

## VALIDAÇÃO DE UM PLANO DE ALTA DE ENFERMAGEM PARA GESTANTES E PUÉRPERAS DE ALTO RISCO

VALIDATION OF A NURSING DISCHARGE PLAN FOR PREGNANT AND HIGH-RISK PUERPERAL WOMEN

VALIDACIÓN DE UN PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA PARA EMBARAZADAS Y PARTURIENTAS DE ALTO RIESGO

Monique Colli<sup>1</sup>  
Adriana Valongo Zani<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira Neonatal. Especialista em Enfermagem Neonatal Hospital da Criança e Maternidade – HCM. São José do Rio Preto, SP – Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Pós-doutoranda. Universidade Estadual Paulista – UNESP, Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB, Programa de Enfermagem. Professora Adjunta. Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Enfermagem. Londrina, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Adriana Valongo Zani. E-mail: adrianazani@hotmail.com  
Submetido em: 06/09/2015      Aprovado em: 04/01/2016

### RESUMO

Estudo descritivo de abordagem quantitativa com o objetivo de validar um plano de alta de enfermagem para gestantes e puérperas de alto risco, por meio da técnica de Delphi. Fez-se a coleta de dados no período de outubro de 2013 a outubro de 2014. Constituíram a amostra 17 avaliadores, sendo 11 enfermeiros e seis médicos especialistas em Obstetrícia. Os resultados revelaram os cuidados mais relevantes para cada um dos diagnósticos listados, sendo elaborados cinco cuidados para o trabalho de parto prematuro, quatro para diabetes *mellitus*, oito para doenças hipertensivas e 14 para cuidados puerperais. Concluiu-se que os cuidados elaborados obtiveram consenso entre os peritos, sendo alicerçados pela literatura e, portanto, auxiliarão as gestantes e puérperas na identificação de sinais de risco que sugiram necessidade de atendimento especializado imediato para o emprego de tratamentos efetivos na prevenção de complicações, sendo essencial para a diminuição dos desfechos desfavoráveis, passíveis de prevenção para mãe, feto ou neonato.

**Palavras-chave:** Alta Hospitalar; Gestantes; Período Pós-Parto; Enfermagem Obstétrica; Saúde Materno-Infantil.

### ABSTRACT

*This is a descriptive study of quantitative approach which aims to validate a nursing discharge plan for pregnant and high-risk puerperal women through the Delphi Technique. The data collection was performed during the period from October 2013 to October 2014. Seventeen evaluators, eleven nurses and six doctors specialized in Obstetrics constituted the sample. The results showed the most relevant care for each of the listed diagnoses, being performed five cares for premature labor, four for Diabetes Mellitus, eight for hypertensive diseases and 14 for puerperal care. It was concluded that the elaborated care achieved consensus among the experts, being substantiated by the literature and thus, will assist the pregnant and puerperal women in identifying risk signs which suggested the need for immediate specialized care for employment of effective treatments in the prevention of complications, being essential for the reduction of unfavorable outcomes, preventable for the mother, fetus or neonate.*

**Keywords:** Patient Discharge; Pregnant Women; Postpartum Period; Obstetric Nursing; Maternal and Child Health.

---

#### Como citar este artigo:

Colli M, Zani AV. Validação de um plano de alta de enfermagem para gestantes e puérperas de alto risco. REME - Rev Min Enferm. 2016; [Citado em \_\_\_\_ \_\_\_\_]; 20:e934. Disponível em: \_\_\_\_\_ DOI: 10.5935/1415-2762.20160004

## RESUMEN

*Estudio descriptivo de enfoque cuantitativo con miras a validar un plan de alta de enfermería para embarazadas y parturientas de alto riesgo con el método Delphi. La recogida de datos fue realizada de octubre de 2013 a octubre de 2014. La muestra estuvo constituida de 17 evaluadores: 11 enfermeros y seis médicos especialistas en obstetricia. Los resultados apuntaron los cuidados más relevantes para cada uno de los diagnósticos enumerados, habiéndose elaborado cinco cuidados para el trabajo de parto prematuro, cuatro para diabetes Mellitus, ocho para enfermedades hipertensivas y 14 para cuidados puerperales. Los cuidados elaborados obtuvieron consenso entre los especialistas y, al estar consolidados por la literatura, podrán ayudar a las embarazadas y a las madres a identificar señales de riesgo que puedan indicar la necesidad de brindar atención especializada inmediata para llevar a cabo tratamientos efectivos en la prevención de complicaciones, algo fundamental para disminuir resultados desfavorables, prevenibles, tanto para la madre, como para el feto y el recién nacido.*

**Palabras clave:** Alta del Paciente; Mujeres Embarazadas; Período de Postparto, Enfermería Obstétrica; Salud Materno-Infantil.

