

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM
ÀS MULHERES GESTANTES E PUÉRPERAS
FUNDAMENTADO NA TEORIA DO
AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM**

Florianópolis, Março de 1999.

LILIAM ISABEL RICHARTZ

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM
ÀS MULHERES GESTANTES E PUÉRPERAS
FUNDAMENTADO NA TEORIA DO
AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM**

*Trabalho de Conclusão do Curso
de Graduação em Enfermagem da
UFSC, apresentado à Disciplina
“Enfermagem Assistencial Aplicada”*

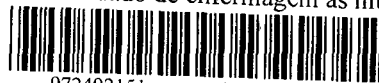
ORIENTADORA: PROF^a ODALÉA MARIA BRUGGEMANN DOS SANTOS

SUPERVISORA: JAQUELINE LUZ CHAVEZ RABAZA

DILCE PURPER DOS SANTOS

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0314
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0314
Autor: Richartz, Liliam I
Título: O cuidado de enfermagem às mulhe



972492151

Ac. 241524

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

Florianópolis, Março de 1999



*“Cada um é responsável por si e capaz de se cuidar.
A essência desta igualdade é a mutualidade, um ajuda
o outro a crescer”*

Maria Helena Matarazzo

AGRADECIMENTOS

À Deus, que com seu poder supremo, me deu força, sabedoria e tantos outros dons que se fizeram indispensáveis nessa caminhada...

Às gestantes e puérperas, pelo carinho e incentivo que me deram, e pela valiosa experiência que me oportunizaram ter...

À minha mãe Isabel, por ter acreditado em mim e por muitas vezes renunciar ao seus próprios sonhos, para que pudesse realizar os meus, por ter me dado vida e me ensinado a viver com dignidade, não bastaria um muitíssimo obrigada. Te amo!

Aos meus irmãos Elisiane, Jean, Cristian, Mislene, Michelle por iluminarem os meus caminhos com afeto e amizade, fazendo-me prosseguir segura e cheia de esperança.

Aos meus filhos Adolfo, Leomar David e Caroline, pelas horas em que estive ausente e pelos sorrisos abertos no reencontro... Minha conquista também é de vocês!!

À orientadora Odaléa pela lição de saber, pela dedicação, pelas renúncias pessoais e por ter acreditado em mim, meu respeito e afeto.

À supervisora Jacqueline, por ser esta pessoa maravilhosa que é, incentivou, ensinou, foi amiga, companheira, acreditou em mim... Te adoro!!

Aos funcionários do CS II Centro, Cleusa, Lena, Dilce, Dada, Ivelina, Sidnei, Dirlene, Kátia, Nice, Marçia, Gecilde, Matilde, e todos os que conviveram comigo, pela força que me deram. Adoro vocês!

Ao meu amor Nuno, por todo o incentivo que deu desde os primeiros momentos até os atuais... Te amo!

Às amigas, Tânia e Rosângela, que sempre estiveram por perto incentivando-me, e pelas décadas de amizade, Que esta seja eterna!!

À aqueles que acreditaram em mim, ajudando a transpor obstáculos e acima de tudo pelo apelo e dedicação...

RESUMO

Este trabalho é o relatório final da prática assistencial, desenvolvida na Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, alocada na VIII Unidade Curricular do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. A mesma foi realizada no Centro de Saúde II – Centro, Florianópolis/SC, no período de 01 de fevereiro à 03 de março de 1999.- O objetivo geral foi prestar cuidado de enfermagem às mulheres/gestantes e puérperas, de baixo risco, fundamentado na Teoria do auto-cuidado de Dorothea E. Orem. Para tanto, tive como objetivos específicos: - realizar a consulta de enfermagem à gestantes, identificando os déficits de competência para o auto-cuidado; - realizar consulta de enfermagem no puerpério imediato, entre o 7º e 10º dias, identificando os déficits de competência para o auto-cuidado; -promover ações educativas com gestantes em sala de espera, orientando-as para o auto-cuidado; -participar do grupo de gestantes, desenvolvido na instituição, fornecendo suporte aos temas emergentes, visando a promoção do auto-cuidado;- realizar visita domiciliar às puérperas selecionadas, orientando-as para o auto-cuidado. - realizar visita às puérperas selecionadas, no alojamento conjunto. Na execução da experiência, foram realizadas 15 consultas de enfermagem à gestante e 14 consultas de enfermagem à puérpera, aplicando o processo de enfermagem, baseado na teoria utilizada; 08(oito) encontros de sala de espera; 02 (duas) palestras no Grupo de Gestantes; 02 (duas) visitas domiciliares e 01(uma) visita no alojamento conjunto. No decorrer das atividades, o referencial teórico utilizado mostrou-se adequado para guiar o cuidado de enfermagem às mulheres/gestantes e puérperas, contribuindo em muito para o desenvolvimento deste trabalho. Considero que as orientações fornecidas a partir dos déficits de competência para o auto-cuidado, identificados nas diversas ações desenvolvidas, contribuiu para que as mulheres/gestantes e puérperas vivenciassem o processo de forma mais tranquila.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	15
3.1 ASPECTOS FISIOLÓGICOS RELACIONADOS A GESTAÇÃO.....	15
3.1.1 Diagnóstico de Gestação	15
3.1.2 Modificações Locais	16
3.1.3 Modificação Sistêmicas	16
3.2 ASPECTOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	19
3.2.1 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.....	19
3.2.2 A Primeira Consulta.....	21
3.2.3 Consultas Subsequentes.....	23
3.2.4 O que Avaliar no Exame da Gestante.....	24
3.2.5 Exames Laboratoriais Básicos e Condutas.....	27
3.3 ASPECTOS RELACIONADOS AO PUERPÉRIO.....	30
3.3.1 A Involução Uterina	31
3.3.2 Involução dos Sistemas Extragenitais.....	33
3.4 AMAMENTAÇÃO.....	35
3.4.1 Fisiologia da Amamentação.....	35
3.4.2 Benefícios do Aleitamento Materno Exclusivo.....	37
3.4.3 Preparo das Mamas.....	39
3.4.4 Uso de Drogas e Amamentação.....	40
3.4.5 Técnicas para o sucesso na amamentação.....	41

3.5.6 Problemas que dificultam a amamentação.....	43
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	47
4.1 MARCO CONCEITUAL.....	47
4.2 PRESSUPOSTOS DA TEORIA DO AUTO-CUIDADO DE OREM (Santos, 1991).....	48
4.3 PRESSUPOSTOS PESSOAIS.....	49
4.4 CONCEITOS.....	49
4.5 PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	54
5.	
METODOLOGIA.....	58
5.1 CARACTERÍSTICAS DO LOCAL.....	58
5.2 POPULAÇÃO ALVO.....	58
5.3 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	59
5.4 ESTRATÉGIAS PARA ALCANCE DOS OBJETIVOS.....	59
6. DESCREVENDO OS RESULTADOS OBTIDOS NOS OBJETIVOS PROPOSTOS.....	61
6.1 OBJETIVO Nº 1.....	61
6.2 OBJETIVO Nº 2.....	68
6.3 OBJETIVO Nº 3.....	74
6.4 OBJETIVO Nº 4.....	76
6.5 OBJETIVO Nº 5.....	77
6.6 OBJETIVO Nº 6.....	80
6.7 AS ATIVIDADES NÃO-PLANEJADAS.....	83
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
7.1 FACILIDADES ENCONTRADAS.....	85
7.2 DIFICULDADES ENCONTRADAS.....	86
7.3 RECOMENDAÇÕES.....	86

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com a saúde materno-infantil, surge desde os primórdios do século anterior, sempre em busca de manter ou recuperar a saúde.

Nos países industrializados da Europa Ocidental e dos Estados Unidos, não havia preocupação com todas as fases da vida; sendo que a ênfase residia na higiene geral para a prevenção de doenças. O oferecimento de cuidados pré-natais, começou a se fazer notar na passagem do século (Rosen, 1994).

Para Goodrich (1971), um dos principais marcos do progresso obstétrico foi o surgimento da consciência da necessidade dos cuidados pré-natais. Atualmente, qualquer mulher aceita com naturalidade a necessidade de consultas regulares. Os cuidados foram estabelecidos para promover e manter a saúde de futuras mães, prevenindo eventuais complicações.

Um dos marcos da história da saúde pública e materno infantil foi a conferência de “Alma-Ata”¹ em 1978, onde partindo da aceitação de um, bom nível de saúde das populações e condição para manter-se a produtividade individual, essa produtividade é indispensável a manutenção da paz mundial, reconhece que esse objetivo só será alcançado com a participação de outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (Dallari,1985).

¹ Conferência Internacional sobre atenção primária à saúde, Alma-Ata (1978). “A Assistência primária forma parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato entre indivíduos, família e comunidade, com o sistema nacional de saúde, levando mais perto, possível, a assistência de saúde ao lugar onde residem e trabalham as pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária”

Segundo Tyrrel e Carvalho (1998), a institucionalização da proteção da saúde materno-infantil se deu na década de 20, desenvolvendo-se em períodos subsequentes; inúmeras foram as modificações a nível ministerial e, conseqüentemente no planejamento e na organização da saúde materno-infantil. É importante ressaltar ainda que após 30 anos de inclusão de medidas de proteção à mulher; a situação da mulher e da criança, ainda hoje, é bastante grave, persistindo altos índices de morbimortalidade materna e infantil.

Carranza (1994, p. 114) salienta que *“a mortalidade materna é um índice que reflete a situação da saúde um país. À semelhança do que ocorre com a mortalidade infantil, as causas que levam as mulheres à morte são totalmente passíveis de prevenção, desde que elas tenham acesso a um controle adequado de sua gravidez, parto e puerpério”*.

As causas da morte materna no Brasil são devidas, em mais de 90% às causas obstétricas diretas e em menos de 10% às causas obstétricas indiretas. Dentre a obstétricas diretas destacam-se as doenças Hipertensivas Específicas da Gravidez, as Hemorragias, as Infecções Puerperais e os Abortos, causas estas que evidenciam a importância da prevenção e de um atendimento pré-natal adequado (Tanaka, 1998).

A assistência à saúde da gestante nos últimos anos tem sofrido grande mudanças, no decorrer dos anos. O programa de Assistência Integral a saúde da mulher²⁷ instituído em 1983, que vigora atualmente, tem como objetivo programático, a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, a fertilidade e as patologias ginecológicas como câncer de colo uterino e da mama. Com a implantação deste programa houve uma queda de mortalidade materno-infantil. (Marcon, 1989).

Segundo Tyrrel e Carvalho (1998), para as enfermeiras da equipe técnica dos programas de saúde à mulher e a criança, em nível central, os programas estão em andamento, uns mais avançados, outros menos avançados e muitos com grandes dificuldades. O que fica evidente é que as limitações dos serviços de saúde são de caráter estrutural, pois não dispõem dos recursos necessários para a realização das atividades programadas (humanos, institucional e, principalmente orçamentários).

Observa-se que a realidade é bem distinta do que se planeja, sendo que o mesmo diverge de uma região para outra. Nem sempre a clientela tem a oportunidade de ter

aceso à um serviço hospitalar e/ou ambulatorial suficiente, ficando a mercê de seu próprio estado de saúde. Muitas vezes a gestante faz o pré-natal adequado, mas no momento do parto não recebe assistência devida, por falta de leitos nos hospitais, peregrinando de uma instituição

a outra, a procura de uma vaga. Este fator pode ser apontado como uma das causas da mortalidade materno infantil elevada no país.

Segundo Tanaka (1998), a mortalidade materna é um reflexo da qualidade da assistência recebida pelas mulheres durante o ciclo gravídico – puerperal. A autora ainda refere que a acessibilidade ao serviço de saúde está ligada a questão sócio econômica e geográfica, muitas vezes o serviço está localizado em determinada área por opção política e não por necessidade da comunidade. Por outro lado, pessoas com mais recursos procuram serviços de melhor qualidade.

Essa realidade pode ser mudada através da conscientização e sensibilidade das autoridades dirigindo às políticas de saúde à população de baixa renda.

Na região de Florianópolis, a Prefeitura Municipal está implementando o Programa Capital Criança, desde 1997, voltado para atenção básica à saúde, com objetivo de qualificar a assistência materno infantil no município. Este programa envolve a atuação de uma equipe multiprofissional, onde observa-se que a enfermeira pode participar ativamente das atividades. A essas profissionais, cabe colocar em ação a consulta de enfermagem tanto no pré-natal, quanto a primeira consulta do puerpério, envolvendo ações de cunho educativo.

Segundo Boletim Informativo do Programa Capital Criança (1998, p. 2) “*A filosofia do Programa Capital Criança é pautada na idéia de que o grupo materno infantil deve ser assistido na promoção e manutenção de sua saúde*”.

A consulta de enfermagem foi legitimada como atividade privativa do enfermeiro a partir de 1986, com a aprovação da nova legislação do exercício profissional (Lei 7.498).

Segundo Alonso (1998), o COFEn informou que a consulta de enfermagem é uma atividade sistematizada que envolve uma relação interativa enfermeiro/cliente voltada para a identificação, resolução e/ou atenuação de problemas com base nas necessidades de saúde e condições do cliente.

O COFEn (1998) afirmou que a consulta de enfermagem tem cunho educativo, preparando o indivíduo e a sua família, recuperando-o com relação a sua saúde. (ibid, 1998).

Para Angerami e Almeida, (apud Franco, 1990) a proposição da enfermagem é ter os mesmos pacientes (que a medicina) com objetivos diferentes, próprios da nossa profissão, que é o cuidado de enfermagem, com o intuito de obter eficazes resultados relativos à assistência racional e integral ao paciente.

Segundo Barbieri (apud Melleiro, Tronchin e Andreoni, 1998, p. 62) “... a participação da enfermeira no referido sistema é de extrema importância e dentre os vários papéis que ela desempenha, o papel do educador ocupa uma posição de destaque, mantendo no serviço um plano educativo que se desenvolve de forma gradual e integrada, o que propicia aos profissionais da área uma conduta uniforme de ação, informações e orientações, oferecida às mães, aos pais, e conforme o caso, aos familiares”.

Acredito que além da consulta, os processos educativos devem ser evidenciados como o grupo de gestantes e/ou casais grávidos, num ambiente descontraído, troca-se experiência, entre enfermeiro, gestantes e familiares, e tirar-se dúvidas acerca do processo vivenciado. Este trabalho tem a finalidade de preparar psicologicamente para o parto.

Segundo Goodrich (1971, p. 21) “Os cuidados pré-natais foram estabelecidos para promover e manter a saúde de futuras mães e para prevenir eventuais complicações. Esses cuidados evoluíram num sistema que prepara ao parto, que incluía os costumeiros cuidados pré-natais que abordavam temas como: anatomia e a filosofia da gravidez e do parto, cuidados pessoais durante a gravidez inclusive higiene e dieta, e instruções sobre como aliviar os pequenos incômodos, em que as mães aprendiam várias técnicas físicas para melhorar a função muscular na gravidez e aumentar a eficiência no parto, técnicas respiratórias e relax progressivo para uso durante o parto.”

Nos dias atuais encontramos a enfermagem mais atuante nos programas de saúde, evidenciando que conquistou seu espaço num caminho que percorrerá há muitos anos. Hoje alguns programas de saúde contam com os serviços de uma equipe multi profissional, onde trabalham médico, enfermeiro, dentista, psicólogo e assistente social, que estão se adaptando ao trabalho em conjunto. Observa-se que esse trabalho

está em fase de implantação, ainda merecendo atenção por parte dos profissionais nele envolvidos, para que o mesmo se expanda aos diversos níveis de assistências. Diz ainda que mediante a luta entre crescente demanda devido a necessidade de atenção primária da saúde e a escassez de recursos, as enfermeiras podem dar uma boa cobertura na demanda, aumentando a qualidade, disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde para a comunidade. (Tanaka, 1997)

É importante ressaltar que estes aspectos relacionados à saúde da mulher, reafirmam a importância do acompanhamento pré-natal, das orientações necessárias para que a gestante e/ou puérpera possa realizar seu auto-cuidado, bem como de seu filho.

Todos os aspectos relacionados a assistência à saúde da mulher, a minha afinidade pela área, durante a disciplina de enfermagem obstétrica no curso de graduação; levaram-me a desenvolver uma prática assistencial junto às mulheres / gestantes e parturientes no CSII – Centro, Centro de Saúde de Florianópolis/SC. Além disso, o fato de estar vivenciando o processo de gestação fez aumentar o meu interesse pela área, suprimindo meus próprios questionamentos e projetando-me na clientela a ser atendida. A minha participação no grupo de gestantes, e/ou casais grávidos da Maternidade do Hospital Universitário, enquanto gestante, também aguçou a vontade de trabalhar com grupos de gestantes.

Neste momento, apresento o relatório final da prática assistencial, atendendo a exigência da Enfermagem Assistencial Aplicada, do VIII unidade curricular do Curso de Graduação – UFSC, desenvolvido no período de 01 de fevereiro a 03 de março de 1999, no CSII – Centro – Florianópolis/SC..

Para guiar o cuidado às gestantes e puérperas, utilizei uma teoria que viesse ao encontro dos meus próprios pressupostos e a que mais enquadrou-se foi a teoria da Auto Cuidado de Dorothea E. Orem, pois acredito que incentivar às gestantes e puérperas para o auto-cuidado, poderá contribuir para melhorar as condições de saúde do binômio mãe-filho.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Prestar cuidado de enfermagem às mulheres/gestantes e puérperas de baixo risco, fundamentado na Teoria do auto-cuidado de Dorothea E. Orem.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Realizar a consulta de enfermagem à gestantes, identificando os déficits de competência para o auto-cuidado;
- Realizar a consulta de enfermagem no puerpério imediato, entre o 7º e 10º dias, identificando os déficits de competência para o auto cuidado;
- Promover ações educativas com gestantes em sala de espera, orientando-as para o auto-cuidado;
- Participar do grupo de gestantes, desenvolvido na instituição, fornecendo suporte aos temas emergentes, visando a promoção do auto cuidado.
- Realizar visita domiciliar às puérperas selecionadas orientando-as para o auto-cuidado.
- Realizar visita às puérperas selecionadas, no alojamento conjunto

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ASPECTOS FISIOLÓGICOS RELACIONADOS A GESTAÇÃO

3.1.1 Diagnóstico de Gestação

Baseia-se na história, no exame físico e nos testes laboratoriais. Presume-se de uma gestação quando houver:

- a) **Manifestação Clínicas:** Além da amenorréia, de náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da freqüência urinaria;
- b) **Modificações Anatômicas:** Aumento do volume da mamas com a identificação dos tubérculos de Montgomery (glândula sebácia da aréola), saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar (sinal de Jacquemier), além de cianose vaginal e cervical (sinal de Chadwick).

As probabilidades elevam-se com o aumento do volume uterino, amolecimento cervical e do segmento inferior (sinal de Hejar) e com a positividade dos testes laboratoriais, através da fração beta da gonadotrofina coriônica humana (BHCG) detectada no soro e identificada desde o 8º e 9º dia de fertilização.

Quando os ciclos são irregulares e prolongados, ou concomitantes ao uso de anticoncepcionais, podem levar a erro.

Nestes casos, quando o dia não é conhecido e o período do mês é conhecido, considera-se o período foi no início, meio ou fim, como dia 5, 15 ou 25 e então fazer o cálculo.

Guyton (apud, Maestri e Liz, 1998), refere que alterações fisiológicas ocorrem devido a modificações acessórias em seus órgãos reprodutivos e em suas mamas para assegurar o desenvolvimento do feto e a nutrição da criança após o nascimento, todas as suas funções metabólicas ficam aumentadas para suprir uma nutrição suficiente para o feto em crescimento e a grande produção de determinados hormônios pela placenta, durante a gravidez, produzindo então, certos “efeitos colaterais”.

Estas modificações são relatadas como Locais e Sistêmicas:

3.1.2 Modificações Locais

Referem-se àquelas mudanças dos órgãos reprodutores que ocorrem durante a gestação. Envolvendo basicamente útero, cérvix, vagina, períneo e vulva.

Com o crescimento do feto, há estiramento e hipertrofia dos ligamentos uterinos, fazendo com que haja um acentuado e gradativo aumento de tamanho do útero. Este ocupando cada vez mais espaço no abdômen, empurra o intestino e outros órgãos para cima e para os lados.

Na cérvix, há um aumento da vascularização e edema, tornando-a mais macia, elástica, com coloração azulada e secreções aumentadas. O canal cervical permanece tamponado com muco (que funciona como uma barreira frente a agentes patógenos) que é expelido no início do trabalho de parto.

O tecido conjuntivo da vagina, vulva e períneo, torna-se mais frouxo, preparando a musculatura para a distensão que deverá sofrer durante o parto. A vascularização aumenta fazendo com que haja mudança na coloração, antes rósea, agora vermelho vinho.

3.1.3 Modificação Sistêmicas

Segundo Rezende (1991), Apesar de serem desagradáveis, as mudanças sistêmicas, devem ser consideradas como completamente normais durante a gravidez..

