

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

**CUIDANDO DA MULHER ENQUANTO GESTANTE  
E NUTRIZ EM UMA COMUNIDADE DO MUNICÍPIO  
DE FLORIANÓPOLIS**

**ACADÊMICAS:**

**DANIELA DANIEL LAUREANO**  
**GEORGEANA DARIUS AVILA**  
**GISELE GEVAERD DA SILVA BARRA**

**FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1995**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0276  
Ex.1**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0276

Autor: Laureano, Daniela

Título: Cuidando da mulher enquanto gest



972492839

Ac. 241462

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**CUIDANDO DA MULHER ENQUANTO GESTANTE  
E NUTRIZ EM UMA COMUNIDADE DO MUNICÍPIO  
DE FLORIANÓPOLIS**

**ACADÊMICAS:**

**DANIELA DANIEL LAUREANO**

**GEORGEANA DARIUS AVILA**

**GISELE GEVAERD DA SILVA BARRA**

**Monografia apresentada a disciplina  
Enfermagem Assistencial Aplicada para  
conclusão do Curso de Graduação em  
Enfermagem da UFSC.**

**SUPERVISORA: MARIA APARECIDA SOUZA**

**ORIENTADORA: MARIA DA GRAÇA PEREIRA DO NASCIMENTO**

**FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1995**

## **RESUMO**

Este trabalho trata de uma proposta assistencial aplicada desenvolvida por alunos do último semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O trabalho foi realizado no período de 04/04 à 29/06/95 num Centro de Saúde II, localizado no município de Florianópolis, junto a gestantes no último trimestre e nutrizes até 1º mês de puerpério que frequentavam o referido Centro e que aceitaram participar do trabalho. Nele as autoras propõe preparar a gestante a compreender e participar ativamente do parto e da amamentação; conhecer os valores sócio-culturais da gestante e nutriz a respeito do parto e amamentação utilizando o referencial teórico de Madeleine Leininger; desenvolver habilidade em consulta de enfermagem à gestante, em educação para saúde em grupo e visita domiciliar e auxiliar na proposta do Centro de Saúde Amigo da Criança. Para o alcance dos objetivos propostos estabeleceram metas a serem seguidas e formas de avaliação para o alcance dos objetivos. Para a execução da proposta assistencial foram realizados 23 consultas de enfermagem ambulatoriais, 19 visitas domiciliares e 08 grupos de gestantes. Com este estudo as autoras puderam constatar que as dúvidas das gestantes quanto ao parto e amamentação foram bastante

diversificadas no entanto destacam-se aquelas relacionados aos pródromos do trabalho de parto, funcionamento da maternidade, cuidados com as mamas, preparo para a amamentação e pré-natal. Com relação a clientela se caracterizou por ser constituída de gestantes jovens na faixa etária de 17 a 27 anos, de religião católica, casadas, do lar, com primeiro grau incompleto, procedentes dos mais diversos municípios de Santa Catarina, com hábito de fazerem consultas de pré-natal, que o planejamento familiar é por elas adotado sendo a pílula o método mais utilizado e que o parto normal é a conduta mais adotada e a preferida pelas clientes. Diante do conhecimento sócio-cultural da clientela, as autoras estabeleceram uma proposta de cuidado de enfermagem que buscou acomodar, preservar e repadronizar o cuidado, segundo que preconiza Madeleine Leininger. No que diz respeito ao objetivo 03 as autoras no decorrer do trabalho conseguiram estabelecer com maior facilidade o diagnóstico de enfermagem bem como planejamento e implementação do cuidado tanto nas consultas como nas visitas domiciliares. Conseguiram também aprimorar sua relação com a clientela durante o atendimento individual, em grupo e na família. Salientaram as autoras em todos os contatos com a clientela, estabeleceram sobre a importância da amamentação e da participação da mesma no Programa Centro de Saúde Amigo da Criança proposto pelo CSII daquela comunidade junto a UNICEF.

## SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	01
2 - OBJETIVOS.....	04
2.1 - Objetivo Geral.....	04
2.2 - Objetivos Específicos.....	04
3 - REVISÃO DE LITERATURA.....	05
3.1 - Pré-Natal.....	06
3.2 - Parto.....	14
3.3 - Puerpério.....	51
3.4 - Aleitamento Materno.....	51
3.5 - Iniciativa Hospital Amigo da Criança.....	91
4 - REFERENCIAL TEÓRICO E PROCESSO DE ENFERMAGEM...	96
4.1 - Pressupostos da Teoria.....	97
4.2 - Conceitos norteadores do trabalho.....	98
4.3 - Processo de Enfermagem.....	100
5 - METODOLOGIA.....	102
5.1 - Características do Campo de Estágio.....	102
5.2 - Identificação da clientela.....	104
5.3 - Instrumento para levantamento de dados.....	104
5.4 - Plano de Ação.....	105
5.5 - Avaliação dos Objetivos.....	107

6 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	108
7 - FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS.....	126
7.1 - Facilidades.....	126
7.2 - Dificuldades.....	127
08 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM.....	128
09 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	130
10 - ANEXOS.....	133

## **INTRODUÇÃO**

O trabalho cuidando da mulher enquanto gestante e nutriz em uma comunidade de Florianópolis em seu contexto sócio-cultural foi elaborado por três discentes matriculadas na Disciplina Estágio Assistencial Aplicada oferecida na VIIIª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

O objetivo principal desta disciplina, a quem este estudo está vinculado, é de que os discentes tenham livre arbítrio na escolha da área e campo de estágio, bem como do supervisor e orientador, para que juntos possam desenvolver o projeto de Assistência de Enfermagem. Portanto, devem estar habilitados para planejar, executar e avaliar uma assistência individual e coletiva com aplicação dos conhecimentos práticos adquiridos no decorrer do Curso de Enfermagem, guiados por um referencial teórico.

Foi desenvolvido no período de 03/04 à 29/06/95 no Centro de Saúde II - Saco Grande II, no Território Distrito de Florianópolis localizado à Rodovia Virgílio Várzea, nº 807, no bairro Saco Grande II.

O CSII - Saco Grande II, limita-se na região centro-oeste da ilha. Área delimitada pela Rodovia Estadual SC 401 e do outro lado pela encosta dos Morros.

A escolha do tema deve-se ao fato de acreditarmos que: ① o cuidado de enfermagem proporcionado a sua clientela deve incluir ações baseadas, entre outros, nos seus valores sócio-culturais para que então, através da adequação, reformulação ou mesmo utilização de novas práticas de cuidado, possa melhorar suas condições de Saúde, de bem estar e de integração social. ② que o cuidado de enfermagem à gestante e nutriz, preparando-a para o parto e a amamentação, é uma contribuição indispensável para a diminuição de distúrbios psicológicos e físicos que podem ocorrer durante a gravidez e o parto, bem como para o desenvolvimento do apego e diminuição da mortalidade infantil no 1º ano de vida.

A assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério compreende um conjunto de procedimentos que visam acompanhar os processos fisiológicos, naturais e espontâneos, bem como rastrear o desencadeamento de entidades mórbidas, próprias ou incidentais ao processo gestacional, cujo diagnóstico precoce e instituição de adequada terapêutica objetivam preservar a saúde e o futuro biológico do binômio materno-conceptual.

Está plenamente comprovado que os eventos nocivos que atuam nesta etapa de vida humana determinam consequências extremamente complexas, com repercussões tanto para o feto, quanto para o recém-nascido e criança.



Abstraído as ocorrências cuja gravidade aparece já na simples convivência social, interessa ressaltar que, muitas delas, são identificadas em fases posteriores e já avançadas da vida, traduzidas pelas dificuldades do indivíduo em alcançar a plenitude de seu desenvolvimento neuro-psico-motor.

Durante o período gestacional e até mesmo antes dele, tanto a mãe quanto o pai e também os familiares mais diretos devem ser instruídos a respeito dos eventos da gravidez, trabalho de parto e nascimento, bem como o comportamento do recém-nascido e lactente. A participação do núcleo familiar de modo ativo e consciente em todo período, contribui decisivamente para conclusão do processo fisiológico, que deve se constituir em fonte de felicidade para a família célula básica da sociedade (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, 1991).

Para a implementação deste trabalho, utilizamos a teoria do cuidado transcultural: Diversidade e Universalidade de Madeleine Leininger, porque acreditamos que independente da corrente de pensamento a qual esteja vinculado, a visão de mundo do enfermeiro deve abranger um ser humano social e culturalmente definido, impossível de ser isolado, pois o cercam múltiplos fatores (ambiente, econômicos, religiosos, éticos e culturais), e que esta visão alongada do ser humano mostra a relatividade do individual frente ao social.

## 2 - OBJETIVOS

### → **Objetivo Geral:**

Cuidar da mulher enquanto gestante, ajudando-a a compreender o parto e a amamentação como fases naturais no processo de reprodução humana.

### ↳ **Objetivos específicos:**

- ↳ 1- Preparar a gestante para compreender e participar ativamente do parto e amamentação.

↳ 2 - Desenvolver um histórico (instrumento) de enfermagem a fim de conhecer os valores sócio-culturais da gestante e nutriz a respeito do parto e amamentação.

↳ 3 - Desenvolver habilidade em consulta de enfermagem à gestante, em educação para a saúde em grupo e em visita domiciliar.

↳ 4 - Auxiliar na proposta do Centro de Saúde em se credenciar como Centro de Saúde Amigo da criança.

### **3 - REVISÃO DE LITERATURA**

Profundas alterações fisiológicas ocorrem no corpo materno durante a gravidez, envolvendo todos os sistemas. Esses ajustes funcionais em respostas à carga fisiológica aumentada começam nas primeiras semanas de gestação e continuam durante a gravidez. Após a liberação do feto e da placenta, o corpo da mãe começa a retornar ao seu estado anterior a gravidez algumas alterações revertem rapidamente. As mais lentas estarão completas em aproximadamente seis semanas com exceção das mamas que continuam a secretar leite por alguns meses se a mãe amamentar o filho.

Ziegel, Cranley (1985), consideram que embora a gravidez seja um evento biologicamente normal é um evento especial na vida da mulher, distinto de outros períodos de sua vida, em que ocorrem alterações fisiológicas, emocionais e psicológicas intensas, além das alterações perceptíveis como as da silhueta, levando a gestante a perguntar-se “quem sou eu”? Estas alterações são respondidas pela futura mãe de acordo com os diversos fatores tais como: Seu planejamento da gravidez, seus relacionamentos familiares, o número de filhos que possui, o seu modo habitual de se ajustar as alterações e outras.

Para Maldonado (1988, p. 19) a gestação já e juntamente com a adolescência e o climatério, um período crítico de transição, mas que faz parte do processo normal de desenvolvimento. A autora justifica esse enfoque considerando as mudanças metabólicas complexas, o estado temporário de equilíbrio estável devido as perspectivas muito grandes de mudanças nos aspectos de papel social, reordenação de relações interpessoais, necessidade de novas adaptações, reajustamento intra-psíquico e reformulação da identidade. Sob esses enfoques, a gestação é um período que envolve a necessidade de reestruturação em várias dimensões.

### **3.1 - Assistência Pré-Natal na Saúde Materno-Infantil**

No período perinatal, mãe e criança são atores de um evento comum, que tem ou seu ponto culminante no parto, com consequências diretas para ambos. A assistência à gestação faz-se necessária pela própria especificidade desta condição, que requer suporte global à saúde da gestante, do bebê e a minimização do trauma que o parto em si pode representar (Seminário sobre violência em São Paulo: 1990).

Originária na França, como decorrência dos trabalhos de Pinar e de Budin, a assistência pré-natal tem hoje, metas muito mais amplas. Além da sua finalidade psicológica, educacional e social, preocupa-se com a identificação da “gestação de alto risco”, na qual os organismos da mãe e do feto estão sujeitos a inúmeros agravos (Rezende, 1991).

Resumidamente, os objetivos da assistência pré-natal são: orientar os hábitos de vida da gestante (dieta alimentar, atividades físicas, vestuário, etc), dar assistência psicológica e educacional; preparar a gestante para o trabalho de parto; ensinar noções de puericultura; fazer o diagnóstico e tratar as doenças existentes que podem gerar riscos para a gravidez e o parto; acompanhar sequencialmente o processo de gestação (Rezende: 1991).

A assistência pré-natal deve ter início o mais rápido possível isto é, com poucos semanas passadas do primeiro período menstrual ausente. Quanto mais precoce for o seu início, maior será a sua eficácia. Na primeira consulta, recomenda-se a realização de uma anamnese minuciosa e dos exames físicos e tocoginecológicos, acompanhados da solicitação de exames complementares de rotina. Quando necessário, encaminha-se a gestante a outros especialistas. O desdobramento das consultas subsequentes dependerá das condições derivadas do exame inaugural; visam, principalmente, o controle do ganho ponderal e das cifras tencionais sob condições normais, as consultas serão mensais até o sexto mês, bimensais no sétimo e no oitavo meses e semanais no nono mês. (Rezende: 1991).

É de fundamental importância a avaliação das condições gerais da grávida, seus antecedentes obstétricos e ginecológicos e o ambiente em que vive. Do ponto de vista dos serviços de saúde torna-se imprescindível a organização de ambulatórios especializados para tratar gestantes de risco elevado que exigem

pessoal e aparelhagem adequada para rastrear ameaças clinicamente inoperantes à vida fetal (Rezende, 1991).

Segundo manual de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde, para que a assistência pré-natal seja efetiva as seguintes condições devem ser garantidas: a) captação precoce da gestante na comunidade; b) controle periódico contínuo e extensivo à população alvo; c) recursos humanos treinados, d) área física adequada; e) equipamentos e instrumental mínimo; f) instrumento de registro e estatística; g) medicamentos básicos; h) apoio laboratorial mínimo; i) Sistema eficiente de referência e contra referência; j) avaliações das ações de assistência pré-natal.

A garantia de acesso a esses procedimentos de comprovada eficácia na prevenção e controle das patologias perinatais e de comprovada redução da mortalidade materna e perinatal, deve ser estendida à parcelas da população ainda não beneficiadas.

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve contar, além das consultas médicas, com as consultas de enfermagem, odontológica, nutricionais, psicológicas e de serviço-social.

“A gravidez é um período de várias mudanças físicas e emocionais, que cada mulher vivência de forma distinta. Essas mudanças podem gerar medos, dúvidas, angústias e fantasias. Informações sobre diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e o pessoal de saúde. Essa possibilidade de intercâmbios de

experiência e conhecimento é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo da gestação” (Assistência Pré-Natal, 1988).

O acesso ao acompanhamento pré-natal é um indicador chave para a avaliação do grau em que a saúde, como “direito de todos e dever do estado”, se encontra numa determinada sociedade. O acesso aos serviços de saúde que oferecem este tipo de atendimento, as campanhas de conscientização da população, o grau de escolaridade da mãe e a nível sócio-econômico das famílias são fatores que influenciam esta prática de saúde (IBGE: 1989).

A prematuridade, a desnutrição e o baixo peso ao nascer refletem tanto a qualidade de atenção pré-natal e do parto quanto as condições de saúde e de nutrição da mãe, e, indiretamente as condições de vida da população. Outros problemas de Saúde que ocorrem durante a gravidez, como as infecções e as anemias, bem como a gestações frequentes, o fumo, o uso de drogas e o desgaste no trabalho, seriam possíveis de solução através da assistência pré-natal (IBGE, 1989).

Estas considerações apontam para a necessidade imediata de um atendimento integral às mulheres, principalmente durante a gravidez. Todas as gestantes deveriam começar as consultas de pré-natal antes do terceiro mês de gravidez e realizar pelo menos seis consultas até o parto.

### **3.1.1 -Aspectos Psicológicos da Gravidez e do Parto.**

Embora a existência de estados emocionais peculiares na gravidez seja reconhecida pela grande maioria dos autores, a origem desses estados ainda é

muito discutida. É fácil supor, em vista das grandes transformações provocadas pela gravidez que todas as mudanças emocionais devem-se a existência de conflitos normalmente presentes neste período. No entanto, é perfeitamente possível que outros fatores influam decisivamente na etiologia dos estados emocionais da gravidez. Estudos feitos com animais e seres humanos mostram que os hormônios sexuais exercem efeitos definidos no comportamento, sugerindo que as grandes mudanças dos níveis de estrogênio e progesterona podem influir enormemente na psicologia da gravidez.

No primeiro trimestre a percepção da gravidez, pode ocorrer bem antes da confirmação pelo exame clínico e até mesmo antes da data que deveria ocorrer a menstruação. Não é raro a mulher captar em nível inconsciente as transformações bioquímicas e corporais que assinalam a presença de gravidez, é expressas essas percepções através de sonhos ou “intuições”. É neste momento que se instala a vivência básica da gravidez que vai se manifestar sob diversas formas no decorrer dos três trimestres.

O segundo trimestre é considerado mais instável do ponto de vista emocional. O impacto dos primeiros movimentos fetais é um fenômeno central neste trimestre - é a primeira vez que a mulher sente o feto como uma realidade concreta dentro de si, como um ser separado dela e no entanto tão dependente, mas já com características próprias.

No terceiro trimestre o nível de ansiedade tende a elevar-se com a proximidade do parto e da mudança de rotina da vida após a chegada do bebê



tornando-se especialmente aguda nos dias que antecedem a data prevista e intensificando-se ainda mais quando a data é ultrapassada. Os sentimentos são, em geral, contraditórios, a vontade de ter um filho e terminar a gravidez é simultânea a vontade de prolongar a gravidez para adiar a necessidade de fazer novas adaptações exigidas pela vinda do bebê.

Com o desenvolvimento da ciência, a assistência ao parto é, do período grávido-puerperal, o apogeu da vida psico-fisiológica da mulher (Soares, 1972). É no parto que a função reprodutora da mulher se efetiva e é também em decorrência deste que sua função de continuidade de vida se faz mais presente, pois é a partir do parto com o nascimento do bebê, que a mulher pode ver a vida concretizada na forma de novo ser, potencialmente capaz de prolongar-se dentro da própria espécie (Nascimento, 1984).

A assistência ao parto, durante a evolução histórica do atendimento à mulher grávida, passou dos cuidados empíricos de feiticeiras e curiosas, para os cuidados científicos de profissionais médicos e enfermeiros, realizadas nos domicílios e em hospitais.

Quanto a esse aspecto, Stevens (1980), informa que entre os povos primitivos, o nascimento era objetivo de muitas superstições, algumas das quais persistem até hoje. Quando o parto era difícil, algumas vezes eram chamados padres e curandeiros para auxiliar com rezas e magias.

Com o desenvolvimento da ciência, a assistência ao parto sofreu muita transformação e o nascimento da criança deixou de ser um acontecimento

normal, tanto para a gestante à sua família como também para os profissionais de saúde.

Ruder, citado por Nascimento (1984), salienta que as sociedades mais avançadas têm uma tendência a considerar ao menos certa parte da gestação como enfermidade, e tratá-la de forma similar a outra enfermidade. Por exemplo, o dissuadir a mulher dar à luz em casa, e de aumentar o número de partos nos hospitais.

Para Nascimento (1984), a idéia de que o parto é anormal e perigoso, para a maioria das mulheres, aliada aos fatores sociais, econômicos, culturais e afetivos a que está sujeita desde a mais tenra idade, bem como das informações obtidas sobre o parto, o nascimento do nenê, e de sua experiência com partos anteriormente ocorridos, criam principalmente na parturiente, expectativas revestidas de uma espécie de significados.

A propósito dos valores culturais, a Organização Mundial de Saúde OMS (1976) salienta a sua importância quando se pretende estabelecer programas de assistência na área materno e infantil, em uma determinada comunidade. Lembra que esses valores se manifestam nas crenças, práticas e atitudes de seus membros. Valores estes que, através de gerações, são fortemente arraigados e têm influência na conduta dos indivíduos em determinadas situações.

Para Maldonado (1984), afirma com relação ao que o parto pode representar para a gestante, que “esse se constitui como um momento crítico por várias razões: é sentido como uma situação de passagem de um estado para outro, cuja

principal característica é a invariabilidade - uma situação que precisa ser enfrentada de qualquer maneira”. Uma outra particularidade que contribui para o aumento da ansiedade e da insegurança com a aproximação da data prevista, é a impossibilidade de controlar o processo. O parto é, portanto, vivido como um “salto no escuro”, um momento imprevisível e desconhecido sobre o qual não se tem controle.

Segundo Deutsch (1969) “o parto é a vivência mais exata que temos de nosso próprio trauma de nascimento e, nele, a mulher é identificada com o bebê. sente medo de perdê-lo ou de que ele a perca. Neste temor à separação que expressa um temor a morte, reside a maior ansiedade do parto.

Com referência ao aspecto psicológico e à sua relação com as informações prestadas à mulher antes da sua situação de parto Soifer (1980, p. 61-62), comenta que, quando os primeiros sintomas de contração de parto aparecem, um dos fatores que fazem as gestantes que frequentam cursos psicoprofiláticos o reconhecem, são as informações prestadas, que ao enfocarem esses sinais, possibilitem à gestante indentificá-los. Em geral, uma vez conhecida a situação, é reconhecida, deixando lugar a um estado de serenidade e a adoção de condutas coerentes e lógicas.

Soifer (1980), afirma que o reconhecimento da situação de parto como um processo normal, ocorre em mulher preparada que consegue elaborar a sua ansiedade por si só e com a ajuda dos profissionais, que a preparação psicoprofilática e os grupos de discussão, expondo o desenvolvimento dos

preparos de dilatação e parto, ao mesmo tempo que permitem comentar e recolocar vivências, proporcionam em geral a necessária elaboração

Os primeiros dias após o parto são em geral vividos como uma mistura de sentimentos, euforia e alívio, por ter passado pela experiência do parto e ter visto o filho nascer saudável.

### **3.2 - Parto**

#### **a) Conceito**

Segundo Rezende, (1991), parto seria o estágio resolutivo do ciclo grávido puerperal onde ocorre a expulsão do feto vital, para o mundo exterior através das vias genitais.

#### **b) Generalidades sobre o parto**

Tecnicamente o parto consiste na expulsão do feto viável para o mundo exterior, através das vias genitais, ou na extração do feto do corpo materno por meios cirúrgicos (fórceps ou operação cesariana, esta conhecida também como parto abdominal). Se o feto não for viável, ou seja, se não tiver condições adequadas de sobre vida, a expulsão ou extração do feto não será tecnicamente um parto, mas sim um aborto, embora o aborto fetal envolva mecanismos equivalentes aos de um parto.

**Tipos de parto** - O parto pode ser classificado em obediência pelo menos seis critérios:

Segundo a época - Se o parto ocorrer entre a 29<sup>a</sup> e a 35<sup>a</sup> semana de gestação (6 meses e 1 semana a 7 meses e 3 semanas), o parto é prematuro. Se ocorrer a

partir da 36<sup>a</sup> semana, mas antes da 42<sup>a</sup>, será parto de *termo*, que é normal no tocante à duração. Finalmente, será *hipermaturo* se ocorrer depois da 42<sup>a</sup> semana de gravidez.

A maioria dos autores parece considerar como duração média normal o período de 40 semanas, ou 280 dias, ou 10 meses lunares ( cada mês lunar compreende o ciclo das quatro fases da lua, ou seja, 28 dias). Paralelamente, a hipermaturidade ocorreria em gestações com mais de 294 dias de duração e a prematuridade em função das condições de sobrevivência do feto. Em outras palavras, parto prematuro seria aquele que o feto nascesse antes de 35 semanas de gestação, porém com peso e outras condições capazes de assegurar-lhe chances de sobrevivência. Acontece porém, que tampouco existe acordo entre os estudiosos sobre quais sejam as condições mínimas de sobrevivência.

Em suma, a questão é uma larga controvérsia que ainda não comporta definição.

Segundo a assistência ao parto - Sob esse aspecto, o parto poderia ser espontâneo, assistido (ou dirigido) ou induzido. Parto espontâneo é aquele que decorre sem nenhuma assistência. Estudos antropológicos revelaram que durante as migrações dos índios americanos, as parturientes desciam do cavalo, davam a luz sozinhas, embrulhavam as crianças e voltavam à tribo em seguida.

O parto assistido ou dirigido envolve a participação de médico obstetra ou de parteira, uso de medicamentos, ruptura artificial da bolsa amniótica, anestesia e outras providências de favorecimento do processo.

Finalmente, o parto induzido é aquele em que o obstetra provoca a antecipação do parto por meios artificiais. Conhecido também como parto *antecipado* ou parto *terapêutico* ou *provocado*, esse tipo destina-se a proteger a mãe ou o feto contra prolongamento excessivo da gravidez, em decorrência de anormalidades como diabete e hiper maturidade.

Segundo o número de conceptos - Considera-se um único parto qualquer termo da gravidez, independentemente do número de crianças que venham à luz. Mas existem especificações: parto simples, quando se trata de apenas um feto e parto gemelar (de dois ou mais gêmeos).

Segundo a anormalidade - Quando o parto reúne todas as condições de normalidade, é considerado parto *fisiológico* ou *eutócico* (eu, bom, correto; tocos, nascimento) . O parto anormal ou patológico ou distócico é todo aquele que, em razão de dificuldades mecânicas ou outras, envolve perigo para a parturiente e para o feto. Em geral, os partos distócicos são operatórios.

O parto operatório pode ser vaginal, como o que requer o emprego do fórceps, instrumento de aço semelhante a um jogo de duas colheres dispostas em forma de pinça; a cabeça da criança é acomodada entre as duas conchas e puxada pelo obstetra.

