

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

**CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0325  
Ex.1**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0325

Autor: Colla, Danieli Apa

Título: Vivenciando quatro nascimentos :



972492741

Ac. 241543

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**VIVENCIANDO QUATRO NASCIMENTOS: SER FILHO,  
SER MÃE, SER PAI E SER FAMÍLIA**

**DANIELI APARECIDA COLLA  
FRANCESLI PATRÍCIA PEREIRA  
MÁRCIA HELENA COELHO CORRÊA**

**FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 2000.**

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

**VIVENCIANDO QUATRO NASCIMENTOS: SER FILHO,  
SER MÃE, SER PAI E SER FAMÍLIA**

Relatório de Estágio de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem apresentado à disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, pertencente à VIII fase do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Acadêmicas:** Danieli Aparecida Colla

Francesli Patrícia Pereira

Márcia Helena Coelho Corrêa

**Orientadora:** MSc. Maria Emília de Oliveira

**Supervisoras:** Enfermeira Enelir Alves Adriano da Rosa

Enfermeira Ivone Rosini

Enfermeira Lindaura Santos Júlio

**Banca Examinadora:** Enfermeira Enelir Alves Adriano da Rosa

Enfermeira Lindaura Santos Júlio

MSc. Maria Emília de Oliveira

Prof. Maria de Fátima Mota Zampieri

**FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 2000.**



*"Um parto gera quatro nascimentos:  
nasce uma mãe, nasce um pai,  
nasce uma criança e nasce uma família".  
(Ir. Maria, fundadora do Amparo Materno)*



As Autoras

## SUMÁRIO

<b><u>RESUMO</u></b> .....	7
<b><u>1. INTRODUÇÃO</u></b> .....	8
<b><u>2. NOSSOS OBJETIVOS</u></b> .....	12
<b><u>2.1. Objetivo Geral</u></b> .....	12
<b><u>2.2. Objetivos Específicos</u></b> .....	12
<b><u>3. REVISÃO DA LITERATURA</u></b> .....	13
<b><u>3.1. O RECÉM NASCIDO</u></b> .....	13
3.1.1. <u>Cuidados ao Recém Nascido no Alojamento Conjunto</u> .....	13
<b><u>3.2. O PUERPÉRIO</u></b> .....	23
3.2.1. <u>Puerpério normal</u> .....	23
3.2.2. <u>O Processo de Cuidar no Puerpério</u> .....	30
<b><u>3.3. AMAMENTAÇÃO</u></b> .....	32
3.3.1. <u>Promoção do aleitamento materno</u> .....	33
3.3.2. <u>Anatomia da glândula mamária</u> .....	34
3.3.3. <u>Superioridade do leite humano em relação ao leite infantil industrializado</u> .....	36
3.3.4. <u>Manejo clínico da lactação</u> .....	37
3.3.5. <u>Problemas mais frequentes da amamentação</u> .....	42
<b><u>3.4. ALOJAMENTO CONJUNTO</u></b> .....	44
3.4.1. <u>Vantagens</u> .....	45
3.4.2. <u>População a ser atendida</u> .....	47
3.4.3. <u>Recursos para sua implantação</u> .....	47
<b><u>3.5. A FAMÍLIA</u></b> .....	49

<b>3.6. <u>VÍNCULO AFETIVO ENTRE PAIS-FILHO</u></b> .....	<b>50</b>
3.6.1. Vínculo Materno .....	51
3.6.2. Papel do Pai .....	52
<b>3.7. <u>HUMANIZAÇÃO</u></b> .....	<b>55</b>
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>58</b>
4.1. Marco Conceitual .....	58
4.2. <u>Síntese da Teoria</u> .....	59
4.3. <u>O referencial e suas aplicações em Enfermagem</u> .....	61
4.4. <u>Pressupostos de Madeleine Leininger</u> .....	62
4.5. <u>Pressupostos Pessoais</u> .....	64
4.6. <u>Principais Conceitos</u> .....	64
4.7. <u>Processo de Enfermagem</u> .....	67
<b>5. <u>METODOLOGIA</u></b> .....	<b>70</b>
5.1. <u>Local de estágio</u> .....	70
5.2. <u>Período de desenvolvimento do estágio</u> .....	70
5.3. <u>O Hospital Universitário</u> .....	70
5.4. <u>A Maternidade do Hospital Universitário</u> .....	72
5.5. <u>População Alvo</u> .....	77
5.6. <u>Planejamento</u> .....	77
<b>6. <u>ASPECTOS ÉTICOS</u></b> .....	<b>81</b>
<b>7. <u>NOSSOS RESULTADOS</u></b> .....	<b>83</b>
7.1. <u>OBJETIVO 1</u> .....	83
7.2. <u>OBJETIVO 2</u> .....	96
7.3. <u>OBJETIVO 3</u> .....	103
7.4. <u>OBJETIVO 4</u> .....	113
7.5. <u>OBJETIVO 5</u> .....	115
7.6. <u>ILUSTRANDO O ALCANCE DOS OBJETIVOS</u> .....	116
<b>8. <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u></b> .....	<b>121</b>
<b>9. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b> .....	<b>124</b>
<b><u>ANEXOS</u></b> .....	<b>130</b>
<b><u>PARECER DO ORIENTADOR</u></b> .....	<b>146</b>

## RESUMO

Este trabalho foi desenvolvido com o casal primíparo e seu recém-nascido no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário, em Florianópolis-SC. Teve como objetivo assistir, vivenciar e experienciar o processo do nascimento dos quatro papéis sociais: ser mãe, ser pai, ser filho e ser família, conhecendo e respeitando as crenças e valores dos sujeitos envolvidos neste processo. O referencial teórico utilizado foi a teoria da diversidade e universalidade do cuidado transcultural de Madeleine Leininger, que concentra cultura e estrutura social e permite compreender a influência destes na vida da família primípara, bem como a forma deste perceber o cuidado, permearam todo o trabalho. Este estudo favoreceu-nos conhecer o papel desempenhado pelo homem, mulher e criança no processo do nascimento, mas conseguimos evidenciar o momento em que o ser homem sentiu-se como ser pai, o ser mulher sentiu-se como ser mãe, e os dois sentiram-se como “ser família”. O exercício de estabelecer a relação entre a cultura e o cuidado permitiu perceber a dimensão do trabalho de enfermagem enquanto prática social. A enfermagem tem um papel fundamental no cuidado a mãe, recém-nascido e acompanhante, sendo que este cuidado deve ser o mais humanizado possível, levando sempre em consideração o respeito às crenças e valores culturais das famílias atendidas.

## 1. INTRODUÇÃO

*“Os desejos e a força de vontade são passos milagrosos na luta pela vida...” (Anônimo)*

Nascer... no nosso entendimento, nascer se configura na maioria das vezes, como um momento especial e marcante na vida de uma criança, de uma mulher e de um homem. É um momento repleto de alegrias, tensões, expectativas, ansiedades, incertezas e medos, envolto em muitas crenças e pleno de significados. Neste contexto, acreditamos que o nascimento do primeiro filho assume uma dimensão mais ampla, pois é nesta passagem de deixar de ser feto e passar a ser filho; deixar de ser mulher e passar a ser mãe, e deixar de ser homem e passar a ser pai, que o sentimento de ser família se intensifica e adquire um significado de maior amplitude. A importância deste rito de passagem e mudanças de papéis se constituem em marcos (situações marcantes) essenciais na formação familiar e do ser humano, repercutindo no seu equilíbrio físico e emocional. Por esta razão, desenvolvemos uma prática assistencial com a finalidade de assistir, vivenciar e experienciar estes quatro nascimentos: ser filho, ser mãe, ser pai e ser família, respeitando e conhecendo as crenças e valores dos sujeitos envolvidos neste processo.

Esta prática foi desenvolvida no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário com mães primíparas/pais/e recém-nascidos; sendo que buscamos ainda vivenciar este rito de passagem no Centro Obstétrico do HU e no domicílio através de visitas domiciliares, utilizando como referencial a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

Trabalhar com mães/ pais e recém-nascidos utilizando um referencial cultural, foi uma escolha que se deu no decorrer das aulas da Disciplina de Enfermagem Obstétrica da



VII fase do curso. Desde o início das aulas teórico-práticas nos sentimos interessadas e entusiasmadas em aprimorar nossos conhecimentos científicos na área da saúde da mulher e criança.

Optamos por desenvolver a nossa prática no Alojamento Conjunto da Maternidade do - HU/UFSC, por algumas razões. Por termos tido a oportunidade de realizar estágio curricular da VII fase na Disciplina de Enfermagem Obstétrica; por ser um local onde mãe/filho e acompanhante permanecem juntos desde o nascimento até a alta hospitalar, favorecendo o relacionamento entre eles e principalmente, por ser um ambiente que se preocupa em prestar uma assistência o mais humanizada possível.

O Alojamento Conjunto, segundo Campestrini (1983), objetiva diminuir a ansiedade e problemas psicológicos desnecessários a mãe e filho devido à separação; auxiliar a puérpera na solução dos problemas apresentados na nova situação de mãe e na aceitação da maternidade; permitir o intercâmbio com outras mães e compartilhar conhecimentos e experiências com outras mães e profissionais de saúde em relação ao momento complexo e de grande instabilidade emocional, o puerpério.

Este momento, também denominado de sobreparto ou pós parto, pode ser considerado o período cronologicamente variável, de âmbito impreciso durante o qual ocorrem modificações involutivas do útero e da genitália materna, que acontecem após o parto. Ocorrem também modificações gerais que perduram até o retorno do organismo às condições vigentes antes da prenhez (Rezende, 1995). É uma fase que envolve grandes transformações físicas, psicológicas, culturais e sócio-econômicas, que não se restringem à mulher, podendo estender-se a todo o contexto familiar. Da mesma forma que a mulher, o homem/pai também passa por grandes mudanças de ordem emocional e de ritmo de vida neste período.

“A passagem de ser homem para o papel de um ser pai é marcada por transformações e mudanças, onde o indivíduo é obrigado a abandonar o equilíbrio anterior, adquirido em outras fases de sua vida (quando esse *serzinho* inquisidor ainda não existia) e, em desequilíbrio e por tropeços, buscar sua nova identidade” (Silveira 1998, p.44). No nosso entendimento, o ser pai, é aquela figura masculina que estabelece vínculos com os sujeitos com os quais está envolvido no processo de nascimento: o ser mãe e o ser filho; formando então um novo núcleo, o ser família.

Assim como na gravidez, o período puerperal exerce grande impacto no marido, agora pai, o qual pode assumir fundamentalmente duas funções: participar ativamente, dividindo com a mulher a responsabilidade de cuidar do bebê, dando-lhe apoio e

encorajamento ou sentir-se marginalizado, "sobrando", deixado de lado na relação diádica-materno-filial e essencialmente rejeitado (Maldonado, 1990).

Ziegel (1986) reforça estes sentimentos, dizendo que, na grande maioria das vezes, o pai tem sido o membro mais esquecido da família quando nasce o bebê. Não é como a mãe e a criança que têm necessidades físicas prementes, que exigem um sistema de tratamento de assistência obstétrica. Ele tem sido visualizado como aquele marido que fuma como uma chaminé e anda constantemente. Tem sido excluído do mundo da mulher e da criança que nasceu, sendo que sua função até pouco tempo atrás, era somente a de preencher papéis e pagar despesas da família. Mais recentemente, tem recebido a tarefa de dar apoio a mãe durante o parto, quando acordada. No entanto, somente nos últimos anos é que o pai vem sendo incentivado a acompanhar a mãe no pré natal, dando-lhe apoio no parto e pós parto. Mesmo assim, tem-se dado pouca atenção às suas verdadeiras necessidades e sentimentos surgidos com o encargo da paternidade.

É neste contexto, onde mulher e homem se descobrem mãe e pai, que forma-se a família, numa interligação e papéis distintos, do ser mãe, ser pai e ser filho, que se inter relacionam e diferem em cada cultura, de acordo com a estrutura e história familiar, de acordo com as maneiras de se comunicar e expressar suas emoções. As relações entre os membros de uma família diferem de acordo com as suas características próprias.

Cada família apresenta uma maneira única de se emocionar diante de diferentes circunstâncias, criando uma cultura familiar própria, com seus códigos, com uma linguagem própria para comunicar-se e realizar a interpretação desta comunicação, com suas regras, ritos.

Concordamos com Monticelli (1993), quando diz que o nascimento como um ritual, ajuda a preparar as pessoas para a mudança de papéis e para receber o novo ser humano dentro do grupo social. Ao vivenciar o nascimento como um rito de passagem, as pessoas que estão nele envolvidas (principalmente as mulheres), desenvolvem ritos de cuidado, isto é, desenvolvem ações que são plenas de símbolos e significados que as auxiliam na reorganização para incorporar o novo (RN e a nova mãe) e também as auxiliam a expressar a percepção de saúde – doença, e os papéis sociais que precisam ser definidos ou redefinidos durante o processo de nascimento.

Porém acrescentamos além do RN e da nova mãe citados por Monticelli, o nascimento do pai e de uma nova família, inspiradas no trabalho de (da Luz, Aguirre e Vieira, 2000) que utilizam uma citação de Irmã Maria: “Um parto gera quatro nascimentos: nasce uma mãe, nasce um pai, nasce uma criança e nasce uma família”.

Nas atividades práticas no Alojamento Conjunto, pudemos constatar que o processo de nascimento, é um processo vivido principalmente a três, repleto de crenças e valores culturais, que são valorizados e reforçados pelos clientes e seus acompanhantes. Por esta razão, acreditamos que não poderíamos trabalhar estes nascimentos sem conhecer e respeitar estas crenças e valores, que foram validadas quando utilizamos a Teoria de Diversidade e Universalidade de Madeleine Leininger.

Leininger (1985) refere que o cuidado humanizado, a partir de uma perspectiva transcultural, pode fazer a diferença na forma como as pessoas consideram a vida, recuperam-se de enfermidades e mantêm sua saúde, ou enfrentam a morte. O cuidado humanizado é culturalmente definido e conhecido, e deve ser estudado e usado nas práticas de enfermagem. Colocações apropriadas do cuidado cultural podem atingir os clientes mais difíceis e tornar a atividade da enfermagem uma atividade terapêutica. Desta forma, o cuidado humanizado é o que ajuda as pessoas a crescerem, conhecerem os outros e enfrentarem difíceis desafios do tipo saúde-doença. O cuidado humanizado é um importante meio pelo qual o público pode melhor conhecer e entender a enfermagem, sendo também uma forma de diminuir o distanciamento que o excesso de tecnologia fornece ao nascimento.

Com base nestas considerações, traçamos nossos objetivos, sendo que estes, possibilitaram entender os novos papéis que se alicerçaram quando do nascimento do primeiro filho, e através do respeito e compreensão das crenças e valores culturais dos seres envolvidos neste processo, pudemos trilhar um novo caminho que se configurou como um aprendizado de vida.

## **2. NOSSOS OBJETIVOS**

*“Nenhum vento sopra a favor de quem não sabe para onde ir...” (Sêneca)*

### **2.1. Objetivo Geral**

Assistir, vivenciar e experienciar o processo de nascimento dos quatro papéis sociais: ser mãe, ser pai, ser filho e ser família, conhecendo e respeitando as crenças e valores dos sujeitos envolvidos neste processo.

### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Identificar crenças e valores da puérpera/pai relacionados ao nascimento, e as necessidades de cuidado, de forma a preservar, adaptar e/ou repadronizar o cuidado de Enfermagem;
2. Vivenciar e compreender o processo de nascimento dos quatro papéis sociais: ser mãe, ser pai, ser filho, ser família;
3. Prestar cuidados de enfermagem a puérpera/recém nascido, respeitando as crenças e valores da puérpera/pai;
4. Contribuir para a implementação dos 08 (oito) passos para a Maternidade Segura e para a manutenção dos 10(dez) passos para o Sucesso do Aleitamento Materno;
5. Buscar aprofundamento e ampliação dos conhecimentos em relação à Teoria de Leininger, à humanização do cuidado e atualização na área de enfermagem obstétrica, através de revisão bibliográfica, compartilhamento de conhecimentos com a equipe e cliente e participação em eventos específicos.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

*“Que triste os caminhos se não fora a presença  
das estrelas” (Mário Quintana)*

#### 3.1. O RECÉM NASCIDO

*“Um bebê amado... um menino feliz  
... um menino feliz...um homem melhor  
...um homem melhor... um mundo ideal”  
(J.Margarita Otero Solloso)*

##### 3.1.1. Cuidados ao Recém Nascido no Alojamento Conjunto

De modo geral, o recém-nascido (RN) chega ao Alojamento Conjunto (AC) em companhia de sua mãe. No processo de admissão do RN, no AC, a equipe de enfermagem deverá estar preparada para receber a criança, realizar a abertura de um prontuário específico para o novo cliente (anexando os documentos advindos do Centro Obstétrico), conferir os dados de identificação, registrar o recém-nascido nos formulários próprios a esta finalidade, certificar-se das prescrições médicas e de enfermagem realizadas no Centro Obstétrico providenciando e avaliando seus cumprimentos, além de acomodar o RN em berço apropriado, junto ao leito da mãe. É fundamental garantir uma aproximação íntima do RN com sua mãe e, sempre que possível, com todos os membros da família.

A permanência do RN no AC deverá ser garantida até o momento da alta hospitalar, que não deverá ocorrer antes das 48-72 horas. A equipe de enfermagem deverá prestar assistência integral ao RN durante todo o período de sua internação, estando atenta

aos objetivos imediatos do sistema de AC, além de estar consciente dos objetivos mediatos que o AC proporciona a longo prazo no que diz respeito à assistência neonatológica. Tais objetivos, incluem a diminuição da incidência da diarreia infantil e da incidência da desnutrição do lactente, o aumento do número de crianças vacinadas e a diminuição da morbidade e da mortalidade infantil. Para tanto, há a necessidade de que a equipe de enfermagem trabalhe em cooperação mútua com os outros elementos da equipe de saúde do AC (incluindo pediatras, obstetras, trabalhadores do Banco de Leite Humano, nutricionistas, assistente social, dentre outros) e com participação ativa da puérpera e da família do RN.

Durante o período de internação do RN no AC, todos os esforços deverão ser envidados pela equipe de enfermagem para que a assistência neonatal seja individualizada, livre de riscos e coerente com as características que são próprias desta etapa da vida (Monticelli, 1999).

#### **3.1.1.1. O exame físico do RN**

O recém-nascido é um ser que possui surpreendentes capacidades sensoriais e de interação com o mundo que o cerca (Klaus, 1989). Por outro lado, o longo período de adaptação ao ambiente extra-uterino que necessita, confere-lhe fragilidade extrema frente a situações que envolvam alteração de seus sistemas vitais ou o exponham a ambientes nocivos. A par disso, o exame físico do RN deve ser um processo dinâmico que o acompanhe do parto até a alta hospitalar, com atenção especial para o diagnóstico de problemas que afetem seu bem-estar (Giacomini, 1991,p.75).

Ao realizar o exame físico, é importante manter o RN em um local tranqüilo e aquecido. Todos os movimentos deverão ser executados de modo delicado e transmitindo segurança ao bebê. Giacomini (1991,p.75) enfatiza que “se o RN é normal e com boa adaptação, (deve-se) realizar o exame físico, sempre que possível, na presença dos pais. É uma bela oportunidade para lhes mostrar as potencialidades de seu bebê saudável e esclarecer dúvidas que sempre existem”.

#### **No exame físico deve-se pesquisar:**

**Sinais Vitais** - a verificação da temperatura, após os cuidados imediatos, deverá ser feita via axilar. Normalmente, temperaturas entre 36°C e 37°C são consideradas adequadas

para um RN a termo. A frequência respiratória pode variar entre 30 e 50 mpm, e o tipo respiratório deve ser abdominal. Por ocasião da observação do funcionamento respiratório, também será importante levantar possíveis sinais de esforço respiratório como estridores, batimentos das asas do nariz e tiragens intercostais. A frequência cardíaca poderá variar entre 100 e 160 bpm no RN a termo, dependendo de seu estado de vigília.

**Aparência** – o RN a termo possui cabeça grande, face arredondada e corada e mandíbula relativamente pequena. O tórax é cilíndrico. A musculatura abdominal é flácida, tornando seu abdome proeminente. Seus membros superiores e inferiores são pequenos em relação ao tamanho corporal. Nos primeiros dias de vida, mesmo com o RN tranqüilo, podem ser notados tremores do maxilar, que não devem ser valorizados como sinal patológico.

**Postura** – permanece em posição de conforto, semelhante à posição intra-uterina. O RN a termo mantém seus membros superiores fletidos e membros inferiores semi-fletidos.

**Estado de vigília** - de acordo com Giacomini (1991), o RN tem bem definidos seis estados de comportamento:

**Estado 1** : sono profundo, olhos fechados, respiração regular, sem atividade motora, tônus muscular relaxado.

**Estado 2** : sono leve, olhos fechados, movimentos oculares rápidos, respiração irregular, movimentação muscular, expressões faciais (risos, etc.), tônus muscular elevado.

**Estado 3** : sonolento, pálpebras abertas ou fechadas, olhar sem se fixar, atividade motora fraca, respiração regular.

**Estado 4** : alerta, olhos bem abertos, atento à estimulação ambiental, pode fixar o olhar, sem atividade motora, respiração regular.

**Estado 5** : alerta com atividade motora importante, vocaliza, rosto contraído ou não, olhos abertos, respiração regular.

**Estado 6** : chora vigorosamente, atividade motora intensa, olhos fechados ou não, lágrimas.

**Fácies** – observar se o ápice das orelhas coincide com as fissuras palpebrais, avaliar o formato do nariz, o tamanho da fronte e da mandíbula e a expressão do RN.

**Pele e Anexos** – observar coloração e integridade cutânea em todo o corpo, além de conferir a presença ou ausência das características fisiológicas como:

- **vérnix caseoso** : produto de secreção da pele durante a vida intra-uterina, que recobre a pele do RN, protegendo-a contra maceração pelo líquido amniótico e favorecendo o deslizamento do corpo no ato da parturição (Pizzato, Da Poian, 1988).
- **millium sebáceo** : consiste em pequenos pontos brancos, ligeiramente salientes, localizados com freqüência nas asas do nariz. Forma-se devido à obstrução dos folículos sebáceos, pelos detritos de descamação epitelial. Tende a desaparecer dentro dos dois primeiros meses de vida (Pizzato, Da Poian, 1988).
- **eritema tóxico** : são pequenas lesões eritematopapulosas esparsas, em pequeno número e disseminadas (Pizzato, Da Poian, 1988).
- **lanugem protetora** : consiste numa pelugem fina e longa que aparece com freqüência em RN a termo e mais ainda em pré-termos. Localizada no dorso, face e orelhas, desaparece no decorrer da primeira semana de vida (Pizzato, Da Poian, 1988).
- **manchas mongólicas** – de coloração azul-arroxeadas, que se localizam, geralmente na região sacrolombar, representando para alguns a mistura de raças (Pizzato, Da Poian, 1988).
- **descamação fisiológica** : fenômeno que ocorre nos primeiros quinze dias de vida, podendo estender-se até o final do primeiro mês. Consiste na descamação da pele, ora em pequeninas lâminas, enroladas sobre si mesmas e orientadas no sentido do eixo longitudinal do corpo, ora em verdadeira poeira purpúrea. É observada, geralmente, ao nível do abdômen, tórax, pés e mãos (Pizzato, Da Poian, 1988).

**Crânio** – seu formato está diretamente relacionado à posição intra-uterina e ao tipo de parto. O cavalgamento de suturas é esperado e pode permanecer até por volta do quinto dia de vida. Deverá ser rastreada a presença de cefalohematomas e/ou bossa sanguinolenta. Pesquisar também cranioestenoses ou craniossinostose (soldadura precoce dos ossos do crânio). As fontanelas deverão merecer uma avaliação especial, uma vez que fontanelas anormais podem indicar alteração da maturação óssea, como por exemplo: doenças do tecido esquelético, trissomias, osteogênese imperfeita, hipertensão intracraniana (no caso



de fontanelas aumentadas) ou hipertireoidismo, doenças hormonais ou microcefalias (no caso de fontanelas deprimidas). Deve-se verificar o tamanho das fontanelas, cujo diâmetro oblíquo poderá variar entre 13 e 28 mm. A fontanela lambdóide não é maior que a polpa digital e pode estar fechada ao nascimento (Giacomini, 1991).

**Olhos** – verificar edema palpebral e transparência ou opacidade do cristalino. Hemorragias conjuntivais são comuns e inócuas para o RN, mas podem preocupar os pais. Verificar se as pupilas são fotoreagentes.

**Nariz** – normalmente possui a base achatada, ponta arredondada e situado um pouco mais alto na face. Obstruções discretas poderão estar presentes, sendo ocasionadas por acúmulo de secreções nos estreitos orifícios nasais, no entanto, coriza excessiva poderá ser indicativo de Lues Congênito ou em filhos de mulheres tratadas com reserpina. Alguns espirros poderão ocorrer sem que impliquem em anormalidades (Monticelli, 1999).

**Orelhas** – além de observar implantação, é importante que sejam pesquisadas as anormalidades de pavilhão auditivo, já que estas poderão estar associadas à malformação renal ou anomalias macrossômicas, além de outras (Monticelli, 1999).

**Boca** – pesquisar integridade e coloração das mucosas, presença de pérolas de Epstein, tamanho e textura da língua, presença e situação anatômica dos frênulos labial e sublingual. Inspeccionar malformações bucais como fissuras palatinas ou lábio leporino. Observar quantidade de saliva, uma vez que, a salivagem excessiva poderá ser indicativo de atresia de esôfago ou dificuldade respiratória (Monticelli, 1999).

**Pescoço** – verificar movimentos de rotação e flexão. Afastar presença de cistos ou tumores (Monticelli, 1999).

**Tórax** – além de avaliar a função respiratória e cardíaca, deve-se observar a forma e simetria torácica. Normalmente o tórax do RN é cilíndrico e simétrico. As mamas poderão apresentar-se ingurgitadas, como efeito de circulação de estrógenos maternos e pode ser notada a presença de secreção láctea (Taralli, 1996). As clavículas devem ser investigadas para afastar a possibilidade de fraturas (Monticelli, 1999).

**Abdome** - inspecionar cuidadosamente distensão abdominal excessiva ou assimetria. Palpar gentilmente e verificar o tamanho do fígado (2 a 3 cm abaixo do rebordo costal direito) e do baço (1 cm abaixo do rebordo costal esquerdo). Observar a presença de ruídos hidroaéreos. A eliminação de mecônio indica a presença de trânsito intestinal livre. À inspeção, também pode-se observar a presença de hérnias umbilicais ou mesmo inguinais (Monticelli, 1999).

**Coto Umbilical** – inspecionar o número de vasos presentes, a coloração do coto, bem como possíveis sangramentos. Checar também a presença de granuloma umbilical (Monticelli, 1999).

**Aparelho geniturinário e ânus** – nos meninos, observar o tamanho do pênis (que mede por volta de 3,5 a 4 cm) e a aderência do prepúcio à glande. No RN a termo, o escroto é rugoso e é comum algum grau de hidrocele. Palpar os testículos verificando sua localização, sua simetria e também a sua consistência. Verificar a posição do meato uretral, afastando possibilidades de hipospádia ou epispádia. Nas meninas, os pequenos lábios são proeminentes e poderá haver a presença fisiológica de secreção translúcida ou sanguinolenta na vagina. Ocasionalmente também poderá haver hipertrofia da mucosa vaginal, sem significado clínico. Verificar, em meninos e em meninas, a permeabilidade e a posição do ânus. A primeira micção e a primeira evacuação ocorrem dentro das primeiras 48 horas de vida (Monticelli, 1999).

**Membros** – realizar avaliação da estabilidade de quadril, através da manobra de Ortolani-Barlow. Observar simetria das pregas cutâneas. Inspecionar os pés, realizando dorsiflexão (para afastar a presença de pé torto posicional ou congênito). Verificar também o formato da sola dos pés e a presença de linhas ou sulcos cutâneos. Nos membros superiores, avaliar a simetria de movimentos, afastando possíveis lesões de plexo braquial. Analisar também a palma das mãos, em busca da prega simiesca. Tanto nos MMSS quanto nos MMII, pesquisar sindactílias, polidactílias ou clinodactílias (Monticelli, 1999).

**Dorso e Nádegas** - palpar o dorso em busca de anomalias grosseiras na coluna vertebral. Observar a simetria das nádegas e a coloração. Observar também a simetria das pregas glúteas (Monticelli, 1999).

**Pesquisa de Reflexos** – a avaliação dos reflexos arcaicos deverá ser realizada quando o RN não estiver dormindo ou chorando. Deverão ser pesquisados os seguintes reflexos:

- reflexo ciliar
- reflexo de sucção
- reflexo perioral (ou dos quatro pontos cardeais)
- reflexo de preensão palmar e plantar
- reflexo de Babinski
- reflexo de deambulação
- reflexo de Moro

Ao realizar o exame físico e a pesquisa de reflexos, é fundamental compreender a finalidade destes procedimentos, bem como a importância de suas análises. Não basta apenas “levantar dados” ou “colher informações”, é imprescindível que os achados sejam comparados com o referencial teórico e com as características desta etapa da vida. O RN é um ser humano ainda desconhecido do ponto de vista físico, psicológico e social e, portanto, necessita ser observado com olhos atentos, alertas a qualquer modificação comportamental (Monticelli, 1999).

### **3.1.1.2. Controle e Avaliação dos Sinais Vitais**

Durante o período de internação deve-se estar atento aos sinais vitais do RN, detectando os sinais ou sintomas de hipo ou hipertermia, sopros cardíacos, tiragens, estridores ou gemidos.

A avaliação dos sinais vitais deverá ser executada sempre que as condições do RN exigirem. Em condições rotineiras, a maioria dos recém-nascidos deverá ter seus sinais vitais aferidos duas vezes ao dia.

Quanto a respiração, deverá ser dada maior importância a frequência (entre 40 e 60 mpm); ao tipo respiratório (usualmente abdominal) e ao ritmo respiratório (Cheyne Stokes). A retração da porção inferior do esterno não significa necessariamente problema patológico (Taralli, 1996), porém, a criança, com este tipo de sinal, precisa de avaliações mais frequentes.

