03	Assistência médica	As recomendações sobre as visitas ao médico dadas às mães variaram de acordo com o setor de parto, obstetrícia e modelo de assistência à maternidade, resultando em desarticulação entre as mães sobre o momento puerperal e o papel dos médicos no cuidado de rotina no pós-parto. Da mesma forma, os profissionais médicos expressaram preocupação com a falta de diretrizes consistentes para seu envolvimento na rotina de atendimento pós-parto. A partir disso, o estudo concluiu que a prática geral é uma fonte importante de cuidados pós-parto para as mães e fornece uma base para o apoio contínuo à família.
04	Educação em saúde	As representações das puérperas sobre a educação em saúde estão ligadas às práticas educativas institucionais, com destaque para as palestras, educação familiar e escolar, educação comunitária. Predomina a pedagogia

(continuação)

		tradicional, com transmissão de informações, pontuais e generalizadas. O estudo permitiu mostrar que se faz necessário mudar a lógica pedagógica, expandindo-se as estratégias em grupos educativos com construção e compartilhamento de saberes.
05	Visita Domiciliar	Os resultados apontam que, durante a visita domiciliar, o enfermeiro realizou o exame somente do neonato. As orientações foram para os cuidados com o recém-nascido e o uso de anticoncepcionais orais. Portanto, percebeu-se pouca vigilância voltada para a saúde da puérpera e as atenções foram direcionadas, quase que exclusivamente, para a criança.
06	Educação em saúde	A atividades de educação em saúde oportunizou a troca de saberes e de vivências, através de encontros em rodas de conversa. Observou-se que a abordagem multidisciplinar proporcionou um atendimento integral à gestantes e puérperas.
07	Assistência psicológica	Mulheres com episódio psiquiátrico 0-3 meses pós-parto tiveram em média 6,89 consultas durante a gestação, correspondendo a 1,52 mais consultas do que o grupo de comparação. Mulheres com um episódio psiquiátrico pós-parto tiveram maior uso de serviços de cuidados primários baseados em clínica médica antes do parto, e neste grupo específico de pacientes o próprio parto desencadeou um aumento acentuado no número de consultas médicas no pós-parto. O estudo possibilitou concluir que a consulta médica melhora o cuidado prestado ás puérperas.
08	Assistência psicológica	Os resultados descrevem a dificuldade de profissionais para identificar e tratar a depressão pós-parto, pois o foco da assistência é limitado aos aspectos fisiológicos do desenvolvimento da gestação e do pós-parto. Os participantes relatam limitado conhecimento para avaliar alterações emocionais relacionadas a esse período. Os profissionais da atenção primária em saúde precisam ser capacitados para identificar e tratar mulheres com depressão pós-parto, bem como manuais e protocolos assistenciais precisam ser estabelecidos para guiar a prática baseada em evidências científicas.
09	Visita domiciliar	Na primeira semana pós-alta, 42,1% receberam visita. Constatou-se associação entre atenção pré-natal em nível local e visita na primeira semana (p=0,049). A participação do enfermeiro na visita estava associada à maior realização de exame de mama, abdômen e investigação de condições emocionais. Evidencia-se a necessidade de instituir um planejamento rotineiro para efetuar a visita domiciliar programática, priorizando o cuidado à saúde das puérperas de risco.
10	Visita domiciliar	A maioria dos entrevistados consideram a visita domiciliar, uma ferramenta que aproxima a unidade de saúde da realidade vivenciada pela puérpera, porém, ainda são

(conclusão)

		muitos os profissionais que omitem certos cuidados frente a esta população. O estudo retratou que visita domiciliar é considerada imprescindível, por contribuir para a redução da morbimortalidade da puérpera e recém-nascido, aumentar o vínculo entre unidade e família, e diminuir riscos de complicações pós-parto, no entanto, a atenção voltada a estas mulheres ainda está recoberta de grandes desafios para alcançar uma assistência de fato satisfatória
11	Assistência nutricional	A inserção do nutricionista foi o principal componente insuficiente da dimensão estrutura, interferindo negativamente na assistência nutricional na atenção básica. Cálculo do índice de massa corporal, acompanhamento do estado nutricional na curva índice de massa corporal/semana gestacional e realização de aconselhamento nutricional individualizado no pós-natal são atribuições do nutricionista na Unidade básica de saúde, para assim garantir a integralidade do cuidado.
12	Acolhimento	A pesquisa apresentou como categorias empíricas: acesso ao cuidado, demandas aos serviços e necessidades de saúde. Os resultados destacam insatisfação com a visita domiciliar: tardia, sem priorização, médica/enfermeira ausente, assistemática e descontinuada; falta de consulta puerperal e acesso difícil ao médico. Há desagrado com a desvalorização das necessidades de saúde femininas: atenção focada no bebê, escassez de exame físico e anamnese, orientações insuficientes e comunicação limitada. A incipiência do acolhimento mostra a necessidade de transformar as práticas da equipe para conferir visibilidade à mulher, qualificando o cuidado puerperal.

Fonte: Elaborado pela autora

O Quadro 03 apresenta uma descrição das ações evidenciadas nos artigos, conforme a atuação de cada categoria pertencente a equipe multiprofissional e que condiz com o desenvolvimento de um serviço interdisciplinar.

Quadro 3 - Condutas benéficas para assistência à puérpera na Atenção Primária desenvolvido pela Equipe Multiprofissional

(continua)

Atividade	Descrição	Realização
Acolhimento com escuta qualificada	Acolher as demandas da puérpera e sua família e identificar suas necessidades.	Equipe multiprofissional
Avaliação global	-Entrevista -Verificar documentação (Caderneta das gestantes);	Equipe multiprofissional

(continuação)

	-Verificar dados do RN (peso, comprimento, Apgar, imunização, registro civil, realização dos testes do reflexo vermelho, do pezinho e da orelhinha etc.) e identificar RN de risco (baixo peso ao nascer, internação por intercorrência ao nascimento, história de morte de criança menor de cinco anos na família, mãe HIV positivo). -Verificar fatores de riscos, intercorrências;	
	Exame físico geral e específico – puerpério imediato e tardio: Avaliar mamas e mamilo. - Examinar abdome (condição uterina, dor à palpação, aspecto da ferida operatória se parto cesariana). - Examinar períneo e genitais externos	Enfermeiro (a)/ médico(a)
	Abordagem e avaliação nutricional: peso da mãe e do bebe, contraindicações alimentares.	Nutricionista
	Orientação exercícios respiratórios, posturais e de fortalecimento muscular: Orientar quanto à postura no leito (decúbito lateral para facilitar a eliminação dos flatos), incentivar a deambulação precoce e evitar posturas antálgicas;	Fisioterapeuta
	Avaliação e condutas psicossociais: Contexto familiar e social, comorbidades psicológicas.	Psicológicos
Plano de cuidado materno	Abordagem integral – puerpério imediato e tardio: Orientar, estimular e apoiar a família na amamentação exclusiva, reforçando a importância e benefícios. - Orientar cuidados com as mamas. - Orientar ingestão hídrica frequente, alimentação adequada e dieta fracionada. - Incentivar a prática de atividade física no puerpério tardio. - Compartilhar o cuidado – encaminhar a puérpera aos serviços especializados de saúde mental se detectado sofrimento mental grave, apoiar a família e articular outras redes de apoio social, quando necessário. - Atualizar o calendário vacinal. - Retirar os pontos da cesariana entre sete a dez dias após o parto, conforme orientação médica, no	Enfermeiro (a)/ médico(a)

(conclusão)

	puerpério imediato. - No puerpério imediato, tirar dúvidas e orientar quanto ao retorno da atividade sexual e planejamento reprodutivo. - No puerpério tardio, orientar e recomendar métodos contraceptivos de acordo com a preferência e condição clínica da mulher.	
	Abordagem medicamentosa e reavaliação de puérpera com comorbidades, puerpério imediato e tardio: Uso de ferro e outros medicamentos.	Farmacêutico
Plano de cuidado com o recém-nascido	Imunização; Triagem Neonatal; Observar a interação mãe-bebê (carícias, contato visual, expressões não verbais); Examinar RN (peso, estatura, perímetro cefálico, mucosas, hidratação, fontanelas, condições de coto umbilical, genitália, pele, desenvolvimento neuropsicomotor); - Orientar manejos durante episódios de cólicas, explicar as causas; - Orientar cuidado com coto umbilical; - Orientar o banho de sol diário; - Orientar e estimular ao acompanhamento de puericultura	Equipe multiprofissional

Fonte: (SITRIN et al, 2013; GUERREIRO et al, 2014; CORRÊA et al, 2017).

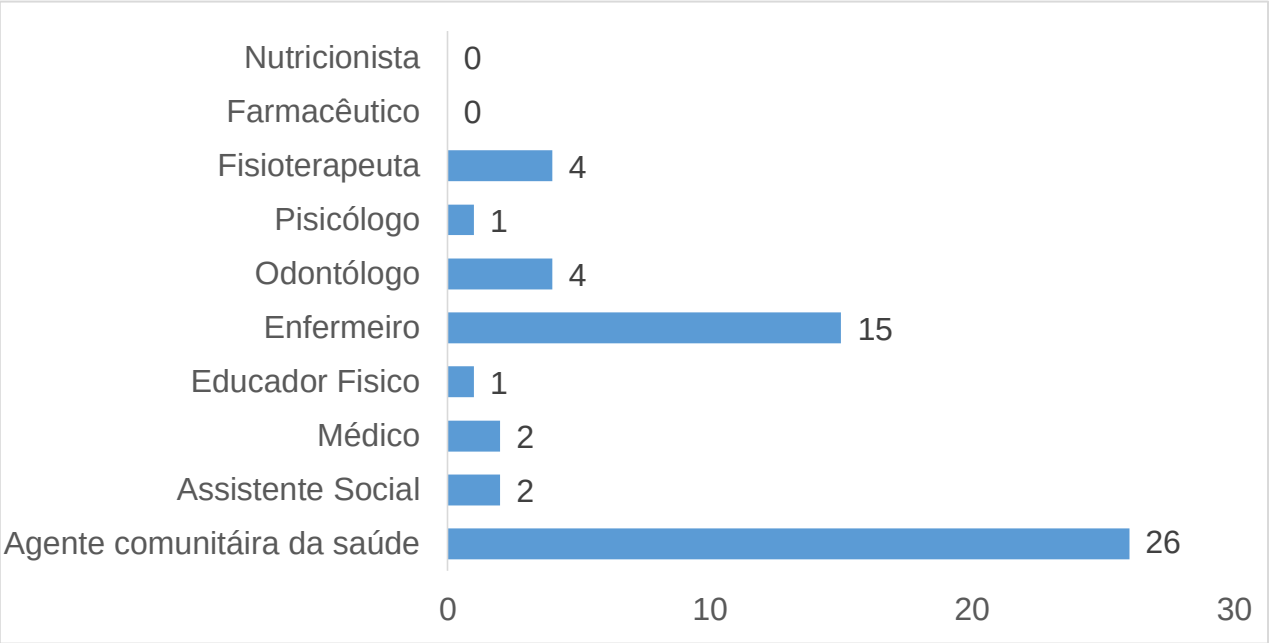
5.2 SEGUNDA ETAPA: QUESTIONÁRIOS APLICADOS AOS PROFISSIONAIS DA APS

5.2.1 Caraterização dos profissionais

Dos 55 profissionais participantes, 44 eram do sexo feminino, sendo que a faixa etária entre 29 e 39 anos (42%) apresentou maior prevalência e uma média de 11,6 anos de tempo de formação. Quanto a identificação da categoria profissional, houve predominância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) 26 (42,2%) e o enfermeiro 15 (31,9%) (Gráfico 01).

Quanto à titulação, 9 (19%) apresentaram somente o ensino médio, 6 (13%) graduação, 24 (51%) especialização e 8 (17%) não especificaram. Não houve participação de mestres e doutores.

Gráfico 1 - Categoria dos profissionais da atenção primária em saúde. Quixeramobim-CE, 2019



Fonte: Elaborado pela autora

5.2.2 Atendimento às puérperas

A realização de atendimento às puérperas foi afirmada por 49 (87,23%) dos profissionais, com 2 (4,2%) respostas negativas e 4 (8,5%) não assinalaram. O período em que ocorria esse atendimento variou em 3 a 7 dias após o parto. A quantidade de consultas/atendimentos realizados até o término do período puerperal foi de 3 a 4, relatados por 35 (84,4%) profissionais, sendo que 6 (14,6%) afirmaram ser de acordo com a necessidade da paciente. A Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) foi relatada por 34 (60,7%) profissionais como o local de atendimento às puérperas, seguido do domicilio 22 (39,2%), ressaltando-se que 29 (61,70%) profissionais assinalaram ambos os locais.

Estudos apresentam que a assistência puerperal é iniciada pelo atendimento/acolhimento da mulher no serviço, de forma que toda a equipe multiprofissional deve dispor de capacitação para identificar riscos e qualificação necessária para o encaminhamento adequado de acordo com as demandas individuais (MELO et al., 2016; SILVA et al., 2016).

5.2.3 Avaliação clínica da puérpera e do RN

A verificação dos sinais vitais realizada na anamnese da puérpera e recém-nascido foi realizada por 15 enfermeiros (32%), sendo que 12 (80%) o fizeram na primeira consulta de puericultura e 3 (20%) durante a abordagem da visita domiciliar. Na primeira consulta puerperal, a avaliação de via de parto, com verificação da ferida operatória também foi relatada pelos profissionais em até sete dias após o parto.

As ações relativas ao aleitamento materno e o ingurgitamento mamário foram afirmados em atividades de orientação e demonstração, predominantemente na consulta puerperal, em 15 (32%) dos enfermeiros e 2 (4%) ACS, sendo que 7 (46%) dessas duas categorias profissionais afirmaram a prática desde a consulta de pré-natal.

Somente um profissional enfermeiro não relatou as orientações em relação aos cuidados ao recém-nascido. Dentre elas os demais citaram: aleitamento materno exclusivo 12 (80%), outras rotinas de cuidados com o RN (trocas de fraudas e prevenção de assaduras, banho de sol) 10 (66,6%), higienização 11 (73,3%), cuidado com o coto umbilical 8 (53,3%) e vacinação 3 (20%), considerando que houveram múltiplas escolhas.

As formas de identificação das possíveis intercorrências no período puerperal identificadas foram: anamnese e exame físico 10 (66,6%), por meio da comunicação com o ACS 4 (26,6%) e por meio de um acompanhamento sistemático 1 (6,6%). O processo de envolvimento da dinâmica familiar no apoio à puérpera foi relacionado com as investigações, juntamente com a puérpera em 15 (100%) dos enfermeiros, seguido com o convite do parceiro ou familiar para participar no processo de cuidado em 8 (53,5%) e 3 (20%), através de atividades educativas. Quando questionados sobre a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), 11 (73,3%) profissionais negaram a condução dessa prática e apenas 4 (26,6%) afirmaram segui-la.

Quanto a identificação de sinais e sintomas de risco em puérperas pelos ACS (38%, n=18) foi destacado que em 7 (38,8%) afirmaram realizar através dos relatos das puérperas e 3 (16,6%) por meio da comunicação com outros profissionais. Dentre os sinais e sintomas mais relatados destacaram-se: edemas, infecção, febre, PA elevada, cefaleia, calafrios, ingurgitação nas mamas e tonturas.

Do total, 4 (22,2%) afirmaram que realizam o encaminhamento ao médico, quando identificado alguma complicação.

Apenas 1 (50%) médico respondeu o questionário referente aos aspectos clínicos. Este referiu que a complicação mais comum estava relacionada a ferida operatória e complicações no aleitamento materno e que estas, em geral, foram identificadas no exame físico pela consulta na unidade.

A equipe multiprofissional atua como forma de reorientação do modelo assistencial no nível básico, elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a puérpera, com atenção, escuta e orientações baseadas em evidencias científicas. A avaliação clínica deve ser embasada no princípio da vigilância à saúde, com vista a identificar condições de mudanças no estado físico e mental da mulher e da criança, associando o contexto familiar na rotina (GALAVOTE, 2016).

Na mulher o profissional deve iniciar com a avaliação clínico-ginecológica, desde sinais vitais até intercorrências graves, que devem ser registradas e adotadas condutas especializadas. Na assistência ao recém-nascido, deve-se adotar métodos físicos e observacionais para avaliação do estado de saúde e prestar as orientações necessárias à mãe, destacando a necessidade de participação paterna ou familiar em todo o processo (BRASIL, 2010).

Estudos mostram que o enfermeiro e o médico são os profissionais que frequentemente realizam essa avaliação inicial (CORRÊA et al., 2015; MAZZO; BRITO, 2016), visto que para adoção de métodos de avaliação e forma de identificação de alterações há a necessidade de qualificação profissional.

5.2.4 Uso de medicamentos e realização de exames laboratoriais

A suplementação de sulfato ferroso para puérpera foi evidenciada pelos profissionais médicos participantes 2 (4%), o qual é prescrito até 6 meses após o parto, de acordo com as condições de saúde da paciente. Destaca-se que não houve relato de farmacêuticos e nenhum dos profissionais apresentaram orientações sobre o uso de medicamentos às puérperas. A suplementação de vitaminas é evidenciada em diversos protocolos brasileiros (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015; BRASIL, 2016).

Estudos evidenciam o elevado consumo de medicamentos durante a lactação, que requer um monitoramento efetivo da equipe multiprofissional, afim de minimizar os riscos ao bebê, garantir as condições de saúde da puérpera e um tratamento medicamento de qualidade (FRAGOSO; SILVA; MOTA, 2014; CAMILO; ALMEIDA; SANTOS, 2015; HERNANDES et al., 2018). Hernandes et al. (2018) mostraram que os prescritores devem dispor de informações necessárias sobre os fármacos que apresentam maiores riscos além de orientar as puérperas sobre os riscos inerentes a automedicação. Além disso, há aquelas puérperas que apresentam comorbidades que devem ser tratadas desde a gravidez e que precisam de um acompanhamento em um tempo prolongado de uma equipe especializada.

Quanto aos exames laboratoriais, observou-se que os enfermeiros, ACS e médicos afirmaram realizar orientações sobre a realização do teste do pezinho para o RN e o exame citopatológico para a puérpera. De acordo com Melo et al., (2016) o enfermeiro e o ACS são os profissionais que estão mais próximos à puérpera e que devem dispor de encaminhamento especializado e solicitação de exames de acordo com as necessidades individuais.

Os exames laboratoriais devem seguir os realizados no acompanhamento pré-natal, afim de monitorar os resultados e evidenciar a necessidade de mudança terapêutica. Os testes como o do pezinho, da orelhinha, do olhinho, do coraçãozinho, da linguinha, devem ser orientados pelos profissionais a realização nos primeiros dias de vida seguindo para a consulta com o médico (BRASIL, 2016).

5.2.5 Estratégias de captação das puérperas e encaminhamento profissional

A visita domiciliar foi a estratégias de captação mais expressa entre os profissionais 25 (53,5%), sendo o ACS o profissional com maior afirmação dessa prática 18 (38%). Os demais profissionais apresentaram as atividades educativas, busca ativa e comunicação com outros profissionais da equipe como demais ações desempenhadas. Em relação a frequência da realização da visita domiciliar foi visto que 13 (51%) afirmaram realização semanal, em quinzenal em 8 (30%), mensal 2 (8%) e 3 (11%) não assinalaram.

Dentre as estratégias de captação citadas em protocolos assistenciais de pré e pós-natal estão: ações educativas, visita domiciliar e busca ativa pela equipe do serviço (BRASIL, 2016b; BRASIL, 2016c).

Diversos estudos apresentam o enfermeiro como o profissional em que mais realiza a visita domiciliar às puérperas (MAZZO et al., 2014; MEDEIROS; COSTA, 2016; CARVALHO et al., 2018). No entanto, Corrêa et al., (2015) dá destaque na otimização do cuidado multiprofissional no âmbito domiciliar durante o primeiro mês pós-parto, principalmente na equipe do NASF, proporcionando maior integração na equipe, fortalecendo seu vínculo com a puérpera e o RN, e, com isso, vem facilitando o acesso ao serviço de saúde e fortalecendo a adesão ao acompanhamento.

Dos 55 profissionais 80,8% certificaram que havia o encaminhamento adequado das puérperas de forma efetiva na rede de atenção primária à saúde, assimilando as consultas médicas, visitas domiciliares, atendimento com a enfermeira e estratégias educativas. Não houve relato sobre o encaminhamento de puérpera na atenção especializada e hospitalar.

De acordo com Miranda, Marostica e Matão (2015) a presença de um ou mais fatores de risco no estado clínico da puérpera, requer a utilização de tecnologia mais complexa e, consequentemente, o encaminhamento para uma unidade de atenção especializada, podendo-a permanecer na atenção básica sempre que devidamente monitorada.

5.2.6 Intervenção às puérperas usuárias de drogas lícitas e ilícitas

A realização de intervenções para acompanhamento de usuárias de drogas lícitas e ilícitas foi relatada pelos assistentes sociais 2 (4%). Quanto as intervenções realizadas, foram destacadas: ações educativas na UAPS, salas de espera, atendimentos individuais, visitas domiciliares e grupos de gestantes e puérperas usuárias. Um profissional afirmou que é preconizado o trabalho em toda a área que envolve os direitos sociais das puérperas.

De acordo com Marangoni et al., (2017) a abordagem sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação e puerpério deve ser enfatizada pela equipe multiprofissional que favorece o cuidado físico e mental da mulher, expondo os riscos à saúde do bebê e apresentando formas de saídas dos vícios.

Silveira e Soler (2015) citam que as mulheres não têm o conhecimento necessário sobre os seus direitos sociais, trabalhistas e de saúde, enquanto

puérpera, necessitando de efetivas orientações com os assistentes sociais, incluindo a figura paterna e o contexto familiar.

5.2.7 Atendimento postural

Os 4 (9%) fisioterapeutas participantes afirmaram orientar quando ao posicionamento postural da puérpera no leito materno e que realizam educação sobre a função respiratória, do sistema circulatório e função intestinal. Dentre as intervenções posturais, observaram-se: exercícios físicos, relaxamento, alongamento e avaliação o sistema respiratório.

A fisioterapia nesta fase é de grande importância, pois um programa de exercícios auxilia no retorno rápido às condições pré-gravídicas e evita problemas futuros, como: incontinência urinária, má postura, motilidade gastrointestinal reduzida, pouca força abdominal, tendinites, entre outras (GALIOTTO; MENEGHINI, 2017).

Em uma revisão sistemática foi apresentado que as principais intervenções fisioterápicas durante o puerpério foram estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), exercícios para os músculos do assoalho pélvico, de respiração e reeducação diafragmática, orientações quanto à postura e amamentação, exercícios abdominais isométricos, de circulação para os membros inferiores, crioterapia, massagens abdominais e deambulação. Dentre as principais dificuldades enfrentadas pelas puérperas, podemos citar as intercorrências mamárias relacionadas à lactação (dor, fissuras mamares, mastites, ingurgitamento mamário), incontinência urinária, dores incisionais associadas ao corte e episiotomia, sintomas gastrointestinais (constipações, timpanismo, dor abdominal) e diástase dos músculos reto-abdominais (DMRA) (LIZ et al., 2013).

