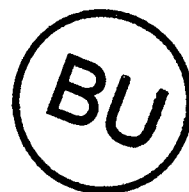


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALOJAMENTO CONJUNTO: ASSISTINDO OS PRIMEIROS  
MOMENTOS DA RELAÇÃO MÃE E FILHO COM BASE NA  
TEORIA DE WANDA DE AGUIAR HORTA.

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 1994.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIENCIAS DA SAUDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

N.Cham. TCC UFSC ENF 0239  
Autor: Dias, Glaucemari H  
Título: Alojamento conjunto : assistindo  
972519085 Ac. 240983  
Ex.1 UFSC BS CCSM CCSM



ALOJAMENTO CONJUNTO: ASSISTINDO OS PRIMEIROS  
MOMENTOS DA RELACAO MAE E FILHO COM BASE NA  
TEORIA DE WANDA DE AGUIAR HORTA.

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0239  
Ex.1

Trabalho de conclusão de curso, realizado na Maternidade Carmela Dutra Florianópolis - SC.

Autoras : Glaucemari Heil Dias  
Edna Cristina Albino  
Roselane Boing

Supervisora: Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Orientadora: Odete Back

FLORIANOPOLIS, JUNHO DE 1994.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIENCIAS DA SAUDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALOJAMENTO CONJUNTO: ASSISTINDO OS PRIMEIROS  
MOMENTOS DA RELAÇÃO MÃE E FILHO COM BASE NA  
TEORIA DE WANDA DE AGUIAR HORTA.

Banca Examinadora: Evanguelia Kotzias Arherino dos Santos  
Olga Regina Ziguelli Garcia

Como por encanto eu bati em sua porta  
Como por destino sua porta se abriu  
Surgiu no infinito a luz  
Brilhou em um céu imenso a esperança

Também brilhei, também chorei  
Quando cheguei , pensaste em mim  
E eu pensava em ti

Olhaste , com o olhar ainda em dor  
Pensaste com o amor em teu coração  
Foi uma longa espera da luz  
Hoje , tudo se traduz

Quero e tu queres viver  
Pensas em mim e a ti esqueces  
Tiras de teu seio a minha vida  
Tiro de ti o amor , querida

Es a vida, a força , o tudo  
Mãe que geras o ser de teu ser  
Tens correntes e laços fortes  
Es a vida , és o meu suporte

Yendis- julho/94.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, que esteve sempre presente em nossa caminhada, dando luz, sabedoria nos momentos de dificuldades e condições de melhor cumprir nossa missão.

Aos pais, pela nossa existência, pelos seus ensinamentos e exemplos que embasaram nossos passos em nossa caminhada.

Ao Maurício, Norberto, Sidney, Fabiano e Francianne, pelo amor, compreensão e dedicação durante o decorrer de nossa vida acadêmica, suportando a nossa ausência, transmitindo otimismo e força para alcançarmos mais esta etapa.

A Supervisora Professora Mestre em Enfermagem Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, pelo incentivo, confiança, apoio e estímulo, repartindo conosco seus conhecimentos e experiências.

A Orientadora Odete Back pela liberdade e confiança depositado em nós, durante o período de estágio.

Aos funcionários que atuam no posto I da Maternida-

de Carmela Dutra, pela atenção e disposição no dia à dia.

A escriturária Elza Maria Pires pela atenção, receptividade, disponibilidade e alto astral.

A Maternidade Carmela Dutra por proporcionar um ambiente para realização do nosso estágio.

As puérperas e famílias sem as quais não seria possível a realização deste trabalho.

Ao amigo Sidney que manteve-se prestativo e disponível durante todo o processo de elaboração deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram pela elaboração deste trabalho.

## R E S U M O

Este estudo consiste na elaboração e implementação de um marco conceitual em um processo de enfermagem fundamentados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (1973), tendo como um foco central a puérpera, envolvendo o recém-nascido e a família. Para operacionalização deste marco, utilizou-se a metodologia do processo de enfermagem fundamentado na teoria de Horta, que está dividido em seis passos: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados (prescrição de enfermagem), evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. A metodologia assistencial foi desenvolvida com 83 (oitenta e três) puérperas no período de 24 de março à 21 de junho de 1994, e sua implementação se deu na Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis. A assistência de enfermagem foi planejada e desenvolvida a partir das necessidades humanas básicas afetadas, identificadas nestas mulheres de acordo com o marco conceitual e os passos do processo de enfermagem.

Ao concluir as autoras consideraram que o marco conceitual propiciou sanar as necessidades afetadas das pacientes, promovendo seu crescimento como ser humano.

## A B S T R A T

This study consists of the elaboration and implementation of conceptual framework and a nursing process based on Wanda de Aguiar Horta basics humans needs theory (1973), having as a source a lying-in woman, involving the new-born and his family. For this study's framework it was made use of the methodology nursing process based on Horta teory which is divided in six stage: Nursing historical, nursing diagnosis, assistance plan, cares plan (nursing,prescription), nursing evolution and nursing prognostic. The assistencial methodology was developed with (83) eighty three women during the period of march through june of 1994 and this implementation happened at a health center institution in Florianópolis (Maternidade Carmela Dutra). The nursing assistance, identified in these women witch the conceptual framework of nursing process. As a conclusion the authoress considered taty de conceptual framework gave the healing of patient's affected needs, provinding his growth as a human being.



## S U M A R I O

I.	INTRODUÇÃO.....	010
II.	OBJETIVOS.....	015
III.	REVISÃO DA LITERATURA.....	016
	3.1. Alojamento Conjunto.....	016
	3.2. Puerpério Normal.....	019
	3.3. Amamentação.....	043
	3.4. Recém-nascido.....	071
IV.	REFERENCIAL TEORICO.....	079
	4.1. Pressupostos Básicos da Teoria.....	079
	4.2. Pressupostos Pessoais.....	080
	4.3. Conceitos e Proposições.....	081
	4.4. Outros Conceitos.....	082
	4.5. Processo de Enfermagem.....	084
V.	METODOLOGIA.....	087
	5.1. Local de Estágio.....	087
	5.2. População Alvo.....	089
	5.3. Plano de Ação.....	089
	5.4. Cronograma.....	092
VI.	RESULTADOS.....	094
	6.1. Descrevendo a família segundo o marco conceitual.....	094

6.2.	Descrevendo as percepções e dúvidas da mãe e família quanto a assistência do recém-nascido e puérpera.....	098
6.3.	Descrição do processo de enfermagem baseado no instrumento de trabalho.....	107
6.4.	Avaliação dos Objetivos.....	116
VII.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
7.1.	Facilidades encontradas.....	121
7.2.	Dificuldades encontradas.....	121
7.3.	Sugestões para a instituição.....	121
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	124
IX.	ANEXOS.....	127

## I — INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi elaborado pelas acadêmicas Edna Cristina Albino, Glaucemari Heil Dias e Roselane Boing, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme as exigências da oitava unidade curricular.

Foi realizado na Maternidade Carmela Dutra, nas Unidades IV e VIII de sistema Alojamento Conjunto no período de 24 de março à 21 de junho de 1994, sob supervisão da professora Enfermeira Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos e Orientação da Enfermeira Odete Back.

Trata-se de um trabalho de assistência direcionado à puérpera, envolvendo o recém nascido e família no sistema Alojamento Conjunto, fundamentados na teoria das Necessidades Humanas Básicas. Optamos por esta teoria por ter sido a única aprofundada e colocada em prática durante o curso de graduação e pelo fato de a mesma propiciar uma visão holística do ser humano, o que está de acordo com as nossas crenças.

Segundo o MINISTERIO DA SAÚDE (1993), " Alojamento Conjunto é um sistema hospitalar em que o recém nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe , vinte e quatro horas por dia, num mesmo ambiente até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a

orientação à mãe sobre saúde do binômio mãe e filho".

Em 1983, hoje o extinto INAMPS publicou uma portaria, tornando este sistema medida obrigatória em todos os hospitais públicos e conveniados. Passados quase dez anos têm-se constatado que a permanência de mãe e filho juntos, vinte e quatro horas por dia, não é uma realidade em grande parte do País. Devido a isto o Ministério da Saúde sentiu necessidade de reforçar esta portaria, criando em 26 de agosto de 1993 a portaria número 1.016, considerando a necessidade de incentivar o aleitamento materno, o relacionamento mãe e filho, a diminuição do risco de infecção hospitalar e a implantação do sistema alojamento conjunto.

De acordo com KLAUS & KENNEL (1978) a separação prolongada da mãe com seu filho pode exercer efeitos desastrosos no desenvolvimento motor, mental e afetivo da criança. É provável que o apego que a mãe experimenta pelo seu filho seja o vínculo mais sólido do ser humano.

Para ESTERIK (1990) a interação bem sucedida entre a vida reprodutiva e produtiva das mulheres é a base para a sobrevivência. A amamentação e o trabalho da mulher constituem excelente porta de entrada para examinar políticas relacionadas à sobrevivência infantil, equidade de gênero e direitos humanos. Toda mulher tem o direito de amamentar. Todos os seres humanos tem direito a trabalho remunerado para manter sua vida e saúde, bem como a de seus dependentes.

O efeito que o trabalho da mulher terá sobre o bem estar do filho, dependerá das características próprias do trabalho. Exemplos destas características são : horário de trabalho, a possibilidade de cuidar da criança durante o trabalho, a distância do lu-

gar e a existência de creches. Também a cultura, o contexto familiar e a participação do pai no cuidado da criança, são fatores que devem ser levados em conta.

Em nosso contexto social a participação da mulher na força de trabalho vem sendo aumentada devido as condições sócio-econômicas. Isto ocasiona dificuldades para a amamentação, pois apesar da nossa legislação determinar um período para a mulher amamentar durante o trabalho, muitas vezes esta não é cumprida ou não é suficiente. É importante ressaltar um aspecto positivo, a respeito da licença maternidade que recentemente foi aumentada para 4 meses.

A natureza, através do leite, reforça as condições das "crias" naquilo que elas tem de mais especial, para que aumente sua "chance de sobrevivência". Além de todas as vantagens de proteção imunológica, parece que o leite humano durante os milhares e milhares de anos de evolução da espécie, tendeu a adaptar-se para facilitar o desenvolvimento das características mais importantes do ser humano.

A amamentação seria um dos únicos três contatos interpessoais humanos, realizados com o finalidade de perpetuar a espécie. Os outros seriam : o ato sexual e o trabalho de parto. Curioso é que nos três, um vínculo tão íntimo forma-se entre as duas pessoas que participam, que o envolvimento é quase total(Martins Filho, 1984).

O nosso interesse em assistir a puérpera envolvendo o recém nascido e a família com base na teoria das Necessidades Humanas Básicas, no sistema Alojamento Conjunto, adveio por diversas razões. Primeiro pelo fato de o grupo se identificar com este campo de atuação, segundo pelas inúmeras vantagens que o sistema alojamento conjunto oferece para a mãe, o recém nascido, a família, o

hospital e a equipe multidisciplinar e por último por ser este um sistema que atende a filosofia do projeto constituindo-se em um local, privilegiado para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e atendimento das necessidades básicas da mulher e do recém nascido.

Para nortear o presente trabalho utilizamos a Teoria de Horta como referencial teórico, a declaração conjunta OMS/UNICEF " Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno : O papel especial dos serviços materno infantis( 1989), a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes(1992), e a declaração de INNOCENTI(1990). Todos estes documentos se constituem em subsídios para implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança."

Esta iniciativa tem como objetivo desenvolver um plano de ação global para elevação dos índices de aleitamento materno até 1995. Governos de trinta Países assinaram em 1990 a declaração de Innocenti , dentre os quais o Brasil , que se comprometia a implementar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Em linhas gerais, as metas compromissadas em Innocenti foram incluídas no plano de ação para a sobrevivência, proteção e desenvolvimento infantil, também firmado pelo governo do Brasil naquele mesmo ano,no Encontro Mundial de Cúpula pela Criança.

Na segunda reunião de Cúpula do Pacto pela Infância, ocorrida em julho último, a implementação da IHAC também faz parte do conjunto de metas que compõem o compromisso dos governadores para quinhentos dias de ação pela criança. A proposta é credenciar como amigo da criança, até 1994, dez por cento das maternidades brasileiras com mais de quatorze leitos, o que corresponde a cem estabelecimentos.O Brasil foi um dos doze países escolhidos para ini

ciar a implementação deste programa que representa um esforço a mais para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, tendo seu início em março de 1992, através do Ministério da Saúde e do Grupo de Defesa da saúde da criança com o apoio do UNICEF e da OMS/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE/OPAS.

Escolhemos a Maternidade Carmela Dutra para o desenvolvimento deste estágio, por ser um local que já conhecemos devido a passagens anteriores pela instituição. Também por ser um campo que possibilita a realização dos nossos objetivos, e ainda pelo fato da supervisora estar envolvida com a instituição e por esta estar participando ativamente da reformulação das normas e rotinas internas visando a adoção da IHAC.

## **II - OBJETIVOS**

### **1- OBJETIVO GERAL**

Assistir a puérpera envolvendo o recém nascido e a família, no sistema Alojamento Conjunto com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

### **2 - OBJETIVOS ESPECIFICOS**

2.1-Identificar as Necessidades Humanas Básicas da Puérpera envolvendo o recém nascido e a família.

2.2-Estabelecer um plano assistencial de enfermagem juntamente com a puérpera com base nas Necessidades Humanas Básicas afetadas.

2.3-Implementar o plano assistencial com base nas necessidades humanas básicas afetadas.

2.4-Avaliar a assistência prestada.

2.5-Protetger , promover e apoiar o aleitamento materno.

2.6-Aprofundar conhecimentos teóricos clínicos acerca da saúde da mulher e da criança



### III - REVISÃO DA LITERATURA

Serão abordados neste capítulo os temas referentes ao Sistema Alojamento Conjunto, Puerpério, Recém Nascido e Aleitamento Materno, temas estes que nortearão a nossa prática diária.

#### 3.1- Alojamento Conjunto

É um sistema hospitalar em que o recém nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais bem como a mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho (MINISTERIO DA SAÚDE, 1993).

Segundo RAMOS E VAZ (1978) Alojamento Conjunto é a expressão utilizada para designar o sistema hospitalar em que a mãe pode ter seu recém nascido em um berço ao lado de sua cama, desde algumas horas após o parto, até a alta hospitalar.

Coloca-se como uma das finalidades primordiais do Sistema de Alojamento Conjunto o retomar da idéia de que o nascimento de uma criança é um evento e que diz respeito basicamente à família. Esta retomada de conceito tem levado as equipes assistenciais a direcionarem seus esforços no sentido de definir o casal (mãe e pai) como sujeitos ativos no evento singular que é o nascimento de seu filho. Neste sentido, a organização do sistema de alojamento con

junto visará a propiciar as condições de interação entre os pais e o filho mesmo dentro do ambiente hospitalar.

Na busca desta integração aconselha-se que o pai participe, sempre que possível, das consultas pré-natais e dos grupos de orientação para o parto e período pós-natal.

Observa-se com maior frequência atualmente, que as equipes assistenciais tem procurado facultar ao pai acompanhar sua esposa (ou companheira) na própria sala de parto, com o objetivo de facilitar a integração afetiva precoce da família.

Tem-se facultado e incentivado a presença do pai nas unidades de alojamento conjunto por períodos de visitas mais longos e com horários flexíveis visando a integrá-lo como participante ativo na aprendizagem e prestação de cuidados ao recém nascido.

Torna-se importante ressaltar, também, que a finalidade educativa do Sistema de Alojamento Conjunto não se restringe à simples difusão de informações sobre cuidados com o recém nascido. Esta ação educativa, baseada na participação, procura entender os pais e o bebê a partir do contexto sócio-cultural do qual provêm, valorizando e resgatando suas próprias formas de resolução de problemas estimulando, assim, sua independência através do auto-cuidado.

As ações educativas neste sistema estão orientadas no sentido de que as orientações oferecidas possam ser incorporadas aos conhecimentos anteriores dos pais.

De acordo com MIURA (1991) os objetivos do Sistema de Alojamento Conjunto são:

- Propiciar a interação afetiva entre mãe (ou pais) e filho.
- Estimular a mãe (ou pais) a participar nos cuidados presta

dos ao filho, valorizando suas experiências anteriores e propondo mudanças de atitudes que possam trazer maiores benefícios à mãe (ou pais) e à criança.

- Reduzir a ansiedade da mãe (ou pais) frente à experiência vivenciada através do atendimento continuado.

- Orientar e incentivar a mãe (ou pais) na observação de seu filho visando a esclarecer suas dúvidas e diminuir sua ansiedade.

- Possibilitar o acompanhamento da amamentação sem rigidez de horários visando esclarecer as dúvidas da mãe e incentiva-la nos momentos de insegurança.

O MINISTERIO DA SAÚDE (1993) preconiza as seguintes vantagens do Alojamento Conjunto:

- Estimular e motivar o aleitamento materno, de acordo com as necessidades da criança, tornando a amamentação mais fisiológica e natural. A amamentação precoce provoca a contração do útero e de seus vasos, atuando como profilaxia das hemorragias pós-parto.

- Favorecer a precocidade, intensidade, assiduidade do aleitamento materno, e sua manutenção por tempo mais prolongado.

- Fortalecer os laços afetivos entre mãe e filho, através do relacionamento precoce.

- Permitir a observação constante do recém-nato pela mãe, o que faz conhecer melhor seu filho e possibilitar a comunicação imediata de qualquer anormalidade.

- Oferecer condições à enfermagem de promover o treinamento materno, através de demonstrações práticas dos cuidados indispensáveis ao recém-nascido e à puérpera.

- Manter intercâmbio biopsicossocial entre a mãe, a criança e os demais membros da família.

- Diminuir o risco de infecção hospitalar.
- Facilitar o encontro da mãe com o pediatra por ocasião das visitas médicas para o exame do recém-nascido, possibilitando troca de informações entre ambos.
- Desativar o berçário para recém-nascidos normais, cuja área poderá ser utilizada de acordo com outras necessidades do hospital.

O êxito da assistência de enfermagem no Sistema de Alojamento Conjunto está vinculado ao atendimento de que qualquer ação de saúde e educação só é possível quando respeitadas as subjetividades dos grupos envolvidos nessa ação.

É fundamental a discussão, entre os profissionais que atuam nesta área, sobre a questão do objeto de sua ação. Entretanto, as recentes discussões sobre o atendimento à saúde da população tem demonstrado que este não é exatamente um objeto sujeito a uma ação. É, isto sim, sujeito desta própria ação.

Neste sentido, é essencial o entendimento mais abrangente do que seja educação e saúde para que, aceitando o dinamismo das relações entre a clientela atendida com aqueles profissionais que se propõem a atendê-la, possam-se ampliar as experiências existentes em sistema de Alojamento Conjunto, procurando aproximá-los cada vez mais das reais necessidades e expectativas da mesma clientela.

### **3.2- Puerpério Normal**

De acordo com REZENDE(1993),puerpério é o período onde ocorre manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna. Inicia-se após o parto e termina quando a fisiologia materna volta ao estado anterior, ou seja aproximadamente seis semanas depois.

O puerpério divide-se em:

- Pós-parto imediato do 1 ao 10 dia.
- Pós-parto tardio do 10 ao 45 dia.
- Pós-parto remoto além do 45 dia.

### **3.2.1-Pós-parto imediato**

Prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas da prenhez, notadamente das que abrigavam o concepto, ao lado de alterações gerais e sobretudo endócrinas quase todas atinentes à regressão das modificações gestacionais do organismo, REZENDE (1993).

Assim sendo o período pós-parto imediato, deve ser considerado como o espaço de tempo após a expulsão da placenta que é necessário para se ter certeza de que a mãe está reagindo satisfatoriamente ao estresse do nascimento, de que o útero continua firmemente contraído e de que o sangramento vaginal não é excessivo.

### **3.2.2- Pós-parto tardio**

Segundo REZENDE (1993), é o período de transição onde toma impulso a recuperação genital, e por ultimo a crise, ainda mal traçada nos finais dos dias da fase anterior. E circuito biológico em que todas as funções começam de ser influenciadas pela lactação, que no estágio seguinte, pós-parto remoto, domina francamente o panorama puerperal.

O útero continua a regredir, porém mui lentamente até 6 semanas. A cavidade uterina acha-se inteiramente epitelizada ao cabo do 25 dia do pós-parto.

O corrimento loquial prossegue comumente até meados do pós-

parto tardio, passando de serossanguíneo a seroso.

O posterior comportamento do endométrio difere consoante a presença da lactação. Nas mulheres que não aleitam, apesar da regressão miometrial mais lenta, tende o endométrio a proliferar nos moldes conhecidos, alcançando, no término do pós-parto tardio, estágio semelhante à fase proliferativa do ciclo menstrual. Nas nutrizes, tudo se passa como se os estímulos reguladores endócrinos se encontrassem em recesso ocasional.

A vagina varia também o desempenho da mucosa vaginal, ligado à presença da lactação.

A crise vaginal, objetivada pela descamação do epitélio, reduzido às camadas profundas, alcança, pelo geral, sua regressão máxima em torno do 15 dia pós-parto; daí por diante esboçam-se as primeiras manifestações regenerativas. Até acercar-se o 25 dia, embora haja grandes variações individuais, é difícil a distinção entre casos com lactação ou sem ela, no desenvolver da recuperação vaginal. O comportamento, no entanto, vai seguir padrões e rumos diferentes haja ou não aleitamento. Nas mulheres que não amamentam, a citologia mostra aceleração do processo vaginal evolutivo, apreciado em relação às nutrizes.

### **3.2.3-Pós-parto remoto**

É período de duração imprecisa, a variar com a presença ou não da lactação. Nas mulheres que não amamentam a menstruação retorna, em média com 1,5 mês, e, ao contrário do que se pensava, precedida de ovulação. Nas lactantes os prazos dependem da duração do aleitamento.

Neste período ocorrem os fenômenos puerperais que são subdivi-

didos em:

a) Fenômenos Involutivos ou Regressivo:

Involução Uterina

Loqueação.

b) Fenômeno Evolutivo ou Progressivo:

Lactação (ver capítulo amamentação)

**Involução Uterina** —segundo ZIEGEL (1985), é extraordinária a capacidade de regressão do útero durante o puerpério. Imediatamente após o parto, o músculo uterino se contrai. A parede do útero está muito espessa, e a cavidade uterina vazia, formando uma massa de tecido sólida. A superfície interna, onde estava implantada a placenta, está cruenta e sangrando. Peso inicial pós-parto 1.000 gr peso final 40 a 60 gr. Na palpação feita através da parede abdominal, seu fundo pode ser sentido ligeiramente abaixo do nível do umbigo. A atividade contrátil rítmica da matriz, conquanto inaparente, indolor, prossegue por certo tempo; às vezes ocasiona cólicas muito dolorosas, notadamente nas multíparas. O útero deve manter sua porção corporal firmemente contraída, e o segmento inferior se acotovela ao limitar-se, na parte superior, com o anel de contração do corpo da matriz.

A hemóstase da ferida placentária é assegurada pela retração e contração do miométrio, contribuindo para isso o colapso parcial da circulação da artéria e da veia ovarianas e a redução ponderável do fluxo dos vasos uterinos, ocasionado assim por acotovelamento dos pedículos vasculares, como pelas modificações hemodinâmicas posteriores à eliminação da fístula arteriovenosa representada pela circulação uteroplacentária. E o mecanismo de hemóstase

fisiológica completado pela trombose dos orifícios vasculares abertos no sítio placentário.

O elemento primordial da hemóstase é, todavia, no útero de consistência firme, o chamado Globo de Segurança, que permite as ligaduras vivas, de Pinard, constrição dos vasos parietais pelo miométrio bem contraído, fenómeno inaugurado com a saída da placenta.

Nas primeiras 12 horas do sobreparto o útero, por seu fundo, vem colocar-se a 12 cm de distância da reborda púbica, estando vazia a bexiga, que em virtude do extraordinário relaxamento dos elementos de sustentação e de fixação da matriz pode ser largamente deslocada para cima e para baixo. A partir do 4 ou 5 dia a zona palpada como fundus uteri não mais corresponde, estritamente, à designação anatómica. A anteversoflexão trouxe-a a relacionar-se com a parede abdominal e a reborda púbica. Até o 10 dia a matriz é órgão abdominal; depois retorna à pelve.

Aceita-se que a involução uterina é acompanhada por um processo de autólise ou autodigestão. As células musculares tornam-se reduzidas em tamanho. O material proteico na parede do útero transforma-se em componente mais simples e é absorvido e eliminado através da urina. Durante muitos dias, o conteúdo nitrogenico da urina estará aumentado. A alteração e absorção do tecido uterino é semelhante à consolidação do pulmão em uma pneumonia.

Na lactante, a involução uterina é mais rápida, por exacerbarem-se retração e contratilidade uterinas, a cada amamentação. E o reflexo uteromamário, pelo qual, à estimulação dos mamilos e da árvore galactófora, são despertadas as contrações uterinas, acusadas pela paciente como cólicas. Nas primíparas, o ritmo da involu-



ção uterina parece ser mais rápido que nas multiparas, que tem a matriz muito volumosa.

A progressão da involução uterina pode ser julgada pelo tamanho e consistência do útero, além de por outras características, tais como quantidade e odor dos lóquios.

**Loqueação** -segundo ZIEGEL (1985), existem perdas vaginais após o parto que são chamadas lóquios. Consistem em secreções uterinas e vaginais, sangue e revestimento uterino, que são expelidos durante o puerpério. Nos primeiros dias, a secreção é de cor vermelho-vivo, consistindo de grande quantidade de sangue e é então chamada de lóquios rubros. Após tres dias, é de cor rosada e serosa e é chamada lóquios serosos. Se a involução é normal, ao décimo dia, a cor passa a ser amarelada ou esbranquiçada, é e chamada de lóquios brancos. O odor normal característico dos lóquios lembra o sangue menstrual. O mau cheiro é sugestivo de infecção.

O volume total de lóquios é de cerca de 150 a 500 ml. As mães que amamentam tem perda total menor; porém podem sangrar mais intensamente nas primeiras vezes que amamentam. Em situações normais, as primeiras perdas são mais profusas, diminuindo gradualmente até desaparecer inteiramente ao término do puerpério. Um pequeno volume de sangue pode estar retido no primeiro ou segundo dia e expelido depois como coágulo sem maior significado. A secreção poderá ficar mais sanguinolenta quando a paciente se torna mais ativa. Lóquios sanguinolento persistentes podem indicar que o útero não está involuindo bem e que há restos placentários retidos.