Também o parto pélvico (em que a criança se apresenta sentado ou de pé) é considerado um parto distócico, pelas dificuldades técnicas que oferece.

Já a incisão do períneo, adotada como praxe em todos os casos de primíparas( mulheres que dão a luz a primeira vez), não configura um parto

operatório, apesar do procedimento cirúrgico que envolve. Na incisão do períneo, o obstetra rasga o espaço existente entre a extremidade inferior da vulva e o ânus, para facilitar a passagem do feto pela fenda vulvar. O parto abdominal (parto cesáreo, ou simplesmente cesariana ou ainda cesárea) consiste na incisão da parede abdominal e do útero, para extração do feto. A incisão da pele e camadas inferiores pode ser longitudinal (vertical) ou transversal (horizontal). No entanto, a incisão na musculatura do útero acompanha de preferência a disposição horizontal das fibras musculares.

Segundo a via - Parto vaginal, quando a criança passa pela vagina, ou parto abdominal, que é sinônimo de cesariana.

Segundo o preparo físico - O nome de parto natural é reservado, hoje, em obstetria, ao parto que envolve preparo psicoprofilático da parturiente. É também conhecido como parto sem dor (erroneamente ou psicoprofilático e depende do preparo psicológico e fisiológico que o obstetra proporciona à gestante durante o pré-natal.

### **c) Nomeclatura Obstétrica**

A nomeclatura nem sempre é exclusiva, veja bem, um parto espontâneo, pode ser altamente distócico provocando roturas das vias genitais, hemorragias, sofrimento e morte do concepto, ou então eutócico, ao início, deixando à sua sorte, transfigura-se a parturição com o surgimento de hipertonia e estafa materna.

Com relação a gestante a nomeclatura obstétrica define como:

- Primípara - é a mulher que já pariu uma vez ou está na iminência de fazê-lo pela primeira vez.

- Primigrávida - é a mulher que já pariu mais de três vezes.

- Grande múltipara - é a mulher que já pariu 6 ou mais filhos.

- Multigesta - é a mulher que já engravidou muitas vezes.

- Para gestantes usa-se o sufixo “gesta”, exemplo: Gesta I; Gesta II; Gesta III.

- Para o parto usa-se o sufixo “para”, exemplo: Para O, Para I, Para II.

- Parturiente é a mulher que já está em trabalho de parto ou parto.

- Nulípara - é a que já jamais pariu.

- Nuligesta - é a que nunca esteve grávida.

- Primíparas precoces - pariram ou vão parir antes dos 16 anos.

- Primíparas idosas - Pariram ou vão parir depois dos 28 anos.

### **3.2.1 - Trabalho de Parto**

#### **a) Definição**

Skovosky et al (apud Freitas 1993), definem o trabalho de parto como um processo fisiológico pelo qual o útero gravídico expulsa os produtos da concepção após a 20<sup>a</sup> semana de gestação e caracteriza-se por contrações uterinas regulares de intensidade e frequência crescente e eficazes para produzir apagamento e dilatação da cérvix uterina.



Em contrapartida, Rezende (1991), considera que o trabalho de parto ocorre à partir da 22<sup>a</sup> semana de gestação.

Segundo Ziegel e Cranley (1985), o trabalho de parto é o processo que conduz o apagamento progressivo e a dilatação do colo uterino com a descida da apresentação e a eventual expulsão do feto e dos outros produtos da concepção.

A causa do trabalho de parto não é completamente conhecida. Muitas teorias foram desenvolvidas, que são as teorias hormonais, teorias de distensão uterina e a teoria do controle fetal do parto, afim de explicar por que as contrações musculares, que se deram de modo indolor no decorrer da gravidez, finalmente se tornam eficazes. Também não é conhecido o motivo pelo qual alguns partos ocorrem antes e outros depois da data esperada.

Embora os processos exatos obviamente não sejam conhecidos, as alterações nas relações endócrinas parecem estimular o início do trabalho de parto. Algumas dessas alterações começam a aparecer várias semanas antes de que se inicie o trabalho de parto e é muito observado principalmente em primigestas.

As manifestações que precedem o início do trabalho de parto são chamados de sinais e sintomas prodrômicos, ou falso trabalho de parto que, segundo Ziegel e Cranley (1985) são:

- descida do fundo uterino (queda do ventre): o fenômeno está condicionado a adaptação do polo fetal ao estreito superior e a formação do segmento inferior. Situado próximo ao apêndice xifóide, o fundo uterino baixa de 2 a 4 cm,

condicionando maior amplitude à ventilação pulmonar devido a descompressão do diafragma e torna a respiração mais fácil.

- Insinuação da apresentação: a acomodação ou adaptação do polo fetal no estreito superior leva ao aparecimento das dores lombares e poliúria devido a compressão vesical. Nas primigestas a insinuação começa aproximadamente na 2ª ou 3ª semana que antecede o início do trabalho de parto.

- Perda do tampão mucoso: o muco secretado pelas glândulas cervicais foi acumulado durante a gravidez no canal cervical. À medida que o cérvix torna-se parcialmente apagada e dilatada o tampão mucoso é expelido. Ocasionalmente pode estar acompanhado de outras secreções vaginais e com vestígios de sangue (sinais sanguíneos).

- Amolecimento do colo uterino.

- Apagamento e dilatação cervical: o progressivo apagamento cervical, ocorre frequentemente na 3ª ou 4ª semanas antes do trabalho de parto. As primigestas podem apresentar apagamento completo antes do início do trabalho de parto.

- Contrações uterinas (Braxton Hicks): de frequência e intensidades variáveis, tornando-se moderadamente dolorosa, mais frequente à noite e diminui pela manhã.

- Ocorrências de manifestações locais: sensação de peso no baixo ventre, compressão nas porções inferiores do abdome, intensificação das varizes hemorróidas e vulvares, aumento das secreções vaginais.

Para Rezende (1991), o diagnóstico do trabalho de parto está condicionado a verificação de contrações uterinas com ritmo e características peculiares, associadas a alterações progressivas da cérvix (apagamento e dilatação) e a formação da bolsa das águas. Considera o trabalho de parto como “síndrome”, no qual os elementos que o compõem não tem, isolamento valor absoluto, somente o conjunto deles. Os componentes da síndrome são:

- apagamento do colo;
- dilatação cervical;
- bolsa das águas;
- emissão de mucosidades;
- contrações uterinas.

Sendo que a averiguação da presença destes componentes faz-se pela palpação do abdome, com o exame vaginal (toque), e anotando o ritmo e duração das metrossístoles.

Durante a avaliação inicial de uma paciente com queixas de contrações uterinas, é necessário diferenciar o verdadeiro do falso trabalho de parto . Os seguintes critérios devem ser avaliados para estabelecer o diagnóstico segundo Sklovsky et al (apud Freitas, 1993, p. 24) como segue o quadro abaixo:

<b>CRITÉRIOS PARA DIFERENCIAR O TRABALHO DE PARTO VERDADEIRO E O FALSO TRABALHO DE PARTO</b>		
	<b>Verdadeiro</b>	<b>FALSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrações               <ul style="list-style-type: none"> <li>. Intervalos</li> <li>. Duração</li> <li>. Intensidade</li> </ul> </li> <li>• Alterações cervicais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulares               <ul style="list-style-type: none"> <li>. Gradativamente decrescente</li> <li>. Aumento gradativo</li> <li>. Aumento gradativo</li> </ul> </li> <li>• Dilatação e aumento progressivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irregulares               <ul style="list-style-type: none"> <li>. Sem diminuição</li> <li>. Sem alterações</li> <li>. Sem alterações</li> </ul> </li> <li>• Sem alterações</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descida da apresentação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Progressiva</li> <li>• A parte apresentada permanece fixa entre as contrações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem alterações</li> <li>• A parte apresentada pode retroceder entre as contrações</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Localização da dor</li> <li>• Efeitos da sedação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costas e abdômem</li> <li>• As contrações não se interrompem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apenas no abdômem</li> <li>• As contrações interrompem-se</li> </ul>

### 3.2.2 - Contração Uterina

Segundo Rezende (1991), a célula miometrial é um sistema contrátil cercado por membrana excitável. A primeira provê a capacidade de trabalho e a segunda controla a atividade elétrica. A capacidade de trabalho é função de uma proteína complexa - actomiosina - disposta em filamentos nas miofibras e de nucleotídeos trifosfáticos (ATP), localizados nas mitocôndrias, são responsáveis pela liberação de energia necessária a contração.

A tensão miometrial depende da concentração da actomiosina que aumenta a medida que a prenhez evolue, principalmente no corpo uterino e em menor quantidade nas partes baixas do órgão.

O mecanismo da contração uterina parece estar sob controle hormonal e resulta de interação complexa entre a actomiosina e o ATP, em meio iônico adequado.

Os estrogênios são responsáveis pela síntese da proteína contrátil e a progesterona interfere no potencial da membrana, alterando o seu gradiente iônico.

No parto normal, a onda contrátil tem a sua origem em dois marcapassos, direito e esquerdo situados perto das implantações das tubas. O marca-passo direito seria o predominante e em algumas mulheres o esquerdo é o principal.

Do marcapasso a onda se propaga ao resto do útero. O sentido de propagação da onda é predominante descendente, apenas em um pequeno trajeto, que se dirige ao fundo, é ascendente.

A intensidade das contrações diminui, das partes altas do útero para as baixas. No colo, só a zona próximo ao orifício interno tem tecido muscular liso e pode-se contrair, não obstante com força menor a do segmento e muito inferior á do corpo; o tecido que circunda o orifício externo é desprovido de músculo sendo, portanto, incontrátil.

Diz-se então, que a onda contrátil do parto normal tem triplo gradiente descendente: as metrossístoles que começam primeiro, na região próximo as trompas de falópio são mais intensas e têm maior duração nas partes altas ( fundo e corpo uterino) do que nas baixas (colo uterino). Esta coordenação do útero parturiente normal, determina a soma de efeitos, com elevação regular, de pico único e intensa, a pressão amniótica pode descer ao tono normal, entre as contrações.

Para Ziegel e Cranley (1985), à medida que o trabalho de parto continua o útero torna-se diferenciado em duas porções distintas - uma porção superior contrátil e uma porção mais baixa passiva, a qual, junto com a cérvix se torna mais fina e dilatada.

No puerpério a velocidade da propagação diminui muito, gastando a onda contrátil um minuto para percorrer o trajeto que vai do marca-passo até o segmento inferior ( Rezende, 1991).

Ziegel (1985), define algumas características das contrações uterinas, que são:

1 - As contrações uterinas durante o trabalho de parto ativo e bem estabelecido normalmente se dão aproximadamente a cada 3 minutos, duram de 50 a 60 segundos, e criam uma pressão intra-uterina de aproximadamente 50 mmHg, excluindo o tônus de repouso do músculo uterino.

2 - O tônus basal de repouso normal, ou tônus do músculo uterino entre contrações, é de 5 a 10 mmHg.

3 - Há normalmente um aumento gradativamente progressivo na frequência e na intensidade das contrações uterinas desde o fim da gravidez, durante o trabalho de parto e durante o parto.

4 - As contrações de Braxton Hicks geralmente são de baixa amplitude, entre 10 a 20 mmHg, mas podem alcançar uma pressão intra-uterina de 20 à 40 mmHg durante a última parte da gravidez tornando-se dolorosas.

5 - A medida que evolui o trabalho de parto, a intensidade das contrações uterinas também aumentam, de uma média de pressão intra-uterina de 30 mmHg, excluindo o tônus no início do trabalho de parto, até uma média de 50 mmHg excluindo o tônus, no trabalho de parto avançado; essa pressão se eleva muito

mais, até 100 mmHg, durante o período de “fazer força para baixo” da segunda etapa.

6 - As contrações uterinas podem ser percebidas pela palpação abdominal quando a pressão intra-uterina atinge 20 mmHg, cerca de 10 mmHg acima do tônus normal. O útero se apresenta firme e é muito difícil de apalpar a uma pressão de 40 mmHg.

7 - A mulher geralmente não percebe a dor até que a pressão intra-uterina atinja 25 mmHg, aproximadamente 15 mmHg acima do tônus normal.

### **Contrações**

	<b>Frequência</b>	<b>Intensidade</b>
Na Gravidez	1 a 2 hs	10 a 20mmHg
No início do T. Parto	1 a 2/10	30 a 40 mmHg
No T. de Parto - Início	2/10	35 mmHg
Meio	4 a 5/10	40 a 45 mmHg
Fim	5/10	50 a 55 mmHg
Expulsão	5/10	50 a 60 mmHg
Secudamento	4/10	50 mmHg

### **3.2.3 - Períodos Clínicos do Parto**

Na evolução clínica do parto, distinguem-se três períodos ou fases: de dilatação, da expulsão, e da dequitação ou secundamento. A estes se traduz um quarto período, dito de Greenberg, que corresponde á primeira hora do puerpério. (Delascio e Guariento, 1987)

## **1. Primeiro período - Dilatação Cervical**

O período de dilatação é o tempo que transcorre desde o início das contrações uterinas regulares até a dilatação completa do colo ( 10 cm. de dilatação ).

Segundo Delascio e Guariento (1987), a dilatação do colo, também chamada de cervico-dilatação, tem por fim ampliar- lhe a capacidade, de modo que participe na formação do canal do parto. Concorrem para ela modificações acentuadas que se processam no colágeno e outros componentes do tecido conjuntivo.

A dilatação compreende dois fenômenos: o esvaecimento ou apagamento do colo, que consiste na sua incorporação ao segmento inferior, e a dilatação propriamente dita. Na primiparturiente, em primeiro lugar ocorre o apagamento do colo, e depois, a dilatação do orifício externo. No múltipara, o esvaecimento e a dilatação ocorrem simultaneamente.

Este período é subdividido em duas fases: fase latente e fase ativa.

- Fase Latente: de duração variável, podendo em primíparas levar em média 8,6hs e em multiparas 5,3hs (Ziegel e Cranley, 1985 ). Caracteriza- se pela lenta dilatação do colo uterino, até os 3 cm.

- Fase Ativa: período de dilatação rápida, em primípara a subida da fase ativa atinge em média 3,0cm\hora e não menor do que 1,2cm\hora. Nas múltiparas, a dilatação progride numa média de 1,5cm\hora (Ziegel e Cranley, 1985 ). Esta fase inicia geralmente após os 3 cm de dilatação.



Compõe - se de três fases distintas: de aceleração, quando a dilatação cervical vai de 2,5 ou 3cm para 4cm; uma fase de máxima ascensão entre 4 e 9cm, durante o qual o colo dilata - se mais rapidamente; e uma fase de desaceleração, quando o ritmo de dilatação diminui um pouco à medida que se aproxima da dilatação completa.

### Bolsas das Águas

À medida que amplia - se a cervicodilatação, cria - se um espaço onde se irá coletar o líquido amniótico, tumefazendo as membranas ovulares ( âmnio e cório). Desse modo, forma - se a bolsa das águas, que insinua - se a princípio no orifício interno do colo e, depois, no externo. Sua forma dependerá da quantidade de líquido que ficar retido entre a apresentação, e as membranas podendo ser: bolsas chatas, cilíndricas, globosas ou piriformes. A rotura ( amniotomia ), com saída parcial do líquido amniótico, da - se, por via de regra, no final da fase de dilatação, podendo porém ocorrer, precocemente, ou só ao completar - se o segundo período.

A rotura comumente ocorre na região central, no ponto mais absoluto, podendo também incidir, em zona mais alta ( rotura alta ).

Segundo Rezende (1991), no tocante á cronologia as roturas já eram consideradas pelos antigos, como: "prematuros" ( antes do início do trabalho de parto ), "precoces" ( ao começo dele ) "oportunos" ( durante a fase final da dilatação e "tardias" ( no momento de expulsão do feto ). São ainda,

"espontâneas" e "provocadas" ou "artificiais" (dedo ou instrumento)  
"intempestivas" quando acarretam prolapsos, prociências

### Diagnóstico:

Pelo geral facilmente se faz o diagnóstico da rotura das membranas. O escoamento do L.A. é abundante, repentino e quase sempre apontado pela paciente.

Ao toque, empurrando-se a apresentação, levemente para cima, jorra o líquido amniótico e se tiverem intactas as membranas, ele se acumula entre essas e o polo fetal. A presença de mecônio ou de verniz caseoso, na vagina ou na vulva também provoca o rompimento das membranas. Quando o fluido é vermelho escuro ou achocolatado indica feto macerado ou sangramento na cavidade uterina: tinto de mecônio ou esverdeado, indica sofrimento do feto, presente ou já ocorrido.

### Amniotomia

Segundo Rezende (1991), os antigos tratadistas afirmam ser a integridade das membranas necessárias à boa marcha do trabalho de parto, deveriam ser conservadas até das dilatação completa. Além da função de "cunha hidráulica" favorecendo a dilatação cervical, defende a cavidade uterina e o ovo, contra a penetração de germes vaginais ou veiculados pelos dedos exploradores do obstetra.

Diversos autores assinalaram que após amniotomia, as contrações se fazem mais intensas e mais frequentes, sem que se modifique sua duração; dessa

mudança resulta um aumento da eficácia da onda contrátil do útero com evidente aceleração da evolução do parto. Entre eles, Caldeyro - Bácia ( apud Rezende, 1991), ao estudar a relação entre a integridade das membranas e contrações uterinas, concluiu inicialmente que a presença da bolsa das águas, depois da dilatação de 3 cm., representa impedimento à rápida ampliação da cérvix.

A influência da rotura das membranas pode ser positiva para o desenvolvimento do trabalho de parto, porém sua influência é negativa na vitalidade do feto. Rotas as membranas, durante a metrossístole é maior a compressão nas estruturas cerebrais do concepto e na circulação umbilical, com conseqüente prejuízo para a oxigenação fetal.

A amniotomia, quando indicada, far-se-á na contração uterina, no momento que a bolsa das águas retesar-se; com um instrumento próprio ou pinça de Pozzi, que se introduz cuidadosamente protegida pelo dedo.

### Estimulação Ocitócica

São os ocitócitos ( de "okis", rápido e "tokos", parto) etimologicamente, substâncias que tornam o parto rápido. Na clínica, predomina o conceito farmacológico, e os ócitocitos exprimem, de fato, conjunto de agentes que aumentam a intensidade das contrações uterinas e sua frequência, tornando maior e mais adequada a atividade do órgão.

Segundo Caldeyro-Bácia (apud Rezende 1991). três tipos de resposta à ocitocina podem ser observadas:

- em 70% dos casos, crescem a frequência e a intensidade das contrações. É a resposta ideal.

- em 24% há aumento da intensidade, permanecendo inalterada a frequência. Resposta aceitável.

- em 6% sobe apenas a frequência, que leva a polissistolia, nociva para o bem estar fetal. Deve-se interromper a infusão.

As pacientes que não apresentarem evolução clínica do parto devem ter a sua dinâmica reavaliada, condições de colo, de bacia e posição da apresentação identificadas, com o intuito de selecionar os casos que deverão sofrer correção de dinâmica uterina com ocitócicos. A infusão de ocitocina é feita preferencialmente com bomba de infusão contínua ou então controle rigoroso do gotejamento, podendo-se manter constante a concentração da ocitocina no sangue, a ser elevada, ou diminuída, proporcionalmente à velocidade do gotejamento.

A resposta do útero à ocitocina, no período de dilatação, é quase imediata. Nunca será superpérfulo insistir sobre a necessidade, imprescindível, de observação atenta da perfusão, repetindo-se periodicamente, a contagem do gotejamento, avaliando a frequência das contrações e sua duração, bem como auscultar cuidadosamente os batimentos cardíacos do feto. A sensibilidade uterina varia muito individualmente.

## **2 - Segundo Período - Expulsão**

O período expulsivo é a fase do parto compreendida entre a dilatação completa do colo e a completa expulsão fetal.

Há alguns fenômenos que caracterizam o final do primeiro período do trabalho de parto, tais como:

- contrações uterinas de 4 a 5 a cada 10 minutos, com 50 mmHg, e com 45 a 70 segundos de duração.

- a apresentação está insinuando no canal de parto, podendo se encontrar no estreito inferior.

- a apresentação fetal exerce pressão sobre as paredes vaginais, sobre o períneo e especialmente sobre o ânus. A parturiente manifesta vontade de fazer força, ou seja, percebe a vontade de evacuar (puxos), pela contração da musculatura abdominal.

- completaram-se 10 cm de dilatação cervical.

- ocorre abaulamento do períneo com protrusão do ânus, apagamento dos grandes lábios, a vulva se entreabre e se dilata lentamente, deixando-se penetrar pela apresentação.

Durante o ato parturitivo a parturiente é colocada em posição ginecológica e em decúbito dorsal e/ou vertical, se a mesa obstétrica permitir este último. A técnica a ser utilizada é assepsia cirúrgica. São requeridos manuseios calmos, sem muita agitação com os equipamentos e materiais obstétricos, para evitar aumento da ansiedade da parturiente.

Solicita-se calma e colaboração à parturiente para que a parto desenrole com o máximo êxito.

A princípio as contrações dos músculos abdominais são controlados espontaneamente. A mulher é capaz e aumentar a força delas fazendo uma respiração profunda, fechando os lábios, prendendo a respiração, firmando os pés, fazendo força, tracionando algo com as mãos, e fazendo pressão com toda a força, isto é, "forçando para baixo". Tais atos forçam o diafragma para baixo; isso aumenta a pressão abdominal, e desse modo a pressão sobre o útero. O ato de fazer força para baixo é idêntico aquele envolvido no processo de defecação, mas deverá ser muito mais intensificado para ser eficaz em mover a criança através do canal do parto.

O período expulsivo deve ser auxiliado, na medida do possível, para não ser postergado

A anestesia do períneo é locorreional - bloqueio troncular do nervo pudendo interno (ponto de reparo - extremidade da espinha ciática), infiltra-se a metade inferior da vulva, a fascia, os levantadores do ânus e a cunha perineal em forma de leque, e com posterior episiotomia médio lateral direita ou esquerda que é efetuada em quase todas as parturientes na nulípara é efetuada de rotina e se feita uma vez é repetida em partos subsequentes. Nas, que partejam prematuramente também é efetuada, ainda que o feto seja pequeno e de pouco peso, com objetivo de protegê-lo pois é imaturo, poupando-o durante o desprendimento através de um canal parturitivo mais alargado e aberto.

A episiotomia é efetuada, com a finalidade de evitar traumatismos materno-fetais. Na mãe é poupado o períneo de roturas e lacerações, hemorragias e no feto

ocorre maior proteção de seu cérebro em relação a hemorragia intracranianas e outros problemas. O período expulsivo é abreviado o que beneficia o binômio materno-fetal e a médio e longo prazo é feita a profilaxia de prolapsos gênitopélvicos.

No desprendimento da cabeça fetal a proteção do períneo cumpre três finalidades:

- facilitar a passagem do feto em posição favorável (flexão)
- deixar sair lentamente a cabeça, com o fim de evitar uma descompressão súbita ou brusca, com perigo de hemorragia cerebral.
- Proteger a episiotomia ou o períneo de uma ruptura.

### **3 - Terceiro Período - Dequitação ou secudamento**

Secundamento, ou terceiro período do parto, também chamado dequitação e delivramento, é o estágio da parturição que se processa após o desprendimento do feto e se caracteriza pelo descolamento, pela descida e pela expulsão ou desprendimento da placenta e das membranas para fora das vias genitais.

O secundamento consta de 3 tempos:

Descolamento: - Este decorre, essencialmente, da retração do músculo uterino após o parto, e em consequência de suas contrações. Assim reduz-se de forma acentuada, a superfície do útero, pregueando-se a zona de inserção da placenta, o que ocasiona o seu descolamento.

A decídua cede e se descola ao nível da camada esponjosa, arrastando consigo a camada compacta.

A separação da placenta nos limites da camada esponjosa se explica por esse mecanismo e, também pela existência de processos degenerativos e necróticos que aí iniciaram nas últimas semanas de gestação.

O descolamento da placenta pode efetuar-se sob duas modalidades: 1) mecanismo de Baudelocque Schultze, 2) de Baudelocque Duncan.

O mecanismo de Baudelocque Schultze, cuja frequência é de 75%, se dá quando a placenta estiver inserida na parte superior do útero e se desprende pela face fetal, em forma de guarda chuva invertido. Nesse mecanismo o hematoma retroplacentário inicia-se no centro de inserção e fica prisioneiro da massa placentária, o que explica sua saída posterior à saída da placenta.

O mecanismo de Baudelocque Duncan ocorre em 25% dos casos e a placenta localiza-se na parede lateral do útero, e a desinserção começa pela sua borda inferior.

Aqui o sangue se exterioriza antes da placenta que por deslizamento, se apresenta ao colo, pela borda ou face materna.

Assim a placenta se descola e cai no segmento inferior, momento que se completa com a descida.

O descolamento das membranas se faz, por ação das contrações e pelo pregueamento do útero e subsequente com a queda e descida da placenta.



Descida: A permanência das contrações uterinas e a possível ação da gravidade condicionam a descida placentária que se cumpre de acordo com a modalidade do descolamento, a localização placentária e a menor ou maior facilidade com que se desprendem as membranas. Do corpo uterino a placenta passa para o segmento inferior que se distende, percorre a cérvix e cai na vagina.

