



Jackson Luís Ferreira **Cantão**
Mariana de Sousa Ribeiro de **Carvalho**
Benedito do Carmo Gomes **Cantão**
[Organizadores]

CUIDADO DE PUÉRPERAS EM PÓS-OPERATÓRIO CESARIANA



CUIDADO DE PUÉRPERAS EM PÓS-OPERATÓRIO CESARIANA

Página deixada em branco de forma intencional

Jackson Luís Ferreira **Cantão**
Mariana de Sousa Ribeiro de **Carvalho**
Benedito do Carmo Gomes **Cantão**
[Organizadores]

CUIDADO DE PUÉRPERAS EM PÓS-OPERATÓRIO CESARIANA



Nota

O conhecimento em ciências da saúde, impulsionado por novas pesquisas e pela experiência clínica em constante expansão, está sujeito a revisões e atualizações frequentes. As informações contidas neste livro, embora baseadas em fontes confiáveis e refletindo o estado da arte no momento da publicação, podem ser suplantadas por novos achados científicos ou por mudanças nas práticas clínicas. Diante da natureza dinâmica das ciências da saúde, o leitor assume um papel indispensável na busca pelo conhecimento atualizado e seguro. A consulta a outras fontes confiáveis, como periódicos científicos indexados e diretrizes clínicas, é fundamental para complementar e confirmar as informações aqui apresentadas. As ciências da saúde, em constante evolução, exigem do leitor uma postura ativa e crítica na busca pelo conhecimento. A informação médica, embora valiosa, deve ser sempre confrontada com outras fontes e discutida com profissionais de saúde qualificados, que podem fornecer orientação personalizada e segura.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) elaborada por Editora Neurus –
Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

C966

Cuidado de puérperas em pós-operatório cesariana / Organização de Jackson Luís Ferreira Cantão, Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho, Benedito do Carmo Gomes Cantão. – Belém: Neurus, 2025.

Programa de Pós-Graduação em Cirurgia e Pesquisa Experimental,
Universidade do Estado do Pará.

Livro em PDF
138 p.

ISBN 978-65-5446-300-3
DOI [10.29327/5588945](https://doi.org/10.29327/5588945)
Link de acesso: <https://doi.org/10.29327/5588945>

1. Parto (Obstetrícia). 2. Recuperação no pós-parto. 3. Cuidados pós-operatórios. 4. Puerpério.
I. Cantão, Jackson Luís Ferreira (Organizador). II. Carvalho, Mariana de Sousa Ribeiro de (Organizadora). III. Cantão, Benedito do Carmo Gomes (Organizador). IV. Título.

CDD 618.4

O conteúdo, os dados, as correções e a confiabilidade são de inteira responsabilidade dos autores.

A Editora Neurus e os respectivos autores desta obra autorizam a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e de pesquisa, desde que citada a fonte. Os conteúdos publicados são de inteira responsabilidade de seus autores. As opiniões neles emitidas não exprimem, necessariamente, o ponto de vista da Editora Neurus.

Editora Neurus
Belém/PA
2025

Editor-chefe

Tássio Ricardo Martins da Costa

Editora-executiva

Raynara Bandeira da Costa

Editora-técnica

Niceane dos Santos Figueiredo Teixeira

Assistente editorial

Jobson da Mota Fonseca

Bibliotecária

Janaina Ramos

2025 by Grupo Editorial Neurus

*Copyright © Grupo Editorial Neurus**Copyright do texto © 2025 Os autores**Copyright da edição © 2025 Grupo**Editorial Neurus*

Direitos para esta edição cedidos ao

Grupo Editorial Neurus pelos autores e organizadores.

Preparação e construção: Os autores**Revisão textual:** Os autores**Revisão ortográfica e gramatical:** Os autores**Projeto gráfico do miolo:** Os autores**Design de capa:** Grupo Neurus**Imagens das capas e do miolo:** www.canva.com

A fim de assegurar a qualidade e a confiabilidade do conteúdo publicado, todos os artigos submetidos a esta editora passam por um processo de revisão por pares, realizado por membros do Conselho Editorial. A avaliação é conduzida de forma anônima, garantindo a imparcialidade e o rigor acadêmico.

O Grupo Editorial Neurus preza pela ética e integridade em suas publicações, adotando medidas para prevenir plágio, falsificação de dados e conflitos de interesse. Qualquer suspeita de má conduta científica será rigorosamente investigada, com base em critérios acadêmicos e éticos.

CONSELHO EDITORIAL

Sting Ray Gouveia Moura Doutor, Universidade Católica de Brasília (UCB). Marabá, Pará, Brasil.

Adriana Letícia dos Santos Gorayeb Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

Ana Caroline Guedes Souza Martins Doutora, Fundação Oswaldo Cruz (INI-FIOCRUZ-RJ). Belém, Pará, Brasil.

Simone Aguiar da Silva Figueira Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

Selma Kazumi da Trindade Noguchi Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

Sarah Lais Rocha Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Carajás, Pará, Brasil.

Suanne Coelho Pinheiro Viana Mestra, Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, Pará, Brasil.

Anne Caroline Gonçalves Lima	Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
Isis Ataíde da Silva	Doutoranda, Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, Pará, Brasil.
Daniel Figueiredo Alves da Silva	Doutor, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
Elcilane Gomes Silva	Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
Alfredo Cardoso Costa	Doutor, Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
Renata Campos de Sousa Borges	Doutora, Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA). Tucuruí, Pará, Brasil.
Nathalie Porfirio Mendes	Mestra, Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, Pará, Brasil.
Leopoldo Silva de Moraes	Doutor, Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, Pará, Brasil.
David José Oliveira Tozetto	Doutor, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Coordenador Adjunto do curso de medicina, UEPA. Marabá, Pará, Brasil.
Elisângela Claudia de Medeiros Moreira	Doutora, Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, Pará, Brasil.
Benedito do Carmo Gomes Cantão	Doutorando, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Tucuruí, Pará, Brasil.
Vanessa Costa Alves Galúcio	Doutora, Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Belém, Pará, Brasil.
Ilza Fernanda Barboza Duarte Rodrigues	Doutoranda, Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Alagoas, Brasil.

INFORMAÇÕES SOBRE OS ORGANIZADORES



Jackson Luís Ferreira Cantão

Bacharel em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrando no Programa de Pós-graduação Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE/UEPA). Pós-graduado em Enfermagem do Trabalho e Saúde Ocupacional pela Faculdade EDUCAMAIS. Docente, Preceptor de Estágio Supervisionado e Coordenador de TCC na Faculdade Para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA). Parauapebas, Pará, Brasil. **Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/7662954609060183>
Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-7946-8064>



Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho

Graduação em Medicina pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Médica Ginecologista, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE/HSPE/SP). Doutorado e Mestrado, IAMSPE/HSPE/SP. Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, IAMSPE/HSPE/SP. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, TEGO; Especialista em Patologia do Trato Genital Inferior; Especialista em Endoscopia Ginecológica. Presidente do Capítulo Pará da ABPTGIC. Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UniFAMAZ). Belém, Pará, Brasil. **Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/6045325873527856>
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6679-5016>



Benedito do Carmo Gomes Cantão

Graduado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará e em Direito pela Faculdade Gamaliel. Doutorando pelo Programa pós-graduação em Biologia Parasitária na Amazônia PPGBPA/UEPA/IEC. Mestre em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE) pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialista em Enfermagem Oncológica e Terapia Intensiva. Docente do Curso de Enfermagem na Universidade do Estado do Pará (UEPA) e na Faculdade Gamaliel. Tucuruí, Pará, Brasil.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9300639695935139>

INFORMAÇÕES SOBRE OS AUTORES

Ademilson Teles do Vale Junior	Enfermeiro, Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão. Mestrando em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE), Universidade do Estado do Pará (UEPA).
Adriela Palhares de Sousa	Enfermagem, Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA).
Alyce das Neves Silva	Bacharel em Enfermagem, Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA).
Amanda da Costa Silveira Sabbá	Cirurgião-dentista, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutorado em Biologia Parasitária na Amazônia, Universidade do Estado do Pará (UEPA).
Anderson Bentes de Lima	Graduado em Farmácia pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Doutor em Biotecnologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA).
Antonio Erlindo Braga Junior	Engenheiro Mecânico, Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutorado em Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR).
Benedito do Carmo Gomes Cantão	Graduado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará e em Direito pela Faculdade Gamaliel. Doutorando pelo Programa pós-graduação em Biologia Parasitária na Amazônia PPGBPA/UEPA/IEC.
Brenda Istefane Mendonça Ferreira	Bacharelado em Enfermagem, Faculdade Para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA)
Charles Alberto Villacorta De Barros	Cirurgião-dentista, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutorado em Biologia Parasitária na Amazônia, Universidade do Estado do Pará (UEPA).
Evila Ellen Sá de Moraes Matias	Enfermeira, Faculdade Unida de Campinas (FACUNICAMPS). Mestranda em Ensino em saúde na Amazônia, (PPGES), Universidade do Estado do Pará (UEPA).
Ione Silva de Oliveira	Enfermeira, Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA).

Jaciane de Souza Nascimento	Enfermeira, Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamael (FATEFIG). Especialista em Enfermagem do Trabalho e Gestão em Segurança do Trabalho, FACUMINAS. Docência de Ensino Superior e Gestão Hospitalar Clínica (FADESA)
Jackson Luís Ferreira Cantão	Bacharel em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrando no Programa de Pós-graduação Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE/UEPA).
Jamille Cristina Conceição Santos	Fisioterapeuta, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pós-graduação de Fisioterapia em Terapia Intensiva, Faculdade Inspirar.
Jenniffer Pamella Balan	Enfermeira, Universidade Paranaense (UNIPAR). Mestranda em Cirurgia e Pesquisa Experimental, Universidade do Estado do Pará (UEPA).
João Vitor Dias Pereira	Médico, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre pelo Programa Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE) da Universidade do Estado do Pará (UEPA).
Juliana Maria Silva de Oliveira	Licenciatura em Educação física, Centro universitário Santo Agostinho.
Leonardo Gomes de Sousa	Enfermeiro, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pediatria e Neonatologia, Faculdade Faveni.
Levy Pereira Vaz	Bacharel em Enfermagem, Unopar
Manuela Desiderati Sousa Faustino	Acadêmica de Enfermagem, Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia.
Marcus Vinícius Henrique Brito	Médico-Cirurgião, Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutorado em Técnicas Operatórias e Cirurgia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho	Médica, Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Doutorado em Ciências da Saúde, Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE).
Michelle Ferreira Cantão	Acadêmica de Enfermagem, UNOPAR
Antonio Nilton Sousa Matos	Biomédico, Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida (FESAR). Mestrando em Química Pura e Aplicada, Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). Parauapebas, PA.
Priscila Xavier de Araújo	Farmacêutica, Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Doutorado em Ciências Médicas e Biológicas, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Rafael Alves Freires	Cirurgião Dentista, Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel (FATEFIG).
Rafaela Lima Alves	Pedagoga, Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA). Neuropsicopedagogia, Faculdade BookPlay.
Tatielle Rosa da Silva Viana	Graduanda em Enfermagem, Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA).
Thiago Cardoso Vianna	Cirurgião Dentista, Faculdade de Odontologia de Campos / RJ. Mestre em Cirurgia e Pesquisa Experimental, UEPA
William Araújo Gomes	Pedagogo, Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA). pós-graduado em Educação Especial e Inclusiva, Faculdade Adelina Moura (FAADEMA).

Página deixada em branco de forma intencional

PREFÁCIO

A experiência do cuidado à mulher no puerpério pós-cesariana exige um olhar técnico, humano e sensível. A presente obra nasce da inquietação compartilhada por profissionais da saúde diante dos desafios encontrados na assistência à puérpera, especialmente nos contextos em que a cesariana, embora muitas vezes necessária, implica em um processo cirúrgico com repercussões físicas, emocionais e sociais importantes.

Este livro foi pensado para preencher uma lacuna relevante na literatura técnico-científica voltada à enfermagem obstétrica e multiprofissional, reunindo conhecimentos atualizados, práticas baseadas em evidências e vivências de campo que refletem a realidade de diversos contextos de atenção à saúde da mulher.

Cada capítulo foi cuidadosamente elaborado por autores com diferentes formações e experiências, o que confere à obra uma visão plural, abrangente e profundamente comprometida com o cuidado integral e humanizado.

Destinada a estudantes, docentes, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, gestores e demais profissionais da área da saúde, esta obra constitui uma ferramenta valiosa para a qualificação do cuidado e o fortalecimento das boas práticas no pós-operatório da cesárea.

Ao longo de sua leitura, o leitor encontrará reflexões críticas, orientações clínicas, protocolos assistenciais e discussões atualizadas que contribuem significativamente para a melhoria dos desfechos maternos e neonatais.

Mais do que um compêndio de informações técnicas, este livro é também um convite ao compromisso ético e à responsabilidade profissional com a saúde da mulher em um dos momentos mais

transformadores de sua vida. Que este material possa inspirar, orientar e transformar práticas, promovendo uma assistência mais segura, acolhedora e eficaz.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	17
CESÁREA	
<i>Jackson Luís Ferreira Cantão; Jenniffer Pamella Balan; Rafaela Lima Alves; Ione Silva De Oliveira; Anderson Bentes De Lima; Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho; Benedito do Carmo Gomes Cantão; Levy Pereira Vaz</i>	
DOI 10.29327/5588945.1-1	
CAPÍTULO 2	31
AVALIAÇÃO INICIAL DA PUÉRPERA	
<i>Jackson Luís Ferreira Cantão; Jenniffer Pamella Balan; Rafaela Lima Alves; Manuela Desiderati Sousa Faustino; Tatielle Rosa da Silva Viana; Antonio Erlindo Braga Junior; Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho; Benedito do Carmo Gomes Cantão</i>	
DOI 10.29327/5588945.1-2	
CAPÍTULO 3	63
CUIDADOS IMEDIATOS NO PÓS-OPERATÓRIO	
<i>Jackson Luís Ferreira Cantão; Jenniffer Pamella Balan; Rafaela Lima Alves; Manuela Desiderati Sousa Faustino; Ademilson Teles Do Vale Junio; Marcus Vinícius Henriques Brito; Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho; Benedito do Carmo Gomes Cantão; Evila Ellen Sá de Moraes Matias; Leonardo Gomes de Sousa</i>	
DOI 10.29327/5588945.1-3	
CAPÍTULO 4	83
AMAMENTAÇÃO	
<i>Jackson Luís Ferreira Cantão; Jenniffer Pamella Balan; Rafaela Lima Alves; Alyce Das Neves Silva; Thiago Cardoso Vianna; Amanda Da Costa Silveira Sabbá; Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho; Benedito do Carmo Gomes Cantão; Jaciane de Souza Nascimento; Rafael Alves Freires</i>	
DOI 10.29327/5588945.1-4	
CAPÍTULO 5	95
CUIDADOS NEONATAIS	
<i>Jackson Luís Ferreira Cantão; Jenniffer Pamella Balan; Rafaela Lima Alves; Ione Silva De Oliveira; Thiago Cardoso Vianna; Charles Alberto Villacorta De Barros; Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho; Benedito do Carmo Gomes Cantão; Michelle Ferreira Cantão; Antonio Nilton Sousa Matos</i>	
DOI 10.29327/5588945.1-5	

CAPÍTULO 6	105
MOBILIZAÇÃO E REABILITAÇÃO	
<i>Jackson Luís Ferreira Cantão; Jenniffer Pamella Balan; Rafaela Lima Alves; Jamille Cristina Conceição Santos; João Vitor Dias Pereira; Ione Silva de Oliveira; Priscila Xavier de Araújo; Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho; Benedito do Carmo Gomes Cantão; Juliana Maria Silva de Oliveira</i>	
DOI 10.29327/5588945.1-6	
CAPÍTULO 7	111
EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PUÉRPERA	
<i>Jackson Luís Ferreira Cantão; Rafaela Lima Alves; Brenda Istefane Mendonça Ferreira; Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho; Benedito do Carmo Gomes Cantão; Jaciane de Souza Nascimento</i>	
DOI 10.29327/5588945.1-7	
CAPÍTULO 8	121
ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PÓS-OPERATÓRIO	
<i>Jackson Luís Ferreira Cantão; Rafaela Lima Alves; Alyce das Neves Silva; Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho; Benedito do Carmo Gomes Cantão; William Araújo Gomes; Adriela Palhares de Sousa</i>	
DOI 10.29327/5588945.1-8	
ÍNDICE REMISSIVO	137



1

CESÁREA

Jackson Luís Ferreira Cantão; Jenniffer Pamella Balan;
Rafaela Lima Alves; Ione Silva de Oliveira; Anderson
Bentes de Lima; Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho;
Benedito do Carmo Gomes Cantão; Levy Pereira Vaz

APRESENTAÇÃO DO CAPÍTULO

A cesárea é um procedimento cirúrgico amplamente conhecido, mas nem sempre compreendido em sua complexidade. Este capítulo estabelece o alicerce para o restante do livro, explorando a definição, as indicações e os contextos em que essa intervenção se torna essencial. Ao comparar o parto normal com a cesárea, esclarecemos as diferenças fisiológicas e emocionais que impactam a experiência da mulher.

Além disso, os aspectos do pós-operatório são introduzidos, fornecendo ao leitor uma visão inicial sobre os desafios e cuidados necessários para a recuperação plena. Aqui começa a jornada para compreender as nuances desse cuidado especializado.

Subtítulos a serem abordados:

- Definição e indicações da cesariana
- Diferenças entre parto normal e cesárea
- Aspectos fisiológicos do pós-operatório

DEFINIÇÃO E INDICAÇÕES DA CESARIA

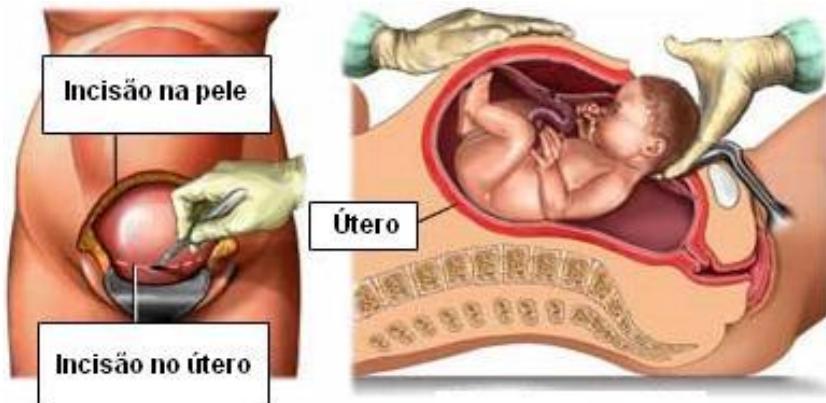
A gestação é um fenômeno fisiológico que, na maioria dos casos, ocorre sem intercorrências e, especialmente, sem a necessidade de intervenções. Este período é reconhecido como uma fase de mudanças graduais e contínuas, abrangendo aspectos físicos, mentais, rotineiros e socioeconômicos (Silva et al., 2020; Martins, 2019).

À medida que a gestação avança, a experiência de gerar o feto (Ser) até o nascimento é um processo socialmente significativo, envolvendo não apenas a mulher, mas também o parceiro e a família, criando uma vivência única. Esses momentos fazem parte do ciclo reprodutivo e são considerados uma das experiências mais importantes da vida humana, com grande potencial de ser positiva e enriquecedora (Santos et al., 2020; Pereira, 2019).

No passado, o nascimento era visto como um evento natural e pessoal, compartilhado entre mulheres e seus familiares, com diversos significados culturais. Entretanto, durante o Renascimento, com os avanços teóricos e práticos, a obstetrícia passou a ser encarada como uma disciplina técnica e científica, majoritariamente dominada pelos homens. Esse movimento favoreceu a hospitalização e a crescente medicalização do corpo feminino, o que resultou na diminuição da autonomia das mulheres e de sua participação ativa no processo do parto (Silva et al., 2020; Oliveira, 2019).

A cesárea é uma intervenção cirúrgica obstétrica realizada para a extração do feto por meio de uma incisão na parede abdominal e no útero. Trata-se de um procedimento amplamente empregado em situações em que o parto vaginal representa risco para a mãe ou o feto. As indicações podem ser classificadas como absolutas, como placenta prévia total e descolamento prematuro de placenta, ou relativas, como apresentação pélvica ou desproporção céfalo-pélvica (Cunningham et al., 2021; WHO, 2022).

Figura 1 – Procedimento Cirúrgico da Cesárea: Incisões e Extração.



Fonte: Rede Nacional Primeira Infância, 2021.

As indicações absolutas incluem condições que inviabilizam o parto vaginal devido ao risco iminente de complicações graves, enquanto as indicações relativas demandam análise clínica detalhada, ponderando os benefícios e riscos associados a cada via de parto (Knight et al., 2019).

Sendo assim, a cesariana é definida como uma cirurgia de emergência ou programada para o parto. De acordo com a *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), a cesariana é indicada principalmente em situações como sofrimento fetal, anomalias na posição do bebê como a apresentação pélvica, (quando a placenta cobre o colo do útero) complicações de saúde materna (como hipertensão ou diabetes gestacional) e complicações do trabalho de parto, como falha na progressão da dilatação e a presença de condições médicas que tornam o parto vaginal perigoso para a mãe ou o bebê (Amorim, 2010; Burke, 2020).

Entre os benefícios da cesariana, destaca-se o controle direto sobre o nascimento em situações emergenciais, permitindo maior segurança para o bebê em caso de complicações. Além disso, ela pode ser vital em situações de gestação múltipla ou quando o bebê está em uma posição que impossibilita o parto vaginal. A realização de uma cesariana pode ser vital para a sobrevivência da mãe e do bebê em certos contextos. Ela permite o

controle imediato do parto, o que é fundamental em emergências obstétricas (Souza et al., 2020).

No entanto, como qualquer procedimento cirúrgico, ela está associada a riscos. Para a mãe, as complicações podem incluir infecções, hemorragias e um tempo de recuperação pós-operatória mais longo, além de riscos em gestações subsequentes, como ruptura uterina e placenta prévia (Nogueira et al., 2020). Para o recém-nascido, a cesariana pode estar relacionada a uma maior incidência de problemas respiratórios devido à falta do processo de compressão torácica natural que ocorre durante o parto vaginal (Martins et al., 2019; Souza et al., 2017).

EPIDEMIOLOGIA DAS TAXAS DE CESARIANA

O aumento das taxas de cesarianas, especialmente em países com sistemas de saúde bem estruturados, como o Brasil, tem sido uma preocupação. Em 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alertou sobre o aumento excessivo da taxa de cesarianas, destacando que a cesariana deve ser realizada apenas quando clinicamente indicada.

A OMS defende que a taxa ideal de cesarianas não deve exceder 15% dos partos, fim de evitar complicações associadas a um aumento excessivo de procedimentos desnecessário (OMS, 2015), mas muitos países, incluindo o Brasil, ultrapassam amplamente essa recomendação. O uso indiscriminado da cesariana sem uma indicação clínica apropriada é associado a riscos desnecessários para as mulheres e bebês (OMS, 2020).

Esse fenômeno é, em parte, resultado de uma mudança cultural, onde a cesariana é vista por algumas mulheres e profissionais de saúde como uma opção mais conveniente ou segura, ainda que nem sempre indicada. Em muitos casos, a decisão pela cesariana ocorre sem considerar adequadamente as recomendações científicas e as preferências da mulher, o que configura um desvio das boas práticas obstétricas (Souza et al., 2020).

Uma nova pesquisa da OMS, 2020, revelou que o uso de cesariana continua aumentando no mundo, representando mais de um em cada cinco (21%) partos. O número deve continuar a aumentar nos próximos anos, com quase um terço (29%) de todos os partos provavelmente ocorrendo por cesariana até 2030, de acordo com a pesquisa.

O plano de parto é um excelente recurso para incentivar a mulher a estudar e a pensar sobre o que ela espera do parto, seus desejos e principalmente quais intervenções está disposta a ser ou não submetida, evitando assim, muitas vezes, as violências obstétricas. Trata-se de um documento escrito, de caráter legal, recomendado pela Organização mundial de saúde (OMS) junto a muitas outras ações denominadas de “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” proposto desde 1996, sendo entendido também como um recurso de humanizar a assistência (Souza et al., 2019).