Sistema Sangüíneo: na gravidez, o problema hematológico mais freqüente é a anemia, resultante da deficiência de ferro. A suplementação previne o desenvolvimento da anemia, mesmo nas gestantes com alimentação adequada, o nível de hemoglobina aumenta com administração de ferro, por via oral. O número de plaquetas, no último trimestre, fica ligeiramente diminuído, sendo que esta queda permanece durante a gestação, com recuperação no puerpério. As proteínas plasmáticas decrescem cerca de 1g% durante a gestação, a maior redução ocorre no 1º trimestre. As gama globulinas também diminuem levemente, em especial as IgG,

transferidas para o conceito. Está ampliada a capacidade de formar fibrina e reduzida a habilidade em destruí-la. Essas modificações da coagulação têm por objetivo assegurar o domínio das perdas hemorrágicas no sítio placentário, após o secundamento. O número de hemácias e leucócitos fica elevado normalizando-se até o sexto dia pós-parto.

Sistema Cardiovascular: constata-se um aumento variável de meio litro de volume sanguíneo. A pressão arterial sofre queda no segundo trimestre, retornando aos níveis pré-gravídicos no terceiro trimestre.

Para Rezende (1991), o sistema cardiovascular sofre a síndrome hiperkinética, durante a gravidez. Com alterações maiores no débito cardíaco e na distribuição dos fluxos sanguíneos regionais. Observa-se alterações menores na frequência cardíaca que aumenta gradativamente e a pressão arterial que especialmente no 2º trimestre. Pode haver hipotensão, lipotímia ortostática, edema de membros inferiores, varicosidade e hemorroidas devido ao aumento da pressão venosa. Há aumento do volume globular diminuindo as concentrações de hematócrito e de hemoglobina causando anemia fisiológica da gestação.

Pele: ocorre um aumento no fluxo sanguíneo na pele, particularmente nos antebraços, mãos e pés da gestante. As mãos ficam pegajosas, favorecendo queixas de calor pelas mesmas, passando melhor quando a temperatura ambiente está mais baixa. A vasodilatação periférica dissiparia o calor do feto. Também há um acréscimo no número de capilares, por isso, desenvolvem-se aranhas vasculares e o eritema palmar. Ocorre aumento da pigmentação da alva ou alba do abdômen (linha negra), da vulva, das aréolas mamárias e da face (cloasma).

É habitual o aparecimento de estrias, sendo conseqüente de rupturas de fibras elásticas da pele, de cor avermelhada quando recentes. Bem como é habitual maior transpiração e oleosidade da pele e couro cabeludo.

Sistema Urinário: o fluxo plasmático renal e a taxa de filtração glomerular estão elevados, podendo ocasionar um aumento na quantidade de glicose filtrada, sendo que a capacidade do rim permanece igual é trivial a presença dessa substância na urina (glicosúria fisiológica ou renal) ausentes níveis elevados no sangue. Com 5 semanas de pós-parto a filtração glomerular normaliza-se.

Geralmente a partir da trigésima semana uma quantidade anormal de líquido é retida, caracterizando edema de membros inferiores e também na face e mãos.

Sistema Respiratório: são bem conhecidas as modificações no aparelho respiratório, as próprias gestantes notam a abertura gradual das últimas costelas. O tórax alarga-se tornando a respiração mais diafragmática e taquipneica.

Ao final da gestação a capacidade inspiratória aumenta, essa hiperventilação faz com que o dióxido de carbono seja depurado através dos pulmões, diminuindo a concentração de CO₂ na gestante. A deficiência respiratória é uma queixa comum nas gestantes que apresentam dispnéia como um esforço consciente para respirar.

Metabolismo: os ajustes metabólicos induzidos pelas crescentes exigências da gravidez ocorrem igualmente as alterações de adaptação, quando surge necessidade urgente de energia.

A primeira alteração metabólica destina-se a suprir o conceito de oxigênio em quantidade suficiente para lhe cobrir o consumo energético, e sob tensão que permita adentrar nos tecidos.

A gestante vê-se submetida permanente demanda de glicose e aminoácidos; e como os ácidos graxos livres não atravessam a barreira placentária, o conceito não pode alterar seu metabolismo afim de obter energia das gorduras. Durante carências alimentares prolongadas, ele continua a extrair glicose e aminoácidos da gestante, em taxas idênticas às existentes nos períodos de alimentação (Parasitismo verdadeiro).

A fim de prover suprimento ininterrupto de glicose e aminoácidos, a grávida não utiliza-se mais indiscriminadamente da glicose como antes, diminuindo sua utilização periférica, mercê da elaboração, pela placenta, de hormônios contra-insulares (HPL, estrogênios, progesterona, cortical, prolactina, glucagom).

3.2 ASPECTOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Para Ziegel e Cranley (1985), a gravidez é um evento especial na vida da mulher, onde ocorre alterações fisiológicas, emocionais e psicológicas intensas.

3.2.1 Assistência Pré-natal de Baixo Risco

Segundo Buchabqui (1997), a gestação é um fenômeno fisiológico, por isso mesmo, sua evolução se dá na maioria das vezes sem intercorrências. As observações clínicas e estatísticas demonstram que cerca de 90% das gestações evoluem e terminam sem complicações, são as gestações de baixo risco.

As normas de assistência materno-infantil devem deferir segundo o grau de risco que a gestante apresenta, assim o controle pré-natal de uma paciente de baixo risco será diferente de uma paciente de alto risco.

Fatores de risco incluem circunstâncias ou determinada característica que se associam a uma maior probabilidade de ocorrer dano à saúde.

Os indicadores de risco gestacional são apresentados na tabela 1

Tabela 1. Indicadores de risco gestacional

Biológico	Idade materna inferior a 16 e superior a 35 anos, peso inicial inferior a 50Kg, estatura inferior a 150cm, história familiar de doenças hereditárias
Clínicos	Hipertensão, nefropatia, diabete, DST, cardiopatia, etc.
Ambientais	Abastecimento deficiente de água, falta de esgotos, condições precárias de habitação, estilo e qualidade de vida
Comportamentais	Fumar, beber, uso de drogas, atividade em trabalho braçal, sedentarismo

Relacionados à assistência médicas	Má qualidade da assistência, insuficiente cobertura ao pré-natal, falta de integração interinstitucional
Socioculturais	Nível educacional, mães solteiras, adolescentes e aceitação da gravidez
Econômicos	Baixa renda
Obstétricos	História de infertilidade, gravidez ectópica ou aborto espontâneo, anormalidade uterinas, feto macrossômico, história de natimorto, recém-nascido de baixo peso, grande multiparidade, mola hidatiforme, corio carcinoma
Condições Atuais	Pré-natal ausente ou tardio, hemorragia anteparto, gestação múltipla, hipertensão induzida pela gestação prolongada, ruptura prematura das membranas, insoimunização, gestação prolongada, retardo de crescimento, poli-hidrâmico, anemia, apresentação anômala

Fonte: Buchabqui (1997)

O cuidado pré-natal, segundo Buchabqui, (apud Freitas e Cols, 1997), tem como principal objetivo reduzir a perimortalidade e morbidade, ao mesmo tempo em que se reflete sobre as necessidades de cuidado sociais, clínicas e psicológicas da gestante / puérpera.

Constituem objetivos básicos da assistência pré-natal:

- Orientar os hábitos de vida / higiene pré-natal;
- Assistir psicologicamente a gestante;
- Prepará-la para a maternidade: instruí-la sobre o parto dando noções de puericultura;
- Evitar o uso de medicação e medidas que se tornam ominosas para o conceito;
- Tratar os pequenos distúrbios habituais da gravidez;
- Fazer a profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças próprias da gestação.

3.2.2 A Primeira Consulta

Segundo a normatização da assistência à saúde do programa Capital Criança da Prefeitura Municipal de Florianópolis (1997), a primeira consulta inicia-se pela anamnese que abrange fatores como: se a gravidez foi planejada, história patológica pregressa, história familiar, história gineco-obstétrica, alergia a medicamentos e hábitos como etilismo, tabagismo, entre outros.

A anamnese é talvez o mais importante método de coleta de dados. Uma história cuidadosamente colhida proporcionará não somente fatos, mas também a informação valiosa sobre as crenças e sentimentos da mulher e sobre as formas em que ela prefere ser cuidada.

Ao indagar se a atual gestação foi ou não planejada, obtém-se informações sobre as práticas contraceptivas. Isso será útil na tomada de decisões nesta área durante o puerpério.

A história patológica pregressa e familiar não deve se limitar a um histórico de doenças passadas da gestante/puérpera, deve se estender a investigações como doenças hereditárias ou crônico-degenerativas na família, informações sobre medicamentos usados e a experiência anterior com a dor e hospitalização.

A história gineco-obstétrica volta-se principalmente para as intercorrências que poderiam se repetir na próxima gestação, atentando para os medos e mitos que porventura possam ter ficado de uma antiga gravidez.

O exame físico, deverá ser completo tendo-se em mente que a adaptação fisiológica da gravidez pode mimetizar uma série de patologias. Deve-se determinar o peso, a altura e o estado nutricional da gestante. Verificar os sinais vitais: pressão arterial (nunca em decúbito dorsal após o segundo trimestre), frequência cardíaca e respiratória e temperatura. É importante a palpação da tireóide, a ausculta cardiopulmonar, o exame de membros inferiores e a verificação da presença do edema.

A avaliação do estado nutricional da gestante através do nomograma, melhor que o simples controle do ganho ponderal, visa identificar as gestantes com déficit nutricional ou sobrepeso no início da gestação, detectar gestantes com ganho de peso pequeno ou excessivo para a idade gestacional, em função do estado nutricional prévio. Calcula-se a percentagem de peso em relação ao peso ideal para a altura,

usando o nomograma da seguinte maneira: marca-se o número correspondente à altura na primeira coluna, passando pelo número equivalente ao peso encontrado na segunda coluna, até chegar ao percentual do peso correspondente na terceira coluna. Finalmente, marca-se no gráfico o ponto correspondente ao percentual encontrado e à idade gestacional. A posição desse ponto no gráfico indica o estado nutricional da gestante. Nas consultas subsequentes, ligam-se os pontos marcados. A inclinação da linha mostra a adequação (subida) ou não (descida) do ganho ponderal durante a gravidez.

O exame gineco-obstétrico, compreende o exame abdominal (altura uterina, circunferência e palpação dos contornos fetais), exame das mamas, ausculta dos batimentos cardio fetais (BCF), palpação de gânglios inguinais, inspeção dos genitais externos, exame especular com inspeção da secreção vaginal e coleta de material para exame citopatológico (caso não tenha realizado nos últimos 6 meses).

A altura uterina é estimada tendo-se o cuidado de reconhecer a resistência óssea da borda superior da sínfese púbica e delimitar, sem comprimir o fundo do útero com a borda cubital da mão. A fita métrica mede o arco uterino, o que permite, além de calcular a idade gestacional, acompanhar o crescimento fetal, suspeitar de gemelaridade e o excesso de líquido amniótico.

Faz-se necessário o cálculo da idade gestacional (IG) e data provável do parto. Como na maioria das vezes não se conhece a data da ovulação e nem da fecundação, os cálculos baseiam-se na data da última menstruação (DUM), utilizando-se a regra de Nageli. A identificação correta da idade gestacional é fundamental e deve ser o mais precocemente possível.

A data provável do parto é em média 280 dias após o primeiro dia da última menstruação. Isso corresponde a 40 semanas de 7 dias podendo-se utilizar este método para cálculo de idade gestacional e data provável de parto. No entanto, existe grande variação dentro da normalidade, sendo qualificadas gestações a termo aquelas compreendidas entre 37 semanas completas e menos de 40 semanas completas (259 a 280 dias).

Pela apresentação fetal pode-se diagnosticar o local de ausculta cardio-fetal. Os batimentos fetais possuem frequência que oscila entre 120 e 160 bpm. Na

Pela apresentação fetal pode-se diagnosticar o local de auscultar cardio-fetal. Os batimentos fetais possuem frequência que oscila entre 120 e 160 bpm. Na apresentação cefálica o foco se encontra nos quadrantes inferiores do abdome, na apresentação pélvica o foco estará nos quadrantes superiores e nas córmica a ausculta será na linha média.

O método palpatório do abdome (manobras de Leopold Zweifel), visa o reconhecimento do feto nele contido, sua apresentação, posição e situação, que consta dos seguintes tempos:

1º Tempo - Delimitação do fundo do útero: Com ambas as mão deprime-se a parede abdominal reconhecendo a parte fetal que ocupa;

2º Tempo - Exploração do dorso: Identificam-se as pequenas partes ou membros e o dorso fetal, de um ou outro lado do útero, diagnosticando-se a posição;

3º Tempo - Exploração da mobilidade cefálica (Leopold ou Pawlick): Apreende-se o polo cefálico entre os dedos polegar e médio imprimindo-lhe movimentos de lateralidade que indicam o grau de penetração da apresentação na bacia;

4º Tempo. Exploração Escava: Investiga-se a apresentação fetal. É considerada apresentação cefálica quando a escava está completa de forma lisa, consistente, irreduzível e pélvica com a escava incompleta de forma amolecida, irregular, deixando-se reduzir. Quando a apresentação for córmica a escava está vazia.

3.2.3 Consultas Subsequentes

Após o exame inicial, a gestante retornará decorrida uma semana, com análises solicitadas, quando a atenção será dirigida especialmente à parte obstétrica, devendo-se ficar atento para o surgimento de fatores de risco.

A cada consulta, atualiza-se a anamnese, calcula-se a idade gestacional; repete-se o exame físico; registra-se o peso, levando em consideração o estado nutricional; verifica-se a pressão arterial e medida da altura uterina; ausculta-se os batimentos cardio fetais (BCF). Além disso, indaga-se sobre a percepção dos movimentos fetais,

discute-se com a gestante os sinais e sintomas de cada fase da gestação, observando seu estado emocional frente a gravidez e ao parto.

No terceiro trimestre solicita-se novo exame de urina e dosagem da hemoglobina, também repete-se o toque vaginal perto do termo (38 – 39 semanas), para avaliar a bacia, a insinuação da cabeça fetal e as características do colo uterino.

Em todas as consultas, deve-se estimular a gestante para participar ativamente dos cuidados relacionados a seu processo de gestação. Para tanto, são dadas orientações quanto ao hábito intestinal e urinário, práticas sexuais, funcionamento intestinal e urinário, alimentação, trabalho, repouso, lazer, exercícios físicos, preparo das mamas para o aleitamento e sinais de alerta (sangramento, contrações uterinas, perda de líquido amniótico, cefaléia súbita e persistente com distúrbios visuais e parada dos movimentos fetais). Além disso, os mesmos devem ser incentivados a participarem do grupo de gestantes.

Nas últimas consultas, as orientações estão voltadas principalmente para os sinais e sintomas do trabalho de parto, o parto, analgesia, anestesia e episiotomia, internação hospitalar e alojamento conjunto, aleitamento materno, cuidados com o bebê e retorno para a consulta puerperal.

3.2.4 O que Avaliar no Exame da Gestante.

Estado Nutricional e Ganho de Peso Durante a Gestação: para acompanhar a curva de crescimento ponderal da gestante, utiliza-se o peso estimado antes de engravidar. Considerando-se como aumento normal um ganho semanal de 400g no segundo trimestre e de 300g no terceiro, sendo que o aumento repentino de peso (700g ou mais em uma semana sugere pré-eclâmpsia. A ausência ou perda de peso pode estar associada a um crescimento fetal insuficiente.

É rotina utilizar como referência o percentual do peso em relação ao peso ideal para a altura, que dispensa o conhecimento do peso prévio a gestação, e correlacioná-lo com o padrão de referência nas diversas IGs.

Controle da Pressão Arterial: a obtenção de dados sobre o padrão pressórico da paciente e a medida consecutiva da pressão arterial a cada consulta pré-natal

permitem avaliar possíveis elevações e realizar eventual diagnóstico diferencial. Considera-se hipertensão quando há um aumento de 30mmhg ou mais na pressão sistólica e/ou aumento de 15mmhg ou mais na diastólica em relação aos níveis tensionais estabelecidos nas consultas anteriores, lembrando que a paciente deve permanecer na posição sentada (nunca em decúbito dorsal após o segundo trimestre).

Considera-se doença Hipertensiva Específica da Gestação, aquela cujos níveis elevados surjam após a 20ª semana, associados ou não a proteinúria e ao edema súbito, generalizado, em face e tronco. Em caso de hipertensão crônica ou hipertensiva específica da gestação encaminhar ao pré-natal de alto-risco.

Nas pacientes que retardam a primeira consulta pré-natal devemos nos ater ao fato de que ao final do segundo trimestre e início do terceiro pode acontecer uma queda dos valores pressóricos, devido a hemodiluição, podendo confundir ou mascarar uma eventual hipertensão nas formas descritas.

Medida da Altura Uterina: crescimento Fetal: a medida da altura uterina (AU), efetuada corretamente, a cada consulta, de preferência pelo mesmo examinador, é suficiente para acompanhar o desenvolvimento fetal e seus anexos. Coloca-se um extremo da fita apoiada sobre a borda superior da sínfise púbica e o outro no fundo uterino, com a fita entre os dedos médio e indicador, medindo-se, desta forma, a altura do fundo uterino.

O padrão de referência são duas curvas de altura uterina desenhadas a partir de dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia – CLAP, nas quais se identifica como limites de normalidade o percentual 10, para o inferior, e o percentual 90, para o superior, formando-se um gráfico. Este deve ser interpretado da seguinte forma: inicialmente, caracteriza-se o ponto obtido na primeira medida em relação às curvas; estando o ponto de intersecção da AU com IG, em cada momento da gestação, situado sempre entre as curvas inferiores e superiores, a conduta é seguir o calendário mínimo. O ponto inicial acima de curva superior pode indicar um erro de cálculo da IG, Poli-hidrâmnio, Gemelaridade, Mola Hidatiforme, Miomatose Uterina e Obesidade. Pode necessitar de um retorno em 15 dias para reavaliação. Evoluindo ainda acima da curva superior, e com a mesma inclinação desta, é possível que a IG seja maior que a estimada, e necessitar confirmação e avaliação referenciada ao pré-natal de alto-risco. Uma inclinação maior que a curva superior, ou seja, um

crescimento uterino acima do esperado e ascendente, acontece na gestação múltipla, na hidrocefalia, no poli-hidrânio, na doença trofoblástica gestacional, na macrosomia ou outra situação a investigar. Já o inverso, ocorre também por erro de cálculo, ainda mais se persistir evoluindo com a mesma inclinação. Se persistir a inclinação menor ou se afastar da curva inferior, pensar em retardo do crescimento intra-uterino, nos fetos pequenos, nos oligogrânio ou na situação transversal, se necessário encaminhar ao pré-natal de alto risco (PNAR).

Ausulta dos Batimentos Cardio Fetais: a determinação da frequência cardíaca fetal visa avaliar as condições fetais na gravidez e no parto. É um instrumento útil e suficiente para acompanhar a gestante normal, com resultados confiáveis. A identificação e a ausulta dos batimentos cardio fetais (BCF) apresenta uma cronologia que depende do arsenal diagnóstico disponível. Assim, com o sonar-doppler pode-se encontrar batimentos em torno de 10 – 11ª semana, bem mais precoce do que o estetoscópio de Pinard (em torno da 20ª semana). Deve-se ficar atento para afastar a possibilidade de erro de estimativa da IG, bem como condições que prejudiquem uma boa ausulta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal, poli-hidrânio.

A possibilidade de ouvir seu bebê traz a mãe uma sensação de tranquilidade e, por isso, deve-se tentar a ausulta, considerando as especificidades de cada método.

A frequência e o ritmo dos batimentos são contados durante um minuto, ou frações de 15 segundos multiplicados por quatro, e devem situar-se em 120 e 160, sendo que as variações para mais ou para menos destes valores limítrofes correspondem, respectivamente a uma taquicardia (BCF maior que 160) e a bradicardia (BCF menor que 120) e constituem, junto com as desacelerações, em motivos de investigação através da monitoração cardíaca fetal, e do perfil biofísico. Por outro lado, a existência de acelerações transitórias, elevações de frequência de pelo menos 15 batimentos por um tempo mínimo de 15 segundos, é um sinal de boa vitalidade, e estão frequentemente associadas as movimentações fetais, estimulação mecânica sobre o útero ou a contração uterina.

3.2.5 Exames Laboratoriais Básicos e Condutas

Segundo a Normatização da Assistência à Saúde da Mulher(1998) do Programa Capital da Criança da Prefeitura Municipal de Florianópolis, ao procurar o Centro de Saúde, referindo amenorréia, durante a consulta de enfermagem, é solicitado o exame teste imunológico da gravidez (TIG). Quando a cliente trazer o resultado, confirmando positivo, solicita-se os outros exames: hemoglobina, tipo de sangue, fator RH, toxoplasmose IGG / IGM, HgHBs, VDRL, rubéola IGG, IGM, parcial de urina e glicose, parasitológico de fezes.

