



# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola  
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

O tratamento dispensado à puérpera e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal.

A assistência de enfermagem no período perinatal deve ter como características importantes a qualidade e a humanização. Os profissionais devem acolher a puérpera, o RN e seus familiares, além de identificar sintomas que configurem distorções na adaptação “normal” característica do puerpério.

## AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Revisar relatórios do pré-natal e intraparto.
- Avaliar nível de conforto.
- Avaliar os padrões de sono e repouso.
- Identificar queixas.
- Pesquisar história patológica pregressa, uso de medicações e alergias.
- Realizar a avaliação do útero, lóquios e períneo.
- Pesquisar sinal de Homans.
- Verificar padrões da eliminação urinária.
- Verificar sinais vitais.
- Realizar o exame físico da puérpera.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O diagnóstico de enfermagem é baseado na assistência prestada às puérperas durante a internação no alojamento conjunto, após avaliação de enfermagem de acordo com os problemas identificados:

- Dor aguda
  - Fatores relacionados:
    - Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos ou psicológicos).
  - Características definidoras Subjetivas:
    - Relato verbal da dor.
    - Alteração do apetite.
  - Características definidoras objetivas:
    - Comportamento defensivo.
    - Gestos de proteção.
    - Posicionamento para evitar a dor.
    - Expressão facial da dor.
    - Distúrbio do sono.
    - Comportamento expressivo (gemidos, choro, agitação física, irritação, insônia).

- Amamentação ineficaz
  - Fatores relacionados:
    - Ansiedade ou ambivalência.
    - Conhecimento deficiente.
    - História pregressa de aleitamento materno prejudicado.
    - Interrupção da amamentação.
    - Falta de apoio do cônjuge e da família.
    - Anomalia mamária materna.
    - Cirurgia mamária no passado.
  - Características definidoras subjetivas:
    - Verbalização materna de insatisfação com o processo de amamentação.
    - Persistência dos mamilos doloridos depois da primeira semana de amamentação.
    - Esvaziamento insatisfatório das mamas a cada mamada.
    - Produção inadequada de leite, real ou aparente.
  - Características definidoras objetivas:
    - Sinais detectáveis de ingestão inadequada pelo bebê (redução da diurese, perda de peso sem outra causa associada).
    - Oportunidades insuficientes ou interrompidas para mamar.
    - Incapacidade do bebê de abocanhar corretamente as mamas.
    - O RN arqueia o corpo e chora quando é colocado para mamar.
    - Resiste a soltar a mama ou fica agitado e chora na primeira hora.
    - O RN não responde a medidas para aumentar o conforto.
- Amamentação eficaz.
  - Características definidoras:
    - Deglutição no peito regular e contínua.
    - RN ávido durante o aleitamento materno e satisfeito após a mamada.
    - Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentar.
    - Capacidade da mãe de posicionar a criança para promover uma resposta de preensão da região areolar-mamilar bem sucedida.
  - Fatores relacionados:
    - Fonte de apoio.
    - Estrutura oral da criança normal.
    - Confiança materna.
    - Conhecimento básico sobre amamentação.
    - Estrutura mamária normal.
    - Idade gestacional superior a 34 semanas.
- Risco de infecção
  - Fatores de risco:
    - Conhecimento insuficiente para evitar exposição à patógenos.
    - Imunidade adquirida inadequada.
    - Procedimentos invasivos.
- Constipação intestinal
  - Fatores relacionados:
    - Atividade física insuficiente.
    - Modificação do ambiente.
    - Estresse emocional.

- Características definidoras:
  - Alteração do padrão de evacuação.
  - Incapacidade de evacuar.
  - Dor abdominal.
  - Dor ao evacuar.
  - Fezes duras e ressecadas.
  - Esforço para evacuar.
  
- Risco de sangramento
  - Fatores de risco:
    - Atonia uterina.
    - Retenção da placenta.
  
- Padrão do sono perturbado
  - Fatores de risco:
    - Alteração da temperatura e umidade ambientes.
    - Iluminação.
    - Nível de ruídos.
    - Odores repugnantes.
    - Exposição à luz do dia.
    - Falta de privacidade ou controle do sono.
    - Interrupções do sono por administração de fármacos, monitoramentos, exames laboratoriais.
  
  - Características definidoras
    - Relatos de excitação e hiperatividade.
    - Insatisfação com o sono.
    - Queixas verbais de cansaço.
    - Mudança no padrão normal do sono.
    - Redução da capacidade funcional.
  
- Conforto prejudicado
  - Fatores de risco:
    - A serem definidos.
  
  - Características definidoras:
    - Ansiedade e medo.
    - Padrão de sono perturbado.
    - Incapacidade de relaxar.
    - Escassez de recursos (financeiros, suporte social).
    - Falta de privacidade.
  
- Ansiedade
  - Fatores de risco:
    - Falta de apoio da família ou dos amigos.
    - Comprometimento da capacidade de processar informações.
  
  - Características definidoras:
    - Expressão verbal de medos ou preocupações quanto à realização de alguma atividade ou procedimento.
    - Ansiedade excessiva para realização de alguma atividade ou procedimento.
    - Padrão comportamental malsucedido.

- Medo
  - Fatores de risco:
    - Falta de familiares com a(s) experiência(s) do ambiente.
    - Separação do sistema de apoio em situações potencialmente estressantes (hospitalização, procedimentos ou tratamentos hospitalares).
  - Características definidoras:
    - Estado de alerta exacerbado.
    - Relatos de apreensão e excitação.
    - Aumento da frequência cardíaca e respiratória, elevação da pressão arterial.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Realizar o exame físico céfalocaudal e detalhado na puérpera.
- Verificar sinais vitais da paciente e registrar adequadamente no impresso.
- Reduzir sua ansiedade e medo, identificando possíveis fatores de risco, com intervenções eficazes e específicas para cada fator de risco.
- Estimular a deambulação quando não estiver contraindicada.
- Promover a interação social e estímulo à visita de familiares.
- Orientar durante toda a internação sobre o aleitamento materno, massagem e ordenha.
- Reduzir fatores que provocam a dor na puérpera, promovendo medidas de conforto e a terapêutica adequada para a dor.
- Auxiliar e orientar nos cuidados ao recém-nascido.
- Disponibilizar-se a ouvir possíveis queixas e dúvidas.

## LEITURA SUGERIDA

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Cadernos n.5). Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2015
- BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno -infantil: enfermagem prática.** 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed. 2000.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014.** Porto Alegre: Artmed, 2012.