Não é motivo de alarme se um fluxo súbito de sangue surgir pe-

la manhã ou após um período longo de repouso. Quando a mulher está deitada, os lóquios acumulam-se na porção baixa do útero e na vagina e são expelidos quando ela fica de pé. Deve ser esperado um aumento de perdas vaginais logo que a puérpera retoma as suas atividades.

A duração do sangramento durante o puerpério é variável e depende muito da amamentação.

#### **3.2.4. Modificações no período pós-parto**

*Modificações Locais:* A cérvix, a vagina e o períneo, que estiveram distendidos e edemaciados durante o parto, gradualmente recuperam o seu tônus durante o puerpério. A cérvix e o segmento uterino inferior, imediatamente após o parto, tomam a forma de um canal colabado e mole, contraindo-se lentamente. O espaço existente no canal cervical, imediatamente após o parto, permite a introdução de uma mão logo após o parto, de dois dedos após alguns dias e de apenas um dedo no final de uma semana.

As pequenas lacerações surgidas na cérvix durante o trabalho de parto cicatrizam-se no puerpério: porém a cérvix não retornará jamais à situação do pré-parto. O orifício externo passa de uma abertura redonda e regular a uma fenda ligeiramente irregular e transversa.

A vagina não retornará inteiramente ao seu estado original, e esse retorno é lento. Ela reduz o seu tamanho gradualmente, e as rugas reaparecem em três semanas. O anel himenal é substituído por porções irregulares de tecido conhecido como carúnculo mirtiliforme. A genitália externa, que esteve distendida durante a gravidez, reduzirá o seu volume. Os ligamentos uterinos distendidos recupe

ram-se voltando ao seu estado anterior. Até que os ligamentos do assoalho pélvico e da parede abdominal tenham recuperado a sua tonicidade normal, o útero não estará apoiado adequadamente, e pode ser facilmente deslocado.

Por vários dias após o parto, a vulva e o períneo estão sensíveis e traumatizados. A maioria das mulheres tem o períneo suturado, devido à episiotomia ou lacerações ocasionais.

O colo imediatamente após a dequitação, apresenta-se flácido com limites mal delimitados, mas já ao fim da primeira semana, torna-se tão estreito, que dificilmente admite um dedo. No puerpério há neoformação de fibras musculares e cicatrização das lacerações, conferindo marcas que caracterizam a mulher que deu a luz por via vaginal. O orifício externo do colo uterino assume o aspecto de fenda transversal "focinho de tenca". A eversão do tecido cilíndrico do canal cervical pode ser observado e constitui o ectrópia.

Assoalho pélvico- embora a musculatura desta região readquira seu tônus normal, quando há lacerações, principalmente dos músculos elevadores do ânus, pode permanecer frouxo, podendo predispor a ocorrência do prolapso uterino.(REZENDE 1993).

#### *Modificações Gerais*

**Sistema sanguíneo** -Durante e após o parto, ocorre uma leucocitose significativa. É comum uma contagem de células brancas em torno de 20.000 a 300.000/mm, resultante provavelmente do esforço físico dessa fase. O hemograma volta gradualmente ao normal durante a primeira semana após o parto. Nesse período a quantidade de células brancas não é indicativa de infecção, como seria em outra ocasião.

O aumento do volume do plasma e das células vermelhas acumuladas durante a gestação reduz-se gradativamente na primeira semana de pós-parto, levando a uma flutuação nos valores laboratoriais para a hemoglobina e a contagem de células vermelhas. Como regra geral, os valores que caírem muito abaixo dos níveis presentes imediatamente antes do parto serão indicativos de anemia e de perda extraordinária de sangue.

**Sistema cardiovascular** - O rendimento cardíaco está aumentado na primeira hora do pós-parto (10%), assim permanecendo durante 1 semana. A pressão venosa dos membros inferiores, elevada durante a gravidez, normaliza-se imediatamente. As varizes, acaso presentes, atenuam-se e os edemas desaparecem.

**Sistema endócrino** - Vencido o parto, verifica-se o desaparecimento rápido dos teores de hCG e de hPL, enquanto as gonadotrofinas hipofisárias ascendem no plasma e passam a excretar-se pela urina em níveis muito elevados, superiores às taxas normais para mulheres não-grávidas.

Os estrogênios mostram queda súbita, ligada implicitamente ao desaparecimento da atividade da placenta.

A fisiologia da lactação e suas inferências na mudança dos componentes dos hormônios influem diversamente na função ovariana.

**Sistema urinário** - A conta do acentuado relaxamento do diafragma urogenital, consignado após o parto, a parede anterior da vagina tende a prolabar entre os grandes lábios, sobretudo nas múltiparas, esboçando-se cistocele. A bexiga, livre das peias do

útero grávido e conservando ainda as faculdades de expansão estruturais que a embebição lhe proporcionara, aumenta, de muito, sua capacidade.

E a diurese inicialmente escassa, em razão da desidratação no trabalho de parto. Do segundo ao sexto dia estabelece-se abundante excreção urinária, que elimina a água acumulada durante a gestação.

**Sistema digestivo** - Com o esvaziamento uterino retornam as vísceras abdominais, vagarosamente, às disposições anatômicas. Há redução da motilidade intestinal. A constipação da puerpera, indetectível nas pacientes que se mantinham no leito de uma a duas semanas, é hoje excepcional com o levantar precoce, e observada unicamente nas que tem obstipação crônica.

**A Pele** - As estriações do abdome e das mamas, quando presentes, perdem a cor vermelho-arroxeadas e ficam pálidas, transformando-se, em algumas semanas, nas estrias branco-nacaradas. Regridem as modificações do tipo de implantação dos pêlos pubianos, as hiperpigmentações da pele do rosto, do abdome e das mamas. Algumas ficam indeléveis.

**O Peso** - Habitualmente há perda acentuada nos primeiros 10 dias, por motivo da expulsão ovular, da maior diurese, da secreção láctea e da eliminação loquial. (REZENDE 1993).

### 3.2.5- Assistência de Enfermagem no Puerpério

A assistência ao puerpério integra o conjunto de ações execu

tadas a nível de instituição hospitalar, com finalidade de proporcionar adequada atenção à mulher, na fase de período pós-parto.

A paciente enquanto internada permanecerá em sistema de alojamento conjunto, já falado anteriormente, pois ele deve ser a norma para todos os recém-nascidos saudáveis, e deve-se estimular as mães a amamentarem seus filhos sob livre demanda.

Conduta de enfermagem no puerpério imediato.

- Manter venóclise.
- Apalpar o útero para assegurar-se de este estar bem contraído.
- Controlar sangramento vaginal a cada 30 minutos ou com maior frequência se houver indicação.
- Observar a coloração das mucosas.
- Verificar sinais vitais (PA e P), a cada 30 minutos, ou com maior frequência se houver indicação.
- Observar e anotar o estado geral da paciente.
- Inspeccionar incisão cirúrgica para detectar possível formação de hematoma.
- Estar alerta para a possibilidade de hipotonia ou atonia uterina; se necessário : administrar oxitocina endovenosa conforme prescrição médica; realizar massagem e/ou expressão uterina; utilizar saco de areia; aplicar bolsa de gelo.
- Manter paciente aquecida, pois estas se queixam de frio, e apresentam calafrios imediatamente após o parto, devido em parte, à reação nervosa, à fadiga, ou, ainda, à descompressão intra-abdominal.
- Manter paciente tão limpa e confortável quanto possível e assegurar seu descanso.

### 3.2.6- Conduta de Enfermagem no Puerpério Mediato

- Aproveitar todas as atividades assistenciais, como um meio para estabelecer uma boa relação enfermeira e puérpera.
- Estimular o banho diário. O primeiro banho após o parto será assistido, para a segurança da paciente.
- Orientar sobre a necessidade de sono e repouso. Se não houver sono e repouso adequados a paciente poderá se mostrar ansiosa e preocupada por coisas de menor importância que, em outras circunstâncias não a preocupariam.
- Administrar suplementação vitamínica se necessário.
- Estimular a ingestão hídrica.
- Supervisionar o funcionamento intestinal.
- Orientar sobre a importância da dieta equilibrada, com alimentos ricos em fibras e hiperproteica, e a prática de exercícios para corrigir a obstipação(ocorre pela diminuição do peristaltismo intestinal que é encontrado durante um a três dias após o parto.
- Orientar paciente sobre a necessidade de urinar a intervalos regulares para reeducar a bexiga.
- Explicar os riscos de uso do álcool, fumo e automedicação no período puerperal.
- Estimular a deambulação precoce após o parto. A deambulação precoce apressa a involução uterina, promove a drenagem da loqueação, melhora o funcionamento da bexiga e dos intestinos, melhora a circulação e reduz a incidência de tromboembolismo.Ao deixar a cama pela primeira vez, é aconselhável que a paciente permaneça sentada por alguns instantes antes de levantar-se; a seguir, caminhar alguns passos, sentar por curtos períodos e assim ir aumentando

gradualmente suas atividades.

A enfermeira sabendo das necessidades de cada puérpera deverá reconhecer e proporcionar os devidos cuidados:

- Inspeccionar as mamas diariamente. Reforçar o instinto materno e o desejo de amamentação; fazer referências às vantagens do aleitamento materno.
- Ensinar técnica de amamentação, e da livre demanda da mesma.
- Promover o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho.
- Ensinar cuidados com mamas e mamilos. Lembrar que a flacidez é um fator de constituição individual e não tem relação com a amamentação.
- Orientar e supervisionar todos os cuidados com o recém-nascido (higiene, cuidado com o coto, vestuário, estimulação psicomotora, amamentação etc.).
- Observar sucção e a posição do recém-nascido no peito para prevenir principalmente mamilo rachado, quantidade insuficiente de leite, recusa alimentar do bebê etc.
- Orientar sumariamente os métodos anticoncepcionais.

### **3.2.7 - Exame Físico após o Parto**

Segundo ZIEGEL(1985), o propósito do exame físico após o parto é reunir informações sobre as alterações involutivas, sobre o conhecimento da mãe a respeito dessas alterações e sobre a sua necessidade de educação e assistência de enfermagem.

Será fornecido, a seguir o roteiro do exame físico:

- **Observações gerais:** durante o exame, a enfermeira pode observar discretamente a postura da mãe na cama, a facilidade ou a



dificuldade facial e a sua aparência. Todos esses são fatores que indicam o nível de energia, de disposição ea de sensação de bem estar geral ou de doença.

- **Sinais Vitais:** podem ser verificados na ocasião do exame físico ou na rotina do dia.

- **Mamas:** ambas as mamas devem ser palpadas a partir das axilas em direção aos mamilos, incluindo os quatro quadrantes. O volume ou grande ingurgitamento é determinado pela consistência das mamas, bem como pela presença de leite e outras informações subjetivas da mãe. Inspeccionar também os mamilos para verificar a existência de rachaduras.

- **Abdome:** a palpação irá determinar qualquer área sensível ou a presença de flatulência.

- **Útero:** o tamanho do útero pode ser facilmente determinado por palpação através dos músculos do abdome, que estarão moles e distendidos. Coloca-se a palma da mão ao nível do umbigo, movimentando-a lentamente para baixo. Pressiona-se gentilmente o abdome até que o fundo do útero seja percebido como uma massa muscular uniforme. O tamanho do útero é medido em relação ao umbigo; por exemplo: diz-se que o útero está ao nível do umbigo , dois dedos abaixo do umbigo, e assim por diante.

- **Bexiga:** a bexiga, se cheia, pode ser palpada e por algumas vezes percebida visualmente, devido às condições de flacidez dos músculos abdominais. É muito importante avaliar a distensão da bexiga durante as primeiras 24 a 48 horas após o parto, quando a vontade de urinar pode estar entorpecida.

- **Períneo:** Episiotomia manter a incisão limpa e seca; verificar diariamente a cor, odor, aspecto e quantidade da loqueação.

- **Lóquios:** anotar a cor, o odor e quantidades da perda vaginal.

- **Extremidades Inferiores:** ambas as pernas devem ser examinadas simultaneamente para verificar a possível existência de discrepâncias no tamanho e na cor.

### **3.2.8 - Depressão Pós-Parto**

Segundo CARVALHO (1990), a puérpera apresenta uma grande labilidade emocional, mas às vezes, subitamente, sem nenhuma causa aparente, a puérpera pode se sentir deprimida, irritada ou chorar. Estas são algumas das manifestações da depressão do pós-parto. Geralmente estas manifestações são temporárias. Parece que esta depressão está relacionada com alterações hormonais que ocorrem neste período.

A paciente pode usar o choro como válvula de escape. Mas nem sempre sabe exatamente porque está chorando e pode sentir-se culpada por esta instabilidade emocional.

A enfermeira deverá reconhecer e interpretar o comportamento materno e proporcionar apoio e compreensão. Se a puérpera sentir vontade de chorar, deve ser respeitado o seu desejo. Ficar ao seu lado e dizer-lhe que seu comportamento é normal, e que muitas vezes chorar faz bem, porque, como dizia o poeta, há um certo prazer nas lágrimas.

### **3.2.9 - Conduta de Enfermagem na Alta da Puérpera**

- Encaminhar ao Posto de Saúde mais próximo da residência da paciente, para matrícula e abertura de Caderneta de Vacinação do recém-nascido.

- Relembrar a paciente para reassumir suas atividades normais com moderação, evitando trabalhos pesados, e procurar fazer descansos no que puder nas primeiras três semanas após a alta.

- Estimular a paciente a exercitar-se para fortalecer a musculatura abdominal e perineal.

- Orientar a paciente para voltar ao ginecologista para revisão pós-parto (cerca de 40 dias ou 6 semanas após o parto).

- Reforçar cuidados gerais com o recém-nascido, principalmente com referência a amamentação e lembrar que as rotinas de amamentar, trocar, colocar para dormir são oportunidades de interação entre mãe e filho.

- Orientar sobre o retorno à atividade sexual mais ou menos 20 dias após o término da loquiação, para prevenir infecções e trauma aos órgãos e estruturas em processo de cicatrização.

- Orientar a paciente em relação à alimentação e regulação intestinal.

- Relembrar a não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.

- Relembrar quanto ao aleitamento sob livre demanda, e a não dar bicos artificiais ou chupetas ao neném.

- Orientar a mãe que qualquer problema que ocorra no aleitamento, procurar o Banco de Leite e Central de Informação sobre Aleitamento Materno da M.C.D. ou Grupo de Apoio ao Aleitamento, Postos de Saúde e Policlínicas.

### **3.2.10 - Complicações do Puerpério**

Segundo ZIEGEL (1985), quando a puérpera está doente, existem

implicações que ultrapassam os efeitos físicos da doença. Infecções podem separar a mãe do filho. Mesmo não havendo razões de ordem médica para essa separação, a energia da mãe pode estar tão baixa que ela será incapaz de estender-se para familiarizar-se com o filho. A alta hospitalar é frequentemente adiada, causando ônus financeiro como também um afastamento prolongado da casa e da família. Devido a doença e ou às medicações necessárias, a lactação pode ser inibida, estendendo assim o tempo exigido para estabelecer um padrão de amamentação satisfatório. Em algumas instâncias pode ser necessário abandonar completamente a amamentação. Ao voltar para casa a mãe pode exigir ajuda extra, pois ela se cansa mais facilmente.

Em suma, os efeitos da doença física da mãe, e mais as preocupações e a ansiedade, consomem as energias que a família usaria normalmente para se reintegrar após a chegada de um novo membro. Tais ramificações de longo alcance exigem obviamente que seja dado um cuidado de primeira classe para prevenir sempre que possível a ocorrência de complicações no pós-parto.

A seguir citaremos duas complicações que mais incidem no puerpério:

### **Infecção Puerperal**

Chama-se infecção puerperal (febre puerperal) a que se origina no aparelho genital, após parto recente. A cavidade uterina, depois do parto, e especificamente a área remanescente do descolamento placentário, constitui zona com grande potencial para infecção.

A atividade contrátil normal do útero, depois da dequitação, e a involução puerperal, demais da reação leucocitária e da hemóstase trombótica na zona de implantação da placenta, representam os

mecanismos de defesa contra a infecção.

A parte superior da matriz, no pós parto, é provavelmente estéril na grande maioria de mulheres sem febre ou outros sinais de infecção. Todavia, sabe-se que a vagina e o colo da puérpera contém grande número de bactérias, muitas de potencial patogênico, e alguns desses microorganismos aumentam no decorrer do pós-parto.

### **Hemorragia Pós-Parto**

O termo hemorragia pós-parto inclui todo o sangramento excessivo que ocorre desde o momento do nascimento da criança até o final do puerpério, seis semanas depois. Diz respeito em primeiro lugar à hemorragia que ocorrera imediatamente após a separação da placenta ou durante as primeiras duas horas do pós-parto.

Mulheres saudáveis geralmente perdem cerca de 300 ml de sangue durante um parto normal. Se é feita uma episiotomia, ou se ocorre uma laceração perineal, a perda pode ser acrescida de 100 a 150 ml. Uma perda maior que 500 ml de sangue é considerada hemorragia. A perda de sangue antes da separação da placenta deverá ser mínima, com um pequeno jorro durante a separação. Seguindo-se à eliminação da placenta, a contração uterina deve ser imediata, com o fluxo sanguíneo diminuindo para uma quantidade aproximadamente igual à de um grande fluxo menstrual durante as primeiras horas do pós-parto, e continuando a diminuir depois uniformemente. Qualquer sangramento vaginal é anormal e merece investigação imediata.

Segundo REZENDE(1993), as hemorragias que ocorrem no puerpério podem ser precoces, quando incidem nas primeiras 24 horas, e tardias, após esse período.

### **Hemorragias Precoces**

Em 90% das vezes, a causa imediata da hemorragia no pós-parto

é a hipotonia uterina. O restante é representado pelas lacerações do trajeto: vulva, vagina, colo, incisão de episiotomia.

A hipotonia uterina pode ser conseqüente à anestesia geral, parto prolongado, útero sobredistendido (polidramnia, gemelidade), infecção uterina anteparto e choque hipovolêmico.

#### Hemorragias Tardias

Ocasionalmente, após as primeiras 24 horas do parto, ou decorridos alguns dias, podem-se observar perdas sangüíneas que, por vezes, se tornam graves. São as hemorragias puerperais tardias, tendo como causas mais importantes:

- Restos Ovulares - os remanescentes da placenta e de membranas que podem permanecer após a dequitação, representam a causa mais comum das hemorragias puerperais, impedindo a involução uterina normal.

- Infecção Puerperal - configuram a forma hemorrágica da infecção puerperal, onde surgem perdas sangüíneas e febre entre o oitavo e o vigésimo quinto dia do sobreparto, habitualmente sem arestos placentários.

- Sobredistensão uterina - a decorrente de polidramnia e de prenhez múltipla torna mais demorada a involução normal do útero determinado, ocasionalmente, perdas sangüíneas acentuadas e lóquios hemorrágicos, que persistem até vários dias após o parto. O toque revela útero aumentado de volume, discretamente amolecido.

- Subinvolução Uterina - Constitui outra causa de hemorragia. O órgão conserva volume superior ao esperado, os lóquios se mantem vermelhos, com o canal cervical entreaberto.

- Hematoma Puerperal - mais comuns os vulvoperineais, vaginais, pós-episiotomia e subperitoniais. Ocasionalmente, o hematoma

pode-se infectar surgindo febre.

### 3.2.11 - Fases Psicológicas do Puerpério

Segundo ZIEGEL (1985), quanto ao puerpério no desenvolvimento e ajustamento psicossocial dentro da família, necessitam de 3 a 4 meses após-nascimento.

Durante esta fase, a mulher passa por uma adaptação gradual da situação de grávida para a de não grávida e mãe. O bebê continua a crescer e faz suas adaptações físicas e de comportamento à vida de família. Toda a família responde às expectativas, responsabilidades e rotinas.

De certa forma, as mudanças que acontecem com o parto são bruscas. Em determinado momento, temos uma mulher grávida e um feto; no momento seguinte, uma mãe e um filho. A mulher nunca irá sentir-se mais mãe depois do parto do que antes do parto, da mesma forma que ninguém irá sentir-se subitamente casado logo após dizer sim, ou subitamente educado após a cerimônia de graduação; muito tem que ser feito para preparar a mulher para esse evento, e mais ainda após. Embora não estando mais grávida, seu corpo ainda não voltou à condição anterior.

No momento do nascimento, surge um alívio imediato da dor, e a maioria das mulheres experimenta uma sensação de paz e excitação. A alegria é grande, porque ambos, mãe e filho, sobreviveram à longa espera de medo e trabalho.

Habitualmente, existe uma urgência em ver e tocar o bebê, e o desejo de estar junto com alguém significativo e de dividir a alegria do momento. Durante as primeiras horas após o parto, a mulher que foi pouco medicada tende a falar muito. Quase sempre,

revê os eventos recentes do parto. Inspecciona a criança e dá início a amamentação.

**O puerpério compreende duas fases psicológicas:**

**Fase de Reabastecimento:** Os primeiros dias após o parto são caracterizados por uma passividade e dependência em nada diferentes das do último trimestre de gravidez.

REVA RUBIN(citado em ZIGEL 1985)muito apropriadamente, descreveu essa fase como a de "reabastecimento" do puerpério. As mulheres recebem alimentação , atenção e cuidados físicos com evidente alegria. Elas absorvem cada detalhe do seu filho e do ambiente em torno.

E como se após as esgotantes experiências do trabalho de parto, houvesse a necessidade de reabastecimento para terem condições de "dar" ao filho dependente.

Os elementos para essa necessidade de atenção e educação continuam através do puerpério e , provavelmente , por toda a maternidade.

**Fase de Participação:** gradualmente , a mulher passa de um estado de predominante dependência para um de predominante independência. A duração dessa transição depende de cada mulher , bem como de suas vivências. O relacionamento com o bebê já está se tornando familiar , e a mulher já começa a fazer planos para retornar ao lar e reassumir suas responsabilidades.

RUBIN, chama esta fase de "fase de participação do puerpério".

A enfermeira irá facilmente perceber a mudança de comportamento que anuncia essa fase.

A mãe , que até então estava sonolenta quando o café da manhã



era servido , subitamente aparece de banho tomado, arrumada, esperando a bandeja do café. Torna-se mais ativa na assistência ao bebê. Embora sintasse bem em receber instruções, está agora ansiosa por fazer por ela mesma.(ZIEGUEL 1985)

### **O relacionamento familiar**

O processo pelo qual uma criança une-se às pessoas que a cuidam tem sido escrito e explorado cuidadosamente por BOWLBY,S-PITZ,AINSWORTH(citado em ZIEGUEL 1985) e outros durante os últimos 30 anos. Contudo em 1970, teve início um esforço sistemático para estudar esse processo da perspectiva da maternidade.

O relacionamento mãe-filho é interativo, isto é bilateral; cada um dos membros da díade responde ao comportamento do outro de tal forma que evoca, por sua vez, uma resposta. Por exemplo: a mãe fala ao seu filho , fazendo com que ele mova a cabeça e olhe para ela; o contato visual evoca, por sua vez, um sentimento positivo da mãe em relação ao filho. A relação mãe-filho tem início durante a gestação, quando a mãe vivencia as dificuldades da gravidez em resposta às mudanças físicas, à conscientização cinética do seu feto e à tarefa designada a ela através da cultura em que vive. Se ela não aceita a gravidez como um evento positivo e não responde ao movimento do feto com uma crescente conscientização do filho como um indivíduo separado dela, o processo de interação será prejudicado desde o início.

Os pais também parecem iniciar uma ligação aos seus filhos durante a gestação, antecipando assim a paternidade ao lado da mãe. Essa ligação torna-se mais forte quanto maior for a troca de experiências durante a gravidez. O homens que observam e sentem os movimentos fetais, participam das aulas Lamaze e que valorizam as

crianças estarão ativamente envolvidos com seus recém-nascidos.

### **A Assistência de Enfermagem na Promoção do Afeto Mãe e Filho**

As rotinas de hospitais, que visavam em primeiro lugar à eficiência e à conveniência de médicos e enfermeiras, durante muitos anos prejudicaram as famílias. Os pais têm sido separados um do outro durante o trabalho de parto, na ocasião do nascimento, e em grande parte do puerpério. Os bebês eram tradicionalmente isolados nos berçários, para serem vistos por suas mães somente durante a alimentação, e por seus pais através de uma janela envidraçada. Com as reformas atuais, como o alojamento conjunto, espera-se que os pais possam permanecer juntos quando desejarem, e que possam ter livre acesso a seus filhos a qualquer hora. As informações resultantes da prática de saúde tem sido uma força de valor na promoção de modificações tão necessárias à assistência prestada à famílias de recém-nascidos. Muitos profissionais experientes estão, ultimamente, trabalhando de forma sensível e criativa no sentido de promover afeto e proteção ao ambiente familiar, além de tecnologias médicas modernas.

O relacionamento saudável entre pais e filhos deve ser incentivado na assistência pré-natal ou mesmo antes, e terá continuidade através dos profissionais de saúde que acompanham a mulher no pré-parto e no parto. A parturiente estará bem preparada para dedicar-se ao filho se procurarmos aumentar a sua auto-estima.

E preferível que a mãe esteja acordada durante o parto, e que ela e o pai participem ativamente no nascimento da criança. É importante, em qualquer circunstância, que os pais tenham a oportunidade de ver ao tocar o filho o mais cedo possível após o nascimento.

Nos animais, existe um período crítico e sensitivo para a afeição materna; é um curto período de tempo, quase sempre menos de uma hora imediatamente após o parto, durante a qual o animal tem que ter contato com a cria, senão a abandonará. Obviamente, o ser humano com a sua capacidade de racionalizar, recordar e imaginar, não abandonará o filho se não estiver em contato com ele nas primeiras horas de vida.

Contudo, há evidência de que a separação nessa fase inicial contribui para uma má adaptação à paternidade em indivíduos que estão em risco devido a outros fatores. Igualmente importante é o fato de que mãe e filho estejam psicológica e fisiologicamente em ótima disposição de iniciar uma ligação afetiva, logo após o parto. Só em circunstância extremamente raras será necessária a separação, que deve ser sempre evitada para que seja facilitado o desenvolvimento da relação pais e filho.

Segundo CHODOROW (1990), os analistas em geral acham que as mulheres obtêm satisfação em cuidar do filho porque elas vivem uma identidade com seu filho ou porque o sentem como uma extensão de si mesmas. A base para a maternidade "ótima" é a empatia maternal" com seu filho, advinda da total identificação com ele, e não (mais intelectual) "compreensão do que é ou devia ser verbalmente expresso" sobre necessidades infantis.

O importante é que a mãe saiba, através da identificação de si mesma com o filho, o que este deve sentir e, portanto, esteja apta a dar quase exatamente o que o filho precise no referente ao amparo e oferecimento de um ambiente em geral. Sem essa identificação acho que ela não é capaz de suprir o que a criança precisa no começo, que é uma adaptação viva às necessidades da criança.

