

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA LUZIA PEREIRA ALVES

**MEDIDAS EDUCATIVAS DIRIGIDAS ÀS PUÉRPERAS DA UNIDADE MISTA
FRANCISCO DE ASSIS CHATEAUBRIAND DO MUNICÍPIO DO CARPINA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA LUZIA PEREIRA ALVES

**MEDIDAS EDUCATIVAS DIRECIONADAS AS PUÉRPERAS DA UNIDADE MISTA
DE FRANCISCO ASSIS CHATEAUBRIAND MUNICÍPIO DO CARPINA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – SAÚDE MATERNA NEONATAL E DO LACTENTE do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Msc. Micheline Fátima Da Silva

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado PROJETO DE INTERVENÇÃO DE MEDIDAS EDUCATIVAS DIRIGIDAS ÀS PUÉRPERAS DA UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEAUBRIAND MUNICÍPIO DE CARPINA de autoria do aluno MARIA LUZIA PEREIRA ALVES foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área SAÚDE MATERNA NEONATAL E DO LACTENTE

Profa Msc. Michelini Fátima Da Silva
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida que hoje vivo,

A família que tenho meu esposo, meus filhos, Arthur, Ana.

e Miguel, agradeço a meus pais por me ensinarem a persistir sempre,
aos amigos, em especial Betânia minha parceira de plantão. Aos professores
que me conduziram até a conclusão do curso. A todos muito obrigada!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
3 MÉTODO.....	7
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	10
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	11
REFERÊNCIAS.....	12
APÊNDICES E ANEXOS.....	15

RESUMO

O presente estudo trata-se de um projeto de intervenção de ações educativas dirigidas as puérperas da unidade mista Francisco de Assis Chateaubriand do município de Carpina. No puerpério a mulher enfrenta profundas transformações anatômicas, psíquicas e físicas, sendo o retorno ao estado não gravídico lento e gradativo durando cerca de seis a oito semanas. O estudo apresenta uma proposta de implantação de uma cartilha de orientações com medidas educativas para a prevenção de agravos e complicações no puerpério, a cartilha deverá ser apresentada às puérperas pelos enfermeiros do serviço, os quais durante o desenvolvimento do estudo serão capacitados para assistir as puérperas de maneira humanizada, com foco no parto e puerpério, fazendo uso da cartilha. Estas ações devem ser implantadas para que as mães sejam orientadas a prevenir e a reconhecer sinais e sintomas de complicações e agravos no puerpério assim como sejam capazes de realizar o auto cuidado e o cuidado com o recém-nascido, a ponto de manter um puerpério sadio e estabelecer um desenvolvimento saudável para o recém-nascido, reduzindo a mortalidade da mulher e da criança..

1 INTRODUÇÃO

A concepção e a maternidade faz surgir na vida da mulher grandes desafios, novas responsabilidades e muitas vezes as mulheres apresentam sentimentos de insegurança, conflitos, imaturidade, falta de habilidades, medos, tudo influenciado pelo cenário onde a puérpera vive. Faz-se importante respeitar e valorizar os saberes prévios das mulheres, para que possamos intervir com medidas educativas como propõe o presente estudo.

Para assistir a mulher no puerpério a equipe de enfermagem necessita esta focada na totalidade da puérpera e do recém-nascido é preciso considerar a reorganização psíquica, familiar e social das puérperas. Faz-se necessário observar à relação do binômio mãe e filho, a intensidade da interação, do contato visual e verbal, a conduta das mães ao amamentar, o apego ao filho, estimular as mulheres a expressar seus sentimentos, medos e aflições, para então planejar como e o que ofertar a estas mulheres como assistência de enfermagem, podendo assim desempenhar ações humanizadas com foco na prevenção de complicações, na oferta de conforto físico e emocional estas ações auxiliam as puérperas a cuidar de si e de seus filhos neste momento o papel de educador da enfermagem se potencializa(KALINOWSK;LUISACANESTRARO,2011). A educação em saúde deve ser uma prática compartilhada de saberes capaz de aumentar a capacidade das pessoas em fazerem escolhas conscientes em relação a sua própria saúde.

