

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
VIII UNIDADE CURRICULAR - INT 1108

- EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - 0

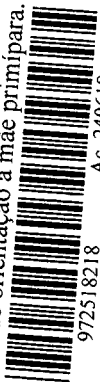
Uma Proposta de Orientação à Mãe Primípara

Elaboração: Acad. MARIA BEATRIZ BERLANDO NUNES  
Acad. MOZARA MARIA FARIAS MYLLA  
Acad. SILVIA FURLANETTO LEONARDO  
Acad. SUZANA RAMOS KOERICH

Orientação: Enf<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> MARISA MONTICELLI

Supervisão: Enf<sup>a</sup> ANA MARIA F. N. MENDES

N.Cham. TCC UFSC ENF 0130  
Título: Educação para a saúde : uma  
proposta de orientação à mãe primípara.



972518218 Ac. 240618

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0130  
Ex.1

Florianópolis, setembro de 1987.

## AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho contamos com a colaboração de pessoas e instituições, cuja compreensão e apoio tornaram nossa tarefa menos dificultosa e as quais expressamos nossos sinceros agradecimentos.

À Enfermeira e Professora Marisa Monticelli, orientadora e abnegada amiga, de cuja cultura esperamos sempre dispor;

À Enfermeira Ana Maria F. N. Mendes que aceitou a responsabilidade de supervisão e pelo incentivo;

À Enfermeira Rosane Nietsch que, por motivos alheios à sua vontade, não pode aceitar a supervisão do grupo mas que se mostrou interessada em nos auxiliar em qualquer dúvida;

As mães, maridos, filhos e namorados que sempre nos incentivaram nos momentos mais difíceis e compreenderam nossa ausência;

Aos funcionários do HRSJ, cuja dedicação, compreensão e apoio nunca haveremos de esquecer;

À Instituição que nos apoiou e nos recebeu com muito carinho.

" Se planejarmos para um ano, devemos plantar cereais. Se planejarmos para uma década, devemos plantar árvores. Se planejarmos para toda vida, devemos treinar e educar o Homem. "

Kwan-tzu

## SUMÁRIO

I - Introdução .....	01
II - Caracterização do local de atuação .....	08
III - Objetivos Gerais .....	10
IV - Metodologia .....	11
V - Cronograma .....	14
VI - Escala .....	15
VII - Conclusão .....	16
VIII - Referências Bibliográficas .....	18
IX - Bibliografia Consultada .....	19
Anexos	

## I - INTRODUÇÃO

Este planejamento foi elaborado por um grupo de quatro acadêmicas de enfermagem: Maria Beatriz Berlando Nunes, Silvia Furlanetto Leonardo, Mozara Maria Farias Mylla e Suzana Ramos Koerich, da VIIIª Unidade Curricular (UC) do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Contará com a orientação da professora Enfermeira Marisa Monticelli e com a supervisão da Enfermeira Ana Maria F. N. Mendes, do Hospital Regional de São José - Dr. Homero de Miranda Gomes, unidade vinculada à Fundação Hospitalar de Santa Catarina.

O estágio realizar-se-á no período de 14.09.87 à 01.12.87, num total de 220 horas/aluno (o que corresponde à 53 dias, sendo que cada membro do grupo deverá fazer quatro horas diárias de estágio. Será realizado estágio em dois sábados para compensar oito horas faltantes, que foram negociadas para a apresentação do projeto). O campo de estágio compreenderá a Unidade Obstétrica (pré-parto, parto e puerpério) e a Unidade Neonatal.

Este hospital foi escolhido por acreditarmos que oferece as condições ideais para a realização de nosso projeto, ou seja, é uma instituição recentemente inaugurada, com funcionários novos, isento de vícios e com novas idéias e filosofias. Sentimos que, juntamente com a equipe de saúde poderemos planejar e realizar uma assistência adequada à população alvo.

Nosso grupo é o primeiro a fazer estágio nesta Instituição, portanto, mais um campo se abre para as próximas turmas que virão.

Percebemos, pelos primeiros contatos com os profissionais da Instituição, que os mesmos nos esperam com grande expectativa e com perspectiva para realização de um bom trabalho em conjunto, no qual trocaremos informações e experiências.

No momento, a Instituição busca uma filosofia, a qual está sendo formulada por um grupo de enfermeiras. A princípio, a metodologia de enfermagem baseia-se no processo de Wanda de A. Horta e na teoria de Elizabeth D. Orem.

Devido ao pouco tempo de funcionamento da Área Obstétrica o número de pacientes é reduzido em relação as outras instituições locais.

De acordo com a Vª Conferência Nacional de Saúde, a assistência materno-infantil é "a assistência contínua e periódica da mulher durante o período de gravidez, parto e puerpério, com o diagnóstico e tratamento de intercorrências para dar ao conceito condições físicas, psíquicas e sociais para crescer e se desenvolver" (6).

Segundo a Declaração Universal dos Direitos do Homem aprovada em 10 de dezembro de 1948, "Todo o homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, velhice e outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle." (6).

"A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio gozarão da mesma proteção social." (6).

Pelo que observamos, é de direito termos condições

dé.vida adequado. Se é de direito, devemos lutar pelo que nos cabe, fazendo com que não seja apenas uma declaração que existe no papel e sim uma meta a ser atingida.

Ao desenvolver este trabalho estaremos contribuindo para que o povo, principalmente a mulher e a criança, tenham assegurados os direitos que lhes cabem.

A política sócio-econômica vigente no país implica numa má distribuição de renda, favorecendo com isso uma saúde precária à população.

Os governantes do país têm efetivamente responsabilidade pela saúde e pelo desenvolvimento sócio-econômico de todo o seu povo e não apenas da elite que vive nas grandes cidades. Isso implica numa distribuição mais equitativa dos recursos de saúde e, para conseguí-la, é necessário dar alta prioridade aos socialmente menos privilegiados.

Acreditamos que os governantes do país precisam dar ao seu povo um nível aceitável de saúde. que se deixe de privilegiar uma minoria e se comece a pensar numa forma de auxiliar os menos privilegiados.

Nós, profissionais de saúde, não podemos ficar ociosos. O povo brasileiro precisa ser educado. Vamos lutar para que a saúde deixe de ser vista como uma instituição lucrativa.

Achamos que os políticos precisam conscientizar-se de que todos, independente de cor, raça, religião e nível social têm direito à vida.

"A população materno-infantil, segundo estatísticas de 1970 significa 69,58% da população brasileira." (1).

Não conseguimos dados concretos sobre o número de mortalidade materno-infantil em Florianópolis.

Conversamos com profissionais da saúde e constatamos que os dados referentes a este assunto são limitados. Está sendo realizada uma pesquisa para coleta de dados estatísti-

cos; o grupo de pesquisadores nos referiu ter dificuldades para encontrar tais dados.