## INTRODUÇÃO

A gestação, mesmo sendo um processo fisiológico, pode acarretar complicações que requerem assistência qualificada e especializada. Sabe-se que as causas de complicações no ciclo gravídico-puerperal são as mesmas em todo o mundo, entretanto, suas consequências variam significativamente tanto entre os países quanto em suas diferentes regiões.<sup>1</sup>

Deste modo, a atenção ao pré-natal e ao período puerperal de qualidade são fundamentais à saúde materna e neonatal. A identificação do risco antes e durante a gestação está relacionada diretamente ao bem-estar fetal e condições do nascimento, determinantes nos índices de mortalidade neonatal.<sup>2</sup>

O plano de alta de enfermagem é uma forma de facilitar a transição da gestante e/ou puérpera de um nível de cuidado para outro, propiciando a continuidade do tratamento após a alta hospitalar. Em muitas situações, devido às complicações da gestação e/ou parto, haverá a necessidade de cuidados especiais. Dessa forma, pode ser necessário ajustar seu cotidiano no período de transição do seu estado de saúde. Assim, estratégias de planejamento de alta podem amenizar esse processo, favorecendo que no momento da alta hospitalar a mesma esteja mais bem orientada sobre os cuidados domiciliares.<sup>3</sup>

Uma das formas de se planejar a alta é a partir do plano de alta hospitalar, que é um meio de organizar as atividades, determinadas pelas condições de cada gestante e/ou puérpera, devendo este ser realizado de forma interdisciplinar, com início no momento da admissão, por meio da identificação de riscos reais e/ou potenciais em questão.<sup>4</sup>

Deve ser considerado como uma etapa da sistematização da assistência de enfermagem, que direciona a implementação de ações no período entre a admissão e a alta hospitalar,<sup>4</sup> sendo que tanto as orientações de alta quanto o entendimento da gestante e/ou puérpera sobre elas devem aparecer no registro de enfermagem.<sup>5</sup>

A ausência de planos de alta de enfermagem contribui para agravar o cenário atual da saúde, pois é cada vez mais comum pacientes com necessidades de cuidados intensivos rece-

berem alta hospitalar na tentativa de redução de custos e infecções, como também é comum que o enfermeiro tenha pouca oportunidade de orientá-los bem como a sua família em tempo hábil antes da alta.<sup>3</sup>

A preocupação em se planejar a alta hospitalar se dá, principalmente, devido ao alto custo das internações, agravado pela falta de continuidade do cuidado domiciliar, acarretando reinternações<sup>4</sup> e exposição ao risco de infecção do paciente durante a re-hospitalização.<sup>6</sup>

No entanto, observa-se que o profissional enfermeiro percebe a necessidade de preparar o paciente e sua família para a alta hospitalar, porém, em sua prática, isto não ocorre. A alta é uma das etapas de todo o processo de assistência de enfermagem e, sendo assim, há necessidade de preparar o paciente para a mesma desde o momento de sua admissão no ambiente hospitalar.<sup>7</sup>

Além disso, sabe-se que aproximadamente 25% dos pacientes apresentam alguma complicação por volta de um mês após a alta hospitalar. Destas, quase a metade é considerada evitável e melhores resultados são obtidos quando há instituído algum tipo de planejamento de alta hospitalar.<sup>8</sup>

As ações que envolvem a alta hospitalar devem ser programadas de acordo com as necessidades de cada usuário. Quanto mais elas se adequarem às necessidades do usuário e seus familiares, mais contribuem para minimizar ou melhorar as condições de vida e/ou prevenir complicações e/ou comorbidades e evitar reinternações.<sup>9</sup>

Diante do exposto, considera-se a realidade vivenciada, na qual gestantes de risco, de modo geral, ao receberem alta dos serviços terciários, mesmo mantendo acompanhamento ambulatorial, retornam aos seus domicílios apenas com orientações verbais e muitas vezes necessitam utilizar outros níveis de atenção à saúde, assim como as puérperas, que apesar do seguimento no ambulatório de risco também fazem acompanhamento na atenção primária.