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida humana, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais a situação de desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A classe feminina é mais vulnerável a certas doenças e causas de morte, por está intimamente relacionada a discriminação social e outros fatores(MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitadas nesse período, as demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas de assistência voltados para saúde da mulher e da criança nas décadas de 30, 50, e 70, tinha o olhar restrito voltado apenas para a especificidade biológica da mulher no seu papel de mãe e de doméstica, responsável pela criação, pela educação, pelo cuidado da saúde dos

filhos e de demais familiares. Análises evidenciam que esses programas preconizavam ações estratégicas de proteção a grupos de risco como é o caso de gestantes e crianças, outra característica desses programas era a verticalização, ou seja, a falta de integração entre os outros programas e ações do governo federal. As metas eram definidas pelo nível central sem qualquer avaliação das necessidades locais, assim as intervenções eram fragmentadas e os resultados eram de baixo impacto, sobre os indicadores de saúde da mulher. A mulher na grande maioria das vezes só tinha algum acesso a cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Visando o enfrentamento destes problemas o Ministério da Saúde lança o PAISM (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER)(MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011). Que estabelece a visão da mulher como um todo e não somente no que confere as ações entre o binômio mãe-filho. Nesse sentido, o PAISM direciona suas ações para as necessidades do pré-natal, assistência ao parto e puerpério, bem como na assistência direta a prevenção do câncer doenças sexualmente transmissíveis (DST), assistência ao adolescente, a menopausa e a concepção (BRASIL, 2009). Com o passar dos anos vai se fortalecendo e ficam mais bem compreendidas as ações focadas na mulher em todo seu ciclo de vida e em momentos especiais, especialmente a gestação e o nascimento.

O Sistema Único De Saúde (SUS) baseado na constituição federal de 1988, na lei 8080 e lei 8142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS). Consolidam o processo de municipalização das ações de saúde em todo o País. Estas ações permite a reorganização dos serviços de saúde em todo o Brasil (BRASIL 2009). Estas medidas devem ser adotadas de maneira integral em todas as regiões do Brasil e para que as mulheres sejam assistidas de maneira universal os órgãos governamentais e não governamentais não economizam esforços em ações que contribuam para a qualificação dos profissionais adequação dos serviços e oferta de vagas sempre para as gestantes, isto pode ser evidenciado pela redução da mortalidade da mulher e da criança em todo o país, observadas a partir da implantação das políticas públicas criadas pelo governo brasileiro nos últimos anos as quais contribuem para garantir a oferta de serviços de saúde a população feminina.

Atualmente o Ministério da saúde insiste na implementação do pacto pela redução da Mortalidade com qualificação das equipes ampliação e ambiência das maternidades, expansão da Estratégia Saúde da Família além da implantação do Programa Rede Cegonha, que preconiza a assistência humanizada ao parto e ao nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011).

Hoje podemos ressaltar a participação efetiva do enfermeiro como educador que apresenta em sua prática assistencial a aplicação de orientações de educação em saúde voltadas para mulheres no período pré e pós-natal e em todo o ciclo evolutivo da vida da mulher visando garantir a assistência integral a tríade pai- mãe-filho. Essa nova forma de cuidado é vista como o cuidado centrado na família, ressalta-se a prática do cuidado com trocas de conhecimento produzindo o bem estar da família. Considerando o exposto proponho a capacitação dos profissionais da enfermagem para atendimento humanizado ao parto e nascimento e construção de uma cartilha educativa para aplicação no puerpério.

OBJETIVOS

Elaborar e aplicar uma cartilha de intervenções educativas para as mulheres do puerpério da unidade mista Francisco de Assis Chateaubriand, município de Carpina.

