

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

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0304
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0304
Título: O processo de parir : uma
experiência assistencial do cuidado de



972492257

Ac. 241497

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

O PROCESSO DE PARIR:
UMA EXPERIÊNCIA ASSISTENCIAL DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM, BASEADA NA TEORIA
TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER.

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1997

FABIANA MINATI
JOYCE MENEZES
PATRÍCIA ADRIANA KLEIN
SIMONE DE MELO

**O PROCESSO DE PARIR:
UMA EXPERIÊNCIA ASSISTENCIAL DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM, BASEADA NA TEORIA
TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER.**

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

ORIENTADORA: ENFª EVANGUELIA KOTZIAS ATHERINO DOS SANTOS
SUPERVISORAS: ENFª VITÓRIA REGINA PETTERS GREGÓRIO
ENFª ANDRÉA A. C. BASTOS JUCHEM
ENFª EDITH ILZA P. ESQUIVEL

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1997

Mãe, pai e filho.
Momento de muita
emoção que desde
cedo cria e fortalece
o vínculo familiar



SUCESSO

" Rir muito e com frequência; ganhar o respeito de pessoas inteligentes e o afeto das crianças; merecer a consideração de críticos honestos e suportar a traição de falsos amigos; apreciar a beleza, encontrar o melhor nos outros; deixar o mundo um pouco melhor, seja por uma saudável criança, um canteiro de jardim ou uma redimida condição social; saber que ao menos uma vida respirou mais fácil porque você viveu. "

Isso é ter tido sucesso!

Ralph Waldo Emerson.

Dedicamos este trabalho aos pais:

Trineu e Justina Minati

Neri e Cleusa Menezes

Norberto e Adi Klein

Laudenor e Terezinha de Melo

*pela presença no mundo que juntos
construímos.*

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de aproveitar para agradecermos todos àqueles que direta ou indiretamente colaboraram para que vencêssemos mais esta etapa de nossas vidas. Em especial:

◆ *À Deus, primeiramente, por ter-nos concedido o dom da vida, e por estar sempre ao nosso lado iluminando nossos caminhos e ampliando novos horizontes.*

◆ *Aos nossos pais, os quais amamos muito, por nos terem incentivado ao longo do curso e acreditado em nosso potencial.*

◆ *Aos nossos irmãos queridos, pelo carinho e estímulo quanto ao exercício da profissão de enfermagem.*

◆ *Aos namorados Leandro L. de Pinho e Marcio N. Wanderley, ao noivo Marcelo de Oliveira e ao esposo Gilberto Brasil, pela dedicação, compreensão, participação e apoio na elaboração do trabalho.*

◆ *À Orientadora e Enfermeira Evanguelia K. A. dos Santos, pela disponibilidade, companheirismo, dedicação, incentivo, transmissão de conhecimentos e acima de tudo, pela sua amizade e carinho.*

◆ *Às Supervisoras e Enfermeiras Vitória P. Gregório, Andréa A.C.B. Juchem e Edith T.P. Esquivel, que colaboraram intensamente na construção dos nossos conhecimentos.*

◆ *À clientela, que sem a qual não seria possível o alcance dos objetivos propostos em nosso trabalho.*

✧ À Coordenadora da fase, professora Maria de Lourdes S. Cardoso, por sua disponibilidade, incentivo e atenção.

✧ À todos os funcionários e demais profissionais que atuam no Centro Obstétrico da Maternidade Carmela Dutra, pela atenção, carinho e receptividade que contribuíram para o enriquecimento de nossos conhecimentos, tanto pessoal quanto profissional.

✧ Aos professores do Curso de Graduação em Enfermagem, em especial a Maria de Fátima Zampiéri, Maria da Graça P. do Nascimento e Odaléa Maria B. dos Santos, pela atenção e compreensão através do empréstimo de obras literárias.

✧ À professora Tânia Mara Xavier Scóz por sua dedicação e alegria transmitida a nós durante o curso.

✧ À professora, Marisa Monticelli, pela disponibilidade, dedicação e conforto à nós dispensados.

✧ À Gerência Administrativa e de Enfermagem da Maternidade Carmela Dutra, que mostraram-se receptivos frente a nossa proposta de trabalho.

✧ Às colegas de curso Andréia L. de Jesus e Eugeni Galvez, pela atenção e tempo a nós reservado.

✧ E a todos os funcionários do Departamento e Coordenadoria de Enfermagem, que anonimamente participaram de nossa vida acadêmica.

RESUMO

Este trabalho trata de uma experiência assistencial realizada por acadêmicas do último semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. Relata o cuidado desenvolvido junto às parturientes e seus familiares, utilizando a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger. Tem como objetivos: identificar as diversidades e universalidades culturais do cuidado das parturientes e familiares; diagnosticar tais áreas; planejar e implementar os cuidados de enfermagem junto a estes, e avaliar se esses cuidados foram suficientes para manter, adaptar e /ou repadronizar, bem como, contribuir para a implementação dos 08 (oito) passos para a Maternidade Segura, possibilitando a presença do pai no Centro Obstétrico, e manutenção dos 10 (dez) passos para o sucesso do aleitamento materno; aprofundar conhecimentos; buscar atuar conjuntamente com a equipe de enfermagem e respeitar os princípios éticos da profissão. O referido trabalho, foi desenvolvido no período compreendido entre 31/03 à 12/06/97 no Centro Obstétrico (C.O.) da Maternidade Carmela Dutra, localizada à rua Irmã Benwarda 208, Centro - Florianópolis - SC. A clientela alvo foi constituída por parturientes e seus respectivos familiares que demonstraram interesse e aceitação na participação deste trabalho. Na execução da experiência assistencial foram assistidas 117 parturientes, dentre as quais 16 foram selecionadas para a aplicação do processo de enfermagem, além do que, estas estavam acompanhadas por seus companheiros e/ou outros familiares. Este estudo constata que as dúvidas das parturientes e/ou familiares, quanto aos fenômenos que envolvem o parto, bem como os primeiros cuidados referentes ao recém-nascido, amamentação, além dos valores e crenças relacionados principalmente ao processo de parir foram bastante diversificadas. As parturientes selecionadas se caracterizam por estar na faixa etária de 15 a 35 anos, primíparas, de religião católica, casadas, do lar, com segundo grau incompleto e procedentes da região da grande Florianópolis. Acrescentando-se à isto, pôde-se conhecer diferentes crenças, valores e costumes pertinentes ao contexto sócio-cultural das parturientes e familiares.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	11
2 - OBJETIVOS	16
2.1 - Objetivo Geral.....	16
2.2 - Objetivos Específicos.....	16
3 - REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 - Aspectos Psicológicos Vivenciados durante a gravidez.....	18
3.2 - O Parto.....	20
3.2.1 - Conceito.....	20
3.2.2 - Trabalho de Parto.....	20
3.2.3 - Comparação entre o Trabalho de Parto Verdadeiro e o Falso Trabalho de Parto.....	22
3.2.4 - Períodos Clínicos do Parto.....	22
3.2.4.1 - Primeiro Período: Dilatação.....	23
3.2.4.2 - Segundo Período: Expulsão.....	24
3.2.4.3 - Terceiro Período: Dequitação ou Secundamento.....	25
3.2.4.4 - Quarto Período: Greenberg.....	27
3.3 - O Parto como Fenômeno Psicossomático.....	28
3.3.1 - Questões Culturais Envolvidas no Processo de Parto.....	31
3.4 - A presença do acompanhante / família no Processo de Parto.....	35
3.5 - Assistência de Enfermagem durante o Trabalho de Parto.....	37
3.6 - O Nascimento como um Evento Singular.....	39
3.6.1 - A Adaptação a Vida Extra-Uterina.....	40
3.6.1.1 - Modificações Respiratórias.....	41
3.6.1.2 - Modificações Circulatórias.....	41
3.6.2 - Cuidados Imediatos ao RN na Sala de Parto.....	42

3.7 - Puerpério Normal.....	45
3.7.1 - Assistência de Enfermagem à Puérpera.....	50
3.7.1.1.-Assistência de Enfermagem ao Puerpério Imediato...	50
3.7.1.2- Assistência de Enfermagem ao Puerpério Tardio.....	51
3.7.1.3- Assistência de Enfermagem ao Puerpério Remoto.....	52
3.8 - A Questão do Aleitamento Materno.....	52
3.8.1 - Conceito.....	52
3.8.2 - Vantagens do Aleitamento Materno.....	53
3.8.3 - Aspectos Biológicos da Amamentação.....	55
3.8.4 - Aspectos Sociais da Amamentação.....	56
3.8.4.1- Antropológicos.....	56
3.8.4.1 - Familiares.....	57
3.8.5 - Aspectos Econômicos da Amamentação.....	58
3.8.6 - Aspectos Psicológicos da Amamentação.....	59
3.8.7 - Fatores que influenciam a Mulher na Prática do Aleitamento Materno.....	60
3.8.8 - Iniciação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.....	62
4 - REFERENCIAL TEÓRICO.....	64
4.1 - Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.....	64
4.1.1 - Pressupostos da Teoria.....	66
4.1.2 - Pressupostos Pessoais.....	67
4.1.3 - Conceitos Norteadores do Trabalho.....	67
4.1.4 - Definição de Termos.....	70
4.2 - Processo de Enfermagem.....	73
4.2.1 - Fases do Processo de Enfermagem.....	73
4.2.1.1 - Levantamento de Dados.....	74
4.2.1.2 - Diagnóstico de Enfermagem.....	75
4.2.1.3 - Planejamento.....	75
4.2.1.4 - Implementação.....	76
4.2.1.5 - Avaliação.....	76
5 - METODOLOGIA.....	77
5.1 - Descrição do Local de Estágio.....	77
5.2 - População Alvo.....	79
5.3 - Plano de Ação.....	80
6 - CRONOGRAMA.....	85

7 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	88
7.1 - Perfil das Parturientes Seleccionadas.....	88
7.2 - Descrição dos Objectivos Propostos.....	94
7.2.1 - Objectivo Nº 1.....	94
7.2.2 - Objectivo Nº 2 e Nº 3.....	96
7.2.3 - Objectivo Nº 4.....	97
7.2.4 - Objectivo Nº 5.....	109
7.2.5 - Objectivo Nº 6.....	112
7.2.6 - Objectivo Nº 7.....	114
7.2.7 - Objectivo Nº 8.....	115
7.3 - Actividades Desenvolvidas e Não Planejadas.....	116
7.4 - Alguns Depoimentos Envolvidos no Processo de Parir.....	117
8 - FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS	122
8.1 - Facilidades.....	122
8.2 - Dificuldades.....	123
9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	125
10 - BIBLIOGRAFIA	129
10.1 - Referências Bibliográficas.....	129
10.2 - Bibliografia Consultada.....	133
11 - APÊNDICES	135
12 - ANEXOS	162

1 - INTRODUÇÃO

No passado, o parto era um acontecimento social, ao qual acorriam família e vizinhança, cercando a mulher na dor e na celebração da renovação da espécie. É bem verdade que, às vezes, a ajuda proporcionada era insuficiente, as técnicas inadequadas, e o desfecho nem sempre desejado. Hoje, com a modernidade e o avanço da ciência, isto ocorre menos freqüentemente (Arruda, 1989).

Assim, nós, acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, matriculadas na 8ª fase do curso, onde está alocada a disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, à partir de experiências vivenciadas na área da saúde da mulher ao longo do curso, optamos por trabalhar na promoção de um cuidado voltado a atender às parturientes da Maternidade Carmela Dutra, de modo a respeitar a sua individualidade, tendo como base a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado de Madeleine Leininger.

Segundo Leininger apud George (1993), o cuidado é definido como aqueles fenômenos relacionados com o comportamento de prestação de auxílio, apoio ou capacitação, para um indivíduo ou por outro indivíduo (ou grupo), com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição de vida humana.

Leininger (1985) diz que, o cuidado se ajusta às crenças, valores e modos de vida das pessoas, ou seja, o cuidado considerando a cultura e o contexto social do indivíduo ou do grupo. Ressalta ainda, que os cuidados vão além das necessidades físicas, emocionais e sociais dos indivíduos, uma vez que, estes trazem satisfação global pela atenção que se dará ao indivíduo, ao seu potencial cultural de pensar, planejar e agir, tanto para promover, manter, recuperar a saúde ou originar melhores condições de vida.

Acreditamos, que o cuidado é primordial à sobrevivência do ser humano, no entanto, este deveria ser mais humanizado, visto que bibliografias demonstram que existem diversos padrões de cuidado entre diferentes culturas.

Leininger (1985), entende a Enfermagem como uma arte e uma ciência, cujo foco são os comportamentos personalizados de cuidado, funções e processo de cuidar e cuja compreensão precisa ser fundamentada por uma perspectiva transcultural. Deste modo, um dos fatores que nos levaram a escolher a Teoria Transcultural de Leininger, foi o fato desta acreditar que a omissão de fatores culturais é um dos principais obstáculos à prestação de uma assistência de qualidade, uma vez que, estes são as principais forças que influenciam a qualidade de saúde e a assistência de enfermagem.

Leininger apud Atkinson (1989) , declara sua crença de que a enfermagem tem uma obrigação ética de preparar profissionais para que eles trabalhem de forma eficaz com pessoas de origens diversas, valorizando o saber popular e respeitando os valores de vida do indivíduo e/ou grupo.

Enfim, cabe ressaltar que a teórica em questão, proporciona a(ao) enfermeira(o) trabalhar tanto com a realidade contextual do indivíduo quanto com a redistribuição do saber. Acrescentando-se a isto, acreditamos que falta ao profissional de saúde, muitas vezes compreender o indivíduo como um “ser único”, que traz consigo toda uma bagagem cultural (crenças, valores, opiniões, sentimentos...).

Nascimento (1984), diz que o tipo de assistência prestada deixa claro, em última análise, que o bem-estar da gestante e do seu concepto, é tido, unicamente, como o da responsabilidade e da competência dos profissionais e das instituições destinadas a prestarem assistência a ambos (mãe e filho).

Considerando o contexto observado no Centro Obstétrico, percebemos em especial, que a parturiente encontra-se num momento de ambivalência afetiva, necessitando de uma assistência mais integrada e humanizada.

Assim sendo, propusemo-nos a trabalhar de forma em que o cuidado prestado à parturiente a envolva como um “todo” (biológico, cultural e social), não deixando de abordar seus familiares, especialmente o pai, já que esta encontra-se inserida num contexto sócio-cultural, visto que, a cultura é um complexo formado por conhecimentos, crenças, artes, moral, leis, costumes e toda e qualquer capacidade ou hábito adquiridos pelo homem, como membro de uma sociedade.

Cabe enfatizar que, infelizmente, em nossa sociedade, o pai não costuma participar ativamente do processo de nascimento de seu filho.

Acrescentando-se à isto, Parseval (1986, p.17), coloca que, “na sociedade veicula uma ideologia implícita, porém clara, no discurso que faz sobre concepção, nascimento e puericultura: ela privilegia gravidez, parto, amamentação, relações mãe/filho durante os primeiros anos, para ver aí momentos essenciais... mas essencialmente femininos..., o homem, o pai, permanece em “quantidade insignificante” durante todo esse processo”.

Assim, vimos também, com este trabalho contribuir de maneira efetiva, no que diz respeito à presença do pai no centro obstétrico.

Helman (1994), relata que a composição do grupo familiar varia muito entre as culturas e também seu papel nas vidas de seus membros. Concomitantemente, a família é compreendida como uma pequena sociedade, com organização e cultura próprias. Uma vez que, esta cultura envolve um conjunto de princípios implícitos e explícitos, que orientam as pessoas na sua

maneira de ver o mundo, de experimentá-lo emocionalmente e a comportar-se especialmente em relação a outras pessoas.

Observando-se este contexto, vimos que além de sua família, a parturiente também é excluída do processo assistencial, não lhe sendo conferida a oportunidade e a possibilidade de expressar suas próprias percepções e necessidades. Assim, neste momento não há uma participação da parturiente como um elemento integrante da assistência prestada, pois esta apenas segue as determinações estabelecidas como necessárias.

Maldonado (1978), refere que o parto é um momento importante; ele simboliza a vida e, como tal, encerra risco, imprevisibilidade, planos expectativas, frustrações e alegrias. O medo do parto está relacionado ao medo da morte. Há também sentimentos de insegurança ou medo de não saber reconhecer os sinais de início do trabalho de parto, de ficar desamparada, sem apoio, medo do ambiente estranho e do tipo de tratamento que irá receber e quem os dará. O parto é vivido como algo intensamente doloroso e desagradável, o que está vinculado principalmente à falta de informações. Entretanto, o parto marca um período de transição muito importante na vida das mulheres, seja pelo nascimento do bebê, pelas modificações no organismo materno, pela readaptação e estruturação de tarefas, atividades, interesses e/ou pela responsabilidade que acarreta.

Marcon (1989), coloca que escutar o que a mulher traz consigo e como ela o traz, o que a faz sofrer e incomoda, é condição "SINE QUA NON", para que o profissional de saúde possa junto com ela, localizar de que forma seu saber específico pode ser útil. Refere ainda, que quando se nega a singularidade de cada indivíduo e a elaboração própria de sua história socialmente vivida, se impede que o contato com os profissionais da saúde possa resultar no atendimento às expectativas de quem o procurou.

Finalizando, elegemos como local de estudo a Maternidade Carmela Dutra, objetivando alcançar bons resultados, uma vez que esta oferecendo uma demanda considerável de parturientes, é uma instituição Amiga da Criança,

atualmente também empenhada em implantar os 08 (oito) passos da Maternidade Segura.

Contudo, visamos ressaltar que o estudo em questão, não dependeu apenas da quantidade de parturientes, mas também de uma boa aceitação por parte dos profissionais da área, tendo em vista que o foco predominante da assistência foi a prestação de um cuidado global e humanizado.

2- OBJETIVOS

2.1 - GERAL

Desenvolver o Cuidado de Enfermagem no Centro Obstétrico junto às parturientes e familiares, utilizando o Processo de Enfermagem orientado pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

2.2 - ESPECÍFICOS

1. Identificar as diversidades e universalidades culturais do cuidado das parturientes e familiares, através do levantamento inicial de dados;
2. Diagnosticar as áreas em que as parturientes e familiares não encontram uma diversidade ou universalidade cultural do cuidado;
3. Planejar e implementar o cuidado de enfermagem junto às parturientes e familiares buscando manter, adaptar e/ou repadronizar os cuidados;
4. Avaliar se os cuidados foram suficientes para manter, adaptar e/ou repadronizar;

5. Contribuir para a implementação dos 08 (oito) passos para a Maternidade Segura e para a manutenção dos 10 (dez) passos para o sucesso do Aleitamento Materno, especificamente no que se refere aos relacionados ao Centro Obstétrico;

6. Aprofundar os conhecimentos teórico-clínicos relativos ao cuidado à parturiente e à Teoria de Leininger;

7. Buscar alternativas de atuação conjunta da equipe de enfermagem e interdisciplinar, visando o desenvolvimento do cuidado;

8. Desenvolver e manifestar atitudes coerentes, referentes aos princípios éticos do Código de Ética dos profissionais de enfermagem.

3 - REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de melhor compreendermos o estudo que se seguiu, resolvemos elaborar uma breve revisão da literatura referente aos temas específicos abordados (parturiente, trabalho de parto, aleitamento materno, acompanhante, cultura, dentre outros), a fim de que, esta possa contribuir para o desenvolvimento do trabalho.

3.1 - ASPECTOS PSICOLÓGICOS VIVENCIADOS DURANTE A GRAVIDEZ

No presente estudo, vimos a necessidade de fazer um breve comentário sobre os aspectos psicológicos de cada trimestre da gravidez, tendo em vista que os sentimentos, ações e reações da mulher durante o trabalho de parto, são diretamente influenciados por suas vivências e experiências adquiridas ao longo da gravidez.

PRIMEIRO TRIMESTRE: a partir do momento em que a mulher percebe a gravidez, seja através de sonhos, intuições ou através de exames laboratoriais, começa a se desenvolver o sentimento de ambivalência afetiva, que é uma espécie de balança do querer e do não-querer aquele filho haja visto que a gravidez implica em grandes mudanças e envolve perdas e ganhos, justificando a existência de sentimentos opostos entre si.

Neste período a mulher pode ter a sensação de que o feto não se encontra adequadamente “preso” no útero, provocando fantasias de aborto, levando algumas gestantes à tentativas propositas ou acidentais de aborto.

SEGUNDO TRIMESTRE: do ponto de vista emocional, o segundo trimestre é considerado o mais estável. É neste período que a mulher sente pela primeira vez os movimentos do feto, percebendo-o assim como uma realidade concreta. Através dos movimentos a mãe pode atribuir características pessoais ao feto, como “carinhoso” ou “agressivo”.

A ambivalência pode manifestar-se na interpretação dos movimentos fetais, como pelo alívio de sentir os movimentos, indicando que o feto está vivo ou pela ansiedade de não sentir movimentos por dois dias, temendo que algo não esteja bem com o feto.

O impacto dos movimentos fetais também ocorre com os familiares, principalmente no marido, que procura “participar” dos movimentos através do toque no ventre da mulher e da “comunicação” com o feto.

No que diz respeito a sexualidade, as alterações do desejo e do desempenho sexual tendem a surgir com maior intensidade. Em raros casos, observa-se o aumento da sexualidade, pois algumas mulheres, com a gravidez se sentem mais adultas e femininas, vivendo assim o sexo de forma mais madura.

Outro fato marcante neste período, é que a mulher sente-se muitas vezes feia, sexualmente incapaz de atrair alguém, ocorrendo por este motivo, quase sempre retração sexual.

TERCEIRO TRIMESTRE: neste período o nível de ansiedade tende a elevar-se por dois motivos principais; as readaptações de rotinas familiares pela chegada do bebê e os temores, medos e dúvidas em relação ao parto propriamente dito, como por exemplo; medo de morrer no parto, medo de que a vagina não volte a seu estado normal anterior ao parto, medo de não ter leite para amamentar ou ter leite fraco, entre outros. Estes temores muitas vezes são expressos através de sonhos, ou mesmos fantasias conscientes, e tendem a se intensificar ainda mais, tão logo se aproxime a data prevista do parto.

3.2 - O PARTO

3.2.1 - CONCEITO

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

3.2.2 - TRABALHO DE PARTO

Segundo Ziegel e Cranley (1985), trabalho de parto é uma série de fenômenos formados pelas contrações uterinas rítmicas que conduzem ao apagamento progressivo e dilatação do colo uterino com a descida da parte que se apresenta, com a eventual expulsão do feto e dos outros produtos de concepção.

Freitas (1993), coloca que o trabalho de parto é um processo fisiológico pelo qual o útero grávidico expulsa os produtos da concepção após a vigésima semana de gestação e caracteriza-se por contrações uterinas regulares de intensidade e frequência crescente e eficazes para produzir apagamento e dilatação do colo uterino.

Em contrapartida, Rezende (1991), coloca que o trabalho de parto ocorre à partir da vigésima segunda semana de gestação.

Existem algumas manifestações que precedem o início do trabalho de parto. Estas, são chamadas de sintomas e sinais prodrômicos, que segundo Ziegel e Cranley (1985), são descritos como:

- **Descida do fundo uterino (queda do ventre):** o fenômeno está condicionado à adaptação do pólo fetal ao estreito superior e a formação do segmento inferior. Situado próximo ao apêndice xifóide, o fundo uterino baixa de dois a quatro centímetros, condicionando maior amplitude à ventilação pulmonar devido à descompressão do diafragma, tornando assim, a respiração mais fácil.

- **Insinuação da apresentação:** a acomodação ou adaptação do pólo fetal no estreito superior, leva ao aparecimento das dores lombares e polaciúria devido à compressão vesical. Nas primigestas, a insinuação começa aproximadamente na segunda ou terceira 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 a 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 sangüíneos).

- **Amolecimento do colo uterino.**

- **Apagamento e dilatação cervical:** o progressivo apagamento cervical, ocorre freqüentemente na terceira ou quarta semana antes do trabalho de parto. As primigestas podem apresentar apagamento completo antes do início do trabalho de parto.

- **Contrações uterinas (Braxton Hicks):** de freqüência e intensidades variáveis, tornando-se moderadamente dolorosas, mais freqüentemente à noite e diminuem pela manhã.

- **Ocorrência de manifestações locais:** sensação de peso no baixo ventre, compressão nas porções inferiores do abdômem, intensificação das varizes hemorroidárias e vulvares e aumento das secreções.

3.2.3 - COMPARAÇÃO ENTRE O TRABALHO DE PARTO VERDADEIRO E O FALSO TRABALHO DE PARTO

Durante a avaliação inicial de uma paciente com queixas de contrações uterinas, é necessário diferenciar o verdadeiro do falso trabalho de parto.

O quadro abaixo, faz uma distinção entre o verdadeiro e o falso trabalho de parto (Ellis, 1986).