"É através do processo de comunicação que as idéias, pensamentos e ações são permutadas; é através desse processo que a interação é estabelecida favorecendo, conseqüentemente, o conviver e o lidar com pessoas. É na convivência com o homem sadio ou doente que o enfermeiro identifica suas reais necessidades, as quais são exteriorizadas através dos componentes biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. Para que este processo seja efetivo é indispensável ao enfermeiro conhecer o cliente/paciente dentro de sua cultura e de seus valores; há a necessidade de conhecer também a si mesmo." (3).

Nós enfermeiros, integrantes do sistema de saúde, ao nos propormos a refletir sobre nossas ações nos deparamos com uma equipe de trabalho insuficiente, mal remunerada, com ações repetitivas e onerosas desnecessárias, pouco funcionais, propiciando constantes falhas no desempenho dos funcionários e prejudicando o atendimento adequado ao paciente.

Segundo Freire (2) "não existe trabalho verdadeiro se este não for um instrumento de transformação do mundo, onde os indivíduos exercem a verdadeira ação/reflexão, ou seja, não deve existir dicotomia entre o trabalho manual e o intelectual pois isso ocorrendo temos uma prática alienada e uma atividade intelectual longe de atingir objetivos comuns."

O profissional de saúde deve ser orientado para repassar os conhecimentos às pessoas menos esclarecidas e que estas possam receber informações de acordo com seu nível cultural.

Segundo Korsch (1) e colaboradores, "o uso pelos médicos de jargões técnicos e a falta de clareza nas explicações criam barreiras na comunicação médico-paciente fazendo com que o mesmo se sinta constrangido em questionar."

Segundo Laser (1), "todas as ações desenvolvidas em



programas de atendimento direto à população devem prever conteúdo educativo, fato este que assume particular importância na área da saúde materno-infantil no Brasil, tendo em vista a magnitude dos coeficientes de mortalidade materna e, especialmente, infantil."

Acreditamos na importância da Educação para a Saúde, pois depende do estado psíquico-físico da gestante para a boa evolução da gravidez, do parto e posteriormente condições adequadas de sobrevivência do recém-nascido.

Observamos que em Santa Catarina, no que diz respeito ao ensinamento à gestante para o parto, há uma grande lacuna pois a gestante entra em trabalho de parto sem saber o que irá acontecer e como irá agir durante este período.

O povo está aprendendo que, embora a gravidez seja um processo natural, a natureza por si só, sem a ajuda da ciência, não basta para fazer o corpo da mulher continuar funcionando normalmente nas situações de grandes tensões. Um número cada vez maior de pacientes agora recorrem ao auxílio especializado, o mais cedo possível, mas ainda restam pessoas para serem orientadas.

Segundo Ziegel (7), "os programas de educação para o parto preparam as mães para o trabalho de parto, ajudando-as a compreenderem os aspectos físicos e emocionais, ensinando as técnicas de relaxamento controlado e de respiração, que podem ser empregadas durante o trabalho de parto e o parto. A mãe preparada fica menos angustiada pela dor do trabalho de parto do que a mãe não preparada. Ela é mais capacitada para aceitar o desconforto do trabalho de parto porque sabe o que esperar.

Nós concordamos com o que cita o autor acima por isso pretendemos orientar as gestantes a cerca do trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Achamos porém, que estas orientações deveriam estar incluídas em todo o currículo básico de todos os sistemas escolares.

Os fatores biológicos e psicológicos do crescimento e do desenvolvimento humano devem ser passados como uma herança cultural.

Através dos estágios realizados durante o curso, decidimos realizar o projeto de atendimento à gestantes primíparas por observarmos que as mesmas sentem-se ansiosas e inseguras por ser esta sua primeira experiência como mãe.

As gestantes chegam à maternidade e ao serem internadas entram em contato com um ambiente totalmente estranho, além disso são separadas dos familiares tornando essa experiência mais estressante e temerosa.

Embora percebendo que o homem é uma parte integrante do processo de gravidez e que merece ser educado da mesma maneira que a mulher, existe uma deficiência nas normas hospitalares que excluem a participação do pai.

Com a evolução da gravidez ocorrem muitas mudanças e sensações jamais vividas anteriormente e que tocam, aterrorizam, assustam ou alegram profundamente.

É interessante ressaltar que a ansiedade, a apreensão e o temor estão sempre presentes, em diferentes graus de intensidade em toda a gravidez. "Um dos temores mais comuns é o medo de ter um filho com algum defeito físico ou mental." (4).

Por isso, o nível de ansiedade e expectativas tendem a se elevar quando se aproxima o final da gravidez, o parto e o compromisso de cuidar do recém-nascido passam a ser mais vivamente sentidos.

Acreditamos que a aplicação da metodologia científica proporciona a evolução do papel do enfermeiro e melhor assistência ao paciente.

Revedo todas as teorias aplicadas à enfermagem, optamos de comum acordo basear nosso projeto na teoria do autocuidado de Dorothea Orem (5), na qual a mesma diz que o profissional de enfermagem, juntamente com o cliente, deve iden-

tificar deficits de capacidade no atendimento das necessidades individuais de auto-cuidado, procurando desenvolver nestes indivíduos os potenciais já existentes para a prática do auto-cuidado. Ele identifica os déficits de capacidade em relação à demanda de auto-cuidado; faz pelo indivíduo aquilo que ele não pode fazer por si; ensina, orienta e promove o desenvolvimento das capacidades do indivíduo para que ele possa se tornar independente da assistência de enfermagem assumindo seu auto-cuidado. Estas capacidades podem se desenvolver no dia-a-dia através de um espontâneo processo de aprendizagem, auxiliado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros ou pela experiência na execução de medidas de auto-cuidado.

Pretendemos, com a teoria do auto-cuidado, planejar uma assistência que vise ensinar a mãe a cuidar de si e de seu bebê.

Acreditamos que esta é a melhor maneira de promover a saúde.

Através do feed-back, poderemos avaliar qual o déficit da parturiente com relação ao que sabe e o que necessita saber.

Durante o estágio tentaremos minimizar o stress que esta experiência tende a causar à gestante primípara, proporcionando-lhe apoio psicológico e orientação de como tornar o menos angustiante e mais dinâmico, colocando em prática a teoria do auto-cuidado através das técnicas de relaxamento e respiração. A teoria do auto-cuidado favorecerá, também ao recém-nascido pelo fato de considerarmos este uma parte de sua mãe. Segundo Orem ( ), "a criança é considerada um dependente que deve ser cuidado ou guiado por um adulto responsável."

## II - CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ATUAÇÃO

O Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes - São José foi inaugurado no dia 28 de fevereiro de 1987.

Atualmente o HRSJ, possui 36 leitos ativados para a internação obstétrica, além de 6 leitos para a sala de pré - parto e 2 para a sala de recuperação pós-anestésica.