Segundo Buchabqui (apud Freitas et al, 1997), na primeira consulta pré-natal devem ser solicitados os seguintes exames de rotina: hemograma completo, parasitológico de fezes, tipagem sanguínea, fator RH, VDRL (repetir no segundo trimestre), rubéola, AgHBs, colpocitologia oncótica, ultrassonografia obstétrica em torno da 20 semana, glicemia de jejum se a paciente for obesa ou do grupo de risco para diabetes, teste de tolerância à glicose entre 24ª e 28ª semana e coombs indireto. O coombs é solicitado quando a gestante apresenta Rh negativo e o parceiro Rh positivo.

Os resultados dos exames laboratoriais, tanto nas primeira consulta como nas subsequentes devem ser anotados na ficha pré-natal (cartão da gestante com data da realização dos mesmos).

Tipagem Sanguínea: se a gestante for Rh negativa e o parceiro Rh positivo ou desconhecido, deve-se solicitar o teste de Coombs indireto na primeira oportunidade de identificação da incompatibilidade. Se negativo, a partir da 24ª semana, repeti-lo a cada 4 semanas. Se positivo, encaminhar ao pré-natal de alto risco e referir pré natal de alto risco.

Sorologia para Lues-VDRL: tem-se utilizado o VDRL para Triagem, o qual, embora sendo um teste não-treponêmico ou não-específico, é de grande valor, pois permite avaliar quantitativamente os pacientes aos 3,6 e 12 meses após o tratamento para sífilis.

Anti-HIV: embora considerado atualmente de rotina, devem merecer atenção especial pelo risco latente e real, principalmente com história prévia de transfusão sangüínea, prostituição, parceira ou usuária de drogas injetáveis, e antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis. Tornou-se rotina uma vez que já é possível reduzir os índices de infecção fetal pelo uso de zidovidina durante a gestação. Não deve ser esquecido o devido consentimento por parte da paciente, e dos cuidados na informação em caso de positividade.

Exame Parcial de Urina: além de ser mais freqüente infecção bacteriana durante a gestação, deve-se atentar também para a alta incidência de bactéria assintomática, onde os casos não tratados podem evoluir para pielonefrite, quando o risco de trabalho de parto prematuro é de 20%. A presença de “traços” de proteinúria direciona para uma investigação mais atenta, se houver história ou identificação de hipertensão e/ou edema, quando então deve-se encaminhar para o P.N.A.R.

Hemograma: o comportamento dos parâmetros do eritrograma identifica uma diminuição significativa nos valores dos glóbulos vermelhos, hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht), que se manifestam precocemente ao redor da 10^a semana, alcançando valores mínimos ao redor da 20^a semana e com discreto aumento a partir daí. A taxa de Hb tem sido tomada como indicador de anemia durante a gravidez, quando os níveis são inferiores a 11 g%. O mesmo acontece com o Ht que acompanha o comportamento do Hb. Sugere-se neste caso a repetição dos exames.

Exame da Secreção Vaginal e Citopatológica Cervical: a necessidade de identificação, durante a gestação, de infecções vaginais para evitar ou ajustar riscos como; trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas (rupreme), endometrite puerperal ou mesmo de morte fetal intrauterina, além do próprio desconforto por si só.

Rastreamento do Diabete Gestacional: nas gestantes com fatores de risco para o diabete (feto macrossômico prévio, antecedentes familiares, etc), já na primeira consulta solicita-se uma glicemia de jejum ou mesmo um teste de tolerância à glicose. Com os valores alterados encaminha-se para o PNAR, para as demais em

torno da 25ª semana solicita-se o teste de tolerância a glicose com 50g (TGG50) ou rastreamento.

Imunofluorescência para Toxoplasmose: embora sem ser considerada de rotina, deve-se recomendar o rastreamento através da imunofluorescência indireta – IgG e IgM – visto ser a infecção congênita mais prevalente, às vezes, assintomática, em nosso meio. Recomenda-se um cuidado na ingestão de carnes mal cozidas, proteção das mãos ao lidar no jardim, lavar bem frutas e verduras, além de evitar contatos com animais (gatos).

HBSAg: rastreamento para hepatite B através da pesquisa HBSAg no terceiro trimestre, uma vez que a incidência dez vezes superior a da AIDS. Quando o teste for negativo, as gestantes de alto risco devem repetir o teste no terceiro trimestre. A prevenção e o tratamento do recém-nascido se faz pela administração da vacina da hepatite B e da imunoglobulina logo após o parto.

Rubéola: nas gestantes em início de gestação com suspeita de rubéola ou com história de possível exposição à doença, mesmo naquelas com antecedentes da doença, deve-se solicitar o teste de inibição da hemaglutinação (IH). Se o exame foi efetuado dias após a exposição, pois a resposta IgM é rápida, e der título de 1:16 ou mais, ou mesmo IgG que quadruplica seu valor num prazo de 4 semanas, a paciente provavelmente está imunizada. As malformações congênitas ocorrem quando a infecção ocorre nas primeiras 16 semanas de gestação. Após o parto, as não imunes devem ser vacinadas.

Conduas básicas

Apresento a seguir o esquema da vacinação antitetânica.

Vacina Antitetânica na Gestação. Segundo Buchabqui (apud Freitas e Cols, 1997)

Situação	Conduta
Nas não vacinadas ou que sabem informar	Aplica-se três doses da vacina, com intervalo de 8 semanas entre cada aplicação, a partir do 5º mês de

passado vacinal.	gestação. Se estiver em fase avançada da gestação, o feto considera-se protegido após duas doses, aplicando-se a terceira dose no puerpério. Caso não haja tempo suficiente para duas doses, o intervalo <i>deve ser diminuído para 4 semanas.</i>
Naquelas gestantes com vacinação incompleta, ou seja, com uma ou duas doses prévias de DPT, DT ou TT.	Deve-se completar o total de três doses, mantendo-se o intervalo de 8 semanas a partir do 5º mês de gestação.
Vacinação com esquema completo e última dose há mais de 5 anos.	Aplicar uma dose de reforço logo que possível.
Há menos de 5 anos	Nenhuma dose a aplicar

Ultra-sonografia: atualmente considerado um procedimento obrigatório em obstetria. No primeiro trimestre, idealmente, através da via vaginal; dessa época em diante, transabdominal. Sendo um procedimento seguro, pode ser repetido sempre que necessário, em momentos diversos da gestação. De rotina realiza-se o exame na 20ª semana da gestação, podendo ser feitos na 10ª, 20ª e 36ª semanas sem prejuízos ao concepto. As informações proporcionadas pelo exame relacionam-se ao concepto, ao líquido amniótico e à placenta.

3.3. ASPECTOS RELACIONADOS AO PUERPÉRIO

Para Rezende(1995) o puerpério, também chamado de sobreparto ou pós-parto, é um período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna após o parto. Há importantes modificações evolutivas e de recuperação da genitália materna, que perduram, até o retorno do organismo às condições vigentes antes da prenhez. A extensão e importância desses processos são proporcionais às

transformações gestativas experimentadas e diretamente subordinadas à duração da gravidez.

A fisiologia da lactação e suas influências na mudança dos componentes dos hormônios gonadotróficos influem diretamente na função ovariana. Sabe-se que a sucção do mamilo, durante o aleitamento, à conta de seu reflexo neuroendócrino, auxilia no processo involutivo do útero.

Completa-se a involução puerperal no prazo de 6 semanas, embora seja aceitável dividir o período que se sucede ao parto em:

- 1 - Pós-parto imediato (do 1º ao 10º dia)
- 2 - Pós-parto tardio (do 10º ao 45 dia)
- 3 - Pós-parto remoto (além do 45º dia)

3.3.1 A Involução Uterina

Puerpério Imediato: neste período predomina a crise genital; prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas pela prenhez, ocorrendo também alterações endócrinas, quase todas pertinentes à regressão das modificações gestacionais do organismo.

O útero: está o abdômen colabado; o fundo uterino que se encontrava à altura do escava do epigástrico, situa-se pouco acima da cicatriz umbilical, firmemente contraído. A hemóstase da ferida placentária é assegurada pela retração e contração do miométrio, todavia o elemento primordial da hemóstase é o útero de consistência firme, o chamado globo de segurança, que permite as ligaduras vivas de Pinard, fenômeno inaugurado com a saída da placenta. Nas primeiras 12 horas do sobreparto, o fundo uterino, coloca-se à 12 cm de distância da reborda púbica, estando vazia a bexiga, podendo ser deslocado para cima e para baixo, em consequência do relaxamento de seus elementos de sustentação e de fixação.

A partir do 4º ou 5º dia a zona palpada como fundo uterino, encontra-se em antero-versão, até o 10º dia a matriz é órgão abdominal, depois retorna a pelva.

A reconstrução da cervix é relativamente rápida; com 12 horas de puerpério readquiriu seu feitio normal, embora amplamente aberto o orifício externo, em fenda transversal, que vai atestar a paridade da mulher.

Na lactente, a involução uterina é mais rápida, pelo exacerbarem-se retração e contratilidade uterinas, a cada amamentação, chamando-se reflexo uteromamário.

O processamento da involução uterina e das demais soluções de continuidade sofridas pela genitália nos partos vincula-se à produção e a eliminação de considerável quantidade de exsudatos e transudatos, os quais, de mistura com elementos celulares descamados e sangue, são conhecidos pela designação de líquidos.

Nos primeiros três ou quatro dias, os lóquios são sangüíneos, de coloração acastanhada.

A *Vagina*: as transformações regressivas de maior evidência se desenrolam no epitélio escamoso de revestimento, que fica com tecido atrófico. É a crise vaginal de pós-parto. Nessa fase o comportamento é idêntico na nutriz e na puérpera que não amamenta.

Pós-Parto Tardio: período de transição, é o circuito biológico em que todas as funções começam a ser influenciadas pela lactação.

O *útero*: regride muito lentamente até 6 semanas, nunca mais retornando as proporções encontradas nas nulíparas. A cavidade uterina acha-se inteiramente epitelizada ao cabo de 25º do pós-parto. Os líquidos passam de sero-sangüíneo a seroso (lóquia flava). O comportamento do endométrio difere com a presença da lactação. Nas mulheres que não aleitam, apesar de regressão miometrial mais lenta, tende o endométrio a proliferar nos moldes conhecidos, alcançando no término do pós-parto tardio, uma oscilação. Nas nutrizes, tudo se passa como se os estímulos reguladores endócrinos se encontrassem em recesso ocasional.

A *vagina*: até cerca do 25º dia de pós-parto, é difícil a distinção entre os casos com lactação ou sem ela, no envolver da recuperação vaginal. Nas mulheres que não amamentam, a citologia mostra aceleração do processo vaginal evolutivo, se comparado em relação às nutrizes.

Pós-Parto Remoto: É um período de duração imprecisa, varia com a presença ou não de lactação. Nas mulheres que não amamentam a menstruação

972 492 151

retorna, em média com 1,5 mês, precedida de ovulação. Nas lactentes os prazos da duração do aleitamento.

3.3.2 Involução dos Sistemas Extragenitais

O Sistema Endócrino: após 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 as taxas normais para mulheres não-grávidas.

Os estrogênios mostram queda súbita, ligada implicitamente ao desaparecimento da atividade da placenta que todavia mantém os estrogênios nos limites fisiológicos, e apesar de não exibirem os números mais representativos dos ciclos ovulatórios, sugerem atividade ovariana.

A fisiologia da lactação e suas influências na mudança dos componentes dos hormônios gonadotróficos influem diversamente na função ovariana. Sabe-se que a sucção do mamilo, durante o aleitamento, através do reflexo neuroendócrino, produz a inibição das gonadotrofinas.

Sistema Cardiovascular: o rendimento cardíaco que está elevado na 1ª hora do pós-parto (10%), permanece assim até o fim da primeira semana. A pressão venosa dos membros inferiores, elevada durante a gravidez, acaso presentes, emurhecem, e os edemas desaparecem

Sistema Sangüíneo: série vermelha permanece sem alterações após o parto. Na série branca observa-se acentuada leucocitose, cerca de 25 mil glóbulos, principalmente neutrófilos. Em condições normais a hiperleucocitose, retorna ao normal nas próximas 48 horas e em 5 a 6 dias retorna as taxas habituais. A eritrossedimentação, sofre incremento no puerpério regularizando-se entre a 5ª e a 7ª semana. A concentração de hemoglobina retorna ao normal em 6 semanas do parto.

Sistema Urinário: a conta do acentuado relaxamento do diafragma urogenital, a parede anterior da vagina tende a colabar entre os grandes lábios, sobretudo nas múltiparas, esboçando cistocele. A diurese é inicialmente escassa, em razão da

desidratação do parto. Do 2º ao 6º dia estabeleceu-se abundantemente, excreção urinária, eliminando a água acumulada na gestação. É freqüente a super-distensão e o esvaziamento incompleto, com a presença de urina residual, pois esta com sua capacidade aumentada e a sensibilidade a pressão reduzidas. A presença de urina residual expõe a mãe a um alto risco de infecção do trato urinário. Muitas puérperas referem aumento do volume urinário, com diminuição da freqüência das micções, isto é relatado com grande alívio, comparado com a grande freqüência urinária no final da gravidez.

Sistema Digestivo: com o esvaziamento uterino, as vísceras retornam ao normal, há redução da motilidade intestinal. A constipação da puérpera, ocorre com mais freqüência em paciente 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. O funcionamento é fisiológico do intestino restaurado no 3º ou 4º dia.

Pele: as estriações do abdômen perdem a cor vermelho arroseada e ficam pálida, transformando-se em algumas semanas, nas estrias branco-nacaradas. Regridem as modificações do tipo de implantação dos pelos pubianos, as hiperpigmentações da pele do rosto, do abdômen e das mamas. Algumas ficam inapagáveis caracterizando o cloasma gravídico.

Peso: nos primeiros dez dias a puérpera perde uma maior quantidade de peso, devido a expulsão ovular, da maior diurese, da secreção láctea e da eliminação loquial.

Vida Sexual: o reinício da atividade sexual após o nascimento de um filho é extremamente variável e depende da sexualidade de cada indivíduo e de cada casal. O casal está liberado para a relação sexual com penetração quando a cicatrização já estiver completa, porém no puerpério imediato, como de resto nas últimas semanas de gravidez a libido encontra-se adormecida. A resposta sexual, seis a oito semanas após o parto, ainda não é satisfatória, com presença de congestão vascular lenta, em seguida ao estímulo, subordinada a turgência da vulva e a lubrificação excessiva da vaginal, com distensão concomitante desse órgão, desaparecidas as suas rugosidade, constrição muscular reduzida.

3.4 AMAMENTAÇÃO

3.4.1 Fisiologia da Amamentação

Rezende (1995) refere a fisiologia da lactação está diretamente ligada ao sistema neuro endócrino e pode ser dividida em três processos: mamogênese, lactogênese e lactopoese.

A Mamogênese é a fase de desenvolvimento da glândula mamária. Durante a gestação, o crescimento é acelerado, porém, este processo tem seu início na puberdade, pois durante os primeiros ciclos menstruais, o hormônio estrogênio exerce efeitos proliferativos dos canais mamários, enquanto que a progesterona, em atuação conjunta, produz o crescimento e expansão dos alvéolos. Outros hormônios participam da diferenciação completa do tecido funcional da mama. Estes hormônios constituem o complexo lactogênico: prolactina, hormônio do crescimento (somatotropina), cortisol, tireoxina e insulina.

Segundo o Manual de Promoção do Aleitamento Materno UNICEF (1993) as mamas começam a produzir quantidades maiores de leite a medida que o nível de hormônios, principalmente a progesterona, cai (geralmente 30 a 40 horas após o parto). Ainda afirma que o corpo da mãe produz automaticamente os hormônios prolactina e ocitocina no final da gravidez e posteriormente, em resposta a sucção do bebê. A prolactina faz os alvéolos produzirem leite, os níveis de prolactina sobem quando o bebê suga o peito, esse hormônio faz a mãe sentir-se sonolenta e relaxada. Para manter os níveis elevados de prolactina, o bebê deve ter uma boa pega da aréola e não receber bicos artificiais ou chupetas que possam confundir a sua sucção. O bebê deve ser amamentado sempre que desejar, geralmente a cada uma ou três horas, durante o tempo que desejar. A noite, a resposta da prolactina em relação a sucção é maior.

A ocitocina contrai as células ao redor dos alvéolos e faz o leite descer pelos ductos até os ductos lactíferos, onde fica disponível para ser retirado pelo bebê. Esse processo é chamado reflexo de ejeção ou de descida.

No pós-parto imediato, quando ocorre a ejeção do leite, a mãe pode sentir contrações uterinas ou uma sede repentina. Ela poderá ver leite vazando da outra mama; entretanto, nem sempre terá uma sensação física. Ocorre a liberação do leite, o ritmo da sucção do bebê mudará de rápido para regular, profundo e lento (cerca de uma sucção por segundo).

A liberação da ocitocina pode ser temporariamente inibida por seguintes fatores: dor extrema (como a provocada por fissuras nos mamilos), hormônios de estresse, resultantes de dúvidas, vergonha ou ansiedade; nicotina e álcool.

A mãe pode reduzir esta inibição, relaxando e acomodando-se confortavelmente para amamentar, evitando situações embaraçosas ou estressantes durante as mamadas, expressando um pouco do leite, estimulando suavemente os mamilos e também pedindo a alguém que massageie a parte superior de suas costas, especialmente ao longo dos lados da coluna vertebral.

Tourris (apud Gonçalves e Franzon 1997), diz ser este o período de “subida do leite” e delimita o início deste no parto com seu final até no 4º dia de puerpério.

Durante os primeiros dois dias após o parto, ocorrem poucas transformações nas mamas, havendo apenas secreção do colostro, que já existia durante a gravidez. Pelo 3º ou 4º dia de pós-parto porém, ocorre o aumento da consistência das mamas que se tornam pesadas, congestionadas e dolorosas, é o que chamamos de apojadura ou “subida do leite”.

O bebê ao sugar estimula terminações nervosas existentes no mamilo que enviam uma ordem à hipófise para liberar os hormônios prolactina (hipófise anterior) e ocitocina (hipófise posterior). A este fenômeno chamamos processo neuro endócrino de sucção.

A prolactina estimula as células glandulares dos alvéolos a sintetizarem os constituintes do leite (gordura, lactose, e proteínas) a partir dos componentes derivados do sangue. A gordura do leite surge na base da célula alveolar em forma de gotículas associadas ao ergatoplasma que, dirigindo-se ao ápice celular, aumentam de tamanho até serem completamente envolvidas pela membrana da célula, que ao se

romper liberam-nas, fazendo cair no interior dos alvéolos. Dos alvéolos, o leite é armazenado nos canalículos, canais e ampolas galactófaras.

Após iniciada a lactogênese, esta é mantida pelo reflexo neuro endócrino de sucção, pelo esvaziamento constante dos alvéolos e pela ação dos hormônios a isto chamamos lactopoesse.

A quantidade normal de leite produzida, varia de acordo com a mulher e as necessidades do bebê. A OMS (Organização Mundial de Saúde), estima que 850 ml (600 Kcal) por dia é o valor médio satisfatório nos seis primeiros meses de amamentação. Contudo, a melhor maneira de aliviar a lactação adequada é pelo crescimento do recém-nascido, que deverá ganhar $800 \text{ gr} \pm 20\%$ ao mês ao durante os 6 primeiros meses de vida ou a duplicação do peso do nascimento no 9º mês.

3.4.2 Benefícios do Aleitamento Materno Exclusivo:

Segundo o Manual da Promoção do Aleitamento Materno (UNICEF 1993) o leite materno oferece muitos benefícios à saúde do bebê. Na amamentação exclusiva os benefícios são usufruídos ao máximo. Como exemplo disso, temos a taxa de doenças que exigem cuidados médicos mais baixa; o leite materno é produzido sobre custo zero, o que não acarreta a família qualquer tipo de ônus em relação a alimentação; não produz nem um dano à natureza, pois não necessita embalagem, transporte e técnicas de armazenamentos especiais. Vejamos a seguir algumas vantagens:

Proteção Contra Infecções: bebês amamentados têm menos diarreia, infecções gastrointestinais e infecções respiratórias do que bebês alimentados artificialmente. Uma substância chamada fator bifidus auxilia o crescimento de bactérias especiais no intestino do bebê, impedindo o crescimento e outras bactérias nocivas. Dezenas de agentes anti-inflamatórios reduzem os danos causados por inflamações fora de controle. Os linfócitos e macrófagos, que são células presentes em grande quantidade do leite, ajudam a combater agentes patogênicos. Os anticorpos de doenças que a mãe foi exposta, protegem seu bebê de doenças. Fatores de crescimento acentuam o desenvolvimento do bebê e a maturação de seu sistema imunológico, sistema nervoso central e de órgãos como a pele. Enzimas digestivas como a lactose e a

lipase além de muitas outras enzimas importantes, protegem os bebês nascidos com sistema enzimáticos imaturos ou defeituosos. A lactose ajuda a prevenir o raquitismo e estimula a absorção do cálcio e o desenvolvimento cerebral.