Treinar e qualificar os profissionais de enfermagem para atenção ao parto e puerpério humanizado assim como para as intervenções educativas e a aplicação da cartilha.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Após o processo de implantação e implementação do SUS o novo programa de saúde da mulher inclui ações educativas , preventivas , de diagnóstico, tratamento e recuperação, oferta a assistência a saúde da mulher de forma globalizada estando inclusa ações de saúde de clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério ,no climatério, em planejamento familiar, DST's, câncer de colo de útero ,e de mama além de outras necessidades identificadas e a partir do perfil populacional das mulheres (COELHO, 2003).

Os indicadores epidemiológicos do Brasil apontam uma realidade na qual estão presentes doenças de países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) que convivem com doenças típicas de países em desenvolvimento (mortalidade materna, mortalidade infantil e desnutrição)(BRASIL 2009).

A mortalidade materna pode ser usada como indicador de saúde de uma população. A partir da avaliação das condições e de como morrem as mulheres ,pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmica familiar com violência presente, sobretudo dificuldade de acesso a serviços de saúde de boa qualidade (COELHO 2003).

Nas duas últimas décadas vivenciamos no Brasil grandes avanços tecnológicos assim como na área do cuidado com relação à saúde da mulher, podemos observar a redução da mortalidade materna , segundo dados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e do sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC) em 1990 estava em torno de 140 (cento e quarenta) morte de mulheres a cada 100.000 (cem mil) nascidos vivo, com a prática do novo Modelo de Atenção a saúde em 2007 este número caiu para 75 (setenta e cinco) mortes para cada 100.000 (cem mil) nascidos vivo, a meta é reduzir este número para índices cada vez menores (BRASIL 2009).

Faz-se necessário citar que o Ministério da Saúde em parceria com os Estados da federação e os municípios vem investindo em ações focadas para a Redução da mortalidade da mulher e da criança, com ações de qualificação de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) , expansão das Equipes de Saúde da Família(ESF), fortalecimento da atenção ao parto e nascimento com bases nas diretrizes do programa Rede Cegonha são ações determinantes para redução da mortalidade materna e infantil.

Considerando que 70% das mulheres são usuárias do SUS e que 65% dos óbitos maternos ocorrem no momento do parto, assim como a principal causa de morte em crianças menores de um ano são as afecções perinatais e estão associadas as condições do nascimento e a qualidade da assistência à gravidez , ao parto e ao recém – nascido(BEZERRA JULHO, KERR et, al. 2007).

Faz-se necessário intensificar ações de orientações no puerpério para minimizar complicações e agravos.

A assistência ao parto no Brasil não é homogênea a grande maioria acontece no ambiente hospitalar, porém marcados por intervenções desnecessárias como cesarianas partos fórceps. Ocorre ainda a separação da mulher de sua família e do seu conceito, ou seja, separam o binômio mãe e filho quando atualmente se preconiza o alojamento conjunto momento onde mãe e filho poderão ter os primeiros contatos, a proximidade do binômio permite a melhor adaptação não havendo quebra do vínculo entre mãe e filho, podemos ainda falar que o alojamento conjunto favorece ao pai sua participação com acolhida do RN podendo participar em conjunto com a puérpera dos primeiros momentos de vida do filho, fortalecendo o vínculo familiar que deve ser preservado.

Neste momento a mulher encontra-se fragilizada necessitando de apoio emocional. Por outro lado em muitas regiões do Brasil os partos acontecem em domicílios principalmente nas áreas ribeirinhas e rurais onde a assistência é feita por parteiras tradicionais em geral as parteiras trabalham de forma isoladas sem apoio dos serviços de saúde, a maioria sem capacitação, como consequência dessas ações os partos ocorrem em condições precárias e não são notificados nos sistemas de informação em saúde. Porém atualmente no Brasil existe ações do Ministério da Saúde para treinamentos e capacitações desta parteiras (MINISTÉRIO A SAÚDE 2009)

O Puerpério, momento que difere de mulher para mulher, onde o corpo feminino sofre profundas modificações anatômicas e psíquicas para o retorno gradativo ao estado não gravídico em concomitante a mulher desempenha o exercício da maternidade.