DIFERENÇA ENTRE PARTO NORMAL E CESARIA

PARTO NORMAL VAGINAL

O parto normal é considerado a via fisiológica e natural de nascimento, ocorrendo pela passagem do bebê pelo canal vaginal. Este processo inicia-se com o início das contrações uterinas, que promovem a dilatação do colo do útero. Durante o parto normal, o bebê é expulso do útero pela força das contrações, passando pela pelve materna e sendo conduzido até o exterior. Esse tipo de parto é geralmente preferido, uma vez que não envolve intervenções cirúrgicas e, portanto, tende a ter um tempo de recuperação mais curto para a mãe, além de menor risco de complicações como infecções e hemorragias (Castro et al., 2020).

Figura 2 – Sequência do Parto Vaginal: Estágios da Descida e Expulsão.



Fonte: Brasil Escola (2025). Imagem de autoria da Centralx.

Benefícios do Parto Normal

- **Recuperação mais rápida:** O tempo de recuperação pós-parto é mais curto, permitindo que a mãe retome suas atividades mais rapidamente (Simões et al., 2021).
- **Benefícios para a mãe e o bebê:** O parto normal favorece o contato imediato entre mãe e filho, promovendo a amamentação precoce e o fortalecimento do vínculo afetivo (Gomes et al., 2021).
- **Menor risco de complicações a longo prazo:** As mulheres que têm parto vaginal têm menor risco de complicações nas gestações subsequentes, como a placenta prévia ou problemas de incontinência urinária (Santos et al., 2021).

PARTO VIA CESÁREA

A cesárea é uma intervenção cirúrgica utilizada para o nascimento do bebê, em que é realizada uma incisão no abdômen e no útero da mãe. Embora a cesárea seja uma técnica segura quando necessária, ela é geralmente associada a riscos mais elevados em comparação com o parto normal, tanto para a mãe quanto para o bebê (Oliveira et al., 2020).

Ela pode ser indicada em casos como distocia (dificuldade no trabalho de parto), sofrimento fetal agudo, apresentação anômala do feto (como a posição transversa ou pélvica) ou complicações maternas, como eclâmpsia.

Riscos e Implicações da Cesárea

- **Recuperação pós-operatória:** O tempo de recuperação é mais longo, o que pode dificultar a amamentação precoce e o vínculo imediato com o bebê (Almeida et al., 2020).
- **Complicações a longo prazo:** Mulheres que passaram por cesárea têm maior risco de complicações em gestações subsequentes, como aderências, risco aumentado de ruptura uterina e placenta prévia (Silva, 2019).

Sendo assim, a principal diferença entre parto normal e cesárea reside no mecanismo de nascimento. O parto normal é um processo fisiológico que envolve o trabalho de parto e a passagem do feto pelo canal vaginal, enquanto a cesárea é uma abordagem cirúrgica planejada ou emergencial (Betrán et al., 2016).

No parto normal, ocorre uma liberação significativa de ocitocina, que promove contrações uterinas eficazes e facilita a adaptação neonatal. Já na cesárea, a ausência desse estímulo fisiológico pode levar a diferenças na transição neonatal, como maior risco de desconforto respiratório no recém-nascido (Sandall et al., 2018).

Além disso, a recuperação da mãe tende a ser mais rápida no parto normal, com menor incidência de complicações cirúrgicas, como infecções e tromboembolismo. Por outro lado, a cesárea pode ser uma opção mais segura em casos de sofrimento fetal agudo ou condições maternas específicas (Burke, 2020).

ASPECTOS FISIOLOGICOS DO PÓS-OPERATÓRIO

O período pós-operatório da cesárea envolve uma série de processos fisiológicos relacionados à cicatrização e recuperação da Parturiente (Santos et al., 2019).

Após a cesárea, o corpo inicia uma resposta inflamatória no local da incisão abdominal e uterina. A inflamação é uma reação natural e necessária, responsável pela remoção de células danificadas e pela ativação de mecanismos de reparação tecidual. O processo de cicatrização tecidual ocorre em três fases principais: inflamatória, proliferativa e de remodelagem. Mediadores inflamatórios, como citocinas, desempenham papel crucial na regeneração dos tecidos uterinos e abdominais (Cunningham et al., 2021).

A fase inflamatória inicia logo após a cirurgia e envolve aumento da permeabilidade capilar, promovendo a migração de células de defesa, como leucócitos, para o local da lesão. A fase proliferativa, por sua vez, é marcada pela formação de novo tecido conectivo (tecido de granulação), enquanto a fase de remodelação envolve a reorganização do colágeno, com fortalecimento e maturação da cicatriz (Martins et al., 2020).

A involução uterina, que consiste no retorno do útero ao estado pré-gestacional, é mediada pela oxitocina. Este processo é acompanhado pela loquiação, a eliminação de resíduos endometriais que evoluí de sanguinolenta para serosa e, posteriormente, para alba (Burke, 2020).

As alterações endócrinas no puerpério incluem uma queda abrupta nos níveis de estrogênio e progesterona, enquanto os níveis de prolactina se elevam para sustentar a lactação. Essas mudanças hormonais têm impacto direto na recuperação física e emocional da puérpera (Sandall et al., 2018).

A resposta hemodinâmica da mulher no pós-operatório de cesárea é significativamente alterada em relação ao parto vaginal, devido à intervenção cirúrgica. A cesárea, por ser uma cirurgia de grande porte, pode resultar em perda de sangue significativa, além de uma alteração no volume circulante devido à manipulação do útero e outros tecidos abdominais (Oliveira et al., 2020).

A resposta imediata do corpo pode ser a hipotensão, especialmente se houver grandes perdas sanguíneas durante a operação. Para evitar complicações como o choque hipovolêmico, é necessário o monitoramento constante da pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio (Gomes et al., 2021).

Além disso, a mulher pode apresentar uma diminuição do retorno venoso devido à imobilização pós-operatória e à dor, o que aumenta o risco de trombose venosa profunda (TVP). Por esse motivo, a profilaxia contra TVP, que inclui o uso de anticoagulantes e a mobilização precoce da paciente, é fundamental no pós-operatório de cesárea (Silva et al., 2019).

A função respiratória também pode ser afetada no pós-operatório de cesárea. A anestesia geral, frequentemente utilizada durante a cesárea, pode reduzir a atividade do centro respiratório, provocando hipoventilação.

Além disso, a dor intensa no pós-operatório pode limitar a capacidade da paciente de realizar respirações profundas, aumentando o risco de atelectasia (colapso parcial do pulmão) e infecções respiratórias, como pneumonia (Costa et al., 2019). A fisioterapia respiratória, com foco na mobilização precoce e exercícios respiratórios, é recomendada para prevenir tais complicações.

No pós-operatório da cesárea, a regulação da temperatura corporal também pode ser desafiada. A mulher pode apresentar febre nas primeiras 48 horas após a cirurgia, muitas vezes relacionada à resposta inflamatória natural do corpo. Contudo, é importante diferenciar essa febre fisiológica de sinais de infecção, que podem ser mais graves e demandar intervenções imediatas (Oliveira et al., 2020). O uso de aquecimento ou controle da temperatura ambiente é frequentemente necessário, além do monitoramento rigoroso da temperatura para garantir a detecção precoce de infecções.

A dor pós-operatória é um dos principais aspectos que afetam o bem-estar da mulher após a cesárea. A dor pode ser provocada tanto pela incisão abdominal quanto pela manipulação do útero durante o procedimento. O controle eficaz da dor é crucial para a recuperação, pois a dor intensa pode limitar a capacidade da parturiente de se movimentar, de cuidar do bebê e de realizar as atividades normais, além de contribuir para complicações secundárias, como a trombose venosa (Santos et al., 2021).

O controle da dor envolve o uso de analgésicos como opioides e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), além de técnicas não farmacológicas, como a fisioterapia e o uso de posições confortáveis (Martins et al., 2020). O manejo inadequado da dor pode resultar em efeitos adversos a longo prazo, como a hiperalgesia ou o desenvolvimento de síndrome de dor crônica.

Após a cesárea, a mobilização precoce é fundamental para a recuperação da mulher. A imobilização prolongada no pós-operatório pode levar à diminuição da circulação sanguínea e ao aumento do risco de complicações, como a trombose venosa profunda (TVP) e a pneumonia (Gomes et al., 2021). A mobilização precoce também auxilia na função intestinal, que pode ser comprometida devido ao uso de anestesia e à manipulação dos órgãos durante a cirurgia.

A recuperação física, no entanto, é gradual e, embora as pacientes/clientes possam se sentir bem dentro de alguns dias após a cirurgia, é importante evitar esforços excessivos para não comprometer a cicatrização da incisão abdominal e uterina (Santos et al., 2019).

O pós-operatório da cesárea é um período crítico de adaptação fisiológica para a mulher, com uma série de alterações que precisam ser

monitoradas de forma contínua. A resposta inflamatória, o controle da dor, a recuperação cardiovascular e respiratória, a regulação da temperatura e a mobilização precoce são aspectos fundamentais para a recuperação eficaz da paciente. O manejo adequado dessas alterações fisiológicas e a prevenção de complicações são essenciais para garantir um pós-operatório seguro e bem-sucedido.

REFERÊNCIAS

ACOG. American College Of Obstetricians And Gynecologists. Cesarean Delivery. 2020. Disponível em: <https://www.acog.org>. Acesso em: 14 dez. 2024.

ALMEIDA, R. F. et al. O Impacto Da Cesárea Na Amamentação Precoce E No Vínculo Mãe-bebê. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 43, n. 4, p. 221-228, 2020.

AMORIM, Melania Maria Ramos; SOUZA, Alex Sandro Rolland; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. Femina, v. 38, n. 8, p. 415-22, 2010.

BETRAN AP, YE J, MOLLER A-B, et al. Trends And Projections Of Caesarean Section Rates: Global And Regional Estimates. BMJ Global Health 2021;6:e005671. doi:10.1136/bmjgh-2021-005671

BETRÁN, Ana Pilar et al. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. PloS one, v. 11, n. 2, p. e0148343, 2016.

BRASIL ESCOLA. Sequência do parto vaginal em ilustrações médicas. Disponível em: <<https://brasilescola.uol.com.br/biologia/parto-normal.htm>>. Acesso em: 28 mar. 2025.

BURKE, Carol; ALLEN, Roma. Complications of cesarean birth: clinical recommendations for prevention and management. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, v. 45, n. 2, p. 92-99, 2020.

CASTRO, L. S. et al. Parto vaginal e cesárea: análise comparativa das implicações para a saúde materna. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 42, n. 7, p. 512-518, 2020.

COSTA, L. F. et al. A Recuperação Pós-parto E A Incidência De Complicações Em Cesáreas. Jornal de Obstetrícia e Ginecologia, v. 38, n. 5, p. 305-313, 2019.

COSTA, L. F. et al. Complicações Respiratórias No Pós-operatório De Cesárea: Abordagem E Prevenção. Revista Brasileira de Anestesiologia, v. 70, n. 2, p. 160-167, 2019.

CUNNINGHAM, F. Gary et al. Obstetrícia de Williams-25. McGraw Hill Brasil, 2021.

GOMES, A. R. et al. A Importância Da Mobilização Precoce No Pós-operatório De Cesárea. Jornal de Obstetrícia e Ginecologia, v. 38, n. 5, p. 225-231, 2021.

GOMES, A. R. et al. A influência do parto normal no vínculo afetivo entre mãe e filho. Revista de Psicologia e Saúde Reprodutiva, v. 45, n. 4, p. 220-227, 2021.

KLEIN, Camila Lisboa et al. Elementos Que Influenciam Na Opção Pela Via De Parto. RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218, v. 5, n. 2, p. e524881-e524881, 2024.

KNIGHT, Marian. The findings of the MBRRACE-UK confidential enquiry into maternal deaths and morbidity. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, v. 29, n. 1, p. 21-23, 2019.

LUCINDA, Nayale Andrade et al. Preferência Pela Via De Parto: Uma Revisão Sistemática. Inova Saúde, v. 15, n. 2, p. 201-2011, 2025.

MARTINS, E. F. et al. Controle Da Dor No Pós-operatório De Cesárea: Uma Revisão Crítica. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 43, n. 4, p. 215-221, 2020.

MARTINS, E. M. Aspectos Da Gestação: Transformação Física E Emocional. Jornal de Ginecologia e Obstetrícia, v. 35, n. 4, p. 234-240, 2019.

MARTINS, E. M. et al. Cesariana E Os Problemas Respiratórios Neonatais. Revista Brasileira de Neonatologia, 20(4), p. 234-240, 2019.

NOGUEIRA, J. R. et al. Complicações Maternas Associadas À Cesariana: Uma Revisão Crítica. *Jornal Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia*, 42(5), p. 357-363, 2020.

OLIVEIRA, M. A. et al. Complicações Hemodinâmicas No Pós-operatório De Cesárea: Revisão Das Abordagens Terapêuticas. *Revista Brasileira de Terapias Intensivas*, v. 31, n. 3, p. 317-324, 2020.

OLIVEIRA, M. P. et al. Indicadores de risco para cesárea: uma revisão crítica. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 40, n. 3, p. 134-142, 2020.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração sobre taxas de cesariana. 2020. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 14 dez. 2024.

PEREIRA, R. C. A vivência da gestação na sociedade contemporânea. *Jornal de Psicologia e Saúde Reprodutiva*, v. 18, n. 4, p. 298-305, 2019.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. Procedimento Cirúrgico da Cesárea: Incisões e Extração do Bebê. 2011. Disponível em: <<https://primeirainfancia.org.br/noticias/taxas-de-cesarianas-no-brasil-e-a-maior-do-mundo/>>. Acesso em: 28 mar. 2025.

SANDALL, Jane et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*, v. 392, n. 10155, p. 1349-1357, 2018.

SANTOS, A. M. et al. O impacto social da gestação: experiências e significados. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, v. 15, n. 2, p. 115-123, 2020.

SANTOS, J. L. et al. Cicatrização E Cuidados Pós-operatórios Em Cesárea: Aspectos Clínicos E Fisiológicos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 42, n. 6, p. 410-418, 2019.

SANTOS, R. L. et al. Prevenção Da Trombose Venosa Profunda No Pós-operatório De Cesárea. *Jornal Brasileiro de Cirurgia Vascular*, v. 38, n. 7, p. 123-129, 2021.

SANTOS, R. L. et al. Riscos E Benefícios Do Parto Vaginal Para A Saúde Materna. Jornal de Saúde Pública, v. 56, n. 8, p. 145-153, 2021.

SILVA, L. L. et al. Fatores Que Influenciam O Aumento Das Taxas De Cesariana. Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil, 20(3), p. 191-198, 2020.

SILVA, L. L. et al. Mudanças Fisiológicas E Socioeconômicas Durante A Gestação. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 20, n. 3, p. 191-198, 2020.

SILVA, M. C. A. A Cesárea E Os Efeitos A Longo Prazo Sobre A Saúde Da Mulher. Revista de Ginecologia e Obstetrícia, v. 48, n. 6, p. 456-463, 2019.

SIMÕES, L. F. et al. Comparação Entre Recuperação Pós-parto Normal E Cesárea: Uma Análise Longitudinal. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 44, n. 2, p. 65-73, 2021.

SOUZA, J. P. et al. Fatores Que Influenciam A Decisão Pela Cesariana. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 42, n. 5, p. 357-363, 2019.

SOUZA, J. P. et al. Riscos da cesariana para a saúde materna e neonatal. Jornal de Obstetrícia e Ginecologia, 35(1), p. 45-52, 2017.

WHO, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre o aumento das taxas de cesariana e planos de parto. 2020. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 14 dez. 2024.

WHO, World Health Organization. Recommendations On Non-clinical Interventions To Reduce Unnecessary Caesarean Sections, 2022.



2

AVALIAÇÃO INICIAL DA PUÉRPERA

Jackson Luís Ferreira Cantão; Jenniffer Pamella Balan;
Rafaela Lima Alves; Manuela Desiderati Sousa Faustino;
Tatielle Rosa da Silva Viana; Antonio Erlindo Braga
Junior; Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho; Benedito
do Carmo Gomes Cantão

APRESENTAÇÃO DO CAPÍTULO

A avaliação inicial da puérpera é o primeiro passo para garantir uma recuperação segura e eficaz. Este capítulo é dedicado à construção de uma base sólida para o cuidado pós-cesariana, detalhando como uma anamnese minuciosa e a análise dos sinais vitais podem revelar sinais precoces de complicações.

Mais do que um procedimento técnico, essa etapa é um momento de conexão com a paciente, permitindo identificar necessidades únicas e oferecer suporte personalizado. Ao dominar essa fase, o profissional de enfermagem contribui diretamente para a segurança e bem-estar da puérpera.

Subtítulos a serem abordados:

- Anamnese detalhada
- Avaliação dos sinais vitais
- Identificação de complicações potenciais

ANAMNESE DO PUERPÉRIO CESARIANO

No período puerperal, a mulher enfrenta uma série de transformações fisiológicas que a tornam mais vulnerável a complicações de saúde, aumentando o risco de agravos capazes de elevar as taxas de morbimortalidade materna (Saúde, 2012).

Diante desse cenário, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), implementado pelo Ministério da Saúde, reforça a importância de assegurar não apenas o acesso, mas também a qualidade da assistência durante todo o ciclo gravídico-puerperal (Saúde, 2012).

Essa iniciativa está em plena sintonia com um dos pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS): o princípio da Integralidade, que preconiza um cuidado abrangente e contínuo, atendendo às necessidades da gestante e da puérpera em todas as suas dimensões (Saúde, 2012).

Segundo Riul et al. (2018) e Rocha et al. (2020), a enfermagem desempenha um papel fundamental na promoção do cuidado integral, não apenas assistindo, mas **empoderando os pacientes** para que sejam protagonistas de sua própria saúde, especialmente por meio do **autocuidado**. No contexto da **saúde da mulher**, esse enfoque é ainda mais crucial, demandando orientações precisas e apoio contínuo em diferentes fases e desafios, tais como:

- **Gestação e puerpério** (garantindo práticas seguras e conscientes);
- **Aleitamento materno** (com técnicas adequadas para mãe e bebê);
- **Planejamento reprodutivo** (oferecendo informações sobre métodos contraceptivos e direitos reprodutivos);
- **Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)** (com abordagem educativa e preventiva);
- **Rastreamento e controle do câncer ginecológico** (estimulando exames periódicos e diagnóstico precoce);

- **Acompanhamento do climatério** (minimizando desconfortos e promovendo qualidade de vida).

Dessa forma, a enfermagem não só assegura um **atendimento qualificado**, mas também **fortalece a autonomia da mulher**, permitindo que ela tome decisões informadas e adote hábitos que preservem seu bem-estar em todas as etapas da vida (Oliveira, 2022).

A anamnese representa a etapa inicial do processo clínico, onde a coleta de dados permite ao profissional de saúde identificar problemas, estabelecer diagnósticos e planejar intervenções adequadas. Nessa fase, são levantados quatro tipos de informações: dados subjetivos (relatos do paciente), objetivos (achados mensuráveis), históricos (antecedentes) e atuais (queixas presentes). Esses elementos podem ser obtidos através de entrevista direta, observação clínica, exame físico, análise de exames complementares, revisão de prontuários e colaboração com outros profissionais da saúde (Santos, Veiga, Andrade, 2011).

A anamnese no puerpério cesáreo deve ser minuciosa e abrangente, considerando tanto os aspectos cirúrgicos quanto as adaptações fisiológicas do pós-parto. Inicialmente, é fundamental investigar os dados obstétricos recentes, incluindo as indicações da cesárea, duração do trabalho de parto pré-operatório, intercorrências intraoperatórias e tipo de anestesia utilizada. O quadro clínico atual deve ser avaliado através das características da dor abdominal, padrão de loquiação, estado da cicatriz cirúrgica e possíveis sintomas tromboembólicos (Brasil, 2021).

Paralelamente, é essencial abordar os aspectos psicossociais, como a adaptação à maternidade, suporte familiar disponível e sinais de transtornos emocionais pós-parto. Por fim, a avaliação do aleitamento materno, observando dificuldades na pega, ingurgitamento mamário e padrão das mamadas, completa a abordagem integral da puérpera pós-cesárea; (Febrasgo, 2020). Esta avaliação sistemática, respaldada por evidências científicas (Cunningham et al., 2022; Santos & Martins, 2020; OMS, 2022), permite a identificação precoce de complicações e o planejamento de cuidados personalizados, garantindo uma recuperação segura e o bem-estar materno-infantil.

De acordo com Cunha (2015), existe um instrumento instrutivo de auxílio na consulta no puerpério pós-parto cesáreo, subsidiando assim o processo no atendimento à puérpera na atenção básica. O Instrumento de preenchimento (Figura 1) e dividido em 8 partes:

- **Parte 1.** Identificação da puérpera: dados completos, a fim de evitar duplicidade de usuárias, promovendo a segurança do paciente;
- **Parte 2.** Histórico;
- **Parte 3.** Diagnóstico CIPESC®;
- **Parte 4.** Classificação Internacional da Atenção Básica- CIAP2
- **Parte 5.** Prescrição
- **Parte 6.** Encaminhamentos
- **Parte 7.** Grupos de educação em saúde
- **Parte 8.** Retirada de pontos

AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

Os sinais vitais são indicadores indispensáveis para a avaliação clínica inicial da puérpera, pois refletem o funcionamento dos principais sistemas do corpo humano e possibilitam a identificação precoce de alterações que podem comprometer a saúde da mulher no puerpério (Ferreira et al., 2021).

Esses parâmetros incluem temperatura corporal, pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória, além da dor, que é reconhecida como o “quinto sinal vital” (Hospital das Clínicas UNESP, 2022; Hospital Universitário Lauro Wanderley, 2020).

No Brasil, as complicações associadas ao pós-parto, como hemorragia e infecções puerperais, destacam-se como as principais causas de morbimortalidade materna. A hemorragia pós-parto é responsável por uma parcela significativa das mortes maternas e

considerada uma complicações evitável por meio de monitoramento contínuo e intervenções adequadas (Mourão et al., 2017).

A mensuração da pressão arterial, associada à observação de sinais como taquicardia e desequilíbrio hemodinâmico, é essencial para identificar precocemente hemorragias, especialmente no pós-operatório de cesarianas, garantindo uma resposta rápida e adequada para prevenir complicações. (Ruiz, 2017).

De forma semelhante, as infecções puerperais, como a endometrite (inflamação ou infecção do endométrio), representam uma preocupação significativa. A elevação da temperatura corporal, associada à avaliação de outros sinais clínicos, constitui um importante indicativo de processos infecciosos, reforçando a necessidade de monitoramento contínuo durante o período puerperal (Hospital Universitário Lauro Wanderley, 2020; Ferreira et al., 2021).

PARÂMETROS DOS SINAIS VITAIS NO PÓS-OPERATÓRIO DE CESARIANA

De acordo com o protocolo NR GE 001 – Aferição de Sinais Vitais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (2022), os sinais vitais devem ser verificados de hora em hora nas primeiras quatro horas após a cirurgia. Posteriormente, a aferição ocorre em intervalos de quatro horas até completar as primeiras 24 horas do pós-operatório. Essa frequência rigorosa é justificada pela necessidade de identificar alterações precoces que possam indicar complicações, como hemorragia, infecções ou instabilidade hemodinâmica.

A pressão arterial deve ser monitorada para avaliar a estabilidade hemodinâmica, com valores considerados normais apresentando o parâmetro de pressão arterial sistólica entre 90 e 120 mmHg e pressão arterial diastólica entre 60 e 80 mmHg. Alterações significativas, como hipotensão ou hipertensão, requerem avaliação imediata, pois podem indicar complicações como hemorragia pós-parto ou eclâmpsia (Potter; Perry, 2021; Hospital das Clínicas UNESP, 2022; Ferreira et al., 2021).

A frequência cardíaca é outro parâmetro importante, com valores normais pós cirúrgico entre 60 e 100 batimentos por minuto (bpm). A taquicardia persistente pode ser um sinal precoce de hipovolemia ou

processos infecciosos, enquanto a bradicardia pode ocorrer devido ao efeito residual da anestesia (Potter; Perry, 2021; Mourão et al., 2017; Hospital Universitário Lauro Wanderley, 2020).