Quanto ao pulso, usualmente utiliza-se a técnica de ausculta apical (pulso apical), avaliada com o auxílio do estetoscópio, ao nível do quarto espaço intercostal, na linha

hemiclavicular. A frequência cardíaca, em recém-nascidos hígidos, normalmente encontra-se entre 120 e 160 bpm. Taralli (1996) chama a atenção para o fato de que um sopro sistólico suave de pequena intensidade é muitas vezes percebido nos primeiros dias desaparecendo após este período, sem quaisquer indícios patológicos.

Em relação à verificação da temperatura, utiliza-se a via axilar, sendo que a variação normal deve manter-se na faixa de 36 a 37°C (Miura, 1991). Além da aferição propriamente dita, deve-se atentar para as condições ambientais e para as condições ponderais e de maturidade do RN, pois estes fatores colaboram para a variabilidade da temperatura corporal dos recém-nascidos.

### **3.1.1.3. Banho**

Dependendo das rotinas de assistência ao neonato em Alojamento Conjunto, poderá ser utilizada a técnica do banho de imersão, de ducha, ou ainda a técnica de higiene corporal, utilizando-se de panos macios ou gases umedecidas. Atualmente, vários são os serviços que utilizam a técnica de imersão para higienização do RN que ainda se encontra com o coto umbilical.

O banho geral deverá ser realizado uma vez ao dia, e os pais devem ser incentivados e encorajados a participarem da atividade, pois, além de se remover sujidades, proporciona proteção cutânea e estimula a circulação sanguínea e o relaxamento do RN. O banho também propicia o desenvolvimento de maior contato e interação da criança, tanto com os pais, quanto com os cuidados profissionais.

A água do banho deverá estar numa temperatura adequada para as características do RN (em torno de 34 a 36°C), e a duração da técnica não deve ultrapassar a cinco minutos. Nos primeiros dias de vida, o corpo pode ser ensaboado com sabão neutro ou soluções anti-sépticas de pH ácido, para prevenção de infecções cutâneas. Durante a execução do procedimento deve-se ter em mente o risco de levar infecção ao coto e de resfriar o RN (Pizzato, Da Poian, 1988). Aconselha-se manter a temperatura do quarto ou da sala de banho em torno de 24°C a 26°C. Ao sair do banho deve-se enxugar a criança com delicadeza, sobretudo na região das pregas, na região perineal e no coto umbilical (Monticelli, 1999).

#### **3.1.1.4. Troca das fraldas**

A troca das fraldas deverá ser realizada sempre que o RN urinar e/ou evacuar. A frequência deste procedimento está diretamente relacionada às características de eliminações de cada RN. As trocas de fraldas frequentes promovem higiene, proporcionam conforto e bem estar, previnem irritações cutâneas e permitem que sejam avaliadas as características das eliminações urinárias e intestinais do pequeno cliente. Normalmente, a rotina consiste em lavar a virilha, a genitália externa, as nádegas e o ânus do RN com água morna, de modo a remover todo resíduo de fezes e urina presentes. Ordinariamente, deve-se secar a pele e as mucosas, para que se evitem problemas cutâneos (Monticelli, 1999).

#### **3.1.1.5. Curativo Umbilical**

Os objetivos da realização diária do curativo umbilical são de prevenir infecção, favorecer cicatrização da inserção e favorecer a mumificação do coto umbilical. Durante a internação do RN, os pais devem participar da atividade, aproveitando a ocasião para se fortalecerem em relação aos medos, angústias e inseguranças que permeiam o manuseio do coto umbilical do RN.

Freqüentemente, o curativo é realizado logo após o banho diário do bebê, limpando a base do coto e secando. Deve-se proceder à anti-sepsia do coto com substância apropriada, utilizada como rotina nas unidades de AC (álcool a 70%). Durante todo o procedimento, é importante dar atenção à área de inserção e ao coto propriamente dito. Para finalizar o curativo, pode-se envolver o coto com uma gase estéril ou deixá-lo descoberto, conforme a rotina do Alojamento Conjunto.

Deve-se aproveitar este momento para avaliar criteriosamente o nível de desidratação (mumificação) do coto umbilical. Devem ser detectadas precocemente quaisquer anormalidades como: sangramento, odor fétido, coloração esverdeada ou irritações peri umbilicais.

#### **3.1.1.6. Avaliação da perda ponderal**

A pesagem diária do RN é fundamental para que se avalie a perda ponderal, nos primeiros dias de vida e sem dúvida, oferece úteis informações se os resultados forem amplamente interpretados.

Todos os bebês perdem até 10% de seu peso, desde o nascimento, até por volta do terceiro ou quarto dia de vida. Esta perda é causada pela diminuição dos fluidos corporais

(diminuição do edema), pela eliminação do mecônio e da urina, e pela ingesta relativamente pequena de alimentos (aleitamento materno), o que faz com que o RN utilize suas próprias reservas energéticas. A partir do quinto dia de vida, o peso geralmente, volta a aumentar gradativamente, sendo que somente por volta do décimo ao décimo quarto dia é que o bebê volta a apresentar o peso do nascimento. É muito importante analisar e comparar as perdas ponderais diariamente, a fim de que se possa dar os encaminhamentos necessários, caso os índices ultrapassem os limites da perda fisiológica. Além disso, mesmo que a perda seja fisiológica, os pais precisam ser comunicados sobre o fenômeno, para que se evitem posteriores desmames precoces.

### **3.1.1.7. Observação das Eliminações**

As primeiras fezes do RN, denominadas mecônio, são eliminadas, geralmente, logo nas primeiras horas após o nascimento. São fezes consideradas estéreis e intensamente coradas pela bile. As fezes de transição situam-se entre o término da eliminação meconial e o início das fezes permanentes. As fezes permanentes (ou lácteas), por sua vez, são produto específico da degradação do leite ingerido pelo RN e são eliminadas de duas a cinco vezes por dia. Durante a permanência do bebê no Alojamento Conjunto, deve-se observar e registrar o número de evacuações e o tipo de fezes eliminadas. Isto garantirá a certeza do pleno funcionamento metabólico, além de assegurar a ausência de problemas congênitos do sistema digestório-intestinal (Monticelli, 1999).

A urina, a princípio, é escassa. Porém, dentro de poucos dias, atinge quantidade elevada, e proporcionalmente bem maior, por quilo de peso no lactente, do que no adulto. No RN, a urina apresenta-se pálida, transparente e de densidade baixa. “Ocorre em alguns recém-nascidos eliminação excessiva de uratos, determinando uma coloração avermelhada nas fraldas, fazendo pensar em sangue e assustando muito a família” (Pizzato e Da Poian, 1988, p.116). É imprescindível que a enfermeira, nesta situação, avalie as percepções dos pais do RN e promova a adequada informação a respeito do fenômeno.

Quanto à eliminação de vômitos e regurgitações, é útil saber diferenciá-las, para que a tomada de decisão seja a mais correta. A presença de vômitos no RN sempre indica alguma anormalidade, enquanto a regurgitação ocorre, geralmente, porque o RN não foi posicionado para a eructação, após a mamada, ou porque mamou além de sua capacidade gástrica. Deve-se estar atenta às eliminações orais, registrando a frequência, a consistência, o odor e a quantidade de cada uma delas, além de tomar as medidas necessárias à

profilaxia destas ocorrências ou encaminhar o RN para tratamentos específicos (Monticelli, 1999).

### **3.1.1.8. Controle da Hipoglicemia Neonatal**

De modo geral considera-se um RN hipoglicêmico quando o índice de glicose sanguínea for inferior a 40 mg/dl , com ou sem sintomatologia.

Todos os recém-nascidos PIG (pequenos para a idade gestacional) e GIG (grandes para a idade gestacional) precisam ser avaliados com cuidado, uma vez que, freqüentemente, apresentam riscos de hipoglicemia. Estes bebês devem ser triados através de punção capilar na face lateral externa ou interna da região posterior da planta do pé. Almeida e Kopelman (1994) indicam uma verificação (destrotix ou hemoglicosteste) na primeira hora de vida, na segunda hora de vida, na oitava hora de vida e na décima quarta hora de vida. Depois disso, mesmo que o RN não apresente sinais clínicos de hipoglicemia, deve-se realizar a punção a cada 8 horas, até completar 48 horas de vida.

Todos os recém-nascidos internados em Alojamento Conjunto, mesmo os que não sejam PIG ou GIG, precisarão ser avaliados para afastar qualquer manifestação clínica de hipoglicemia, como: apatia, hipotonia, diminuição na sucção, choro fraco ou anormal, tremores, irritabilidade, convulsões ou episódios de cianose. Sempre que o índice glicêmico for menor que 40 mg/dl, os recém-nascidos deverão receber a terapêutica específica que, normalmente consiste na administração de soro glicosado por via oral. Em casos extremos, o RN poderá ser submetido à infusão endovenosa, conforme indicação médica, até ter estabilizado os níveis glicêmicos ( Monticelli, 1999).

## **3.2. O PUERPÉRIO**

*“Logo que o bebê nasce a mulher-mãe vive uma oscilação de sentimentos, as reações e sensações são bem variadas...” (C. S. Jreissati)*

### **3.2.1. Puerpério normal**

Enquanto protagonista no processo de nascimento, a mãe vivencia um período cronologicamente variável, de duração imprecisa, que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinadas pela gestação no organismo materno

retornam às condições normais (Rezende,1995). Popularmente este período é também conhecido como resguardo ou quarentena, que se caracteriza num período necessário para que mãe e filho se conheçam e se reconheçam.

A duração do puerpério tem início logo após a expulsão da placenta e das membranas ovulares, em relação ao seu término, embora não haja uma posição uniforme entre os autores clássicos, observa-se ainda uma tendência da maioria em considerar o término do puerpério na sexta semana após o parto.

O puerpério também pode ser classificado em puerpério imediato que tem início logo após o 10º dia pós parto, puerpério tardio que vai do 11º dia até o 45º dia e puerpério remoto que é um período de duração impreciso tendo início no 46º dia e se estendendo até a completa recuperação das alterações determinadas pela gestação e parto.

Durante o puerpério podemos observar alguns fenômenos denominados de fenômenos puerperais. São eles:

#### **3.2.1.1. Involução Uterina:**

O útero é um órgão muscular piriforme, situando-se posterior à bexiga. O tamanho deste órgão pode variar dependendo da paridade (número de filhos). Uma mulher jovem que não conclui uma gravidez até o estágio de viabilidade fetal (nulípara) frequentemente possui um útero menor que uma que já concluiu duas ou mais gestações até o estágio de viabilidade fetal (múltipara).

A diminuição do tamanho do útero é denominada de involução. Logo após a expulsão da placenta, o útero começa a contrair-se intensamente, tornando-se endurecido e globoso, podendo ser palpado na linha média entre a cicatriz umbilical e a sínfise púbica. Após algumas horas, ele atinge a altura da cicatriz umbilical e permanece assim por 24 a 48 horas. Nos dias subsequentes, o útero sofre uma rápida redução do tamanho e de peso. Medindo 20 cm de altura e 4 cm de espessura, passa no 40º dia para 7 – 8 cm de altura e 1 a 1,5 de espessura. Em geral, a altura do fundo uterino diminui em média 0,7 a 1,5 cm por dia. Inicialmente seu peso é de aproximadamente 1000 gramas, reduzindo-se a 300 gramas ao término de uma semana e a 60 gramas entre a quarta e oitava semanas de puerpério. Até o 10º dia o útero é um órgão abdominal, depois retorna à cavidade pélvica retomando sua posição original e suas dimensões anteriores à gestação.

Na superfície interna, logo após o parto, o sítio placentário constitui-se numa área saliente, de contornos irregulares, cruentas e sangrante, medindo cerca de 10 cm de



diâmetro. Ao término de dez dias, seu tamanho fica reduzido a metade. Toda a espessura do endométrio se regenera duas a três semanas após o parto, com exceção da área da placenta, cuja regeneração completa se dá em torno da sexta e oitava semana pós – parto. Essa área se desprende lentamente pelo crescimento do tecido endometrial subjacente por baixo da zona de inserção. Distúrbios desses processos podem ocasionar hemorragia.

A involução uterina tem como causa principal a repentina queda dos níveis de estrogênio e progesterona, que desencadeiam a liberação de enzimas proteolíticas no endométrio. Essas enzimas, através de um processo de autólise, transformam o material protéico das células endometriais em substâncias que são absorvidas e eliminadas pela urina.

A velocidade desse processo involutivo sofre influência de determinadas condições, podendo ser mais lenta em situações nas quais ocorreram grandes distensões durante a gestação (polidrâmio, gemelaridade), pós- cesária, nas puérperas não lactantes e na ocorrência de quadros infecciosos.

Nas lactantes, a involução uterina, de modo geral , é mais rápida, graças ao reflexo úteromamário, através do qual, à estimulação da região mamilo-areolar e de toda parte funcional da glândula mamária, são acionadas, pela liberação de ocitocina, as contrações uterinas, traduzidas como cólicas pelas puérperas (Santos,1999).

### **3.2.1.2. Loquiação**

As perdas que escoam pelo trato vaginal após o parto são designadas de lóquios. Constituem-se em secreções resultantes da produção de exsudatos e transudatos misturados com elementos celulares descamados e sangue, que procedem da ferida placentária, do colo uterino e da vagina.

Existem variações fisiológicas na quantidade e características dos lóquios (principalmente na cor), de acordo com o período puerperal. Deste modo, os mesmos podem ser classificados em três tipos:

- Vermelhos ou sanguinolentos: presentes nos primeiros 3 a 4 dias, constituindo-se de sangue do tecido decidual necrosado e células epiteliais. Geralmente a quantidade é semelhante à do fluxo menstrual.
- Serosanguinolentos: presentes no terceiro/ quarto dias até o décimo. Sua coloração passa para róseo/acastanhada resultante de alterações de hemoglobina, diminuição do número de hemácias e elevação dos leucócitos.

- Serosos: são observados após o décimo dia, podendo se estender até a quinta/ sexta semana e assumem coloração amarelada ou branca.

Apesar de ter sido objeto de inúmeras mensurações, inexistente um consenso em relação à quantidade de fluido loquial eliminado, dadas as variações individuais observadas. Supõe-se que o volume de lóquios na primeira semana alcance 500ml.

Os lóquios possuem odor característico, sendo descritos como semelhante ao do sangue menstrual, constituindo-se em odor fétido, sugestivo de infecção

Qualquer patologia de endométrio, colo uterino ou vagina modifica as características dos lóquios, seja na quantidade, cor ou odor. Em algumas situações pode haver a retenção de lóquios, situação clínica considerada indesejável, pois predispõe à infecção puerperal. Esta intercorrência é também designada de loquimetria (Santos, 1999)

Podem ocorrer também, modificações locais na vagina, vulva e no colo uterino.

#### **3.2.1.3. Vagina:**

Apresenta-se edemaciada, arroxeadada, congestionada e dilatada aproximadamente por 3 semanas. A partir daí começa a reassumir a aparência do estado anterior à gestação, permanecendo algum relaxamento do tecido. Esse processo é lento, e se completa por volta de seis semanas após o parto. Nas primíparas observa-se presença de lacerações dos remanescentes do hímen, que são chamadas de carúnculas mirtiformes.

#### **3.2.1.4. Vulva:**

Logo após o parto apresenta-se edemaciada com apagamento dos pequenos lábios. É comum a ocorrência de pequenas rasgaduras especialmente na comissura inferior.

#### **3.2.1.5. Colo uterino:**

Apresenta-se flácido, violáceo, lacerado e com bordas distensíveis. Ao final de sete dias, o edema e essas lesões encontram-se reduzidos, porém a cérvix não retorna jamais à situação pré-gravídica. Seu orifício externo se altera morfológicamente passando de uma abertura redonda e regular, a uma outra, com aspecto de fenda ligeiramente irregular e

transversal. O espaço existente no canal cervical logo após o parto, possibilita a introdução de uma mão, após alguns dias, dois dedos, e ao término de uma semana, apenas um dedo.

Além dos fenômenos puerperais e modificações locais, modificações gerais também podem ocorrer no período puerperal.

Nos primeiros dias de puerpério, dependendo do tipo de parto ( fácil ou difícil, vaginal ou cesária) e outros fatores individuais, a mulher poderá experimentar alguns desconfortos físicos e emocionais. Poderá sentir-se extenuada pelo esforço dispendido, apresentar calafrios e sede nas primeiras horas após o parto, ter dificuldades para sentar e/ou caminhar.

Em relação aos sinais vitais, observa-se algumas alterações que são específicas do período puerperal. A temperatura poderá se elevar até 38°C, retornando ao normal em 24h. Tal fenômeno é justificado pela presença de soluções de continuidade no canal do parto, através dos quais microorganismos e soluções tóxicas locais, invadem a circulação materna nas primeiras 72h sem que isso seja considerado a instalação de um quadro clínico infeccioso.

Em decorrência da freqüente elevação da temperatura nos 3º e 4º dias de puerpério, quando ocorre a apoiadura, originou-se a crença da febre do leite quase sempre sem fundamento. É nessa fase que ocorre grande proliferação de germes no canal vaginal, e sua ascensão à cavidade uterina provoca o aumento da temperatura.

A freqüência do pulso está diminuída nos primeiros 6 a 8 dias de puerpério e é chamada de bradicardia puerperal (60 a 70 bpm). A mesma ocorre devido a uma diminuição das contrações cardíacas após o nascimento do bebê e à redução do leito vascular.

No que se refere ao peso corporal, em média, a puérpera perde cerca de 5 quilos logo após o parto (feto, placenta, líquido amniótico), havendo queda adicional de aproximadamente 3 quilos (involução uterina, loquiação, diurese, sudorese) entre o 7º e 10º dia (Santos, 1999).

Modificações seguindo os sistemas:

#### **3.2.1.6. Sistema hematopoiético:**

Após o parto ocorrem importantes alterações sangüíneas e plasmáticas no organismo materno, entre as quais destacamos:

- declinação do volume sangüíneo em função do volume de sangramento provocado pela dequitação, retornando ao normal com cerca de seis semanas;
- diminuição do número de hemácias nos primeiros dias para se normalizar progressivamente;
- observação de leucocitose (15.000-20.000 mm), retornando ao normal durante a primeira semana pós- parto;
- elevação das plaquetas nos 3 primeiros dias, retornando logo ao normal;
- queda da taxa de hemoglobina, que prossegue declinando;
- diminuição de hematócrito logo após o parto, retornando ao normal após o quinto dia;
- elevação da hemossedimentação nos primeiros dias de puerpério, normalizando-se dentro de 3 a 5 semanas;
- aumento nas primeiras semanas após o parto, dos fatores de coagulação já presentes na gestação, o que predispõe à tromboflebite e embolia.

#### **3.2.1.7. Sistema urinário**

Nas primeiras horas após o parto há um aumento da capacidade da bexiga, mas sua sensibilidade à pressão exercida pela urina encontra-se diminuída. A mesma apresenta-se edemaciada, hiperemiada e, em alguns casos, com petéquias e hemorragias submucosas. Observa-se também ao exame citoscópico, após parto vaginal, edema do trígono e atonia da musculatura da parede vesical, que poderão impedir o esvaziamento espontâneo da bexiga, provocando obstrução uretral e, conseqüentemente, dificuldade de micção e retenção urinária.

Em outras situações, as mulheres conseguem urinar, mas são incapazes de esvaziar completamente a bexiga, permanecendo urina residual. Como resultado do trauma do parto, o meato urinário e os tecidos subjacentes podem apresentar-se edemaciados, irritados e traumatizados. Essas alterações aliadas a outros fatores como a diminuição da sensibilidade pela anestesia e a dificuldade de urinar em posição horizontal, contribuem para ocorrência da retenção urinária, que por sua vez, quando presente, expõe a mulher a um alto risco de infecção do sistema urinário.

A incontinência urinária não é muito freqüente, todavia pode ocorrer nos primeiros dias de puerpério, desaparecendo em seguida. É causada principalmente pela atonia

esfincteriana ou por lacerações traumáticas. De modo geral, a função ureteral volta ao normal dentro de seis a doze semanas.

#### **3.2.1.8. Sistema respiratório:**

Após o parto, em consequência do esvaziamento uterino, ocorre a descompressão do diafragma, provocando o desaparecimento da dificuldade respiratória e a mudança do tipo respiratório, passando de costal superior para tóraco abdominal.

#### **3.2.1.9. Sistema tegumentar:**

Com frequência ocorre queda de cabelos, sudorese e enfraquecimento das unhas, tornando-as quebradiças. A hiperpigmentação da face (cloasma gravídico), do abdome (linha nigra) e da mama (aréola secundária) sofre redução gradativa, mas, às vezes poderá ser de duração longa. As estrias de coloração violácea, resultante da gravidez recente, permanecem, porém sua tonalidade é alterada para o aspecto perolado, esbranquiçado.

#### **3.2.1.10. Sistema endócrino:**

Uma vez expulsa a placenta, se deflagra uma quebra brusca das concentrações circulantes dos hormônios que lhes são atribuídos, especialmente no que se refere ao estrogênio e à progesterona. A diminuição, em quantidades consideráveis dos níveis plasmáticos de estradiol e de progesterona permite a manifestação completa da ação lactogênica da prolactina e ocitocina, cuja secreção, acrescida dos hormônios corticóides, é fundamental para a produção e ejeção do leite.

Em função dessas alterações hormonais, o restabelecimento dos ciclos menstruais se dá, nas mulheres não lactantes, cerca de 6 semanas após o parto. Nas lactantes, este período é variável, dependendo da frequência e duração do estímulo da sucção e/ou ordenha manual.

#### **3.2.1.11. Sistema digestivo:**

Logo após o parto, com o esvaziamento do útero, o estômago, o intestino delgado e o cólon retornam à posição anatômica normal, favorecendo o esvaziamento mais rápido do estômago e a normalização das funções gastrointestinais. Mesmo assim, é freqüente ocorrer obstipação intestinal causada principalmente pela morosidade intestinal

estabelecida durante a gestação, pela súbita perda da pressão intra-abdominal, pela diminuição da motilidade gastrointestinal pelo uso de analgesia ou anestesia usada durante o parto, pelo relaxamento e/ou flacidez da musculatura abdominoperineal, pelo repouso físico relativo e dieta da puérpera, pelo medo da puérpera em romper os pontos ou de sentir dor ao evacuar e pela presença de hemorróidas (Santos,1999).

### **3.2.2. O Processo de Cuidar no Puerpério**

A assistência no puerpério integra o conjunto de ações planejadas, executadas e constantemente avaliadas, nos seus diferentes períodos, ou seja, imediato, tardio ou remoto. Independente do marco conceitual, referencial teórico ou teoria adotada, a assistência de enfermagem no pós-parto deverá ser realizada visando o atendimento individualizado e integral da puérpera, isto é, contemplando aspectos nas suas diferentes dimensões (físicas, psíquicas, social, cultural e espiritual). Daí a importância de se utilizar uma metodologia a fim de direcionar adequadamente a assistência de enfermagem, que deverá ser sistemática e científica e levando em conta:

- A história e o estilo de vida da puérpera e família, suas experiências, valores culturais, crenças e costumes
- O exame físico.
- O tipo de parto.
- Os períodos do puerpério, fenômenos puerperais e as modificações locais e sistêmicas.
- As fases hospitalar e domiciliar.
- O estabelecimento da relação mãe – filho – pai e familiares (Santos, 1999).

#### **Exame físico:**

Tem como objetivo obter informações acerca do estado geral da puérpera, com ênfase aos fenômenos puerperais (involutivos e progressivo), às modificações locais e sistêmicas que ocorrem no puerpério e outras alterações relacionadas ou não com este período. Deve ser realizado diariamente enquanto a mulher permanecer internada na maternidade ou por ocasião da consulta puerperal, após a alta hospitalar.

Durante o exame deve-se observar:

- Estado Geral: observar postura, expressão facial, estado de ânimo, humor, locomoção, aparência geral, queixas.

- Sinais Vitais: verificar pulso, temperatura, pressão arterial, respiração com suas características.
- Mamas: devem ser observadas e palpadas visando avaliar condições para a amamentação. O tamanho, a tensão, a simetria, a presença de cicatrizes, cirurgias, estrias ou outras regularidades devem ser registrados. Os mamilos também merecem atenção especial e devem ser avaliados quanto ao seu tipo, integridade ou alterações de formação. A presença de colostro e/ou a quantidade da produção láctea deve ser observada.
- Abdome: observar a presença de distensão abdominal, flatulência ou área de sensibilidade através da palpação, deverá ser questionado sobre a presença de peristaltismo e função intestinal. Observar e registrar características de incisão abdominal, quando for cesariana.
- Útero: verificar e registrar a altura do fundo uterino tendo por base a cicatriz umbilical. Assim, o útero poderá estar acima, a nível, ou abaixo da cicatriz umbilical. Observar normalidades de acordo com o período.
- Bexiga: avaliar presença de distensão vesical (bexigoma), frequência, características da urina, disúria, incontinência e retenção urinária.
- Região Vulvo-Perineal: observar alterações locais, coloração, presença de edema, equimoses, hematoma, episiotomia, laceração ou presença de hemorróida.
- Lóquios: observar e registrar cor, odor, quantidade e aspecto.
- Membros inferiores (pés, pernas e coxas): observar presença de varizes, edema, alterações na temperatura e cor, sinais de flebite, aumento de sensibilidade e Sinal de Homans, que será positivo quando a puérpera manifestar dor na panturrilha ao ser flexionado o pé. A positividade indica trombose venosa profunda (Santos,1999).

### 3.3. AMAMENTAÇÃO

*“Nutrir a criança ?*

*Sim.*

*Mas não só com o leite.*

*É preciso pegá-la no colo.*

*É preciso acariciá-la, embalá-la*

*E massageá-la.*

*...Serem levados, embalados, acariciados, pegos e massageados constituem-se, para os bebês, alimentos tão indispensáveis, se não mais, do que vitaminas, sais minerais e proteínas” (Frédéric Leboyer)*

A amamentação é um dos fenômenos evolutivos que acontecem no puerpério.

Segundo Santos (1999), até bem pouco tempo, o tema aleitamento materno era considerado bastante impreciso e despertava pouco interesse dos estudiosos e clínicos. Suas qualidades, importância, vantagens e como manejá-lo adequadamente, entre outros aspectos, eram pouco explorados e, por isso mesmo, praticamente desconhecidos .

Graças ao desenvolvimento tecnológico e científico, especialmente nas últimas décadas, foi possível acumular muitos dados sobre o leite materno, e hoje sabe-se que a prática do aleitamento natural constitui-se em um modo inigualável de fornecer o alimento ideal para os lactentes, permitindo seu crescimento e desenvolvimento saudáveis.

As características bioquímicas e imunológicas de espécie-especificidade próprias do leite humano, lhe conferem uma composição ideal e incomparável a qualquer outro tipo de leite: bacteriologicamente é seguro e imunologicamente apresenta fatores de proteção e de defesa contra infecções, principalmente as gastrintestinais. O leite materno reduz o risco de enterocolite necrotizante nos recém-nascidos prematuros. As infecções respiratórias e as alergias são menores nos lactentes amamentados.

Do ponto de vista nutricional, o leite humano em quantidades adequadas, é capaz de suprir todas as necessidades alimentares da criança durante os seis primeiros meses de vida. Os benefícios psicológicos se revestem de igual importância, uma vez que através da amamentação se estabelece uma profunda relação entre binômio mãe/filho, determinada por um processo de interação e transação, proporcionados por fortes estímulos sensoriais,



auditivos, táteis, visuais e emocionais. A mesma também favorece um adequado desenvolvimento intelectual, psicossocial e a acuidade visual do lactente.

Além destes aspectos, a amamentação, como método, pode ser considerada tecnicamente natural, de fácil aprendizagem, higiênica e prática, economicamente barata e praticamente isenta de custos (Santos, 1999).

Entre estas vantagens, encontramos, ainda, na literatura, benefícios fisiológicos para a saúde da mulher que amamenta, entre as quais citamos os fenômenos regressivos do puerpério (loqueação e involução uterina) que ocorrem com maior rapidez graças ao efeito da ocitocina, que agindo sobre a musculatura do útero, previne também a atonia uterina e hemorragias no pós-parto imediato; a amamentação exclusiva garante à mãe proteção de 99% contra a gravidez durante os seis meses após o parto, enquanto a mesma se manter amenorreica e se o bebê for amamentado com frequência e sem interrupção noturna.

### **3.3.1. Promoção do aleitamento materno**

Existem dois tipos de intervenção para promover o aleitamento materno: oferta e demanda. As intervenções sobre a oferta da lactação se referem às que aumentam a disponibilidade do leite materno, ao mesmo tempo em que diminuem a disponibilidade de seus substitutos. Adotar rotinas hospitalares que favoreçam o aleitamento materno, como por exemplo, promover o contato precoce e contínuo mãe/filho, restringir o uso do leite artificial, entre outros, constituem-se em uma intervenção sobre a oferta.

As intervenções sobre a demanda são aquelas que afetam a motivação e atitude das mulheres frente ao aleitamento. Podem ser educativas, utilizando informações, motivação ou mensagem de risco.

Tendo em vista a necessidade de adotar medidas de intervenção para reverter os alarmantes índices de desmame precoce em todo o mundo, a OMS/UNICEF(1989) lançaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que consiste em uma importante campanha mundial que visa promover, proteger e apoiar o aleitamento materno mediante a adoção de *dez passos* para o sucesso do mesmo, pelas maternidades e hospitais gerais com leitos obstétricos. Esta campanha foi lançada em 1990 e vem sendo implantada com sucesso tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Atualmente, já existem, no mundo, aproximadamente 14 mil Hospitais Amigos da Criança, entre os quais 100 estão no Brasil e 5 no Estado de Santa Catarina (Santos, 1999).

### **3.3.2. Anatomia da glândula mamária**

A lactação, em sua forma mais rudimentar, constitui-se em uma função fisiológica muito antiga que tem sido identificada como uma característica única e essencial dos mamíferos. Estima-se a existência de aproximadamente 4 mil diferentes espécies de mamíferos no nosso planeta, embora este número esteja declinando consideravelmente. O ciclo reprodutivo em todos os mamíferos culmina com a lactação, inclusive no ser humano.

Para podermos compreender e manejar adequadamente o fenômeno puerperal progressivo, ou seja, a lactação, faz-se necessário conhecermos a estrutura anatômica da glândula mamária e seu funcionamento.