VERDADEIRO TRABALHO DE PARTO	FALSO TRABALHO DE PARTO
<ul style="list-style-type: none"> • Contrações regulares (intervalo gradativamente decrescente), duração e intensidade aumentando gradativamente. • Dilatação e apagamento cervical progressivo. • Descida progressiva da apresentação. • “Dor” localizada nas costas e que irradia-se para o abdômen. • Contrações que não se interrompem com a sedação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrações com intervalo irregular (sem diminuição do intervalo), duração e intensidade sem alteração. • Não ocorrem alterações cervicais. • Não ocorre descida da apresentação. • “Dor” localizada apenas no abdômen. • Contrações interrompem-se com a sedação.

3.2.4 - 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 à primeira hora do puerpério (Delascio e Guariento, 1987).

3.2.4.1 - 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 cérvico 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 primíparturiente, em primeiro lugar ocorre o apagamento do colo, e depois, a dilatação do orifício externo. Na múltipara, o esvaecimento e a dilatação ocorrem simultaneamente.

De acordo com Ziegel e Cranley (1989), este período é subdividido em duas fases: fase latente e fase ativa.

Fase latente: período de duração variável, podendo em primíparas levar em média 8,6 horas e em múltiparas 5,3 horas. 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 cm por hora e não menor que 1,2 cm/hora. Nas múltiparas, a dilatação progride numa média de 1,5 cm por hora. Esta fase inicia geralmente após 3 cm de dilatação.

Esta, por sua vez, compõe-se de três fases distintas: de aceleração, quando a dilatação cervical vai de 2,5 cm ou 3 cm para 4 cm; uma fase de máxima ascensão entre 4 e 9 cm, 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 (ibid, 1989).

Ao contrário de Delascio e Guariento (1987), que subdivide o primeiro período em duas fases, Burroughs (1995), subdivide-o em três fases. São elas:

Fase latente

Fase ativa

Fase de transição

A fase de transição é a última parte do primeiro período. A dilatação cervical continua num ritmo mais lento (de 8 para 10 cm), porém torna-se completa. As contrações ficam mais freqüentes, mais longas (60 a 90 segundos) e mais intensas.

3.2.4.2 - SEGUNDO PERÍODO: Expulsão

Segundo Delascio e Guariento (1987), o período expulsivo é a parte do parto compreendida entre a dilatação completa do colo e a completa expulsão fetal.

Existem 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 do 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.

A anestesia do períneo é locorreional - bloqueio troncular no nervo 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 de rotina e se feita uma vez é repetida, em partos subseqüentes. 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 hemorragias intracranianas e outros problemas (Delascio e Guariento, 1987).

3.2.4.3 - TERCEIRO PERÍODO: Dequitação ou secundamento

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 (Ziegel e Cranley, 1985).

O secundamento consta de três 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.

O descolamento da placenta pode efetuar-se sob duas modalidades, que são:

1) Mecanismo de Baudelocque Schultze, cuja frequência é de 75%. Ocorre 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.

2) 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” determinado por 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 terceiro 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 obliterem 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 Greenberg (Ziegel e Cranley, 1985).

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 ântero-posterior, com a expulsão da placenta ele se encontra abaixo da cicatriz umbilical.

A altura e 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 (ibid, 1985).

3.2.4.4 - QUARTO PERÍODO: Greenberg

Ziegel e Cranley (1985), colocam que 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 primeira 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 quarto período tem fases típicas a caracterizá-lo, como:

- **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 na primeira linha de defesa contra a hemorragia.

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

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

- **Fase de 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. Deste modo, nas grandes múltiparas com primeiro período de parto prolongado, nas de parto muito rápido e nas com excessiva distensão uterina, a fase de indiferença mio-uterina tende a ser maior.

- **Contração uterina fixa :** normalmente após uma hora, o útero adquire maior tono e assim se mantém (ibid, 1985).

3.3 - O PARTO COMO FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

De acordo com Maldonado (1981), ao longo dos tempos, o parto vem sendo encarado, como um momento extremamente complexo, em que a mulher sofre uma série de mudanças significativas, tanto de ordem fisiológica, quanto

emocional, estando esta muito mais suscetível a crises. Este fato se deve a várias razões:

- a mulher está passando de um estado para outro, situação esta que precisa ser enfrentada de qualquer forma;
- outro fato que eleva o grau de ansiedade da mulher é a incapacidade de saber exatamente quando e como se desencadeia.

Ao contrário da gravidez, cuja evolução é lenta e suas diversas mudanças ocorrem gradativamente; o trabalho de parto se constitui em um processo bastante rápido, que determina mudanças intensas; como uma nova transformação corporal, alterações das rotinas familiares com a chegada do bebê, bem como a "separação" de dois seres anteriormente unidos. Dentro do contexto simbiose-separação, é de fundamental importância que a mãe, desde a gestação, sinta seu filho como um indivíduo singular, diferenciado dela, de forma que no momento do parto possa ocorrer integração entre a separação física e emocional.

Maldonado (1981), refere que o parto pode ser considerado como um verdadeiro processo psicossomático, cujas características são multi-determinadas por inúmeras facetas do contexto sócio-cultural e da individualidade físico-psicológico da parturiente.

Da mesma forma que as características pessoais são refletidas nas condutas durante o trabalho de parto, os diferentes tipos de partos são experimentados e vivenciados de várias maneiras.

O PARTO PREPARADO: o parto sem dor, atualmente denominado de parto preparado, tem por principal objetivo, permitir que a parturiente previamente orientada, participe com lucidez e cooperação na experiência do nascimento do filho, necessitando de menor ou nenhuma analgesia (ibid, 1981).

Chertok apud Maldonado (1981), aponta várias vantagens do ponto de vista obstétrico neste tipo de parto: redução da duração do trabalho de parto,

menor incidência de complicações de parto, de intervenções cirúrgicas e de manobras de reanimação do recém-nascido.

Já do ponto de vista psicológico, a grande vantagem do parto preparado é o fato deste dispensar anestesia geral no período expulsivo, permitindo assim que a parturiente vivencie todas as emoções do parto, podendo cooperar em todo o processo.

O PARTO DE CÓCORAS: este tipo de parto propicia ao conjunto mãe-filho vantagens que outras posições não verticalizadas não podem oferecer. Nesta posição ocorre aumento da capacidade respiratória materna, aumento da pressão intra-uterina e da passagem do canal de parto, além de favorecer maior participação materna no parto, uma vez que a mesma, pode ver o momento da exteriorização fetal.

Cabe salientar ainda, que o menor uso de drogas ocitócicas, analgésicas e/ou anestésicas, junto com a dequitação aliado ao menor tempo de permanência na maternidade, aumentam as vantagens da utilização deste método, confirmando um aspecto mais fisiológico do parto, permitindo com isto uma diminuição considerável dos custos operacionais (Sabatino, 1992).

O PARTO SOB NARCOSE: este tipo de parto envolve analgesia em graus variados, sobretudo é importante que saibamos o quanto as drogas são prejudiciais ao recém-nascido, já que estudos nesta área revelam que a grande maioria destas atravessam a placenta e penetram na corrente sangüínea do feto.

Além deste fator referente ao bem estar físico do recém-nascido, é de importância ressaltar que atualmente este método não tem sido utilizado com frequência, por respeito a decisão da parturiente (ibid, 1981).

O PARTO CESÁREO: emocionalmente, o parto cesáreo tende a ser um tipo de parto frustrante, pois a mulher não participa ativamente do processo, e este é vivenciado como se ocorresse uma quebra de continuidade entre o momento que procede e o que vem após o nascimento, além do que, pesquisas mostram que o parto cesáreo não é o mais aconselhável para a criança.

Montagu apud Maldonado (1981), considera o parto vaginal como essencial para a estimulação cutânea tão fundamental ao desenvolvimento físico e emocional do bebê. Segundo o autor, a função do parto vaginal é preparar o organismo do recém-nascido para funcionar melhor através da estimulação cutânea maciça no corpo do feto, provocadas pelas contrações uterinas durante o trabalho de parto.

Em última estância (Soifer, 1992), refere que o parto é um fato social, pelo qual se incorpora ao meio um novo ser humano. E a família continua sendo, ainda, a matriz da sociedade. O reforço dos vínculos familiares, que tem por objetivo permitir que o marido ou outro familiar participe emotivamente e praticamente do ato, contribui a assegurar a integração que se vê ameaçada nesses momentos e, por outro lado, ajuda a desmistificar o evento, tão tecido de fantasias assentadas em um total desconhecimento dos fatos.

Cabe ressaltar que, estes fatos sociais ou os ritos de passagem, por sua vez, representam uma rede de tradições de grande importância presente no cotidiano dos indivíduos. E tendo em vista que, o contexto cultural é o que determina a maneira que deverá suceder esses fatos sociais e a importância a se conferir a cada um deles, sendo este o foco dominante do nosso trabalho, é que surgiu a necessidade de abordar este tema no ítem que se prossegue abaixo.

3.3.1 - QUESTÕES CULTURAIS ENVOLVIDAS NO PROCESSO DE PARIR

Toda sociedade tem um conjunto bem definido de posições sociais relativas à idade, sexo, parentesco, liderança e outras categorias, entre as quais se incluem os comportamentos, as crenças e os sentimentos. À medida que surgem e desaparecem em cada geração, os indivíduos são destinados a cada uma dessas posições e escolhem ou lutam por elas. (Keesing, 1961).

As pessoas nascem, crescem, reproduzem-se, envelhecem, adoecem e morrem. Isto faz parte da vida de cada um. Este ciclo é um fator incomum na

vida das pessoas, embora muitos não consigam completá-lo. Entretanto, existem maneiras diferentes e únicas de se vivenciar cada etapa da vida.

Assim, temos os ritos que são pontuações, fases ou celebrações onde se registram os momentos mais marcantes e vivenciados durante todo o processo de viver dos seres humanos. Estes, carregam consigo, portanto, condições especiais de vida fazendo parte do patrimônio universal das culturas o que equivale dizer deste modo, que todas as culturas desenvolvem rituais. Ainda diz, que os ritos também são um meio de interação social uma vez, que trazem valores e crenças que são compartilhadas pelos grupos sociais.

Os antropólogos definem a cultura como a herança social de uma comunidade humana, representada pelo acervo compartilhado de modos estandarizados de adaptação à natureza para o provimento da subsistência, de normas e instituições reguladoras das relações sociais e de corpos de saber, de valores e de crenças com que explicam sua experiência, sua criatividade artística e se motivam para a ação. Assim conceituada, a cultura é uma ordem particular de fenômenos que tem de característico sua natureza, réplica conceitual da realidade, tal como é percebida, e transmitida simbolicamente, de geração a geração, como uma tradição (Lazzarotto, 1974). Ainda ressalta, que a cultura de uma sociedade é o conjunto integrado destas tradições diferenciadas através das quais, seus diversos componentes contribuem para o preenchimento das suas condições de existência.

Para Geertz apud Monticelli (1997), “a cultura é uma rede de significados elaborada pelos seres humanos para orientar as ações de vida cotidiana. Esta rede de significados é pública, compartilhada, aprendida, lógica e dinâmica. A cultura é pública porque há consenso em relação aos significados, é compartilhada porque um indivíduo sozinho não inventa uma cultura, pois é através das interações dos indivíduos desempenhando e reinventando papéis sociais que a história se desenrola; é aprendida porque não é característica inata dos indivíduos, por isso é diferente da questão biológica; é lógica porque é organizada simbolicamente, e é dinâmica porque os indivíduos estão sempre reorganizando suas representações”.

972492257

A literatura antropológica demonstra que o nascimento embora sendo um evento biológico universal, é diferentemente percebido, organizado e padronizado de acordo com os valores, atitudes e crenças de cada cultura.

Monticelli (1997), diz que nos primórdios da humanidade os fenômenos relativos ao nascimento eram encarados como parte da vida das pessoas. A assistência ao parto, à parturiente e ao recém-nascido (RN) não envolvia a concorrência do trabalho de outras pessoas, como atividade profissional especializada.

Portanto, cabe salientar que o nascimento, é em todas as sociedades um importante fator social e cultural, que provoca cuidados, tanto no que diz respeito ao recém-nascido como ainda à própria mãe.

Acrescentando-se à isto, descreve que ao vivenciar o nascimento como um rito de passagem, as pessoas que estão nele envolvidas (principalmente as mulheres), desenvolvem ritos de cuidado, isto é, desenvolvem ações que são plenas de símbolos e significados que as auxiliam na reorganização para incorporar o novo (o recém-nascido e a nova mãe) e também, as auxiliam a expressar a percepção de saúde-doença e os papéis sociais que precisam ser definidos ou redefinidos durante o processo de nascimento. O nascimento como um ritual, ajuda a preparar as pessoas para a mudança de papéis e para receber o novo ser humano dentro do grupo social (ibid, 1997).

Ademais, a mesma autora coloca que no processo do nascimento, a enfermeira deve interagir profissionalmente, buscando compartilhar significados, crenças, normas e valores junto às mulheres e seus recém-nascidos, para juntos preservarem, acomodarem e/ou reorganizarem ações comportamentos e ritos de saúde relacionados com esse momento especial de vida.

Keesing (1961), relata ainda que o ciclo orgânico da vida determina um padrão que todas as pessoas seguem de modo mais ou menos semelhante: desmame, primeiros passos, puberdade, juventude, estado adulto, maturidade,

velhice, senilidade e morte. Dentro dessa escala constitucional, porém, pode haver uma surpreendente variedade na organização social.

A infância pode ser classificada de modos diferentes e prolongada ou encurtada. A adolescência, marcada pelas modificações da puberdade, pode passar despercebida ou ser celebrada em cerimônias complexas.

A idade adulta e a velhice podem ser definidas culturalmente em termos de valores bastante diferentes e tornar-se o foco de diferentes situações e funções. A morte, outro acontecimento importante, tanto para o grupo como para o ciclo de vida do indivíduo, é em todas as culturas um ponto alto na atividade religiosa e social.

As sociedades diferem na proporção com que marcam a “descontinuidade” na experiência cultural do indivíduo, na passagem da infância para a vida adulta.

Deste modo, a cultura influencia diretamente o processo saúde-doença dos indivíduos, familiares ou grupos. Por este motivo, a enfermeira só poderá desenvolver ações congruentes, se interagir com a consciência de que sua cultura pessoal e profissional poderá ser diferente daquela dos indivíduos, famílias e grupos com quem está atuando (Leininger apud Monticelli, 1997).

Assim, Ramos (1993) destaca que o importante, ao procurarmos nos aproximar da cultura popular de massa é não nos perdermos em generalizações, como a de ver em tudo uma manifestação do pós-moderno, mas ao contrário procurar detectar as tradições em suas continuidades e readequações. Visto que, ao taparmos os olhos com medo de um determinado cenário, podemos abalar demasiadamente cristalizadas convicções.

3.4 - A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE/FAMÍLIA NO PROCESSO DE PARIR

Hentschel et al (1991), diz que a família é um sistema organizado, composto de subsistemas que interagem entre si, e que a experiência da gravidez envolve todo o grupo familiar. Para tanto é comum a exclusão da figura paterna do momento do nascimento do filho. Conferindo somente à mulher o direito de protagonizar este evento.

Descreve ainda, que do ponto de vista biológico, o papel do macho é o da propagação da espécie, muito embora, esse papel venha sofrendo atualmente modificações por influência das condições sócio-econômico-culturais.

Moura et al (1984), diz que “nascer uma criança é tarefa feminina, pois neste momento ocorrem quatro nascimentos: nasce uma criança, nasce uma família, nasce uma mulher para o papel de mãe e nasce um homem para o papel de pai. O tornar-se pai é um momento deveras significativo na vida de um homem e uma oportunidade de crescimento como em toda situação de mudança. Consequentemente, a entrada do pai na sala de parto é uma tentativa de permitir àquele antes andarilho fumante de corredores de hospitais participar mais ativamente da “colação de grau” que a “escola dos nove meses” lhe proporciona”.

No entanto, se espera que o pai apresente um papel diferente do que ele deveria ter, na realidade. É esperado que ele esteja presente emocionalmente tanto para si próprio como para os membros pertinentes ao seu contexto social..

Maldonado (1981), por sua vez, diz que “o homem vivencia ansiedades em relação ao parto, em todos esses componentes de medo do desconhecido, da imprevisibilidade e do risco”.

Gavenski apud Hentschel et al (1991) afirma que, por parte do marido, pode haver temor ao hospital, “ idéias de culpa com respeito ao sofrimento de sua mulher, idéias traumáticas de culpa por seu próprio nascimento rejeição do filho, medo de desfigurar a imagem da esposa”.

Mediante à isto, o homem ao apoiar as costas de sua mulher, enxugar o suor ou simplesmente pegar na sua mão, está colaborando de maneira efetiva. Para tanto, torna-se consideravelmente importante preservar e estimular ainda mais o vínculo afetivo existente entre o trinômio Pai-Filho-Mãe, levando em consideração a magnitude de seu papel neste processo.

Moura et al (1984) ressalta que a vivência do nascimento pode ser uma experiência rica, profunda, e integradora - uma grande oportunidade de amadurecimento intelectual e emocional para todos que participam deste processo. Contudo uma atitude favorável da equipe de saúde faz com que ele, o pai, não apenas se sinta valorizado e se orgulhe de ter engravidado sua mulher, mas também se conscientize de que seu envolvimento não termina neste momento.

Com base nas colocações mencionadas acima teremos à seguir a exposição de um estudo realizado na Guatemala em 1974, na divisão obstétrica de dois hospitais-maternidade extremamente movimentados.

Segundo Klaus & Kennel (1993), as rotinas nestas divisões, era estabelecida por médicos e enfermeiras dos Estados Unidos e não permitia que qualquer membro da família ou amigo estivesse presente nas salas de parto, aparentemente como uma consequência do grande número de partos e limitação de espaço. Neste estudo pediu-se que uma mulher não treinada permanecesse junto as mães durante o trabalho de parto e nascimento do bebê. Como resultado, observou-se dramáticas alterações nas mulheres durante o trabalho de parto. Tornaram-se mais calmas e tranqüilas.

É importante salientar aqui que das cento e cinquenta culturas humanas estudadas pelos antropólogos, em todas exceto uma, um membro da família ou amigo, geralmente uma mulher, permanecia com a mãe durante o trabalho de parto e nascimento do bebê.

Apesar de cada vez mais pais, parentes e amigos serem aceitos nas salas de parto, nos últimos dez anos, nos Estados Unidos, um número considerável de mães ainda tem seus filhos, em alguns hospitais, sem a presença de membros da

família ou amigos chegados. Existem poucos estudos sistematizados sobre o assunto, no entanto observou-se que as mães, que permaneciam tranquilas e relaxadas, e que tinham melhores relações emocionais com seus assistentes durante o trabalho de parto e nascimento do bebê, ficaram mais felizes com a primeira olhada a seus bebês. Outro fator interessante foi em relação ao tempo de duração do trabalho de parto, que era significativamente menor para as duplas mãe-bebê que permaneceram no estudo (ibid, 1993).

Em síntese, segundo Gurry apud Klaus & Kennel (1993), ser deixada sozinha, durante o trabalho de parto, não é apenas assustador, mas representa uma severa ameaça ao autoconceito da mulher. Ser protegida é ser valorizada, em um momento de intenso egocentrismo e temor. A espécie de atendimento que uma mulher recebe, neste período de vulnerabilidade, é crucial para sua avaliação subsequente da experiência, para seu comportamento maternal posterior e para seu autoconceito.

3.5 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O TRABALHO DE PARTO

O trabalho de parto se constitui numa ocasião de vital importância para a mulher bem como para a sua família. Contudo, a atitude do profissional enfermeiro na assistência à parturiente durante o trabalho de parto dependerá da importância que atribui à tensão emocional e ao desconforto físico à que a parturiente está sendo submetida; de sua compreensão no que se refere ao relevo desse evento para a família e do profundo envolvimento emocional que acarreta; do seu desejo e habilidade em satisfazer as necessidades particulares da parturiente e dos seus familiares.

A visão humanística que constantemente marca a assistência de enfermagem em todas as situações é necessária, no seu sentido mais amplo durante essa fase especial do trabalho de parto. Junto a essa grande experiência emocional, a mulher está igualmente sofrendo dores que se tornam cada vez

mais difíceis de suportar e que, com frequência, levam-na à exaustão. Visto que a dor é influenciada por fatores raciais, culturais e ambientais. Helman (1994), ressalta que nem todos os grupos sociais e culturais reagem à dor da mesma forma.

Por conseguinte a grande tensão emocional - medo, preocupação, apreensão - aumenta os desconfortos do trabalho de parto, podendo afetar seu curso e até impedir seu progresso.

Ziegel (1985), diz que o profissional que assiste a mulher durante o trabalho de parto deve possuir habilidades extraordinárias no que tange aos cuidados fisiológicos e técnicos, bem como no que se refere ao calor humano e à sensibilidade que demonstra a grandeza e a profundidade da resposta emocional do ser humano. O conhecimento e a perícia do profissional de saúde são importantes para o desfecho seguro do trabalho de parto, tanto para a grávida quanto para o bebê. Com frequência este profissional é responsável por grande parte da assistência materna durante o primeiro estágio de trabalho de parto, pelo preparo e adequação do material a ser utilizado e pelo auxílio ao médico neste momento.

Assim, o trabalho de parto, da mesma forma que a hospitalização, pode constituir-se numa experiência nova e estranha para a mulher, do qual o enfermeiro deve esforçar-se para colocar a parturiente e a sua família em contato com a equipe e com o ambiente.

Burroughs (1995), diz que a meta do atendimento psicológico é tornar o trabalho de parto uma experiência mais agradável e satisfatória permitindo uma maior participação da família; contribuindo na evolução do trabalho de parto.

A Enfermagem pode preencher as necessidades psicológicas da parturiente caso se proponha a estabelecer um relacionamento terapêutico, proporcionando um sistema de apoio, facilitando a interação materno-infantil e elogiando a sua cooperação nesse processo.

Além de criar um ambiente de confiança e de segurança, pode também preencher as necessidades de informação, proporcionar o relaxamento de um sistema de apoio, o enfermeiro deve ter uma preocupação com o lado físico durante o trabalho de parto. As intervenções de enfermagem como, monitorizar os sinais vitais maternos, as contrações uterinas, monitorizar o estado fetal e avaliar a condição do líquido amniótico e outros cuidados pertinentes a este processo, contribuem para que a assistência a ser prestada seja de valor qualitativo e quantitativo (ibid, 1995).

Importante ressaltar, que para transmitir apoio emocional à parturiente que demonstra uma série de necessidades e uma variedade de reações ao trabalho de parto, o enfermeiro precisa ser sensível a cada situação e planejar sua assistência de acordo com as necessidades emergidas nesse processo. Este é um aspecto terapêutico que demanda bastante de sua habilidade, mas que oferece igualmente satisfação pessoal à parturiente e a ele próprio.

3.6 - O NASCIMENTO COMO EVENTO SINGULAR

Segundo Whaley e Wong (1989), certamente, não existe evento mais marcante do que o nascimento de uma criança, que após nove meses de desenvolvimento intra-uterino, terá que buscar adaptações à vida extra-uterina. Ao mesmo tempo, os pais geralmente ansiosos e com expectativas, se preparam para receber um membro totalmente dependente em suas vidas.

O nascimento trata-se ainda de uma experiência emocional e fisiológica intensa e exaustiva para a mãe e para o recém-nascido.

Ademais, este também preconiza que, o papel da enfermagem neste processo, engloba o apoio à mãe e a criança, prevenindo complicações fisiológicas na adaptação do RN à vida extra-uterina e promovendo o processo de ligação entre a criança e seus pais. Uma assistência tão tecnológica quanto

psicológica por parte da enfermeira durante o pós-parto imediato propicia um forte alicerce para um saudável desenvolvimento do RN e seus pais.

3.6.1 - A ADAPTAÇÃO A VIDA EXTRA-UTERINA

De acordo com Ziegel e Cranley (1985), a adaptação do recém-nascido da vida intra para a extra-uterina exige o desencadeamento de uma série de mecanismos complexos, que em 90% dos casos leva ao nascimento, capital importância na redução de morbimortalidade neonatal que deve ser realizada, em qualquer nível de atendimento, por pessoal devidamente preparado. Visto que, em centros de nível de maior complexidade deve haver neonatologista na sala de parto, e naqueles de nível primário uma enfermeira treinada.

Nos centros de nível de maior complexidade, a sala de parto e/ou de recepção e reanimação deve ser devidamente equipada, contendo medicamentos que serão utilizados na reanimação. Já, os centros de nível primário, poderão ser equipados de maneira a atender recém-nascidos de baixo ou mínimo risco, adaptando-se a partir de condições locais.

A modificação fisiológica mais profunda sofrida pelo neonato é sem dúvida, a transição da circulação fetal ou placentária para a respiração independente. As primeiras 24 horas de nascimento são as mais críticas, pois neste período podem instalar-se rapidamente, e com poucos sinais, angústia respiratória e insuficiência circulatória (ibid, 1985).