Bulhões (2019) identificou categorias com profissionais fisioterapeutas quanto ao conteúdo, a estrutura da Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e Saúde (CIF) que permitiram ampliar a compreensão e otimizar o planejamento de intervenções fisioterapêuticas destinadas a manter a funcionalidade dessas pacientes, num processo de validação desse instrumento.

Em um estudo sobre os efeitos da intervenção fisioterapêutica no atendimento a mulheres no puerpério imediato, foi verificado efeitos positivos nas puérperas que receberam orientações em relação à mudança de decúbito e às posturas corretas para amamentação, evidenciando que a fisioterapia pode

contribuir para a assistência à mulher, no retorno rápido às condições pré-gravídicas e na prevenção de problemas (BURTI et al., 2016).

Silva et al., (2019) mostraram que estratégias fisioterapêuticas de educação em saúde foram satisfatórias para mulheres do puerpério imediato, atuando como aspecto esclarecedor de dúvidas diárias, como questionamentos relacionados ao uso da cinta abdominal e amamentação e para manutenção dos exercícios físicos no domicílio.

5.2.8 Acompanhamento psicológico

Os questionamentos sobre as abordagens psicológicas foram direcionados a apenas um psicólogo da unidade. Este afirmou que no momento da entrevista a instituição não realizava terapia de grupo para as puérperas, que o acompanhamento individual com as puérperas era de acordo com a demanda e encaminhamento médico e que realizava atendimento domiciliar de acordo com a solicitação da equipe multiprofissional. Dentre as condições psicológicas mais frequentes, destacaram-se: ansiedade, depressão pós-parto e conflitos familiares.

Estudos indicam que o período puerperal é vulnerável a alterações psíquicas, favorecendo o acometimento de condições depressivas, alterações de humor e ansiedade (GALVÃO et al., 2015; COUTINHO; SARAIVA, 2018). Estando associados a fatores biológicos, obstétricos, psicológicos e sociais, mas que há necessidade de que toda mulher nesse período, seja acompanhada pelo profissional especializado (ABUCHAIM et al., 2016). Quintão (2014) evidenciou a importância da interação e engajamento da equipe multiprofissional na formação do vínculo mãe-bebê, com adoção de estratégias que minimizem esses sintomas.

5.2.9 Planejamento reprodutivo

A orientação quanto o planejamento reprodutivo foi constatado entre os 38% dos ACS, 11 (23,4%) dos enfermeiros e 1 (2,1%) assistente social e 1 (2,1%) psicólogo.

As estratégias de abordagens sobre o planejamento reprodutivo citadas foram: durante a consulta puerperal, nas visitas domiciliares e em ações educativas na própria instituição. A orientação sobre os métodos contraceptivos foi citada por

apenas 2 (5%) enfermeiros e 2 (7%) ACS. Destaca-se que não foi possível realizar entrevista com profissional Farmacêutico.

Grein et al., (2017) apresentaram que apenas uma minoria dos profissionais realizava orientações sobre planejamento familiar. Além disso, a variedade de métodos contraceptivos ainda é restrita nos serviços de saúde e com a distribuição irregular, que por muitas vezes pela inacessibilidade ao serviço de saúde ou desconhecimento dessa distribuição. Além disso, os autores destacam que a abordagem profissional deve ser baseada no respeito da individualidade da puérpera, de modo a viabilizar a autonomia e o empoderamento da mulher nos seus cuidados, prestando orientações sobre os métodos existentes e aqueles que são indicados de acordo com o perfil da puérpera.

5.2.10 Ações educativas

Dos 26 ACS, 19 afirmaram realizar ações educativas por meio de atividades em grupo e 7 em atendimento individual. Além destes, 11 enfermeiros, 1 (2%) psicólogo e 1 (2%) assistente social também afirmaram a prática. As temáticas mais abordadas foram: aleitamento materno, higienização pessoal, planejamento familiar, esquemas de vacina, métodos contraceptivos e alimentação.

Teixeira et al., (2016) citaram que em relação às ações educativas voltadas às puérperas, destacam-se que são atividades que visam desenvolver tanto a capacidade com a mulher quanto no contexto familiar, com o intuito de melhorar a condição de vida e de saúde, garantindo acesso a bens e serviços de saúde de qualidade, que haja a possibilidade de compartilhamento dos seus anseios e o esclarecimento de suas dúvidas, o que pode favorecer a nova fase de sua vida. Esses autores validaram uma tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto, destacando a autonomia e segurança da puérpera nesse período.

Para Miranda, Marostica e Matão (2015) a educação em saúde é considerada uma ferramenta para qualificar os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos indivíduos, contribuindo para a promoção da saúde. Teles et al., (2014) numa validação de uma cartilha educativa com as puérperas verificaram elevada credibilidade e aceitação, viabilizando uma atenção integral e humanizada à parturiente, por meio do incentivo da participação ativa do acompanhante durante o parto.

Nesse cenário, Guerreiro (2014) defende a educação em saúde como uma estratégia para a prevenção de intercorrências, promoção da saúde, além da minimização da insegurança e anseios, que possam estar presentes durante o período gravídico-puerperal. Além disso, os autores citam que faz-se necessário a persistência dos profissionais no sentido de que sejam implementadas atividades que visem à melhoria das ações educativas na área de saúde da mulher como criação e manutenção de grupos de gestantes, grupos de puérperas, grupos de casais, dentre outras atividades para o compartilhamento de saberes e interação entre os usuários, gerando esforços para a realização da prática educativa como forma de melhorar o impacto dessa ação na saúde física, mental e emocional da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

5.3 TERCEIRA ETAPA: VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO

5.3.1 Caracterização dos juízes

Após a análise dos currículos e seleção dos profissionais, dez juízes participaram da pesquisa. Destes, 03 atuavam apenas no ensino universitário na área da enfermagem, 01(10%) trabalhava em uma UBS-AB, 02 (20%) na área de enfermagem obstétrica, 02 (20%) na enfermagem materno e infantil e 02 (20%) apenas na área de enfermagem. A média de tempo de trabalho na área foi de 9,3 anos.

Tabela 2 - Caracterização dos juízes. Fortaleza, CE, Brasil, 2019

(continua)

Variáveis	N	%
Profissão		
Enfermeiro	07	70%
Docente Universitário	03	30%
Tempo de formação (anos)		
0-10	07	70%
12-20	01	10%
21-25	02	20%
Titulação		
Especialização	-	-
Mestrado	04	40%
Doutorado	06	60%
Publicação de pesquisa envolvendo a temática		
Assistência obstétrica	08	32%

(conclusão)

Saúde da mulher	09	36%
Validação de instrumentos	01	4%
Saúde da família	04	16%
Construção de protocolos	02	8%
Pediatria	01	4%

Fonte: Elaborado pela autora

5.3.2 Avaliação do protocolo conforme Instrumento AGREE II

Os resultados da avaliação dos 10 juízes foram apresentados de acordo com os seis domínios propostos pelo AGREE-II. Ressalta-se que no instrumento o domínio 1 (Escopo e finalidade), o item 1, conforme orientação do instrumento, inferiu-se sobre o possível impacto da diretriz na saúde da população ou dos indivíduos envolvidos, analisando se os objetivos gerais da diretriz estavam explícitos, e se os benefícios de saúde adquiridos a partir da diretriz atendem ao problema clínico ou à situação de saúde exposta. Já o item 2 do mesmo domínio avalia se as recomendações descritas estavam de acordo com as situações de saúde abordadas. O item 3 observou se estava clara a descrição da população coberta pela diretriz. Os conteúdos dos itens incluíram: propósito; benefício esperado ou desfecho; população-alvo; intervenções; comparações quando adequadas; ambiente ou contexto de cuidados de saúde (ANSC, 2009).

Tabela 3 – Avaliação do protocolo clínico, segundo Escopo e finalidade (domínio 1) (AGREE-II) – Fortaleza, CE, Brasil, 2019

PONTUAÇÃO	1	2	3	4	5	6	IVC
Domínio 1: Escopo e finalidade							
1. O(s) objetivo(s) geral(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).	-	-	3(30%)	-	-	7(70%)	1,0
2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).	-	-	3(30%)	-	-	7(70%)	0,7
3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita	-	-	-	-	1(10%)	9(90%)	1,0

Fonte: Elaborado pela autora

O domínio 1 teve maior predominância da pontuação 6, concordo totalmente. Dados semelhantes foram encontrados em outra validação de protocolo clínico para atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/AIDS (BRASIL; SILVA; MOURA, 2018).

Tabela 4 – Avaliação do protocolo clínico, segundo Envolvimento das partes interessadas (domínio 2) (AGREE-II) – Fortaleza, CE, Brasil, 2019

PONTUAÇÃO	1	2	3	4	5	6	IVC
Domínio 3: Rigor do desenvolvimento							
7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências	-	-	-	3(30%)	5(50%)	3(30%)	1,0
8. Os pontos fortes e limitações do conjunto de evidências estão claramente descritos.	-	-	2(20%)	4(40%)	1(10%)	3(30%)	0,8
9. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos. Nenhuma alteração.	-	-	1(10%)	1(10%)	1(10%)	7(70%)	0,9
10. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.	-	-	-	2(20%)	1(10%)	7(70%)	1,0
11. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte.	-	-	1(10%)	2(20%)	2(20%)	5(50%)	0,9
12. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação	-	-	1(10%)	3(30%)	2(20%)	4(40%)	0,9
13. O procedimento para atualização da diretriz está disponível.	-	-	2(20%)	2(20%)	-	6(60%)	0,8

Fonte: Elaborado pela autora

No domínio 2 (Envolvimento das partes interessadas), o item 4 fez referência aos profissionais que participaram do desenvolvimento do protocolo. Para cada membro do grupo técnico de desenvolvimento, devem ser apresentados no protocolo: nome, disciplina ou conteúdo da *expertise*, instituição, localização geográfica e descrição do seu papel. No item 5, entende-se que a diretriz deva ser fundamentada nas experiências da população-alvo e nas suas expectativas sobre os cuidados de saúde, ou seja, faz-se necessário haver evidências a fim de contemplar as opiniões das partes interessadas, fato que foi realizado em etapa anterior ao da avaliação do presente protocolo. Já o item 6 asseverou que os usuários-alvo devem estar expressos na diretriz, além disso, deve abranger o modo de utilização da diretriz por eles (ANSC, 2009).

Tabela 5 – Avaliação do protocolo clínico, segundo Rigor do desenvolvimento (domínio 3) (AGREE-II) – Fortaleza, CE, Brasil, 2019

PONTUAÇÃO	1	2	3	4	5	6	IVC
Domínio 4: Clareza da apresentação							
14. As recomendações são específicas e sem ambiguidade	-	-	-	2(20%)	4(40%)	4(40%)	1,0
15.As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.	-	-	-	1(10%)	1(10%)	8(80%)	1,0
16. As recomendações -chave são facilmente identificadas.	-	-	-	2(20%)	3(30%)	5(50%)	1,0

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação ao domínio 3 (Rigor do desenvolvimento), o item 7 descreveu se foram oferecidos detalhes da estratégia de busca das evidências, incluindo descritores, nomes das bases de dados consultadas e períodos de tempo delimitados

para a busca. Nos itens 8 e 9, solicitam-se os critérios de inclusão/exclusão das evidências identificadas, a descrição de viés e como foi realizada a interpretação das evidências. O item 10 analisou a importância de mencionar os métodos utilizados para formular as recomendações e como se chegou às decisões finais, além de destacar os quesitos de discordância.

O item 11 avaliou se os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde estavam nas recomendações. O item 12 considerou que deveria haver ligação explícita entre as recomendações e a evidência. O item 13 verificou se o protocolo foi submetido à revisão externa antes da publicação e orienta que os avaliadores devem ser *experts*, e que representantes da população-alvo podem ser incluídos. O item 14 prevê a necessidade de atualização do protocolo, com intervalo de tempo explícito e a metodologia para realização (ANSC, 2009).

Tabela 06 – Avaliação do protocolo clínico, segundo Clareza da apresentação (domínio 4) (AGREE-II) – Fortaleza, CE, Brasil, 2019

PONTUAÇÃO	1	2	3	4	5	6	IVC
Domínio 2: Envolvimento das partes interessadas							
4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.	-	-	-	1(10%)	1(10%)	8(80%)	1,0
5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.)	-	-	1(10%)	4(40%)	2(20%)	3(30%)	0,9
6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.	-	-	-	-	1(10%)	9(90%)	1,0

Fonte: Elaborado pela autora

No domínio 4 (Clareza da apresentação), o item 15 apoia-se no fato de que uma recomendação deve conter descrição correta e precisa de que as informações contidas na diretriz são apropriadas à população-alvo. O item 16 ponderou se a diretriz abordou as diferentes formas de rastreamento, prevenção ou tratamento da condição clínica estudada. O item 17 considerou que os usuários da diretriz devem poder identificar facilmente as recomendações mais relevantes, por meio de resumos em quadros, destaques em negrito, sublinhados ou fluxogramas / algoritmos (ANSC, 2009).

Tabela 7 – Avaliação do protocolo clínico, segundo Aplicabilidade (domínio 5) (AGREE-II) – Fortaleza, CE, Brasil, 2019

PONTUAÇÃO	1	2	3	4	5	6	IVC
Domínio 5: Aplicabilidade							
17.A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.	-	-	-	3(30%)	-	7(70%)	1,0
18.A diretriz descreve as facilidades e barreiras para sua aplicação	-	-	1(10%)	1(10%)	5(50%)	3(30%)	0,9
19.Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da utilização das recomendações.	-	-	1(10%)	1(10%)	5(50%)	3(30%)	0,9
20.A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.	-	-	2(20%)	5(50%)	-	3(30%)	0,8

Fonte: Elaborado pela autora

No que concerne ao domínio 5 (Aplicabilidade), o item 18 destacou os fatores facilitadores e as barreiras que têm impacto na execução das recomendações. O item 19 versou sobre a efetividade da diretriz, a necessidade da sua disseminação com materiais adicionais. No item 20, foram avaliados os recursos necessários à aplicação das recomendações, devendo haver apresentação dos impactos potenciais destas sobre os custos considerados no desenvolvimento da diretriz e na execução das recomendações. O item 21 referiu-se à mensuração da aplicabilidade da diretriz, com identificação de critérios para avaliação de sua implementação ou aderência às recomendações (ANSC, 2009).

Tabela 8 – Avaliação do protocolo clínico, segundo Independência editorial (domínio 6) (AGREE-II) – Fortaleza, CE, Brasil, 2019

PONTUAÇÃO	1	2	3	4	5	6	IVC
Domínio 6: Independência editorial							
21.O parecer do órgão financiador não exerce influência sobre o conteúdo da diretriz	-	-	3(30%)	2(20%)	1(10%)	6(60%)	0,7
22.Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.	-	-	1(10%)	5(50%)	1(10%)	3(30%)	0,9

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação ao domínio 6 (Independência editorial), os itens 22 e 23 versaram sobre o financiamento externo e os conflitos de interesse na elaboração das diretrizes. Caso existisse, ou não, essa informação deveria estar claramente explícita (ANSC, 2009).

Tabela 9 - Valores do desvio-padrão (S), média (χ) e Coeficiente de Variação de Pearson (CVP) por domínio do AGREE-II. Fortaleza, CE, Brasil, 2019

Domínio	Média	Desvio Padrão	Coeficiente de Variação de Pearson
Escopo e Finalidade	5,57	0,82	14,68
Envolvimento das partes interessadas	5,43	0,90	16,52
Rigor do desenvolvimento	5,07	1,07	21,05
Clareza da apresentação	5,40	0,77	14,26
Aplicabilidade	5,00	1,06	21,24
Independência editorial	4,90	1,12	22,84

Fonte: Elaborado pela autora

Em todos os domínios, o CVP encontrado ficou abaixo de 25%, o que significa elevada homogeneidade nas pontuações dadas aos domínios, achado que sugere pontos de vista semelhantes entre os avaliadores com relação ao protocolo.

Na classificação geral do protocolo, 3 (30%) classificaram como boa qualidade, 5 (50%) como muito boa qualidade e 2 (20%) em qualidade mais alta possível. Ao total, 7 (70%) afirmaram que recomendariam o protocolo para utilização em serviço e 3 (30%) afirmaram recomendar após alterações de sugestões.

O percentual de qualidade de cada domínio está apresentado na tabela a seguir:

Tabela 10 - Percentual de qualidade do protocolo (Consórcio AGREE II, 2009) Fortaleza, CE, Brasil, 2019

Domínio	Percentual de qualidade
Domínio 1: Escopo e finalidade	93,8%
Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas	88,3%
Domínio 3. Rigor do desenvolvimento	87,8%
Domínio 4. Clareza da apresentação	89,5%
Domínio 5. Aplicabilidade	83,8%
Domínio 6. Independência editorial	75%

Fonte: Elaborado pela autora

Na avaliação global, o avaliador realizou um julgamento sobre a qualidade final do protocolo, considerando-se os 22 itens anteriormente avaliados e pontuando de 1 (qualidade mais baixa possível) a 7 (qualidade mais alta possível). Em seguida, o mesmo emitiu um parecer recomendando ou não o uso da diretriz na prática. Com isso, observou-se que 70% (n=7) dos juízes classificaram o protocolo com nota de avaliação global 7, sendo que os 30% (n=3) restantes não o classificaram. Porém, o total de avaliadores 100% (n=10) recomendaram o uso do protocolo na atenção primária à saúde.

No contexto de avaliação de protocolos, Melo et al., (2016) numa validação de um protocolo assistencial de enfermagem para pré-parto, parto e pós-parto, verificaram que os aspectos relacionados a qualidade, objetivos, conteúdo e a relevância foram satisfatório, favorecendo a aplicabilidade na prática clínica e consideraram elevada a concordância entre os especialistas que o avaliaram.

Em uma validação de instrumento para consulta de enfermagem à puérpera na atenção básica, também se verificaram percentual de qualidade superior a 70%, com juízes enfermeiros e docentes. Este, foi validado com 73 diagnósticos e 155 intervenções de enfermagem, que além da otimização da assistência na prática do serviço, atuando como método de ensino e pesquisa na área de enfermagem obstétrica (MAZZO, 2013).

Nessa perspectiva, Andrade et al., (2014) validaram um instrumento para visita domiciliar visando o acompanhamento das visitas domiciliares pelas equipes de Saúde da Família na Rede de Atenção Primária à Saúde, em que se obteve 98% de índice de aprovação dos profissionais de saúde avaliadores, visando a uniformização do instrumento para registro das visitas com vistas a obter informações sobre o usuário visitado, possibilitando a realização de uma análise

periódica de sua condição de saúde, além de servir como ferramenta de planejamento, programação, monitoramento e avaliação das visitas domiciliares.

Já o estudo de Colli e Zani (2016) que realizou uma validação de instrumento de alta para gestantes e puérperas de alto risco, revelaram que os cuidados mais relevantes para cada um dos diagnósticos listados, sendo elaborados cinco cuidados para o trabalho de parto prematuro, quatro para diabetes mellitus, oito para doenças hipertensivas e 14 para cuidados puerperais.

Pode-se relatar também pesquisa realizada com o objetivo de avaliar a qualidade de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) elaborados entre 2009 e 2012 pelo Ministério da Saúde, utilizando o AGREE-II, o qual identificou 59 PCDT, dos quais oito foram sorteados e avaliados por três avaliadores independentes. “Para o item recomendação do uso da diretriz, dois avaliadores recomendaram o uso de todas, mas com modificações, e um não recomendou qualquer diretriz” (RONSONI et al., 2015).

Destaca-se que não foram encontrados na literatura, estudos de validação de protocolo interprofissional direcionados à puérpera na APS para comparação dos resulta dos encontrados.

5.3.3 Sugestões e comentários dos juízes

Do total dos juízes, 9 (90%) incluíram comentários e sugestões de mudanças sobre escrita e estruturação gráfica do protocolo, além de questões sobre aplicabilidade nos serviços. Estes, foram compilados, lidos, analisados e todas foram acatadas conforme tabela 13. A versão final está apresentada no Apêndice D.

Tabela 11 - Sugestões dos juízes especialistas segundo domínios do AGREE II. Fortaleza, CE, Brasil, 2019

(continua)

Domínio	Sugestões
Domínio 1: Escopo e finalidade	A1 sugeriu alterar a ordem das Atuações do Enfermeiro, de forma cronológica que se costuma desenvolver: Visita domiciliar, cuidados com RN, Atividade com educação em saúde, Identificação de riscos e intercorrências, Consulta Puerperal e Atendimento Ginecológico.
	A2 indicou o uso de conceitos como trabalho colaborativo e colaboração interprofissional deveriam fazer parte do material, já que expressões como: "ação da equipe interprofissional".
Domínio 2. Envolvimento das partes	A7 questionou a clareza das necessidades de encaminhamento para especialista e quanto será acompanhada pela equipe multiprofissional.

(conclusão)

interessadas	A3 questionou se o roteiro de consulta seria de aplicada para todos da equipe multiprofissional.
Domínio 3. Rigor do desenvolvimento	A5 questionou a necessidade da participação das puérperas ou envolvimento de alguma forma no processo de construção.
Domínio 4. Clareza da apresentação	A1 sugeriu deixar as setas dos fluxogramas mais legíveis (deixar claro para onde a seta está indo, para facilitar a identificação das recomendações-chaves de alguns fluxogramas.
	A4 sugeriu maior coerência entre os fluxogramas e a parte escrita (textual).
Domínio 5. Aplicabilidade	A9 questionou sobre possíveis barreiras, implicações e recomendações para sua aplicação
Domínio 6. Independência editorial	A2 sugeriu acrescentar aspectos relacionados ao financiamento.

Fonte: Elaborado pela autora
Os avaliadores foram numerados de 1 a 9.

As recomendações foram associadas a padronização de termos científicos, detalhamento das informações, ordem dos dados e acréscimos de aspectos da rotina dos serviços de saúde. Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa apresentada por Brasil, Silva, Moura (2018) em que as recomendações acatadas visaram a compreensão do leitor e esclarecimento de fatos da prática clínica.

Diversos estudos de validação apresentam que apesar da nota e da boa classificação dos juízes avaliadores de conteúdo de protocolos e diretrizes, os mesmos dispõem de sugestões de melhoria nas escritas das informações, afim de facilitar a compreensão e permitir mais veracidade nos dados apresentados (MAZZO, 2013; MELO et al., 2016).

6 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou a construção e validação de um protocolo clínico para assistência interprofissional à puérpera na atenção primária, seguindo recomendações metodológicas rígidas para sua realização.

O levantamento bibliográfico aliado à identificação das necessidades de atuação cínica e as estratégias de cuidado interprofissional na assistência à saúde da puérpera na atenção primária proporcionou aproximação teórica para desenvolver o material direcionado às reais demandas das puérperas, sendo fundamental no processo de construção do protocolo. As evidências disponíveis para o cuidado à puérpera identificadas foram a visita domiciliar e a educação em saúde e acolhimento como principais formas de abordagem e atenção às puérperas, bem como os diversos contextos de assistência à saúde como a de enfermagem, médica, psicológica, nutricional e farmacêutica.