A temperatura corporal é um marcador sensível para a identificação de processos infecciosos, como infecções de sítio cirúrgico e endometrite puerperal. A presença de febre persistente superior a 37,5°C deve ser prontamente investigada e tratada, enquanto a hipotermia, frequentemente observada nas primeiras horas pós-cirúrgicas, pode estar associada ao uso de anestesia (Potter; Perry, 2021; Hospital das Clínicas UNESP, 2022).

A frequência respiratória normal varia entre 12 e 20 respirações por minuto. Alterações nesses valores, como taquipneia (aceleração da respiração) ou bradipneia (diminuição da frequência respiratória), podem ser indicativas de desconforto respiratório, hipoventilação ou processos infecciosos graves (Potter; Perry, 2021).

A monitorização rigorosa desse parâmetro pela equipe de enfermagem possibilita a identificação precoce de complicações, garantindo suporte imediato e intervenções eficazes (Silva et al., 2019; Hospital Universitário Lauro Wanderley, 2020).

Por fim, a dor, considerada o quinto sinal vital, é avaliada regularmente com o uso de escalas padronizadas, como a Escala Visual Analógica (EVA). O manejo adequado da dor promove conforto e mobilização precoce da puérpera, prevenindo complicações secundárias, como trombose venosa profunda (Potter; Perry, 2021; Ferreira et al., 2021; Mourão et al., 2017).

IDENTIFICAÇÃO DE COMPLICAÇÕES POTENCIAIS

A morte materna, conforme definida pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é caracterizada pelo óbito de uma mulher durante a gestação, no momento do parto ou até 42 dias após o nascimento do bebê, decorrente de complicações diretamente associadas ao período gestacional, excluindo-se causas accidentais ou incidentais (WHO, 2019). Essa definição evidencia a importância da identificação precoce de complicações no puerpério imediato, período crítico de adaptação do corpo da mulher às mudanças pós-parto.

O conceito de morte materna, além de seu impacto imediato sobre a mulher, reflete também as condições de saúde pública, considerando as interações entre fatores sociais, econômicos e estruturais que influenciam diretamente a qualidade do cuidado.

Conforme discutido por Chou et al. (2019), a mortalidade materna é um importante indicador da eficácia dos sistemas de saúde e da equidade no acesso ao cuidado de qualidade. Assim, a compreensão das causas subjacentes a essas complicações é fundamental para a implementação de estratégias de prevenção e tratamento adequadas, visando à redução da mortalidade materna e à promoção de uma recuperação segura e saudável para a mulher e o recém-nascido.

Neste contexto, a identificação de complicações potenciais no puerpério imediato exige uma abordagem integrada que contemple não apenas os aspectos clínicos, mas também os fatores psicossociais e culturais que influenciam a saúde materna (Chou et al.,2019). A implementação de um cuidado humanizado e atento às necessidades individuais das mulheres é relevante para garantir a qualidade do atendimento e melhorar os resultados de saúde (United Nations,2019).

FATORES DE RISCOS GESTACIONAIS

A estratificação de risco gestacional é uma estratégia fundamental na organização e aprimoramento da rede de atenção à saúde da mulher e do bebê, visando garantir a adequação do cuidado em diferentes níveis de risco. Por meio dessa abordagem, é possível identificar de forma antecipada as necessidades específicas de cada gestante, bem como os fatores que possam indicar a presença de riscos para a saúde materno-infantil (FIOCRUZ, 2019)

Conforme evidenciado por Chou et al. (2015), causas diretas como hemorragias (27%) e hipertensão (14%) representam os principais fatores associados à mortalidade materna, enquanto condições indiretas, como sepses (10%) e embolias (3%), também exercem um impacto significativo. Em termos de mortalidade neonatal, as complicações do parto pré-termo (35%) e as relacionadas ao intraparto (24%) constituem as principais causas, seguidas de infecções graves, como sepse (14%) e

pneumonia (10%). Esses dados destacam a relevância de uma abordagem preventiva e contínua para monitorar e intervir frente aos fatores de risco.

Os fatores não biológicos relacionados ao risco gestacional, conforme destacado por Souza JP et al. (2024), desempenham um papel determinante na saúde materna, ultrapassando as causas biomédicas e englobando outros aspectos. Esses fatores incluem determinantes sociais, sistemas econômicos e políticos, cultura, estilo de vida, exposições ambientais e condições individuais.

A idade materna, especialmente em mulheres adolescentes ou acima de 35 anos, configura um fator de vulnerabilidade relevante, potencializando o risco de complicações durante a gestação. Esse cenário é agravado por determinantes sociais, como a exposição ao racismo, que compromete o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde.

Além disso, menores níveis de escolaridade e renda familiar estão diretamente associados a maiores taxas de mortalidade materna, devido às limitações no acesso a serviços de saúde de qualidade e à ausência de suporte adequado (Xu, 2023). Situações como a exposição à violência e gestações não intencionais estão frequentemente associadas a contextos de vulnerabilidade social, ampliando o risco (SMFM, 2021).

Os fatores biológicos que aumentam o risco de morbidade e mortalidade materna, fetal e neonatal incluem condições clínicas preexistentes e complicações que surgem durante a gestação, cada uma delas contribuindo de forma significativa para complicações e desfechos graves (Horwood et al., 2020).

Entre as condições crônicas, destacam-se doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e doenças autoimunes, que estão diretamente associadas a complicações graves no ciclo gravídico-puerperal (Hussein, 2017).

As doenças infecciosas, como infecção pelo HIV, hepatites, tuberculose, pneumonias (virais e bacterianas), e síndromes respiratórias, como a causada pelo SARS-CoV-2, também representam riscos consideráveis, tanto pela possibilidade de descompensação materna quanto pelos impactos diretos sobre o feto e o recém-nascido. (Ministério da Saúde, 2022).

Essas condições biológicas, conforme descrito no Manual de Gestação de Alto Risco (Ministério da Saúde, 2022), evidenciam a importância de um cuidado integral e contínuo para gestantes em condições de alto risco.

O risco gestacional é uma responsabilidade compartilhada entre toda a equipe de saúde. Enfermeiros obstétricos, assistentes sociais, psicólogos e médicos especialistas devem atuar em conjunto, considerando tanto os fatores biológicos quanto os sociais que influenciam as complicações gestacionais (Morris, 2022).

A coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, desde a APS (Atenção Primária à Saúde) até os serviços de alta complexidade, é essencial para garantir o acesso a cuidados especializados quando necessário. Essa abordagem viabiliza a redução da mortalidade materna e neonatal, promovendo uma assistência que considera a gestante como um ser em sua totalidade (FIOCRUZ, 2024).

Conforme descrito no subtítulo “Anamnese do puerpério cesariano”, a identificação de fatores de risco requer uma abordagem que integre a anamnese, o exame físico completo e exames complementares. A integração dessas ferramentas estabelece uma base sólida para a identificação precoce de complicações, possibilitando a implementação de intervenções eficazes e garantindo um cuidado adequado e promissor.

AVALIAÇÃO ANATOMOFISIOLOGICA DO PUERPÉRIO CESARIANO

É fundamental realizar uma avaliação criteriosa do estado geral da puérpera no pós-parto imediato, distinguindo entre manifestações fisiológicas esperadas e sinais de alerta que demandem intervenção. O cansaço exacerbado, decorrente do processo de parto ou de intervenções cirúrgicas, configura uma queixa comum nesse período, porém é essencial diferenciá-lo de sintomas atípicos que possam indicar complicações (Brasil, 2020).

Embora a maioria das transformações puerperais sejam de caráter fisiológico, as puérperas enfrentam um complexo processo de adaptação permeado por vulnerabilidades emocionais (medos, anseios) e riscos clínicos que podem comprometer a dinâmica materno-fetal. Essa conjuntura exige da enfermagem uma atuação proativa, pautada na

identificação precoce de demandas físicas e psicossociais, bem como na implementação de estratégias de cuidado individualizadas que assegurem acompanhamento contínuo e suporte efetivo (Lucchese, 2023).

Diante desse contexto, a assistência à puérpera submetida à cesariana demanda uma abordagem integral, que conjugue os cuidados pós-operatórios inerentes a uma cirurgia abdominal de grande porte com as necessidades específicas do puerpério (Watts, 2010; Zieguel e Cranley, 2008).

É fundamental reconhecer que, embora a paciente tenha sido submetida à anestesia e a um procedimento cirúrgico complexo, sua condição primordial é a de nova mãe, devendo os cuidados priorizarem essa dimensão. Essa perspectiva humanizada não apenas facilita a adaptação ao papel materno, mas também equaliza as demandas de saúde entre puérperas de partos cesáreos e vaginais, promovendo uma transição mais harmoniosa para a maternidade (Piotrowski, 2002, p. 729).

Apresentaremos aqui, em relação a alguns órgãos e sistemas, o que se deve observar e avaliar no período do puerpério cesariana:

O sistema musculoesquelético sofre adaptações significativas durante a gestação e o pós-parto, especialmente após cesárea, devido às alterações posturais, hormonais e ao trauma cirúrgico. A avaliação desse sistema no puerpério é crucial para identificar complicações como disfunções da musculatura abdominal, alterações posturais e dor lombopélvica, que podem impactar a recuperação funcional e a qualidade de vida da puérpera (Brasil, 2021; FEBRASGO, 2020).

Principais Alterações e Avaliação

1. Músculos Abdominais:

- A diástase do reto abdominal (DRA) é comum após a gravidez, mas pode ser exacerbada pela incisão cirúrgica. Sua avaliação deve incluir palpação da linha alba e mensuração do afastamento (≥ 2 cm indica DRA) (SANTOS et al., 2019).
- A hipotonia muscular pós-cesárea pode persistir por semanas, dificultando a mobilidade e aumentando o risco de lombalgia (MOURA et al., 2020).

2. Postura e Coluna Vertebral:

- A hiperlordose lombar, comum na gestação, pode persistir devido à fraqueza do core e à adaptação postural para proteger a cicatriz cirúrgica (OMS, 2018).
- Escalas como o "*Oswestry Disability Index*" avaliam o impacto da dor lombar nas atividades diárias (Fernandes et al., 2021).

3. Mobilidade Articular e Força Muscular:

- A dor incisional pode limitar a deambulação precoce, aumentando o risco de trombose venosa profunda (TVP) (Brasil, 2021).
- Testes como o "*Timed Up and Go*" (TUG) avaliam equilíbrio e mobilidade, indicando necessidade de fisioterapia (Carvalho et al., 2022).

Intervenções Recomendadas

- **Fisioterapia Pós-Cirúrgica:** Exercícios de ativação do transverso abdominal e fortalecimento do assoalho pélvico devem ser iniciados precocemente (FEBRASGO, 2020).
- **Educação em Saúde:** Orientar sobre posturas ergonômicas durante amamentação e cuidados com o bebê para reduzir sobrecarga lombar (OMS, 2018).

O sistema circulatório passa por adaptações críticas no pós-parto de cesárea, exigindo avaliação rigorosa para prevenir complicações como tromboembolismo venoso (TEV), hipertensão pós-parto e hipovolemia. Esses riscos são amplificados pelo estado hipercoagulável da gestação, imobilidade pós-cirúrgica e alterações hemodinâmicas (Brasil, 2021; OMS, 2022).

Principais Alterações e Avaliação

1. Coagulação Sanguínea:

- O risco de TEV é 5 vezes maior após cesárea comparado ao parto vaginal, persistindo por até 6 semanas (FEBRASGO, 2023).
- Escalas de risco como a "Escala de Caprini" são recomendadas para estratificar pacientes (ex.: história prévia de TEV, obesidade) (Santos et al., 2020).

2. Pressão Arterial e Volume Sanguíneo:

- A pré-eclâmpsia pode manifestar-se até 48h pós-cesárea, exigindo monitoramento a cada 6 horas nas primeiras 24h (Carvalho et al., 2021).
- A perda sanguínea média na cesárea é de 500-1000 mL, necessitando avaliação de sinais de hipovolemia (taquicardia, hipotensão) (Moura et al., 2019).

3. Mobilidade e Deambulação:

- A imobilização prolongada aumenta em 40% o risco de TEV. Protocolos nacionais recomendam deambulação precoce (em até 12h pós-cirurgia) (Brasil, 2021).
- Ultrassonografia Doppler é indicada para suspeita de trombose venosa profunda (TVP) (Fernandes et al., 2022).

Intervenções Baseadas em Evidências

• Profilaxia de TEV:

- Uso de heparina de baixo peso molecular (HBPM) em pacientes de alto risco (FEBRASGO, 2023).

- Meias elásticas de compressão graduada (20-30 mmHg) (OMS, 2022).
- **Monitoramento Hemodinâmico:**
- Aferição horária de pressão arterial e saturação de O₂ nas primeiras 6h (Brasil, 2021).
- **Educação para Sinais de Alerta:**

- Orientar sobre sintomas de TEV (edema assimétrico, dor em panturrilha) e pré-eclâmpsia (cefaleia intensa, escotomas) (Carvalho et al., 2021).

O sistema digestivo apresenta alterações significativas no pós-parto de cesárea, influenciado pela combinação de fatores hormonais, cirúrgicos e farmacológicos. A avaliação desse sistema é essencial para identificar e manejar complicações como íleo paralítico, constipação intestinal e refluxo gastroesofágico, que podem impactar a recuperação e o bem-estar da puérpera (Brasil, 2021; OMS, 2022).

Principais Alterações e Avaliação

1. Motilidade Gastrointestinal:

- O íleo paralítico pós-cirúrgico é comum devido à anestesia e manipulação intestinal durante a cesárea, podendo persistir por 24-48 horas (FEBRASGO, 2023).
- A ausência de ruídos hidroaéreos e distensão abdominal são sinais clínicos indicativos (Santos et al., 2020).

2. Constipação Intestinal:

- Aproximadamente 50% das puérperas relatam constipação no pós-cesárea, agravada por analgesia opioide, imobilidade e alterações hormonais (Carvalho et al., 2021).

- Escalas como a Escala de Bristol podem auxiliar na avaliação da consistência das fezes (Moura et al., 2019).

3. Refluxo Gastroesofágico:

- A pressão intra-abdominal elevada durante a gravidez pode persistir no pós-parto, exacerbando sintomas de refluxo (Fernandes et al., 2022).
- Questionários como o GERD-Q são úteis para rastreamento (Brasil, 2021).

Intervenções Baseadas em Evidências

- **Estimulação Precoce da Motilidade:**

- Deambulação dentro das primeiras 12 horas pós-cirúrgica para reduzir o flego paralítico (OMS, 2022).
- Uso de goma de mascar (mastigação sem ingestão) para estimular o peristaltismo (FEBRASGO, 2023).

- **Manejo da Constipação:**

- Hidratação adequada ($\geq 2L/\text{dia}$) e fibras dietéticas (25-30g/dia) (Carvalho et al., 2021).
- Laxativos osmóticos (ex.: lactulose) se necessário (Moura et al., 2019).

- **Controle do Refluxo:**

- Orientação sobre fracionamento das refeições e elevação do tronco ao repousar (Fernandes et al., 2022).
- Antiácidos ou inibidores da bomba de prótons (IBP) em casos refratários (Brasil, 2021).

O útero passa por um processo dinâmico de involução no pós-parto de cesárea, que deve ser monitorado para identificar complicações como atonias uterinas, hemorragias ou infecções. Além disso, a avaliação dos lóquios (secreções pós-parto) é essencial para detectar anormalidades precoces (Brasil, 2021; OMS, 2022).

1. Involução Uterina no Pós-Cesárea

- **Processo Fisiológico:**

- O útero reduz seu volume de ≈ 1 kg no parto para $\approx 50\text{-}100$ g em 6 semanas, contraindo-se gradualmente (FEBRASGO, 2023).
- A palpação do fundo uterino deve ser realizada a cada 8-12 horas nas primeiras 24h pós-cirúrgicas. A altura esperada é:
 - **Dia 1:** À altura do umbigo.
 - **Dia 7:** Metade da distância entre o umbigo e a sínfise púbica.
 - **Dia 14:** Não palpável acima da sínfise (SANTOS et al., 2020).

- **Fatores que Comprometem a Involução:**

- Retenção de restos placentários (diagnosticada por ultrassom pélvico).
- Infecções puerperais (endometrite), associadas a febre $>38^\circ\text{C}$ e dor à palpação uterina (Carvalho et al., 2021).

2. Avaliação dos Lóquios

Os lóquios são um marcador indireto da cicatrização uterina e devem ser avaliados quanto a:

Figura 3 – Tipos de Lóquios.

FASE	DURAÇÃO	CARACTERÍSTICAS	SINAIS DE ALERTA
Lóquios rubros	Dias 1-3	Vermelhos, fluxo moderado ($\approx 500 \text{ mL}$)	Coágulos grandes ($>5 \text{ cm}$) ou odor fétido
Lóquios serosos	Dias 4-10	Rosados/amarronzados, menos volumosos	Retorno de sangramento intenso (hemorragia secundária)
Lóquios alba	Semanas 2-4	Branco-amarelados, escassos	Persistência de sangramento após 4 semanas

Fonte: Autoria própria, baseado em Freitas et al. 2017.

- **Causas de Anormalidades:**

- **Hemorragia:** Atonia uterina ou laceração do sítio cirúrgico (Moura et al., 2019).
- **Odor fétido:** Endometrite (ex.: por E. coli ou anaeróbios) (Fernandes et al., 2022).

3. Intervenções Baseadas em Evidências

- **Monitoramento Ativo:**

- Massagem uterina a cada 15 minutos nas primeiras 2h pós-cesárea para prevenir atonia (Brasil, 2021).
- Ultrassom pélvico se houver suspeita de retenção de coágulos ou restos placentários (OMS, 2022).

- **Manejo de Infecções:**

- Antibioticoterapia com cefalosporinas + metronidazol para endometrite (FEBRASGO, 2023).

- **Educação para Puérperas:**

- Orientar sobre higiene perineal e sinais de alarme (ex.: saturação de absorvente em <1h) (Carvalho et al., 2021).

O sistema urinário sofre adaptações significativas no pós-parto de cesárea, exigindo monitoramento rigoroso para identificar complicações como retenção urinária, infecções do trato urinário (ITU) e alterações na função renal. Esses aspectos são influenciados pela anestesia, manipulação cirúrgica e alterações hormonais (Brasil, 2021; OMS, 2022).

Principais Alterações e Avaliação

1. Função Renal e Diurese:

- O débito urinário deve ser ≥ 30 mL/h nas primeiras 24h pós-cirúrgicas. Volumes inferiores podem indicar hipovolemia ou lesão renal aguda (FEBRASGO, 2023).
- A creatinina sérica deve ser monitorada em pacientes com pré-eclâmpsia ou perda sanguínea significativa ($>1L$) (Santos et al., 2020).

2. Bexiga e Retenção Urinária:

- A retenção urinária ocorre em 10-15% das puérperas pós-cesárea, devido à anestesia raquidiana e edema perirretal (Carvalho et al., 2021).
- **Sinais clínicos:** Distensão suprapúbica, incapacidade de micção espontânea em 6h pós-retirada do cateter (Moura et al., 2019).

3. Infecções do Trato Urinário (ITU):

- A ITU é a complicação infecciosa mais comum no pós-cesárea (5-10% dos casos), com risco aumentado pelo cateterismo vesical (FERNANDES et al., 2022).

- **Diagnóstico:** Urina tipo I + urocultura com $\geq 10^5$ UFC/mL (Brasil, 2021).

Intervenções Baseadas em Evidências

- **Prevenção de Retenção Urinária:**

- Cateterismo intermitente se houver distensão vesical após 6h sem micção (OMS, 2022).
- Estimulação precoce da deambulação (em até 12h pós-cirurgia) (FEBRASGO, 2023).

- **Manejo de ITU:**

- Antibioticoterapia empírica: Cefalexina ou nitrofurantoína (Carvalho et al., 2021).
- Hidratação ($\geq 2L/\text{dia}$) e higiene perineal rigorosa (Moura et al., 2019).

- **Monitoramento Renal:**

- **Exames laboratoriais:** Dosagem de ureia e creatinina em pacientes de alto risco (ex.: pré-eclâmpsia) (Santos et al., 2020).

O abdômen passa por transformações significativas no pós-parto de cesárea, envolvendo tanto a cicatrização cirúrgica quanto a recuperação musculoaponeurótica. A avaliação sistemática é crucial para identificar complicações precoces e garantir uma recuperação adequada (Brasil, 2021; OMS, 2022).

Principais Alterações e Avaliação

1. Cicatrização da Incisão Cirúrgica:

- A ferida cirúrgica deve ser avaliada diariamente quanto a:

- Sinais flogísticos (vermelhidão, edema, secreção purulenta).
 - Deiscência (abertura parcial ou total dos pontos).
- A infecção de sítio cirúrgico ocorre em 3-15% das cesáreas, com maior risco em obesas (IMC ≥ 30) ou diabéticas (FEBRASGO, 2023).

2. Diástase do Músculo Reto Abdominal (DRA):

- Presente em 60% das puérperas no pós-parto imediato, a DRA é avaliada pela palpação do afastamento (>2 cm) na linha alba (Santos et al., 2020).
- **Fatores de risco:** Gestação gemelar, polidrâmnio ou cesáreas repetidas (Carvalho et al., 2021).

3. Dor e Sensibilidade:

- A dor abdominal é esperada nas primeiras 48-72h, mas deve ser mensurada com escalas (EVA ou EVN).
- Dor persistente (>7 dias) pode indicar aderências ou hematoma de parede (MOURA et al., 2019).

4. Função Muscular:

- A hipotonia do transverso abdominal é comum e pode ser avaliada por testes como o "Drawing-in" (FERNANDES et al., 2022).

Intervenções Baseadas em Evidências

• Cuidados com a Ferida Cirúrgica:

- **Curativos:** Manter a ferida limpa e seca, com troca de curativo a cada 24-48h (OMS, 2022).

- **Antibioticoterapia:** Indicada apenas para infecções confirmadas (ex.: cefalexina) (Brasil, 2021).
- **Reabilitação Muscular:**
 - **Exercícios pélvicos:** Iniciar após 48h (ex.: contrações do assoalho pélvico) (FEBRASGO, 2023).
 - **Fortalecimento do core:** Postergar para após a 6^a semana em casos de DRA grave (Carvalho et al., 2021).
- **Manejo da Dor:**
 - **Analgesia escalonada:** Paracetamol + anti-inflamatórios não esteroidais (ex.: ibuprofeno) (Moura et al., 2019).
 - **Crioterapia:** Aplicação de gelo local nas primeiras 24h para reduzir edema (Fernandes et al., 2022).

O período pós-cesárea exige atenção especial às mamas, que passam por transformações fisiológicas para a lactação, mas estão sujeitas a complicações como ingurgitamento mamário, mastite e dificuldades na amamentação. A avaliação sistemática é essencial para garantir o sucesso do aleitamento materno e o conforto da puérpera (Brasil, 2021; OMS, 2023).

Principais Alterações e Avaliação

1. Início da Lactação:

- A descida do leite ocorre geralmente entre 48-72h pós-parto, podendo ser retardada em cesáreas eletivas devido à menor liberação de ocitocina (FEBRASGO, 2023).
- **Sinais de adequação:** Mamas firmes, aréolas maleáveis e presença de colostro/leite (Santos et al., 2020).

2. Complicações Comuns:

- **Ingurgitamento mamário:** Afeta 25-30% das puérperas, com mamas endurecidas, doloridas e avermelhadas (Carvalho et al., 2021).
- **Mastite:** Inflamação em 5-10% dos casos, com sintomas como febre ($>38^{\circ}\text{C}$), dor localizada e áreas endurecidas (Moura et al., 2019).

3. Avaliação da Amamentação:

- **Pega adequada:** Lábios virados para fora, queixo tocando a mama e areola mais visível acima do que abaixo da boca do bebê (Fernandes et al., 2022).
- Escala LATCH (ou similar) para mensurar eficácia da mamada (Brasil, 2021).

Intervenções Baseadas em Evidências

• Prevenção de Complicações:

- Ordenha manual ou uso de bombas elétricas se houver ingurgitamento (OMS, 2023).
- Massagem mamária com compressas quentes antes das mamadas (FEBRASGO, 2023).