3.6.1.1 - MODIFICAÇÕES RESPIRATÓRIAS

Ziegel e Cranley (1985), colocam que os estímulos que ajudam a iniciar a respiração são principalmente químicos (alterações químicas do sangue como O_2 baixo, CO_2 alto e pH baixo - que iniciam impulsos que excitam o centro respiratório na medula), e térmicos (o súbito estremeamento da criança ao sair de um ambiente aquecido e entrar em atmosfera relativamente mais fria).

O valor da estimulação tátil é questionável. A descida pelo canal de parto e o manuseio normal durante o nascimento tem algum efeito na instauração da respiração. Assim, bater nos calcanhares da criança ou em suas nádegas, não tem efeito benéfico, além de que é uma manobra desnecessária que consome um tempo precioso, caso a criança apresente alguma dificuldade respiratória.

3.6.1.2 - MODIFICAÇÕES CIRCULATÓRIAS

As modificações circulatórias são tão importantes quanto o início da respiração. Estas ocorrem gradualmente e permitem que o sangue flua através dos pulmões, evento este que resulta das variações de pressão do coração e grandes vasos pelo aumento do volume sanguíneo sistêmico e pulmonar, secundário à diminuição da resistência vascular pulmonar e ao aumento da resistência vascular sistêmica.

Uma vez que os pulmões estão expandidos, o oxigênio inspirado dilata os vasos pulmonares, aumentando o fluxo sanguíneo pulmonar.

Além destas principais mudanças fisiológicas do RN, é importante ressaltar que todos os demais sistemas sofrem alguma modificação e em sua maioria são imaturos ao nascimento. Por esta razão, merecem observação para o seu adequado funcionamento (ibid, 1985).

3.6.2 - CUIDADOS IMEDIATOS AO RN NA SALA DE PARTO

A situação de se ter um filho, acarreta em profundas alterações intra ou interpessoais, com a possibilidade de revisões, modificações e ampliações, de aspectos da identidade de cada membro da família.

Desta forma, torna-se importante estimular precocemente o vínculo familiar, através do contato pele a pele (mãe-bebê), o qual pode ser proporcionado na primeira meia hora pós-parto, contribuindo assim, de forma efetiva ao quarto passo para o bom sucesso do aleitamento materno.

Segundo Rezende (1991), logo após o nascimento, a primeira atenção é tomada quanto ao estabelecimento da respiração. O RN normal respira e chora logo após o parto. Já, a sala de parto, quanto à isto, precisa estar aparelhada para uma eficiente e perfeita assistência ao recém-nascido; tendo todo material necessário para o atendimento dos recém-natos saudáveis, quanto aqueles que apresentam condições patológicas logo após o parto.

Não se dispensam aspirador, compressas e lençóis esterilizados, material para ligadura do cordão, tratamento profilático dos olhos, oxigênio, dentre outros.

Cabe ressaltar que, o RN é colocado com a cabeça mais baixa do que o corpo a fim de, facilitar o escoamento das secreções.

Concomitantemente, este recebe ainda os cuidados no berço aquecido, que objetiva que o RN mantenha uma temperatura basal estimada entre 35,5°C e 37,5°C, tendo em vista que a sua labilidade térmica é grande (ibid, 1991).

Simultaneamente a estes cuidados iniciais, é feita uma avaliação da adaptação do RN à vida extra-uterina, que é o teste de Apgar. Este é utilizado para avaliar a vitalidade do RN, informando, retrospectivamente, a higidez deste e também suas condições futuras. Ademais, indica a necessidade de reanimação e o tipo de procedimento empregado.

Assim, para ter-se uma avaliação fidedigna do índice do Apgar do recém-nato, as contagens dos pontos deverão ser feitas no primeiro e no quinto minuto após o nascimento, através da soma das notas obtidas em cada item do quadro abaixo (Whaley e Wong, 1989).

Quadro 1 - Índice de Apgar

SINAL	NOTAS		
	0	1	2
Frequência cardíaca	Não identificável	Lento (menos de 100)	Acima de 100
Esforço respiratório	Ausente	Lento, irregular	Bom, chorando
Tônus muscular	Flácido	Alguma flexão das extremidades	Movimento ativo
Irritabilidade reflexa			
1. Resposta a palmada na sola do pé	Nenhuma resposta	Careta	Choro
2. Resposta ao cateter na narina (testada após limpar a orofaringe)	Nenhuma resposta	Careta	Tosse ou espirro
Cor	Azul pálido	Corpo rosado extremidades azuladas	Completamente rosado

Resultados: até 07 - RNs deprimidos

de 07 à 10 - RNs vigorosos

Para Whaley e Wong (1989), o cordão umbilical, é clampeado por duas pinças, mais ou menos a 4 cm de distância do abdômen do RN. O cordão é então seccionado entre as duas pinças e a ligadura se faz com um pequeno anel de borracha, constringindo a extremidade distal do coto umbilical.

O neonato é então identificado antes de sair da sala de parto, colhendo-se a impressão plantar e utilizando-se de braceletes nos punhos e/ou tornozelos, contendo o nome da mãe, data, hora e sexo do RN.

Desta forma, os mesmos autores ainda colocam que, após a prestação destes primeiros cuidados ao RN, também realiza-se uma avaliação mais minuciosa do mesmo, que se segue:

- Medidas Gerais: - Perímetro cefálico - 33 - 35,5 cm
- Perímetro torácico - 30,5 - 33 cm
- Comprimento - 48 - 53 cm
- Peso de nascimento - 2.700 à 4.000 g

- Pele: Presença de vérnix caseosa

Lanugem

Edema ao redor dos olhos, na face, pernas, dorso das mãos, pés e escroto ou lábios.

Pele lisa, acetinada, vermelho brilhante.

- Cabeça: Observar fontanelas anterior e posterior que devem ser planas, macias e firmes.

- Nariz: Permeabilidade nasal

Presença de secreção

Espirros

- Olhos: Pinga-se 1 ou 2 gotas de nitrato de prata a 1% em cada olho e genitália feminina, para a profilaxia da oftalmia gonocócica.

- Boca e Garganta: Palato arqueado e íntegro

Úvula na linha média

Freio na língua

Reflexo de sucção

Salivação mínima e ausente

Além destes sistemas, devem ser observados integridade e condições do tórax, pulmões, coração, abdome, genitália feminina e masculina, dorso, extremidades, bem como do sistema neuromuscular, realizando a avaliação dos reflexos de moro, sobressalto, tônico-cervical, de marcha e de engatinhar.

É de fundamental importância ressaltar que a enfermagem além de prestar os cuidados de rotina as RN, tem por compromisso moral e ético, contribuir e estimular o aleitamento materno e procurar estabelecer vínculo com o bebê e sua mãe à fim de que possa ocorrer uma boa interação e um relacionamento agradável e efetivo entre o trinômio mãe-filho-pai (ibid, 1989).

3.7 - PUERPÉRIO NORMAL

Segundo Rezende (1991) o puerpério é o período que vai do término do parto ao retorno das condições normais do trato genital, e se refere às seis ou oito semanas após o parto ou mais, dependendo da lactação ou amamentação da mulher.

O puerpério divide-se em:

- a) Imediato - do 1º ao 10º dia pós-parto
- b) Tardio - do 10º ao 45º dia pós-parto.
- c) Remoto ou longínquo - do 45º pós-parto em diante.

Convém ressaltar também, que além de passar por todos esses fenômenos biofisiológicos, a mulher ainda poderá sofrer alterações tanto de ordem emocional quanto psíquica.

Acrescentando-se à isto, Maldonado (1981), relata que “os primeiros dias após o parto são carregados de emoções intensas e variadas”. As primeiras vinte e quatro horas constituem um período de recuperação da fadiga do parto. A puérpera sente-se em geral debilitada e confusa, principalmente quando o parto é feito sob narcose. A sensação de desconforto físico devido a náuseas, dores e ao sangramento pós-parto é particularmente intensa, lado a lado com a excitação pelo nascimento do filho. A labilidade emocional é o padrão mais característico da primeira semana após o parto: a euforia e a depressão alternam-se rapidamente, esta última podendo atingir grande intensidade.

Devido às conseqüências indesejáveis da separação precoce entre mãe e bebê, algumas instituições dentre hospitais/maternidades, permitem o estabelecimento do sistema de alojamento conjunto rooming-in, no qual, o bebê permanece no quarto sob os cuidados da mãe, dispondo geralmente da ajuda de enfermeiras(os) e/ou profissionais da área de saúde. O alojamento conjunto tem a grande vantagem de evitar a separação de mãe e filho numa época tão crucial para a consolidação do vínculo materno-filial. Para a primípara, seu grande valor é permitir uma aprendizagem eficiente e supervisionada do manejo do recém-nascido, numa sociedade em que - abolidas as grandes famílias - é muito raro que a nulípara já tenha tido a experiência de cuidar ou de ver alguém cuidando de um bebê. Portanto, o alojamento conjunto pode ser considerado como uma etapa na preparação para o período de pós-parto, com o objetivo de satisfazer as necessidades físicas e emocionais da proximidade e contato entre o binômio “mãe e filho” (ibid, 1981).

Os assuntos que seguem, são abordados por Rezende (1991), Pizzato (1985) e Santos (1991).

Neste período também ocorrem os fenômenos puerperais que são subdivididos em:

- *Fenômenos involutivos ou regressivos*, onde se enquadram a involução uterina e a loqueação.

A involução uterina, dá-se 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 a bibliografia, 0,7 a 1,5 cm por dia, apesar de, na prática, constatar-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 1.000g, uma semana depois 500g e, no fim do puerpério de 40 a 60g.

Já, a loqueação consiste na produção e a eliminação de considerável quantidade de exsudatos e transudatos, misturados com elementos celulares descamados e sangue, e que escoam pelo trato genital. A isto, dá-se o nome de Lóquios.

Os lóquios são sanguinolentos nos primeiros 3 a 4 dias pós-parto, depois tornam-se serosangüinolentos até aproximadamente o 7º dia e por fim serosos.

Os lóquios possuem odor característico. 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 (repressamento do lóquio), é situação clínica temerosa, predispondo à infecção puerperal.

- *Fenômeno evolutivo ou progressivo*, que consiste na 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:

- Mamogênese

Compreende o desenvolvimento da mama, que tem início na puberdade. Durante os ciclos menstruais, o hormônio estrógeno estimula o crescimento do estroma e do sistema de ductos, além da deposição de gorduras que oferece massa ao seio. Associado 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.

- Lactogênese

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

- Lactopoiese

Corresponde a última etapa da lactação, ou seja, o afluxo do leite até o mamilo e o seu fluxo para o exterior, é a ejeção láctea, produzida pela excitação reflexa da hipófise posterior, resultando na secreção do hormônio ocitocina, provocando contração das células minepiteliais, promovendo 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.

Além dos fenômenos puerperais já vistos, ocorrem também no puerpério modificações locais e gerais no organismo feminino.

As modificações locais que ocorrem no organismo feminino, se dão à nível de vagina, vulva e períneo, assoalho pélvico e colo uterino.

Já, as modificações gerais, por sua vez, ocorrem à nível de metabolismo basal, onde este retorna lentamente ao normal. Há normalização do metabolismo protéico, lipídico e hidrogenocarbonato. As alterações cutâneas (hiperpigmentação) desaparecem, paulatinamente.

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 despendido no período expulsivo.

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.

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

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

Geralmente, ocorre uma acentuada perda de peso, que se deve logo após o parto, a saída do feto, placenta, líquido amniótico, membrana e perda sangüínea (5Kg). Devido ao aumento da diurese e sudorese há perda de 3 a Kg nas semanas seguintes. Pela involução uterina 1Kg e pela loqueação, 250 a 500mg.

Ocorrem alterações no aparelho urinário: dificuldade de micção e retenção urinária que favorecem infecções mais freqüentes ainda, quando se faz cateterismo vesical.

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.

3.7.1- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA

A assistência de enfermagem à mulher no puerpério deve ser feita visando seus três períodos a saber. Assim, para Rezende (1991), estas assistências dividem-se em:

3.7.1.1 - 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) Esclarecer a paciente sobre apojadura; uso de soutien de alças curtas; cuidados com as mamas; importância da amamentação e ensinar técnica correta da mesma.

h) Questionar junto a paciente função intestinal e administrar medicação, se necessário.

i) Esclarecer a puérpera sobre: cuidados com coto umbilical, higiene do recém-nascido, cuidados com vestiário e alimentação do RN .

j) Ministrando medicação prescrita, estando aberta aos efeitos colaterais e outras reações.

3.7.1.2 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PUERPÉRIO TARDIO

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

a) Repouso relativo, evitar esforços muito intensos, para profilaxia das distórcias uterinas e deiscência de sutura.

b) Fazer, se possível, ginástica puerperal (principalmente abdominal e perineal), para a profilaxia diástase dos músculos reto-abdominais e da incontinência urinária de esforço.

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

d) Abstinência sexual durante os 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.

3.7.1.3 - 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 epitelização 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.

3.8 - A QUESTÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

3.8.1 - CONCEITO

Segundo Rezende (1991), 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. Ademais, 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.

Por conseguinte, Santos apud Schmitz (1989), afirma que o leite humano é capaz de suprir todas as necessidades alimentares da criança durante os seis primeiros meses de vida.

3.8.2 - VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO

As características bioquímicas e imunológicas de espécie-especificidade próprias do leite humano lhe conferem uma composição ideal, incomparável a outros tipos de leite: bacteriologicamente é seguro e imunologicamente se constitui em importante fator de proteção e de defesa contra infecções especialmente as gastrintestinais, ajudando a manter uma ambiência protetora dentro do intestino (Santos, 1991).

Os benefícios psicológicos se revestem de igual importância, uma vez que através da amamentação se estabelece uma profunda relação entre o binômio mãe-filho, determinadas por um processo de interação e transação proporcionadas por fortes estímulos sensoriais, auditivos, táteis, visuais e emocionais. Além desses aspectos, a amamentação, como método, pode ser considerada tecnicamente natural, de fácil aprendizagem, higiênica e prática, economicamente barata, praticamente isenta de custos. Entre estas vantagens ainda na literatura, 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 de lactação, a incidência do câncer de mama é menor nas mulheres com maiores períodos de amamentação.

Os aspectos psicológicos são fortemente abordados por Barros apud Santos (1989), quando diz que logo após o parto, a criança e sua mãe estão com seus órgãos de comunicação aguçados ao máximo, para estabelecer a primeira ligação que é profunda, duradoura e inestimável, e que logo após o parto, a mãe precisa ter seu filho entre os braços, olhá-los nos olhos para poder senti-lo como seu e deixar sugar ou lambeir seu seio. Este período de relação mãe-filho é mais intenso na primeira hora de vida, pois a partir deste momento, a criança torna-se sonolenta.

Entre as vantagens também devem ser lembrados os aspectos econômicos do aleitamento materno, uma vez que o mesmo dispensa a compra de mamadeiras, bicos, outros tipos de leite e por estar pronto e na temperatura certa, não requerendo o uso de combustível e refrigeração (Santos, 1991).

O Ministério da Saúde (1989) refere que logo após o parto normal, os reflexos de busca e de sucção do recém-nascido são particularmente vigorosos, e a mãe geralmente está ansiosa por ver e tocar seu filho. Encorajar o contato cutâneo entre mãe e filho e permitir que este sugue o seio será benéfico e ajudará a reforçar a ligação afetiva mãe-filho e estimular a secreção láctea. O aleitamento materno é um modo insubstituível de fornecer o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento saudável de lactentes, tendo também uma influência biológica e emocional sem parêlha sobre a saúde tanto de mães quanto de crianças.

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

À seguir, serão abordados os diferentes aspectos encontrados no que se refere, a questão do aleitamento materno.

3.8.3 - ASPECTOS BIOLÓGICOS DA AMAMENTAÇÃO

De acordo com Santos (1989), na mulher, as glândulas mamárias estão simetricamente localizadas uma de cada lado do tórax e se estendem verticalmente da segunda à sexta costela e transversalmente da margem do esterno até a linha médio axilar. São ricamente vascularizadas e nutridas por ramos perfurantes da artéria torácica interna e por diversos ramos da axilar, estando embebidas em tecido adiposo e conjuntivo. A forma, o tamanho e a consistência variam nas diferentes idades e nos diferentes indivíduos de acordo com a etnia, biotipo e o grau de adiposidade, entre outros fatores. Na mulher jovem nulípara, o corpo mamário é proeminente, coniforme, discoidal ou hemiférico, com consistência elástica firme. Torna-se gradualmente mais flácido e pendular com a idade e o número de gestações.

Estruturalmente a mama está formada por duas porções distintas: o parênquima e o estroma mamário. O primeiro, se constitui na porção secretória, e pode ser descrito como um sistema canalicular, com forma semelhante ao da couve-flor, composto de 15 a 20 glândulas alveolares (lobos), cada qual com um ducto lactífero excretor independente, que se abre na papila da mama através de ampolas individuais. Os ductos possuem dilatações sob a base do mamilo denominadas de seios galactófaros, ampolas ou reservatórios de leite cuja finalidade consiste em depositar parte do leite que é produzido nos intervalos das mamadas.

Cada lobo, por sua vez, consiste de muitos lóbulos significativamente variáveis em número e tamanho. A unidade estrutural básica é o lobo, e cada um possui de 3 a 100 ou mais ácidos ou alvéolos que se apresentam atetados por camadas de células produtoras de leite e estão ricamente providas de células mioepiteliais contráteis e vasos sanguíneos em sua parede.

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

- a) a mama, área da pele, lisa e suave;
- b) aréola, coberta por papilas (glândulas de montgomery);
- c) mamilo, formado de tecido erétil, muito sensível ao tato.

A glândula mamária tem como função produzir leite e bombeá-lo até os depósitos (seios lactíferos). Toda esta estrutura arquitetônica da glândula mamária está imersa em tecido conjuntivo, colágeno e adiposo, constituindo-se o que denominamos de estroma, que é o responsável pela consistência característica da mama.

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

Por fim, cabe ressaltar que a lactação na espécie humana é um fenômeno o qual, envolve o sistema nervoso, o endócrino e aspectos psico-fisiológicos.

3.8.4 - ASPECTOS SOCIAIS DA AMAMENTAÇÃO

3.8.4.1 - 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 apud Pizzato (1985), coloca que ao estudar 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 ao 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 e o instinto maternal relacionados entre si, contribuem à não surgirem conflitos sociais.

Outro dado antropológico relatado por 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 qualquer, esteja impedida de amamentar. Refere, ainda, que estas avós, embora com aspectos físicos envelhecidos, 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 à própria maternidade.

3.8.4.2 - FAMILIARES

Viegas (1985), considera a influência familiar relevante para o 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 à 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.

3.8.5 - ASPECTOS ECONÔMICOS DA AMAMENTAÇÃO

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 o 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.

Considera-se, ainda, 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.

3.8.6 - 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 e 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.

A sucção ao seio materno pelo recém-nascido, imediatamente após o parto, contribui decisivamente à incidência e manutenção do aleitamento natural. O sistema de 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.

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 freqüente ao seio, de modo que ocorra a produção de leite.

Tanto a mãe quanto à 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 conseqüências nefastas do desenvolvimento da criança.

Por fim, sob o ponto de vista psicológico Langer apud Santos (1991), afirma que a mulher ao amamentar seu filho revive de maneira consciente sua própria lactância. Se esta foi, uma experiência agradável e feliz sentirá prazer em repetir a experiência com seu próprio filho. Caso contrário, sustenta a autora, pode ocorrer que longínquas lembranças ressurgam, no seu inconsciente e criem obstáculos à lactância podendo até impedi-la. Por outro lado, pode

ocorrer ainda que a mulher consiga sobrepor-se a seus velhos conflitos e encontre na amamentação um momento privilegiado para superar suas frustrações, seus ressentimentos e reivindicar-se à seu filho, como mãe ideal.

3.8.7 - FATORES QUE INFLUENCIAM A MULHER NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

Pelo exposto anteriormente, pode-se afirmar que o aleitamento materno não se restringe à um fenômeno puramente biológico e muito menos se constitui em uma prática universal. No dizer de Jelliffe & Jelliffe apud Santos (1991), o mesmo se constitui também em um processo ecológico.

Harrison apud Santos (1991), por consequência cita como fatores que influenciam a mulher no aleitamento: o seu estado nutricional e de saúde, seu conhecimento e habilidades, sua expectativa e motivação, e sua experiência prévia na alimentação da criança. Estes, por sua vez, foram categorizadas, como sendo o ambiente domiciliar e familiar da mulher, influências sociais, culturais, sócio-econômicas, nível de conhecimento, “background” educacional e qualidade do seu contato com profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam diretamente na assistência do binômio Mãe/Filho.

Assim, mediante à isto são vários os fatores que influenciam a decisão da mulher na prática do aleitamento materno.

Alguns deles, podem ser observados no quadro à seguir:

Quadro 2 - Fatores que influenciam a decisão da mulher sobre o modo de alimentar a criança (Helsing, 1981:87), citado por Santos (1991).

<i>Dimensão cultural/ psicológica</i>	<i>Dimensão social</i>	<i>Dimensão material, econômica e legal</i>
<p>Conhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acerca das necessidades nutricionais da criança - Acerca dos procedimentos do aleitamento materno <p>Nível Educacional</p> <p>Tradições</p> <ul style="list-style-type: none"> - na alimentação da criança - na alimentação da mãe - no cuidado à criança <p>Atitudes e percepções da mãe, do pai, da família e sociedade relativo à:</p> <ul style="list-style-type: none"> - papel da mãe - criação da criança - aleitamento materno - papel do pai - sexualidade - papel da mulher - responsabilidade da sociedade e obrigações para com seus membros 	<p>Práticas e rotinas relacionadas ao parto.</p> <p>Incluindo as situações do pré e pós parto)</p> <ul style="list-style-type: none"> - tradicional - moderno <p>Sistema de suporte social para as mães que deram a luz recentemente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tradicional - moderno - privado - público <p>Modelo do trabalho da família (trabalho reprodutivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> - mudança rapidamente da estrutura familiar - responsabilidade do homem para o trabalho reprodutivo social <p>Modelos de cuidado à criança</p> <ul style="list-style-type: none"> - uso e disponibilidade de um encarregado pela criança - idade e habilidade do encarregado da criança <p>Controle sobre recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> - recursos materiais - tempo <p>Práticas de propaganda das indústrias de alimentos infantis</p> <ul style="list-style-type: none"> - através dos sistemas de saúde - através de contatos pessoais - através de meios de massa 	<p>Renda familiar</p> <p>Classe social da família.</p> <p>Número e idade dos dependentes</p> <p>Disponibilidade do cuidado a criança</p> <ul style="list-style-type: none"> - preço - qualidade - proximidade do local no trabalho <p>Situação do trabalho da mãe em casa</p> <ul style="list-style-type: none"> - disponibilidade de tempo livre - carga de trabalho - obrigações sociais <p>Situação do emprego da mãe</p> <ul style="list-style-type: none"> - seguro de emprego - flexibilidade nas horas de trabalho - distância entre a casa e o local de trabalho - natureza do trabalho <p>Situação do emprego da família</p> <p>Proteção e legislação à maternidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - teoria - prática <p>Estado fisiológico da mãe</p> <ul style="list-style-type: none"> - estado nutricional - idade - nº de filhos (paridade) - história médica <p>Existência de uma alternativa para o aleitamento materno</p> <p>O aleitamento materno</p> <ul style="list-style-type: none"> - disponibilidade - praticabilidade - custo

Como percebe-se, são vários os fatores que influenciam a mulher na prática do aleitamento materno.

Outro aspecto importante, a ser considerado entre estes fatores está relacionado aos métodos usuais de assistência à saúde ao binômio mãe/filho, especialmente aqueles adotados em maternidades e hospitais gerais com leitos obstétricos. As rotinas e procedimentos adotados logo após o parto vão influenciar a mulher, podendo promover ou retardar, obstaculizar e até impedir a prática do aleitamento materno. Daí a importância que alguns atribuem à adoção do Sistema Alojamento Conjunto e à demanda livre para a amamentação (Santos, 1991).

Portanto, torna-se necessário a presença de profissionais de saúde na prática do aleitamento materno, preocupando-se e conscientizando-se de seu papel no estímulo à lactação.

3.8.8 - INICIAÇÃO DOS DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

Como sabemos, o aleitamento materno é um modo insubstituível de fornecer o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento saudável de lactentes, tendo também uma influência biológica e emocional sem parêlha sobre a saúde tanto de mães quanto de crianças. As propriedades antiinfecciosas deste, ajudam a proteger crianças contra doenças, e há uma relação importante entre aleitamento e espaçamento de gestações. Por essas razões, profissionais e outros trabalhadores em estabelecimentos de saúde devem fazer todos os esforços para proteger, promover e apoiar o aleitamento materno, e para fornecer à gestantes e puérperas conselhos objetivos e coerentes sobre este assunto.