O berçário da instituição consta de 13 leitos sendo divididos da seguinte maneira: incubadoras, 03 leitos para isolamento e berços aquecidos para RNs normais.

É o local para onde convergem as parturientes que residem em São José, Palhoça, Paulo Lopes, etc., por ser a instituição mais próxima de seus lares.

No momento o número de atendimento à parturientes é reduzido se compararmos à outras instituições. Porém, colocamos alguns dados estatísticos do mês de julho de 1987, como: Nº de partos normais: 182; Nº de partos cesáreos: 131.

A instituição possui um banco de leite humano e central (CIAM) que atualmente atende cerca de puérperas e no momento está sendo feito um planejamento a fim de melhorá-lo.

Conforme dados obtidos através da Enfermeira Marise Westphal Hartke, constatamos que o HRSJ, possui na seção de enfermagem, 82 funcionários, sendo 13 enfermeiras, 13 técnicos de enfermagem, 16 auxiliares de enfermagem, 40 A.S.H.A e auxiliares administrativos.

Dados levantados no setor de pessoal da instituição,

além dos funcionários de enfermagem, possui 44 médicos, entre eles 22 são ginecologistas/obstetras, 10 são pediatras/neonatalogistas e 12 são anestesistas; 01 farmacêutico, 03 nutricionistas; 01 assistente social; 01 técnico em contabilidade; 17 auxiliares administrativos; 10 artífices; 01 técnico em atividades complementares; 05 telefonistas; 03 ascensoristas 04 cozinheiros; 01 costureira; 03 motoristas; 03 caldeiros; 01 jardineiro; 44 auxiliares de serviços gerais.

### III - OBJETIVOS GERAIS

- 1 - Prestar orientação para a saúde à primípara de parto normal;
- 2 - Dar apoio emocional à primípara de parto normal;
- 3 - Prestar assistência de Enfermagem ao recém-nascido a termo;

#### IV - METODOLOGIA

##### Plano de ação

Para atingir os objetivos propostos utilizamos o seguinte plano de ação:

##### 1 - Sala de Pré-parto:

1.1 - recepcionar a parturiente: observamos o seu estado físico dando apoio emocional e orientando-a sobre os sinais e sintomas apresentados no momento. (anexo 1)

##### Avaliação

os objetivos serão considerados alcançados se: conseguirmos manter diálogo com 100% das primíparas; levantando as reações apresentadas durante os procedimentos técnicos.

1.2 - Preparar e orientar a parturiente para o período expulsivo orientando-a sobre as técnicas de relaxamento e respiração (anexo 2)

conseguirmos orientar 100% das primíparas

##### 2 - Sala de Parto:

2.1 - Estabelecer relação de ajuda à parturiente auxiliando-a durante cada contração com paciência, elogiando seus esforços e apontando o seu progresso

conseguirmos auxiliar todas as parturientes que nos propusermos a atender e se as mesmas seguirem as orientações

2.2 - Prestar cuidados imediatos ao RN a termo (anexo 3)	se forem prestados cuidados específicos a 100% dos RNs a termo
2.3 - aproximar o bebê da mãe intensificando o vínculo afetivo	se 100% dos bebês forem colocados nos braços da mãe e, se possível, amamentados
<b>3 - <u>Unidade Neonatal:</u></b>	
3.1 - prestar cuidados imediatos ao RN e posteriormente cuidados de higiene e realização de exame físico (anexo 4)	se forem prestados cuidados imediatos e realizado higiene e exame físico em 100% dos RNs
<b>4 - <u>Unidade de puerpério:</u></b>	
4.1 - identificar o grau de conhecimento da puérpera com relação aos cuidados com o RN e consigo mesma	se as puérperas relatarem os seus conhecimentos e se exteriorizarem as suas dúvidas
4.2 - planejar a ação educativa e orientar a puérpera quanto aos problemas levantados (com relação à puericultura e ao auto-cuidado) (anexo 5)	se conseguirmos sanar as dúvidas relatadas à 100% das puérperas
4.3 - efetuar visita domiciliar após a alta ainda no período puerperal imediato (anexo 6)	se forem realizadas duas visitas por aluno e se as orientações dadas durante a permanência na maternidade forem assimiladas



5 - marcar reunião com a orientadora e com a supervisora a cada 15 dias. Discutir com a orientadora sobre os objetivos propostos no projeto

reunirmos pelo menos a cada 15 dias com a orientadora e com a supervisora para avaliarmos e direcionarmos os objetivos

---

**Observações:**

Para atingir os objetivos propostos, far-se-á necessário a integração com a equipe multiprofissional em todos os locais de atuação

V - CRONOGRAMA - SEMESTRE 87/2

EVENTOS	MESES				DIAS	HORÁRIOS
	SET	OUT	NOV	DEZ		
ELABORAÇÃO DO PROJETO	-				27/08 à 04/09/87	LIVRE
APRESENTAÇÃO DOS PROJETOS	-				08/09 e 10/09/87 09/09 e 11/09/87	TARDE MANHÃ
ESTÁGIO - PRÁTICA	-	-	-	-	14/09 e 01/12/87	MANHÃ
ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO					02/12 à 09/12/87	LIVRE
APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO					10/12 à 15/12/87	À CCMBINAR

VI - ESCALA DE ESTÁGIO

SETOR	MÊS	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11		
DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	
SALA DE PRÉ PARTO (SPP)	Reconhe-	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo
SALA DE PARTO (SP)	cimen-	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA
BERÇÁRIO (B)	to dc	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU
PUERPÉRIO (Pu)	Campo *	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

SETOR	MÊS	11	12
DATA	DATA	DATA	DATA
SU	SU	MA	MA
SI	SI	SU	SU
Mo	Mo	SI	SI
MA	MA	Mo	Mo

LEGENDA

- SU - SUZANA
- SI - SÍLVIA
- Mo - MOZARA
- MA - MARIA BEATRIZ

HORÁRIO

- SPP - 08:00 às 12:00
- SP - 08:00 às 12:00
- B - 08:00 às 12:00
- Pu - 08:00 às 12:00

\* DIAS 14, 15, 16 serão ocupados p/ nos situarmos em relação às rotinas dos setores, área física e pessoal.

## VII - CONCLUSÃO

Para elaboração deste projeto contamos com os conhecimentos adquiridos durante as fases anteriores do Curso de Graduação em Enfermagem. Achamos necessário consultar outras fontes bibliográficas para podermos ter um maior embasamento. Infelizmente, no decorrer do trabalho, nos deparamos com dificuldades de encontrar dados estatísticos a cerca de gestantes primíparas e mortalidade materno-infantil no Brasil e em Santa Catarina.

Observamos, também, como é difícil trabalhar em grupo porque, apesar de termos um mesmo princípio, no tocante às decisões e às idéias há divergências.

A experiência de trabalharmos em grupo vem reforçar a idéia de que a enfermagem deve trabalhar conjuntamente com toda a equipe multiprofissional, a fim de se chegar a um consenso para uma assistência adequada ao paciente.