#### **3.3.2.1. Anatomia da glândula mamária feminina:**

Na mulher, as glândulas mamárias estão simetricamente localizadas uma de cada lado do tórax e se estendem, verticalmente, da segunda à sexta costela e, transversalmente, da margem do esterno até a linha médio axilar. São ricamente vascularizadas e nutridas por ramos perfurantes da artéria torácica interna e por diversos ramos da axilar, estando embebidas em tecido adiposo e conjuntivo. A forma, o tamanho e a consistência variam nas diferentes idades e nos diferentes indivíduos de acordo com a etnia, biotipo e o grau de adiposidade, entre outros fatores. Na mulher jovem nulípara, o corpo mamário é proeminente, coniforme, discoidal ou hemisférico, com consistência elástica firme. Torna-se gradualmente mais flácido e pendular com a idade e o número de gestações.

Morfologicamente, o corpo da mama está formado por duas porções distintas: o parênquima e o estroma mamário. O primeiro, se constitui na porção secretória e pode ser descrito como um sistema canalicular, arborescente, com forma semelhante à da couve-flor, que possui ductos, lobos, lóbulos e alvéolos. Os alvéolos têm aproximadamente 0,12 mm de diâmetro; os seios galactóforos ou ampolas, entre 5 e 8 mm. Os lobos, em número de 15 a 25, estão dispostos como raios que se abrem na papila da mama através de orifícios individuais. Os ductos possuem dilatações sobre a base do mamilo denominadas de seios galactóforos, ampolas ou reservatório, cuja finalidade consiste em depositar parte do leite que é produzido nos intervalos das mamadas. Cada lobo está subdividido entre 20 a 40 lóbulos e estes, por sua vez, em 10 a 100 ou mais ácinos ou alvéolos, que se apresentam atapetados por camadas de células produtoras de leite e estão ricamente providos de células mioepiteliais e vasos sanguíneos em sua parede.

A pele que reveste as mamas inclui os mamilos e a aréola. A mesma é macia, flexível, elástica e está aderida ao tecido subcutâneo, rico em gordura e contém glândulas sebáceas e sudoríparas apócrinas, sem particularidades especiais (Santos, 1999).

Cada mama tem na sua porção apical o mamilo, localizado no centro da aréola, que está constituído de tecido erétil, cilíndrico, dotado de grande sensibilidade, por ser ricamente enervado com terminações neuro-sensitivas e corpúsculos de Meissner. Significativamente variáveis na sua forma e tamanho, possuem papilas dérmicas altas, e fibras musculares lisas, circulares e longitudinais, o que os tornam mais rígidos e salientes, especialmente na gestação e período menstrual. Estão também muito bem providos de glândulas sebáceas e sudoríparas apócrinas. Anatomicamente podem ser classificados em três tipos:

- Mamilo normal: Apresenta-se protruso e caracteriza-se pela existência de um ângulo de mais ou menos 45° graus entre o mamilo e a aréola. É extremamente elástico e de fácil apreensão.
- Mamilo plano: Situa-se no mesmo nível que a aréola, inexistindo a presença de um ângulo entre os dois. É de tecido pouco elástico, devido à grande quantidade de aderências de tecido conetivo existente em sua superfície.
- Mamilo invertido: caracteriza-se pela inversão total do tecido epitelial, podendo ocasionar o desaparecimento completo do mamilo. Frequentemente não é de tecido elástico e é de difícil apreensão.

Ao redor do mamilo, encontramos uma área cutânea pigmentada com 2 a 4 cm de diâmetro: a aréola. Nesta área e nos mamilos, localizam-se glândulas areolares ou mamárias acessórias, responsáveis pelas proeminências modulares da superfície, que na gravidez crescem até o diâmetro de 2,5 cm e produzem secreção lipóide, cuja função consiste em lubrificar os mamilos: são os tubérculos de Montgomery.

Toda esta estrutura arquitetônica da glândula mamária está imersa em tecido conjuntivo colágeno e adiposo, constituindo-se o que denominamos de estroma, que é o responsável pela consistência característica da mama. O mesmo também inclui os vasos, os nervos e os linfáticos (Santos, 1999).

### **3.3.3. Superioridade do leite humano em relação ao leite infantil industrializado**

O leite de uma mãe é especialmente indicado para o seu filho. O leite materno protege o bebê de bactérias e vírus com os quais suas mães tiveram contato. O leite materno não é uniforme. O colostro e o leite materno são adaptados à idade gestacional e o leite maduro muda mês a mês, dia a dia, de mamada a mamada para satisfazer cada necessidade específica do bebê. Acrescentar qualquer outro alimento, inclusive água, aumenta os riscos e diminui os benefícios (OMS/UNICEF, 1993).

#### **3.3.3.1. Colostro**

Já há colostro a partir do sétimo mês de gravidez. É espesso, pegajoso e de cor clara amarelada. Contribui para a saúde do bebê como nenhum leite infantil poderia.

O colostro é perfeito como primeiro alimento para bebês, e contém mais proteína e vitamina A do que o leite materno maduro. Se o bebê consumir água ou qualquer alimento artificial, o colostro se dilui. Os rins do recém-nascido não estão preparados para receber grandes volumes de líquidos e a água adicional coloca-os sob pressão. Não é necessário oferecer água a recém-nascidos. O colostro é laxante e ajuda o bebê a eliminar o mecônio. Isso ajuda a prevenir a icterícia. As imunoglobulinas (principalmente IgA) presentes no colostro protegem o bebê contra infecções. O colostro é a primeira imunização do bebê contra muitas bactérias e vírus (OMS/UNICEF, 1993).

#### **3.3.3.2. Leite materno prematuro**

O leite de uma mãe pode ser usado mesmo antes de o bebê ser capaz de mamar. A mãe pode retirar seu leite e oferecê-lo ao bebê com uma xícara ou colher. O leite materno prematuro tem mais proteína, IgA e lactoferrina que o leite maduro, que o tornam mais adequado às necessidades de um bebê prematuro do que qualquer leite infantil industrializado (OMS/UNICEF, 1993).

#### **3.3.3.3. Leite materno maduro**

O leite materno maduro é diferente dos leites infantis industrializados. Ele muda em relação às horas do dia, à duração de uma mamada, às necessidades do bebê e a doença com as quais a mãe teve contato (OMS/UNICEF, 1993).

#### **3.3.3.4. Proteína**

O teor de proteína do leite materno é perfeito para o crescimento e desenvolvimento cerebral do bebê. A maioria das fórmulas lácteas é inferior em termos de equilíbrio protéico. O nível de proteína do leite materno não é afetado pelo consumo alimentar da mãe, a proteína do leite materno da mãe é facilmente digerida e bem absorvida. Quando o bebê consome leite de vaca, digere uma quantidade menor de sua proteína. Quando elevados níveis de produtos de decomposição aparecem no sangue do bebê, o desenvolvimento cerebral pode ser afetado (OMS/UNICEF, 1993).

#### **3.3.3.5. Gorduras**

As gorduras são a principal fonte de calorías (energia) para o bebê. O nível de gordura pode ser afetado pela dieta da mãe. A gordura do leite materno contém ácidos graxos de cadeia longa necessários para o crescimento do cérebro. O nível de gordura é baixo, no início de uma mamada – no chamado leite anterior, e é mais alto na parte posterior da mamada – no chamado leite posterior. As enzimas do leite materno pré-digerem a gordura, de modo que ela fica disponível ao bebê como energia, enquanto que os leites infantis industrializados não mudam no decorrer da mamada e não contém enzimas digestivas (OMS/UNICEF, 1993).

#### **3.3.3.6. Ferro**

O ferro presente no leite materno é bem absorvido no intestino do bebê – a uma taxa de 49%, em parte porque o leite materno oferece fatores especiais de transferência que auxiliam esse processo. A taxa de absorção do ferro presente no leite anterior de vaca é de 10% e dos leites infantis industrializados enriquecidos com ferro é de 4%. Bebês amamentados exclusivamente raramente têm anemia por deficiência de ferro nos primeiros seis a oito meses (OMS/UNICEF, 1993).

### **3.3.4. Manejo clínico da lactação**

Embora a lactação seja um processo biológico, sua prática é social, política e culturalmente determinada. O sucesso da amamentação requer preparo e conhecimento prévio sobre os aspectos anatomofisiológicos e cuidados profiláticos com a mama, tanto por parte das lactantes, como dos profissionais de saúde.

O enfermeiro, juntamente com outros profissionais da equipe interdisciplinar, exerce papel relevante no manejo e apoio clínico à amamentação nas diferentes fases do ciclo grávido-puerperal (Santos, 1999).

#### **3.3.4.1. Cuidados durante o Pós Parto Imediato (Período Hospitalar):**

Preferencialmente, a primeira mamada deve acontecer logo após o nascimento da criança, antes mesmo da dequitação ou secundamento. Quanto mais cedo após o parto acontecer a primeira mamada, maior a chance de ser bem-sucedida. Tal medida favorece não só a amamentação precoce, como também contribui para que a involução uterina ocorra mais rápida e fisiologicamente pela descarga de ocitocina que é liberada com o estímulo da sucção (OMS/UNICEF, 1993).

#### **3.3.4.2. Mamadas subseqüentes**

Após iniciada a amamentação, outros cuidados deverão ser observados para preservar a manutenção da produção láctea, tais como:

- Facilitar o alojamento conjunto permitindo que mãe e filho permaneçam juntos 24 horas por dia. Este procedimento é fundamental para o estabelecimento adequado da amamentação, uma vez que a mãe estando próxima do seu filho, pode reconhecer e satisfazer suas necessidades integralmente. O confinamento de recém-nascidos normais em berçários obstaculiza, retarda e, por vezes, impede a prática do aleitamento natural.
- Permitir que a criança sugue livremente o peito freqüentemente e sem qualquer horário fixo (demanda livre), o que garantirá que receba o benefício máximo do colostro e que a lactação se estabeleça, adequadamente (OMS/UNICEF, 1989). No início, as solicitações poderão ocorrer com maior freqüência, estabelecendo com o tempo, maior espaçamento entre uma mamada e outra. No caso do recém-nato ser de baixo peso ou sonolento, a mãe deverá estimulá-lo para a amamentação.
- Mostrar às mães a correta técnica da amamentação. É fundamental que a enfermeira observe a mamada, identificando a pega, a posição (da mãe e do bebê), como colocar e retirar o bebê do peito, entre outros aspectos, para prevenir problemas como dor, fissura, engurgitamento mamário e assim poder contribuir para o sucesso da amamentação.

- Não dar chupetas nem mamadeira aos recém-nascidos amamentados. Eles não necessitam dos mesmos, e se os utilizam, podem apresentar dificuldades para mamar.
- Mostrar as mães como iniciar e manter a amamentação mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos. As mesmas devem ser orientadas sobre a técnica e importância da extração manual do leite, para o estabelecimento e a manutenção da lactação, bem como prevenir ingurgitamento mamário.
- Por ocasião da alta hospitalar, orientar as puérperas para procurarem os serviços de apoio ao aleitamento materno, existentes na comunidade (Bancos de leite, Centros de Saúde) em caso de dúvidas e/ou dificuldades (Santos, 1999).

#### **3.3.4.3. Técnica da amamentação**

Sendo a lactação a última fase do ciclo reprodutivo dos mamíferos, deve ser tratada e encarada como um procedimento natural, simples, espontâneo e caloroso, desprovido de artificios e sofisticação. Para esta fase ser concluída com êxito, lembramos de alguns cuidados importantes, durante a amamentação. São eles:

- não usar sabonete, álcool ou água boricada na região mamilo-areolar;
- expor os mamilos às radiações solares por períodos curtos, diariamente entre 8 e 10 horas;
- lavar bem as mãos antes das mamadas;
- evitar o uso de pomadas e bicos protetores nos mamilos;
- antes de colocar a criança ao peito, verificar se a aréola está macia, apreensível e flexível;
- não praticar o aleitamento materno cruzado (Santos, 1999).

#### **3.3.4.4. Posição adequada para amamentar:**

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

Para que haja uma boa posição e uma boa pega é importante observar se:

- as roupas da mãe e do bebê estão apropriadas, sem restringir movimentos, permitindo que os dois fiquem próximos, corpo a corpo;
- a mãe está em posição confortável, ombros relaxados, não curvados para trás nem para frente e bem apoiadas;
- todo o corpo do bebê está encostado no da mãe e de frente para ela – barriga com barriga;
- o braço inferior do bebê está para trás na cintura da mãe;
- a boca do bebê está bem aberta;
- a pega é ideal quando o bebê puxa o mamilo e tecido mamário até o palato mole. A língua fica sobre a gengiva inferior, os lábios curvados para fora e o queixo contra a mama. As narinas ficam livres (Santos, 1999).

#### **3.3.4.5. Técnica para extração manual do leite**

A retirada e/ou extração do leite do peito pode ser feita com a mão ou com o auxílio de bombas (manuais e/ou elétricas).

A extração manual é a maneira menos traumatizante, menos dolorosa, mais econômica e eficaz de uma mãe retirar o leite do seu peito. Esta maneira também é mais conveniente, pois pode ser feita a qualquer hora e em qualquer lugar.

É muito importante que todos os profissionais de enfermagem saibam e todas as mães aprendam logo a extrair seu próprio leite (Santos, 1999).

#### **3.3.4.6. Quando a extração manual é indicada?**

- Mães com engurgitamento mamário (mama empedrada);
- mães de recém-nascidos prematuros e/ou de alto risco que tenham que ficar separadas dos seus filhos. Neste caso, a mãe deve iniciar a extração manual nas primeiras seis horas após o parto e manter de 7 a 8 vezes por dia, durante 20 minutos em cada mama;
- mães com mastite e/ou fissuras acompanhadas de sangramento e de dor intensa;
- mães que trabalham fora e necessitam se afastar de seus filhos;
- mães que querem doar seu leite;
- outras situações.



### 3.3.4.7. Como extrair o leite manualmente?

Em primeiro lugar é importante que a mãe se sinta tranqüila, capaz, segura e confiante.

Procedimentos:

- lavar bem as mãos com água e sabonete antes de iniciar a expressão. As unhas devem estar bem limpas e de preferência curtas;
- preparar um frasco de vidro limpo, com boca larga e com tampa plástica para armazenar o leite retirado. O frasco e a tampa devem ser cuidadosamente lavados com água fervente ou esterilizados em autoclave.;
- procurar uma posição confortável, com ombros relaxados, discretamente inclinados para a frente, trazendo o frasco bem próximo a mama;
- evitar conversas durante a extração para que o leite não seja contaminado com a saliva;
- de preferência usar máscara;
- usar luvas quando a extração for feita pelo profissional de enfermagem;
- desprezar os primeiros jatos;
- considerando a estrutura anatômica da glândula mamária e o mecanismo fisiológico da liberação do leite, deve obedecer à seguinte seqüência:
  - colocar o dedo polegar e indicador em forma de um “C” sobre a aréola, de modo que o polegar fique na parte acima do mamilo e o indicador abaixo;
  - fazer pressão para dentro, em direção ao tórax, apertando firme todos os reservatórios de leite localizados sob a aréola (em cima, embaixo e laterais);
  - o tempo para a retirada adequada do leite varia de mãe para mãe de acordo com a situação de cada uma. Pode demorar de 20 a 30 minutos, como, também mais de uma hora. A mesma deverá ser feita até que a mama fique macia, sem pontos dolorosos, em condições confortáveis para a mãe (Santos, 1999).

### 3.3.4.8. Como armazenar o leite retirado?

- O leite deve ser armazenado em frasco de vidro limpo, conforme já mencionado;

- não encher o frasco até a borda. Ele poderá estourar quando congelado pelo aumento do volume do leite;
- o frasco deverá ser identificado com o nome da mãe, a data de coleta, tipo de extração e a idade do leite (que é igual a idade do bebê);
- ao terminar a ordenha, fechar o frasco e armazenar;
- no freezer ou congelador por 21 dias;
- no freezer por 6 meses, se for pasteurizado (Santos, 1999).

### **3.3.5. Problemas mais freqüentes da amamentação**

Especialmente nos primeiros dias após o parto (do 1º ao 15º dia aproximadamente), quando o processo da amamentação e o ritmo das mamadas se apresentam ainda instáveis, surgem alguns problemas que podem ser solucionados com medidas simples. Este período requer paciência, firmeza, e acima de tudo, conhecimento da fisiologia da lactação, tanto por parte do profissional de saúde como da nutriz. Este conhecimento é uma condição essencial para que a nutriz encare o fenômeno como passageiro e persista amamentando. Vejamos os problemas mais freqüentes que podem ocorrer.

#### **3.3.5.1. Engurgitamento mamário**

O fenômeno de engurgitamento mamário ocorre pelo congestionamento venoso e linfático da mama e pela estase láctea em qualquer das porções do parênquima (lobular, lobar, ampolar ou da região glandular).

É comum sua ocorrência entre o 3º e 8º dia de puerpério devido à pressão exercida pelo leite no sistema canalicular, podendo desaparecer entre 24 a 48 horas após o seu início. A causa deste fenômeno é atribuída ao esvaziamento incompleto ou inadequado da glândula mamária determinados pela sucção deficiente ou pelo desequilíbrio entre a produção e ejeção da secreção láctea.

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

#### **3.3.5.2. Fissura mamilar**

Fissura ou rachadura mamilar consiste na ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo, provocada por inadequada apreensão (pega) no momento da sucção. Ocorre com

maior frequência nas mulheres com pele clara, idosas, primíparas e portadoras de mamilos planos ou invertidos. Podem ser circulares e verticais; as circulares ocorrem ao redor do mamilo, em forma de círculo, e as verticais na porção papilar do mamilo.

Fatores predisponentes:

- Sucção ineficiente: durante a mamada, a criança não consegue esvaziar adequadamente a mama e permanece por maior tempo sugando.
- Uso de lubrificantes: são responsáveis pela remoção das células superficiais da aréola, deixando a região susceptível a lesões.
- Uso de medicamento tópico: destrói a flora bacteriana normal e favorece o crescimento da flora bacteriana patológica. Ressecam a pele propiciando o aparecimento de fissuras e escoriações.
- Higiene excessiva: remove a ação lubrificante natural.
- Falta de preparo do mamilo no pré-natal: a falta de exercícios no período pré-natal diminui a resistência do tecido mamilar no início da lactação.

Fatores causais:

- Uso de bombas (manual e elétrica): a pressão exercida artificialmente sobre o mamilo, em especial nos primeiros dias após o parto, quando não se estabeleceu efetivo equilíbrio entre a produção e drenagem de secreção láctea, provoca estiramento da pele acompanhada de dor.
- Pega incorreta: quando a tensão interna da mama é máxima, e a estase láctea invade todo o parênquima mamário, a capacidade de apreensão do mamilo e aréola fica prejudicada pela distensão da região, ocorrendo a sucção inadequada e conseqüentemente lesão mamilar.
- Sintomas: presença de solução de continuidade em forma de fenda, com profundidade e extensão variáveis, podendo apresentar sangramento e dor localizada.

#### **3.3.5.3. Mastite Puerperal**

Consiste na infecção aguda da mama lactante, causada pela invasão do tecido mamário por microorganismos patogênicos. Ocorre com maior frequência entre o 8º e 12º dias de puerpério, sendo mais comum nas primíparas e nas mulheres com outras infecções associadas. O desmame precoce também mantém relação com a ocorrência da patologia e,

na prática, é comum observar-se maior incidência entre mulheres com mamas volumosas e com tendência à hipergalactia.

Está classificada de acordo com a localização e pode ser parenquimatosa, areolar ou intersticial. Na mastite parenquimatosa e areolar, a liberação do leite se faz com secreção purulenta pelo mamilo, sendo que na intersticial é liberada somente a secreção láctea. A mastite parenquimatosa pode ser classificada segundo a sua localização em lobular, lobar, ampolar e glandular.

Etiologia: o agente infeccioso mais comum é o *Staphylococcus aureus*, e as formas de acesso variam, podendo ser as mãos da própria mãe ou pessoal que lhe presta assistência, da nasofaringe do bebê onde penetram através de canalículos que passam a ser patológicas quando lesionados, ou por disseminação hematogênica.

Entre os fatores que predis põem a mastite estão a má drenagem do leite, (obstrução dos canais), a presença de um germe e a diminuição da defesa materna como aquela causada por tensão ou fadiga, e as massagens incorretas.

Sintomas: presença de edema, calor, rubor, tumoração com turgência podendo ser localizados, loco-regionalizados ou generalizados (intersticial) de acordo com a localização da mastite. A lactante apresenta calafrios e temperatura de 39° e 40° e queixa-se de mal estar geral (cefaléia, inapetência e às vezes náuseas e vômitos) (Santos, 1999).

### 3.4. ALOJAMENTO CONJUNTO

*“Separar por ocasião do nascimento, aqueles que durante nove meses permanecem intimamente unidos, é roubar-lhes a oportunidade de se conhecerem, de se amarem; é punir a criança inocente; é negar seu espaço afetivo; é desesperá-la hoje e torná-la insegura para o amanhã; é desmorrionar a humanidade em desenvolvimento”*  
(Campestrini)

A expressão Alojamento Conjunto (AC), traduzida do inglês “rooming-in”, é uma forma de organização da assistência hospitalar, em que o recém-nascido (RN) permanece ao lado de sua mãe desde o momento do parto até a alta da instituição, possibilitando no mesmo espaço físico a prestação de todos os cuidados assistenciais no pós-parto imediato e de orientação à mãe sobre sua saúde e a de seu filho.

Embora seja possível encontrar na literatura diferentes classificações, tipos e modelos deste sistema, no Brasil não é considerado alojamento conjunto a colocação do RN junto a mãe de forma descontínua. Mesmo assim, este sistema não se constitui apenas na colocação de um berço ao lado da mãe de forma contínua. Critérios para sua implantação devem ser observados, e sua filosofia compreendida, para não ocorrerem distorções no seu funcionamento. Neste sentido, normas básicas para sua implantação em caráter obrigatório nas maternidades de nosso país, foram publicadas pela primeira vez em 1983, através de uma portaria, sendo a mesma revisada e republicada em 1993. As normas incluem, além da definição do sistema já mencionado, suas vantagens, população a ser atendida, recursos para sua implantação, avaliação e normas gerais (Santos, 1999).

### **3.4.1. Vantagens**

#### **a) Para a mãe:**

- favorece o fortalecimento dos laços afetivos entre mãe e filho através do contato precoce e contínuo;
- permite que a mãe observe constantemente seu filho, o que faz conhecê-lo melhor e comunicar qualquer anormalidade observada;
- facilita o contato da mãe com o neonatologista por ocasião da visita médica ao RN, possibilitando troca de informações entre ambos;
- estimula e motiva o aleitamento materno de acordo com as necessidades do bebê, sem horários fixos, tornando a amamentação mais natural e fisiológica;
- permite que a mãe receba instruções dos profissionais de saúde sobre os cuidados consigo mesma e com o bebê;
- previne, através da amamentação precoce e contínua, as atonias e hemorragias pós-parto;
- capacita a mãe (o pai e familiares) a atender e cuidar do filho desde as primeiras horas de vida, fortalecendo sua auto-confiança;
- permite a troca de experiências e um intercâmbio de informações com outras mães;
- proporciona satisfação, tranquilidade, segurança e diminuição da depressão pós-parto.

**b) Para o Recém Nascido:**

- ajuda-o a se adaptar ao novo meio ambiente não estéril, favorecendo a colonização de sua pele e trato gastrointestinal com microorganismos da mãe;
- permite o atendimento de suas necessidades integrais;
- fortalece o vínculo afetivo com a mãe;
- favorece a precocidade, intensidade, assiduidade da amamentação materna e sua manutenção por maior tempo e com exclusividade;
- diminui a morbi-mortalidade neonatal por infecções;
- diminui o risco de infecção cruzada entre os recém-nascidos;
- diminui a incidência de abandono de crianças;
- diminui o “choro por angústia da separação da mãe”;
- diminui a incidência da desnutrição do lactente;
- diminui a incidência da diarreia .

**c) Para o pai e familiares:**

- reforça a unidade familiar;
- permite o aprendizado das necessidades e cuidados com o binômio mãe-filho;
- contribui para maior participação do pai e familiares no processo de cuidar do binômio mãe-filho;
- mantém intercâmbio biopsicosocial entre a mãe, a criança e os demais membros da família;
- possibilita a compreensão do papel da equipe de saúde .

**d) Para a Equipe de Saúde:**

- favorece a integração da equipe interdisciplinar;
- contribui para o atendimento integral do binômio mãe-filho;
- oferece condições à equipe de enfermagem de promover treinamento materno, através de demonstrações práticas dos cuidados com os recém-nascidos e puerpério .

**e) Para a Unidade Hospitalar:**

- diminui o risco de infecção hospitalar;
- possibilita melhor utilização das unidades de risco;

- reduz a incidência de abandono;
- humaniza a assistência;
- melhora o desempenho social da instituição;
- diminui a permanência hospitalar;
- diminui os custos hospitalares;
- melhora a integração da equipe perinatal (Santos, 1999).

### **3.4.2. População a ser atendida**

Tendo em vista as inúmeras vantagens do sistema Alojamento Conjunto já descritas, deve-se fazer todo esforço no sentido de promovê-lo. Salvo com raras exceções decorrentes de complicações maternas e neonatais, o mesmo está indicado para atender a seguinte população:

1. Puérperas que apresentem boas condições gerais (físicas e mentais), sem intercorrências clínicas, complicações do parto ou patologias puerperais que impossibilitem ou contra indiquem o contato com o recém-nascido como: partos difíceis, eclâmpsia, hemorragia, abdome agudo, doenças infecto-contagiosas e psiquiátricas .

2. Recém-nascidos com boas condições de vitalidade, capacidade de sucção, e sem intercorrências que exijam atenção mais rigorosa. Inclui-se nestes critérios:

- recém-nascidos a termo, adequados para a idade gestacional (AIG) com Apgar igual ou maior que 7 aos 5 minutos de vida;
- recém-nascidos de parto normal, cesariana ou fórcepe, que não sofreram tocotraumatismos importantes e cuja gestação tenha ocorrido de modo fisiológico;
- recém-nascidos a termo pequenos para idade gestacional (PIG) ou grandes para a idade gestacional (GIG) que não sejam extremos, após aferição de níveis normais de glicose;
- recém-nascidos de mães RH negativo não sensibilizadas (Santos, 1999).

### **3.4.3. Recursos para sua implantação**

#### **a) Recursos humanos**

De acordo com as Normas Básicas para Alojamento Conjunto no Brasil (1993), as unidades hospitalares devem manter uma equipe mínima de pessoal. Esta equipe devidamente capacitada deverá ter:

- 1 Enfermeira para cada 30 binômios;
- 1 Auxiliar de Enfermagem ou Técnico de Enfermagem para cada 8 binômios;
- 1 Obstetra para cada 20 mães;
- 1 Pediatra para cada 20 crianças;
- Outros profissionais poderão ser envolvidos segundo a disponibilidade e filosofia do serviço.

#### **b) Recursos de Área Física**

Accepta-se a área mínima de 5 m<sup>2</sup> para cada conjunto leito materno/berço, seja para quarto ou enfermaria. Entretanto, os hospitais já em funcionamento, que queiram implantar o sistema alojamento conjunto, poderão fazê-lo sem que a falta desta área se constitua em fator impeditivo para sua implantação.

O berço deve ficar com separação mínima de 2m do outro berço, e o número de duplas mãe/filho não deverá exceder a 6.

#### **c) Recursos Materiais**

**Permanentes:** incluem todos aqueles necessários para uma unidade de internação (quarto/enfermaria) como: cama, berço, escada com dois degraus, mesa de cabeceira, mesa de refeições, balança móvel, hamper, bacias, bandejas e aparelho de fototerapia, entre outros.

**Consumo:** roupa de cama para a mãe e para o bebê, material para higiene, que deverá ser de uso individual, estétoscópio, esfigmomanômetro, termômetro, impressos, prontuários, etc.

**Instalações:** recomenda-se, para melhor segurança e garantia de qualidade e livre de riscos, a instalação de rede canalizada de oxigênio e ar comprimido.

Dependendo das características climáticas do local da instituição, sugere-se a utilização de aquecedores de meio ambiente e aparelho de ar condicionado nas Unidades de Alojamento Conjunto (Santos, 1999).



### 3.5. A FAMÍLIA

*“...para compartilhar e apreender amar...” (Anônimo)*

“Era uma vez um homem e uma mulher, que desde crianças foram fabricados e modelados por uma cultura, segundo um modelo estereotipado, rígido, cujos papéis masculino e feminino eram bem distintos. Desse modo, o filho já era sexualizado na fantasia dos pais, quer no sonho de infância de ser mãe, no sonho reprimido de ser pai, ou no sonho idealizado de ser família” (Ávila p.3, 1998).

Segundo Boehs (1990), a palavra família nos leva a pensar em algo conhecido, algo comum, pois todos têm, de alguma forma, uma experiência de família. Para Prado (1985) a família não é um simples fenômeno natural, ela é uma instituição social variando através da história e apresentando até formas e finalidades diversas numa época e lugar, conforme o grupo social que esteja sendo observado.

Tão difícil quanto dizer o que seria família é falar sobre a forma da família e seus integrantes (Boehs, 1990). Linton (1976) refere que as famílias variam amplamente tanto na forma quanto no conteúdo, parece que o traço mais constante em conexão com estas unidades são as atividades gerais impostas a seus membros. Há diferença tanto em relação às pessoas que as constituem, quanto em relação às suas funções nas várias sociedades, que somos forçados a concluir que estes traços são determinados por fatores culturais.

Segundo Leonard (1989) as variações ocorrem de acordo com a forma de estruturação familiar que “é moldado pela ligação matrimonial, que, por sua vez, é determinada pela cultura com suas tradições e valores e pelo momento histórico”. Assim para este autor: a família pode ser nuclear, composta por um marido, sua esposa e seus filhos, sendo baseada em uma união marital monogâmica; a família pode ser de base poligâmica, formada por vários maridos e/ou esposas e seus filhos, que se derivam de um dos três tipos de ligação poligâmica existente (um marido com várias esposas, a poligamia; uma esposa com vários maridos, a poliandria, e muitas esposas para muitos maridos, o casamento grupal). Os estudos mostraram que 75% das uniões matrimoniais no mundo são poligâmicas, enquanto 24% são monogâmicas e 1% é do tipo poliandria. Outro tipo de família, segundo o autor é a família estendida, extensa ou ramificada, sendo aquela,

nuclear ou poligâmica, que se estende incluindo a geração paterna, e algumas vezes, parentes como tios e tias.