Propõe-se a elaboração de um plano de alta hospitalar que, além de orientar a paciente no autocuidado e identificação de sinais de risco, possa ser levado pela mesma como um histórico de

internação breve a fim de direcionar os demais profissionais que poderão, em algum momento, prestar assistência a essa mulher.

Dada a importância de um plano de alta individual, respeitando a particularidade obstétrica de cada gestante ou puérpera, com informações claras e objetivas, a validação do conteúdo por profissionais especialistas e/ou peritos da área, por meio da técnica de Delphi, foi considerada essencial nesta pesquisa.

Portanto, o objetivo deste estudo foi validar um plano de alta de enfermagem para gestantes e puérperas de alto risco por meio da técnica de Delphi.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quantitativa. Utilizou-se a técnica de Delphi, conceituada como um método sistematizado, de julgamento de conteúdos e/ou informações, útil para obter consensos de especialistas sobre determinado tema por meio de validações articuladas em fases ou ciclos.<sup>10</sup> A aplicação da técnica de Delphi pode ocorrer por meio da aplicação de questionários estruturados, que são entregues aos participantes em rodadas ou *rounds*, para que os mesmos, após análise, obtenham consenso em suas respostas,<sup>11</sup> pois o julgamento coletivo, quando bem organizado, é considerado de grande valia quando comparado com o julgamento embasado na opinião de um único indivíduo.<sup>12</sup>

A pesquisa foi realizada após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina UEL, sob o nº CAEE: 23124713.6.0000.5231.

A trajetória metodológica seguiu três etapas: elaboração do instrumento de coleta de dados; validação de conteúdo; e verificação da confiabilidade do instrumento pela análise de concordância entre os peritos com mais tempo de experiência.

Para a elaboração do instrumento, foi feita busca sistemática na literatura com a finalidade de investigar a assistência de enfermagem às gestantes com diagnóstico de trabalho de parto prematuro (TPP), doenças hipertensivas e diabetes *mellitus* (DM) e puérperas de alto risco.

Com o objetivo de refinar o instrumento quanto à abrangência, clareza, pertinência e configuração, assim como se os itens propostos contemplavam os parâmetros estabelecidos para os cuidados com a gestante e puérperas consideradas de risco, foi realizado ajuizamento por três médicos e três enfermeiros, perante alguns critérios de seleção dos avaliadores, como ter título de especialista em Obstetrícia ou Enfermagem Obstétrica e atuar por no mínimo cinco anos em serviços de maternidade de alto risco. Após o término da fase de elaboração e refinamento do instrumento, iniciou-se o processo de recrutamento dos profissionais peritos para a avaliação final.

Os profissionais de instituições hospitalares, referências para atendimento de gestantes de alto risco no município de

Londrina – Paraná, foram contatados pelas pesquisadoras que, no total, entregaram 25 instrumentos com concomitante esclarecimento sobre os objetivos, preenchimento e finalidade da pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que foi entregue em duas cópias e, após assinado, uma foi mantida com o entrevistado/avaliador e a outra permaneceu com o pesquisador. A coleta ocorreu entre outubro de 2013 e outubro de 2014 e estabelecido prazo de 30 dias para a análise e devolução. Portanto, a amostra do estudo foi constituída por 17 avaliadores, sendo 11 enfermeiros e seis médicos.

Conforme a literatura, não existe consenso quanto à porção quantitativa do grupo de avaliadores para validar os itens de um instrumento, porém, a quantidade de peritos irá depender da amostra disponível que o pesquisador poderá contatar.<sup>13,14</sup>

Dessa forma, a seleção da amostra de profissionais que participaram desta pesquisa ocorreu por “amostragem bola-de-neve ou amostragem de rede”,<sup>15</sup> que consiste na solicitação aos sujeitos iniciais da amostra indicar ou recomendar outros sujeitos que preencham os critérios de seleção para o estudo.

Foram estabelecidos os seguintes parâmetros para a seleção dos avaliadores: serem enfermeiros assistenciais ou médicos obstetras com atuação profissional nas maternidades de alto risco das referidas instituições do município com tempo de atuação mínimo de um ano.