Assistindo a primípara em todo o seu contexto biopsicossocial, acreditamos que podemos contribuir para minimizar as suas angústias e temores. O medo do desconhecido faz com que estes sentimentos sejam intensificados. Através da orientação à gestante a cerca dos fenômenos que irão acontecer, estaremos contribuindo para que a mesma enfrente a situação com mais segurança.

Ao término de todas as pesquisas, chegamos à conclu-

são que a saúde está voltada para a assistência curativa; que não existe interesse, por parte dos governantes, em educar a população para preservar sua saúde.

Analisando tudo o que vimos durante este período, sentimos maior necessidade de aumentar e estimular a população para a educação à saúde.

### VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) CANDEIAS, N. M. F. Necessidades Educativas de Puérperas com Alta Médica. Revista Brasileira de Enfermagem., DF, 34:147, 1981.
- (2) FEIJÓ, N. M. & GIGANTE, R. L. A. A formação do aluno de enfermagem e as atribuições do enfermeiro no programa de assistência à criança. Revista Brasileira de Enfermagem., DF, 39 (2/3) pag. 104, 1986.
- (3) LINS, L. C. S. & SÁ, N. P. C. Avaliação da assistência prestada pelo estudante em hospital geral do INANPS na cidade de Recife. Revista Brasileira de Enfermagem 39 (2/3): 38, abril/setembro, 1986.
- (4) MALDONADO, T. & col. Nós estamos grávidos.
- (5) REMOER, A. et alli. A teoria do auto cuidado e sua aplicabilidade no sistema de alojamento conjunto. Revista Brasileira de Enfermagem, DF, 39 (2/3) : 6, abril/setembro, 1986.
- (6) TROGER, A. L. M. A saúde da gestante. Revista Brasileira de Enfermagem, DF, 32 : 255-256, julho/setembro, 1979.
- (7) ZIEGEL, E. E. Enfermagem Obstétrica. 7a. ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.

IX - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ALCANTARA, P. & MARCONDES, E. Pediatria Básica. 5ª ed., São Paulo, Sarvier, 3ª vol., 1975.
- BRUNNER, S. L. & SUDDARTH, D. S. Nova Prática de Enfermagem. 3ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1985.
- CANDEIAS, N. M. F. Necessidades Educativas de Puérpera com alta Médica. Revista Brasileira de Enfermagem, DF, 34:147, 1981.
- FONTES, J. A. S. Perinatologia Social. São Paulo, Fundo Editorial BYK - Prociex, 1984.
- PIZZATO, M. G. Enfermagem Neonatológica. 1ª ed., Porto Alegre, Editora da Universidade, UFRGS, 1982.
- REMOIR, A. et alii. A Teoria do Auto-cuidado e sua Aplicabilidade no Sistema de Alojamento Conjunto. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 39 (2/3) : 6-11, abril/setembro, 1986.
- REZENDE, J. de. Obstetrícia. 3ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1974.
- TROGER, A. L. M. A Saúde da Gestante. Revista Brasileira de Enfermagem, DF, 32: 255-256, julho/setembro, 1979.
- ZIEGEL, E. E. Enfermagem Obstétrica. 7ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.

A N E X O S



A N E X O     I

## SALA DE PRÉ-PARTO

Nosso objetivo é de que a gestante expresse suas dúvidas e ansiedades (necessidades emergentes).

### Contrações:

As contrações estão divididas em três períodos, tendo como função os seguintes objetivos: 1º período: dilatar o colo e a insinuação do feto no canal do parto; 2º período: expulsivo - para que o feto seja expulso; 3º período: dequitação - descida da placenta através da contração; As contrações continuam para envolver o útero e evitar hemorragia.

### Questionamento das gestantes:

O porque da dor?

Quanto tempo duram as contrações?

Quando alivia a dor?

### Tampão mucoso (rolha de Shioder) e sangramento:

O tampão mucoso serve para a proteção do feto contra a entrada de microorganismos. A medida que o cérvix se encurta e o canal aumenta por volta do final da gravidez ou do início do trabalho de parto, a rolha mucosa é expelida do canal e é expulsa pela vagina. Algumas vezes, um pouco da mucosa superficial do canal cervical é eliminada junto com a rolha mucosa. O discreto corrimento que acompanha esta separação resulta nas estrias de sangue. Devido ao manuseio pelo toque, algumas vênulas e arteríolas são rompidas causando discreto sangramento.

### Questionamento das gestantes:

Por que estou sangrando?

Por que sai uma gosma?

### Ruptura da bolsa:

As membranas fetais que contém o líquido amniótico que envolve a criança podem se romper a qualquer momento antes do trabalho de parto ou durante ele, ou podem permanecer

intactas até que o médico as rompa em algum momento durante o curso do trabalho de parto.

A ruptura das membranas é manifestada pela saída de um líquido claro pela vagina.

Questionamento da gestante:

Estou perdendo água?

Dores de aclaramento:

O aclaramento é o movimento do útero para baixo e para diante que acontece quando a parte que se apresenta passa para dentro da pelve por uma distância grande o bastante para que a parte se torne fixa e, muitas vezes, funda o bastante para que se torne ajustada.

A mulher fica consciente da ocorrência do aclaramento a que ela, muitas vezes se refere como "caída" da criança. Ela geralmente respira mais confortavelmente após essa alteração no desenho do abdômem, mas ao mesmo tempo pode ter câibras nas pernas, andar mais dificilmente, ter micção frequente e pressão no reto.

A câibra deve-se ao prejuízo circulatório nos músculos devido à pressão do útero grande e pesado sobre os vasos pélvicos.

Questionamento das gestantes:

Por que estou com câibra?

Estou com vontade de evacuar?

Não estou conseguindo caminhar?

Por que sinto tanta dor nas costas?

Toque:

É realizado para avaliar o grau de dilatação cervical e apagamento e o estado de insinuação do polo cefálico.

Questionamento das gestantes:

Por que ficam mexendo em mim?

A N E X O    I I

## TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO

Durante o 1º estágio de trabalho de parto:

1 - Faz-se uma respiração completa; uma no início da contração e outra no final desta;

2 - No ponto máximo de cada contração a respiração deve ser tranquila;

3 - A técnica para uma respiração completa envolve as três etapas seguintes: a) respirar o mais profundamente possível; b) expirar lentamente; e c) deixar todo o corpo relaxar (fase do relaxamento).

Durante o segundo estágio do trabalho de parto:

A inspiração forçada deve aumentar as contrações uterinas e auxiliar o parto do bebê.

1 - A mãe inspira o mais profunda e rapidamente possível;

2 - Suspende a respiração (isso imobiliza o diafragma e permite uma pressão mais eficaz sobre o útero).