Fazendo uma ampliação, Prado (1985) além de referir-se às famílias do tipo nuclear, extensa, coloca também outros tipos. Para a autora, há a família natural ou incompleta, ou seja, aquela formada por uma mãe com filhos sem a designação de um pai. Tem-se ainda as famílias alternativas como por exemplo, as comunidades que, segundo a autora, representam uma tentativa de resolver os problemas enfrentados pela família nuclear, como por exemplo, o isolamento. Nestes grupos, pode existir tanto uma origem mística ou religiosa, como motivações políticas ou ideológicas.

Segundo Prado (1985) as funções de cada família dependem em grande parte da faixa que cada uma delas ocupa na organização social e na economia do país ao qual pertence. Toda e qualquer família exerce sempre inúmeras funções, sendo que algumas recebem apoio e interferência de instituições sociais, enquanto outras funções elas assumem com exclusividade. Por exemplo, a socialização das crianças é dividida pela família e pelas instituições educacionais. Entre as inúmeras funções da família que correspondem a uma expectativa social, temos, por exemplo: a função de identificação social dos indivíduos, as de reprodução, as de produção de bens (alimentação, vestuário, brinquedos, remédios, etc.) e de consumo destas.

É preciso reconhecer no entanto, que a família parece-nos uma instituição bem mais estável do que muitas outras, não evolui no mesmo ritmo, e a mudança é muito mais lenta em suas formas. A evolução não pode, sociologicamente, ser evitada, mas os atores sociais podem orientá-la. Nesse caso, os homens e as mulheres poderiam tentar satisfazer da melhor forma, em novos modelos familiares, suas permanentes necessidades de afeto, de comunicação e união entre os sexos e as gerações.

“Quando nasce um bebê, não nasce apenas uma criança, nasce também a possibilidade de ser mãe, pai, irmão, avô....enfim uma família” (Vasconcelos, 1998, p.42).

### **3.6. VÍNCULO AFETIVO ENTRE PAIS-FILHO**

O processo de paternidade baseia-se em uma relação mútua entre o pai / mãe e neonato. Embora as palavras “ligação” e “vínculo” sejam algumas vezes referidas como fenômenos separados, com ligação representando o desenvolvimento de laços emocionais do pai com o neonato e vínculo representando os laços emocionais do neonato com os pais,

nesta discussão, as palavras são empregadas no mesmo sentido de denotar ambos processos (Whaley, 1997).

À medida que mais se aprende a respeito da complexidade dos neonatos sobre seu potencial para influenciar e dar formato aos seus ambientes, e principalmente suas interações com outras pessoas importantes, fica evidente que a promoção de relacionamentos positivos entre pai e filho, requer a compreensão dos fatores envolvidos na identificação das etapas de comportamento no vínculo. Variáveis estas, que estimulam ou comprometem este processo, bem como os métodos de ensinar aos pais como desenvolverem uma relação mais forte com seus filhos, especialmente reconhecendo os problemas em potencial.

### **3.6.1. Vínculo Materno**

*“As mulheres são biologicamente construídas de forma a poder carregar, gerar e alimentar uma criança”*

*(M.R. Gallabach)*

A mãe, demonstram um padrão previsível e ordenado de comportamento durante o desenvolvimento do processo de ligação. Quando as mães são apresentadas a seus filhos, elas começam a examinar o neonato com as pontas dos dedos, concentrando-se em tocar os membros e, em seguida, prosseguindo para massagear e envolver o tronco com suas mãos. Assumir a posição face a face, na qual os olhos da mãe e do recém-nascido entram em contato visual no mesmo plano vertical, é significativo na formação dos laços afetivos.

Certamente deve ser ressaltado que, embora a ligação inicial seja possível, ela não representa um fenômeno de “tudo ou nada”. Durante todo o ciclo da vida, haverá múltiplas oportunidades para o desenvolvimento da ligação pais-filho. O vínculo é um processo complexo que se desenvolve gradativamente e que é influenciado por inúmeros fatores, um dos quais é o tipo de contato inicial entre o recém-nascido e seus pais.

Outro componente importante da ligação materna bem-sucedida é o conceito da reciprocidade. Conforme a mãe responde a criança, o neonato deve responder a ela por meio de algum sinal, como por sucção, arrulho, contato visual, preensão ou modelagem (adaptando-se ao corpo do outro durante o contato físico próximo). A primeira etapa é a iniciação, na qual a interação entre o neonato e os pais tem início. Em seguida, vem a orientação, que estabelece as expectativas das partes entre si durante a interação. Após a

orientação, vem a aceleração do ciclo de atenção até um máximo de excitação. A criança alcança objetos e balbucia, os braços contraem-se para frente, a cabeça move-se para trás, os olhos dilatam-se e a face brilha. Depois de um curto período a desaceleração da excitação e a mudança ocorrem, na qual os olhos da criança desviam-se da mãe e a criança segura sua própria camisa. Durante este ciclo de desatenção, as repetidas tentativas verbais ou visuais para retomar a atenção da criança são ineficazes. Esta desaceleração e mudança provavelmente impedem que a criança fique exaurida por estímulos excessivos. Em uma boa interação, ambas as partes sincronizam seus ciclos de atenção e desatenção. Os pais ou outros cuidadores que não permitem que a criança passe pela mudança e que tentam continuamente manter o contato visual, encorajam a criança a desligar seu ciclo de atenção e, assim prolongar a fase de desatenção.

Reconhecer os ciclos de atenção/desatenção e compreender que o último não constitui uma rejeição aos pais, ajuda a estes, para que desenvolvam a competência quanto à paternidade/maternidade (Whaley, 1997).

### **3.6.2. Papel do Pai**

*“Constatamos que o homem atual está procurando definir melhor o seu papel, redefinir sua identidade, reformular valores e direcionar seus afetos para caminhos menos frustrantes” (Décio Noronha)*

Os pais também mostram comportamentos de ligação específicos em relação ao recém-nascido. Este processo de absorção de paternidade, formando um sentido de absorção, preocupação e interesse pelo neonato, inclui:

- a consciência visual do recém-nascido, focalizando-se especialmente sobre a beleza da criança;
- a consciência tátil, freqüentemente expressa no desejo de segurar a criança;
- a consciência de características distintas, com ênfase sobre aqueles aspectos do recém-nascido que se assemelham ao pai;
- percepção do neonato como perfeito;
- desenvolvimento de um forte sentimento de atração pela criança, que leva a um intenso enfoque de atenção na criança;
- experimentação de um sentimento de alegria extrema; e

- sensação de um sentimento de profunda auto-estima e satisfação.

Estas respostas são maiores durante os contatos iniciais com o neonato e são intensificadas pela atividade reflexa normal deste, especialmente pelo reflexo de preensão e pelo alerta visual. Além das reações comportamentais, os pais também demonstram respostas fisiológicas, como uma frequência cardíaca aumentada e aumento da pressão arterial durante as interações com seus recém-nascidos.

As mães também precisam estar cientes das respostas dos pais em relação ao neonato, já que uma das conseqüências da preocupação paterna com o neonato é uma atenção menor para com a mãe. Quando ambos os pais são capazes de compartilhar seus sentimentos, cada um pode apreciar o processo de ligação em relação a criança e evitará o conflito infeliz de ser insensível e não-ciente das necessidades do outro. Além disto, um pai que é encorajado a estabelecer uma relação com seu recém-nascido menos provavelmente se sentirá excluído e abandonado quando a família retornar ao lar, e a mãe dirigir sua atenção no sentido de cuidar do neonato (Whaley, 1997).

Ao pesquisar sobre o modo como foi e é exercido o papel do pai nas diferentes formas de família, cai-se no vazio. Os dados relatados e descrições, são escassos e quase sempre, o foco é o grupo social mais amplo ou familiar, e não específico em relação a paternidade.

Além disso, a literatura e as publicações em geral são pródigas ao privilegiar a descrição do exercício da maternidade, da relação mãe-filho/filha, suas distorções, perturbações, características e peculiaridades. Quanto ao exercício da paternidade, este parece constituir uma porção insignificante no processo de criação das crianças, dada a lacuna sob a qual se acha escondido (Cunha, 1991).

A nossa história mostra que, até cerca de 5.000 anos antes da Era cristã proliferavam na Europa civilizações com características sócio-culturais bastante diferentes da nossa.

A diferença era que a propriedade da terra se igualava a todos e nas relações humanas prevalecia o princípio da parceria que valorizava igualmente o método masculino e feminino. Verificava-se, uma união de forças masculina e feminina.

Neste contexto, a maternidade e a paternidade tinham a sua importância pela proliferação da espécie. Por observar que era do corpo da mulher que saía o novo ser, a figura feminina era valorizada como uma divindade, entretanto masculino e feminino funcionavam em parceria na preservação social. Com a invasão de tribos bárbaras a essas civilizações, o sistema social do ocidente modificou, adquirindo características

androcáticas (homem-poder). A propriedade que era pública, passa a ser privada, passou-se a defender a posse, a herança. A partir deste momento o corpo da mulher “que gerava herdeiros” passa a ser importante interesse de poder (Cunha,1991).

Tentamos então resgatar na literatura o novo paradigma da paternidade que traz o homem-pai não como um dos atores secundários, e sim como protagonista no processo do nascimento.

Badinter (1985) constata que o *novo pai*, procura alcançar uma ruptura com o modelo que viveu na sua infância e deseja reformular o comportamento do seu próprio pai, o qual considera *frio e distante*. Esses pais, que participam ativamente do cuidado e da educação dos seu filhos/filhas, consideram-se mais felizes e realizados na sua paternidade do que os pais pouco envolvidos.

A interação pai-filho/filha acontece independente da classe econômica, e o contato desde o início da vida da criança pode ser importante para o desenvolvimento dos laços entre ambos.

Os novos pais já se mostram capazes de partilhar, verdadeira e profundamente, as tarefas extenuantes, as responsabilidades (materiais e morais) de educar os filhos e organizar a casa. No entanto, a paternidade continua sempre desvalorizada como elemento de formação do núcleo familiar. Prova disso é que o pai muitas vezes é proibido de participar do parto, com a alegação de que isso “é coisa de mulher.” No entanto, já houve algum reconhecimento : 5 dias, garantidos por lei, para o pai “ficar em casa”. Este tempo é suficiente apenas para resolver a burocracia da maternidade e registrar a criança, não para participar de fato dos primeiros momentos desse novo ser, especial para o pai. O que não se pode mais negar é a importância da figura paterna na relação familiar e na construção da identidade dos filhos.

“A maternidade é um fato; a paternidade, uma possibilidade. A mulher engravida no útero; o homem no coração. Amor de pai se assemelha ao amor de mãe adotiva. O amor de pai é o amor do crédito, da crença e da doação” (Vasconcelos, 1998, p. 114-115).

### 3.7. HUMANIZAÇÃO

*“(...) a habilidade em lidar com o semelhante é produto de longa vivência, amplo e diversificado estudo e principalmente uma grande e profunda compreensão de si mesmo ” (Heloísa Dos Reis Zubaran)*

O ser humano não pode perder o contato com suas raízes culturais e filogenéticas, sendo que o processo de desumanização e alienação seria a separação destas raízes.

A desumanização implica na fragmentação do homem. A mais ameaçadora de todas as fragmentações é a divisão do homem em corpo, emoção, razão e intuição, pois ela impede o homem de raciocinar com o coração e de sentir com o cérebro.

Humanizar pressupõe o desenvolvimento de algumas características essenciais ao ser humano entre elas as que se fazem urgentes e necessárias em todos os aspectos: a sensibilidade, o respeito e a solidariedade. Na sociedade contemporânea, de rápidas mudanças, parece que as pessoas estão perdendo as características humanas. A comunicação interpessoal tem se tornado cada vez mais reduzida e as informações são transmitidas pelo computador. A sociedade destrói ainda mais rapidamente o próprio ser humano ao automatizá-lo. A enfermagem não está excluída deste processo. Como busca esta humanização ? Watson citada por George (1993), afirma que somente através do desenvolvimento dos próprios sentimentos que alguém pode realmente e de modo sensível interagir com os outros.

Segundo Ávila (1998), o útero grávido não bate à porta pedindo ajuda. Atrás de cada útero grávido existem pessoas, uma mulher inteira, um homem inteiro e toda uma família inteira grávida, envolvida na gestação do novo membro que vai chegar. Esses indivíduos funcionam sob os seus diversos aspectos interligados, orgânicos, físicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos, etc.

É preciso que o profissional de saúde dê atenção não só à mulher no período de gestação e puerpério, mas a toda a família; mesmo que ela não acompanhe a mulher, estará recebendo e exercendo influências sobre a mesma. Cada ser da família revive sentimentos antigos, relacionamentos de infância, da adolescência, relacionados às suas experiências passadas de uma gravidez, parto, puerpério, etc.

É necessário que o profissional atenda não só o útero da mulher enquanto grávida, e no período do puerpério, mas a mulher com suas características pessoais e sentimentos próprios.

Ao separar os problemas e questões das gestantes em orgânicos e emocionais, o profissional trabalha de maneira mais comodamente, mas de forma descontextualizada. Ademais, uma assistência que vise à saúde integral na gravidez trata de promover não só o bem estar físico dos pais e filhos, mas também a saúde emocional, tratando sintomas, relacionando-os com suas causas e a história de vida dessas pessoas.

Os fatores que contaminam e dificultam um atendimento humanizado pelo profissional são vários e conhecidos: o tempo curto da consulta, o grande volume de atendimento, o rodízio de plantões que impede o estabelecimento de um vínculo com as pessoas atendidas, a baixa remuneração, A própria instituição, ou o serviço público, na maioria das vezes não trata o profissional de forma humanizada.

Para que o profissional consiga prestar uma assistência humanizada às gestantes e puérperas, é preciso que saiba aceitar, reconhecer expressões e compreender seus próprios sentimentos.

Humanizar é tornar humano; dar condições humanas, de acordo com suas conceituações. Porém no Brasil atual, este conceito ainda não se encontra totalmente incorporado, mesmo no caso das profissões que devem ser mais humanas dentre todas: as que visam a saúde humana.

O que levou a este quadro são inúmeras causas desde as condições técnicas até a formação do profissional nas cadeiras acadêmicas.

Atualmente observa-se uma nuvem humanística em formação, pairando sobre estes profissionais. Em certas regiões, esta nuvem já começou a fornecer chuva e em outras uma fina garoa. Entretanto o que se pretende é que esta nuvem cresça e cada vez mais esta chuva alcance todos os cuidadores da saúde humana (O Povo, 31/10/2000).

Nesta nuvem carregada pelo processo de humanizar é que podemos observar pessoas que de certo modo contribuíram para este processo. Pioneiro na medicina comunitária e defensor da socialização da medicina, em virtude da sua preocupação com as condições das populações carentes José Galba de Araújo, dizia: “para atender as populações pobres é necessário criar sistemas mais simples”. Uma de suas grandes preocupações era levar às zonas rurais as noções básicas e elementares sobre parto natural, defendia o parto vertical e programas de aleitamento materno. Seu projeto de medicina social consistia em fazer o povo conhecer e saber que a medicina existia e deveria estar ao alcance de todos.



Dr. Galba como era chamado, era titular da cadeira de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará e fundador da Maternidade – Escola Assis Chateaubriand, onde punha na prática sua convicção mais arraigada: que o parto pode ser uma experiência de calma, segurança e até mesmo de auto-realização. Através da transmissão de seus ensinamentos e práticas, as parturientes eram tratadas carinhosamente pelas parteiras e membros de suas comunidades, nas Casas de Parto.

Foi em reconhecimento ao pioneirismo e dedicação ao retorno da mulher ao parto natural, à importância do aleitamento materno e à assistência materno-infantil de Dr. Galba, que a organização Mundial da Saúde realizou em Fortaleza em abril de 1985, uma reunião internacional, com o tema Tecnologias Apropriadas ao Parto. Dr. Galba defendia ainda a idéia de introduzir recursos menos sofisticados ao parto natural em um trabalho de atenção primária de saúde, ficando o hospital apenas como referência no caso de complicações. Uma de suas metas era resgatar a atuação das parteiras, para as quais promovia programas de reciclagem. O alcance maior de suas bandeiras era incentivar as comunidades a promoverem as próprias condições de saúde, oferecendo-lhes tecnologia, ajuda e assistência, sem ser paternalista.

Baseando-se que o corpo da mulher é preparado pela natureza para a procriação, desaconselhava a cesariana, por ser um ato cirúrgico, que resulta num útero lesado pelo resto da vida, além do risco da anestesia para mãe e filho. Instalou o uso da mesa-cadeira de parto, que permite o parto na posição vertical.

Além de seu trabalho de humanização do parto, ele visava igualmente humanizar os hospitais, criando um ambiente de confiança para as parturientes para evitar que sentissem tantas agressões.

Em 1973, deu início ao programa de atendimento primário de saúde em áreas rurais, com o programa de utilização dos recursos humanos existentes nas zonas rurais, as parteiras empíricas, respeitando profundamente a tradição e valores culturais da população rural (O Povo, 31/10/2000).

O pioneirismo do trabalho do Dr. Galba, enaltecido pela OMS, ganhou também reconhecimento nacional. O Ministério da Saúde instituiu um Prêmio Galba Araújo, que reconhece os estabelecimentos de saúde integrados à rede SUS que desenvolvem ações de atendimento à gestante e ao bebê e estimulam o parto normal com alojamento conjunto e aleitamento materno. Em Santa Catarina, a Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina que vem abraçando e valorizando o cuidado humanizado para as famílias atendidas, já recebeu este prêmio.

## **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

*“Ser humanista não é caminhar em direção ao outro, mas sim caminhar junto com o outro”  
(Oliveira)*

### **4.1. Marco Conceitual**

O marco conceitual é uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre vários conceitos que o compõe. Serve para direcionar ou guiar o cuidado de enfermagem. No campo da prática assistencial de enfermagem, o marco conceitual deve permear todos os momentos desta prática atuando como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o cliente, além de proporcionar uma organização para a reflexão e interpretação do que está sendo vivenciado (Nitschke apud Monticelli, 1994).

Escolhemos trabalhar com a Teoria do Cuidado Transcultural: Diversidade e Universalidade de Madeleine Leininger por acreditarmos no cuidado como essência da enfermagem, e por esta teoria considerar o cuidado em diferentes culturas. Consideramos que o conhecimento do cuidado pelas perspectivas culturais dos clientes é essencial para prestar um cuidado significativo.

## 4.2. Síntese da Teoria

### **Teoria da Universalidade e Diversidade Transcultural de Madeleine Leininger.**

Madeleine Leininger é uma teórica norte-americana, graduada em Enfermagem no ano de 1948, em Denver. Tornou-se bacharel em Ciências em 1950 e em 1965 concluiu o curso de Doutorado em Antropologia (sendo a primeira enfermeira a se doutorar em Antropologia).

Durante os anos 50, Leininger trabalhou em um lar para orientação de crianças e pais, na especialidade de Enfermagem Clínica. No decorrer da realização desse trabalho, Leininger percebeu que as crianças apresentavam algumas diferenças nas suas características comportamentais, atribuindo essas diferenças a um fundo de base cultural. Percebeu então, que a Enfermagem não possuía conhecimentos suficientes, a respeito da cultura destas crianças, para, assim, poder compreendê-las melhor e desenvolver, de acordo com as suas culturas, as práticas de cuidados de Enfermagem diversificadas, significativas e eficazes, passando a se dedicar à Enfermagem transcultural, como sub-área da Enfermagem.

Nos anos 60, Leininger começou a relacionar enfermagem e antropologia e o que as enfermeiras poderiam aprender sobre o cuidado humanizado, saúde e doença, observando se elas compreendiam as diferenças e semelhanças entre as culturas. Leininger viajou para Nova Guiné e, durante sua viagem, percebeu diferenças na forma em que o cuidado era expresso e conhecido em outras culturas. Desse modo, surge a necessidade de documentar e explicar a diversidade e universalidade do cuidado cultural (Leininger, 1985).

Em 1966 promoveu o seu primeiro curso sobre Enfermagem transcultural. Em 1978 publicou seu primeiro livro “Transcultural Nursing”. Em 1979 definiu etnoenfermagem como “o estudo de crenças, valores e práticas de cuidados de Enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura, através de sua experiência direta, crenças e sistema de valores” (George, 1993). Em 1985 apresentou seu trabalho como teoria e participou em Florianópolis do primeiro Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem. Em 1988 apresentou seus pressupostos e definiu alguns conceitos, sendo estes ainda provisórios. Em 1995 publicou seu livro “Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practice”.

George (1993) refere que Leininger constituiu sua teoria com base na premissa de que os povos de cada cultura não apenas são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais eles experimentam e percebem seu cuidado de enfermagem, mas também são capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde. Com base em tal premissa, o cuidado de Enfermagem deriva-se do contexto cultural, no qual ele deve ser propiciado e desenvolve-se a partir dele.

Leininger oferece definições para os conceitos de cultura, valor cultural, diversidade cultural de cuidado, visão de mundo, estrutura social, contexto ambiental, sistema popular de saúde, saúde, sistema profissional de saúde, cuidar/cuidado, preservação cultural de cuidado, acomodação cultural de cuidado e repadronização cultural do cuidado.

Além das definições, ela apresenta pressupostos que dão novo apoio à sua previsão “de que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo” (George, 1993).

Leininger não aponta uma metodologia para executar o processo de Enfermagem, porém o modelo sol nascente serve de guia para o planejamento e a intervenção da Enfermagem e oferece instrumentos teóricos para a adaptação do objeto de trabalho, (ANEXO 01).

Este modelo, pode ser entendido como tendo quatro níveis, sendo o primeiro deles o mais abstrato e o quarto, o menos abstrato. Os níveis de um a três oferecem a base necessária de conhecimento para o planejamento e a execução de cuidado cultural coerente. O nível um é a visão de mundo e o nível do sistema social que direciona o estudo das percepções do mundo para fora da cultura – o supra sistema, em termos de sistema geral. Leininger afirma que este nível leva ao estudo da natureza, do significado e dos atributos do cuidado, a partir de três perspectivas. Os valores e a estrutura social podem ser uma parte de cada uma das perspectivas. A microperspectiva estuda os indivíduos numa cultura; sendo que esses estudos seriam, caracteristicamente, em escala menor; já a perspectiva intermediária focaliza fatores mais complexos, numa cultura específica; esses estudos ocorrem numa escala maior do que os microestudos. Os macroestudos investigam fenômenos em várias culturas e são amplos em cada escala.

O nível dois oferece conhecimento sobre os indivíduos, famílias, grupos e instituições, em vários sistemas de saúde. Esse nível propicia significados e expressões culturalmente específicos, em relação ao cuidado e à saúde. O nível três focaliza o sistema

popular, o sistema profissional e a enfermagem. As informações do nível três incluem as características de cada sistema, bem como os aspectos específicos do cuidado de cada um. Essa informação possibilita a identificação de semelhanças e diferenças, ou diversidade cultural de cuidado e universalidade cultural de cuidado.

O nível quatro é o nível das decisões e ações de cuidado em enfermagem, e envolve a preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/reestruturação cultural do cuidado. É nesse nível que ocorre o cuidado de enfermagem. No modelo Sunrise, é no nível quatro que é desenvolvido cuidado coerente. Esse cuidado é coerente com os membros da cultura e avaliado por eles.

O conhecimento de tudo isso proporciona a base aos três modos de decisões e ações de cuidado em enfermagem. *Preservação cultural de cuidado* é também conhecida como manutenção, e inclui aquelas “ações e decisões profissionais de auxílio, apoio e capacitação que ajudam os clientes de determinada cultura a preservar ou manter um estado de saúde, ou restabelecer-se de uma doença e enfrentar a morte.” *Acomodação cultural do cuidado*, também conhecida como negociação, inclui aquelas “ações e decisões profissionais de auxílio, apoio ou de capacitação que ajudam os clientes de determinada cultura a adaptar-se a um estado satisfatório ou benéfico de saúde, ou negociar para tal, ou a enfrentar a morte.” *Repadronização cultural do cuidado*, ou reestruturação, inclui “aquelas ações e decisões profissionais de auxílio, apoio ou capacitação que ajudam os clientes a modificar suas formas de vida, na busca de padrões novos ou diferentes, quer sejam culturalmente significativos e satisfatórios, ou que dêem apoio a padrões de vida benéficos ou saudáveis”(George, 1993).

#### **4.3. O referencial e suas aplicações em Enfermagem**

A teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural vem sendo amplamente utilizada nas dissertações e teses de Enfermagem devido à sua aplicabilidade no nosso cotidiano, haja vista os trabalhos de Monticelli (1993), Boehs(1990) e Patrício(1990).

Monticelli(1993), relata a elaboração, a implementação e a avaliação de um marco conceitual de abordagem cultural para assistir mulheres e recém-nascidos que estavam vivenciando o processo de nascimento. A elaboração do marco conceitual, fundamentou-se

na perspectiva do nascimento como um rito de passagem e foi desenvolvido para dar direção ao “Processo de Caminhar Junto”. Nesta perspectiva, a enfermeira atua buscando a constante ação/reflexão com os co-participantes do estudo para obter ritos, e cuidado que contribuam para o processo de viver saudável.

O marco foi desenvolvido com a intenção de orientar a assistência de Enfermagem no “Processo de Caminhar Junto” com as mulheres e crianças recém-nascidas, cuja conceito base é a CULTURA (onde são desenvolvidos os ritos de passagem) e cujo instrumento básico é a INTERAÇÃO.

Já Boehs (1990) elaborou o seu marco conceitual para ser aplicado no cuidado ao recém nascido de mães primíparas e a outros membros da família nesta fase de expansão.

Utilizou também com maior ênfase, as idéias da teoria da universalidade e diversidade de Leininger principalmente no que se refere ao cuidado efetuado pelo sistema profissional de saúde e o cuidado de origem popular ou profissional efetuado na família. Esta teoria foi utilizada para compreender a família dentro de um espaço temporal e dinâmico.

Em seu trabalho, Patrício (1990) descreve e analisa uma prática de enfermagem com famílias de adolescentes grávidas solteiras, cujo objetivo foi cuidar para promover e manter e/ou recuperar o bem viver (saúde) das famílias através de um marco conceitual. A elaboração do marco conceitual partindo das crenças da autora, fundamenta-se nas idéias de vários autores, particularmente de LEININGER, quando se refere ao cuidado do ponto de vista cultural. O enfoque desse marco está centrado na visão holística do homem, na totalidade de suas características, em relação com o ambiente interno ( família e outros grupos) e externo (físico e sócio – cultural) e cuja interação tem influencia nas suas situações de saúde e doença; nas suas crenças, valores, necessidades, expectativas, práticas e recursos para o seu viver.

#### **4.4. Pressupostos de Madeleine Leininger**

- ✓ Desde o surgimento da espécie humana, o cuidado tem sido essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos, cuidado próprio, e outros padrões de cuidado que existem entre as culturas.

- ✓ O cuidado humanizado é universal, existindo diversos padrões de cuidado, que podem ser identificados, explicados e conhecidos entre as culturas.
- ✓ O cuidado humanizado é a característica central dominante e unificadora da enfermagem.
- ✓ Não pode haver cura sem cuidado, mas pode haver cuidado, mesmo sem ser para cura.
- ✓ A razão da existência da enfermagem é que ela é uma profissão de cuidado, com conhecimentos disciplinados sobre o mesmo.
- ✓ O cuidado sob uma perspectiva transcultural é essencial para desenvolver e estabelecer a enfermagem como uma profissão universal.
- ✓ Os componentes do cuidado transcultural, e as características das diferenças e semelhanças, ainda devem ser identificados, descritos e conhecidos, para sua caracterização estrutural e funcional, na enfermagem.
- ✓ Os conceitos e práticas do cuidado do ser humano podem ser identificados em todas as culturas.
- ✓ “As práticas de cuidado da saúde, profissionais e populares, são derivadas da cultura, e influenciam as práticas e os sistemas de enfermagem” (Leininger 1985, p.264-265).
- ✓ Cada cultura humana tem um conhecimento e uma prática profissional de cuidado que varia transculturalmente.
- ✓ As diferenças e similaridades do cuidado entre profissionais da saúde e clientes existem em qualquer cultura do mundo, ocorrendo cuidados culturalmente congruentes, quando os valores, expressões ou padrões dos indivíduos, grupos, famílias, comunidades ou cuidados culturais forem conhecidos e utilizados adequadamente e de maneira significativa na sua prática assistencial pelos enfermeiros.
- ✓ A Enfermagem é uma disciplina de cuidados transculturais humanísticos e uma profissão cujo propósito maior é servir o ser humano.
- ✓ Vários elementos do cuidado variam segundo a universalidade e diversidade da cultura como: apoio, conforto, estimulação, observação, envolvimento, toque, respeito, prevenção, ajuda, amor, confiança e simpatia.

#### 4.5. Pressupostos Pessoais

- ✓ A puérpera é um ser bio-psico-socio-cultural, que traz consigo crenças, valores e conhecimentos próprios, portanto deve ser cuidada de maneira holística e cultural, bem como sua família.
- ✓ O cuidado individualizado e humanizado ocorre quando o conhecimento de cada cultura, valores e crenças são entendidos e respeitados.
- ✓ A vivência do homem como ser pai durante o processo de nascimento, é caracterizada pelo comportamento adquirido a partir de sua história de vida, e pelo contexto social ao qual está inserido.
- ✓ O ser filho necessita de atenção e cuidados, pois ainda não é totalmente capaz de cuidar de si, porém, o ser mãe, apesar de trazer consigo a capacidade de cuidar de si e do ser filho, também necessita de cuidados para vivenciar esta nova etapa de sua vida.
- ✓ As questões culturais transmitidas, influenciam no rito de passagem e na introdução dos novos papéis desta nova família.

#### 4.6. Principais Conceitos

Para que pudéssemos cuidar, utilizando como referência a Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, alguns conceitos foram estabelecidos. São eles:

##### 4.6.1. Ser Humano

É um ser, tanto singular (indivisível, único, com características próprias), quanto sócio-cultural (relaciona-se com outros e com o mundo, compartilha crenças, valores, símbolos e rituais). O seu processo de viver é constituído de vários outros processos que incluem, entre eles, o processo do nascimento. Este ser humano vive numa cultura e interage, do início ao fim da vida, com outros seres humanos. Nesta cultura, o ser humano aprende e compartilha através da interação, significados e papéis sociais que orientam suas ações durante o processo de viver (Monticelli, 1997).

Neste trabalho, o ser humano foi especialmente representado pelo ser filho, ser mãe, ser pai, ser família e enfermeira; levando-se em consideração seus valores, crenças e bagagem cultural que vivenciam e experienciam no processo do nascimento



A cada personagem demos um enfoque personalizado, mesmo utilizando uma visão coletiva.