Neste estudo, constatou-se que o cuidado à puérpera necessita ser valorizado, a importância da visita domiciliar do profissional, além de referir sentimentos de segurança e de apoio pela Estratégia Saúde da Família. Evidenciou-se que há carência na orientação nesse período de mudanças na saúde da mulher e que isso pode influenciar no cuidado a sua saúde e do recém-nascido. Para fortalecer os conhecimentos e as práticas de autocuidado neste período, cada profissional deve reconhecer o cenário de apoio necessário ao binômio mãe-filho. Acredita-se que o uso da visita domiciliar como instrumento primordial, deve ser atuação de toda a equipe, desenvolvendo um trabalho interdisciplinar, contextualizando principalmente o ponto de vista físico e mental.

Portanto, o cuidado interprofissional deve romper com a visão assistencialista, mecanicista do corpo e apontar para o diálogo, socialização de saberes e práticas entre profissionais e usuárias, com abordagem de educação em saúde, tendo a mãe como protagonista da sua saúde e valorizando o neonato, como membro ativo da sua condição de vida, para que em longo prazo, apresentem efeitos benéficos ás usuárias da atenção primária.

Para fortalecer os conhecimentos e as práticas da equipe multiprofissional neste período, a coleta de informações da atuação de cada profissional por meio do questionário permitiu reconhecer o cenário de apoio necessário ao binômio mãe-filho, com visão assistencialista e mecanicista do corpo, apontando para o diálogo,

com socialização de saberes e práticas entre profissionais e usuárias, que foram essenciais para a roteirização do protocolo.

O protocolo apresentou avaliação satisfatória tendo em vista que os percentuais de qualidade atribuídos pelos avaliadores foram maiores que 70,0%, alcançando 93,8% no domínio 1 - Escopo e finalidade; 88,3% no domínio 2 - Envolvimento das partes interessadas; 87,8% no domínio 3 - Rigor de desenvolvimento; 89,5% no domínio 4 - Clareza de apresentação; 83,8% no domínio 5 - Aplicabilidade; e 75% no domínio 6 - Independência editorial. A participação dos especialistas permitiu adequação e aprimoramento do protocolo, pois as sugestões destes profissionais foram de grande valia para o aperfeiçoamento, agregando conhecimentos e valores à sua versão final. Além disso, tornou possível a validação de conteúdo e evidenciou sua aplicabilidade nos serviços de atenção primária a saúde.

Conforme avaliação dos juízes, o conteúdo abordado no protocolo apresentou informações relevantes para a prática interprofissional na assistência à puérpera; é coerente com as necessidades da puérpera; serve como suporte de orientação à puérpera durante a consulta; os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados; aborda assuntos necessários a serem discutidos com as puérperas na consulta; e, por fim, os especialistas recomendaram a aplicabilidade do protocolo no cotidiano da prática clínica interprofissional.

Dentre as limitações do estudo pode-se citar: a ausência da participação das puérperas na construção do protocolo, pequeno número de avaliadores e de profissionais da atenção básica, que delimitam a amplitude dos resultados.

Destaca-se que posteriormente, a versão final com as sugestões dos juízes será encaminhada para os mesmos para avaliação final, afim de manter a eficácia da aplicação do protocolo nos serviços, além disso, ressalta a necessidade de estudos posteriores que retratem a implementação do protocolo nos serviços de saúde, com vistas a avaliar a efetividade e adequação as necessidades reais dos profissionais de acordo com o perfil de usuárias e instrumentos utilizados para a coleta de dados.

Assim, acredita-se que o produto deste estudo representa uma contribuição valiosa para se desenvolver habilidades e favorecer a atuação interprofissional na assistência puerperal, fortalecendo assim a prática baseada em

evidências cientificas, a consolidação de instrumentos que padronizem as condutas e métodos que norteiem os profissionais atuantes na atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, E.S.V. et al. Depressão pós-parto e auto eficácia materna para amamentar: prevalência e associação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 6, p. 665-670, 2016.

AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM. **Instrumento para Avaliação de Diretrizes Clínicas**. 2009. Disponível em: <http://www.agreetrust.org/wpcontent/uploads/2013/06/AGREE_ II_Brazilian_Portuguese.pdf.> Acesso em: 21 set. 2019.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ANDRADE, A. M.; GUIMARÃES, A. M.D. N.; COSTA, D. M.; MACHADO, L.C.; GOIS, C.F. L. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. *23,* n. 1, p.165-175, 2014.

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p.461-468, 2013.

BELO HORIZONTE. Secretaria de Saúde. **Protocolo Pré-Natal e Puerpério.** Belo Horizonte, 2016. 90 p.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-757, set./out 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Oficina de qualificação do NASF**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 904 de 29 de maio de 2013. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas:** ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 108 p.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. > Acesso em: 14 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica:** Saúde das Mulheres. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Atenção à gestante e à puérpera no SUS. **Manual técnico do pré - natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010.

BULHÕES, E. R. F. N. **Identificação de categorias da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde para avaliação da funcionalidade de puérperas na perspectiva de fisioterapeutas brasileiros**. 2019. 55f. Dissertação (Mestrado em ciências da reabilitação) Faculdade de Ciências Da saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, RN, 2019.

BURTI, J. S.; CRUZ, J. P. S.; SILVA, A. C.; MOREIRA, I. L. Assistência ao puerpério imediato: o papel da fisioterapia. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**, v. 18, n. 4, p. 193-8, 2016.

CAMILO, S. M.; ALMEIDA, A. C. C. H.; SANTOS, R.P. O uso de medicamentos durante a amamentação. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 4, p. 78-81, dez. 2015. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/248>. Acesso em: 20 out. 2019.

CARVALHO, M. J. L. N.; CARVALHO, M. F.; SANTOS, C.R.; SANTOS, P. T. F. Primeira Visita Domiciliar Puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. **Rev Paul Pediatr.**, v. 36, n. 1, p. 66-73, 2018.

COLLI, M.; ZANI, A. V. Validação de um plano de alta de enfermagem para gestantes e puérperas de alto risco. REME, **Rev Min Enferm.**, v.20, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária á saúde.** Rio de Janeiro: CRERJ, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. Goiânia: CREGO, 2014.

CORRÊA, M.S.M.; FELICIANO, K.V.O.; PEDROSA, E.M.; SOUZA, AI. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 136-215, 2017.

COSTA, A. P. Processo de construção e avaliação de artigos de índole Qualitativa: possíveis caminhos?. **Rev. esc. Enferm. USP,** v. 50, n. 6, p. 890-895, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080 62342016000600890&lng=en>. Acesso em: 10 ago. 2019.

COUTINHO, M.P.L.; SARAIVA, E.R.A. Depressão pós-parto: considerações teóricas. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v.8, n. 3, p. 759-773, 2018.

D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, v.8, n.188, 2008.

DOHOO, I.; MARTIN, W.; STRYHN, H. **Veterinary epidemiologic research**. 2. ed. Charlottetown: VER, 2009. 865 p.

ERCOLE, F.F.; MELO, L.S.; ALCOFORADO, C.L.G.C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática REME. **Rev Min Enferm**., v. 18, n. 1, p.1-260, 2014.

ERYJOSY, M. G.; PAIVA, R. D.; AZEVEDO, Q. A. B.; ASSUNÇÃO, F. M. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 13-21, jan./fev. 2014.

FRAGOSO, V. M. S.; SILVA, E.D.; MOTA, J.M. Lactentes e tratamento medicamentoso da rede pública de saúde. **Rev Bras Promo Saúde**, v. 27, n. 2, p. 23-9, 2014.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 5, p. 190-98, 2016.

GALIOTTO, R.; MENEGHINI, G. O. Avaliação De Dor, Alterações Musculoesqueléticas, Posturais e Cicatriciais de Puérperas após Cesareana. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas**, v. 1, n. 2, p. 57-65, 2017.

GALVÃO, A. C. C.; SILVA JÚNIOR, F. J. G.; LIMA, L. A. A.; MONTEIRO, C. F. S. Prevalência de depressão pós-parto e fatores associados: revisão integrativa. **ReOnFacema,** v. 1, n. 1, p. 54-58, ago./out. 2015.

GALVÃO, T.F.; PANSANI, T.S.A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 335-342, jun. 2015.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 190-98, 2016.

GREIN, T. A. D.; NASCIMENTO, V. F.; HATTORI, T. Y.; TERÇAS, A. C. P.; BORGES, A. P. Saberes de puérperas sobre o planejamento reprodutivo. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 38, n. 2, p. 145-154, jul./dez. 2017.

GUERREIRO, E.M.; RODRIGUES, D.P.; QUEIROZ, A.B.A.; FERREIRA, M.A. Educação em saúde no ciclo gravídico puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Rev Bras Enferm,** v. 67, n. 1, p. 13-21, 2014.

HARTLEY, S.; SUTHERLAND, G.; BROWN, S.; YELLAND, J. You're more likely to tell the GP if you're asked': women's views of care from general practitioners in the first postpartum year**. Australian Journal of Primary Health,** v.18, n. 4, p. 308-312, 2012.

HEALTHCARE, B. V. **Critical Appraisal Skills Programme**. 2013. Disponível em: <http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists.> Acesso em: 25 jun. 2019.

HERNANDES, T. A. et al . Características do uso de medicamentos durante a lactação. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p.113-119, 2018.

JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **J Adv Nurs.**, v. 20, n. 4, p. 769-76, 1994.

JORGE, H. M. F.; HIPÓLITO, M. C. V.; MASSON, V. A. SILVA, R. M. Assistência Pré-Natal E Políticas Públicas de Saúde da Mulher: Revisão Integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 140-148, jan./mar., 2015.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. **Estudos Seccionais**. São Paulo: Atheneu, 2009.

LAPORTE-PINFILDI, A. S. C.; ZANGIROLANI, L. T. O.; SPINA, N.; MARTINS, P. A.; MEDEIROS, M. A. T. Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério: percepção dos gestores da Atenção Básica à Saúde. **Rev. Nutr**., v. 29, n. 1, p. 109-123, 2016.

LIZ, A. N.; MAGALHÃES, G. M.; BEUTTENMÜLLER, L.; BASTOS, V. P. D. Fisioterapia no Período Puerperal: Revisão Sistemática. **Fisioterapia Brasil**, v.1, n. 27, 2013.

LONDRINA. Secretaria de Saúde. **Assistência integral à Gestante de Baixo Risco e Puérpera**: protocolo. Londrina: PML, 2006.

MARANGONI, S. R.; GAVIOLI, A.; BERALDO, B.R.; OLIVEIRA, M.L. F. Perfil sociodemográfico das mulheres usuárias de álcool e outras drogas na gravidez. **Revista UNINGÁ,** v. 30, n.3, p.19-24, 2017.

MATUDA, Caroline Guinoza et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802511&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 out. 2018.

MAZZO, M. H. S. N.; BRITO, R. S. Instrumento para consulta de enfermagem à puérpera na atenção básica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 316-325, abr. 2016.

MAZZO, M. H. S. N.; BRITO, R. S.; SANTOS, F. A. P. S. Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n. 5, p. 663-667, set./out. 2014.

MAZZO, M.H.S.N. **Elaboração e Validação de um instrumento para consulta de enfermagem á puérpera no âmbito da atenção básica**. 2013. 156 f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

MEDEIROS, L. S.; COSTA, A. C. M. Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev Rene**., v. 17, n. 1, p. 112 -119, jan./fev., 2016.

MEIRA, B. M. et al. Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com Depressão Pós-Parto. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 706-712, 2015.

MELO, G.P.; ANDRETO, L.M.; ARAÚJO, V.M.G.; HOLANDA, V.R. Elaboração e validação do protocolo assistencial de enfermagem para sala de pré-parto, parto e pós-parto. **Rev. Eletr. Enf**., v. 8, n. 2, p.12-19, 2016.

MIRANDA, D.B.; MAROSTICA, F.C.; MATÃO, M.E.L. Influência do fator cultural no processo de cuidado puerperal. **Rev eletr Gestão & Saúde**, v. 6, n. 3, p. 244 - 259, 2015.

MOURA, T.N.B.; SANTIAGO, A.K.C.; SANTOS, M.B. et al. Educação em saúde como ferramenta para o cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: uma abordagem multidisciplinar. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n.1, p. 657-666, 2014.

MUNK-OLSEN, T.; PEDERSEN, H.S.; LAURSEN, T.M.; FENGER-GRØN, M.; VEDSTED, P.; VESTERGAARD, M. Use of primary health care prior to a postpartum psychiatric episode. **Scand J Prim Health Care**, v. 33, n. 2, p.127–133, 2015.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica**: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010. 560p.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface,** Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2019.

PRODANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUINTÃO, N. T. **O papel da equipe de saúde no enfrentamento da depressão pós-parto.** 2014. 30f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria de Saúde. **Protocolo Para Assistência Ao Pré-Natal e Puerpério**, São Paulo, 2008.

RONSONI, R. M.; PEREIRA, C. C. A.; STEIN, A. T.; OSANAI, M. H.; MACHADO, C. J. Avaliação de oito Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde por meio do instrumento AGREE II: um estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1157-1162, jun. 2015.

ROCHA, F. A. A.; BARRETO, I. C.H. C.; MOREIRA, A. E. M. M. Colaboração interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. **Interface,** Botucatu, v. 9, 2016.

SILVA, J. B.; DOI, G. E.; SILVA, L. C.; FELTRIN, M. I.; ZOTZ, T. G. G.; KORELO, R. I. G.; GALLO, R. B. S. Satisfação de puérperas após intervenção fisioterapêutica em educação em saúde. **Saúde e Pesqui**., Londrina, v.12, n. 1, p. 141-150, jan./abr. 2019.

SILVA, L.L.B.; FELICIANO, K.V.O.; OLIVEIRA, L.N.F.P.; PEDROSA, E.N.; CORRÊA, M.S.M.; SOUZA, A.I. Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da Primeira Semana de Saúde Integral. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 112, 2016.

SILVEIRA, A.; SOLER, Z. A. S. G. Direitos da gestante, da parturiente e da puérpera na legislação brasileira. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v.14, n. 4, 2015.

SITRIN D. et al. Reaching Mothers and Babies with Early Postnatal Home Visits: The Implementation Realities of Achieving High Coverage in Large-Scale Programs. **Plos One**, v. 8, n. 7, p. 12-19, 2013.

TEIXEIRA, E.; MARTINS, T. D. R.; MIRANDA, P. O.; CABRAL, B. G.; SILVA, B. A. C.; RODRIGUES, L. S. S. Tecnologia Educacional Sobre Cuidados No Pós-Parto: Construção e Validação. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, abr./jun. 2016.

TELES, L. M. R.; OLIVEIRA, A. S.; CAMPOS, F. C.; LIMA, T. M.; COSTA, C. C.; GOMES, L. F. S.; ORIÁ, M. O. B.; DAMASCENO, A. K. C. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 977-84, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Redes de atenção à saúde:** a Rede Cegonha. São Luís: UFM, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre esclarecido

PESQUISA: VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA ASSISTÊNCIA INTERPROFISSIONAL À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Caro Sr (a)

Meu nome é Candice Feitosa de Alencar Mendes, sou enfermeira e estou realizando, neste momento, uma pesquisa intitulada “Validação de Protocolo Clínico para Assistência Interprofissional à puérpera na Atenção Primária”, cujos dados serão coletados no âmbito da Atenção Primária e tem como objetivo desenvolver um protocolo para assistência à puérpera.

O estudo pretende contribuir para o desenvolvimento de pesquisas com foco no nível primário de atenção, colaborando com núcleos de pesquisas. Tem ainda o intuito de minimizar o fenômeno da invisibilidade que tem atingido as mulheres no puerpério, consolidação da assistência puerperal na Atenção Primária e consequente redução da morbidade e mortalidade das mulheres durante o período puerperal. Ademais, será mais um instrumento que garantirá uma assistência humanizada, segura e qualificada, elevando os indicadores de bem-estar materno e infantil. A pesquisa traz o mínimo de riscos possíveis, como a exposição de informações pessoais e o constrangimento no ato de responder o questionário. Caso aceite, será aplicado um questionário que irá estimular o relato do atendimento realizado na Atenção Primária às puérperas.

O (a) senhor (a) terá garantido o sigilo de todas as informações coletadas, bem como o direito de se desligar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou despesa.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Quixeramobim, _____ de _____de 2019.

_____

Assinatura do Participante

_____

Assinatura do Pesquisador

digital

APÊNDICE B – Questionário

PESQUISA: VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA ASSISTÊNCIA INTERPROFISSIONAL À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data: ____/____/____ Nº: _____

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL Idade: sexo:	
IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL	
Categoria profissional	( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Odontólogo ( ) ACS ( ) Fisioterapeuta ( ) Psicólogo ( ) Nutricionista ( ) Educador físico ( ) Assistentes social ( ) Farmacêutico ( ) Outros:_____
Titulação	( ) Ensino Médio ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado
Tempo de formação	_____
Tempo de trabalho na instituição	_____anos
ASSISTÊNCIA À PUÉRPERAS	
GERAL	
Você realiza atendimento a puérpera? Após quantos dias pós-parto?	
Quantas consultas/atendimentos são realizadas até o término do período puerperal?	
Onde são realizadas as consultas?	( )Domicilio ( )UAPS ( ) Outros
ENFERMAGEM	
Quando são verificados sinais vitais e realizada anamnese da puérpera e recém-nascido?	
Quando realiza avaliação de via de parto? se cesárea, de ferida operatória?	
Como é dado auxílio ao aleitamento materno e ingurgitamento mamário?	
Quais orientações são dadas em relação aos cuidados ao Recém-nascido?	
Como identifica as possíveis intercorrências no período puerperal?	
Como identifica e envolve a dinâmica familiar no apoio à puérpera?	
É realizada Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)? Com diagnósticos e intervenções de enfermagem?	
FARMACÊUTICO	
Em que período do puerpério é realizada a orientação e prescrição dos métodos contraceptivos?	
E quais métodos são orientados?	
	ASSISTENTE SOCIAL
Que ações são realizadas para intervenção de gestantes e puérperas usuárias de drogas lícitas (álcool) e ilícitas (crack, cocaína, maconha)?	
A instituição realiza programas ou grupos para	

acompanhamento dessas usuárias?	
Quais estratégias são preconizadas com as puérperas quanto os seus direitos sociais?	
MÉDICO	
Quais intercorrências clínicas mais frequentes nas puérperas atendidas?	
Até quando é prescrita a suplementação de sulfato ferroso para puérpera?	
É realizada revisão de parto (exame citopatológico) na Unidade de Atenção Primária à Saúde?	( )Sim ( ) Não
Com quanto tempo pós-parto?	
Quando são verificados sinais vitais e realizada anamnese da puérpera e recém-nascido?	
Quando realiza avaliação de via de parto? se cesárea, de ferida operatória?	
Como é dado auxílio ao aleitamento materno e ingurgitamento mamário?	
Quais orientações são dadas em relação aos cuidados ao Recém-nascido?	
Como identifica as possíveis intercorrências no período puerperal?	
Como identifica e envolve a dinâmica familiar no apoio à puérpera?	
NUTRICIONISTA	
Que orientações são dadas com relação à alimentação da puérpera?	
Que condutas são realizadas quanto o aleitamento materno?	
PSICÓLOGO	
A instituição conta com grupos de terapia para puérperas?	
Quais condições psicólogas mais frequentes?	
Há efetivo acompanhamento individual com as puérperas?	
Há efetivo acompanhamento com familiares e acompanhantes das puérperas?	
Realizam atendimento domiciliar?	
FISIOTERAPEUTA	
Orienta quanto ao posicionamento no aleitamento materno?	
Realiza alguma educação sobre a função respiratória, do sistema circulatório e função intestinal ás puérperas?	
Quais intervenções posturais são realizadas?	
AGENTE COMUNITÁRIO DA SAÚDE	
Quais estratégias de captação são usadas para as puérperas da comunidade ?	
É realizada visita domiciliar com que frequência?	
Quais ações educativas as puérperas são realizadas na comunidade abrangente da equipe?	
Como é realizado a identificação de sinais e sintomas de risco em puérperas?	
O encaminhamento adequado das puérperas é realizado e efetivado dentro da rede de atenção? Se sim, Como?	
Como realiza orientação quanto ao planejamento familiar?	

APÊNDICE C - Carta convite aos juízes especialistas

PESQUISA: VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA ASSISTÊNCIA INTERPROFISSIONAL À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Prezado (a)

Meu nome é Candice Feitosa de Alencar Mendes, sou enfermeira da Atenção Primária do município de Quixeramobim-CE. Estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “Validação de Protocolo Clínico para Assistência Interprofissional à puérpera na Atenção Primária”. Solicito, por este meio, a sua colaboração como especialista em enfermagem obstétrica/saúde da mulher, no que diz respeito à avaliação do protocolo quanto ao conteúdo, estrutura, desenvolvimento das ações e conduta profissional e viabilidade de aplicação no âmbito da Atenção Primária. Poderá contribuir também com observações e sugestões de modificação. Caso deseje participar, pedimos que responda a este e-mail, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (e-mail ou correspondência convencional). Caso manifeste sua concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento e o instrumento propriamente dito. Caso opte pela correspondência convencional, solicitamos que nos remeta seu endereço postal completo e atualizado para o envio do material.

Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos o seu valioso apoio, oportunidade em que me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Candice Feitosa de Alencar Mendes

Telefone: (88) 9 9653 1007

E-mail: candice_feitosa@hotmail.com

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido (juízes)

PESQUISA: VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA ASSISTÊNCIA INTERPROFISSIONAL À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A(o) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “Validação de Protocolo Clínico para Assistência Multiprofissional à puérpera na Atenção Primária”, que pretende desenvolver e validar um protocolo para assistência de enfermagem à puérpera no âmbito da Atenção Primária.

Sua escolha para participar do processo de validação se justifica pela sua larga experiência em enfermagem obstétrica. Caso concorde em participar do estudo, solicito que faça a leitura do protocolo e preencha o instrumento de avaliação, os quais deverão, posteriormente, ser recolhidos pela pesquisadora, devolvidos via internet ou correspondência convencional.

A pesquisa trará o mínimo de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem, todavia, caso haja algum desconforto, o pesquisador estará preparado para solucioná-lo. Todas as informações obtidas neste estudo serão utilizadas, inicialmente, na elaboração da pesquisa, sem divulgação das informações nela coletadas. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o(a) Sr(a) poderá, a qualquer momento, deixar de participar, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e veicular os resultados em artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente. O contato poderá ser feito pela pesquisadora Candice Feitosa de Alencar Mendes pelo email: candice_feitosa@hotmail.com e celular (88) 9 9653 1007.

Eu, _____, tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar voluntariamente da pesquisa.