Segundo (RESENDE/MOTENEGRO1995) Neste período a mulher sofre transformações genitais, estruturais e endócrinas que perduram até a total involução uterina e demais órgãos, podendo durar cerca de seis semanas, embora seja aceitável dividir o momento que sucede o parto em: Pós-parto imediato (1º ao 10 dia); Pós- parto tardio (do 10º ao 45º dia); Pós- parto remoto (além do 45º dia).

Nas primeiras horas pós-parto a mulher enfrenta grandes riscos como hemorragias que são evitadas pela contratilidade uterina, percebida com a formação do globo de segurança de Pinard quando ocorre a homeostase do sítio de inserção placentária. O útero alcança a cicatriz umbilical apresentando consistência firme. Estes eventos caracterizam a involução uterina que acontece em ritmo irregular a uma razão de aproximadamente 1cm por dia de modo que no décimo dia já não será palpado acima da sínfise púbica.

O sangramento genital que caracteriza as perdas vaginais denomina-se lóquios. Nas primeiras horas o fluxo é sanguinolento de volume variável, não ultrapassando volume do fluxo menstrual, no decorrer dos dias sua coloração fica acastanhada tornando-se gradativamente serossanguíneos por volta do 10º dia, quando finalmente torna-se apenas seroso, apresenta odor é característico e

na maioria das vezes depende da flora vaginal da mulher, torna-se fétido quando ocorre infecções.

Ainda no pós-parto imediato a mulher apresenta vagina edemaciada, congesta, e com grande relaxamento das paredes são alterações que regridem após os dois primeiros dias. A atrofia vaginal acontece devido o hipoestrogenismo, considerada crise vaginal, sua recuperação se inicia por volta do 25º dia, fato comum para as que apresentaram parto normal ou cesária. Embora a rugosidade da mucosa retorne gradativamente a redução da mesma é evidenciada a cada parto

Os cuidados com a vulva e o períneo incluem a higiene meticulosa e o emprego de bolsas de gelo (crioterapia) sobre o períneo para reduzir o edema e o desconforto. Recomenda-se também a deambulação precoce . estudos apontam a redução do risco de trombose venosa puerperal e de embolia pulmonar com a indicação desta conduta no puerpério imediato.

Podem surgir queixas urinárias como hematúria e incontinência, resultantes do edema e da fragilidade capilar da mucosa uretral, desaparecendo em poucas horas . Pode acontecer retenção urinárias necessitando de sondagem uretral de alívio

Ainda no puerpério a mulher necessita receber orientações quanto às condições do do seu corpo e o retorno ao estado não gravídico, estimular a adesão ao aleitamento materno, explicar a importância do aleitamento materno falando das vantagens e desvantagens. Alertá-la para a realização do planejamento familiar, apresentando os métodos contraceptivos, fazer a mulher identificar as situações de risco e saber conduzi-la. Avaliar a interação entre mãe e recém-nascido , Está atenta a labilidade emocional da mulher diferenciando da depressão patológica havendo necessidade deverá ser encaminhar para referência estimular o cuidado e o auto cuidado; observar as ações realizadas no pré-natal e realiza-las caso estejam incompletas como imunização, resgate de exames entre outros. Quanto a alimentação da puérpera , não existe grandes restrições deve-se estimular a incluir no cardápio alimentos ricos em fibras, ferro, cálcio, evitar condimentados, conservantes e corantes, ingerir muita água. Estas ações devem ser implantadas e implementadas na Unidade mista Francisco de Assis Chateaubriand município do Carpina para que as puérperas deste município sejam orientadas a prevenir e a reconhecer sinais e sintomas de complicações e agravos no puerpério assim como sejam capazes de realizar o cuidado com o recém-nascido e o auto cuidado a ponto de manter um puerpério sadio e estabelecer um desenvolvimento saudável para o recém-nascido, reduzindo a mortalidade da mulher e da criança além de promover a adequação da assistência prestada as mulheres no puerpério na unidade mista Francisco de Assis Chateaubriand no município do Carpina.