#### **4.6.2. Família**

A **família** é uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família podem estar unidos por laços consangüíneos, legais, de interesse e/ou afetividade.

A família vive em um ambiente físico, sócio-econômico, político e cultural interagindo com outras pessoas, famílias, profissionais e instituições. Reafirma sua identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por sua cultura e nível sócio econômico.

A família define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo de seus membros e do seu próprio processo de viver. Possui atribuições, dentre as quais está o cuidado da saúde de seus membros no seu processo de viver e ser saudável, (Delaney, apud Nitschke 1991, Monticelli 1997).

Neste marco, a família foi representada pelo pai, mãe e filho, com crenças e valores culturais que influenciaram o cuidado dentro do seu processo de nascimento e portanto na promoção e manutenção da saúde dos mesmos.

#### **4.6.3. Enfermagem**

É profissão, ciência e arte que possui conhecimentos e habilidades próprias para atuar no processo do nascimento, implicando em um processo de interação entre enfermeiro e família. Nesta interação, o profissional ao desempenhar seu papel, busca desenvolver cuidados que consistem no desenvolvimento de atividades e tomadas de decisões em conjunto com a família, durante o processo do nascimento, buscando conhecer-se, compartilhando e negociando conhecimentos, crenças e valores.

Sendo assim, é necessário que a enfermeira desempenhe seus papéis de acordo com suas próprias expectativas e com as expectativas das famílias que participam no processo do nascimento, procurando a manutenção, acomodação ou reorganização do cuidado, de maneira conjunta.

Durante o processo de nascimento, a enfermeira colaborou na transição dos papéis sociais desempenhados pelos seres participantes do processo.

#### 4.6.4. Ambiente

É o meio físico, sócio-econômico, político e cultural onde a família e a enfermeira interagem durante o processo de viver. Este ambiente influencia e é influenciado diretamente pelas crenças e valores que, por sua vez, influenciam o cuidado dos seres presentes no processo do nascimento, durante o período do puerpério.

Neste trabalho o ambiente foi traduzido pelo Alojamento Conjunto, domicílio e comunidade onde se inseriam os seres envolvidos, pois foram nestes ambientes que a definição dos novos papéis desencadearam sentimentos contraditórios, sendo influenciados pela cultura da família.

#### 4.6.5. Saúde

Para Leininger (1985), a saúde é o estado de bem – estar que é culturalmente definido, valorizado e praticado e que reflete a habilidade dos indivíduos ou grupos em suas atividades diárias, de forma culturalmente satisfatória.

O processo de nascimento está diretamente relacionado com saúde/doença exigindo a busca e manutenção de um processo de viver saudável (Monticelli,1997).

No nosso entendimento, saúde pode ser entendida como estado de bem-estar dos atores que participam deste processo, que podem sofrer mudanças, que irão refletir de forma positiva ou negativa, de acordo com o seu contexto-cultural.

#### 4.6.6. Cultura/ Cuidado Cultural

Refere-se aos valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, apreendidos, compartilhados e transmitidos que orientam o pensamento, as decisões e ações de maneira padronizadas (Leininger apud George, 1993).

Cuidado Cultural é definido como os valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidos, que auxiliam, dão apoio ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, a melhorar uma condição de vida humana ou a enfrentar a morte e as deficiências. A **diversidade cultural do cuidado** refere-se às variações, às diferenças dos significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado cultural nas diferentes culturas. A **universalidade cultural do cuidado** refere-se às semelhanças, uniformidades e igualdades do cuidado cultural entre as distintas culturas (Leininger apud George, 1993).

Neste trabalho ao enfatizarmos as crenças e valores da família vivenciando o processo do nascimento levamos em conta a necessidade de nos colocarmos no lugar do outro, para que pudéssemos prestar um cuidado mais humanizado.

#### **4.7. Processo de Enfermagem**

O processo de Enfermagem pode ser definido como uma atividade intelectual deliberada, por meio da qual a prática de enfermagem é abordada de maneira ordenada e sistematizada. É ainda o “instrumento” e a metodologia da profissão de enfermeira(o) e, como tal, auxilia os profissionais a tomarem decisões, e a preverem e avaliarem conseqüências (George, 1993).

Para operacionalizar o marco conceitual descrito, utilizamos o “Processo de Enfermagem de Leininger”. Cabe-nos neste momento ressaltar, que Leininger não elaborou um processo de enfermagem de maneira específica, mais sim “uma teoria para guiar a prática”(Monticelli apud Leininger, 1993).

Monticelli (1993), diz que, portanto, a tarefa de elaboração desta metodologia torna-se um verdadeiro processo criativo, que tem como desafio a sistematização do conhecimento e a tentativa contínua (porque não acaba aqui) e dinâmica (porque supõe modificações nas diferente etapas) de aliar teoria, método e prática.

##### **4.7.1. FASES DO PROCESSO DE ENFERMAGEM**

Este processo é composto pelas seguintes fases:

###### **4.7.1.1. LEVANTAMENTO DE DADOS**

Consiste na avaliação e obtenção de informações sobre a estrutura social e a visão do mundo da cultura do cliente.

Marca o começo de uma interação e foi o momento do encontro entre acadêmicas e família. Os dados acerca da família, foram levantados através de roteiros (ANEXO 2 e 3).

O método de coleta de dados que utilizamos com a família neste estudo, foi o da Observação-Participante de Leininger (1985).

Escolhemos este método pelo fato de que observando e participando do cuidado, podemos conhecer melhor o mundo simbólico da família, suas atitudes, sentimentos, opiniões e comportamentos.

Monticelli (1993) coloca que, com este método a enfermeira, primeiramente, preocupa-se em fazer observações e ouvir atentamente, obtendo desta maneira uma visão ampla da situação e gradualmente vai realizando observações detalhadas, sempre tendo em mente o foco de estudo e os objetivos propostos. Num segundo momento, a observação continua, mas alguma participação (cuidado) começa a ocorrer gradativamente, conforme a aceitação, expectativa e interação com as famílias.

A enfermeira começa a interagir mais próximo às pessoas. No terceiro momento, a participação (cuidado) intensifica-se, porém, sem perder de vista a observação.

#### **4.7.1.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

Baseia-se na identificação das áreas em que a família não encontra uma diversidade ou universalidade cultural do cuidado. Esta fase, caracteriza-se pela reflexão constante do que foi obtido na primeira etapa do processo.

#### **4.7.1.3. PLANEJAMENTO**

Esta fase consiste em sistematizar e organizar as informações obtidas na etapa anterior, procurando-se refletir sobre as possibilidades e limites de se preservar, acomodar ou reorganizar os padrões de cuidado que são desenvolvidos no Alojamento Conjunto/Domicílio pela família (adaptado Monticelli, 1993).

Os cuidados a serem PRESERVADOS, referem-se àquelas ações explícitas que visam manter as crenças e valores relevantes daquela cultura, contribuindo para conservar o bem estar, recuperar-se da doença e enfrentar dificuldades. Os cuidados a serem ACOMODADOS ou negociados, referem-se àquelas ações explícitas que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a adaptarem ou negociarem cuidados no sentido de obter resultados mais satisfatórios de acordo com suas culturas. Os cuidados a serem REORGANIZADOS, referem-se àquelas ações explícitas que auxiliam os clientes a reordenar, mudar ou modificar parcialmente os seus estilos de vida para alcançar resultados de saúde mais benéficos que o anterior, respeitando seus valores e crenças culturais (Monticelli, apud Leininger 1984).

#### **4.7.1.4. IMPLEMENTAÇÃO**

Consiste em levar a efeito o planejamento, sempre com a participação do cliente (família).

Nesta fase, nós acadêmicas, em colaboração com as famílias, colocamos em ação as decisões tomadas anteriormente, ou seja, de preservação, acomodação e/ou reorganização do cuidado. A mesma foi registrada diariamente durante o estágio, em diário de campo.

#### **4.7.1.5. AVALIAÇÃO**

Corresponde a última fase do processo. Permite avaliar o benefício trazido pelo cuidado ao cliente (família). No entanto, Monticelli, (1993), coloca que isto não deve acontecer somente neste momento, pelo contrário, deve permear todas as etapas do processo.

Para aplicação do processo, utilizamos um modelo adaptado pelas autoras, que contemplou as idéias e conceitos de Leininger (ANEXO 4).

## **5. METODOLOGIA**

*“Se seus sonhos estiverem nas nuvens, não se preocupe pois eles estão no local certo, agora construa os alicerces” (Anônimo)*

### **5.1. Local de estágio**

O local utilizado para o desenvolvimento da prática assistencial proposta, foi a Unidade de Alojamento Conjunto do Hospital Universitário, localizado na Trindade, Florianópolis, e o domicílio de algumas famílias selecionadas.

### **5.2. Período de desenvolvimento do estágio**

O estágio foi desenvolvido durante os dias 13 de setembro à 17 de novembro de 2000, no período matutino e vespertino, no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário – Fpolis – UFSC.

### **5.3. O Hospital Universitário**

Segundo informações da diretoria do Hospital Universitário (HU), este hospital é uma unidade hospitalar de referência pública e de exclusividade dos usuários do sistema único de saúde (SUS), em Santa Catarina. Classifica-se, segundo autoridades da instituição, como hospital geral com uma área física de 26.000 m<sup>2</sup> de área construída, com

304 leitos existentes, sendo 268 leitos ativados e 36 desativados, distribuídos em diversas especialidades como: médica, cirúrgica, pediátrica, ginecológica, UTI, geral, emergência, diálise, obstetrícia com alojamento conjunto/puerpério, gestação de alto risco, neonatologia/ berçário e UTI neonatal. É o único ambulatório que possui todas as especialidades. No final do ano de 1999, o esquema para marcação de consultas passou a ser de responsabilidade dos centros de saúde, dando fim as imensas filas do HU, porém o tempo de espera pelas consultas aumentaram consideravelmente. Também engloba programas de extensão e de atendimento as necessidades de saúde na área ambulatorial, hospitalar e de serviços complementares de diagnose e terapia, somando 453.149 procedimentos. Em 1999, de acordo com estatísticas do SAME, o HU foi responsável por 140.441 atendimentos ambulatoriais (consultas em clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, gineco-obstetrícia, postos periféricos e outras áreas) e 8.577 internações. Somente na área da emergência atendeu 113.835 pacientes (média 282 pacientes/ dia). Por ser um hospital escola, preconiza-se que a clientela deva ser orientada quanto ao contato com alunos de diferentes cursos que nele estagiam, sendo-lhe sempre assegurado respeito ético e assistência de saúde por profissional ou equipe multiprofissional qualificado. Atende todas as especialidades médicas do ensino de graduação e pós-graduação, nas áreas de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia e Bioquímica, além da Psicologia. Apresenta Centro de Informações Toxicológicas, Núcleo de Engenharia Clínica, Núcleo de Apoio à Pesquisa e Núcleo de Avaliação de Reações alérgicas à drogas.

Tem por finalidade, promover a assistência, o ensino, a pesquisa, e a extensão na área de saúde e afins; servir de campo de ensino, em estreita relação e sob orientação das Coordenadorias e dos Departamentos de Ensino, que nele efetivamente atuam. Finalmente presta assistência à comunidade na área de saúde, em todos os níveis de complexidade, de forma universalizada e igualitária. O HU está harmonizado com o Sistema Nacional de Saúde vigente. A clientela do HU é universalizada, bastando ter identificação pessoal, para ter acesso ao mesmo. Sua assistência estende-se a comunidade local, regional e estadual. (Informação Verbal).

Além disso, possui acordos com outras instituições, tais como a Fundação de Apoio HEMOSC/CEPON, FAPEU, Hospital de Caridade (serviço de radioterapia), Secretária de Saúde, Prefeitura Municipal de Florianópolis, Sociedade Médica de Acupuntura de Santa Catarina e Escola Técnica Federal de Santa Catarina, possuindo convênio apenas com o Sistema Único de Saúde, sendo totalmente público e gratuito.

Seus principais indicadores hospitalares tem os seguintes resultados: taxa de ocupação (76,74%), média de permanência (13,13%), taxa de mortalidade geral (3,46%), taxa de infecção hospitalar /1000 pacientes (6,8%), (Serviço de arquivo e estatística - HU, 1999).

As condições físicas que dão suporte ao ensino de graduação e as atividades de assistência, sofrem as conseqüências restritivas da situação orçamentária e financeira, que penalizam a totalidade dos HU's no Brasil. O HU possui em seu quadro de funcionários 1372 servidores permanentes, isto é, pagos pelo MEC e 247 pagos com receita própria do hospital, 47 residentes e 199 professores dos departamentos dos cursos que atuam na instituição (Spinosa, Waterkemper, 2000).

#### **5.4. A Maternidade do Hospital Universitário**

A Maternidade do Hospital Universitário foi inaugurada no dia 23 de outubro de 1995, fazendo parte desta unidade: Admissão, Triagem, Centro Obstétrico, Unidade de Neonatologia e Alojamento Conjunto.

A filosofia da Maternidade do HU (1995), enfoca a atenção de saúde da mulher, do RN e da família, (ANEXO 05)

A Maternidade do Hospital Universitário recebeu o título de Hospital Amigo da Criança em 17/12/1997. A iniciativa Hospital Amigo da Criança tem por objetivo a **promoção, proteção e apoio** ao aleitamento materno através da mobilização dos serviços obstétricos e pediátricos de hospitais, mediante a adoção dos **Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**. No Brasil, ele vem sendo implantado através do Ministério da Saúde e do Grupo de defesa da saúde da criança, com apoio do UNICEF e OMS/OPAS. A maternidade instituiu, a partir de 1999, uma comissão para implantação dos 8 passos da maternidade segura, sendo que no momento estão sendo revistas as rotinas e treinamento da equipe.

Juntamente com a inauguração da Maternidade do Hospital Universitário, foi criado o CIAM (Central de Incentivo ao Aleitamento Materno), que presta orientações e cuidados as parturientes com relação a amamentação.

A triagem da Maternidade do Hospital Universitário é anexada á Unidade de Internação Ginecológica da mesma instituição. Tem como objetivo, atender e admitir a



parturiente a fim de promover a assistência no pré-parto, atendendo também casos de emergências obstétricas. Sua área física compõe-se de: 1 sala de observação com duas macas, 2 consultórios para anamnese, com respectivos banheiros e 1 posto de enfermagem. O atendimento é realizado por um técnico e uma enfermeira que atende os dois setores (ginecologia e triagem).

O Centro Obstétrico da Maternidade do HU compõe-se de uma área semi-restrita e uma área restrita.

- ✓ Área semi-restrita: 4 leitos de pré-parto, 4 leitos de recuperação com respectivos berços, 1 corredor externo, onde circulam as parturientes que dão entrada no Centro Obstétrico e acompanhantes, 1 sala de repouso para os médicos, 1 expurgo, 2 banheiros de pacientes e acompanhantes, 1 posto de enfermagem, 1 sala de preparo de medicação, 1 corredor de circulação interna, 1 sala de observação, 1 sala para exames de cardiotocografia, 1 vestiário masculino, 1 vestiário feminino, e sala de lanche.
- ✓ Área restrita: 1 sala de recuperação pós-parto (pós-anestésico), 1 expurgo, 3 salas de parto, sendo, uma para parto normal horizontal, outra para parto normal horizontal e de cócoras, tendo a possibilidade de realizar-se também parto cesáreo, e uma sala somente para realização de parto cesáreo; 1 sala de atendimento ao recém-nascido, 1 sala de estoque de material, área de lavabos, sala de repouso da enfermagem e corredores internos e externos.

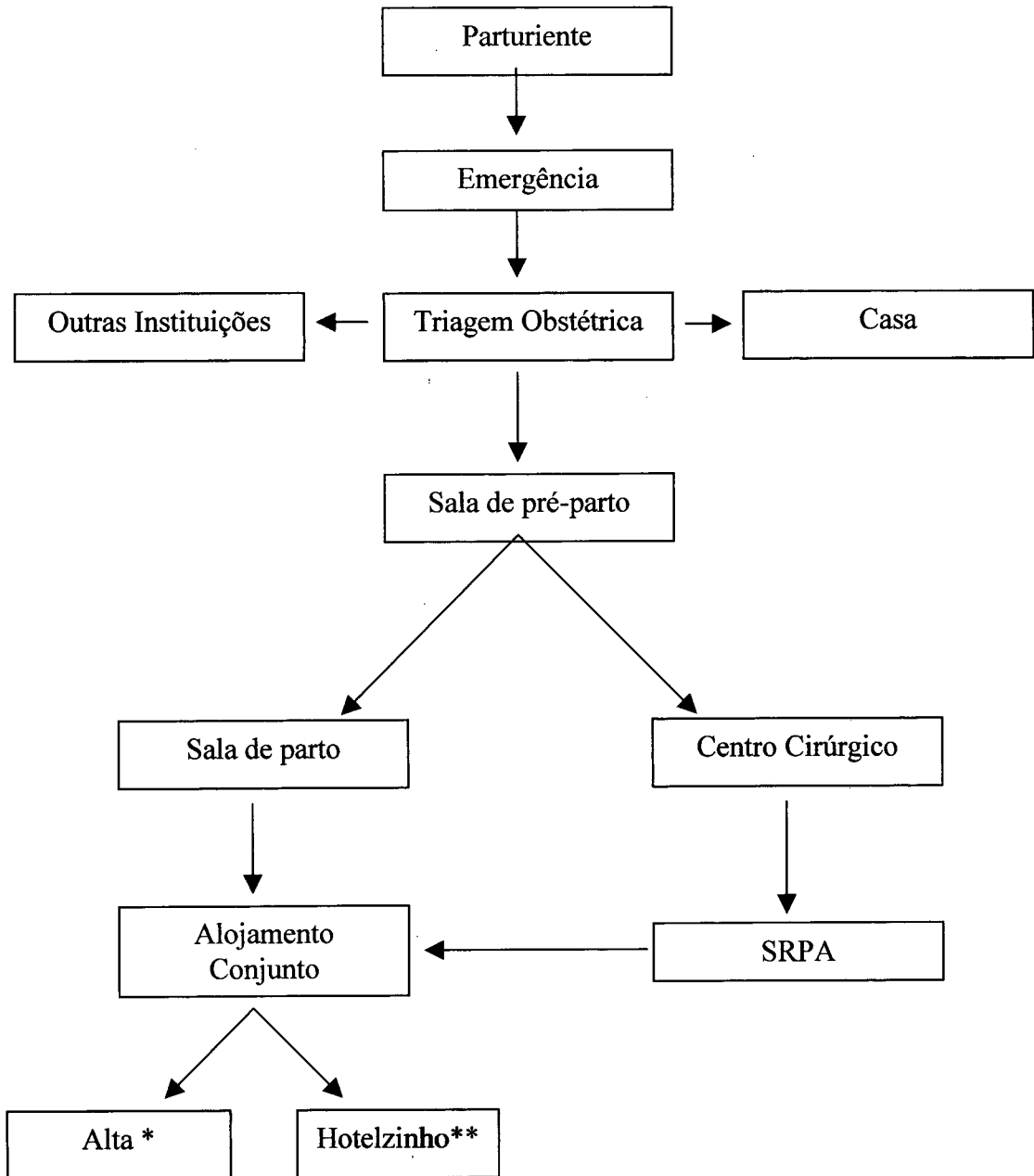
O Centro obstétrico possui 38 servidores, sendo 7 enfermeiros assistenciais e 1 enfermeiro chefe, 29 técnicos/auxiliares e 1 escriturário.

O número de partos realizados no Centro Obstétrico no ano de 1999, foram um total de 1.691 partos, sendo distribuídos em : 1.172 partos normais (parto normal horizontal: 727, e parto normal vertical: 445) e 519 partos cesários.

Conforme a filosofia da Maternidade, as pacientes podem ser acompanhadas por um familiar ou amigo, diariamente. O Alojamento Conjunto consta de 22 leitos, sendo que deste total, 6 são destinados a internação de gestantes de alto risco e 16 leitos para puérperas e seus recém-nascidos. A maioria dos quartos possui 4 leitos com seus respectivos berços. Anexo ao quarto, fica o banheiro para as pacientes internadas. O alojamento conjunto dispõe de: sala de medicação, balcão para prescrição, sala para exame

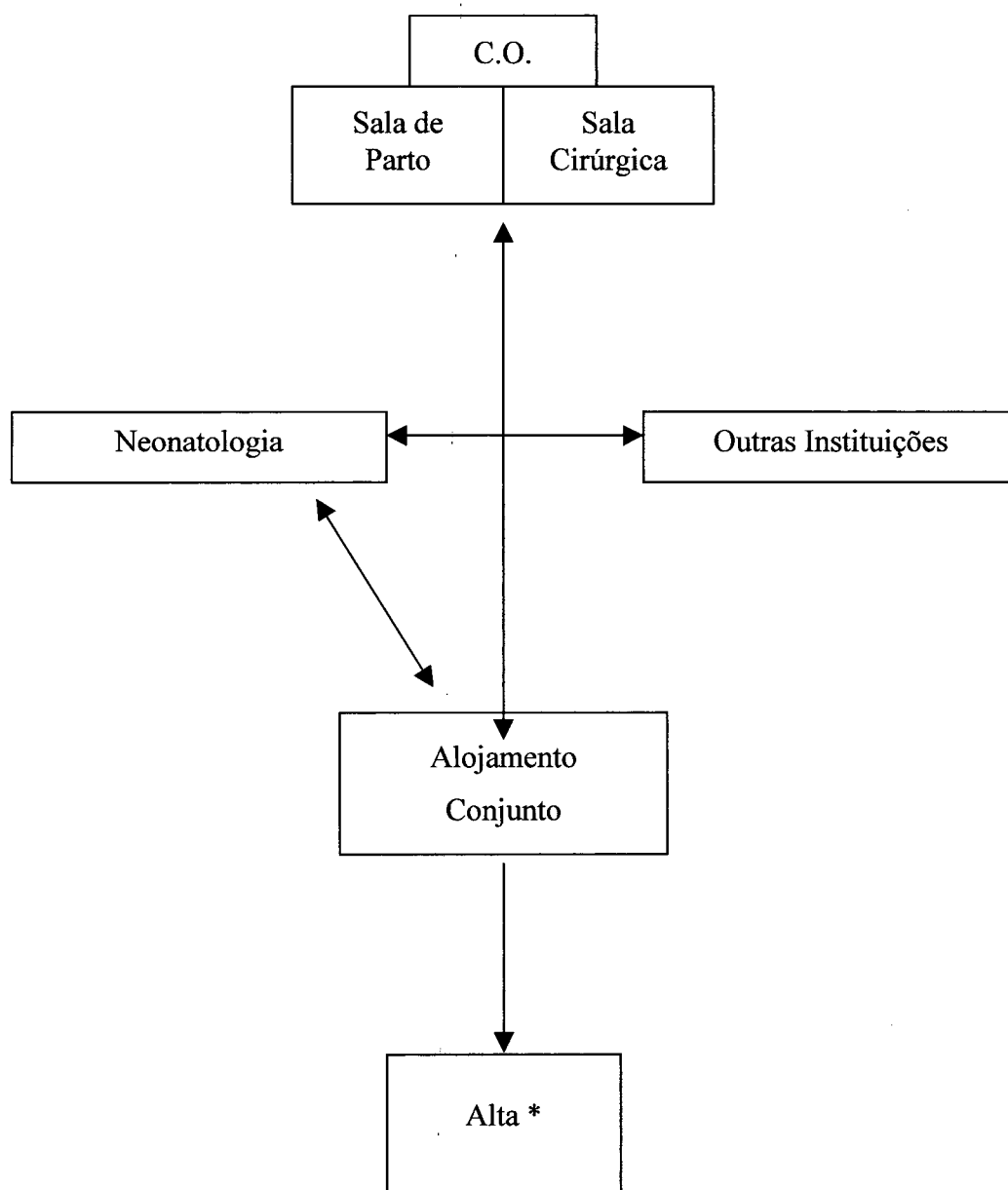
do recém-nascido, possuindo ainda uma sala de higienização para os mesmos (recém-nascidos), e também um espaço reservado para que as mães façam banho de luz infravermelho nas mamas. Há uma sala de enfermagem onde são guardados materiais de alto custo. Externamente ao Alojamento Conjunto, como anexo existe um ambiente denominado "Hotelzinho", onde as mães que receberam alta, ficam aguardando a alta do recém-nascido que necessitou de internação na neonatologia. Possui ainda, copa, sala de lanche, rouparia, expurgo, sala para passagem de plantão, banheiro para funcionários, sala adaptada para guarda de material de uso e estoque de soros e uma sala com um freezer para armazenar leite (Spinosa, Waterkemper, 2000).

### Fluxograma da mãe



(\*) Parto Normal tem alta após 48 horas, e parto Cesária 72 horas.

(\*\*) Instalação adaptada do Alojamento Conjunto, reservada para mães que residem em localidades distantes, cujos RNs ainda não receberam alta. (Spinosa, Waterkemper, 2000).

**Fluxograma do RN**

(\*) A alta hospitalar de RN deve ser feita em 48 e 72 horas. (Spinosa, Waterkemper, 2000).

### **5.5. População Alvo**

Este trabalho teve como público alvo puérperas/primíparas de parto normal ou cesariana com ausência de patologias; pais que estiveram presentes durante a aplicação do projeto e seus RNs com boa vitalidade, a termo.

Sendo este trabalho de caráter qualitativo e não quantitativo, o número de famílias assistidas não foi delimitado, pois dependeu da aceitação de cada família e do tempo que tínhamos para realização do mesmo.

### **5.6. Planejamento**

Para o alcance dos objetivos propostos, fez-se necessário delinear algumas estratégias, que com certeza facilitaram a prestação dos cuidados e tornaram a assistência mais humanizada.

#### **PRIMEIRO OBJETIVO**

Identificar crenças e valores da puérpera/pai relacionados ao nascimento, e as necessidades de cuidado, de forma a preservar, adaptar e/ou repadronizar o cuidado de Enfermagem;

#### **Estratégias:**

- ✓ Selecionar as famílias que serão assistidas no Alojamento Conjunto, durante a passagem de plantão.
- ✓ Procurar através da observação, cuidado e diálogo com a família, conhecer seus hábitos, crenças, estilo de vida, sentimentos e opiniões a respeito de si mesmo e do cuidado no processo de nascimento.
- ✓ Elaborar e utilizar um roteiro como ferramenta para auxiliar na captação de informações, sobre suas crenças e hábitos sobre o cuidado no processo do

nascimento, de forma a preservar, adaptar e/ou repadronizar este cuidado sempre que possível. (ANEXO 02)

- ✓ Identificar ou estabelecer o perfil da clientela utilizando o roteiro. (ANEXO 02)

### **Avaliação**

- ✓ O objetivo seria alcançado se aplicássemos as estratégias determinadas e se houvesse demonstração de interesse da família na participação do projeto.

## **SEGUNDO OBJETIVO**

Vivenciar e compreender o processo de nascimento dos quatro papéis sociais: ser filho, ser mãe, ser pai, ser família.

### **Estratégias**

- ✓ Acompanhar o nascimento do ser filho, sempre que possível, no Centro Obstétrico do Hospital Universitário/UFSC a fim de observar as reações e sentimentos do homem/mulher, quando experenciam os novos papéis sociais: ser mãe, ser pai e ser família.
- ✓ Elaborar e aplicar um roteiro de entrevista, com objetivo de compreender como e quando o ser homem/ser mulher se sentiram dentro de seus novos papéis sociais: ser mãe/ ser pai/ ser família. (ANEXO 03)
- ✓ Realizar Visita Domiciliar às famílias selecionadas, a fim de vivenciar e experienciar com os seres envolvidos os seus novos papéis sociais: ser filho, ser mãe, ser pai, ser família; dentro de seu contexto social.
- ✓ Assistir e interagir com as famílias no Alojamento Conjunto.

### **Avaliação**

- ✓ O objetivo seria alcançado se conseguíssemos aplicar as estratégias propostas (no mínimo 03 (três) famílias), sendo que os critérios para seleção seriam: ter assistido o parto, prestado assistência de enfermagem, aplicado o processo de enfermagem e a anuência da família.

### **TERCEIRO OBJETIVO**

Prestar cuidados de enfermagem a puérpera/recém nascido, respeitando as crenças e valores da puérpera/pai;

#### **Estratégias**

- ✓ Realizar cuidados e técnicas de enfermagem necessárias na assistência da puérpera/recém nascido, sempre respeitando suas crenças e valores, mantendo-as, adaptando-as e/ou repadronizando-as sempre que necessário.
- ✓ Assegurar uma assistência de enfermagem humana, respeitando os valores culturais de cada família.
- ✓ Orientar e esclarecer a família sobre suas dúvidas, levando sempre em consideração o seu saber e a sua cultura.
- ✓ Oferecer apoio psicológico, sempre que necessário.
- ✓ Interagir com a equipe de enfermagem e com a equipe interdisciplinar buscando alternativas de atuação conjunta, visando sempre um cuidado mais humanizado.
- ✓ Aplicar o processo proposto de forma integral no mínimo a 03 (três) clientes, no hospital e domicílio. (ANEXO 4)
- ✓ Participar da passagem de plantão e registrar os cuidados prestados.
- ✓ Participar com as supervisoras de um momento de alta.

#### **Avaliação**

- ✓ O objetivo seria alcançado se as estratégias propostas fossem aplicadas.

### **QUARTO OBJETIVO**

Contribuir para a implementação dos 08 (oito) passos para a Maternidade Segura e para a manutenção dos 10(dez) passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

#### **Estratégias**

- ✓ Auxiliar e orientar a mãe, sempre que possível, durante a amamentação.

- ✓ Atuar junto à equipe para incentivar através de conversas informais, questionamentos e demonstrações de dados da OMS; a importância dos 08 (oito) passos da Maternidade Segura (ANEXO 06) e os 10 (dez) passos da Aleitamento Materno (ANEXO 07).
- ✓ Atuar junto às famílias reforçando a importância do aleitamento materno.
- ✓ Acompanhar o trabalho do CIAM na unidade participando dos momentos de orientação e ordenha.
- ✓ Assistir a mulher nos problemas relativos a amamentação.

### **Avaliação**

- ✓ O objetivo seria alcançado se as estratégias propostas fossem aplicadas.