CHRISTINE OLDEN (1989) afirma que a mãe, durante as primeiras semanas da criança "renuncia a si mesma e se torna uma com ela". A mãe sente um novo tipo de amor pela criança que é ao mesmo tempo seu próprio eu e contudo separado e externo, concentra-se inteiramente na criança". Para esses teóricos, a satisfação do bebê atende ao mesmo propósito psicológico de auto-satisfação, porque o bebê é uno com o eu da mãe, e seus interesses são, portanto, idênticos.

### 3.3- AMAMENTAÇÃO

Todas as espécies mamíferas produzem leites especiais para seus descendentes, com características próprias que se destinam a fazer com que os filhotes atinjam, no prazo mais curto possível, e de maneira mais segura, seu pleno desenvolvimento (MARTINS 1984). Assim como o leite dos demais mamíferos possuem determinadas propriedades específicas para o "Bom" desenvolvimento de suas "Crias", o leite humano apresenta inúmeras vantagens para o recém-nascido e mãe. Sabe-se que até o 6 mês de vida, não há a menor necessidade de se oferecer qualquer outro alimento ao recém-nascido; o leite materno fornece elementos fundamentais que nutrem e protegem os bebês contra infecções, funcionando como uma autêntica vacina. Além disso, o fato do bebê estar em contato íntimo com a mãe, lhe trará segurança emocional e efetiva, proporcionadas por fortes estímulos sensoriais, auditivos, visuais e emocionais.

Encontramos ainda benefícios para mulher que amamenta tais como: os fenômenos regressivos do puerpério (loqueação e involução uterina) ocorrem com maior rapidez graças ao efeito da ocitocina, que agindo sobre a musculatura do útero, previne também a atonia

uterina no pós-parto imediato; a probabilidade da mulher engravidar diminui no período de lactação; a incidência do câncer de mama é menor nas mulheres com maiores períodos de amamentação.

Apesar do reconhecimento de todas as vantagens citadas e do valor inimitável do leite humano, a incidência do desmame precoce em nosso meio ainda é elevada. As causas também estão sendo estudadas e muitas já são conhecidas. Entre as principais destacamos a desinformação sobre a função biopsicológica do ato de amamentar, tanto da população em geral como dos profissionais da área da saúde. ( SANTOS 1994)

A importância da amamentação ao seio como estratégia de sobrevivência infantil é bastante conhecida. Um estudo realizado no sul do Brasil demonstrou que crianças com alimentação artificial tem um risco 14,2 vezes maior de morrer por diarreia e 3,6 vezes maior de morrer por infecções respiratórias do que aquelas amamentadas exclusivamente ao seio.

Infelizmente, a proporção de crianças brasileiras que são amamentadas por um período de tempo adequado é muito pequena. Em um estudo realizado em 1986 em todas as regiões do Brasil, foi observado que a duração mediana da amamentação para todo o país foi de apenas 90 dias, sendo ainda mais reduzida na região Nordeste 81 dias.

Um estudo mais recente realizado em três estados do Nordeste - Ceará (1987), Sergipe e Rio Grande do Norte (1989), confirma as baixas prevalências de amamentação observadas nestas populações.

Mesmo em estados onde tem sido dada ênfase especial à ampliação das ações básicas de saúde, como é o caso do Ceará, as taxas de amamentação tem permanecido inaceitavelmente baixas.

Entre 1987 e 1990, a duração mediana da amamentação aumentou apenas de 3,5 para 3,7 meses na região metropolitana, e de 4,5 para 5 meses no interior do estado.

A *Giardia lamblia* é o parasita do intestino humano universalmente associado à diarreia. Com o objetivo de verificar se leite humano protege crianças contra esse parasita, cientistas no México estudaram 197 crianças de uma região de baixa renda. Além das práticas alimentares foram analisadas a higiene domiciliar e a presença de animais. O padrão de alimentação infantil mostrou que 91% delas foram amamentadas até uma semana, 57% até 6 meses, e 38% até 12 meses. Entretanto, a amamentação foi exclusiva até 1 semana em 40%, até 1 mês em 21% e até 3 meses em 12%.

Crianças não amamentadas tiveram uma média de 0,94 infecções por *Giardia*, as parcialmente amamentadas 0,68 e as exclusivamente 0,21. Após ajuste por fatores de risco potenciais verificou-se que crianças exclusivamente amamentadas apresentaram probabilidade 5 vezes menor de infecção que as não amamentadas. Outros fatores de risco significantes foram dar água e líquidos e morar em casa com animais. (IBFAN 1993)

### 3.3.1 - Fisiologia da Lactação

Faz-se necessário quando se descreve sobre aleitamento materno, que se fale da fisiologia da lactação, ou seja, de como funciona o seio ? e como ele produz o leite ?

É muito importante o conhecimento adequado deste mecanismo tanto por parte dos profissionais da saúde como da nutriz, este conhecimento é a condição essencial para a nutriz compreender todas as instruções para não acabar, nem mesmo diminuir, a quantidade

de de seu leite.

A fisiologia mamária está intimamente ligada à esfera neuroendócrina. Segundo REZENDE(1993)Pode ser dividida, e três processos:

- a) **mamogênese** - o desenvolvimento da glândula mamária.
- b) **lactogênese** - o início da lactação.
- c) **lactopoese** - a manutenção da lactação.

#### a) MAMOGENESE -

**Anatomia:** A unidade morfofuncional das mamas é o ácino mamário, forrado por camada única de células epiteliais secretoras de leite. Cada ácino está envolvido por células mioepiteliais e encorpada rede capilar. Células contráteis musculares abraçam os canais intralobulares que se relacionam com a luz dos ácinos e alcançam o mamilo através dos canais galactóforos (ver anexo 001).

O desenvolvimento da glândula mamária se inicia com a puberdade e termina com o climatério ou com a castração. Na prenhez é o seu crescimento acelerado.

Eis os efeitos dos diversos hormônios sobre a mamogênese:

Esteróides sexuais - na menacma, os esteróides sexuais ovarianos exercem, através dos estrogênios, efeitos proliferativos nos canais mamários, enquanto a progesterona, em atuação conjunta com aqueles, produz o crescimento e a expansão dos ácinos.

Complexo lactogênico - a diferenciação completa do tecido funcional da mama requer, além dos esteróides sexuais, a participação de diversos outros hormônios que constituem o complexo lactogênico: prolactina (PRL), hormônio do crescimento (GH), cortisol e, secundariamente, tireoxina e insulina.

Gestação - acentua-se o crescimento das estruturas glandulares

mamárias, mercê da produção acentuada de estrogênios, de progesterona e de hormônio novo, o lactogênio placentário humano (hPL), todos segregados pela placenta. Além disso, a prenhez caracteriza-se pelo acréscimo do cortisol livre no plasma, hiperinsulina e hipertireoidismo fisiológicos.

A PRL sua ação na prenhez, hoje se sabe, é mamogênica; não há lactogênese porque seus efeitos na mama são impedidos pelos estrogênios (e pela progesterona). Os níveis de PRL, durante o trabalho de parto, estão diminuídos, mas logo após a expulsão do concepto, nas primeiras 2 horas, ocorre acréscimo acentuado (500ng/ml), se guido de queda rápida, permanecendo embora taxas pouco superiores às não-gravídicas por 2-3 semanas do pós-parto.

#### **b) LACTOGENESE**

Durante os primeiros dois dias do pós-parto há poucas transformações nas mamas, apenas secreção de colostro, que já existia na prenhez, substância amarelada, com grande concentração de proteínas, anticorpos e células tímicas, que ajudam a imunizar o infante contra infecções, particularmente gastrintestinais.

Pelo 3 dia de pós-parto, todavia, ocorre aumento na consistência das mamas, que se tornam pesadas, congestionadas e dolorosas, referindo, algumas pacientes, a sensação de "formigamento". E a "subida do leite", ou apojadura. O aumento do fluxo sanguíneo local e a intensificação dos fenômenos secretórios produzem calor na região, que pode ser confundido com elevação térmica patológica ("febre do leite"). O leite materno tem na sua constituição, como dissemos, proteínas, carboidratos, lipídios, sais minerais e vitaminas.



A lactogênese pode ser agora estabelecida pela PRL, vez que em virtude da queda acentuada de estrogênios e de progesterona, cessa a inibição do "receptor mamário".

#### QUADRO I - Composição do colostro e do leite humano

	COLOSTRO	LEITE
PROTEINAS	6 %	1 %
LIPIDIOS	2,5 %	3,5 %
GLICIDIOS	3,0 %	7,0 %

(FONTE : MARTINS 1984 )

#### c) LACTOPOIESE

Iniciada a lactação (lactogênese) ela é mantida (lactopoeise) pela existência do reflexo neuroendócrino da sucção. A sucção do mamilo pelo lactente age no eixo hipotalâmico-hipofisário e acaba por determinar a liberação de PRL (aumento dos níveis de 6 a 9 vezes) e de ocitocina.

A PRL mantém a secreção láctea (proteínas, caseína, ácidos graxos, lactose) e a ocitocina age nas células mioepiteliais e musculares situadas, respectivamente, ao redor dos ácinos e dos canais intralobulares e determina a contração deles com a consequente ejeção láctea. A solicitação repetida do mamilo, com o esvaziamento continuado dos ácinos, resulta em intensificação da produção de leite.

A secreção quantitativa e qualitativamente adequada do leite depende de níveis normais de insulina, cortisol, tireoxina, paratormônio e dieta balanceada. Boas condições emocionais são indis-

pensáveis para a lactopoese.

Faz-se a produção do leite no intervalo das mamadas, de tal forma a ficar armazenado na glândula mamária. E a síntese do leite processo lento e não poderia completar-se no decurso da amamentação, episódio fisiológico relativamente rápido.

A secreção da glândula mamária na primeira semana pós-parto (coloostro), segue-se um "leite de transição", por 2 a 3 semanas, para, finalmente, surgir o "leite maduro", definitivo. O conteúdo proteico elevado do coloostro é, pela metade, composto de globulinas, que parecem idênticas às gamaglobulinas do plasma. Há, por esse meio, proteção imunológica pós-natal, posto que anticorpos maternos assim veiculados são absorvidos no intestino sem digestão (presença de inibidor da tripsina).

### 3.3.2 - Tipos de Mamilo

Segundo SANTOS (1989), cada mama tem na sua porção apical o mamilo que está constituído de tecido erétil, dotado de grande sensibilidade, determinada pelas terminações nervosas sensoriais, medindo aproximadamente de 10 a 15 mm de comprimento, sendo o diâmetro variável. Possui papilas dérmicas altas e fibras musculares lisas circulares e longitudinais, que o torna mais rígido e saliente especialmente na gestação e período menstrual. Anatômicamente pode ser classificado em:

**a- Mamilo Normal:** extremamente elástico, de fácil apreensão, apresenta-se saliente e em plano diferente da região areolar, formando um ângulo de 90 graus entre o mamilo e a aréola. O grau de saliência ou protrusão é determinado pelo seu comprimento, podendo ser protruso ou semiprotruso.

**b- Mamilo Plano:** situa-se no mesmo nível que a aréola, inexistindo a presença de um ângulo entre os dois. É de tecido pouco elástico, devido a grande quantidade de aderências de tecido conectivo existente em sua superfície.

**c- Mamilo Invertido:** caracteriza-se pela inversão total do tecido epitelial, podendo ocasionar o desaparecimento completo do mamilo. Frequentemente não é de tecido elástico e é de difícil apreensão e correção.

**d- Mamilo Pseudo-invertido:** aparentemente com as mesmas características do mamilo invertido, só que de fácil correção após estímulos e manobras para exteriorização.

**e- Atelia:** ausência de mamilos nas mamas. Ao redor do mamilo encontramos uma área cutânea pigmentada com 2 a 4 cm de diâmetro: a aréola. Nesta área localizam-se glândulas areolares ou mamárias acessórias, responsáveis pelas proeminências nodulares da superfície areolar, que na gravidez crescem até o diâmetro de 2,5mm e produzem secreção lipóide, cuja função consiste em lubrificar os mamilos: são os tubérculos de Montgomery. SANTOS (1989)

### **3.3.3 - Composição do Leite Humano e Comparação com o Leite de Vaca**

Este capítulo vem enfatizar ainda mais a importância do aleitamento materno, pois mostra a composição do leite humano, bem como suas vantagens comparado com o leite de vaca, que é um dos substitutos mais comuns do leite humano. É importante ressaltar que a produção láctea das diversas espécies mamíferas difere entre si, obedecendo rigorosamente características bioquímicas de suas crias.

Sabe-se que o leite materno proporciona os nutrientes essenciais para o desenvolvimento cerebral da criança. O efeito a longo prazo de alimentar bebês prematuros com leite artificial ou leite das próprias mães foi estudado por uma equipe de pesquisadores no Reino Unido. O quociente de inteligência (QI) de 300 prematuros foi determinado aos 7,5 a 8 anos de idade. Descobriu-se que os que receberam leite materno nas primeiras semanas apresentaram escore 8,3 pontos acima dos alimentados artificialmente. Comparando somente as crianças alimentadas por tubo nasal, os pesquisadores concluíram que foi o leite materno e não o ato de amamentar o causador da diferença.

Segundo MARTINS (1984), primeiro, é preciso saber que podemos encontrar, fundamentalmente, dois tipos de elementos no leite humano: os que se destinam à alimentação e os que se destinam à proteção contra as doenças (as "substâncias" anti-infecciosas).

No anexo 5 pode-se ver comparativamente, a composição do leite humano e do leite de vaca.

Começaremos a falar sobre os componentes nutricionais do leite humano. Entretanto nos ateremos aos componentes mais importantes: gordura (lípidos), proteínas e açúcares (carboidratos), não deixando de comentar alguma coisa sobre sais e vitaminas.

**Lípidos ou gorduras:** o leite humano apresenta diferenças qualitativas no teor de gorduras, quando comparado ao leite de vaca. Possui menos gorduras saturadas e é mais rico em ácidos graxos não saturados como o ácido linoléico, sendo esta característica altamente significativa para o crescimento e desenvolvimento normal do cérebro, pois contribuem para a síntese de lípidos do tecido nervoso (mielinização) e das prostaglandinas.

A fácil digestibilidade e absorção da gordura do leite humano atribuí-se, particularmente, à presença dos ácidos graxos não saturados, os quais são sintetizados com maior rapidez que os saturados, sendo que absorção das gorduras proveniente do leite humano é de 90% enquanto que para o do leite de vaca é de somente 60%.

**Proteínas:** a concentração proteica encontrada no leite humano é aproximadamente três vezes menor que no leite de vaca.

No entanto, é importante ressaltar que a proteína do leite de vaca está constituída principalmente por caseína (82%) que, através da digestão, coagula-se em macropartículas, formando grandes coalhos de consistência firme, ocasionando difícil absorção, digestão e assimilação.

Em contraposição, a secreção láctea da mulher, constituída basicamente por proteínas do soro, como a lactoalbumina, lactoferri-  
na, lisozima, imunoglobulinas, especialmente imunoglobulina A se-  
cretória, coagulá-se em micropartículas em forma de flocos, faci-  
litando sua passagem para o intestino delgado.

Portanto o teor proteico inferior do leite humano, quando com-  
parado com o do leite de vaca, está compensado pelo seu alto valor  
biológico, em função principalmente da lactoalbumina, que é pró-  
pria para a espécie humana, de fácil digestão, e constitui um com-  
ponente decisivo na síntese da lactose.(SANTOS 1989).

QUADRO - II - Principais componentes das proteínas do soro no leite humano e de vaca

COMPOSIÇÃO	LEITE HUMANO	LEITE DE VACA
LACTOFERRINA	1,5	TRAÇOS
ALFA-LACTALBUMINA	1,5	0,9
BETA-LACTOGLOBULINA	1,5	3,0
ALBUMINA	0,5	0,3
LISOZIMA	0,5	0,0001
IgA	1,0	0,03
IgG	0,01	0,6
IgM	0,01	0,03

(FONTE : MARTINS 1984)

Como podemos ver na tabela o leite humano é muito mais rico, principalmente em lactoferrina, lisozima e imunoglobulina A (Iga).

**Lactoferrina:** em contraposição ao leite de vaca, onde praticamente inexistente, a lactoferrina, proteína de transporte, é encontrada em grande quantidade no leite humano, numa concentração de 3,5 ou 4mg/ml no colostro e aproximadamente de 1,7mg/ml no leite tardio. Tem ação bacteriostática através da propriedade de se ligar ao ferro das bactérias enteropatogênicas, impedindo sua proliferação e crescimento. SANTOS (1989)

**Lisozima:** tem uma concentração aproximada de 0,3 a 0,5mg/ml no leite humano, cerca de 5 mil vezes maior que no leite de vaca. Através de fatores antimicrobianos inespecíficos, exerce ação bacteriolítica, impedindo o crescimento de enterobactérias e de bactérias Gram-positivas. Graças a sua presença em grande quantidade nas eliminações intestinais das crianças alimentadas ao seio, o que não se observa nas crianças que recebem outro tipo de leite ,

sugere-se que a lisozima contribua para o desenvolvimento e manutenção da flora intestinal das crianças que recebem o leite humano.

**Imunoglobulinas:** as imunoglobulinas do leite humano diferem substancialmente das encontradas no leite de vaca, não só nos aspectos quantitativos como também nos qualitativos. O leite de vaca contém principalmente IgG e IgM, sendo que no colostro e leite humano, apesar de encontrarem-se todas as classes de imunoglobulinas, as que predominam são as IgAs (secretória e sérica). A primeira, em maior quantidade, representa mais da metade do total de proteínas do colostro, tem atividade específica de anticorpos contra as infecções causadas por : Bacillus tetanus, D.Pneumoniae, Hemophilus pertussis, Corynebacterium diphtheriae, Salmonella, Shigella, Poliovirus, Coxakie, Echo viroses 6 e 9, e vírus Influenza.

As IgAs tem ação no tubo digestivo, evitando que as enterobactérias se liguem às glicoproteínas na mucosa intestinal, protegendo o hospedeiro da ação patogênica. Também as IgAs tem a propriedade de inibir a absorção de vários antígenos alimentares, prevenindo determinadas reações alérgicas.(SANTOS 1989).

**Aminoácidos e nucleotídeos:** entre os aminoácidos a relação albumina/caseína é maior no leite humano enquanto a relação metionina/cistina é a menor de todas as fontes de proteínas animal, condição de real importância, uma vez que o fígado do feto humano e também do prematuro, não possuem as enzimas (cistotionases) necessárias para utilizar a metionina e dependem exclusivamente da cistina como fonte de aminoácidos contendo sulfeto.O leite de vaca possui de duas a cinco vezes mais metionina que cistina.

A taurina é um aminoácido livre biodisponível citado recente

mente na literatura, encontrado em grande quantidade no leite humano e totalmente ausente no leite de vaca. Graças ao seu baixo peso molecular é considerado um dos modulares do crescimento, tendo papel importante na maturação e no desenvolvimento do sistema nervoso central.

Os aminoácidos aromáticos, em especial a tirosina e a fenilalanina, são encontrados no leite humano em pequena quantidade ao contrário do leite de vaca que possui concentrações bem maiores.

Os lactentes e especialmente os prematuros não possuem capacidade metabólica adequada para estes constituintes em grande quantidade, como no leite de vaca, podendo sofrer alterações cerebrais importantes.

Os nucleotídeos, constituintes indispensáveis para a síntese de proteínas, estão presentes em maior quantidade no leite humano e com características específicas em relação ao leite de vaca.

**Carboidratos ou glicídios:** o principal carboidrato encontrado no leite humano é a lactose, presente em quantidades muito maiores que no leite de vaca (7% e 4,8%). No entanto foram identificados traços de glicose, galactose, glucosaminas e determinados oligosacarídeos nitrogenados cujas funções ainda não estão totalmente definidas. Sabe-se, entretanto, que os oligossacarídeos nitrogenados tem a propriedade de promover o crescimento do fator bifidus através do *Lactobacillus bifidus*, o que não ocorre com o leite de vaca. Esse microorganismo cresce no intestino das crianças alimentadas com leite humano e divide a lactose em ácido láctico e ácido acético, baixando o pH intestinal a níveis inadequados para o desenvolvimento de bactérias enteropatogênicas.

Entre as principais funções da lactose foram descritas as se



guintes: aumenta a absorção do cálcio, desempenhando importante papel na prevenção do raquitismo. Sua alta solubilidade conserva a água do organismo materno. Associada ao fator bífidus, promove o crescimento do lactobacilo no intestino, aumentando a acidez das fezes dos bebês que são alimentados com leite humano.

**Vitaminas:** o leite humano se constitui em verdadeira fonte de vitaminas; sendo capaz de suprir as necessidades do lactente, particularmente em relação as vitaminas A, B1, B2, B6, B12, C, E, niacina, e ácido fólico. A concentração de vitaminas no leite humano, no entanto, está sujeitas a alterações provocadas pela dieta da nutriz, especialmente pelas vitaminas A, C, riboflavina e tiamina.

**Minerais:** o conteúdo total de minerais encontrados no leite humano é de três a quatro vezes menor que no leite de vaca, o que determina melhor aproveitamento pelo lactente, uma vez que a concentração elevada de minerais no leite de vaca compromete a carga solúvel fornecida para o rim, levando com frequência a retenção de sódio e a elevação da taxa plasmática de uréia, e conseqüentemente a uma hiperosmolaridade.

No leite humano são encontrados, principalmente: potássio, cálcio, fósforo, cloro e sódio; o ferro, o cobre e o manganês estão presentes em pequenas quantidades, mas as reservas acumuladas durante a gravidez suprem as necessidades da criança aproximadamente até o sexto mês de vida, desde que neste período a mulher seja orientada para uma dieta rica em ferro. (SANTOS 1989).

### 3.3.4 - Componentes de Proteção e ou Defesa do Leite Humano

Segundo MARTINS (1984), a proteção e ou defesa do leite humano faz parte do necessário mecanismo de adaptação do jovem mamífero

ao mundo altamente agressivo que o cerca. Todos os mamíferos desenvolvem tais defesas, que são tão mais perfeitas quanto mais adequadamente esteja sendo a utilização do leite, principalmente por parte dos filhos da própria espécie.

Evidentemente, também o leite de vaca contém muitos fatores de proteção que encontramos no leite humano... Porém é preciso levar em consideração que tal proteção, além de ser específica para o bezerro, que também é protegido de doenças quando toma o colostro bovino, é destruída pelos vários mecanismos utilizados para esterilização e conservação do leite (pasteurização, fervura, congelamento etc.).

O primeiro leite, o qual chamamos de colostro, tem funções muito mais específicas de proteção do que o leite maduro. E tem justamente esta função pois é nos primeiros dias e semanas de vida que o risco de contágio e de morte são maiores.

Os principais fatores de proteção podem estar resumidos em dois grupos: Humorais e Celulares.

Um dos principais fatores humorais é o constituído pela proteína chamada Imunoglobulina secretória tipo A, ou simplesmente IgA. A IgA está presente em uma quantidade de 20 vezes maior no colostro, e é um dos poucos lugares em que se pode obter essa importante substância protetora. A sua função, entre outras, é de "fornar" o tubo digestivo, impedindo a penetração de bactérias, principalmente uma chamada *Escherichia coli*. É muito importante saber que todas as substâncias protetoras, existentes no leite humano, são exatamente as que faltam no recém-nascido nas primeiras semanas para o proteger contra as agressões do meio interno. Isto vale tanto para as chamadas humorais, geralmente proteínas ou lípidos

ou carboidratos, quanto para as celulares (neutrófilos, linfócitos, macrófagos etc.).

Entre os elementos celulares, encontram-se os linfócitos, células super especiais, capazes de conferir defesas muito importantes e responsáveis pela síntese de Imunoglobulinas (IgA secretória, por exemplo) e os macrófagos, que são verdadeiras aves de rapina "comendo" os elementos estranhos e que poderiam causar danos especiais ao recém-nascido.

Alguns cientistas atribuem a esses macrófagos funções muito importantes e há quem diga que seriam um dos fatores principais que contribuiria para a diminuição de problemas alérgicos futuros da criança (eczemas, urticárias, asma etc.). Tudo isso também aconteceria porque o fato de a criança estar recebendo leite humano, diminuiria o risco de que ao entrar em contato precoce com proteínas de outros animais, se sensibilizasse (ficasse "alérgica a essas proteínas, no caso as do leite de vaca").

Recentemente, os cientistas estão atribuindo, também, um papel especial aos macrófagos, suspeitando que a sua presença teria algo a ver com uma coisa maravilhosa que tem se observado entre as mulheres que amamentam. Uma menor incidência de câncer de mama... Os pesquisadores levantam a hipótese de que os macrófagos teriam um papel fundamental, destruindo, por um mecanismo chamado fagocitose, as células neoplásticas (malignas), e diminuindo, portanto, o risco de a mãe vir a ter no futuro, câncer de mama.

Para finalizar é bom salientar que a produção de anticorpos específicos contra algumas bactérias e mesmo vírus é tamanha, que as mulheres de uma determinada região contêm em seu leite os anticorpos contra os agentes infecciosos mais comuns existentes naque-

le meio onde se encontram, pois já foi demonstrado que se uma bactéria entrar em contato com a aréola mamária, é capaz depois de um tempo aproximado de oito horas, de provocar uma resposta do seio, que termina por produzir por produzir um anticorpo contra essa bactéria... Isso nos fala ainda mais de especificidade do leite produzido... Não é apenas uma especificidade de espécie para espécie, mas também, mesmo de pessoa a pessoa.

### 3.3.5 - Primeiras Mamadas

Preferencialmente a primeira mamada deve acontecer logo após o nascimento da criança, antes mesmo da dequitação ou secundamento. Quanto mais cedo após o parto acontecer a primeira mamada, maior a chance de ser bem sucedida. Tal medida favorece não só a amamentação precoce, como também contribui para que a involução uterina ocorra mais rápida e fisiologicamente pela descarga de ocitocina que é liberada com o estímulo da sucção.

A mãe inicia a amamentação colocando o mamilo na boca do infante que ao sugá-lo comprime a aréola com seu maxilar de tal sorte a forçar para o exterior o leite acumulado nos canais galactóforos subareolares. Depois de ter a criança sugado, por 10 minutos, um dos seios, o processo deve ser repetido no outro. Na próxima mamada a ordem será invertida a fim de facilitar o esvaziamento das mamas.