• Manejo da Mastite:

- **Antibioticoterapia:** Dicloxacilina ou cefalexina por 10-14 dias (Carvalho et al., 2021).
- Repouso e hidratação para reduzir sintomas sistêmicos (Moura et al., 2019).

- **Suporte à Amamentação:**

- **Posicionamento correto:** Evitar pressão na cicatriz cirúrgica (ex.: posição de "futebol americano") (Fernandes et al., 2022).
- Aconselhamento por equipe multidisciplinar (enfermeiros, lactaristas) (Brasil, 2021).

Figura 4 – Instrutivo para Preenchimento do Roteiro para Consulta do enfermeiro no puerpério pós-parto cesáreo.

ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO PÓS-PARTO CESÁREO				
Nome:	DN:			
Cartão SUS/ CNS	Prontuário:			
Data:				
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM				
Data do parto:				
Nome do hospital/ maternidade do parto:				
Duração do trabalho de parto: _____ horas				
Ruptura prematura de membranas () sim	() não	() sem informação		
Em caso afirmativo quanto tempo decorrido entre a ruptura e o parto: _____ horas	() sem informação			
Aspecto líquido amniótico: () normal	() presença de meconíio	() sem informação		
Tempo de internação: _____ dias				
Cesárea realizada de urgência: () sim	() não	() sem informação		
Motivo realização cesárea de urgência: () hipertensão materna () sofrimento fetal/ meconíio () prolapsos de cordão umbilical () sem informação () outra. Qual:				
Gestação: () única () gemelar				
Idade gestacional no parto: _____ semanas				
Intercorrências no trabalho de parto e parto:	() sim	() não		
Em caso afirmativo, quais:				
PUERPÉRIO				
Consulta puerpério	() até 7 dias	() 8 a 30 dias	() 31 a 41 dias	() acima de 42 dias
Alimentação *	() adequada	() inadequada		
Suplementação Sulfato Ferroso () sim	() não			
Estado emocional () normal () deprimido () desanimado () tristeza () transtorno psicótico () preocupado/ fadiga				
Banho e higiene íntima () banho diário () higiene íntima 1 vez ao dia () banho de assento				
Condições de Higiene () asseado () não asseado				
Atividade sexual no puerpério () sim () não				

Fonte: Cunha, 2015.

Figura 5 – Instrutivo para Preenchimento do Roteiro para Consulta do enfermeiro no puerpério pós-parto cesáreo (Continuação).

<u>QUEIXAS</u>				
Febre:	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não		
Dor em baixo ventre	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não		
Dor sítio cirúrgico	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não		
Alterações urinárias (disúria, polaciúria...)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não		
Secréção vaginal (aspecto)	<input type="checkbox"/> incolor	<input type="checkbox"/> esverdeada	<input type="checkbox"/> amarelada	<input type="checkbox"/> não se aplica
Outra:				
<u>EXAME FÍSICO OBSTÉTRICO</u>				
Sinais Vitais gerais	PA:	P脉:		
Edema MMII	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Em quase afirmativo, quantas +?	
Mamas	<input type="checkbox"/> simétricas	<input type="checkbox"/> assimétricas	<input type="checkbox"/> turgidas	<input type="checkbox"/> ingurgitadas
Mamilos	<input type="checkbox"/> plano	<input type="checkbox"/> protuso	<input type="checkbox"/> invertido	<input type="checkbox"/> fissuras
Mamilos	<input type="checkbox"/> mastite	<input type="checkbox"/> presença de colostro		
Abdômen	<input type="checkbox"/> flácido	<input type="checkbox"/> distendido		
Involução uterina (de acordo com o tempo de puerpério)	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> inadequada	<input type="checkbox"/> não palpável	
Sítio cirúrgico	<input type="checkbox"/> sem sinais flogísticos	<input type="checkbox"/> calor local	<input type="checkbox"/> edema	<input type="checkbox"/> desincência
Secréção em sítio cirúrgico	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não		
Aspecto da secreção	<input type="checkbox"/> serosa	<input type="checkbox"/> amarela/purulenta	<input type="checkbox"/> sanguinolenta	
Exame ginecológico	<input type="checkbox"/> normal (colo íntegro)	<input type="checkbox"/> alterado (presença de lesão, verrugas)	<input type="checkbox"/> não realizado	<input type="checkbox"/> não se aplica
Aspecto Lóquios	<input type="checkbox"/> vermelho/escurinho, (após 2 dias)	<input type="checkbox"/> amarelado (após 10 dias do parto)	<input type="checkbox"/> branco ou seroso (16º dia pós-parto)	<input type="checkbox"/> purulento (patológico)
Outros achados:				
<u>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM- CIPESC</u>				
Corrimento vaginal	<input type="checkbox"/> presente			
Dor em baixo ventre	<input type="checkbox"/> presente			
Eliminação urinária	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> comprometida		
Higiene corporal	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> alterada		
Ingestão alimentar	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> alterada		
Ingurgitamento Mamário	<input type="checkbox"/> presente			

Fonte: Cunha, 2015.

Figura 6 – Instrutivo para Preenchimento do Roteiro para Consulta do enfermeiro no puerpério pós-parto cesáreo (Continuação).

Mastite	<input type="checkbox"/> presente
Reposo	<input type="checkbox"/> alterado
Trauma na pele	<input type="checkbox"/> presente
Vínculo mãe-filho	<input type="checkbox"/> preservado <input type="checkbox"/> comprometido
Outros Diagnósticos:	
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL ATENÇÃO PRIMÁRIA- CIAP	
<input type="checkbox"/> Exame médico/avaliação de saúde / completa	
<input type="checkbox"/> W17 Hemorragia pós-parto (sangramento pós-parto critérios: hemorragia franca no, durante ou até 6 semanas após o parto)	
<input type="checkbox"/> W19 Sinais/sintomas da mama/lactação (galactorreia, ablactação, desmame)	
<input type="checkbox"/> W70 Sépsis/infecção puerpera (critérios: infecção do canal de nascimento ou dos órgãos reprodutores até 6 semanas pós-parto)	
<input type="checkbox"/> W71 Infecções que complicam a GRAVIDEZ infecções maternas que complicam a gravidez ou o puerpério)	
<input type="checkbox"/> W92 Parto de nascido vivo (parto assistido; parto pélvico; cesariana; distocia; parto induzido; lesões causadas pelo parto; placenta prévia durante o parto)	
W94 Mastite puerperal (abcesso na mama; critérios: dor, inflamação da mama nas 6 semanas após o parto ou durante o aleitamento).	
W95 Outros problemas da mama durante a gravidez/puerpério (problemas da mama durante o puerpério, mamilo rachado)	
Outras Classificações:	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
ENCAMINHAMENTOS	
Assinatura e carimbo do profissional:	

Fonte: Cunha, 2015.

Figura 7 – Instrutivo para Preenchimento do Roteiro para Consulta do enfermeiro no puerpério pós-parto cesáreo (Continuação).

GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE		
GRUPO DE GESTANTES		
Participou do grupo de gestantes	() sim	() não
Quantos encontros participou?		
PLANEJAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO		
Participou do grupo de Planejamento sexual e reprodutivo	() sim	() não
Orientação anticoncepção	() sim	() não
Prescrição anticoncepção	() sim	() não
Em caso afirmativo, qual método prescrito:		
RETIRADA DE PONTOS		
Data retirada de pontos:		
Aspecto sítio cirúrgico:		
Encaminhamentos:		
Avaliação do sítio cirúrgico para retirada de pontos:		
Assinatura e carimbo do profissional:		
<p>*Alimentação: levar em consideração rotina alimentar preconizada pelos 10 passos de uma alimentação Saudável, com 3 refeições diárias (café da manhã, almoço e jantar), mais dois lanches saudáveis por dia, seguindo as recomendações por grupos.</p> <p>Recomendar: Comer arroz e feijão todos os dias da semana (pelo menos 5 vezes por semana). Beber 2 litros de água ao dia (6 a 8 copos). Evitar produtos industrializados e sal.</p>		

Fonte: Cunha, 2015.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido no puerpério imediato. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 98 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 47). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 692 p. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 20 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à saúde no puerpério. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 10 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de cuidados pós-cesárea. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 10 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de prevenção de TEV no puerpério. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 10 jul. 2024.

CARVALHO, R. P. et al. Diástase abdominal no puerpério: prevalência e manejo. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 43, n. 5, p. 345-351, 2021. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1730301>

CARVALHO, R. P. et al. Mobilidade funcional no pós-cesárea: aplicação do teste TUG. Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 26, n. 3, p. e0045, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-3555.2021.0045>

CHOU, D. et al. Ending preventable maternal and newborn mortality and stillbirths. BMJ, v. 351, p. h4255, 2015.

CHOU, V. B. et al. Estimating the global impact of poor quality of care on maternal and neonatal outcomes in 81 low- and middle-income countries: a modeling study. PLoS Medicine, v. 16, n. 12, p. e1002990, 2019.

CUNHA, Márcia Regina. Instrutivo para Preenchimento do Roteiro para Consulta do enfermeiro no puerpério pós-parto cesáreo. São Paulo: EEUSP 2015. Disponível em:
http://www.ee.usp.br/posgraduacao/mestrado/apostilas/instrutivo_roteiro.pdf. Acesso em: 27 mar. 2025.

CUNNINGHAM, F. G. et al. Williams obstetrics. 26. ed. New York: McGraw-Hill, 2022. 1376 p.

FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). Manual de orientação: assistência ao puerpério. São Paulo: FEBRASGO, 2020. 54 p.

FEBRASGO. Diretrizes para assistência à puérpera de alto risco. São Paulo, 2023.

FERNANDES, M. I. et al. Recuperação funcional do abdômen pós-cesárea. Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 26, n. 3, p. e0045, 2022.
<https://doi.org/10.1590/1413-3555.2021.0045>

FERREIRA, J. C. et al. Cuidados humanizados no pós-operatório de cesárea: revisão integrativa. Revista Faculdades do Saber, v. 6, n. 13, p. 952-962, 2021.

FREITAS, F. et al. Rotinas em obstetrícias. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Estratificação do Risco Gestacional: aspectos clínicos. Rio de Janeiro, 13 out. 2024. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/estratificacao-do-risco-gestacional-aspectos-clinicos/>. Acesso em: 20 dez. 2024.

HASELMANN, et al. Integrated diagnostics. Radiologie, v. 62, Suppl. 1, p. 11-16, 2022.

HORWOOD, G. et al. Risk factors for maternal mortality among 1.9 million women in nine empowered action group states in India:

secondary analysis of Annual Health Survey data. BMJ Open, v. 10, p. e038910, 2020.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS UNESP. Normas e Rotinas da Gerência de Enfermagem: NR GE 001 – Aferição de Sinais Vitais. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, 2022.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY. Diretrizes clínicas para aferição de sinais vitais e manejo pós-operatório. João Pessoa, 2020.

HUSSEIN, J. Doenças não transmissíveis durante a gravidez em países de baixa e média renda. Medicina Obstétrica, 2017.

LUCCHESE, I. Amamentação na primeira hora de vida em município do interior do Rio de Janeiro: fatores associados. Revista Anna Nery 27. 2023. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ean/a/dpTZq6hcWNvsKjGcHDBzNQh/?lang=pt>. Acesso em: 11 mai. 2024

MOURA, G. S. et al. Complicações da ferida cirúrgica em cesáreas. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 27, e3201, 2019.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3201.3201>

MOURÃO, A. et al. Humanização na assistência de enfermagem à puérpera: enfoques qualitativos. Sanare, 2017.

OLIVEIRA, A. de J. G. de .; BARROS, P. S. ; MATOS, R. P. S. ; VIEIRA, N. dos S. ; MELO, R. T. de M. ; MELO, T. T. de M. ; SILVA, R. A. N. ; GOMES, T. B. ; ABREU, V. P. L. ; LIMA, T. O. S. ; ABRÃO , R. K. . Cuidados de enfermería en el puerperio. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 2, p. e29811225816, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i2.25816. Disponível em:
<https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/25816>. Acesso em: 27 mar. 2025.

OMS. Recomendações para cuidados pós-operatórios. Genebra, 2022. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 10 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10: Classificação estatística internacional de doenças. 10. ed. São Paulo: Edusp, 2007.

PIOTROWSKI, K.A. Risco no Parto e no Nascimento. In: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. O Cuidado em Enfermagem Materna. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 699-745.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

RIUL, SUELI, et al. Ações Educativas na Área da Saúde da Mulher – Relato de Experiência de Extensão Universitária -Revistas Eletrônicas – UFTM. 2018. Disponível em:
https://seer.ufsm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/user/setLocale/es_ES?source=%2Frevistaelectronica%2Findex.php%2Fenfer%2Faricle%2Fview%2F2302%2F0 Acesso em: 27 mar. 2025.

ROCHA, C. C., LIMA, T. S., SILVA, R. A. N., & ABRÃO, R. K. (2020). Abordagens sobre sífilis congênita . Research, Society and Development, 9(8), e984986820. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6820>

RUIZ, M. S. Hemorragia pós-parto: implicações para assistência de enfermagem. Revista de Enfermagem do Rio de Janeiro, 2017.

SANTOS, G. H. N.; MARTINS, M. G. Puerpério: cuidados e complicações. Femina, Rio de Janeiro, v. 48, n. 8, p. 501-508, ago. 2020. Disponível em:
<https://docs.bvsalud.org> Acesso em: 15 out. 2023.

SANTOS, L. P. et al. Avaliação da diástase abdominal no pós-parto. Acta Obstétrica e Ginecológica, v. 68, n. 2, p. 112-118, 2020.
<https://doi.org/10.1590/1516-3180.2020.68.2>

SANTOS, N., VEIGA, P., & ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Revista Brasileira de Enfermagem, 64, 355-358. 2011 <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200021> Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/dgpS47vnDqfq7T7XLdj68RC/>. Acesso em: 27 mar. 2025.

SAÚDE. UNTITLED, 2012. Disponível em
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 27 mar. 2025.

SILVA, M. L.; FELIX, T. S.; ARAÚJO, A. A. Diagnósticos e intervenções no parto cesáreo: uma revisão clínica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2019.

SOCIETY FOR MATERNAL-FETAL MEDICINE (SMFM). Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #54: Assessing the risk of maternal morbidity and mortality. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 224, n. 4, p. B2–B15, 2021.

SOUZA, J. P. et al. A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. *Lancet Global Health*, v. 12, p. e306-16, 2024.

UNITED NATIONS. The sustainable development goals report 2019. New York: United Nations, 2019.

WATTS, N. Trabalho de Parto e Parto de Alto Risco. In: ORSHAN, S.A. *Enfermagem na Saúde das Mulheres, das Mães e dos Recém-Nascidos: O Cuidado ao Longo da Vida*. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 651-692.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: WHO, 2022. 72 p. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 15 out. 2023.

XU, X. Maternal mortality and its potential risk factors. Proceedings of SPIE, v. 12789, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1117/12.3000139>. Acesso em: 21 dez. 2024.

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M.S. *Enfermagem Obstétrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Página deixada em branco de forma intencional



3

CUIDADOS IMEDIATOS NO PÓS-OPERATÓRIO

Jackson Luís Ferreira Cantão; Jenniffer Pamella Balan;
Rafaela Lima Alves; Manuela Desiderati Sousa Faustino;
Ademilson Teles do Vale Junio; Marcus Vinícius
Henriques Brito; Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho;
Benedito do Carmo Gomes Cantão; Evila Ellen Sá de
Moraes Matias; Leonardo Gomes de Sousa

APRESENTAÇÃO DO CAPÍTULO

O período imediatamente após a cesárea é repleto de desafios que exigem atenção cuidadosa e uma abordagem acolhedora. Este capítulo mergulha nos detalhes do monitoramento da dor, no cuidado com a incisão cirúrgica e na manutenção da higiene e do conforto.

Ao combinar técnicas baseadas em evidências com práticas humanizadas, o leitor aprenderá a transformar um momento potencialmente delicado em uma oportunidade de promover a recuperação ativa e a confiança da puérpera. Aqui, o cuidado imediato se traduz em um alicerce para todo o processo de reabilitação.

Subtítulos a serem abordados:

- Monitoramento da dor
- Cuidados com a incisão cirúrgica
- Manutenção da higiene e conforto

MONITORAMENTO DA DOR

Segundo a Sociedade Americana de Dor, a dor é reconhecida como o quinto sinal vital, devendo ser avaliada com a mesma atenção e rigor dispensados aos demais parâmetros fisiológicos - temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca e pressão arterial. Sua aferição sistemática durante o acolhimento não apenas complementa a avaliação clínica, mas constitui um elemento crucial para a identificação precisa da condição de saúde do paciente, orientando condutas diagnósticas e terapêuticas mais assertivas (Viveiros et al., 2018).

No período puerperal, a experiência dolorosa pode se manifestar de forma significativa, apresentando-se através de um conjunto multifacetado de sintomas que impactam diretamente a qualidade de vida da puérpera (Beleza et al., 2012).

Dentre as principais manifestações destacam-se: alterações nos ciclos de sono e vigília, redução da libido, variações no padrão alimentar, labilidade emocional com tendência à irritabilidade, comprometimento da mobilidade física e limitação no desempenho das atividades cotidianas. Esta constelação sintomática não apenas reflete o desconforto físico, mas também evidencia os complexos aspectos psicossociais inerentes ao pós-parto (Beleza et al., 2012).

A literatura científica demonstra consistência significativa quanto à localização da dor no pós-operatório de cesárea. Conforme Santos et al. (2016), 75% das puérperas relataram dor na região da incisão abdominal, achado corroborado por pesquisa internacional de Mascarello et al. (2018), que identificou prevalência de 83% de dor incisional.

Paralelamente, Oliveira Santos et al. (2016) observaram que, em sua amostra de 309 puérperas, 44% apresentaram queixas álgicas na região suprapúbica. Complementando esses achados, Souza et al. (2009) verificaram que três quartos das pacientes (75%) manifestaram dor perincisional no pós-cesárea, reforçando o padrão de distribuição dolorosa característica deste procedimento.

A avaliação da dor tem como principal finalidade personalizar o cuidado, garantindo que as intervenções sejam adequadas às necessidades individuais de cada paciente. Nesse contexto, a dor pode ser objetivamente mensurada por meio de diversas escalas validadas

cientificamente. É fundamental que esse sintoma seja registrado de forma sistemática, juntamente com os demais sinais vitais, com descrição precisa de suas características (qualidade, localização, duração) e intensidade. Essa abordagem detalhada permite intervenções mais assertivas, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade assistencial e o alívio eficaz do desconforto do paciente (Castro et al., 2018).

Embora a literatura demonstre que a dor constitui uma das principais queixas que levam puérperas a buscar assistência profissional, Song et al. (2015) evidenciam uma discrepância preocupante: apesar da disponibilidade de escalas validadas para avaliação objetiva da intensidade dolorosa, sua aplicação na prática clínica permanece subutilizada pelos profissionais de saúde durante o acompanhamento pós-parto.

Segundo o Guia do episódio de cuidado: Gerenciamento da dor do hospital Albert Einstein (Freire, 2023), a assistência deve ser feita em etapas:

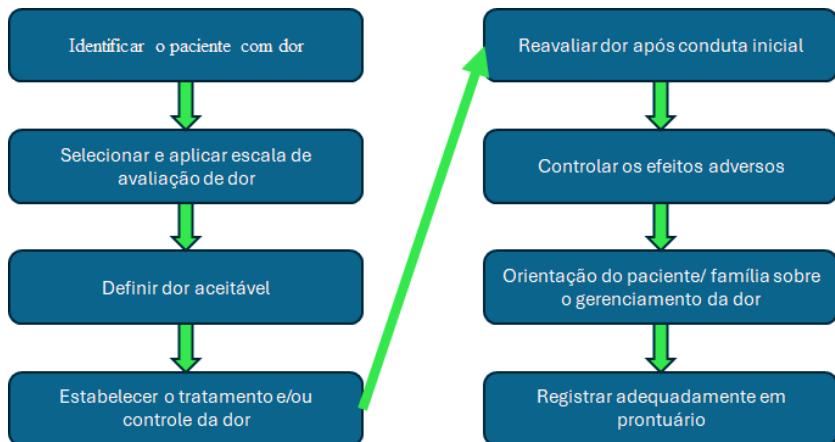
Primeira etapa, diagnóstico:

A avaliação da dor deverá conter sua intensidade (escore) com o emprego de uma das escalas padronizadas e:

- Localização;
- Lateralidade (se aplicável);
- Característica (cólicas, pontada, pulsátil, em queimação, latejante, outro);
- Frequência (contínua ou intermitente);
- “Dor Aceitável”.

Segunda etapa, definição de dor aceitável: é o alívio satisfatório da dor ou a menor dor tolerada (escore) referida pelo paciente

Figura 8 – Fluxo de avaliação da dor.



Fonte: Freire (2023).

Ainda de acordo com o guia as escalas utilizadas são:

- **Escala Verbal Numérica (EVN):**

O paciente estima a sua dor em uma escala de 0 a 10, com 0 representando “nenhuma dor” e o 10 “a dor máxima imaginável”. Tem como vantagem permitir uma pontuação precisa, sendo de rápida aplicação. Como desvantagens destacam-se a dificuldade em aplicá-la na população de idosos, analfabetos e pacientes com déficits cognitivos ou compreensão insuficiente da linguagem.

Figura 9 – EVN.



Fonte: De Souza Franco et al., (2017).

- **Escala Visual Analógica (EVA):**

Elá consiste em uma linha de 10 cm, com âncoras em ambas as extremidades. Em uma delas é colocada o desritor “nenhuma dor” e na outra extremidade o desritor verbal “dor insuportável”. Uma régua é usada para quantificar a mensuração numa escala de 0-100 mm.

Figura 10 – EVA.



Fonte: Souza (2005).

- **Escala de Faces da dor:**

Utilizada para adultos e crianças, apresenta categorias de desritores visuais, usando expressões faciais refletindo magnitudes de intensidades de dor diferentes. Consiste em seis imagens de faces com várias expressões. O paciente seleciona a face que é consistente com o seu nível atual de dor, após isto, a fase escolhida é convertida na Escala Numérica. Pode ser utilizada para pacientes com déficit cognitivo ou de comunicação leves que consigam compreender e apontar seu escore de dor.

Figura 11 – Faces da dor.



Fonte: Campos (2016).

Conforme demonstrado por D'Oliveira et al. (2012), as escalas analógico-visuais representam ferramentas avaliativas unidimensionais essenciais na prática clínica, permitindo a quantificação objetiva da experiência subjetiva de dor. Tais instrumentos possibilitam a transformação desta manifestação sensorial em parâmetros mensuráveis, fornecendo dados concretos que fundamentam a tomada de decisão terapêutica.

CUIDADOS COM A INCISÃO CIRÚRGICA

A cesárea é uma intervenção cirúrgica necessária quando o parto vaginal não é viável ou seguro para a mãe ou o bebê. Durante o procedimento, incisões são feitas no abdômen e no útero da mulher, tornando-a uma cirurgia invasiva que exige cuidados rigorosos no pós-operatório. A infecção no local da incisão é uma das complicações mais comuns após a cesárea e pode afetar significativamente a recuperação, aumentando o tempo de internação e complicando o cuidado com o recém-nascido (Sung & Mahdy, 2021).

Mulheres que passam por cesárea enfrentam um risco elevado de desenvolver infecções pós-operatórias, que são até oito vezes mais comuns do que em mulheres que passam por parto vaginal. Esse risco elevado está relacionado à natureza invasiva da cirurgia, que exige uma cicatrização delicada e monitoramento constante (Gadeer et al., 2020).

As infecções pós-operatórias geralmente surgem dentro de 30 dias após a cesárea, comprometendo a recuperação da mulher e prolongando sua internação (Kawakita & Landy, 2017). O manejo adequado da incisão e a detecção precoce de sinais de infecção são essenciais para garantir uma recuperação tranquila e sem complicações.

Além do impacto físico, as complicações no pós-operatório podem afetar a saúde mental da mulher, comprometendo sua capacidade de cuidar de seu bebê e de retomar suas atividades cotidianas. Isso ressalta a importância de cuidados contínuos e orientação adequada no pós-operatório, para minimizar o risco de complicações e promover uma recuperação eficaz (Zejnnullahu et al., 2019).