## **QUINTO OBJETIVO**

Buscar aprofundamento e ampliação dos conhecimentos em relação à Teoria de Leininger, à humanização do cuidado e atualização na área de enfermagem obstétrica, através de revisão bibliográfica, compartilhando conhecimentos com a equipe e cliente e participação em eventos específicos;

### **Estratégias**

- ✓ Participar de seminários, palestras, jornadas e demais eventos relacionados à obstetrícia.
- ✓ Buscar aprofundamento literário em relação à teoria de Leininger, a humanização no cuidado e atuação na área de enfermagem obstétrica.

### **Avaliação**

- ✓ O objetivo seria alcançado se as estratégias propostas fossem aplicadas.



## 6. ASPECTOS ÉTICOS

*“Não existe o esquecimento total, as pegadas  
impressas na alma são indestrutíveis”  
( Thomas de Quincey)*

Com o intuito de assegurar uma assistência qualificada e humanizada no campo em que atuamos, fortalecer as relações entre os membros envolvidos e promover o bem-estar geral, procuramos pautar nosso trabalho em valores éticos. Procuramos orientar nossas decisões de enfermagem na Unidade de Alojamento Conjunto, baseadas no Código de Ética Profissional de Enfermagem.

O Código de Ética dos Profissionais de enfermagem leva em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito de Assistência de Enfermagem à população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na clientela e pressupõe que os Agentes de Trabalho da Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade sem riscos e acessível a toda a população.

Dentre os aspectos relacionados no Código de Ética Profissional de Enfermagem (1996), enfatizamos os seguintes:

- ✓ cumprimos e fizemos cumprir os preceitos éticos e legais da profissão;
- ✓ exercemos a enfermagem com justiça, competência, e autorização dos responsáveis pela instituição;
- ✓ prestamos assistência de enfermagem a família, sem discriminação de qualquer natureza;

- ✓ mantivemos respeito, atendimento personalizado de acordo com as necessidades, respeitando suas crenças, valores e história de vida.
- ✓ colaboramos com a equipe de saúde no esclarecimento a puérpera/família, de todos os procedimentos realizados durante a internação;
- ✓ solicitamos consentimento dos pais, para realizar ou participar deste trabalho, mediante a apresentação da informação completa dos objetivos, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito a privacidade e intimidade e a sua liberdade de participar ou não; (ANEXO 8 e 9)
- ✓ em todas as situações do desenvolvimento do trabalho, procuramos conhecer nossas limitações, aceitando críticas e buscando o aprimoramento científico em benefício da equipe e do crescimento profissional;
- ✓ procuramos ser honestos no relatório dos resultados do projeto;
- ✓ tratamos os colegas e outros profissionais com respeito e consideração;
- ✓ mantivemos a equipe de enfermagem informada sobre o trabalho.
- ✓ apresentamos o projeto e relatório para a equipe da enfermagem.

## 7. NOSSOS RESULTADOS

*“Não se pode ensinar alguma coisa a alguém, pode-se apenas auxiliar a descobrir por si mesmo” (Galileu)*

Conforme proposto, nosso objetivo geral foi de assistir, vivenciar e experienciar o processo do nascimento dos quatro papéis sociais: ser mãe, ser pai, ser filho e ser família, conhecendo e respeitando as crenças e valores dos sujeitos envolvidos neste processo.

Para que alcançássemos este grande objetivo, traçamos alguns objetivos específicos, cujas metas aplicadas no decorrer do estágio prático, possibilitaram o alcance dos mesmos.

Buscando facilitar a compreensão do leitor acerca dos resultados alcançados, descreveremos como se deu o alcance de cada um dos objetivos, pois os mesmos consubstanciaram as atividades práticas.

### 7.1. OBJETIVO 1

**Identificar crenças e valores da puérpera/pai relacionados ao nascimento, e as necessidades de cuidado, de forma a preservar, adaptar e/ou repadronizar o cuidado de Enfermagem.**

#### **Iniciando a caminhada.**

No início de nossa caminhada, alguns trajetos ainda não estavam bem definidos. Por isso, iniciamos acompanhando as passagens de plantão, buscando desta forma, nos familiarizar com a equipe, entender a dinâmica utilizada nesta passagem e principalmente

conhecer as mães primíparas para que pudéssemos selecionar as famílias que queríamos acompanhar.

Neste caminho, percebemos que conseguíamos identificar as mães primíparas, mas não tínhamos a certeza da presença da figura paterna como acompanhante.

Buscamos então um outro caminho, o prontuário, ou o contato com a puérpera, onde conseguimos o proposto.

Após a seleção das famílias atendidas, que foram em número de 23 ao todo, utilizando a observação, cuidando, dialogando e aplicando o roteiro de entrevista anteriormente proposto, conseguimos não só conhecer o seu papel e as suas crenças e valores relacionados ao processo do nascimento, mas também selecionar alguns tópicos polêmicos quando se trata da cultura em relação ao cuidado do recém nascido, e traçar um perfil das nossas famílias primíparas.

Mesmo não pretendendo realizar um trabalho quantitativo, acreditamos que fica mais fácil o delineamento do perfil quando utilizamos algumas tabelas e gráficos. Por esta razão, as tabelas e gráficos abaixo pretendem demonstrar este perfil, conforme o que segue:

### O Perfil

O perfil da clientela pode ser demonstrado nas tabelas abaixo:

**TABELA 1** – Distribuição da freqüência de mulheres e homens entrevistados no Alojamento Conjunto, segundo faixa etária de setembro a novembro/2000- Fpolis- SC.

Idades	15-20		21-30		31-40		41-50		51-60	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mãe	9	39,1	12	52,2	2	8,7	-	-	-	-
Pai	6	26,1	10	43,5	6	26,1	-	-	1	4,3

Fonte: Questionário aplicado pelas autoras.

Comentário: Constatamos que há um maior número de homens e de mulheres (pais primíparos), na faixa etária de 21 a 30 anos de idade.

**TABELA 2** – Distribuição da frequência de mulheres e homens entrevistados no Alojamento Conjunto de acordo com a escolaridade, durante o período de setembro a novembro/ 2000 –Fpolis-SC.

Escolaridade	Mãe		Pai	
	n	%	n	%
1º grau incompleto	7	30,6	4	17,4
1º grau completo	3	13	5	21,7
2º grau incompleto	1	4,3	3	13
2º grau completo	9	39,1	8	34,9
3º grau incompleto	-	-	-	-
3º grau completo	3	13	3	13
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Fonte: Questionário aplicado pelas autoras.

Comentário: Observamos que o maior índice de homens e mulheres (pais primíparos) haviam concluído o segundo grau.

**TABELA 3** – Distribuição da frequência de homens e mulheres (pais primíparos), entrevistados no Alojamento Conjunto, segundo estado civil, no período de setembro a novembro/2000- Fpolis- SC.

Estado civil	n	%
União estável	15	65,2
Casamento	8	34,8
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Fonte: Questionário aplicado pelas autoras.

Comentário: Ao avaliarmos o perfil ( homem/ mulher ), podemos constatar que o maior índice estabelecido com relação ao estado civil foi a União Estável ( União Estável refere-se ao período de convivência de 2 anos, sem registro civil).

**TABELA 4** – Número de pais/mães (primíparas) empregados entrevistados no período de setembro a novembro de 2000-Fpolis-SC

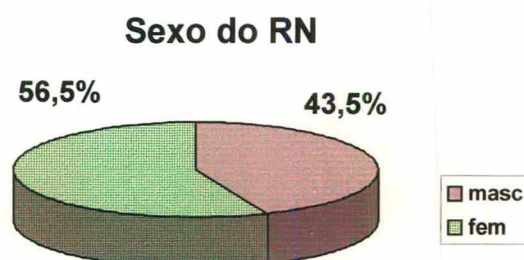
Pais	n	%	Mães	n	%
Pais que trabalham	21	91,3	Mães que trabalham	9	39,1
Pais que não trabalham	02	8,7	Mães que não trabalham	14	60,9
Total	23	100		23	100

Fonte: Questionário aplicado pelas autoras.

Comentário: Podemos observar que a maioria dos pais possuem emprego, enquanto que 60,9% das mães não possuem emprego.

Concluimos que o perfil de nossa família primípara, é de uma família que mantém união estável, numa faixa etária de 21 a 30 anos de idade, com 2º grau completo, sendo que a maior parte dos pais possuem emprego enquanto a maioria das mães não possuem emprego.

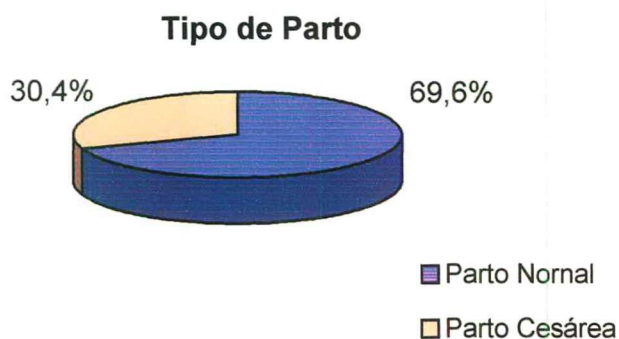
**GRÁFICO 1** – Distribuição do sexo do recém nascido atendidos no Alojamento Conjunto pelas discentes no período de setembro a novembro de 2000 – Fpolis - SC



Fonte: Questionário aplicado pelas autoras.

Comentário: Constatamos que 56,5% dos bebês assistidos eram do sexo feminino e 43,5% do sexo masculino.

**GRÁFICO 2** – Distribuição do tipo de parto realizado no Hospital Universitário, nas mães atendidas no período de setembro a novembro de 2000 – Fpolis – SC.



Fonte: Questionário aplicado pelas autoras.

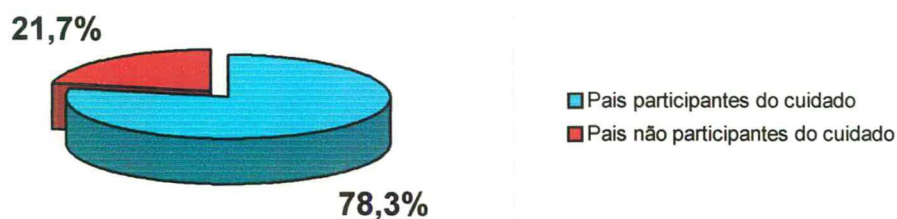
*Comentário:* Entre os tipos de partos realizados 69,6% foram partos normais e 30,4% parto cesárea.

Neste sentido, podemos afirmar que a maioria das mães assistidas tiveram parto normal e o sexo da maior parte de seus filhos foi feminino.

### A Expressão Cultural do cuidado

Ao analisarmos o papel do nosso pai primíparo, observamos que um novo homem esta surgindo, um homem que compartilha com sua mulher o atendimento às necessidades do seu bebê, que se assume como pai e como cuidador, como podemos observar no gráfico abaixo.

**GRÁFICO 3** – Participação do Pai no cuidado referente ao RN



Fonte: Questionário aplicado pelas autoras.

*Comentário:* Podemos observar que a maioria 78,3% dos pais pretende auxiliar nos cuidados referentes ao RN; e que 21,7% não pretende auxiliar ou só ajudarão se forem solicitados pelo fato de alguém da família ou amigo estar auxiliando a puérpera neste período.

Na história das mulheres, culturalmente o cuidado tem sido visto como uma de suas responsabilidades, principalmente em se tratando do cuidado dos filhos.

Segundo Maldonado (1990) os condicionamentos sociais, enfatizam não só a responsabilidade da mulher como cuidadora do seu filho recém-nascido, como também o papel do homem como provedor da família, dando pouca importância à sua presença junto ao recém-nascido. Desta forma, culturalmente ao longo dos anos, boa parte dos pais se excluem e são excluídos de uma participação mais ativa nos cuidados do bebê. Observa-se aqui que este paradigma cultural vem ao longo dos anos, sofrendo mudanças importantes delineando o novo papel do pai frente ao seu filho recém-nascido.

Já com relação às crenças e valores dos pais primíparos sobre temas e significados relacionados ao cuidado com o recém-nascido, como: coto umbilical, banho, amamentação, mau olhado, moleira, cólica, soluço, assadura, arca caída e icterícia; pudemos observar que as mães e os pais já tinham na sua cultura algumas crenças e valores, a respeito dos mesmos, transmitidos pelos seus pais, parentes ou amigos, que foram preservados quando não causavam problemas ao bem-estar, mas na vivência hospitalar convivendo com um aprendizado diferente, alguns repadronizaram seus valores culturalmente transmitidos, enquanto outros embora reconhecendo a importância deste aprendizado, preferiram manter suas crenças.

A partir dos questionários, pinçamos expressões dos participantes que mostram as crenças e valores dos pais frente aos deveres procedentes e que posteriormente a partir da negociação com a enfermagem foram repadronizados para favorecer o bem-estar.

**Expressões de mães/pais “primíparos” que com o passar do tempo reformularam seus valores culturais transmitidos.**

A expressão cultural segundo relatos de mães/pais:



**Referentes ao cuidado do coto umbilical foram:**

Mães: *“... Não tenho receio nenhum, apesar de minha mãe me falar sempre que devo enfaixar ... não sei se é certo!”*

*“... perdi o medo depois que vi o primeiro curativo que fizeram aqui.”*

*“... tenho muita curiosidade em toca-lo, não sinto o medo que minha mãe dizia.”*

Pais: *“... perdi o medo, pois minha esposa não acordou durante à noite e me obriguei a fazer o curativo nela.”*

*“... sem medo, têm que deixar limpo.”*

**Referentes ao banho do RN:**

Mães: *“... Tive medo antes de ver o primeiro banho, agora me sinto mais segura.”*

*“... não sabia que poderia colocar o bebê dentro da banheira “direto”.”*

Pais: *“... não imaginava que fosse tão fácil, é só ter um pouquinho de jeito.”*

*“... gostaria muito de dar banho, não é tão complicado... mas minha mulher fala que posso machucar o bebê com minhas mãos grosseiras.”*

**Referentes a amamentação:**

Mães: *“... não quero fazer como minha mãe que deixou de amamentar por falarem para ela que o leite dela era fraco.”*

*“... aprendi muitos cuidados com minhas mamas para poder amamentar até os 6 meses.”*

Pais: *“... pretendo apoiar”*

*“... estamos nos preparando para que isso aconteça até os 6 meses. Exclusivamente!”*

**Referentes ao mau olhado:**

Mães: *“... minha sogra já me deu uma “figuinha”, mas não acredito em mau olhado.*

*“... isso é coisa de antigamente, minha avó que falava disso!”*

Pais: *“... não acreditava, mas meu sobrinho quando bebê começou a dormir com o olho meio aberto, aí minha irmã levou numa benzedeira e ela falou que ele estava com quebrante...tenho medo que aconteça com o meu filho também.”*

*“... isso é bobagem, coisa de velho!”*

#### **Referentes a moleira:**

Mães: *“... tinha receio no início, agora já me acostumei!”*

*“... pensei que não podia lavar a cabeça, fiquei assustada quando vi no banho a enfermeira lavar, depois vi que não tinha problema.”*

Pais: *“... não sabia que a ”cabecinha” dela era mole, acho que tem que ter cuidado até ela endurecer...”*

#### **Referentes a cólicas:**

Mães: *“... pensei que podia dar chá para o bebê, mas aqui me falaram que sou eu quem tem que tomar.”*

Pais: *“... me falaram aqui que é normal, não sabia!”*

#### **Referente ao soluço:**

Mães: *“... acho que é por causa do frio que o bebê sente! O médico falou que é normal, é só pegar no colo e esquentar.”*

*“... minha mãe colocava penugem vermelha, não acredito que passe!”*

Pais *“... minha mãe colocava penugem na testa, mas acho que é superstição!”*

#### **Referentes a assadura**

Mães: *“... durante o banho me falaram que não preciso passar pomada se o nenê não tiver assadura.”*

Pais: *“... não sabia o que fazer para evitar, aprendi alguns cuidados aqui para que não tenha.”*

**Referentes a arca caída:**

Mães: “... *minha mãe falou que tive quando bebê, que tem que ter cuidado quando pegar o nenê, mas não acredito.*”

“... *os antigos que falam nisso!*”

Pais: “... *não acredito, mas não gosto que fiquem pegando muito o bebê.*”

**Referentes a icterícia:**

Mães: “... *tinha medo dele ter amarelão, mas aqui me ensinaram que tem que dar banho de sol.*”

“... *não sabia o que era, daí minha sogra deu de presente uma roupa amarela para sair da maternidade ... falou que é pra ela não ter essa tal de “tiricia”, mas não acredito nisso!*”

Pais: “... *não sabia que tem que colocar o bebê para tomar sol*”.

Pudemos constatar que o aprendizado na vivência hospitalar quando transmitido num sistema de troca, valorizando os saberes da família, de forma humanizada, contribuiu para que os pais refletissem sobre o seu cuidado, suas crenças e valores, desmistificando assim, algumas crenças e passando a desenvolver novos cuidados, e/ou repadronizando os seus valores.

**Mães/pais “primíparos” que mantêm seus valores culturais transmitidos**

Entre os vários depoimentos destacamos os de maior significância :

**Expressão cultural referente ao coto umbilical.**

Mães: “... *não gosto de ver isso pendurado, fico aguniada!*”

“... *preciso ter cuidado, principalmente para não infeccionar.*”

“... *tenho medo e não consigo perdê-lo, mesmo tendo que fazer os curativos*”

“... *sei que aqui não enfaixam mas em casa minha mãe vai enfaixar.*”

Pais: “... *não tem nenhum problema.*”

“... *tenho medo de pegar e machucar.*”

“... *Hui! Só vou cuidar dela quando ele cair, tenho medo!*”

“... *o bebê do meu vizinho morreu de tétano, por isso vou cuidar.*”

**Referentes ao banho:**

Mães: “... é uma questão de higiene, faz com que ele se sinta mais confortável.”

“... minha mãe me falou que tenho que dar banho com paninhos nos primeiros dias.”

“... aprendi a dar banho, mas em casa minha cumadre é quem vai dar, ela tem mais jeito.”

Pais: “... sinto medo de pegar, eles são muito frágeis.”

“... vou dar de vez em quando.”

**Referentes à amamentação:**

Mães: “... Acho que se meu leite empedrar vou parar de amamentar como fez minha mãe.

“... é muito importante para ela, quero amamentar até quando puder.”

Pais: “... Quero apoiar sempre que puder.”

“... minha irmã amamentou até os 2 anos e quero que com minha mulher seja assim também.”

**Referentes ao mau olhado:**

Mães: “... acredito, vou usar uma figa e roupa vermelha de vez em quando.”

“... acredito, é quando colocam quebrante no bebê.”

Pais: “... levar para benzer.”

“... não acredito!”

**Referentes a moleira:**

Mães: “... tem que ter cuidado. Minha mãe disse que quando a criança fala “boi” pela 1ª vez é porque fechou.”

“... não se deve tocar.”

Pais: “... não tocar.”

“... tem que cuidar para não bater.”

**Referentes a cólicas:**

Mães: “... *dar chá que passa.*”

“... *me falaram que é bom colocar o bebê de barriga para baixo na minha barriga.*”

Pais: “... *dar “chá” de erva doce pro bebê.*”

**Referentes ao soluço:**

Mães: “... *dá por causa do frio, minha mãe manda por uma penugem na testa.*”

“... *tenho medo...*”

Pais: “... *friagem, falta de amamentação.*”

“... *dar um susto.*”

**Referentes a assadura:**

Mães: “... *não vou dar banho como deram aqui, vou usar um sabonete bem cheiroso e para assadura vou colocar talco.*”

“... *me ensinaram a usar hipoglos.*”

Pais: “... *é só passar pomada que passa.*”

“... *me falaram que dá do contato com xixi e cocô.*”

**Referente a arca caída:**

Mães: “... *não se deve pegar pelos bracinhos e sim por trás.*”

“... *acredito e se acontecer vou levar para benzer.*”

Pais: “... *machucadura, minha mãe falou que têm que levar na benzedeira.*”

**Referentes a icterícia:**

Mães: “... *tem que sair da maternidade com roupinha amarela.*”

“... *ouvi falar que é só colocar o bebê para tomar sol.*”

Pais: “... *já ganhou roupinha amarela da vovó.*”

“... *não sei.*”

Aqui constatamos que mesmo reconhecendo a importância do aprendizado repassado na vivência hospitalar, algumas famílias mantêm suas crenças e valores culturalmente transmitidos pelos pais, avós ou conhecidos no decorrer de suas vidas. Muitas vezes a expressão de medo, insegurança, ansiedade e opiniões não formadas sobre determinados cuidados são decorrentes dos valores transmitidos a essa mãe/pai e não podem ser ignorados, mas sim valorizados buscando interpretá-los com a família, considerando desta forma a sua significação no cuidado do recém-nascido e na história desta família.

Como os nossos objetivos iam além da compreensão dos significados e práticas em relação ao cuidado com o recém-nascido, procurávamos conhecer também os hábitos, crenças e estilo de vida da puérpera para que assim pudéssemos prestar um cuidado integral e humanizado à esta família primípara.

### **Expressões culturais demonstrando as crenças, valores relacionados ao cuidado com a puérpera:**

#### **referentes ao resguardo / quarentena:**

*“...pretendo me cuidar, acho importante.”*

*“...vou obedecer direitinho o resguardo, como minha mãe dizia: são 40 dias.”*

*“...não sei o que isso significa...”*

*“...não acredito que precisa se cuidar 40 dias.”*

#### **referentes aos problemas com as mamas:**

*“...pretendo me cuidar, mas não conheço direito os problemas.”*

*“...pretendo cuidar para que não tenha nenhum problema.”*

*“...já me ensinaram aqui, para fazer banho de sol ou usar o abajur.”*

#### **referente ao banho e higiene dos cabelos:**

*“...tenho receio em lavar meus cabelos.”*

*“...quero ficar sem lavar meus cabelos.”*

*“...não tenho, mas vou lavar...”*

*“...tenho medo de lavar e sentir dor de cabeça.”*

**referentes a alimentação:**

*“...pretendo cuidar para não causar mal ao bebê.”*

*“...quero seguir o que me falaram aqui na maternidade.”*

*“...pretendo cuidar, pois algumas coisas causam cólicas ao bebê, através do leite...”*

Cada puérpera traz consigo crenças e valores culturais relacionados aos seu cuidado, isso faz com que cada uma tenha uma modo diferente de se cuidar. Com isto percebemos a importância em conhecer a cultura de cada uma, para que possamos assim, prestar um cuidado mais humanizado.

Neste sentido, buscamos estabelecer uma troca de informações que possibilitou no esclarecimento das dúvidas, a preservação, adaptação e/ou repadronização destes cuidados sempre que possível.

O que pudemos observar ainda em relação às crenças e valores culturais no cuidado ao recém-nascido e puérpera foi um fortalecimento da expressão cultural quando uma pessoa mais velha (mãe, sogra, irmã...) se fazia presente. Vimos que estas pessoas se tornaram referências, ou seja pessoa significativa no apoio destas primíparas, enquanto atores se adaptando aos seus novos papéis sociais.

Para finalizar, gostaríamos de ressaltar que embora a amostra não seja muito significativa, fica evidente o novo papel do homem frente aos cuidados com o recém-nascido. Ele desenvolve o papel de ser pai presente e preocupado trabalhando em consonância com a mulher, para proporcionar um cuidado de qualidade ao seu filho.

Os valores e crenças culturais repassados ao longo dos anos em relação aos cuidados prestados aos recém-nascidos foram evidenciados, mas observamos que a vivência hospitalar pode colaborar para que os pais revejam suas crenças e valores, e junto com a equipe alterem ou reformulem alguns cuidados, ou sintam-se mais seguros em relação aos outros. Ainda em relação à cultura é importante que os profissionais de saúde a respeitem e considerem as pessoas significativas para as famílias.

## 7.2. OBJETIVO 2

**Vivenciar e compreender o processo de nascimento dos quatro papéis sociais: ser filho, ser mãe, ser pai, ser família.**

Agora convidamos o leitor a vivenciar conosco o processo dos quatro papéis sociais, evidenciados nas experiências das autoras, no Alojamento Conjunto.

Neste universo, encontramos mulheres e homens buscando colocar em prática uma nova habilidade, que durante nove meses só existiu em pensamentos e sonhos, e que só se concretizaram após o ato do nascimento: o papel de ser mãe e ser pai.

O contexto em que ocorre uma gravidez exerce grandes influências nas vivências emocionais do casal grávido neste período.

Uma gestação, pode ocorrer de forma planejada ou acidental, dentro de um relacionamento ou não, sendo a primeira gravidez ou mais uma; após anos de tentativas e tratamentos para engravidar, na adolescência ou tardiamente; no apogeu profissional da mulher ou do homem; durante uma fase de desemprego da mulher, do homem ou do casal; com assistência integral de saúde ou não, etc.

Pudemos observar neste trabalho que 56,5% dos casais entrevistados planejaram a gravidez e 43,5% não planejaram, e que, mesmo numa gestação muito esperada ou planejada, o casal pode passar por momentos em que questionam os pontos positivos e negativos da chegada de um filho naquele momento da vida.

A primeira gestação, geralmente exerce maior impacto na vida e nas emoções das pessoas grávidas. Como tudo que é novo, esperar um filho pela primeira vez pode suscitar sentimentos contraditórios, alegrias, ansiedades e preocupações, que fazem parte da vida de qualquer ser humano. Para compreender o significado de ser pai, mãe e família durante o processo de nascimento, entendemos que é necessário conhecer sentimentos frente a notícia da gravidez e dela quando concretizada com o nascimento. Para isso identificamos sentimentos nestas duas situações:

### **Sentimentos experienciados quando souberam da gravidez :**

Mãe: *“...fiquei espantada, mas depois apaixonada.”*

*“...foi ótimo, fiquei muito feliz.”*

*“...depressão, não queria que nascesse tão cedo!”*



*“...foi uma surpresa, não foi esperado, mas foi muito bem vindo.”*

*“...fiquei muito feliz, foi um bebê planejado e esperado, foi muita alegria.”*

*“...assustada, desesperada, chorava muito, pois minha mãe me colocou para fora de casa.”*

Pai: *“...foi um choque, pois não esperava.”*

*“...frio na barriga, foi um choque...no início foi difícil.”*

*“...recebi a notícia quando estava dirigindo, parei o carro e comemoramos juntos.”*

*“...me senti muito feliz, sempre quis ter um bebê!”*

*“...fiquei assustado em pensar que seria pai, mas depois me sinto alegre.”*

#### **Sentimentos experienciados durante a gestação:**

Mãe: *“...alegria, conversava bastante com ele na minha barriga.”*

*“...momentos de muita alegria!”*

*“...expectativa, ansiedade, curiosidade e saudades da minha família.”*

*“...um pouco de angústia.”*

Pai: *“...ansiedade, principalmente quando ele mexia na barriga dela e eu sentia...”*

*“...alegria, vontade de ler e saber as mudanças que estavam acontecendo com ela (esposa).”*

*“...depois que acostumei com a idéia foi melhor, senti alegria, felicidade e ao mesmo tempo responsabilidade.”*

*“...impressão de que não ia acabar.”*

Pudemos observar que os sentimentos são variados, sendo que as vivências do casal grávido podem variar, de momentos de querer ou não querer a gestação, numa forma mesclada ou alternada; evidenciando que nenhuma pessoa rejeita ou aceita totalmente a vinda de um filho. Sentimentos de realização, aventura, preenchimento, alegria, orgulho, amor, de ser responsável, podem misturar-se a preocupações internas, nas pessoas que esperam seus filhos durante estes nove longos meses.

É essencial que o casal grávido tenha a oportunidade de saber que vivenciar estes sentimentos contraditórios em relação à gravidez e ao filho, é uma etapa normal desta fase,

e que a maioria dos casais passam por estas experiências. Geralmente os meios de comunicação lançam sobre as pessoas mensagens à respeito das fantasias da maternidade e paternidade, mostrando só o lado róseo, feliz e sonhador, o que também favorece a instalação e o aumento da ansiedade no período de gravidez (Ávila, 1998).

Para que pudéssemos vivenciar estes papéis sociais juntos com os pais e mães primíparos, se fez necessário uma maior interação entre as autoras e a figura do pai e da mãe. O vínculo, foi sendo fortalecido à medida que cuidávamos e acompanhávamos os momentos de pré-parto, parto e pós-parto.

No período em que atuamos, conseguimos presenciar a 4 partos.

O relacionamento com as famílias assistidas, foi mais intenso e mais acessível quando conseguíamos participar do momento do parto. A interação foi maior e melhor, pois nossas conversas, orientações, massagens para aliviar as contrações, e todo o apoio e incentivo, fizeram com que se estabelecesse um vínculo de respeito e confiança.

Após o nascimento do bebê, questionávamos os novos pais a respeito dos sentimentos que surgiram no transcorrer do parto, vários foram os relatos, entre eles:

Mãe: *“...foi bom, apesar da dor, valeu a pena quando vi ele nascer.”*

*“...foram muitos sentimentos, não consigo dizer, parece que nessas horas, esquecemos de nós mesmas.”*

*“...felicidade, dor, emoção, chorei muito.”*

*“...fiquei surpresa, pois esperávamos um menino e quando vi era uma menina.”*

Pai: *“...emoção, vontade de chorar e fazer força junto para ajudar a nascer.”*

*“...foi emocionante, muita adrenalina, não imaginava que fosse assim, tive vontade de chorar mas segurei.”*

*“...foi marcante. O fato de ver o bebê através da USG era como ver na TV, você não pega, não sente...e agora ela é real, é de verdade.”*

*“...medo e emoção.”*

Através dos depoimentos, evidenciamos que mesmo sendo um momento de muita emoção e sensibilidade, cada pessoa vivencia de maneira distinta, independente do tipo de parto realizado; e que isto está relacionado com a sua história de vida, sua personalidade, seu nível de informação, sua cultura, e a maneira de simbolizar o processo do nascimento.

É um momento em que simbolicamente o casal terá de passar da condição de mulher/filha e homem/filho para mãe e pai. E, de acordo com a sua história de vida, cada pessoa grávida vai vivenciar e reagir de maneira própria e única esta experiência.

Isto é reforçado por Ávila (1998,p.109), quando diz que “cada homem e cada mulher grávida, vai reagir emocionalmente no transcórre do parto de acordo com a sua personalidade, a sua história de vida e a sua maneira de simbolizar o filho e o parto”. O feto que já pode ser sentido na relação do casal grávido e nas suas vidas deverá passar de hóspede do útero para hóspede da casa dos pais. E , uma vez nascido, o filho passará definitivamente do abdome materno para a cabeça e o coração dos pais, de onde não sairá mais. O feto passará da condição estável de “bebê fantasiado”, de fruto maduro enraizado no útero para um “bebê real” totalmente dependente dos pais e que finalmente poderá ser tocado (Ávila, 1998).