Para a construção do plano de alta para gestantes e puérperas de risco, foram considerados relevantes apenas os julgamentos de opiniões convergentes com nível favorável mínimo de 70% com base na análise estatística. Esse índice de concordância foi pautado em outros estudos de validação.<sup>10,13,14</sup>

A verificação da confiabilidade é um coeficiente importante na indicação da qualidade de um instrumento.<sup>15</sup> Assim, na escolha de um modelo para verificação da confiabilidade do instrumento foi usada a congruência de respostas, por entender que a consistência do conteúdo advém da concordância entre os avaliadores.

As variáveis do instrumento que não atingiram o índice de valor mínimo (de 70%) e apresentaram diferentes respostas às questões foram reformuladas e submetidas à nova análise dos avaliadores e após obterem índice de valor mínimo (de 70%) de concordância foi dada por encerrada a validação do plano de alta.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Breve caracterização dos profissionais demonstrou que, em relação à categoria profissional dos avaliadores, 11 são enfermeiros e seis médicos. Destes, um doutor, um pós-doutor, um doutorando, dois mestres e seis especialistas na área, com idade entre 28 e 56 anos e tempo de atuação profissional na área entre sete e 28 anos.

No tocante à elaboração do plano de alta de enfermagem para gestantes e puérperas de risco, determinaram-se os dados de identificação, diagnósticos gestacionais e alguns cuidados considerados relevantes para determinados diagnósticos, de maior incidência entre as gestantes de risco, sendo estes: trabalho de parto prematuro (TPP), doenças hipertensivas e diabetes *mellitus* (DM). Além destes, foram atribuídos cuidados às puérperas, uma vez que as gestantes de risco serão as puérperas de risco.

Os dados de identificação determinados nesse plano para as gestantes e validados pelos avaliadores foram idade gestacional no momento da alta hospitalar, idade materna, paridade, tempo de internação, tipo sanguíneo e nome do hospital e da unidade básica de saúde de referência. Para as puérperas, constituíram a data do parto, idade gestacional no dia do parto, tipo de parto, se parto cesáreo, qual a indicação, paridade, idade materna, tipo sanguíneo e nome do hospital e da unidade básica de saúde de referência.

Esses dados vieram ao encontro da literatura científica, visto serem fatores de risco gestacionais amplamente reconhecidos. Desta forma, os dados de identificação, incluindo os diagnósticos gestacionais, têm por objetivo identificar alguns desses fatores de risco.<sup>2</sup>

Extremos de idade materna (<15 anos ou > 35 anos), paridade, principalmente em relação à ocorrência de abortamento habitual, nuliparidade e grande multiparidade, parto pré-termo anterior e diagnóstico de trabalho de parto prematuro, diabetes gestacional, hipertensão arterial, cardiopatias, amniorrexe prematura,<sup>2</sup> entre outros, são fatores de risco gestacionais que propõem abordagem pré-natal e até mesmo puerperal mais rigorosa.

Para tanto, os cuidados domiciliares e orientações para o autocuidado que compõe o plano de alta foram determinados primariamente conforme a literatura e, posteriormente, conforme avaliações dos *experts*, confrontando as sugestões com as recomendações atuais.

Para cada diagnóstico definido, foram levantados cuidados de enfermagem, com base em literatura científica, direcionados para o autocuidado da gestante e puérpera de risco.

## TRABALHO DE PARTO PREMATURO

Foram levantados cinco cuidados de enfermagem. Destes, um foi modificado, um excluído e um sugerido como acréscimo. Portanto, os cuidados que permaneceram foram: a) evitar relações sexuais; b) procurar o pronto-socorro em caso de endurecimento abdominal (contrações) que aparece de 10 em 10 minutos; c) procurar o pronto-socorro em caso de perda de líquido via vaginal; d) procurar o pronto-socorro em caso de diminuição ou ausência dos movimentos do bebê; e) procurar o pronto-socorro em caso de sangramento via vaginal.

O parto prematuro afeta diretamente a qualidade de vida da família, além de repercutir fortemente quanto às questões de saúde pública, pois é de grande morbimortalidade fetal.<sup>13</sup>

Os cuidados domiciliares incluídos no plano de alta buscam orientar a gestante com risco de trabalho de parto prematuro a identificar o momento ideal para procura de atendimento em nível terciário, ainda em tempo da realização de medidas terapêuticas para prevenção do parto prematuro ou mesmo medidas que possam prevenir complicações da prematuridade ao recém-nascido.