Para tanto, a OMS e a UNICEF desejam encorajar uma revisão de como os serviços de saúde promovem ou colocam obstáculos ao aleitamento, de modo que políticas, práticas e rotinas que aumentam sua iniciação e estabelecimentos

precoces possam ser reforçados, e aquelas que causam interferências possam ser modificadas.

Devido a esta iniciação, foram formulados os “DEZ PASSOS PARA O ALEITAMENTO MATERNO BEM -SUCEDIDO” que são:

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

Por fim, cabe ressaltar que além de fornecer informações importantes, estes passos também poderão guiar os profissionais para a iniciativa ao aleitamento materno, assegurando uma assistência global e humanizada.

4 - REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Batey apud Angemari e Mendesi (1989), o Marco Teórico tem o significado de um mapa que serve para orientar o pesquisador no processo de planejar, conduzir e interpretar as pesquisas. Seguindo este raciocínio, este tem a finalidade de iluminar o problema, dando a diretriz para a condução de todo o processo que, por sua vez, transforma o conhecimento ou a teoria existente, revertendo influências para a prática. Portanto, o Marco Teórico tem potencial para unir a teoria, a prática e a pesquisa.

Assim, partindo do fato de que Marco Referencial consiste em um conjunto de crenças, valores, conhecimentos e técnicas que guiam o pensar-fazer dos indivíduos, adotamos a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, a fim de poder direcionar o referente estudo.

4.1 - TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER

Madeleine Leininger trabalha desde 1950 no desenvolvimento de sua teoria. Foi a primeira e maior contribuinte para a teoria do cuidar/ cuidado.

Leininger (1985), identificou diferenças nas formas das pessoas expressarem e se comportarem em relação ao cuidar/ cuidado, e que pareciam estar ligadas a padrões culturais. Em sua persistente curiosidade, buscou complementar seus estudos na área de antropologia e concluiu que este conhecimento era de extrema importância para a área de enfermagem.

Sua teoria é fundamentada num modelo transcultural de enfermagem (Modelo Sol Nascente), que engloba o cuidar/cuidado humano em suas diferenças e similaridades nas diversas culturas do Universo, daí sua denominação de Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural.

O Modelo Sol Nascente (Sunrise) demonstra as inter-relações dos conceitos em sua teoria. Apresenta quatro níveis de focalização que vão da estrutura cultural e social, passando por indivíduos, famílias, grupos, e instituições, em diversos sistemas de saúde, até decisões e ações de cuidado em enfermagem que são, a preservação cultural do cuidado, acomodação e repadronização (Anexo 1).

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

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

Além de suas definições, apresenta pressupostos que dão novo apoio à sua previsão de que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidado

de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns, existam em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo.

4.1.1 - 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 razão da existência da enfermagem é que ela é 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 e semelhanças ainda devem ser identificadas, descritas e conhecidas 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 modo 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 derivadas da cultura e influenciam as práticas e os sistemas de enfermagem (Leininger, 1985).

4.1.2 - PRESSUPOSTOS PESSOAIS

- A parturiente é um ser bio-psico-sócio-cultural, portanto deve ser assistida de maneira integral inclusive culturalmente, pois traz consigo valores, crenças e conhecimentos próprios.

- Os conceitos e práticas de cuidado da parturiente devem ser respeitados pelos profissionais de saúde, desde que não acarretem em prejuízos na saúde da mesma.

- As crenças e valores da parturiente devem ser considerados pela equipe de enfermagem e interdisciplinar, pois poderão influenciar no seu modo de pensar e agir durante o trabalho de parto.

- É de responsabilidade da enfermagem contribuir com uma maior assistência à parturiente no que se refere à qualidade do cuidado prestado.

4.1.3 CONCEITOS NORTEADORES DO TRABALHO

Para guiar nosso trabalho, utilizamos conceitos que se baseiam em Leininger, na revisão de literatura e em nossas crenças e valores, adequando-os à realidade a ser trabalhada.

Importante ressaltar, que sociedade/ ambiente não são temas definidos por Leininger; em seu lugar ela fala à respeito de estrutura social, visão de mundo e contexto ambiental.

1. *Diversidade Cultural do Cuidado*: indica a variabilidade das ações de assistência, apoio, ou facilitadoras para com a parturiente e família que são decorrentes de uma cultura específica, para melhorar ou amenizar a condição humana de vida.

2. *Universalidade Cultural do Cuidado*: são fenômenos uniformes, ou comumente dirigidos às parturientes e familiares que são decorrentes de uma cultura específica, para melhorarem ou amenizarem a condição humana de vida.

3. *Cultura*: são valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares (parturiente e família) que guiam pensamentos, decisões e ações de forma padronizada.

4. *Crenças*: convicção íntima e/ou certeza adquirida baseada nos valores culturais inseridos no contexto sócio-econômico-político da parturiente e familiar (adaptado LEAL, LIMA, MARTINS, VEIGA, 1993).

5. *Cuidado (substantivo)*: refere-se às atividades de assistência, apoio, ou facilitadoras para com a parturiente e familiar com necessidades evidentes ou previstas, para amenizar a condição humana de vida.

6. *Cuidar (verbo)*: indica as ações de assistência, apoio, ou facilitadoras para com a parturiente e familiar com necessidades evidentes ou antecipadas, para amenizar ou melhorar a condição humana de vida.

7. *Cuidado Cultural*: são valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidas, que auxiliam, dão apoio ou capacitam a parturiente e familiar a manter o bem estar e a melhorar uma condição de vida humana, ou a enfrentar a morte e deficiências.

8. *Cuidado Popular*: são comportamentos, técnicas e processos desenvolvidos, de acordo com valores culturais, contendo informações, tanto do sistema profissional como popular de saúde. Esses cuidados visam ajudar a parturiente e familiar, a se cuidarem em situações de saúde ou doença; são

cuidados cognitivamente reconhecidos por uma religião, estado social, grupo cultural, família, ou outro segmento de estrutura social de uma sociedade.

9. *Cuidado Profissional*: são comportamentos, técnicas, processos ou padrões cognitivos, culturalmente aprendidos, executados por profissionais de saúde, que capacitem ou ajudem a parturiente e família a melhorar ou manter uma condição de vida saudável.

10. *Enfermagem*: é uma profissão que envolve cuidado cultural coerente, uma vez que oferece cuidado a povos de várias culturas diferentes. É responsável e comprometida com o cuidado, visando o bem-estar culturalmente definido, através da integração do cuidado popular e do cuidado profissional de saúde.

11. *Saúde*: é culturalmente definida, avaliada e praticada e, reflete a capacidade que a parturiente e familiar possuem para realizar suas atividades cotidianas, de uma forma culturalmente satisfatória.

12. *Ser humano*: são seres universalmente provedores de cuidado, dotados de particularidades e características próprias, que sobrevivem numa diversidade de culturas, por meio de sua capacidade de oferecer a universalidade do cuidado de inúmeras maneiras de acordo com culturas, necessidades e cenários diferentes. Neste estudo SER HUMANO é a parturiente localizada no Centro Obstétrico e seu familiar, que vivem numa cultura e interagem, do início ao fim da vida com outros seres humanos. Nesta cultura o ser humano aprende, vivencia e compartilha significados e papéis sociais que orientam suas ações.

13. *Estrutura Social*: refere-se aos principais elementos interdependentes e funcionais de sistemas tais como os valores religiosos, de parentesco, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais de uma cultura particular, demonstradas em contextos lingüísticos e ambientais. A parturiente no Centro Obstétrico traz consigo toda uma bagagem cultural particular, que foi transmitida ao longo dos tempos por suas avós, mãe e por outros indivíduos.

14. *Visão de mundo*: é a maneira pela qual, as parturientes e familiares olham o mundo ou o universo, e formam um quadro ou atitude de valor acerca do mundo e de suas vidas.

15. *Contexto ambiental*: é a “totalidade de um acontecimento, situação ou experiência particular que confere sentido às expressões humanas, incluindo interações sociais, dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais” (George apud George, 1993). Neste estudo, a parturiente e familiar traz consigo experiências vivenciadas ao longo de suas vidas, que conferem sentidos às suas expressões e comportamentos.

16. *Doença*: é compreendida por situações de mal viver, nos quais o ser humano apresenta dificuldades para atender suas necessidades. A exteriorização dessas situações se fará através do seu corpomente, e das relações com os outros indivíduos e com o meio ambiente. Poderá ser expressa por queixas e expectativas, e por sinais de disfunções físicas, psico-espirituais e sócio-culturais nos aspectos de crescimento e desenvolvimento (Patrício, 1990). No referente estudo, o sentimento e a compreensão da doença, bem como os cuidados com ela, são determinados pela cultura que a parturiente e/ou familiar elaborou e pelos recursos disponíveis para esses cuidados.

4.1.4 - DEFINIÇÃO DE TERMOS

AMBIVALÊNCIA AFETIVA:

Caracteriza-se pela existência de muitas emoções num só momento. Podem ser emoções positivas, negativas ou mistas; sendo perfeitamente normal experimentar duas emoções opostas. Por exemplo, uma parturiente pode-se sentir alegre porque vai dar à luz um bebê e ao mesmo tempo se sentir um pouco preocupada e ansiosa.

COMPORTAMENTO:

Maneira de se comportar e/ou um conjunto de atitudes e reações da parturiente em face ao meio em que se encontra (trabalho de parto), o qual reflete diretamente em suas crenças, valores e cultura.

EQUIPE INTERDISCIPLINAR:

São diferentes profissionais de diferentes áreas de conhecimento, dispostos a trabalhar em conjunto com um mesmo objetivo em comum, mas mantendo ainda sua característica individual. Pressupõe diálogos, trocas, ...

LINGUAGEM NÃO-VERBAL:

A linguagem é representada por sinais convencionais que o ser humano utiliza para expressar sentimentos e pensamentos. Neste estudo, enfocamos principalmente a linguagem não-verbal, a qual envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, como: a escrita, ato de tocar, ler, gestos, mímicas, símbolos e movimentos corporais.

NECESSIDADES:

Aquilo que é indispensável para o bem-estar do trinômio Pai-Mãe-Filho. Refere-se ainda, a carências relativas ao momento do parto e que se satisfeitas o tornarão melhor, segundo a percepção da própria parturiente e de seus familiares.

PARTOGRAMA:

Corresponde a um gráfico para registrar o progresso do trabalho de parto e as principais características da mãe e do feto. Sua utilização tem se constituído em instrumento válido para melhorar a qualidade da assistência e a regularidade

de todas as observações do feto e da mãe no trabalho de parto, além de poder ajudar no reconhecimento precoce de problemas com cada um deles (Anexo 4).

PARTO HUMANIZADO:

É a prática de uma atenção ao parto, preocupada integralmente com o ser humano, menos intervencionista, mais respeitadora das questões psicológicas, com abertura e facilitação para a presença da família junto á parturiente (Sabatino, 1992).

PARTURIENTE:

É a mulher que se encontra em trabalho de parto, tendo necessidades individuais que variam de acordo com suas experiências ou informações à respeito do parto e que embora na eminência do parto pode pensar, perceber e participar conscientemente do processo.

PROCESSO DE PARTO/PARIR:

Caracteriza-se pelo ciclo-gravídico puerperal que compreende o período de transição mulher-mãe, e envolve mudanças físicas e emocionais, podendo sofrer influências boas ou más, dependendo do grau de conhecimento da mãe sobre este processo, suas expectativas em relação ao mesmo, e influências do meio sobre suas percepções, crenças e valores.

4.2 - PROCESSO DE ENFERMAGEM

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

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

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

4.2.1 - FASES DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Convém ressaltar que, Leininger não apresenta um Processo de Enfermagem propriamente dito. Há uma existência de semelhanças entre o “Modelo” que retrata as dimensões da diversidade e/ou universalidade cultural do cuidado, e o Processo de Enfermagem.

Assim, o referido processo é composto pelas seguintes fases:

4.2.1.1 - LEVANTAMENTO DE DADOS

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

Marca o começo de uma interação e é o momento do encontro entre acadêmicas, parturientes e familiares. Os dados acerca da parturiente e familiar/acompanhante, foram levantados através de roteiros (Apêndice 1 e 2).

O método de coleta de dados utilizado com a parturiente neste estudo, foi o da Observação-Participante de Leininger apud Monticelli (1993).

Cabe ressaltar, que resolvemos adaptar este método, uma vez que não elaborávamos um registro diário das atividades com a clientela e sim, participávamos com “olhos” de observador, cuidando e interagindo junto à mesma.

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

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

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

4.2.1.2 - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Baseia-se nas áreas em que a parturiente e familiar/ acompanhante não encontram uma diversidade ou universalidade cultural do cuidado. Esta fase, caracteriza-se pela reflexão constante do que foi obtido na primeira etapa do processo.

4.2.1.3 - PLANEJAMENTO

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

Os cuidados a serem **PRESERVADOS**, referem-se àquelas ações explícitas que visam manter as crenças e valores relevantes daquela cultura, contribuindo para conservar o bem estar, recuperar-se da doença e enfrentar dificuldades. Os cuidados a serem **ACOMODADOS** ou negociados, referem-se àquelas ações explícitas que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a adaptarem ou negociarem cuidados no sentido de obter resultados mais satisfatórios de acordo com suas culturas. Os cuidados a serem **REORGANIZADOS**, referem-se àquelas ações explícitas que auxiliam os clientes a reordenar, mudar ou modificar parcialmente os seus estilos de vida para alcançar resultados de saúde mais benéficos que o anterior, respeitando seus valores e crenças culturais (Monticelli apud Leininger 1978, 1984, 1991).

Esta fase do processo foi registrada através do Apêndice 3.

4.2.1.4 - IMPLEMENTAÇÃO

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

Nesta fase, nós acadêmicas, em colaboração com as parturientes e familiares, colocamos em ação as decisões tomadas anteriormente, ou seja, de preservação, acomodação e/ ou reorganização do cuidado. A mesma foi registrada durante o estágio, em notas pessoais, de acordo com o Apêndice 4.

4.2.1.5 - AVALIAÇÃO

Corresponde a última fase do processo. Permite avaliar o benefício trazido pelo cuidado ao cliente (parturiente e familiar). No entanto, Monticelli (1993), coloca que isto não deve acontecer somente neste momento, pelo contrário, deve permear todas as etapas do processo. Esta fase, foi efetuada com a paciente no puerpério imediato (mais especificamente, nas primeiras horas pós-parto), a qual permitiu ajudar nós acadêmicas, parturientes e familiar(es) a determinar quais cuidados seriam preservados, acomodados e/ou reorganizados e quais precisariam ser replanejados.

Mediante à isto, cabe ressaltar, que estes cuidados foram trabalhados à medida que as parturientes e/ou familiares manifestavam seus questionamentos e incertezas quanto ao processo de trabalho de parto. Assim, a avaliação propriamente dita, foi registrada de acordo com o Apêndice 5.

5 - METODOLOGIA

5.1 - DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O estágio foi desenvolvido no Centro Obstétrico da Maternidade Carmela Dutra, entre os dias 31/03 e 12/06/97. A Maternidade Carmela Dutra é uma instituição pública, integrante da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, localizada à rua Irmã Benwarda - 208 / Florianópolis.

Desde 1955, presta atendimento à mulheres dos mais variados níveis sociais, provenientes de municípios vizinhos, em situações de saúde/ doença, estando ou não relacionadas com as fases do ciclo grávido- puerperal. Trata-se de uma maternidade/ escola conveniada com a Universidade Federal de Santa Catarina, e com outras instituições assistenciais e de ensino.

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

Anualmente, na Maternidade Carmela Dutra, nascem aproximadamente 5.000 bebês, sendo responsável por 70 % dos atendimentos obstétricos de Florianópolis.

Dispõe ainda, do serviço de neonatologia e de ambulatório, desenvolvendo principalmente ações de nível primário, secundário e terciário, como: saúde do adolescente, planejamento familiar, pré- natal de baixo e alto

risco, cirurgia, ginecologia, mastologia, patologia cervical, oncologia ginecológica, climatério e sexualidade.

Possui um sistema de Alojamento Conjunto para os recém-nascidos normais, onde estes permanecem ao lado de suas mães durante toda a internação.

Conta também, com o Serviço de Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno, implantado em 1979, dando novo impulso as atividades de promoção, proteção e apoio à amamentação. Em média, são atendidas 5.000 mulheres por ano e coletados e distribuídos aproximadamente 1.000 (um mil) litros de leite por ano.

Portanto, torna-se necessário ressaltar que na área do aleitamento, importantes passos foram dados, transformando a Maternidade Carmela Dutra no 3º Hospital Amigo da Criança do Estado de Santa Catarina, o 47º do Brasil e o 4001º do Mundo.

O Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde reconhecendo estas atuações, elegeram em março de 1992, a Maternidade Carmela Dutra como “ Centro de Referência Estadual em Saúde da Mulher”. Recentemente, a instituição está trabalhando para implantar os 08 (oito) passos para a Maternidade Segura (Anexo 5).

A enfermagem está estudando a implantação de uma metodologia na maternidade para o segundo semestre de 1997. Para adequar a essa nova metodologia (Anexo 2), que inclui a presença do pai ou acompanhante na sala de parto, o Centro Obstétrico foi reformado recentemente.

Acrescentando-se à isto, cabe ressaltar ainda, que outras dependências da maternidade foram reformadas e reinauguradas, mais precisamente, em meados do mês de junho de 1997.

O Centro Obstétrico compõem-se de 02 vestiários e de 01 lavabo para entrada dos funcionários, pré-parto com 05 leitos individuais (separados por box), 04 banheiros, 02 salas de parto, posto de enfermagem com lavabo, sala

para os primeiros cuidados ao recém-nascido, 03 expurgos, sala de lanche, pós-parto com 03 leitos também individuais (separados por box), rouparia, sala para orientações à parturiente, bem como, de troca de roupas e uma sala altamente restrita com 02 leitos, no caso de: parto prematuro, feto morto, inibição do parto e pré-eclâmpsia.

Atualmente, apresenta em seu quadro de funcionários, um total de 31 profissionais da área de enfermagem, sendo que 03 são enfermeiras, 06 técnicas de enfermagem, 14 auxiliares de enfermagem, 01 auxiliar de serviço obstétrico, 01 escriturária e 06 atendentes de enfermagem.

5.2 - POPULAÇÃO ALVO

A clientela referente a este trabalho, foi constituída por parturientes que se encontram no Centro Obstétrico e seus respectivos familiares.

A seleção das parturientes seguiu os seguintes critérios:

- parturientes internadas no Centro Obstétrico que demonstraram interesse e aceitação em participar do trabalho, excluindo-se as com gestação de alto risco e cesárias eletivas.

Para possibilitar o desenvolvimento de uma prática assistencial, à partir de um referencial teórico, resolvemos estabelecer uma regra, que seria efetuada no caso de haver uma demanda excessiva. Esta regra priorizava de 01 a 02 atendimentos diários pelo grupo, sendo realizados em duplas.

5.3 - PLANO DE AÇÃO

Neste estudo, foram propostas as seguintes estratégias na tentativa de alcançar os objetivos mencionados.

OBJETIVO	ESTRATÉGIA OPERACIONAL	AVALIAÇÃO
<p>1. Identificar as diversidades e universalidades culturais do cuidado das parturientes e familiares, através do levantamento inicial de dados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selecionar as parturientes a serem assistidas no C.O; • levantar dados através do método da observação-participante, procurando conhecer o mundo simbólico das parturientes, seus hábitos, modos de vida, sentimentos, comportamentos e opiniões; à partir do diálogo. • elaborar e aplicar um roteiro junto às parturientes e familiares, como um instrumento para a coleta de dados (Apêndices 1 e 2). 	<p>O objetivo será alcançado, se através das estratégias aplicadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • houver demonstração de interesse da parturiente e familiar na participação do projeto; • o método de elaboração e a forma de aplicação do roteiro forem bem assimilados, cooperando em sua avaliação; • o instrumento de coleta de dados possibilitar a aplicação do Marco-Teórico.
<p>2. Diagnosticar as áreas em que as parturientes e familiares não encontram uma diversidade ou universalidade cultural do cuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Será estabelecido à partir da identificação das necessidades de manutenção, acomodação e repadronização cultural do cuidado apresentados pela parturiente e familiares. 	<p>O objetivo será alcançado, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • conseguirmos desenvolver o cuidado de enfermagem juntamente às parturientes e familiares; • as acadêmicas conseguirem obter uma identificação clara das necessidades das parturientes e familiares.

3. Planejar e implementar o cuidado de enfermagem junto às parturientes e familiares buscando manter, adaptar e/ou repadronizar os cuidados.

- Assegurar uma assistência de enfermagem mais humanizada, respeitando os valores culturais de cada paciente;
- procurar sanar as dúvidas das possíveis manifestações psico-fisiológicas que poderão ser desencadeadas no Centro Obstétrico;
- apoiar psicologicamente e emocionalmente a parturiente, a fim de diminuir seus anseios;
- assistir a parturiente a medida que o trabalho de parto evoluir;
- realizar técnicas de enfermagem (ausculta dos B.C.F., altura uterina, manobras de Leopold, Zweifel e outros).

4. Avaliar se os cuidados foram suficientes para manter, adaptar e/ou repadronizar.

- Diálogo com as parturientes e familiares, buscando sua(s) interpretação(ões) sobre as questões contextualizadas;
- reflexão entre as acadêmicas sobre as questões abordadas;
- observação dos registros no prontuário relativo à assistência prestada às parturientes.

Consideramos que o objetivo será alcançado, se:

- conseguirmos proporcionar um ambiente acolhedor e agradável, o qual transmita confiança à parturiente;
- o relacionamento acadêmicas/ parturiente possibilitar amenizar todos os anseios e dúvidas perante o trabalho de parto;
- conseguirmos realizar técnicas de enfermagem referentes ao Centro Obstétrico.
- conseguirmos estabelecer os cuidados de manter, acomodar e/ou repadronizar.

O objetivo somente poderá ser alcançado, se:

- as acadêmicas conseguirem identificar junto as parturientes e familiares resultados que contribuam para manter, adaptar e/ou repadronizar os cuidados;
- através da observação dos registros no prontuário, as acadêmicas conseguirem prestar uma assistência adequada às parturientes.

5. Contribuir para a implementação dos 08 (oito) passos para a Maternidade Segura e para a manutenção dos 10 (dez) passos para o sucesso do aleitamento materno, especificamente no que se refere aos relacionados com o Centro Obstétrico.

- Estabelecer contato com a equipe de enfermagem, questionando sobre as melhores formas de contribuir com a participação do acompanhante/ familiar no C O;
- esclarecer aos familiares a importância que estes têm no acompanhamento às parturientes;
- esclarecer o acompanhante à respeito do processo de parto;
- participar de reuniões com a equipe interdisciplinar relativas ao projeto Maternidade Segura (M.S.);
- participar de treinamentos teórico-práticos previstos no projeto "M.S.";
- propiciar o contato do recém-nascido com a mãe, na primeira meia hora de nascimento e a manutenção de sua permanência com o mesmo.

O objetivo será alcançado, se:

- houver interação com a equipe de enfermagem e interdisciplinar em relação a participação do acompanhante/ familiar no Centro Obstétrico;
- conseguirmos contribuir com a presença do acompanhante/ familiar no Centro Obstétrico;
- participarmos no mínimo de 1 reunião e/ou treinamento teórico-prático com a equipe interdisciplinar responsável pelo projeto Maternidade Segura;
- garantirmos o contato do recém-nascido com a mãe na primeira meia hora após o nascimento.

<p>6. Aprofundar os conhecimentos teórico-clínicos relativos ao cuidado à parturiente e à Teoria de Leininger.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar na literatura conteúdos teórico-práticos referentes à parturiente e ao processo de parto; • solicitar apoio bibliográfico junto a supervisora, orientadora e outros profissionais; • participar de eventos relativos à saúde da mulher; • fazer levantamento literário à cerca da teoria de Leininger, bem como de estudos que a utilizaram como marco referencial para direcionar a prática assistencial. 	<p>Consideramos que para o objetivo poder ser alcançado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • é preciso que no final do estudo tenhamos uma resolutividade positiva da aplicação do processo de enfermagem com as parturientes e familiares, utilizando o referencial de Leininger; • durante o estágio, é preciso que as acadêmicas consigam complementar o conteúdo referente à parturiente e processo de parto, com bibliografias e eventos particularmente voltados a saúde da mulher.
<p>7. Buscar alternativas de atuação conjunta da equipe de enfermagem e interdisciplinar, visando o desenvolvimento do cuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do projeto pelas autoras, aos profissionais e funcionários de enfermagem do Centro Obstétrico; • realizar conversas informais, sempre que necessário com a equipe de enfermagem e interdisciplinar, para discutir as situações encontradas junto as parturientes e familiares, diagnósticos efetuados, planos de cuidado e avaliação do cuidado prestado. 	<p>Será alcançado o objetivo, quando houver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma apresentação do projeto aos funcionários do Centro Obstétrico com data previamente estabelecida; • uma boa aceitação por parte da equipe de enfermagem e interdisciplinar, quanto ao desenvolvimento do cuidado; • uma troca de conhecimentos entre as acadêmicas e equipe interdisciplinar referentes aos cuidados relacionados às parturientes no C. O.