Proteção Contra Alergias: o trato gastrintestinal do bebê desenvolve-se mais rapidamente quando ele é amamentado com o leite materno, sem a introdução de proteínas estranhas no seu sistema. Uma menor exposição à proteínas estranhas cria tolerância ao invés de respostas alérgicas. Nutrientes como o zinco e os ácidos graxos polinsaturados de cadeia longa auxiliam o desenvolvimento da resposta imunológica do bebê. Mamadas de fórmula nos primeiros dias, podem aumentar as taxas de doenças alérgicas. Todos os leites infantis, incluindo os leites a base de soja, expõe o bebê ao risco de alergia.

Outras Vantagens Para O Bebê: é estatisticamente comprovado que bebês amamentados exclusivamente no seio são associados a um coeficiente de inteligência mais elevado, uma menor incidência de morte súbita no berço (Síndrome da morte súbita do bebê); menor risco de desenvolver diabetes, câncer e infecções de ouvido na infância; melhor resposta a vacinações e capacidade de combater doenças mais rapidamente; melhor desenvolvimento psicomotor emocional e social; além de diminuir a chance de vir a desenvolver problemas ortodônticos e dentais causados pelo uso de mamadeiras e chupetas. O componente emocional está intimamente ligado à amamentação, pois o contato entre o bebê e a mulher é consideravelmente maior.

Vantagens para a gestante/puérpera: a ocitocina liberada durante a amamentação contrai o útero e ajuda a interromper a hemorragia pós-parto. Essa é uma das razões pelas quais o aleitamento deve ser iniciado imediatamente após o nascimento e mantido com frequência. Nutrizes têm elevada eficiência energética. Podem produzir leite mesmo com uma ingestão calórica limitada. O aleitamento frequente atrasa a volta da menstruação e ajuda a proteger a mulher de uma nova gravidez. Nesse processo, as reservas de ferro são reservadas e as gestações espessadas. Diminui o risco de câncer mamário e ovariano. A depressão pós-parto é reduzida. A recuperação física no pós-parto é mais rápida. A ligação afetiva estimulada, uma vez

que o tempo de permanência da mãe com seu bebê aumenta sensivelmente. O aleitamento materno torna conveniente as mamadas noturnas e as viagens.

Vantagens para a sociedade: o custo de alimentar o bebê somente no seio é zero. Não há necessidade de comprar sucedâneos do leite materno além de equipamentos como mamadeiras, aquecedores portáteis, economizando ainda luz, gás, água, gasolina, etc. A família pode aproveitar de outra maneira o tempo gasto com o preparo de mamadeiras e as possíveis visitas aos serviços de saúde, pois as mães e os bebês ficam mais saudáveis. O aleitamento materno é considerado como um ato ecológico, pois o único lixo que ele produz é totalmente biodegradável: as fezes do bebê.

3.4.3 Preparo das Mamas

Santos, Stuepp e Saucedo (1997, p.), referem que “*durante o pré-natal as mamas da mulher-mãe devem ser examinadas sempre*”. Estimular a mulher o seu auto-conhecimento através do toque a observação das mamas, tornará a mulher mais segura, capaz de se auto-cuidar e até mesmo identificar precocemente problemas que possam surgir.

A seguir, estão contemplados algumas orientações básicas para promover o auto-cuidado no pré-natal e que são reforçadas no puerpério.

Maetri e Liz (1998) referem que os banhos de sol são indicados cerca de 15 minutos diários, de preferência entre as 8 e 10 horas da manhã, isso ajudará a fortalecer a pele da mama. A ação dilatadora dos raios solares (infra-vermelhos), age sobre os vasos e capilares, atuando no sistema canalicular favorecendo a ingestão do leite. O sol tem ainda ação germicida e lactericida e ativa a reparação dos tecidos favorecendo a cicatrização. Se a gestante torna o banho de sol um hábito, após o nascimento esta prática ajudará a evitar fissuras mamilares e servirá de tratamento caso elas ocorram. Os raios ultravioleta provocam inicialmente eritema e pigmentação, mas sua ação diz respeito a proteção e resistência do tecido epitelial.

De modo geral a gestante/puérpera deve evitar o uso de sabonetes, cremes, qualquer tipo de substância, principalmente nas aréolas e mamilos. O uso dessas

substância, geralmente alcalinas, determinam a desidratação do tecido através da ação físico-química, retirando a lubrificação natural e diminuindo a acidez da epiderme, o que resulta no ressecamento da aréola e favorecendo o aparecimento de fissuras. Durante o banho, usar somente a água e, após o nascimento, a puérpera deverá usar entre as mamadas o próprio leite materno para higiene das aréolas e mamilos. As massagens durante o banho são benéficas, de preferência com uma esponja levemente áspera ou buchas vegetais, para secar pode-se usar toalha felpuda, isso tudo resultará no fortalecimento da pele, melhorando assim sua resistência.

Nos casos de mamilos semi-protusos, planos, invertidos e pseudo-invertidos é importante ensinar a gestante exercícios e massagens para formação do mamilo. Estas massagens podem ser feitas da seguinte forma:

- Sustentar a mama com uma das mãos, apreender o mamilo entre os dedos polegar e indicador e fazer movimentos giratórios para a esquerda e para a direita, como se estivesse girando um botão;
- Usando ambas as mãos posicione os dedos indicadores a cada lado do mamilo sobre a pele da aréola, movimentando juntos de dentro para fora sobre toda a circunferência areolar. Estes exercícios devem ser feitos no mínimo 3 vezes/dia durante o período pré-natal. Após o nascimento do bebê, além desses exercícios podem ser usadas outras técnicas como as bombas de sucção ou a seringa plástica.

3.4.4 Uso de Drogas e Amamentação

Medicamento tomados pela mãe e o aleitamento: Segundo o manual de Promoção do Aleitamento Materno (UNICEF,1993), a maioria dos medicamentos passa para o leite materno em quantidade muito pequena. Poucas afetam o bebê. Na maioria dos casos, interromper o aleitamento pode ser mais perigoso do que o próprio medicamento. Alguns medicamentos podem provocar efeitos colaterais, mas geralmente é possível oferecer uma alternativa que tenha menos risco de desenvolver problemas.

É necessário observar a reação apresentada após ter tomado medicamento, estimulando a mãe a manter o aleitamento. Deve-se ter mais cuidado se um medicamento for dado durante um período mais longo ou em doses elevadas. Os

profissionais da saúde devem consultar médicos ou farmacêuticos, ou seus próprios protocolos nacionais, para obter orientações em relação a medicamentos específicos.

O aleitamento é contra-indicado quando a nutriz faz uso de medicamento anticancerígenos (antimetabólicos); substâncias radioativas (interromper o aleitamento materno temporariamente).

O aleitamento deve ser mantido e, em caso da possibilidade de efeitos colaterais; fazer o acompanhamento do bebê, verificando se está ficando sonolento demais, perdendo o apetite ou desenvolvendo sinais de icterícia; com medicamentos psiquiátricos e anticonvulsivantes (evitem doses repetidas de barbitúricos e diazepínicos).

Podem reduzir a produção de leite; indicar outra alternativa, estrógenos (incluindo anticoncepcionais contendo estrógeno) e diuréticos a base de tiazida.

Seguros se tomados em doses normais:

analgésicos: tratamentos curtos com paracetamol, ácido acetilsalicílico, ibuprofen, doses ocasionais de morfina e petidina.

Antibióticos: penicilina, ampicilina, cloxacilina e derivados, eritromicina.

Anti-histamínicos, antiácidos, digoxina, insulina, broncodilatadores (por ex: salbutamol), corticosteróides, anti-hemínticos, cloroquina, antituberculínicos, antileoprotícos, suplementos nutricionais de ferro, iodo e vitaminas.

Os efeitos de medicamentos sobre o aleitamento podem ser minimizados, evitando-se amamentar nos momentos de maior concentração de medicamento. Se possível, o medicamento deve ser tomado antes da dormida mais longa do bebê ou imediatamente após uma mamada. Se for necessário administrar um medicamento contra-indicado, interrompa o aleitamento apenas temporariamente e retorne-o assim que for possível. Evitar o uso de sedativos no trabalho de parto e parto, podem provocar sonolência e letargia em alguns recém-nascidos.

3.4.5 Técnicas para o sucesso na amamentação

Ajudando as mães com as primeiras mamadas: em locais onde é comum restringir a frequência e duração das mamadas, as mães podem precisar de ajuda para identificar os sinais de fome emitidos por seus filhos. Podem questionar com frequência se deve

amamentar e qual deveria ser a duração de cada mamada, além de não saberem se seus filhos estão ingerindo uma quantidade suficiente de leite.

Ajudar as mães a responder as necessidades de seus filhos: os bebês e as puérperas devem ficar juntos dia e noite com separações de no máximo uma hora para os procedimentos hospitalares de rotina. Mostrar como as mães podem identificar sinais de fome emitidos pelo bebê, em vez de esperar que ele chore. As mamadas frequentes e a expressão manual estimulam a produção, sendo particularmente importante no pós-parto imediato do particularmente importante no pós-parto imediato e nos primeiros dias após o nascimento, para estabelecer a produção do leite. Recomendar às puérperas que deixem os bebês determinar a frequência e duração das mamadas; que aliviem as mamas quando estiverem com muito leite ou desconfortáveis dando de mamar (podem acordar o bebê) ou retirar o leite.

O alojamento conjunto permite que os bebês sejam amamentados sempre que estiverem com fome, e reforça o estabelecimento de laços afetivos e a intimidade que devem ser mantidos em casa. Explicar a mãe que alguns bebês gostam de continuar sugando o mamilo silenciosamente após uma mamada, quando o fluxo do leite diminui.

Outras orientações: se o bebê estiver sonolento demais para mamar, sugerir que a puérpera retire mantas e roupas pesadas, deixando o bebê numa posição mais ereta; massageie suavemente o corpo do bebê e fale com ele ou espere meia hora e tente novamente.

Não limitar a frequência das mamadas. Estimular a puérpera a amamentar dentro das seis horas após o nascimento. Deixar os bebês mamearem sempre que quiserem. Esse procedimento satisfaz as necessidades do bebê. Se estiver com fome ou sede; também às da mãe suas mamas estiverem cheias.

Explicar as mães que o padrão típico de aleitamento de um recém-nascido, pode ser, de mamar a intervalos de uma a três horas nos primeiros dois a sete dias, mas é possível que deseje mamar mais frequentemente.

As mamadas noturnas são importantes para garantir uma estimulação adequada da produção e transferência do leite, e para suprimir a fertilidade. Uma vez estabelecida a lactação, oito a doze mamadas em 24 horas são comuns. A medida que

os bebês crescem e têm picos de apetites, a frequência das mamadas pode aumentar durante um curto período, para aumentar a produção de leite. Deixar o bebê largar o peito naturalmente, e então oferecer o outro se ele desejar. Continuar a oferecer os peitos até que o bebê não queira mais mamar. Não interrompa uma mamada num peito cedo demais. Isso priva o bebê do leite posterior, rico em nutrientes, podendo afetar seu crescimento e provocar sintomas de cólica.

Geralmente os bebês desejam mamar durante cerca de 10 a 30 minutos em cada peito. Não se esqueça que cada mãe e bebê estabelecerão seu próprio padrão. Alguns bebês podem querer mamar apenas num peito nas primeiras mamadas. Mamadas muito longas ou frequentes podem indicar que a pega da aréola não está correta.

Orientações sobre os cuidados com as mamas:

- Lave as mamas apenas com água. Sabonete, loções, óleos ou vaselinas interferem na lubrificação natural da pele;
- Não lave as mamas diretamente antes das mamadas, para não removerem óleos naturais e alterar o odor que o bebê identifica como sendo das mamas de sua mãe;
- Se os mamilos ficarem doloridos, aplique uma pequena quantidade de leite materno sobre os mesmos após uma mamada. Deixe as mamas tomarem um pouco de sol após as mamadas, para estimular o processo curativo;
- Os sutiãs são desnecessários, mas podem ser usados se a mãe desejar. Um sutiã apertado demais pode bloquear os ductos lactíferos. Um sutiã de nylon pode limitar a circulação do ar para os mamilos. A melhor opção seria usar um sutiã confortável de algodão para nutrizas, se for possível encontrá-los localmente a um preço acessível.

3.4.6 Problemas que dificultam a amamentação

Segundo o Manual de Promoção do Aleitamento Materno – UNICEF (1997), os profissionais de saúde podem ajudar as mães a evitar dificuldades precoces que podem forçá-las a amamentar menos ou mesmo interromper o aleitamento. Só devemos oferecer ajuda as mães necessitadas.

A inspeção diária dos mamilos feita pela própria puérpera, por seu companheiro e ainda por familiares, tornará possível a identificação precoce de alterações nas mamas tornando-se mais rápidas e efetivas as intervenções necessárias. Os problemas mais comuns nas nutrizas são os seguintes:

Ingurgitamento mamário: as mamas apresentam-se túrgidas, quentes, endurecidas, com seu tamanho aumentado e extremamente doloridas. A rede de haller é visível e saliente devido a congestão venosa. A puérpera pode ainda sentir calafrios, cefaléia e mal estar geral.

A causa do ingurgitamento mamário é atribuída ao esvaziamento incompleto das glândulas mamárias que ocorrem devido a sucção deficiente, não esgotamento das mamas através da ordenha manual ou ainda pelo desequilíbrio entre a produção e ejeção da secreção láctea.

A medida em que o leite desce, uma quantidade maior de sangue e linfa é trazida para o peito. O ingurgitamento ocorre pelo congestionamento venoso e linfático da mama e pela êxtase láctea em qualquer das porções do parênquima mamário. Entre o 3º e o 8º dia de puerpério, devido a pressão exercida pelo leite no sistema canalicular é comum que ocorra o ingurgitamento. Se a retirada do leite (pelo bebê ou no sistema manual) foram infreqüente e/ou insuficiente o ingurgitamento permanecerá e se agrava, o que pode provocar um bloqueio de fluxo de leite aumentando mais ainda o volume das mamas.

Ductos lactíferos bloqueados: quando o leite oriundo de uma parte da mama não flui bem, pode impactar-se dentro de um ducto, bloqueando-o. Os ductos podem ficar bloqueados se o aleitamento for infreqüente; a retirada do leite de uma área do peito foi inadequada; pressão local numa das áreas da mama.

Para tratar do ducto bloqueado, sugerir que a mãe:

- Verifique se a pega da aréola está correta nas mamadas;
- Segurar seu bebê em mais de uma posição, para que nas mamadas, o leite seja retirado de todas as partes das mamas;
- Amamente seu bebê mais freqüentemente;
- Oferecer primeiramente a mama afetada, com seu queixo apontando para a direção do bloqueio, para retirar leite da área afetada;

- Massagear suavemente a área afetada para baixo na direção do mamilo, antes de amamentar e durante as mamadas;
- Verificar se alguma vestimenta, particularmente o sutiã, está apertando a mama.

Mastite puerperal: Ziegel e Cranley (1985) afirmam que a mastite é causada pela invasão de organismos patogênicos no tecido mamário. O agente patogênico mais frequente é o estafilococcus aureus que pode ser trazido pela mama através das mãos (da própria puérpera ou de sua cuidadora) ou mesmo pelo bebê. A infecção pode ser causada ainda por bactérias normalmente presentes nos ductos lactíferos mas que não invadem o tecido, até que ele esteja lesado. Os mamilos fissurados permitem que as bactérias entrem através dos linfáticos subcutâneos. O traumatismo da mama por massagem ou acidental, predispõe à infecções e permite que as bactérias já presentes nos ductos lactíferos invadam os tecidos mais profundos. O ingurgitamento por si só não causa mastite, mas pode lesar às fissuras e permitir a invasão de bactérias, podendo ocorrer em qualquer momento da lactação e mais frequentemente entre a primeira e a quarta semana de puerpério.

Está classificada de acordo com a localização e pode ser: parenquimatosa: lobular, lobar, ampolar e glandular;

Aureolar: com secreção purulenta junto ao leite; ou

Intersticial: onde somente o leite é liberado.

Nos casos de mastite ou de abscessos na mama, a puérpera deve receber orientações, tais como:

- Não interromper o aleitamento, mantenha o fluxo de leite frequente;
- Descanse o máximo, até que a infecção passe. Lembre-se de que quem deve descansar é a mãe e não a mama. As mães que trabalham fora devem tirar uma licença médica se possível;
- Verifique se a pega da aréola está correta, permitindo que o bebê sugue eficientemente;
- Amamente sempre que o bebê aceitar;
- Retire leite manualmente da mama afetada após cada mamada;
- Tome um antibiótico para tratar a infecção e um analgésico fraco, se necessário para aliviar a dor;

- No caso de abcesso é necessário que um profissional da saúde faça a incisão e drenagem dos mesmos;
- Coloque a mama em água quente para aumentar a drenagem;

Observação: Se a mãe não puder dar de mamar na mama afetada devido a localização do abcesso, será necessário bombear ou retirar o leite da mama manualmente. Ela poderá deixar essa mama secar gradualmente e relaxar mais tarde.

Muitos são os fatores que podem levar a puérpera a situações de estresse. Cabe a enfermeira estar atenta a esta fonte de preocupação e manter um diálogo franco e aberto, orientando-as para o auto cuidado. Conversar, ouvir, trocar idéias e sobretudo orientá-las; e as pessoas com quem convivem, contribui certamente para evitar o aparecimento de fatores que podem interferir no aleitamento.

O ato de amamentar é fisiológico e natural, para tanto a puérpera deve estar em perfeita sintonia com o seu bebê, sem permitir que estímulos ou situações contrárias interfiram neste ato.

Fissura: popularmente conhecida como “rachadura” ou “calor de figo” (pois a casca abre rachaduras devido à exposição ao sol), consiste na ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo. Essas rupturas são de profundidade e extensão variáveis podendo ser superficiais ou profundas e ainda sangrar e acumular pus. Podem ser circulares, ao redor do mamilo e verticais na porção papilar do mamilo. Em geral, são extremamente dolorosas. Ocorre com mais frequência em mulheres de pele clara, idosas, primíparas e com mamilos planos ou invertidos.

Alguns fatores predispõe a mulher à fissura mamilar como: sucção ineficiente, que faz com que o bebê fique por muito tempo sugando; uso de lubrificantes, responsáveis pela remoção de células superficiais da aréola tornando a região susceptível a lesões; uso de medicamentos tópicos, que destroem a flora bacteriana normal e favorecem o crescimento da flora bacteriana patológica, além de ressecarem a pele; higiene excessiva e uso dos mamilos no pré-natal.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 MARCO CONCEITUAL

À fim de evitar eventuais dificuldades que possam surgir no decorrer das atividades assistenciais, favorecendo à organização da prática de enfermagem; nos últimos anos alguns pesquisadores de enfermagem, vem utilizando-se de um referencial teórico que apoie seus estudos. Ao descrever e analisar o processo de inter-relação da teoria, pesquisa e prática de enfermagem, Trentine (apud Santos, 1991), ressalta que o termo marco “conceptual framework” (marco conceitual) é, na maioria das vezes, utilizado como sinônimo de teoria de grande porte na literatura de enfermagem americana.

Segundo Stevens (1979) e Neuman (1982) citados por Santos (1991, p. 93) marco conceitual é *“um conjunto de definição e conceitos interrelacionados com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar à prática de modo abrangente”*.

Neste trabalho, juntamente com meus pressupostos pessoais utilizei a teoria do auto cuidado de Dorothea Orem, para guiar o cuidado de enfermagem à mulher/gestante de baixo risco e puérpera. Os conceitos foram adaptados do marco conceitual elaborado por Santos (1991).

Segundo Lange (1997), Orem definiu o conceito de auto-cuidado como a prática de ações que os indivíduos iniciam e desempenham por si mesmos, para manter vida, saúde e bem estar. E considera o auto-cuidado como um conjunto de atividades aprendidas pelo indivíduo através de relacionamento interpessoal como a enfermagem, ao mesmo tempo ao que considera que o indivíduo tem direito e responsabilidades de se cuidar para manter a vida e a saúde.

Segundo George (1993), o conceito de Orem foi publicado em 1959 na terceira edição da sua teoria. Ela apresentou a teoria geral de enfermagem, formada por três construtos que são: teoria do auto-cuidado, teoria das deficiências do auto-cuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. Auto cuidado, pode existir de três formas: a)

Auto-cuidado Universal; b) Auto-cuidado de Desenvolvimento; c) Auto-cuidado de Desvio de saúde.

O construto de deficiência de auto-cuidado é a essência da teoria geral de enfermagem de Orem, porque ele identifica quando há necessidade de assistência de enfermagem totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio/educação.

De acordo do Lange (1997), para Orem os requisitos de auto-cuidado, ou exigências, constituem um componente categorizado em três tipos: Universal, Desenvolvimental, Desvio de Saúde.

O requisito de auto-cuidado universal está associado as necessidades vitais e requer ações comuns a todas as pessoas em todos os estágios da vida. Englobam elementos físicos, psicológicos sociais e espirituais essenciais a vida a vida.

Os requisitos de auto-cuidado de desenvolvimento ocorrem durante as etapas de ciclo vital associadas ao desenvolvimento humano. As etapas do desenvolvimento específicos incluem; a) Vida intra-uterina e nascimento; b) vida neo-natal; c) latente; d) etapas do desenvolvimento da idade adulta, gravidez; e) etapas do desenvolvimento da idade madura (Velhice) (ibid,1997).