Expulsão ou desprendimento: No canal vaginal provoca nova sensação de "puxo" determinando esforços abdominais semelhantes ao do segundo período do parto, responsáveis pela expulsão do órgão para o exterior. A posição horizontal da paciente no parto, prejudica de tal sorte o 3º período, obrigando a necessidade de interferências obstétricas.

No local, onde estava inserida a placenta forma-se uma ferida cruenta com vasos abertos, dando saída a certa quantidade de sangue até que se oblitarem os vasos, pelas ligaduras vivas de Pinard, e pela retração uterina.

A hemostasia é assegurada pela retração uterina que promove a oclusão dos vasos da porção muscular, constituindo o que Pinard chamou de ligaduras vivas.

O miotamponamento é seguido de trombotamponamento. Ocorre neste tempo, obliteração por trombose dos vasos uteroplacentários, segundo (Greenderg).

#### Aspectos Clínicos:

Logo após a expulsão fetal o útero sofre mudança na forma e na posição; apresenta-se arredondado à altura da cicatriz umbilical. Ocorrido o descolamento da placenta, ele sobe, se desvia para a direita e se apresenta

achatado no sentido antero-posterior; com a expulsão da placenta ele se encontra abaixo da cicatriz umbilical.

A altura e a consistência do útero deve ser acompanhada no decorrer do secundamento, porque representam dados de importância clínica, podendo exprimir fenômenos normais ou patológicos. Com atenção especial a formação do "globo de segurança", percebido por Pinard, útero de consistência lenhosa permanente.

#### Sinais Clínicos relativos ao cordão umbilical

- rotação e descida progressiva do cordão, movimentos solidários ao ocorrido com placenta.

- sinal de Fabre: não transmissibilidade, à mão que palpa o útero, das trações e exercidas sobre o funículo.

- sinal de Kustner: elevando-se o útero com a mão, o cordão se eleva, se a placenta está aderida, ou permanece imóvel, se descolada.

- sinal de Strassman: o descolamento completo da placenta pode ser apreciado pela transmissão (presente ou ausente) de ligeiros movimentos de percussão do fundo do útero ao cordão umbilical.

#### Sinais da placenta:

É a sensação de peso no reto, percebida pela paciente, indicativa de se haver ocorrido o descolamento e descida da placenta.

Diagnosticada a descida da placenta, deve ser recebida, torcendo-se no sentido axial (manobra de Jacob-Dublin), de modo que as membranas se disponham em fuso, facilitando seu desprendimento completo.

#### **4 - Quarto Período - Greenberg**

A primeira referência a um quarto período se deve a Leff (1939), que o limitava entre o término da dequitação e o retorno da paciente ao leito. Greenberg (1946) propôs limitar este tempo para a primeira hora que se segue à dequitação.

Greenberg considera a 1ª hora após o parto o período mais perigoso porque este é considerado coberto pelos recursos terapêuticos, daí resultar um certo abandono da paciente pela equipe de saúde.

O 4º período tem fases típicas a caracterizá-lo:

1ª Miotamponagem: imediatamente após a expulsão da placenta o útero se contrai e é palpável num ponto intermediário entre a pube e o umbigo.

A retração inicial determina a laqueadura viva dos vasos uterinos, constituindo-se a primeira linha de defesa contra a hemorragia.

Em múltiparas e mesmo em primíparas quando submetidas à anestesia profunda, tal estágio pode ser muito transitório e o útero novamente subir até o umbigo ou um pouco acima.

2º Trombotamponagem: é a formação de trombos aderentes nos vasos uteroplacentários constituindo hematoma intra-uterino que recobre de modo contínuo ou descontínuo, a ferida aberta no sítio placentário.

3ª Fase da Indiferença Mio-Uterina o útero se torna apático e do ponto de vista contrátil apresenta fases de contração e de relaxamento com risco da cavidade uterina encher-se de sangue. Nas grandes multíparas com primeiros períodos de partos prolongados, nas de parto muito rápido e nas com excessiva distensão uterina, a fase de indiferença mio-uterina tende a ser maior.

4º Contração uterina fixa: Normalmente após uma hora, o útero adquire maior tono e assim se mantém.

### **Exame da Placenta e dos anexos ovulares**

Expulsa a placenta, procede-se sua inspeção: colocado sobre a mesa, e com a face materna voltada para cima, afastam-se as membranas e removem-se os coágulos da superfície.

- Face materna: a retenção de um ou mais colédones, traduz-se por falha na massa placentária com nítida depressão. Observa-se as bordas com objetivo de descobrir a rotura do seio marginal ou cotilidones suplementares.

- Face Fetal: Verifica-se o ponto de inserção do cordão e a integridade do âmnio que, estando desprendido, deve ser reconstituído até cobrir a massa placentária

- Membranas: deve-se pesquisar o orifício da rotura, apreendendo com a mão o cordão e suspendendo com a mão a massa placentária. Procura-se reconstituir a câmara amniocorial. Na impossibilidade ainda há, provavelmente restos retidos.

### **3.2.4 - Tipos de Parto**

#### **1 - Parto Normal**

É um parto por via vaginal, que pode ser espontâneo, quando se desencadeia e termina sem qualquer interferência, ou induzido, se for utilizado medicamento ou manobra que o provoque.

É realizado em centro cirúrgico equipado, com a mulher deitada na posição ginecológica. O acompanhamento da primeira fase do trabalho é realizado por médico ou enfermeira. Se o trabalho de parto não evolui ou está muito lento, pode ser acelerado com medicação apropriada injetada através de soro na veia. A indução ou aceleração do parto deve ser acompanhada com precisão. Para induzir o trabalho de parto são necessárias indicações médicas precisas e avaliação constante.

O uso da indução é muitas vezes tentado como um recurso para não lançar mão, em um primeiro momento, da cesariana.

#### **2 - Parto cesariana**

É um procedimento cirúrgico que deve ser utilizado nos casos em que existem indicações para tal. A cesariana pode ser realizada de emergência ou planejada.

A decisão depende das condições prévias da mãe ( se é portadora de doenças como diabetes, tumores, herpes genital grave, pré-eclampsia, doença renal, etc) e do tamanho da criança. Depende, também da avaliação do trabalho de parto e das

condições fetais como o posicionamento da criança, vitalidade fetal, posição da placenta, trabalho de parto prolongamento e sem progresso, etc.

No parto cesariano a criança é retirada do útero materno através da técnica cirúrgica, o que implica na utilização de anestesia e conseqüentemente, a recuperação pós-operatória é mais lenta e dolorosa do que no parto normal.

### **3 - Parto “Natural”**

Aqui, a mulher espera entrar espontaneamente em trabalho de parto, tomar pouca ou nenhuma anestesia e ter o bebê sem auxílio de instrumentos. As mulheres que escolhem esse método se preparam através de exercícios de relaxamento e respiração, apropriados para cada fase do trabalho. A posição frequentemente é discutida e treinada durante a preparação para o parto, que pode ser de cócoras, ajoelhada ou semideitada. O médico acompanha o trabalho estando pronto para intervir se for necessário. O parto “natural” não é feito na sala cirúrgica tradicional, embora possa ser feito em clínicas e hospitais particulares. Em alguns países são feitos na casa da parturiente com uma ambulância à porta.

### **4 - Parto Fórceps**

Parto onde é utilizado o instrumento Forceps para auxiliar a expulsão do feto.

a - Indicação: o fórceps está indicado:

- nas distócias de rotação;

- no prolongamento do período expulsivo;

- no encravamento da cabeça derradeira já insinuada.

b - Execução - é de domínio do obstetra tecnicamente capacitado:

c - Condições de aplicabilidade do instrumento

- cabeça insinuada (encaixada);

- bolsa das águas rota;

- feto vivo ou morto recentemente;

- dilatação cervical completa;

- proporcionalidade entre a cabeça e a bacia.

d - Este tipo de instrumento deve atender às seguintes finalidades:

- apreensão;

- tração;

- rotação;

- correção do assinclitismo.

### **3.3 - Puerpério**

Segundo Santos (1993), o puerpério é o período que vai do término do parto ao retorno das condições normais ou não do trato genital, e se refere às seis ou oito semanas após o parto.

O puerpério divide-se em:

- a) imediato: do 1º ao 10º dias pós-parto;
- b) tardio: do 10º ao 45º dia pós parto;
- c) remoto ou longínquo: do 45º dia pós parto em diante.

Neste período ocorrem os fenômenos que são subdivididos em:

Fenômenos involutivos ou regressivos: involução uterina e loqueação

Fenômeno evolutivo ou progressivo: lactação.

**a) Involução Uterina:**

Imediatamente após a dequitação, o corpo uterino forma um tumor muscular duro, que fica a meio caminho entre a cicatriz umbilical e a sínfise púbica. O útero involui, segundo alguns autores, 0,7 a 1,5 cm por dia, apesar de, na prática, constata-se ser esta involução mais rápida.

Nos dias subsequentes ao parto, o útero diminui rapidamente de tamanho, de modo que, no 10º dia já não se palpa o mesmo acima da sínfise púbica, atingindo seu tamanho normal em 5 ou 6 semanas. O peso uterino após o parto é de 1.000 g; uma semana depois 500 g e no fim do puerpério de 40 a 60 g.

Aceita-se que a involução uterina é devida a um processo de autólise de constituinte proteico uterino, que é absorvido e eliminado pela urina.

A separação da placenta ocorre na porção externa da camada decídua, a involução uterina na zona de inserção placentária ocorre pelo crescimento de tecido endometrial vizinho, por baixo da zona de inserção. Após o parto, o local da implantação da placenta fica reduzido a uma área irregular e elevada, do



tamanho da palma da mão. Após a segunda semana, essa área está reduzida a 3 ou 4 cm de diâmetro, e no fim do puerpério, 1 a 2 cm. Os transtornos do reestabelecimento normal nessa regeneração.

### **b) Loqueação**

A produção e a eliminação de considerável quantidade de exsudatos e transudatos, misturados com elementos celulares descamados e sangue, e que escoam pelo trato genital, dá-se o nome de lóquios. Os lóquios são sanguinolentos nos primeiros 3 a 4 dias pós-parto, depois tornam-se serosanguinolentos até aproximadamente o 7º dia e, por fim serosos. A quantidade do fluido loquial eliminado tem sido objeto de numerosas mensurações de volume, sem que se chegasse a um consenso, tais as variações individuais registradas, supondo-se que na primeira semana, o fluxo alcance a 500ml. Os lóquios possuem odor característicos. Qualquer patologia do endométrio, colo ou vagina altera as características dessa secreção, tanto na cor, como na quantidade ou odor. Processos infecciosos conferem-lhe caráter purulento com odor fétido. A loquimetria (represamento de lóquios) é situação clínica temerosa, predispondo à infecção puerperal. (Santos, 1993).

### **c) Lactação**

A lactação na espécie humana é um fenômeno que envolve o sistema nervoso, o sistema endócrino e aspectos psicológicos, e está dividido em três estágios:

**d) Mamogênese**

Compreende o desenvolvimento da mama, que tem início na puberdade. Durante os ciclo menstruais, o hormônio estrógeno, estimula o crescimento do estrona e do sistema de ductos, além da deposição de gorduras que oferece massa ao seio. Associada ao estrógeno, o desenvolvimento mamário depende também de hormônios de crescimento e corticóides. Durante a gravidez, a ação da progesterona promove a expansão dos alvéolos mamários, cujas células apresentam características secretoras.

**e) Lactogênese**

Logo após o parto, o lobo anterior da hipófise começa a produzir o hormônio prolactina, que agindo sobre a glândula mamária a secreção de leite. Geralmente, o leite não flui da glândula em seguida, sendo necessário determinado período para que apareçam as primeiras secreções. Neste momento, o seio torna-se túrgido, doloroso, com veias transparentes constituindo a chamada APOJADURA ou descida do leite.

**f) Lactopoiese**

Compreende a última etapa da lactação, ou seja, o fluxo do leite até o mamilo e o seu fluxo para o exterior. É a ejeção láctea produzida pela excitação reflexa da hipófise posterior, resultante na secreção do hormônio ocitocina, provocando contração das células mioepiteliais levando a saída do leite. A formação do leite ocorre no intervalo das mamadas, ficando o leite armazenado até o esvaziamento seguinte; com trinta segundos a um minuto de sucção, o leite

já começa a escorrer no seio sugado e também no oposto. A simples sucção do seio, pelo lactente, desencadeia a secreção dos hormônios prolactina e liberação da ocitocina. O hormônio ocitocina também age sobre a musculatura uterina levando esta a contrair-se, diminuindo a estase sanguínea na cavidade uterina, e em consequência, a probabilidade de infecções puerperais.

O aleitamento retarda o aparecimento da menstruação. Nas multíparas, o retorno da menstruação dentro dos três primeiros meses é mais frequente que nas primíparas. A amenorréia da lactação é devida provavelmente ao hormônio hipofisário, prolactina. Devido a ausência da ovulação em algumas mulheres, a lactação confere um certo grau de infertilidade, todavia a falta de menstruação não significa onovulação e a mulher precisa utilizar meios de anticoncepção para não ocorrer o risco de engravidar.

Os anticoncepcionais estão contraindicados porque está comprovado que os mesmos passam para o leite e não há documentação científica que prove que a dose de hormônios ingerido pela criança através do leite materno, não possa afetá-lo mais tarde. Outro efeito colateral do anticoncepcional hormonal é a diminuição da produção do leite (Pizzato, 1985).

### **3.3.1 - Modificações locais:**

Além dos fenômenos puerperais já vistos, ocorrem no puerpério modificações locais e gerais no organismo feminino a saber:

#### **a) Vagina:**

A vagina requer algum tempo para se recuperar da distensão que sofreu,

raramente voltando à condição de nulípara. As rugas reaparecem ao fim da terceira semana. O hímen fica representado por pequenos restos de tecido que cicatrizado, converte-se nas carúnculas mitiformes, característicos da múltípara. O esfregaço vaginal mostra-se atrófico.

#### **b) Vulva e Períneo:**

Também envolvem, rapidamente quase readquirindo suas características primitivas, desde que as eventuais lacerações do parto tenham sido convenientemente suturadas.

#### **c) Assoalho pélvico:**

Embora a musculatura desta região readquirir seu tônus normal; quando há lacerações principalmente dos músculos elevadores do ânus, pode permanecer frouxo podendo, predispor a ocorrência de prolapso uterino.

#### **d) Colo**

Imediatamente após a dequitação, o colo apresenta-se flácido, com limites mal delimitados, mas já ao fim da primeira semana, torna-se estreito, que dificilmente admite um dedo. No puerpério há neoformações de fibras musculares e cicatrização das lacerações, conferindo marcas que caracterizam a mulher que deu a luz por via vaginal. O orifício externo do colo uterino assume um aspecto de fenda transversal. A eversão do tecido cilíndrico do canal cervical pode ser observado e constitui o ectópico (Santos, 1993).

### **3.3.2 - Modificações Gerais:**

a) O metabolismo basal retorna lentamente ao normal.

b) Há normalização do metabolismo proteico, lipídico e hidrogenocarbonato.

c) As alterações cutâneas (hiperpigmentação) desaparece, paulatinamente.

d) Normalizam-se as funções gastrointestinais, voltando a situação normal o estômago, o intestino delgado e o cólon, que se encontravam topograficamente deslocados. Pode-se observar hemorróidas pelo esforço dispendido no período expulsivo.

e) No aparelho cardiocirculatório observa-se, durante o puerpério uma acentuada elevação da volemia (15 a 30%) devido, provavelmente ao fluxo de sangue venoso represado no trato genital. Constitui um fator de descompensação cardíaca, no puerpério imediato das gestantes cardiopatas. Há diminuição do hematócrito, da repleção venosa e das varizes.

f) Desaparece a dificuldade respiratória, retornando o diafragma à sua posição primitiva. Desaparece a alcalose respiratória.

g) Sangue:

. durante a primeira semana ocorre leucocitose (até 20.000)

. eleva-se o número de plaquetas no início do puerpério.

. aumenta a hemossedimentação (até 50 mm na 1ª hora) durante os primeiros dias do puerpério)

. aumenta os fatores plasmáticos de coagulação, predispondo à trombose e embolia.

h) geralmente, ocorre uma acentuada perda de peso, que se deve logo após o

parto, a saída do feto, placenta, líquido amniótico, membrana e perda sanguínea (15Kg). Devido ao aumento da diurese e sudorese há perda de 3 a 5 Kg nas semanas seguintes. Pela involução uterina 1K e pela loqueação, 250 a 500 mg.

i) Ocorrem alterações no aparelho urinário: dificuldade de micção e retenção urinária que favorecem infecções mais frequentes ainda, quando se faz cateterismo vesical. O exame citoscópico logo após o parto mostra edema, hiperemia e hemorragia submucosas. As vezes o edema do trígono é tão acentuado que é causa de obstrução da uretra. Além desses fatores, a bexiga puerperal tem capacidade aumentada e não é tão sensível à tensão intravesical como no estado normal. A superdistensão e o esvaziamento incompleto levam ao aparecimento de urina residual, fato em geral agravado pelo efeito paralítico da anestesia e perturbações temporárias da função nervosa.

Após o parto, a dilatação do ureter e do bacinete sofre involução rápida nas mulheres normais e está completa dentro de 4 a 6 semanas (Santos, 1993).

### **3.3.3 - Assistência de Enfermagem à Puérpera**

A assistência de enfermagem à mulher no puerpério deve ser feita visando seus três períodos a saber:

#### **a) Assistência de Enfermagem ao puerpério imediato**

- a) Medir altura uterina e controlar lóquios.
- b) Avaliar quantidade, cor, aspecto e odor dos lóquios continuamente.
- c) Verificar sinais vitais de 6 em 6 horas.

- d) Estimular deambulação precoce.
- e) Fazer lavagem externa asséptica e curativo perineal três vezes ao dia com antisséptico de mucosa (iodo aquoso).
- f) Solicitar micção precoce e espontânea, registrar e analisar quantidade, cor, odor e aspecto da urina.
- g) Questionar junto a paciente função intestinal e administrar medicação se necessário.
- h) esclarecer a paciente sobre Apojadura; uso de soutien de alças curtas; cuidados com as mamas; importância da amamentação e ensinar técnica correta da mesma.
- i) Esclarecer a puérpera sobre: cuidados com coto umbilical, higiene do recém-nascido (horário, importância do colostro, valor do aleitamento).
- j) Administrar medicação prescrita, estando atenta aos efeitos colaterais e outras reações.

À toda puérpera cesareada somam-se cuidados gerais de pós-operatório, a saber:

- a) Controlar sinais vitais.
- b) Dar banho de leito.
- c) Controle cuidadoso com sonda vesical.

d) Controle e cuidados com fluidoterapia.

e) Manter em decúbito dorsal, sem travesseiro por 24 horas em caso de raqueanestesia.

f) Enfaixar abdômem antes da deambulação para conforto e prevenção de deiscência de sutura.

g) Observação e cuidados com curativo abdominal. Quando seco, só é trocado por ocasião da alta. Quando molhado: observar secreção (cor, odor, aspecto, quantidade); trocar curativo, fazendo antes a expressão manual dos bordos em toda a extensão (Santos, 1993).

**b) Assistência de Enfermagem ao puerpério tardio:**

O puerpério tardio deve ser visado durante a internação, devendo o enfermeiro dar as seguintes orientações, a serem seguidos no segundo período de puerpério.

a) Repouso relativo, evitar esforço muito intenso, para profilaxia das distócias uterinas e deiscência de sutura

b) Fazer, se possível, ginástica puerperal (principalmente abdominal e perineal) para a profilaxia da diastese dos músculos reto-abdominais e da incontinência urinária de esforço. Orientar a paciente para executar 4 a 5 vezes ao dia, 20 vezes cada, exercício de contração do esfíncter anal, para assim colocar em funcionamento os músculos elevadores do ânus, principalmente em casos de parto normal.



c) Dieta rica em proteínas, vitaminas e ferro, para profilaxia das anemias ferroprivas e da deiscência de sutura.

d) Abstinência sexual nos primeiros 20 dias ficando o reinício da atividade sexual a critério do casal.

e) Pesquisar método anticoncepcional usado anteriormente e orientar sobre anticoncepção durante o puerpério e amamentação.

### **c) Assistência de Enfermagem ao Puerpério Remoto**

Ainda no puerpério imediato, a paciente deve ser orientada quanto aos seguintes cuidados que deverá ter no puerpério remoto.

a) Procurar ginecologista para ser examinada, verificando-se a integridade do períneo e da musculatura perineal, a epitelação do colo uterino e outros que se fizerem necessários.

b) levar o recém-nascido ao pediatra para consulta de puericultura e iniciar esquema vacinal.

c) Procurar serviço de diagnóstico precoce de câncer para avaliação colpocitológica e exame preventivo de câncer de mama.

d) Procurar serviços ou grupos de apoio comunitários em caso de dificuldades com a amamentação.

### **3.4 - Aleitamento Materno**

Após a leitura de autores como Campestrini (1993), Santos (1989), Pizzato (1985), Morlei (1985), Souza (1985), Viegas (1985), a seguir alguns aspectos

relacionados ao tema.

Está ocorrendo uma crescente retomada de consciência sobre a superioridade e importância nutricional, bioquímica e imunológica do leite materno. Pesquisas de campo de diversos países descobriram taxas de morbidade e mortalidade mais elevadas entre crianças desmamadas precocemente.

As características bioquímicas e imunológicas de 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, especialmente os gastrointestinais.

Do ponto de vista nutricional, o leite humano é capaz de suprir todas as necessidades alimentares da criança durante os seus primeiros meses de vida.

Os benefícios psicológicos se revestem de ritual importância, uma vez que através da amamentação se estabelece uma profunda relação entre o binômio mãe/filho, determinada por um processo de interação proporcionados por fortes estímulos sensoriais, auditivos, táteis, visuais e emocionais. Além destes aspectos a amamentação, como método, pode ser considerada tecnicamente natural, de fácil aprendizagem, higiênica, prática e economicamente barata, praticamente isenta de custos. Entre estas vantagens, há também os benefícios para a saúde da mulher que amamenta, entre os quais citamos: os fenômenos regressivos do puerpério (loqueação e involução uterina) ocorrem com maior rapidez graças ao efeito da ocitocina, que agindo sobre a musculatura do útero, previne também a

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

Apesar do reconhecimento de todas as vantagens citadas e do valor inimitável do leite materno, a incidência do desmame precoce em nosso meio ainda é elevado. As causas também estão sendo estudadas e muitos já são conhecidos. Entre as principais, destacamos a desinformação sobre a função biopsicológica do ato de amamentar, tanto na população em geral como dos profissionais na área da saúde.

### **O que é Aleitamento Materno?**

É uma atividade básica. É uma das primeiras intervenções nutricionais, materiais e de saúde infantil que a própria mãe executa para assegurar a saúde do filho. É um modo natural e apropriado que satisfaz muitas necessidades da criança em desenvolvimento. É a harmonização com o ambiente ecológico, econômico e sanitário da mãe, do filho e do casal.

### **A lactação**

É parte integrante do processo de reprodução humana. Desenvolvem-se de acordo com as necessidades da espécie e as determinantes ecológicas da vida. Muito poucas mães são incapazes de amamentar por razões fisiológicas.

### **3.4.1 - Aspectos biológicos da amamentação**

#### **a) Características anatômicas e fisiológicas da amamentação**

Cada glândula mamária está formada de doze a vinte lóbulos, separados um

do outro por tecido fibroso e adiposo. Cada lóbulo é composto por alvéolos, ductos lácteos, seios lactíferos e papila mamilar. O tamanho da mama é indicativo de tecido adiposo presente e não é indicativo de quantidade de leite.

A estrutura externa da glândula mamária está dividida em três partes:

- 1) A mama (seio), área da pele, lisa e suave;
- 2) Aréola, coberta por papilas (glândulas de Montgomery). Estas glândulas são mais proeminentes durante a gestação;
- 3) Mamilo, formado de tecido erétil, muito sensível ao tato, e forma uma espécie de papila cônica, que se projeta no centro da aréola, e que tem em sua cúspide de doze a vinte aberturas dos condutos galactóferos.

#### **b) Funções da Glândula Mamária**

- a) Produzir leite. Quanto maior for o estímulo e a confiança da mulher, maior será a produção de leite.
- b) Bombear o leite até os depósitos (seios lactíferos)

A lactação na espécie humana é um fenômeno que envolve o sistema nervoso endócrino e aspectos psicológicos.

#### **c) Características Bioquímicas:**

A secreção da glândula mamária, nos primeiros dias após o parto, apresenta uma composição diferente da do leite maduro - é o colostro, cujo taxa de proteínas e de minerais é mais elevada, com menor quantidade de hidratos de carbono e gorduras.

O leite materno maduro é um líquido branco, opaco, constituído de lactose, sais diversos, proteínas, gorduras, etc. Apresenta uma densidade de 1.025/1,035. Existe certa divergência com relação à qualidade do leite, no início de uma mamada, bem como no decorrer dos meses de lactação. Para Mário Linto, delegado do Brasil no Conselho Diretor do Instituto Intramericano del Niño (1970), o leite materno é estável. Gesteira, citado por Pizzato (1985), descreve que “o leite humano apresenta diferenças, admitindo que, a partir do primeiro mês, a quantidade de glicídios vai progressivamente diminuindo e a de lipídios gradualmente aumentando. Este autor acredita que no decorrer de uma mamada já ocorreu variações em sua composição, ou seja, as primeiras porções seriam mais ricas em proteínas e as porções finais mais ricas em gorduras e lipídeos, também registra diferenças, na composição quantitativa do leite, entre as primeiras horas da manhã e as últimas do dia. Divergências acentuadas também, podem ocorrer na mesma hora, entre o leite de um e outro seio”.