Ao analisarmos as mudanças dos papéis sociais, percebemos que estas, assumem grande importância na vida de cada personagem envolvido neste processo, porém, pode se manifestar antes, no momento ou ainda após o parto, como identificamos na tabela a seguir:

**TABELA 5 – Mudança de papel social – ser mulher para ser mãe e ser homem para ser pai, no período de setembro a novembro de 2000-Fpolis-SC**

Momento em que sentiram-se :	Pai		Mãe	
		%		%
Quando soube da gravidez	7	30,4%	10	43,5%
Durante a gestação	4	17,4%	7	30,4%
Quando nasceu	9	39,2%	3	13,0%
Quando sentiu a mexida do bebê pela 1ª vez	-	-	2	8,8%
Na primeira mamada	-	-	1	4,3%
Ainda não sente-se	3	13,0%	-	-
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Fonte: Questionário aplicado pelas autoras.

Pelos dados obtidos, percebemos que a maioria das mulheres sentiu-se mãe principalmente quando soube da gravidez, e também durante a gestação. Já nos homens,

observa-se que este sentimento foi mais evidenciado ao nascimento do filho, mas que também foi experienciado quando souberam da gravidez.

Acreditamos que o fato da mulher sentir o bebê crescendo no seu interior, faça com que ela idealize este bebê no seu inconsciente, levando-a a perceber-se mãe já nesta experiência, que só é vivenciada pelo homem na sua plenitude quando do nascimento do filho.

Segundo Nitschke (1991), família é um sistema dinâmico no qual as pessoas que fazem parte deste sistema dividem uma história, objetivos comuns, obrigações, laços afetivos, e um alto grau de intimidade. E mais, a família seria 2 ou mais indivíduos, cada qual com suas qualidades singulares que, interagindo, formam um todo que é diferente e maior que a soma de seus membros.

A palavra família traz consigo diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem, de sua cultura, e sua orientação religiosa.

Alguns conceitos sobre família foram relatados pelos pais (homens):

*“...acho que família é o que eu e ela éramos e agora com a vinda do bebê se concretizou,...uma união.”*

*“...é compromisso, é a família que te faz trabalhar, lutar pelas coisas, ter uma razão para conquistar o que se deseja.”*

*“...é uma união entre pessoas, que envolve amizade, confiança, companheirismo e amor.”*

*“...muito amor e carinho entre nós três (mãe – pai - filho).”*

Foi analisado também a mudança de papel social não apenas como ser pai ou mãe, mas no ser família. O momento em que mãe e pai sentiram-se como uma família, foi observado antes, durante, quando do conhecimento da gravidez e após o nascimento como é percebida na tabela que segue:

**TABELA 6** – Mudança de papel social do ser homem / ser mulher para ser família, no período de setembro a novembro de 2000-Fpolis-SC

Momento em que sentiram-se formando uma família	Pai		Mãe	
		%		%
Quando soube da gravidez	7	30.4	8	34.8
Durante a gestação	4	17.4	9	39.1
Depois que nasceu	7	30.4	4	17.4
Ainda não sente-se	4	17.4	2	8.7
Já sentia-se antes da gravidez	1	4.4	-	-
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Fonte: Questionário aplicado pelas autoras.

O sentimento de “ser família” é evidenciado tanto para o homem como para a mulher, pela presença do “ser filho”, seja ele ainda feto ou recém-nascido. Porém este sentimento, torna-se mais evidente quando o “ser pai” e o “ser mãe” deparam-se com o “ser filho”, na realidade fazendo emergir alguns sentimentos e expectativas, tais como:

Mãe: *“...as responsabilidades aumentaram com a vinda dela.”*

*“...são sentimentos agradáveis, se soubesse que seria assim, tinha tido um bebê bem antes.”*

*“...alegria ao amamentar.”*

*“...satisfação, fico feliz por mim, meu esposo e minha filha.”*

Pai: *“...as coisas tendem a ser diferentes agora, antes só pensávamos em nós dois, e agora só no bebê.”*

*“...profunda admiração pela minha esposa e pelo bebê, um sonho realizado.”*

*“...é um aprendizado, acho que estamos aprendendo juntos.”*

*“...os sentimentos são ótimos, a sensação é como se eu estivesse embrigado.”*

Buscando compreender claramente estes novos papéis sociais, sentimos a necessidade de conhecer o contexto social em que estas famílias estavam inseridas. Neste sentido realizamos quatro visitas domiciliares, sendo que as famílias visitadas foram aquelas que participamos do processo do nascimento como um todo, assistimos o parto e cuidamos no alojamento conjunto.

Nas visitas conseguimos não só conhecer um pouco mais das famílias, mas pudemos também observar e avaliar os cuidados prestados, sempre numa constante troca, incentivando as mães e pais nas suas práticas, reforçando a proposta de uma intervenção que procurou compartilhar saberes e práticas para um cuidado mais humanizado às famílias primíparas.

Dentre as quatro visitas, relataremos apenas uma delas, que segue abaixo:

Assim que chegamos na casa fomos recebidas pelo pai, este demonstrou alegria e parecia estar esperando por nossa visita. A casa situava-se em terreno amplo, de madeira com 5 cômodos, possuía rede de esgoto, luz elétrica e água encanada.

Fomos convidadas por ele para entrar, entramos e aguardamos a mãe que estava trocando o bebê. Quando esta chegou, iniciamos uma conversa à respeito de como estava sendo esta nova fase de suas vidas. Nos questionaram acerca de alguns assuntos, entre eles: umbigo, manchinhas na pele e referiram que no posto de saúde não haviam orientado quanto as reações adversas da vacina, pois o bebê segundo eles parecia sonolento. Também referiram que o bebê estava apresentando secreção ocular e que o pediatra já havia receitado um colírio.

Com os questionamentos do casal tentamos esclarecer as dúvidas e buscamos traçar um plano de cuidados compartilhado, sobre as dúvidas referidas. Aproveitamos a oportunidade para reforçar as orientações quanto ao aleitamento materno e ao mesmo tempo incentivar esta prática.

O casal compartilhou experiências e mostrou as primeiras fotos do bebê e relataram estarem sentindo-se mais capazes de realizar os cuidados com o bebê.

### **Percepção das autoras**

A família demonstrou interesse em nos receber e compartilhar as experiências vivenciadas após a alta hospitalar. Percebemos um fortalecimento no vínculo afetivo entre eles, a mãe parecia sentir-se mais valorizada com a participação do pai no cuidado com o RN e notamos que os valores culturais foram resgatados em forma de dúvidas e questionamentos. Pudemos perceber que o “ser família” se fazia presente através do vínculo afetivo estabelecido entre os três (mãe, pai e filha).

### 7.3. OBJETIVO 3

**Prestar cuidados de enfermagem a puérpera/recém-nascido, respeitando as crenças e valores da puérpera/pai.**

De acordo com o referencial utilizado, nós autoras, sendo influenciadas pela estrutura social, cuidamos da família primípara, buscando compreender a influência da cultura sobre suas percepções quanto ao cuidado com a mãe e seu recém-nascido. Baseando-nos nisto, procuramos considerar que a cultura é muito importante quando se fala em processo de nascimento, e que a família primípara tem um papel ativo nos cuidados prestados à mãe e bebê.

Desta forma, mantínhamos em algumas situações o cuidado que já vinha sendo feito, isto é, a preservação do cuidado, segundo Leininger. Muitas vezes acomodávamos e outras vezes houve necessidade de intervir, no sentido de repadronizar o cuidado.

O conceito de cultura e estrutura social de Leininger, a influência destes aspectos na vida da família primípara, bem como a forma desta perceber o cuidado, permearam todo o trabalho.

Quando falamos em cuidado, nos reportamos à definição de Leininger (1984) que diz que este é um conjunto de atividades de assistência, de apoio e de facilitação para um membro de família ou à família como um todo, a fim de manter ou recuperar a saúde.

Diferentes ações de cuidado, como: atenção à saúde, afeto, preocupação, responsabilidade, conforto, educação à saúde e outros, foram utilizados no decorrer deste trabalho.

Procurávamos assistir, orientar e esclarecer as famílias, sempre levando em consideração o seu saber e sua cultura. Orientamos sobre: cuidado com a puérpera e recém-nascido, amamentação, rotinas da unidade, as dúvidas a respeito das características fisiológicas do recém-nascido como millium sebáceo, eritema tóxico e mancha mongólica, sendo que estas orientações eram reforçadas no momento da alta.

Quanto às altas, procurávamos sempre que possível acompanhá-las, bem como as admissões no Alojamento Conjunto. Estas, eram formas utilizadas para interagir com a equipe. Buscando uma melhor interação, acompanhávamos as visitas médicas e de enfermagem, e participamos das passagens de plantão. Conseguimos desta forma manter-

nos próximas e compreender melhor a dinâmica da unidade. Na aplicação do processo, nos sentimos um pouco confusas no início do estágio, mas com o passar do tempo, conseguimos compreender a importância deste, quando cuidamos e quando procuramos valorizar os saberes das famílias cuidadas.

Preservar, acomodar ou repadronizar o cuidado, foi um desafio, mas aos poucos, compreendendo e conhecendo melhor a família primípara, suas percepções, modo de vida e quando começamos a interagir melhor, a negociação dos cuidados mostrou-se muito prazerosa.

Podemos exemplificar uma preservação de cuidado quando a mãe coloca uma penugem na testa do bebê para que o solução passe.

Quanto à acomodação ocorreu quando a mãe referiu que se o recém-nascido ficasse “amarelinho” colocaria ele para tomar banho de sol.

Referente a repadronização, temos como exemplo uma das mães, que relatou não querer lavar seus cabelos nos próximos 15 dias. Esta mãe foi orientada quanto a importância da lavagem dos cabelos no cuidado com o RN, evitando assim uma possível transmissão de microorganismos bem como o bem estar que a lavagem dos cabelos pode proporcionar. Após a orientação percebemos que a puérpera repadronizou seu cuidado lavando os cabelos, ainda na maternidade.

Grande parte das intervenções porém, foram no sentido de manter e acomodar o cuidado.

Para que o leitor possa compreender melhor o que foi vivenciar o processo de nascer junto com as famílias primíparas, vamos descrever a aplicação do processo de enfermagem para um deles. Denominaremos esta família como família pássaro, para preservar a identidade dos seres envolvidos neste processo.

### **7.3.1 O processo de enfermagem vivenciado com a família pássaro**

#### **7.3.1.1 Identificação da mãe, pai e recém-nascido.**

##### **A. Identificação da puérpera**

Nome: *Bem-te-vi*

Data de Nascimento: *29/04/76*

Naturalidade: *SC*

Situação conjugal: *união estável*

Religião: *católica*

Escolaridade: *2º grau completo*

Profissão: *do lar*



**B. Identificação da história gineco-obstétrica da puérpera**

Menarca: *12 anos*                      Intercorrências ginecológicas: -  
Método Anticoncepcional: *pílula*  
Gesta: *I*              Para: *Ø*              Aborto: *Ø*              Cesárea: *I*  
Amamentação: *Exercício nos mamilos/ banho de sol*  
Intercorrências em gestação atual/condução: -  
Pré-natal: *8 consultas*  
DUM *39s 5d*              USG *39s 5d*  
Intercorrências no puerpério: -

**C. Identificação do RN**

Nome: *Rolinha*                      Sexo: *F*  
Tipo de parto: *cesárea*  
Peso: *3230g*                      Altura: *47,5cm*  
Apgar: *9 e 10*  
Intercorrências: *nenhuma*

**D. Identificação do pai:**

Nome: *Canário*  
Data de Nascimento: *01/07/72*              Naturalidade: *SC*  
Situação conjugal: *união estável*  
Religião: *católica*  
Escolaridade: *2º grau incompleto*              Profissão: *Auxiliar de escritório*  
Endereço: -

**7.3.1.2, Entrevista com a mãe:**

1. Qual seu destino após alta da maternidade?  
*Minha casa.*
2. Quem a ajudará para o cuidado de si e do RN?  
*Minha mãe.*
3. Significado e práticas de cuidados com a puérpera referentes a:
  - resguardo/ quarentena: *Vou obedecer direitinho, são 40 dias.*
  - problemas com as mamas: *Estou fazendo banho de luz para evitar rachadura.*

- banho e higiene dos cabelos: *Tomar banho todo dia, lavar a cabeça, só depois do 7º dia.*
  - Alimentação: *Vou comer de tudo, observando as cólicas no bebê.*
4. Significado e práticas de cuidados com o RN referentes a:
- Banho: *importante, antes de ver o 1º tinha receios.*
  - Umbigo: *não tenho receios quanto ao cuidado do umbigo.*
  - Cólicas: *relacionado a minha alimentação.*
  - Solução: *friagem*
  - Assaduras: *higiene*
  - Icterícia: *vai sair da maternidade de amarelo.*
  - Mau olhado: *pretendo usar uma fita vermelha na roupinha do bebê.*
  - Moleira: *ter cuidado para não bater.*
  - Batismo: *pretendo batizar.*
  - Amamentação: *vou amamentar, acho muito importante.*
  - Arca caída: *quando a criança sente uma dorzinha no braço, ou por pegar errado.*
5. Que cuidados considera mais importantes (puérpera/RN)?
- Todos*
6. Utilização de recursos populares da comunidade (benzedeiras, curandeiros, etc)
- Não utiliza nenhum recurso.*
7. Utilização de profissionais de saúde.
- Utiliza Posto de saúde.*
8. Enquanto você está internada aqui na maternidade, você sentiu abertura para fazer perguntas sobre os cuidados a ser desenvolvidos com o seu bebê?
- Sim*
9. Você tem alguma pergunta a fazer sobre cuidados (puérpera/RN) que serão desenvolvidos em sua casa?
- Não*
10. Existem diferenças entre os cuidados que o bebê recebeu aqui na maternidade e aqueles que você fará em casa? Quais são estas diferenças?
- Pretendo seguir o que aprendi aqui.*
11. Você aprendeu "algo de novo" aqui na maternidade? O quê?
- Sim. Banho, "curativo do umbigo", sobre amamentação.*

12. Você adotará estes cuidados ou deixará por conta de quem for cuidar de seu bebê em casa? *Vou fazer o que aprendi aqui.*
13. Achou importante conversar sobre estas coisas? Por quê?  
*Sim. É sempre bom apreender.*
14. Como você se sentiu quando soube que estava grávida?  
*Fiquei muito feliz, foi um bebê planejado e esperado.*
15. Que sentimentos experienciou durante a gestação?  
*Alegria, ansiedade.*
16. E no momento do parto?  
*Foi bom, emoção, mas queria que fosse parto normal.*
17. E agora no puerpério? Que sentimentos você tem a respeito de si, do seu esposo e do seu filho?  
*São sentimentos agradáveis.*
18. Quando foi que você realmente se sentiu mãe/ família?  
*Mãe: quando mexeu pela primeira vez, família: desde o início da gestação.*

### **7.3.1.3. Entrevista com o pai:**

1. Quais suas expectativas com relação aos cuidados com o RN?  
*Pretendo ajudar no período em que estiver em casa.*
2. Tem alguma experiência de cuidado com RNs?  
*Não.*
3. Pretende auxiliar nos cuidados com o RN? De que forma?  
*Sim, se minha esposa concordar.*
4. O que entende por "família"?  
*Uma união entre nós três.*
5. Significado e práticas de cuidados com o RN referentes a:
- Banho: *não pretendo dar banho, minha esposa tem medo que eu machuque o bebê com minhas mãos ásperas.*
  - Umbigo: *não tenho medo.*
  - Cólicas: *frio*
  - Solução: *minha mãe falou que devemos colocar uma penugem na testa do bebê que logo passa.*
  - Assaduras: *higiene*

- Icterícia: *não sei o que é isso.*
  - Mau olhado: *não acredito em mau olhado.*
  - Moleira: *cuidado.*
  - Batismo: *importante.*
  - Amamentação: *importante.*
  - Arca caída: *não sei.*
6. Como você se sentiu quando soube que sua esposa estava grávida?  
*Fiquei muito feliz, foi um bebê planejado e esperado.*
7. Que sentimentos experienciou durante a gestação de sua esposa?  
*Curiosidade em ver o bebê, ansiedade.*
8. E no momento do parto?  
*Interessante, fiquei preocupado em saber se estava tudo bem com o bebê, se iria nascer perfeito.*
9. E agora no puerpério? Que sentimentos você tem a respeito de si, de sua esposa e do seu filho?  
*Profunda admiração pela minha esposa, e pelo bebê um sonho realizado.*
10. Quando foi que você realmente se sentiu pai/ família?  
*Pai: quando vi nascer, família: durante a gestação.*

## 7.3.1.4. O Processo

Identificação dos dados	Diagnóstico	Planejamento e Implementação			Avaliação Hospital/ Domicílio
		Plano de cuidados			
Aspectos sócio - econômico e culturais	Necessidades Encontradas	Ações de preservação	Ações de acomodação	Ações de repadronização	Evolução dos acontecimentos
<p>“Quero obedecer o resguardo.” (Mãe)</p> <p>CULTURAL</p>	Gregária		Acomodado por ser uma atitude cultural e de certo modo não interferir diretamente no processo de recuperação, entretanto foi orientada a consulta médica.		Na visita domiciliar a puérpera aguardava a consulta médica e estava obedecendo o resguardo.
<p>Banho de Infra-vermelho para evitar fissuras nos mamilos.</p> <p>SOCIAL</p>	Integridade cutâneo-mucosa	Preservado o cuidado realizado por ser benéfico para a integridade cutânea mucosa da mulher, trazendo benefícios também para	Acomodado orientações, reforçando sobre a posição e pega que o bebê deve apresentar durante as mamadas para evitar fissuras mamilares.		A puérpera não apresentou fissura mamilar devido aos cuidados de prevenção e pelo fato do RN apresentar uma mamada adequada (boa pega e sucção)

		o RN.			
<p>“Vou lavar meus cabelos depois do 7º dias após o parto.” (Mãe)</p> <p>CULTURAL</p>	Higiene			<p>Foi orientada quanto a importância da lavagem dos cabelos no cuidado com o RN, evitando assim uma possível transmissão de microorganismos bem como o bem estar que a lavagem dos cabelos pode proporcionar.</p>	<p>Após a orientação percebemos que a puérpera repadronizou seu cuidado lavando os cabelos, ainda na maternidade.</p>
<p>A puérpera refere pretender comer de tudo, observando sempre a tolerância do bebê.</p> <p>SOCIO-ECONOMICO</p>	Alimentação	<p>Preservado a observação/atenção que a puérpera terá quanto a tolerância do RN, após ela ter ingerido algum alimento diferente.</p>		<p>Orientada quanto a adequação da puérpera a uma dieta balanceada.</p>	<p>A puérpera seguiu as orientações contidas no Folheto da Nutrição, fornecido na maternidade e observou que o bebê sentiu cólicas quando ela ingeriu feijão.</p>
<p>BANHO:</p> <p>“Sentia receio de pega-lo antes de ver o primeiro</p>	<p>Higiene</p> <p>Segurança</p> <p>Auto estima</p>		<p>Estimular a capacidade da mãe e do pai no cuidado com o RN, a</p>	<p>Estimular a mãe e o pai em realizar juntos os cuidados do banho do RN fortalecendo</p>	<p>Pai presente e realizando os cuidados do RN junto com a puérpera.</p>

<p>banho.” (mãe)</p> <p>SOCIO-CULTURAL</p> <p>“Não pretendo dar o banho, minha esposa tem medo que eu machuque o bebê com minhas mãos ásperas.” (pai)</p> <p>SOCIAL</p>	<p>Auto imagem</p> <p>Ansiedade</p>		<p>partir da superação do receio que a mãe apresentava antes de ver o primeiro banho.</p>	<p>assim a auto confiança e confiança entre eles.</p> <p>Fortalecer a capacidade do pai para o cuidado com o RN, desmistificando assim a auto imagem e auto estima imposta pela esposa.</p>	<p>Na visita domiciliar relatam considerar-se mais auto suficientes para realizar o banho do RN</p>
<p>MAU OLHADO</p> <p>“Pretendo usar uma fita vermelha na roupinha do bebê.” (mãe)</p> <p>CULTURAL</p> <p>“Não acredito em mau olhado.” (pai)</p> <p>SOCIO CULTURAL</p>	<p>Proteção</p>	<p>Preservada por se tratar de um ato cultural e que não interfere no bem estar do RN.</p>			<p>No domicílio observamos que a puérpera utiliza a fita vermelha quando recebe visita e o pai continuava não acreditando.</p>
<p>COTO UMBILICAL</p> <p>“Não tenho receio quanto o</p>	<p>Higiene</p>	<p>Preservado, o cuidado realizado pode ser benéfico para o recém</p>			<p>Coto umbilical já havia caído durante a realização da visita domiciliar</p>

<p>cuidado do umbigo, e vou realizá-lo sempre que trocar as fraldas e no momento do banho”.(mãe)</p> <p>SÓCIO CULTURAL</p> <p>“Não tenho medo.”(pai)</p> <p>SOCIO CULTURAL</p>		nascido.			e a pele do RN se encontrava íntegra e sem sinais flogísticos
<p>MOLEIRA</p> <p>“Ter cuidado para não bater.” (mãe)</p> <p>SÓCIO CULTURAL</p>	Proteção		Não oferece nenhum risco para o bem estar do RN porém foi reforçado quanto os cuidados de higiene e orientado sobre as características das fontanelas (medidas, formatos)		O RN apresentou o couro cabeludo íntegro e limpo.
<p>SOLUÇÃO</p> <p>“Minha mãe falou que</p>	Proteção	Preservado quanto considerado um aspecto	Orientados quanto ao motivo do aparecimento		No Alojamento Conjunto, a criança havia apresentado



devemos colocar uma penugem na testa do bebê, que logo passa.” (pai)  CULTURAL		cultural	do soluço.		solução e foi colocado penugem vermelha na testa.
Uso de roupa amarela para sair da maternidade para evitar icterícia  CULTURAL	Déficit de Orientação	Preservado o uso da roupa amarela considerando como um aspecto cultural	Orientado quanto o significado da Icterícia, e sua prevenção.		A criança saiu da maternidade com roupas amarelas, realizou banho de sol no domicílio e não apresentou icterícia.

#### 7.4. OBJETIVO 4

**Contribuir para a implementação dos 08 (oito) passos para a Maternidade Segura e para a manutenção dos 10 (dez) passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.**

Para que pudéssemos auxiliar e orientar as mães com relação a amamentação, nos propusemos no decorrer do estágio a acompanhar o trabalho realizado pela Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM), onde participamos dos momentos de orientação e de ordenha manual.

Durante este período constatamos o empenho e a dedicação das funcionárias na realização do seu trabalho, levando em consideração a pessoa como um todo.

Esse período nos permitiu conhecer um pouco mais sobre a prática da amamentação, seu manejo, os problemas relacionados, e a forma como orientar e incentivar as mães à respeito da amamentação.

Todas as famílias com as quais vivenciamos o processo do nascimento, foram orientadas quanto a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida da criança. As formas/posições de se amamentar foram mostradas ao casal, e quando orientávamos, sobre a maneira de como esvaziar a mama, através da ordenha manual, incentivávamos os pais a participarem deste momento, os quais aceitavam e ficavam felizes, por estarem se sentindo capazes de ajudar e surpresos com a quantidade de leite que saía das mamas, e às vezes enchiam os “copinhos”.

Sempre que apareciam problemas relacionados a amamentação/mamas, procurávamos explicar que tanto a mãe como o RN estavam se adaptando a essa nova tarefa, que assim como a mãe não tinha prática em dar de mamar, o RN também estava aprendendo, e esse período de adaptação poderia causar alguns problemas, que necessitavam de ser resolvidos com muita calma e paciência e com a colaboração de todos da família.

Problemas como ingurgitamento mamário e fissura mamilar eram freqüentes. Estes problemas relacionados a amamentação, mais especificamente as mamas, foram compartilhados e buscamos juntas a melhor maneira de resolvê-los, incentivando as mães a continuar a amamentar e fazer deste momento um momento especial.

O momento das “mamadas” era um dos momentos onde aproveitávamos para observar e avaliar o vínculo estabelecido entre os três, a maneira como se olhavam, se acariciavam e se falavam. Algumas falas merecem ser destacadas:

*... eu acho que ele é a cara do meu marido...*

*...ele parece ser tão frágil...*

*...que coisinha mais fofa!....*

*...é tão perfeitinha!...*

Julgamos que na busca de nossos objetivos, conseguimos trilhar um caminho rico e pleno de realizações, pois pudemos adquirir e aperfeiçoar nossos conhecimentos, facilitando não só o desenvolvimento da prática assistencial e o processo de cuidar, mas principalmente o nosso crescimento pessoal.

## 7.5. OBJETIVO 5

**Buscar aprofundamento e ampliação dos conhecimentos em relação à Teoria de Leininger, à Humanização do Cuidado e atualização na área de Enfermagem Obstétrica, através de revisão bibliográfica, compartilhando de conhecimentos com a equipe e cliente, e participação em eventos específicos.**

Buscamos aprofundar e adquirir conhecimentos relacionados a Teoria de Leininger, a humanização do cuidado e atualização na área de Enfermagem obstétrica através de leituras e discussões com orientadora e supervisoras. Nestas discussões pudemos trocar/compartilhar e ampliar nossos conhecimentos nesta área.

O resultado de nossos estudos acerca dos temas referidos encontram-se incluídos neste relatório, no capítulo referente a revisão de literatura.

Com objetivo de ampliar nossos conhecimentos relacionados a amamentação, participamos do Curso sobre “Aleitamento Materno”, promovido pela Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM) da própria instituição, sendo que tivemos oportunidade de aprofundar nossos conhecimentos e esclarecer algumas dúvidas relacionadas ao tema, o qual nos auxiliou para o desenvolvimento de nossa prática assistencial.

## 7.6. ILUSTRANDO O ALCANCE DOS OBJETIVOS

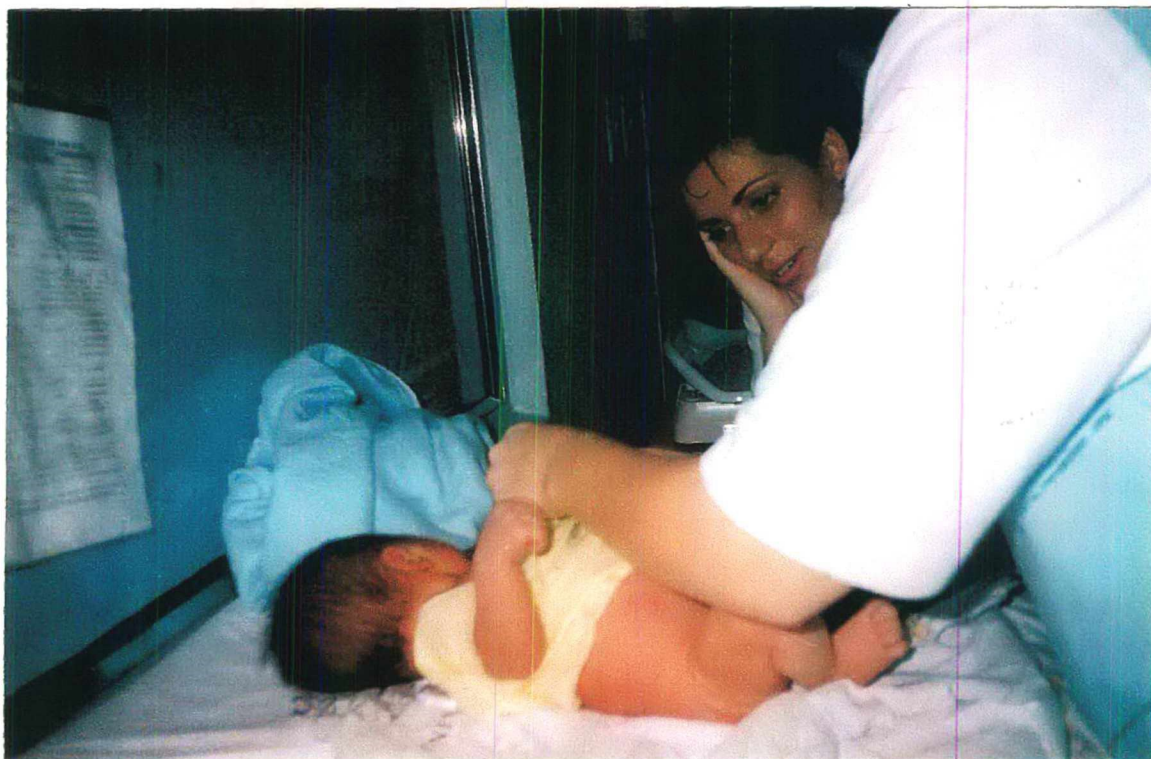
**Foto 1 – Nascer...**



**Foto 2 – Os quatro nascimentos: ser filho, ser mãe, ser pai e ser família.**



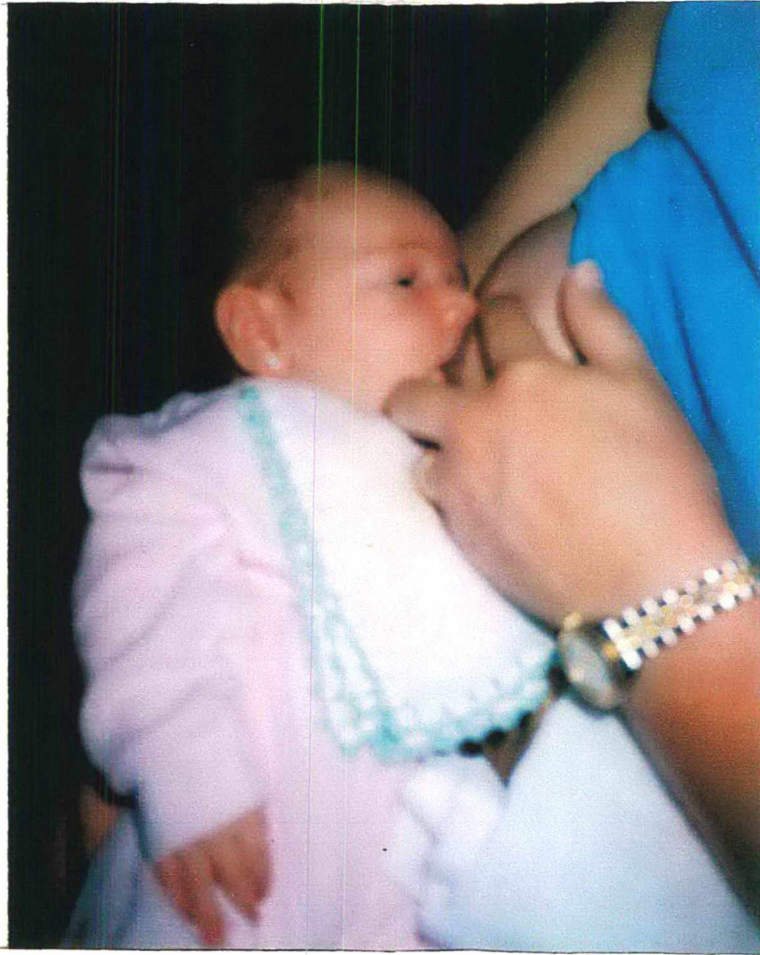
**Foto 3 – Cuidados e Orientações à família primípara**



**Foto 4 – Cuidados e Orientações à família primípara**



**Foto 5 – Amamentação**



**Foto 6 – Visita Domiciliar**



**Foto 7 – Visita Domiciliar**



**Foto 8 – Cuidados e Orientações à família primípara**



**Foto 9 – A Equipe**



**Foto 10 – Nossa Confraternização**





## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Quando aquilo que sonhamos é tão intenso, é capaz de se tornar realidade” (Anônimo)*

Ao finalizarmos este trabalho percebemos a importância do mesmo em nossas vidas. Ele não só permitiu a ampliação e aprimoramento de nossos conhecimentos, através de vivências e experiências, como também contribuiu sobremaneira para nosso processo de ser e de viver, no que se refere ao nosso crescimento pessoal e profissional.