Quixeramobim , ___/___/2019

_____

Candice Feitosa de Alencar Mendes
Pesquisadora

_____

Assinatura do Participante

APÊNDICE E - Autorização de fiel depositário

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF

OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilmo. Cedric Fernandes Rodrigues

Coordenador da Atenção Primária a Saúde de Quixeramobim

Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura de Quixeramobim

Venho, por meio deste, solicitar à Secretaria Municipal de Saúde de Quixeramobim pedido de anuência para a realização da pesquisa intitulada: " Validação de protocolo clínico para assistência interprofissional à puérpera na atenção primária".

A presente pesquisa tem por objetivo geral: Validar um protocolo clínico para assistência da equipe interprofissional às puérperas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Os objetivos específicos que se articulam para o alcance do objetivo geral são : Descrever as etapas do processo de construção de um protocolo clínico para assistência interprofissional às puérperas no âmbito da Atenção Primária à Saúde; Realizar revisão integrativa da literatura sobre a assistência interprofissional à puérpera; Desenvolver as etapas de validação de conteúdo e de aparência de um protocolo para assistência multiprofissional às puérperas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, identificando características e/ou conceitos que possam ser aperfeiçoados. ", com vistas a sua qualificação para a resolubilidade e qualidade da gestão, e sua validação. Esse projeto consiste em verificar o trabalho da equipe multiprofissional e validar um protocolo que organize e sistematize o serviço.

O questionário será aplicado aos profissionais da Atenção Primária durante o mês de março de 2019. A coleta de dados será realizada por meio de questionário com perguntas abertas e fechadas, que será conduzido pela pesquisadora responsável. Informo que o referido projeto de pesquisa será submetido à Plataforma Brasil para parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Informo, ainda, o prévio conhecimento das responsabilidades frente à pesquisa, assim como garanto a ciência quanto ao que me compete como pesquisador. Dessa forma, solicito o pedido de anuência para a realização da pesquisa na cidade de Quixeramobim-CE.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF

Quixeramobim, 22 de janeiro de 2019

Candice Feitosa de A. Mendes

Candice Feitosa de Alencar Mendes
Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Quixeramobim
Mestranda em Saúde da Família - UECE
Pesquisadora responsável pela proposta de pesquisa

GOVERNO MUNICIPAL
QUIXERAMOBIM
Cuidando bem do Coração do Ceará

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPLA DE SAÚDE
ATEÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado: "Validação de protocolo clínico para assistência interprofissional à puérpera na atenção primária" , sob a coordenação e a responsabilidade da mestranda Candice Feitosa de Alencar Mendes, CPF: 014.493.523-67, enfermeira, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede RENASF, sob a orientação da Profa. Dra. Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos.

Quixeramobim, 22 de Janeiro de 2019

Cedric Fernandes
Coordenador Atenção
Primária à Saúde
COREN-CE: 304.480

Cedric Fernandes Rodrigues
Coordenador da Atenção primária a Saúde de Quixeramobim

APÊNDICE F - Protocolo de assistência interprofissional à puérpera na atenção primária à saúde

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA INTERPROFISSIONAL À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

QUIXERAMOBIM
2019

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 83
INTRODUÇÃO 84
PROTOCOLOS DE ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO 87
DEFINIÇÕES DE PUERPÉRIO 89
ATIVIDADES RELACIONADAS AO CUIDADO EM SAÚDE À PUÉRPERA 90
HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À PUÉRPERA 94
ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS PUERPERAIS 95
SINAIS DE RISCOS E INTERCORRÊNCIAS NO PUERPÉRIO 97
ANTICONCEPÇÃO PÓS-PARTO 99
COMPLICAÇÕES COMUNS NO PUERPÉRIO 103
IDENTIFICAÇÃO E CAPTAÇÃO DA PUÉRPERA 105
ROTEIRO DA CONSULTA PUERPERAL 107
ACÕES DA EQUIPE MULIPROFISSIONAL – ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE 110
EQUIPE INTERPROFISSIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA. 110
Cuidado Comunitário 111
Cuidado de Enfermagem 111
Cuidado Farmacêutico 114
Cuidado Nutricional 115
Cuidado Bucal 116
Cuidado Mental 117
Cuidado Postural 118
Cuidado Físico 119
Cuidado Social 120
CONSIDERAÇÕES FINAIS 121
REFERÊNCIAS 122

APRESENTAÇÃO

A obtenção de melhores resultados necessita da implementação de mudanças assistenciais consideradas muitas vezes complexas, mas possíveis dentro da prática assistencial de cuidado a saúde e dependem de esforços contínuos da equipe interprofissional, dos gestores e coordenadores das Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS), das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) e dos indivíduos que necessitam dos serviços. Para orientar o planejamento dessa reorganização assistencial, propõe-se a construção do "Protocolo de Assistência Interprofissional à Puérpera na Atenção Primária a Saúde" voltado à prática profissional do cuidado à puérpera na Atenção Primária à Saúde (APS).

Este protocolo propõe um conjunto de ações, procedimentos técnicos e atuação de cada profissional que compõem a assistência que se almeja oferecer a todas as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) nas unidades básicas de saúde. Ele foi elaborado em 2019, como fruto de parte do projeto de dissertação desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, regido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, pela mestranda Candice Feitosa de Alencar Mendes e sob orientação da professora Dra. Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos. Desenvolver um protocolo de assistência multiprofissional à puérpera representa uma grande oportunidade para consolidar planos de ações com base na rica experiência profissional na APS, além de permitir guia e embasamento nas condutas dos profissionais. Além disso, a escassez de estudos que enfatizem a assistência no puerpério direcionadas à APS também justifica a confecção deste protocolo.

Ao realizar a busca e a análise de documentos ministeriais referentes à assistência no puerpério, foi observada a inexistência de instrumentos ou ficha clínica específica para o desenvolvimento da assistência à puérpera na UAPS, de acordo com as fases do puerpério, e a ausência de ações propostas para o puerpério remoto. Constatou-se que na ficha perinatal e no cartão da gestante, instrumentos para registro e sistematização das ações da consulta pré-natal e puerperal, há campos que devem ser preenchidos com informações do puerpério, porém privilegia-se o puerpério imediato, mais especificamente nas primeiras horas de assistência hospitalar. Há, porém, algumas recomendações de ações de saúde a serem realizadas até o 42º dia de puerpério.

Pretende-se que, além da assistência, o estudo do protocolo permita preencher a lacuna de pesquisas com foco no nível primário de atenção, colaborando com núcleos de pesquisas.

Objetiva-se, ainda, a minimização do fenômeno da invisibilidade que tem atingido as mulheres no puerpério, a consolidação da assistência puerperal na APS e, consequentemente, a redução da morbidade e mortalidade das mulheres durante o período puerperal. Ademais, será mais um instrumento que garantirá uma assistência humanizada, segura e qualificada para o binômio mãe-filho, elevando os indicadores de bem-estar materno e fetal.

As mudanças introduzidas visam adequá-lo à realidade singular dos municípios de pequeno porte, localizados em regiões rurais brasileira, principalmente ao enfrentamento dos fatores que se relacionam às causas mais frequentes de intercorrências e mortalidade materna e neonatal.

INTRODUÇÃO

O cuidado da saúde vem sendo incorporado à prática na assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, porém com diversas conotações que variam de uma abordagem tecnicista a uma visão mais humanística. O profissional de saúde tem na prática desenvolvida em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) o desafio de implementar o cuidado na construção de relações interpessoais de diálogo, escuta, humanização e respeito (FRACOLLI; CASTRO, 2012). Essa assistência compreende mais que um momento de atenção e de zelo, pois representa uma atitude de ocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. Sendo assim, a preocupação, o respeito, a confiança, a compaixão, a solidariedade e a solicitude são algumas atitudes e comportamentos básicos do cuidado (GALAVOTE, 2016).

O período do puerpério na mulher é vivenciado por variadas transformações, expondo-se à maior frequência de agravos, que são causas específicas de morbimortalidade materna. Devido a isso, o Ministério da Saúde (MS) constrói em pauta o acesso e a qualidade do cuidado no ciclo gravídico-puerperal, principalmente como parte da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma das áreas básicas de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo preferencial da atenção primária à saúde no Brasil (CERON et al., 2013; CORRÊA et al., 2017).

Para essa atuação, cada membro da equipe deve possuir conhecimento técnico-científico a atitude ética e solidária, adotando o acolhimento como diretriz transversal do cuidado. O desenvolvimento do acolhimento configura os contextos de intersubjetividade que evidencia a dimensão do vínculo, da corresponsabilidade e da autonomia no cuidado à saúde.

Costa et al., (2013) identificaram em sua pesquisa a necessidade de promover intervenções em saúde para melhorar o acesso precoce das gestantes ao pré-natal e monitorar o cumprimento dos protocolos assistenciais preconizados para garantir uma prática segura de cuidados à saúde durante a gestação, parto e puerpério.

Para compreender percepções e práticas relativas ao acolhimento no cuidado puerperal à mulher, Corrêa et al., (2017) encontraram dados relacionados a insatisfação com a visita domiciliar, de acordo com as puérperas, por ser tardia, sem priorização no atendimento, médica/enfermeira ausente, assistemática e descontinuada; falta de consulta puerperal e acesso difícil ao profissional médico. Há desagrado com a desvalorização das necessidades de saúde femininas: atenção focada no bebê, escassez de exame físico e anamnese, orientações insuficientes e comunicação limitada.

Garantir segurança e tranquilidade por meio do atendimento de qualidade e o vínculo positivo estabelecido entre a mulher e a equipe de saúde são um quesito importante para humanização da atenção e para adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção no pós-parto (TAVARES; RODRIGUES; SANTOS, 2018).

No contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), o profissional de saúde desenvolve assistência às mulheres, de modo geral, com atividades relativas ao pré-natal, câncer de colo uterino e de mamas, planejamento reprodutivo e aspectos da obstetrícia, como ao período pós-parto. Essas atividades, são desenvolvidas no ambiente das unidades de saúde e no domicílio, por meio de visitas domiciliares, em que a partir disso, se configura como meio de viabilizar a continuação dos cuidados prestados à mulher no ciclo gravídico-puerperal (MEDEIROS; COSTA, 2016).

Nessa perspectiva, o MS através do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) aumentou a abrangência e o escopo das ações da APS. Retrata uma parceria entre as duas equipes - ESF e NASF-AB- para desenvolver um atendimento compartilhado e interdisciplinar, assim como intervenções específicas de cada profissional via indicação das equipes.

Pretende-se assim, oferecer uma abordagem com maior capacidade de respostas aos problemas de saúde da população, visando a qualidade de vida e a prevenção do adoecimento. A equipe multiprofissional pertencente ao NASF-AB transita num ideário que busca inovação e mudanças no modo de se produzir saúde, voltado para ações mais cuidadoras, ao mesmo tempo em que podem se deparar com contradições provenientes das condições de trabalho. Somando-se a isso, existe um suporte gerencial e comprometimento da gestão na APS com

reestruturação das práticas assistenciais do indivíduo em seu contexto comunitário (COSTA et al., 2014).

A abordagem de colaboração interprofissional está no desenvolvimento de competências colaborativas como pilares para o efetivo trabalho em equipe na produção dos serviços de saúde, sustentado pela colaboração, efetivo trabalho em equipe e centralidade na pessoa. Entretanto, aplica-se o contexto multiprofissional quando não se configura por si só como uma estratégia isolada do contexto do trabalho em saúde e assim, considerando sua relevância, o trabalho interprofissional também deve ser alcançado para cumprir, de fato, os princípios do SUS para o atendimento das necessidades de saúde e das transformações no perfil demográfico e epidemiológico da sociedade atual (BRASIL, 2017a).

A atenção domiciliar no puerpério deve ser um cuidado imediato visando a assistência individual e holística, estabelecendo vínculo de confiança com a mulher e toda sua família. Essa atuação tem objetivo fundamental no processo educativo, contemplando aspectos como morbidades da mulher e da criança, aleitamento materno e alimentação saudável, uso de medicamentos, contexto psicológico, desenvolvimento neuromotor da criança, dentre outros (MEDEIROS; COSTA, 2016).

A atenção puerperal de qualidade e humanizada é composta por um conjunto de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, de fácil acesso aos serviços de saúde, que preze pela qualidade de vida do complexo mãe-filho. Para que possa atender as necessidades de cada mulher, torna-se necessário que a equipe seja conhecedora e protagonista das políticas implementadas nos serviços, em especial das Unidades de Atenção Primária á Saúde a Básicas de Saúde (UAPS), as quais vêm constituindo a porta de entrada da gestante no sistema de saúde.

Numa compreensão ampliada, a equipe multiprofissonal deve estar preparada para ajuste entre as características dos recursos de saúde e as características da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde de qualidade. Este enfoque permite identificar os fatores que facilitam ou obstaculizam a busca e obtenção dessa assistência (JORGE et al., 2015).

Nessa dimensão, apesar das deficiências evidentes nas práticas multiprofissionais no âmbito da APS, tanto na estruturação dos serviços, na sensibilização da equipe, na segmentação do sistema de gestão, a atuação interdisciplinar repercute na diminuição de casos de morbidade e mortalidade materna e neonatal, aumentam o vínculo com a puérpera e contribui para um cuidado integral, holístico e continuado. Destaca-se ainda que a atenção voltada à saúde da mulher durante o puerpério ainda está recoberta de grandes desafios para

se alcançar uma assistência efetiva.

A utilização desse protocolo de assistência multiprofissional à puérpera representa uma oportunidade para consolidar planos de ações com base na rica experiência profissional na APS, além de permitir guia e embasamento nas condutas dos profissionais.

PROTOCOLOS DE ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO

Pressupondo que a promoção da saúde e qualidade de vida da população, por meio de ações integrais e intersetoriais, confere centralidade à política de qualidade como um dos maiores desafios a serem alcançados. Com isso, acredita-se que o alcance desse objetivo envolva a ampliação da satisfação dos usuários com os serviços, entretanto o desenvolvimento de recursos que favorecem a prestação de serviços assistenciais, por meio de protocolos, integra essa qualidade (CABRAL et al., 2013).

Na ideia de que os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel na prestação de uma assistência humanizada, o MS, por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, desenvolveu uma publicação que dissemina conceitos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde. Além disso, o programa citado integra a capacitação técnica à necessária humanização do processo de atenção à mulher durante a gestação e o parto (BRASIL, 2001).

Destaca-se também outra relevante literatura denvolvida pela prefeitura de Londrina em 2006, o Protocolo Clínico de Saúde da Mulher Atenção Integral à Gestante de Baixo Risco e Puérpera, que aborda temáticas relacionadas à saúde, estabelecendo fluxos integrados na rede de assistência e medidas de suporte, definindo competência e responsabilidade dos serviços, das equipes e dos diversos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006a).

A assistência pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. Com isso, o objetivo principal do Protocolo para Assistência ao Pré-Natal e Puerpério, elaborado pela Prefeitura de Ribeirão Preto - São Paulo, enfatizou o acolhimento da mulher desde o início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. O referido protocolo foi organizado em fluxograma de atendimento, consulta de enfermagem, exames, vacinação e condutas no atendimento de urgências e infecções em gerais, no âmbito da saúde materna e infantil (BRASIL, 2009).

Nessa mesma perspectiva, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), em 2010, publicou o manual técnico do pré-natal e puerpério, com o intuito de integrar o conjunto de ações de efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Esse documento abrange medidas para melhorar a organização da assistência às mulheres durante os períodos de gravidez, parto, puerpério e vêm sendo adotadas, particularmente em regiões com piores indicadores maternos e neonatais (BRASIL, 2010).

Visando o acompanhamento do desenvolvimento e a avaliação do desempenho profissional, através da sistematização da assistência de enfermagem, com vistas à realização de pesquisas que informem o bem-estar da pessoa cuidada, o grau da humanização no atendimento e a necessidade de capacitação dos profissionais, desenvolveu-se o Protocolo de Enfermagem na APS no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Esse documento apresenta condições e atitudes para a equipe de enfermagem na APS ter como base de suas ações estruturadas no cuidado, classificação de risco, acompanhamento e diagnósticos em crianças, adolescentes e mulheres (BRASIL, 2012).

A Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte também vem assumindo a responsabilidade da construção de uma rede de serviços para a organização da linha de cuidado integral à gestante e ao recém-nascido por meio da construção do Protocolo Pré-Natal e Puerpério, para os profissionais da APS, objetivando uma assistência qualificada e humanizada às gestantes e puérperas, com a abordagem integral em saúde da mulher, desde a saúde sexual e reprodutiva, assistência ao pré-natal, evidenciando as intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes, avaliação do risco gestacional e critérios para o referenciamento ao pré-natal de alto risco e à maternidade, vinculação à maternidade para o parto e nas urgências, incentivo e preparo para o parto normal, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2016ª; BRASIL, 2016b; BRASIL, 2013).

No intuito de qualificar a atenção oferecida pela rede de serviços de saúde às gestantes e puérperas e a partir do documento publicado em 2010 (BRASIL, 2010), em 2017 foi desenvolvido pela SES-SP a publicação ‘Pré-natal e puerpério: manual de consulta rápida para os profissionais de saúde’. Com a abordagem de diversas linhas de cuidados, instrumentos de uso profissional e ações de reorganização assistencial, teve como propósito, a estruturação da complexidade da assistencia em gestantes e puérperas, garantindo o atendimento às suas necessidades de saúde, apoiada em protocolos clínicos embasados cientificamente e com orientação para a gestão (BRASIL, 2017b).

Nesse contexto, os protocolos já existentes servem como instrumentos norteadores no desenvolvimento de uma assistencia de qualidade, embora, necessidade de adaptação as

diferentes regiões de saúde do país. Nosso diferencial está em apresentar a dinâmica da interprofissionalidade, em seu contexto diversificado de cada categoria e com vistas a atuar na interdisciplinaridade. O atendimento individualizado e dinâmico, atua como proposta de beneficiar os serviços da APS, principalmente ao enfrentamento dos fatores que se relacionam às causas mais frequentes de mortalidade materna e neonatal.

DEFINIÇÕES DE PUERPÉRIO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é apresentada como uma estratégia mais efetiva para porta de entrada de usuários na rede e na universalização do acesso à saúde, cujos objetivos são a integralidade, a centralização na família, a coordenação e continuidade do cuidado (longitudinalidade), a orientação comunitária e a consequente resolubilidade desejada em face dos principais problemas apresentados pela população.

Nesse sentido, o período puerperal é considerado uma etapa crítica relacionados a saúde da mulher, requerendo consultas, educação em saúde, estratégias preventivas de agravos em saúde, testes e exames laboratoriais e atendimentos específicos de cada categoria da equipe multiprofissional da APS. Caracteriza-se por um período de grandes transformações e que requer adaptação à presença do novo membro da família, constituindo-se assim em um momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, propício para o desenvolvimento de ações preventivas, de promoção à saúde e de inclusão do parceiro/a e da família, e cuidados voltados ao recém-nascido.

O período pós-parto ou puerperal é definido como o ciclo gravídico-puerperal que percorre desde a dequitação da placenta até a volta das condições pré-gravídicas (BRASIL, 2006b). O puerpério, tempo de seis a oito semanas após o parto, didaticamente pode ser dividido em três períodos, sendo: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) (BRASIL, 2005). No puerpério ocorrem modificações internas e externas, configurando-se como um período carregado de transformações psíquicas, em que a mulher continua a precisar de cuidado e proteção (ANDRADE et al., 2015).

De acordo com Sitrin et al., (2013) puerpério é o período cronologicamente variável durante o qual se desenvolvem as modificações involutivas das alterações causadas pela gravidez e o parto. Estas se desenvolvem tanto no aparelho reprodutor materna como no organismo de modo geral, perdurando até o retorno às condições pré-gravídicas. Nessa fase,

podem ocorrer complicações, as quais, quando não identificadas nem tomadas as devidas providências, tendem a resultar em morbidade e mortalidade por causas evitáveis.

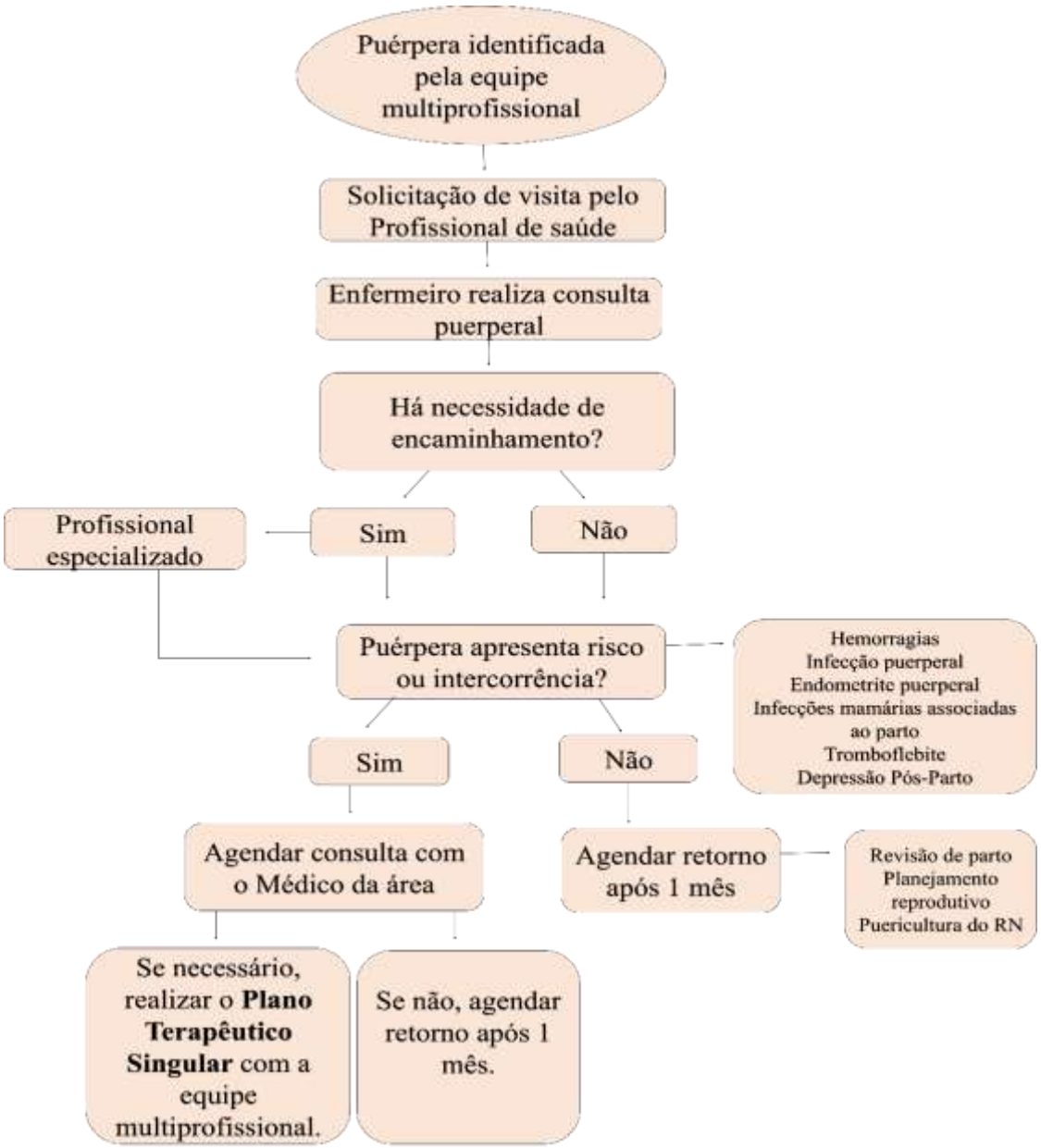
Medeiros e Costa (2016) apresentam que no puerpério a mulher percorre por intensas modificações de adaptação psico-orgânicas, no qual ocorre o processo de involução dos órgãos reprodutivos à situação pré-gravídica, o estabelecimento da lactação e ocorrência de intensas alterações emocionais. E essas condições exigem medidas que visam potencializar os recursos humanos e materiais existentes nas unidades de saúde, permitindo uma qualificação permanente da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, na perspectiva de garantir uma boa condição de saúde tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, bem como de possibilitar à mulher uma experiência de vida gratificante nesse período.

Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos em qualquer instância do processo assistencial estejam conscientes da importância de sua atuação e da necessidade de aliarem o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado desse resultado para cada mulher. A consulta pré-natal e puerperal, para muitas mulheres, constitui-se na única oportunidade que possuem para verificar seu estado de saúde; assim, deve-se considerá-la também como uma chance para que o sistema possa atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde.

ATIVIDADES RELACIONADAS AO CUIDADO EM SAÚDE À PUÉRPERA

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade prestada na Rede de Atenção à Saúde (RAS) é essencial para a saúde materna e neonatal e, para que se atinja um melhor grau de qualificação, faz-se necessário delimitar um olhar diferenciado sobre o contexto de saúde e doença que compreenda a pessoa em sua integralidade do corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive (ANDRADE et al., 2015). A seguir, o fluxograma apresenta o contexto assistencial da puérpera na atenção APS.

Fluxograma 01: Percurso assistencial da puérpera na Atenção primária a saúde pela equipe multiprofissional.

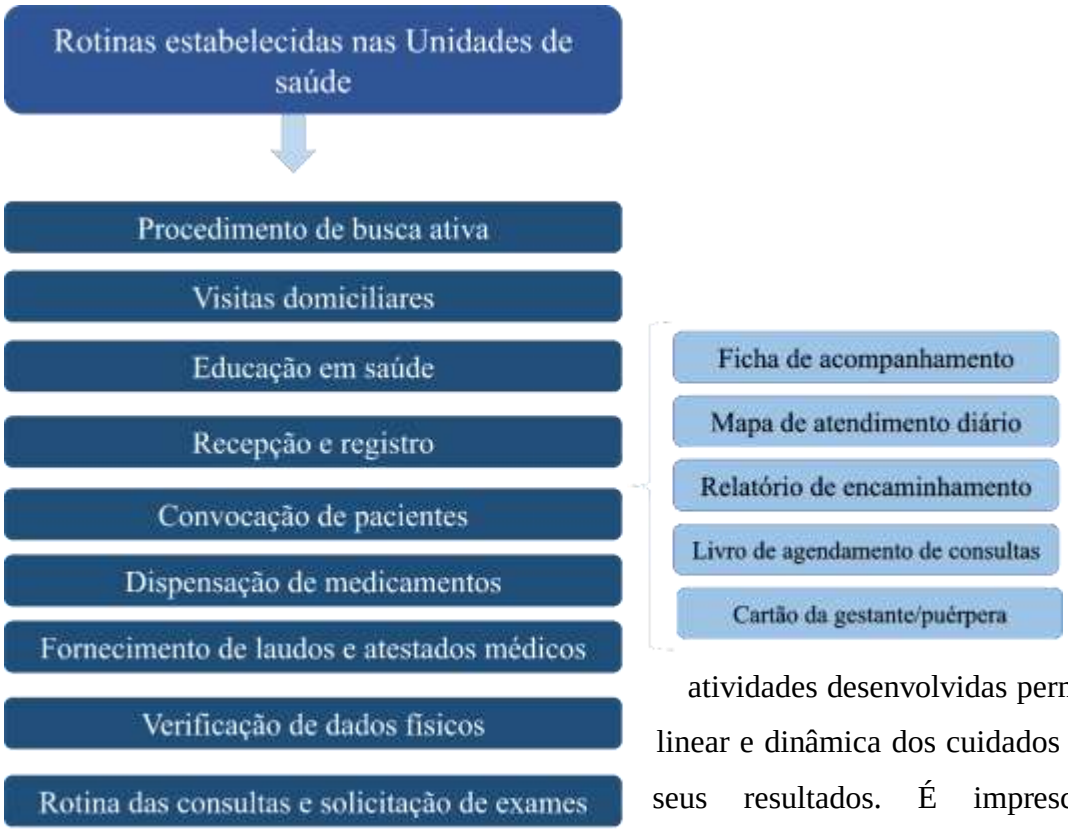


Destacamos que para as puérperas que foram identificadas riscos ou intercorrências, após a primeira visita domiciliar ou consulta pode ser desenvolvido, em conjunto com estas e suas famílias, um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Para isso, os profissionais da saúde devem utilizar a escuta qualificada, com o objetivo de estabelecer vínculos e construir um plano de cuidados para cada gestante, considerando as necessidades e possibilidades desta e de sua família.

As rotinas estabelecidas nas unidades de saúde devem respeitar as características locais, com máximo aproveitamento do tempo e das instalações. A implantação de um roteiro de atividades deve ser flexível e aprimorada continuamente a partir de realidades locais, de

indicadores que demonstrem o rendimento do serviço, idealmente aliada a sugestões de todos os envolvidos no processo: trabalhadores, usuários(as) e gestores. É importante investir na valorização e na educação permanente dos envolvidos. No fluxograma abaixo apresentam-se as atividades que podem ser desenvolvidas nas UAPS, que estão dentro da programação assistencial à puérpera.

Fluxograma 02: Rotinas de cuidado em saúde à puérpera na APS.



O registro das atividades desenvolvidas permite análise linear e dinâmica dos cuidados ofertados e seus resultados. É imprescindível a informação documentada de dados da gestante/puérpera e do cuidado ofertado na unidade, no domicílio e nos setores referenciados, buscando diminuir a multiplicidade de intervenções ineficazes por diferentes profissionais. É imprescindível que as unidades estabeleçam um plano para encaminhamento/transferência na rede de atenção, tendo uma rotina por escrito para facilitar a homogeneidade dos procedimentos.

Esse encaminhamento deve ser realizado quando o profissional de saúde identificar fatores de riscos que requer avaliação especializada, tanto na mulher como no bebê , e pode ser conduzido por toda a equipe multiprofissional, desde que haja capacidade de mensuração de riscos á saúde. É importante considerar ainda que para garantir a continuidade da assistência pré-natal em todos os níveis de saúde, é imprescindível um sistema eficiente de referência, contra referência e de comunicação entre os serviços. Neste sentido, as informações a respeito das condições da gestação e sua evolução são importantes para a

continuidade e qualidade da assistência. Para isso, o preenchimento da caderneta da gestante é importante e deve fornecer informações claras e completas, incluindo dados clínicos de interesse, sendo que toda gestante encaminhada para um serviço de saúde deve levar a caderneta consigo.

Quando ocorrer consulta especializada na referência, o retorno à unidade original deve ser agendado e garantido. É relevante identificar se há obstáculos ou dificuldades para transporte para a consulta puerperal, na informação e compreensão sobre os cuidados, para a guarda dos outros filhos durante o período de ausência ou aspectos diversos. Assim, deve-se levar em consideração que desafios sociais afetam diretamente o sucesso da atenção puerperal, seja pela aderência às consultas, seja ao tratamento/orientações. Mais frequentemente, a resolução dessa situação envolve uma ação complexa, exigindo esforços multiprofissionais e governamentais.

No processo de gestão do cuidado em saúde, recomenda-se a utilização pela equipe multiprofissional dos seguintes instrumentos:

Ficha de acompanhamento: possibilita o registro dos dados relevantes da gestação com uma visão ampliada do curso da gravidez, do parto e do puerpério, incluindo dados do concepto; permite ainda homogeneizar as informações e serve de resumo com a perspectiva da atenção em perinatologia.

Mapa de atendimento diário – resumo da atividade do dia, contendo as informações essenciais de cada consulta prestada, como número do registro na unidade, nome da gestante, idade gestacional; eventuais intercorrências e principais condutas adotadas.

Cartão da gestante/puérpera – deve ser completamente preenchido, com as informações principais sobre o curso da gravidez, anotando-se os riscos, quando existirem. Trata-se de um instrumento dinâmico que deve ser atualizado a cada consulta, servindo de elo de comunicação entre as consultas e os atendimentos posteriores, particularmente o hospitalar. Para tanto, a gestante/puérpera deve ser orientada a estar sempre portando seu cartão.

Relatório de encaminhamento – deve conter dados relevantes, como motivo do encaminhamento, um resumo da história clínica, com hipóteses diagnósticas, evolução e tratamentos, especificando os medicamentos prescritos e outras orientações específicas. O texto deve ser legível, sem abreviaturas ou códigos, contendo nome do profissional que encaminha, seu número de registro profissional e assinatura. A identificação da unidade de referência deve conter endereço, telefone e o nome da pessoa que foi contatada, quando for o caso.

HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À PUÉRPERA

A atenção à saúde da mulher no Brasil tem investido na formulação e implementação de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, priorizando ações de melhoria e ampliação da qualidade de vida dos sujeitos. Esse contexto, compreende o espaço fundamental para fomentar mudanças no núcleo do cuidado á mulher, principalmente com vistas a acolher no período gestacional, garantindo seu direito a uma atenção de qualidade, como componente da cidadania (LAPORTE-PINFILDI et al., 2016).

Garantir segurança e tranquilidade por meio do atendimento de qualidade e o vínculo positivo estabelecido entre a mulher e a equipe de saúde são um quesito importante para humanização da atenção e para adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção no pós-parto (TAVARES; RODRIGUES; SANTOS, 2018).

Na ideia de que os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham relevante papel na prestação de uma assistência humanizada, o Ministério da Saúde, por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, desenvolveu uma publicação que dissemina conceitos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde. Além disso, principalmente, integrar a capacitação técnica à necessária humanização do processo de atenção à mulher durante a gestação e o parto (BRASIL, 2005).

Conforme o surgimento das necessidades de mudanças nas políticas de saúde, tem-se estipulado a incorporação da integralidade como princípio essencial na assistência das mulheres, permeando no sistema de saúde, diretrizes e normas norteadoras das práticas e ações às demandas do processo reprodutivo, sendo a primeira referência oficial do MS para assistência humanizada ao processo gravídico-puerperal.

Dentro do contexto da APS torna-se a imprescindível a atenção humanizada à mulher no pós-parto, por meio da construção do conhecimento técnico e a capacidade de acolher, apoiar e detectar mudanças físicas e emocionais precocemente, além de presta ações de prevenção, tratamento e acompanhamento da mulher, com intervenções e encaminhamentos para outros serviços especializados (CORREA et al., 2014).

É a partir da associação e trabalho mútuo entre diversos profissionais da saúde que se constrói a disseminação de diferentes olhares sobre as práticas do cuidado à saúde materno-infantil, garantindo uma atenção integral e aumentando o potencial de resolutividade na APS.

Dentro do campo de atuação da atenção materno-infantil, apesar dos avanços, a assistência ao pré-natal no Brasil ainda é um fator preocupante na saúde pública e requer uma atenção especial (SITRIN, et al., 2013).

Pensando nessa humanização do atendimento da mulher em período reprodutivo é necessário reconhecer a sua individualidade, é mister perceber suas necessidades e capacidades de lidar com o processo do nascimento, de forma a reconhecer que o seu contexto cultural, histórico e antropológico, determinam as formas de conhecimento e ação no processo saúde doença (MOURA et al., 2018). A proposta está em garantir uma assistência menos intervencionista, baseada em evidências científicas sobre riscos e benefícios de determinadas práticas para a saúde da mulher e do bebê, na participação ativa da mulher e com maior ênfase nos aspectos socioculturais e emocionais da parturição.

ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS PUERPERAIS

O período pós-parto é marcado por uma transição da mulher e sua família, no qual ocorrem ajustes físicos (retorno ao estado pré-gravídico) e psicossociais (novo membro na família). Desta forma, recomendações de diversos países e da Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatizam um seguimento precoce no puerpério com uma equipe multiprofissional qualificada e capacitada, objetivando prevenir e reduzir morbidades neonatal e materna nesta fase do ciclo reprodutivo feminino. O puerpério se inicia após a expulsão completa da placenta e das membranas ovulares, entretanto, com relação ao seu final, não existe consenso na literatura. Para alguns autores tem duração até a sexta semana pós-parto, quando o retorno da maioria das condições pré-gravídicas do sistema genital, hormonal, hematológico já ocorreu, e, para outros, após um ano, a partir de quando o organismo materno estaria apto a uma nova concepção (CORRÊA et al., 2017).

A OMS preconiza acompanhamento puerperal cuidadoso até o sexto mês. Fisiologicamente, o retorno da ovulação, pós-parto, ocorre em torno de 27 dias em mulheres que não estão amamentando. Naquelas em aleitamento, este intervalo é variável e pode ser ampliado por vários meses, enquanto o recém-nascido (RN) se encontrar em amamentação exclusiva. Assim, a duração da infertilidade provocada pela amamentação é imprevisível e não há maneira de prever sua ocorrência (CARVALH et al., 2018).

O puerpério tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais

completamente. Nesse contexto, não há uma comprovação científica de alteração real da capacidade de discernimento, sendo apenas uma ficção jurídica para apenar menos severamente ao homicídio praticado nessas condições. Pode-se didaticamente dividir o puerpério em imediato, do 1º ao 10º dia, tardio, do 11º ao 42º e remoto, a partir do 43º dia.

Quadro 1: Alterações fisiológicas de acordo com o período puerperal.

PERÍODO PUERPERAL	ALTERAIS FISIOLÓGICAS
Imediato	Encontra-se regressão manifesta do epitélio vaginal, idêntico nas lactantes e nas que não amamentam, tenha a secreção sido espontânea ou inibida no ultimo casos por fortes doses de estrogênio.
Tardio	Apresenta a distinção entre a presença do fenômeno galactogênico e sua ausência, natural ou artificial, subordinados, todos os eventos, a essa preliminar separação. Durante a lactação, regride a genitália até as proximidades do 25º dia, com o epitélio reduzido a células pequenas e estratificado em poucas camadas. Nos últimos 20 dias do período põe-se o epitélio a proliferar e se torna muitas vezes mais espesso, com as camadas superficiais em plena maturação, à semelhança do sucedido na fase proliferativa estrogênica, e indicando a retomada da menstruação. Caso a lactação inibida, encontra-se atrofia imediata, menos nítida, e a proliferação epitelial surge ao 10º dia; na parida que não amamentou espontaneamente, é a regeneração do epitélio mais acelerada que durante a lactação embora deferida, quando comparada à da puérpera que tiveram a secreção sustada pelos estrogênios.
Remoto	O epitélio da vagina se transforma diversamente caso seja ou não a paciente nutriz. Nas lactantes, a diminuição de atividade estrogênica impõe a parada e o retrocesso do amadurecimento celular; nas que não aleitam, ao revés, a evolução da mucosa é comparável à do ciclo menstrual fisiológico.

FONTE: (BRASIL, 2006a; CARVALHO et al., 2018).

A puérpera pode apresentar ligeiro aumento da temperatura axilar (36,8ºC-37,9ºC) nas primeiras 24 horas, sem necessariamente ter um quadro infeccioso instalado. Podem ocorrer calafrios, logo após o parto, associados tanto a hipotermia como a temperaturas subfebris. São os tremores atribuídos por alguns eventos de fundo nervoso, manifestações de bacteremia por absorção maciça de germes ou produtos tóxicos pela ferida placentária. Dores ou paresias nos membros inferiores e na região sacra são percebidas nos primeiros dias do puerpério e originárias de compressões regionais, vícios de postura que as mesas de parir provocam; sensação de queimadura na vulva e na região perineal, parestesias e dor anal nas pacientes com hemorroidas (CORRÊA et al., 2017).

A sede é manifestação compreensível em face da desidratação e das perdas sanguíneas experimentadas durante o parto. A pele seca e queda dos cabelos podem ocorrer. As estrias

tendem a se tornar mais clara e a diminuírem de tamanho, embora muitas permaneçam para sempre. Alterações do humor com labilidade emocional são comuns no puerpério. Entretanto, o estado psicológico da mulher deve ser observado, uma vez que quadros de profunda apatia ou com sintomas de psicose puerperal devem ser identificados precocemente. Nestas situações, um tratamento adequado deve ser instituído rapidamente (COSTA et al., 2013).

Há a necessidade de diferenciar as condições fisiológicas do organismo das patológicas para que seja adota a terapia adequada e estabelecido demandas eficazes nos serviços de APS.

SINAIS DE RISCOS E INTERCORRÊNCIAS NO PUERPÉRIO

Para uma assistência puerpério de qualidade é necessário garantir a essas mulheres, seus parceiros e seus RN, um serviço de qualidade que percorra uma identificação segura das manifestações clínicas e uma conduta terapêutica eficaz. Por meio da identificação precoce dos sinais que podem se manifestar logo na gestação, é possível elaborar um plano de cuidado seguro e que atenda as reais necessidades das usuárias. A seguir, o quadro 2 apresenta uma série de manifestações clínicas e intercorrências que são comumente apresentados durante o puerpério.

Quadro 2: Manifestações clínicas/intercorrências no puerpério.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS/INTERCORRÊNCIAS	DEFINIÇÃO
Temperatura elevada	Fenômenos fisiológicos como ingurgitamento mamário (relacionado à apojadura) e proliferação com ascensão de bactérias vaginais à cavidade uterina justificam discreta elevação de temperatura por volta do 3º dia, cuja duração não excede 48 h.
Dor abdominal	Tipo cólica, exacerbada durante as mamadas, de maior intensidade durante a 1ª semana. Decorre de contrações uterinas por ação local da ocitocina, liberada na hipófise posterior pelo reflexo de sucção mamilar.
Azia e dispepsia	Sensação de queimação que geralmente se origina na área subesternal e irradia em direção ao pescoço ou garganta, normalmente causando gosto de ácido ou amargo na boca.
Edema perineal ou vulvar	Caracterizado acúmulo de líquido no espaço intersticial. Durante a gravidez, o corpo retém líquido, elevando o volume de sangue em quase 50 por cento, e, uma vez que o bebê nasce, todo esse líquido é

	gradualmente eliminado pela urina e pela transpiração ao longo de dias.
Constipação	Caracteriza por defecações difíceis ou infrequentes, fezes duras ou um sentimento de que o reto não está totalmente vazio após a defecação (evacuação incompleta).
Diarreia	Definida como um aumento na frequência da passagem de fezes macias ou aquosas em relação ao hábito usual do intestino para esse indivíduo. Pode ser classificada como aguda (menos de 7 dias), persistente (mais de 14 dias) ou crônica (com duração superior a um mês).
Dismenorreia ou dor menstrual	Dismenorreia primária se refere à presença recorrente de dor em cólica na região inferior do abdômen durante a menstruação, na ausência de lesões orgânicas; a dismenorreia secundária tem o mesmo quadro clínico, mas ocorre em mulheres com desordens clínicas, tais como endometriose, adenomiose ou miomatose uterina.
Cefaleia ou dor de cabeça	A dor de cabeça pode ser sintoma de uma condição clínica subjacente ou pode ocorrer sem uma causa definida. A dor de cabeça se apresenta com a principal queixa de condições clínicas como enxaqueca, cefaleia do tipo tensional, cefaleia em salvas ou como um dos sintomas de uma infecção do trato respiratório superior.
Espirro/congestão nasal	O espirro é uma resposta reflexa decorrente da congestão nasal e/ou da irritação da mucosa. A congestão nasal, por sua vez, é um sinal frequente que ocorre em decorrência da dilatação dos vasos sanguíneos nasais, tornando a mucosa edemaciada, geralmente com hiperemia e encoberta por secreção mucoide, levando à sensação de fluxo insuficiente de ar através das narinas.
Febre	A febre é o aumento anormal da temperatura corporal, ocorrendo em conjunto com o aumento do set point no hipotálamo. Em um ambiente com temperatura neutra, o metabolismo produz calor suficiente para manter a temperatura central entre 36,5^{o}C a 37,5^{o}C. A variação normal é de 0,5^{o}C, mas pode ser até de 1,0^{o}C em pessoas em recuperação de doenças febris, nas quais a variação diária é a mesma, porém a temperatura febril é maior.
Fissuras (rachaduras) na mama	Podem ser definidas como a ruptura do tecido epitelial que cobre a papila mamária (mamilo). Essas levam a mulher a sentir dor nos mamilos, e até podem sangrar. Causas da fissura mamária: A principal causa da fissura mamária é a pega incorreta do bebê no momento da amamentação.
Incontinência urinária	É a perda involuntária da urina pela uretra. Mulheres

	com incontinência urinária devem ser orientadas para exercícios perineais.
Corrimento vaginal	Liberação de líquido esbranquiçado ou esverdeado pelo canal vaginal.
Sangramento vaginal	Ocorre um sangramento, semelhante ao da menstruação, que pode ser de fluxo bastante intenso. Esse sangue resulta da descamação da decídua (camada que reveste a parte interna do útero na gestação). O corrimento é mais intenso nos primeiros 2 a 4 dias, com cor de sangue, e vai diminuindo, ficando mais rosado até se tornar esbranquiçado ou amarelado após 10 dias. Esse sangramento vaginal (lóquios) pode ser menor em situações nas cesáreas.
Hemorroidas	São veias dilatadas no ânus, podendo ser internas ou externas. Causam dor e em alguns casos, até sangramento. Aparecem no decorrer da gestação ou originam pela força exercida durante o parto.
Hematoma	A ocorrência de hematoma vulvar é intercorrência potencialmente grave, uma vez que, em geral, evolui de forma rápida, costuma ser volumoso e determina grande perda sanguínea para a puérpera.
Lacerações na epsiorrafia ou região perineal	Durante o parto normal, a maioria das mulheres sofre algum tipo de lesão perineal, em razão de lacerações espontâneas ou como conseqüência da incisão cirúrgica - episiotomia

FONTE: (CABRAL et al., 2013; BRASIL, 2006a).

ANTICONCEPÇÃO PÓS-PARTO

Medidas de planejamento reprodutivo representam estratégia relevante para preservação do bem-estar materno-fetal, prevenindo uma gestação não planejada e suas consequentes complicações, ainda no puerpério. A primeira opção de escolha em lactantes são os métodos não hormonais, pois não influenciam na amamentação. A inserção do DIU é segura e promove uma eficácia contraceptiva longa, apesar de maiores taxas de expulsão quando inseridos neste período

Os anticoncepcionais com progestagênios isolados (API) são a segunda opção para lactantes, pois não interferem na lactação ou no crescimento e desenvolvimento do RN. Devem ser iniciados preferencialmente após seis semanas, porém em populações com baixas taxas de continuação de amamentação e início precoce de suplementação calórica e com alto risco para ocorrência de gravidez não planejada, deve-se prescrevê-los precocemente. Trabalhos mostram que este início precoce não interfere no crescimento infantil. O uso dos contraceptivos orais combinados (COC) deve ser desestimulado por interferirem

negativamente na lactação e no sistema hemostático, o qual já está alterado fisiologicamente devido ao puerpério.