#### **d) Comparação do leite humano e o leite de vaca.**

As principais diferenças entre os dois tipos de leite estão apresentados e são discutidos detalhadamente. O leite humano é um alimento completo onde se encontram todos os elementos de uma ração normal e necessária para o desenvolvimento celular humano; é o alimento ideal para o lactente nos primeiros seis meses de vida. O leite de cada espécie é especificamente adequado ao crescimento e desenvolvimento da respectiva cria.

a) Proteínas - O leite humano comparado aos leites das demais espécies, apresenta menor quantidade de proteínas, porém a constituição e a distribuição de aminoácidos são exatamente adequadas à elaboração de protoplasma celular humano. Os albuminóides dos leites em geral, são representados principalmente pela caseína, elemento de difícil digestão, no entanto, a caseína do leite humano forma um coágulo constituído por flocos finos, porosos, leves, facilmente atacável pelas enzimas digestivas do lactente. Outros albuminóides encontrados em menor quantidade no leite humano são a lactoalbumina e a lactoglobina. A lactoalbumina contém, especificamente, os aminoácidos triptofano, leucina, lisina e cistina. Embora o leite de vaca apresente em sua composição maior quantidade de aminoácido metionina, comparados ao leite humano, é importante saber que, o fígado fetal e o do recém-nascido, principalmente do recém-nascido prematuro, não dispõem da enzima cistotionase, necessária para a utilização de aminoácidos metionina, dependendo assim da cistina como aminoácido essencial. Gesteira citado por Pizzato (1985) “atribui à lactoalbumina de desdobração da caseína de maneira mais perfeita e homogênea.

b) Água - a quantidade de água no leite humano é de 88 por 100 ml de leite. As necessidades diárias de água para o recém-nascido e lactente são de aproximadamente 100ml por quilo de peso corporal. Em vista disso, observa-se que a distribuição da quantidade hídrica no leite materno é proporcionalmente equivalente às necessidades da criança nesta idade. Na alimentação com leite humano as perdas hídricas através da urina são em menor quantidade do que

quando se utilizam outros leites na alimentação, já que a eliminação urinária depende da ingestão protéica e salina.

c) Lipídios - as experiências realizadas demonstram que as maiores fontes de energia para o recém-nascido são os ácidos grassos livres. O leite humano apresenta em sua composição considerável quantidade de enzima libasse, que atua sobre os triglicerídeos, desdobrando-os em ácidos grassos livres. A quantidade de lipídeos no leite humano é semelhante à do leite de vaca, não podendo, entretanto, dizer-se o mesmo com relação à qualidade, já que a digestão e a assimilação do primeiro são bem mais fáceis. No leite materno, cabe destacar a maior quantidade de ácidos grassos saturados, destaca-se a presença do ácido palmítico, cuja fórmula química facilita sua utilização pelo organismo. Destaca-se ainda a importância atribuída à ingestão de ácidos grassos insaturados na profilaxia de doenças coronarianas.

d) Glicídeos - no leite humano os glicídeos são representados essencialmente pela lactose, na quantidade média de 7 g. por 100ml de leite, corresponde proporcionalmente à taxa de glicose necessária ao desenvolvimento do lactente, ou seja, 10 g por quilo de peso corporal.

e) Minerais - Entre os elementos minerais presentes na composição do leite humano, destaca-se o ferro, o cálcio, o manganês, com função plástica, servindo para a formação de órgãos e tecidos. O sódio e o potássio exercem papel de reguladores do metabolismo e apresentam-se em proporções satisfatórias no leite materno. Com relação ao cálcio e ao fósforo, elementos fundamentais à

mineralização do esqueleto, salienta-se que, embora em concentração menores no leite humano, comprado às quantidades presentes no leite de vaca apresentam um equilíbrio ideal entre si, que, segundo Instituto de Puericultura Lilong, é bem mais importante do que a concentração de cada elemento isolado. Gesteira citado por Pizzato (1985), acredita que “o aleitamento materno exclusivo, após o primeiro semestre de vida, torna-se insuficiente para suprir as necessidades crescentes de minerais, surgindo sintomas carenciais, como por exemplo, a anemia ferropriva que aparece em crianças ao redor dos seis meses de vida.

f - Vitaminas - não sendo as vitaminas sintetizadas no organismo materno, a presença destes elementos no leite parece estar diretamente relacionado a dieta ingerida pela mãe. O leite de vaca, por não ser ingerido in natura, perde pela pasteurização, fervura, etc, uma grande proporção de vitaminas C e D . O conteúdo de vitamina K do leite de vaca é em geral mais alto que a do leite humano. ( Gyorgy, in Pizzato, 1985), chama a atenção para : “o fato de ser mais incidente a doença hemorrágica em recém-nascidos alimentados ao seio que os alimentados artificialmente”.

g - Enzimas - O leite humano caracteriza-se pela presença de enzimas , que nos demais leites são inexistentes. Tais enzimas auxiliam o processo digestivo do lactente e também protegem-no contra infecções. Dentre as enzimas do leite materno, destaca-se a libasse, que desempenha papel importante na digestão de gorduras, e a lisosima, cuja ação específica contra as enterobactérias desempenha papel importante na profilaxia de infecções intestinais do recém nascido.



h - Anticorpos - Rezende, citado por Pizzato, (1985), refere que o recém nascido recebe, através do leite materno, elementos de defesa imunitária, que o protegem contra determinadas infecções.

Canela e Michalsky, in Pizzato (1985), referem os trabalhos realizados por Robison e outros que demonstram estatisticamente que criança amamentada ao peito apresenta com menor frequência infecções respiratórias, intestinais, bem como menos incidência de episódios febris, do que as crianças alimentadas artificialmente. Aqueles autores mencionaram ainda que os mecanismos de tais efeitos protetores não estão perfeitamente conhecidos. Parecem entrar em jogo vários fatores, como: anticorpos específicos, fatores antimicrobianos inespecíficos e fatores capazes de estimular ou inibir certos microorganismos intestinais.

Olinto, citado por Pizzato (1985), também menciona os trabalhos de Glanzmann, que diz que a acidez do estômago mantém assépticos os segmentos superiores do intestino delgado e que, na criança amamentada ao seio o intestino grosso se coloniza pelo bacilo bífido (99% do total da flora), que parece ser antagônico a certos patógenos; enquanto que, nas crianças alimentadas artificialmente a colonização é feita predominantemente por Gram- negativos como o E e outros. Canela e Michalsky, in Pizzato (1985), consideram tal fenômeno como um dos responsáveis pela resistência a infecções intestinais, que caracteriza a criança alimentada por leite humano.

Gyorgy, in Pizzato (1985), demonstrou que o vírus da gripe ( influenza) é inibido pelo alto índice de hemoglobinas presente no colostro humano. refere a existência, no leite materno, de um fator de resistência a infecção intestinais por stafilococcus aureus.

Gesteira, in Pizzato (1985), classifica tais anticorpos como coproanticorpos, devido ao fato de atuarem na mucosa intestinal sem serem absorvidos, não passando à corrente sanguínea e com ação puramente local.'

Canela e Michalki, in Pizzato (1985), salientam que no colostro humano encontram-se células, como os linfócitos, com capacidade de sintetizar a IgA e macrófagos com capacidade fagocitária.

Maia e Wyatt, in Pizzato (1985), citam outros dois pesquisadores, Sabin e Fieldestul, citado por, ? descreveram um princípio ativo antipoliiovírus presente no leite humano de mulheres americanas.

Morley (1985), atribui a baixa eficiência (40%) da vacina oral contra a poliomielite em zonas tropicais à presença de anticorpos neutralizantes da poliomielite no leite humano.

### **3.4.2 - Aspectos Sociais da Amamentação**

#### **a) Antropológicos**

A alimentação no seio materno tem sua origem associada ao primeiro parto. Dados históricos, relacionados à alimentação da criança, parecem sugerir que o aleitamento materno prolongado era habitual desde tempos remotos. estudos antropológicos de tribos primitivas, ressaltando costumes quanto à alimentação

da criança nos primeiros meses de vida, bem como, costumes sociais na vida adulta, enfatizam a influência da amamentação materna, na formação da personalidade do indivíduo.

Souza, in Pizzato (1985), menciona que estudando certos grupos de mães africanas, com hábitos primitivos, onde a mulher no período pós-parto (40 dias) é considerada impura e cuja visita é permitida somente do recém-nascido observam que a lactação ocorria abundantemente sem que houvesse qualquer preocupação com relação a horários, tempo de sucção, posição, etc. Destacaram que o processo de amamentação está fundamentado numa imitação inconsciente de outras mães, experimentada pela mulher desde a infância. Parece que entre tais provas a lactação é o instinto maternal relacionados si, contribuem a não surgirem conflitos sociais. Investigações realizados nas Ilhas Marquesas e nas tribos Mundungumor refere que a alimentação ao seio é por curto período e o relacionamento mãe filho é pouco ou nada afetivo. Entre eles, na vida adulta, a prática do suicídio é bastante frequente. Nas ilhas Alor as mães permanecem isoladas por oito dias após o parto, amamentando o filho. Após quinze dias, retornam ao trabalho, interrompendo bruscamente a lactação, ficando a criança sob os cuidados de irmãos maiores, que alimentam de modo mesquinho e irregular, muitas vezes com alimentos mastigados por outros. Na juventude estas crianças incorporam-se a grupos jovens, onde o roubo é permitido entre os próprios componentes. Outro dado antropológico, citado por Souza e Souza (1985), é o fenômeno da relactação. Em algumas tribos primitivas africanas, a avó funciona, no sentido da amamentação, como um perfeito e natural substituto

da mãe que por um motivo esteja impedida de amamentar. Refere, ainda, que estas avós, embora com aspectos físico envelhecido, começam a produzir leite após duas ou três semanas de estímulo, conseguido pela sucção da criança, orientada de modo a que gradualmente se aumente o tempo e a frequência das mamadas. Tal fenômeno, segundo os autores, é pouco conhecido até mesmo entre os profissionais da área da saúde. Casos isolados, com relação à relactação, são citados em nossos dias, abrindo horizontes às mães adotivas, por tudo o que podem representar de realização frente ao filho adotado e frente a própria maternidade.

#### **b) Familiares**

A influência familiar é considerada por Viegas (1985), relevante para êxito da amamentação. Destacam-se como fatores que concorrem para uma amamentação satisfatória, o apoio, estímulo e compreensão do pai, familiares e daqueles que convivem com a mãe, auxiliando-a a superar os transtornos físicos e emocionais do pós-parto; a restrição de visitas quanto ao número e tempo, especialmente nos primeiros dias de retorno ao lar; o entretenimento do irmãozinho um pouco mais velho, durante a hora da mamada, e o auxílio de uma pessoa dedicada, babá ou alguém da família que fique com a criança e lhe ofereça o leite ordenhado, quando a mãe necessita afastar-se do lar, como ocorre na licença para a gestação da mulher que trabalha. Outros fatores sociais são considerados grandemente responsáveis pelo abandono do aleitamento materno.

#### **3.4.2 - Aspectos econômicos da amamentação**

Ao enfrentar o momento de escolha entre a alimentação natural e a artificial,

seria interessante que em primeiro lugar fosse considerado o bem-estar alimentício e psicológico do recém-nascido e da mãe. No entanto é observado, na prática, que tais aspectos são esquecidos para serem valorizados níveis sociais, conveniências, cultura e razões de ordem econômica. Nas sociedades ocidentais, onde a mulher atua fora do lar em condições semelhantes ao homem, o aleitamento materno tem sido comumente evitado.

Estudos realizados, comparando os gastos necessários para a amamentação do leite materno (dieta da mãe) com o preparo do alimento artificial, demonstram claramente o baixo custo do leite humano. Esta realidade, infelizmente, parece não ser do conhecimento geral da população, tendo em vista que mesmo em países subdesenvolvidos a mamadeira com leite de vaca vem sendo largamente usada.

Em termos econômicos, tanto na área nacional, o uso das mamadeiras com leite de vaca ou produto industrializado implica aumento considerável de rebanho mundial e a perda de importante recurso econômico que é o leite humano.

Deve-se ainda considerar o fato de que o desmame precoce contribui em grande escala para os problemas gastrintestinais, o que resulta em ônus para serviços estatais de saúde, pela quase provável hospitalização destas crianças.

O emprego do leite em pó para a alimentação de crianças oriundas de famílias de baixa renda, geralmente, acarreta problemas graves de saúde, provocado pela diluição errada do leite.

Comparando-se o custo da lata de leite, industrializada ao salário mínimo regional e as necessidades lácteas de uma criança, é fácil concluir que o homem brasileiro não consegue alimentar, adequadamente, seu filho.

### **3.4.2 - Aspectos Psicológicos da Amamentação**

A amamentação natural constitui uma das fases mais interessantes na vida da criança, aumentando carinhosamente as relações entre mãe e filho. O vínculo emocional mãe/filho tem sua origem a partir do momento em que pai e mãe planejam e resolvem ter um filho. O contato íntimo mãe/filho, nos primeiros meses, é de fundamental importância para a conduta materna tardia, bem como para a estruturação da personalidade da criança.

Alguns autores observaram que as manifestações neuróticas são menos comuns nas mães que alimentaram seus filhos ao seio. A íntima satisfação de ser indispensável aquele que prociou, o afago, aconchego, a comunhão efetiva são sentimentos comuns na mulher que amamenta, dando-lhe maior equilíbrio emocional.

Várias observações sobre a conduta dos animais, em regime de experimentação, tem contribuído para a compreensão da dinâmica dos primeiros momentos entre relação mãe/filho. Tais experiências apresentam resultados comuns, destacando a importância do relacionamento precoce entre eles, sugerindo que os primeiros momentos após o parto são decisivos para um perfeito ajustamento mãe/filho; este período sensitivo materno é uma

consequência de um estado hormonal da mãe, logo após o parto, quando ela está mais propensa a aceitar o seu filho.

Com relação <sup>A</sup> a sucção ao seio materno pelo recém nascido imediatamente após o parto, contribui decisivamente à incidência e manutenção do aleitamento natural.

O confinamento dos recém-nascidos em berçários, tão comum ainda em nossos dias, parece ter sido a origem do abandono do aleitamento materno, embora não tenha sido este o objetivo, e sim o de prevenir infecções no período neonatal, como ocorreram no início do século. O sistema alojamento conjunto para o recém nascido e a mãe objetiva, entre outros aspectos, exatamente a volta da amamentação ao seio, sem restrições, dando oportunidade para melhor interação mãe/filho.

A manutenção do aleitamento materno também tem sido motivo de pesquisa, visto que a maioria das mães, ao redor do segundo mês, deixam de oferecer o seio ao filho. Recentemente uma síndrome chamada hipogalactia transitória, que ocorre geralmente ao redor de quarenta dias pós-parto, coincide com o reinício das atividades sexuais e dura em média de dois a três dias. É compreensível que, neste período, o volume de leite diminua, já que as relações familiares sofrem alterações, agora a participação mais ativa do pai, auxilia quando há insegurança e conflitos. A ansiedade da mãe se incrementa ao deparar com o momento em que lhe é exigido o papel de mãe e de esposa, concomitantemente. Este decréscimo do volume lácteo deve ser esperado, e será

estimulada a sucção frequente ao seio , de modo que ocorra a produção de leite.

tanto a mãe quanto a equipe de saúde não devem, ou por angústia ou por descuido introduzir desnecessariamente o uso de mamadeiras, podendo daí decorrer o abandono ao aleitamento ao peito, com consequências nefastas do desenvolvimento da criança.

### **3.4.3 - Obstáculos do aleitamento materno.**

Obstáculos relacionados a fatores sócio-econômicos e culturais.

Podemos encontrar como fatores sócio-econômicos relacionados ao aleitamento materno:

a - Desinformação da população e profissionais da área de saúde sobre vantagens e importância do aleitamento materno.

b - Não cumprimento da legislação e creches em local de trabalho, horário especial para amamentação, etc.

c - Existência de rotinas hospitalares que retardam obstaculizam e impedem a prática do aleitamento natural: confinamento de recém-nascidos em, berçários, horários rígidos de amamentação.

d - Tabus relacionados à amamentação

e - Falta de preparo da mulher no período pré-natal para a amamentação.

f - Atitudes negativas com relação ao aleitamento materno.

g - falta de suporte para a mulher no período pré-natal.

### **3.4.4 - Por que amamentar?**



O leite materno:

É perfeitamente adequado às necessidades fisiológicas e psicológicas do lactente.

É o único adaptado às necessidades nutricionais da criança, sendo superior a qualquer substituto elaborado por Cientistas da nutrição. Contém vitaminas, sais minerais, gordura, açúcar e proteína apropriadas para organismo do bebê.

É apropriado para crescimento e desenvolvimento da criança.

É o alimento ideal das crianças nascidas normais;

É indispensável no primeiro trimestre de vida.

É conveniente no segundo trimestre de vida.

É útil no terceiro trimestre de vida,

É a grande arma para combater a morbidade e mortalidade infantil.

É o alimento que transmite ao bebê as defesas necessárias contra infecções: contém substâncias protetoras contra gripe, alergias, etc.

É o alimento limpo e pronto. A criança amamentada está livre de riscos associados à alimentação artificial: desnutrição, desidratação, gastroenterites, obesidade, transtornos alérgicos.

O leite materno contribui para a adaptação imunológica à vida extra-uterina.

a - é mais alegre;

b - apresenta curva ponderal ascendente;

c - apresenta temperatura corporal uniforme;

d - apresenta sono tranquilo;

e - cólicas, regurgitação e alergia são menores;

f - tem bom humor;

g - apresenta o turgor mais firme. O panículo adiposo tem desenvolvimento mais perfeito. a pele é mais brilhante, sedosa e rósea. os olhos são mais brilhantes.

A mãe que amamenta sente-se realizada como mulher.

A mãe estabelece relação profunda de afeto e dependência com seu bebê.

Os filhos, vendo sua mãe amamentar, recebem uma lição natural de responsabilidade.

A amamentação do bebê beneficia o pai porque:

- Vê sua mulher mais feminina;
- Estimula o interesse sexual da mulher;
- É menos oneroso o orçamento familiar.

Para mãe:

- o útero volta ao normal;
- o peso normaliza;
- evita o câncer de mama;
- quanto mais o bebê mama, mais leite é produzido.

O leite materno possui benefícios somáticos, Cura e protege contra conjuntivite, otite, gastroenterite, dermatite emocional.

#### **3.4.5 - Primeiras Mamadas**

Preferencialmente a primeira mamada deve acontecer logo após o nascimento da criança, antes mesmo da dequitação ou secundamento. Quanto mais cedo 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 rápido e fisiologicamente pela descarga de ocitocina que é liberada com o estímulo da sucção.

Após iniciada a amamentação outros cuidados deverão ser observados para preservar a manutenção da produção láctea. O bebê deve ser amamentado todas as vezes que manifestar desejo. Não deverá existir horário rígido, nem fixo. No início, as solicitações ocorrerão com maior frequência, estabelecendo com o tempo, maior espaçamento entre uma mamada e outra. Daí a importância da adoção do sistema alojamento conjunto nas unidades hospitalares após o confinamento de recém nascidos normais em berçários obstaculiza , retarda e por vezes impede a prática de aleitamento materno. A amamentação poderá ser única e exclusiva até o sexto mês de vida desde que a mulher o faça adequadamente e que a criança apresente parâmetros de desenvolvimento (peso e altura) compatíveis com sua idade. A partir do sexto mês deverão ser incluídos outros alimentos.

#### **3.4.6 - Técnica de 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, desprovidos de artificios e satisfação. para esta fase ser concluída com êxito, lembramos de alguns cuidados importantes durante a amamentação.

- Não usar sabonete , álcool ou água boricada no bico dos seios.
  - Expor os mamilos (seios) às radiações solares por períodos curtos, diariamente entre às 8 e 10 horas;
  - Evitar o uso de pomadas e bicos protetor nos mamilos;
  - lavar bem as mãos antes da amamentação.
  - Antes de colocar a criança ao seios, verificar se a aréola está macia, apreensível e flexível.
  - Limpar o mamilo com uma fralda ou pano limpo, embebido no próprio leite, antes e após as mamadas.
  - Secar bem as mamas e os mamilos com toalha de banho ou com pano limpo, de uso individual.
  - Adotar técnica correta de amamentação como: - posição para amamentar. A nutriz deve ficar na posição que lhe for mais confortável, podendo ser a posição deitada, sentada ou recostada.
- Seja qual for a posição escolhida, deverá:
- Posicionar a barriga do bebê sobre a barriga da mãe;

- aconchegar o bebê na altura da mama que ele sugar, para que possa introduzir o mamilo e a maior parte da aréola mamária na boca;

- espremer o mamilo e a aréola com as mãos para o leite sair com facilidade, antes de dar de mamar.

- fazer movimentos de vai-vem com o mamilo, sobre os lábios do bebê, a fim de desencadear o reflexo de procura se o bebê estiver sonolento;

- intercalar a mamada, de modo a não causar lesão ao mamilo;

Assim:

- inspecionar as bochechas da criança para ver se está sugando. Quando a sucção é ineficaz, as bochechas se retraem excessivamente;

- empurrar delicadamente os lábios da criança para o lado, para avaliar se a língua está debaixo do mamilo. as vezes está para trás e enrolada;

- observar o ruído que a criança faz ao mamar um “clic clic” macio, indica anormalidade.

- remover a criança da mama para testar o grau de sucção. Quando a mamada não está sendo eficaz a criança solta o mamilo com muita facilidade;

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

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

- Alternar os dois seios durante as mamadas.

- Oferecer sempre em primeiro lugar a mama que ele sugar por último na mamada anterior.

- Permanecer em ambiente calmo e tranquilo quando amamentar.

- Estar calma e não apressar o bebê para mamar

- Dispor de tempo necessário para amamentar no peito;

- Retirar o bebê da mama quando ele estiver fazendo desta uma chupeta.

Após as mamadas colocar o bebê para eructar;

- Deixar o bebê em decúbito ventral ou lateral após eructar.

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

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

Abolir o uso de :

- esgotadeira;

- sabão, sabonete, compressas de álcool;

- absorventes mamilares;

- sutiã convencional porque “amassa o mamilo”.

**a) Como estimular a Produção de leite materno**

A descida do leite é muito afetada pelas emoções da mãe. A ansiedade, o nervosismo, o medo de não saber cuidar do bebê, de não ter leite o suficiente dificultar a produção de leite. Por outro lado, quanto mais o bebê sugar, mais estímulo haverá para a produção de leite. Exercícios e massagens sobre a mama, auxiliam nesta tarefa. Daí recomenda-se:

a - Massagear os alvéolos e ductos lactíferos, com a ponta de quatro dedos (menos o polegar)

- Fazer cinco movimentos circulares , em cada um dos pontos da mama;

- começar na auréola;

- contornar toda a mama no tórax.

b - Deslizar os quatro dedos sobre a mama com movimentos delicados (como cócegas) indo desde a base do tórax até o mamilo ao redor de toda a mama. Isso relaxa a musculatura mamária e estimula a expulsão de leite.

c - Balançar as mamas da esquerda para a direita, mantendo o corpo inclinado para frente, que assim estimula a saída de leite e esvazia os seios lactíferos.

#### **b) Técnica para extração de leite humano.**

Todo o leite excendente que o bebê não consegue mamar, deve ser esgotado para dar conforto à mãe e evitar problemas como engurgitamento mamário, aréola “esticada”, mastite, fissuras, desmame. Considerando a estrutura

anatômica da glândula mamária e mecanismo fisiológico de liberação do leite, a extração manual deve seguir:

a - ampola galactófora

b - canal galactóforo;

c - Canaliculos

d - Alvéolos.

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

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

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

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

### **3.4.7 - Quais os tipos de mamilo humano?**

O mamilo é classificado quanto a anatomia (umbilicado, plano, curto, normal); quanto a cor (claro, róseo, escuro e preto) e quanto a elasticidade (hipoelástico, hiperelástico e normoelástico).



Anatomicamente os mamilos são classificados em :

1 - Mamilo invertido (umbilicado é o mamilo que se apresenta em sentido oposto ao protuso. Não se protraí com exercícios, não se projeta para frente e inviabiliza a amamentação .

2 - Mamilo pseudo - invertido (pseudo-umbilicado) - apresenta sentido oposto ao protuso mas, após estímulos e exercícios, protraí-se discretamente e viabiliza a amamentação.

3 - Mamilo Plano - é o mamilo pouco saliente, como se estivesse incorporado à região areolar. não há função mamilo-areolar.

4 - Mamilo Semi-protuso - é o mamilo discretamente saliente que, se protraí com dificuldade. Após estímulos e exercícios viabiliza a amamentação;

5 - Mamilo protuso - é o mais saliente, bem delimitado que se protraí com facilidade e avança a frente de sua posição natural. É favorável a amamentação.

#### **3.4.8 - Como Recuperar Mamilo Invertido Durante a Amamentação**

Algumas mulheres tem os mamilos pequenos, ou planos, ou voltados para dentro, ou presos de tal modo que “entram” quando se comprime a aréola com dois dedos.