Após iniciada a amamentação, outros cuidados deverão ser observados para preservar a manutenção da produção láctea. O bebê deve ser amamentado todas as vezes que manifestar desejo. Não deverá de existir horário rígido nem fixo. A mulher que amamenta toda vez que o recém-nascido solicita tem melhor lactação do que

aquela que só atende a esquema rígido a amamentação incrementa a lactação. O esvaziamento incompleto dos peitos determina produção láctea inadequada; o leite acaso elaborado em excesso, acima das necessidades do infante, há de ser eliminado manualmente.

No início as solicitações ocorrerão com maior frequência, estabelecendo com o tempo maior espaçamento entre uma mamada e outra. Daí a importância da adoção do sistema alojamento conjunto nas unidades hospitalares, pois o confinamento de recém-nascidos normais em berçários obstaculiza, retarda e por vezes impede a prática do aleitamento natural.

A amamentação poderá ser única e exclusiva até o sexto mês de vida desde que a mulher o faça adequadamente e que a criança apresente parâmetros de desenvolvimento (peso e altura) compatíveis com a idade.

Pesquisadores do Estudo Darling citado pelo IBFAN (1993 número 13), pesquisa em lactação, nutrição e crescimento infantil - área Davis, estudaram o comportamento infantil como uma variável relacionada à ingestão de leite materno, 46 pares mãe-bebê foram estudados por 12 meses. A produção de leite materno foi medida através da pesagem do bebê mais extração de leite remanescente com bomba após cada mamada. A ingestão média do leite foi 812g/dia (variando de 523 a 1124) e o volume médio de leite extraído após cada mamada foi 109g/dia (variando de 0 a 457). Quando se comparou ingestão baixa com a média verificou-se que essas crianças deixaram muito mais leite no peito que os bebês com ingestão mais alta. As meninas, em geral, ficavam menos tempo no peito e pesavam significativamente menos aos 3 meses de idade.

Nenhuma das características maternas como idade, paridade, pe-

so e prega cutânea tricípital diferiram nos dois grupos. A ingestão de leite relacionou-se positivamente à duração da mamada. Os autores concluem que o desempenho da lactação relaciona-se à demanda e que bebês com ingestas maiores ganham peso mais rapidamente.

Quantidade normal de leite produzido, varia de acordo com a mulher e as necessidades do infante. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima em 850ml (600 Kcal) por dia, valor médio satisfatório nos 6 primeiros meses de lactação. Todavia, pondera-se que a melhor maneira de avaliar a lactação adequada será pelo crescimento do infante: ganho de 800g mais ou menos 20% ao mês durante os seis primeiros meses de vida, ou a duplicação do peso do nascimento à altura do 4 mês são parâmetros satisfatórios.

Sabe-se que as rotinas hospitalares afetam o início da amamentação. Pesquisadores em Oslo - Noruega, estudaram o efeito de não dar fórmula ou água glicosada rotineiramente a recém-nascidos sobre a duração da amamentação; 407 pares mãe-bebê foram estudados antes e após as mudanças de rotinas hospitalares. No grupo intervenção as mudanças incluíam amamentação pelo menos 6 vezes/24horas, nenhuma água glicosada a menos que se suspeitasse de hipoglicemia e nenhuma fórmula artificial. As mães deste grupo amamentaram significativamente por mais tempo que as mães controle (8 meses x 6.9). Também a amamentação exclusiva foi mais prolongada no grupo intervenção (4.5 meses x 3.5). Não houve diferença entre os dois grupos quanto a icterícia e hipoglicemia. Os autores concluem que o estudo parece "confirmar que a espécie humana, assim como outros mamíferos, está adequadamente equipada para alimentar seus filhos.

A interferência médica sobre a alimentação de bebês a termo

saudáveis no século vinte poderá ser vista no futuro como um experimento médico confuso, não-controlado e pouco fundamentado".

A atitude dos pais com relação à amamentação tem papel importante na determinação do sucesso das mães. Entrevistaram-se 268 pais norte-americanos que participaram de sessões educativas no pré-natal quanto aos seus sentimentos e crenças sobre amamentação. Comparando-se as respostas dos pais cujas esposas planejavam amamentar exclusivamente com as dos pais cujas esposas planejavam dar mamadeira verificou-se que os primeiros acreditavam que a amamentação era melhor para o bebê por ajudar no vínculo mãe-filho e por protegê-lo contra doenças. Eles também tinham tendência maior a gostar que as parceiras amamentassem e respeitavam a nutriz. Pais do grupo mamadeira achavam que a amamentação prejudicava as mamas, deixava-as feias e interferia na relação sexual. Em ambos os grupos, a maioria considerava que a amamentação não era aceitável em público. Os pais devem ser incluídos nos cursos de amamentação no pré-natal, para que se possa contra-atacar as percepções errôneas e negativas relacionadas à amamentação.

A importância da técnica de sucção correta tornou-se um elemento básico no manejo da amamentação. Estudo de 82 pares mãe-bebê na Suécia demonstrou que a técnica correta de sucção tem forte influência sobre a duração da amamentação. Os autores concluem que um "dado marcante do estudo é a possibilidade de identificar e corrigir a técnica inadequada de sucção ainda na maternidade e conseqüentemente aumentar as chances de sucesso das mães na amamentação.

### **3.3.6 - Lactação e Fertilidade**

A lactação condiciona efeito contraceptivo temporário. Da mesma forma que a sucção do mamilo inibe a liberação do PIF hipotalâmico, o hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) está reduzido a níveis não-ovulatórios.

As mães que amamentam integralmente podem ficar amenorréicas no pós-parto por 8 - 12 meses, enquanto as não-lactantes menos de 2 meses. A amamentação de curta duração (poucas semanas) ou a parcial são menos eficientes para prolongar a amenorréia pós-parto.

As mulheres que amamentam completamente, enquanto amenorreicas, não conceberão (2 a 10% de falhas). Aconselha-se, a fim de evitar a gravidez, que as não lactentes, aos 30-40 dias, e as lactentes, após 3-6 meses, se ainda amenorreicas, ou indistintamente após o retorno da menstruação, procurem contraceptivos.

### **3.3.7 - Posição Adequada para Amamentar**

É importante orientar a mãe sobre as diversas posições que poderá adotar para amamentar, e também fazê-la experimentar para poder optar pela que ofereça maior conforto e praticabilidade, para si e para a criança. As mais indicadas são as posições sentada e deitada.(SANTOS 1989).

### **3.3.8 - Técnica da Amamentação**

Sendo a lactação a última fase do ciclo reprodutivo dos mamíferos, deve ser tratada e encarada como um procedimento natural, simples, espontâneo e caloroso, desprovido de artifícios e sofisticação. Para esta fase ser concluída com êxito, no entanto, lembremos de alguns cuidados importantes durante a amamentação.



- Não usar sabonete, álcool ou água boricada nos bicos dos seios.

- Expor os mamilos às radiações solares por períodos curtos, diariamente entre às 8 e 10 horas.

- Lavar bem as mãos antes das mamadas.

- Evitar o uso de pomadas e bicos protetores nos mamilos.

- Antes de colocar a criança ao seio verificar se a aréola está macia, apreensível e flexível.

- Introduzir na boca do bebê não só o bico mais também toda a aréola, de maneira que não deixe o seio obstruir o nariz e impedir a respiração do bebê. Para isso a nutriz pode utilizar os dedos indicador e anular e posicioná-los como uma tesoura aberta, sustentando a região mamilo-areolar entre os mesmos.

- Alternar os dois seios durante as mamadas.

- Não administrar líquidos à criança nos intervalos das mamadas (chá, água, sucos).

- Para retirar o bebê do seio colocar o dedo mínimo no canto da boca do bebê e apertar levemente.

- Após as mamadas colocar o bebê para eructar.

- Retirar o excesso de leite após as mamadas, utilizando a técnica de extração manual.

- Usar sutiã adequado e de maneira correta, com boa sustentação na base.

Deve-se informar as mães de que a alternância entre um estímulo artificial (o bico de borracha) e um estímulo natural (o seio) só confunde a resposta oral do recém-nascido. Como sugar um bico de borracha existe menos trabalho, os músculos da face enfraquecem, e a criança perde o desejo pelo seio. Para evitar qualquer

diminuição na produção láctea, devido a má sucção, nem bicos artificiais, nem chupetas deverá ser dado a crianças alimentadas ao seio. Nos raros casos em que a alimentação complementar for necessária, esta pode ser fornecida por colher, conta gotas ou copo.

Deve-se promover o aleitamento exclusivo, e não fornecer qualquer outro alimento ou bebida ao recém-nascido, a não ser que seja indicado pelo médico.

### **3.3.9 - Técnica para Extração Manual do Leite**

Considerando a estrutura anatômica da glândula mamária e o mecanismo fisiológico da liberação do leite, a extração manual deve obedecer à seguinte seqüência:

- Antes de iniciar o esvaziamento propriamente dito, estimular a região mamilo-areolar, exercendo movimentos rápidos e intermitentes sobre a região, aproximadamente durante 30 a 60 segundos, com a finalidade de promover a liberação da ocitocina e, conseqüentemente, a ejeção do leite.

- Iniciar a extração fazendo pressão intermitente com os dedos polegares e indicadores sobre a região areolar, local onde internamente se encontram as ampolas galactóforas ou depósitos de leite.

- Após o esvaziamento das ampolas galactóforas fazer extração do leite depositado nos canais galactóforos.

- Estando as ampolas galactóforas e os canais com seu nível de tensão normais, esvaziar os canalículos e alvéolos.

Alguns problemas podem ocorrer no período de amamentação, especialmente nos primeiros dias, quando o processo de amamentação e o ritmo das mamadas se apresenta ainda instável. São eles : ingur

gitamento mamário, fissura mamilar, mastite puerperal.

### 3.3.10 - Problemas da Amamentação e Assistência de Enfermagem

Segundo SANTOS (1989), especialmente nos primeiros dias após o parto (do primeiro ao 15 dia aproximadamente) quando o processo de amamentação e o ritmo das mamadas se apresentam ainda instáveis, surgem alguns problemas que podem ser solucionados com medidas simples. Este período requer paciência, firmeza e, acima de tudo, conhecimento da fisiologia da lactação, tanto por parte do profissional de saúde como da nutriz. Este conhecimento é uma condição essencial para que a nutriz encare o fenômeno como passageiro e persista amamentando. Vejamos os problemas mais freqüentes que podem ocorrer e como podemos resolvê-los.

**Ingurgitamento Mamário:** o fenômeno de ingurgitamento mamário ocorre pelo congestionamento venoso e linfático da mama e pela estase láctea em qualquer das porções do parênquima (lobular, lobar, ampolar ou toda a região glandular). É comum sua ocorrência entre o terceiro e oitavo dias de puerpério devido a pressão exercida pelo leite no sistema canalicular, podendo desaparecer entre 24 e 48 horas após seu início.

Atribui-se ao esvaziamento incompleto da glândula mamária, determinado pela sucção deficiente ou pelo desequilíbrio entre a produção e ejeção da secreção láctea.

As mamas apresentam-se aumentadas de tamanho, em tensão máxima, túrgidas, dolorosas e quentes. A rede de Haller apresenta-se bastante visível e saliente com ingurgitamento venoso. Poderá ocorrer mal-estar geral, cefaléia e calafrios.

### *Assistência de Enfermagem no Ingurgitamento Mamário*

- Orientar sobre o uso de sutiã adequado e de maneira correta, de modo que os seios fiquem firmes e suspensos, sem contudo provocar garroteamento da rede venosa, linfática ou do sistema canalicular.

Justificativa: o aumento do volume das mamas durante a gravidez e especialmente no puerpério pode ocasionar o acotovelamento dos canais galactóforos impedindo o funcionamento normal da glândula.

- Antes da mamada observar a tensão da mama e da região areolar. Em caso de tensão máxima, esvaziar previamente a glândula mária até que a aréola se torne macia e o mamilo flexível e apreensível.

Justificativa: a estase láctea no sistema canalicular determina a distensão da região areolar e conseqüentemente a não protrusão do mamilo, dificultando a apreensão e sucção adequada do mesmo.

- Estimular o reflexo de ejeção do leite, através de pressão intermitente sobre a região mamilo-areolar antes de iniciar a mamada de extração do leite.

Justificativa: a estimulação tátil sobre as terminações neurossensitivas, da região mamilo-areolar, determina a liberação da ocitocina, que é responsável pela ejeção do leite.

- Orientar sobre o posicionamento correto no momento de amamentar, com a finalidade de estabelecer adequada capacidade de sucção, demonstrando como colocar e retirar a criança do seio e as posições corretas para amamentar.

Justificativa: o posicionamento adequado no momento de amamen-

tar assegura conforto ao binômio mãe e filho, favorece o funcionamento normal da mama.

- Propiciar ambiente tranquilo para amamentação.

Justificativa: estímulos externos podem interferir no processo fisiológico da amamentação, interferindo na ejeção do leite.

- Orientar sobre alternância dos seios e frequência das mamadas (demanda livre).

Justificativa: para que haja um equilíbrio adequado e constante entre a produção e o consumo requerido pelo recém-nascido.

- No período de amamentação oferecer única e exclusivamente o seio.

Justificativa: a introdução de outros alimentos no período de amamentação antes do sexto mês de vida interfere na produção do leite.

- Após as mamadas realizar a inspeção e palpação da glândula mamária à procura de pontos doloridos, procurando identificar o tipo de ingurgitamento por área de localização. Em caso de presença dos mesmos tentar removê-los através da extração do leite manual.

Justificativa: o esvaziamento inadequado e incompleto das mamas favorece o ingurgitamento mamário.

- Prevenir a fadiga, a dor e a ansiedade no puerpério.

Justificativa: tais fatores podem inibir o estabelecimento do reflexo de ejeção do leite, determinando falha na lactação.

**Fissura Mamilar:** fissura ou rachadura mamilar consiste na ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo provocada por inadequada apreensão no momento da sucção. Ocorre com maior frequência nas mulheres com pele clara, idosas, primíparas e portado-

ras de mamilos planos ou invertidos. Podem ser circulares e verticais; as circulares ocorrem ao redor do mamilo em forma de círculo e as verticais na porção papilar do mamilo.

***Assistência de Enfermagem na Fissura Mamilar***

-Identificar o risco materno.

-Preparo do mamilo no pré-natal.

-Tipo de mamilo.

-Conhecimento prévio da nutriz sobre noções de anatomia da glândula mamária feminina, fisiologia da lactação, vantagens do aleitamento e técnica de amamentação.

-Coloração da pele.

-Número de filhos.

-Idade.

-Experiência negativa anterior

Justificativa: a falta de preparo do mamilo no período pré-natal contribui para o aumento de lesões do epitélio mamilar com o início da sucção. O tipo de mamilo interfere na capacidade de apreensão adequada, sendo difícil nos casos de mamilos plano ou invertido. A desinformação sobre o funcionamento normal da glândula mamária contribui para aumentar a ansiedade e insegurança da mulher que amamenta. As mulheres jovens e primíparas apresentam risco maior de apresentar fissura mamilar.

-Expor os seios às radiações solares por períodos curtos (no máximo 15 min) no horário entre às 8 e 10 horas da manhã.

Justificativa: tais radiações se diferenciam entre si pela capacidade de penetração e cicatrização, dando ação na pele e no organismo.

-Inspeccionar diariamente os mamilos.

Justificativa: o epitélio mamilar pode apresentar alterações e lesões que deverão ser imediatamente tratadas para não impedir a amamentação.

-Orientar sobre a contra-indicação do uso de lubrificantes, pomadas ou outros medicamentos tópicos.

-Justificativa: o uso de pomadas lubrificantes ou outros medicamentos predispõe os mamilos a lesões. Além de poder fazer com que o bebê rejeite os seios.

-Evitar o uso de bomba de sucção elétrica.

Justificativa: a pressão exercida pelas bombas extratoras do leite na região mamilo-areolar provoca distensão epitelial, causando com frequência, trauma e dor.

-Orientar sobre a contra-indicação de lavar os seios com sabão ou sabonete.

Justificativa: o uso de sabonete ou sabão está contra indicado pela sua composição alcalina que determina a desidratação do tecido, retirando a lubrificação natural.

-Orientar a nutriz sobre ingestão de alimentos ricos em vitaminas, especialmente a vitamina A.

Justificativa: tendo em vista suas propriedades epitelizantes e anti-infecciosas.

-Evitar higiene excessiva do mamilo.

Justificativa: promove a remoção de substâncias que protegem a pele, tornando-a suscetível a lesões e traumas.

-Oferecer o seio ao bebê com a aréola macia.

Justificativa: tal medida contribui para a apreensão adequada do mamilo, evitando sucção ineficiente do mamilo.

-Em caso de ingurgitamento mamário esvaziar previamente a ma-

ma, através da extração manual.

Justificativa: o ingurgitamento mamário provoca distensão da região areolar, dificultando a apreensão e sucção adequadas pela criança.

-Alternar os seios durante as mamadas, especialmente nos primeiros dias.

Justificativa: a sucção permanente em apenas um seio causa estiramento do tecido epitelial.

-Observar procedimentos corretos para retirar o bebê do seio.

-Durante a mamada observar apreensão adequada do mamilo e aréola.

Justificativa: a apreensão adequada do mamilo e aréola evita trauma e maceração mamilar pois a pressão é exercida sobre a ampolla galactófora e o leite é facilmente liberado.

### 3.4 - O RECEM NASCIDO

Este tema aborda assuntos referentes ao recém nascido normal à termo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o termo recém nascido refere-se à criança que acabou de nascer até o 28 dia de vida.

LUBICHENCO (1978) classifica os recém nascido de duas formas:

a) RN Pré-Termo: com menos de 37 semanas.

RN A Termo: de 37 a 42 semanas.

RN Pós-Termo: mais de 42 semanas.

b) De acordo com o peso

PIG: Pequeno para Idade Gestacional

AIG: Adequado para Idade Gestacional

GIG: Grande para Idade Gestacional.



### 3.4.1 - RECEM NASCIDO NORMAL A TERMO

A gestação humana dura, em média, 40 semanas, embora tenhamos casos de pré e pós maturidade, com duração de 28 semanas, respectivamente.

Acredita-se que durante a vida intra-uterina o feto tenha todas as suas necessidades satisfeitas e que seja confortável.

Ao nascer, o pequeno ser encontra um meio totalmente novo. Ele troca de ambiente, tipo de respiração, circulação e ocorrem até alterações anatómicas e funcionais.

Todo recém nascido normal tem capacidade de funcionar independentemente e de denunciar suas necessidades aos outros. Estão preparados para vir ao mundo, embora necessitem de cuidados e proteção.

Ao nascer, a criança pesa entre 2.500g e 4.500g , podendo variar de acordo com o fator genético, a hereditariedade e influências pré-natais. Fatores estes que também influem no comprimento do recém nascido, embora ele meça, normalmente, entre 48 e 50cm.

Até o quinto dia de vida o recém nascido pode perder de 10 a 12% do seu peso, o que denominamos de perda fisiológica. Esta perda ponderal ocorre devido a eliminação vesical, a eliminação do mecônio, a perda de líquidos, através da respiração e sudorese, e pela escassa ingesta alimentar. Mas este peso é recuperado, com um ganho ponderal diário de até 30 gramas.

A cabeça do recém nascido na proporção corporal equivale a 1/3. Na cabeça encontramos as fontanelas bregmática-anterior e lambdóide ou occipital-posterior, sendo que a anterior deverá estar aberta na hora do nascimento para que a cabeça se molde ao canal do parto. Ela normalmente se fecha até os dois anos e a poste-

rior pode não estar presente ou fechar-se até os dois meses de vida. Também encontramos as suturas que não estão calcificadas, e sofrem acavalgamento durante a passagem pelo canal do parto. Devido ao tocotraumatismo a ao posicionamento do feto em relação à via do parto, o recém-nato poderá apresentar cefaloematoma (coleção móvel e palpável de sangue represado entre o osso e o periósteo) e também bossa serossanguinolenta (aumento da espessura do couro cabeludo devido ao colecionamento de líquido plasmático extravasado na região de apresentação obstétrica). Nenhum destes dois fenômenos, tem significado patológico.

A posição adotada pelo recém nascido depende do tipo de apresentação que se encontrava in utero. Normalmente a criança permanece com a cabeça voltada para um dos lados, com os MMSS totalmente fletidos e os MMII semifletidos.

Em condições normais a pele apresenta-se rósea logo após o nascimento e as extremidades são cianóticas, devido a má circulação periférica. Porém esta situação é passageira, desaparecendo com o aquecimento do recém nascido.

O recém nascido poderá apresentar algumas características tegumentares, que são:

**a) Vénix caseosa:** material branco, gorduroso e pegajoso que recobre o recém nascido, principalmente as dobras. Não deve ser retirado, pois será absorvido durante o aquecimento do bebê e é composto por substâncias nutritivas, como albumina, glicerina, vitamina A, colessterina e ferro.

**b) Lanugem protetora:** é uma fina penugem que desaparece em poucos dias, localizada na orelha, dorso e testa.

**c) Miliun sebáceo:** são glândulas sebáceas distendidas, situa-

das no queixo, bochecha e nariz.

**d) Descamação fisiológica:** ocorre devido a passagem do meio líquido para o gasoso, principalmente nas mãos e pés.

**e) Manchas mongólicas:** é uma mancha arroxeada que se localiza na região dorsoglútea do recém nascido, devido a miscigenação de raças.

Durante as primeiras semanas, os bebês poderão apresentar ingurgitamento mamário, devido a passagem do hormônio da mãe para o feto. A menina apresenta os grandes lábios edemaciados e os pequenos lábios aparentes, ao nascer, podendo também segregar algumas gotas de secreção esbranquiçada ou de sangue pela vagina devido ao hormônio materno.

Os meninos podem apresentar líquido colecionado na bolsa escrotal, que sendo congênita tende a desaparecer logo após o nascimento e também uma pseudofimose, onde o prepúcio recobre a glândula até o 9 ou 10 mês de vida. Os testículos podem estar fora da bolsa escrotal, o que chamamos de criptorquia; são facilmente encontrados na região inguinal.

Inicialmente, o recém nascido urina pouco, devido a baixa ingestão hídrica, podendo levar até ao aparecimento de uma mancha avermelhada na fralda, causada pela alta concentração de ácido úrico. Poderá urinar durante o parto ou entre 12 e 24 horas após o mesmo.

As fezes são denominadas de mecônio e podem ser eliminadas intra-útero, principalmente quando ocorrer sofrimento fetal. O mecônio é o produto da degradação do líquido amniótico corado pela bile, é de cor verde-escuro, quase preto. Depois que o bebê iniciar sua alimentação teremos as fezes transitórias que serão compostas

por restos meconiais e dejetos do leite e, posteriormente, as fezes permanentes.

Normalmente, após 48 horas, o recém nascido poderá apresentar a tez impregnada por um pigmento amarelo. Isto se deve à impregnação da bilirrubina indireta na pele, devido a hemólise que ocorre fisiologicamente. Esta coloração desaparecerá quando a enzima glicoruniltransferase for ativada no organismo do bebê degradando a bilirrubina indireta do plasma. Este processo perdurará de seis a sete dias.

O coto umbilical mede de 5 a 10 cm, de aspecto gelatinoso e transparente logo após o nascimento. Depois de alguns dias torna-se escuro e com aplicação de soluções desidratantes "mumifica-se" ou seja, vai secando e endurecendo aos poucos. No período de sete a 15 dias após o parto o coto umbilical deverá cair e durante este período apresenta cheiro e aspecto característico de tecido sem vida.

Ao cair poderá ficar em seu lugar um tecido rosado de aspecto esponjoso chamado granuloma, que deverá ser tratado com bastão de nitrato de prata, evitando umedecer o local.

#### **3.4.2 - ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM AO RN A TERMO EM ALOJAMENTO CONJUNTO.**

Segundo RAMOS E VAZ(1978) o recém nascido deve ser encaminhado ao Alojamento Conjunto logo após o nascimento. Deve-se iniciar o aleitamento e mantê-lo em sistema de auto demanda com horário livre.

A partir do momento em que o RN é colocado ao lado da mãe, inicia-se de forma preponderante o trabalho da enfermagem.

A enfermeira encarregada do setor e suas auxiliares começam precocemente os ensinamentos às mães, orientando desde como fazer a limpeza das mamas, até como trocar a roupa do RN, passando pelos cuidados com o coto umbilical, hidratação da criança e mesmo sobre a maneira de manipular o RN discutindo e salientando o papel do aleitamento natural na manutenção da boa saúde do RN. Estes ensinamentos se processam de acordo com um "plano progressivo de cuidados" em que gradativamente a mãe passa de uma participação passiva a agente executante, alternando sua posição com a enfermeira. Ao lado disto, as mães, entre si, se auxiliam e transmitem os ensinamentos recebidos umas às outras.

A enfermagem deve, porém, se manter alerta e à disposição sempre que necessário, de tal modo que o sistema de AC não se constitua apenas em um método para economizar pessoal de enfermagem.

**Cuidados Pessoais:** as mãos são as principais fontes de contaminação, por isso devem ser lavadas antes e após o manuseio de cada recém nascido. As jóias e relógios devem ser retirados para possibilitar a remoção total da flora bacteriana patológica. As unhas devem ser mantidas curtas e limpas.

**Limpeza dos berços:** a limpeza dos berços deve ser feita diariamente e, após a alta da criança, com água e sabão, ou desinfetante (conforme rotina da instituição), para evitar a proliferação de microorganismos e infecção cruzada, já que a flora bacteriana de um nem sempre o é para outro.

**Posicionamento no leito:** o recém nascido deve ser mantido em decúbito lateral, para evitar aspiração de secreções da oro ou nasofaringe, ou mesmo vômito.

**Cuidados de higiene:** a primeira higiene é realizada com o in

tuito de remover as sujidades e excesso de resíduos sanguíneos. O vérnix caseoso não deverá ser retirado, pois será absorvido pela pele.

Normalmente o banho de imersão não é utilizado nas instituições hospitalares. Seu uso não está contra-indicado, desde que se utilizem as precauções para evitar o risco de contaminação do coto umbilical (bacia e água estéreis, precauções com as mãos etc.).

**Cuidados com o coto umbilical:** realizar diariamente o curativo do coto umbilical com solução antisséptica desidratante. As mãos devem ser previamente lavadas; evitar o toque direto no coto umbilical, utilizando uma gaze esterilizada para seu manejo, devido a suscetibilidade a infecções. Após a limpeza e a aplicação da solução envolver o coto com gaze; evitar o excesso de cobertura e o uso de faixas, para favorecer a desidratação do coto. Ele deve ser mantido para cima, para evitar que seja umedecido ou contaminado por fezes e urina. Observar cuidadosamente o coto. Verificar presença de sangramento, aspecto, cor da pele ao redor, sinais de infecção etc.