3 MÉTODO

O presente estudo baseia-se na tecnologia da concepção, trata-se do projeto de intervenção educativa dirigido as mulheres do puerpério da unidade mista Francisco de Assis Chateaubriand município do Carpina. Trata-se de uma proposta para capacitação da equipe de enfermagem e implantação de uma cartilha de orientações de enfermagem para as mulheres no puerpério com o propósito de treiná-las a reconhecer sinais de complicações e agravos no puerpério, e assim torná-las capazes de exercer o cuidado com o bebê e com o próprio corpo, mantendo um puerpério sadio e promovendo desenvolvimento saudável para a criança.

O estudo acontecerá em três momentos, 1º momento, capacitação da equipe de enfermagem com oficina de oito horas (08hs) para atendimento ao parto e nascimento humanizado, com apresentação de proposta para cartilha de intervenções educativas em plenária até maio de 2014. 2º momento, Confecção final da cartilha de intervenções educativas até junho de 2014, 3º momento, aplicação da cartilha com intervenções educativas para as puérperas, ações que deverão ser implantadas como rotina do serviço.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL

O município de Carpina está localizado na zona da mata norte a 54km da capital pernambucana Recife, apresenta área geográfica de 146,124 km cuja população estimada pelo IBGE 2013, é de 79.308 pessoas sendo cerca de 40.300 do sexo feminino, com um IDH de 0,680. Sua densidade demográfica é

516,51 habitantes por km (IBGE2010) limita-se ao norte com Nazaré da Mata, ao sul com Lagoa de Itaenga e Lagoa do Carro, ao leste com Paudalho e ao oeste com Limoeiro, seu clima é tropical, sua economia está baseada no comércio, na pecuária, e na agricultura destacando-se pela produção da cana de açúcar, culturalmente falando realiza grandes eventos populares como , carnaval, a festa do padroeiro São José.

Considerada polo cultural do circuito do forró pernambucano, além de possuir grupos de artesãos que são fontes de emprego e renda para a região.

A assistência a saúde da população carpinense está organizada com uma rede de atenção primária composta por Dezoito Unidades Básicas de Saúde da Família, Dez Equipes de Saúde Bucal, possui Cento e Cinquenta e Seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Quarenta e Dois Agentes de Combate a Endemias com supervisor, Uma Equipe de Vigilância em saúde , Três (Núcleo de apoio a saúde da família) NASF 1 , Um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Para o atendimento de média complexidade possui uma equipe de controle e regulação , um laboratório municipal e um ambulatório de especialidades. Para o atendimento Pré-Hospitalar esta disponibilizado Duas viaturas do SAMU, Uma para atendimento básico e outra para atendimento avançado com equipe médica especializada. Quanto a assistência a saúde da mulher e da criança o município está vinculado a rede credenciada a II Regional de Saúde, possui uma Unidade Mista que atende cerca de trezentos quatrocentos paciente dia. Vale ressaltar que nossos pacientes são oriundos da rede básica municipal de saúde e de municípios vizinhos como: Lagoa do Carro, Lagoa de Itaenga, Tracunhaém, Vicência, Aliança, Buenos Aires, Paudalho e Outros. A Unidade Mista Francisco de Assis Chateaubriand foi fundada em 1953 no governo do Prefeito José Francisco Moraes, como posto de puericultura posteriormente foram realizadas algumas reformas e passou a funcionar como serviço de médio porte com atendimento de Urgência e Emergência, Clínica Medica, Cirúrgica e Obstetrícia, tinha sua administração financeira regida pelo estado. Atualmente este serviço está sob a administração financeira do Município e funciona também com oferta ampliada de atendimento de Urgência Pediátrica e Radiológica. Temos em nossa equipe 15 (quinze) médicos Generalistas, 05 (cinco) Pediatras, 06 (seis) cirurgiões, 03 (três) Anestesistas, 15 (quinze) Enfermeiros uma equipe de classificação de risco; e 70 (setenta) Técnicos de Enfermagem.