3 - Faz-se inspirações compensatórias sempre que necessário. Feitas sempre que não for mais possível prender a respiração confortavelmente;

4 - Faz força como na defecação (isso não é necessário nas sessões de exercícios);

5 - Pode ser necessário arquejar no meio de uma contração durante o segundo estágio do trabalho de parto. Esse ofegar impede fisicamente os esforços para baixo, embora não diminua o desejo de fazer força;

A N E X O ;    I I I

## CUIDADOS IMEDIATOS COM O RECEM-NASCIDO

Os cuidados imediatos deverão ser realizados logo após o nascimento, ainda na sala de parto. Devem seguir a seguinte ordem, a ser mudada conforme as condições do momento:

1 - Aquecimento: deve ser feito em berço aquecido o qual possui uma campânula com lâmpadas de calor irradiante. Previne o resfriamento que pode levar a grande perda de calorías (cerca de 200 cal/kg/min) com grande consumo de oxigênio podendo levar à uma acidose metabólica, sobretudo em recém-nascidos que sofreram anóxia, pré-termos, filhos de mães diabéticas, etc.

2 - Aspiração: as manobras serão suaves, evitando-se traumas das múcosas. Assim, liga-se o aspirador à pressão máxima de 10 mmHg, sómente depois de introduzir a sonda de aspiração (nº 7 ou 8). A aspiração deve ser rápida devido ao perigo de espasmos de glote e apnéia. A sonda deve ser lavada com soro fisiológico e em seguida aspira-se as mucosidades da boca e depois da faringe e narinas, introduzindo até o estômago.

Atualmente, se o recém-nascido não apresenta muita secreção, faz-se sómente a aspiração oral e nasal.

3 - Ligadura e curativo do coto umbelical: se, por acaso, o recém-nascido estiver com sangramento umbelical, faz-se nova ligadura com um fio estéril apropriado e, após o curativo, com álcool iodado. Em mães com Rh negativo faz-se sómente a limpeza com soro fisiológico e mantem-se o coto umedecido com o mesmo, pois pode haver necessidade de exsangüineotransfusão que é feita até quatro horas após o nascimento e o soro fisiológico não seca os vasos umbelicais, que serão utilizados para a introdução do catéter para a exsangüineotransfusão.

4 - Verificação do peso: deve-se tarar a balança antes e, em seguida, pesar o recém-nascido sem roupas. O peso normal gira

em torno de 3400 g  $\pm$  440 g para o menino e 3280 g  $\pm$  70 g para a menina.

5 - Identificação da criança: O recém-nascido recebe duas pulseiras com o nome da mãe na sala de parto e faz-se também a identificação plantar.



A N E X O    I V

**CUIDADOS IMEDIATOS COM O RECEM-NASCIDO  
NA UNIDADE NEONATOLÓGICA**

Nas primeiras horas de vida o neonato sofre alterações significativas no sistema cardiocirculatório e no metabolismo.

Devem ser prestados os seguintes cuidados:

1 - Credeização: instilação de uma gota de nitrato de prata a 1% ou Argiral em cada olho do RN, para prevenir a conjuntivite gonocócica. Não deixar o excesso na pálpebra, pois provoca conjuntivite química. Usa-se, na menina, duas gotas desse medicamento também na vagina.

2 - Verificação de medidas e temperatura: O perímetro cefálico (PC) normalmente está entre 33 e 36 cm; mede-se colocando-se a fita métrica na altura do occipito dos supercílios.

O perímetro torácico, circunda-se a fita métrica na altura dos mamilos e a circunferência normal é de 30 à 33 cm.

O perímetro abdominal mede-se na altura do coto umbelical e gira em torno de 34 à 36 cm.

A cabeça e o abdome podem ter a mesma medida, mas a cabeça nunca pode ser menor.

O comprimento normal varia entre 48 à 53 cm.

A temperatura deve ser retal, pois, é a mais precisa e o contato do bulbo do termômetro com o ânus permite testar a permeabilidade anal. A temperatura é igual a da mãe ao nascimento e, após, perde 2 a 3° C, devendo ser aquecido para não haver hipotermia. A queda de temperatura do RN pode ser devido a temperatura baixa da sala, por pouco tecido subcutâneo, maior superfície corporal do RN em relação ao peso e os centros encarregados do controle térmico estarem imaturos.

3 - Controle e verificação das eliminações

4 - Controle do pulso e respiração

5 - Curativo do coto umbelical

6 - Exame físico e neurológico

7 - Banho

8 - Orientação aos pais ou responsáveis

9 - Anotações respectivas no prontuário

Controle e verificação de eliminações: Aparelho digestivo: imediatamente após o nascimento a atividade digestiva está em condições de funcionar. A

A função renal tem início ainda no período fetal. Ao nascer, o RN apresenta a bexiga contendo certa quantidade de urina, que é eliminada nas primeiras horas de vida.

Fezes: ao nascer o intestino do RN contém 60 a 200 g de material viscoso, verde-escuro, quase negro, chamado mecônio. Geralmente, nas primeiras 24 horas de vida, certa quantidade é eliminada e, após 4 a 5 dias, as eliminações tornam-se um tanto liquefeitas e heterogêneas, designadas fezes de transição, para, em seguida, assumirem o aspecto de fezes normais do lactente.

Urina: O volume por micção está em torno de 30 ml e o número de micções é bastante elevado, podendo alcançar 60 vezes em 24 horas.

Controle de pulso e respiração:

Pulso: é variável. Ao nascimento, atinge cerca de 150 a 180 batimentos por minuto (bpm). Qualquer esforço modifica a frequência e característica do pulso.

Respiração: O RN vive em estado de taquipnéia fisiológica. O número de movimentos respiratórios atinge 55 por minuto nas primeiras horas.

Avaliação do RN: Índice de Apgar:

O sistema de controle criado pela Dra. Virginia Apgar em 1952, serve como base de comparação dos RNs. Neste método cada um dos cinco sinais durante 60 segundos, depois do nascimento completo. A cada sinal é atribuído um escore de 0 a 2 pontos. Realiza-se a avaliação aos 1º, 5º e, se necessário, 10º minutos de vida. A maioria dos sinais pode ser avaliado unicamente observando-se o RN. A escala de Apgar refere-se a:

- Frequência cardíaca
- Esforço respiratório
- Tônus muscular
- Atividade reflexa
- Cor da pele

Tônus muscular:

Extremidades flexíveis e um pouco resistentes à extensão = 2  
 Extremidades consistentes e ativas e com movimentos ocasionais dando uma aparência de adormecido = 1  
 Criança inequivocamente plácida = 0

Irritabilidade reflexa:

Manifesta-se através da reação à uma palmada rápida na região plantar do pé do RN

- choro forte = 2
- movimentos parciais = 1
- placidez ou ausência de resposta = 0

Cor da pele:

Quase todos os recém-nascidos apresentam certo grau de cianose ao nascer devido ao grande câmbio circulatório em combinação com o processo do parto.