**Acompanhamento:** a observação deve ser constante nas primeiras horas de vida, já que grande número de problemas podem se manifestar nesta fase. Além da observação geral deve-se efetuar controle e avaliação dos S.V.

**Estímulo à amamentação:** a enfermagem deve estimular e auxiliar a mãe a amamentar seu filho. A fundamentação teórico-prática para desenvolver a assistência à nutriz está descrita no capítulo sobre aleitamento materno.

**Orientação a família:** a orientação à família deve abordar vários aspectos e portanto deve ser iniciada desde o primeiro conta-

to com a mesma.

Estas orientações devem constar de características do lactente; aleitamento materno; os cuidados de higiene, incluindo o do coto umbilical; imunização; prevenção de diarreia; procedimento frente a problemas comuns (regurgitação, cólicas etc.). A família deve ser orientada e estimulada a estabelecer relação afetiva com o bebê desde os seus primeiros minutos de vida, já que a função de cuidado favorece o desenvolvimento do amor para com a criança.

As instituições tem o dever de não só orientar e educar mas também de favorecer o estabelecimento destas relações afetivas, fundamentais para o desenvolvimento integral da criança.

#### IV - REFERENCIAL TEORICO

Para direcionar a prática assistencial proposta optamos pela teoria de Horta que se apoia e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais, tais como:

- *Lei de Equilíbrio* (Homeostase ou Homeodinâmica): todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres.

- *Lei da Adaptação*: todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio.

- *Lei do Holismo*: o universo é um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo, esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser.

Esta teoria foi desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow, que se fundamenta nas Necessidades Humanas Básicas.

##### 4.1 - Pressupostos Básicos da Teoria

- " O ser humano como parte integrante do universo está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço.

- O ser humano esta em constante interação com o universo , dando e recebendo energia.



- A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço.

- O ser humano, como agente de mudança. É também a causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo.

- O ser humano tem necessidades básicas que precisam ser atendidas para seu completo bem estar.

- A enfermagem, como parte integrante da equipe de saúde, mantém o equilíbrio dinâmico, previne desequilíbrios e reverte desequilíbrios em equilíbrio do ser humano no tempo e no espaço.

- A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano

- A enfermagem é prestada ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio.

- Todo o cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação.

- A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu auto cuidado." (Horta 1979)

#### 4.2 - Pressupostos Pessoais:

- A mulher e o recém nascido como partes integrantes do universo estão sujeitos a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço.

- A mulher como agente de mudança, é também a causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo.

- A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade da mulher.

- A enfermagem reconhece a mulher e o recém nascido como membro de uma família e de uma comunidade e sabe que recém nascido,

puérpera e família estão intimamente ligados.

- A enfermagem deve atuar antes que o desequilíbrio se instale na mulher e no recém nascido.

- A enfermagem deve assistir a mulher e o recém nascido no atendimento de suas necessidades humanas básicas e torná-los independente desta assistência pelo ensino e auto cuidado.

#### 4.3 - Conceitos e Proposições

- "Enfermagem é a ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente de sua assistência, quando possível, pelo ensino do auto cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

- Assistir é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto cuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar os outros profissionais.

Destes conceitos algumas proposições podem ser inferidas com relação as ações do enfermeiro e podem ser consideradas em três áreas:

- Area Específica: Assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto cuidado.

- Area de interdependência ou de colaboração: a sua atividade na equipe de saúde nos aspectos de manutenção, promoção e recuperação da saúde.

- Area Social: dentro de sua atuação, como um profissional a serviço da sociedade, função de pesquisa, ensino e administração,

responsabilidade legal e de participação na associação de classe."  
(Horta 1979)

#### 4.4 - Outros Conceitos

- *Saúde* - " Estar com saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço." (Horta 1979)

Saúde para mulher e o recém nascido é compreendida como o estado de equilíbrio dinâmico entre o organismo e o ambiente, o qual mantém as características estruturais e funcionais do organismo dentro dos limites normais para a forma particular de vida, e para a fase particular de seu ciclo vital.

- *Doença* - " Quando as necessidades não são atendidas ou atendidas inadequadamente e trazem desconforto , ou seja, há ocorrência do desequilíbrio." ( Horta 1979)

Doença é um desarranjo provocado pelo não atendimento ou atendimento inadequado das necessidades básicas.

- *Ser Humano* -" E parte integrante do universo dinâmico, está em constante interação com este que provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço." ( Horta 1979)

O ser humano esta inter-relacionado com o meio sujeito a intercorrência do mesmo que podem levá-lo a estados de equilíbrio e desequilíbrio.

- *Meio ambiente*- " Refere-se ao conjunto de elementos que constituem o meio físico, geográfico e o contexto sócio-cultural onde a mulher e o recém nascido estão inseridos. O meio físico e geográfico inclui componentes bióticos ( flora e fauna ) e abióticos (solo, ar, água, luz, temperatura, sais minerais, energia e

demais elementos da superfície terrestre e do universo). O contexto sócio-cultural é representado pelo conjunto de sistemas social, cultural, econômico, político e religioso em um dado momento histórico e em uma determinada sociedade. Assim, o meio físico e geográfico da mulher, do recém nascido e família no aleitamento materno compreende todos os espaços físicos possíveis de serem ocupados pela mesma no período de acompanhamento deste estudo, ou seja: dependências físicas da maternidade (unidades de internação, Banco de Leite Humano e CIAM) e os locais/áreas onde a mesma reside e ou trabalhe. O contexto sócio-cultural da mulher no aleitamento materno inclui todos os elementos dos sistemas que integram o seu circuito de relações sociais na suas várias dimensões ou seja, a família, os amigos, os vizinhos, as instituições e profissionais de saúde, a comunidade/sociedade da qual faz parte, entre outros. (SANTOS, 1991).

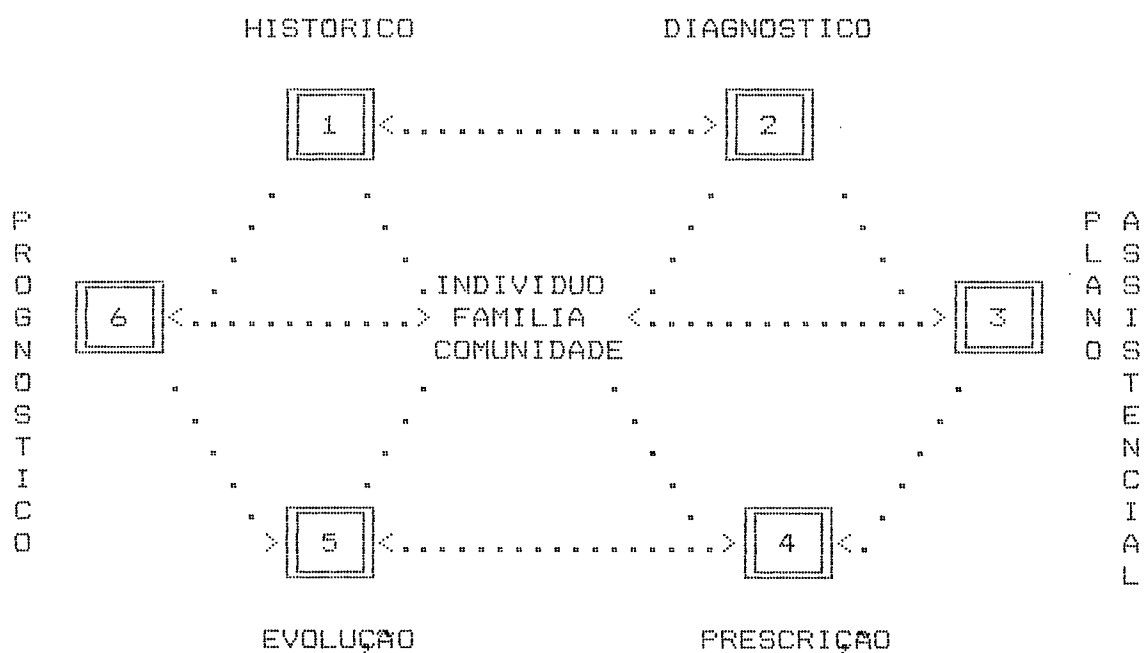
- " *Necessidades Humanas Básicas* - são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultante dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais." ( Horta 1979 )

- " *Problema de Enfermagem* - São situações ou condições de corrente dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, que exigem do enfermeiro sua assistência profissional." ( Horta 1979 )

- " *Cuidado de Enfermagem* - é a ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento , situação ou consideração do ser humano." ( Horta 1979 )

- " *Assistência de enfermagem* - é a aplicação pelo enfermeiro do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e

PROCESSO DE ENFERMAGEM



REPRESENTAÇÃO GRAFICA

## V - METODOLOGIA

### 5.1- LOCAL DE ESTAGIO

O estágio foi desenvolvido nas unidades IV e VIII, da Maternidade Carmela Dutra. Esta maternidade é uma instituição pública integrante da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, localizada na parte insular de Florianópolis.

Inaugurada em 05 de julho de 1955, presta atendimento à mulheres de nível social diversificado, provenientes de todos os municípios vizinhos, em situações de saúde/doença estando ou não relacionadas com as fases do ciclo grávido/puerperal.

Atualmente dispõe de 121 leitos, destinados ao atendimento obstétrico, ginecológico e oncológico. O total de atendimento geral é em média de 41.500 pacientes/ano.

Nascem aproximadamente cinco mil bebês por ano, sendo responsável por 70% dos atendimentos obstétricos de Florianópolis.

O serviço de ambulatório desenvolve ações de nível primário, secundário e terciário destacando-se: Saúde do adolescente, planejamento familiar, pré natal de baixo e alto risco, cirurgia, ginecologia, patologia cervical, oncologia ginecológica, mastologia, climatério e sexualidade.

Conta ainda com o Serviço de Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno, implantado em 1979, dan-

do novo impulso as atividades de promoção, proteção e apoio à amamentação. Em média são atendidas cinco mil mulheres por ano e coletados e distribuídos aproximadamente mil litros de leite por ano.

Trata-se de uma maternidade/Escola conveniada com a UFSC, e com outras instituições assistências e de ensino. Desde 1963, a Maternidade Carmela Dutra é o único pólo de ensino de graduação em medicina nas disciplinas de obstetrícia, ginecologia e neonatologia, e campo de estágio na área de enfermagem e psicologia.

O Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde reconhecendo estas atuações, elegeram em março de 1992 a Maternidade Carmela Dutra como CENTRO DE REFERENCIA ESTADUAL EM SAUDE DA MULHER.

O Governador Wilson Pedro Kleinubing juntamente com o Secretário de Estado da Saúde, Dr. João Ghizzo Filho, assinaram um protocolo de intenções dando início ao PROJETO RENASCER.

As unidades escolhidas para campo de estágio operam como sistema alojamento conjunto (Romin ing) desde 1981. A unidade IV possui quatro leitos e a unidade VIII possui cinco leitos. As mesmas estão localizadas no andar térreo da Maternidade Carmela Dutra, e atendem mulheres conveniadas com o SUS.

As mesmas possuem a seguinte área física:

- Posto de Enfermagem, centralizado e atendendo a esta e a outras unidades.

- Unidade de internação para paciente

- Sala de atendimento e cuidados ao recém nascido.

- Sala de prescrição.

- Banheiro Coletivo.

Diante disto partimos para a prática esperançosas em alcançar

nossos objetivos.

### 5.2 - POPULAÇÃO ALVO

O foco central de nosso estudo foi a puérpera, envolvendo o recém nascido e a família internada no sistema de alojamento conjunto independente da idade, estado civil, escolaridade, nível sócio econômico.

### 5.3. PLANO DE AÇÃO

<b>OBJETIVOS</b>
1. Identificar as necessidades humanas básicas da puérpera envolvendo o recém nascido e a família.
<b>ESTRATEGIA</b>
- Levantar os problemas da paciente através do histórico de enfermagem ( anexo 002 ). - Questionar o conhecimento que a paciente possui sobre os cuidados pós parto incluindo o recém nascido.
<b>AVALIAÇÃO</b>
Os objetivos 1 e 2 serão alcançados se parte das puerperas forem assistidas conforme os objetivos considerando a sistemática e instrumentos programados.



OBJETIVOS
2. Estabelecer um plano assistencial de enfermagem ,juntamente com a puérpera com base nas necessidades humanas básicas afetadas.
ESTRATEGIA
- Através dos problemas levantados no histórico de enfermagem e das necessidades detectadas através dos questionamentos.
AVALIAÇÃO
idem item 01

OBJETIVOS
3. Implementar plano assistencial com base nas necessidades humanas básicas afetadas.
ESTRATEGIA
- Através de consultas às literaturas específicas, fazendo a relação teórico/prática.
AVALIAÇÃO
Será alcançado se houver o empenho do grupo em buscar conhecimentos.

OBJETIVOS
4. Avaliar a assistência prestada.
ESTRATEGIA
- Fazer registros semanais de acordo com o instrumento elaborado.
AVALIAÇÃO
- Este objetivo será alcançado se conseguirmos no mínimo 80% dos pontos.( anexo 004 )

<b>OBJETIVOS</b>
5. Proteger , promover e apoiar o aleitamento materno.
<b>ESTRATEGIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adotar os dez passos para o sucesso do aleitamento materno ( anexo 003 ) especialmente os passos de 04 e 10</li> <li>- Cumprir e fazer cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes.</li> <li>- Participar ativamente das atividades de implantação da IHAC na M.C.D.</li> </ul>
<b>AVALIAÇÃO</b>
<p>Será alcançado se houver uma conscientização por parte dos profissionais, da importância do alojamento e do comprimento das Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes, bem como a compreensão por parte das mães sobre a importância do aleitamento materno.</p>
<b>OBJETIVOS</b>
6. Aprofundar conhecimentos teóricos clínicos acerca da saúde da mulher e da criança.
<b>ESTRATEGIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar do primeiro Encontro Estadual sobre a IHAC.</li> <li>- Participar do treinamento sobre aleitamento materno.</li> <li>- Fazer revisão bibliográfica sobre puerpério e recém nascido.</li> <li>- Discorrer sobre alojamento conjunto e aleitamento materno</li> </ul>
<b>AVALIAÇÃO</b>
<p>Será alcançado se houver crescimento do grupo tanto no que diz respeito à teoria como à prática.</p>

## 5.4 - CRONOGRAMA

DIA	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
01	A D	F	D	E e CAM	E B
02	C S	S	GREVE	F	S
03	C S	D	GREVE	E	D
04	C S e R S	C S	GREVE	S	L
05	S	E	GREVE	D	L
06	D	E	GREVE	E	A P
07	E P	E	S	E	A P
08	E P	E	D	E	A P
09	E P	S	GREVE	E	S
10	E P e R S	D	GREVE	E	D
11	E P	C S	GREVE	S	E N P
12	S	E e R S	GREVE	D	
13	D	E	GREVE	E	
14	A P	E	S	E	
15	C E P	E I H A C	D	E	
16	C R P	S	GREVE	E	
17	C S	D	GREVE	E	
18	C S	C S	GREVE	S	
19	S	E	GREVE	D	
20	D	E	GREVE	L	
21	A P P	F	S	T P E P	
22	A P P	E	D	E R	
23	C E P	S	E	E R	
24	I E P	D	E	E R	
25	E	GREVE	E	S	

DIA	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
26	S	GREVE	CAM E RS	D	
27	D	GREVE	CAM E	C S	
28	E	GREVE	S	E R S	
29	E	GREVE	D	L	
30	E	S	CAM E	L	
31	F		CAM E		

### LEGENDA

CS	= Contexto Social
RS	= Reunião Supervisora
S	= Sabado
D	= Domingo
AP	= Apresentação Projeto
EP	= Elaboração do Projeto
CEP	= Continuação de Elaboração dos Projeto
IEP	= Início da Execução do Projeto
E	= Estágio
F	= Feriado
TPEP	= Término do Prazo para Execução do Projeto
ER	= Elaboração do Relatório
ERS	= Entrega do Relatório na Secretária
L	= Livre
EB	= Entrevista com a Banca
ENP	= Entrega das notas publicação.
EIHAC	= Encontro sobre Iniciativa Hospital Amigo da Criança
CAM	= Curso de Aleitamento Materno

## VI - RESULTADO

No decorrer da execução do projeto, implementamos nosso instrumento de trabalho, baseado na teoria das necessidades humanas básicas, à 83 puérperas, sendo que no decorrer deste capítulo detalharemos 3 casos. Antes porém, consideramos importante apresentar e tecer embora suscintamente, alguns comentários referentes ao perfil biográfico, as características sócio-culturais do universo assistido bem como destacar determinados aspectos relativos à temática central do estudo.

### 6.1.- DESCREVENDO A FAMILIA SEGUNDO O MARCO CONCEITUAL

Apresentaremos a seguir o levantamento dos dados colhidos com a puérpera através do instrumento de trabalho, realizado diariamente nas unidades IV e VIII da Maternidade Carmela Dutra entre os dias 12/04/94 à 21/06/94.

**Quadro III-Distribuição das mulheres assistidas e seus cônjuges segundo a idade**

I D A D E S	P A I	%	M A E	%
DE 14 A 20 ANOS	03	05	22	26
DE 21 A 27 ANOS	43	58	32	38
DE 28 A 34 ANOS	17	23	19	24
ACIMA DE 34 ANOS	11	14	10	12
TOTAL	74	100	83	100

Conforme o quadro acima, constatamos pela assistência prestada que 58 % dos pais estão entre as idades de 21 à 27 anos e 32 % das mães entre as idades de 21 à 27 anos.

A partir deste resultado, concluímos que atualmente parece que os casais estão tendo filhos em uma faixa etária que oferece menos riscos para a mãe e concepto.

**Quadro IV - Distribuição das mulheres assistidas e seus cônjuges segundo a escolaridade**

ESCOLARIDADE	P A I	%	M A E	%
ANALFABETO	00	00	01	00
PRIMEIRO GRAU	51	69	57	69
SEGUNDO GRAU	20	27	24	30
CURSO SUPERIOR	03	04	01	01
TOTAL	74	100	83	100

Analisando os resultados acima, constatamos que 69 % dos casais compreende a faixa de escolaridade do primeiro grau.

Concluímos que hoje em dia as pessoas menos esclarecidas estão constituindo mais famílias.

**Condições dos casais segundo a ocupação**

No que diz respeito à ocupação dos pais, observamos que existe uma variedade de ocupações de mão de obras primária. Quanto as mães, constatamos que mesmo os companheiros tendo um menor salário, 90% delas não contribui para a composição da renda familiar.

A maioria das puerperas são do lar, e o maior índice de profissões dos maridos relaciona-se com a mão de obra primária, conforme citado anteriormente, sendo destacada entre as profissões anotadas a de : pedreiro, servente, vigia, guarda, motorista, policial, etc.

Assim sendo , pela faixa de renda e condições sócio-econômicas constatadas na maioria da puérperas assistidas, ficou notório a pouca participação das mulheres para um melhor nível de vida financeiro, advindo daí um problema também relacionado com as condições finais dos próprios nenéns, importando diretamente no seu cuidado após a saída das mães da maternidade.

No entanto , por não exercer nenhuma profissão que precise se deslocar de seu lar durante o dia, ficam as mães com mais tempo de amamentarem seus nenéns .

#### **Condições de Moradia e Sócio Econômicas**

Quanto as condições de moradia verificamos que na maioria dos casos as casas eram compostas por no mínimo quatro cômodos, geralmente alugadas, de madeira, muitas vezes com banheiro fora de casa. Outras dividiam a moradia com outros familiares.

No que se refere as condições sócio econômicas, como já foi comentado no quadro IV, a renda familiar geralmente é baixa pelo fato da mulher muitas vezes não contribuir, e pelo baixo grau de instrução do casal e pelo demasiado número de filhos, necessitando cuidados da mãe. Este fator contribui para um reduzido orçamento, que está em torno de 1 à 2 salários.

**Quadro V - Distribuição dos casais segundo o estado civil**

ESTADO CIVIL	NÚMERO	%
SOLTEIRO	09	11
CASADO	56	68
AMASIADO	16	19
SEPARADO	02	02
TOTAL	83	100

Conforme o quadro acima, verificamos que 68% das puérperas assistidas são casadas, contrariando a idéia de que atualmente existem menos famílias estruturadas legalmente.

**Quadro VI - Distribuição dos casais segundo a cor**

C O R	NUMERO	%
MAE BRANCA	70	84
PAI BRANCO	63	85
MAE NEGRA	13	16
PAI NEGRO	11	15

Conforme nos mostra o quadro acima, 84 % das puérperas assistidas são de cor branca e 16 % cor negra desta forma, o fato da menor incidência da cor negra se deve ao fato desta região ser predominantemente de alemães e italianos.

**Quadro VII- Distribuição dos casais segundo a religião**

RELIGIAO	NUMERO	%
CATOLICO	65	79
PROTESTANTE	07	08
ATEU	03	03
OUTRAS	08	10
TOTAL	83	100

102

No quadro acima verificamos que 79 % das famílias são católicas. Dentre estes constatamos alguns não praticantes e outros que seguem seus princípios e definições.



**Quadro VIII- Distribuição dos casais segundo a origem étnica**

ORIGEM ETNICA	NÚMERO	%
ALEMÃO	24	29
ITALIANO	23	27
PORTUGUES	12	15
NAO SABE	18	22
OUTRAS	06	07
TOTAL	83	100

Observamos no quadro acima que 29 % das puérperas assistidas são de origem alemã e 27 % de origem italiana. Acreditamos que isto ocorra devido ao fato de uma maior imigração destes dois povos para o sul do país.

**6.2 - DESCREVENDO AS PERCEPÇÕES E DUVIDAS DA MAE E FAMILIA  
QUANTO A ASSISTENCIA DO RECEM-NASCIDO E PUERPERA**

**Quadro IX-Distribuição das mulheres assistidas segundo a paridade**

PARIDADE	NÚMERO	%
PRIMIPARAS	39	47
MULTIPARAS	44	53
TOTAL	83	100

De acordo com o quadro acima verificamos que o número de multiparas está equilibrado em relação as primiparas. Isto nos mostra que apesar do poder aquisitivo estar cada vez mais baixo, as mulheres parecem que continuam engravidando sem nenhum planejamento familiar.

**Quadro X- Distribuição das mulheres assistidas de acordo com a experiência anterior e o tempo da amamentação**

TEMPO	NÚMERO	%
DE 00 A 02 MESES	16	37
DE 03 A 06 MESES	13	30
DE 07 A 12 MESES	08	17
MAIS DE 12 MESES	06	14
NÃO AMAMENTOU	01	02
TOTAL	44	100

Conforme assistência prestada, verificamos que 67% das multiparas amamentou seu último filho entre as idades de 0 a 6 meses. Sendo que 37% amamentou até 2 meses e 30% entre 03 e 06 meses de idade. Isto constitui um alto índice de desmame precoce e ocorre provavelmente pela falta de orientações no pré-natal; ocasionando o desconhecimento dos cuidados com a mama, preparo para amamentação e importância do aleitamento materno.

Desta forma surgem os problemas com a mama (fissura, engurgitamento etc.), levando a puérpera à desistência do aleitamento materno.

Colocaremos a seguir alguns depoimentos das mães:

"Acho uma coisa legal, vou dar de mamar por muito tempo, se ele não enjoar e se tiver leite".

R.C.M - 27 anos de idade

"Apesar de doer eu gosto . Eu tiro uma base pela minha menina , ela eu não amamentei e ela ficava sempre doente, já o meu menino não..."

L.C. - 25 anos de idade

"Acho amamentar uma coisa maravilhosa ,  
 depender de mim, ele não vai parar de  
 mamar mesmo!"

R.L.R. - 27 anos de idade

"A criança vem mais sadia e é mais difi-  
 cil de dar doenças".

V.F.V. - 21 anos de idade.

"Além de ser mais econômico, é forte. O  
 meu marido disse que vai me ajudar".

C.E.G. - 38 anos de idade.

**Quadro XI-Distribuição das mulheres assistidas de acordo com a  
 orientação recebida sobre amamentação no pré-natal.**

Pergunta : Recebeu orientação sobre amamentação e exercício com as  
 mamas no pré-natal ?

SIM	%	NAO	%
26	31	57	69

De acordo com o quadro acima, observamos que apesar da grande  
 maioria das puérperas terem feito pré-natal, não receberam orien-  
 tações referentes à aleitamento e cuidados com as mamas. Isso vem  
 confirmar a necessidade de melhorar a qualidade da assistência do  
 pré-natal, bem como ratificar a importância de abordar o tema nes-  
 te período.

**Quadro XII--Distribuição das mulheres assistidas segundo o conhecimento das vantagens do aleitamento materno.**

Pergunta : Sabe das vantagens do aleitamento materno ?

SIM	%	NAO	%
56	67	27	33

**Quadro XIII--Distribuição das mulheres assistidas de acordo com a pretensão em amamentar.**

Pergunta : Pretende amamentar ?

SIM	%	NAO	%
80	97	03	03

Observando os quadros XII e XIII verificamos que a maioria das puérperas têm conhecimento da importância do aleitamento e pretendem amamentar. Isto se dá devido a grande publicidade que se tem feito em torno do aleitamento materno, através dos meios de comunicação, atuação dos profissionais e banco de leite.

O fato do desmame precoce ser ainda elevado, deve-se provavelmente a precariedade dos serviços de saúde, principalmente durante o pré-natal, que privam a gestante das informações necessárias para o sucesso no aleitamento materno. Muitas vezes até mesmo a desinformação sobre a existência desses serviços, e o desinteresse pela procura deste, pois não é incomum as mulheres saírem de casa de madrugada para tentar conseguir uma consulta e não conseguem marcá-la, fazendo com que a gestante desista.

**Quadro XIV-Distribuição das mulheres assistidas segundo o planejamento ou não da gravidez**

Pergunta : A gravidez foi planejada ?

SIM	%	NAO	%
24	29	59	71

**Quadro XV-Distribuição das mulheres assistidas de acordo com os métodos contraceptivos utilizados.**

TIPO	NÚMERO	%
FILULA	49	59
PRESERVATIVO	04	05
COITO INTERROMPIDO	06	07
TABELA	06	07
OUTROS	02	03
NENHUM	16	19
TOTAL	83	100

De acordo com os quadros XIV e XV constatamos que na maioria das puérperas assistidas a gravidez não foi planejada e o método contraceptivo mais utilizado é a pílula. O fato da maioria das gestações não serem planejadas, parece que se deve ao desconhecimento do uso correto dos métodos contraceptivos.

**Dúvida da mãe e familiares quanto a assistência com o recém-nascido.**

Por motivos já citados anteriormente, não conseguimos detectar as dúvidas dos familiares. Constatamos que a maioria das dúvidas das mães, principalmente das primíparas, eram referentes aos cuida

dos com o coto umbilical (curativo, higiene).