Os requisitos de auto-cuidado por desvio de saúde são:

- 1) Busca e garantia de assistência médica adequada;
- 2) Conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos;
- 3) Execução efetiva de medidas prescritas pelo médico;
- 4) Conscientização ou atenção;
- 5) Modificação do auto-conceito (e da auto-imagem);
- 6) Aprendizado da vida associado aos efeitos de condições e estados patológicos.

4.2 PRESSUPOSTOS DA TEORIA DO AUTO-CUIDADO DE OREM (Santos, 1991)

- A enfermagem é um serviço deliberado, com propósito de ajudar;
- As pessoas desejam e são capazes de executar o auto-cuidado para si mesmas ou para membros dependentes da família;
- A educação e a cultura influenciam os indivíduos em suas ações de auto-cuidado;

- O auto-cuidado é aprendido através da interação e comunicação humanas;
- O auto-cuidado inclui ações deliberadas e sistemáticas, executadas para satisfazer exigências de saúde identificadas, próprias ou de outros;
- Os seres humanos requerem continuidade de informações para si mesmos e seu ambiente a fim de permanecerem vivos;

4.3 PRESSUPOSTOS PESSOAIS

- As gestantes e puérperas tem necessidade de desenvolver ações de auto-cuidado;
- As gestantes e puérperas são capazes de tornarem-se participativas no que diz respeito ao seu processo saúde-doença promovendo o seu bem estar;
- O auto cuidado na gestação e puerpério é um comportamento que implica no papel ativo da mulher;
- As maneiras de satisfazer as necessidades de auto-cuidado na gestação e puerpério se constituem em elementos sócio-culturais e variam de mulher para mulher;
- As crenças, os hábitos e práticas culturais que caracterizam o estilo de vida da mulher influenciam as ações de auto-cuidado na gestação e puerpério;
- A educação em saúde é fundamental para a troca de informações entre enfermeiras, gestante e puerperas, sendo que deve-se levar em conta os aspectos técnico-científicos sem desprezar o conhecimento popular.

4.4 CONCEITOS

Ser Humano

Na concepção de Orem (apud Santos, 1991), o ser humano é uma unidade funcionando biologicamente, simbolicamente e socialmente. O funcionamento do ser humano está ligado ao seu meio ambiente, e juntos, ser humano e ambiente, formam um todo integrado ou sistema. Acredita que o ser humano é um ser que tem necessidades de auto-cuidado e que o mesmo é responsável e possui habilidades (capacidades para cuidar de si próprio e de seus dependentes).

Santos (1991) acrescenta ainda que o mesmo se distingue de outros seres vivos pela capacidade de refletir sobre si mesmo e seu ambiente, simbolizar suas experiências e

usar criações simbólicas (idéias, palavras), através do pensamento, da comunicação e da ação, em, seu próprio benefício ou de outros.

Neste estudo os seres humanos focalizado são gestantes e puérperas de baixo risco, que busca junto com a enfermagem, adquirir noção de auto-cuidado. Assim, pode ser visualizada como um ser que se destingue, como todo ser humano de outros seres vivos, pela sua capacidade de reflexão, expressão e criatividade, que através da consciência e da razão, mantém íntima relação com o meio ambiente, formando juntos um todo integrado. É um ser que tem uma história de vida singular que precisa ser respeitada. Possui uma inata necessidade para desenvolver ações de auto-cuidado para manter a vida, a saúde e o bem estar.

Sociedade

Para Orem, o conceito de sociedade é referida como comunidade, um grupo de pessoas que compartilham, não somente uma área geográfica e um meio comuns, mas também de um interesse comum, nas instituições que governam e regulam seus modos de vida. Sociedades especificam as condições que as tornam legítimas para seus membros (George, 1993).

A gestação longe de se constituir em, um processo puramente biológico, circunscreve-se em um esquema amplo de representações, cujo sistema de códigos, articulado e estruturado ideologicamente, apresenta-se indissociável das concepções correntes de maternidade, paternidade, mulher, criança, homem e família. Isto implica que sua prática, sendo cultural e socialmente determinada, está revista de crenças, costumes, valores e tradições que caracteriza a sociedade, comunidade a qual à mulher está inserida (Santos, 1991).

Enfermagem

Para Orem (apud Santos, 1991), a enfermagem é serviço, arte e tecnologia que tem como principal preocupação a necessidade do indivíduo de auto-cuidar-se e a provisão e a manutenção desse auto-cuidado de forma contínua, de modo a manter a vida e a saúde, recuperar-se da doença ou dano e enfrentar seus efeitos.

É uma arte, um serviço de ajuda e uma tecnologia. Como arte é a qualidade inerente a enfermeiros que lhe permite fazer investigações criativas, analisar e sintetizar informações.

Como serviço, a enfermagem é a maneira de ajudar ao ser humano, facilitada pela efetiva relação inter pessoal entre enfermeiros, seus pacientes, pessoa significativas para eles (famílias, amigos). Como tecnologia e enfermagem diante da gestante puérpera, utiliza-se das informações, colhidas nas consultas de enfermagem, exames físico obstétricos e exames de rotina.

Auto-cuidado

É definido por Orem como, *“a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem estar”* (George,1993, p. 93).

Os propósitos a serem alcançados através de ações denominadas auto-cuidado são designados por Orem de requisitos de auto-cuidado universais, desenvolvimentais e desvios de saúde.

Auto-cuidado à gestantes e puérperas refere-se a prática de ações em benefício das mesmas que são deliberadas eficazmente, para a manutenção da saúde e o bem estar destas.

Neste trabalho foram adotados os requisitos propostos por Orem voltados à mulher durante o transcurso do período de pré-natal e puerperal.

Saúde-Doença

Para Orem (apud. Santos,1991,p.83), *“saúde é o estado de totalidade ou integridade do homem. Vigor e força permitem o funcionamento estrutural e como um todo, ou seja, agir em conjunto biológica, psicológica interpessoal”*

Assistência à saúde de gestante/puérpera deve levar em conta uma série de fatores visando a manutenção desta, como: fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nos desvios de saúde devem ser utilizados instrumentos, métodos e tecnologias disponíveis e específicos da área que vão dar condições para que as ações de auto-cuidado sejam positivas resgatando a saúde da gestante / puérpera.

Competência do indivíduo para o Auto-Cuidado

Segundo Orem (apud Santos, 1991) é o poder, a competência ou potencial do indivíduo para se engajar no auto-cuidado, atingindo uma capacidade para uma

forma de ação que começa a se desenvolver na infância, atinge uma grande perfeição como adulto e declina como avanço da idade.

A capacidade da gestante / puérpera para o auto-cuidado depende de que a enfermagem realize um trabalho integrado junto a esta e de forma gradual, para que a mesma pessoa vira adquirir a capacidade para desenvolver estas ações de auto-cuidado de acordo com suas possibilidades, desde que estas ações venham a satisfazer suas necessidades de auto-cuidado.

Demanda Terapêutica do Auto-Cuidado

Santos(1991,p. 203),colocà que “a totalidade das ações de auto-cuidado requerida pelo indivíduo em determinado período de modo a satisfazer os requisitos de auto-cuidado”, constituem a demanda terapêutica do auto-cuidado, o que exige em essência a prescrição de ações contínuas de auto-cuidado, através do qual os requisitos de auto-cuidado. Estas ações podem estar voltadas não só para o tratamento, mas também para os obstáculos que dificultam a recuperação da saúde da gestante / puérpera, sendo também um dos objetivos fundamentais da assistência em enfermagem.

Competência ou poder da Enfermagem

Segundo Santos (1991), refere-se a capacidade ou potencial que a enfermagem tem para desempenhar as ações de auto-cuidado para, pelo e com o indivíduo. Os componentes e indicadores deste conceito incluem conhecimentos de enfermagem, experiência, domínio de operações (procedimentos) da prática de enfermagem, repertório de habilidades sociais, interpessoais e de enfermagem e ainda motivação e desejo de cuidar.

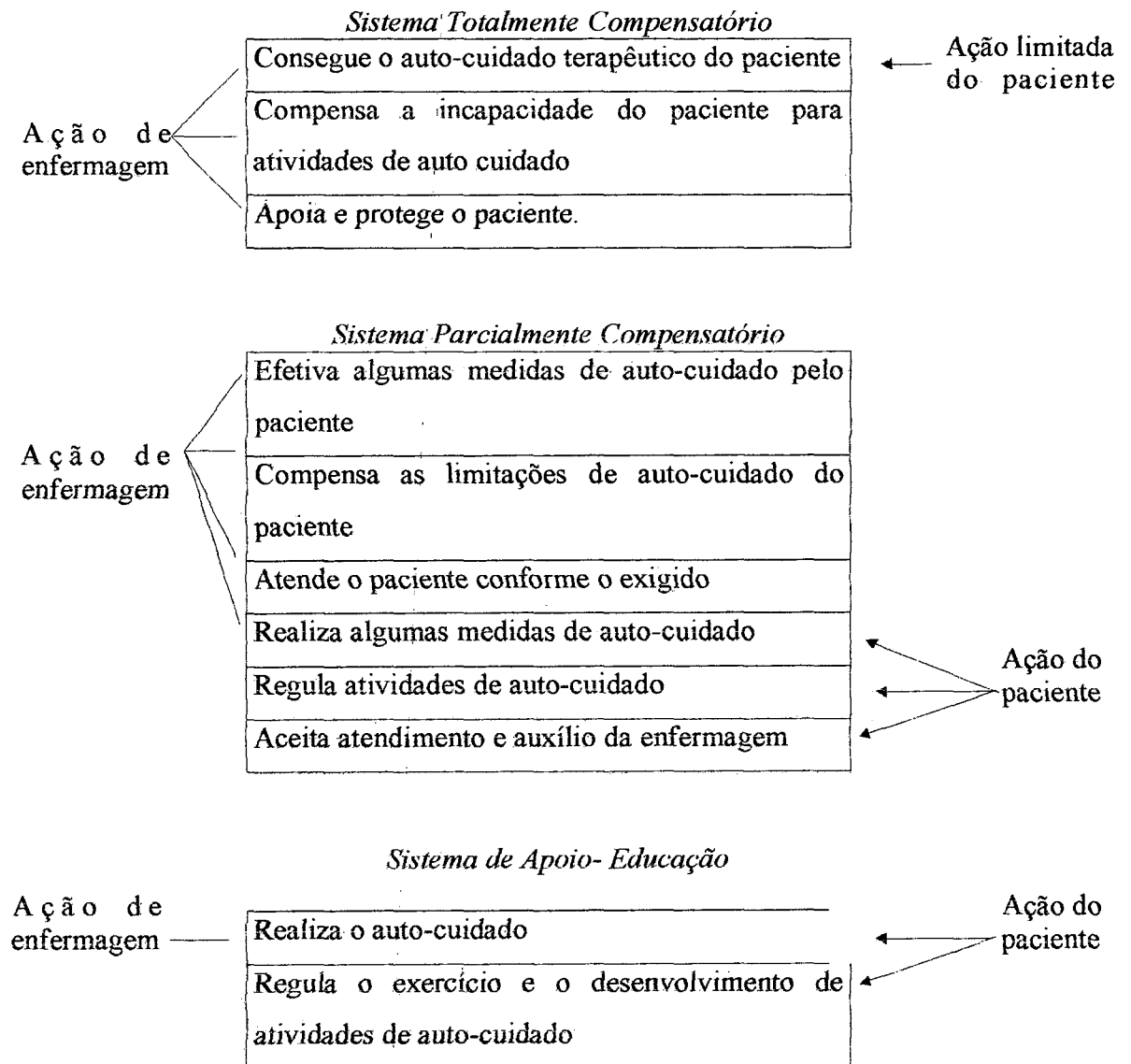
Assim sendo, estabelece três tipos de sistema de enfermagem relacionados com a dinâmica do auto-cuidado:

1. Sistema Totalmente Compensatório: quando o indivíduo está totalmente incapacitado para atender suas necessidades de auto-cuidado;
2. Sistema Parcialmente Compensatório: quando o indivíduo e o(a) enfermeiro(a) desempenham o cuidado;

3. Sistema Apoio/educação: quando o indivíduo pode exercer seu auto-cuidado e precisa de auxílio em cuidados específicos. O papel da enfermagem é de tornar o paciente responsável pelo seu cuidado.

Na prática junto a gestante / puérpera, a competência ou poder que a enfermagem tem para desempenhar ações de auto-cuidado, para, pela e com a cliente dependerá da situação específica, em que ela se encontra. A seguir apresentarei o esquema dos sistemas apresentado por George (1993):

Sistemas de Enfermagem (George, 1993, p. 95)



4.5 PROCESSO DE ENFERMAGEM

Para operacionalizar o marco conceitual descrito anteriormente, utilizei o processo de enfermagem preconizado por Orem, adaptado por Santos (1991). No qual, as ações realizadas devem estar de acordo com os objetivos desejados, levando em conta os fatos tecnológicos, humanos e ambientais, serem realizados de acordo com

planejado fazendo ajustes quando necessário e devem ser supervisionadas para controle da realização ou não destas ações.

Etapas do processo de Enfermagem

A estrutura do processo de enfermagem de acordo Orem citado por Santos (1991), consiste em diferentes etapas, sendo que as mesmas compreendem duas fases; a primeira, denominada fase intelectual, que em linhas gerais consiste em três passos básicos. Em primeiro lugar, determinação de como esta pessoa pode ser ajudada e em terceiro, no planejamento da assistência de enfermagem.

A segunda, denominada fase prática, inclui especialmente a iniciação, a condução e o controle especificamente das ações de assistência visando, a) compensar as limitações de auto cuidado; b) superar quando possível as limitações; c) estimular e proteger as habilidades de auto-cuidado.

Dada a importância da compreensão adequada das diferentes fases e etapas que compreendem o processo de enfermagem de Orem, segue-se a explicação:

1 – Etapa: Diagnóstico e Prescrição

Segundo George (1993), Orem define como a fase onde se determina a necessidade ou não de cuidados de enfermagem. É a parte de investigação feita pelo(a) enfermeiro(a) fazendo julgamento da situação do cliente, podendo tomar suas decisões sobre o que pode ou deve fazer.

Orem (apud Santos, 1991), sugere as seguintes perguntas:

- Qual é demanda terapêutica do auto-cuidado do cliente ? Agora ? Futuramente?
- O cliente apresenta algum déficit para se engajar no auto-cuidado de modo à satisfazer a demanda terapêutica do auto-cuidado ?
- Se tem, qual a natureza e as razões para sua experiência ?
- Deve o cliente ser impedindo de se engajar no auto-cuidado ou deveria proteger capacidade de auto-cuidado já desenvolvidas para o propósito terapêutico?
- Qual é o potencial do paciente para se engajar nas noções de auto-cuidado em período futuro ? Aumentar ou aprofundar o conhecimento do auto-cuidado ? É benéfica a vontade para se engajar no auto-cuidado ? Incorporações de medidas efetivas de

auto-cuidado e na vida diária relacionadas aos aspectos psicológicos, espirituais, sócio-econômicos e culturais?

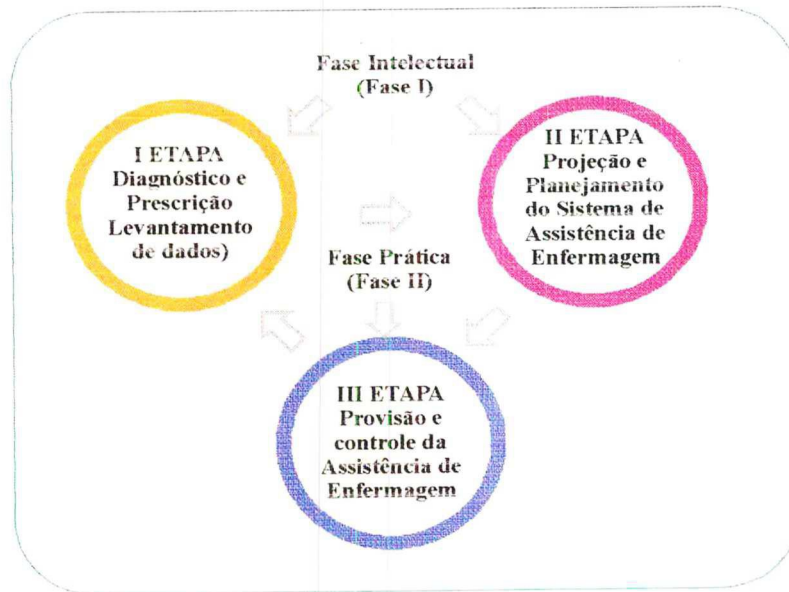
II. – Etapa: Projeção e Planejamento do Sistema de Assistência de enfermagem

Segundo Orem (apud Santos, 1991), a segunda etapa do processo de enfermagem envolvem a projeção e planejamento de sistemas de enfermagem. A projeção consiste excessivamente em um processo de seleção de alternativas válidas para a implementação de assistências de enfermagem a um cliente, tão logo seus requisitos de limitação de auto-cuidado sejam identificados e descritos. A mesma envolve basicamente duas operações: a primeira é fazer ocorrer uma boa organização nos componentes da demanda terapêutica do auto-cuidado dos clientes e a segunda consiste na combinação de maneiras de ajuda que deverão ser tanto efetivas quanto eficientes para como pensar ou superar o déficit de auto-cuidado. Neste sentido Orem propõe três tipos de sistemas de enfermagem do auto-cuidado, que são: sistema totalmente compensatório; sistema parcialmente compensatório e sistema apoio-educação já mencionados.

III- Etapa: Provisão e Controle de Assistência de Enfermagem

A 3ª Etapa envolve a iniciação a assistência e o controle do cuidado de enfermagem projetado e nos detalhes do plano de cuidado de enfermagem de assistir, checar, ajustar e avaliar as atividades desenvolvidas.

A estrutura do processo de enfermagem com suas diferentes fases e etapas, podem ser representadas pelo esquema a seguir (Santos, 1991):



5. METODOLOGIA

Apresento a seguir a metodologia escolhida para desenvolver minha prática assistencial. Fazendo uma breve caracterização do local do estágio, consentimento livre e esclarecimento, bem como do processo de enfermagem utilizado.

5.1 CARACTERÍSTICAS DO LOCAL

Este trabalho foi desenvolvido no Centro de Saúde II – CSII - Centro, situado na avenida Rio Branco, Centro de Florianópolis. É uma instituição de direito público subordinado à prefeitura Municipal de Florianópolis, convenciado ao Sistema Único de Saúde. É uma instituição pública conveniada com a Universidade Federal de Santa Catarina e outras instituições assistenciais e de ensino, servindo de campo do estágio para as diversas categorias da saúde.

O CSII atende mulheres de estado social diversificado, provenientes de diferentes localidades da ilha e continente, em situações de saúde doença, estando ou não relacionado com as fases do ciclo gávido-puerperal. Conta hoje com os programas Capital Criança - voltada à área materno-infantil – SiSVan (Sistema de

Vigilância Alimentar e Nutricional; Detecção Precoce e Prevenção do Câncer do Colo Uterino e Mama; Serviço de Odontologia, Acupuntura e Planejamento Familiar e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Tendo o perfil acima descrito, a unidade sanitária em questão facilitou o alcance dos meus objetivos, e possibilitou-me contribuir para incrementar as ações de enfermagem desenvolvidas junto as mulheres / gestante e puérperas.

5.2 POPULAÇÃO ALVO

O foco central deste estudo foram as mulheres / gestantes de baixo risco e puérperas que se encontravam no puerpério imediato (7º ao 10º dia) que procuram o serviço de saúde.

5.3 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

No primeiro contato com as mulheres gestantes e puérperas foram estabelecidos os seguintes passos, para participarem do trabalho:

- Apresentação da acadêmica, ficando clara a condição de estudante de enfermagem sem vínculo algum com a instituição;
- Explicação breve do trabalho a ser desenvolvido e dos objetivos deste;
- Explicação sobre a importância da participação da cliente no trabalho e o porque da linha escolha, bem como a forma que se daria a participação;
- Garantia do anonimato, de respeito e sigilo a cerca dos dados levantados;
- Informação quanto a liberdade de participar ou não do trabalho, sem que isso traga prejuízos ou benefícios extras, por parte da instituição, ao atendimento;
- Possibilidade, por parte da cliente participante do trabalho, de solicitar qualquer informação e esclarecimento a respeito do que estava sendo registrado sobre ela, bem como de verbalizar suas opiniões, reclamações e sugestões frente a assistência recebida.