O manejo domiciliar do TPP consiste na identificação da atividade uterina, atenção para desconfortos do tipo cólicas dolorosas, dor em baixo ventre, secreção vaginal, além de hábitos saudáveis como alimentação equilibrada, ingesta hídrica e medidas de relaxamento.<sup>16</sup> A contagem de movimentos fetais também é de grande valia, devendo ser realizada duas vezes ao dia. E a busca por atendimento hospitalar é indicada sempre que houver identificação de algum sinal ou sintoma de parto prematuro.<sup>2,17</sup>

Em gestações pré-termo, com idade gestacional em 22 e 37 semanas, o TPP é caracterizado por contração a cada cinco a oito minutos, acompanhada por dilatação maior que 2 cm e/ou esvaecimento maior que 50%.<sup>2</sup>

Para o plano de alta, optou-se por indicar busca por atendimento hospitalar já quando a gestante identificar contrações com intervalo de 10 minutos, pois quanto mais cedo for submetida à avaliação clínica e laboratorial que possam sugerir vantagens no uso da tocólise e mais cedo iniciar a terapêutica melhor o prognóstico fetal.

## DOENÇAS HIPERTENSIVAS

Para esse diagnóstico foram propostos cinco cuidados de enfermagem. Destes, cinco foram modificados, três foram sugeridos como acréscimo e não houve exclusões. Ao final, os cuidados que compuseram o plano foram: a) medir a pressão arterial todos os dias, anotar o horário e a medida para controle. Se tiver o aparelho de pressão em casa, pode medir à noite e de madrugada também; b) pesar, de preferência na mesma balança, uma vez na semana e anotar para controle; c) em caso de visão embaçada ou pontos brilhantes na visão, dor de cabeça que não melhora, dor na região do estômago, se tiver aparelho em casa medir a pressão arterial e procurar o pronto-socorro se estiver acima de 140x90 mmHg; d) se apresentar visão embaçada ou pontos brilhantes na visão, dor de cabeça que não melhora, dor na região do estômago e não conseguir medir a pressão arterial no momento, procurar imediatamente o pronto-socorro; e) procurar o pronto-socorro se apresentar inchaço repentino, principalmente nas mãos e rosto ou se tiver engordado mais de 2 kg em uma semana; f) procurar o pronto-socorro em caso de sangramento vaginal; g) evitar comer ali-

mentos com muita gordura, reduzir o sal da comida e seguir as orientações da nutricionista; h) tomar as medicações prescritas pelo seu médico, na dose e no horário indicado.

As doenças hipertensivas na gestação estão associadas a desfechos desfavoráveis para mãe e feto. O acompanhamento pré-natal e o atendimento imediato frente às complicações decorrentes das doenças hipertensivas são essenciais para prevenção de agravos ao binômio.<sup>18</sup> Neste caso, o plano de alta foi elaborado com ênfase na identificação, pela gestante, de crises hipertensivas com necessidade de intervenção imediata, além de cuidados simples como peso e aferições da pressão arterial para controle, com o intuito de otimizar o acompanhamento pré-natal.

Em geral, no caso das doenças hipertensivas, são considerados relevantes orientação em relação às questões nutricionais, peso diário e observação de ganho de peso excessivo, verificação de pressão arterial e registro diário para seguimento da paciente.<sup>19</sup>

Para gestantes de risco, principalmente aquelas com doença hipertensiva prévia, os sinais como ganho de peso excessivo, edema de face e outros que sugerem aumento da pressão arterial são fundamentais para se iniciar controle rigoroso da pressão arterial e proteinúria a fim de se prevenir quadros de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia.<sup>2</sup>

Gestantes com ganho de peso superior a 0,5 kg/semana já merecem atenção especial mesmo sem cursar com aumento da pressão arterial.<sup>20</sup> Aquelas com ganho de peso repentino, mais de 2 kg/semana em qualquer período da gestação, podem estar desenvolvendo pré-eclâmpsia em estágio leve.<sup>19</sup>

Para pacientes com pré-eclâmpsia, que cursam com aumento persistente da pressão arterial ou sinais de iminência como cefaleia grave, distúrbios visuais persistentes, dor epigástrica grave persistente, náuseas, vômitos e sangramento via vaginal, a antecipação do parto está indicada,<sup>2</sup> dada então a importância de a paciente identificar sinais de risco antes do agravamento do seu quadro clínico.