### **Percepção e dúvida da mãe e familiares quanto a assistência da puérpera.**

Dentre as percepções e dúvidas, com relação aos cuidados no puerpério, notamos que as puérperas tinham mais interesse em saber os cuidados referentes às mamas, amamentação e higiene. Nota-se mais uma vez a precariedade dos serviços de pré-natal, que ocasionam este tipo de dúvida no puerpério.

### **O que acha do bico artificial ou chupeta**

Podemos constatar através da assistência prestada que o uso de chupetas é um procedimento que está enraizado na nossa cultura, independente de nível sócio-econômico. Mediante deste fato, sentimos a necessidade de divulgar as desvantagens de seu uso (ver anexo 7), principalmente por ser este um dos passos para o sucesso do aleitamento materno.

Relataremos agora alguns depoimentos das puérperas referente ao uso de chupetas:

"Li os cartazes que falam sobre as chupetas, não vou dar".

"Pretendo não dar pois minha filha mais velha já tem problemas nos dentes".

"Vou tentar não dar, o meu outro filho não quis".

"Não gosto não dei para minha outra filha".

"Já tentei dar para os outros mas não pegaram".

"Não sei , se não der a chupeta ele vai chupar o dedo, aliás, já está chupando".

"Só não vou dar aqui na maternidade porque é proibido , quando chegar em casa vou dar".

"Não sabia que fazia mal".

"Não vou dar bico prejudica . Meu outro filho tem 5 anos e não consegue largar".

"Não gosto, porque a gente não fica em cima da criança , e daí o bico fica rolando".

"Ruim, não gosto, seca a garganta".

"É normal dar o bico".

"Acho bom o nenê não chora".

"Se chorar muito vou dar".

"Acho uma boa".

"Em último caso vou dar".

**O que acha de amamentar na primeira meia hora após o nascimento.**

Amamentar o nenê na primeira meia hora após o nascimento é um dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. A Maternidade Carmela Dutra está ativamente empenhada em implantar este passo nas salas de partos. Apresentaremos a seguir algumas opiniões das puérperas à respeito deste assunto:

"No meu primeiro parto colocaram , mas desta vez foi mais emocionante."

"Não sei, a gente está tão fraca né."

"Não quis porque estava morrendo de dor."

"E bom , ele já sente o calor da gente né."

"Se não tiver com dor até que pode ser legal."

"Eu acho que nem tem leite ainda."

"Ele não conseguiu mamar, mas eu achei ótimo este primeiro contato."

"Não me senti bem , não me senti confortável, pedi para retirar o nenê."

"Gostei aprendi no cursinho que fiz, que logo que o nenê nasce tem que colocar ele perto da mãe."

"Não gostaria tadinho, está ali nuzinho."

"Acho ótimo deveria acontecer."

"Acho legal só que aqui não foi feito."

"Bom mas não fazem."

### **O que sabe sobre Alojamento Conjunto**

Das 83 puérperas assistidas, embora 100% estivessem no sistema alojamento conjunto, 80 responderam "não sei" e apenas 3 pacientes souberam responder a esta pergunta. Apresentaremos os três depoimentos das mesmas sobre alojamento conjunto:

"...deixa eu pensar...é a mãe e o nenê juntos".



"E quando a criancinha fica junto, né?"

"O nenê não vai para o berçário, fica com a mãe. Eu aprendi no cursinho do posto onde fiz o pré-natal."

### **Como se sente com a chegada do recém-nascido**

Apesar da maioria das gestações não serem planejadas, a aceitação do recém-nascido foi muito boa. As mães na maioria das vezes respondiam que estavam muito felizes.

"Estou contente demais, agora fiquei com um casalzinho".

"Me sinto feliz e diferente. Tenho outra responsabilidade. Era só eu e meu marido, agora tenho mais um compromisso".

"Muito feliz sempre quis ter um filho".

"Meu marido é espírita e seu lema é: cresci, multiplicai-vos e floresci a face da terra".

"Ah! Meu Deus. Não tem explicação, é tão puro e tão amado".

"Estou muito incomodada, esperei 9 meses para ganhar a minha filha. Tive o trabalho de ganhar e agora meus parentes querem que eu dê a minha filha. Não tem dinheiro no mundo que pague a doação".

### 6.3 - DESCRIÇÃO DO PROCESSO BASEADO NO INSTRUMENTO DE TRABALHO

#### Processo I

*Identificação da puérpera* - R.S., 31 anos, branca, casada, primeiro grau, católica, brasileira, internada na unidade VIII, alojamento conjunto.

*Antecedentes pessoais da puérpera* - doenças na família - nega; doenças da infância - nega.

*Antecedentes obstétricos e ginecológicos* - gesta 3; abortos 0; nascimentos vivos 4; 1 gemelar.

*Gestação Atual* - DUM:03/07/93; duração da gestação:40s e 1 dia; DPP:10/04/94; teve apenas enjoos até 3 meses na gravidez, realizou o pré-natal no Hospital Universitário, com 6 consultas realizadas e fez exames de sangue, urina, fezes e 2 ultrassonografia. Parto domiciliar, gemelar dia 11/04/94 o primeiro recém-nascido apresentação cefálica sexo feminino, o segundo apresentação pélvica sexo feminino, no horário 1:00 e 1:15 horas.

#### *Problemas Relacionados com as Necessidades Psicobiológicas*

*Oxigenação*: eupneica, R - 18mrpm, tipo costal superior, com boa expansão pulmonar.

*Regulação térmica e vascular*: P - 64bpm; P.A - 120/80mmHg; T - 36.3 graus centígrados.

*Eliminação*: urinou duas vezes; não evacuou; lóquios sangüinolentos, em média quantidade, aspecto fisiológico, odor característico; vômitos não ocorreram.

#### *Integridade Física e Cutâneo Mucosa*

*Tórax* : mamas tamanho normal, simétricas, normotensas, mamilos tipo protrusos, íntegros, com colostro em ambas.

Abdome flácido, útero contraído abaixo da cicatriz umbilical.

Lacerações baixas da parede vaginal e do períneo, acompanhados de edema.

Edema nos membros inferiores.

Bom aspecto geral.

*Problemas Relacionados com as Necessidades , Psicossociais e Espirituais da Puérpera*

*-Aprendizagem*

Conhecimentos específicos do recém-nascido: quanto aos cuidados com o coto umbilical - "tenho experiências dos outros filhos, não molhar, e trocar o curativo passando mercúrio umas duas vezes ao dia". Higiene: "só vou passar uma fraldinha molhada com água morna, e dar banho só quando o umbiguinho cair". Vestuário: "usar as roupas que tem". Amamentação: "quero dar bastante leite materno, para elas crescerem bem fortes; enquanto eu tiver leite estarei sempre pronta para elas".

Conhecimentos específicos do puerpério: cuidados com a mama: "dar banho de sol pela manhã, e estar sempre com elas bem limpinhas". Higiene: "Vou lavar a minha cabeça sem esperar por 30 dias". Alimentação: "pretendo comer de tudo".

*- Aceitação/Auto-Realização/Auto Estima*

A gravidez não foi planejada. Aqui passamos a relatar o que a puérpera nos contou referente ao seu parto domiciliar: "A sorte é que eu saí do bacio, e me abaixei no piso do banheiro e o primeiro neném veio, senti uma dor horrível, jamais quero passar por algo semelhante, minha vagina arrebentou-se toda, fiquei apavorada e comecei a gritar por socorro, onde os vizinhos começaram a chegar, mas em vez de ajudar, me deixaram mais apavorada, só olhavam não

faziam nada. Graças a Deus que chegou uma conhecida que mora perto da minha casa, que me ajudou, ela trabalha aqui na Maternidade como cozinheira, ela com ajuda de outra senhora fizeram o parto, esterilizaram a tesoura e cortaram o cordão umbilical das meninas, disse-me que viu por várias vezes os estagiários de medicina fazer partos, onde fez o meu sem problema algum, pelo contrário foi quem nos salvou. A segunda foi pior ainda desceu em pé, veio uma perna até o joelho e depois consegui puxar a outra perna, onde veio com os braços para cima. Após isto chegaram os bombeiros, que me trouxeram para a Maternidade, e foi retirado a placenta, foi feito vários pontos em mim, e disseram que estava tudo bem. Vieram vários médicos para me ver, estavam muito admirados e disseram que este parto é muito difícil. Quero agradecer todos os dias a Deus, pela a graça que ele me concedeu e principalmente por minhas filhas estarem com saúde e perfeitas. Eu estava em casa apenas com meus dois filhos Débora de 11 anos e Devid de 3 anos, meu marido sai para trabalhar como ajudante de pedreiro na praia da Pinheira na segunda-feira e só retorna na sexta-feira, estou ansiosa para que ele conheça as duas filhas que nasceram. Com a chegada das recém-nascidas se sente bastante feliz, acariciou e beijou a filha que estava ao seu colo.

Quem ajudará a mãe no cuidado das recém-nascidas é o marido e a sua mãe.

#### **Prescrição de Enfermagem**

- Ouvir, conversar e assistir a puérpera no que for necessário.
- Fazer controle dos Sinais vitais.
- Observar e registrar diariamente os lóquios, avaliando cor,

quantidade e odor.

- Orientar a puérpera quanto a higiene vaginal e o uso de forro perineal, trocando-os sempre que necessário.
- Orientar a puérpera quanto a necessidade e a normalidade dos lóquios no puerpério.
- Fazer curativos na puérpera diariamente, e orientá-la quanto aos mesmos na alta.
- Orientar a puérpera para a deambulação precoce.
- Orientar a mãe quanto as vantagens e o manejo do aleitamento materno, e os cuidados com o recém-nascido.
- Orientar a puérpera quanto ao pós-parto tardio e o método contraceptivo.

### **Evolução de Enfermagem**

Primeiro dia do puerpério.

Paciente bem comunicativa. Eupneica, R-18mrpm, PA-120/80mmHg, T-36,3 graus centígrados, P-64 bpm. Mamas normotensas, simétricas, mamilos protrusos, com colostro em ambas as mamas. Abdome flácido, útero contraído abaixo do umbigo. Lóquios sangüinolentos em média quantidade, odor característico, com lacerações baixas da parede vaginal e do períneo, sendo que foi feita a higiene e curativo perineal. Edema de membros inferiores. Foi orientada quanto ao puerpério, lactação, métodos contraceptivos e os cuidados com o recém-nascido.

### **Processo II**

*Identificação da Puérpera* - I.B., 24 anos, branca, solteira, segundo grau, católica, brasileira, internada na unidade IV de siste

ma alojamento conjunto. Mora em um apartamento de 7 cômodos juntamente com A.J. 57 anos, advogado.

*Antecedentes Pessoais da Puérpera* - doenças na família nega; doenças anteriores nega.

*Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos* - gesta II, aborto I (espontâneo), nascimentos vivos I.

*Gestação Atual* - DUM:13/09/93; duração da gestação : 40s 2dias ; DPP: 16/06/94. Realizou o pré-natal no PAM do Centro, com 9 consultas, onde foram realizados exames de fezes, urina, sangue e ultra-sonografia. Teve parto normal com episiorrafia as 18:55 do dia 09/06/94. Recém-nascido vigoroso, apgar 9.

*Problemas Relacionados As Necessidades Humanas Básicas e Necessidades Psicobiológicas*

Oxigenação: eupneica, R-20mrpm, com boa expansão pulmonar.

Regulação térmica e vascular: P-80bpm, PA-120/70mmHg, T-36 graus centígrados.

Eliminações: urinou 4 vezes, não evacuou; lóquios sangüinolentos em média quantidade com odor característico.

*Integridade Física e Cutâneo Mucosa*

Tórax: mamas tamanho normal, normotensas, simétricas, mamilos protrusos íntegro com colostro em ambos.

Abdome: flácido, útero contraído na altura da cicatriz umbilical. Ausência de incisão e estrias.

Genitais externos: episiorrafia médio lateral. Ausência de edema, equimoses e lacerações.

Membros Inferiores: ausência de edemas e varizes.

Aspecto geral: corada, disposta, boas condições de higiene.

*Problemas Relacionados com as Necessidades Humanas Básicas, Psicos-*

*sociais e Espirituais da Puérpera - Aprendizagem*

Desconhece os cuidados com o recém-nascido referente à coto umbilical, higiene e vestuário. Desconhece os cuidados específicos do puerpério como: mamas, higiene perineal e alimentação. Pretende amamentar enquanto puder, tiver leite e o bebê quiser. Não vai dar chupeta ao neném. Quando questionada sobre o que achava de amamentar o bebê na primeira meia hora após o nascimento, respondeu: "Não senti muita emoção".

*Aceitação / Auto Realização / Auto Estima*

A gravidez não foi planejada. Referiu estar muito angustiada, pois o pai da criança nem ao menos telefonou para obter notícias.

"Meu filho foi muito rejeitado, tanto por minha parte quanto do pai dele. Depois eu aceitei, mas tava esperando uma menina.

Quando vi o resultado do ultrassom que vi que era um menino ,entrei em desespero e comecei a chorar...

Eu tenho medo da reação dele quando eu chegar em casa...

Ele nem me trouxe aqui , uma amiga minha é que veio comigo...

Meu filho acorda de vez em quando chorando , será que é porque ele foi rejeitado? "

**Prescrição de Enfermagem**

- Ouvir, conversar e assistir a puérpera no que for necessário.
- Controlar sinais vitais.

- Observar e registrar diariamente os lóquios, avaliando cor, quantidade, aspecto e odor.
- Orientar a puérpera quanto a necessidade e a normalidade dos lóquios no puerpério.
- Orientar quanto a higiene, cuidados e curativo no local da episio.
- Orientar quanto às medidas preventivas de fissura, engurgitamento, posição adequada para amamentar e preparo das mamas para amamentação.
- Orientar quanto à higiene, vestuário, amamentação e cuidados com o coto umbilical do recém-nascido.
- Discutir métodos contraceptivos.

### **Evolução de Enfermagem**

Segundo dia do puerpério.

Sinais Vitais: F-80bpm; PA-120/70mmHg; T-36 grau centigrado.

Mamas normotensas, simétricas, mamilo protruso, íntegro com colostro em ambos. Abdome flácido, útero contraído na altura da cicatriz umbilical. Lóquios fisiológicos. Orientada cuidados com o recém-nascido, mamas, métodos contraceptivos, higiene, curativo perineal, sexualidade e retorno ao ginecologista em 30 dias.

### **Processo III**

*Identificação da Puérpera* - R.L.R., 27 anos, branca, separada, católica, primeiro grau completo, esta foi sua III gestação, porém o primeiro filho que conseguiu ir à termo. Encontra-se internada na Maternidade Carlos Corrêa alojamento conjunto no seu primeiro dia de puerpério.



*Antecedentes Pessoais da Puérpera* - doença na família nega; doença na infância nega.

*Antecedentes Obstétricos e Ginecológicos* - Gesta III; Aborto II; Nascimentos vivos I.

Gestação Atual - DUM: 26/08/93, duração da gestação: 39 semanas e 3 dias; DPP: 06/06/94; teve episódios de vômitos e enjoos apenas no primeiro trimestre de gravidez, realizou o pré-natal através do correio, não recebendo orientações sobre cuidados com as mamas, preparo das mamas para amamentação e importância do aleitamento materno. Teve parto normal com episiorrafia no dia 02/06/94 às 11:35 horas. Recém-nascido vigoroso, apgar 9.

*Problemas Relacionados com as Necessidades Humanas Básicas e Necessidades Psicobiológicas*

Oxigenação: eupneica, R:19mrpm, boa expansão pulmonar.

Regulação térmica e vascular: PA:120/80mmHg, P:75bpm, T:36,5 grau centígrado.

Eliminações: urinou uma vez, não evacuou. Lóquios em média quantidade, sangüinolento, com odor característico. Não apresentou episódios de vômito.

*Integridade Física e Cutâneo Mucosa*

Tórax: mamas tamanho normal, simétricas, normotensas, mamilos tipo protrusos, íntegros, com colostro em ambas.

Abdome flácido, útero contraído abaixo da cicatriz umbilical.

Genitais externos: episiorrafia sem quaisquer alterações.

Membros inferiores: com edema.

Apresenta aspecto geral bom, corada.

*Problemas Relacionados com as Necessidades Humanas Básicas, Psicossociais e Espirituais da Puérpera - Aprendizagem*

Não possui tabus quanto aos seus cuidados no puerpério e com os cuidados do recém-nascido.

Conhecimentos específicos do recém-nascido: quanto aos cuidados com o coto umbilical - "o que eu sei, é o que eu vi as minhas cunhadas e minhas irmãs fazendo - que não se deve molhar e tem que botar uma gase com mercúrio".

Higiene: "Eu só vou lavar com um paninho, até cair o umbigo".

Amamentação: "Acho amamentar uma coisa maravilhosa, se depender de mim, ele não vai parar de mamar mesmo".

Conhecimentos específicos do puerpério: "É bom tomar sol nos seios, e tirar leite quando os seios ficarem duros".

Higiene: "Eu vou tomar banho normal né? Tem algum problema?".

Alimentação: "AH a gente não pode comer feijão, repolho, comida muito carregada".

Aceitação / Auto Realização / Auto Estima

A gravidez não foi planejada, pois a puérpera já tinha perdido às esperanças de que um dia poderia engravidar, pois tinha problemas. Ocorreu dois abortos, isso fez com que não utilizasse nenhum método contraceptivo. Está muito feliz com a chegada do recém-nascido. "Sempre, sempre quis ter um filho". Todos os seus familiares estão ansiosos com a chegada do recém-nascido. "Todos estavam torcendo para dar certo". Quem ajudará a puérpera no cuidado do bebê é a sua mãe e suas irmãs.

#### **Prescrição de Enfermagem**

- Ouvir, conversar e assistir a puérpera no que for necessário.
- Controlar sinais vitais.
- observar e registrar diariamente os lóquios, avaliando cor, quantidade, aspecto e odor.

- Orientar a puérpera quanto à higiene vaginal e o uso de forro perineal, trocando-os sempre que necessário, e após fazer o curativo da episio.
- Orientar a puérpera quanto a necessidade e a normalidade dos lóquios no puerpério.
- Orientar a puérpera quanto aos cuidados com as mamas, higiene e exercícios.
- Orientar a mãe quanto aos cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno.

### **Evolução de Enfermagem**

Primeiro dia do puerpério. Paciente sente-se bem, comunicativa, disposta. Mamas com características gravídicas, simétricas, normotensas, colostro em ambas. Abdome flácido, útero contraído, lóquios fisiológicos, urinou e não evacuou. Orientada quanto aos cuidados específicos do puerpério tais como: preparo da mama para amamentação, importância do aleitamento materno, higiene, alimentação, sexualidade, expectativas da puérpera. Sinais Vitais: PA-120/80mmHg, F-75mpm, T-36,5 grau centigrado.

## **6.4 - AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS**

### **6.4.1 - Relacionando os objetivos previstos e alcançados.**

*- Identificar as Necessidades Humanas Básicas da puérpera envolvendo o recém-nascido e a família.*

Foram levantados os problemas de enfermagem das pacientes e questionado os conhecimentos que possuíam sobre cuidados no pós-parto incluindo o recém-nascido. Para direcionar esta prática utilizamos nosso instrumento de trabalho (histórico de enfermagem)

, já mencionado anteriormente.

*- Estabelecer um plano assistencial de enfermagem, juntamente com a puérpera com base nas Necessidades Humanas Básicas afetadas.*

Foram elaborados planos assistenciais diários baseados nas Necessidades Humanas Básicas das puérperas. Isto foi possível atingir através de observações e levantamentos diários em contatos realizados com as puérperas, implementando o plano assistencial com base nas Necessidades Humanas Básicas afetadas.

*- Implementar plano assistencial com base nas necessidades humanas básicas afetadas.*

*Estes planos foram implementados através de consultas à literaturas específicas, fazendo relação da teoria com a prática, havendo sempre um empenho do grupo neste sentido.*

*- Avaliar a assistência prestada.*

Foram feitos registros semanais de acordo com o instrumento elaborado, onde foi alcançado o mínimo estabelecido no objetivo (90% dos pontos).

*- Proteger, promover e apoiar o aleitamento materno.*

Houve conscientização por parte dos profissionais e da maioria das puérperas da importância do alojamento conjunto e do cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, bem como a compreensão sobre a importância do aleitamento materno. Foi dado uma maior ênfase ao nono passo: "Não dar bicos artificiais e chupetas às crianças amamentadas ao seio". Houve uma grande sensibilização das desvantagens do uso de bicos artificiais ou chupetas, através da divulgação deste passo por meio de cartazes, espalhados pela maternidade.

- *Aprofundar conhecimentos teórico clínicos acerca da saúde da mulher e da criança.*

Houve participação do grupo no I Encontro Estadual sobre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, realizado em Florianópolis-SC, em 15/04/94, onde foram discutidos assuntos referentes à Iniciativa Hospital Amigo da Criança( Dez passos para o sucesso do aleitamento materno), à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e o Programa Nacional da Iniciativa ao Aleitamento Materno.( Anexo 009 )

Por motivo de incompatibilidade de horário, apenas uma componente do grupo pode participar do curso para equipes de saúde da Maternidade Carmela Dutra para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno ( 18 horas - UNICEF/OMS-1993) Treinamento sobre Aleitamento Materno,( Anexo 008 ) atuando como ouvinte e palestrante, divulgando o nono passo para o sucesso do aleitamento materno . Mediante isto podemos afirmar que houve crescimento do grupo tanto no que diz respeito à teoria como a prática.

#### **6.4.2 - Objetivos não propostos e realizados**

Por sugestão e solicitação de nossa supervisora , divulgamos em toda Maternidade o nono passo para o sucesso do aleitamento materno, por meio cartazes e de um instrumento elaborado pelas autoras no qual enfatizava as desvantagens do uso de bicos artificiais ou chupetas,que além de serem afixadas nas paredes da maternidade, foram entregues à cada puérpera assistida.

No curso de treinamento sobre aleitamento materno houve a participação de um membro do grupo como palestrante discorrendo sobre as desvantagens dos bicos artificiais e as complicações que podem

ocorrer nas mamas.

No decorrer de nossa prática, sentimos a necessidade de modificar no instrumento de trabalho, acrescentando itens que melhor suprissem as necessidades por nós detectadas.

## VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução deste trabalho contribuiu para o nosso crescimento científico, intelectual e espiritual. Houve junto as puérperas que assistidas um relacionamento de troca de conhecimentos através de uma relação pessoa a pessoa.

A escolha da teoria das necessidades humanas básicas veio contribuir para que este relacionamento contemplasse a puérpera como um todo, tendo sempre como meta a visão holística do ser humano como preconiza Horta. Concluimos ser de grande importância seus conceitos sobre ser humano, doença, saúde, enfermagem e cuidados de enfermagem.

Apesar das teorias de enfermagem não serem recentes, estão sendo descobertos caminhos alternativos de assistência de enfermagem. A operacionalização dos conceitos e das propostas de assistência das teorias direcionando a prática é uma tendência a favorecer o assistir. Diante disto vimos que nós enfermeiros não podemos e não devemos ficar limitados apenas a seguir o que é determinado, pois possuímos um grande potencial de capacidade e conhecimentos para abrir e trilhar novos caminhos.

E foi acreditando nisso que desenvolvemos nosso projeto, com a certeza de termos ajudado de um jeito ou de outro a suprir as necessidades das puérperas.

Passaremos a descrever algumas dificuldades e facilidades que encontramos no decorrer de nossa trajetória e algumas sugestões para a instituição.

### **7.1 - Facilidades encontradas**

A teoria das Necessidades Humanas Básicas nos deu bons parâmetros para execução do trabalho.

O estágio propiciou um bom embasamento teórico prático.

Boa relação com a orientadora e supervisora.

Confiança das pacientes depositada em nós.

Autonomia e liberdade para atuação.

### **7.2 - Dificuldades encontradas**

Preocupação com o tempo de duração da greve e uma certa insegurança inicial, quanto ao desenvolvimento do nosso projeto. Posteriormente quando reiniciamos o estágio houve uma certa preocupação com o excesso de horas à recuperar. Sentimento este resolvido à medida que íamos recuperando estas horas, diariamente com o acréscimo de 1 hora ao expediente normal e demais recuperadas no turno vespertino.

Houve uma certa dificuldade com algumas puérperas em fazê-las acreditar sobre as desvantagens do uso de bicos artificiais ou chupetas.

Houve dificuldade por parte de 2 membros do grupo em participar do curso de treinamento sobre aleitamento materno, por incompatibilidade de horário.

### **7.3 - Sugestões para a Instituição**

Durante o desenvolvimento de nosso estágio, observamos a neces



cidade de horários de visitas matutino, principalmente para o pai, que geralmente trabalha e não pode visitar no horário vespertino, apesar de existir a licença paternidade os pais ainda apresentam dificuldades, pois geralmente são autônomos (mão de obras primária), sugerimos então um breve horário de visitas no período matutino e o aumento de 1 hora no horário vespertino.

Sugerimos a redução do tempo entre o nascimento do bebê e a chegada deste no alojamento conjunto. (Como foi verificado com vários neném que nasceram 2:00 horas na madrugada e só chegaram no alojamento conjunto para mamar às 10:30 horas).

Verificamos também a necessidade da realização de cursos de humanização para os profissionais que trabalham na instituição, promovendo com isto o aumento na qualidade dos serviços prestados.

Recomendamos a equipe de enfermagem, que façam uma escala semanal, destacando um funcionário responsável pelo reabastecimento das saboneteiras, álcool e papel toalha nas unidades, com isto poderá promover uma boa higiene das mãos.

Notamos a necessidade de colocar toalhas de banho para as puérperas poder fazer sua higiene diária, bem como um tapete para as mesmas não colocarem seus pés no piso gelado.

Observamos a necessidade de um aparelho de aspiração para os recém-nascidos no alojamento conjunto, tendo em vista que não é incomum os casos em que as crianças ficam cianóticas por obstrução das vias aéreas.

Finalmente, esperamos que a Maternidade Carmela Dutra continue sua luta a caminho dos dez passos para o sucesso do aleitamento (I.H.A.C.) com o mesmo entusiasmo e vontade demonstrados durante nossa permanência na instituição.

#### 7.4 - Sugestões para a Universidade

As ações sobre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança devem ser alvo de uma constante participação geral de todos os meios envolvidos para este fim, e sugerimos que para o bom desenvolvimento e implantação total em todos os locais ligados a área da saúde, deva a Universidade Federal de Santa Catarina ,a exemplo que já vem sendo feito pelo Departamento da Enfermagem , procurar estimular todos os pontos fundamentais da I.H.A.C.,nos demais Departamentos(Nutrição, Odontologia, Pediatria, Tocoginecologia etc.) promovendo os dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno,pois o leite materno é o alimento mais completo e sofisticado do mundo, e o melhor para todos os bebês.