Há maneiras de corrigir o mamilo e convertê-lo em protáctil, para que o bebê possa segurá-lo com a boca na hora de sugar, estas são ensinadas durante a gestação.

Porém muitas mulheres chegam ao puerpério com mamilos desfavoráveis a amamentação. Nestes casos recomenda-se a técnica para reverter mamilo pseudo-umbilicado, que consiste em:

1 - Adaptar o mamilo umbilicado um bico de mamadeira transparente com furo grande, mais ou menos 0,4 mm;

2 - Adaptar ao bico da mamadeira uma esgotadeira de tipo êmbolo recipiente. Com a mão esquerda segurar o conjunto bico-esgotadeira a parte externa distal da esgotadeira e exercer movimentos circulares, em um único sentido, de dentro para fora;

3 - Observar a formação do mamilo e a coloração da pele; Cianose pode indicar esquia compressiva. Se isto acontecer, pare. Prossiga quando voltar a coloração. O mamilo reverte por pressão negativa;

4 - Retirar a mão direita;

5 - Retirar a esgotadeira do bico;

6 - Manter o bico da mamadeira adaptado ao mamilo durante o tempo que a mãe suportar e se o mamilo estiver rosado;

7 - Retirar o bico do mamilo, exercendo pressão sobre a aréola com o dedo polegar direito;

8 - Ajudar a mãe na amamentação. O mamilo poderá estar delatado e necessitar de exercício do tipo "roling": pingar e girar o mamilo entre os dedos indicador e polegar, por alguns minutos, antes de o bebê mamar;

9 - Repetir a técnica de 4 em 4 horas, antes da mamada até acontecer a formação efetiva do mamilo.

Segundo Boletim da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, setembro/1993 estudo realizado por médicos do J. J. M. Medical College, na Índia, revelou: “uma revolucionária técnica para auxiliar mães com mamilos invertidos a iniciarem a amamentação de seus bebês, como também manterem esta prática até os seis meses. Trata-se de uma seringa plástica de 10 ml, cuja extremidade próxima da agulha é cortada com uma faca afiada. Depois troca-se a posição do êmbolo da seringa, introduzindo-o pelo orifício que ficou após o corte. Feito isso, a seringa já está pronta para ser utilizada: a parte macia, onde estava o êmbolo fica em contato e puxa suavemente o êmbolo, provocando a sucção do leite e a protabilidade do mamilo “Para os pesquisadores: “a principal desafio enfrentado por mães com bicos invertidos é a inabilidade para posicionar o bebê no seio de forma que ele sugue corretamente. Através do uso da seringa plástica e do constante aconselhamento e orientação sobre a maneira correta de posicionar o bebê para a pega da aréola, sete das oitos mulheres que fizeram parte do estudo foram capazes de fazer com que seus bebês sugassem corretamente o seio. Adaptado de técnica criada por um cirurgião plástico indiano para correção de mamilos invertidos, o método oferece vantagens como o baixo custo, a efetividade e o fato de poder se executado pela mãe quantas vezes forem necessárias e em sua própria residência. Em média, os bebês levaram 4 dias para sugarem corretamente o leite materno.

### **3.4.9 - Problemas da Amamentação e Assistência de Enfermagem**

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, sugerem alguns problemas que podem ser solucionados com medidas simples. Este período requer paciência, firmeza e acima de tudo conhecimento da fisiologia de lactação, tanto por parte do profissional da 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 frequentes que podem ocorrer e como poderemos resolvê-los.

**Problema 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 puerpério devido a pressão exercida pelo leite no sistema canalicular, podendo desaparecer entre 24 e 48 horas após seu início.

Atribui-se ao esvaziamento incompleto da glândula mamária a sucção deficiente ou o 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 sensível e saliente com engurgitamento venoso. Poderá ocorrer ainda, mal estar geral, cefaléia e calafrios.

## **Assistência de Enfermagem no Engurgitamento Mamário**

### **a - Profilaxia**

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

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

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

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

Justificativa: Estimulação tátil sobre as terminações neurosensitivas, da região mamilo areolar determinam a liberação de ocitocina, que é responsável pela ejeção do leite.

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

Justificativa: O posicionamento adequado no momento de amamentar assegura conforto ao binômio mãe/filho, favorece o funcionamento normal da

mama é previne complicações como lombalgia (materna), trauma, fissura mamilar e engurgitamento mamário.

- Propiciar ambiente tranquilo para amamentação.

Justificativa: Estímulos externos podem interferir no processo fisiológico da amamentação diminuindo sua produção ou interferindo na ejeção do leite.

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

Justificativa: os dois seios devem ser estimulados a cada mamada e oferecidos na medida em que a criança os solicite, sem horários rígidos para que haja um equilíbrio adequado e constante entre a produção e o consumo requerido pelo recém nascido e lactente.

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

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

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

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

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

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

*B - Tratamento*

- fazer palpação em sentido circular sobre as áreas afetadas.

Justificativa: Para facilitar a desobstrução dos canais e canalículos.

- Esvaziar completamente o peito após as mamadas através de ordenha preferencialmente manual, iniciando na base areolar, até que desapareçam os pontos dolorosos.

Justificativa: O excesso de leite quando acumulado nos canais, canalículos e ampolas galctóforas determina aumento da tensão interna da glândula provocando dor pela obstrução do sistema canalicular.

- Em caso de difícil reflexo ejetório, aplicar calor( banho de sol, compressas ou bolsas de água quente) sobre a glândula mamária: fazer massagem intermitente na região mamilo - areolar antes de iniciar a sucção ou extração. Fazer massagem delicada e firme sobre a mama iniciando na região ampolar até atingir o alvéolos.

Justificativa: O calor provoca a vasodilatação dos canais e canalículos favorecendo a ejeção do leite: a massagem sobre a região mamilo-areolar, estimula a liberação da ocitocina responsável pela ejeção do leite.

- Orientar sobre a diminuição da ingestão de líquidos antes estabelecer equilíbrio entre a produção e o consumo.

Justificativa: A quantidade de líquidos interfere na quantidade do leite produzido.

**Problema 2** - Fissura ou rachadura mamilar consiste na ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo provocada por inadequada apreensão no momento da sucção. Ocorre com maior frequência nas mulheres com pele clara, idosas, primaras 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.

*a - 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, tornando a região susceptível a lesões;

- Uso de medicamentos tópicos: destroem 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.

*b - Fatores Causais*



- Uso de bombas: ( manual e elétrica) . A pressão negativa 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;

- Sucção inadequada provocada pelo engurgitamento: quando a tensão interna da mama é máxima, e a estase láctea invade todo o parênquima mamária, 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. ( Santos, 1989).

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

#### **a - Profilaxia**

- Identificar o risco materno;

- Preparar o mamilo no pré-natal;

- Tipos de mamilo: protuso, semiprotuso, plano, invertido ou pseudo-invertido;

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

- Coloração da pele;

- Número de filhos;
- Idade;
- Experiências negativas anteriores com fissuras;
- Expor os seios às radiações solares por períodos curtos (no máximo 15 minutos) no horário entre às 8 e 10 horas da manhã.

Justificativa: A falta de preparo do mamilo no período do pré-natal contribui para o aumento de lesões do epitélio mamilar com início da sucção. O tipo de mamilo interfere na capacidade de apreensão adequada, sendo difícil nos casos de mamilo plano ou invertido. A desinformação sobre o funcionamento normal da glândula mamária contribui para aumentar a ansiedade e insegurança da mulher que amamenta. As mulheres jovens, caucasianas e primaras apresentam risco maior de apresentar fissura/trauma mamilar. Tais radiações se diferenciam entre si pela capacidade de penetração e tipo de ação na pele e no organismo, e se constituem juntamente com a luz visível, no conjunto da irradiação eletromagnética do sol (o seu espectro). Os raios infravermelhos apresentam feixe de radiações com comprimento de ondas maior que os ultravioletas, tendo capacidade de penetrar no tecido epidérmico até atingir a derme, onde tem ação vitalizante e calórica. Promovem a estimulação das terminações nervosas da pele, a dilatação dos poros e aceleram a eliminação de resíduos tóxicos produzidas pelos combustíveis intramusculares. No tecido epitelial da glândula mamária além de dilatar vasos e capilares, atua no sistema canalicular promovendo dilatação dos canais e canalículos favorecendo a ejeção do leite. Os raios infravermelhos

são também dotados de poder gericida e bactericida e de ativar a reparação dos tecidos ajudando na cicatrização das feridas. Também atribui-se aos raios infravermelhos, a propriedade salutar de curar infecções e cicatrizar feridas artificiais. Os raios ultravioletas tem seu domínio nas reações bioquímicas e apresentam feixes de radiações com curto comprimento de ondas, estando sua capacidade de penetração limitada à cama da córnea da epiderme, onde tem ação actínica provocando inicialmente e ritma e posteriormente aumento da pigmentação. Tal fenômeno determina maior proteção e resistência do tecido epitelial as infecções, agressões e traumas. Os raios ultravioletas desempenham ainda papel importante na prevenção do raquitismo, pois são responsáveis pela síntese da vitamna D, regulador do equilíbrio fatocálcio, efeito antiraquítico primordial para a criança.

- Inspeccionar diariamente os mamilos

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

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

Justificativa: O uso de pomadas lubrificantes ou outros medicamentos, predispõe os mamilos à lesões. Os mesmos alteram ainda a produção de secreção lipóide naturalmente produzida para a proteção local mantém os mamilos úmidos, escorregadios e ao resíduos nocivos à criança, fazendo-a algumas vezes rejeitar o seio.

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

Justificativa: O uso de sabonete ou sabão está contra-indicado pela sua composição alcalina que determina a desidratação do tecido através de uma ação físico-química, retirando lubrificação e acidez da epiderme.

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

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

- Evitar higiene excessiva no mamilo. Deverá usar o próprio leite.

Justificativa: Promove a remoção de substâncias que protegem a pele tornando-a susceptível a lesões e traumas..

- oferecer o seio ao bebê com aréola macia.

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

- Em caso de engurgitamento mamário esvaziar previamente a mama, através da extração manual..

Justificativa: O engurgitamento mamário provoca distensão da região areolar dificultando a apreensão e sucção adequada pela criança.

- Alternar os seios durante as mamadas essencialmente nos primeiros dias.

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

- Observar o procedimento correto para retirar o bebê do seio, e observar apreensão adequada do mamilo e aréola.

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

### **Como recuperar Mamilo Fissurado.**

Quando o mamilo estiver sensível, dolorido, o marido e a sociedade devem apoiar e encorajar a mãe a :

Não suspender a amamentação: deixar o bebê sugar mesmo que o mamilo sangre um pouco, oferecer primeiro o mamilo menos dolorido e por último o mamilo mais dolorido; resolver o problema que é passageiro e não duradouro, da seguinte forma:

a - deixar o mamilo arejado (ventilado) exposto ao sol, o máximo possível. Evitar abafá-lo com compressas, gazes, absorventes, curativos, pomadas, sutiãs forradas com plástico;

b - usar sobre os mamilos nos intervalos das mamadas qualquer um dos seguintes produtos caseiros: - polpa de casca de banana verdolenga; - polpa de mamão verdolengo; - suco ou folha de arruda amassada, - suco ou folha de

salsinha amassada; desprezar e refazer a cada mamada - chá preto, um saquinho umedecido com água filtrada ou fervida. Desprezar a cada 24 horas.

c - fazer banhos de luz com lâmpadas de 40 watts, 6 vezes ao dia, se não for possível expor o mamilo ao sol.

Observação: Mamas doloridas, exploradas ou mamilos fissurados, não contra-indicam a amamentação. Porém, é nesse período de desconforto físico que a mulher - ser humano- necessita de compreensão, apoio e ajuda dos familiares e da sociedade para continuar amamentando .

**Problema 3** - Mastite puerperal - consiste na infecção da mama lactente, causada pela invasão do tecido mamário por microorganismos patológicos. Ocorre com maior frequência entre : 8 e 12 dias do puerpério, sendo mais comum nas primaras 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. 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 de acordo com sua localização: lobular, lobar. ampolar e glandular.

#### *a - Etiologia*

O agente infeccioso mais comum é o *Staphylococcus aureus* e as formas de acesso variam desde as mãos da própria mãe ou do pessoal que lhe presta

assistência , da nasofaringe do bebê que penetram através das fissuras, até pelas bactérias normais presentes nos canais e canalículos que passam a ser patológicos quando lesionados. Estas lesões podem se ocasionadas por massagens incorretas ou pelo engurgitamento mamário prolongado.

#### *b - Sintomas*

Presença de edema, calor, rubor, tumoração, com turgência podendo ser localizados, ou generalizados (intersticial) de acordo com a localização da mastite.

A lactente apresenta calafrios e temperatura de 39° e 40° ( **queixa-se com mal estar geral.**

### **Assistência de Enfermagem na Mastite Puerperal**

#### *a - Profilaxia*

- Esclarecer a nutriz para higiene rigorosa das mãos antes das mamadas.

Justificativa: Para prevenir infecções localizadas na mama.

- Orientar e observar técnica correta na amamentação , massagens e extração do leite.

Justificativa: Para propiciar o perfeito funcionamento da glândula mamária e prevenir complicações.

- Adotar medidas profiláticas terapêuticas para fissura mamilar e engurgitamento mamário.

Justificativa: Os mesmos são fatores condicionantes para a ocorrência de mastite.

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

Justificativa: a introdução de outros alimentos neste período, promove o desequilíbrio entre a produção e o consumo favorecendo a estase láctea e obstrução do sistema canalicular.

- Orientar para o uso de soutien adequado e limpo .

Justificativa: Para favorecer o funcionamento normal da glândula e prevenir infecção.

- Procurar manter equilíbrio entre a produção e liberação do leite.

Justificativa: a estase láctea nos canais, canalículos e ampola galctófora são fatores condicionantes , para o aparecimento da mastite.

#### *b - Tratamento*

- Proceder coleta de material para realização de cultura com antibiograma.

Justificativa: Para identificar o agente infeccioso e tomar medidas adequadas.

- Não inibir o processo de lactopoiese estimulando o funcionamento normal da glândula através da sucção ou extração do leite da mama afetada.

Justificativa: O mecanismo Fisiológico da lactopoiese requer estimulação constante da glândula mamária para evitar diminuição da produção do leite progressivamente do sistema canalicular.



- Observar evolução ou regressão do abscesso mamário;

Justificativa: Para avaliar as condições de funcionamento da glândula mamária.

- Administrar terapêutica, anti-inflamatória e antibióticos conforme prescrição médica.

Justificativa: Para recuperar as áreas afetadas e restabelecer o funcionamento normal da glândula mamária.

### **3.5 - A Iniciativa Hospital Amigo da Criança**

O Brasil foi um dos 12 países escolhidos para iniciar a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC, que começou a ser desenvolvida no país em março de 1992, através do Ministério da Saúde e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com apoio da UNICEF e da OMS. O primeiro hospital brasileiro a receber a placa de “Amigo da Criança” foi o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, localizado em Recife, região nordeste do país.

A IHAC representa um esforço a mais na promoção e apoio ao aleitamento materno no Brasil. O programa nacional de incentivo a esta prática, coordenado pelo Ministério da Saúde, teve início no começo dos anos 80, com ênfase na:

- a) Informação de profissionais de saúde e do público em geral;
  - b) Adoção de leis que protejam o trabalho da mulher que está amamentando;
- e ;
- c) Combate à livre propoganda de leites artificiais para bebês.

A principais conquistas foram:

1983 - Portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social - INAMPS/Ministério da Saúde, que estabelece obrigatoriedade do alojamento conjunto.

1986 - Portaria do Ministério da Educação e Cultura-MEC, tornando obrigatório o alojamento conjunto nos hospitais universitários.

1988 - Aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (através da Resolução 5), das Normas de Comercialização de Alimentos para lactentes, elaboradas com base no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.

1988 - Promulgação da Constituição Brasileira, que define como direitos sociais a educação, saúde, trabalho e lazer, enfatizando a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias; licença-paternidade nos termos fixado em lei (cinco dias) e a proteção do trabalho da mulher. A Constituição também assegura às mães presidiárias o direito de permanecerem com os filhos durante o período da amamentação.

1990 - Aprovação do Estatuto da Criança - lei 8.069, que assegura à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento antes e após o parto. O Estatuto ainda trata da obrigatoriedade do alojamento conjunto.

1992 - Aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução 31) do novo texto da Norma de Comercialização de Alimentos para Lactentes, que inclui um item específico sobre uso de bicos e mamadeiras.

1993 - Apoio ao acordo mundial realizado entre a UNICEF e OMS com a Associação Internacional de Fabricantes de Alimentos, para por fim ao fornecimento gratuito ou a baixo custo de leites artificiais a maternidades e hospitais. Foram obtidos compromissos formais das empresas ligadas a esta Associação, atuantes no Brasil, o que serviu também como reforço à vigilância da Norma de Comercialização.

### **3.5.1 - Contribuição da Instituição para a Amamentação**

Idealizada em 1990, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF e pela Organização Mundial de Saúde -OMS, a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança visa a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através de mobilização de pediatras, obstétricas, equipe de enfermagem e outros funcionários, envolvidos diretamente ou indiretamente nos cuidados de saúde de mães e bebês.

A iniciativa Centro de Saúde Amigo da Criança Saco Grande II tem como meta mobilizar os funcionários destes estabelecimentos de saúde, para que promovam um ajuste de rotinas e práticas, como também de suas atitudes e comportamentos, a fim de garantir a adoção dos DOZE PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO.

Para isso foram estabelecidos estes DOZE PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO, cujo objetivo maior é proporcionar um bom começo de vida para um milhão e meio de crianças, que nascem atualmente no Brasil.

- 1) Conscientizar a equipe de saúde sobre a importância do aleitamento materno.
- 2) Enfatizar e garantir durante o pré-natal e puerpério as informações quanto ao preparo das mamas para o aleitamento, por todos os profissionais de saúde, principalmente equipe de enfermagem, ginecologista e pediatria.
- 3) Informar às gestantes e demais usuários do serviços sobre o valor do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês.
- 4) Orientar para evitar uso de chupeta e outros bicos artificiais.
- 5) Encorajar o aleitamento materno sobre livre demanda.
- 6) Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
- 7) Orientar e informar às gestantes sobre os grupos ou pessoas da COMUNIDADE para apoio ao aleitamento.
- 8) Estar sempre à disposição da gestante e mãe quando manifestar dúvidas quanto ao aleitamento.
- 9) Informar à gestante e mãe sobre seus direitos legais e garantir o aleitamento quando do retorno ao trabalho, segundo Cap.I, art 9º do ESTATUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE.
- 10) Orientar à mãe como manter o aleitamento materno após reiniciar suas atividades profissionais.

11) Não permitir propoganda de leites artificiais na unidade de saúde, segundo a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para lactentes.

12) Orientar sobre métodos contraceptivos durante o pré-natal e puerpério de forma a manter aleitamento materno até o 6º mês.

#### **4 - REFERENCIAL TEÓRICO E PROCESSO DE ENFERMAGEM**

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

Em 1985, Leininger publicou a primeira apresentação de seu trabalho como teoria e, em 1988, apresentou novas publicações acerca de suas idéias.

Apresentaremos a seguir, alguns aspectos apresentados por George (1993) sobre Leininger e sua teoria.

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 apropriado e desenvolve-se a partir dele.

Nas apresentações, ela 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 apresentou 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".

#### **4.1 - Pressupostos da Teoria**

. Desde o surgimento da espécie humana, o cuidado tem sido essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos.

▷ . O cuidado próprio, e outros padrões de cuidado 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 característica central, dominante e unificadora da Enfermagem.

→ . Não pode haver cura sem cuidado, mas pode haver cuidado mesmo sem ser para cura.

. A ação da existência da Enfermagem é que ela é uma profissão de cuidado, com conhecimentos disciplinados sobre esta.

→ . O cuidado sob uma perspectiva transcultural é essencial para desenvolver e estabelecer a Enfermagem como profissão universal.

▷ . Os componentes do cuidado transcultural e as características das diferenças ainda devem ser identificados, descritos e conhecidos para a sua caracterização estrutural e funcional na Enfermagem.

. As decisões e ações do cuidado de enfermagem que levam em conta os valores, crenças e modos de vida do cliente, estarão certamente ligados a satisfação do cliente com o cuidado de enfermagem.

. Os conceitos e práticas do cuidado do ser humano podem ser identificados em todas as culturas.

. As práticas de cuidado de saúde, profissionais e populares são derivados da cultura e influenciam as práticas e os sistemas de Enfermagem (George, 1993).

#### **4.2) - Conceitos norteadores do trabalho**

Os conceitos que nortearam este trabalho e que são relacionados abaixo, se baseiam em Leininger, em nosso conhecimento, crenças e valores e na revisão da literatura.

Cultura: Complexo de padrões de comportamento, das crenças, das instituições e de outros valores espirituais e materiais transmitidos coletivamente, praticados pelas mulheres referentes ao parto e a amamentação.

Diversidade Cultural do Cuidado: "Indica a variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que são culturalmente originários dos homens para seu bem-estar ou para aperfeiçoar uma condição ou modo de vida homens, ou para enfrentar a morte".

Crenças e valores: são convicções íntimas e/ou certezas adquiridas baseadas nos valores culturais no contexto sócio-econômico político da mulher referente ao parto e a amamentação. É a importância que damos as nossas crenças e está atrelado a uma determinada cultura. O valor irá influenciar os nossos pensamentos e nossas ações diante de uma dada situação. Os valores podem variar de acordo com os estágios da vida do homem e de acordo com os grupos que o homem constitui, uma vez que este tanto influencia o ambiente quanto



pode ser influenciado por ele. Dentro dessas influências, está o cuidado de enfermagem, uma vez que a partir da realidade encontrada do homem, seu cotidiano pode ser acomodado, repadronizado e/ou preservado de acordo com sua cultura.

→ Cuidado - São atividades de apoio, ou facilitadores para com a mulher grávida e nutriz, com necessidades evidentes ou previstas, para amenizar ou melhorar a sua condição de vida.

→ Enfermagem - "Profissão responsável e comprometida com o cuidado visando o bem estar culturalmente definido, a partir da integração do cuidado popular e do cuidado profissional de saúde que congregam ações que buscam preservação (quando o cuidado não precisa ser modificado), acomodação (quando se acrescenta ao cuidado já realizado outros cuidados) e repadronização (quando o cuidado realizado precisa ser modificado).

→ Cuidado de enfermagem a gestante e nutriz - São comportamentos, técnicas, processos ou padrões culturalmente aprendidos, executados pelo profissional de enfermagem que capacitam a mulher enquanto gestante e nutriz a compreender o parto e a amamentação como um processo natural de reprodução humana.

→ Gestante - É a mulher que concebeu e que traz consigo além do produto da concepção, uma bagagem de crenças e valores relacionados com a gravidez, parto e puerpério.

- "É uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento"(Maldonado, 1984, p. 22).

→ Nutriz - É a mulher que alimenta o filho exclusivamente com seu leite.

Puerpério - É o processo que vai do término do parto ao retorno das condições normais ou não do trato genital, e se refere às seis ou oito semanas

após o parto, caracterizado pelas mudanças progressivas das glândulas mamárias que tem por função nutrir o recém-nato.

### **4.3 - O Processo de Enfermagem**

#### **4.3.1 - Fundamentação**

O processo de Enfermagem de acordo com o modelo proposto por Leininger (modelo Sunrise) tem como em qualquer processo de enfermagem, o seu foco voltado para o cliente, a quem o cuidado em enfermagem é dirigido, embora no modelo de Leininger, a ênfase esteja na importância do conhecimento e da compreensão da cultura do cliente.

O processo pode ser entendido como constituído de quatro fases:

① Avaliação de enfermagem que compreende o levantamento sobre a estrutura social e visão de mundo da cultura do cliente, além de outras informações necessárias como: idioma e o contexto ambiental, bem como, fatores de tecnologia, religião, filosofia, parentesco, estrutura social, valores e crenças culturais, política, sistema legal, economia e educação; identificação da situação do cliente, seja ele indivíduo, família, grupo ou instituição social; identificação do sistema de saúde e dos valores, crenças e comportamentos populares dos profissionais de saúde e de enfermagem existentes no sistema. Ao longo do processo de avaliação são identificadas as características que são universais ou comuns nas culturas e aquelas que são diferentes ou específicas a cultura que está sendo avaliada.

② Diagnóstico de enfermagem : Após avaliação, o diagnóstico de enfermagem é elaborado, tendo como base as áreas em que o cliente não encontra uma diversidade ou universalidade cultural do cuidado.

3-4) Planejamento e implementação do cuidado: Nesta fase, uma vez mais, as decisões e as ações de cuidado de enfermagem precisam estar culturalmente embasadas para melhor satisfazer as necessidades do cliente, e propiciar um cuidado coerente com a cultura. Os três modos de ação são a preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/estruturação cultural do cuidado.

## **5 - METODOLOGIA**

### **5.1 - Características do campo de estágio**

O estágio se desenvolveu no Centro de Saúde II no Saco Grande II situado a Rodovia Vírgilio Várzea, região centro-oeste da ilha de Santa Catarina área delimitada pela Rodovia Estadual SC-401 a oeste e encosta de morros a leste.