## DIABETES MELLITUS

Para o diagnóstico de diabetes *mellitus* foram propostos seis cuidados de enfermagem. Destes, um foi modificado, três foram excluídos e um foi sugerido como acréscimo. Os cuidados que permaneceram foram: a) siga as orientações fornecidas pela nutricionista em relação à alimentação: evite refrigerantes, massas, pães e doces e dê preferência a frutas, verduras e legumes. Faça pequenas refeições e a contagem de carboidratos, se for orientada pela nutricionista a tal medida; b) em caso de tremores, mal-estar e suor em grande quantidade, tente ingerir algum alimento doce e procure o posto de saúde perto de sua casa; c) se medir o açúcar no sangue pela manhã, em jejum, e o valor for superior a 95 mg/dL, procure o posto de saúde; d) cuidados para o uso da insulina: evite expor os frascos de insulina à

luz do sol; evite deixar os frascos em locais muito quentes, como perto do fogão ou forno elétrico; as insulinas devem ser armazenadas em geladeiras, na porta ou parte de baixo; a insulina que está em uso poderá ser mantida em temperatura ambiente por até um mês. Nesse caso, deixar o frasco no lugar mais fresco da casa; o frasco da insulina nunca pode ser congelado. Para aplicar: escolher o local para aplicar a insulina. Limpar a pele usando algodão com álcool e deixar secar. Manter distância de mais ou menos 2 cm do local onde foi administrada a injeção anterior, se a área do corpo for a mesma; evitar aplicar no mesmo local; fazer uma prega na pele onde você vai aplicar a insulina; pegar na seringa como se fosse um lápis; introduzir a agulha na pele em pé, soltar a prega cutânea; injetar insulina; retirar a seringa e fazer leve pressão no local, usando o algodão com álcool.

Doenças endócrinas, como o diabetes *mellitus*, também estão associadas a desfechos adversos à mãe e feto. No caso do diabetes *mellitus*, a mudança no estilo de vida, principalmente para controle da curva glicêmica e ganho de peso, são desafios para a equipe multidisciplinar.<sup>21</sup>

Controle glicêmico em jejum e pós-prandial são de extrema relevância. Glicemia em jejum de 95 mg/dL ou mais ou glicemia uma hora pós-prandial de 140 mg/dL ou mais com dieta adequada apoia a prescrição de insulino terapia.<sup>2</sup>

Os principais itens para o autocuidado recomendados pela literatura relacionam-se às orientações alimentares que incluem dieta balanceada, fracionada, seguindo o plano de dieta prescrito; orientações para autoadministração de insulina, destacando técnica de aplicação e cuidados com a medicação; monitorização do nível glicêmico e identificação de sinais de hipoglicemia ou hiperglicemia.<sup>20</sup> Todos esses itens estão contemplados no plano de alta elaborado nesta pesquisa.

## PUÉRPERAS DE ALTO RISCO

Em relação aos cuidados puerperais, foram propostos 15 cuidados. Destes, quatro foram modificados e não houve exclusões. Os cuidados que permaneceram foram: a) procurar o posto de saúde assim que possível para agendar a consulta do puerpério; b) procurar o posto de saúde se algum dos pontos da cesárea abrir; c) procurar o posto de saúde se sair pus pelos pontos da cesárea ou se ficar muito quente e vermelho; d) procurar o posto de saúde se apresentar mau cheiro pelo sangramento vaginal ou se apresentar algum tipo de corrimento; e) procurar o posto de saúde se apresentar dores muito fortes na barriga; f) procurar o posto de saúde se apresentar febre de 38°C ou mais por dois dias seguidos durante os primeiros 10 dias pós-parto; g) lavar os pontos da cesárea com água e sabão, secando bem com toalha limpa; h) evitar o uso de toalhas ou compressas em cima dos pontos da cesárea; i) lavar os pontos da episiotomia (corte na vagina) com água e sabão todas as