Em puérperas que não irão amamentar, o ideal é usar método de progestagênio isolado nos três primeiros meses, pelo risco de tromboembolismo venoso do puerpério ser maior do que previamente descrito. O DIU-cobre ou medicado também é boa opção pós-parto, desde que a paciente não possua contraindicação ao método, sendo inserido após seis semanas.

Quadro 03: Métodos contraceptivos para as puérperas.

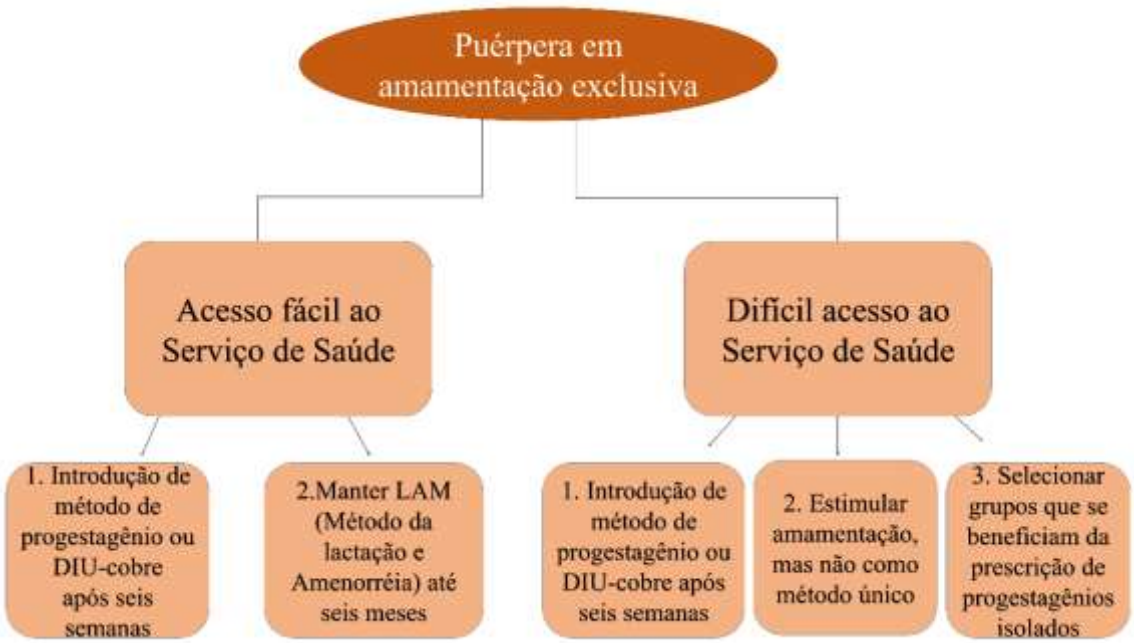
Métodos hormonais	Contraceptivos orais combinados (COC)	É o método contraceptivo mais empregado no mundo e consiste da associação de um estrogênio (em geral, o etinilestradiol – EE) e um progestagênio que agem com a finalidade de bloquear a ovulação, ao inibir a secreção de FSH e LH, de espessar o muco cervical, dificultando a passagem dos espermatozoides, de tornar o endométrio não receptivo à implantação e alterar a secreção e peristalse das trompas. Estão disponíveis em diversas vias de administração: oral, intramuscular, transdérmica e vaginal. Teoricamente, não devem ser utilizados no puerpério, porque o componente estrogênico prejudica a quantidade e qualidade do leite materno, ao suprimir a produção de prolactina, o hormônio responsável pela produção do leite. Mesmo em mulheres que não irão amamentar, seja por contraindicação médica ou por opção, os COC não devem ser prescritos nas primeiras seis semanas pós-parto. Isto porque a associação estro-progestagênica e trombogênica, tem risco de trombose venosa e arterial.
	Anticoncepcionais com progestagênios isolados (API)	Os APIs representam uma boa opção para anticoncepção no puerpério, quando os métodos não hormonais são contraindicados, inacessíveis ou a usuária não tem aderência adequada ao mesmo. Agem suprimindo o pico de LH, levando à anovulação, espessando o muco cervical e reduzindo a vascularização do endométrio, tornando-o hipotrófico. Os API não interferem na quantidade ou qualidade da lactação nem no desenvolvimento ou crescimento do RN, e representam a vantagem de terem pouco ou nenhum efeito

		sobre o sistema hemostático, não alterando de forma significativa o risco de trombose. Estão disponíveis em diversas vias de administração: oral, intramuscular, implantes, além do sistema intra-uterino liberador de progestagênio.
	Implantes subdérmicos liberadores de etonorgestrel	Correspondem a um método de alta eficácia (taxas de gravidez de 0 - 1%), longa duração (3-5 anos, a depender do implante usado), fáceis de usar e reversíveis, permitindo a concepção logo que seu uso for interrompido. Agem como os demais progestagênios, impedindo a ovulação, espessando o muco cervical e alterando o endométrio, e têm como vantagem, em relação à minipílula. Podem ser inseridos no puerpério, pois não alteram a qualidade ou quantidade do leite, tampouco o desenvolvimento da criança lactante ou o sistema hemostático.
Métodos não-hormonais	Método da lactação e amenorreia	O método de amenorreia e lactação define o aleitamento, realizado regularmente durante o dia e à noite, como método contraceptivo em mulheres que permanecem em amenorréia, sem a oferta de suplemento alimentar aos RN por até seis meses pós-parto. A sucção da mama pelo RN mantém a produção da prolactina, responsável pela galactopoiese e pela supressão da atividade ovariana, por meio da produção de beta-endorfina hipotalâmica, acarretando redução da pulsatilidade dos hormônios gonadotróficos em mulheres bem nutridas.
	Dispositivos intra-uterinos (DIU)	O DIU de cobre age produzindo uma reação inflamatória no endométrio, interferindo no transporte de espermatozoides no aparelho genital e alterando os espermatozoides e óvulos, por meio de modificações bioquímicas. Deve avaliar as indicações e contraindicações são as mesmas para mulheres fora do puerpério, baseadas nos critérios de elegibilidade variando, em relação ao momento da inserção pós-parto: se <48 horas; se entre 48 horas e quatro semanas; se ≥4, semanas e se a puérpera apresentar sepse puerperal.

	Preservativo	É um contraceptivo de barreira usado durante uma relação sexual para diminuir a probabilidade de ocorrência de uma gravidez e de transmissão de infeções sexualmente transmissíveis. É o método mais seguro e eficaz para a puérpera, desde a mesma não apresente complicações clínicas e que seja utilizado de forma adequada.
	Diafragma vaginal	O diafragma vaginal é recomendando após seis semanas do parto. Trata-se de um método muito dependente da motivação da mulher, e às vezes, no pós-parto, devido a mudanças nas dimensões da vagina e do aparelho de sustentação dos órgãos pélvicos, pode ser necessário reajuste do tipo e tamanho do mesmo.
Contracepção definitiva cirúrgica	É método permanente de contracepção, no qual se obstrui o lúmen e/ou se separa a tuba, impedindo desta forma, o transporte e união dos gametas. As vias de acesso mais comumente utilizadas são a minilaparotomia e laparoscopia. É um procedimento cirúrgico, altamente eficaz com a intenção de ser permanente. Por isso, o ideal é que todas as pacientes desejem o método de forma voluntária e sejam adequadamente informadas.	

Conforme apresentado, muitos são os métodos contraceptivos disponíveis para uso no puerpério, quando se deve ter cuidado especial com a lactação. O fluxograma 03 resume a abordagem sugerida no puerpério para pacientes em aleitamento exclusivo.

Fluxograma 03: Abordagem para orientação contraceptiva de puérperas em aleitamento exclusivo.



A taxa de gravidez encontrada em mulheres em lactação exclusiva, frequente e amenorreicas é comparável à dos métodos contraceptivos mais modernos. No entanto, a fertilidade retorna rapidamente após o primeiro sangramento pós-parto e/ou introdução de dieta ao RN. Em populações com dificuldade de obter método contraceptivo, com difícil acesso ao serviço de saúde, o método de lactação e amenorreia deve ser desencorajado como método contraceptivo exclusivo.

COMPLICAÇÕES COMUNS NO PUERPÉRIO

Quadro 04: Complicações mais prevalentes em puérperas.

COMPLICAÇÃO	DEFINIÇÃO	CAUSAS	PREVENÇÃO	ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL
Hemorragias	É toda perda de sangue maior que 500ml no parto normal ou maior 1000ml na cesariana após o parto. Atenção à	Atonia Uterina; Lacerações de trajetos; Restos Placentários; Coagulopatias.	Realizar higiene; Encaminhar a puérpera para sala de recuperação; Monitorar sinais vitais; Avaliar tônus uterino;	Monitorar sangramento vagina (controle de forros utilizados); Solicitar avaliação da equipe especializada com urgência, caso sangramento ativo.

	instabilidade hemodinâmica.		Observar sangramento: vaginal, incisão cirúrgica.	
Infecção puerperal	Considera-se infecção puerperal o aumento de temperatura de 38º C, verificando pelo menos 4 vezes ao dia durante 2 dias, isto contando aos10 primeiros dias do puerpério, com exceção das primeiras 24 horas.	Microorganismos.	Uso de técnicas assépticas, Acompanhamento pré-natal, Uso de material estéril.	Monitor eliminações urinária e intestinal; Auxiliar no Aleitamento materno; Acompanhar higienização. Registrar procedimentos, queixas e medicamentos. Manter mãe e RN aquecido.
Endometrite puerperal	É a infecção uterina tipicamente causada por bactérias que ascendem do trato genital inferior ou do trato gastrointestinal.	Tempo de ruptura das membranas prolongado; Monitoramento fetal interno; Trabalho de parto prolongado; Repetidos exames ginecológicos táteis Retenção dos fragmentos placentários no útero Hemorragia pós-parto Colonização do trato genital inferior; Anemia; Vaginose bacteriana.	Prevenir ou minimizar os fatores predisponentes é essencial. A lavagem apropriada das mãos deve ser encorajada. O parto vaginal dificilmente é estéril, mas técnicas de assepsia são utilizadas.	Orientar higienização; Registrar procedimentos, queixas e medicamentos; Orientar quanto ao uso de antibióticos orais ou tópicos;
Infecções mamárias	Incluem: Abscesso do mamilo e Mastite purulenta.	Posicionamento incorreto do bebê na mamada, baixa imunidade, estase láctea, Ducto lactífero bloqueado, microorganismos.	Esvaziar completamente a mama após amamentar; Deixar o bebé esvaziar a primeira mama antes de dar a outra, alternando	Orientar quanto a posição correta da mãe e do bebê na mamada. Prescrever antibióticos, quando necessários; Orientar quando a medidas de higienização.

			as mamas na mamada seguinte; Variar a posição para amamentar de forma a que o leite seja retirado de todos os segmentos da mama; Amamentar com mais frequência, principalmente se a mama estiver cheia de leite; Colocar o bebê na posição adequada.	
Tromboflebite	São uma inflamação de uma ou mais veias causadas por um coágulo sanguíneo, que geralmente acontece nas pernas ou em outras partes inferiores do corpo.	Doença hematológica prévia, uso de medicamentos.	Mobilização física, exercícios de alongamento, uso de anticoagulantes.	Orientar quando ao uso de medicamentos; Exames laboratoriais.
Depressão Pós-Parto	Transtorno psicológico que pode surgir logo após o nascimento do bebê ou até 6 meses. Podendo classificar como leve, transitório ou grave.	Conflitos familiares, alteração emocional.	Vinculo mãe e bebe, mãe e parceiro, mãe e família.	Acolhimento da puérpera em atividades de terapia individual e em grupos.

FONTE: (ANDRADE et al., 2015; BRASIL, 2010)

IDENTIFICAÇÃO E CAPTAÇÃO DA PUÉRPERA

A necessidade de um planejamento e organização da rede regional de atenção à saúde para garantir o acesso e o acolhimento de todas as mulheres durante as diversas fases do ciclo gravídico-puerperal é evidente, quando consideramos a alta demanda de mulheres que são atendidas e as limitações das condições de recursos humanos e materiais dos serviços de saúde na APS. Para isso, é preciso haver integração entre as diversas unidades de atenção à saúde, garantindo as condutas adequadas às necessidades especificas de cada mulher,

desenvolvendo atividades de promoção à saúde e de prevenção, cura e reabilitação dos agravos e patologias eventualmente apresentados nesse período, incluindo os cuidados com o recém-nascido (RN).

A identificação da puérpera para atendimento inicial e acompanhamento efetivo, deve seguir critérios de condições clínicas de saúde que possam geram riscos à saúde da mulher ou do RN. Esse reconhecimento deve ser construído na visita domiciliar ou na consulta na UAPS, com a visualização geral do estado de saúde, limitações de cuidados e intercorrências. Assim, a adaptação assistencial deve garantir uma integralidade e resolutividade na atenção primária. A seguir, uma listagem dos critérios que podem ser adotados para elegibilidade e prioridade desses atendimentos são apresentados no quadro 5.

Quadro 05: Critérios para identificação de puérpera com necessidade de atendimento.

Critérios principais	Baixo peso ao nascer (menor que 2.500 g).
	Recém-nascidos que tenham ficado internados por intercorrências após o nascimento.
	História de morte de criança < 5 anos na família.
	RN de mãe com HIV positivo.
Dois ou mais dos seguintes critérios associados	Família residente em área de risco.
	RN de mãe adolescente (< 16 anos).
	RN de mãe analfabeta.
	RN de mãe com deficiência ou distúrbio psiquiátrico, ou drogadição que impeça o cuidado da criança.
	RN de família sem fonte de renda.
	RN manifestamente indesejado.

FONTE: (BRASIL, 2005).

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família. Essa forma de contato deve entender a amplitude dos serviços podendo ser de diversas formas, conforme estratégias descritas no quadro 6.

Quadro 6: Estratégias de captação das puérperas para acompanhamento das UAPS.

Estratégias de captação	Quem fazer?	Onde fazer?
Visita domiciliar	ACS e Enfermeiro	Domicilio da puérpera
Busca ativa	Equipe multiprofissional	Na rede de atenção primária
Consultas	Equipe multiprofissional	UAPS
Contato telefônico e redes sociais	Equipe multiprofissional	UAPS
Rodas de conversas e atividades de educação em	Equipe multiprofissional	Na rede de atenção primária

saúde		

Os profissionais da Atenção Básica devem estar atentos e preparados para apoiar a mulher e sua família, para reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social, e para utilizar os recursos das redes de saúde e intersetorial para lidar com os possíveis problemas surgidos nessa fase. Para isso, a equipe deve estar qualificada para desenvolver ações preconizadas na atenção à mulher no puerpério. Para que o cuidado pela equipe multiprofissional ás puérperas proporcione conforto, liberdade de expressão das condições diárias, relacionando a total realidade das mulheres em seus diversos aspectos da saúde e doença, desde sua chegada aos serviços até seu acompanhamento domiciliar.

ROTEIRO DA CONSULTA PUERPERAL

Após o parto, geralmente, as puérperas e RN retornarão à unidade em que realizaram o pré-natal na primeira semana pós-parto para consulta com o enfermeiro e, no prazo de 30 a 35 dias, para revisão puerperal e oferecimento do planejamento reprodutivo com o profissional médico. Estas consultas devem ser agendadas de acordo com as condições do serviço.

A adequação das agendas das unidades para diferentes atendimentos, com consultas específicas garante o agendamento com os diversos profissionais (enfermeiro/médico/fisioterapeuta/psicólogo/farmacêutico), assegurando melhor qualidade da assistência ao binômio mãe-filho. Mediante situações/intercorrências identificadas no parto com a mãe e/ou RN, através de contato telefônico para que visitas domiciliares sejam programadas assim que a puérpera chegue ao domicílio, para planejar assistência à família o mais precocemente possível. A seguir, propõe-se um *checklist* ações para verificação na consulta puerperal, de acordo com a atuação profissional, que pode ser utilizado no atendimento inicial a puérpera, afim de identificar riscos.

Quadro 7: Roteiro de consulta à puérpera de acordo com a atuação profissional.

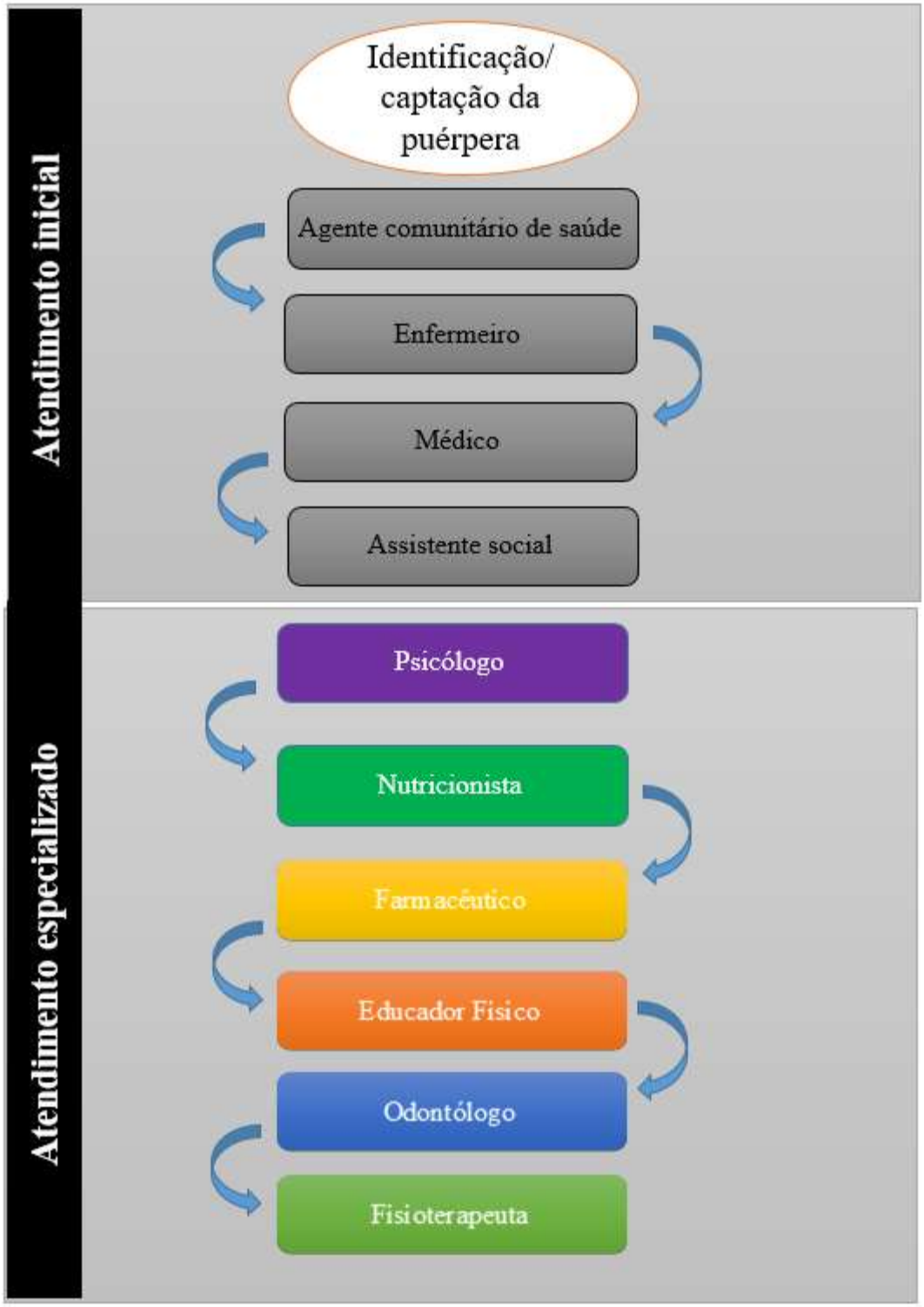
Consulta do Médico(a)
( )Anamnese e história clínica pregressa da puérpera
( )Verificação de sinais vitais
( )Avaliar intercorrências na ferida operatória
( )Avaliar função intestinal e urinária
( )Verificar condições de saúde mental
( )Verificar e solicitar exames laboratoriais
( )Realizar exame físico (condição uterina, dor à palpação, aspecto da ferida

operatória se parto cesariana)
( )Prescrever terapia farmacológica de acordo com a necessidade da puérpera
( )Realizar encaminhamento para profissional especializado, quando necessário
Consulta do Enfermeiro(a)
( )Conversar sobre o parto atendo-se às informações que forem necessárias (tipo de parto, intercorrências, etc)
( )Identificar durante a consulta de enfermagem: estado geral, uso de medicações, observar lóquios (cor, odor, quantidade)
( )Episiorrafia ou incisão cirúrgica: observar as condições; sinais de infecção puerperal
( )Avaliar função intestinal e urinária
( )Avaliar o estado emocional da mulher
( )Verificação de sinais vitais
( )Mamas: observar sinais de ingurgitamento, traumas mamilares (escoriações, fissuras)
( )Solicitar que ofereça a mama e identificar a "pega" e aceitação do RN
( )Orientar riscos de compressas nas mamas, assim como aplicação de qualquer produto que não tenha sido prescrito por médico
( )Orientar sobre direitos trabalhistas durante a lactação
( )Esclarecer as dúvidas da mãe sobre os cuidados gerais do RN
( )Orientar e recomendar métodos contraceptivos de acordo com a preferência e condição clínica da mulher
( )Orientar sobre imunização ao RN
( )Reforçar a presença em consultas agendadas
Realizar encaminhamento para profissional especializado, quando necessário
Consulta do Agente Comunitário de Saúde (ACS)
( )Identificar as puérperas elegíveis para acompanhamento no serviço;
( )Realizar agendamento de visita domiciliar
( )Avaliação das queixas de agravos em saúde
( )Identificação de riscos
( )Realizar encaminhamento para profissional especializado, quando necessário
Consulta do Nutricionista
( ) Identificação de distúrbios alimentares
( ) Orientação em casos de alergias a componentes alimentares
( )Orientação sobre alimentação saudável
( ) Esclarecimento de dúvidas sobre o aleitamento materno e introdução alimentar
( ) Realizar encaminhamento para profissional especializado, quando necessário
Consulta do Psicólogo(a)
( )Avaliar o estado emocional da mulher
( )Verificar uso de puérperas usuárias de drogas lícitas e ilícitas
( ) Encaminhar para grupos terapêuticos coletivos
( )Incluir o parceiro e/ou a família na consulta
( )Verificar agravos na condição mental da puérpera
( )Realizar encaminhamento para profissional especializado, quando necessário
Consulta do Fisioterapeuta
( )Orientar quanto a prática de exercícios físicos, relaxamento, alongamento e reeducação das funções de órgãos internos
( )Verificar posicionamento postural da puérpera
( )Atentar para condições postural do RN