AVALIAÇÃO DA INCISÃO CIRÚRGICA

A avaliação contínua da incisão cirúrgica após a cesárea é fundamental para garantir a recuperação adequada e prevenir complicações. Fatores como obesidade e diabetes podem aumentar o risco de infecção, dificultando a cicatrização da ferida. Por isso existe a necessidade da inspeção regular da incisão, com atenção aos sinais cardinais. Esses sinais indicam possíveis infecções e devem ser tratados prontamente para evitar complicações graves, como sepse (Olsen et al., 2008).

O uso de antibióticos profiláticos também é recomendado para reduzir o risco de infecção, embora o monitoramento constante da incisão desempenhe um papel igualmente importante. A detecção precoce de febre, secreção com mau odor e outros sinais de infecção permite o tratamento imediato, prevenindo infecções mais graves e melhorando os resultados pós-operatórios (Shea et al., 2019).

Protocolos baseados em evidências, como a higiene rigorosa da ferida e a administração precoce de antibióticos, são fundamentais para uma recuperação mais segura e eficaz (Scholz et al., 2021).

CUIDADOS COM A INCISÃO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

No pós-operatório imediato de cesárea, garantir que a incisão permaneça limpa e seca é fundamental para evitar infecções e promover uma cicatrização adequada. Zhang et al. (2024) destacam que a troca regular dos curativos e a adesão às orientações de cuidado da ferida são essenciais para prevenir contaminações e favorecer a recuperação. Além disso, a nutrição adequada, com ênfase em vitaminas e aminoácidos, é crucial para a regeneração celular e aceleração da cicatrização (Zhang et al., 2024).

Um sistema imunológico fortalecido através de uma alimentação balanceada e repouso adequado contribui significativamente para uma recuperação mais eficiente. O autocuidado também é uma parte importante desse processo. Zhang et al. (2024) sugerem que a paciente deve evitar esforços físicos excessivos e atividades que possam comprometer a cicatrização da incisão.

Além disso, o uso de pomadas antibióticas tópicas, como o ácido fusídico, tem mostrado eficácia na redução das infecções e aceleração da cicatrização. El-Sayed et al. (2024) demonstraram que, ao aplicar ácido fusídico após a cirurgia, a taxa de infecção foi significativamente menor (1,6%) em comparação ao grupo controle (13,1%), que usou apenas curativo com povidona-iodo.

A aplicação de antibióticos tópicos oferece vantagens sobre os antibióticos sistêmicos, pois age diretamente na área afetada, sem causar os efeitos colaterais típicos dos antibióticos orais ou intravenosos, como resistência bacteriana. Esse tratamento localizado é eficaz para prevenir complicações e acelerar o processo de recuperação da paciente.

O PAPEL DA COLABORAÇÃO FAMILIAR NO APOIO À RECUPERAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA

A participação ativa dos pacientes e de seus familiares exerce uma influência profunda nos cuidados pós-operatórios, particularmente no que se refere ao apoio emocional e físico.

Frente a isso, Rabelo et al. (2018) enfatizam que a excelência na assistência de enfermagem vai além das habilidades técnicas, sendo fundamentada na capacidade de criar conexões autênticas com os pacientes.

Quando os familiares se envolvem no processo de recuperação, não só oferecem suporte emocional, mas também colaboram na preservação da saúde física do paciente, facilitando a adesão a práticas essenciais, como a mobilização precoce e o controle adequado das medicações. Esse engajamento cria um ambiente seguro e acolhedor, vital para que o paciente se sinta amparado e motivado a seguir as orientações médicas.

A presença dos familiares também exerce um efeito positivo sobre a cicatrização e o processo de recuperação física. Dewi et al. (2022) observam que a mobilização precoce é um fator determinante para o sucesso pós-operatório, especialmente após a cesárea. O envolvimento dos familiares nesse processo acelera significativamente a recuperação, ao incentivarem o paciente a superar as limitações impostas pela cirurgia. Além disso, esse apoio contribui para a diminuição da dor e da ansiedade,

promovendo um maior conforto e facilitando um retorno mais rápido às atividades cotidianas.

MANUTENÇÃO DA HIGIENE E DO CONFORTO

A manutenção da higiene no pós-operatório de cesariana é essencial para reduzir a incidência de infecções cirúrgicas, além de proporcionar o conforto e o bem-estar da puérpera durante o processo de recuperação.

O estudo de Bagga et al. (2022) evidencia que infecções no local da cirurgia, causam uma carga adicional ao sistema de saúde e aumentam o sofrimento das pacientes. A implementação de medidas simples de prevenção, como o banho pré-operatório com lavagem do cabelo, demonstrou reduzir significativamente a taxa de infecção, promovendo não apenas a saúde física das mulheres, mas também contribuindo para um ambiente mais seguro e confortável.

Isso reforça que a higiene não é apenas uma questão de evitar complicações, mas também de proporcionar uma recuperação mais tranquila, essencial para o bem-estar emocional da puérpera.

Além da prevenção de infecções, a educação das pacientes sobre as práticas adequadas de higiene tem um impacto direto na confiança e no conforto das puérperas. As intervenções educativas, que enfatizam a importância do banho pré-operatório aumentaram significativamente o conhecimento das pacientes sobre os cuidados necessários antes e após a cirurgia.

De acordo com o estudo, a adesão a essas práticas resultou não apenas na diminuição das taxas de infecção, mas também no aumento da confiança das mulheres em relação aos cuidados pós-operatórios. A melhora nos índices de conhecimento e a aceitação das práticas de higiene contribuem para uma experiência pós-operatória mais positiva, gerando uma sensação de segurança e controle por parte das pacientes durante um período naturalmente vulnerável.

A infraestrutura hospitalar adequada também desempenha um papel fundamental na garantia do conforto das pacientes no pós-operatório. O estudo ressaltou que condições melhores de infraestrutura,

como a disponibilização de banheiros limpos e a oferta de água quente, são cruciais para a adesão das mulheres ao regime de higiene.

Além disso, a troca de métodos agressivos de remoção de pelos, como o uso de lâminas de barbear, pelo uso de aparadores, também contribuiu para uma recuperação mais confortável e sem complicações. A implementação dessas medidas, aliada à educação das pacientes, favorece a adesão a práticas de higiene eficazes, o que reflete diretamente na recuperação física e emocional da mulher, promovendo um pós-parto mais saudável e reconfortante.

CUIDADOS COM A HIGIENE PESSOAL DA PUÉRPERA

A higiene no pós-operatório de cesárea é um cuidado essencial para garantir uma recuperação saudável e minimizar os riscos de infecções, sem comprometer a integridade da incisão. O banho deve ser realizado de forma cuidadosa, priorizando o chuveiro em vez da banheira, uma vez que o chuveiro permite uma limpeza mais controlada e diminui o risco de infecção na região da incisão. A aplicação de cuidados como a limpeza adequada da pele com soluções antissépticas é fundamental para prevenir infecções de sítio cirúrgico (SSI), especialmente em cesáreas emergenciais.

Como destacado por Nagori et al. (2021), o uso de pacotes cirúrgicos adequados e a limpeza vaginal com soluções antissépticas têm se mostrado eficazes na redução das infecções pós-operatórias, proporcionando um ambiente seguro para a recuperação.

Além disso, a higiene íntima no pós-parto precisa ser tratada com muita atenção, principalmente quando há suturas na região perineal ou na incisão da cesárea. O uso de sabonetes neutros e água morna é recomendado para evitar a irritação da pele sensível, prevenindo complicações e ajudando na cicatrização.

Ademais, Nagori et al. (2021) ressaltam a importância de se adotar produtos suaves, pois a escolha de sabonetes adequados contribui para a redução de infecções do trato urinário e endometrite, condições que podem surgir após a cesariana, e que afetam diretamente a recuperação da mulher.

Os cuidados com os seios também são essenciais, especialmente para as mulheres em período de amamentação, evitando complicações como mastite e fissuras. A limpeza cuidadosa dos seios, com o uso de sabonetes neutros, e a secagem adequada após a amamentação são práticas recomendadas para prevenir infecções e lesões nos mamilos. De acordo com Nagori et al. (2021), essas medidas ajudam a garantir que o processo de amamentação seja confortável e sem complicações, promovendo o bem-estar da mãe e do bebê.

A orientação adequada sobre cuidados pós-operatórios, com ênfase na higiene íntima, no uso de sabonetes neutros e na manutenção da integridade das suturas, contribui para uma recuperação mais tranquila. Nagori et al. (2021) enfatizam que essas orientações, aliadas ao acompanhamento médico, são fundamentais para garantir que a mulher tenha uma recuperação completa e sem complicações. Com um cuidado técnico e humanizado, é possível minimizar os riscos e promover um pós-parto mais saudável, acolhendo a mulher em um momento delicado de sua vida com empatia e precisão.

CONFORTO PÓS-CESÁREA

A promoção do conforto no pós-operatório de cesárea é essencial para garantir uma recuperação eficiente e reduzir o sofrimento das pacientes. A dor aguda, frequentemente experimentada após a cirurgia, é uma das principais barreiras ao conforto imediato.

De acordo com o estudo de Al Makki et al. (2021), "a dor aguda após a cesárea prejudica o conforto e a sensação de segurança das pacientes". Dessa forma, o manejo adequado da dor torna-se essencial para promover não apenas o conforto físico, mas também o bem-estar emocional das mulheres. A gestão eficaz da dor no pós-operatório imediato é crucial, pois permite que as pacientes se sintam mais seguras e capazes de realizar atividades essenciais, como a amamentação e a movimentação, sem sofrer com desconforto intenso.

Além do alívio da dor, o controle adequado das condições físicas da paciente no período pós-operatório imediato contribui para a melhoria do conforto geral.

Segundo Al Makki et al. (2021), "o controle adequado da dor no pós-operatório imediato é vital para o bem-estar da paciente, ajudando a melhorar o conforto e acelerar a recuperação". Isso implica em uma abordagem cuidadosa, tanto farmacológica quanto não farmacológica, para garantir que o desconforto seja minimizado de maneira segura.

Além disso, a atenção ao posicionamento adequado da mulher, com o uso de almofadas e travesseiros, pode aliviar a pressão sobre a cicatriz e melhorar o conforto na amamentação, promovendo uma recuperação mais tranquila (Al Makki et al., 2021).

HIGIENE E CUIDADOS COM CATETERES E DRENOS

A manutenção adequada da higiene dos cateteres intravenosos e sondas urinárias é essencial para prevenir complicações graves, como infecções urinárias e flebites. O uso prolongado desses dispositivos pode facilitar a entrada de bactérias no trato urinário, aumentando o risco de infecção. A inserção e o manuseio inadequado do cateter podem causar danos ao tecido uretral, promovendo a irritação e a inflamação da mucosa, o que favorece a instalação de infecções. (Abdel-aleem et al., 2014)

Além disso, a infecção urinária associada ao uso de cateteres pode acarretar complicações ainda mais graves, como bacteremia e septicemia, comprometendo a saúde do paciente. A prática de cuidados rigorosos com a higiene, como a desinfecção adequada da área ao redor do cateter e a troca periódica do dispositivo, é fundamental para evitar essas complicações (Abdel-aleem et al., 2014)

Além disso, embora a colocação de drenos seja uma prática comum para evitar complicações pós-operatórias, a decisão de utilizá-los deve ser cuidadosamente avaliada. Em alguns casos, o uso de drenagem tem mostrado reduzir a ocorrência de hematomas, uma vez que ajuda na evacuação de fluidos e diminui o risco de sangramentos internos. (Zheng et al., 2024).

Contudo, o risco de infecções não diminui de forma significativa com o uso de drenos, e a presença desses dispositivos pode, em alguns casos, aumentar a vulnerabilidade ao desenvolvimento de infecções. A escolha entre o uso ou não de drenagem deve ser baseada em uma

avaliação criteriosa das condições do paciente e do risco de complicações (Zheng et al., 2024).

RECOMENDAÇÕES DE CONFORTO EMOCIONAL

O conforto emocional desempenha um papel fundamental na recuperação das mulheres que passam por uma cesárea, pois impacta diretamente o processo de cura tanto no plano físico quanto no emocional.

O suporte psicológico, fornecido por meio de estratégias como o envolvimento de familiares, amigos e profissionais de saúde, tem demonstrado ser eficaz na redução da ansiedade das puérperas. Gestos simples, como o ato de segurar as mãos e promover uma conversa tranquila durante o procedimento, ajudam a diminuir o medo e o estresse, criando um ambiente mais acolhedor e seguro para a paciente.

Tais abordagens não apenas favorecem a estabilização dos parâmetros vitais, mas também promovem uma maior satisfação da paciente com a experiência da cesárea, tornando o processo menos traumático.

A pesquisa de Yadav et al. (2023) aponta que o uso de estratégias como o toque físico e conversas calmantes reduz a ansiedade, estabelecendo confiança e conforto durante a cirurgia, elementos essenciais para o bem-estar emocional da mulher após o parto. Dessa maneira, o suporte emocional tem se revelado uma ferramenta poderosa na recuperação, pois fortalece a relação de confiança entre paciente e equipe de saúde, o que é crucial para a recuperação física e emocional no pós-parto (Yadav et al., 2023).

O descanso adequado é de suma importância para a recuperação física e emocional das puérperas após a cesárea. A privação de sono pode prolongar o período de recuperação, comprometendo tanto o bem-estar físico quanto o psicológico.

Um estudo de Abdel-Aleem et al. (2014) sobre o uso de cateteres urinários após a cirurgia demonstra que a presença de dispositivos invasivos pode retardar a mobilização das mulheres e aumentar o tempo de internação, dificultando o descanso adequado. Essa interferência prejudica o processo de recuperação, uma vez que afeta o sono e as atividades essenciais para o restabelecimento físico.

A remoção precoce desses dispositivos não apenas melhora o conforto físico, mas também permite que a mulher descance com mais qualidade e recupere-se mais rapidamente, fator essencial para restaurar tanto o corpo quanto o equilíbrio emocional. Assim, garantir um ambiente favorável ao descanso, somado ao suporte emocional, como uma intervenção de recuperação pós-cesárea. A remoção precoce do cateter contribui significativamente para o conforto físico, facilitando o descanso e a recuperação emocional (Abdel-aleem et al., 2014).

CONCLUSÃO

O processo de recuperação pós-cesárea envolve uma série de cuidados essenciais, que abrangem tanto os aspectos físicos quanto emocionais da puérpera. O manejo adequado da incisão cirúrgica, que inclui a prevenção e o controle de infecções, é fundamental para garantir uma recuperação segura e eficaz.

A infecção do sítio cirúrgico, uma das complicações mais comuns após a cesárea, pode impactar negativamente o tempo de internação e a capacidade da mulher de cuidar de seu recém-nascido, evidenciando a importância de uma abordagem rigorosa e contínua no monitoramento da incisão. A avaliação precoce dos sinais de complicações, a aplicação de antibióticos profiláticos e a higiene rigorosa são práticas indispensáveis para a prevenção de infecções e para uma recuperação tranquila.

Além disso, o apoio emocional desempenha um papel decisivo no sucesso da recuperação pós-cesárea. Estratégias de conforto emocional, como o apoio da família e da equipe de saúde, são importantes para reduzir a ansiedade da puérpera e promover sua sensação de segurança e confiança. O conforto físico também deve ser priorizado, com a gestão eficaz da dor, que é uma das principais barreiras ao bem-estar das mulheres nesse período.

Por fim, a manutenção da higiene e o conforto da paciente são aspectos interligados que devem ser cuidadosamente observados. Práticas de higiene adequadas, como o banho pré-operatório e o uso de sabonetes neutros, não apenas previnem infecções, mas também favorecem o conforto e a confiança da paciente durante sua recuperação.

A infraestrutura hospitalar, que inclui a oferta de ambientes limpos e adequados, também é um fator importante para garantir que a puérpera tenha as condições necessárias para seguir as orientações de cuidado e alcançar uma recuperação eficaz.

Portanto, a combinação de cuidados técnicos rigorosos e uma abordagem humanizada, que envolve apoio emocional e conforto físico, é essencial para garantir que a mulher tenha uma recuperação pós-cesárea bem-sucedida e integral, respeitando suas necessidades emocionais e físicas.

REFERÊNCIAS

ABDEL-ALEEM, Hany et al. Indwelling bladder catheterisation as part of intraoperative and postoperative care for caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 2014, n. 4, Art. No.: CD010322. DOI: 10.1002/14651858.CD010322.pub2.

BAGGA, Rashmi et al. A simple infection prevention 'bundle' including preoperative bath with hair-wash to reduce surgical site infection (SSI) following elective caesarean and gynaecological surgery in India. Journal of Family Medicine and Primary Care, v. 11, n. 5, p. 1970-1979, 2022. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1838_21.

BELEZA, A. C. S.; FERREIRA, C. H. J.; SOUSA, L.; NAKANO, A. M. S. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 65, n. 2, p. 264-268, 2012.

CAMPOS, M. G. C. A. et al. Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico. João Pessoa: Ideia, 2016. 398 p.

CASTRO, C. C.; BASTOS, B. R.; PEREIRA, A. K. S. Implementação da avaliação da dor como o quinto sinal vital. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 12, n. 11, p. 3009-3014, nov. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236298>. Acesso em: 02 abr. 2025.

DE OLIVEIRA SANTOS, J.; PACHECO, T. S.; DE OLIVEIRA, P. S.; HINO, P.; CRISTINA, M.; GABRIELLONI, M. B. Avaliação da dor no período

puerperal: estudo comparativo entre os tipos de parto. Revista [Inserir nome da revista], [local de publicação], v. [XX], n. [XX], p. [XX-XX], 2016.
DE SOUZA FRANCO, L. V. et al. Dor pós-operatória em hospital universitário: perspectivas para promoção de saúde. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 30, n. 4, p. 1-10, 2017. Disponível em: 10.5020/18061230.2017.6583. Acesso em: 02 abr de 2025.

DEWI, A. P. S. et al. The role of early mobilization on wound healing after sectio caesarea. Journal of Sexual and Reproductive Health Sciences, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2022. DOI: 10.5294/aqui.2020.20.1.4.

DOS SANTOS, P. L.; RETT, M. T.; LOTTI, R. C. B.; MOCCELLIN, A. S.; DESANTANA, J. M. A via de parto interfere nas atividades cotidianas no puerpério imediato? ConScientiae Saúde, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 604-611, 2016.

FREIRE, G. M. G. et al. Guia do Episódio de Cuidado: Gerenciamento da Dor. [S. l.]: [s. n.], 2021. 4 p. Elaborado por George Miguel Goes Freire e Esthael Cristina Querido Avelar Bergamaschi. Revisado por Mauro Dirlando C. de Oliveira. Aprovado por Giancarlo Colombo. Código Documento: CPTW219.2.

GADEER, R. et al. Incidence and risk factors of wound infection in women who underwent cesarean section in 2014 at King Abdulaziz Medical City, Jeddah. Cureus, v. 12, n. 12, e12164, 2020. DOI: 10.7759/cureus.12164.

KAWAKITA, T.; LANDY, H. Surgical site infections after cesarean delivery: Epidemiology, prevention, and treatment. Maternal Health, Neonatology, and Perinatology, v. 3, p. 12, 2017. DOI: 10.1186/s40748-017-0051-3.

MASCARELLO, K. C.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S.; SILVEIRA, M. F. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 21, e180010, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180010>. Acesso em: 02 abr. 2025.

NAGORI, Asma; KHANAM, Deeba; SHAHEEN. Prevention of post-operative infections in emergency caesarean sections: role of surgical bundle and vaginal cleaning. PARIPEX - Indian Journal of Research, v. 10, n. 4, p. 1-4, 2021. DOI: 10.36106/pripex.

OLSON, M. A. et al. Fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico após cesárea transversa baixa. Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, v. 29, n. 6, p. 477-484, 2008. DOI: 10.1086/587810.

RABELO, A. C. S.; SOUZA, F. V. F.; SILVA, L. F. Contribuição do cuidado transpessoal ao ser-cardiopata no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 38, n. 4, p. 1-10, 2018. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.04.64743.

SCHOLZ, R. et al. A multifaceted surgical site infection prevention bundle for cesarean delivery. American Journal of Perinatology, v. 38, n. 7, p. 690-697, 2021. DOI: 10.1055/s-0039-3400993.

SHEA, S. K.; SOPER, D. E. Prevention of Cesarean Delivery Surgical Site Infections. Obstetrics & Gynecology Surveys, v. 74, n. 2, p. 99-110, 2019. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000645.

SONG, W.; EATON, L. H.; GORDON, D. B.; HOYLE, C.; DOORENBOS, A. Z. Evaluation of evidence-based nursing pain management practice. Pain Management Nursing, New York, v. 16, n. 4, p. 456-463, Aug. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.002>. Acesso em: 02 abr. 2025.

SOUZA, L. D.; PITANGUI, A. C. R.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S.; FERREIRA, C. H. J. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 741-747, 2009.

SOUZA, F. F.; SILVA, J. A. A métrica da dor: problemas teóricos e metodológicos. Revista Dor, v.6, n.1, p. 469-513, 2005.

SUNG, S.; MAHDY, H. Cesarean section. In: STATPEARLS . Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707>. Acesso em: 5 mar. 2025.

VIVEIROS, W. L.; OKUNO, M. F. P.; CAMPANHARO, C. R. V.; LOPES, M. C. B. T.; OLIVEIRA, G. N. O.; BATISTA, R. E. A. Dor no serviço de emergência: correlação com as categorias da classificação de risco. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 26, e3070, 2018. Disponível em:

<<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9737/8512>>. Acesso em: 02 abr de 2025.

YADAV, Pritam et al. Comforting manoeuvres in relieving anxiety in LSCS. Journal of Clinical and Diagnostic Research, v. 17, n. 3, p. UC01-UC05, mar. 2023. DOI: 10.7860/JCDR/2023/59520.17512.

ZEJNNULLAHU, V. A. et al. Surgical site infections after cesarean sections at the University Clinical Center of Kosovo: Rates, microbiological profile, and risk factors. BMC Infectious Diseases, v. 19, p. 752, 2019. DOI: 10.1186/s12879-019-4383-7.

ZHE, KAI'E; ZHANG, Lingyan. Causes of poor incision healing after cesarean section and strategies to prevent it. Journal of Clinical Medicine Research, v. 5, n. 2, p. 201-204, 2024. DOI: 10.32629/jcmr.v5i2.2309.

ZHENG, Yuanyuan et al. The effect of placing drains and no drains after caesarean section in obese patients on patients' post-operative wound complications: A meta-analysis. International Wound Journal, 2024. DOI: 10.1111/iwj.14576.

Página deixada em branco de forma intencional



4

AMAMENTAÇÃO

Jackson Luís Ferreira Cantão; Jenniffer Pamella Balan;
Rafaela Lima Alves; Alyce Das Neves Silva; Thiago
Cardoso Vianna; Amanda Da Costa Silveira Sabbá;
Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho; Benedito do
Carmo Gomes Cantão; Jaciane de Souza Nascimento;
Rafael Alves Freires

APRESENTAÇÃO DO CAPÍTULO

A amamentação e o cuidado com o recém-nascido são pilares fundamentais do vínculo entre mãe e bebê, especialmente após uma cesárea. Este capítulo ilumina a importância desse processo, oferecendo ao leitor uma visão prática e humanizada sobre o apoio à amamentação e a superação de desafios comuns.

As técnicas apresentadas reforçam o papel da enfermagem em fortalecer a confiança materna e garantir o bem-estar do bebê. Ao explorar esses aspectos, este capítulo nos lembra que o cuidado ultrapassa o físico, englobando também o emocional e o relacional.

Subtítulos a serem abordados:

- Importância da amamentação
- Técnicas de apoio à amamentação
- Benefícios da AME no desenvolvimento facial do recém-nascido

INTRODUÇÃO

O processo de amamentação está além do aspecto nutricional, pois amamentar garante a criança uma boa imunidade, promove o desenvolvimento cognitivo, emocional e físico (Brasil, 2015). Segundo o Estudo Nacional de Alimentos e Nutrição Infantil (ENANI), a prevalência de crianças menores de 2 anos que em algum momento foram amamentadas foi de 96,2% no Brasil (ENANI-2019). Desse modo, considera-se a importância do aleitamento materno como fundamental e essencial à formação nutricional infantil.

Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o leite materno às crianças de até pelo menos os 2 anos de idade e sendo que o aleitamento materno deverá ser exclusivo até os 6 meses de vida. Além disso, define o aleitamento materno em algumas categorias são elas, aleitamento materno exclusivo é referente ao leite materno direto da mama ou ordenhado.

Para o aleitamento materno predominante, a criança recebe o leite materno, água e/ou bebidas à base de água, aleitamento materno, caracterizado por ser independente de receber ou não outros alimentos, aleitamento materno complementado, refere-se a complementação de alimentos sólidos ou semissólidos e aleitamento materno misto ou parcial a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

A Amamentação exclusiva (AME) no Brasil chegou a uma prevalência de 45,8%, enquanto o aleitamento materno por região teve seus escores estimados em região norte com 40,3%, nordeste 39,0%, sudeste 49,1%, sul 54,3% e centro-oeste 43,5% (ENANI-2019). Sob essa ótica, observa-se que a amamentação exclusiva ainda na fase ideal ainda enfrenta obstáculos, visto que a porcentagem de lactantes que amamentam até os 6 meses de vida de forma exclusiva ainda se encontram num percentual abaixo de 50%.

Paralelo a isso, na formação do mecanismo de lactação durante a gestação o corpo da mulher passa por diversas mudanças hormonais e fisiológicas para conceber a lactação, assim as mamas incialmente têm o seu desenvolvimento ainda na puberdade e quando a mulher está numa gestação uma vasta quantidade de estrogênio é secretada pela placenta e

com isso os ductos das mamas crescem e se ramificam (Guyton; Hall, 2023).

Além disso, a progesterona atua na construção do sistema lóbulo-alveolar, sendo ela essencial para o desenvolvimento das mamas na gestação, com isso, o hormônio prolactina é responsável por promover o leite e nos primeiros dias após o parto o líquido secretado é chamado de colostro, rico em proteínas e lactose, quase sem gordura (Guyton; Hall, 2023).

Considerando o processo de lactação e a essencialidade do aleitamento materno existem barreiras enfrentadas na amamentação, tal qual o desmame precoce, cujas causas estão relacionadas a ingurgitamento mamário, fissuras, infecções mamárias e bloqueio de ductos lactíferos, fatores que inviabilizam o aleitamento materno (Steffens, 2024).

Posto isso, este capítulo objetiva elencar a importância da amamentação aliado ao desenvolvimento nutricional, funcional e motor da criança, além de caracterizar a técnica correta de apoio a amamentação natural.

IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO

A amamentação é incentivada nas consultas de pré-natal e ações extensionistas com o fito de maior adesão ao aleitamento materno infantil, pois a informação desmistifica paradigmas e apoiam mulheres que precisam de suporte (Andrade, 2021).

Dessa forma, o manejo clínico do aleitamento materno no pré-natal corrobora com a interpretação mulher diante dos benefícios materno infantil, tal aspecto evita agravos à saúde do binômio mãe-filho (Sousa et al., 2021). Nesse sentido, a amamentação é incentivada precocemente, fazendo com que a mãe veja este processo nutricional como grande valia para a saúde bebê.

Paralelo a isso, em ambiente hospitalar tem-se o alojamento em conjunto, ambiente direcionado aos cuidados com o binômio mãe-filho, no puerpério imediato, até a alta, cujo espaço favorece o aleitamento materno precoce, visando fortalecer o vínculo materno infantil e apoio psicológico e emocional (Luzia et al., 2020).

A Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016, sobre o alojamento em conjunto, considera esse ambiente como efetivo e serve de apoio a promoção e proteção a mulher do bebê, conforme as suas individualidades.

Diante disso, de acordo com o Ministério da Saúde, o aleitamento natural materno garante a proteção contra episódios diarreicos na criança, no entanto quando ocorre a introdução de alimentos complementares antes dos 6 meses, a proteção poderá resultar em um déficit, com isso, enfatiza múltiplos benefícios da amamentação, tais como as menores chances de morte infantil, redução de riscos inerentes a infecção respiratória, redução de riscos da criança desenvolver alergias, reduz as chances de obesidade infantil, melhor qualidade de vida, fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê e entre outros (Brasil, 2015).

No que se refere a unidade de terapia intensiva, mais especificamente as neonatais que acolhem os bebês advindos de parto prematuros, a condição de saúde da criança em muitas situações traz consigo o afastamento físico, estresse materno, culpa pelo parto prematuro, ansiedades, inseguranças e medos, mas quando posto o contato da mãe e bebê em UTIN o RN percebe os batimentos cardíacos, temperatura e a respiração de da mãe, o que provoca uma sensação de bem-estar físico, proteção e desenvolvimento emocional da criança (Moraes et al., 2022).

Os benefícios da amamentação também são válidos para a nutriz, uma vez que quando os hormônios prolactina e ocitocina que estão elevados na amamentação fornecem uma sensação de relaxamento, a mãe e o bebê vivenciam então um período de conforto, favorecendo um equilíbrio na saúde materno infantil (Lubacheveski; Martins, 2021).

O contato pele a pele com a mãe nos primeiros momentos de vida reduzem os riscos de hipotermia neonatal, outrossim, a sucção provoca a sucção de hormônios que ajudam a regular os sinais vitais do RN (Sousa et al., 2024).

O leite materno possui uma composição ideal de gordura vitaminas e minerais que favorecem a formação física e cerebral da criança (López et al., 2024). As substâncias presentes no leite materno conferem proteção imunológica, proteção da mucosa intestinal, maturação epitelial e produção de enzimas, além disso, protege contra uma série de doenças,

pois a amamentação tem relação com menor incidência de doença de Cohn, doenças alérgicas, retocolite ulcerativa, diabetes *melittus* e linfoma (Moraes et al., 2022).

TÉCNICAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

No aleitamento natural, visando a interação entre mãe e bebê é necessário a aplicação da técnica correta, para isso, é fundamental que a criança realize a abertura completa da boca, abocanhando o mamilo e a aréola, formando um lacre perfeito. Desse modo, a posição ineficaz se constitui em “má pega”, essa problemática resulta em danos a mãe devido ao não esvaziamento da mama e o bebê poderá não adquirir o peso ideal para sua idade (Brasil, 2015).

À vista disso o Ministério da Saúde recomenda a seguinte técnica de amamentação:

- A vestimenta da mãe e do bebê devem estar adequadas, sem restrição de movimentos, recomenda-se que as mamas estejam completamente expostas;
- A posição da mãe, é de sua própria escolha, é importante está em uma posição confortável, relaxada, bem apoiada e nem curvada nem para trás e nem para frente;
- Rosto do bebê deve ficar de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo;
- Corpo do bebê deve ficar próximo ao da mãe;
- O bebê necessita está com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido) e bem apoiado;
- Na pega a aréola deverá estar visível acima da boca da criança;
- Boca bem aberta com lábio inferior virado para fora e o queixo tocando a mama.
- A mãe deve estar segurando a mama com a mão em forma de “C”, objetivando que a aréola fique livre.

Sinais de técnica de amamentação incorreta:

- Bochechas do bebê encovadas a cada situação;
- Ruídos da língua;
- Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada;
- Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando a bebê solta a mama;
- Dor na amamentação.

Figura 12 – Técnica de amamentação correta.



Fonte: Santiago; Santiago, 2014.

BENEFÍCIOS DA AME NO DESENVOLVIMENTO FACIAL DO RECÉM-NASCIDO

O aleitamento materno traz consigo diversos benefícios ao RN, além da afetividade entre mãe e bebê promove o amadurecimento das funções estomagnáticas, são elas, a face, a respiração e a deglutição, com isso o exercício desse sistema por meio da amamentação com técnica correta fomenta a estimulação do desenvolvimento craniofacial (Braga; Gonçalves; Augusto, 2020).

Os agentes protetores no leite de vaca, em sua maioria são destruídos quando estão em contato com o ambiente interno do ser humano, evidenciando então, que o leite materno possui maiores propriedades protetoras contra agentes infecciosos (Guyton; Hall, 2023).

Aliado a isso, a substituição do leite materno pelo leite de fórmula é percebida no desenvolvimento neurocognitivo, visto que a AME é responsável por um desenvolvimento cerebral mais aprimorado, comparado a amamentação através da mamadeira (Oliveira, 2021).

No que se refere ao desmame natural precoce, esse fator desencadeia o aleitamento materno artificial, aspecto estimulante de hábitos de sucção não nutritivos que interfere no desenvolvimento do sistema estomagnético (Silva; Scatolin; Oliveira, 2023). Em um estudo longitudinal, o tempo de aleitamento materno e os hábitos de sucção observou-se uma associação significante entre o uso da mamadeira e a chupeta, que resultaram em um menor tempo de aleitamento materno (Queiroz, 2024).

O bebê possui um reflexo natural de sucção, essencial para o desenvolvimento psíquico, esse reflexo pode ser visto até mesmo nas ultrassonografias quando se encontra sugando os dedos da mão, no entanto, a prática cultural do incentivo ao uso de mamadeira os chupeta vem trazendo algumas consequências na saúde da criança (Santiago; Santiago, 2014).

A má oclusão é um fator associado ao período de amamentação, visto que num estudo descritivo transversal com 165 crianças de idade entre 2 a 5 anos, foi observado que 88 crianças que receberam alimentação natural por menos de 6 meses apresentaram modificações no crescimento do maxilar, mas quando o período de lactação ultrapassou os 6 meses o índice de má oclusão resultou em déficit (González; Brito, 2011).

A musculatura da língua no ato da amamentação trabalhaativamente em posição anteriorizada contribuindo com a correção do retrognatismo fisiológico, promovendo também um desenvolvimento adequado da cavidade bucal (Marques et al., 2022). O AME contribui de maneira significativa com a prevenção da respiração bucal, deglutição atípica e promove uma oclusão dentária normal (Cassimiro et al., 2019).

Diante disso, a língua em contato com a mamadeira tem a função de regular o fluxo do leite, com isso, a língua não realiza os seus movimentos adequados no uso da mamadeira, tal aspecto contribui com respiração bucal, com prejuízos à respiração nasal (Oliveira et al., 2024). Os movimentos exercidos pela criança durante a amamentação eficaz trazem resultados a longo prazo, pois esses exercícios fortalecem, tonificam e equilibram a musculatura da face, bem como a maturação das estruturas orofaciais (Moura et al., 2023).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. P. et al. Amamentação: relato de experiência sobre projeto de extensão. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 2, p. 3989-4004, 2021.

BRAGA, M. S.; SILVA G. M.; AUGUSTO, C. R. Os benefícios do aleitamento materno para o desenvolvimento infantil. *Brazilian journal of development*, v. 6, n. 9, p. 70250-70261, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, nº23, 2^a Edição)

BRASIL. Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html

CASSIMIRO, I. G. V. et al. A importância da amamentação natural para o sistema estomatognático. *Revista uningá*, v. 56, n. S5, p. 54-66, 2019.

DA SILVA, A. M.; SCATOLIN, R. S.; OLIVEIRA, A. L. B. M. Importância do aleitamento materno no desenvolvimento do sistema estomatognático. *Facit Business and Technology Journal*, v. 1, n. 40, 2023.

GONZÁLEZ, A. R.; BRITO, I. M. Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. *Revista médica electrónica*, v. 33, n. 1, p. 45-51, 2011.

GUYTON, A. C.; HALL J. E. Tratado de Fisiologia Médica. Editora Elsevier. 14^a ed., 2023.

LÓPEZ, ANDRÉS SANTIAGO QUIZHPI et al. A importância do aleitamento materno na promoção da saúde materno-infantil: nutrição, vínculo afetivo e políticas de saúde pública. Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida, v. 16, n. 1, p. 8-8, 2024.

LUBACHEVESKI, K. M; MARTINS, E. L. A importância da amamentação e os fatores que desencadeiam o desmame precoce: revisão da literatura. Revista de Educação, Saúde e Ciências do Xingu, v. 1, n. 4, 2021.

LUZIA, F. J. M. et al. Educação em saúde como estratégia para a promoção do cuidado ao binômio Mãe-Filho em alojamento conjunto. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 7, p. 43361-43370, 2020.

MARQUES V. G. P. S. et al. A importância do incentivo ao aleitamento materno. Revista Científica Saúde e Tecnologia – RECISATEC, v. 2, n.8, 2022.

MOURA, L. H. G. A. et al. A importância do aleitamento materno no desenvolvimento da face. Research, Society and Development, v. 12, n. 8, p. e13312842985-e13312842985, 2023.

OLIVEIRA et al. A importância do aleitamento natural para o crescimento e desenvolvimento craniofacial. Revista Caderno Pedagógico, v. 21, n.10, p.01-17. 2024. DOI: 10.54033/cadpedv21n10-148

OLIVEIRA, C. S. Amamentação artificial x exclusiva: impacto no desenvolvimento e crescimento infantil através de uma revisão integrativa. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; Fundo das Nações Unidas Para a Infância. Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância. São Paulo: IBFAN Brasil, 2005.

QUEIROZ, I. Q. D. Relação do frênuo lingual normal e alterado com aleitamento materno, desenvolvimento da fala e oclusão e fatores relacionados: estudo de coorte. 2024.

SANTIAGO, L; SANTIAGO, F.. Aleitamento materno: técnica, dificuldades e desafios. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). 2014.

SOUSA, E. K. B. et al. O papel crucial da amamentação na primeira hora de vida: impacto na saúde e desenvolvimento neonatal. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 3, p. 2001-2007, 2024.

SOUSA, F. L. L. et al. Benefícios do aleitamento materno para a mulher e o recém-nascido. Research, Society and Development, v. 10, n. 2, p. e12710211208-e12710211208, 2021.

STEFFENS, S. M. Problemas precoces e tardios no aleitamento materno. Revista Contemporânea, v. 4, n. 9, p. e5725-e5725, 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. Documento eletrônico - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 19.12.2024

Página deixada em branco de forma intencional



5

CUIDADOS NEONATAIS

Jackson Luís Ferreira Cantão; Jenniffer Pamella Balan;
Rafaela Lima Alves; Ione Silva De Oliveira; Thiago
Cardoso Vianna; Charles Alberto Villacorta De Barros;
Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho; Benedito do
Carmo Gomes Cantão; Michelle Ferreira Cantão; Antonio
Nilton Sousa Matos

APRESENTAÇÃO DO CAPÍTULO

Os cuidados neonatais no contexto do pós-operatório de cesariana exigem atenção imediata e criteriosa, considerando a transição extrauterina e os riscos associados ao nascimento cirúrgico. Este capítulo aborda os principais procedimentos de rotina no atendimento ao recém-nascido, como a avaliação do Apgar, cuidados com o coto umbilical, manutenção da termorregulação e prevenção de infecções.

Com base em práticas baseadas em evidências e protocolos atualizados, o texto destaca ainda a importância da amamentação precoce, do contato pele a pele e do fortalecimento do vínculo mãe-bebê, assegurando um início de vida saudável e humanizado.

Subtítulos a serem abordados:

- Cuidados com o recém-nascido

PANORAMA ESSENCIAIS PARA SAÚDE DOS RECÉM-NASCIDOS

O período neonatal compreende os primeiros 28 dias de vida do recém-nascido, sendo uma fase que requer cuidados específicos e monitoramento constante devido à vulnerabilidade característica desta etapa do desenvolvimento humano (Brasil, 2022). Em neonatos nascidos por cesariana, os cuidados demandam atenção adicional, especialmente relacionados à adaptação respiratória e à termorregulação, considerando que o parto cesáreo altera o processo fisiológico natural de expulsão do líquido pulmonar (WHO, 2023).

A mortalidade neonatal representa 47% das mortes globais em crianças menores de cinco anos, com causas frequentemente preveníveis através de práticas de cuidado adequadas (WHO, 2020). No Brasil, os avanços nos cuidados neonatais reduziram significativamente essas taxas, mas desafios como prematuridade, sepse neonatal e asfixia perinatal permanecem (Brasil, 2016).

Assim, os cuidados neonatais representam um conjunto de práticas essenciais que envolvem ações imediatas após o nascimento, monitoramento contínuo, identificação precoce de complicações e participação ativa de uma equipe multiprofissional. Este estudo tem como propósito abordar os principais conceitos, práticas e desafios relacionados aos cuidados neonatais, oferecendo uma visão clara e embasada em evidências científicas.

O primeiro contato pele a pele entre mãe e recém-nascido, mesmo após um parto por cesárea, é amplamente reconhecido pela literatura científica como uma prática essencial para a promoção da saúde materno-infantil. Embora os partos cesarianos frequentemente apresentem barreiras físicas e logísticas para esse contato imediato, a implementação dessa prática tem demonstrado benefícios significativos tanto para a mãe quanto para o bebê (WHO, 2018; Brasil, 2016).

Logo, após o nascimento facilita a estabilização térmica do recém-nascido, reduzindo o risco de hipotermia, uma complicação comum após cesarianas devido ao ambiente mais frio das salas cirúrgicas (Moore et al., 2016). Esse contato também promove a estabilização dos níveis de glicose no sangue, diminui a frequência de choro excessivo e ajuda a regular os

batimentos cardíacos e respiratórios do recém-nascido (Feldman et al., 2002).

Além disso, o contato direto com a mãe facilita a colonização da microbiota materna na pele do bebê, contribuindo para uma flora microbiana mais saudável e reduzindo o risco de infecções hospitalares (Stuebe, 2014). Estudos sugerem que bebês que passam por contato pele a pele logo após a cesárea têm menor risco de desenvolver complicações respiratórias, como a taquipneia transitória do recém-nascido (Hung & Berg, 2011).

Independentemente da via de nascimento, é um forte estímulo ao aleitamento materno precoce. Durante esse contato, o recém-nascido apresenta comportamentos instintivos, como a busca pelo seio materno, o que facilita a pega correta e melhora o estabelecimento da amamentação (UNICEF, 2019).

Deste modo, há estudos que demonstram que o aleitamento precoce está associado a taxas mais elevadas de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida (WHO, 2020). A oxitocina, liberada durante esse contato, não apenas promove a ejeção do leite materno, mas também ajuda na contração uterina, reduzindo o risco de hemorragia pós-parto para a mãe (Moore et al., 2016).

OS PRIMEIROS CUIDADOS COM RECÉM-NASCIDOS

O termo neonato refere-se ao período que abrange os primeiros 28 dias de vida, subdividido em neonato precoce, que compreende os primeiros 7 dias, e neonato tardio, que vai do 8º ao 28º dia (WHO, 2018).

A classificação dos recém-nascidos é essencial para direcionar intervenções específicas. Eles podem ser categorizados como a termo, quando nascidos entre 37 e 42 semanas gestacionais; pré-termo, quando nascidos antes das 37 semanas; e pós-termo, quando ultrapassam as 42 semanas. Além disso, há a classificação de baixo peso ao nascer, caracterizada por bebês com peso inferior a 2.500 gramas, e de recém-nascido de risco, que inclui aqueles com prematuridade extrema ou complicações associadas ao parto (Brasil, 2016).

Os cuidados imediatos ao nascimento são fundamentais para garantir uma transição adequada do ambiente intrauterino para o

extrauterino. A primeira avaliação clínica é realizada por meio do Apgar Score, criado por Virginia Apgar (1953), que avalia cinco parâmetros essenciais: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Cada parâmetro recebe uma pontuação de 0 a 2 pontos, com uma pontuação total de 7 a 10 considerada normal. O clampeamento tardio do cordão umbilical, realizado entre 1 e 3 minutos após o nascimento, é recomendado pela OMS devido ao seu impacto positivo na redução do risco de anemia ferropriva (WHO, 2020).

Paralelamente, o aquecimento e estabilização térmica são cruciais para evitar hipotermia, uma condição associada a complicações metabólicas e maior risco de mortalidade. O contato mãe e filho imediato é uma prática recomendada para estabilizar a temperatura corporal e fortalecer o vínculo afetivo (Brasil, 2016). Além disso, o início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida, oferece colostrum rico em anticorpos e nutrientes essenciais, promovendo proteção imunológica e desenvolvimento saudável (WHO, 2020).

Figura 13 – Cuidados Imediatos aos Recém- Nascidos.



Fonte: Autor, 2024.

No período neonatal, os cuidados essenciais envolvem diversas práticas diárias que garantem a saúde e bem-estar do recém-nascido. Em relação à higiene e banho, recomenda-se que o primeiro banho ocorra após 6 horas do nascimento, a fim de evitar hipotermia e permitir que a vernix caseosa, uma substância natural com propriedades protetoras, permaneça na pele (Brasil, 2016).

O coto umbilical deve ser mantido limpo e seco. A alimentação também é um pilar fundamental, com o aleitamento materno exclusivo recomendado até os 6 meses de idade, devido à sua composição nutricional ideal e benefícios imunológicos (Brasil, 2015).

A imunização neonatal também desempenha papel central, com a administração obrigatória das vacinas BCG, que protege contra a tuberculose, e Hepatite B, aplicada nas primeiras 12 horas de vida (BRASIL, 2016). Além disso, o monitoramento de sinais vitais, como frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e saturação de oxigênio, deve ser constante para identificar precocemente qualquer alteração no quadro clínico do recém-nascido (WHO, 2018).

A termorregulação é um dos pilares dos cuidados neonatais e se torna um desafio em recém-nascidos por cesariana, uma vez que o parto cirúrgico ocorre em ambientes com temperatura mais baixa. Além disso, a ausência de contato imediato com o canal vaginal retarda a adaptação térmica. Recomenda-se o contato pele a pele imediato para estabilizar a temperatura e favorecer o vínculo mãe-bebê (WHO, 2023), o uso do método canguru para evitar perda de calor (Ferreira et al., 2024) e a preparação prévia da sala de parto, que deve ser aquecida entre 23-26°C. Em casos de instabilidade térmica, utiliza-se incubadora.

A adaptação respiratória em recém-nascidos por cesariana requer atenção devido à taquipneia transitória, também conhecida como "pulmão úmido", causada pela retenção de líquido pulmonar. A monitorização contínua da saturação de oxigênio é fundamental, assim como o posicionamento adequado do recém-nascido. Em casos de saturação abaixo de 90%, pode ser necessário oxigenoterapia, e a ventilação com pressão positiva deve ser iniciada em casos de desconforto respiratório moderado (Brasil, 2022).

Entre as principais complicações que podem surgir no período neonatal, destacam-se a asfixia perinatal, resultante de insuficiência

respiratória ao nascimento; a sepse neonatal, caracterizada por uma infecção generalizada; a icterícia neonatal, causada pelo acúmulo excessivo de bilirrubina; a hipoglicemias, decorrente de baixos níveis de glicose no sangue; e a prematuridade, que frequentemente exige suporte especializado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (Brasil, 2016).

O cuidado neonatal envolve uma abordagem multiprofissional, com participação ativa de diversos profissionais. O enfermeiro neonatal atua diretamente no cuidado do recém-nascido e na educação dos pais. O pediatra é responsável pelo diagnóstico e intervenção médica. Outros profissionais, como fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, também desempenham papéis fundamentais no suporte respiratório, nutrição adequada e apoio emocional às famílias (Brasil, 2016).

As boas práticas e protocolos de cuidados neonatais incluem iniciativas como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que promove o aleitamento materno, o Protocolo de Reanimação Neonatal, que orienta ações imediatas em casos de dificuldade respiratória ao nascimento, e o Alojamento Conjunto, que favorece o vínculo mãe-bebê e facilita o aleitamento (WHO, 2018).

Além dos aspectos técnicos, os aspectos éticos e legais nos cuidados neonatais devem ser respeitados, incluindo os direitos do recém-nascido, o consentimento informado para procedimentos médicos e a garantia de confidencialidade e privacidade (Brasil, 2016).

Ademais, os desafios e perspectivas futuras nos cuidados neonatais envolvem o avanço tecnológico, a necessidade de educação continuada para profissionais de saúde e a superação das desigualdades no acesso aos serviços de saúde neonatal. Sendo assim, os cuidados neonatais representam uma etapa crucial para a sobrevivência e o desenvolvimento saudável do recém-nascido. A implementação de práticas baseadas em evidências, a atuação de equipes multiprofissionais capacitadas e políticas públicas eficazes são indispensáveis para garantir um início de vida seguro e saudável.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Neonatal Care Guidelines. 2022.