## VIII - BIBLIOGRAFIA

ABNT, Referências Bibliográficas. Fórum Nacional de Normalização, agosto de 1989, RJ.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Institucional ao Parto e ao Recém-Nascido. Brasília, PAISM, 1991.

-----, Normas Básicas para Alojamento Conjunto. Brasília: OMS/OPAS/UNICEF, 1993.

-----, A Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Folder .Brasília, 1993.

CARVALHO, Geraldo Mota de. Enfermagem em Obstetrícia. 1 ed. EPU, São Paulo, 1990.

CHODOROW, Nancy. Psicanálise da Maternidade. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

ESTERIK, Penny Van. Mulher, Trabalho e Amamentação. Brasília: Departamento de Antropologia, 1993.

- HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1973.
- IBFAN. Atualidades em amamentação, número 13, dezembro 1993.
- KLAUS, Marshall H., KENNEL, John H. La Relación Madre - Hijo. Buenos Aires: Panamericana, 1978.
- MARTINS, José F. Como e Porque Amamentar. São Paulo: Savier, 1984.
- MIURA, Ernani. Neonatologia Princípios e Prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- OMS/UNICEF. Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno. Ministério da Saúde. Brasília: OMS/UNICEF, 1989.
- RAMOS, José Lauro Araújo, VAZ, Flávio Adolfo Costa. Pediatria Neonatal. São Paulo: Savier, 1978.
- REZENDE, Jorge de, MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. Obstetrícia Fundamental. 6 ed. Guanabara: Koogan SA. Rio de Janeiro, 1993.
- SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos. A mulher como foco central na prática do aleitamento materno: Uma experiência assistencial fundamentada na Teoria do auto-cuidado de Orem. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 1991.

---

Aleitamento Materno. IN

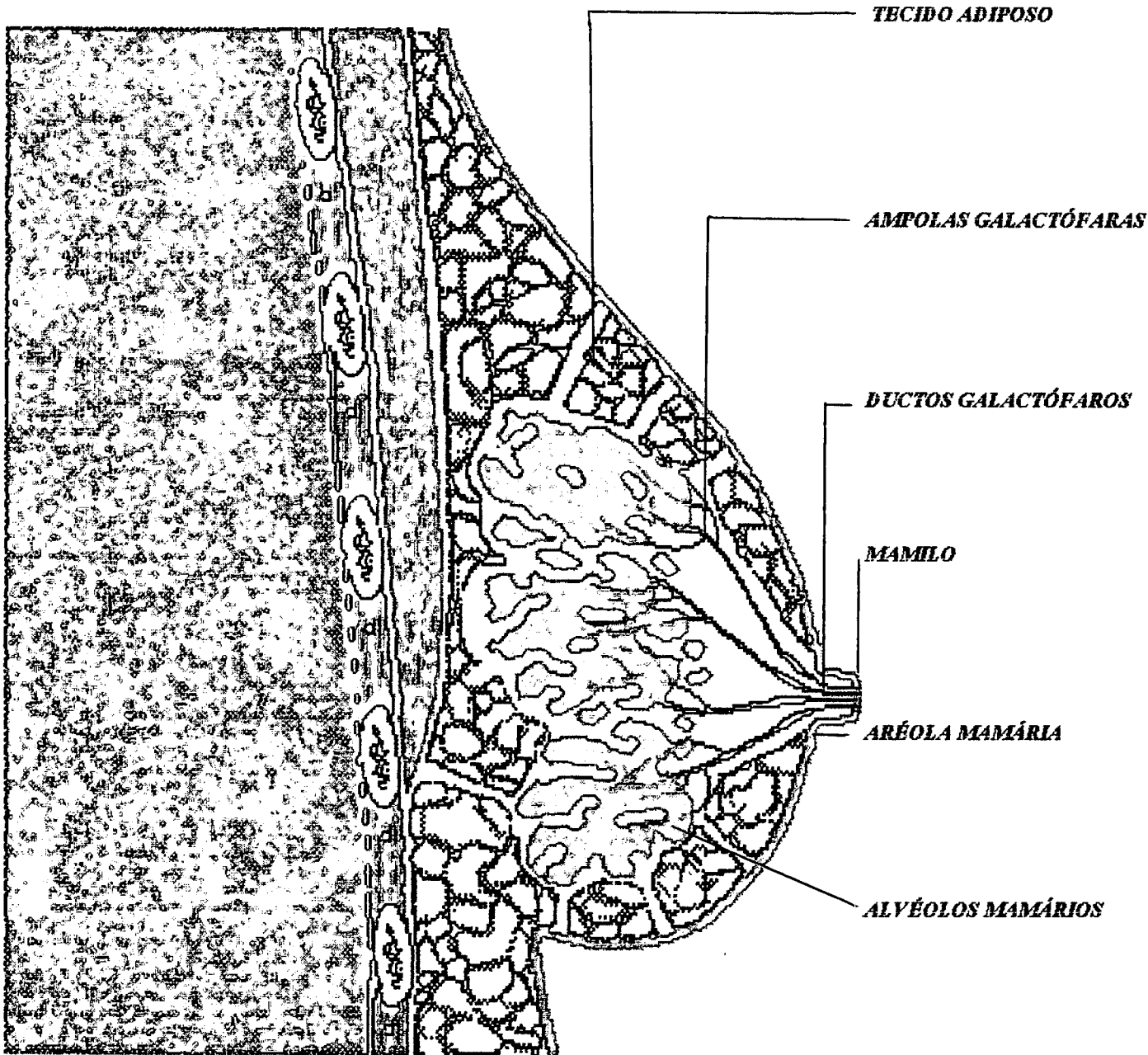
SCHMITZ, Edilza M.A. Enfermagem em Pediatria e Puericultura. Rio de Janeiro, Atheneu, 1989, Cap.II.

SLUCKIN, Wladypeaw, HERBERT, Martin, SLUCKIN, Alice. Vínculo Materno. São Paulo: Paulinas, 1990.

ZIEGUEL, Erna e CRANLEY, MECCA S. Enfermagem Obstétrica. 8 ed. Guanabara. Rio de Janeiro, 1985.

A N E X O S

A N E X O I





**A N E X O    I I**



ANEXO - ROTEIRO PARA O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM E EVOLUÇÃO

2. ) ANTECEDENTES PESSOAIS DA PUERPERA

2.1.- DOENÇAS NA FAMÍLIA.....: \_\_\_\_\_

2.2.- DOENÇAS ANTERIORES... : \_\_\_\_\_

2.3.- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E GINECOLÓGICOS

2.3.1- NÚMERO DE GESTAÇÕES...: \_\_\_\_\_

2.3.2- ABORTOS.....: \_\_\_\_\_

2.3.3- NASCIMENTOS VIVOS.....: \_\_\_\_\_

2.3.4- OCORRÊNCIAS NO PERÍODO NEONATAL: \_\_\_\_\_

2.3.5- AMAMENTAÇÃO.....: \_\_\_\_\_

2.4.- GESTAÇÃO ATUAL

2.4.1- D.U.M.....: \_\_\_\_\_

2.4.2- DURAÇÃO DA GESTAÇÃO : \_\_\_\_\_

2.4.3- INTERCORRÊNCIAS.....: \_\_\_\_\_

2.4.4- PRE NATAL: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: \_\_\_\_\_

2.4.5- NÚMERO DE CONSULTAS...: \_\_\_\_\_

2.4.6- EXAMES REALIZADOS.....: \_\_\_\_\_

2.4.7- CONDIÇÕES DO RECIÉM NASCIDO AO NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

ANEXO - ROTEIRO PARA O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM E EVOLUÇÃO

3. ) PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS N.H.B.

PUERPERA

- NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

3.1. - OXIGENAÇÃO

3.1.1- TIPO.....: \_\_\_\_\_

3.1.2- FREQUENCIA.....: \_\_\_\_\_

3.2. - REGULAÇÃO TERMICA E VASCULAR

3.2.1- FREQUENCIA CARDIACA...: \_\_\_\_\_

3.2.2- PRESSÃO ARTERIAL.....: \_\_\_\_\_

3.2.3- TEMPERATURA.....: \_\_\_\_\_

3.3. - ELIMINAÇÃO

3.3.1- URINARIA.....: \_\_\_\_\_

3.3.2- INTESTINAL.....: \_\_\_\_\_

3.3.3- LOQUIOS(QTIDADE/ASPECTO/ODOR)  
: \_\_\_\_\_

3.3.4- VOMITOS(QTIDADE/ASPECTO/ODOR)  
: \_\_\_\_\_

3.4. - INTEGRIDADE FISICA E CUTANEO MUCOSA

3.4.1- TORAX

3.4.1.1- MAMA- TAMANHO.....: \_\_\_\_\_

SIMETRIA.....: \_\_\_\_\_

TURGIDEZ.....: \_\_\_\_\_

PRESENÇA DE ESTRIAS: \_\_\_\_\_

3.4.1.2- MAMILOS- TIPO.....: \_\_\_\_\_

INTEGRIDADE: \_\_\_\_\_

EXCREÇÃO LACTEA: \_\_\_\_\_

3.4.1.3- ABDOME

INVOLUÇÃO UTERINA (A.F.U.) : \_\_\_\_\_

INCISÃO.....: \_\_\_\_\_

ESTRIAS.....: \_\_\_\_\_

3.4.1.4- GENITAIS EXTERNOS

EPISIORRAFIA.....: \_\_\_\_\_

EDEMA.....: \_\_\_\_\_

EQUIMOSSES.....: \_\_\_\_\_

LACERAÇÕES.....: \_\_\_\_\_

3.4.1.5- MEMBROS INFERIORES

EDEMA.....: \_\_\_\_\_

VARIZES.....: \_\_\_\_\_

3.4.1.6- ASPECTO GERAL

APARENCIA.....: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE HIGIENE: \_\_\_\_\_

ANEXO - ROTEIRO PARA O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM E EVOLUÇÃO

4. ) PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS N.H.B.

PUERPERA

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS E ESPIRITUAIS

4.1.- APRENDIZAGEM/VERIFICAR

4.1.1- PERCEPÇÕES, EXPERIÊNCIAS E CONHECIMENTOS, INCLUINDO CRENÇA E VALORES NO CUIDADO A PUERPERA E AO RECEM NASCIDO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.2.- CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DO RECEM NASCIDO

4.2.1- CUIDADO COM O COTO....: \_\_\_\_\_

4.2.2- HIGIENE.....: \_\_\_\_\_

4.2.3- VESTUÁRIO.....: \_\_\_\_\_

4.2.4- AMAMENTAÇÃO.....: \_\_\_\_\_

4.2.5- DÚVIDAS.....: \_\_\_\_\_

4.3 - ESPECÍFICOS DO PUERPERIO

4.3.1- CUIDADOS COM A MAMA...: \_\_\_\_\_

4.3.2- HIGIENE.....: \_\_\_\_\_

4.3.3- ALIMENTAÇÃO.....: \_\_\_\_\_

4.3.4- DÚVIDAS.....: \_\_\_\_\_

ANEXO - ROTEIRO PARA O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM E EVOLUÇÃO

4. ) PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS N.H.B.

PUERPERA

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS E ESPIRITUAIS

5.1.- ACEITAÇÃO/AUTO-REALIZAÇÃO/AUTO-ESTIMA

5.1.1- A GRAVIDEZ FOI PLANEJADA ? \_\_\_\_\_

5.1.2- COMO SE SENTEM COM A CHEGADA DO R.N. ?(OBSERVAR E DESCRIVER A REAÇÃO) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.1.3- METODOS CONTRACEPTIVOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.1.4- OBSERVAR RELAÇÃO :

MAE / R.N. : \_\_\_\_\_

PAI / R.N. : \_\_\_\_\_

PAI / MAE : \_\_\_\_\_

AVOS, IRMÃOS / R.N.....: \_\_\_\_\_

6.1. - GREGARIA

6.1.1- COMO A FAMÍLIA IRA SE AJUDAR NESTA FASE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.1.2- QUEM AJUDARA A MAE NO CUIDADO DO R.N.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.1.3- QUEM AJUDARA NOS DEMAIS AFAZERES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ANEXO - ROTEIRO PARA O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM E EVOLUÇÃO

1. ) IDENTIFICAÇÃO

1.1.- NOME DA MÃE .....: \_\_\_\_\_

- IDADE DA MÃE.: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ TIPO DE PARTO.....: \_\_\_\_\_

- ENDEREÇO.....: \_\_\_\_\_

- RELIGIAO...: \_\_\_\_\_ ORIGEM ÉTNICA.....: \_\_\_\_\_

- CONDIÇÕES DE MORADIA.....: \_\_\_\_\_

- CONDIÇÕES SOCIO ECONÔMICA.: \_\_\_\_\_

1.2.- DADOS BÁSICOS DA FAMÍLIA

! NOME	! PARENTESCO!	COR	! SEXO!	IDADE!	EST.CIVIL!	ESCOLAR.!	OCUPAÇÃO!
! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !
! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !
! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !
! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !
! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !
! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !
! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !
! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !
! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !	! ! ! ! ! ! ! !

2. ) ANTECEDENTES PESSOAIS DA PUERPERA

2.1.- DOENÇAS NA FAMÍLIA.....: \_\_\_\_\_

2.2.- DOENÇAS ANTERIORES... : \_\_\_\_\_

2.3.- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E GINECOLÓGICOS

2.3.1- NUM DE GESTAÇÕES.: \_\_\_\_\_ 2.3.2-ABORTOS.: \_\_\_\_\_ 2.3.3- NASCIMENTOS VIVOS.: \_\_\_\_\_

2.3.4- OCORRÊNCIAS NO PERÍODO NEONATAL: \_\_\_\_\_

2.3.5- ATE QUANDO AMAMENTOU O ÚLTIMO FILHO ? \_\_\_\_\_

2.3.6- TEVE ALGUMA OCORRÊNCIA NA LACTAÇÃO ? \_\_\_\_\_

2.4.- GESTAÇÃO ATUAL

2.4.1- D.U.M.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/D.P.P.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/2.4.2-DURAÇÃO DA GESTAÇÃO: \_\_\_\_\_

2.4.3- INTERCORRÊNCIAS.....: \_\_\_\_\_

2.4.4- PRE NATAL: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: \_\_\_\_\_

2.4.5- RECEBEU ORIENTAÇÕES QUANTO AO ALEITAMENTO, EXERCÍCIOS COM AS MAMAS, E AS VANTAGENS DO MESMO ? \_\_\_\_\_



2.4.6- NUMERO DE CONSULTAS...: \_\_\_\_\_

2.4.7- EXAMES REALIZADOS.....: \_\_\_\_\_

2.4.8- CONDIÇÕES DO RECEM NASCIDO AO NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

3. ) PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS N.H.B.-PUERPERA-NECESSIDADES PSICOBIOLOGICA

3.1. - OXIGENAÇÃO

3.1.1- FREQUENCIA.....: \_\_\_\_\_

3.2. - REGULAÇÃO TERMICA E VASCULAR

3.2.1- FREQUENCIA CARDIACA.: \_\_\_\_\_ 3.2.2-PRESSÃO ARTERIAL.: \_\_\_\_\_

3.2.3- TEMPERATURA.: \_\_\_\_\_

3.3. - ELIMINAÇÃO

3.3.1- URINARIA.: \_\_\_\_\_ 3.3.2- INTESTINAL.: \_\_\_\_\_

3.3.3- LOQUIOS(QTIDADE/ASPECTO/ODOR): \_\_\_\_\_

3.3.4- VOMITOS(QTIDADE/ASPECTO/ODOR): \_\_\_\_\_

3.4. - INTEGRIDADE FISICA E CUTANEO MUCOSA

3.4.1- TORAX

3.4.1.1- MAMA- TAMANHO.: \_\_\_\_\_ SIMETRIA.: \_\_\_\_\_ TURGIDEZ.: \_\_\_\_\_

3.4.1.2- MAMILOS- TIPO.: \_\_\_\_\_

INTEGRIDADE: \_\_\_\_\_ EXCREÇÃO LACTEA: \_\_\_\_\_

3.4.1.3- ABDOME

INVOLUÇÃO UTERINA (A.F.U.) : \_\_\_\_\_

INCISÃO.: \_\_\_\_\_ ESTRIAS.: \_\_\_\_\_

3.4.1.4- GENITAIS EXTERNOS

EPISIORRAFIA.: \_\_\_\_\_ EDEMA.: \_\_\_\_\_

EQUIMOSSES.: \_\_\_\_\_ LACERACOES.: \_\_\_\_\_

3.4.1.5- MEMBROS INFERIORES

EDEMA.: \_\_\_\_\_ VARIZES.: \_\_\_\_\_

3.4.1.6- ASPECTO GERAL

APARÊNCIA.: \_\_\_\_\_ CONDIÇÕES DE HIGIENE: \_\_\_\_\_

4.) PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS N.H.B. - PUERPERA - NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS E ESPIRITUAIS

4.1. - APRENDIZAGEM/VERIFICAR

4.1.1- PERCEPÇÕES, EXPERIÊNCIAS E CONHECIMENTOS, INCLUINDO CRENÇA E VALORES NO CUIDADO A PUERPERA E AO RECEM NASCIDO: \_\_\_\_\_

4.2. - CONHECIMENTOS ESPECIFICOS DO RECEM NASCIDO

4.2.1- CUIDADO COM O COTO.: \_\_\_\_\_ 4.2.2- HIGIENE.: \_\_\_\_\_

4.2.3- VESTUÁRIO.....: \_\_\_\_\_

4.2.4- PRETENDES AMAMENTAR.: ( ) SIM ( ) NÃO-QUANTO TEMPO: \_\_\_\_\_

SOB LIVRE DEMANDA ( DE QUE FORMA): \_\_\_\_\_

4.2.5- DUVIDAS.....: \_\_\_\_\_

4.2.6- O QUE ACHAS DOS BICOS ARTIFICIAIS OU CHUPETAS: \_\_\_\_\_

4.3 - ESPECIFICOS DO PUERPERIO

4.3.1- CUIDADOS COM A MAMA...: \_\_\_\_\_

4.3.2- HIGIENE.....: \_\_\_\_\_

4.3.3- ALIMENTAÇÃO.....: \_\_\_\_\_

4.3.4- DUVIDAS.....: \_\_\_\_\_

4.3.5- O QUE A MÃE ACHA DE AMAMENTAR O NENEM NA PRIMEIRA MEIA HORA DO NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

5. ) PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS N.H.B.

PUERPERA - NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS E ESPIRITUAIS

5.1. - ACEITAÇÃO/AUTO-REALIZAÇÃO/AUTO-ESTIMA

5.1.1- A GRAVIDEZ FOI PLANEJADA ? \_\_\_\_\_

5.1.2- COMO SE SENTEM COM A CHEGADA DO R.N. ? (OBSERVAR E DESCREVER A REAÇÃO) \_\_\_\_\_

5.1.3- MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: \_\_\_\_\_

5.1.4- OBSERVAR RELAÇÃO :

MÃE / R.N. : \_\_\_\_\_

O QUE VOCÊ SABE SOBRE ALOJAMENTO CONJUNTO: \_\_\_\_\_

6.1. - GREGARIA

6.1.1- QUEM AJUDARA A MÃE NO CUIDADO DO R.N.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.1.2- QUEM AJUDARA NOS DE MAIS AFAZERES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.1.3 -VOCE PRETENDE AMAMENTAR ATE QUANDO ? \_\_\_\_\_

VAI COMPLETAR COM OUTROS ALIMENTOS ? \_\_\_\_\_

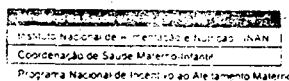
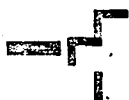
**A N E X O    I I I**



**Todas as Unidades de Saúde com serviço de maternidade e de assistência ao recém-nascido devem seguir os**

*Dez passos para o aleitamento materno bem-sucedido*

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
7. Praticar o alojamento conjunto — permitir que as mães e bebês permaneçam juntos — 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.



A N E X O    I V

## ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DA ASSISTENCIA PRESTADA

- Os objetivos serão alcançados se forem atingido no mínimo 80% da pontuação:

-Sempre (60 a 100%)

-Quase Sempre (30 até 60%)

-Raramente (até 30%)

1. Conseguimos identificar as necessidades das puérperas, envolvendo o recém-nascido e a família:

( ) Sempre      ( X ) Quase Sempre      ( ) Raramente

2. Estabelecendo um Plano Assistencial de Enfermagem juntamente com a puérpera conseguimos:

- Ajudar as puérperas no cuidado com as mamas:

( X ) Sempre      ( ) Quase Sempre      ( ) Raramente

- Ajudar as puérperas nos cuidados com o recém-nascido:

( X ) Sempre      ( ) Quase Sempre      ( ) Raramente

- Orientar as mães nos cuidados consigo no período puerperal:

( X ) Sempre      ( ) Quase sempre      ( ) Raramente

- Orientar as mães sobre as características próprias do recém nascido:

( X ) Sempre      ( ) Quase Sempre      ( ) Raramente

- Apoiar as puérperas para o aleitamento materno:

( X ) Sempre      ( ) Quase Sempre      ( ) Raramente

2. Conseguimos Proteger, Promover e Apoiar o Aleitamento Materno:

( X ) Sempre      ( ) Quase Sempre      ( ) Raramente

A N E X O V



Tabela 2.1  
Composição do leite humano maduro e do leite de vaca

Composição	Leite humano	Leite de vaca	Composição	Leite humano	Leite de vaca
Água (m/100ml)	87,1	87,2	Glicina	0	11
Energia (kcal/100ml)	75	66	Prólina	80	250
Total de sólidos (g/100ml)	12,9	12,8	Serina	69	160
Proteína (g/100ml)	1,1	3,5	Tirosina	61	179
Lipídios (g/100ml)	4,5	3,7	Ácidos graxos (% insaturados)	47	32,5
Lactose (g/100ml)	6,8	4,9	Principais minerais por litro		
Cinzas (g/100ml)	0,2	0,7	Cálcio (mg)	340	1.170
Proteínas (% da proteína total)			Fósforo (mg)	140	920
Caseína	40	82	Sódio (m/q)	7	22
Proteínas do soro	60	18	Potássio (mEq)	13	35
Nitrogênio não protéico			Cloro (mEq)	11	29
(mg/100ml)	32	32	Magnésio (mg)	40	120
(% do nitrogênio total)	15	6	Enxofre (mg)	140	300
Aminoácidos (mg/100ml)			Traços de minerais por litro		
Essencial			Cromo (ug)	-	8-13
Histidina	22	85	Magnésio (μg)	7-15	20-40
Isoleucina	68	228	Cobre (μg)	400	360
Leucina	100	350	Zinco (mg)	3-5	3-5
Lisina	73	277	Iodo (μg)	30	47
Metionina	25	88	Selênio (μg)	13-50	5-50
Fenilalanina	48	172	Ferro (mg)	0,5	0,5
Treonina	50	164	Vitaminas por litro		
Triptofano	18	49	Vitamina A (UI)	1.898	1.025
Valina	70	245	Tiamina (μg)	160	440
Não essencial			Riboflavina (μg)	360	1.750
Anginina	45	129	Niacina (μg)	1.470	940
Ácido aspártico	35	75	Piridoxina (ug)	100	640
Cistina	116	166	Pantotenato (mg)	1,84	3,46
Ácido glutâmico	22	32	Fólico (μg)	52	55
	230	680	B <sub>12</sub> (μg)	0,3	4
			Vitamina C (mg)	43	11 <sub>ii</sub>
			Vitamina D (UI)	22	14 <sub>ii</sub>
			Vitamina E (mg)	1,8	0,4
			Vitamina K (μg)	15	66

Fonte: Jelliffe, D.B. & Jelliffe, E.F.P., 1980.

A N E X O      V I

# NORMA BRASILEIRA PARA COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS PARA LACTENTES

## RESOLUÇÃO 31/92 DO CNS

### Do Objetivo

Artigo 1º – O objetivo desta Norma é contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e para defendê-los dos riscos associados à não amamentação ou ao desmame precoce, protegendo e incentivando a amamentação, mediante a regulamentação da promoção comercial e uso apropriado dos alimentos que são colocados à venda como substitutos ou complementos do leite materno.

### Da Abrangência

Artigo 2º – Esta Norma aplica-se à comercialização e às práticas a ela relacionadas, à qualidade e informações de uso, dos seguintes produtos, fabricados no País ou importados:

- I – Leites infantis modificados;
- II – Leite em pó; leite pasteurizado e leite esterilizado;
- III – Alimentos complementares e bebidas à base de leite ou não, quando comercializados ou de outra forma apresentados como apropriados para utilização como um substituto parcial ou total do leite materno; e
- IV – Mamadeiras, bicos chupetas e copos fechados com canudinhos ou bicos, comercializados ou indicados para o uso de crianças como recipientes para produtos líquidos relacionados nos incisos I, II e III deste artigo.

### Das Definições

Artigo 3º – Para as finalidades desta Norma considera-se:

- I – “ALIMENTO SUBSTITUTO DO LEITE MATERNO”: Qualquer alimento comercializado ou de alguma forma apresentado como um substituto parcial ou total do leite materno.
- II – “ALIMENTO COMPLEMENTAR”: Qualquer alimento industrializado para uso direto ou empregado em preparado caseiro, utilizado como um complemento do leite materno ou de leites infantis modificados, quando qualquer um deles se tornar insuficiente para satisfazer às exigências nutricionais dos lactentes. Tal alimento é também denominado “alimento do desmame”.
- III – “AMOSTRA”: Unidade ou pequena quantidade de um produto fornecido gratuitamente.
- IV – “DOAÇÃO”: Fornecimento gratuito de um produto em quantidade superior à caracterizada como amostra.
- V – “FABRICANTE”: Empresa ou entidade privada ou estatal envolvida na fabricação ou na cadeia de comercialização de um produto dentro da abrangência desta Norma, quer diretamente ou, por intermédio de agente ou entidade por ela controlada ou contratada.
- VI – “LACTENTE”: Criança até 1 ano de idade (de zero a 11 meses e 29 dias).
- VII – “LEITE INFANTIL MODIFICADO”: Alimento preparado industrialmente de acordo com os padrões do Codex Alimentarius - FAO/OMS - 1982, para satisfazer as exigências nutricionais dos lactentes e adaptado às características fisiológicas e da faixa etária à qual se destina.
- VIII – “PESSOAL DE COMERCIALIZAÇÃO”: Qualquer profissional (vendedor, promotor, demonstrador ou representante de vendas) remunerado direta ou indiretamente pelos fabricantes dos produtos abrangidos por esta Norma.
- IX – “PROFISSIONAL DE SAÚDE”: Recursos Humanos de nível superior da Área de Saúde.
- X – “PESSOAL DE SAÚDE”: Agentes e trabalhadores sem graduação universitária, que atuam no sistema de saúde, como técnicos e auxiliares de enfermagem, atendentes e outros, incluindo voluntários.
- XI – “PROMOÇÃO COMERCIAL”: Quaisquer formas de induzir vendas através de divulgação por meios escritos, auditivos ou visuais, contato direto ou indireto com profissionais de saúde, pessoal de saúde, estudantes da área de saúde, mães, gestantes e seus familiares e com o público em geral; distribuição de amostras, de brindes, de presentes; doações ou vendas a preços especiais e por outras formas não relacionadas.
- XII – “RÓTULO”: Qualquer identificação impressa ou litografada, bem como os dizeres pintados ou gravados a fogo, por pressão ou decalcação, aplicados sobre o recipiente, vasilhame, invólucro, cartucho ou qualquer outro tipo de embalagem dos produtos abrangidos por esta Norma.
- XIII – “SISTEMA DE SAÚDE”: Complexo de órgãos e entidades do setor público e do setor privado, prestadores de serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde da população, inclusive reabilitação.