vezes que urinar ou evacuar; j) procurar o pronto-socorro em caso de sangramento vaginal em grande quantidade; k) caso tenha feito parto normal com episiotomia (corte na vagina), peça para o acompanhante ou utilize um espelho para ver como estão os pontos. Esses pontos caem sozinhos, não precisa retirar no posto. Se estiver vermelho, muito inchado ou com pus, procure o posto de saúde; l) procurar o posto de saúde para medir a pressão em caso de dor de cabeça que não melhora, tontura, visão embaçada ou com pontos brilhantes; m) em caso de ingurgitamento mamário (“peito empedrado”) ou fissura mamilar (“bico do peito rachado”), procurar o banco de leite referência ou o posto de coleta do banco de leite; n) se o recém-nascido manifestar alguma dificuldade para mamar, procurar o posto de saúde; o) se sentir grande tristeza, irritabilidade, incapacidade para cuidar de seu recém-nascido, fadiga ou sentimentos de solidão, procurar o posto de saúde.

As orientações para o autocuidado tratam de uma puérpera de risco que deve manter seguimento puerperal em nível de atenção primária como também em serviço especializado. Elaboraram-se cuidados para identificação de sinais de risco que sugerem busca imediata por atendimento.

A atenção à mulher e ao recém-nascido nas primeiras semanas pós-parto é essencial para a saúde materna e neonatal. A primeira consulta puerperal deve ser agendada logo após a visita domiciliar, que deve ocorrer na primeira semana pós-parto, já que grande parte das situações de morbimortalidade ocorre nesse período,<sup>22</sup> devendo essa orientação ser reforçada à puérpera ainda na maternidade

O plano de alta de enfermagem visa a uma ampla abordagem na identificação de sinais e sintomas que possam sugerir algum tipo de infecção puerperal, recomendando-se, inclusive, alguns cuidados para prevenção de infecções.

As principais intercorrências puerperais são as alterações emocionais, tais como os sintomas sugestivos de *Baby Blues* (tristeza, dificuldade de cuidar do filho, angústia e queixas sintomáticas), hipertensão, febre, dor em baixo ventre ou mamas, secreção vaginal de odor fétido, sangramentos intensos. Pacientes com esses sinais e sintomas devem procurar atendimento imediato.<sup>22</sup>

Breve abordagem sobre dificuldades no aleitamento materno foi considerada no plano de alta, com enfoque na orientação sobre onde buscar atendimento especializado nos casos que demandam esse tipo de atendimento. As principais dificuldades na amamentação referida por puérperas são a pega incorreta, fissuras, ingurgitamento e mastite.<sup>22</sup>

## CONCLUSÃO

Este estudo propiciou a elaboração de um plano de alta constituído de cuidados direcionados às gestantes e puérperas com diagnósticos relacionados a TPP, DM e doenças hipertensivas,

tendo como objeto de pesquisa a orientação para o autocuidado das mesmas em seus domicílios.

Pode-se identificar que os cuidados elaborados para cada diagnóstico obtiveram consenso entre os *experts*, sendo alicerçados pela literatura científica e, portanto, auxiliarão as gestantes e puérperas na identificação de sinais de risco que sugiram necessidade de atendimento especializado imediato, em tempo oportuno para o emprego de tratamentos efetivos na prevenção de complicações. Isso é essencial na diminuição dos desfechos desfavoráveis, passíveis de prevenção, para mãe e feto.

Agregado ao momento ideal para busca de atendimento, o nível de atenção à saúde que a paciente deve procurar (primária, secundária ou terciária) também é de grande importância. Quando o paciente é capaz de buscar serviço de saúde adequado, há redução no tempo despendido para iniciar seu atendimento e otimização dos serviços prestados pela instituição de saúde, evitando filas, demora no atendimento e encaminhamentos morosos.

Recomenda-se que novos estudos sejam desenvolvidos sobre este tema, abordando demais diagnósticos, e que planos de autocuidado sejam implantados nas instituições referências com o intuito de melhorar a qualidade de saúde materna e neonatal.

Cabe salientar que a construção desse plano de alta tem por finalidade direcionar e auxiliar os profissionais nas orientações de alta, otimizando o tempo a ser despendido nessa tarefa, porém não deve substituir a avaliação do enfermeiro e a individualização do plano de alta para gestantes e/ou puérperas, sendo este totalmente passível de modificações conforme as necessidades.