O território área do Saco Grande II é composto por descendentes dos remanescentes minifundiários da ocupação açoriana e atualmente por famílias oriundas do processo migratório do interior do estado de Santa Catarina e Paraná. Migração esta motivada pela procura de oportunidade de trabalho e busca de formas de sobrevivência. A fixação ou residência na área se deu devido a facilidade de acesso e do grande manancial aquífero.

O bairro constitui-se de um aglomerado de 8 comunidades diferenciadas pelo nível sócio-econômico. Exemplo - Morro Atanásio, Morro do Cajú, Monte Verde, Morro do Balão, Barreira do Janga, Morro da Cruz, Parque da Figueira e população residente na rodovia Vírgilio Várzea.

Em 05 de junho de 1993 os moradores do loteamento do Morro do Vино organizaram-se em uma associação surgindo a comunidade do Sol Nascente. Esta

comunidade é desprovida de ruas pavimentadas, coleta de lixo, água encanada, tratamento de esgoto, telefone público, etc.

A comunidade do Sol Nascente constitui-se de uma população oriunda do interior do Estado de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul, que exercem profissões como: agricultores, pedreiros, serventes, domésticas, entre outras, constituindo a maior parte da demanda do Centro de Saúde.

O Centro de Saúde II do Saco Grande II é um centro docente assistencial contando com profissionais da UFSC. Os alunos de enfermagem da UFSC atuam no período da manhã e alunos de medicina no período da tarde.

Este Centro de Saúde pertence a prefeitura municipal atendendo a comunidade do Saco Grande II, Monte Verde e Cacupé. Conta com oito funcionários entre técnicos de enfermagem, atendente de enfermagem e faxineira, é composto também por quatro médicos, uma enfermeira e um nutricionista. O funcionamento do Centro de Saúde é de segunda a sexta feira das 7.30 às 19.00 horas onde oferece atendimento a criança de Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, consultas médicas para adultos e crianças, consulta de nutricionista, acompanhamento de pré-natal a gestante, planejamento familiar.

O Centro de Saúde é constituído por sete salas entre elas sala de ginecologia, pediatria, atendimento médico geral, sala de vacinação, curativo, estoque de material, homeopática e ainda WC público e de funcionários, cozinha. Apresenta ventilação e iluminação adequadas.

Nos fundos do Centro de Saúde funciona o COMOSG (Conselho Comunitário da Saco Grande II) com a finalidade de atender as reivindicações da população para a melhorias do bairro junto aos órgãos competentes.

O mecanismo utilizado pelo Centro de Saúde é o de referência e contra referência possibilitando a resolutividade dos problemas do paciente.

## **5.2 - Identificação da Clientela**

A clientela foi constituída pelas gestantes no último trimestre de gravidez e por nutrizes, que moravam no Saco Grande II e freqüentavam o Centro de Saúde desta comunidade.

Fizeram parte do estudo 31 clientes entre gestantes e nutrizes que em sala de espera quando eram informadas do projeto se propunham a participar deste. Neste primeiro momento desenvolvendo diálogos sobre parto e amamentação..

As gestantes que tiveram parto no decorrer do estágio, (11) fizeram parte do grupo de puérperas, que receberam visita domiciliar para acompanhamento da amamentação e para que através do seu depoimento sobre o parto, avaliássemos o quanto os encontros favoreceram este momento.

## **5.3 - Instrumento para o levantamento de dados**

Para a realização deste trabalho foram elaborados dois instrumentos em forma de formulário, sendo estes compostos de perguntas fechadas e abertas que continham itens a cerca de exame físico, aspectos psicológicos, sociais e culturais da cliente.

O primeiro instrumento, utilizado na consulta de pré-natal, foi composto por 11 itens e abordou assuntos a cerca do parto que nos auxiliou na análise do desenvolvimento gestacional de cada cliente, bem como na análise dos dados sócio-culturais.

Já o segundo instrumento, utilizado nas visitas domiciliares, foi composto por apenas 04 itens, sendo estes relacionados ao período puerperal, cuidados gerais com recém-nascido e principalmente sobre aleitamento materno.

#### **5.4 - Plano de Ação**

Para o alcance dos objetivos propusemos as seguintes estratégias:

##### **Objetivos:**

*1 - Preparar a gestante a compreender ea participar ativamente do parto e da prática de amamentação.*

. Discutir com o grupo de gestantes o processo de reprodução desde a concepção até a o nascimento.

. Realizar visitas a maternidade com os grupos de gestantes.

. Discutir com as gestantes sobre a importância da participação consciente e ativa durante o processo do parto.

Ensinar a gestante o preparo da mama para a amamentação e sua técnica correta.

. Informar a gestante através de palestras sobre o processo de lactação e vantagens do aleitamento materno.

. Mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação.

*2 - Conhecer os valores sócio-culturais da gestante e nutriz a respeito do parto e amamentação.*

. Construir roteiro que oriente a coleta de dados efetuados nas consultas de enfermagem, e visita domiciliar.

*3 - Desenvolver habilidade em consulta de enfermagem à gestante, em educação para saúde em grupo e em visita domiciliar.*

. Praticar consulta de enfermagem as gestantes componentes do grupo de estudo..

. Fazer discussão em grupos sobre assuntos como aleitamento, preparo para o parto.

. Realizar visitas domiciliares as puérperas.

*4 - Auxiliar na proposta do Centro de Saúde em se credenciar como Centro de Saúde amigo da criança.*

. Explicar para as gestantes e nutrizes a proposta de transformar o Centro de Saúde em amigo da criança.

. Informar as gestantes o que é um Centro de Saúde Amigo da criança, e a importância da participação das mesmas.

### **5.5 - Avaliação dos Objetivos**

Consideraríamos os objetivos atingidos se:

. Fossem realizados consultas de enfermagem com gestantes estabelecendo um vínculo de confiança e respeito para com a mesma.

. Houvessem participação e comparecimento das gestantes nos encontros pré-estabelecidos.

. Nas visitas domiciliares as puérperas estivessem amamentando e soubessem referir os benefícios que essa prática estava trazendo para seu filho.



. Durante as visitas domiciliares as puérperas referissem que os encontros ajudaram a deixá-las tranquilas durante o parto.

. Grande parte das gestantes e puérperas do grupo estivessem dentro dos passos que permitiriam tornar o Centro de Saúde em Amigo da Criança.

. Identificássemos os valores culturais das gestantes e puérperas sobre parto e amamentação.

## 6 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### Objetivos:

*1 - Preparar a gestante a compreender e participar ativamente do parto e da amamentação*

A princípio foram pré-estabelecidos encontros para o grupo de gestante pela supervisora. Visto que estas não estavam comparecendo o grupo de gestante foi formado todas as sextas-feiras no período da manhã, e contava com a participação de gestantes presentes na sala de espera, onde aguardavam a consulta com a obstetra. Nestes encontros tivemos a oportunidade de conversar com as clientes esclarecendo suas dúvidas a cerca do processo de reprodução desde a concepção até o nascimento, num processo dinâmico de troca mútua de experiências.

No grupo foram utilizados recursos como: vídeo sobre aleitamento materno; álbum seriado sobre desenvolvimento materno e fetal; fotografias sobre parto; panfletos e cartazes.

Tivemos a oportunidade de participar de um grupo de gestantes adolescentes que fizeram parte do projeto “Adoecer ou Renascer”. Na ocasião estavam

presentes três gestantes, a orientadora e aluna responsável pelo projeto. Durante o encontro foram abordados assuntos a respeito do parto e sexualidade.

A formação do grupo de gestante teve grande importância para o esclarecimento de dúvidas sobre o processo de reprodução desde a concepção até o nascimento, percepção a cerca dos valores culturais, sendo que conseguimos observar através de entrevistas informais, os conhecimentos e experiências das gestantes em relação ao período gestacional, parto, período puerperal e cuidados com o recém-nascido. As dúvidas que as gestantes apresentaram foram bastante diversificados e surgiam espontaneamente, sendo esclarecida através de orientações dadas de maneira clara e adequada, ao seu nível de conhecimento sócio e cultural.

As consultas de enfermagem foram realizadas em número de 23 com auxílio de um instrumento que continha questões que abordaram valores sócio-culturais (Anexo 2). Observamos que na consulta de enfermagem a cliente sentia-se mais a vontade para expor suas dúvidas e sentimentos, as orientações e esclarecimentos eram mais direcionadas a cliente.

Tivemos a oportunidade de realizar uma visita a Maternidade Carmela Dutra, com a participação de duas gestantes da supervisora de estágio. Esta visita teve como objetivo proporcionar as clientes oportunidade de conhecerem a sala de parto, berçário e alojamentos conjuntos. Através da visita observamos o interesse das gestantes em conhecerem a maternidade e de como se dá o processo de

internação. Percebemos com isto a importância que têm para a gestante conhecer a instituição em que será assistido no parto.

Através das 23 consultas de enfermagem e os 8 contatos com o grupo de gestantes identificamos os conhecimentos apresentados pelas gestantes a cerca do parto e amamentação

Tivemos a oportunidade de realizar 3 encontros nas 6<sup>as</sup> feiras no período da manhã com a presença de 4, 3 e 9 gestantes, respectivamente onde foram abordados assuntos sobre o processo de lactação e as vantagens do aleitamento materno.

Durante o nosso trabalho das 19 puérperas apenas uma declarou dificuldades para amamentar seu segundo filho, alegando que não produzia leite. Felizmente as puerpéras restantes apresentavam algum conhecimentos referente a importância do prática do aleitamento materno, o que facilitou o incentivo e a orientação sobre as vantagens do mesmo, pois a maioria já tinha experiências anteriores.

*2 -Conhecer os valores sócio-culturais da gestante e nutriz a respeito do parto e amamentação*

O conhecimento da realidade sócio-cultural da clientela começava na sala de espera, quando falávamos do nosso projeto e solicitávamos a sua participação. Como a clientela era constituída de gestantes, o conhecimento se dava com a consulta de enfermagem obstétrica, onde utilizamos roteiro específico (anexo 2).

No Centro de saúde a cliente era atendida em consultório próprio onde o tempo da consulta variava entre 30 a 40 minutos.

Nesta oportunidade perguntávamos sobre a possibilidade de fazermos uma visita domiciliar após o parto, e se aceito anotávamos a data provável do parto e seu endereço em livro próprio, fato este que favoreceu o controle das visitas.

No domicílio o atendimento era realizado quase sempre, no local de preferência da cliente, onde dentro do possível incluíamos familiares. Para esta visita utilizamos o instrumento elaborado (Anexo 3).

Além da continuação da coleta de dados para o conhecimento da realidade sócio-cultural da cliente, principalmente a relacionada a gravidez e o parto, desenvolvíamos no domicílio ações de cuidados de enfermagem referentes a puérpera e RN.

Durante a consulta de enfermagem a coleta dados e o registro de dados, bem como as ações de enfermagem seguiam o modelo, ou seja, os dados eram coletados, analisados e o plano de cuidados resultante determinavam ações imediatas a serem resolvidas por nós ou por outros profissionais de saúde quando necessário, ou ações a serem desenvolvidas a posteriormente, no domicílio da cliente, quando a visitássemos para a consulta de puerpério.

Os dados referentes aos valores e crenças culturais relacionados ao parto e aleitamento, estrutura social, economia, religião e educação, sistema legal, contexto ambiental, eram trabalhados posteriormente, visto que estes serviam para conhecermos a clientela de gestantes que procurava o Centro de Saúde.

Naquela oportunidade não conhecíamos também os valores e crenças dos profissionais de saúde. Não dispúnhamos assim dos elementos para o diagnóstico e nem para o estabelecimento das decisões e ações de cuidado de enfermagem que precisavam ser culturalmente preservados, acomodados ou reprodronizados

### . Característica da clientela atendida

#### Análise das Tabelas

**Tabela 1 - Distribuição da Clientela estudada segundo a faixa etária. Saco Grande II - Fpolis-SC, Abril/junho, 1995**

Faixa Etária	Frequência	%
17-25	20	64,51
24-34	11	35,48
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Podemos observar que 64,51% das clientes situam-se na faixa etária considerada adequada para o parto, principalmente se a mulher for primípara. Rezende (1991), classifica como primiparidade precoce, aquela em a idade da mulher é menor que 16 anos e primiparidade idosa aquela acima de 28 anos.

Acreditamos que esta incidência possa estar relacionada com as características de população, cuja formação familiar inicia com casais jovens

**Tabela 2 - Distribuição da clientela estudada, segundo estado civil. Saco Grande II - Fpolis-SC - abril/junho, 1995.**

Estado Civil	Frequência	%
Casada	22	70,96
Solteira	01	3,22
Amasiada	08	25,80
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

O casamento entre homens e mulheres parece ser importante no grupo estudado, visto que 70,96% da clientela são casadas. Este fato parece refletir valores morais, relacionados a união homem/mulher, que só é aceito pelo grupo social como legítima, se for legalmente instituída.

**Tabela 03 - Distribuição da clientela estudada, segundo a profissão. Saco Grande II - Fpolis-SC - abril/junho, 1995**

<b>Profissão</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Do Lar	18	58,06
Empregada Doméstica	04	12,90
Comerciante	03	9,67
Professora	02	6,45
Auxiliar de Cozinha	01	3,22
Balconista	02	6,45
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

O papel da mulher no grupo estudado continua sendo predominantemente privado 58,06 %, ou seja, esta dedica-se exclusivamente ao desempenho de atividades domésticas. Nota-se no entanto, um movimento no sentido da saída de mulheres para conquistar seu espaço no mercado de trabalho, embora em atividades que em nossa sociedade são consideradas de baixa remuneração.

**Tabela 04 - Distribuição da clientela estudada, segundo o grau de instrução. Saco Grande II - Fpolis-SC - abril/junho, 1995.**

<b>Instrução</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Analfabeto	03	6,45
Primário Completo	07	22,58
Primeiro Grau incompleto	11	35,48
Primeiro Grau completo	05	16,12

Segundo Grau incompleto	04	12,90
Segundo Grau completo	02	6,45
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Podemos observar que 35,48% das clientes tem o primeiro grau incompleto. Acreditamos, que isso se deve ao fato de que a maioria das clientes estudadas casam-se jovens devido os aspectos culturais, param de estudar e passam a dedicar-se exclusivamente ao lar.

Culturalmente, através da socialização, as imagens de mulher e homem se definem fundamentalmente desta forma. O homem se define em termos de seus sucessos ou fracassos em instituições sociais de caráter externo, público, enquanto o marco de referência das mulheres foge à articulação formal da ordem social e se situa basicamente na etapa de seu ciclo de vida e das funções domésticas daí derivadas.

**Tabela 05 - Distribuição da clientela estudada segundo moradia. Saco Grande II - Fpolis-SC abril/junho, 1995**

<b>Moradia</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Casa própria	21	67,74
Casa Alugada	10	32,25
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Podemos observar que 67,74% da clientela residem em casa própria pois segundo dados colhidos pelas autoras estão inseridos num contexto social que valoriza a casa ser sua mesmo que essa não apresente as mesmas comodidades da alugada.



**Tabela 06 - Distribuição da clientela estudada, segundo característica de saneamento. Saco Grande II - Fpolis-SC, abril/junho, 1995**

Saneamento	Frequência	%
Água da Casam	11	47,82
Água Cachoeira	12	52,17
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

A água de cachoeira é utilizada pela maioria da clientela (52,77%) pois residem em local de difícil acesso e sem condições de instalação de uma rede de abastecimento de água tratada pela CASAN. O que está sendo realizado é a construção de uma caixa d'água com água da cachoeira sendo esta tratada por um responsável da comunidade. Os 47,82% da clientela estudada é abastecida com água da CASAN pois residem próximo a Rodovia Virgílio Vázea.

**Tabela 07 - Distribuição da clientela estudada segundo profissão do companheiro e/ou marido. Saco Grande II - Fpolis-Sc, abril/junho, 1995.**

Profissão	Frequência	%
Carpinteiro	01	0,34
Comerciante	05	21,73
Motorista	02	08,69
Impressor de Off-Set	01	4,34
Balconista	01	4,34
Marceneiro	01	4,34
Pedreiro	08	34,78
Cozinheiro	01	4,34
Serralheiro	01	4,34
Garçon	01	4,34
Padeiro	01	4,34
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Como podemos observar 34,78% dos companheiros e/ou maridos da clientela estudada trabalham como pedreiro sendo assim fica explicado o baixo poder aquisitivo apresentado por essa clientela.

**Tabela 8 - Distribuição da Clientela estudada, segundo a procedência - Saco Grande II - Fpolis-SC - abril/junho, e 1995**

<b>Naturalidade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Apucarana	01	3,22
Chapecó	01	3,22
Criciúma	01	3,22
Curitiba	01	3,22
Florianópolis	10	32,25
Lages	04	12,90
Morretes	01	3,22
Pato Branco	01	3,22
POA	02	6,45
Santos	01	3,22
São Bonifácio	02	6,45
São Joaquim	01	3,22
São José dos Cedros	02	6,45
São Paulo	01	3,22
Vidal Ramos	01	3,22
Witmarsun	01	3,22
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

A procedência da clientela é bastante distinta, sendo que a maioria é procedente do interior do estado. Segundo Betto, Frei (1989), de cada 100 brasileiros, 71 vivem nas cidades, por falta de condições de sub existência na zona rural.

Podemos caracterizar esta situação como êxodo rural originário da falta de perspectiva do melhoramento de vida, que faz com que as famílias venham para as cidades ou centros urbanos na busca de novas e melhores alternativas.

**Tabela 09** - *Distribuição da clientela estudada segundo número de consultas no pré-natal. Saco Grande II, Fpolis-SC - abril/junho, 1995.*

<b>Nº de Consultas Pré-Natal</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
2 consultas	07	22,58
3 consultas	07	22,58
4 consultas	07	22,58
5 consultas	09	29,03
6 consultas	01	03,22
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Com base nas informações apresentadas na tabela acima pode-se constatar que 96,77% das clientes estudadas realizaram número de consultas adequadas durante a assistência de pré-natal.

Segundo o manual de técnicas da Assistência pré-natal do Ministério da Saúde, para uma gestante em fatores de risco detectados, são estabelecidas no mínimo, duas consultas realizadas pelo médico, sendo uma no início do pré-natal e outra entre a 29<sup>a</sup> a 32<sup>a</sup> semana de gestação.

Acreditamos que este fato se deve ao valor cultural adquirido pelas clientes influenciadas pelo setor saúde pública local e nacional, fazendo com que as mulheres passassem a valorizar mais o cuidado com a sua saúde e a do seu conceito.

**Tabela 10 - Distribuição da clientela estudada, segundo religião. Saco Grande II - Fpolis-SC, junho/abril, 1995.**

<b>Religião</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Adventista	01	3,22
Católica	26	83,87
Crente	02	6,45
Protestante	01	3,22
Sem Religião	01	3,22
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Nota-se pelo demonstrado na tabela acima que entre as clientes estudadas há predominância da religião católica. Tal fato nos faz acreditar que se esta média puder ser extrapolada para outras comunidades, o Brasil realmente é o país com o maior número de católicos do mundo.

**Tabela 11 - Distribuição da clientela estudada, segundo o número de filhos. Saco Grande II - Fpolis-SC, abril/junho, 1995**

<b>Nº Filhos</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
0 Filhos	08	25,80
01 Filho	13	41,93
02 Filhos	07	22,58
03 Filhos	02	6,45
04 Filhos	01	3,22
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Com esses dados podemos observar que é cada vez maior a importância dada pela mulher e/ou familiares ao planejamento familiar, uma vez que a adoção desta prática reduz os riscos de comprometimento da saúde. Tanto da mulher quanto de seus filhos. Segundo os seres humanos têm uma inteligência superior e o poder da razão o que promove um comportamento racional, junto com a

capacidade de amar. A regulação de sua família torna-se um ato responsável e o poder de evitar a gravidez se determina numa ordem biológica.

Acreditamos que a situação social em que as clientes estudadas estão inseridas, as levam também a fazerem do planejamento familiar uma necessidade no contexto em que vivem.

**Tabela 12** - *Distribuição da Clientela estudada, segundo métodos anticoncepcivo utilizado - Saco Grande II, Fpolis-SC/ abril/junho, 1995.*

<b>Método Anticoncepcivo</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Injeção	01	3,22
Pílula	20	64,51
Tabelinha	02	6,45
Não utiliza	08	25,20
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Observamos na tabela acima que 64,51% das clientes estudadas, utilizam a pílula anticoncepcional. Segundo a Associação Brasileira de Planejamento Familiar (ABEPF), a pílula tem 99% de eficácia contra uma gravidez não desejada.

Esta prática pode refletir não somente uma valor cultural que rejeita os métodos que proporcionam o manuseio dos genitais, mas uma alternativa mais fácil, tanto pela forma de utilização, como também pela maior disponibilidade do método nos Centros de Saúde.

**Tabela 13** - *Distribuição da Clientela estudada, segundo parto. Saco Grande II - Fpolis-SC, abril/junho, 1995*

<b>Tipo de Parto</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Normal	16	84,21
Cesáreo	03	15,79
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Os dados acima demonstram que parto normal foi a conduta mais adotada (84,21%). Esta constatação nos leva a acreditar que para os profissionais que assistiram as clientes do estudo este tipo de parto continua sendo, quando bem conduzido, o que expõe a mulher e seu concepto ao menor risco de complicações obstétricas.

*3 - Desenvolver habilidades em consulta de enfermagem à gestante, em educação para saúde em grupo e visita domiciliar.*

Tivemos a oportunidade de realizar 19 visitas domiciliares 23 consultas de enfermagem e 8 grupos de gestantes. Em todas essas atividades abordamos assuntos a cerca do parto, aleitamento materno e sexualidade, com isso desenvolvemos habilidades e adquirimos conhecimentos que nos auxiliaram muito no decorrer do trabalho. Sendo assim identificamos problemas, abordamos as clientes, realizamos consultas de enfermagem e visitas domiciliares com dinamismo e espontaneidade tornando as atividades de fácil realização.

*4 - Auxiliar na proposta do Centro de Saúde em se credenciar como centro de saúde amigo da criança.*

O Centro de Saúde em que realizamos o projeto já tinha esta proposta, então

precisamos ajudar o mesmo. Para o alcance deste objetivos enfocamos nas palestras sobre aleitamento materno, o significado do Centro de Saúde Amigo da Criança e a importância da participação das gestantes/nutrizes para esta transformação

A seguir apresentaremos como se deu o Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento e implantação do cuidado, relacionados a crenças e valores culturais, relacionados ao parto, puerpério e aleitamento materno

<i>Diagnóstico e cuidados de Enfermagem referentes as crenças e valores culturais da clientela atendida, relacionadas ao parto.</i>	
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Cuidados de Enfermagem acomodados</b>
1.1. Tem consciência dos riscos que o RN pode vir a ter.	
“Estou preocupada a respeito do grau de parentesco com meu marido pois sou prima dele e acho que a criança pode nascer com problemas”.	Ouvido atentamente o seu relato e esclarecido sobre o percentual de chance que podem ocorrer problemas.
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Cuidados de Enfermagem Preservados</b>
1.1 Conhecem as desvantagens do parto cesáreo	
“Minha mãe disse que na cesareana nós ficamos muito tempo com dor não podendo trabalhar	Öuvido os relatos atentamente e explicado os motivos da dor.
“Minha mãe demorou mais para se recuperar da cesariana do que do parto normal”	Aceitado e valorizado seus conhecimentos
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Cuidados de Enfermagem repadronizados</b>
1.1 - Conhecem de forma insuficiente sinais de trabalho de parto	
“Espero que o parto seja bom, que não doa, pois escutei das minhas amigas que é doido	Esclarecida sobre sinais de trabalho de parto, dando ênfase a contração uterina
“A minha barriga fica duro e fico com dor nas costas também”	Esclarecida sobre o falso e verdadeiro trabalho de parto

“Quero saber quando está na hora de eu ir para a maternidade	Idem
“O que significa quando a bolsa das águas se rompe”	Esclarecidos os prodromos de trabalho de parto.
1.2 - Dúvidas relacionadas quanto ao funcionamento da maternidade	
“Tenho medo de chegar na maternidade e estar lotada e não conseguir chegar em outra	Esclarecida sobre o tempo de início do parto e a dinâmica do atendimento na maternidade.
“Será que na maternidade terá vaga quando eu precisar	Esclarecida sobre o SUS e a rotina da maternidade
“Não tenho nenhum convênio será que posso ser atendida na maternidade sem precisar pagar”	Idem
“Quem eu procuro na maternidade para conseguir vaga”	Idem
1.3 - Falta de esclarecimento sobre a importância de um pré-natal adequado	
“Não fiz pré-natal nas 2 gestações anteriores e nesta é a 2ª consulta”	Esclarecimento sobre a importância de pré-natal para a diminuição da mortalidade/morbidade materno/infantil
“Só fiz 2 consultas pois dos outros filhos não procurei médico nenhum e eles nasceram sem problemas	Esclarecida sobre a importância do pré-natal para diminuição da morbidade/mortalidade materno infantil.
“Essa vai ser a minha última consulta (3) tenho dificuldade de conseguir vaga aqui no posto”	Informada sobre a rotina do Posto de Saúde e a importância do pré-natal.