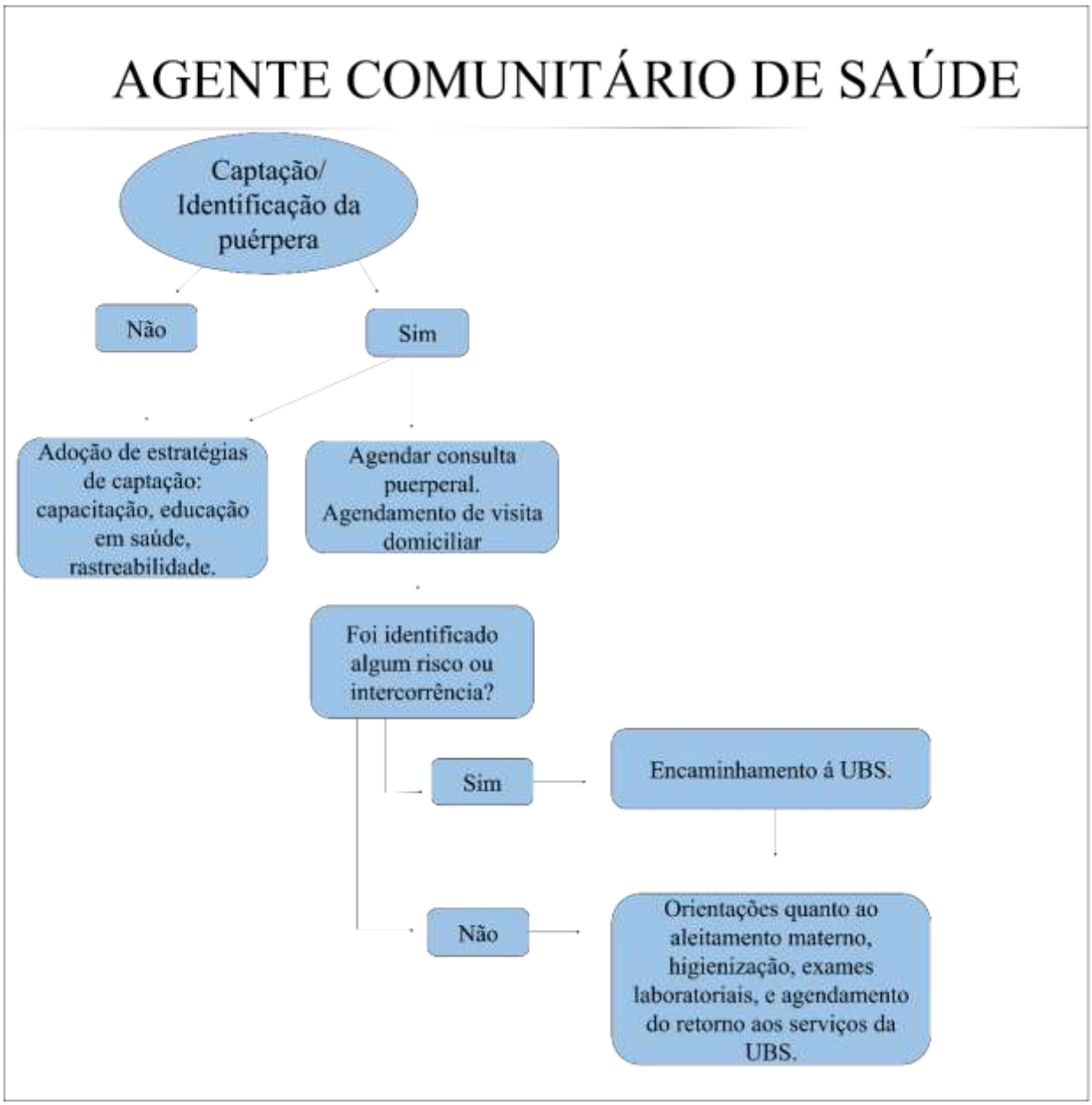
( )Realizar encaminhamento para profissional especializado, quando necessário
Consulta do Assistente Social
( )Orientar sobre planejamento reprodutivo e familiar
( )Apoiar a família e articular outras redes de apoio social, quando necessário
( )Realizar encaminhamento para profissional especializado, quando necessário
Consulta do Farmacêutico(a)
( )Anamnese sobre a história clínica da paciente
( )Conciliação de medicamentos
( )Revisão da farmacoterapia
( )Determinar metas terapêuticas
( )Cuidados no uso de medicamentos pelo RN
( )Esclarecer condutas sobre o uso de medicamentos pela puérpera
( )Orientar sobre os riscos da prática da automedicação
( )Realizar encaminhamento para profissional especializado, quando necessário

ACÕES DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL – ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

EQUIPE INTERPROFISSIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA



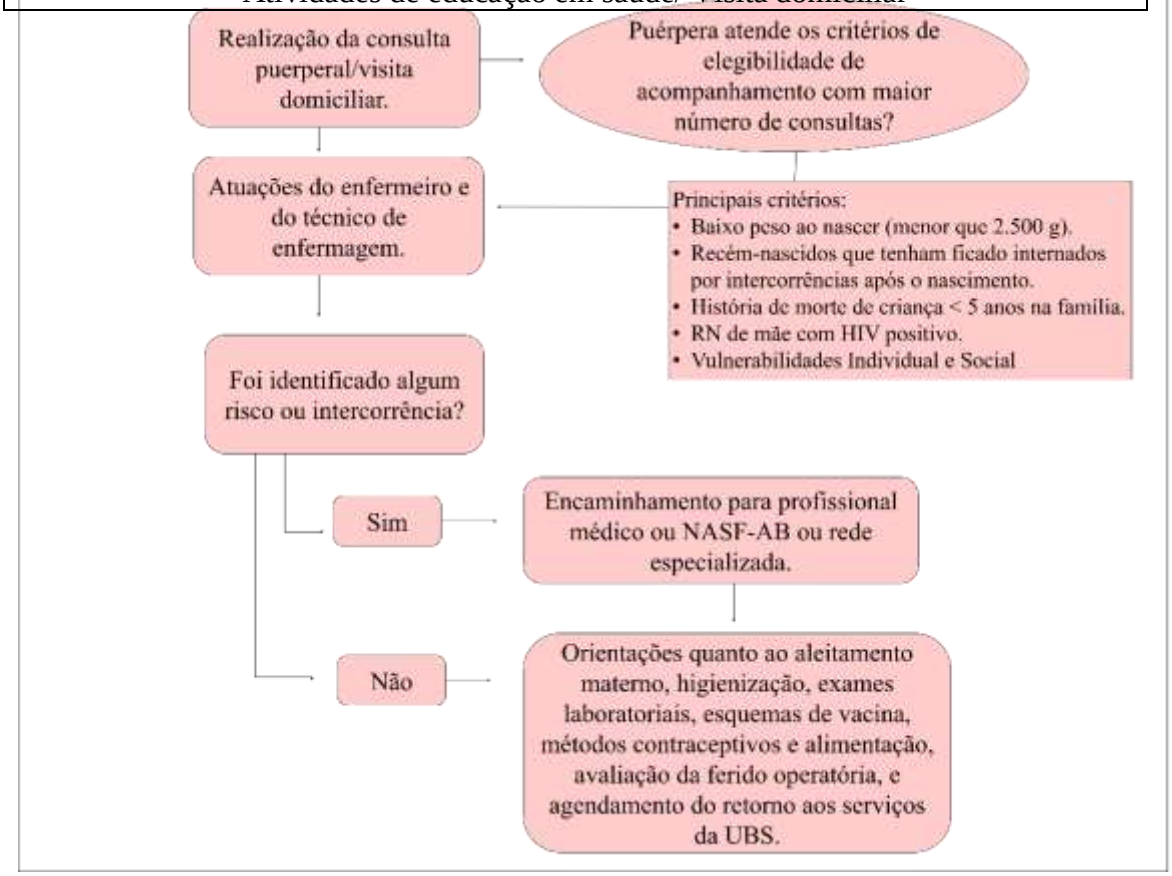
Cuidado Comunitário



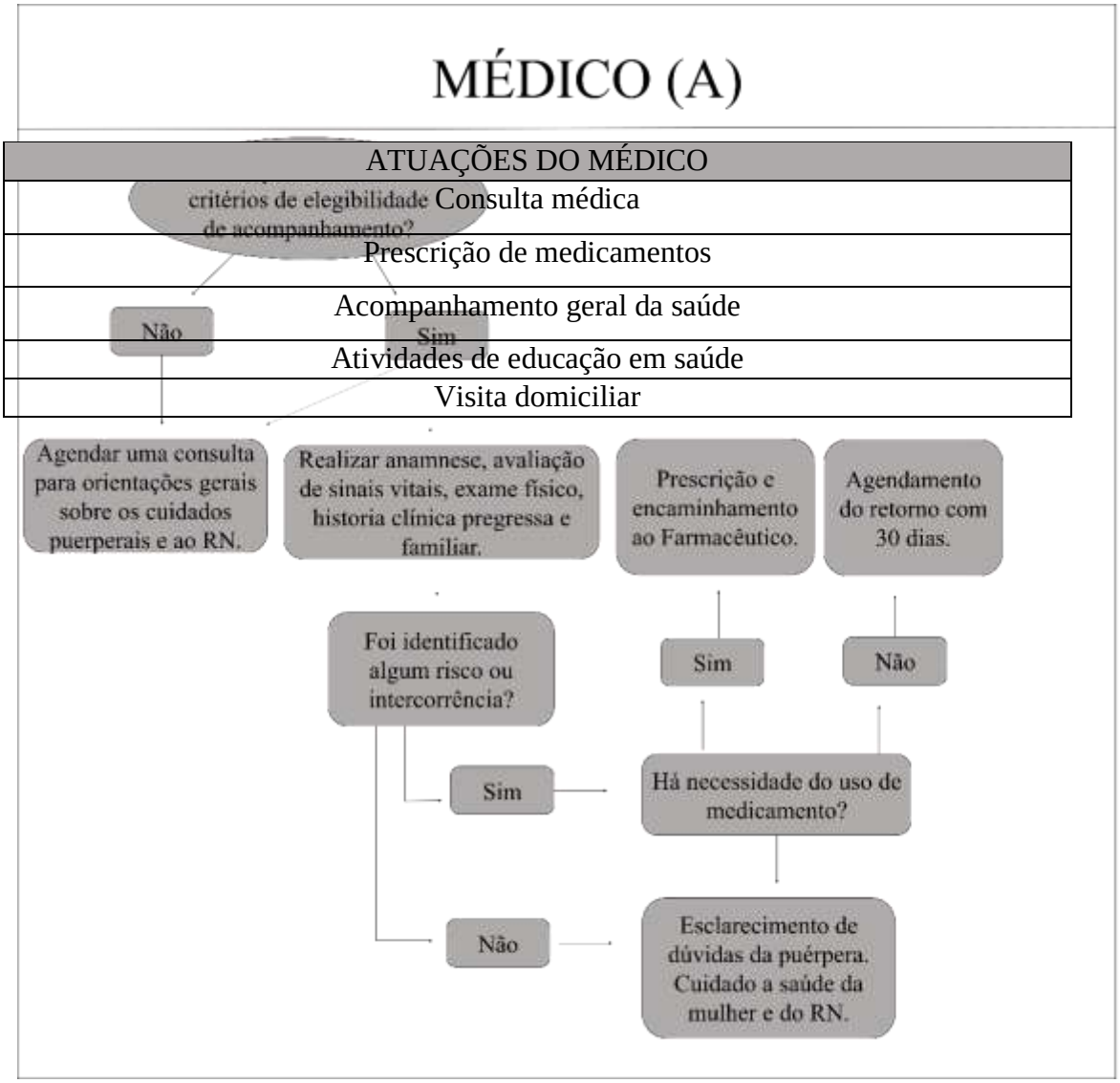
ATUAÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
Identificação e captação das puérperas
Registros de queixas
Encaminhamento aos serviços de saúde
Atividades de educação em saúde
Visita domiciliar

Cuidado de Enfermagem

ATUAÇÕES DO ENFERMEIRO
Visita domiciliar/ Cuidados com RN
Atividade com educação em saúde
Identificação de riscos e intercorrências
Consulta Puerperal e Atendimento Ginecológico
ATUAÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM
Avaliação de sinais vistais/ Cuidados ao RN
Identificação de riscos e intercorrências
Administração de medicamentos
Atividades de educação em saúde/ Visita domiciliar

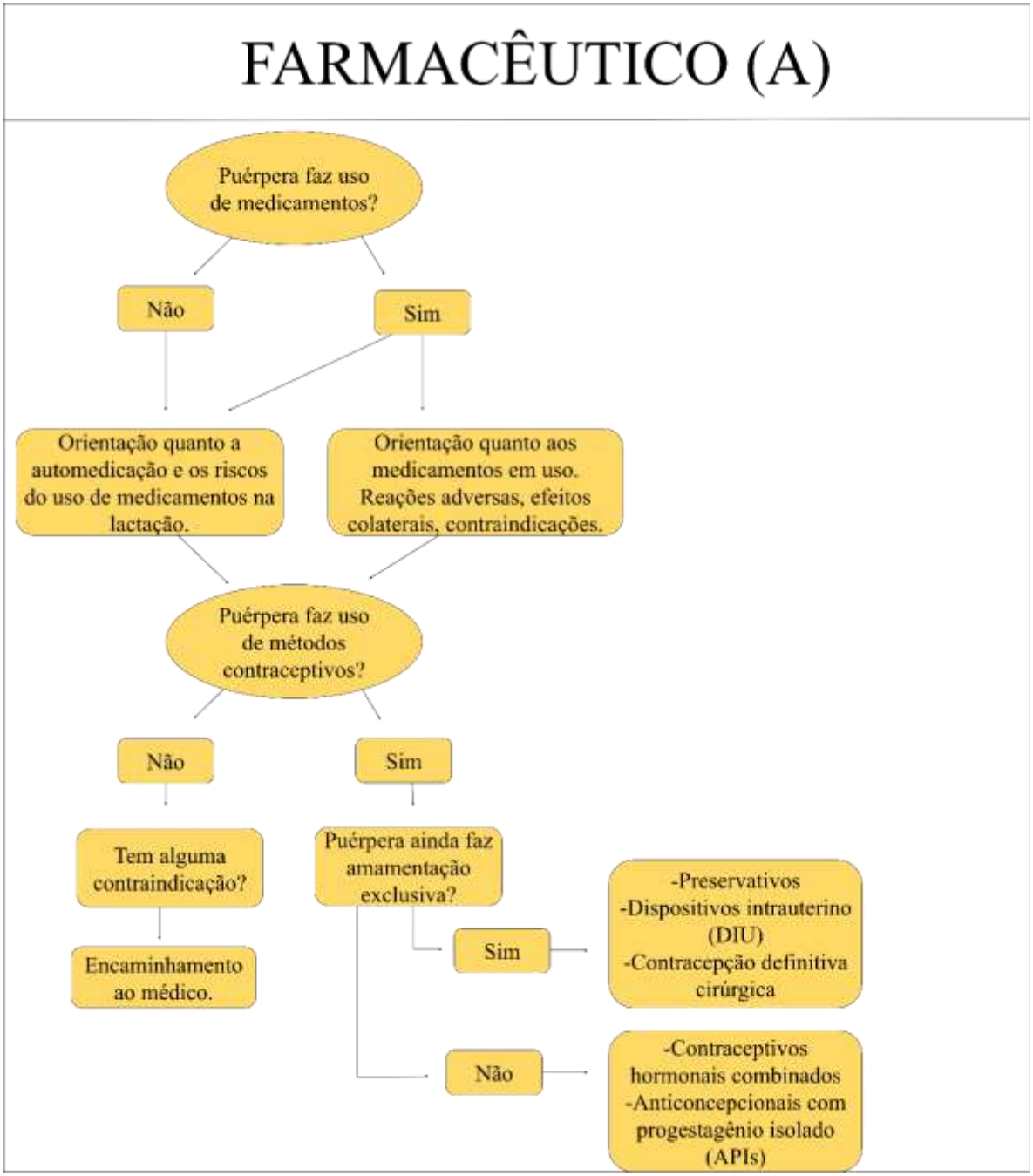


Cuidado Médico



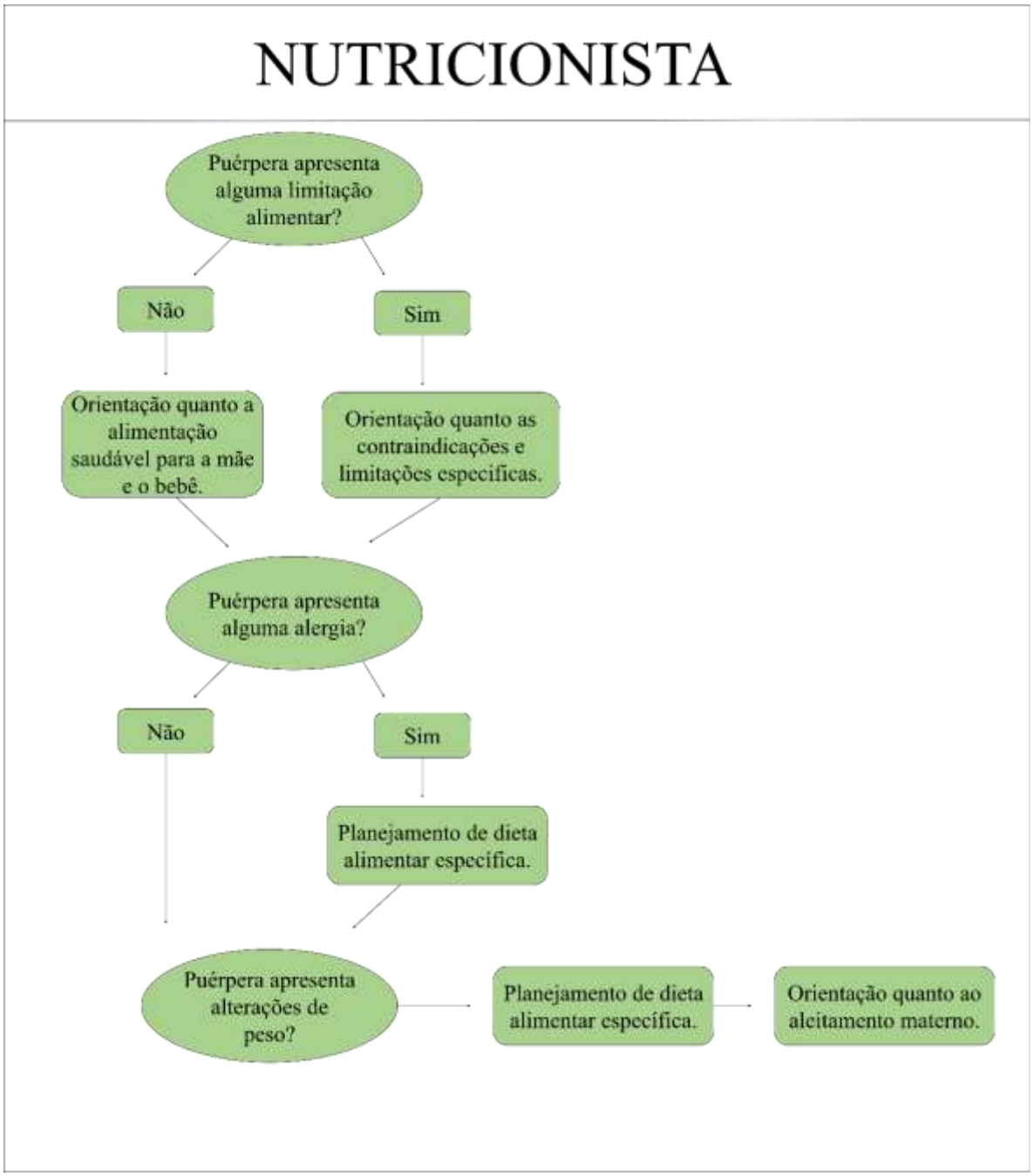
ATUAÇÕES DO MÉDICO
Consulta médica
Prescrição de medicamentos
Acompanhamento geral da saúde
Atividades de educação em saúde
Visita domiciliar

Cuidado Farmacêutico



ATUAÇÕES DO FARMACÊUTICO
Dispensação de medicamentos
Consulta farmacêutica
Orientação de métodos contraceptivos
Atividades de educação em saúde
Visita domiciliar

Cuidado Nutricional

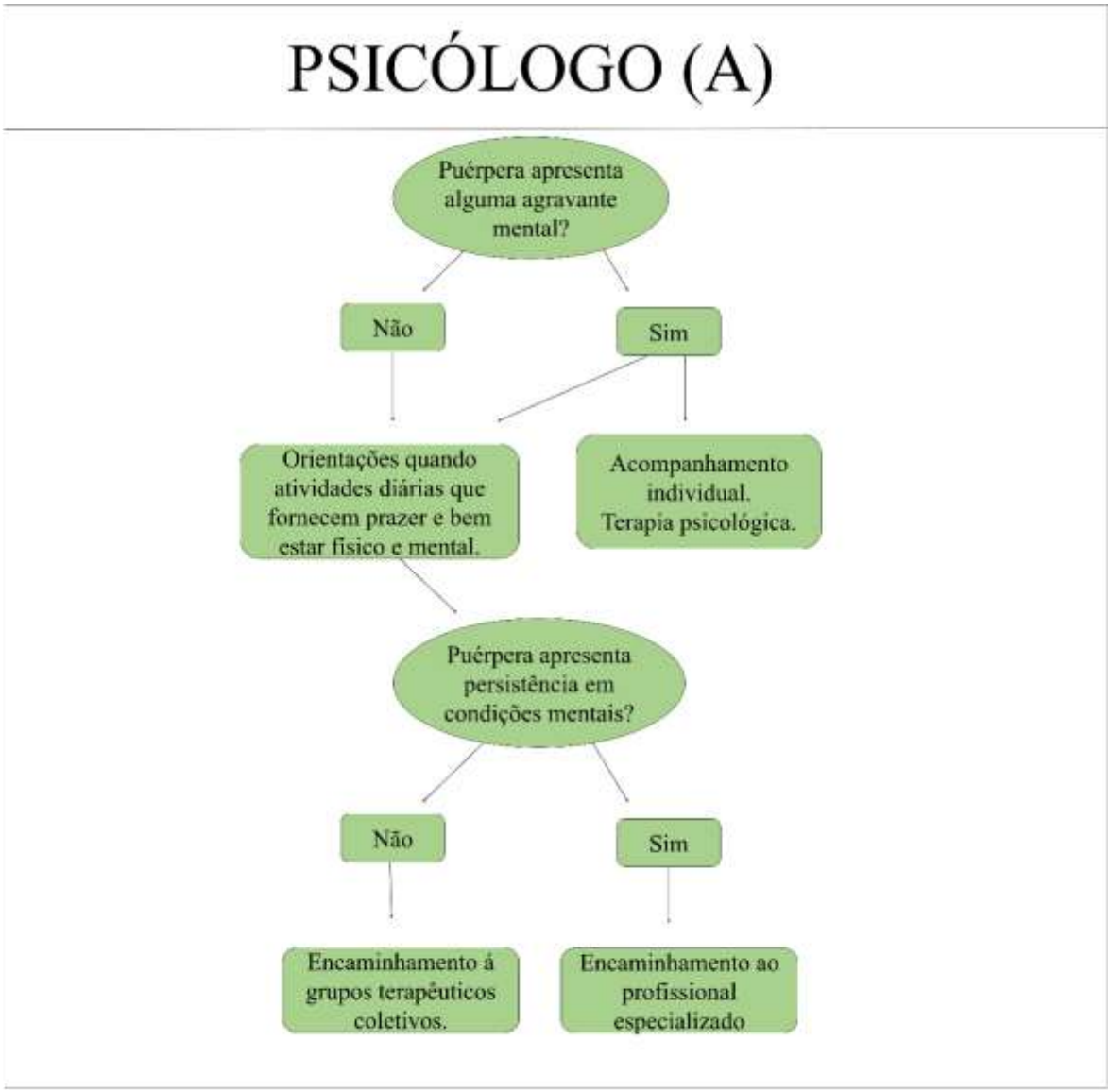


ATUAÇÕES DO NUTRICIONISTA
Consulta nutricional
Tratamento (ou Condutas) para Distúrbios Alimentares
Atividades de educação em saúde
Visita domiciliar