APGAR, Virginia. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Current Researches in Anesthesia & Analgesia, 1953.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao recém-nascido, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao recém-nascido, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado integral ao recém-nascido. Brasília: MS, 2022.

COCHRANE LIBRARY. Pain management in post Cesarean breastfeeding mothers: A review of interventions. 2022.

FERREIRA, M. et al. Termorregulação do recém-nascido: práticas baseadas em evidências. Rev Bras Enferm, v. 77, n. 1, p. 45-52, 2024.

MARTINEZ, R. S.; COSTA, F. A. Cuidados com a pele do recém-nascido: protocolo assistencial. Rev Enferm Atual, v. 94, p. 1-15, 2024.

NATIONAL ASSOCIATION OF PEDIATRIC NURSE PRACTITIONERS (NAPNAP). Guidelines for Newborn Respiratory Management. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Genebra: OMS, 2023.

RODRIGUES, A. M.; SILVA, P. L. Cuidados com o coto umbilical: revisão integrativa. Rev Latino-Am Enfermagem, v. 32, p. 1-12, 2024.

SANTOS, M. R.; OLIVEIRA, C. A. Avaliação inicial do recém-nascido: protocolo baseado em evidências. Acta Paul Enferm, v. 36, p. 89-97, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. G APGAR, Virginia. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Current Researches in Anesthesia & Analgesia, 1953.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines on optimal timing of cord clamping. Geneva: WHO, 2020.

Página deixada em branco de forma intencional

6



MOBILIZAÇÃO E REABILITAÇÃO

Jackson Luís Ferreira Cantão; Jenniffer Pamella Balan;
Rafaela Lima Alves; Jamille Cristina Conceição Santos;
João Vitor Dias Pereira; Ione Silva de Oliveira; Priscila
Xavier de Araújo; Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho;
Benedito do Carmo Gomes Cantão; Juliana Maria Silva de
Oliveira

APRESENTAÇÃO DO CAPÍTULO

A mobilização precoce é uma peça-chave para uma recuperação eficiente e para a prevenção de complicações pós-operatórias, como a trombose venosa profunda. Este capítulo apresenta estratégias práticas para estimular a movimentação e exercícios seguros, equilibrando a promoção da autonomia com o cuidado necessário.

A reabilitação aqui é entendida como um processo contínuo, onde cada passo dado é um avanço significativo na retomada da saúde e da qualidade de vida da puérpera.

Subtítulos a serem abordados:

- Importância da mobilização precoce
- Exercícios e cuidados na recuperação
- Prevenção de trombose venosa profunda

IMPORTÂNCIA DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE

Estudo visa enfatizar os primeiros cuidados no pós-operatório de cesarianas, em que a parturiente durante a gestação, passam por diversas transformações físicas, emocionais e sociais, o que torna essencial o apoio adequado para que consigam enfrentar essa fase de maneira saudável e serena. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve desempenhar um papel crucial nesse contexto (Santos, 2020).

Desta forma, muitos estudos destacam que o parto Cesário, apesar de seguro, está associado a diversas complicações maternas e neonatais, conforme menciona Rabelo (2024), entre as complicações de curto prazo: íleo paralítico (10 a 20%), endometrite (6 a 11%), complicações feridas (1 a 2%), hemorragias com necessidade de transfusão (2 a 4%), lesão cirúrgica (0,2 a 0,5%).

Neste sentido, os cuidados de enfermagem no pós-operatório, está ligeiramente relacionado a gestão adequada é essencial para minimizar complicações, tais como: profilaxia contra hemorragia, que visa administração de ocitocina no pós operatório imediato; o controle da dor uso de analgesia multimodal poupadora de opioides, combinado paracetamol e antiflamotórios não esteroides (AINEs); remoção do cateter vesical, para reduzir o risco de infecção urinária; deambulação precoce, recomenda-se que as pacientes se movimentar dentro de quatro horas após o parto, para evitar complicações como trombose venosa profunda; curativos e banho, ingesta oral precoce para estimular a mobilidade intestinal.

Para Veloso (2024), após o parto, é essencial que a equipe multidisciplinar inclua a mãe em um programa de recuperação que ocorra de maneira segura e confortável. O principal objetivo desse programa é promover a ativação da musculatura abdominal, do assoalho pélvico, do períneo e das costas.

Com isso, busca-se aumentar a tonicidade e fortalecer os músculos, resultando em uma melhor qualidade de vida e uma recuperação satisfatória. Durante a execução do programa de recuperação, é importante prestar atenção especial à situação clínica da mãe e ao tipo de parto que ela teve (Marques Vieira et al., 2017).

A mobilização precoce e a reabilitação são estratégias fundamentais na recuperação de pacientes hospitalizados, especialmente em unidades críticas e pós-operatórios. A imobilidade prolongada está associada a diversas complicações, como trombose venosa profunda (TVP), fraqueza muscular adquirida na UTI e aumento do tempo de internação.

EXERCÍCIOS E CUIDADOS NA RECUPERAÇÃO

Prevenção de trombose venosa profunda

A trombose venosa profunda (TVP) é uma complicação grave da imobilidade prolongada, caracterizada pela formação de coágulos nos vasos sanguíneos, principalmente nos membros inferiores. A prevenção da TVP inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Medidas Não Farmacológicas

- **Mobilização precoce:** O estímulo à movimentação ativa reduz o risco de estase venosa e formação de trombos (wilson et al., 2021).
- **Uso de meias de compressão elástica:** Auxilia no retorno venoso, diminuindo a probabilidade de eventos tromboembólicos.
- **Dispositivos de compressão pneumática intermitente:** Aplicados nas pernas para estimular a circulação venosa e prevenir a estase sanguínea.

Medidas Farmacológicas

- **Anticoagulantes profiláticos:** Heparina de baixo peso molecular e varfarina são amplamente utilizadas na prevenção de TVP em pacientes hospitalizados de alto risco (Kakkos et al., 2016).

- **Monitoramento laboratorial:** Em pacientes sob anticoagulação, exames como o tempo de protrombina (TP) e o tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) são essenciais para evitar complicações hemorrágicas (Geerts et al., 2018).

A implementação dessas estratégias reduz significativamente o risco de tromboembolismo pulmonar, uma complicação potencialmente fatal da TVP, reforçando a necessidade de protocolos bem estruturados na prevenção e manejo da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mobilização precoce e a reabilitação são estratégias fundamentais na recuperação de pacientes hospitalizados. A implementação de exercícios terapêuticos e cuidados específicos reduz complicações associadas à imobilidade, melhora a qualidade de vida e acelera a alta hospitalar.

Além disso, a prevenção da trombose venosa profunda por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas é essencial para evitar complicações graves. Dessa forma, a mobilização deve ser incorporada como um pilar essencial na assistência ao paciente hospitalizado, garantindo uma reabilitação segura e eficaz.

REFERÊNCIAS

BERNEY, S. C. et al. Intensive care unit mobility practices in Australia and New Zealand: A cross-sectional survey. *Australian Critical Care*, v. 32, n. 2, p. 107-113, 2019.

GEERTS, W. H. et al. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, v. 133, n. 6, p. 381S-453S, 2018.

HODGSON, C. L. et al. Early mobilization and recovery in mechanically ventilated patients in the ICU: a bi-national, multi-centre, prospective cohort study. *Critical Care*, v. 22, n. 1, p. 1-11, 2018.

KAKKOS, S. K. et al. Combined intermittent pneumatic leg compression and pharmacological prophylaxis for prevention of venous thromboembolism. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 9, 2016.

MARQUES-VIEIRA, C. et al. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida. Lusodidata, cp IV, p. 289-295, 2017.

MORRIS, P. E. et al. Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. Critical Care Medicine, v. 44, n. 1, p. 74-82, 2016.

PATTISON, N. et al. Physical rehabilitation following critical illness: A mixed-methods systematic review and meta-analysis. BMJ Open, v. 7, n. 6, e013001, 2017.

SANTOS, L. P. et al. Intervenções de enfermagem na recuperação pós-cesárea. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 73, n. 2, p. e20190123, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0123>. Acesso em: 03 de abr 2025.

SCHWEICKERT, W. D. et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. The Lancet, v. 373, n. 9678, p. 1874-1882, 2009.

TOBIAS, J. D. et al. Respiratory care and rehabilitation in critically ill patients. Journal of Intensive Care Medicine, v. 35, n. 4, p. 396-410, 2020.

VELOSO, Paula Cristina Grangeia Miranda. deambulação na evolução do estadio do trabalho de parto: intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. obstétrica, 2024.

WILSON, R. D. et al. Mobilization and rehabilitation in the intensive care unit: Strategies for improving patient outcomes. Journal of Critical Care, v. 61, p. 37-42, 2021.



7

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PUÉRPERA

Jackson Luís Ferreira Cantão; Rafaela Lima Alves; Brenda Isteфane Mendonça Ferreira; Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho; Benedito do Carmo Gomes Cantão; Jaciane de Souza Nascimento

APRESENTAÇÃO DO CAPÍTULO

A informação é uma das ferramentas mais poderosas na promoção da saúde. Este capítulo destaca como a educação em saúde pode transformar o pós-operatório da puérpera, preparando-a para reconhecer sinais de alerta e cuidar de si mesma com confiança.

Com ênfase em orientações claras e no planejamento familiar, o texto também aborda a saúde mental, frequentemente negligenciada, mas essencial para o bem-estar integral. Este é um chamado para profissionais de enfermagem serem não apenas cuidadores, mas também educadores e facilitadores da autonomia.

Subtítulos a serem abordados:

- Orientações sobre cuidados pós-operatórios
- Informação sobre sinais de alerta
- Planejamento familiar e saúde mental

ORIENTAÇÕES SOBRE CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

A educação em saúde para puérperas é indispensável no período pós-parto, que envolve mudanças intensas e desafios no cuidado com o bebê. Essa prática tem como objetivo oferecer suporte às mães, fortalecendo sua confiança por meio de orientações sobre temas como amamentação, recuperação física e cuidados com o recém-nascido. Com a utilização de metodologias como rodas de conversa e atividades práticas, é possível sanar dúvidas e reduzir medos, favorecendo a adaptação a essa nova fase. (Fittipaldi et al., 2021).

Além disso, essas ações ajudam a criar uma rede de apoio para as puérperas, promovendo bem-estar e um ambiente favorável à saúde da mãe e do bebê. Dessa forma, contribui para um pós-parto mais seguro e tranquilo (Fittipaldi et al., 2021).

As estratégias de educação em saúde, realizadas por equipes da Estratégia Saúde da Família, visam capacitar gestantes e puérperas por meio de ações integradas e contínuas que promovem o compartilhamento de conhecimentos e práticas. Essas ações ajudam a prevenir complicações e a melhorar a qualidade de vida ao estimular reflexões sobre o processo saúde-doença e facilitar a solução de problemas (Cardoso et al., 2019).

Paiva et al. (2019), destaca a importância de fornecer às mulheres informações científicas e confiáveis durante o pré-natal, já que muitas vezes os dados divulgados pela mídia são imprecisos. O profissional de saúde, nesse contexto, desempenha um papel fundamental como educador, orientando sobre os riscos e benefícios das intervenções disponíveis.

Essa abordagem busca empoderar a mulher para que ela participe ativamente das decisões sobre o parto, com consciência dos impactos de suas escolhas para si e para o bebê. A ação educativa deve ser contínua, mesmo quando a gestante já possui uma preferência pela via de nascimento, garantindo que sua decisão seja tomada com base em informações seguras e fundamentadas (Paiva et al., 2019).

O controle da dor após uma cesariana exige abordagens específicas, uma vez que a mãe precisa se recuperar rapidamente para atender às necessidades do recém-nascido. Para isso, é essencial utilizar técnicas e medicamentos que não prejudiquem a mobilidade ou a lucidez da

paciente. Também é importante considerar que algumas substâncias administradas para aliviar a dor podem ser transmitidas ao bebê durante a amamentação, o que exige atenção redobrada. A equipe de enfermagem desempenha um papel crucial nesse processo, já que muitas mulheres experimentam dores significativas no período pós-operatório. O objetivo principal é proporcionar alívio eficaz da dor por meio de estratégias farmacológicas seguras e medidas de conforto adequadas (Friederich, Guerreiro et al., 2019).

Segundo Macones et al. (2019), os cuidados pós-operatórios incluem oxitocina para prevenir hemorragias, analgesia multimodal com paracetamol e anti-inflamatórios, remoção precoce do cateter vesical, deambulação após quatro horas e ingestão oral em até seis horas.

Chiclete auxilia na recuperação intestinal, e atividades leves devem ser retomadas gradualmente, evitando esforço. O banho é permitido após 48 horas, e curativos devem ser retirados em até 24 horas. Exercícios do assoalho pélvico podem ser feitos sem dor. Contato pele a pele e amamentação na sala de parto são altamente incentivados.

Paralelamente, é indispensável orientar as mães logo após o parto, abordando questões relacionadas às transformações físicas e emocionais que ocorrem nesse momento, além de esclarecer dúvidas e diminuir medos (Oliveira, Rocha et al., 2019).

Esse é um período de grande vulnerabilidade para a mulher, especialmente em casos de primeira gestação. O suporte familiar é igualmente importante, pois contribui para que essa fase seja vivenciada de forma mais tranquila e segura, trazendo benefícios tanto para a mãe quanto para o recém-nascido (Oliveira, Rocha et al., 2019).

EDUCAÇÃO PARA O CUIDADO COM INCISÃO CIRÚRGICA NA ALTA

Cuidados com a incisão cirúrgica após a alta hospitalar ajudam a prevenir complicações em mulheres que realizaram cesárea. Orientações claras e baseadas em evidências são fundamentais para garantir uma recuperação segura e eficaz. A padronização de condutas e o trabalho em equipe multiprofissional contribuem significativamente para melhores resultados, principalmente quando combinados com uma assistência que

valoriza o acolhimento e as necessidades individuais de cada paciente (Lima, et al., 2025).

Pesquisas atuais evidenciam a eficácia de programas educacionais bem estruturados e da assistência de enfermagem humanizada na prevenção de complicações pós-parto. Lima (2025) demonstram como orientações claras e acompanhamento contínuo auxiliam as mulheres no enfrentamento dos desafios do período pós-cirúrgico.

Além disso, Bitew, Kifilie e colaboradores (2018) destacam a importância do envolvimento comunitário, mostrando que a participação de líderes locais e figuras influentes no planejamento e execução dessas estratégias potencializa a aceitação e o seguimento das recomendações pelos grupos atendidos.

Pesquisas recentes destacam a importância de uma abordagem multidisciplinar e protocolos padronizados para melhorar a qualidade do cuidado no pós-operatório de cesárea. Morlando et al. (2021) demonstram que essa integração facilita a adaptação física e emocional das pacientes, reduzindo o estresse e promovendo uma recuperação mais eficaz.

Estudos comprovam que intervenções direcionadas trazem resultados significativos. Whitty et al. (2023) destacam a terapia de pressão negativa como método custo-efetivo para reduzir infecções em mulheres obesas submetidas à cesárea. Já Mdoe, Mselle e Kibusi (2023) enfatizam a importância do cuidado domiciliar, mostrando que orientações sobre higiene e proteção da ferida cirúrgica, ministradas por enfermeiras obstétricas, diminuem consideravelmente os riscos de infecção.

Evidências robustas sustentam os benefícios de uma abordagem centrada no paciente. Wang et al. (2024) observaram redução nas taxas de infecção e complicações como ansiedade e depressão quando se adotam práticas de cuidado humanizado. Zheng et al. (2024) corroboram esses achados, demonstrando que protocolos baseados em evidências diminuem significativamente as complicações pós-operatórias.

Apesar dos benefícios comprovados, a aplicação dessas práticas enfrenta obstáculos. A formação adequada dos profissionais de saúde e a adaptação cultural das intervenções são fatores críticos para o sucesso, como apontado por Mdoe, Mselle e Kibusi (2023). Estratégias que

considerem o contexto local e envolvam a comunidade tendem a ser mais eficazes.

A combinação de educação estruturada, práticas baseadas em evidências e cuidado humanizado mostra-se essencial para prevenir complicações pós-cesárea. No entanto, sua eficácia plena depende da contextualização cultural e do engajamento contínuo das equipes de saúde e da comunidade, garantindo assim uma recuperação segura e integral para as puérperas.

SAÚDE REPRODUTIVA: MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Os métodos contraceptivos apresentam grande variedade, com diferentes formas de utilização e potenciais efeitos sistêmicos. Estudos demonstram que o uso prolongado desses métodos pode provocar alterações hormonais significativas, além de aumentar o risco de trombose e, em alguns casos, contribuir para quadros de infertilidade (Gonçalves et al., 2019).

Diante da necessidade de padronização na assistência à saúde feminina, o Ministério da Saúde instituiu um protocolo abrangente que contempla:

- Planejamento familiar
- Aconselhamento reprodutivo
- Orientação sobre as principais patologias ginecológicas

Este documento, baseado em evidências científicas, apresenta ainda uma detalhada classificação dos métodos contraceptivos, com suas respectivas indicações clínicas, considerando:

- Histórico médico da paciente
- Perfil hormonal
- Fatores de risco individuais (Brasil, 2016).

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E ORIENTAÇÕES PARA O PÓS-PARTO

DIU (Dispositivo Intrauterino)

- Quando inserir:
 - Imediatamente após a saída da placenta (até 48h pós-parto).
 - Ou a partir de 4 semanas pós-parto.
- Contraindicações:
 - Infecção puerperal (aguardar 3 meses após a cura).
- Vantagens:
 - Alta eficácia (99%).
 - Compatível com amamentação.
 - Pode ser usado por mulheres com condições clínicas (ex.: HAS, diabetes).

Anticoncepcional injetável trimestral

(Acetato de Medroxiprogesterona - 150 mg/mL)

- Quando iniciar:
 - 6 semanas pós-parto ou no 1º dia da primeira menstruação.
- Indicações:
 - Mulheres em amamentação exclusiva.
 - Casos com contraindicação parcial para nova gravidez (ex.: doenças crônicas).

- **Efeitos adversos:**

- Possível alteração no padrão menstrual.

Anticoncepcional Hormonal Oral (Minipílula)

- **Uso no pós-parto:**

- Iniciar após 6 semanas ou na 1^a menstruação.
 - Evitar em puérperas não amamentantes (risco de trombose).

- **Vantagens:**

- Não interfere na lactação.

Métodos de Barreira

Método	Orientações
Preservativo	- Único método que previne ISTs. - Incentivar uso combinado com outros contraceptivos.
Diaphragma	- Reavaliar tamanho após cada parto. - Exige motivação e adesão da usuária.

Métodos Comportamentais

(Tabelinha, muco cervical)

- **Indicados apenas para:**

- Mulheres com ciclos menstruais regulares.
 - Não recomendados no pós-parto imediato (alta taxa de falha).

Métodos Definitivos

(Laqueadura tubária/vasectomia)

- **Legislação brasileira:**

- Exige consentimento livre e esclarecido.
- Idade mínima: 25 anos ou 2 filhos vivos.

REFERÊNCIAS

BITEW KIFILIE, Abebaw et al. Bacterial profile, antibacterial resistance pattern, and associated factors from women attending postnatal health service at University of Gondar Teaching Hospital, Northwest Ethiopia. International journal of microbiology, v. 2018, n. 1, p. 3165391, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Planejamento Reprodutivo no Pós-Parto. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>.

CARDOSO, S. L., DE SOUZA, M. E. V., OLIVEIRA, R. S., SOUZA, A. F., LACERDA, M. D. D. F., OLIVEIRA, N. T. C., ... & MEDEIROS, K. M. F. (2019). Ações de promoção para saúde da gestante com ênfase no pré-natal. Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia,

FITTIPALDI ALM, O'DWYER G, HENRIQUES P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. Interface (Botucatu). 2021;

FRIEDRICH, Vania da Rosa et al. Avaliação da dor, estresse e coping em puérperas no pós-operatório de cesárea. Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online), p. 270-277, 2019.

LIMA, C. M. de; FREGADOLLI, A. M. V.; MOURA, M. C. B. A.; LEITE, C. M.; BEZERRA, M. K. de A.; COSTA, E. M.; AUSTRILINO, L.; SILVA, P. H. do N. Cuidados pós-cesárea: educação, técnicas, monitoramento e prevenção de infecções. Caderno Pedagógico, [S. l.], v. 22, n. 4, p. e13988, 2025. DOI: 10.54033/cadpedv22n4-073. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/13988>. Acesso em: 2 abr. 2025.

Macones G.A., Caughey A.B., Wood S.L., Wrench I.J., Huang J., Norman M., Pettersson K., Fawcett W.J., Shalabi M.M., Metcalfe A., Gramlich L., Nelson

G., Wilson R.D. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). Am J Obstet Gynecol. 2019.

MDOE, Mwajuma Bakari; MSELLE, Lilian Teddy; KIBUSI, Stephen Mathew. Exploring content of home-based care education after caesarean section provided by Nurse Midwives in Maternity Units. International Journal of Africa Nursing Sciences, p. 100655, 2023.

OLIVEIRA, Thais Damasceno et al. Orientações sobre período puerperal recebidas por mulheres no puerpério imediato. Ver. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online), p. 620-626, 2019.

PAIVA A. C. P. C., REIS P. V., PAIVA L. C., ET A.L.A Cesárea Na Perspectiva Da Mulher: Da Decisão A Vivências do Parto. Revista de Enfermagem do Centro oeste Mineiro.2019

WANG, Xiao-Yan et al. Effect of humanised care on the surgical site wound infection after caesarean: A meta-analysis. International Wound Journal, v. 21, n. 4, p. e14547, 2024.

WHITTY, Jennifer A. et al. Cost-effectiveness of closed incision negative pressure wound therapy in preventing surgical site infection among obese women giving birth by caesarean section: An economic evaluation (DRESSING trial). Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, v. 63, n. 5, p. 673-680, 2023.

ZHENG, Yuanyuan et al. The effect of placing drains and no drains after caesarean section in obese patients on patients' post-operative wound complications: A meta-analysis. International Wound Journal, v. 21, n. 2, p. e14576, 2024.



8

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PÓS-OPERATÓRIO

Jackson Luís Ferreira Cantão; Rafaela Lima Alves; Alyce das Neves Silva; Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho; Benedito do Carmo Gomes Cantão; William Araújo Gomes; Adriela Palhares de Sousa

EXERCÍCIOS E CUIDADOS NA RECUPERAÇÃO

A recuperação física de uma cesariana é apenas uma parte do processo; os aspectos psicológicos têm igual importância e exigem uma abordagem atenta e empática. Este capítulo explora as alterações emocionais que podem surgir no pós-operatório e a relevância do apoio psicológico para minimizar impactos negativos, como ansiedade e depressão pós-parto.

Além disso, enfatiza o papel dos grupos de suporte e do envolvimento familiar no fortalecimento emocional da puérpera. A leitura é um convite para reconhecer que cuidar da mente é tão essencial quanto cuidar do corpo.

Subtítulos a serem abordados:

- Identificação de alterações emocionais
- Patologia psicológicas
- Apoio psicológico e grupos de suporte
- Importância do envolvimento familiar

INTRODUÇÃO

A cirurgia cesariana trata-se de um procedimento que apresenta riscos ao binômio mãe-filho, cuja indicação deve ser recomendada em eventos em que o parto vaginal não é viável e os benefícios superam os riscos (Morais et al., 2022).

O nascimento por cesárea é associado a um conjunto de fatores, tais como, os sociais, culturais, econômicos e a decisão médica, assim sendo, esses aspectos influenciam na escolha do tipo de parto pela gestante e pelos profissionais de saúde (César et al., 2025).

O processo cirúrgico de parto por via abdominal em muitas situações ocorre de maneira desumana, tais como as violências obstétricas, resultando em episódios de ansiedade, fobias e frustações, condições que interferem no trabalho de parto e pós-operatório (Tavares et al., 2020).

Além disso, o puerpério é também um fator que desencadeia instabilidades emocionais e vulnerabilidades da mulher, devido as mudanças no âmbito familiar e psicológico, assim sendo essa fase combinada com a não humanização da assistência a gestante durante todo o pré-natal e parto favorece um desequilíbrio na saúde mental da mulher (Frota et al., 2020).