<i>Diagnóstico e cuidados de Enfermagem, relacionados as crenças e valores culturais da clientela, relacionadas ao puerpério</i>	
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Cuidado de Enfermagem acomodados</b>
1.1- Crenças e valores acerca do puerpério	
“Acho que tenho que levantar a minha bexiga pois está caída	Ouvido atentamente os seus relatos
“Não dou banho antes do umbigo cair, pois minha sogra ensinou assim	Entendido suas crenças e verbalizando junto ao cliente a importância do cuidado com o coto umbilical
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Cuidado de Enfermagem preservado</b>
1.2 - Crenças e valores acerca do puerpério	
“Por enquanto vou tomar micronor,	Ouvido atentamente suas colocações



meu marido pensa em fazer vasectomia pois achamos que o diu é abortivo”	
“Passo mercúrio no umbigo para cair logo”	Reforçado e valorizado seu conhecimento
“Sempre faço o teste do pezinho até o 14º dia, acho importante e minha mãe me ensinou assim”	Entendido suas crenças e valorizados seus conhecimentos
“Vou ao ginecologista aos 40 dias do resguardo”	Incentivado e estimulado para que continue cuidando de sua saúde.
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Cuidados de Enfermagem repadronizados</b>
1.1 Falta de conhecimento sobre cuidados gerais com RN	
“Minha mãe diz que não pode lavar a cabeça do nenem quando é muito pequeno”	Esclarecido sobre cuidados de higiene visando a integridade-cutâneo-mucosa
“Tenho medo de machucar o nenem por causa do umbigo”	Esclarecido sobre cuidados gerais com o RN dando ênfase ao coito umbilical”
1.2 - Deficiência quanto ao conhecimento e importância de medidas profiláticas para a manutenção da saúde materna	
“A experiência do parto foi ruim, depois que o nem nasceu tive hemorragia, não gostei da experiência do parto	Esclarecida sobre a fisiologia do corpo no puerpério, fatos que podem levar a infecção e formas de tratamento
“Acho que não tem necessidade de ir ao ginecologista depois que nasce o nenem”.	Esclarecida sobre a necessidade da realização de consulta puerperal visando a necessidade de um método anticoncepcional, prevenção de câncer uterino
“Nunca fiz preventivo “Não realizo auto exame de mama”	
“As mulheres da minha família nunca procuram o médico depois de ganhar nenem e nunca deu problema”	
1.3 - Conhecimento insuficiente sobre planejamento familiar	
“Esta gestação não foi planejada pois nesta casa não tem condições para mais um filho, ela é muito pequena”	Esclarecida sobre a necessidade de planejamento familiar e sobre a necessidade de participação do marido neste contexto
“No começo da gestação, sofri muito, pois não tinha condições para ter mais filhos”	Informada sobre os diversos métodos anticoncepcivos e a importância do planejamento familiar

Nunca tomei anticoncepcional, não sei como se toma e nunca ninguém me ensinou”	
“Tomava pílula mas não todos os dias”	Esclarecida sobre o processo fisiológico, ocorrido ao tomar pílula e a necessidade da interrupção inadequada.
<b>1.4 - Conhecimento insuficiente sobre vacinação e teste do pezinho</b>	
“Faço o teste do pezinho só com 2 meses”	Esclarecida sobre o período correto da realização do teste do pezinho e sobre a importância desse ser feito dentro do prazo.
“Não faço o teste do pezinho pois acho que não precisa”	Esclarecida sobre a importância do teste do pezinho e o período para a realização
“Acho que não vou vacinar pois o outro não vacinei”	Informada sobre a necessidade da vacinação, como esta age no organismo e o período que deve ser realizado.
“Não sei se vou dar vacina BCG nesse filho pois o outro ficou doente”	Informada sobre a BCG e o dia que é realizada no posto.

<i>Diagnóstico e cuidados de Enfermagem relacionados as crenças e valores culturais da clientela atendida, relacionada ao aleitamento materno</i>	
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Cuidados de Enfermagem acomodados</b>
<b>1.1 - Acreditam na importância do aleitamento materno</b>	
“Pretendo amamentar até quando eu tiver leite”	Esclarecido sobre a fisiologia do aleitamento materno e incentivado para que continue amamentando
“Estou com dificuldade para amamentar pois não tenho bico no seio”	Promovido conhecido adequado com relação ao mamilo do seio
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Cuidados de Enfermagem preservados</b>
<b>1.1 - Conhecem a importância do aleitamento materno</b>	
“Minha sogra e minha mãe dizem que o leite materno é o mais importante leite que existe para o bebê e eu também concordo com isso”	Ouvido atenciosamente suas colocações, demonstrando interesse e estimulado para que continue amamentando.
“Acho que o leite do peito é mais saudável que a mamadeira e a criança fica mais forte	Reforçado e valorizado os seus conhecimentos e estimulado para que continue amamentando.

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Cuidados de Enfermagem repadronizados</b>
1.1 - Falta de esclarecimento dos cuidados com as mamas	
“Tive rachadura não sabia o que fazer para melhorar pois nunca ninguém me ensinou”	Esclarecida sobre os cuidados profiláticos com a mama e os cuidados em caso de fissura ou mastite
“Dou a mamadeira para o meu filho porque alimenta melhor”	Esclarecida sobre a importância do leite materno, o processo do desmame e a necessidade de um acompanhamento pediátrico
“Estou preocupada se vou amamentar pois meu seio não cresceu ainda”	Esclarecida sobre a fisiologia da mama no período gravídico
“Meu leite acabou, comecei a dar Nestogênio pois o pediatra do meu outro filho disse que é o mais parecido com leite materno”	Informada sobre a importância do leite materno, as desvantagens na introdução de outro leite e a necessidade de um acompanhamento pediátrico, caso seja introduzido outro leite.

## **7 - FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS**

### **7.1 - Facilidades**

- Auxílio e interesse dos docentes da VIII Fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e docentes ligados a coordenadoria do curso.

A oportunidade dada pelos dirigentes e professores ligados a administração do Centro de Saúde II, do Saco Grande II.

O interesse de nossa orientadora de concretizar da melhor maneira possível este trabalho.

O bom relacionamento das acadêmicas entre si e destas, com a supervisora proporcionando um trabalho dinâmico e bem sucedido.

A utilização do marco referencial proposto que nos possibilitou a execução do projeto.

Os materiais educativos oferecidos pela Secretaria de Saúde do Estado e do Município, pela Professora Odaléa, Professora orientadora e Enfermeira supervisora do projeto e materiais educativos pela UNICEF e OMS.

Aceitação da Maternidade Carmela Dutra da visita realizada pelas gestantes daquela instituição e a atenção dada pela Enfermeira Vitoria Regina Petters Gregório, na ocasião da visita.

A utilização do instrumento que nos permitiu ter uma visão clara a respeito dos valores culturais da clientela.

## **7.2 - Dificuldades**

A falta de integração dos funcionários do Centro de Saúde com os projetos realizados no mesmo.

A falta de organização do Centro de Saúde nas marcações de consultas.

O desinteresse dos funcionários com relação a identificação completa do cliente (endereço, ponto de referência)

Dificuldades para encontrar as residências nas visitas domiciliares pela falta de dados completos nos prontuários e o difícil acesso as residências.

A resistência da clientela na formação do grupo de gestantes inicialmente proposta pelo trabalho.

Falta de melhores esclarecimentos prévios, sobre a VIIIª Fase Curricular no decorrer do Curso de Graduação em Enfermagem.

A greve da Prefeitura Municipal que exigiu modificações nas nossas estratégias de ação previstas no projeto.

Devido o nosso projeto ter limitado a clientela ao último trimestre de gestação, tivemos um número de gestante e nutrízes inferior ao esperado.

## **8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

→ A concretização deste trabalho ressaltou ainda mais nosso interesse sobre o tema, acreditando ser fundamental a atuação do enfermeiro na assistência pré-natal, no puerpério junto ao binômio mãe-filho e família defendendo o incentivo ao aleitamento materno.

→ Observamos que as mães primíparas necessitam de maior apoio e mais ênfase no cuidado de enfermagem, pois são muito inseguras devido a falta de experiências, mas as mães múltiparas apesar de expressarem maior segurança que a enfermagem adequado o cuidado elas dispensados, pois geralmente sua prática leva ao desequilíbrio da assistência precisando-se acomodar, preservar ou repadronizar para alcançarmos o equilíbrio.

→ Procuramos dentro do trabalho abordar a família pois acreditamos que é através dela que a gestante e puérpera buscam referência para atuar como mãe, segundo as crenças e valores dos antecedentes principalmente materno pois estas desempenham um importante papel norteador da assistência ao binômio mãe-filho.

O pai também deve ser atuante estando presente, pois o novo ente é fruto da concepção do casal.

Acreditamos que as experiências vivenciadas durante a realização deste trabalho, proporcionaram um engrandecimento dos nossos conhecimentos técnicos científicos e sobretudo culturais.

→ O referencial teórico de Madeleine Leininger adequasse a nossa prática assistencial, proporcionando uma visão abrangente do contexto sócio-cultural das mulheres e suas famílias permitindo-nos ampliar o cuidado de enfermagem enquanto acadêmicas de enfermagem e procurando acomodar, preservar e repadronizar os valores, crenças e práticas próprias das gestantes e nutrizes/famílias.

→ Os valores, crenças e comportamento dos profissionais de saúde inclusive os de enfermagem ao qual nos incluímos, foram identificados na sua grande maioria, como provenientes do conhecimento formal, baseado no modelo “biologicista”, embora exista alguns que realizam práticas que integram a terapia convencional com a alternativa.

→ Acreditamos que este trabalho possa servir de subsídio para novas propostas assistenciais aplicadas.

Acreditamos de fundamental importância que as ações de enfermagem sejam baseadas em referenciais teóricos.

... O contexto sócio-cultural da clientela é fundamental para o cuidado de enfermagem adequado.

## 10 -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALASKAS , Janet. Parto Ativo Guia prático para o parto natural. São Paulo: Ground, 1993.
- BETTO, Frei. OSPB. Introudção a política brasileira. 10. ed. São Paulo: Ática, 1989.
- BILLING, John. Planejamento Natural da família: o método da ovulação. 8. ed. São Paulo: Paulinas, 1986.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. Programa de Assistência Integral à Saúde da criança. 1986.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Saúde Materno Infantil. Assistência ao Planejamento Familiar. Brasília: COSMI, 1992.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Programa de assistência integral a saúde da mulher. Instituto Nacional da Previdência Nacional, Brasília, 1986.
- BURROUHS, Arlene. Uma introdução a enfermagem materna. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 456 p. ,
- CAMPESTRINI, Selma. Mamas preparadas e amamentação segura. PROAMA-PUC/SMS. Champagnat. Curitiba - PR, 1993.
- DANDOLIN, Denise Regina; SANTOS, Luciane Mara dos. O Binômio mãe-filho e incentivo ao aleitamento materno: Uma proposta assistencial baseada nas necessidades humanas básicas de Wanda Aguiar Horta, UFSC. 1994 (Monografia) Conclusão de Curso, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- DELASCIO, Domingos; GUARIENTO, Antônio Obstetricia Normal briquet. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 1987, 473p.



- DEUTSCH, M. La psicología de la mujer. Buenos Aires: Losada, 1969.
- FREITAS, Fernando (coord) et al. Rotinas em obstetrícia. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, 365.
- GEORGE, Julia B. Madeleine Leininger. In: GEORGE, Julia B. e col. Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 286-299.
- MALDONADO, Maria Tereza P. Psicologia da gravidez. 6. ed. Petrópolis: Vozes Ltda. 1984. 163 p.
- NOGUEIRA, Maria Inês. Assistência pré-natal. Práticas de saúde a serviço da vida. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 43-46
- COMISSÃO DE ALEITAMENTO MATERNO. Normas para ações de aleitamento materno do Saco Grande II. Florianópolis, outubro de 1994.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nuevas tendencias y métodos de assistência materno infantil en los servicios de salud. Ginebra: 1976, p.35-36. (Série de Informes Técnicos, 600).
- PIZZATO, Maria G.; POIAN, Vera R.L. da. Enfermagem Neonatológica 1. ed. Porto Alegre: D.C. Luzzato Editores, 1982.,
- PIZZATO, Marina, POIAN, Vera R.L. da. Enfermagem Neonatal, 2. ed. Porto Alegre: Luzzato, 1985. 162 p.
- REZENDE, Jorge de. Obstetrícia 6. ed. Rio de Janeiro: Guanbara koogan, 1991. 1117p.
- SABATINO, Hugo; DUNN, Peter M.; BARCIA, R. Caldeyro. Parto Humanizado formas alternativas. Campinas - São Paulo - UNICAMP, 1992, 263p.
- SANTOS, Evanguelia K.A. Puerpério Normal - UFSC. Curso de Graduação em Enfermagem. VII Fase, 1993
- SANTOS, Evanguelia K.A. Aleitamento Materno. In: SCHMITZ, Edilza M. A Enfermagem em pediatria e puericultura. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989. 477p.
- SANTOS, Odaléa M. B. dos. Períodos clínicos do parto UFSC: Curso de Graduação em Enfermagem, VII fase, 1994
- SOARES, F.N. A enfermeira obstétrica - sua função na sala de parto São Paulo, 1972. (Tese Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- SOIFER, R. Ansiedades na situação de parto. In: SOLFER, R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980. p. 51-62.

- SOUZA, M.C.B. Considerações sobre planejamento familiar. Femina. Rio de Janeiro, v. 17, 1985.
- STEVENS, A.A. Evolução Histórica. In: ZIEGEL, E.; CRANLEY; M.S. Enfermagem Obstétrica. 7. ed. Rio de Janeiro:Interamericana, 1980. p. 675-686.
- TOMAS, Claudete Espíndola, FAVARETTO, Eloá. Proposta de educação em saúde, priorizando a área materna-infantil na comunidade de Mont. Serraty. Fpolis, UFSC.
- UNICEF. Boletim da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília, 1993. setembro. 4 p.
- ZANZI, Christinay, ZIMERMANN, Terezinha. Assistindo as primigestas na triagem obstétrica, nas fases clínicas do parto e ao recém-nascido na sala de parto. Florianópolis, UFSC. 1994 98p. Trabalho apresentado a disciplina NFR, UFSC, 1991.
- ZIEGEL, Erna, CRANLEY, Mecca. Enfermagem Obstétrica. 7 ed. Rio de Janeiro:Interamericana, 1985, 715p.

## **10 - ANEXOS**

# **ANEXO 1**

## CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES PREVISTAS

MÊS - MARÇO			ATIVIDADES EXECUTADAS
DIA	SEM	TUR	
06	S	M	Participação na apresentação da disciplina INT 5134
07	T	M	Elaboração do Projeto
08	Q	M	Elaboração do Projeto
09	Q	M	Elaboração do Projeto
10	S	M	Elaboração do Projeto
11	S		
12	D		
13	S	M/T	Elaboração do Projeto
14	T	M/T	Elaboração do Projeto e reunião com supervisora
15	Q	M/T	Participação na aula de Enfermagem no Contexto Social
16	Q	M/T	Elaboração do Projeto
17	S	M/T	Elaboração do Projeto
18	S		
19	D		
20	S	M	Elaboração do Projeto
21	T	M	Elaboração do Projeto
22	Q	M	Participação na aula de Enfermagem no Contexto Social
23	Q	M	Elaboração do Projeto
24	S	M	Visita Domiciliar
25	S		
26	D		
27	S	M/T	Preparação para Apresentação do Projeto
28	T	M/T	Preparação para Apresentação do Projeto
29	Q	M/T	Preparação para Apresentação do Projeto
30	Q	T	Participação na Apresentação Pública dos Projetos
31	S	M/T	Participação na Apresentação Pública dos Projetos e Apresentação do Projeto Elaborado.

MÊS - ABRIL			ATIVIDADES EXECUTADAS
DIA	SEM	TUR	
01	S		
02	D		
03	S	M	Período de Adaptação no campo de atividade
04	T	M	Período de Adaptação no campo de atividade
05	Q	M	Período de Adaptação no campo de atividade
06	Q	M	Período de Adaptação no campo de atividade
07	S	M	Atividade em Sala de Espera
08	S		
09	D		
10	S	M	Visita Domiciliar
11	T	M	Atividade em Sala de Espera + Consulta de Enfermagem
12	Q	M	Participação na aula de Enfermagem no Contexto Social
13	Q	M	Visita Domiciliar
14	S		FERIADO
15	S		
16	D		
17	S	T	Visita Domiciliar
18	T	T	Visita Domiciliar
19	Q	T	Visita Domiciliar
20	Q	M	Consulta de Enfermagem
21	S		FERIADO
22	S		
23	D		
24	S	T	Visita Domiciliar
25	T	T	Visita Domiciliar
26	Q	M	Participação na Aula de Enfermagem no Contexto Social
27	Q	M	Visita Domiciliar
28	S	M	Atividade em Sala de Espera + Consulta de Enfermagem
29	S		
30	D		

MÊS - MAIO			ATIVIDADES EXECUTADAS
DIA	SEM	TUR	
01	S		FERIADO
02	T	M	Consulta de Enfermagem
03	Q	T	Visita Domiciliar
04	Q	M	Visita Domociliar
05	S	M	Reunião com Grupo de Gestante + Consulta Enfermagem
06	S		
07	D		
08	S	M	Visita Domiciliar
09	T	M	Consulta de Enfermagem (greve)
10	Q	M	Reunião com Coordenadora do Posto (greve)
11	Q	M	Visita Domiciliar (greve)
12	S	M	Consulta de Enfermagem (greve)
13	S		
14	D		
15	S	M/T	Visita Domiciliar + Elaboração Relatório (greve)
16	T	M/T	Consulta de Enfermagem + Elaboração Relatório (greve)
17	Q	M	Visita Domiciliar (greve)
18	Q	M/T	Consulta Enfermagem + Elaboração Relatório (greve)
19	S	M	Consulta Enfermagem + Reunião Supervisora do Projeto (greve)
20	S		
21	D		
22	S	M	Consulta de Enfermagem + visita Domiciliar
23	T	M	Consulta de Enfermagem
24	Q	M	Visita Domiciliar
25	Q	M	Consulta de Enfermagem
26	S	M	Reunião com Grupo de Gestante + Consulta Enfermagem
27	S		
28	D		
29	S	M/T	Consulta de Enfermagem
30	T	M	Visita Domiciliar
31	Q		

MÊS - JUNHO			ATIVIDADES EXECUTADAS
DIA	SEM	TUR	
01	Q	M	Consulta de enfermagem
02	S	M	Reunião com grupo de gestantes + Consulta de Enf.
03	S		-
04	D		-
05	D	M	Consulta de Enfermagem
06	T	M	Consulta de Enfermagem
07	Q	M/T	Visita Domiciliar + Elaboração Relatório
08	Q	M/T	Consulta de Enfermagem + Elaboração do Relatório
09	S	M	Reunião com grupo de gestantes + Consulta Enf.
10	S		
11	D		
12	S	M	Aula de Enfermagem no Contexto Social
13	T	M	Consulta de Enfermagem
14	Q	M	Visita a Maternidade com gestantes
15	Q		Feriado
16	S	M	Consulta de Enfermagem
17	S		
18	D		
19	S	M/T	Visita Domiciliar + Elaboração Relatório
20	T	M/T	Visita Domiciliar + Elaboração do Relatório
21	Q	M/T	Consulta de Enfermagem + Elaboração do Relatório
22	Q	M	Visita Domiciliar + Elaboração do Relatório
23	S	M	Participação como convidada no projeto Adolescer ou renascer
24	S		
25	D		
26	S	M/T	Visita Domiciliar + Elaboração do relatório
27	T	M	Visita Domiciliar
28	Q	M	Participação na aula de Enfermagem no Contexto Social
29	Q	M	Encerramento do Estágio
30	S		
31			



MÊS - JULHO			ATIVIDADES EXECUTADAS
DIA	SEM	TUR	
01	S		
02	D		
03	S	M	Correção do relatório
04	T	M	Correção do relatório
05	Q	T	Correção do relatório
06	Q	M/T	Correção do relatório
07	S	T	Correção do relatório
08	S		
09	D		
10	S	T	Correção do relatório
11	T	T	Correção do relatório
12	Q	M	Correção do Relatório
13	Q	M	Correção do relatório
14	S	M/T	Preparação para apresentação do relatório
15	S	M/T	Preparação para apresentação do relatório
16	D		
17	S	M	Preparação para apresentação do relatório
18	T	M	Reunião com a banca avaliadora
19	Q	M/T	Participação na apresentação pública dos relatórios
20	Q	M	Idem

## **ANEXO 2**

## ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL

### Roteiro de Consulta

#### 1. Identificação

Prontuário nº 33.04690 Data 02/05/95  
Nome: V. P. Idade: 20  
Estado Civil Casada Profissão Comerciante Instrução 1º completo  
Naturalidade Florianópolis Nacionalidade Brasileira  
Religião Católica  
Nome do Cônjuge (companheiro) L. P. P.  
Residência: Rua da Cruz n: 49  
Ponto de Referência Luva antes do Mini Mercado legal

#### 2. Gestação Atual:

Gesta: III Para: II Aborto: —  
DUM: 12.08.94 DPP 19.05.95  
Movimentos Fetais Presentes Mês 3º  
Idade Gestacional: 37 semanas e 4 dias  
Consultas Realizadas até o momento: 03

#### Evolução:

1º trimestre: Sentia enjojo, tontura e azia. Tentou interromper a gravidez com o uso de um iodo, pois sua geração não foi planejada, já tinha 2 filhas para cuidar.  
2º trimestre: Dor nas pernas (pressão baixa), varizes, dores nas pernas. Aceitou a gravidez.

3º trimestre: contração uterina e dor abdominal. "A criança de cabeça muito, fica dando pontapé".

a) O que é contração uterina para a senhora: "é uma dor diferente, minha barriga fica dura e eu fico com dor nas costas"

b) Apresenta contrações uterinas? Sim, desde o 3º mês de gravidez, agora começou a intensificar a dor.

c) Qual a frequência e intensidade? 1 contração em 30' em 30'.

De intensidade forte, mas suportável.

d) Apresenta perda de líquido (aminótico)? Sangue? Fluxo (com prurido ou não), via vaginal? Sim no começo da gestação que tive corrimento, mas não sentia coceira.

e) Apresenta dores abdominais? Sim, às vezes

f) Qual a intensidade? de fraca a moderada

g) Com que frequência de manhã e a noite.

h) Apresenta Edema? Não onde? — Quando ocorre? —

i) Tem outras queixas: Cãimbra

j) Fez vacina contra tétano neo-natal? 24.02.95 Sim

24.04.95 Sim

24.10.95 Não

### 3 - Antecedentes Obstétrico

Gestações anteriores: nº II Evolução: "Não duas gestações anteriores foram iguais a esta, só um pequeno de contração e dor na barriga, mais ocorreu tudo normal, foi tudo bem, nem tive dificuldades para trabalhar fora".

Partos anteriores: nº II Evolução: \_\_\_\_\_

1º Parto foi normal, precisou sutura artificial da bolsa, estava muito ansiosa por ser seu primeiro parto, mais ocorreu tudo bem.

2º Parto foi normal, teve apoio de um médico, estava mais tranquila, ocorreu tudo muito bem.

Puerpérios anteriores: nº II Evolução: "No 1º parto:

uma experiência traumática, fui mal atendida, fiquei 10 dias na maternidade com perda de sangue, e ainda mais minha filha estava com icterícia, tinha que ir até ela para dar o peito".

"No 2º: foi diferente, fiquei 1 dia na maternidade, o bebê nasceu sem problema, fui bem atendida."

### 4 - Percepções e expectativas relacionadas a gestação

a) O que a gestação significa para a senhora? No começo foi difícil, mais quando o bebê nasceu a se mecher, ficou maravilhada, é bom saber que se pode dar a luz.

b) Foi gestação planejada? Não, estava pílula, mas não todos os dias, às vezes esquecia.

c) Você utiliza e/ou utilizou algum método contraceptivo: "Eotava usando o microvlar, mais às vezes esquecia".  
Uso também Condição.

d) Percepções, expectativas e práticas relacionadas com parto e amamentação Pre-  
tende amamentar até quando tiver leite. Quer  
ficar tranquila para o parto e ser bem atendida.

e) Quais os tipos de parto que conhece? o que acha? "Conheço o parto  
normal e o cesáreo, mais acho o normal  
melhor, pois a gente se recupera mais rápido,  
dém de ser um pouco mais olhada."

### 5- Hábitos da Gestante

a) Quantas horas dorme à noite? 8 hs

b) Repousa durante o dia (horário)? depois de almoço

c) Trabalha fora? Sim Que tipo de trabalho? Administração  
geral de restaurante (BENAI)

d) Quais as atividades domésticas que executa? limpeza, lava, passa,  
cozinha, arruma a casa, cuida das filhas, vai  
ao supermercado etc.

e) Que faz para se distrair? "Antes de ficar grávida, ia muito na  
casa de meus parentes e na praia, agora prefero  
ficar mais em casa com minhas filhas.

f) Tem algum vício? Não

g) Tem hábito de tomar medicamento sem prescrição?  tenta evitar,  
mas às vezes toma dorflex.

h) Como funciona o intestino? Não sente dor, nem sangra-  
mente, vai ao banheiro 1x ao dia.

i) Apresenta algum problema para urinar? (dor, ardência, diminuição do volume e alteração da cor) Não, só aumentei a frequência do banheiro para urinar.

j) Quantas refeições faz ao dia? (que alimentos ingere)? O tempo todo come uma coisa diferente (sanduiche, suco, pizza, salgadinhos), e também faz 3 refeições.

k) Qual a quantidade e o tipo de líquidos que ingere durante o dia? Refrigerante, chá, suco, água, nescafé. Acha que bebe  $\approx$  1,5 litros de líquido por dia.