- rosado = 2
- pálido = 1
- cianótico = 0

Este ítem deverá ser avaliado nos últimos 05 segundos, isto é a partir do 55º segundo após o nascimento.

Interpretação: A avaliação das condições do RN pelo método de Apgar será realizada aos 60 segundos após o nascimento e repete-se aos 5 e aos 10 minutos de vida. Deve-se evitar a subjetividade e impressões ocasionais no controle.

Escala de APGAR

Sinais	Escore		
	0	1	2
Batimento Cardíaco	ausente	- de 100	+ de 100
Rêspiração	ausente	irregular e superficial	choro forte
Irritabilidade reflexa	ausente	careta	espirro ou tosse
Cor da pele	palidez cianose	rosada c/ extrem. cian.	rosada
Tônus muscular	Atonia hipotonia	ligeira flexão das extremidades	movimentos ativos

## ROTEIRO PARA EXAME FÍSICO DO RN

O roteiro a seguir serve para auxiliar no exame físico do RN e ao mesmo tempo dá condições para uma avaliação inicial.

1 - Posição: A assimetria do crânio, face, mandíbulas ou das extremidades pode resultar de pressões intra-uterinas.

2 - Pele: Em geral é avermelhada e frequentemente cianosada nas extremidades dos membros pela má circulação periférica. O entumescimento e edema são normais. Possuem como peculiaridade as seguintes características: millium sebáceo, vérnix caseoso, lanugem protetora, mancha mongólica, descamação fisiológica, eritema tóxico e hemangiomas capilares. O RN de cor preta possui as bordas inguinais, a pele do escroto ou dos pequenos lábios, pigmentadas.

3 - Cabeça e face: A cabeça, em geral, é 1/4 do corpo; pode apresentar acavalgamento dos ossos cranianos, craneostenose (soldadura precoce das suturas). Pode apresentar Caput succedaneum (bolsa serosangüinolenta) que é um aumento do couro cabeludo, difuso, formado por líquido plasmático extravasado no subcutâneo, onde houve a apresentação obstétrica. As fontanelas são pequenas. O cefalohematoma (tumefação sangüinea flutuante à palpação no couro cabeludo) é delimitado geralmente nos parietais e originado do trauma durante o parto.

3.1 - Olhos: Permanecem fechados a maior parte do tempo nos primeiros dias. A pálpebra superior pode apresentar uma prega interna. Os supercílios e os cílios são pouco nítidos. As hemorragias subconjuntivais, esclerais e retinianas são comuns. A conjuntivite deve fazer-se suspeitar de infecção gonocócica. O estrabismo é frequente e normal.

3.2 - Boca: A presença das pérolas de Epstein surgem nas margens gengivais e linha mediana do palato. O tubúculo labial é bem desenvolvido no meio do lábio superior. Na parte anterior

do palato duro podem existir as "aftas de Beduar". A língua é curta e longa com o frêmulu ultrapassando a ponta. Ocasionalmente o RN pode ter dentes, os quais devem ser removidos. As amígdalas são pequenas.

3.3 - Orelhas: Os ouvidos são bem localizados com sua forma apropriada, tendo os pavilhões móveis e moldáveis.

3.4 - Nariz: Com base achatada, situa-se mais alto na face. Deve ser observado se há oclusão congênita das coanas.

4 - Tórax: Observar a posição das mamas, se há engurgitamento. O tórax é cilíndrico e o ângulo costal é quase de 90°. Verificar respiração e batimentos cardíacos. No tórax pesquisa-se, também, a normalidade das clavículas (fraturas que ocorrem com frequência).

5 - Abdome: É distendido quando em decúbito dorsal e está mais ou menos no nível do tórax. Verificar se há sobs intestinais e visceromegalias. O cordão umbelical é branco, gelatinoso e possui uma veia e duas artérias.

6 - Genitais: Os testículos podem estar na bolsa ou nos canais ingüinais; o pênis possui um prepúcio estreito e aderido à glânde. As hidroceles são frequentes. Há congestão e engurgitamento vulvar e os pequenos lábios são preminentes, bem como o clítoris; pode haver secreção esbranquiçada translúcida ou sangramento vaginal. Pesquisar hipertrofia vaginal e aderência dos pequenos lábios.

7 - Ânus: Testar a permeabilidade verificando a temperatura retal.

8 - Membros: Observar a presença de polidactilia, sindactilia e malformações ingüinais. Fazer a manobra de Ortolani e pesquisa de simetria das pregas da face posterior e das coxas e região subglútea.

9 - Integridade nervosa:

9.1 - Reflexo de Moro: É o mais completo que se pode observar. A ausência indica sinal de lesão do sistema nervoso. É

pesquisado através de: coloca-se o RN sobre um lençol móvel é dá-se um puxão rápido e seco, para o lado. A resposta será uma extensão rápida dos MMII e SS, seguida de uma flexão suave. Pode vir acompanhado de choro ou o choro pode vir após o exame. Se por acaso houver a paralisia de um braço ou perna, isso poderá indicar lesão de algum nervo. Pode-se, também, estender o braço e soltar, ele retorna lentamente. Barulhos fortes também são feitos para verificar o efeito do estímulo (susto). Demonstra o sentido de equilíbrio do RN; ausente, pode indicar dano cerebral.

9.2 - Reflexo de sucção: O RN tenta sugar o dedo, se for colocado em contato com a boca. Este reflexo vem junto com o de deglutição e se não for estimulado, desaparece.

9.3 - Reflexo peri-oral ou dos quatro pontos cardeais: é paralelo ao de sucção. Faz-se o contato com a boca do RN como se fosse o sinal da cruz e o bebê moverá o lábio para o lado que está sendo tocado.

9.4 - Reflexo de preensão palmar e plantar: Pesquisa-se colocando-se o indicador ou um lápis embaixo dos dedos do bebê; ele vai tentar agarrar com os dedos, sendo que o reflexo palmar é mais intenso.

9.5 - Reflexo de Babinski: Passa-se a ponta da unha na região lateral externa da planta dos pés na direção do calcanhar para os dedos. Na reação positiva o RN abre o hálux.

9.6 - Reflexo de deambulação: Passa-se o braço por baixo do tórax do bebê colocando-o em pé e faz-se com que a planta dos pés roce em alguma superfície dura. O RN fará movimentos que se assemelham a passos.

9.7 - Reflexos simétricos: com o RN em decúbito dorsal, fletimos a cabeça fazendo com que o queixo encoste no tórax. A resposta é a flexão dos MMSS e a extensão dos MMII; defletindo a cabeça os movimentos são inversos.

9.8 Reflexos assimétricos: vira-se a cabeça para um dos la-



dos e o RN estenderá os braço daquele mesmo lado e flexionará o braço do lado oposto. É chamada posição de esgrima. Confira o funcionamento normal do sistema nervoso. Se estiver ausente, pode indicar lesão.