<p>8. Desenvolver e manifestar atitudes coerentes, referentes aos princípios éticos do código de ética dos profissionais de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar e reconhecer o direito da parturiente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar; • exercer a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade, honestidade, mantendo sigilo profissional. 	<p>O objetivo será alcançado, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • as acadêmicas respeitarem e cumprirem os princípios éticos contidos no Código de Ética dos profissionais de enfermagem; • as atitudes referentes aos princípios éticos, estarem incluídos no desenvolvimento de todo o estudo teórico-prático e consequente estágio supervisionado.
---	---	--

Atividades	maio																																			
	Q	S	S	T	Q	Q	S	S	T	Q	Q	S	S	T	Q	Q	S	S	T	Q	Q	S	S	T	Q	Q	S	S	T	Q	Q	S	S			
	1	2	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30														
Atividades Assistenciais com a parturiente e familiar	F	M		M	V	M	M	M	M		M	M	M	M	V	M	M	M	M	M	V	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M			
Participação no curso de casais-gravidos da M.C.D.										V																										
Encontros com a orientadora e supervisora		V									V					V						V												V		
Visitas a outras instituições														M																						
Aulas de Contexto Social			V					V																												
Revisão de Literatura					M					M																					M					

Atividades	junho												
	S	T	Q	Q	S	S	S	T	Q	Q	S	S	
	2	3	4	5	6	9	10	11	12	13			
Atividades Assistenciais com a parturiente e familiar				M	M	M	M	V	M				
Participação no curso de promoção e manejo da lactação da M.C.D.	M	M/V	M/V										
Encontros com a orientadora e supervisora				V					V				
Aulas de Contexto Social	V					V							
Confraternização com a equipe do C.O.								V			M		

LEGENDA:

M: Período Matutino.

V: Período Vespertino.

F: Feriado (Dia Não-Letivo).

7 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste momento, apresentaremos como foram desenvolvidas as atividades no decorrer do estágio, visto que, a atuação no Centro Obstétrico passou a ser gradualmente mais abrangente, a partir do momento que diferentes profissionais reconheceram as propostas iniciais bem como, o trabalho idealizado.

Ademais, isto está vinculado ao fato de que, quando prevíamos atividades assistenciais e/ou administrativas, tanto as enfermeiras supervisoras como a equipe interdisciplinar, passaram a acreditar em nossos potenciais, favorecendo ainda mais, nossa interação com as clientes / equipe profissional.

Tal aspecto foi de fundamental importância, pois permitiu-nos que, de forma natural, conseguíssemos repassar a todos, os princípios norteadores do trabalho e conseqüente alcance de nossos objetivos.

Assim tendo-se em vista o objetivo geral de “desenvolver o cuidado de enfermagem no Centro Obstétrico junto às parturientes e familiares, utilizando o Processo de Enfermagem orientado pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, visou-se também o alcance dos objetivos específicos que nortearam nossa proposta, cujos resultados descreveremos à seguir, logo após a apresentação do perfil das parturientes selecionadas.

Mediante à isto, cabe destacar, que durante o estágio assistimos um total de 117 parturientes, dentre as quais foram selecionadas 16, pelo fato dos familiares destas estarem presentes e demonstrarem interesse em participar de nosso trabalho.

Contudo, ressaltamos ainda, que não houve distinção na prestação do cuidado às parturientes que não foram selecionadas visto que, na medida do possível, estas eram abordadas e valorizadas levando em consideração seus aspectos culturais, bem como, o contexto onde estão inseridas.

7.1 - PERFIL DAS PARTURIENTES SELECIONADAS

Abaixo, destacaremos a caracterização do perfil das parturientes selecionadas, as quais foram atendidas em sua singularidade, com conseqüente realização de análises.

Tabela 1 - Distribuição das parturientes selecionadas segundo a faixa etária. MCD-Fpólis-SC, abril/junho, 1997.

Faixa Etária	Frequência	%
15 - 25	10	62,5
26 - 35	06	37,5
Total	16	100,00

Fonte: Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

Conforme o exposto na tabela acima, observamos que 62,5% das parturientes selecionadas compreendem a faixa etária de 15 à 25 anos. As demais, que representam 37,5% estão entre 26 e 35 anos de idade.

Segundo Delascio e Guariento (1987), a idade favorável para a parturição está entre 18 à 24 anos, não prevalecendo o conceito que a melhor idade seria por volta dos 25 anos.

Assim, percebemos que a maior parte da clientela selecionada se enquadra na faixa etária de 15 a 25 anos, não sendo uma conotação ideal na realidade, visto que a idade aceitável é acima de 18 anos.

Em contrapartida, acreditamos que esta seria uma idade mais favorável do que a gestação acima de 35 anos, já que, Montenegro e Rezende (1984), preconizam que nesta idade eleva-se o risco de nascimentos de crianças com problemas físicos e retardo mental.

Tabela 2 - Distribuição das parturientes selecionadas segundo a procedência. MCD-Fpólis-SC, abril/junho, 1997.

Procedência	Frequência	%
Biguaçu	4	25,00
Colônia Santana	1	06,25
Florianópolis	4	25,00
Palhoça	3	18,75
Santo Amaro	2	12,05
São José	2	12,05
Total	16	100,00

Fonte: Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

Analisando a procedência das parturientes, observamos que a maior parte, 25%, procede de Biguaçu e Florianópolis, respectivamente. A estas, segue Palhoça com 18,75%; Santo Amaro e São José com 12,5% e Colônia Santana com 6,25%.

Acreditamos que esta procura de municípios vizinhos, deva-se ao fato de que alguns destes, não possuindo maternidade, procuram a M.C.D., pelo fato desta além de ser o centro de referência da saúde da mulher, também assegura a qualidade da assistência prestada, bem como apresenta o título de “Hospital Amigo da Criança”.

Tabela 3 - Distribuição das parturientes selecionadas segundo escolaridade. MCD-Fpólis-SC, abril/junho, 1997.

Escolaridade	Frequência	%
Primário Completo	4	25,00
1º Grau Completo	2	12,05
1º Grau Incompleto	3	18,75
2º Grau Incompleto	4	25,00
2º Grau Completo	2	12,05
Nível Superior Incompleto	1	06,25
Total	16	100,00

Fonte: Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

Com relação a tabela 3, constatamos que a maior parte das parturientes selecionadas não possuem o 2º Grau Completo, podendo esta situação estar relacionada muitas vezes, ao fato de que estas casam-se jovens, param de estudar e passam a dedicar-se exclusivamente ao lar, bem como a educação de seus filhos.

Tabela 4 - Distribuição das parturientes selecionadas segundo paridade. MCD-Fpólis-SC, abril/junho, 1997.

Paridade	Frequência	%
Primípara	7	43,75
Secundípara	4	25,00
Múltipara	5	31,25
Total	16	100,00

Fonte: Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

Com base nesses dados, percebemos que de acordo com a paridade, 43,75% das parturientes são primíparas, 25% secundíparas e 31,25% múltiparas. Portanto, isto nos leva a crer que o planejamento familiar parece estar sendo cada vez mais adotado pelas famílias de um modo geral.

Levando-se em consideração alguns dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-1994), observamos que houve um decréscimo na que se refere a taxa de natalidade, comprovando, deste modo, que atualmente

está ocorrendo uma reeducação familiar perante ao número de filhos, decorrente das condições do contexto onde estas famílias encontram-se inseridas.

Tabela 5 - Distribuição das parturientes selecionadas segundo estado civil. MCD-Fpólis-SC, abril/junho, 1997.

Estado Civil	Frequência	%
Solteira	3	18,75
Casada	7	43,75
Amasiada	6	37,75
Total	16	100,00

Fonte: Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

Como podemos observar na tabela 5, a maior parte da clientela é casada, totalizando 43,75% dos casos.

Convém salientar, que em muitas vezes, este fato parece refletir valores morais/cívicos/culturais relacionados a união homem e mulher que somente é aceito pelo grupo social como legítima, se for legalmente instituída.

Tabela 6 - Distribuição das parturientes selecionadas segundo profissão / ocupação. MCD-Fpólis-SC, abril/junho, 1997.

Profissão/Ocupação	Frequência	%
Cozinheira	1	06,25
Comerciária	2	12,25
Diarista	2	12,25
Do lar	5	31,25
Estudante	4	25,00
Manicure	1	06,25
Orientadora Educacional	1	06,25
Total	16	100,00

Fonte: Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

Atualmente a mulher vem conquistando com sucesso seu espaço no mercado regular de trabalho, embora algumas sejam mal remuneradas e não

tenham o reconhecimento merecido. Por outro lado, outras são respeitadas e reconhecidas em seu trabalho.

Todavia, o papel da mulher no grupo selecionado, continua sendo predominantemente privado, sendo que 31,25% dedica-se exclusivamente do desempenho de atividades domésticas, podendo isto estar relacionado ao seu grau de instrução, influência familiar e aspectos culturais.

Tabela 7 - Distribuição das parturientes selecionadas segundo religião.
MCD-Fpólis-SC, abril/junho, 1997.

Religião	Frequência	%
Batista	1	06,25
Católica	8	50,00
Espírita	2	12,05
Evangélica	4	25,00
Messiânica	1	06,25
Total	16	100,00

Fonte: Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

Nota-se atualmente, de acordo com a demonstração da tabela 7, a existência de uma notável predominância da religião católica, totalizando 50%. Contudo, cabe ressaltar o crescimento bem como, o surgimento de outras religiões como; a evangélica com 25%, a espírita com 12,5%, a batista com 6,25%, seguida também pela messiânica com 6,25%.

Tal fato nos faz acreditar, que hoje tanto pessoas diferenciadas em seu modo de viver quanto no de refletir, buscam novas alternativas e /ou experiências práticas do exercício da fé.

Apresentados o perfil da clientela selecionada, daremos início a descrição dos objetivos previstos no trabalho.

7.2 - DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

Descreveremos à seguir, como os objetivos propostos foram atingidos, cabendo ressaltar que os objetivos nº 1, 2, 3 e 4 foram parcialmente agrupados, devido a intrínseca relação existente entre estes com a aplicação do processo de enfermagem proposto. Já, os demais objetivos, serão separadamente descritos bem como, a forma como efetivaram-se na prática.

7.2.1 - OBJETIVO Nº 1

• Identificar as diversidades e universalidades culturais do cuidado das parturientes e familiares, através do levantamento inicial de dados.

Durante o período de atividades desenvolvidas na Maternidade Carmela Dutra (M.C.D.), prestamos assistência à 117 parturientes. Dentre estas, foram selecionadas 16 para aplicação do processo de enfermagem. O número de processos em relação ao número total da clientela por nós assistidas, deu-se ao fato de que inicialmente nos propusemos a trabalhar de forma conjunta com a parturiente / familiar / acompanhante.

E, tendo em vista, que algumas vezes nem todos os acompanhantes / familiares estavam presentes na sala de parto e/ou maternidade, não tivemos uma maior oportunidade de aplicar o referido processo.

Para conseguirmos uma boa aplicabilidade do processo em questão, utilizamos o método de coleta de dados “observação-participante” de Leininger apud Monticelli (1993). Enfatizamos que o método em questão, foi por nós adaptado, através do qual, participávamos com “olhos” de observador, não seguindo a técnica propriamente dita.

Deste modo, num primeiro momento, apenas observávamos à parturiente, identificando seus padrões de comportamento; seguindo também os critérios mencionados inicialmente no trabalho.

Já, num segundo momento, aplicávamos o roteiro de coleta de dados (Apêndices 1 e 2), não esquecendo de nos apresentar e colocar os objetivos propostos. Concomitantemente à este roteiro, utilizávamos a Metodologia do C.O da M.C.D., a qual encontrava-se em fase de experiência.

Cabe ressaltar ainda, que junto a este roteiro havia uma parte reservada ao acompanhante / familiar que, independente ou não deveriam estar dentro do Centro Obstétrico, uma vez que, o objetivo geral de nosso trabalho é o de se trabalhar com a família da parturiente, não levando em conta o local em que se encontra. Podendo, a mesma ser encontrada na sala de parto e/ou até mesmo na sala de espera (portaria da MCD).

Desta forma, realizávamos a identificação da parturiente e também de seu familiar visto que, a presença deste ou até mesmo de um acompanhante no momento do parto seja de grande valia a fim de, proporcionar maior segurança e tranquilidade à mesma, tornando o parto menos traumatizante.

Contudo, convém ressaltar que dentre os dezesseis (16) processos de enfermagem elaborados, foram selecionados somente dois (2) para serem descritos. Estes, por sua vez, serão relatados na “íntegra”, após a descrição do objetivo nº 4.

7.2.2 - OBJETIVO Nº 2 E Nº 3

- *Diagnosticar as áreas em que as parturientes e familiares não encontram uma diversidade ou universalidade cultural do cuidado.*
- *Planejar e implementar o cuidado de enfermagem junto às parturientes e familiares, buscando manter, adaptar e/ou repadronizar os cuidados.*

Através da aplicação do roteiro de coleta de dados à parturiente / familiar e da observação-participante, conseguimos formular diagnósticos de enfermagem, buscando conhecer através de questionamentos à estes, suas crenças, costumes, valores e padrões de comportamento, isto é, a cultura em que estão inseridos.

Convém salientar, que no transcorrer do estágio, sentimos a necessidade de reformular a ficha inicial para diagnóstico e planejamento dos cuidados culturais da parturiente (Apêndice 3), visto que a mesma, não estava colaborando e/ou ajudando na elaboração final do processo. A ficha reformulada encontra-se em Apêndice 4.

Deste modo, com base nos dados colhidos, procuramos identificar as necessidades de manter / adaptar / repadronizar os cuidados da parturiente / familiar.

Concomitantemente à isto, conseguimos no decorrer do estágio, assegurar uma assistência de enfermagem mais humanizada onde a clientela em questão, pudesse questionar bem como, sanar possíveis dúvidas a respeito de manifestações bio-psicofisiológicas que poderiam ser desencadeadas no Centro Obstétrico, especificamente no pré-parto e sala de parto.

Cabe ressaltar ainda, que o cuidado de enfermagem proporcionado, visava principalmente o apoio psicológico / emocional, além de ser realizado diariamente por nós acadêmicas, de forma informal através da linguagem verbal

e/ou não-verbal, expressando tranquilidade, afeto, paz, segurança, confiança, dentre outros; a fim de minimizar seus anseios / ansiedades / medo.

Ademais, também executávamos os procedimentos gerais de enfermagem, como: fleet-enema; dinâmica uterina; sinais vitais; batimentos cardio-fetais (BCF); arrumação de leitos e desinfecção / manutenção da sala de parto; instalação de fluidoterapia; administração de medicação VO, EV, e IM; cuidados imediatos com o recém-nascido; assistência nos quatro períodos do Parto (dilatação cervical, expulsão, dequitação e greenberg) bem como, técnicas gerais, realizadas no Centro Obstétrico.

É importante salientar, que fomos muito além do objetivo previsto pois, além de atendermos um total de 16 parturientes que faziam parte do processo, também assistimos e ajudávamos outras que se encontravam no Centro Obstétrico, devido ao acúmulo de atividades e plantões tumultuados decorrentes do excesso de parturientes / puérperas.

7.2.3 - OBJETIVO Nº 4

• Avaliar se os cuidados foram suficientes para manter, adaptar e/ou repadronizar.

Consideramos este objetivo alcançado, pois durante o estágio tivemos a oportunidade de manter, adaptar e repadronizar alguns cuidados que foram manifestados de forma duvidosa e questionável pelas parturientes e acompanhantes.

As necessidades da clientela foram levantadas à partir do roteiro de coleta de dados, diagnosticadas e mediante à isso, foi realizado a implementação do cuidado.

Cabe-nos ressaltar, que eram inúmeras as dúvidas das parturientes acerca dos cuidados que permeiam o trabalho de parto e especialmente no que se refere ao cuidado do recém-nascido.

Diante das situações encontradas, sentimos a necessidade de promover um cuidado voltado ao contexto sócio-cultural em que esta se encontra. Este cuidado priorizava questões como o banho do recém-nascido, curativo do coto umbilical e da episiotomia, amamentação, cuidados com a mama, importância da procura de ginecologista e pediatria, vacinação, teste do pezinho, duração do “resguardo” e principalmente a questão da sexualidade.

Uma das formas de avaliação por nós utilizada, era a de promover o diálogo com as parturientes e familiares, buscando sua interpretação sobre as questões contextualizadas, verificando se houve ou não congruência / coerência cultural do cuidado, através de suas expressões faciais, verbalização e reações corporais.

Assim sendo, destacamos que diante dos dezesseis processos de enfermagem aplicados às parturientes e familiares, em nenhum destes houve um choque cultural, não ameaçando ou colocando em risco a interação entre acadêmicas e parturientes. No entanto, torna-se importante enfatizar que cada parturiente e familiar, quando presente, eram respeitados dentro de sua individualidade, levando em conta seus padrões de comportamento, crenças, valores e conhecimentos.

Enfim, acreditamos que este objetivo foi alcançado como colocamos inicialmente, entretanto fica aos nossos olhos como dúvida, se os cuidados mantidos, adaptados e/ou repadronizados foram ou não incorporados pela clientela, tendo em vista o tempo que mantivemos contato com estas, não deixando de excluir as fortes influências familiares.

À seguir, apresentaremos na íntegra como se deu os 02 processos de enfermagem, que foram selecionados à partir de uma identificação abrangente, referente às crenças e valores culturais da clientela.

PROCESSO DE ENFERMAGEM - 01

- Identificação da família I

H.R., brasileira, 28 anos, casada, nascida no dia 13/12/68, procedente de São José. Possui o 2º Grau Completo e é comerciária. É descendente de alemães, católica e tem um filho com 07 anos de idade.

Deu entrada na MCD no dia 10/04/97 às 08:40 horas em trabalho de parto, com 3 centímetros de dilatação cervical e bolsa rota espontânea às 06:00 horas do dia 10/04/97, apresentando líquido claro com grumos (L.C.C.G.).

Na internação, mostrou-se com bom estado geral, eupnéica, acianótica, corada, pressão arterial = 140 X 90 mmHg, pulso = 75 bpm, temperatura = 37°C, respiração = 20 mpm, peso = 68Kg e com os seguintes dados obstétricos: gesta II, parto cesáreo I, aborto 0, data da última menstruação (D.U.M.) = 26/06/96, idade gestacional (Ig) de acordo com a D.U.M. = 41 semanas e 1 dia, Ig de acordo com a ultrassonografia (U.S.G.) = 41 semanas e 2 dias, altura de fundo uterino (AFU) = 37 centímetros, batimentos cardíaco-fetais (BCF) = 156 bpm.

A parturiente relata ter feito o pré-natal, mas não recorda o número de consultas. Refere ter tido náuseas e vômitos até o sexto mês de gestação.

Teve anteriormente um parto cesáreo sem intercorrências, onde ganhou um menino que amamentou até o 20º dia. História de duas cauterizações do colo uterino sem recordar as datas das mesmas.

A mesma estava acompanhada do esposo, G.A.S., brasileiro, nascido no dia 31/05/67. Possui 2º Grau Incompleto e é publicitário. É descendente de alemães e católico praticante. C. permaneceu durante o pré-parto ao lado de seu marido, onde ambos mostravam-se aparentemente tranquilos. Os dois participavam juntos das consultas pré-natal, mas mesmo assim apresentavam algumas dúvidas. Neste período, a parturiente preocupava-se em expor o menos possível o seu corpo, protegendo-se com o lençol. Apesar da calma e segurança,

podia-se perceber em sua face um certo grau de preocupação e ansiedade. No mesmo momento, ela segura firme a mão do esposo, principalmente durante as contrações. Este por sua vez, também calmo e tranquilo questiona a equipe à cada procedimento.

Durante todo o pré-parto, ambos mantiveram uma boa interação com a equipe e principalmente conosco (estagiárias). O esposo falou da importância da presença do acompanhante neste período. Disse que o nascimento é o momento de contemplação para o casal, que esperou os 09 meses se consumarem e é mais do que digno o marido manter-se presente ao lado da esposa, pois esta precisa de alguém para ampará-la e amenizar os seus sentimentos.

A parturiente aproveita alguns momentos entre as contrações para nos pedir esclarecimentos de algumas dúvidas. Refere preocupação em cuidar do bebê, pois teve o seu último filho há 07 anos atrás. Perguntou a respeito dos pontos após o parto, bem como teste do pezinho e aleitamento materno. Ressaltou ainda dúvidas sobre corrimento vaginal e se podia lavar a cabeça após o parto.

Poucas horas depois são encaminhados (parturiente/marido) à sala de parto, onde o esposo permanece aparentemente tranquilo.

A parturiente (H.R.), por sua vez, espera que o parto seja rápido. Diz que a dor não passa e que evacuou na mesa, pedindo desculpas e dizendo, que não queria estar incomodando tanto.

Exatamente às 14:40 horas, teve parto normal com episiotomia e sem intercorrências. Todavia, convém ressaltar que no momento expulsivo a parturiente relatava:

“que linda a minha filha”

“meu Deus, obrigada”

“ela é perfeitinha? Tem todos os dedinhos?”

Neste momento, marido e esposa se abraçam. Bastante emocionado a mãe segura seu bebê, beija-o, coloca-o no seio, acaricia-o, sorri e conversa com o mesmo.

Após o parto, já no puerpério imediato, a puérpera e seu esposo agradecem intensa e carinhosamente todos os cuidados prestados durante o processo de parto. E, quando indagada se tinha sugestões para uma melhor assistência, esta referiu que não as tem, pois tudo já está muito bom.

No entanto, cabe ressaltar que quando o esposo em questão, saiu do C.O., este preencheu uma ficha de avaliação do cuidado prestado - “Roteiro para entrevista do familiar / acompanhante no Centro Obstétrico (Anexo 7)”, realizado pela chefia do Serviço do CO, sob a adaptação de uma ficha também de avaliação pré-realizada por nós, acadêmicas de enfermagem. Assim, além de poder colocar seus sentimentos e sugestões relacionadas à oportunidade de ter acompanhado sua esposa durante o processo de parto este ainda, contribuiu para a efetiva resolução de nosso trabalho, mais especificamente, no que diz respeito ao alcance de um dos objetivos propostos neste.

- Família - H.R.

Cuidados manifestados	Diversidades e/ou Universalidades culturais do Cuidado	Diagnóstico de Enfermagem efetuado à partir das Diversidades e/ou Universalidades culturais do Cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido à partir do diagnóstico efetuado
Banho	“Estou preocupada em lavar minha cabeça após o parto, pois minha mãe diz que é perigoso e só se deve lavar após 40 dias”.	Necessidade de adaptar os cuidados referentes à higiene pessoal durante o puerpério.	<u>Adaptado:</u> Esclarecido que não existe explicação científica que contra indique a lavagem da cabeça após o parto, mas já que, refere preocupação quanto à isto, orientamos que seja dado um intervalo de pelo menos, uma semana.
Recém-nascido	“Não lembro mais de como cuidar de meu filho, pois faz 7 anos que tive minha primeira gestação. Isso tudo está me deixando muito ansiosa”.	Necessidade de adaptar os cuidados referentes ao recém-nascido.	<u>Adaptado:</u> Relembrar junto à parturiente e seu marido, as formas como estes realizavam os cuidados com seu primeiro filho. Frente a situação colocada, estes foram elogiados. À partir daí, foi dado ênfase a outros cuidados que estes não lembravam, como o curativo do coto umbilical, retorno ao pediatra, dentre outros.
Teste do pezinho	“Nesta maternidade fazem o teste do pezinho? Estou muito preocupada, porque a filha do meu vizinho fez, e desde então começou a ter problemas mentais”.	Necessidade de repadronizar os cuidados referentes ao teste do pezinho.	<u>Repadronizado:</u> Explicado porque a MCD não realiza o teste do pezinho, e que este pode ser feito nos postos de saúde, entre o 3º e 10º dia de vida do bebê. O teste do pezinho é realizado a fim de diagnosticar precocemente doenças graves que poderão acarretar lesões irreversíveis, como a deficiência mental. Enfatizado que o fato da filha de seu vizinho ter problemas mentais, não deve por em risco a eficácia do teste do pezinho, pois é este que comprova se a criança tem ou não deficiências mentais.