## 6 - Aspectos relacionados a sexualidade

a) Como se relaciona com o cônjuge (antes e depois da gravidez)? "Antes de eu engravidar nós estávamos para nos separar, mas quando ele sabe que eu estava grávida, ele mudou, ficou carinhoso, querido e atencioso, agora está tudo bem".

b) Mantem relação sexual: "De 1 a 2 x por semana, acho importante esse contato com o marido, pois nos deixa menos ansiosa e mais segura".

## 7- Condições sócio-econômicas

### 7.1 - Relacionadas à habitação

- a) Mora em casa própria? Sim Que tipo? Material  
Quantas dependências? 05 Possui Quintal? Sim
- b) Tem água encanada? Cachoeira Esgoto? Sim Fossa? —
- c) Possui instalação sanitária? Sim Luz Elétrica? Sim  
Fogão à gas? Sim a lenha? — outro —
- d) Possui animais domésticos? 3 gatos Vacinados? Não.  
Não está preocupada com relação a vacina,  
"eles são ótimos".

### 7.2 - Relacionados à Família

- a) Qual a escolaridade de seu cônjuge? 1º grau completo
- b) Profissão Comerciante
- c) No que trabalha? Bar (Administração de restaurante)
- d) Quantos moram na Casa? 04
- e) Quantos trabalham? 02
- j) Qual a renda familiar mensal? ± 500 - 600,00 reais

### 7.3 - Você atende conselhos de outras pessoas?

"As vezes sim, quando não sei direito sobre os assuntos, eu aceito opiniões e conselhos, mas quando alguém vem me falar sobre algo que já tenho experiência, eu não dou muita atenção." "Mas mesmo assim, gosto quando as pessoas se preocupam com a gente".



### 8 - Exame Físico:

Estado Geral: BOM Altura: 1.65 Peso 63 PA 110x60

Pulso 72 bpm Resp 20 rpm Temp. 36°

Cavidade Oral Sp.-Hid. Pele normal Gânglios -

Linhas presente Pelos - Varizes nas pernas

Edema: -

Aparelho Respiratório: SEM PROBLEMAS

Aparelho urinário: SEM PROBLEMAS - polaciúria

Aparelho Digestivo: SEM PROBLEMAS

### 9 - Exame Obstétrico

Mamas: SIMÉTRICAS, PERMEÁVEIS, PRESENÇA DE COLÉTRAS  
MAMÍLOS PROTUNDOS, MAMAS GRAVÍDICAS, ARIOLA SECUNDÁRIA.

Abdomen SEM PROBLEMAS

Útero: forma: ovóide Altura: 32 cm

Feto: Situação longitud Apresentação Cefálica Posição Direita

BCF: 144 bpm

### 10 - Queixas e necessidade da paciente:

A cliente pergunta sobre:

Cuidados com as mamas (rachadura)

O que é Diu - como se usa

O que é contração uterina (como se dá?)

## 11 - Orientação de Enfermagem e Encaminhamentos:

Educação sobre amamentação - aleitamento

Cuidado com os mamas

Sexualidade

Vacinação em animais

- Trabalho de parto - tipos de parto

Contração uterina

Métodos anticoncepcionais

Educação sobre os riscos dos Medicamentos abortivos.

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

FICHA PERINATAL

Nº Matrícula 3304690

NOME V.P. IDADE 26  
 ENDEREÇO Rua da Cruz n. 49 ESTADO CIVIL Casada  
 ALFABETIZAÇÃO 1º grau completo UNIDADE DE SAÚDE COTI - SG II INSTITUIÇÃO \_\_\_\_\_  
 DATA 02/05/95

ANTECEDENTES FAMILIARES	ANTECEDENTES PESSOAIS	ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS
Intenção <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Doenças genéticas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Cirurgia Pélvica <input type="checkbox"/> Infertilidade <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Cirurgia Pélvica <input type="checkbox"/> Infertilidade <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>	Gestação <u>III</u> Para <u>II</u> Abortos _____ Partos: Vaginais <u>2</u> Cesáreas _____ Domiciliares _____ Natimortos: _____ Nº de filhos vivos <u>2</u> Óbitos na 1ª semana _____ Óbitos após a 1ª semana _____ RN Peso (+ 4000g) _____ RN Peso (-2500g) _____ Amamentação Materna: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Duração _____ Intercorrências em gestações anteriores: _____

DADOS PROVÁVEIS	VACINAÇÃO ANTITETÂNICA	FUMO:
Última menstruação <u>12/08/94</u> Data do parto: <u>19/05/95</u> Gravidez? Quais? _____ Movimento da mov. fetal: <u>1/1</u> Sinais: _____	Doses prévias: 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Últ. dose há + de 5 anos <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Vacinações previstas: <u>24/02/95</u> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <u>24/04/95</u> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> <u>24/10/95</u> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Até 10 cigarros/dia Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Mais 10 cigarros/dia Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ALCOOL Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Freqüência _____ ÁGUA ENCANADA EM CASA Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

INTERCORRÊNCIAS NESTA GESTAÇÃO

Hipertensão <input type="checkbox"/>	Infecção urinária <input type="checkbox"/>	Hemorragia <input type="checkbox"/>	Atend. pré-natal de alto risco <input type="checkbox"/>
Leucemia <input type="checkbox"/>	Outras infecções <input type="checkbox"/>	Trab. parto prematuro <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	Cardiopatia <input type="checkbox"/>	Rotura de membranas <input type="checkbox"/>	Nenhuma <input type="checkbox"/>
Distúrbios <input type="checkbox"/>	Isolmunização <input type="checkbox"/>	Viroses <input type="checkbox"/>	
Malnutrição <input type="checkbox"/>	Retardo cresc. fetal <input type="checkbox"/>	Parasitose <input type="checkbox"/>	

Estado físico: Normal Sim  Não  Obs. \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ cm

CONTROLE PRÉ-NATAL

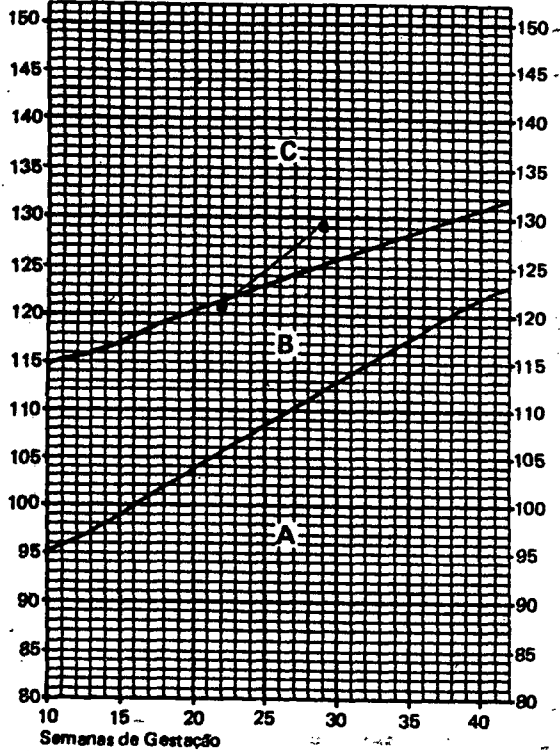
Data	IG	Peso	PA	AU	BCF	Edema	Apresentação	INTERCORRÊNCIAS E ORIENTAÇÕES
<u>02/05/95</u>	<u>37,4</u>	<u>63</u>	<u>10x6</u>	<u>32</u>	<u>144</u>	<u>-</u>	<u>Cefálica</u>	

EXAMES LABORATORIAIS

Exame	Datas/Resultados	Exame	Datas/Resultados
Grupo Sang.			
Hemoglobina			
VDR L			
Urina I			
Cit. oncológica			

### CURVA DE PESO/IDADE GESTACIONAL

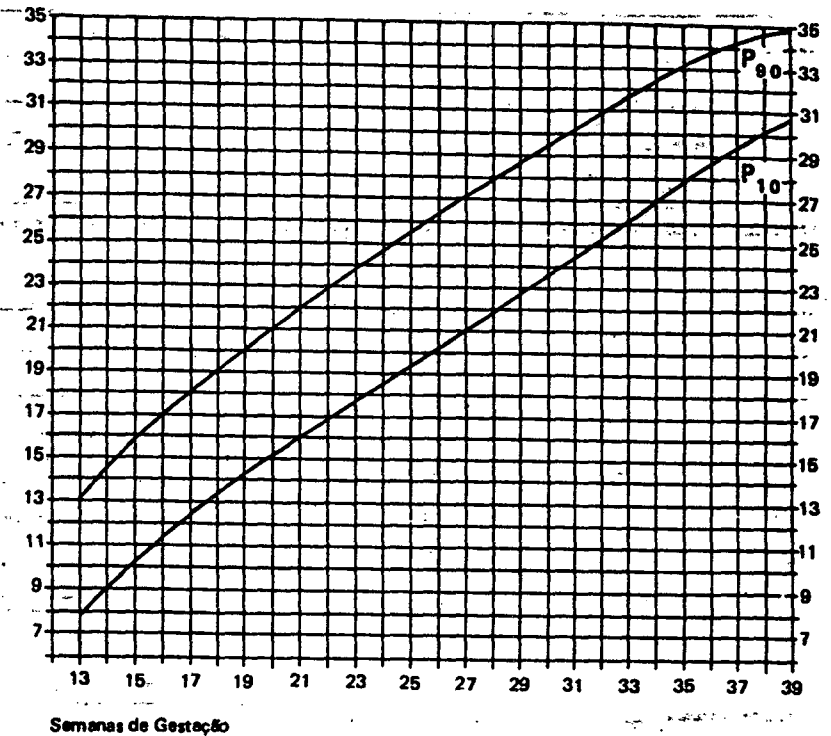
% (Porcentagem do peso materno em relação ao peso ideal/altura)



A - peso baixo B - peso normal C - sobrepeso

### CURVA ALTURA UTERINA/IDADE GESTACIONAL

cm (Altura uterina)



Diagnósticos e observações: Cliente em boa estado geral, apresentando boas condições nutricionais, crescimento fetal compatível com a idade gestacional. Grávida apresentando-se entre as curvas superiores e inferiores. Deverá utilizar calendário mínimo de atendimento pré-natal.

**PARTO** Date: 10/05/95 Local: Carreira Dúrcia Data de Alta 11/05/95

Espontâneo  Cesárea   
 Epísiotomia  Outro   
 Fórceps  Indicação \_\_\_\_\_

Intercorrências: \_\_\_\_\_

**RECEM-NASCIDO** Vivo  Morto  Sexo: Feminino Peso ao nascer 3.200 g comprimento 49 cm

Patologia Sim  Não  Apgar 1' 9 5' 10 Pré-termo \_\_\_\_\_ sem Termo \_\_\_\_\_ sem Pós termo \_\_\_\_\_ sem

Malformações Sim  Não  Amamentação: \_\_\_\_\_ Data e peso na alta: \_\_\_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ Condições de alta BOAS

**PUERPÉRIO NA MATERNIDADE:** Hemorragia  Infecção  Mamas gravidicas e normoflexas Data de Alta 11/05/95

Outros: \_\_\_\_\_

**CONSULTA DE PUERPÉRIO:** Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Queixas: \_\_\_\_\_

PA: Mucosas \_\_\_\_\_ Mamas \_\_\_\_\_ Abdome \_\_\_\_\_ Perineo \_\_\_\_\_

Toque Vaginal \_\_\_\_\_ Colo Uterino \_\_\_\_\_

Ex.: A Fresco/Cit. Oncótica \_\_\_\_\_

Orientações - Tratamentos - Ex. Laboratoriais - Anticoncepção \_\_\_\_\_

5 - Refere-se ao V.D. que no começo da gravidez quisio interromper-la com o uso de anáclios como bu-chinha do nariz, chá e comprimido na qual não deve referir o nome.

O - 8º mês de gestação. Menos gravídicas, simé-tricas, pescoços, presença de colostro, mamilos pretos, areola secundária. DPP. 19.05.95. BCF. 144 bpm, feto único, situação longitudi-nal, apresentação cefálica, posição direita, escava não preenchida.

A - Cliente em bom estado geral. Dentro dos parâmetros esperados para a idade gesta-cional.

P - Esclarecida sobre o tratamento materno, cui-dado com os mamilos. Simplicidade. Vacinação em animais. Tipos de parto - Trabalho de parto. Contração uterina, métodos anticoncepcionais e sobre os riscos dos medicamentos abortivos.

# Cálculo da Idade Gestacional

DUM → 12.08.94

agosto 19

Set. 30

out. 31

Nov. 30

Dez. 31

Jan. 31

Fev. 28

Mar. 31

Ab. 30

Mai. 02

263 | 7

53 37

4

37 Sem. e 4 dias

# Cálculo da Data Provável do Parto

12.08.94

+ 7 - 3

---

19.5.95

## **ANEXO 3**

## VISITA DOMICILIAR

### Roteiro de Visita

#### 1. Identificação:

Prontuário nº: 33.04690 Data 18/05/95

Nome: V.P. Idade: 26

Estado Civil: Casada Profissão: Comerciante Instrução: 1º g. completo

Naturalidade: Florianópolis Nacionalidade: Brasileira

Religião Católica

Nome do Cônjuge (companheiro) L.P.P.

Residência Rua da Cruz n: 49

Ponto de Referência 1 rua antes do mini mercado Lega.

#### 2 - Aspectos relacionados ao parto

a) Data do nascimento: 10.05.95 Nome da Criança: M.P.

b) Teve parto normal? Sim Cesárea? -

Que tipo de anestesia? Local

c) O parto ocorreu dentro do prazo previsto? 1 semana antes

Em hospital? - Maternidade? Sim

d) Qual a duração do parto? ± 45' - 21:00 hs

Fez episiotomia? Sim - 6 pontos

Ainda tem os pontos? Sim - 1 ponto

e) Como foi a experiência do parto para você? Um pouco ruim, não pela dor que sentiu, mas sim pelo péssimo atendimento dos médicos e funcionários.

"Tenho vontade de denunciar aqueles ignorantes."



f) Quantos dias esteve hospitalizada? apenas 1 dia

### 3 - Aspectos relacionados a amamentação

a) Está amamentando? Sim, pretendo amamentar até quando tiver leite

b) Amamentou seus outros filhos? Sim, os dois até 7 meses

c) Que benefícios você acha que a amamentação traz para seu filho?

"Sei que o leite da gente é mais forte e saudável e o leiteinho, e a criança fica mais bonita e forte". "É barato, pois não se precisa comprar".

d) Quais as condições das mamas atualmente? Tivi rachadura mínima no mamilo, nos tomas banho de óleo, passei manteiga de cacau que o marido compra, depois melhorou.

e) O que sabe sobre os cuidados com a mama? "Agora já sei que o óleo penetra na pele evitando a rachadura, não lavar com sabonete, e tentar com a mão retirar o leite que o neném não suga".

### 4 - Outros aspectos

a) Como está o fluxo vaginal? (sanguinolento, serosanguinolento)? Serosanguinolento em pouca quantidade desde ontem.

b) Emocionalmente, como se sente neste período? Agora está bem, mais a experiência do parto, o tratamento que recebeu foi horrível, "parecem pessoas que tratam animais". "Se eu pudesse denunciá-los? Tenho vontade".

3. Cliente refere estar bem. Diz não ter gostado da experiência de parte, sendo mal atendida pelos médicos e funcionários da maternidade. Refere estar amamentando e tem medo de engravidar quando estiver amamentando.

O. Apresenta integridade cutânea mucosa, mamas normotensas, mamilos protusos, presença de leite, sem problemas. Mucosas coradas. Refere dizer que o recém-nascido está bem, tem boa sucção com perda do coto umbilical.

A. Mãe e R.N. em bom estado geral. Mãe preocupada com sexualidade, pois tem medo de engravidar.

P. Esclarecida sobre sexualidade, amamentação, vasectomia, DIU.

c) Lóquios: fisiológicos, pouca quantidade, se-  
resanguinolento.

d) Sexualidade: No momento não, e vai esperar control-  
tar, tem medo de engravidar e o marido concorda

e) Planejamento Familiar: Por enquanto vai tomar Mireton e  
o marido não em fazer a esterilização, acha o Dui  
muito perigoso, tem medo que saia do lugar e engravidar.

f) Cuidados gerais com o recém-nascido (coto umbilical, higiene, banho de sol):

No segundo dia já deu banho no bebê, pois  
estava cheirando mal, não tem medo quanto ao

coto umbilical, passou merthiolate e depois logo  
vai vacinar amanhã e fazer o teste de pezinho.

g) Você recebe influência de alguém nos cuidados com o recém-nascido: \_\_\_\_\_

Na primeira filha sim, pois não era experiente,  
não sabia direito como fazer quanto aos  
cuidados, agora não quer saber de ninguém  
dando opinião, a não ser quando não sabia.

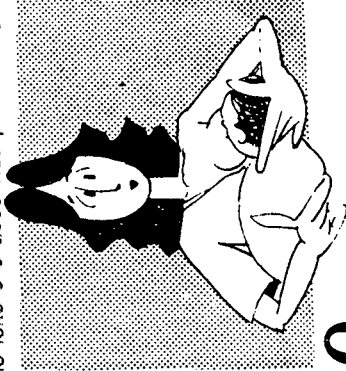
## **ANEXO 4**

# **NORMA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO**



- 1- Conscientizar a equipe de saúde sobre a importância do aleitamento materno.
- 2- Enfatizar e garantir durante o pré-natal e puerpério as informações quanto ao preparo das mamas para o aleitamento, por todos os profissionais de saúde, principalmente equipe de enfermagem, ginecologista e pediatra.
- 3- Informar às gestantes e demais usuários do serviço sobre o valor do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês.
- 4- Orientar para evitar uso de chupeta ou outros bicos artificiais.
- 5- Encorajar o aleitamento materno sobre livre demanda.
- 6- Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico. -
- 7- Orientar e informar às gestantes sobre os grupos ou pessoas da COMUNIDADE para apoio ao aleitamento.
- 8- Estar sempre à disposição da gestante e mãe quando manifestar dúvidas quanto ao aleitamento.
- 9- Informar à gestante e mãe sobre seus direitos legais para garantir o aleitamento quando do retorno ao trabalho, segundo Cap.I, art.9º do ESTATUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE.
- 10- Orientar à mãe como manter o aleitamento materno após reiniciar suas atividades profissionais.
- 11- Não permitir propagandas de leites artificiais na unidade de saúde, seguindo a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para lactentes.
- 12- Orientar sobre métodos contraceptivos durante o pré-natal e puerpério de forma a manter aleitamento materno até o 6º mês.

Quando a mãe fuma durante a amamentação, a nicotina passa pelo leite e é absorvida pela criança.



**9** O risco de crianças pequenas contraírem uma infecção respiratória (bronquite, pneumonia e coriza) aumenta quando elas são obrigadas a viver em ambientes poluídos pela fumaça do cigarro.

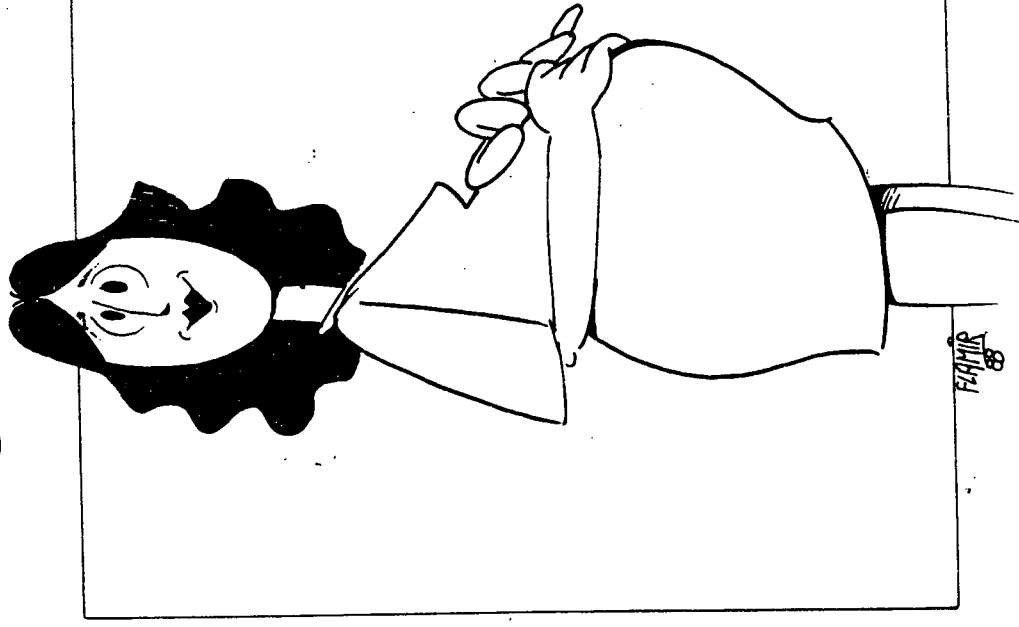
Não fume e não permita que fumem dentro de sua casa.



**10** SE A MULHER GRÁVIDA PARAR DE FUMAR NÃO SE EXPURAR A POLUIÇÃO DA FUMAÇA DO CIGARRO. OS RISCOS TÓXICOS DIMINUEM E SE TORNAM SEMELHANTES AOS DAS MULHERES QUE NUNCA FUMARAM.



# não fume durante a gravidez



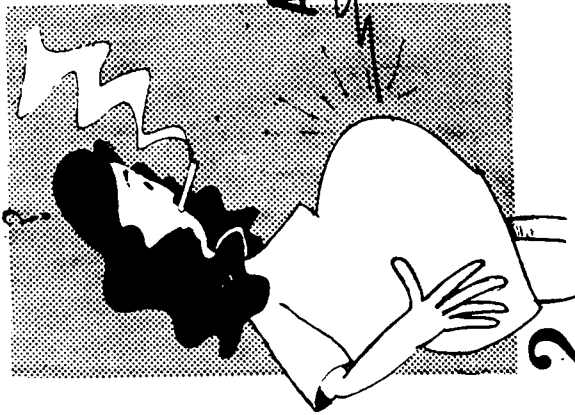
Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina  
Programa Estadual de Combate ao Fumo

Fonte:

Ministério da Saúde  
INCA • Pro-Onco

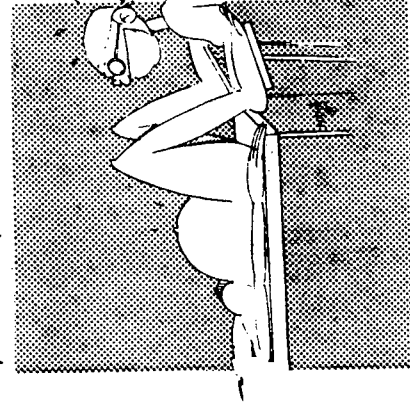


**1** Quando a mãe fuma durante a gravidez, há aumento de risco de aborto, sangramentos e outras complicações.



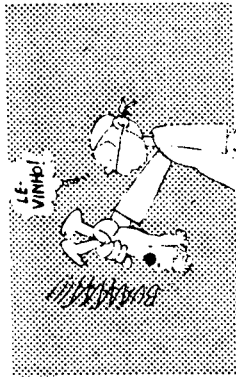
**2** O parto da mulher fumante complica com mais frequência que o de gestantes que não fumam.

As mulheres que fumam durante a gravidez correm risco de apresentar descolamento prematuro da placenta, placenta-prévia e ruptura prematura da bolsa com maior frequência do que as não-fumantes.

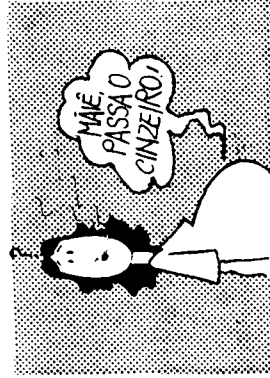


gravidez geram, em menor proporção, crianças com menor peso e menor comprimento.

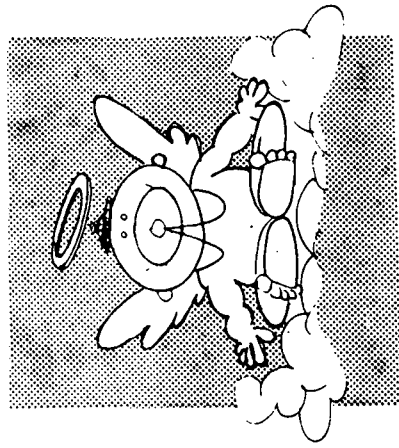
O risco de o bebê nascer com defeitos congênitos também aumenta.



**4** Quando, durante a gestação, a mãe fuma, o feto também fuma, passando a receber substâncias tóxicas que através da circulação materna atravessam a placenta.



**5** O risco da síndrome de morte súbita infantil também aumenta de acordo com o número de cigarros consumidos na gravidez.



rendimento intelectual dos filhos de mães fumantes é menor que o de filhos de mães não-fumantes.

**DROGA!**  
**REPETI MAIS**  
**UM ANO.**



**7**

Os riscos para a gravidez, o parto e a criança não decorrem somente do hábito de fumar da mãe.

Quando a gestante é obrigada a viver em ambiente poluído pela fumaça do cigarro, ela absorve as substâncias tóxicas da fumaça, que, pelo sangue, passa para o feto.

Não se exponha à poluição da fumaça do cigarro.