## REFERÊNCIAS

1. Pimenta AM, Nazareth JV, Souza KV, Pimenta GM. “The House of the Pregnant women” program: users’ profile and maternal and perinatal health care results. *Texto Context Enferm*. 2012[citado em 2014 dez 10];21(4):912-20. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072012000400023&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072012000400023&lng=pt).
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília (DF): MS; 2012.
3. Huber DL, McClelland E. Patient preferences and discharge planning transitions. *J Prof Nurs*. 2003[citado em 2015 jan 15];19(3):204-10. Disponível em: [http://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223\(03\)00071-1/abstract](http://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223(03)00071-1/abstract)
4. Pereira APS, Tessarini MM, Pinto MH, Oliveira VDC. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. *Rev Enferm UERJ*. 2007 [citado 2014 mar 13]; 15(1):40-5. Disponível em: <http://www.facem.uerj.br/v15n1/v15n1a06.pdf>.
5. Andrietta MP, Moreira RSL, Barros ALBL. Hospital discharge plan for patients with congestive heart failure. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011[citado em 2015 maio 12];19(6):1445-52. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000600023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600023).
6. Suzuki VF, Carmona EV, Lima MHM. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. *Rev Esc Enferm USP*. 2011[citado em 2014 mar 13];45(2):527-32. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40732/44027>.

7. Oliveira CN, Nunes EDCA. Cuidando da família na uti: desafio de enfermeiros na práxis interpessoal do acolhimento. *Texto Contexto Enferm*. 2014[citado em 2015 jan 21];23(4):954-63. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s010407072014000400954&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s010407072014000400954&lng=pt&nrm=iso).
8. Foust JB. Discharge planning as part of daily nursing practice. *Appl Nurs Res*. 2007[citado em 2015 jan 15];20(2):72-7. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com.ez78.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0897189707000092>
9. Bernardino E, Segui MLH, Lemos MB, Peres AM. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. *Rev Bras Enferm*. 2010[citado em 2015 jan 15]; 63(3):459-63. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000300018>.
10. Castro AV, Rezende M. A Técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. *REME - Rev Min Enferm*. 2009[citado em 2015 ago 15];13(3):429-34. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/209>.
11. Scarparo FA, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da Técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev RENE*. 2012[citado em 2014 out 15];13(1):242-51. Disponível em: <https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>.
12. Faro ACM. Técnica de Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1997[citado em 2014 out 10];31(2):259-73. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/415.pdf>.
13. Oliveira SM, Ribeiro RC, Ribeiro DF, Lima LC, Pinto MH, Poletti NA. Elaboration of a instrument for nursing care in the hemodialysis unit. *Acta Paul Enferm*. 2008[citado em 20 ago 2015];21(n.esp):169-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a06v21ns.pdf>.
14. Oliveira MS, Fernandes AF, Sawada NO. Educational handbook for self care in women with mastectomies: a validation study. *Texto Contexto Enferm*. 2008[citado em 2015 ago 15];17(1):115-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/13.pdf>.
15. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
16. Piotrowski KA. Risco no parto e nascimento. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *O cuidado em enfermagem materna*. São Paulo: Artmed; 2002. p.606-21.
17. Correa Júnior MD, Patrício EC, Félix LR. Intervenções obstétricas no parto pré-termo: revisão da literatura e atualização terapêutica. *Rev Méd Minas Gerais*. 2013[citado em 2014 nov 11];23(3):323-39. Disponível em: <http://bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-702904>.
18. Souza NL, Araujo ACPF, Costa ICC. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. *Rev Esc Enferm USP*. 2011[citado em 2014 nov 14];45(6):1285-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a02.pdf>.
19. Cashion K. Gestação de risco: condições gestacionais. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *O cuidado em enfermagem materna*. São Paulo: Artmed; 2002. p.660-5.
20. Feitosa ACR, Queiroz AN, Vianna AM, Schleu M. Aplicação de programa educativo multidisciplinar em gestações de alto risco devido a doenças endócrinas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010[citado em 2014 out 14];32(10):504-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n10/v32n10a06.pdf>
21. Cashion K, Durham CFO. Gestação de risco: condições pre-existentes. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *O cuidado em enfermagem materna*. São Paulo: Artmed; 2002. p.683-90.
22. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (BR). Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria técnica em saúde da mulher. São Paulo: Secretaria de Saúde; 2010.