5.4 ESTRATÉGIAS PARA ALCANCE DOS OBJETIVOS

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIAS
1 – Realizar a consulta de enfermagem à gestante, identificando os déficits de competência para o auto-cuidado.	1 – Verificar diariamente as gestantes agendadas para consulta de enfermagem com as enfermeiras do CSII.
	2 – Selecionar duas gestantes para a realização da consulta, que estejam preferencialmente no 2º ou 3º trimestre.
	3 – Utilizar instrumento (anexo 1) adaptado à teoria de Orem, para coleta de dados.
	4 – Aplicar o processo de enfermagem baseado no modelo de Orem.
Avaliação: Esse objetivo seria considerado alcançado quando a acadêmica conseguisse consultas aplicando o processo de enfermagem adaptado de	

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIAS
2 – Realizar a consulta de enfermagem no puerpério imediato, entre o 7º e 10º dias, identificando os déficits de competência para o auto-cuidado.	1 – Verificar diariamente as puérperas agendadas para consulta de enfermagem com as enfermeiras do CSII.
	2 – Selecionar uma puérpera para a realização de consulta
	3 – Utilizar instrumento (anexo 2) adaptado da teoria de Orem, para coleta de dados.
	5 - Aplicar o processo de enfermagem..
Avaliação: Esse objetivo seria considerado alcançado se a acadêmica conseguisse realizar pelo menos 10 consultas aplicando o processo de enfermagem às puérperas atendidas.	

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS
3 – Promover ações educativas com em sala de espera, orientando para o cuidado.	1 – Agendar um dia da semana, no mafutino, para realizar atividade de sala espera.
	2 – Contactar individualmente as gestantes sala de espera, estabelecendo uma pessoa-a-pessoa, afim de levantar dúvidas necessitem de orientação.
	3 – Utilizar imateriais educativos como cartazes e outros..
Avaliação: Esse objetivo seria considerado alcançado sea acadêmica conseguisse realizar semanalmente o trabalho de sala de espera, com no mínimo 2 clientes/estabelecendo a relação pessoa-pessoa orientando para o auto-cuidado	

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS
4 – Participar do grupo de gestantes, desenvolvido na instituição, fornecendo suporte aos temas emergentes, visando a promoção do auto-cuidado.	1 – Verificar as datas das reuniões do grupo de gestantes e ver os assuntos a serem abordados.
	2 – Agendar com o profissional responsável pelo grupo, a participação em 2 reuniões.
	3 – Utilizar recursos audio-visuais e dinâmicas de grupo para o desenvolvimento do conteúdo.
	4 – Preparar o conteúdo a ser discutido no grupo de gestantes.
Avaliação: Esse objetivo seria considerado alcançado se a acadêmica conseguisse participar de reuniões do grupo de gestantes, promovendo orientações para o auto-cuidado.	

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS
5 – Realizar visita domiciliar às puérperas selecionadas, orientando-as para o auto-cuidado.	1 – Identificar durante as consultas de enfermagem às gestantes com necessidade de visita domiciliar de acordo com os déficits de competência para o auto-cuidado.
	2 – Selecionar as gestantes residentes na grande Florianópolis.
	3 – Utilizar roteiro para visita domiciliar, a ser elaborado a partir dos déficits de auto-cuidado.
	4 – Averiguar junto à gestante a possibilidade da realização de visita domiciliar, pela acadêmica, solicitando o seu consentimento.
Avaliação: Esse objetivo seria considerado alcançado se a acadêmica conseguisse levantar necessidade das gestantes de receberem um apoio no contexto domiciliar e efetuar pelo menos 2 visitas durante o desenvolvimento do estágio.	

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS
6 – Realizar visita às puérperas selecionadas, no alojamento conjunto.	1 – Selecionar a partir da consulta de enfermagem, as gestantes que tenham idade gestacional entre 38 à 42 semanas, e que possivelmente entrarão em trabalho de parto durante o período de estágio.
	2 – Solicitar que a gestante ou familiar entre em contato com a acadêmica quando estiver internada na maternidade.
	3 – Utilizar um roteiro de visita à maternidade, a ser elaborado, a partir dos déficits de competência para o auto-cuidado identificados na consulta de enfermagem.
Avaliação: Esse objetivo seria considerado alcançado se a acadêmica conseguisse realizar no à maternidade durante o período de estágio.	

6. DESCRREVENDO OS RESULTADOS OBTIDOS NOS OBJETIVOS PROPOSTOS

Conforme o planejado, devido a minha licença de gestação, foram realizados 33 dias de estágio de forma intensificada nos períodos matutinos e vespertino, no Centro de Saúde II e as visitas domiciliares nos finais de semana. Apresento aqui a descrição dos objetivos propostos.

6.1 OBJETIVO Nº 1

Realizar a consulta de enfermagem à gestantes, identificando os déficits de competência para o auto-cuidado.

Este objetivo foi considerado plenamente alcançado pois foram realizadas 15 consultas à gestantes, aplicando o processo de enfermagem, sendo que no projeto foi



planejado um mínimo de 10 consultas, além disso realizei uma média de 3 consultas à gestante diariamente.

A seleção das gestantes deu-se de forma diferente do planejado no projeto, pois esperava que as consultas estivessem agendadas para as enfermeiras, mas no decorrer do desenvolvimento do estágio observei que não havia nenhuma consulta à gestante agendada, como prevê a normatização da Assistência à Saúde da Mulher no programa Capital Criança da PMF. Então nesse caso, passei a entrar em contato com

as gestantes no setor de triagem obstétrica, onde passavam antes das consultas médicas para realizar o controle pondero-estatural do programa Sisvan (Sistema de Vigilância Nutricional) e verificar pressão arterial. Ali ajudava nos procedimentos tendo desta maneira um primeiro contato com as clientes, onde expunha os objetivos de meu trabalho, bem como a importância da participação delas no mesmo.

Selecionei as gestantes que estavam no 2º e 3º trimestre; já neste momento pude identificar déficits de competência para o auto cuidado, iniciando um planejamento e orientações para os mesmos.

Durante a consulta de enfermagem, para identificar os déficits de auto cuidado e coleta de dados, utilizei-me de um roteiro para consulta (apêndice I), adaptado à teoria de Orem. O observei que este roteiro foi de grande valia para identificar os déficits de auto cuidado, facilitando o planejamento de assistência.

Foram muitas as dúvidas esclarecidas, e a cada dia, sentia necessidade da consulta de enfermagem de forma sistematizada no Centro de Saúde, o que pode ser exemplificado em algumas falas das gestantes:

- *“Que bom que estás fazendo este trabalho, assim posso saber para quem serve esses números do meu cartão de pré-natal...Aprendi contigo coisas que minha médica não perde tempo para explicar...” (R.F.S., 23 anos)*
- *“Vou comprar uma buchinha e começar a fazer o exercício no banho...” (L. T. B, 32 anos)*
- *“Ainda não fiz o preventivo... (Nem sabia que se faz quando se está grávida)...” (E. C. C., 26 anos).*

Neste trabalho, enquanto acadêmica de enfermagem, além de me ater aos aspectos biológicos da gravidez e puerpério, também assisti aos aspectos psicológicos que nestes períodos estão altamente sensibilizados. Assim, estabeleci uma verdadeira relação de credibilidade com a mulher gestante.

A cada momento, sentia-me mais capacitada e confiante. Pude observar que essa confiança era proveniente dos estudos realizados para preparar a revisão do literatura, bem como das experiências vividas durante minha formação acadêmica.

Os déficits de competência para o auto-cuidado mais encontrados foram os requisitos de auto-cuidado universais e desenvolvimentais na mesma percentagem.

Exemplo de requisito de auto-cuidado universal: falta de conhecimento sobre ingestão alimentar; e exemplo de desenvolvimental: falta de orientação para o preparo do seio para amamentação.

A seguir, apresento um processo de enfermagem, exemplificando como foi utilizado na prática:

Nome: *C. A. R.*

Estado Civil: *Casada*

Profissão: *Estudante*

Naturalidade: *Florianópolis*

Nacionalidade: *Brasileira*

A – Requisitos de Auto-Cuidado Universais

A1. Manutenção de oxigenação

- padrão respiratório: (tipo, frequência, características): *Eupnéica*
- condição de perfusão das extremidades: *Boa*

A2. Manutenção da hidratação

- Padrão de ingestão líquida nas 24 horas: *1 litro e meio*
- Qualidade e quantidade:
- Nível de motivação das necessidades de ingestão hídrica: *Pouca motivação.*

A.3 Manutenção da nutrição

- Quantas refeições faz por dia? *3 refeições(salada, arroz, feijão, batata frita, macarrão)*
- Condição de deglutição, mastigação, arcada dentária, cavidade oral: *normal.*
- Conhecimento sobre a relação entre a quantidade de ingestão alimentar e lactação /desenvolvimento fetal: *não possui.*
- Hábitos e tabus relacionados com alimentação: *Come o que gosta, pouca quantidade de fruta. Não possui tabus.*

A4. Provimento dos cuidados com alimentação e excreção

- Padrão de eliminação intestinal e urinários: *Frequência urinária normal*
- Problemas relacionados com as eliminações: *Constipação intestinal*

- Conhecimento sobre ingestão alimentar e hídrica em relação as eliminações: *Nenhum conhecimento.*

A5. Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso:

- Nível de motivação para estabelecer e manter equilíbrio entre atividade e repouso: *Bom, gosta de caminhadas e descansar também*
- Fatores ambientais que interferem no atendimento da necessidade de estabelecer equilíbrio entre atividade e repouso: *Nenhum.*
- Quantas horas dorme à noite? *10 horas.*
- Repousa durante o dia ? *Sim.*
- Trabalha fora? *Não.*
- Que faz para se distrair ? Pratica esportes? De que tipo? *Dança, sai com amigas. Não pratica esportes.*

A6. Condições sócio-econômicas e culturais. Relacionadas à habitação.

- Mora em casa própria? *Sim.*
- Possui quintal ? *Sim.*
- Tem água encanada ? *Sim.*
- Possui animais domésticos? *Não.*
- Existem insetos? *Não.*

A7. Relacionados à família.

- Qual a escolaridade do cônjuge? *1º grau*
- Qual a renda familiar mensal ? *3 salários, mais ajuda da mãe que é advogada.*
- De quantas pessoas é formada a família ? *3 pessoas.*
- Quantas moram na casa atualmente ? *10 pessoas.*
- Tema algum doente na família ? *Dele sim. A prima é doente. Mora com a gente na mesma casa. Teve paralisia infantil.*
- Tipo de relação com a família ? *Bom.*

B – Suporte aos processos vitais e de desenvolvimento.

Anamnese

- 1- Antecedentes Familiares: *Avó materna C.A.*
- 2- Antecedentes pessoais:
- 3- Antecedentes obstétricos:
- 4- Gestação atual:

DUM: *10/05/99* DPP: *17/02/99*

Início dos movimentos fetais: *4º mês*

IG 32s e 5d Evolução: *Normal*

Desconfortos ou alterações: *Para dormir*

Aspectos relacionados a sexualidade: *Médico orientou para parar porque sentia dor.*

Como se relaciona com o cônjuge? *Bom.*

Exame Físico Obstétrico

P.A. – 120 x 80 mHg

Estado geral: *Bom*

Altura: *1,66 cm*

Peso: *60 Kg*

Cabeça:

Sim

Não

Oleosidade de Couro Cabeludo

()

(X)

Coloração da mucosa conjuntiva ocular

()

(X)

Cloasma gravídico

()

(X)

Face com lanugem

(X)

()

Coloração e Integridade da Mucosa Gengival:

Integra

Pescoço:

Tireóide

()

(X)

Gânglios

()

(X)

Tórax: Mamas

Bicos / protusos

(X)

()

Bicos planos

()

()

Bicos invertidos

()

()

Pigmentação dos mamilos

(X)

()

Aspectos relacionados a gestação:

- a) Apresenta contrações uterinas? *Sim.* Que frequência? *1 x por dia*
- b) Apresenta perda de líquido amniótico (sangue)? *Não.*
- c) Dores abdominais? *Não.*
- d) Tem outras queixas? *Não.*

Métodos contraceptivos: *Não usava.*

Exames solicitados: *Rotina.*

Aspectos motivacionais:

Como se sente neste momento? *Bem*

O que mudou em sua vida com esta gravidez? *Tudo / fiquei responsável*

De quem você cuida neste momento? *De mim e do bebê que vai nascer*

Quais os cuidados que esta tendo com você neste período? *Estou comendo mais, e passando creme no corpo*

Percepções atuais: *Vai bem, não vejo a hora de chegar o dia do parto*

C. Desvios de saúde

- Procura os serviços de saúde com frequência: *Às vezes*
- Faz planejamento familiar: *Não*
- Preventivo do colo uterino, tem conhecimento da importância: *Não fez*

CLIENTE: C. - PRÉ-NATAL - OBJETIVO I

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO		PROTEÇÃO E PLANEJAMENTO DO SISTEMA A. E.		PROVISÃO	
Déficits de Competência para o Auto-cuidado		Plano de Assistência		Controle de enfermagem	
Especificação	Classificação	Objetivos de Saúde	Iniciação	Na Maternidade	Nos Domicílios
1) Não apresenta conhecimento acerca dos alimentos como fonte de nutrientes ricos em ferro no período de gestação	Requisito de auto-cuidado universal	1) Adquirir conhecimento acerca dos alimentos como fonte de nutrientes necessários para melhoria do hematócrito. - Otimizar a qualidade e a quantidade de nutrientes necessários para o organismo.	1) Esclarecer sobre hábitos alimentares adequados / utilizando uma dieta rica em verduras, legumes, frutas, proteínas do leite e da carne / enfim uma dieta balanceada e rica em ferro.	C. Internou no H.U. em 19.02. - R.N.q -- Parto de cócoras - nasceu com baixo peso 2410 na alta. C. afirma que após a última consulta havia implementado sua dieta / ganhando peso, mas que mesmo assim seu bebe nasceu pequeno, que suplementava a dieta com sulfato ferroso e vai continuar. Agora sente mais apetite. Refere que pretende comer todos os dias alimentos de acordo com as orientações recebidas.	Antes da visita domiciliar C. foi ao CSII e seu bebê em 7 dias ganhou peso de 200 gramas. - 27.02.99. No domicílio / A cliente afirma que sente-se melhor, mais forte / vem tomando ferro, com suco de laranja conforme orientação. C. diz que faz banho de sal e o seio logo melhorou, o bebê suga bem. Toma bastante líquido, sucos, sopas frias, e café e leite, e há erva doce tem boa produção láctea. Sobre o preventivo afirma que fará com 30 dias de puerpério.
2) Falta de conhecimento sobre a relação entre quantidade de ingestão hídrica e funcionamento intestinal, bem como lactação.	Requisito de auto-cuidado universal.	2) Adquirir conhecimento sobre a relação de uma ingestão hídrica adequada e um bom funcionamento intestinal.	2) Esclarecer sobre a quantidade de ingestão hídrica x bom funcionamento intestinal, bem como aumento da produção láctea na puérpera.		
3) alta de orientação no pré-natal para o preparo do seio amamentação.	Requisito de auto-cuidado desenvolvimental	3) Adquirir conhecimento sobre o preparo da mama no pré-natal com o profilaxia de certas complicações relacionadas a amamentação (fissura/mastite).	3) Orientar a cliente sobre como preparar o seio. - Esclarecer sobre a fisiologia da amamentação.		
4) Falta de conhecimento sobre a importância e realização do exame de detecção precoce do C. A. de colo uterino.	Requisito de auto-cuidado de desvio de saúde	4) Adquirir conhecimento sobre a importância da realização periódica do preventivo do colo uterino.	4) Esclarecer a cliente sobre a importância da realização periódica para detecção do C. A. de colo uterino e certas patologias precocemente.	2) Seu intestino passou a funcionar melhor após ter aumentado ingestão hídrica. Refere sentir regão aréolar dolorida mas não havia em gurgitamento mamário.	

6.2 OBJETIVO Nº 2

Realizar a consulta de enfermagem no puerpério imediato, entre o 7º e 10º dias, identificando os déficits de competência para o auto cuidado.

Este objetivo foi considerado plenamente alcançado, por terem sido realizadas 14 consultas à puérperas, aplicando o processo de enfermagem. Além destas, foram atendidas diariamente uma média de 2 puérperas.

No decorrer do estágio, as enfermeiras do CSII solicitaram que eu realizasse todas as consultas às puérperas. Ao passar pela triagem pediátrica com o recém-nascido, as puérperas que foram agendadas na maternidade foram encaminhadas à consulta de enfermagem.

Para a coleta de dados, utilizei um instrumento (apêndice II) baseado na teoria de Orem, elaborado para identificar os déficits de auto-cuidado, possibilitando desenvolver o processo de enfermagem.

As puérperas compareciam às consultas acompanhadas do marido que na maioria das vezes tomava a iniciativa de participar da mesma, em outros casos convidava-o à participar.

Em todas as consultas, inicialmente, explicava os objetivos de meu trabalho, sendo que todas concordaram em participar.

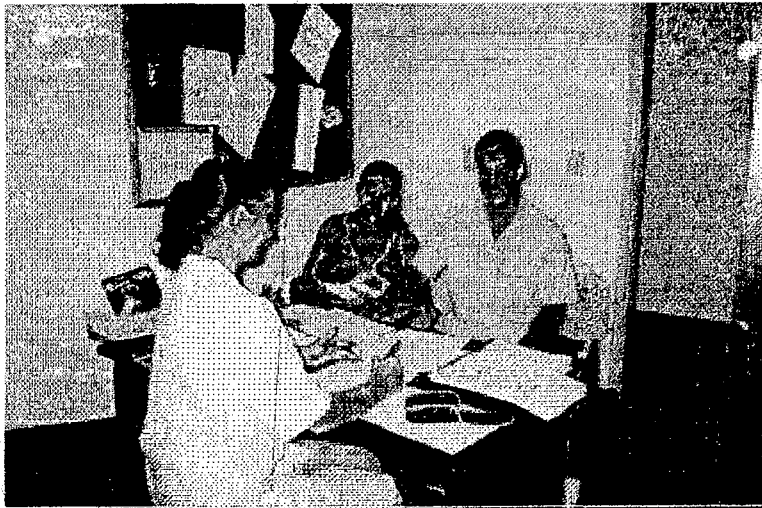
Observei que as puérperas que participaram do grupo de gestantes desenvolvido no CSII, bem como da maternidade Carmela Dutra e maternidade do Hospital Universitário, tinham menos dúvidas e problemas relacionados à amamentação. No entanto, destacavam-se as dúvidas relacionadas ao planejamento familiar e sobre o momento do puerpério que estavam vivenciando.

Na consulta puerperal, além de controle de involução uterina e lóquios, exame físico, eram abordados os aspectos relacionados aos problemas relativos à oxigenação / hidratação / nutrição / provimento dos cuidados com eliminação e excreção, atividade, repouso e planejamento familiar.

Algumas dúvidas apresentadas pelas puérperas podem ser exemplificadas nos seguintes questionamentos:

- “*Meu bebê quer mamar o tempo todo, será que tem sede ?*”
- “*Saiu sangue da vagina de minha filha, isso é normal ?*”
- “*Será que devo passar a usar faixa no umbigo de meu filhinho, pois ontem ele chorou e saiu sangue ?*”
- “*Meu bebê dorme muito, quase não mama ?*”

Os pais ao participarem das consultas também quiseram esclarecer dúvidas sobre horários de amamentação, alimentação da puérpera, início da atividade sexual, etc. Sentia grande interesse dos pais em participar ativamente no processo do nascimento, o que me leva a uma tendência de olhar para o trinômio pai/mãe/filho, ao invés de binômio mãe/filho.



Apresento a seguir um exemplo do processo de enfermagem no puerpério:

Nome: *R. A. N.*

Idade: *22 anos* Nascimento: *09/05/76*

Tipo de Parto: *Normal*

Profissão: *Doméstica* Escolaridade: *1º Grau Incompleto.*

Religião: *Católica*

Estado Civil: *Solteira* Naturalidade: *Caçador*

A. Requisitos de Auto-Cuidado Universal

A.1 Manutenção da oxigenação

- Padrão respiratório: *Eupnéico*
- Perfusão das extremidades: *Boa*
- Hábitos: *Nega*

A.2 Manutenção da hidratação

- Padrão da ingestão líquida nas 24 horas: 2 litros
- Nível de motivação: Bom
- Padrão de conhecimentos sobre as necessidades líquidas diária da nutriz e influência na quantidade de produção láctea: *Sim*

A.3 Manutenção da nutrição

- Qualidade e quantidade das refeições: *Frutos, sucos, sopas, bolacha. Não come carne de espécie alguma*
- Alimentos preferidos e rejeitados: *Couve, cenoura, feijão*

A.4 Planejamento familiar

- Investigar se pretende ter mais filhos: *Não*
- Métodos contraceptivos que conhece e os que já uso: *Utiliza Anticoncepcional oral . Quer fazer laqueadura, pois este é o segundo filho que tem solteira. Não pode usar anticoncepcional, sente-se mal.*

B. Requisitos de Auto-Cuidado Desenvolvimental

Exame Físico

Peso: *60 Kg* Altura: *1:66 cm* P.A.: *120 x 80 mmhg*

Abdomen:

Plano () Distendido (X)

Cicatriz Cirúrgica ?