10 - Choro: - O RN chora ativamente quando tem fome, na presença de sons e temores. Gritos, gemência e ausência de choro são observados quando há patologia.

Referências bibliográficas:

- 1 - ALCÂNTARA, P. & MARCONDES, E. - Pediatria Básica. 5ª ed. São Paulo, Sarvier. 3º Vol., 1975.
- 2 - REEDER, S. R. et al. Enfermeria Materno-infantil. Organización Panamericana de La Salud, 1978.
- 3 - SILVER, H. K. et al. Manual de Pediatria, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S. A., 1971.
- 4 - WAECHTERM, E. H. & BLAKE, E. B. Enfermagem Pediátrica. 9ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1979.

## CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O RN

### 1 - Aparelho Genital:

No período neonatal existe claramente um impulso dos órgãos e funções, cujo mecanismo ainda não se acha completamente eliciado. Em ambos os sexos se nota durante uma ou duas semanas engurgitamento de mamas, que podem segregar algumas gotas de um líquido semelhante ao leite.

No menino observa-se, algumas vezes, pequena quantidade de líquido no escroto (hidrocele).

Na menina, a mucosa vaginal e o útero sofrem algumas manifestações semelhantes à da puberdade, podendo observar-se, nos primeiros dias, eliminação de algumas gotas de sangue ou de secreção esbranquiçada.

Nenhum desses fenômenos requer medidas especiais, embora se faça necessária a orientação, por parte da enfermeira, aos pais para que se diminua o nível de ansiedade.

### 2 - Aparelho Digestivo:

O reflexo de sucção deve estar presente no RN, bem como a deglutição que se verifica observando-se que o líquido sugado não reflui pelas comissuras labiais.

A deglutição antecede ao nascimento, pois tem-se verificado que o feto ingere grande quantidade de líquido amniótico.

A digestão bucal é praticamente nula.

Há baixa acidez gástrica e a digestão do leite é perfeita, sendo escasso o ácido clorídrico.

A estrutura da mucosa intestinal evidencia a escassez das glândulas de Brunner e deficiência enzimática, tornando mais difícil o desdobramento dos hidratos de carbono.

A digestão é mais lenta e a expulsão fecal mais rápida podendo, os detritos, serem eliminados em apenas 8 a 10 horas após a sua ingestão.

### 3 - Aparelho Urinário:

A urina do RN, depois da primeira micção) pode apresentar-se turva devido tanto às necessidades e ao conteúdo de uratos como à sua alta concentração. Conforme o bebê aumenta a ingestão de líquidos, sua aparência clareia e fica inodora. A excreção do ácido úrico é alta no período neonatal e, quando se excreta esta substância em fraldas, pode aparecer como manchas avermelhadas. Como esta substância se assemelha ao sangue, às vezes se acha que o RN tem hematúria.

### 4 - Icterícia Fisiológica:

Aparece após o RN ter 48 horas de vida. Aparece em 50% dos RNs normais a termo e numa frequência de 75% de pré-termos. Se deve ao aumento exagerado da bilirrubina no plasma pela destruição dos glóbulos vermelhos. Como há uma incapacidade temporária dessa bilirrubina ser degradada porque a enzima glucoronil-transferase está inativa, ela ficará livre no plasma. Esta condição geralmente começa a desaparecer no sexto ou sétimo dia; deve desaparecer por completo na segunda semana de vida.

Uma concentração de bilirrubina de 13 mg% no sangue, sobrepassa os limites fisiológicos; quando implica numa quantidade total de bilirrubina no plasma de mais de 18 mg a 20mg por 100 ml de sangue chamamos de hiperbilirrubinemia. Já que a ictericia fisiológica não se manifesta até que a criança tenha dois dias, o enfermeiro deverá estar atento para observar os sinais de ictericia antes desse tempo (ictericia patológica) especialmente nas primeiras 48 horas de vida; caso estes sinais ocorram, o médico deve ser avisado imediatamente a fim de que possa instituir o tratamento adequado.

### 5 - Nível de eritrócitos e concentração de Hemoglobina;

O RN tem um nível de eritrócitos (hemácia) e de hemoglobina muito mais alto que o adulto. O nível de eritrócitos varia entre 5.000.000 a 7.000.000/ml e o nível de hemoglobina

é geralmente de 15 a 20 mg%. Estes altos níveis são necessários para a oxigenação adequada do feto no útero. Depois do nascimento já não existe tal necessidade, posto que os pulmões estão funcionando e tem lugar uma diminuição gradual, especialmente durante a segunda e terceira semana de vida. É comum um ligeiro aumento nas concentrações no 1º e 2º dias depois do nascimento devido, em parte, à quantidade extra de sangue recebida pelo ato da ligadura do cordão e ao subsequente reajuste do volume sangüneo. A diminuição gradual do nível de eritrócitos e a concentração de hemoglobina resultam na anemia fisiológica neonatal que desaparece espontaneamente. Os sintomas clínicos geralmente não aparecem (exceto em casos de problemas nutricionais e/ou infecção) e não é necessário tratamento. O nível mais baixo ocorre quando a criança tem três meses de idade: então a hemoglobina varia entre 11 a 12 mg% e os eritrócitos entre 4.000.000 a 4.300.000/ml, depois há um aumento gradual.

#### 6 - Coagulação Sangünea:

Imediatamente após o nascimento, o trato intestinal do RN não tem bactérias necessárias para a síntese de uma substância muito importante, a vitamina K. Outras substâncias importantes na coagulação do sangue são fabricadas no fígado e estão temporariamente diminuídas. Por isso o RN sofre uma deficiência transitória na coagulação sangünea. Esta condição se apresenta entre o segundo e o quinto dia após o nascimento e desaparece espontaneamente ao cabo de alguns dias. Esta deficiência pode ser reduzida ao mínimo com a administração de pequenas doses de vitamina K ao nascer.

A N E X O V

## PUERPÉRIO

O plano de ação será executado de acordo com o processo de enfermagem de Oren.

### Fase intelectual

#### 1º Passo:

Informação colhida, determina o porquê de o paciente necessitar do cuidado de enfermagem; considera a história e o estilo de vida do paciente;

#### conduta

" Há alguma coisa que você gostaria de perguntar sobre você ou sobre o bebê?"

Caso não surgir nenhuma pergunta, devemos questioná-la para nos auxiliar na determinação da capacidade da puérpera de auto cuidar-se.