A clínica Obstétrica oferece atendimento para partos de risco habitual, realizando assim uma média de Dezesesseis partos por mês, totalizando cerca de 132 (cem á cento e trinta e dois) Partos por ano, vale ressaltar que segundo dados do SINAN 2010, cerca de 429 mulheres carpinense dão á luz a seus filhos por parto transpelviano em outros serviços da região, sob esta ótica averiguamos que necessitamos fortalecer a assistência ao parto e nascimento para resgatar e atender essa demanda em nosso serviço.

A assistência prestada ao binômio mãe/filho é realizada por profissionais capacitados (Enfermeira Obstétrica) e técnicos habilitados em obstetrícia. Hoje a estrutura física da clínica

obstétrica é composta por uma sala para triagem obstétrica, uma enfermaria de expectativa com dois leitos, duas enfermarias para alojamento conjunto totalizando dez leitos, uma sala de parto, ocupando uma área física medindo em torno de 135 m.²

CRONOGRAMA

AÇÕES PROPOSTA	META	CARGA HORÁRIA
Capacitar a equipe de enfermagem para assistência ao parto e nascimento humanizado e elaboração de cartilha educativa	Profissionais treinados. Coletar propostas, sugestões para elaboração da cartilha.	08 hs
Finalizar a cartilha elaborada	Cartilha educativa totalmente finalizada.	
Iniciar a operação da cartilha	Intervenções educativas com apresentação da cartilha educativa.	

AÇÕES PROPOSTAS	Maio	Junho
Capacitação da equipe de enfermagem com oficina de oito horas (08hs) para atendimento ao parto e nascimento humanizado, com apresentação de proposta para cartilha de intervenções educativas em plenária.	X	
Confecção final da cartilha de intervenções educativas	X	
Aplicação da cartilha com intervenções educativas para as puérperas,		X

O estudo acontecerá em três momentos, 1º momento, capacitação da equipe de enfermagem com oficina de oito horas (08hs) para atendimento ao parto e nascimento humanizado, com apresentação de proposta para cartilha de intervenções educativas em plenária até maio de 2014. 2º momento, Confecção final da cartilha de intervenções educativas até junho de 2014, 3º momento, aplicação da cartilha com intervenções educativas para as puérperas, ações que deverão ser implantadas como rotina do serviço.

OBS , MICHELINE PEÇO QUE ESCOLHA O MELHOR CRONOGRAMA!

4 RESULTADO ESPERADOS

Fortalecer a atenção à saúde da mulher e da criança com foco no parto e nascimento humanizado.

Aumentar o número de partos normais na unidade mista Francisco de Assis Chateaubriand, ofertando uma assistência humanizada atendendo a demanda reprimida.

Apresentar equipe de enfermagem treinada e habilitada de acordo com o novo olhar da assistência humanizada e com papel educador, para orientar e assistir as mulheres no puerpério,

Alcançar maior número de mulheres e recém-nascidos com o cartão de vacina atualizado.

Reduzir a morbimortalidade da mulher e da criança por complicações no puerpério e período neonatal no município de Carpina

Conscientizar as puérperas quanto à necessidade de retorno ao PSF no pós-parto para consulta puerperal e acompanhamento da criança na puericultura.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria das alterações que surgem após o parto é fisiológica, produzem manifestações sobre o corpo da mulher, que muitas vezes, são percebidas como “doenças”. Porém cabe aos profissionais que acompanham as mulheres no período perinatal e em especial no parto e puerpério fazer intervenções educativas, para correta interpretação desta fase, sem banalizar suas queixas; pois as orientações são válidas principalmente para os sintomas ocasionais e transitórios, que na maioria das vezes desaparecem com as intervenções sem o uso de medicamentos.

São necessárias ações que promovam a viabilidade de se implantar atenção a Saúde da mulher em rede, com foco na educação e saúde permitindo assim o funcionamento do sistema de referência e contra referência, pois os profissionais e as mulheres poderão se apoderar de informações preciosas das intercorrências e da assistência perinatal a qual a foi submetida podendo ela mesma ser protagonista de sua história de saúde, além de assegurar um acompanhamento qualificado e direcionado de acordo com as necessidades apresentadas isto viabiliza o fluxo e resolutividade de ações entre a atenção básica e o serviço especializado.