	SIM	NÃO
Dor	-	X
Calor	-	X

Rubor	-	X
Secreção	-	X
Hematoma	-	X
Hemorragia	-	X
Infecção	-	X

B1. Dados relativos ao parto: *Parto normal com boa cicatrização, no início teve edema, mas melhorou.*

Intercorrências: *Encontra-se um tanto nervosa.*

B2. Aleitamento Materno

- Está amamentando: *Sim*
- Faz uso de complementos: *Não*
- Faz uso de chupeta: *Não*

Avaliar as condições da mama

Engurgitamento: *Normal*

Integridade da região mamilo-areolar

- Fissura: *Sim*
- Dor: *Sim*
- Trauma: *Não*

Avaliar a hipo ou hipergalactorrêia: *hipergalactorrêia*

Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês: *Refere querer*

C. DESVIOS DE SAÚDE

Realizou preventivo do colo uterino? *Não. Nunca realizou. Não sabe onde fazer.*

Vacinação contra rubéola ?

Outros: R. havia prometido o filho a irmã que fez laqueadura aos 18 anos e agora esta casada a sete anos com o 2º marido e não tem um filho dele. Gostaria de criar o filho da irmã que agora não quer entregar a ela. R está desempregada e seus pais não querem aceitá-la novamente em casa pois já criaram uma filha sua. Mas a mesma afirma que vai retornar para Caçador, procurar o pai de seu filho que quer ficar com

ela. No momento está na casa da irmã que a está tratando muito mal pois quer que R. entregue seu filho pra ela criar. As duas choraram muito.

CLIENTE: R. A. N - 22 ANOS - OBJETIVO Nº 2 PUERPÉRIO PARTO NORMAL - G II

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO	PROTEÇÃO E PLANEJAMENTO DO SISTEMA A. E.		PROVISÃO	
	Deficits de Competência para o Auto-cuidado	Plano de Assistência		
<p>Especificação</p> <p>Classificação</p> <p>Requisito de auto - cuidado desenvolvimental</p> <p>1) Falta de conhecimento sobre como prevenir e evitar problemas na mama.</p>	<p>Sistema de Enfermagem</p> <p>Sistema de suporte educativo.</p>	<p>Objetivos de Saúde</p> <p>1) Adquirir conhecimento de como prevenir e evitar problemas de mama.</p>	<p>Iniciação</p> <p>Ações de enfermagem</p> <p>1) Esclarecer sobre como evitar rachaduras (fissuras), colocando o seio no sol pela manhã e tarde / hidratar com leite materno.</p>	<p>Na Maternidade</p> <p>Controle de enfermagem</p> <p>Nos Domicílios</p>
<p>2) Dor ao amamentar</p> <p>Engurgitamento mamário</p>	<p>Sistema de suporte educativo.</p>	<p>2) Adquirir conhecimento sobre como esvaziar manualmente o seio</p>	<p>2) Esclarecer sobre como retirar manualmente e leite e ensinar a oferecer em copinhos, se a dor for muito forte.</p>	-
<p>3) Engurgitamento mamário.</p>	<p>Sistema de suporte educativo</p>	<p>3) Compreender adequadamente a estrutura anatômica da mama e seu funcionamento</p>	<p>3) Esclarecer sobre a fisiologia da mama e sobre como prevenir problemas com as mamas. Amamentar fazendo rodízio nas duas mamas em cada mamada, a fim de esvaziar completamente a mama.</p>	-
<p>4) Nunca realizou o preventivo.</p>	<p>Sistema de suporte educativo.</p>	<p>4) Compreender a importância da realização periódica do preventivo do colo uterino.</p>	<p>4) Esclarecer sobre a importância da realização periódica do preventivo para detecção precoce de certas patologias (C. A > de colo).</p>	-
<p>5) Desagregação familiar (irmã quer forçar a adoção de seu bebê)</p>	<p>Sistema de suporte educativo</p>	<p>5) Adquirir conhecimentos sobre a importância que tem o ambiente (exerce) sobre nossa psique. (saúde mental)</p>	<p>5) Esclarecer sobre seus direitos e deveres para com seu filho e a importância do ambiente ameno no puerpério.</p>	-

6.3 OBJETIVO Nº 3

Promover ações educativas com gestantes em sala de espera, orientando para o auto-cuidado.

Este objetivo foi considerado alcançado, uma vez que foram realizadas ações educativas em sala de espera, uma vez por semana, tanto no período matutino quanto no vespertino, totalizando 08 grupos, contando em média com a participação de 04 gestantes.

O contato com as gestantes e convite para participar da dinâmica, eram realizados na sala de triagem obstétrica, sendo que selecionava as últimas a serem atendidas. Por sugestão do coordenador do Centro de Saúde, levava-as para um consultório vazio, afim de manter a privacidade das mesmas. Ressaltando-se que, as gestantes da consulta de enfermagem participavam das atividades com entusiasmo.

Utilizei o instrumento de coleta de dados para me guiar, pois algumas perguntas se tornavam geradoras de temas. Para minha surpresa, em todos os encontros, haviam gestantes com déficits de auto-cuidado, que não tinham recebido orientações no pré-natal. Entre as dúvidas mais frequentes estavam as sobre: preparo da mama, melhor posição para dormir e para evitar a lipotimia, alimentação, métodos naturais para evitar a acidez gástrica, etc.

Em cada atividade de sala de espera, aumentava a minha certeza sobre a necessidade e importância de realização deste trabalho como um excelente meio para ganhar confiança, crédito, empatia e orientar as gestantes que não participavam de grupo de gestantes. E também porque era uma forma de fornecer orientações complementares à consulta de enfermagem ou médica, para mais de uma gestante.

Muitas eram as dúvidas, a seguir exemplifico com algumas falas:

“Minhas pernas me doem muito...”

“Não me alimento direito, pois almoço no trabalho, como muito rápido, tenho muita azia...”

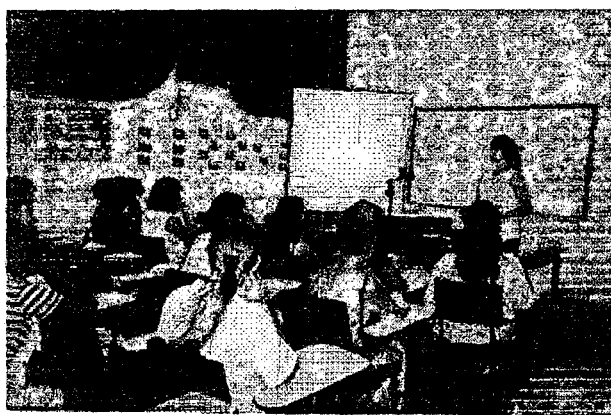
“Vim aqui para me dizeres que alimentos vou poder comer quando Ter meu bebê, que não vão dar cólicas...”

“Ainda não estou fazendo esse exercício de preparar a mama, ninguém me ensinou isso antes...”

Nos encontros, muitas gestantes demonstraram interesse em ficar mais tempo comigo relatando seus problemas pessoais. Não foram poucas, as que deixaram fluir suas preocupações, e choraram. Muitas vezes sentia que o simples fato de estar ouvindo já era muito importante.

6.4 OBJETIVO Nº 4

Participar do grupo de gestantes, desenvolvido na instituição, fornecendo suporte aos temas emergentes, visando a promoção de auto cuidado.



Este objetivo foi considerado alcançado pois conforme previsto no projeto participei de dois encontros do grupo de gestantes desenvolvido na instituição.

Para alcançar este objetivo, contatei a assistente social responsável pelo grupo, acordando com ela a minha participação assumindo o tema a ser desenvolvido.

No mês de janeiro (13/01/99), apesar de todos na Universidade estarem em férias e eu ainda vivenciando meu puerpério, ministrei a palestra sobre a Alimentação na Gravidez, que contou com a participação de 23 gestantes.

Neste dia, pude contactar as gestantes que teriam necessidade de acompanhamento com visitas na maternidade e domicílio.

No mês de fevereiro (10/02/99), durante o período de estágio abordei o tema relativo aos cuidados com o recém-nascido. As perguntas eram diversas, possibilitando que estimulasse que as mesmas me procurassem durante o mês de fevereiro para realização da consulta de enfermagem.

O grupo estimula as gestantes a tirar toda e qualquer dúvida sobre o momento em que estão vivenciando, dando inclusive ênfase aos aspectos psicológicos do processo, por ser realizado de forma aberta e descontraída.

Neste dia, pude concluir as gestantes que teriam necessidade de acompanhamento com visitas na maternidade e domicílio.

Pude concluir que esta atividade em conjunto com as demais, complementa o que considero, que seria um pré-natal adequado. Fiquei muito satisfeita com os resultados apesar de que minha idéia inicial era de fazer um encontro semanal com o grupo, tive de me adaptar ao programa já existente no CSII.



7.5 OBJETIVO Nº 5

Realizar visita domiciliar às puérperas selecionadas, orientando-as para o autocuidado.



Este objetivo foi considerado alcançado, pois no decorrer do estágio consegui realizar as duas visitas previstas no projeto, às puérperas selecionadas durante as consultas de enfermagem no pré-natal. Para guiar a assistência, utilizei um roteiro de visita (apêndice III)

Relatório de 1ª Visita Domiciliar

A primeira visita foi para N.E.C, 23 anos, Gesta I, Parto I cesáreo. N. mora no Morro da Cruz, na Grande Florianópolis. O motivo de minha visita à N. foi o fato de que recebe muita influência cultural de sua mãe com relação aos cuidados com o R.N. Além de possuir dúvidas sobre a alimentação neste período. Foi orientada quanto aos cuidados com R.N., especialmente que não precisa de faixa umbilical, alhos nas mãos. Quanto a alimentação, orientei que poderia fazer uso de uma alimentação equilibrada, não precisando deixar de comer nenhum tipo de alimento, tomar bastante líquido, inclusive suco de laranja. N. referiu que nos últimos dias tomou apenas sopinha, pois estava na casa de sua mãe, mas agora em sua casa vai comer de tudo.

Orientei quanto ao exame preventivo do câncer de colo uterino, que poderá ser realizado na primeira consulta ginecológica. N. já havia retirado os pontos da incisão cirúrgica, que apresentavam aspectos de boa cicatrização, já havia feito as vacinações e primeira consulta com o R.N. Apesar de não ter realizado o preparado das mamas durante o pré-natal, até no momento da consulta de enfermagem, N. não apresentou fissuras mamilares. A visita teve resultado positivo, pois pude reforçar

minhas orientações a partir dos déficits de competência para o auto-cuidado, identificadas na consulta de pré-natal e avaliar a assistência.

Relatório da 2ª Visita Domiciliar

Visita para C., idade 15 anos, localidade Morro das Pedras. Esta visita foi uma continuidade a visita realizada na maternidade. marquei com C. para sábado a tarde. Quando ela falou que morava no Morro das Pedras, imaginei um local maravilhoso com muito ar puro e barulhinho do mar. Mas quando cheguei lá, observei que a realidade era outra, era uma espécie de favela na praia, com muitas casinhas bem próximas umas das outras. Na rua da casa, onde paramos o carro, algumas crianças da rua nos abordaram, perguntando onde íamos. As crianças estavam muito sujas e a pele coberta de umas feridas que, sobre as quais, perguntei para a mãe de C., a mesma afirmou que era alergia da areia.

A recepção por C. e G. (sua mãe) foi muito boa, elas estavam aguardando minha chegada. Fiquei feliz, pois todos os desconfortos relatados na maternidade e no último encontro no CSII, foram solucionados. O bebê estava dormindo e C. referiu que agora ela passa duas horas dormindo entre cada mamada. Há dois dias atrás elas tinham ido no CSII. e já havia constatado que a criança estava ganhando peso. Isto significava que C. estava seguindo as orientações relativas ao seu auto-cuidado e de seu recém-nascido. No intervalo entre as visitas na maternidade e domicílio, sua mãe e seu R.N., haviam comparecido ao CSII, com dúvidas, e achando que o bebê não estava bem. Ao exame constatamos aerofagia e orientamos para colocar para eructar após as mamadas, enquanto o bebê aguardava a 1º consulta com o pediatra. No momento da visita domiciliar, C. falou:

- *“acho que era porque não estava mesmo colocando pra arrotar... Agora estou fazendo como tu falastes, espero até que arroto e não aconteceu mais aquele barulhinho e ela esta dormindo bem... Agora posso descansar.”*

Sobre a alimentação C. afirmou que:

“Estou comendo bem, todos os tipos de alimentos, frutas, salada com verduras, beterraba. É bom para anemia, né... Assim meu bebê também vai ganhar peso e ficar bem...”

C. e sua mãe pediram uma carona até o Centro, então ao se arrumar constatei que C. lavou os cabelos, (que na maternidade, sua mãe não queria deixar).

As duas moram em uma meia água sem divisórias, só com um banheiro provisório. Os fios elétricos ficam todos amostra e o telhado é de telhas “tipo Brasilite que com o sol esquenta bastante.

A. mãe de C. me falou:

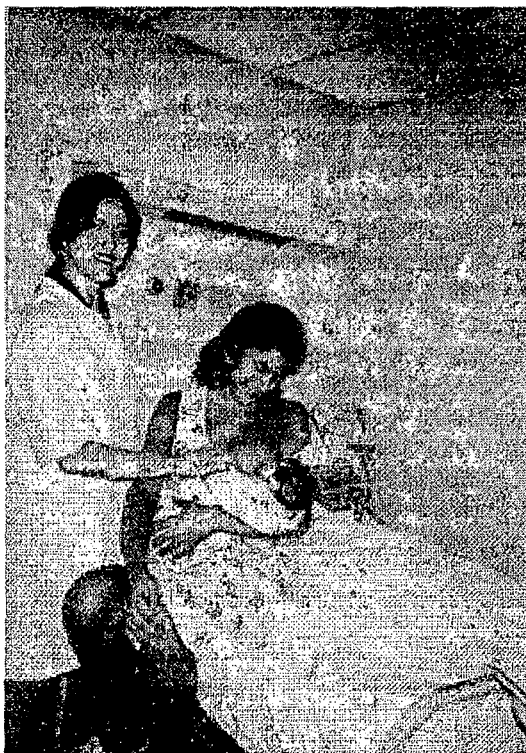
- “Vim pra cá para sair do aluguel, senão nunca ia conseguir ter um canto meu. Sou advogada, mas hoje em dia os clientes querem que se trabalhe para eles de graça. Inclusive fechei as portas de meu escritório no Centro para não pagar mais aluguel, assim também fico com a C., ajudo a cuidar do bebê”.

Constatei que C., apesar de seus 15 anos, está seguindo bem as orientações, dados a partir dos déficits de competência para o auto-cuidado, identificadas no CSII e na maternidade. Nesta visita, também pude fazer uma avaliação da assistência prestada.



7.6 OBJETIVO Nº 6

Realizar visita às puérperas selecionadas, no alojamento conjunto



Este objetivo foi considerado alcançado, pois realizei uma visita ao alojamento conjunto. Sendo que nesta visita, fiz o controle da assistência de enfermagem, 3ª etapa do processo de enfermagem. Para tanto, foi construído um instrumento (roteiro) para coleta de dados. (apêndice IV)

Relatório de Visita no Alojamento Conjunto

Conforme o solicitado durante a consulta de enfermagem, a mãe de C. telefonou para que eu fosse até a maternidade. Fui visitar C., 15 anos, que ganhou seu filho de parto normal de cócoras, no alojamento conjunto do H.U. em 20/02/99. Após os cumprimentos iniciais, dei início ao exame, onde constatei uma boa involução uterina, útero pouco acima da altura da cicatriz umbilical. Mamas globosas com presença de colostro, apresentando-se hiperemiadas e com início de fissuras.

Ao conversar sobre o parto, C. deslumbrante falou:

“Fiz aquela respiração que você ensinou, fiz três forças e na terceira veio, aquela respiração ajudou bastante”.

A sua mãe (G) que estava presente, e havia acompanhado o parto, fez o seguinte depoimento:

“O parto dela foi lindo, foi rápido, chegamos aqui, ela sentia pouca dor, quando a dor apertou, como tu falasses 3 contrações fortes em 10 minutos, logo ela teve o bebê. Nunca tinha visto parto de cócoras, não levou corte nenhum, a perereca dela ficou desse tamanho(sinal com a mão) e o bebê saiu...”

Após o exame C. queria ir arrumar-se pois estava de alta, falou que iria lavar os cabelos e a mãe dela disse:

“Não senhora, enquanto eu estiver aqui não te deixo lavar, dá recaída. É a única coisa que ainda acho que deve ser feito como aprendi com minha mãe e comigo deu tudo certo”.

Neste momento, intervi dizendo:

“G., isso são crendices populares, não tem razão científica, sua filha vai sentir-se muito melhor...”

A puérpera do outro leito entrou na conversa e falou:

“Lá perto de minha casa uma mulher ficou louquinha, depois que tomou banho...”

Estabelecido o impasse, deu-se um diálogo reflexivo, buscando parceria e participação da mãe no questionamento do porque lavar a cabeça. A sua mãe aceitou as orientações dizendo:

“até agora tudo o que você disse, nós fizemos e deu certo, eu vou por ti, heim!!!”

Antes de tomar banho, foram arrumar o R.N., então observei que além da calça plástica descartável, elas estavam colocando por cima uma calça plástica de látex, tipo uma luva grossa de borracha. Perguntei porque estavam usando-a e a mãe de C. respondeu:

“É a calça plástica que ela usou quando criança, agora vou usar na filha dela”.

Fiquei no maior impasse, pois sei o quanto a mãe quer ajudar e se esforça pela filha, mas não via o porque de a criança usar aquela calça, visto que já usava calça descartável e ficaria muito quente, provocando uma oclusão do colo umbilical. Então resolvi fazer as devidas orientações respeitando a decisão delas.

Finalmente a mãe de C. concordou comigo, mesmo assim fiquei imaginando se ao chegar em casa não faria a mesma coisa.

Quanto as outras orientações, C. apresentou-se bastante esclarecida, visto que a enfermeira da unidade reforçou minhas orientações com as orientações de alta. Então despedi-me marcando encontro para a visita domiciliar.

6.7 AS ATIVIDADES NÃO-PLANEJADAS

Durante o período de desenvolvimento do estágio, nos momentos em que não estava desenvolvendo atividades referentes aos objetivos de meu trabalho, tive a oportunidade de aperfeiçoar minhas habilidades, desenvolvendo as seguintes ações de enfermagem:

- Realização de coleta de material para exame preventivo do colo uterino, sendo que fiquei responsável pela sala, durante o período de uma tarde, assumindo todas as atividades da mesma;
- Acompanhamento das puérperas e RNs à sala de vacinação para realização de teste do pezinho e primeiras vacinações; encaminhamento à triagem pediátrica a marcação para o mês seguinte;
- Consultas de enfermagem no planejamento familiar;
- Encaminhamentos de clientes às consultas médicas;

- Participação nas atividades de sala de triagem para consultas, realizando controle pondero-estatural das gestantes para encaminhamento ao SisVan (Sistema de Vigilância Nutricional)

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho, além de contribuir para ampliar melhor meu conhecimento científico, ajudou-me a colocar em prova minhas próprias limitações. Atualmente, acredito que nunca devemos desistir de um projeto, sem que ao menos tenhamos tentado colocá-lo em prática. Ao meu ver, era um desafio colocá-lo em prática, principalmente porque estaria no final da gravidez e no período de licença gestacional, período este que exigia muitos cuidados para comigo mesma e meu bebê. Enfim, resolvi que iria em frente, absorvendo somente idéias e pensamentos positivos, tendo em mente muitos outros desafios que surgiriam ao longo da carreira. Essa seria minha primeira vitória.

O CSII – Centro, é um centro de saúde de referência para a grande Florianópolis, onde gestantes e puérperas de todas as localidades da ilha podem ser encaminhadas ao mesmo, visto que tem três especialistas em ginecologia e obstetrícia, assim a demanda foi maior do que a esperada, o que viabilizou a realização do meu trabalho. Além disso, os funcionários colaboraram para que pudesse colocar meus conhecimentos em prática, incentivando-me a desenvolver quase todas as atividades relacionadas à saúde da mulher no Centro de Saúde

Quanto as atividades desenvolvidas, relativas aos objetivos do trabalho, junto às gestantes e puérperas, gostaria de ressaltar que seria importante a continuidade das mesmas, principalmente a sala de espera. Esta se mostrou como uma prática geradora de oportunidade de captação de gestantes, que não participam de outra atividade, como o grupo de gestantes e não recebem orientações durante o pré-natal.

No que se refere à utilização da teoria do auto-cuidado de Orem, para guiar o cuidado a mulher no período de gestação e puerpério, constatei na prática a sua adequação. Ela contribuiu em muito para o sucesso deste estudo, encaixando-se perfeitamente no contexto, permitindo cuidar das gestantes e puérperas de forma

holística, e observando o quanto elas necessitam de orientações no decorrer do processo gestacional e puerperal.

A teoria do auto-cuidado de Dorothea E. Orem, valoriza o ser humano, pois ressalta suas capacidades em benefício próprio, ou dos outros. Refere a enfermagem como um serviço de ajuda, uma estrutura de apoio para estimular as potencialidades de cada indivíduo para o auto-cuidado, frente a quaisquer situações. No processo de auto-cuidado o ser humano tem uma parcela de responsabilidade para consigo mesmo, ele está sendo estimulado a tornar-se cada vez mais competente em suas ações.