Dessa forma, a mulher no puerpério dependendo do seu quadro de saúde poderá ficar suscetível a desenvolver distúrbios de humor, o baby blues, a depressão pós-parto e entre outros (Hanna et al., 2023).

A saúde mental da mulher após o parto, tanto vaginal quanto por cirurgia abdominal, tem-se tornado um problema de saúde pública, fazendo com que o corpo de saúde e órgãos do Estado tenham um olhar sobre a problemática (Brasil, 2019).

Com isso, o projeto de Lei 1704 de 2019, em tramitação, visa instituir a Política Nacional de Diagnóstico e Tratamento da Depressão Pós-Parto e a Campanha Nacional de Conscientização sobre a Depressão Pós-Parto, para que a prevenção e a promoção em saúde sejam postas em prática, com o fito de conter essa problemática, fazendo com que o público-alvo gozem de uma melhor qualidade de vida (Brasil, 2019).

Portanto, o presente capítulo visa relacionar os principais achados relacionados aos aspectos psicológicos do pós-operatório do parto

abdominal e medidas que corroboram com a contenção de possíveis agravos em saúde da mulher puérpera.

IDENTIFICAÇÃO DE ALTERAÇÕES EMOCIONAIS

A enfermagem baseada em evidências utilizada no uso de protocolos de cuidados puerperais é uma maneira de implementar uma assistência efetiva às mulheres que vivenciam o processo perinatal, com isso, a enfermagem enquanto ciência do cuidado direciona a sua prestação de serviços em saúde de forma integral ao indivíduo considerando seus aspectos biopsicossociais, ou seja, é essencial para impactar eficazmente na saúde mental materna e neonatal (Luz; Andrade, 2024).

Para a identificação de possíveis alterações emocionais é necessário que a equipe de saúde se mantenha atenta à situação de saúde da parturiente, tal qual a escuta ativa no processo de gestação ao período perinatal, além disso, a comunicação de qualidade proporciona a manifestação das queixas dos pacientes, permitindo que a equipe de saúde implemente medidas de prevenção e promoção em saúde no contexto saúde mental (Alves, 2018).

A avaliação do pós-parto realizada pelos profissionais de saúde é essencial, pois vai desde a monitoração e recuperação física da puérpera ao estado emocional (Luz; Andrade, 2024). Em um estudo avaliativo, as mudanças emocionais na mulher foram evidenciadas a partir do diálogo entre enfermeiro obstetra e parturiente, cuja pesquisa identificou que no pós-parto entre os sinais de aspectos psicológicos estão os sentimentos de abandono e tristeza (Almeida et al., 2023).

Se tratando de violência obstétrica a paciente poderá apresentar sentimentos de angústias, medo intenso, dor, sonhos de episódios traumáticos, hiperexcitabilidade e entorpecimento afetivo e outros (Leal et al., 2021). O desequilíbrio emocional das mães puérperas é resultado de um conjunto de fatores associado ao estilo de vida e cotidiano da mulher, pois condições como noites mal dormidas, exaustão, pressão social para ser uma mãe perfeita e redução da libido são fatores que contribuem com a manifestação de mudanças de humor que podem ser maléficas não só para a mãe, mas também para o recém-nascido (Abbehusen et al., 2022).

Na gestação a mulher também possui predisposição para desenvolver transtornos psicológicos, devido a diversos fatores estressantes, como os aspectos socioeconômicos, baixa autoestima e colapsos nervosos (Alvarenga; Frizzo, 2017). Os fatores de risco de adoecimento na gestação são agentes que influenciam o desenvolvimento de transtornos mentais no pós-parto (Silva et al., 2022).

Algumas mulheres possuem maior risco de desenvolverem a depressão pós-parto, devido a combinação de diversos fatores, entre eles estão os sintomas de depressão durante ou após uma gravidez anterior, luto durante o processo gestacional, depressão ou algum transtorno mental anteriormente em alguma fase da vida, além disso a ausência de apoio emocional é também um fator determinante (Ratti; Dias; Hey, 2020).

É válido ressaltar que as mulheres nem sempre irão apresentar os sinais e sintomas de depressão de depressão durante o pré-natal e até mesmo queixas sobre as mudanças de humor (Castro et al., 2024). A escuta e o acolhimento às puérperas permitem uma assistência mais assertiva e sensível às necessidades da mulher (Tortorelli; Zerbetto; Lima, 2024).

PATOLOGIAS PSICOLÓGICAS

De acordo com o Ministério da Saúde, as doenças psiquiátricas podem trazer complicações à gravidez, entre essas patologias está o transtorno de ansiedade, transtorno depressivo, transtorno afetivo bipolar, psicoses, álcool e outras drogas (Brasil, 2022). Os transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério estão inclusos na Classificação Internacional de Doenças, mais especificamente no CID-10 do subgrupo F-53.

Nesse sentido, a fase gravídico-puerperal para muitas mulheres é um período estressante, devido às mudanças significativas de origem físicas, hormonais e psíquicas, fatores contribuintes para o surgimento de transtornos psíquicos (Moura; Fernandes; Apolinário, 2011).

DISFORIA PUERPERAL OU *BABY BLUES*

O *baby blues* ou disforia puerperal é considerado um dos transtornos psíquicos mais leves dos quadros puerperais cujo percentual poderá atingir cerca de 85% das mulheres no pós-parto imediato, normalmente pode surgir entre o 3º e o 10º dia após o parto (Cantilino et al., 2010). O *baby blues* é frequentemente associado a mudanças biológicas interferem em padrões psicológicos, sendo relacionado a baixa autoestima e o estresse relacionado a nova jornada enfrentada da mulher como mãe (Campos; Carneiro, 2021).

Assim sendo, a disforia puerperal pode variar de mulher para mulher, entre os principais sintomas estão a tristeza, mudanças de humor, irritabilidade e ansiedade, geralmente os sintomas são de curta duração podendo desaparecer em até duas semanas, mas tais aspectos devem ser monitorados e com a prestação de um adequado apoio psicológico (Oliveira et al., 2024).

Ademais, os transtornos mentais devem ser tratados como um problema de saúde pública, uma vez que o diagnóstico precoce e a implementação de terapêuticas assertivas impedem o desenvolvimento de uma depressão pós-parto e o aumento da morbimortalidade materna (Barros et al., 2023).

DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP)

Muitos pesquisadores caracterizam a depressão pós-parto como qualquer evento depressivo que se inicie após o nascimento do bebê, até pelo menos um ano, com isso, a DPP interfere na qualidade de vida materno-infantil e dinâmica familiar (Cantilino et al., 2010).

Os fatores de risco que levam a mulher a desenvolver a DPP, incluem aspectos inerentes a insatisfação com a gravidez, histórico de depressão, violência sexual antes durante ou após a gestação, estresse psicológico vivenciado nos últimos doze meses, histórico de depressão pós-parto, sofrimento emocional durante a gravidez e/ou parto (Ramos et al., 2018).

Assim sendo, a DPP aumenta as chances de possíveis episódios depressivos, mesmo com os cuidados necessários, além disso, quando

tratada poderá durar meses e se tornar um distúrbio depressivo crônico (Souza et al., 2021). Desse modo, é válido ressaltar a atuação dos profissionais, em especial o enfermeiro, visto que é responsável por coordenar as equipes de Estratégia de Saúde da Família, neste caso é essencial que tenham conhecimento dos transtornos psíquicos do puerpério (Ratti; Dias; Hey, 2020).

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)

A princípio, o Transtorno de ansiedade Generalizada (TAG) é caracterizado como um estado psíquico de preocupação ou medo exacerbado, aliado a um sentimento de antecipação de algum episódio futuro (Araújo et al., 2021). Nessa perspectiva, a ansiedade desencadeia reações somáticas como palidez, sudorese, taquipneia, tensão muscular e vigilância aumentada (Castillo et al., 2000).

Em um estudo quantitativo epidemiológico, observou-se as mulheres que tinham baixa escolaridade, trabalho não remunerado, baixa renda familiar, gravidez não planejada, além de violência na gestação e que não tinham companheiro apresentaram um alto nível de ansiedade em relação as mulheres puérperas que não apresentavam essas características (Fiorotti et al., 2019).

Associado a isso, a ansiedade pós-parto está associada ao comportamento da puérpera negativo, tal qual menor confiança parental, dificuldade em interpretar problemas atrelados a saúde materno-infantil, trazendo consigo interferências no processo de amamentação (Abuchaim et al., 2023).

TRANSTORNO DO PÂNICO (TP)

É caracterizado por ser um dos transtornos de ansiedade, cujo medo surge de maneira abrupta e intenso, o transtorno atinge picos de minutos apresentando uma combinação de quatro sintomas ou mais, entre eles, palpitações, tremor, sudorese, sensação de falta de ar, medo de morrer e outros (DSM-5). O TP tem sua etiologia desconhecida, porém há estudos que associam a sua origem aos fatores biológicos, a idade do início dos sintomas costuma ser de aumento gradual de incidência na

adolescência, nessa fase ocorre as alterações hormonais, tal como a diminuição de sinapses excitatórias e estruturação de sinapses inibitórias no córtex pré-frontal (Zuardi, 2017).

Com isso, estudos afirmam que a ocorrência de TP em mulheres puérperas tem maior incidência que no período gestacional, tendo ocorrido aproximadamente entre 31% a 63% das mulheres no puerpério (Cohen et al., 1994).

Assim sendo, o luto vivenciado durante a gravidez favorece a manifestação de doenças mentais, podendo consequentemente levar a gestante ao desenvolvimento de DPP e TP (Santos et al., 2022). Desse modo, a Tentativa de Suicídio (TS), também ocorre nas mulheres puérperas, devido a um conjunto de fatores de risco, tais como a violência realizada pelo parceiro íntimo (Duarte; Silva; Ludermir, 2024).

TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) trata-se de um sofrimento mental em resposta a eventos traumáticos já vivenciados pelos indivíduos (Henriques et al., 2015). Aliado a isso, o parto traumático é um fator determinante para o adoecimento por TEPT, não é um episódio raro e as mulheres que apresentam experiências dissociativas no momento do parto possuem maior suscetibilidade a patologia do TEPT, pois traz consequências negativas a vida psíquica da mulher, além de problemas relacionados a vida conjugal e relação materno-infantil, com isso, tal patologia (Zambaldi; Cantilino; Sourgey, 2010).

PSICOSE PUERPERAL (PP)

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a Psicose Puerperal (PP) é definida como um transtorno psicótico breve, ou seja, uma desordem mental. Entre os principais fatores risco está o transtorno bipolar ou psicose puerperal numa gestação anterior, é considerada uma emergência psiquiátrica, cujo início geralmente ocorre entre o 3º e 10º dias de puerpério (Izoton et al., 2022). A Sintomatologia desse transtorno inclui os delírios, alucinações, estado

confusional, mania, extrema inquietação e pensamentos e ações suicidas (Scalco et al., 2013).

APOIO PSICOLÓGICO E GRUPOS DE SUPORTE

Durante o período perinatal a mulher passa por diversas mudanças hormonais e psicológicas, aspectos que podem resultar no adoecimento mental, com isso, muitas mulheres não recebem o apoio social adequado para enfrentar as demandas diárias, assim doenças mentais no puerpério estão relacionadas a falta de apoio social, características de cunho socioeconômico e as mães jovens, que em sua maioria não possuem uma estabilidade financeira e suporte individualizado (Santos et al., 2022).

O apoio psicológico como intervenção precoce é uma prática eficaz no processo de detecção de sinais de vulnerabilidade emocionais e fatores de risco na fase perinatal (Oliveira; Oliveira, 2024). Em 8 de novembro de 2023 foi sancionada a Lei de Nº 14.721, com o fito de ampliar a assistência psicológica a gestante parturiente e puérpera, contribuindo com uma melhor qualidade de vida das mulheres (Brasil, 2023).

Paralelo a isso, por meio do pré-natal na Atenção Primária a Saúde, nas consultas com médico e enfermeiro, através da escuta ativa e qualificada são responsáveis por encaminhar a gestante e/ou puérpera ao acompanhamento psicológico, pois esses profissionais compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo eles atribuída a função de fomentar saúde e qualidade de vida da população (Brasil, 2000).

IMPORTÂNCIA DO ENVOLVIMENTO FAMILIAR

O envolvimento familiar é essencial a mulher no pós-operatório, uma vez que se mostra como fator de proteção contra a DPP e estresse puerperal, além disso, a satisfação conjugal é um aspecto redutor de sentimentos depressivos nas mulheres (Oliveira et al., 2025). Desse modo, a atuação paterna no pós-parto traz benefícios ao binômio mãe e filho, entre eles, o bem-estar materno-infantil, fortalecimento do vínculo pai e filho, além do incentivo ao aleitamento materno (Romagnolo et al., 2017).

Diante disso, o apoio social e familiar tem como função garantir o suporte, disponibilidade de cuidado, principalmente no pós-parto,

período em que a mulher e RN necessitam de maior amparo e atenção (Bernardi; Mello; Féres-Carneiro, 2023). No que se refere as doenças mentais, como a DPP, a família deve ser orientada pela equipe de saúde da atenção primária a reconhecer sintomas comuns, entre eles as alterações de humor, fadiga extrema, anedonia e sentimento de culpa (Barboza, 2024).

Através da Rede Cegonha com a inserção do Pré-Natal do parceiro, é possível fortalecer o vínculo do trinômio pai-mãe-criança, isso corrobora com a efetivação de uma rede de apoio a gestante e responsabilização paterna, o que favorece também a participação ativa do homem no pós-parto da mulher (Brasil, 2018).

REFERÊNCIAS

ALVES, T. T. M. et al. Atuação da enfermeira obstetra no desenrolar do trabalho de parto. *Rev. Enfermagem*, v. 7, n. 1, p. 41-50, 2018.

ALMEIDA, M. O. et al. Avaliação da assistência em saúde mental à puérpera em Cuidados de Saúde Primários: estudo avaliativo. *Pensar Enfermagem*, 28(1), 26-32. 2024.

ALVARENGA, P.; FRIZZO, G. B. Stressful life events and women's mental health during pregnancy and postpartum period. *Paidéia* (Ribeirão Preto), v. 27, n. 66, p. 51-59, 2017.

ABUCHAIM, E. S. V. et al. Ansiedade materna e sua interferência na autoeficácia para amamentação. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 36, p. eAPE02301, 2023.

ARAÚJO, A. L. S. et al. Anxiety in the perinatal stage: literature review. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 15, p. e566101523521, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i15.23521. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23521>. Acesso em: 24 feb. 2025.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Programa Saúde da Família. Revista de Saúde Pública. V. 34, n. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Projeto de Lei 1704 de 2019. Institui a Política Nacional de Diagnóstico e Tratamento da Depressão Pós-Parto e a Campanha Nacional de Conscientização sobre a Depressão Pós-Parto. Brasília: Senado Federal, 2019.

BRASIL. Lei 14.721, de 8 de novembro de 2023. Altera os arts. 8º e 10 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério. Brasília – DF, 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco. 2022. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf

BARROS, M. S. F. et al. Baby blues and its implications for women's mental health: an integrative review. Research, Society and Development, [S. l.], v. 12, n. 6, p. e8012641977, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i6.41977. Disponível em: <https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/41977>. Acesso em: 24 feb. 2025.

BERNARDI, D.; MELLO, R.; FÉRES-CARNEIRO, T. Participação paterna no pré-natal, parto e pós-parto: um estudo sobre a perspectiva do pai. Psico, [S. l.], v. 54, n. 1, p. e39414, 2023. DOI: 10.15448/1980-8623.2023.1.39414. Disponível em: <https://pucrs.emnuvens.com.br/revistapsico/article/view/39414>. Acesso em: 28 fev. 2025.

BARBOZA, Maria Fernanda. Assistência de Enfermagem na Depressão Pós-Parto na Atenção Primária à Saúde. 2024.

- CASTRO, Ana Carolina Proxedes et al. Avaliação da depressão no puerpério imediato e tardio. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 24, n. 12, p. e18741-e18741, 2024.
- CANTILINO, Amaury et al. Postpartum psychiatric disorders. Archives of Clinical Psychiatry, v. 37, n. 6, p. 278-284, 2010.
- CAMPOS, Paula Azevedo; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Sou mãe: e agora? Vivências do puerpério. Psicologia Usp, v. 32, p. e200211, 2021.
- CASTILLO, Ana Regina GL et al. Transtornos de ansiedade. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 22, p. 20-23, 2000.
- CÉSAR, Samira Macenas Duque et al. Fatores determinantes e implicações do crescente aumento das taxas de parto cesárea. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 25, p. e19029-e19029, 2025.
- COHEN, Lee S. et al. Postpartum course in women with preexisting panic disorder. The Journal of clinical psychiatry, v. 55, n. 7, p. 289-292, 1994.
- DUARTE, Wellington Bruno Araujo; SILVA, Elisabete Pereira; LUDEMRIR, Ana Bernarda. Efeito dos transtornos mentais comuns na gestação e seis a nove anos pós-parto para a tentativa de suicídio em mulheres. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, p. e03742023, 2024.
- FROTA, Cynthia Araújo et al. A transição emocional materna no período puerperal associada aos transtornos psicológicos como a depressão pós-parto. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 48, p. e3237-e3237, 2020.
- FIOROTTI, Karina Fardin et al. Ansiedade em puérperas em maternidade de alto risco. Rev. enferm. UFPE online, p. 1300-1307, 2019.
- GOULART, G. M. et al. Infecção de sítio cirúrgico em puérperas pós-parto cesáreo: uma revisão integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso. 2024.
- HANNA, Michel Magnani et al. CAPÍTULO 4 A SAÚDE MENTAL DA MULHER NO PUERPÉRIO. LICENÇA CREATIVE COMMONS, 2023.
- HENRIQUES, Tatiana et al. Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, p. 2523-2534, 2015.

IZOTON, Rafaella Grobério et al. Depressão pós-parto e psicose puerperal: uma revisão de literatura. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15, n. 11, p. e11409-e11409, 2022.

LUZ, Davidla Santos; ANDRADE, Robson Vidal de. O cuidar da mulher puérpera: importância do enfermeiro (a) obstetra. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], v. 10, n. 5, p. 4837-4853, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i5.14151. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/14151>. Acesso em: 23 fev. 2025.

LEAL, Carla Patrícia Rodrigues Moreira et al. Atuação do enfermeiro durante o pós-parto de pacientes com transtornos mentais puerperais. Research, Society and Development, v. 10, n. 11, p. e387101119876-e387101119876, 2021.

MORAIS, M. K. L.; CASTRO, V. M. R. de.; COSTA NETO, A. M. da.; SOUZA, C. M. de A.; PEREIRA, E. R.; SOUZA, J. da C.; SANTOS, F. C. Cesarean childbirth in Brazil: prevalence, indications and risks entailed for the mother and child binomial. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 10, p. e191111032466, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i10.32466. Disponível em: <https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/32466>. Acesso em: 19 feb. 2025.

MOURA, Elaine Cristina Carvalho; FERNANDES, Marcia Astrêis; APOLINÁRIO, Flayda Isabela Rodrigues. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 64, p. 445-450, 2011.

OLIVEIRA, C. W. M. et al. Aspectos psiquiátricos da perinatalidade: entendendo e tratando maternity blues, depressão e psicose puerperal. Caderno Pedagógico, [S. l.], v. 21, n. 10, p. e9252, 2024. DOI: 10.54033/cadpedv21n10-198. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/9252>. Acesso em: 24 fev. 2025.

OLIVEIRA, A. P.; OLIVEIRA, L. N. C. Explorando os benefícios do pré-natal psicológico: uma abordagem preventiva para a depressão pós-parto. 2024.

OLIVEIRA, Ana Luísa et al. Depressão-pós parto, sintomas e influência no leite materno. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 8, n. 1, p. e77731-e77731, 2025.

RATTI, G. da S.; DIAS, S.; HEY, A. P. Sinais e Sintomas da Depressão Pós Parto / Signs and Symptoms of Postpartum Depression. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 3, n. 5, p. 15429-15439, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n5-319. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/19048>. Acesso em: 23 feb. 2025.

RAMOS, A. S. M. B. et al. Fatores associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. *Enciclopédia Biosfera*, v. 15, n. 27, p. 4-13, 2018.

ROMAGNOLO, Adriana Navarro et al. A família como fator de risco e de proteção na gestação, parto e pós-parto. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, v. 38, n. 2, p. 133-146, 2017.

SILVA, Bruno Pereira da et al. Transtorno mental comum na gravidez e sintomas depressivos pós-natal no estudo MINA-Brasil: ocorrência e fatores associados. *Revista de saúde pública*, v. 56, p. 83, 2022.

SOUZA, N. K. P. de; MAGALHÃES, E. Q.; RODRIGUES JUNIOR, O. M. The prevalence of postpartum depression and its consequences in women in Brazil. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 15, p. e597101523272, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i15.23272. Disponível em: <https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/23272>. Acesso em: 24 feb. 2025.

SCALCO, Laércio Maciel et al. Psicose puerperal: relato de caso. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, v. 2, n. 2, 2013.

SANTOS, Djenane Alves et al. Relatos de uma menina mãe: reflexões psicanalíticas sobre perdas e ausência de forças protetoras Accounts of a girl who is mother: psychoanalytic reflections on losses and the absence of protective forces. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 3, p. 21183-21203, 2022.

SANTOS, Maria Luiza Cunha et al. Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. *Escola Anna Nery*, v. 26, p. e20210265, 2022.

TAVARES, Paula Aline Brelaz et al. Sentimentos após cesárea não planejada: estudo de caso. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 5, p. 15279-15290, 2020.

TORTORELLI, Ticiana Graziele; ZERBETTO, Sonia Regina; LIMA, Lucia Regina Ortiz. Atenção psicológica às puérperas na maternidade: relato de experiência. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, v. 13, p. e5509-e5509, 2024.

ZAMBALDI, Carla Fonseca; CANTILINO, Amaury; SOUGEY, Everton Botelho. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 58, p. 252-257, 2009.

ZUARDI, Antônio Waldo. Características básicas do transtorno do pânico. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, v. 50, p. 56-63, 2017Tradução. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p56-63>. Acesso em: 26 fev. 2025.

Página deixada em branco de forma intencional



A

Alterações Emocionais, 124
Amamentação, 83
Anamnese, 33
Aspectos Fisiológicos do Pós-Operatório, 24
Aspectos Psicológicos, 121
Avaliação Anatomofisiológica, 40
Avaliação dos Sinais Vitais, 35
Avaliação Inicial Da Puérpera, 31

I

Identificação de Complicações, 37
Importância da Amamentação, 86
Indicações da Cesaria, 19

B

Baby Blues, 126
Benefícios da Ame, 89
Benefícios do Parto Normal, 23

M

Manutenção da Higiene, 72
Métodos Anticoncepcionais, 116
Métodos Contraceptivos, 117
Mobilização, 105
Monitoramento da Dor, 65

C

Cesárea, 17
Colaboração Familiar, 71
Conforto Emocional, 76
Conforto Pós-Cesárea, 74
Cuidado com Incisão Cirúrgica, 114
Cuidados com A Incisão Cirúrgica, 69
Cuidados com Cateteres, 75
Cuidados com Drenos, 75
Cuidados Imediatos, 63
Cuidados Neonatais, 95

P

Parâmetros dos Sinais Vitais, 36
Parto Normal Vaginal, 22
Parto Via Cesárea, 23
Patologias Psicológicas, 125
Pós-Operatório de Cesariana, 36
Pós-Operatório, 63, 121
Primeiros Cuidados ao RN, 98
Psicose Puerperal, 128
Puérpera, 111
Puerpério Cesariano, 33

D

Desenvolvimento Facial, 89
Disforia Puerperal, 126

R

Reabilitação, 105
Recuperação Pós-Cirúrgica, 71

E

Educação em Saúde, 111
Envolvimento Familiar, 129
Exercícios para a Recuperação, 108

S

Saúde dos Recém-Nascidos, 97
Saúde Reprodutiva, 116

F

Fatores de Riscos Gestacionais, 38

T

Taxas de Cesariana, 21
Técnicas de Apoio, 88