Cuidados manifestados	Diversidades e/ou Universalidades culturais do Cuidado	Diagnóstico de Enfermagem efetuado a partir das Diversidades e/ou Universalidades culturais do Cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado
Aleitamento Materno	“Amamentei meu primeiro filho até o 20º dia, porque tive calor de figo. Mas agora, como sei que o leite materno evita doenças, quero oferecer somente leite do peito pelo menos até o 6º mês”.	Necessidade de manter os cuidados referentes ao aleitamento materno.	<u>Mantido</u> : Elogiado à mãe, confirmando ser esta a atitude mais coerente, e lembrando a esta sobre alguns cuidados com a mama para o aleitamento materno. Reforçada a sua crença de que as crianças alimentadas com o leite materno ficam mais resistentes a doenças, pois este possui anticorpos e reservas nutritivas, prevenindo possíveis doenças.
Corrimento vaginal	“O médico me falou que estou com corrimento, será que passa para o bebê durante o parto?”	Necessidade de adaptar a crença da mãe acerca dos riscos de infecção para si e para o bebê.	<u>Adaptado</u> : Explicado à mãe que é de costume colocar logo após o parto, uma gota de nitrato de prata nos olhos e genitália feminina do recém-nascido, para prevenir a conjuntivite resultante de contaminação durante o parto. Orientada a procurar novamente o médico para diagnosticar o corrimento e tratar em caso de infecção.
Episiorrafia	“Preciso fazer o curativo dos pontos?” “Quando devo voltar à maternidade para retirá-los?” Pergunto isso, porque meu primeiro parto foi cesárea e não sei como proceder diante deste problema.”	Necessidade de adaptar os cuidados frente a conduta a ser tomada com os pontos.	<u>Adaptado</u> : Esclarecido a forma de como fazer o curativo e salientado que no parto normal os pontos internos são absorvidos pelo próprio organismo e os pontos externos caem naturalmente, dentro de no máximo 8 dias.

PROCESSO DE ENFERMAGEM - 02

- Identificação da família II

V.S.S.S., 29 anos, casada, natural do Rio de Janeiro; procedente de Florianópolis, descendente de portugueses, 2º grau completo, do lar, pertencente à Igreja Messiânica Mundial do Brasil. Deu entrada à Maternidade Carmela Dutra às 23 horas e 50 minutos do dia 05 de maio, em trabalho de parto, com os seguintes dados obstétricos: 05 centímetros de dilatação cervical e contrações uterinas rítmicas e regulares (35", 25", 25"). Na internação, estava corada, hidratada, eupnéica (R = 18 mpm) e acianótica. Gesta (G) II; para (P) I; aborto (AB) = 0; data da última menstruação (D.U.M.) = 20/08/96; idade gestacional de acordo com a D.U.M. = 37 semanas; batimentos cardíaco-fetais (BCF) = 140 batimentos por minuto (bpm); altura de fundo uterino (AFU) = 33 centímetros; tipo sanguíneo O+; pressão arterial (PA) = 100X 70 mmHg; pulso (P) = 75 bpm; temperatura (T) = 36,8°C; bolsa rota artificial, apresentando líquido amniótico claro com grumos (BRALACG) às 09:30 horas do dia 06 de maio.

Junto à V. no Centro Obstétrico, estava presente seu marido, M.E.C.S., 34 anos, natural de Brusque, procedente de Florianópolis, descendente de açoriano, pertencente à Igreja Messiânica Mundial do Brasil. Possui o 2º grau completo e trabalha na ECT - Empresa de Correios e Telégrafos.

V., fez 06 consultas de pré-natal no posto de saúde do Estreito, sendo que destas, seu marido participou de duas consultas. Sua gravidez foi planejada.

V. e M. relatam que desejam ter 04 filhos.

"...queremos 04 filhos, pois só assim nossa família será completa. Nossa primeira filha, representa a felicidade, este segundo filho, representará a saúde, o terceiro trará a harmonia e o quarto, a realização financeira"

Durante o trabalho de parto, V. manteve-se coberta por um lençol, resguardando-se sempre que possível em seu interior. Durante as contrações, M. utilizava a prática da imposição das mãos sobre a cabeça de sua esposa e murmurava algumas palavras que pouco se ouvia.

“...quando se impõem as mãos sobre alguém, e se ora, trazemos a essa pessoa uma forte fonte de energia positiva”

Aumentadas a frequência e duração das contrações e atingido a dilatação completa do colo uterino (10 centímetros), V. foi levada para sala de parto. Durante o nascimento de seu filho, mostrou-se controlada, participando ativamente do processo. Enquanto isso, seu marido continuava impondo as mãos sobre sua cabeça e orando. Às 10:19 horas seu filho nasceu. Neste momento, ambos, marido e mulher choram, beijam-se e ficam abraçados por alguns segundos. Logo após conversam entre si:

“...como é lindo nosso filho”

“...agora já temos a saúde”

Passado isso, M. sente-se mal e pede para sair da sala. Refere estar sentindo muito calor, mas logo recuperou-se. Na sala de parto, o bebê é colocado para mamar. V., beija-o e acaricia-o. Relata ainda ter amamentado seu primeiro filho, até 1 ano e 2 meses.

Já no período de Greenberg, ainda no Centro Obstétrico, V. e seu marido agradecem a oportunidade de ambos vivenciarem este momento e nos colocam algumas dúvidas com relação ao coto umbilical, amamentação, ingestão de cerveja preta, azia e outros.

Houve um momento em que M. precisou se retirar, pois tinha alguns compromissos. Então, entregamos a ele uma ficha de avaliação (Anexo 7), no que se refere à presença do pai no Centro Obstétrico, e pedimos que este a respondesse. M. respondeu a ficha e retirou-se muito agradecido pelo “momento tão especial”, que juntos havíamos compartilhado.

- Família - V.S.S.

Cuidados manifestados	Diversidades e/ou Universalidades culturais do Cuidado	Diagnóstico de Enfermagem efetuado a partir das Diversidades e/ou Universalidades culturais do Cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado
Higienização do Coto Umbilical	“Será que posso molhar o umbigo do meu neném? Pois quem cuidou do meu primeiro filho foi minha mãe e ela está no Rio de Janeiro”.	Necessidade de adaptar os cuidados referentes ao coto umbilical do R.N.	<u>Adaptado:</u> Explicado à mãe, que o banho não interfere na cicatrização do umbigo, desde que este seja devidamente seco após o banho.
Curativo Umbilical	“Quando vocês forem dar banho no meu filho, favor pegar a faixa que está na bolsa, junto com a roupa do neném”.	Necessidade de adaptar o cuidado referente ao curativo do coto umbilical.	<u>Adaptado:</u> Esclarecido à mãe, que foi comprovado cientificamente que o uso de faixas umbilicais, desfavorecem a cicatrização do coto, além de dificultar os movimentos respiratórios do R.N. No entanto, como já é de costume da mãe fazer o uso da faixa, esta foi orientada quanto a troca freqüente e afrouxamento da mesma.
Repouso no puerpério	“Estou pensando em ficar deitada todo o tempo, porque no meu primeiro parto fiz esforços e tive recaída”.	Necessidade de adaptar os cuidados da puérpera, referentes ao puerpério imediato.	<u>Adaptado:</u> Explicado à puérpera que seu corpo sofreu uma série de modificações e que leva alguns dias para voltar a situação normal, portanto, deve-se evitar esforços físicos acentuados, não precisando permanecer em repouso todo o tempo. Recomenda-se nestes casos, períodos de caminhada.
Azia na Gravidez	“Agora já sei porque você tinha tanta azia na gravidez. Olha como ele é cabeludo. O meu pai não errou quando afirmou isto”.	Necessidade de manter a crença da família referente a relação da azia com a quantidade de cabelo do R.N.	<u>Mantido:</u> Respeitado a crença da família, visto que estudos não mostram relação aparente com o aparecimento da azia durante a gravidez correlacionado a quantidade de cabelo do R.N.

Cuidados manifestados	Diversidades e/ou Universalidades culturais do Cuidado	Diagnóstico de Enfermagem efetuado a partir das Diversidades e/ou Universalidades culturais do Cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado
Presença de bossa serossanguinolenta	“Nossa, meu filho nasceu com um bota galo na cabeça. Será que tem algum problema?”	Necessidade de repadronizar a expressão da mãe referente a situação encontrada.	<u>Repadronizado:</u> Explicado à mãe que quando a criança permanece muito tempo no canal do parto, há uma compressão dos vasos da cabeça, ocasionando uma área vagamente delimitada de tecido edemaciado situado sobre a porção do couro cabeludo. Esta lesão, desaparece espontaneamente em alguns dias.
Sono e repouso	“Queria dar de mamar a meu filho, mas ele só quer dormir. Já estou ficando preocupada”.	Necessidade de adaptar a preocupação da mãe referente ao comportamento de seu filho.	<u>Adaptado:</u> Esclarecido à mãe que os recém-nascidos começam a vida com um esquema de sono e vigília, que se evidencia inicialmente, durante os períodos de reatividade. Após, estes ainda na primeira hora, tornam-se calmos e relativamente não responsivos, tanto a estímulos internos como externos. Esta sonolência pode variar de alguns minutos a duas ou quatro horas.
Visão do recém-nascido	“Acho que ele gostou de você. Não para de te olhar!”	Necessidade de adaptar a expressão da mãe referente a visão do recém-nascido.	<u>Adaptado:</u> Explicado à mãe que o recém-nascido possui a capacidade de fixar o olhar, momentaneamente, em um objeto que esteja a 20 centímetros de distância e na linha média do campo visual.

Cuidados manifestados	Diversidades e/ou Universalidades culturais do Cuidado	Diagnóstico de Enfermagem efetuado a partir das Diversidades e/ou Universalidades culturais do Cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado
Reflexos do R.N.	“Por que meu filho de vez em quando se assusta? Será frio ou outro problema?”	Necessidade de adaptar a preocupação da mãe referente ao comportamento da criança.	<u>Adaptado:</u> Esclarecido à mãe que ao nascer, a criança apresenta alguns reflexos, como o do susto. Este é provocado por um ruído súbito e intenso. Explicado ainda, que a presença deste reflexo, bem como a de outros, servem como parâmetro de avaliação das condições neurológicas do recém-nascido.
Aleitamento Materno	“Amamenteei meu primeiro filho até 1 ano e 2 meses. Só parei quando fiquei grávida deste”.	Necessidade de manter o cuidado da mãe referente à crença de oferecer leite materno a seu filho.	<u>Mantido:</u> Elogiada a conduta adequada da mãe em oferecer leite materno a seu filho até esta idade. Explicado que o leite materno possui os nutrientes necessários para a criança até o 6º mês de idade, e portanto após este período, o mesmo deve receber outros complementos alimentares, além do leite materno.
Ingestão de cerveja preta	“Quando amamentei o meu primeiro filho, costumava tomar uma garrafa de cerveja preta por dia, durante os primeiros meses. Minha mãe diz que é bom para fazer mais leite”.	Necessidade de adaptar o cuidado da mãe referente a ingestão de cerveja preta.	<u>Adaptado:</u> Orientado a mãe, para que esta, ao invés de tomar uma garrafa de cerveja preta por dia, passe a tomar apenas meio copo, pois uma quantidade excessiva de álcool, poderá prejudicar o R.N., visto que o mesmo é transmitido através do leite materno.

7.2.4 - OBJETIVO Nº 5

• Contribuir para a implementação dos 08 (oito) passos para a maternidade segura e para a manutenção dos 10 (dez) passos para o sucesso do aleitamento materno, especificamente no que se refere aos relacionados ao Centro Obstétrico.

Consideramos que este objetivo foi alcançado, pois durante todo o estágio, estivemos atentas e dispostas a contribuir na implementação dos 8 (oito) passos para a maternidade segura e manter os 10 (dez) passos para o sucesso do aleitamento materno.

Mediante à isto, torna-se importante enfatizar que, a Maternidade Segura é um projeto novo que através de um conjunto de critérios e procedimentos técnicos denominados “Oito Passos para a Maternidade Segura”, tem por objetivo mobilizar profissionais direta ou indiretamente nos cuidados da mulher, relacionados à saúde reprodutiva, assim como na assistência à criança (Anexo 5). Convém salientar ainda, que trabalhamos de maneira mais intensa e gradual o 3º passo do referido projeto, que refere-se em “Incentivar o Parto Normal e Humanizado”, o qual recomenda a presença de familiares na sala de parto ou pré- parto (quando possível).

Durante o período em que permanecemos na Maternidade Carmela Dutra, tivemos a oportunidade de colaborar para que 08 (oito) pais entrassem no Centro Obstétrico. Estes, acompanhavam suas esposas e/ou companheiras durante todo o trabalho de parto, permanecendo no pré-parto, sala de parto e período de Greenberg.

Ademais, cabe ressaltar que, dos 08 (oito) pais que compareceram no Centro Obstétrico (C.O.), durante nossa presença, somente um não pôde acompanhar sua esposa no processo de parir, pois esta, precisou realizar uma cesareana. E, no caso de parto cesáreo, o qual é realizado no Centro Cirúrgico, o pai não pode comparecer.

Quando citamos no parágrafo anterior “dos 08 (oito) pais que acompanharam o processo de nascimento de seus filhos em nossa presença”, é porque outros pais, também já tiveram a oportunidade de ingressar na sala de parto, em outros períodos em que não estávamos presentes.

No entanto, para que estes pais conseguissem ingressar no Centro Obstétrico, era preciso cumprir e seguir alguns dos critérios estabelecidos na rotina da unidade, no que se refere ao item presença do pai/acompanhante na sala de parto (Anexo 3).

Assim, nós acadêmicas, contribuíamos da seguinte forma para que o pai entrasse na sala de parto. Primeiramente, conversávamos com a parturiente e perguntávamos o que esta achava da presença do pai junto à esta, na hora do nascimento do filho e se, teria vontade de que seu marido a acompanhasse durante o trabalho de parto.

Achamos importante ressaltar, que sempre colocávamos em primeiro plano a vontade da parturiente. Se esta não desejasse a presença de seu marido, respeitávamos sua posição. Também levávamos em consideração a vontade do pai/acompanhante, visto que vários não quiseram acompanhar suas esposas devido a múltiplos motivos, como por exemplo, o mal-estar.

O fato do pai entrar no Centro Obstétrico, fazia com que nós, acadêmicas, ficássemos ainda mais alertas, pois este, era mais um ser que necessitava de cuidados. Esses cuidados eram prestados, especialmente, através de orientações, esclarecimentos, e do ouvir atentamente.

Relacionados a isso, Leininger (1988), cita alguns constructos do cuidar, como: empatia, facilitação, interesse, atos de educação à saúde, comportamentos de ajuda, amor, sustentação, presença, comportamentos protetores, alívio de estresse, suporte, toque, agir de forma personalizada, ações técnicas e físicas, compreender, atos de descrição, atos de acomodação, abrigo e ouvir.

Patrício e Bohes (1990), por sua vez, ampliaram os constructos do cuidar. Assim, citaremos alguns dos constructos ampliados por essas autoras, referente ao que mais utilizamos no Centro Obstétrico durante nosso estágio. São eles:

diálogo, conforto, adotar atitudes com respeito à, ter sensibilidade, ter considerações, troca de idéias, esclarecer, informar, orientar, reforçar, demonstrar interesse, fazer favor, gentileza, ouvir atentamente, valorizar, estar presente, estar aberto para outra pessoa, dispensar atenção, respeitar, aceitar, estimular, socorrer, amparar, supervisionar, compreender, trocar experiências, calar, aliviar a dor, promover conhecimento, demonstrar sentimento de ternura como o tocar, acariciar, respeitar a individualidade, particularidades, limitações, valores, crenças e objetivos, demonstrar a confiança e desenvolver a autoconfiança.

Os pais eram orientados a desligar o celular, caso possuíssem e de permanecerem dentro do box do pré-parto junto à sua esposa. No caso de dúvidas, não questionar junto à parturiente e sim, nos chamarem. Já, no caso de se sentirem mal, avisar, e na hora do nascimento, permanecer sempre junto à sua mulher na cabeceira.

Dentre os que já estiveram presentes no C.O., enquanto estivemos na MCD, tem-se o seguinte perfil: 62,5% estão na faixa etária entre 20 e 25 anos e 37,5% entre 26 e 35 anos; 50% possui o 2º grau completo, 25% o 2º grau incompleto, 25% possuem o 1º grau completo e 12,5% o nível superior. No que se refere ao número de filhos, 62,5% dos pais, relatam que é o primeiro filho. Tem-se católicos, evangélicos e messiânicos na seguinte proporção: 75%, 12,5% e 12,5%, respectivamente. Quanto ao estado civil, 75% são casados e 25% amasiados.

Referente a questão da manutenção dos 10 (dez) passos para o sucesso do aleitamento materno (Anexo 6), também contribuíamos de forma efetiva, especialmente no que se refere ao 4º passo, que consiste em colocar o bebê para mamar durante os trinta primeiros minutos de vida.

Prestávamos orientações às parturientes, puérperas e pais sobre as vantagens e benefícios do leite materno e cuidados com as mamas, nunca deixando de interagir com os mesmos e, levando sempre em consideração seu contexto sócio-cultural.

Enfim, cabe-nos colocar novamente, que este objetivo proposto, felizmente foi alcançado. Embora o número de pais citados, que entraram no Centro Obstétrico durante o período de estágio, pareça ser pequeno, para nós significa muito. Visto que, apesar da presença do acompanhante, ainda não fazer parte da rotina desta unidade, este ainda é um processo novo, o qual, não está sendo desenvolvido plenamente pela instituição.

Acreditamos que o “novo” é algo que exige um pouco mais de trabalho, esforço e colaboração de uma equipe, portanto, torna-se um processo lento e gradativo.

Todavia, temos a certeza de que este processo seguirá em frente, possibilitando assim uma melhor qualidade na assistência e favorecendo o trinômio mãe-pai-filho; pois pelo que pudemos constatar, à presença do pai junto à esposa durante o trabalho de parto traz a ambos um momento mais tranqüilo e seguro.

Cabe-nos ressaltar ainda, o envolvimento e interesse da equipe de enfermagem e de vários residentes, quanto à presença do pai na sala de parto. A receptividade da equipe foi boa, salvo algumas pequenas exceções; no que se refere à resistência por parte de alguns profissionais do corpo clínico. Porém, isto é possível de se esperar, pois estão envolvidas questões de múltiplos aspectos, como as culturais, as relacionadas à área física do C.O. e receio de alguns profissionais, dentre outros.

7.2.5 - OBJETIVO N° 6

• Aprofundar os conhecimentos teórico-clínicos relativos ao cuidado à parturiente e à teoria de Leininger.

Acreditamos que os propósitos pertinentes a este objetivo foram alcançados em virtude de que os conhecimentos teórico-clínicos adquiridos nos

deram suporte necessário para que pudéssemos direcionar a nossa prática assistencial, respeitando as crenças e valores das parturientes / familiares e interferindo no momento em que houvesse um comprometimento das ações e que viessem a prejudicar o processo de saúde-doença da clientela assistida.

Para tal desempenho solicitamos apoio bibliográfico de estudos que utilizaram a teoria de Leininger, bem como a outros profissionais que, outrora, também recorreram a este marco referencial, no intuito de evitar incongruências culturais de cuidado entre o saber popular e o profissional.

Por conseguinte, cabe ainda salientar o nosso interesse na busca de bibliografias correspondentes ao trabalho de parto, puerpério, amamentação, aos aspectos psicológicos e culturais vivenciados durante a gravidez e parto, além da assistência preconizada pela enfermagem neste momento. Uma vez que na prática diversas situações surgiram e que necessitavam de condutas coerentes e devidamente fundamentadas para que assim tivéssemos a oportunidade de atingir uma resolutividade positiva frente a aplicabilidade do processo de enfermagem.

Durante o estágio não houve, em Florianópolis, eventos relativos a saúde da mulher, no entanto, participamos do Curso de Promoção e Manejo da Lactação (Aleitamento Materno), oferecido pela M.C.D. no período de 02 à 04/06/97, correspondendo a uma carga horária de 20 horas/aula. O cronograma do referido curso encontra-se em anexo 8.

Contudo, convém ressaltar que a bagagem de conhecimentos acumulados durante todo o proceder do estágio, facilitou de forma grandiosa a solidificar e respeitar ainda mais a correlação estabelecida com as parturientes/familiares durante todo este processo.

7.2.6 - OBJETIVO Nº 7

• Buscar alternativas de atuação conjunta da equipe de enfermagem e interdisciplinar, visando o desenvolvimento do cuidado.

Ao iniciarmos o estágio no Centro Obstétrico (C.O.) da M.C.D., fomos nos familiarizando aos poucos, com o ambiente bem como, com a equipe de enfermagem e interdisciplinar. No transcorrer deste período, conversávamos e esclarecíamos os objetivos do nosso trabalho, que por sua vez, foi bem aceito por grande maioria da equipe.

Com o intuito de melhor interagir com a equipe de enfermagem, médicos, residentes e funcionários em geral, realizávamos sempre que necessário, conversas informais, discutindo e trocando experiências em relação a diferentes situações vividas no dia-a-dia do C.O.

Portanto, ao finalizarmos o estágio, percebemos que foi extremamente importante e gratificante a relação de amizade e profissionalismo que conseguimos estabelecer com o pessoal do setor, tendo em vista, a grande receptividade por parte dos mesmos. Este fato, possibilitou-nos, um ambiente agradável para a realização do estágio, além de facilitar o alcance dos objetivos propostos inicialmente em nosso trabalho.

Assim, como forma de agradecimento e de despedida, finalizamos o estágio com uma pequena confraternização, onde reunimos grande parte dos funcionários; que por sua vez, nos agradeceram carinhosamente pelo tempo de permanência no C.O. bem como, as atitudes de humildade/companheirismo existente por nossa parte para com os mesmos.

7.2.7 - OBJETIVO Nº 8

• Desenvolver e manifestar atitudes coerentes referentes aos princípios éticos do código de ética dos profissionais de enfermagem.

Consideramos esse objetivo alcançado visto que, no transcorrer do estágio, respeitávamos e cumpríamos os princípios éticos contidos no Código de Ética dos profissionais de enfermagem.

Acrescentando-se à isto, também exercíamos a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade, honestidade, mantendo o sigilo profissional.

Segundo Atkinson e Murray (1989), a(o) enfermeira(o) tem a obrigação de exercer sua profissão dentro das regras de comportamento moral estabelecidas. Este conjunto de orientações morais é denominado Código de Ética, o qual inclui julgamentos como, o bom/ruim, o certo/errado, o dever, a obrigação e a responsabilidade.

Ademais, o código em questão, requer que a prática de enfermagem seja efetuada de acordo com os seus regulamentos. Já que, a sua inobservância pode resultar em ações disciplinares.

Cabe ressaltar ainda, que nós enquanto acadêmicas de enfermagem ao respeitar e reconhecer o direito da parturiente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar, também, estávamos contribuindo a uma efetiva e coerente aplicação do Código de Ética dos profissionais de enfermagem.

Por fim, cabe salientar que além das (os) enfermeiras (os), os acadêmicos de enfermagem também deveriam compreender não só os seus próprios sistemas de valores, mas ainda o código de ética profissional, de maneira a estarem preparados para tomar qualquer tipo de decisão independente ou não, desta estar envolvida em um dilema. Uma vez, que partindo deste fato, os mesmos poderiam questionar o seu grau de responsabilidade, tornando-se amadurecidos e com plena convicção de suas atitudes pessoais e/ou profissionais.

7.3 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E NÃO PLANEJADAS

Durante nossa atuação no campo de estágio, sentimos a necessidade de aprendermos mais do que o previsto.

Assim, prestávamos cuidados inerentes ao recém-nascido, tais como os cuidados imediatos, que englobam dentre outros; a identificação do mesmo, banho, medidas antropométricas (perímetros cefálico, torácico, abdominal, estatura e peso), credeização, preenchimento das carteiras de saúde, declaração de nascido vivo e prontuário.

Realizávamos ainda, a desinfecção do Centro Obstétrico bem como higienização e manutenção da ordem.

Neste período, também assistíamos às gestantes de alto risco, promovendo um atendimento não só voltado aos cuidados psicológicos/emocionais/culturais, mas ainda centrado na realização de técnicas de enfermagem e administração de medicamentos para inibição e/ou indução do trabalho de parto.

Além das atividades mencionadas acima, tivemos também a oportunidade de acompanhar diversas parturientes durante o período expulsivo, no intuito de auxiliar a equipe de enfermagem e médica.

Participamos de cursos ministrados a casais grávidos na Maternidade Carmela Dutra, onde foram enfocados assuntos referentes; a gestação, ao trabalho de parto, planejamento familiar, amamentação e nutrição pré e pós-parto.