Durante o período de estágio não poderia esquecer de meu próprio auto-cuidado, uma vez que estava trabalhando com a teoria do auto cuidado de Orem. Assim, primeiro eu deveria manter meu auto-cuidado, para então poder estimular o auto-cuidado junto as gestantes e puérperas.

Acredito que durante a realização deste trabalho, ao cuidar das mulheres/gestantes e puérperas, contribuí para que as mesmas vivenciassem todo o processo de forma mais tranquila, através do estímulo para o auto-cuidado.

7.1 FACILIDADES ENCONTRADAS

- A grande demanda de gestantes e puérperas, todos os dias na sala de espera do Centro de Saúde;
- Existência de três profissionais médicos ginecologistas/obstetras, facilitando a demanda;
- Bom entrosamento com equipe de saúde e enfermeira da unidade, devido a realização de estágio extra curricular na instituição, antecedendo esta prática assistencial;
- O campo próximo de minha casa, uma vez que estava vivenciando o processo de gestação e puerpério. Isto facilitou o atendimento das minhas necessidades, inerentes ao processo que estava vivenciando, especialmente amamentar o meu bebê;
- Aceitação das gestantes e puérperas em participarem do estudo, inclusive o reconhecimento do trabalho realizado;
- A supervisora muito atenciosa e disponível para minhas necessidades, em qualquer dúvida que surgisse;

No que se refere à utilização da teoria do auto-cuidado de Orem, para guiar o cuidado a mulher no período de gestação e puerpério, constatei na prática a sua adequação. Ela contribuiu em muito para o sucesso deste estudo, encaixando-se perfeitamente no contexto, permitindo cuidar das gestantes e puérperas de forma holística, e observando o quanto elas necessitam de orientações no decorrer do processo gestacional e puerperal.

A teoria do auto-cuidado de Dorothea E. Orem, valoriza o ser humano, pois ressalta suas capacidades em benefício próprio, ou dos outros. Refere a enfermagem como um serviço de ajuda, uma estrutura de apoio para estimular as potencialidades de cada indivíduo para o auto-cuidado, frente a quaisquer situações. No processo de auto-cuidado o ser humano tem uma parcela de responsabilidade para consigo mesmo, ele está sendo estimulado a tornar-se cada vez mais competente em suas ações.

Durante o período de estágio não poderia esquecer de meu próprio auto-cuidado, uma vez que estava trabalhando com a teoria do auto cuidado de Orem. Assim, primeiro eu deveria manter meu auto-cuidado, para então poder estimular o auto-cuidado junto as gestantes e puérperas.

Acredito que durante a realização deste trabalho, ao cuidar das mulheres/gestantes e puérperas, contribuí para que as mesmas vivenciassem todo o processo de forma mais tranquila, através do estímulo para o auto-cuidado.

7.1 FACILIDADES ENCONTRADAS

- A grande demanda de gestantes e puérperas, todos os dias na sala de espera do Centro de Saúde;
- Existência de três profissionais médicos ginecologistas/obstetras, facilitando a demanda;
- Bom entrosamento com equipe de saúde e enfermeira da unidade, devido a realização de estágio extra curricular na instituição, antecedendo esta prática assistencial;
- O campo próximo de minha casa, uma vez que estava vivenciando o processo de gestação e puerpério. Isto facilitou o atendimento das minhas necessidades, inerentes ao processo que estava vivenciando, especialmente amamentar o meu bebê;

- Aceitação das gestantes e puérperas em participarem do estudo, inclusive o reconhecimento do trabalho realizado;
- A supervisora muito atenciosa e disponível para minhas necessidades, em qualquer dúvida que surgisse;
- Aceitação da equipe para que participasse das atividades no centro de saúde, incubindo-me da realização de determinadas tarefas;
- Os ajustes realizados no cronograma de estágio, permitindo que cumprisse a carga horária de estágio no mês de fevereiro, em virtude da minha licença de gestação.

7.2 DIFICULDADES ENCONTRADAS

- As consultas de enfermagem às gestantes previstas no programa Capital Criança ainda estão em fase de implementação;
- Dificuldade em realizar consulta no início do estágio, uma vez que não existe um agendamento para a enfermeira do CSII, tendo que modificar as estratégia de ação planejada no projeto;
- A necessidade de ter realizado o estágio de forma intensificada, para cumprir a carga horária estabelecida pela disciplina, uma vez que me encontrava no período puerperal.

7.4 RECOMENDAÇÕES

Algumas são as recomendações que sugiro para melhorar a qualidade da assistência prestada:

- A implementação na prática, da consulta de enfermagem à gestante, com a marcação de consultas pré-natal para a enfermeira, como prevê o Programa Capital Criança.
- Contratação de enfermeiras, visto que as enfermeiras do CSII – Centro, estão sobrecarregadas de responsabilidades e atividades, dificultando o desenvolvimento dos programas existentes na instituição;

- Continuidade da atividade de sala de espera com as gestantes e visitas domiciliares, quando necessário.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIADAS

1. ALONSO, I. L., **Buscando caminhos para viver voltada às mulheres mães de primeira viagem “Em seus enfrentamentos cotidianos.** Dissertação de Mestrado, UFSC, 1994.
2. BUCHABQUI. A. Assistênciapré-natal de baixo risco; in: FREITAS et al. **Rotinas em Obstetria.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
3. CARRANZA. M., Saúde reprodutiva da mulher brasileira in: Saffioti, Heleieth IB, Munoz-Vargas, Monica. **Mulher brasileira é assim,** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.
4. DALLARI, G. S., **Municipalização dos serviços de Saúde,** ed. Brasiliense, São Paulo, 1985.
5. FRANCO, L. H. de O., **Consulta de enfermagem,** trabalho apresentado na mesa redonda sobre consulta de enfermagem, no Comitê da Comissão Permanente de Serviço da Associação Brasileira de enfermagem, ABEn – nacional, Natal, 1990.
6. GEORGE, J. B. et al, **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional,** Porto Alegre, Arte Médicas, 1993.

7. GONÇALVES, D; FRANZON, J. **Do hospital ao domicílio: cuidado do binômio mãe e filho na iniciação do rito de passagem.** Curso de Graduação em Enfermagem. UFSC, 1997.
8. GOODRICH, F. W., **Preparação para o parto: preparo psicológico e físico da gestação,** Rio de Janeiro: Bloch,1971.
9. LANGE, C., **Os significados de auto-cuidado segundo as enfermeiras,** Florianópolis, FSC, Dissertação de Mestrado em assistência de enfermagem, 1997.
10. MAESTRI, E.; LIZ, S.; **Acompanhando a mulher-mãe em seu processo de maternidade: vivenciando o cuidado cultural.** Curso de Graduação em enfermagem. UFSC, 1998.
11. MALDONADO, M. T. – Nokoum, J. C.-Dickestein, Julio. **Nós estamos grávidos-** Bloch educação, 8 ed.,1990.
12. **Manual da Promoção do Aleitamento Materno,** UNICEF, 1993.
13. MARCON, S. E., **Vivenciando a gravidez,** Dissertação de Mestrado,UFSC,1989.
14. MELLEIRO, M. M.; TONCHIM, D. M. R.; ANDREONI, S.; CLANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; **Indicadores de qualidade uma boa abordagem perinatal,** São Paulo,Icone,1998.
15. **Normatização da Assistência à Saúde da Mulher,** do Programa Capital Criança,1997.
16. REZENDE, J., **Obstetrícia,** 5 ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
17. REZENDE, J., **Obstetrícia,** 5 ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995
18. ROSEN, G., **Uma história da saúde pública,** ed. UNESP, São Paulo,1994.

19. SANTOS, A., SAUDACEDO, T., STEUPP, M. **Vivendo o processo de nascimento: cuidado do recém-nascido, puérpera e sua família, inseridos num contexto cultural.** Curso de Graduação em Enfermagem, UFSC, 1997.
20. SANTOS, E. Aleitamento Materno. In: SCHMITZ, E. **Enfermagem e Pediatria e Puericultura.** São Paulo. Atheneu, 1989.
21. SANTOS, M. C. M., **Identificação dos problemas de enfermagem no puerpério imediato,** Curso de Mestrado em Ciências de enfermagem, Opção Saúde do Adulto, UFSC, Florianópolis, 1981
22. TANAKA, D; in: MELLEIRO, M. M.; TONCHIM, D. M. R.; ANDREONI, S.; CLANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; **Indicadores de qualidade uma boa abordagem perinatal,** São Paulo, Icone, 1998.
23. TYRREL, J.; CARVALHO, M.; in: MELLEIRO, M. M.; TONCHIM, D. M. R.; ANDREONI, S.; CLANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; **Indicadores de qualidade uma boa abordagem perinatal,** São Paulo, Icone, 1998.
24. ZIEGEL, E., CRANLEY, M. **Enfermagem obstétrica.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

CONSULTADAS

1. BENSON, R. C., **Manual de Obstetrícia & Ginecologia,** 5ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.
2. ALVAREZ, A. M., **Identificação das exigências de auto-cuidado terapêutico em mulheres idosas e de sua competência para satisfazê-las.** Dissertação de mestrado, UFSC, 1991.

3. COREn-SC Conselho Regional de Enfermagem, **Em busca da conscientização**, 1998.
4. FONSECA, A. H. L. da, **Grupo Fugacidade, ritmo e forma**, São Paulo: Agora, 1988.
5. GUIMARÃES, A. L. A., **Implementação do marco conceitual de Dorothea Orem na assistência à indivíduos em diálise peritoneal ambulatorial contínua**. Tese de dissertação em mestrado, 1989.
6. KAWAMOTO, E., **Enfermagem comunitária**, São Paulo: EPU, 1995.
7. MAIA, A. R. C. R., **Competência do indivíduo hipertenso para o auto-cuidado à saúde**. Dissertação de mestrado, UFSC, 1991.
8. Ministério da Saúde, **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**, Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1986.
9. Ministério da Saúde, **Pré-natal de baixo risco: normas e manuais técnicos**. Brasília, 1986, p. 40 (série A: normas e manuais técnicos, 36).
10. NASCIMENTO, M. da G. P., **Consulta de enfermagem**, apostila UFSC, 1998.
11. PATRICIO, Z. M., **A prática do cuidar / cuidando da família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
12. REZENDE, A. M. de, **Concepção fenomenológica da educação**, Cortez, 1990.
13. SANTOS, E. K. A., **Comparação entre as teorias de enfermagem de Horta, King, Rogers, Roy e Orem**. Ver Paul, São Paulo, 5(1): 3 -7, jan/mar, 1985.

14. SANTOS, L. G. R. A Mama In: **Endocrinologia e Ginecologia Clínica**. São Paulo. Mamoele, 4 ed, 239 a 337, 1991.

11. APÊNDICES

APÊNDICE 1

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

Roteiro de coleta de dados da consulta de enfermagem à gestante no pré-natal

Nome:

Estado Civil:

Profissão:

Naturalidade:

Nacionalidade:

A – Requisitos de Auto-Cuidado Universais

A1. Manutenção de oxigenação

- padrão respiratório: (tipo, frequência, características):
- condição de perfusão das extremidades:

A2. Manutenção da hidratação

- Padrão de ingestão líquida nas 24 horas:
- Qualidade e quantidade:
- Nível de motivação das necessidades de ingestão hídrica:

A.3 Manutenção da nutrição

- Quantas refeições faz por dia? 3 refeições (salada, arroz, feijão, batata frita, macarrão)
- Condição de deglutição, mastigação, arcada dentária, cavidade oral:
- Conhecimento sobre a relação entre a quantidade de ingestão alimentar e lactação
/desenvolvimento fetal:

- Hábitos e tabus relacionados com alimentação:

A4. Provimento dos cuidados com alimentação e excreção

- Padrão de eliminação intestinal e urinários:
- Problemas relacionados com as eliminações:
- Conhecimento sobre ingestão alimentar e hídrica em relação as eliminações:

A5. Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso:

- Nível de motivação para estabelecer e manter equilíbrio entre atividade e repouso:
- Fatores ambientais que interferem no atendimento da necessidade de estabelecer equilíbrio entre atividade e repouso:
- Quantas horas dorme à noite?
- Repousa durante o dia ?
- Trabalha fora?
- Que faz para se distrair ? Pratica esportes? De que tipo?

A6. Condições sócio-econômicas e culturais. Relacionadas à habitação.

- f) Mora em casa própria?
- g) Possui quintal ?
- h) Tem água encanada ?
- i) Possui animais domésticos?
- j) Existem insetos?

A7. Relacionados à família.

- a) Qual a sua escolaridade ? Do cônjuge?
- b) Qual a renda familiar mensal ?
- g) De quantas pessoas é formada a família ?
- h) Quantas moram na casa atualmente ?
- i) Tema algum doente na família ?
- j) Tipo de relação com a família ?

B – Suporte aos processos vitais e de desenvolvimento.

Anamnese

- 5- Antecedentes Familiares:

6- Antecedentes pessoais:

7- Antecedentes obstétricos:

8- Gestação atual:

DUM: DPP:

Início dos movimentos fetais:

IG 325 Evolução:

Desconfortos ou alterações:

Aspectos relacionados a sexualidade:

Como se relaciona com o Cônjuge?

Aspectos relacionados a gestação:

a) Apresenta contrações uterinas? Que frequência ?

e) Apresenta perda de líquido amniótico (sangue)?

f) Dores abdominais ?

g) Tem outras queixas ?

Métodos contraceptivos:

Exames solicitados:

Aspectos motivacionais:

Como se sente neste momento ?

O que mudou em sua vida com esta gravidez ?

De quem você cuida neste momento ?

Quais os cuidados que está tendo com você neste período ?

Percepções atuais:

Exame Físico Obstétrico

P.A. – 120 x 80

Estado geral: Altura: Peso:

Cabeça:	Sim	Não
Oleosidade de Couro Cabeludo	()	()
Coloração da mucosa conjuntiva ocular	()	()
Cloasma gravídico	()	()
Face com lanugem	()	()

Coloração e Integridade da Mucosa Gengival:

Integra

Pescoço:

() ()

Tireóide

() ()

Gânglios

Tórax: Mamas

() ()

Bicosprotusos

() ()

Bicos planos

() ()

Bicos invertidos

() ()

Pigmentação dos mamilos

C. Desvios de saúde

- Procura os serviços de saúde com frequência:
- Faz planejamento familiar:
- Preventivo do colo uterino, tem conhecimento da importância:
- Outros ?

APENDICE II

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

Roteiro de coleta de dados da consulta de enfermagem à gestante no pré-natal

Processo:

Nome:

Idade: Nascimento:

Tipo de Parto:

Profissão: Escolaridade:

Religião:

Estado Civil: Naturalidade:

A. Requisitos de Auto-Cuidado Universal

Manutenção da oxigenação

- Padrão respiratório:
- Perfusão das extremidades:
- Hábitos:

Manutenção da hidratação

- Padrão da ingestão líquida nas 24 horas: 2 litros
- Nível de motivação:

- Padrão de conhecimentos sobre as necessidades líquidas diária da nutriz e influência na quantidade de produção láctea:

Manutenção da nutrição

- Qualidade e quantidade das refeições:

Planejamento familiar

- Investigar se pretende ter mais filhos:
- Métodos contraceptivos que conhece e os que já uso:

B. Requisitos de Auto-Cuidado Desenvolvimental

Exame Físico

Peso: Altura: P.A.:

Plano () Distendido ()

Cicatriz Cirúrgica ?

SIM

NÃO

Dor

Calor

Rubor

Secreção

Hematoma

Hemorragia

Infecção

B1. Dados relativos ao parto:

Intercorrências:

B2. Aleitamento Materno

- Está amamentando:
- Recebe complementos:
- Faz uso de chupeta:

Avaliar as condições da mama

Engurgitamento:

Integridade da região mamilo-areolar

- Fissura:
- Dor:
- Trauma:

Avaliar a hipo ou hipergalactorréia:

Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês:

C. DESVIOS DE SAÚDE

Realizou preventivo do colo uterino?

Vacinação contra rubéola ?

Outros:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ROTEIRO DE VISITA DOMICILIAR À PUERPERA

1-IDENTIFICAÇÃO DATA:.....
NOME:..... IDADE:.....
ENDEREÇO:.....
SITUAÇÃO CONJUGAL:.....
ESCOLARIDADE:.....
PROFISSÃO:.....
ATIVIDADE ATUAL:.....
TRABALHO DO COMPANHEIRO:.....
RENDA FAMILIAR:.....

2-REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS:

A) MANUTENÇÃO DA OXIGENAÇÃO:

-CARACTERÍSTICAS:.....

B) MANUTENÇÃO DA HIDRATAÇÃO:

-NÍVEL DE MOTIVAÇÃO DAS NECESSIDADES DE INGESTÃO HÍDRICA:.....

-CONHECIMENTO SOBRE PADRÃO DE INGESTÃO HÍDRICA X PRODUÇÃO LÁCTEA:.....

C) MANUTENÇÃO DA NUTRIÇÃO:

-CONHECIMENTO SOBRE O PAPEL DA NUTRIÇÃO SOBRE SAÚDE E BEM ESTAR:.....

-CONHECIMENTO SOBRE A RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE E QUANTIDADE DE INGESTÃO ALIMENTAR X LACTAÇÃO:.....

-TABUS ALIMENTARES NO PUERPÉRIO:.....

D) PROVIMENTO DOS CUIDADOS COM A ELIMINAÇÃO E EXCREÇÃO:

-PADRÃO DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL E URINÁRIA:.....

-ALTERAÇÕES:.....

-CONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS HIGIÊNICOS RELACIONADOS COM OS PROCESSOS DE ELIMINAÇÕES E EXCREÇÃO:.....

E) MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO ENTRE ATIVIDADE E REPOUSO:

-NÍVEL DE MOTIVAÇÃO PARA ESTABELECEER O EQUILÍBRIO ENTRE ATIVIDADE E REPOUSO:.....

-CONHECIMENTO SOBRE A IMPORTÂNCIA DE FAZER EXERCÍCIOS FÍSICOS MODERADAMENTE:.....

F) MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO NA INTEGRAÇÃO SOCIAL:

-CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS E CULTURAIS:

-RELACIONADAS À HABITAÇÃO:

A) MORA EM CASA PRÓPRIA?..... TIPO:..... DEPENDÊNCIAS:.....

POSSUI QUINTAL E/OU JARDIM?.....

B) AGUÁ ENCANADA?..... ESGOTO?..... FOSSA?.....

C) POSSUI INSTALAÇÃO SANITÁRIA?..... LUZ ELÉTRICA?.....

FOGÃO À GÁS?..... A LENHA?.....

D) POSSUI ANIMAIS DOMÉSTICOS?..... VACINADOS?.....

E) EXISTEM INSETOS?..... TIPO:.....

- A)MORA EM CASA PRÓPRIA?.....TIPO:.....DEPENDENCIAS:.....
 POSSUI QUINTAL E/OU JARDIM?.....
 B)AGUÁ ENCANADA?.....ESGOTO?.....FOSSA?.....
 C)POSSUI INSTALAÇÃO SANITÁRIA?.....LUZ ELÉTRICA?.....
 FOGÃO À GÁS?.....A LENHA?.....
 D)POSSUI ANIMAIS DOMÉSTICOS?.....VACINADOS?.....
 E) EXISTEM INSETOS?.....TIPO:.....

-RELACIONADOS À FAMÍLIA:

- NÍVEL DE CONHECIMENTOS DE FAMILIARES SOBRE OS CUIDADOS RELACIONADOS À
 PUÉRPERA:.....
 -TIPO DE RELAÇÃO COM À FAMÍLIA:.....

B)SUPORTE AOS PROCESSOS VITAIS E DE DESENVOLVIMENTO:

- DATA DO PARTO:.....MATERNIDADE:.....
 -PESO DO RN:.....
 -COTO UMBILICAL:.....
 -COLORAÇÃO DAS MUCOSAS:.....
 -PEGA DA ARÉOLA:.....
 -MAMA QUANTAS VEZES AO DIA:.....
 -RN FAZ USO DE CHUPETAS?.....

-PUÉRPERA:

- APRESENTA DESCONFORTOS OU ALTERAÇÕES RELACIONADAS A INVOLUÇÃO
 UTERINA:.....
 -ASPÉCTO DA CICATRIZAÇÃO DA EPISIO :.....CICATRIZAÇÃO
 CIRÚRGICA:.....
 -LÓQUIOS:.....
 -ASPÉCTO DAS MAMAS:.....
 -SECREÇÃO VAGINAL(TIPO,COR):.....
 -PRESENÇA DE VARIZES:.....
 -EDEMA:.....

C-ASPÉCTOS MOTIVACIONAIS:

- COMO SE SENTE ?.....
 -PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS ATUAIS:.....
 -RELACIONAMENTO COM O PARCEIRO:.....

D-DESVIOS DE SAÚDE:

- PROCURA COM QUE FREQUENCIA OS SERVIÇOS DE SAÚDE:.....

 -FAZ PLANEJAMENTO FAMILIAR:.....
 -REALIZOU PREVENTIVO UTERINO DURANTE A GESTAÇÃO?.....