### Da Promoção Comercial

Artigo 4º – É vedada a promoção comercial dos produtos a que se refere o Artigo 2º inciso I e IV, incluindo estratégias promocionais para induzir vendas ao consumidor no varejo, tais como exposições especiais, cupons de descontos, prêmios, bonificações, vendas com descontos ou preço abaixo do custo, vendas vinculadas a produtos não cobertos por esta Norma, embalagens ou apresentações especiais.

Parágrafo Único – Este dispositivo não deve restringir políticas e práticas de preços visando a venda de produtos a preços mais baixos.

Artigo 5º – A promoção comercial de alimentos infantis que possam ser utilizados como alimentos complementares a que se refere o Artigo 2º inciso II e III deverá incluir, em caráter obrigatório e com destaque uma advertência visual e/ou auditiva, de acordo com o meio de divulgação, de que não devem ser utilizados na alimentação do lactente nos seis primeiros meses de vida, salvo sob orientação de médico ou nutricionista.

### Da Qualidade

Artigo 6º – Os alimentos para lactentes devem atender aos padrões de qualidade e as especificações do “Codex Alimentarius FAO/OMS”, cumprida a legislação nacional específica.

Artigo 7º – As mamadeiras, bicos e chupetas não podem conter mais de dez partes por bilhão de nitrosaminas e devem atender aos padrões de qualidade, de acordo com a legislação nacional específica.

### Da Rotulagem

Artigo 8º – É vedada nas embalagens e/ou rótulos, a utilização de ilustrações, fotos ou imagens de bebê ou outras formas que possam sugerir a utilização do produto como sendo o ideal para a alimentação do lactente, bem como a utilização de frases do tipo “quando não for possível” ou similares que possam por em dúvida a capacidade das mães de amamentarem seus filhos.

Artigo 9º – Os rótulos dos leites infantis modificados devem exibir em lugar de destaque, de forma legível e de fácil visualização, além de atender os dispositivos previstos no Capítulo III do Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969 e na Resolução nº 10, de 31 de julho de 1984 da Comissão Interministerial de Indústria, Saúde e Agricultura - CISA, além das seguintes mensagens:

- I – “O ALEITAMENTO MATERNO EVITA INFECÇÕES E ALERGIAS E FORTALECE O VÍNCULO MÃE-FILHO”.
- II – “ESTE PRODUTO SÓ DEVE SER UTILIZADO PARA LACTENTES QUANDO ORIENTADO POR MÉDICO OU NUTRICIONISTA”.

Parágrafo Primeiro – Devem constar Instruções para a correta preparação do produto, incluindo medidas de higiene a serem observadas e a dosagem para a diluição, quando for o caso.

Parágrafo Segundo – Fica vedada a utilização de frases como “leite humanizado”, “leite maternizado”, “substituto do leite materno” ou similares, com o intuito de sugerir forte semelhança do produto com o leite materno.

Artigo 10 – Os rótulos dos produtos compreendidos no inciso II, do Artigo 2º, devem conter as seguintes mensagens:

- I – Leites desnatados (em pó, pasteurizado e esterilizado).  
“ESTE PRODUTO NÃO DEVE SER USADO COMO FONTE DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE”.
- II – Leites semi-desnatados e pasteurizados (leite tipo “C” e “reconstituído” - 3,2% de gordura, leite em pó e leite esterilizado).  
“ESTE PRODUTO NÃO DEVE SER USADO COMO ÚNICA FONTE DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE”.
- III – Leites integrais (leites tipo “A” e “B”, em pó esterilizado).  
“ESTE PRODUTO NÃO DEVE SER USADO COMO ÚNICA FONTE DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE, SALVO SOB ORIENTAÇÃO DE MÉDICO OU

Artigo 11 – Os rótulos dos alimentos complementares, além de atenderem à legislação específica, devem conter as seguintes mensagens:

I – "O ALEITAMENTO MATERNO DEVE SER MANTIDO APÓS A INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS NA DIETA DA CRIANÇA, ATÉ COMPLETAR DOIS ANOS DE IDADE OU MAIS".

II – "ESTE PRODUTO NÃO DEVE SER UTILIZADO NA ALIMENTAÇÃO DOS LACTENTES NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA SALVO SOB ORIENTAÇÃO DO MÉDICO OU NUTRICIONISTA".

Artigo 12 – Os rótulos dos alimentos elaborados para atender às necessidades fisiológicas especiais de lactentes devem conter informações sobre as características específicas do alimento, mas sem indicar condições de saúde ou doença para as quais o produto possa ser utilizado. Aplica-se a estes alimentos o disposto no Art. 9º.

Artigo 13 – É obrigatório o uso de embalagens e/ou rótulos em mamadeiras, bicos e chupetas.

Parágrafo Primeiro – Os rótulos destes produtos, além de atenderem a legislação específica, devem conter a seguinte mensagem:

"A CRIANÇA AMAMENTADA AO SEIO NÃO NECESSITA DE MAMADEIRA E DE BICO".

Parágrafo Segundo – Fica vedada a utilização de frases ou expressões que possam sugerir semelhança destes produtos com a mama e o mamilo.

Artigo 14 – Os rótulos de amostras dos produtos abrangidos por esta Norma devem conter os seguintes dizeres: "AMOSTRA GRÁTIS PARA AVALIAÇÃO PROFISSIONAL".

#### **Da Educação e Informação ao Público**

Artigo 15 – Compete aos órgãos públicos de saúde e de educação a responsabilidade de zelar para que as informações sobre alimentação infantil transmitidas às famílias, aos profissionais e pessoal de saúde e ao público em geral, sejam coerentes e objetivas. Esta responsabilidade se estende tanto a produção, obtenção, distribuição e ao controle das informações, como a formação e capacitação de recursos humanos.

Artigo 16 – Todo material educativo, qualquer que seja a sua forma, que trate de alimentação de lactentes, deve se ater aos dispositivos desta Norma e incluir informações claras sobre os seguintes pontos:

I – Os benefícios e a superioridade da amamentação;

II – Orientação sobre alimentação adequada da gestante e da nutriz, com ênfase ao preparo para o início e a manutenção do aleitamento materno até 2 anos de idade ou mais;

III – Os efeitos negativos do uso da mamadeira, do bico e chupetas sobre o aleitamento natural, particularmente no que se refere às dificuldades para o retorno da amamentação.

IV – As implicações econômicas decorrentes da opção pelos alimentos substitutos do leite materno, além dos prejuízos causados a saúde do lactente pelo uso desnecessário ou inadequado de tais alimentos.

Parágrafo Único – Os materiais educativos não poderão conter imagens ou textos, mesmo de profissionais ou autoridades de saúde, que possam estimular ou induzir o uso de alimentos para substituir o leite materno.

#### **Dos Fabricantes e do Pessoal de Comercialização**

Artigo 17 – Os fabricantes só poderão fornecer amostras dos produtos abrangidos por esta Norma a médicos e nutricionistas, quando do lançamento do produto e também a outros profissionais de saúde, para pesquisa, mediante pedido formal do profissional ou da instituição a que estiver vinculado e atendendo ao Artigo 14 desta Norma e aos dispositivos da Resolução nº 01/88 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as "Normas de Pesquisa em Saúde".

Artigo 18 – Os fabricantes e distribuidores dos produtos de que trata esta Norma, só poderão conceder estímulos financeiros e/ou materiais às entidades científicas ou associativas de médicos e de nutricionistas, que sejam reconhecidas nacionalmente, ficando, portanto, vedadas todas e quaisquer formas de concessão de estímulos a pessoas físicas.

Parágrafo Único – As entidades contempladas com estímulos, terão a responsabilidade de zelar para que as empresas não façam promoção comercial desses produtos nos eventos por elas patrocinados, autorizando somente a distribuição de material científico, conforme as disposições desta Norma.

Artigo 19 – Ficam proibidas as doações ou vendas a preços reduzidos dos produtos abrangidos por esta Norma, às maternidades e outros instituições que prestam assistência a crianças, quer para uso da própria instituição, quer para distribuição a clientela externa.

Parágrafo Único – A proibição de que trata este Artigo não se aplica às doações ou venda a preços reduzidos em situação de excepcional necessidade individual ou coletiva, a critério da autoridade sanitária, sendo permitida a impressão do nome e do logotipo do doador, mas vedada qualquer propaganda dos produtos.

Artigo 20 – Não é permitida a atuação do pessoal de comercialização nas unidades de saúde, exceto para contatos com médicos e nutricionistas, devendo neste caso restringir-se aos aspectos científicos, incluindo as informações específicas do Artigo 17.

Parágrafo Único – O fabricante deve informar, a todo o seu pessoal de comercialização sobre esta Norma e suas responsabilidades no seu cumprimento.

#### **Do Sistema de Saúde e das Instituições de Ensino**

Art. 21 – Compete aos órgãos do Sistema Único de Saúde, sob a orientação nacional do Ministério da Saúde, a divulgação, aplicação e vigilância do cumprimento desta Norma.

Parágrafo Único – O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e órgãos equivalentes a nível municipal, sempre que necessário, acionarão outras entidades governamentais para melhor cumprimento do disposto nesta Norma.

Artigo 22 – As instituições de ensino e pesquisa, bem como as unidades prestadoras de serviços de saúde de qualquer natureza, não podem ser usadas com a finalidade de promover os produtos objeto desta Norma.

Artigo 23 – As instituições responsáveis pela formação e capacitação de profissionais e pessoal da área de saúde devem incluir a divulgação e estratégias de cumprimento desta Norma, como parte do conteúdo programático das disciplinas que abordem a alimentação infantil.

#### **Dos Profissionais e do Pessoal de Saúde**

Artigo 24 – Compete de forma prioritária aos profissionais e ao pessoal de saúde em geral estimular a prática do aleitamento materno.

Parágrafo Único – Os recursos humanos referidos no "caput" deste Artigo, em particular os vinculados ao Setor Público e às Instituições conveniadas com o mesmo, deverão familiarizar-se com esta Norma, com vistas a contribuir para a sua difusão, aplicação e fiscalização.

Artigo 25 – A alimentação com o uso de leites infantis modificados deve ser prescrita por médico ou nutricionista, podendo ser demonstrada ou orientada por outro profissional ou pessoal de saúde, devidamente capacitado.

Artigo 26 – Fica vedado aos profissionais e ao pessoal de saúde distribuir amostras de produtos referidos nesta Norma a gestantes, nutrizes ou seus familiares.

#### **Da Implementação**

Artigo 27 – Fabricantes, organizações governamentais e não governamentais e, em particular, as de defesa do consumidor, instituições privadas de prestação de serviços de saúde ou de assistência social, bem como entidades comunitárias e associações que congreguem profissionais ou pessoal de saúde serão estimulados a colaborar com o sistema público de saúde para o cumprimento desta Norma.

Artigo 28 – As instituições responsáveis pelo ensino de 1º e 2º graus deverão promover a divulgação desta Norma.

Artigo 29 – As penalidades pelo não cumprimento desta Norma serão aplicadas de forma progressiva de acordo com a gravidade e frequência da infração. Aplicam-se aos infratores as sanções previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Artigo 30 – Visando o cumprimento desta Norma, de forma a assegurar a defesa e proteção da saúde da criança, aplica-se, no que couber, as demais disposições estabelecidas no Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969.

Artigo 31 – Dada a conveniência de respaldo mais abrangente, para o fiel cumprimento, e assim, assegurar a sua eficácia, aplica-se ainda, no que couber, as disposições preconizadas no Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, em vigor a partir de 11 de março de 1991.

A N E X O      V I I

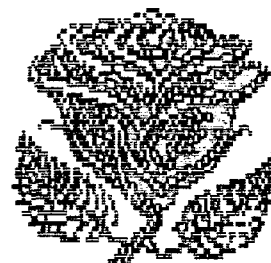
## **POR QUE NÃO DAR BICOS ARTIFICIAIS OU CHUPETAS ?**

- Aumenta as chances de infecções da boca, e intestinais. Podendo ocasionar a diarreia devido as bactérias que podem se acumular num bico mal lavado.
- Causa confusão de bicos prejudicando a amamentação.
- Afeta o delicado equilíbrio entre oferta e demanda.
- Aumenta o ingurgitamento (seio empedrado), devido ao não esvaziamento das mamas.
- Diminui a confiança da mulher na sua capacidade de alimentar o bebê.
- Reduz a duração do aleitamento materno.
- Causa problemas fonoauditivos (fala e audição).
- Deforma a arcada dentária e os músculos da face.
- Interfere no mecanismo natural da criança em manifestar sinais tais como: fome, dor, desconforto, frio, calor etc...
- Após sugar um bico artificial, o bebê poderá ter dificuldade para colocar o tecido da mama em sua boca e sugar.
- O bebê pode preferir o bico artificial e recusar o peito.



Vamos  
boicotar  
os  
bicos  
e as  
chupetas

ALEITAMENTO MATERNO



e a solucao



NAO DE BICO  
ARTIFICIAL  
OU CHUPETA  
PARA SEU BEBE  
DE  
SEU  
SEIO



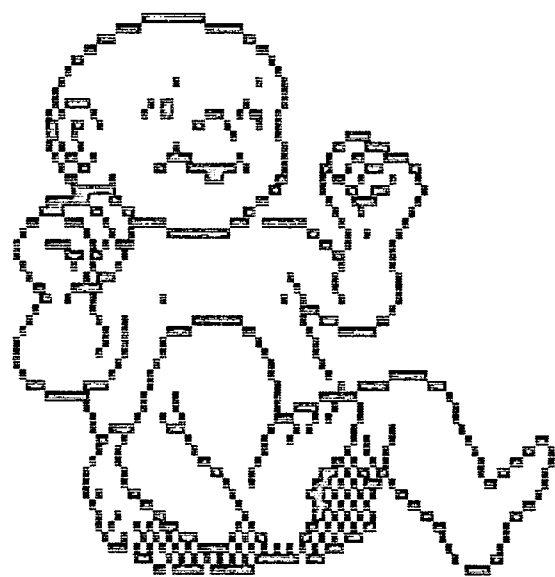
A decorative border of ants surrounds the text. The border consists of a top row of 10 ants, a bottom row of 10 ants, and two vertical columns of 10 ants each on the left and right sides.

Campanha pro  
aleitamento  
materno



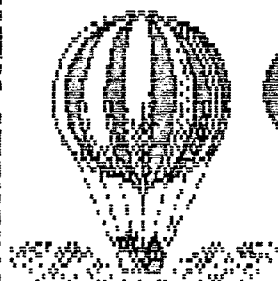
Não dê bicos  
artificiais ou  
chupetas para  
seu bebe



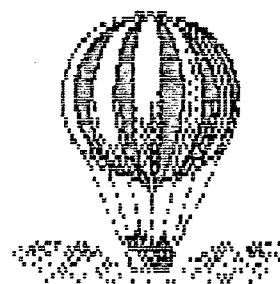


E PROIBIDO DAR  
BICO ARTIFICIAL  
OU CHUPETAS  
PARA SEU BEBE

NÃO  
DAR BICOS  
ARTIFICIAIS E  
CHUPETAS AS  
CARIANCAS  
AMAMENTADORAS  
AO SEIO



Campanha  
de  
boicote  
aos  
bicos  
artificiais  
e  
chupetas



NAO DAR RIGOS  
ARTIFICIAIS OU  
CHUPETAS A  
CRIANCAS  
AMAMENTADAS  
AO  
SEIO



**A N E X O      V I I I**

## PROGRAMA DO CURSO DE ALEITAMENTO MATERNO

Secretaria Estadual de Saúde - Maternidade Carmela Dutra - Centro de Referência Estadual em Saúde da Mulher

DATA	HORA	CONTEÚDO	MINISTRANTE	RECURSOS MATERIAIS
26/05 5ª Feira	(75') 14:00 às 15:15	Prefácio Objetivos do curso Duração do curso Materiais do curso Resumo do curso Métodos e atividades didáticas Preparação para o curso	Enfermeira Evanguelia Kotizias Atherino dos Santos	
26/05 5ª Feira	(40 a 60') 15:30 às 16:30	Lição introdutória Aleitamento Materno: Uma prioridade mundial Dez passos para o sucesso do aleitamento	Enfermeira Evanguelia Kotizias Atherino dos Santos	Vídeo e monitor Fita de vídeo, Aleitamento Materno: Uma prioridade mundial
26/05 5ª Feira	(75') 16:30 às 17:45	Lição 1: Aleitamento materno e sobrevivência infantil. Recomendações atuais para o aleitamento materno Superioridade do leite humano em relação ao leite infantil industrializado Benefícios do aleitamento materno exclusivo durante seis meses Medicamentos tomados pela mãe e o aleitamento Resumo da lição 1	Dr. Mauro Duarte Schutel Nutricionista Deise Pacheco Gomes	3 xícaras pequenas Pequenas quantidades de colostro, leite de transição e leite maduro.
27/05 6ª Feira	(75') 14:00 às 15:15	Lição 2: Como o leite vai do peito para o bebê Partes da mama envolvidas na lactação A produção do leite materno A sucção e a pega da aréola Figura 1: Anatomia da mama Figura 2: Pega da aréola e sucção da mama Resumo da lição 2	Enfermeira Vergínia S. B. Coan	Modelo da mama feito de pano

DATA	HORA	CONTEÚDO	MINISTRANTE	RECURSOS MATERIAIS
27/05 6ª Feira	(45' aula teórica, 30' prática clínica) 15:30 às 16:45	Lição 3: Promovendo o aleitamento materno durante a gravidez e após o nascimento do bebê Mulheres em situações de risco em relação ao aleitamento materno Falando com gestantes sobre o aleitamento materno O manejo para apoiar a prática do aleitamento precoce Prática clínica Resumo da lição 3	Enfermeira Rita de Cássia Heinzen Almeida Côelho	Formulário de História de Aleitamento Materno Diapositivos 2 a 6
27/05 6ª Feira	(45' aula teórica, 30' prática clínica) 16:45 às 18:00	Lição 4: Iniciando o aleitamento materno Como orientar as mães Ajudando as mães com as primeiras mamadas Eliminando práticas prejudiciais ao aleitamento materno Prática clínica Resumo da lição 4	Enfermeira Vitória Regina Petters Gregório	Formulário Observação da mamada
30/05 2ª Feira	(45' aula, 30' prática clínica, 20' vídeo) 14:00 às 15:15 e das 15:30 às 15:50	Lição 5: Avaliando uma mamada Observando uma mamada Avaliando a pega da aréola A sucção do bebê no peito Prática clínica Figura 3: Pega da aréola correta para sucção eficiente Figura 4: Posições para o aleitamento materno Figura 5: A posição da Mão de Bailarina Resumo da lição 5	Enfermeira Evangelina Kotzias Atherino dos Santos	Diapositivos 4 a 22 Fita de vídeo: Helping With Breast Feeding Boneca Formulário de Observação de mamadas e Ficha de Aleitamento e monitor Fita de vídeo: Helping Breast Feeding
30/05 2ª Feira	(75') 15:50 às 17:15	Lição 6: Problemas precoces nas mamas Examinando as mamas e mamilos da mãe Identificando e corrigindo mamilos invertidos Ingurgitamento Mamilos doloridos Resumo da lição 6	Enfermeira Eleusa Ferreira de Souza Leal	Modelo de peito de pano Diapositivos 19 e 23 a 25 Formulário Obs. das mamadas e Ficha A. M.

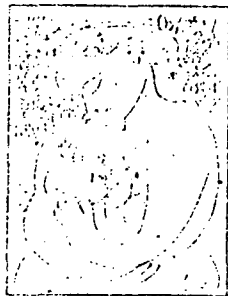


DATA	HORA	CONTEÚDO	MINISTRANTE	RECURSOS MATERIAIS
30/05 2ª Feira	(75') 7:15 às 18:30	<p>Lição 7: Bebês que "recusam" o peito O bebê que resiste a tentativas de ser levado ao peito O bebê que não consegue pegar a aréola adequadamente O bebê que não consegue manter a pega da aréola O bebê que não suga O bebê que recusa um peito Prática clínica Figura 6: Alimentando o bebê com xicara Resumo da lição 7</p>	Enfermeira Neli Silvia Andrcazzi Canassa	<p>Diapositivos 6 a 8, 10, 13, 15, 16, 19, 20, 26 a 29, 36 e 37 Protetores de mamilo Bondeca, xicara Bomba para extração de leite e protetores de mamilo</p>
31/05 3ª Feira	(75') Sessão de Vídeo 30' (opcional) 14:00 às 15:15	<p>Lição 8: Baixa produção de leite Padrões de crescimento de um bebê amamentando Baixa Produção de leite ou falta de auto-confiança da mãe? Como aumentar a produção de leite Ajudando a mãe a relactar Figura 7: Amamentando um bebê com suplementador Resumo da lição 8</p>	Enfermeira Maria Sebastiana Mota	Suplementador de aleitamento materno ou xicara e sonda
31/05 3ª Feira	(75') Sessão de Vídeo de 30' (opcional) 15:30 às 16:45	<p>Lição 9: Bebês que exigem cuidados especiais Bebês prematuros ou recém-nascidos de baixo peso Amamentando mais de um bebê Prevenção e manejo da icterícia Condições especiais Resumo da lição 9</p>	Enfermeira Sônia Maria de Castilhos	<p>Bondeca Xicara Fita de vídeo: Feeding Low Birth Weight Babies Diapositivo 38</p>
31/05 3ª Feira	(75') 16:45 às 18:00	<p>Lição 10: Problemas tardios nas mamas Ductos lactíferos bloqueados Mastite (infecção nas mamas) Amamentando quando a mãe está doente  Razões médicas aceitáveis para oferecer outros alimentos ao bebê, além do leite materno Figura 8: Vista interna da mama Resumo da lição 10</p>	Enfermeira Odete Back	<p>Peito de pano Diapositivo 39 a 40 Formulário de observação da mamada e ficha A. M.</p>

DATA	HORA	CONTEÚDO	MINISTRANTE	RECURSOS MATERIAIS
01/06/94 4ª Feira	(45' teoria, 30' prática clínica) 14:00 às 15:15	Lição 11: Retirando o leite materno e alimentando o bebê com o mesmo Mantendo a lactação apesar de uma possível separação mãe-filho Retirando e armazenando o leite materno Alimentando o bebê com leite materno retirado Prática clínica Figura 9: Como retirar o leite materno Figura 10: Método da garrafa quente para retirada de leite materno Resumo da lição 11	Enfermeira Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos	Garrafa grande com gargalo largo Pano para cobrir a garrafa Bomba de extração
01/06/94 4ª Feira	(75' 15:30 às 16:45	Lição 12: Oferecendo um apoio permanente a nutrizes Preparando as mães para o aleitamento no lar Aleitamento continuado por dois anos A lactação como método de planejamento familiar Acompanhamento e apoio após a alta Figura 11: A lactância Amenorréia como Método Resumo da lição 12	Dr. Jorge Abi Saab Neto	
01/06/94 4ª Feira	(45' aula, 30' prática clínica) 16:45 às 18:00	Lição 13: Tomando a sua comunidade amiga da criança Políticas Nacionais de Saúde O Código Internacional de comercialização de sucedâneos do leite materno Promovendo o aleitamento materno na comunidade Prática Clínica Figura 12: Políticas Nacionais de Saúde Resumo da lição 13	Enfermeira Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos	
03/06/94 6ª Feira	(75' 14:00 às 15:15	Lição 14: Tomando seu hospital amigo da criança O papel dos funcionários das maternidades Avaliando o hospital Avaliando uma norma de aleitamento materno Resumo da lição 14	Enfermeira Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos	

A N E X O      I X

# ENCONTRO ESTADUAL SOBRE A INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA



## PROMOÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SAÚDE

DIAA - GRAIP

ESAH - CEDHO

MCD - Centro de Referência Estadual de Saúde da Mulher

## AFILIO

Associação de Hospitais

Associação de Médicos

Associação de Enfermeiros

Associação de Nutricionistas

## LOCAL

Hotel Cavalhada

Fumoelas-SC

# PROGRAMAÇÃO

## SEXTA-FEIRA - 15/04/94

- 08h00 - Inscrições
- 09h00 - Abertura Oficial  
Secretário de Estado da Saúde  
Representante do PNIAM  
Representante do UNICEF  
Coordenadora Nacional do IBFAN  
Diretora de Assuntos Ambulatoriais  
Diretora de Assuntos Hospitalares  
Diretor do Centro de Referência Estadual em  
Saúde da Mulher - MCD
- 09h00 - Conferência: A situação atual do Programa de  
Incentivo ao Aleitamento Materno no Brasil -  
Dra. Elvira Castro Dória de Menezes -  
Coordenadora do PNIAM
- 10h00 - Intervalo
- 10h20 - A Iniciativa Hospital Amigo da Criança -  
Dra. Eldine Costerberg - Representante do  
UNICEF no Brasil
- 11h30 - Debate
- 12h00 - Intervalo para almoço
- 13h00 - O Código Internacional e a Norma Brasileira de  
Comercialização de Alimentos para Lactentes -  
Dra. Teresa Toma - Coordenadora Nacional do  
IBFAN
- 14h45 - Debate
- 15h00 - Intervalo
- 15h20 - Trabalhos em grupo  
- Diagnóstico da situação atual dos hospitais  
participantes em relação à Iniciativa Hospital  
Amigo da Criança  
- Estratégias de Implantação da Iniciativa em  
Santa Catarina  
- Estratégias para a realização da Semana Mundial  
da Alimentação em SC
- 18h00 - Encerramento