" Está decidida a amamentar seu filho? Por que? "

" O que você sabe sobre amamentação? "

" Já teve oportunidade de cuidar ou lidar com RN? "

" O que sabe sobre o RN? "

" Já possuía informações de como seria o período puerperal (resguardo)? Se as recebeu, quais as fontes e qual o tipo de orientação dada? "

#### 2º Passo

Traçado do sistema de enfermagem de um paciente; plano para o desempenho do cuidado de enfermagem;

#### conduta

Quando a puérpera tiver algum conhecimento, pediremos para que a mesma realize o procedimento. Caso não tenha

conhecimento, orientaremos e perguntaremos se gostaria que fizéssemos a primeira vez ou se gostaria de fazer em quanto observamos;

### Fase Prática

#### 3º Passo:

Inicia a conduta e o controle das ações necessárias para o cuidado de enfermagem; controle do desempenho do cuidado de enfermagem;

#### conduta

A avaliação será realizada mediante a visita diária à puérpera durante a sua permanência no hospital.

Realizaremos visita domiciliar para avaliar o aprendizado da puérpera;

### Higiene corporal:

Após o parto muitas mulheres solicitam o banho de chuveiro. É aconselhável que esteja alguém próximo na hora do primeiro banho porque, mesmo que a mulher esteja deambulando, ela pode ter vertigens ou desmaios ao contato com a ducha morna.

O banho de assento e o uso de banheira devem ser evitados durante uma semana até que o cérvix esteja fechado, para evitar-se infecção.

Não existe contra indicação para que se lave a cabeça.

### Exercícios físicos:

Os exercícios são planejados de acordo com o tipo de parto e o interesse da puérpera. Os primeiros devem ser suaves, com pouco esforço e começam no primeiro ou segundo dia após o parto. Os mais pesados devem começar mais tarde. Como em qualquer situação, os exercícios devem ser feitos com cri-

tério e moderação; o início deve ser lento, aumentando-se gradualmente, de acordo com a tolerância da puerpera.

#### Técnicas de amamentação:

Não existe regra fixa para a amamentação. Cada criança é um caso diferente. O RN deve ser amamentado toda vez que manifestar desejo. Não deverá existir horário rígido nem fixo para amamentação. No início as solicitações ocorrerão com maior frequência, estabelecendo, com o tempo, maior espaço entre uma mamada e outra. Daí a importância da adoção do sistema de alojamento conjunto.

A amamentação poderá ser única e exclusiva até o 6º mês de vida desde que a mulher o faça adequadamente.

A mãe deve escolher a melhor posição para amamentar desde que seja confortável para ambos. Caso esta precise orientação sobre as diversas posições que poderá adotar para amamentar, pode escolher experimentando-as para poder optar pela que ofereça maior conforto e praticidade. As mais indicadas são as posições sentada e deitada.

#### Cuidados importantes com a amamentação:

- a) Não usar sabonete, álcool ou água boricada no bico do seio;
- b) Expor os mamilos às radiações solares por períodos curtos, diariamente entre 8 e 10 horas;
- c) Lavar bem as mãos antes de amamentar;
- d) Evitar o uso de pomadas e bicos protetores no mamilo;
- e) Antes de colocar a criança ao seio, verificar se a auréola está macia, apreensível e flexível;
- f) Introduzir na boca do bebê não só o bico mas também toda a auréola de maneira que não deixe o seio obstruir o nariz e impedir a respiração do bebê;
- g) Alternar os dois seios durante as mamadas (15 min. em cada seio) e iniciar sempre pelo oferecido por último.
- h) Não administrar líquidos à criança nos intervalos das mamadas.



das;

- i) Para retirar o bebê do seio, colocar o dedo mínimo no canto da boca e apertar levemente;
- k) Retirar o excesso de leite após as mamadas utilizando a técnica de extração manual;
- l) Usar sutiãs adequados e de maneira correta com boa sustentação na base. Esses devem possuir a parte lateral larga e alças ajustáveis;

#### Colostro:

Durante os primeiros dois ou três dias após o nascimento do RN há pouca ou nenhuma alteração aparente nas mamas. Nesse período inicial elas secretam uma pequena quantidade de um líquido fino, amarelado, chamado colostro. Esse contém proteínas, gorduras, açúcares, sais minerais e água e é também rico em vitaminas e anticorpos.

#### Engurgitamento:

Ocorre pelo congestionamento venoso e linfático da mama e pela estase láctea em qualquer das porções do parênquima.

É comum sua ocorrência entre o 3º e o 8º dia de puerpério devido à pressão exercida pelo leite no sistema canalicular, podendo desaparecer entre 24 e 48 horas depois de seu início.

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

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

§ se houver febre deve-se suspeitar de alguma outra causa.

#### Dieta:

Modificações dietéticas durante a lactação:

A dieta demanda consideração especial durante a lactação exatamente como durante a gravidez, já que os processos fisiológicos normais também estão alterados e exigências adicionais são feitas ao organismo.

A dieta da mãe precisa ser suficientemente rica em calorias para responder às necessidades do próprio corpo e, atender o valor calórico do leite secretado que é de 70 cal/100 ml e para fornecer a energia usada na produção do leite. É importante que a ingestão de proteína e cálcio sejam acima das necessidades diárias habituais pois serão secretadas no leite.

O ferro permanece no leite da mãe razoavelmente constante, não sendo incomum uma deficiência de ferro em lactentes.

A vit. A e E estão presentes no leite.

A vit. D é incerta e o conteúdo dela no leite é baixo.

A ingestão líquida deve ser de 2,5 litros a 3 litros para uma adequada produção.

### Lóquios:

É o fenômeno pelo qual o útero extravasa sangue proveniente da ferida placentária. Esse sangue é chamado de lóquios, que são formados por células, trombos, restos de membrana, exudações e transudatos que mudam de aspecto até o 16º dia de puerpério.

Nos 1º e 2º dias são lóquios sangüinolentos; depois do tamponamento da ferida placentária são serosangüinolentos (3º e 7º dia). Do 7º dia em diante são serosos. Pode haver expulsão de coágulos durante a amamentação.

A N E X O VI

## ROTEIRO PARA VISITA DOMICILIAR

### 1 - Planejamento:

#### a) Seleção da visita a ser realizada:

..Quais as puérperas que tem maior necessidade de visita domiciliar? (em relação ao que sabem).

..Que a residência da puérpera seja nas imediações.

..De acordo com a receptividade da puérpera.

#### b) Coleta de dados:

..Revisar questionamentos e dúvidas da puérpera no puerpério segundo anexo.

#### c) Revisão de conhecimentos:

..Estudar os dados colhidos nas fichas de questionamento.

..Estudar conhecimentos científicos para aplicar nas orientações.

#### d) Plano:

..Fazer feed-back

### 2 - Execução:

#### a) Completar o estudo com informações que possam ajudar na abordagem do assunto:

..paciente no ambiente familiar

..dinâmica familiar: relacionamento e organização

#### b) Estabelecer ambiente favorável:

#### c) Executar as ações planejadas, equacionando com a situação encontrada

#### d) Resumir todos os assuntos abordados durante a visita e avaliar se os objetivos foram alcançados

### 3 - Avaliação:

#### a) avaliar se as orientações dadas durante o puerpério foram assimiladas