Desenvolver este trabalho com as famílias primíparas, permitiu compreender a importância do processo do nascimento e vivenciar mais intensamente o papel da mãe, do pai, do filho e da família enquanto atores deste processo.

Esta experiência de cuidar mantendo respeito à cultura das famílias, muitas vezes exigiu grande esforço, com momentos de dúvidas, inseguranças, alegrias, desesperanças, onde pudemos perceber claramente as nossas limitações e potencialidades.

É difícil deixar de ser o detentor do conhecimento e acreditar que suas verdades é que devem ser seguidas. Que o conhecimento popular também é válido e pode ser utilizado desde que não prejudique o bem estar. Difícil negociar e “convencer” que algumas ações podem levar ao prejuízo.

O compartilhar informações e conhecimentos, foi uma experiência gratificante e um grande aprendizado, que foi facilitado por estarmos trabalhando em grupo. Neste sentido, trabalhar em grupo, mostrou-se muito prazeroso e produtivo, sendo que cada uma buscou respeitar as diferenças da outra. Vivenciamos sentimentos de companheirismo, compreensão, incentivo, amizade e apoio, que foram decisivos para diminuir o estresse que muitas vezes experimentamos.

A utilização do referencial teórico de Leininger foi decisivo para o alcance dos objetivos propostos. Sentimos quando esmorecíamos, que ter um guia teórico capaz de nos fazer ouvir e compreender a família com suas crenças e valores a respeito dos cuidados prestados à mãe e filho.

O referencial teórico de Leininger mostrou-se como um guia útil ao enfermeiro neste tipo de trabalho, uma vez que considera a realidade sócio-cultural da família.

Em nossa caminhada nos deparamos com fatores extremamente positivos que impulsionaram e facilitaram a implementação deste desafio.

Foram eles:

- o interesse das autoras pela área da saúde da mulher e da criança;
- o bom relacionamento entre as acadêmicas, proporcionando momentos descontraídos, de incentivo e compreensão durante a realização do trabalho;
- a experiência e boa vontade de nossas supervisoras e orientadora em nos repassar os conhecimentos afins;
- bom entrosamento com a equipe multiprofissional, tornando o estágio agradável e produtivo;
- a grande demanda de famílias primíparas no campo de estágio, favorecendo a diversidade de informações;
- a receptividade das famílias que lá se encontravam, contribuindo para o enriquecimento de nosso trabalho;
- a escolha de um referencial adequado a nossa proposta;
- a escolha do local onde mãe/filho e acompanhante permanecem juntos desde o nascimento até a alta hospitalar, favorecendo o relacionamento entre eles e, principalmente, por ser um ambiente que se preocupa em prestar uma assistência o mais humanizada possível.
- a oportunidade de termos participado das atividades do CIAM, adquirindo **mais** conhecimentos sobre amamentação.

**Como em** toda caminhada, alguns tropeços foram vivenciados no seu decorrer.

Foram eles:

- a dificuldade na compreensão da teoria escolhida e sua aplicação no início deste estudo;
- a indisponibilidade de tempo para assistirmos aos partos no Centro Obstétrico;

- a reduzida disponibilidade de tempo para aproveitarmos melhor as oportunidades do campo.

Neste contexto final podemos dizer que o exercício de estabelecer a relação entre a cultura e o cuidado, permitiu com que percebêssemos a dimensão do trabalho de enfermagem enquanto prática social.

Não só entendemos o papel desempenhado pelo homem, mulher e criança no processo do nascimento, mas esta prática nos levou a pensar também no papel do enfermeiro e da equipe de enfermagem, como seres com crenças e valores culturais que influenciam e são influenciados na sua prática de cuidado diário.

A enfermagem tem um papel fundamental no cuidado a mãe e recém nascido e acompanhante, sendo que este cuidado deve ser o mais humanizado possível, levando sempre em conta as crenças e valores culturais das famílias atendidas.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria F.B., KOPELMAN, Beijamim I. (org). **Rotinas médicas:** disciplina de pediatria neonatal da Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Atheneu, 1994.

ÁVILA, Angela Amâncio. **Socorro, Doutor! Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Atheneu, 1998.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado:** o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BENSON, R. C. **Manual de obstetrícia e ginecologia.** 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976.

BERNARDINO, C. L. **Projeto assistencial no processo de parir/nascer para um viver saudável**. Fpolis: UFSC, 1996. Projeto assistencial da oitava fase (Graduação em Enfermagem).- Curso de graduação de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

BOEHS, Astrid Eggert. **Prática do cuidado ao RN e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família**. Dissertação de Mestrado. Curso de pós-graduação em Enfermagem, Florianópolis: UFSC, 1990.

BRASIL, Portaria n.1016, 26 agosto. 1993. **Normas básicas para alojamento conjunto**. Disponível na internet. <http://www.aleitamento.org.br/aloja1.htm>. Setembro / 2000.

BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico cirúrgico**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

CAMPESTRINI, Selma. **Alojamento conjunto e incentivo a amamentação**. Curitiba: Educa, 1983.

COFEN/COREN. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro, 1996.

CUNHA, Iole da. **Treinamento Perinatal: conhecimentos básicos para a promoção de uma melhor qualidade de vida**. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzatto, 1991.

GEORGE, Julia B. Madeleine Leininger In; GEORGE, Julia B. e Col. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.

GIACOMINI, Clarice. O exame físico do recém nascido. In: MIURA, Ernani (org). **Neonatologia: princípios e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 74-

- HELMAN, Cecil. **Cultura, saúde e doença**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- JÁCOMO, Antônio J. D., LISBOA, Antônio M. J., JOAQUIM, Marinice C. M. **Assistência ao Recém Nascido: normas e rotinas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- KLAUS, Marshal; KENNEL, John H. **Pais / Bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- KLAUS, Marshall H. Klauss, Phyllis. **O surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- LEININGER, M. **Care: the essence of nursing and health**. Thorofare: Charles B. Slack, 1984.
- LEININGER, Madeleine. **Transcultural Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing, Nursing and Health**, 1985.
- LEONARD, B. Crescimento e desenvolvimento das famílias. In: ATKINSON, L.D. e MURRAY, M.E. **Fundamentos de Enfermagem: Introdução e processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. p.203-209.
- LINTON, Ralph. **O homem, uma introdução à antropologia**. São Paulo: Martins Fontes, 1976.
- LUZ, Juliana da. AGUIRRE, Tatiana. VIEIRA, Tatiana. **Casa de parto: Expressão da pós-modernidade? Uma aproximação de seu significado para enfermeiras obstétricas, restantes e puérperas**. Fpolis: UFSC, 2000. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica). – Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica. Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

- MALDONADO, Maria T. P. **Psicologia na gravidez: parto e puerpério**. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 1990.
- MIURA, Ernani. **Neonatologia: princípios e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1991.
- MONTICELLI, Marisa. Assistência ao recém nascido no alojamento conjunto. In: **OLIVEIRA, Maria Emília; MONTICELLI, Marisa; SANTOS, Odaléa Maria Brüggemann. Enfermagem Obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC, CCS, 1999.
- MONTICELLI, Marisa. **Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos**. São Paulo: Robe Editorial, 1997.
- MONTICELLI, Marisa. **O caminhar junto às mulheres e aos recém nascidos na perspectiva do nascimento como um rito de passagem**. Florianópolis: UFSC, 1993. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal Santa Catarina, 1993.
- NITSCHCKE, Rosane Gonçalves. **Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação saudável**. Fpolis: UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- OMS/UNICEF, **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, Ministério da Saúde**, 1993.
- PATRÍCIO, Zuleica. **A prática do cuidar: cuidado a família da adolescente grávida solteira e seu RN através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio cultural**. Dissertação de mestrado em enfermagem. Florianópolis, março , 1990.
- Pioneiro na Humanização**. O Povo, Fortaleza, Informe Publicitário, p.3. 31/10/2000.

PIZZATO, Marina G., DA POIAN, Vera R.L. **Enfermagem Neonatológica**. 2 ed. Porto Alegre: Luzzatto, 1988.

PRADO, Danda. **O que é família**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1995.

SANTOS, Daniela M. et al. **Enfermagem/família/recém-nascido pré termo: Juntos na batalha pela vida**. Fpolis: UFSC. Projeto assistencial da oitava fase (Graduação em Enfermagem).- Curso de graduação de enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

SANTOS, Evanguelia K. A. dos. Puerpério Normal. In: **OLIVEIRA, Maria Emília; MONTICELLI, Marisa; SANTOS, Odaléa Maria Brüggemann dos. Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC, CCS, 1999.

SILVEIRA, Paulo. **Exercício da paternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SPINOSA, Rosamaria. WATERKEMPER, Roberta. **Fortalecendo o potencial do trinômio mãe/ filho/ acompanhante para o auto-cuidado, em nível hospitalar e domiciliar**. Fpolis: UFSC, 2000. Projeto assistencial da oitava fase (Graduação em Enfermagem).- Curso de graduação de enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

STERN, Daniel M. **A constelação da Maternidade: panorama da psicoterapia pais/bebês**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

TARALLI, Mário. Exame Físico do recém nascido. In: **VIEGAS, Draulio, VILHENA-MORAES, Roberto de. Neonatologia para o estudante de pediatria e de enfermagem pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 149–153.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. *Filosofia da Maternidade do Hospital*, 1995.

VASCONCELOS, Vera M. R. **O Exercício da Paternidade Hoje**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

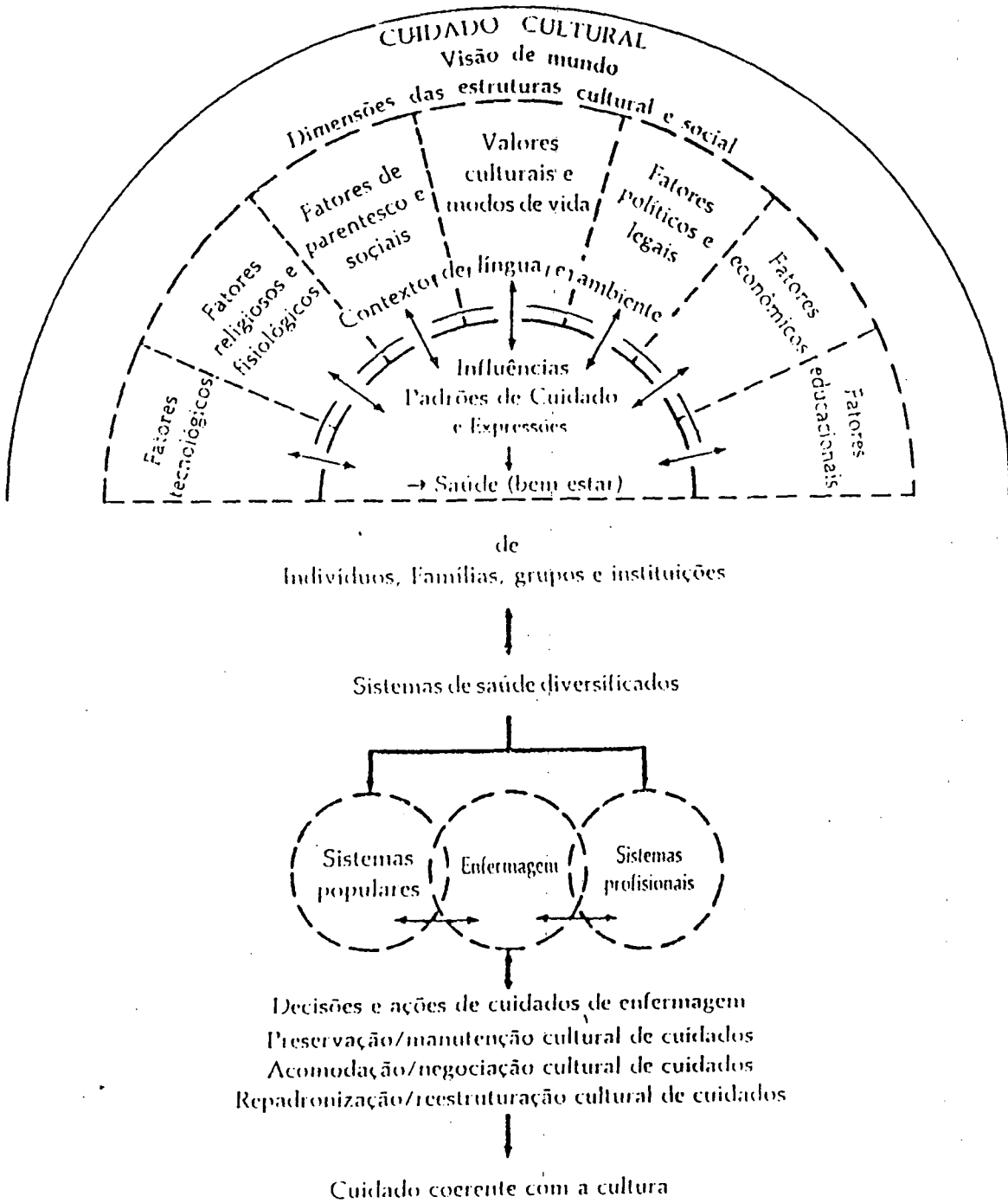
WHALEY, Lucille F. WONG, Donna L. **Enfermagem pediátrica : elementos essenciais a intervenção efetiva**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1997.

ZIEGEL, Erna E. **Enfermagem Obstétrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

## **ANEXOS**

Anexo 01

Modelo Sunrise



LEGENDAS

- Influenciadores
- Influenciadores direcionais

Figura 20-1. O Modelo Sunrise, de Leininger, retrata dimensões de Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado (De Leininger, M. Teoria de Enfermagem da Diversidade e Universalidade Cultural de Atendimento, de Leininger, Nursing Science Quarterly, 1988; 1, p. 157. Utilizado mediante permissão.)

## ANEXO 02

### ROTEIRO

#### Roteiro Guia Para Identificação

Data: Hora:  
Local:

#### 1.1. Identificação da puérpera

Nome:  
Data de Nascimento: Naturalidade:  
Situação conjugal:  
Religião:  
Escolaridade: Profissão:  
Endereço:

#### 1.2. Identificação da história gineco-obstétrica da puérpera

Menarca: Intercorrências ginecológicas:  
Método Anticoncepcional:  
Gesta: Para: Aborto: Cesárea:  
Amamentação:  
Intercorrências em gestação atual/condução:  
Pré-natal:  
DUM USG IG  
Intercorrências no puerpério:

#### 1.3. Identificação do RN

Nome: Sexo:  
Tipo de parto  
Peso: Altura:  
Apgar:  
Intercorrências:

#### 1.4. Identificação do pai:

Nome:  
Data de Nascimento: Naturalidade:  
Situação conjugal:  
Religião:  
Escolaridade: Profissão:  
Endereço:

## 2. Roteiro guia para entrevista com a mãe:

1. Qual seu destino após alta da maternidade?
2. Quem a ajudará para o cuidado de si e do RN?
3. Significado e práticas de cuidados com a puérpera referentes a:
  - ✓ resguardo/ quarentena
  - ✓ problemas com as mamas
  - ✓ banho e higiene dos cabelos
  - ✓ alimentação
  - ✓ episiorrafia
  - ✓ outros.
4. Significado e práticas de cuidados com o RN referentes a:
  - ✓ banho
  - ✓ umbigo
  - ✓ cólicas
  - ✓ soluço
  - ✓ assaduras
  - ✓ icterícia
  - ✓ mau olhado
  - ✓ moleira
  - ✓ batismo
  - ✓ amamentação
  - ✓ arca caída
  - ✓ outros.
5. Que cuidados considera mais importantes (puérpera/RN)?
6. Utilização de recursos populares da comunidade (benzedeiros, curandeiros, etc)
7. Utilização de profissionais de saúde
8. Enquanto você está internada aqui na maternidade, você sentiu abertura para fazer perguntas sobre os cuidados a ser desenvolvidos com o seu bebê?
9. Você acha que os profissionais de enfermagem deveriam preocupar-se sobre como você cuidará do seu bebê em casa?
10. Você tem alguma pergunta a fazer sobre cuidados (puérpera/RN) que serão desenvolvidos em sua casa?
11. Existem diferenças entre os cuidados que o bebê recebeu aqui na maternidade e aqueles que você fará em casa? Quais são estas diferenças?
12. Você aprendeu "algo de novo" aqui na maternidade? O quê?
13. Você adotará estes cuidados ou deixará por conta de quem for cuidar de seu bebê em casa?
14. Achou importante conversar sobre estas coisas? Por quê?

### 3. Roteiro guia para entrevista com o pai:

Data:

Hora de início:

Hora de término:

1. Quais suas expectativas com relação aos cuidados com o RN?
2. Tem alguma experiência de cuidado com RNs?
3. Pretende auxiliar nos cuidados com o RN? De que forma?
4. Como reagiu quando soube da gravidez?
5. O que entende por "família"?
6. Significado e práticas de cuidados com o RN referentes a:

- |             |               |
|-------------|---------------|
| ✓ banho     | ✓ mau olhado  |
| ✓ umbigo    | ✓ moleira     |
| ✓ cólicas   | ✓ batismo     |
| ✓ soluço    | ✓ amamentação |
| ✓ assaduras | ✓ arca caída  |
| ✓ icterícia | ✓ outros.     |

## ANEXO 03

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA

#### Identificação (MÃE):

Nome:

Data de Nascimento:

Naturalidade:

Situação conjugal:

Religião:

Escolaridade:

Profissão:

#### Perguntas para MÃE :

1. Como você se sentiu quando soube que estava grávida?
2. Que sentimentos experienciou durante a gestação?
3. E no momento do parto?
4. E agora no puerpério? Que sentimentos você tem a respeito de si, do seu esposo e do seu filho?
5. Quando foi que você realmente se sentiu mãe/ família?

#### Identificação (PAI):

Nome:

Data de Nascimento:

Naturalidade:

Situação conjugal:

Religião:

Escolaridade:

Profissão:

#### Perguntas para o PAI :

1. Como você se sentiu quando soube que sua esposa estava grávida?
2. Que sentimentos experienciou durante a gestação de sua esposa?
3. E no momento do parto?
4. E agora no puerpério? Que sentimentos você tem a respeito de si, de sua esposa e do seu filho?
5. Quando foi que você realmente se sentiu pai/ família?

## ANEXO 04

### APLICAÇÃO DO PROCESSO

Identificação dos dados	Diagnóstico	Planejamento e Implementação			Avaliação Domicílio/ Hospital
		Plano de cuidados			
Aspectos sócio - econômico e culturais	Necessidades Encontradas	Ações de preservação	Ações de acomodação	Ações de repadronização	Evolução dos acontecimentos



## ANEXO 05

### Filosofia da Maternidade

#### Na Maternidade do HU acredita-se que:

- ✓ Em se prestando assistência se ensina;
- ✓ É direito da mulher, RN, família, no processo de gravidez, parto e puerpério receber atendimento personalizado que garanta a assistência adequada, segundo Carter, nos aspectos biológicos sociais, psicológicos e espirituais;
- ✓ A atenção a saúde da mãe, RN e família na gravidez, parto e puerpério se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação;
- ✓ Sistema do alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento dos laços mãe-RN-família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde;
- ✓ A equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher – RN – família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado.
- ✓ As atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mulher –RN – família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência;
- ✓ A equipe deve exercer um papel atuante na educação da mulher acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;
- ✓ Todo pessoal deve ter qualificação da assistência a que tem direito a mãe – RN – família
- ✓ A parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos ou as rotinas terão flexibilidade para toda e quaisquer exceções, ou serão adaptadas após a geração do fato.
- ✓ O desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto as unidades que operam na maternidade ou com ela se relacionem;
- ✓ A mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde.

## **ANEXO 06**

### **OITO PASSOS PARA A MATERNIDADE SEGURA**

#### **PASSO 1: GARANTIR INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE REPRODUTIVA E DIREITOS DA MULHER**

O hospital ou maternidade deverá ter, por escrito e em linguagem simples, informações sobre a assistência pré- natal, parto e puerpério que possibilitem uma integração e participação ativa da mulher e equipe de saúde nesse processo.

Estas informações deverão conter dados relativos a:

1. Assistência pré- natal - A importância da assistência pré- natal e do cartão da gestante, a rotina de assistência, orientação sobre o uso de medicamentos como malefícios causados pelo uso do cigarro, álcool e outras drogas, orientação sobre vacinas. Dietética na gestação e no aleitamento materno, modificações corporais e sexualidade.
2. Orientação para o parto - Diagnóstico do trabalho de parto e sinais de alerta, os tipos de parto como a assistência ao parto e assistência imediata ao recém-nascido.
3. Orientação para o puerpério - Importância do alojamento conjunto, do aleitamento materno, informações sobre planejamento familiar e orientação para cuidados com o recém- nascido.
4. Importância da participação do pai e da família
5. Direitos da gestante, puérpera e da criança
6. Orientação sobre o risco reprodutivo

#### **PASSO 2: GARANTIR ASSISTÊNCIA DURANTE A GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO E AO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

A organização do sistema de atenção deve priorizar a garantia do atendimento materno. O hospital, de qualquer nível hierárquico, deve estar preferentemente inserido no

Sistema Único de Saúde, atendendo a uma população definida segundo critérios administrativos (regionalização da assistência) ou biológicos (gestação de risco). Assim, o hospital deve garantir também a internação para o parto de todas as grávidas atendidas no seu pré- natal, bem como implementar o sistema de referência e contra-referência.

O hospital garantirá:

- ✓ Internação para gestação de alto risco, intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas;
- ✓ Internação e/ ou transferência adequadas para o recém- nascido de alto risco;
- ✓ Internação para o parto de todas as gestantes matriculadas nas unidades primárias de sua jurisdição;
- ✓ Planejamento familiar.

### **PASSO 3: INCENTIVAR O PARTO NORMAL E HUMANIZADO**

O hospital ou maternidade deverá propiciar assistência com as seguintes características:

1. Assistência ao pré- natal - Desenvolver atividades que propiciem informações e discussões sobre o parto normal, esclarecimentos das vantagens do parto normal e visita da paciente à maternidade.
2. Assistência ao parto e puerpério - Permitir a presença de familiares na sala de parto e/ou pré- parto, manter recepção do recém – nascido junto à mãe e manter anestesia disponível.
3. Treinamento de pessoal - Treinamento dos profissionais de saúde orientado para a realização do parto normal e humanizado, e na atenção ao recém-nascido na sala de parto.

#### **PASSO 4: TER ROTINAS ESCRITAS PARA NORMATIZAR A ASSISTÊNCIA**

As rotinas devem detalhar a assistência pré- natal, o atendimento na sala de admissão, no pré- parto e ao recém- nascido, na sala de recuperação, nas enfermarias de gestantes e de puérperas, nos ambulatórios de assistência pós- natal e de planejamento familiar.

Estas rotinas devem seguir as diretrizes e normas para assistência materna e perinatal adotadas pelo Ministério da Saúde e órgãos a ele subordinados.

#### **PASSO 5: TREINAR TODA A EQUIPE DE SAÚDE PARA IMPLEMENTAR AS ROTINAS**

O hospital deve treinar toda a equipe multiprofissional de saúde envolvida nas ações objeto do Projeto Maternidade Segura, implementando as rotinas e sensibilizando profissionais para a adoção dos Oito Passos.

O treinamento deve ser realizado através de cursos e atividades de educação continuada em serviço. Deve propiciar reuniões multiprofissionais para avaliação dos resultados e discussão de casos clínicos (principalmente os casos de morte materna e perinatal).

Os cursos de treinamento deverão ter no mínimo 20 horas de duração, e pelo menos quatro horas de atividades práticas supervisionadas, o conteúdo deve abordar os aspectos relacionados nos passos 1 e 4.

#### **PASSO 6: TER ESTRUTURA ADEQUADA AO ATENDIMENTO MATERNO E PERINATAL**

##### **1 – Pré natal:**

O ambulatório deverá ter área física adequada (inclusive para deficientes físicos), recursos humanos capacitados, equipamento básico permanente, instrumentos de registro de dados e estatística, sala com material didático para educação em saúde, apoio laboratorial e também apoio de serviços de cardiocografia e ultra – sonografia. O ambulatório não precisa estar na maternidade, mas deve fazer parte do complexo.

## **2 – Períodos clínicos do parto, puerpério e recém nascido:**

A maternidade deverá ter:

- ✓ Área física destinada às salas de admissão, pré parto, puerpério, berçário, alojamento conjunto, que garanta condições adequadas de higiene e estoque adequado de insumos e medicamentos;
- ✓ Material permanente que satisfaça as necessidades de atendimento de qualquer tipo de parto e anestesia;
- ✓ Medicamentos básicos e material de consumos adequados às necessidades de assistência às parturientes, puérperas e aos recém nascidos;
- ✓ Acompanhamento do trabalho de parto, puerpério, e recém nascido, através de prontuários e fichas padronizados, conforme o passo 7;
- ✓ Serviços de banco de sangue e laboratório e , se possível, de ultra – sonografia, cardiocografia e banco d leite humano;
- ✓ Recursos humanos tecnicamente capacitados.

## **3 – Planejamento familiar:**

A maternidade deverá ter serviço e orientação de planejamento familiar, de forma que suas usuárias possam decidir sobre o método anticoncepcional mais adequado. Este serviço deve estar de acordo com as normas do Ministério da Saúde.

### **PASSO 7: POSSUIR ARQUIVOS E SISTEMA DE INFORMAÇÃO**

O hospital deve possuir arquivo médico e utilizar os instrumentos adotados pelo Ministério da Saúde ( Ficha perinatal ambulatorio, Ficha de internação perinatal, o Cartão da gestante e Mapa de Registro diário dos partos)

Havendo microcomputador, os dados das fichas devem ser arquivados no programa “Sistema de Informação Perinatal (SIP)” ou similar. Não havendo microcomputador, as fichas devem ser processadas e gerar informações para cálculo dos indicadores de saúde materno perinatal (mortalidade materna, fetal, neonatal e perinatal, percentual de nascimentos prematuros e com baixo peso).

**PASSO 8: AVALIAR PERIODICAMENTE OS INDICADORES DE SAÚDE MATERNO – PERINATAL**

1. Qualidade de preenchimento do prontuário através dos subprogramas “Falhas de preenchimento” e “Consistência dos dados”.
2. Arquivo médico organizado adequadamente para a pesquisa dos prontuários perinatais.

**Avaliação específica:**

- ✓ idade das pacientes
- ✓ gestações e paridades anteriores
- ✓ assistência pré-natal
- ✓ números de consultas pré-natais
- ✓ idade gestacional à primeira consulta pré-natal
- ✓ tipo de parto
- ✓ anestesia ao parto
- ✓ episiotomia / lacerações do trajeto
- ✓ frequência de baixo peso ao nascer
- ✓ frequência de anóxia grave ao nascer
- ✓ frequência de infecções do recém nascido
- ✓ frequência de infecção puerperal
- ✓ dias de internação após o parto
- ✓ taxas de mortalidade
- ✓ comunicação das mortes maternas aos comitês de mortalidade materna regionais

## **ANEXO 07**

### **DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO:**

- 1.** Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
- 2.** Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar esta norma.
- 3.** Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
- 4.** Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
- 5.** Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- 6.** Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
- 7.** Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
- 8.** Encorajar a amamentação sob livre demanda.
- 9.** Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
- 10.** Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

## ANEXO 8

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar deste trabalho, realizado pelas acadêmicas da oitava fase do Curso de Graduação em Enfermagem: Danieli Aparecida Colla, Francesli Patrícia Pereira, Márcia Helena Coelho, durante a assistência prestada no Alojamento Conjunto/Domicílio. E declaro para os devidos fins que a faço de livre e espontânea vontade e que recebi previamente as devidas orientações.

\_\_\_\_\_  
Responsável

\_\_\_\_\_  
Acadêmica

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2000



## ANEXO 9

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### AUTORIZAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_, como membro da família fotografada, autorizo o registro, através de fotos, de momentos referentes aos cuidados prestados pelas acadêmicas Danieli Colla, Francesli Pereira e Márcia Coelho, durante a assistência prestada no Alojamento Conjunto / Domicílio.

Concedo também a autorização para a publicação das fotos no trabalho de conclusão de curso da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Declaro para os devidos fins que a faço de livre e espontânea vontade e que recebi, previamente, as devidas orientações.

---

**Responsável**

---

**Acadêmicas**

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2000.

## **PARECER DO ORIENTADOR**

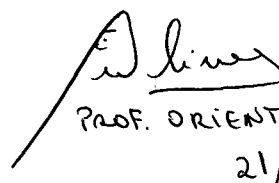


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O trabalho encanta pelo tema e pela descrição do mesmo. Foi realizado com muita sensibilidade e cientificidade. As autoras foram coerentes e objetivas nas suas análises. Recomendo para leitura e consulta, pois contribui substancialmente no ensino e assistência.

  
PROF. ORIENTADORA  
21/12/00