REFERÊNCIA

ALMEIDA, M. F. et al. **Sistemas de Informação e Mortalidade Peri natal**: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. Rev. Bras. Epidemiol. v. 9, n. 1, p. 56-68, Mar. 2006.

ALENCAR, C. A. Jr. **Manual de Orientação FEBRASGO**: Assistência Pré-Natal, São Paulo, p.139. 2000.

ALVES F°, N; CORRÊA, M. D. **Manual de Perinatologia** : História, Evolução, e Perspectivas . 2. ed. – Rio de Janeiro : Medsi., p. 01-20. 1995.

AUMANN, Gretchen M, BAIRD, Margaret M. **Avaliação do risco em gestantes**. Trad. Walkiria Settineri e Mauro Bertuol. In: KNUPPEL, Robert A, DRUKKER, Joan E. **Alto risco em obstetrícia**: um enfoque multidisciplinar. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.13-36.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada – **Manual Técnico da Saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília Ministério da Saúde 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada – **Manual Técnico da Saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília Ministério da Saúde 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Departamento de ações Programáticas Estratégicas**. Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal; 2009-2010/Ministério da Saúde 2010.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas- 1.ed, 2, reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Departamento de ações Programáticas Estratégicas**. Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal; 2009-2010/Ministério da Saúde 2010.

COSTA, Ana Maria; CECATTI, José Guilherme; SORRENTINO, Sara Romera; CANELLA, Paulo R. B; ARAÚJO, Oliveira. **Saúde Materna**: componente essencial dos direitos reprodutivos. Rede Nacional dos Direitos Reprodutivos. São Paulo, 1997.

COSTA, E.M.A.; CARBONE, M. H. *Saúde da família* – Rubio, 2004. **Uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro (RJ).

DUNCAN, Bruce B. Medicina Ambulatorial Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidencias/Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidr, Elsa R.J. Giuguaní... (et. al.)- 3 ed – Porto Alegre: Artmed, 2004. **Medicina Ambulatorial I**. Schmidr, Maria Inês II. Giugliani, Elsa R.J. III Título. CDU. 612.01/6/873.

EUCLIDES, M. P. **Nutrição do lactente**. 3 ed. Viçosa: Suprema, 2005.

Fonte de dados do Programa SISPRENATAL, SINAN, SIM, SINASC, SIABMUN.

GUIMARÃES, Gisele Perin, Educação em saúde como espaço dialogado para a vivenciada gravidez da alto risco/Gisele Perin Guimarães; orientadora, Jussara Gue Martini, Florianópolis, SC, 2013. 225P. Tese de doutorado Universidade Federal de Santa Catarina, centro de ciências da saúde. Programa de pós graduação em enfermagem.

KALINOWSKI, Luisa Canestraro: **Vivência do cuidado pela puérpera primípara no contexto domiciliar**. Olhar da enfermeira/Luisa Canestraro Kalinowski-Curitiba . 2011.141.:II,30cm

LANSKY, S; FRANÇA, E ; LEAL, M. C. - **Mortalidade Perinatal e Evitabilidade** - Revisão de Literatura . 1990 até 2000. Rev. Saúde Pública, Brasil, v.36, n.6, p.759-772, Dez. 2002 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006

OLIVEIRA, Roberta Gondim de (Org.). **Qualificação de Gestores do SUS/** Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior – Rio de Janeiro, RJ. EDA/ENSP, 2009. 404p.

Revista Brasileira de Saúde da Família. Ano X, número 23, jul/setembro 2009. Ministério da saúde. Secretaria de atenção a Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília/DF.

Revista Brasileira de Saúde da Família. Ano X, número 21 (Jan./Mar, 2009). **Ministério da Saúde 2009**. Secretaria de atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília/DF.

VITOLLO, MR. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009