No momento em que realizávamos o estágio, achávamos de grande valia visitar instituições que promoviam a “Humanização do Parto”. Como opção, surgiu a necessidade de conhecermos a Maternidade Darcy Vargas, situada em Joinville (SC). Aproveitando a ocasião, visitamos também a Maternidade do Hospital Dona Helena. O relatório da visita de ambas, encontra-se em Apêndice 7 e 8, respectivamente. Cabe ressaltar ainda, que o requerimento, bem como a confirmação da compra de nossas passagens para Joinville - SC, deveu-se ao

fato de termos encaminhado uma “declaração” à Secretaria do Centro de Ciências da Saúde (C.C.S.), a qual, encontra-se em Apêndice 9.

Além de termos tido a oportunidade de conhecermos essas duas instituições, resolvemos também visitar a Maternidade do Hospital Universitário (HU), já que até o momento nós, não a conhecíamos (Apêndice 6).

Por fim, salientamos que todas estas atividades desenvolvidas durante o estágio, promoveram um maior aprendizado, no que diz respeito ao enriquecimento de nossos conhecimentos.

7.4 - ALGUNS DEPOIMENTOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE PARIR

No transcorrer de nosso estágio, tivemos a oportunidade de vivenciar e presenciar vários momentos, onde foram expostos de formas diversificadas e únicas, diferentes depoimentos.

Dentre estes, destacaremos na “íntegra”, os que mais nos chamaram a atenção, referentes à:

➡ Amamentação

“...o meu leite é muito fraco, não sustenta meu filho, ele só chora. Isso já vem de família”

“...eu não queria amamentar por muito tempo, porque tenho medo de meu peito ficar flácido”

➡ Coto Umbilical

“...quando o umbigo do meu primeiro filho caiu, minha sogra botou fora no lixo sem eu saber. Agora, de vez em quando, dou umas "encucadas", porque me disseram que a vida da pessoa está ligada ao fim que se dá ao umbigo. Como minha sogra colocou o umbigo no lixo, tenho medo que meu filho seja lixeiro”

“...não sei o que fazer com o umbigo do meu filho, quando ele cair. A família de meu marido costuma queimar, mas eu não quero; sei lá, dá uma coisa ruim”

“...quando o umbigo cai, a gente joga encima do telhado e faz três pedidos para o neném. Isso traz sorte”

“...vocês lavam a cabeça do neném? Não tem perigo de cair o umbigo mais cedo?”

➡ Icterícia

“...eu quero que coloquem o tip-top amarelo no neném, para não dar o mal de sete dias”

➡ Placenta

“...posso levar minha placenta prá casa? É que minha família tem o costume de enterrar a placenta e plantar uma árvore em cima. Se a árvore der bastante frutos, é porque meu filho vai ter saúde e vai ser inteligente. Se a árvore não vingar, meu filho não vai ter saúde e inteligência. E isso dá certo mesmo!”

➡ Sexo do RN

“...agora meu resguardo vai ser maior. Quem tem filha mulher o resguardo é de 45 dias, se for menino, 40 dias”

“...hum, que cara de menina! Tanto que eu queria uma menina, que este moleção acabou nascendo com cara de mulher”

“...não fiz ultrassom, mas já sei o sexo da criança. Vai ser uma menina, porque minha barriga está redonda. Minha vó disse que isso é “tiro e queda”, barriga redonda é menina e barriga pontuda é menino”

➡ Trabalho de Parto

“...eu queria fazer xixi, mas tenho medo de fazer força e o neném nascer no banheiro”

“...estou com medo, minha barriga está tão dura. Não sinto o neném mexer”

“...ai, tá doendo muito; o que eu faço”

“...eu não vou sentar porque não quero machucar o meu bebê. Minha irmã quando teve filho sofreu muito, porque ficou muito tempo sentada e a cabeça do bebê ficou presa, por isso, teve até que fazer cesárea”

“...acho que está nascendo, porque estou com uma vontade de fazer força”

“...minha mãe disse para eu não gritar, porque quem grita, eles tratam mal”

➔ Outras crenças

“...não te falei que ele ia ser cabeludo? Eu sentia muita azia”

“...o médico disse que falta uma semana para o meu filho nascer. Mas, eu tinha certeza que meu filho ia nascer hoje, por causa da virada da lua. Arrumei a mala e assim esperei a hora certa. Não deu outra”

“...meu filho vai ser abençoado pelos deuses, porque está sendo cuidado por uma pediatra oriental”

“...meu filho vai nascer com uma mancha dessa, igual a minha, até no mesmo braço. Minha tia falou que isso é coisa ruim, e pega”

“...acho que vou ter problemas com minha sogra. Ela enfiou na cabeça que eu não posso segurar o meu filho no primeiro mês, porque posso não saber o jeitinho certo e causar arca-caída”

“...eu não quero que cortem a unha da minha filha aqui na maternidade. Prá dar sorte, quem tem que cortar pela primeira vez é a avó”

➔ Sentimentos do Pai/Acompanhante frente à sua participação no momento do parto

“...ah, muito obrigado! Foi por causa de vocês que tive a oportunidade de participar deste momento tão especial. Foi uma benção de Deus”

“...o nascimento é um momento importante não só para a mãe, como também para a família inteira, principalmente para o pai”

“...neste momento, a presença do pai é muito importante, porque a mulher está insegura, nervosa e com medo”

“...é o máximo. Não tenho nem palavras para expressar o que senti. É super emocionante”

“...sendo um momento onde a paciente está tensa, com dores e ansiosa, acredito que a presença de alguém mais próximo, ajuda a superar as dificuldades e tornar o parto menos traumático”

“...uma emoção muito grande. É muito lindo ver seu próprio filho nascendo, é uma emoção maravilhosa, só vendo para acreditar. Agradeço de coração, por tudo”

“...muita felicidade, amor pelo próximo, a união do quadro médico, do amor das pessoas que nos atenderam e acompanharam nossa família. Muito obrigado, estarei torcendo e rezando para que Deus de esta oportunidade para todo pai, como eu”

“...valorização da mãe e do bebê, com maior compreensão de suas necessidades, medos e anseios”

“...no começo meio angustiado, suor frio, com o passar dos minutos muita tranqüilidade e alegria”

“...como pai, senti a maior emoção do mundo. Seria necessário algumas folhas para descrever. Quanto aos médicos e enfermeiras, foram todos muito atenciosos e amigos. A maternidade está de parabéns. Obrigado!”

Assim, mediante ao que foi mencionado anteriormente, podemos constatar diversificados depoimentos ao que se refere, principalmente, às crenças, valores, costumes e padrões de comportamento das parturientes e familiares.

Acreditamos e constatamos que esses valores, trazidos por essas pessoas, são transmitidos de geração em geração, e que possuem um forte significado em suas vidas.

Ademais, quanto à presença e importância do pai no momento do parto, verificamos que estes, mostraram-se estar envolvidos ativamente neste processo, atribuindo deste modo, um maior valor a sua companheira, bem como uma efetiva interação ao trinômio mãe-pai-filho.

8 - FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS

Durante o período de estágio, observamos algumas situações que julgamos serem importantes citar. Para tornar mais didática a apresentação deste item, resolvemos expô-lo em dois momentos: facilidades e dificuldades.

8.1 - FACILIDADES

- Autonomia e liberdade para atuação.
- A utilização do marco referencial proposto, que nos possibilitou a execução do trabalho.
- Bom relacionamento das acadêmicas entre si, e destas com as enfermeiras supervisoras, proporcionando um trabalho dinâmico e bem sucedido.
- Disponibilidade da orientadora em nos auxiliar na elaboração e concretização de nosso trabalho.
- A aplicação do instrumento (roteiro de coleta de dados) que nos possibilitou ter uma visão clara à respeito dos valores sócio-culturais da clientela.
- Boa aceitação e interação com a equipe de enfermagem e interdisciplinar.

- Bom relacionamento com a clientela, tendo em vista a boa aceitação e participação destas no desenvolvimento do trabalho.
- Um favorável intercâmbio entre a orientadora com a administração e gerência de enfermagem da Maternidade Carmela Dutra (MCD).
- Intercâmbio com o Alojamento Conjunto possibilitando, algumas vezes, a continuidade de nosso trabalho.
- Ampliação do Centro Obstétrico, bem como reforma geral em diferentes setores da MCD.
- A implementação de uma metodologia de enfermagem no Centro Obstétrico, que prevê rotinas pré-estabelecidas em relação à entrada do pai / acompanhante neste local (Anexo 3).
- E uma boa interação com uma acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - RS, que também desenvolvia seu trabalho de conclusão de curso no Centro Obstétrico da MCD.

8.2 - DIFICULDADES

- Limitação por parte de alguns membros do corpo clínico em relação à entrada do pai / acompanhante no Centro Obstétrico.
- Escassês de literaturas científicas referentes à importância da presença do acompanhante na sala de parto e quanto às questões culturais.
- Demanda excessiva de parturientes em alguns períodos, que dificultavam e/ou impossibilitavam a aplicação do instrumento, devido a sobrecarga de atividades e número reduzido de funcionários.
- Devido o nosso projeto inicial, ter-se limitado somente ao cuidado de enfermagem no Centro Obstétrico, muitas vezes, perdíamos a oportunidade de trabalhar com a parturiente / familiar desde a triagem obstétrica, já que,

encontrávamos envolvidas em atividades extras, e até mesmo por uma deficiência na organização do próprio grupo.

- E de acompanhar algumas vezes, todos os períodos clínicos do parto em uma única parturiente, tendo em vista o tempo em que nós, acadêmicas de enfermagem, permanecíamos no local de estágio.

9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Após desenvolvermos o projeto e executá-lo na prática, observamos que foi relevante a prévia familiarização com a área física e rotinas da unidade, ressaltando ainda mais nosso interesse sobre o tema, acreditando ser de fundamental importância, a atuação da(o) enfermeira(o) na prestação de um cuidado humanizado junto ao trinômio mãe-pai-filho no próprio Centro Obstétrico.

Procuramos dentro dos objetivos propostos, abordar a família das parturientes, pois acreditamos que estas sejam um ponto de referência no que diz respeito as suas crenças, valores e padrões de comportamento. Mediante à isto, constatamos a forte influência dos diferentes conhecimentos populares que norteiam o posicionamento da clientela frente ao cuidado, bem como a importância do pai na sala de parto.

Percebemos que em nossa sociedade o pai costuma não participar ativamente do processo de nascimento de seu filho; entretanto, sabemos que isto não é algo que surgiu de uma hora para outra, mas sim, que possui uma forte ligação com o que tem sido transmitido de geração a geração e pelo que é atribuído aos conceitos de maternidade e paternidade.

Parseval (1986), em relação ao que foi citado acima, coloca que em nossa cultura, a paternidade, assim como a maternidade, não é definida diretamente pela realidade fisiológica, mas pelo uso que cada sociedade, em momentos variados de sua história e de sua ideologia, faz dela.

O fato de termos feito uma revisão bibliográfica relacionada com trabalho de parto, parto, cuidados com o recém-nascido, puerpério, cultura, presença do acompanhante junto à parturiente na sala de parto e aleitamento materno, abrangendo assim o conhecimento científico bem como uma visão holística sobre todo o processo, nos forneceu suporte teórico que embasou nossa prática no transcorrer do estágio.

Consideramos que, foi de grande magnitude trabalhar com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, porque para ter-se a promoção da saúde, muitas vezes é preciso adaptar e redirecionar para que se mudem práticas, costumes e hábitos que interfiram de forma negativa na saúde das pessoas, já que trabalhar com questões inerentes a um enfoque cultural, torna-se de grande importância para o efetivo direcionamento desse cuidado.

Importante ressaltar que, apesar de existir alguns questionamentos quanto à aplicabilidade da Teoria de Madeleine Leininger no C.O., comprovamos que esta é possível de ser aplicada na prática, embora o tempo para repadronizar padrões de comportamento seja limitado.

Leininger, chama a atenção para que o diagnóstico e os cuidados de enfermagem sejam traçados à partir do contexto cultural vivenciado pelo cliente. Assim, nós enquanto grupo, acreditamos ser correto e muito importante tal consideração, porque pode haver, por parte da clientela selecionada, crenças errôneas sobre determinadas práticas de cuidado à saúde, e que estejam impedindo que esta adote as orientações do(a) enfermeiro(a). Deste modo, conhecendo melhor sua cultura, podemos identificar estas crenças errôneas e transformá-las num processo de aprendizagem / conscientização entre cliente e profissional.

Acrescentando-se à isto, Leininger apud Monticelli (1997), preconiza que a cultura influencia diretamente o processo saúde/doença dos indivíduos, familiares e/ou grupo. Por este motivo, a(o) enfermeira(o) só poderá desenvolver ações congruentes sem interagir com a consciência de que sua cultura pessoal e

profissional poderá ser diferente daquela dos indivíduos, famílias e grupos com quem está atuando.

Torna-se importante enfatizar, que ao observarmos alguns profissionais na prática, percebíamos também, que estes procuravam junto as clientes sob seus cuidados, prestar um maior grau de atenção, voltando-se ainda às suas percepções/experiências, e não simplesmente repassando orientações pré-estabelecidas na rotina da instituição.

Cabe-nos salientar ainda, que com a oportunidade oferecida por este trabalho, crescemos tanto pessoal quanto profissionalmente ao vencermos os desafios e obstáculos encontrados ao longo do percurso.

Por conseguinte, ao compreendermos o nosso aprendizado como parte a contribuir para um processo maior, gostaríamos de recomendar que:

- Os profissionais de saúde considerem os aspectos sócio-culturais do indivíduo no atendimento de seu cuidado, em especial nas instituições de saúde, onde este, encontra-se altamente vulnerável. Nesta situação, a(o) enfermeira(o) deve ter conhecimento de seus próprios recursos disponíveis e da prática de sua profissão, para poder interferir direta ou indiretamente em sua reabilitação e condição de completo bem-estar.

- Como acreditamos que este trabalho possa servir de subsídio para novas propostas assistenciais, esperamos que outros colegas de curso dêem continuidade ao trabalho, permitindo deste modo, uma maior humanização do parto.

- A maternidade em questão, não deixe de investir constantemente em um serviço qualificado de enfermagem, facilitando deste modo que, a parturiente na medida do possível, esteja acompanhada por seu marido ou outro familiar.

- Acreditamos que seja de fundamental importância, que referenciais teóricos sejam utilizados no dia-a-dia, servindo assim, como um guia para a prática assistencial.

- Seja revista a carga horária prática da disciplina Enfermagem Obstétrica, alocada na VIIª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, no sentido de ampliá-la, favorecendo ao acadêmico, uma visão não somente biológica, mas também psicológica / emocional e sobretudo sócio-cultural.

- A equipe interdisciplinar do Centro Obstétrico, seja cada vez mais conscientizada frente à necessidade de humanização do parto, enfatizando principalmente, a importância da presença do acompanhante neste local.

Para finalizar, temos a plena convicção de que, através destas recomendações, a enfermagem possa conquistar novos espaços e abrir novos horizontes, tendo um nível de assistência mais qualificada, onde o ser humano seja percebido como um ser único, que vive numa cultura e interage do início ao fim de sua vida com outros seres humanos, aprendendo, vivenciando e compartilhando significados e papéis sociais que orientam suas ações.

10 - BIBLIOGRAFIA

10.1 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ANGEMARI, Emília L. S. , MENDESI, Isabel A C. Marco teórico das investigações em enfermagem: sua relação com as teorias de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 20-24, jul., 1989.
- 2- ARRUDA, A Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer. In: *Quando a paciente é mulher*. Relatório do Encontro Nacional de Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado. Brasília: Ministério da Justiça, 1989, p. 35-42.
- 3- ATKINSON, Leslie D., MURRAY, Marry Ellen. *Fundamentos de enfermagem*: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- 4- BOHES, Astrid. *Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseada na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família*. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- 5- BURROUHS, Arlene. *Uma introdução à enfermagem materna*. 6. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

- 6- CHODOROW, Nancy. *Psicanálise da maternidade*: uma crítica a Freud à partir da mulher. Tradução por Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990. 303 p. Tradução de The reproduction of mothering: psychoanalysis and the sociology of gender. Cap. 2. p. 27-61: Por que as mulheres maternam?
- 7- DELASCIO, Domingues, GUARIENTO, Antônio. *Obstetrícia normal Briquet*. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 1987.
- 8- ELLIS, Jeffrey W. Trabalho de Parto. In: Ellis, Jeffrey W. e Beckmann, Charles R. B. *Manual de obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986, cap.11, p. 144-5.
- 9- FREITAS, Fernando (coord.) et al. *Rotinas em obstetrícia*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 10- FUNDAÇÃO Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estatísticas do registro civil. Rio de Janeiro, v.21, p. 1 - 273, 1994.
- 11- 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. 286-289.
- 12- HELMAN, Cecil . *Cultura, saúde e doença*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- 13- HENTSCHEL, Flávia B. Lange et al. Sentimentos e percepções do pai quanto a sua presença na sala de parto. *Rev. Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre, v.14, n.1, p. 34-39, jan., 1991.
- 14- KEESING, Félix M. *Antropologia Cultural*: a ciência dos costumes. Tradução por Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961. 652 p. Tradução de Cultural Athropology. Cap. 10. p. 371-434: Organização Social.
- 15- KLAUS, M. H., KENNEL, J. H. *Pais/bebê*: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 16- LAZZAROTO, Danilo. *Antropologia*: uma teoria da evolução cultural. Porto Alegre: Sulina, 1974.

- 17- LEININGER, Madeleine. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, 1, Florianópolis, *Anais...* Florianópolis: UFSC, 1985, p. 255-270.
- 18- MALDONADO, Maria Tereza P. *Psicologia da gravidez*. 6. ed. Petrópolis: Vozes Ltda, 1981.
- 19- MALDONADO, Maria Tereza, NAHOUM, Jean Claude, DICKSTEIN, Júlio. *Nós estamos grávidos*. Rio de Janeiro: Bloch, 1978.
- 20- MARCON, Sônia Silva. *Vivenciando a gravidez*. Florianópolis: UFSC, 1989. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.
- 21- MONTICELLI, Marisa. *O caminhar junto às mulheres e aos recém-nascidos na perspectiva do nascimento como um rito de passagem*. Florianópolis: UFSC, 1993. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, 1993.
- 22- MONTICELLI, Marisa. *Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos*. São Paulo: Robe, 1997.
- 23- MOURA, Marisa Decat de, et al. O lugar do pai no nascimento de seu filho. *Rev. Femina*. Belo Horizonte, v.12, n. 9, p. 784-786, set., 1984.
- 24- NASCIMENTO, M. da G. P. do. *Interesses e preocupações a respeito do parto: gestantes presentes na unidade de pré-natal do amparo maternal*. São Paulo, 1984. 150 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Obstétrica). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Escola Paulista de Medicina, 1984.
- 25- OMS/UNICEF. Dados sobre a lactância materna, 1980-1989. *Boletim of sanit. panam*. 108(1), 1990.
- 26- PARSEVAL, Geniéve Delaisi de . *A parte do pai*. Tradução por Theresa Cristina Stummer e Lígia A Watanabe. Porto Alegre: L & PM, 1986. 272 p. Tradução de la part du père. Cap. 1, p. 22-33: Paternidade e ideologia ou o pai, a natureza, a cultura.

- 27- PATRÍCIO, Zuleica Maria. *A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural*. Florianópolis: UFSC, 1990. 282 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- 28- PIZZATO, Mariana G., POIAN, Vera R.L. da. *Enfermagem neonatológica*. 2.ed. Porto Alegre: Luzzoto, 1985.
- 29- REZENDE, Jorge de. *Obstetrícia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
- 30- SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino. Aleitamento materno. In: SCHMITZ, Edilza Maria et al. *A enfermagem em pediatria e puericultura*. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 1989, p. 25-48.
- 31- SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino. *A mulher como foco central na prática do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na teoria do auto cuidado de Orem*. Florianópolis: UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- 32- SOIFER, R. Ansiedades na situação de parto. In: SOIFER, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 51-62.
- 33- SABATINO, Hugo et al. *Parto humanizado: formas alternativas*. São Paulo: Editora da UNICAMP, 1992.
- 34- SOUZA, M.C.B. Considerações sobre planejamento familiar. *Femina*. Rio de Janeiro, v.17, 1985.
- 35- WHALEY & WONG. Enfermagem Pediátrica. *Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.
- 36- ZIEGEL, Erna, CRANLEY, Mecca. *Enfermagem obstétrica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

10.2 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1- ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de. *Maternidade*: um destino inevitável. Rio de Janeiro: Campus, 1987.
- 2- ANAIS do Primeiro Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal. São Paulo, ABREP, 1993.
- 3- BALASKAS, J. *Parto ativo*. São Paulo: Ground Ltda, 1993.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher*: bases de ação programática. Brasília, 1985.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. *Proteção, proteção e apoio ao aleitamento materno*: o papel especial dos serviços materno-infantis. Brasília, 1991.
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Assistência Institucional ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido. 1.ed. Brasília, 1991.
- 7- FONSECA, Claudia. *Fronteiras da Cultura*: horizontes e territórios da antropologia na América Latina. Porto Alegre: Ed. Universidade, UFRGS, 1993.
- 8- JR, Frederick W. G. *Preparação para o parto*: preparo psicológico e físico da gestação. Tradução de Edilson Alkmim Cunha. Rio de Janeiro: Bloch, 1971, 237 p. Tradução de Preparing for Preparing for childbirth. Cap. 14, p. 199-214: A psicologia do parto.
- 9- KASSICK, Cristine. *O masculino e o feminino no trabalho de cuidados mãe-bebê*. Porto Alegre: PUCRS, 1996. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade). Curso de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1996.
- 10- LAPLANTINE, François. *Aprender antropologia*. Tradução por Marie Agnés Clauvel. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. Tradução de: Clefs pour l' anthropologie.
- 11- LEBOYER, F. *Nascer sorrindo*. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1980.

- 12- MALDONADO, Maria Tereza. *Maternidade e paternidade: situações especiais e de crise na família*. Petrópolis: Vozes Ltda, 1989.
- 13- MOORHOUSE, M. F., DOENGENS M. E. *Manual de enfermagem clínica: diagnósticos, planos de cuidados, documentação*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
- 14- RESOLUÇÃO do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) - 160. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, maio de 1993.
- 15- SANTOS, Odaléa Maria Bruggmann. *Conhecimento e fontes de informação sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto*. Itajaí: UNIVALI, 1989. 62 p. Monografia apresentada para a obtenção do título de especialização em Enfermagem Obstétrica, Perinatal e Obstetrícia Social. Universidade do Vale do Itajaí, 1989.

11 - APÊNDICES

APÊNDICE 1

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS COM A PARTURIENTE

1. IDENTIFICAÇÃO:	DATA: ___ / ___ / ___
NOME: _____	
DATA DE NASC.: ___ / ___ / ___	
NACIONALIDADE: _____	
PROCEDÊNCIA: _____	
ESCOLARIDADE: _____	
ETNIA: _____	
N.º DE FILHOS: _____	
IDADE DOS FILHOS: _____	
ESTADO CIVIL: _____	
PROFISSÃO/ OCUPAÇÃO _____	
RELIGIÃO: _____	

2. CULTURA (QUESTÕES CULTURAIS):

A) Como se comporta com a roupa que está?

B) O que expressa na linguagem não-verbal?

C) Comportamento corporal e expressão facial?

- () Chora
- () Grita
- () Coloca a roupa na boca
- () Tampa a boca com a mão
- () Morde os dedos
- () Outros (.....)

D) O que refere antes de estar no período expulsivo propriamente dito?

E) O que refere durante o período expulsivo?

F) O que refere depois do período expulsivo?

G) Qual a reação da parturiente em relação ao recém-nascido:

- beija-o
- coloca-o no seio
- chora
- acaricia
- não o toca
- ri
- fala com ele
- não verbaliza
- outros (.....)

H) Qual a relação com os profissionais da saúde:

- retraída
- agressiva
- demonstrando medo/ insegurança
- demonstrando confiança/ tranquilidade
- ajudando no processo
- outros (.....)

D) Qual a relação dos profissionais da saúde com a parturiente:

- afetividade
- agressividade
- valorização das atitudes
- indiferença
- deboche/ ironia
- outros (.....)

3. VALORES/ COSTUMES E CRENÇAS RELACIONADAS AO PROCESSO DE PARIR.

A) Com relação a placenta:

- sabe o que é? Conhece?
- quer guardar?
- quer enterrar?
- pede para contar os noz?
- não questiona

B) Com relação aos primeiros cuidados com o recém-nascido, refere algo sobre:

- coto umbilical
- aspiração
- banho
- características fisiológicas (vérnix ...)

C) Com relação ao primeiro banho do recém-nascido (dentro do Centro Obstétrico):

- não quer que seja colocado na água
- não se importa
- quer ver
- outra observação: ...

D) Outros valores e crenças referidos.

4. COM A PRESENÇA DE ACOMPANHANTE/FAMILIAR NO CENTRO OBSTÉTRICO:

- () chama-os
- () deseja que eles estejam presentes
- () não deseja sua presença.

5. DADOS OBSTÉTRICOS:

Utilizaremos como exemplo, o modelo de Partograma - Ficha clínico-obstétrica da M.C.D. (Anexo 4).