Cuidado Bucal

ATUAÇÕES DO CIRURGIÃO DENTISTA
Tratamento de infecções bucais
Consulta odontológica
Atendimento em consultório
Atividades de educação em saúde
Cuidado bucal ao RN/ Higienização
Visita domiciliar
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL/TÉCNICO DE HIGIENE DENTAL
Higienização
Atividades de educação em saúde
Técnicas auxiliares de odontologia

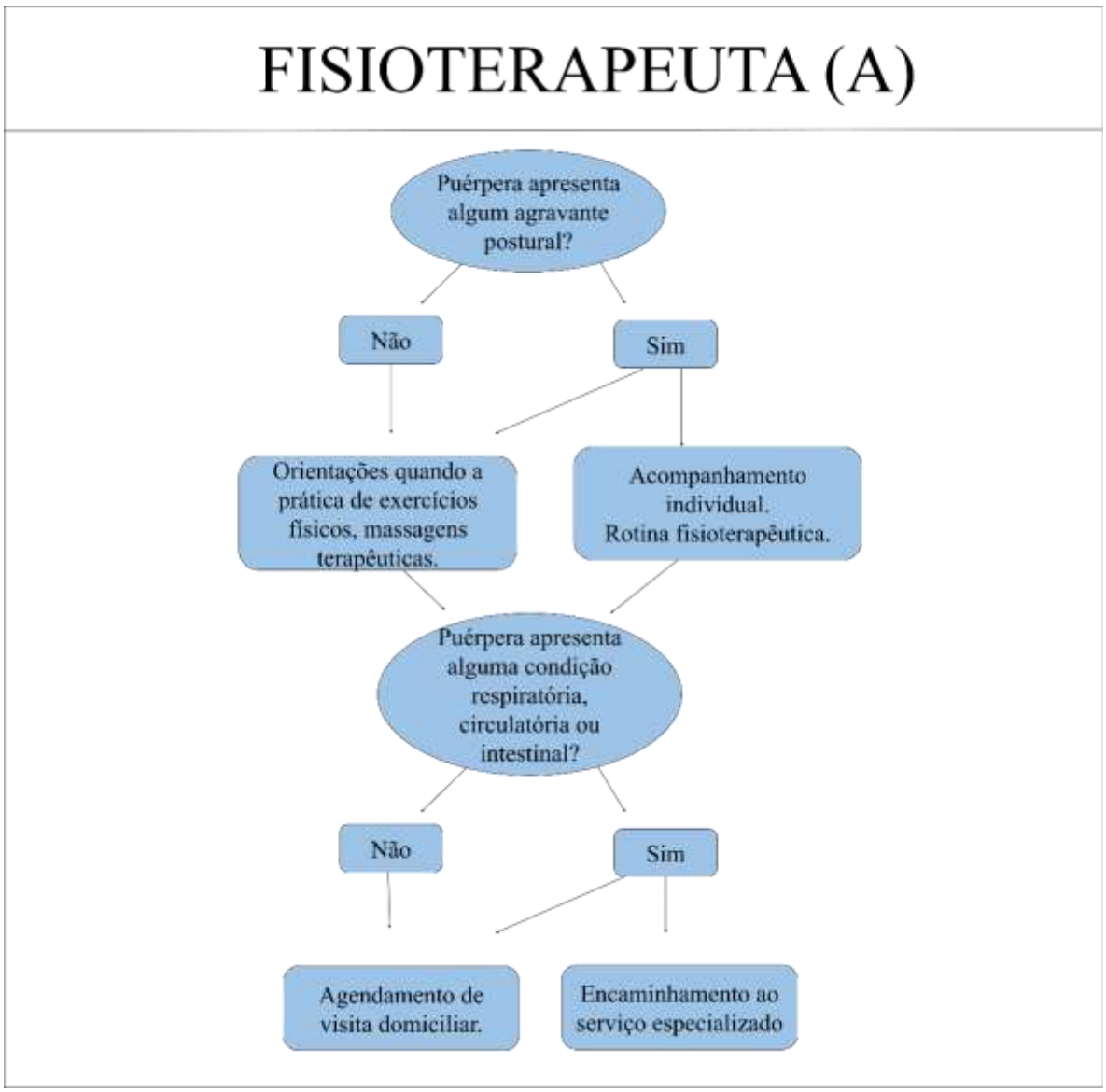
Cuidado Mental



Agravantes mentais: ansiedade, conflitos familiares, depressão etc.

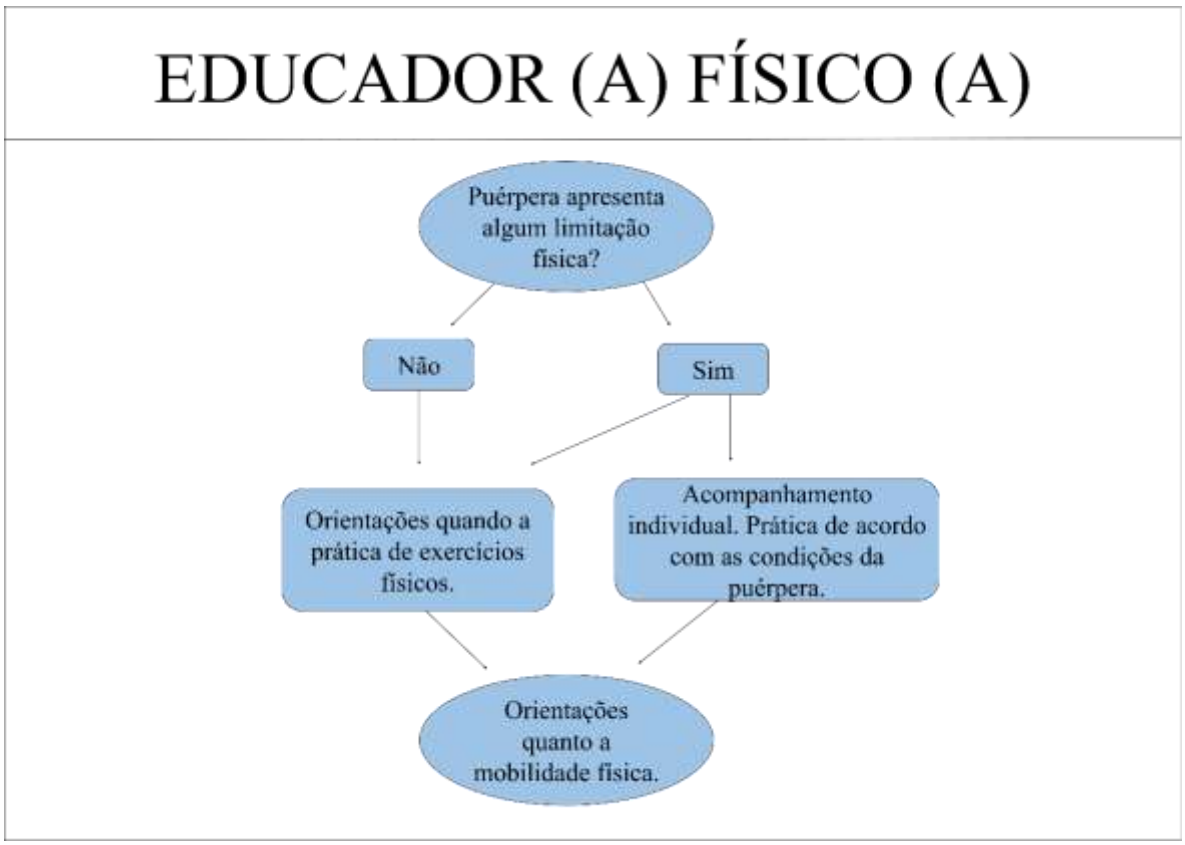
ATUAÇÕES DO PSICÓLOGO
Terapia individual e coletiva
Atividades de educação em saúde
Visita domiciliar

Cuidado Postural



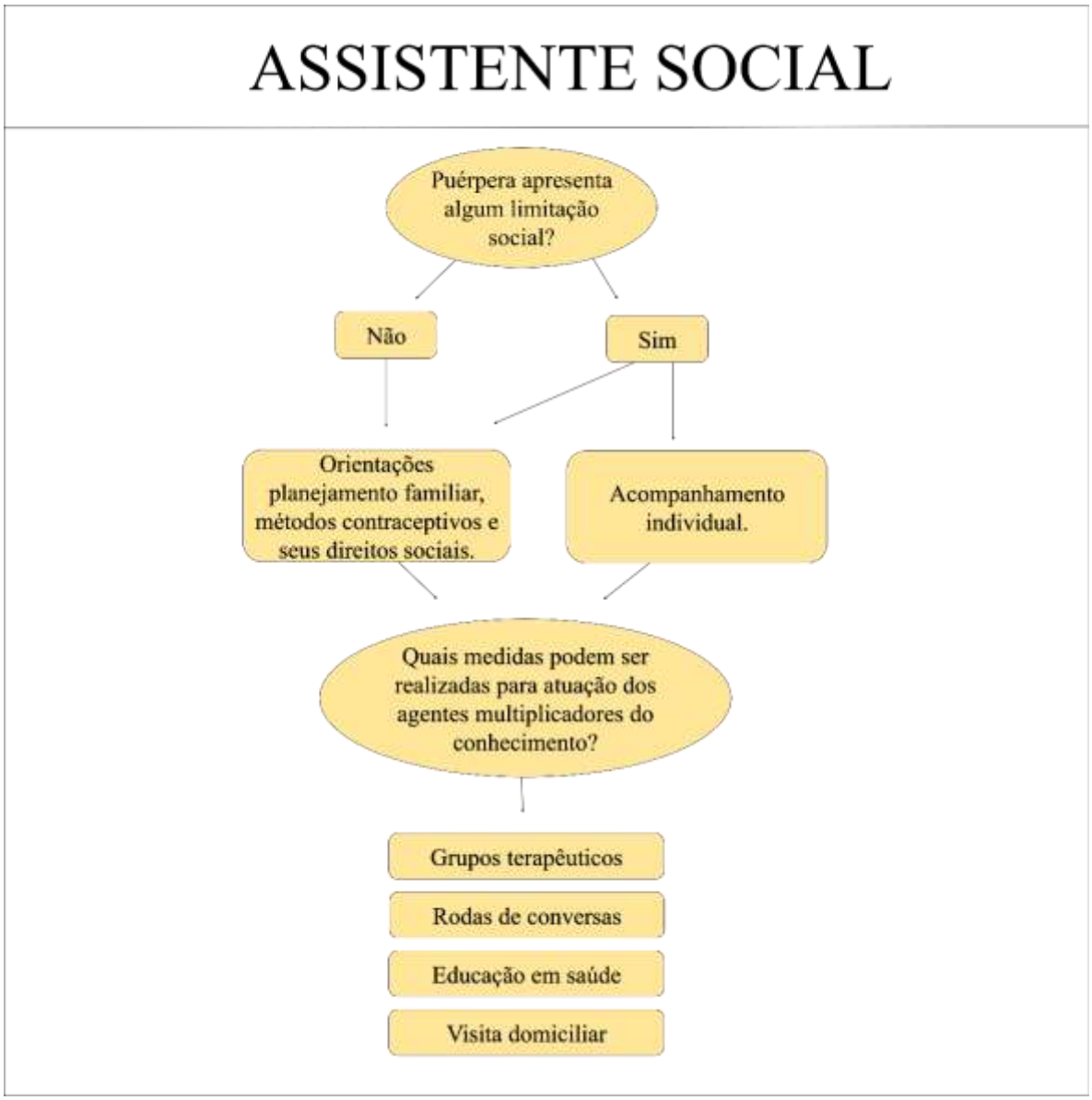
ATUAÇÕES DO FISIOTERAPEUTA
Intervenções posturais
Consulta
Intervenções respiratórias
Atividades de educação em saúde
Visita domiciliar

Cuidado Físico



ATUAÇÕES DO EDUCADOR FÍSICO
Condicionamento físico
Exercícios físicos
Atividades de educação em saúde
Visita domiciliar

Cuidado Social



ATUAÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL
Orientação do planejamento reprodutivo
Planejamento dos direitos sociais
Inserção social
Atividades de educação em saúde
Visita domiciliar

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diretrizes clínicas baseadas em evidências atuam como instrumentos adequados para conduzir os profissionais em suas rotinas nos mais diversos serviços de saúde. A execução de práticas com avaliação sistemática e sintetização da informação científica disponível, garantem efetividade nas tomadas de decisões. Nesse processo, as habilidades e experiência clínica do provedor de cuidados associadas às expectativas e necessidades únicas das mulheres e suas famílias, associada à informação derivada de pesquisa científica de qualidade, formam o tripé que se chama de prática clínica baseada em evidência, uma das regras básicas para uma assistência focada na qualidade (BRASIL, 2017).

Desta forma o referido documento se destina a profissionais e puérperas dos serviços de saúde, buscando promover mudanças na prática clínica, uniformizar e padronizar as práticas mais comuns utilizadas na assistência, evitando práticas díspares. Com a melhoria da qualidade do cuidado, espera-se estimular a assistência puerperal qualificada, incentivando o protagonismo das mulheres, a inclusão familiar e social e consequentemente maior exigência de práticas que se adequem ao ideal de cuidado, reduzindo práticas desnecessárias e consequentemente seus agravos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. D.; SANTOS, J. S.; MAIA, M. A. C.; MELLO, D. F. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc Anna Nery;**v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015.

SITRIN D. et al. Reaching Mothers and Babies with Early Postnatal Home Visits: The Implementation Realities of Achieving High Coverage in Large-Scale Programs. **Plos One, ,** v. 8, n. 7, p. 12-19, 2013.

MEDEIROS, L.S.; COSTA, A.C.M. Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev Rene**,; v. 17, n. 1, p. 112-9, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____.. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

_____.. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006a.

_____. Londrina. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Assistência integral à Gestante de Baixo Risco e Puérpera:** protocolo/. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde-- 1. ed.-- Londrina, PR: [s.n], 2006b.

_____. **Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Protocolo Para Assistência Ao Pré- Natal e Puerpério**. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Ribeirão Preto - São Paulo, 2008- revisão e re-edição 2009.

_____. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: manual técnico do pré natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.

_____. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS** – SP: manual técnico do pré natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.

_____. Rio de Janeiro (RJ). Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária á saúde** / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.

_____**.**. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 904 de 29 de maio de 2013**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 29 abr. 2013.

_____. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. - São Luís, 2016a.

_____. Ministério da Saúde (BR), **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016b . Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf.

_____. **Relatório Final da Oficina de Alinhamento Conceitual sobre Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde**. Ministério Da Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde Brasília – DF, 2017.

_____.. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

CABRAL, F.B.; HIRT, L.M.; VAN DER SAND, I.C.P. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Rev Esc Enferm** USP, v. 47, n. 2, p. 281-7, 2013.

CARVALHO, M. J. L. N. et al. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 36 n. 1, jan/mar, 2018.

CERON, M. I.; BARBIERI, Â.; FONSECA, L. M.; FEDOSSE, E. Assistência pré-natal na percepção de puérperas provenientes de diferentes serviços de saúde. **Rev. CEFAC.** Mai-Jun; v. 15, n. 3, p. 653-662, 2013.

CORRÊA, M. S. M.; FELICIANO, K. V. O.; PEDROSA, E. N.; SOUZA, A. I. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017.

COSTA, C. S. C.; VILA, V. S. C.; RODRIGUES, F. M.; MARTINS, C. A.; PINHO, L. M. O. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.** 2013 abr/jun; v. 15, n. 2, p. 516-22. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.1563.

FRACOLLI, L. A.; CASTRO, D. F. A. Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho**. O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 427-432, 2012.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**; v. 20, n. p. 190-98, 2016.

JORGE, H. M. F.; HIPÓLITO, M. C. V.; MASSON, V. A. SILVA, R. M. Assistência Pré-Natal E Políticas Públicas de Saúde da Mulher: Revisão Integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 140-148, jan./mar., 2015.

LAPORTE-PINFILDI, A.S.C.et al. Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério: percepção dos gestores da Atenção Básica à Saúde. **Rev. Nutr**., v.29, n.1, pp.109-123, 2016.

MEDEIROS, L. S.; COSTA, A. C. M. Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev Rene.,** v. 17, n. 1, p. 112-9, 2016.

MOURA, R. C. M. et al. Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Enferm. Foco**; v. 9, n. 4, p. 60-65, 2018.

TAVARES, J.S.; RODRIGUES, D.C.; SANTOS, M.C.S. et al. Protocolos da Atenção Básica: Saúde Das Mulheres. **Rev enferm UFPE on line.,** Recife, v. 12, n. 2, p. 589-91, fev., 2018.

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de avaliação para especialistas (consórcio agree ii, 2009)

Data: ____/____/____ Nº: _____

PESQUISA: VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA ASSISTÊNCIA INTERPROFISSIONAL À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Parte I – IDENTIFICAÇÃO

Nome do avaliador:_____
Profissão: _____
Tempo de formação: _____
Área de trabalho: _____
Instituição: _____
Função/cargo na instituição: _____
Tempo de trabalho na área: _____
Titulação: ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado
Especificar: _____
Tema do trabalho de conclusão (Especialização/Dissertação/Tese):
_____
Publicação de pesquisa envolvendo a temática:
( ) Assistência obstétrica ( ) Saúde da Mulher ( ) Validação de instrumentos
( ) Saúde da Família ( ) Construção de protocolos ( ) Outros (especificar):
_____

Parte II – INSTRUÇÕES

Por gentileza, leia minunciosamente o protocolo. Em seguida, analise o instrumento marcando um 'X' em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo:
Valoração:

1	Discordo totalmente
2	Discordo parcialmente
3	Discordo
4	Concordo
5	Concordo parcialmente
6	Concordo totalmente

Sugestões:_____

_____

_____

_____

Classifique a qualidade global da presente diretriz:

1 Qualidade mais baixa possível	2	3	4	5	6	7 Qualidade mais alta possível

Domínio 1: Escopo e finalidade						
1. O(s) objetivo(s) geral(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).	1	2	3	4	5	6
2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).	1	2	3	4	5	6
3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita	1	2	3	4	5	6
Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas						
4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.	1	2	3	4	5	6
5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.)	1	2	3	4	5	6
6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.	1	2	3	4	5	6
Domínio 3. Rigor do desenvolvimento						
7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências	1	2	3	4	5	6
8. Os pontos fortes e limitações do conjunto de evidências estão claramente descritos.	1	2	3	4	5	6
9. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos. Nenhuma alteração.	1	2	3	4	5	6
10. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.	1	2	3	4	5	6
11. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte.	1	2	3	4	5	6
12. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação	1	2	3	4	5	6
13. O procedimento para atualização da diretriz está disponível.	1	2	3	4	5	6
Domínio 4. Clareza da apresentação						
As recomendações são específicas e sem ambigüidade	1	2	3	4	5	6
As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.	1	2	3	4	5	6
17. As recomendações -chave são facilmente identificadas.	1	2	3	4	5	6
Domínio 5. Aplicabilidade						
A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.	1	2	3	4	5	6
A diretriz descreve as facilidades e barreiras para sua aplicação	1	2	3	4	5	6
Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da utilização das recomendações.	1	2	3	4	5	6
A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.	1	2	3	4	5	6
Domínio 6. Independência editorial						
O parecer do órgão financiador não exerce influência sobre o conteúdo da diretriz	1	2	3	4	5	6
Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.	1	2	3	4	5	6

Eu recomendo o uso desta diretriz:

Sim

Sim, com modificações

Não

Agradecemos sua contribuição!

ANEXO B - Aprovação do comitê de ética em pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA ASSISTÊNCIA INTERPROFISSIONAL À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09347919.3.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.210.038

Apresentação do Projeto:

A maioria das mudanças puerperais são fisiológicas. Contudo, muitas delas resultam em situações de vulnerabilidades que podem afetar inadequadamente a saúde materno-infantil. Sobre essa ótica, surge a necessidade de atuação interdisciplinar por meio de cuidados à mulher, verificando-se, nos locais onde a equipe atua com autonomia, resultados satisfatórios. Objetiva-se, no presente estudo, elaborar e validar um protocolo clínico de assistência interprofissional à puérpera no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de estudo metodológico, desenvolvido em quatro fases: a primeira será aplicada um questionário aos profissionais da atenção primária, com o objetivo de verificar a situação prática dos atendimentos realizados à mulher no puerpério, a segunda, o desenvolvimento do protocolo, com estruturação da revisão integrativa, definição do conteúdo do protocolo, a terceira será a validação de aparência e conteúdo por juízes, por meio do instrumento AGREE II. Após análise e sugestões realizadas pelos juízes, o protocolo passará por processo de adequação. Na quarta etapa será impresso e apresentado sua versão final aos profissionais do serviço de saúde para utilização. Os dados serão coletados por meio de questionário e inseridos no banco de dados do Programa Excel da Microsoft Windows versão 2010 e, em seguida, transpostos para o software Statistical Package for Social Sciences versão 18.0, em que serão realizadas as análises estatísticas. Para análise do Instrumento AGREE II será usado a pontuação de cada domínio. Na análise dos aspectos qualitativos será usado o Teste Kappa em que corrige a chance de concordância entre os juízes. O projeto passará pela aprovação do Comitê

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Continuação do Parecer: 3.210.039

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1288293.pdf	08/03/2019 17:09:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/03/2019 12:55:00	CANDICE FEITOSA DE ALENCAR MENDES	Aceito
Outros	anuencia.pdf	01/03/2019 12:54:00	CANDICE FEITOSA DE ALENCAR MENDES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	04/02/2019 16:14:22	Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	04/02/2019 16:09:39	Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FORTALEZA, 20 de Março de 2019

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9908 **E-mail:** cep@uece.br