OBSERVAÇÃO:

Na identificação não mencionaremos o nome da parturiente em respeito a sua privacidade.

APÊNDICE 2

Apêndice 2

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS COM O FAMILIAR/ ACOMPANHANTE

1. IDENTIFICAÇÃO:	DATA: ___/___/___
NOME: _____	
DATA DE NASC.: ___/___/___	
NACIONALIDADE: _____	
PROCEDÊNCIA: _____	
ESCOLARIDADE: _____	
PARENTESCO COM A PARTURIENTE: _____	
ETNIA: _____	
Nº DE FILHOS: _____	
IDADE DOS FILHOS: _____	
ESTADO CIVIL: _____	
PROFISSÃO/ OCUPAÇÃO _____	
RELIGIÃO: _____	

2. QUESTÕES CULTURAIS:

A) Como se comporta na sala de espera:

- () nervoso/agitado
- () calmo/tranquilo
- () questiona os funcionários
- () anda de um lado para o outro
- () outros (.....)

B) O que acha da presença de um acompanhante no Centro Obstétrico junto à parturiente:

- concorda
 não concorda

Por quê?

C) Você gostaria de acompanhar a _____ na sala de pré-parto e parto?

- sim
 não

Por quê?

D) Você recebeu algum preparo durante o pré-natal para acompanhar a _____ na sala de pré-parto e parto?

- sim
 não

Qual?

APÊNDICE 3

•

FICHA PARA DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO

CUIDADOS CULTURAIS DA PARTURIENTE:

1. NO CENTRO OBSTÉTRICO:

DATA:

De que forma acontecem	Como querem que aconteçam	Preservar	Acomodar	Reorganizar

Construção da ficha baseado em Monticelli (1993).

APÊNDICE 4

•

Ficha para Diagnóstico e Planejamento

Cuidados Culturais da Parturiente:

1 - No Centro Obstétrico:

<i>Cuidados manifestados</i>	<i>Diversidades e/ou Universalidades culturais do cuidado</i>	<i>Diagnóstico de Enfermagem efetuado a partir das Diversidades e/ou Universalidades culturais do Cuidado</i>	<i>Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • 		

APÊNDICE 5

•

**FICHA PARA AVALIAÇÃO DO PROCESSO COM A PARTURIENTE E
FAMILIAR/ACOMPANHANTE.**

1. IDENTIFICAÇÃO:

A identificação da avaliação em questão, se dará à partir de dados obtidos, com:

- Parturiente
- Familiar/acompanhante

2. QUESTÕES AVALIADAS:

A) Houve congruência/coerência cultural do cuidado:

- através da expressão facial da parturiente, acompanhante/familiar
 - através da verbalização
 - através de reações corporais
 - não houve.
-

B) Como sentiu-se em relação ao cuidado de enfermagem prestado no Centro Obstétrico?

C) Você gostaria de contribuir com sugestões referentes ao cuidado de enfermagem no Centro Obstétrico:

- sim
- não

Qual (is):

APÊNDICE 6

•

Visita nº 1

Local: Maternidade do Hospital Universitário

Data: 05.05.97

A Maternidade do Hospital Universitário (H.U.), situada no Campus Universitário da UFSC, no bairro Trindade, em Florianópolis - Santa Catarina, foi inaugurada em 24 de outubro de 1995.

Divide-se em seis setores: Admissão, Triagem, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, Central de Incentivo ao Aleitamento Materno e Unidade Neonatal. Presta atendimento à mulheres de nível social diversificado independente da idade, estado civil e escolaridade.

Importante ressaltar que, no HU a cliente (gestante/parturiente), tem direito a um acompanhamento, desde o momento que passa pela triagem obstétrica até o momento da alta, e as informações são fornecidas sem nenhuma dificuldade, pois o fato de se permitir um acompanhante em todo período de atendimento hospitalar, deixa bem claro o direito ao acesso às informações. Este deve-se a sua filosofia, onde preconiza-se a aplicação de uma assistência humanizada aliada a ideais de ensino (Anexo 9).

A maternidade recebe suporte técnico-administrativo da instituição Hospital Universitário, como prestação de serviços Laboratoriais, Raio X, Lavanderia, Almoxarifado, Farmácia, Centro de Material e Esterilização, além de outros.

O Alojamento Conjunto possui 16 leitos ativos, reservados ao binômio mãe e filho, sendo permitida a presença de acompanhante nas 24 horas e de crianças nos horários de visita, afim de favorecer um maior vínculo familiar. Há ainda 06 leitos destinados à gestantes de risco. O Centro Obstétrico é constituído por 2 vestiários (feminino/masculino), copa, sala para a Chefia de Enfermagem, 3 banheiros, pré-parto com 4 leitos individuais, sala de observação com 2 leitos, 2 salas de parto existindo em uma delas uma mesa para parto verticalizado, 1 sala cirúrgica, 1 sala de recuperação com capacidade para

4 binômios, posto de enfermagem, sala de medicação, 2 expurgos, 3 lavabos e 2 salas (1 para os anestesistas e outra para descanso dos funcionários e/ou armazenamento do material).

A maternidade também oferece curso para casais grávidos, e encontro mensal à gestantes do terceiro trimestre. Desenvolve ainda, o projeto “mãe canguru” no berçário de alto risco. Estes cursos, reafirmam a qualidade do serviço oferecido, e pregam idéias de “parto humanizado”.

Deste modo, ajuda a cliente em questão, a expor suas ansiedades e experiências, bem como seus receios, deixando transparecer suas expectativas perante o processo do parto.

Assim, torna-se importante enfatizar que ao visitarmos a Maternidade do Hospital Universitário, não só conhecemos sua realidade como também aprendemos a respeitar seus princípios e filosofia, desde suas colocações iniciais até seu modo e espírito de trabalho.

Ademais, esta também conta com a aplicação de uma metodologia com rotinas próprias além de, estar trabalhando efetivamente para o sucesso da implantação dos 10 (dez) passos do aleitamento materno e conseqüente obtenção do título de “Hospital Amigo da Criança”.

Por fim, cabe ressaltar que conveniada ao Governo Federal a Maternidade em questão, tem como objetivos:

- Amenizar as preocupações da gestante, para que assimile o parto como um momento feliz;
- Manter, expandir e modernizar a estrutura física bem como, os recursos materiais e humanos de acordo com as necessidades contemporâneas;
- Oferecer os mais elevados padrões técnicos, científicos e de humanização, respondendo rápido e sensivelmente às necessidades mutáveis do progresso científico e tecnológico das Ciências da Saúde, visando sobretudo a segurança e a pronta recuperação dos clientes;
- Gerenciar a maternidade da forma mais científica e eficaz, evitando desperdícios de recursos, dentre outros.

APÊNDICE 7

•

Visita nº 2

Local: Maternidade Darcy Vargas

Data: 20.05.97

A Maternidade Darcy Vargas foi fundada pelo Governo do Estado no dia 16 de abril de 1947, para melhorar o atendimento às gestantes e recém-nascidos em Joinville e em todo norte de Santa Catarina. Encontra-se situada à rua Miguel Couto, s/n, Centro - Joinville (SC).

Foi transformada em ponto de referência na prestação especializada de serviços a gestantes e recém-nascidos da região Norte Catarinense. Em 1994, recebeu da UNICEF e OMS o título de “HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA” pelo reconhecimento ao seu trabalho de prioridade ao atendimento humanizado na relação MÃE-FILHO, tendo como destaque o aleitamento materno. A partir de 1993, a direção da Maternidade mudou sua visão de administração e iniciou a implantação da gestão participativa, onde todos os funcionários passaram a contribuir de maneira efetiva, o que acabou gerando a implantação do Programa de Gestão de Qualidade Total em Saúde, sendo a Maternidade a pioneira neste tipo de gestão em Santa Catarina. Este programa visa atender ao binômio materno-fetal (MÃE-FILHO) com qualidade técnica, solicitude e humanidade. Para isso, a Maternidade conta com profissionais qualificados e em permanente atualização, além de serviços especializados. Ainda recentemente, pela sua qualidade técnica e de atendimento, adquiriu por mérito, o direito de formar médicos especializados nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, o que a coloca entre as melhores do país.

É uma instituição prestadora de serviços de saúde e o único hospital da rede municipal de saúde destinado à assistência exclusiva do binômio materno-fetal.

O Alojamento Conjunto possui enfermarias de 03 a 05 leitos, reservados ao binômio mãe e filho, sendo permitida a presença do pai e/ou acompanhante no período matutino e noturno (18:30 às 20:00 horas). Incluindo também, a entrada de visitantes no período vespertino (14:30 às 16:30 horas). Há ainda 05

leitos destinados à gestantes de alto risco. O Centro Obstétrico é constituído por 3 vestiários, copa, posto de enfermagem, 3 banheiros, pré-parto com 08 leitos (destes 2 são particulares), 2 salas de parto, 2 salas cirúrgicas existindo em uma delas uma mesa para parto verticalizado, 1 sala de recuperação, rouparia, expurgo, sala de neonatologia e/ou primeiros cuidados com a criança pós-parto.

A maternidade também dispõe de serviços especializados, como:

→ *Na maternidade todas as pacientes contam com atendimento de profissionais de saúde especializados* - Todos os partos são acompanhados por obstetra, corpo de enfermagem, neonatologista, com isso garantindo um atendimento de alto-nível para todas as pacientes independente do convênio.

→ *Alojamento Conjunto* - O binômio (mãe e filho) ficam sempre juntos no mesmo quarto, facilitando o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido e do vínculo mãe-filho.

→ *Parto sem dor (opção)* - Equipe multidisciplinar que inclui: obstetra, anestesista e pediatra, proporcionando um parto normal com a mãe lúcida, participativa e sem dor.

→ *SAR-NEO* - Serviço Alto Risco Neonatal (UTI) - Conta com médicos pediatras especializados no atendimento de recém-nascidos de alto risco em UTI de plantão 24 horas e com aparelhagem e materiais necessários para atendimento desses recém-nascidos que necessitam de cuidados especiais (prematuros, patologias decorrentes do pré, trans e pós-parto). Dentro da SAR-NEO, a maternidade criou o Programa AMOR PERFEITO, visando a humanização e participação da família na atenção e cuidados com o bebê de alto-risco. A mãe passa a fazer parte da equipe de atendimento e atenção ao bebê. Isso dá segurança e ajuda na recuperação da criança.

→ *Banco de Leite* - O Banco de Leite da maternidade, atende gratuitamente a todas as mães de Joinville e região que necessitam de orientação e auxílio na amamentação. As mães que produzem leite materno em excesso procuram o banco de leite para doação. Esse leite vai ser utilizado, após exames, para a alimentação dos bebês de alto-risco internados.

→ *Grupo de Geração* - Profissionais de diversas áreas orientam os futuros pais a respeito das transformações da gravidez e os cuidados necessários, preparando-os para o parto e recebimento do bebê com amor, carinho e ternura.

→ *Palestra de Orientação às gestantes* sobre cuidados com aleitamento materno e com o recém-nascido.

→ *Grupo de Mães* - Reuniões semanais realizadas por equipe multidisciplinar e mães para discutir problemas de amamentação.

→ *Ambulatório de Gestação de Alto-Risco* - Atendimento especializado por equipe multidisciplinar dirigido especialmente para gestantes portadoras de diabetes, hipertensão, cardiopatias, bem como às gestantes adolescentes, idosas e outras.

→ *Ambulatório de Neonatologia de Alto-Risco (Programa REVIDE)* - Todo recém-nascido internado no Serviço de Alto-Risco Neonatal (SAR-NEO/UTI), será acompanhado no que se refere às suas condições clínicas e de desenvolvimento psico-motor (REVIDE).

→ *Serviço de Medicina Fetal* - Destina-se ao diagnóstico e tratamento das doenças do feto intra-útero.

→ *Centro de Diagnóstico* - Conta com modernos aparelhos de Raio-X, Ultrassom, Cardiotocógrafo, Histeroscópio e Laparoscópio.

Importante ressaltar que, a maternidade para se integrar à comunidade, conta com serviços de medicina comunitária, realizando programas de assistência domiciliar com equipes multidisciplinares: assistente social, nutricionista, psicólogo, enfermeiros, dentre outros.

Ademais, está tudo pronto para a implantação do Hospital da Mulher. O projeto prevê a ampliação da maternidade em 5.800 m², distribuídos em 5 andares, com mais 50 leitos para Obstetrícia e Ginecologia e 25 leitos para atendimento neonatal. Além de estar equipado com Centro de Diagnóstico por Imagem, Hospital Dia, Centro de Ensino e Tecnologia, bem como Ambulatorial; colocando a maternidade, como referência de atendimento ao binômio materno-fetal para todo Norte Catarinense e conseqüente municípios.

APÉNDICE 8

•

Visita nº 3

Local: Hospital Dona Helena

Data: 20.05.97

O Hospital Dona Helena está localizado à rua Blumenau 123, centro do município de Joinville-SC. É uma entidade privada e filantrópica, mantida pela Associação Beneficente Evangélica de Joinville. Este hospital oferece os serviços de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Clínica Pediátrica, além de UTI, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Berçário, Maternidade e Pronto Atendimento.

Quanto a recursos humanos dispõe de um quadro de quinze enfermeiros, onde três são somente professores do curso técnico e auxiliar de enfermagem que a instituição oferece, dois são supervisores noturnos, um é supervisor diurno, um enfermeiro é da chefia geral e os outros sete são chefes de unidade.

Assim, também cabe ressaltar, que a maternidade deste hospital, dispõe de trinta e seis leitos, sendo todos de alojamento conjunto. Destes, vinte e oito coletivos, sete apartamentos e uma suíte. Possui um quadro geral de dezesseis funcionários de enfermagem, uma enfermeira e uma escriturária. Dispõe de uma sala de vacinas e ultra-violeta, dois quartos para gestantes de alto risco, além das demais salas de apoio. Oferece cursos de gestantes, seguindo os dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno da UNICEF.

Acrescentando-se à isto, o Centro Obstétrico do Hospital Dona Helena está passando por um processo de reforma, sendo que uma parte deste já foi concluído e inaugurado em meados de maio de 1997.

Deste modo, conta atualmente com duas salas de parto normal, duas salas cirúrgicas, uma sala de pré-parto e outra de pós-parto; além de uma sala para recuperação. Possui um quadro geral de vinte funcionários de enfermagem e somente uma enfermeira.

Quanto ao Berçário, importante salientar que o mesmo, também está passando por uma reforma, sendo que futuramente funcionará como uma UTI Neonatal. Assim, conta com duas salas de emergência com quatro incubadoras e uma sala de médio risco com seis incubadoras, onde os bebês permanecem até atingirem um peso de 2.200 Kg. Possui ainda uma sala de amamentação.

Por fim, enfatizamos a importância desta instituição para com os moradores de Joinville-SC, uma vez que, através desta, estes podem ser beneficiados no que diz respeito à prestação de uma assistência com qualidade bem como, a humanização do parto e conseqüente cuidado de enfermagem voltado aos aspectos psicológicos do trabalho de parto.

•

APÊNDICE 9



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

Florianópolis, 24 de abril de 1997.

**DA: COORDENADORA DE ESTÁGIO DO CURSO DE ENFERMAGEM
PARA: DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Como é do conhecimento dessa direção, conforme correspondências anteriores o Curso de Enfermagem propicia modalidades de estágio obrigatório em várias áreas de atuação.

Neste semestre, as alunas Fabiana Minati, Joyce Menezes, Patrícia Adriana Klein e Simone de Melo estão desenvolvendo estágio com Parturientes e seus familiares no Centro Obstétrico da Maternidade Carmela Dutra.

Vide projeto em anexo.

Por se tratar de um serviço pioneiro, em termos de enfermagem em SC, vimos solicitar passagem via terrestre Fpolis - Joinville - Fpolis para as referidas alunas, afim de visitarem o Centro Obstétrico da Maternidade Darcy Vargas com data prevista para a segunda quinzena do mês de maio de 1997.

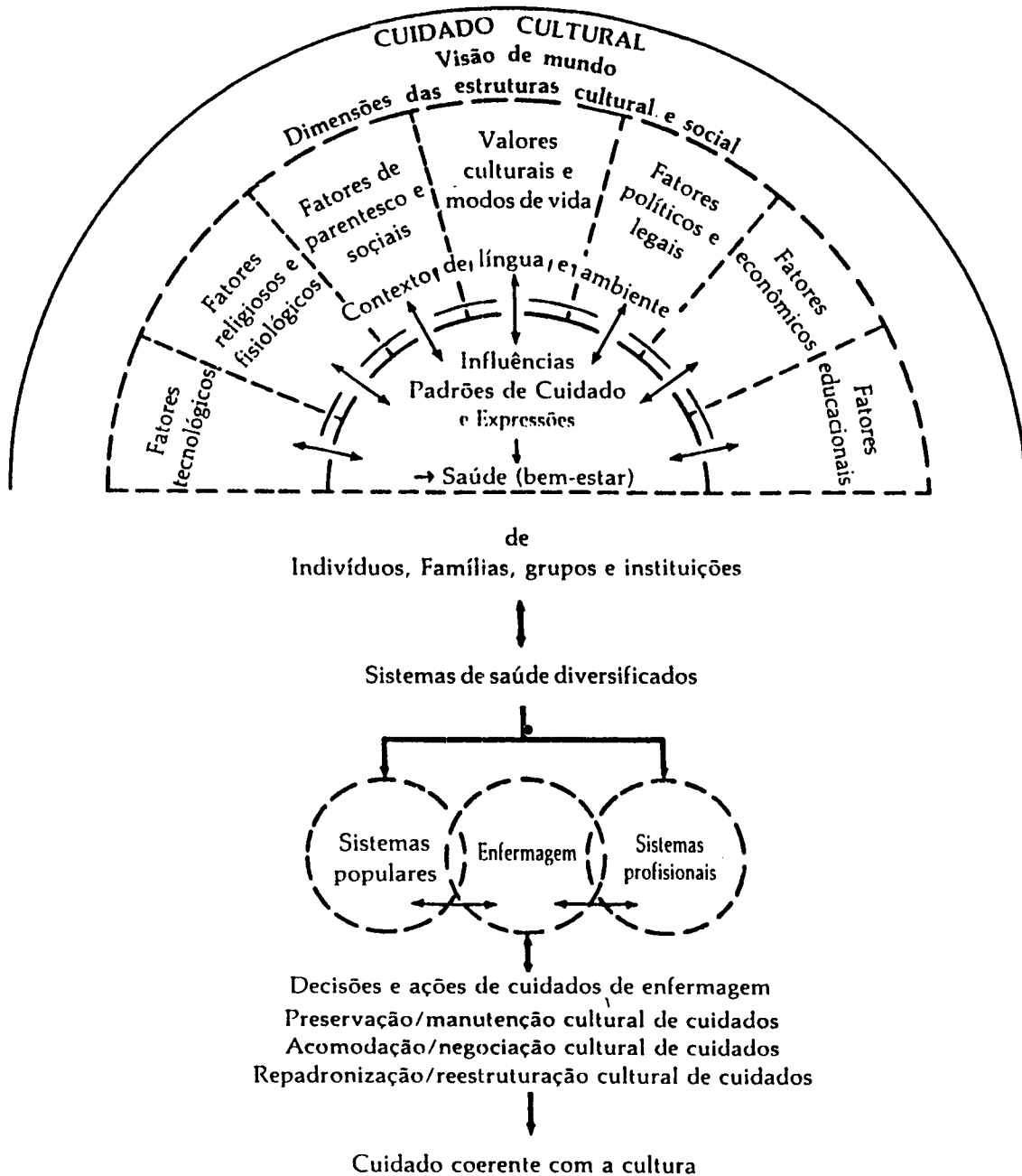
Profª Maria de Lourdes Silva Cardoso
- Coordenadora de Estágio -

12 - ANEXOS

•

ANEXO 1

•



LEGENDAS

- Influenciadores
- Influenciadores direcionais

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

ANEXO 2

•

ESTADO DE SANTA CATARINA.
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.
MATERNIDADE CARMELA DUTRA.
CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE DA MULHER.
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA.
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

I - IDENTIFICAÇÃO :

Nome : Q / L :
Registro : Cor : Idade : Naturalidade :
Procedência : Profissão : Estado Civil :
Período Expulsivo : Sim () Não () Data / Hora da Internação :
Condições da Paciente na Internação :

II - DADOS CLÍNICOS DE INTERESSE PARA A ENFERMAGEM :

DUM : / / DPP : / / PARA : GESTA : Abortos : Mal formados
Peso : g Estatura : cm Data do último parto : / /
Grupo Sanguíneo e Fator Rh : Hematócrito : Hemoglobina : Anemia :

III - PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS :

Motivo da Internação :
Expectativas em Relação ao Parto :

Deseja Acompanhamento : No TP : Sim () Não () / No Puerpério : Sim () Não ()
Possui Alguma Informação sobre Alojamento Conjunto : Sim () Não ()
Nome do Acompanhante : Grau de Parentesco :
Enfermeira : Data : / / Hora :

IV - PROBLEMAS RELACIONADOS AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS :

1 - Necessidades Psicobiológicas :

1.1 - Oxigenação.

Dispneia na gravidez : Sim () Não ()
Tabagismo na gravidez : Sim () Não () Quantos por dia :
Dispneia no momento : Sim () Não () R : mm.

1.2 - Hidratação e Alimentação :

Horário da Última Ingesta :
Tipo de Alimento :
Hábitos , Vícios e Tâbus :

1.3 - Eliminações :

Vesical : Padrões de eliminações urinária :
Problemas : Infecção urinária na gravidez Sim () Não ()
Outras :

Intestinal : Padrões de eliminações intestinal.

Problemas : Infecções intestinal na gravidez Sim () Não ()
Outras :

Drenagens / Secreção vaginal :

Perda tampão mucoso Sim () Não ()
Sangramento vaginal na gravidez Sim () Não ()
Sangramento vaginal no momento Sim () Não ()

Hora do Rompimento da Bolsa :
Bolsa rota Sim () Não () Espontânea () Artificial ()

Características do líquido amniótico : líquido claro () líquido claro com grumos ()
líquido meconial espesso () fluido ()
líquido achocolatado () líquido sanguinolento ()

Náuseas e vômitos : na gravidez Sim () Não ()
no momento Sim () Não ()

1.4 - Integridade Física :

1.5 - Regulações :

Térmica : T : °C

Vascular : PA : mmHg P : bpm Varizes : Sim () Não ()

Neurológica : Tontura na gravidez Sim () Não ()

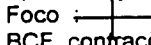
Desmaios na gravidez Sim () Não ()

Cefaléia na gravidez Sim () Não ()

Convulsões na gravidez Sim () Não ()

Hidroeletrolítica : Edemas Sim () Não () Local (is) :

1.6 - Integridade Cutâneo Mucosa :

Mamas : Tamanho : Grande () Médio () Pequeno ()
Patologias Mamárias anteriores : Sim () Não ()
Cirurgia Plástica : Sim () Não ()
Mamilos : Protruso () Plano () Invertido () Pseudo Invertido () Semi Protruso ()
Colostro : Presente () Ausente ()
Abdômen : Inspiração : Forma : Globosa () Ovíde ()
Pêndulo () Outros ()
Altura uterina :cm
Estrias () Cicatrizes ()
Palpação : Situação : Longitudinal () Obliqua () Transversa ()
Posição : Esquerda () Direita ()
Apresentação : Alta e Móvel () Insinuada () Cefálica () Córmica () Pélvica ()
Foco : 
BCF contrações : Antes bpm Durante bpm Após bpm
Dinâmica Uterina :

Colo Uterino (toque) : Colo : Fino () Médio () Grosso ()
Polo : Cefálico () Pélvico () Plano De Lee ()
Alterações :

1.7 - Cuidado Corporal.

Hábitos e Tábus :

1.8 - Terapêutica :

Apresenta alergia à medicamentos : Sim () Não () Orais ()
Uso de medicamentos e / ou drogas : Sim () Não ()
Nome da droga e período da gravidez : Sim () Não ()
Qual (is) e em que período da gravidez :

Recebeu Imunoglobulina Humana após o parto : Sim () Não () Neste parto () Parto anterior ()

1.9 - Outras :

2.0 - Necessidades Psicossociais e Espirituais :

2.1 - Educação para Saúde :

Pré - Natal : Sim () Não () • Nº de consultas ()
Companheiro participou do pré - Natal : Sim () Não ()
Recebeu informações sobre : Parto () Aleitamento Materno () Alojamento Conjunto ()
Puerpério () Cuidados com o RN ()

2.3 - Aceitação, Auto - Estima e Realização :

Planejou a gravidez : Sim () Não ()
Métodos contraceptivos conhecidos que fez uso :

O que gostaria de usar :

Depressão pós - parto anterior (es) : Sim () Não ()

Pretende amamentar : Sim () Não ()

Amamentou o último filho : Sim () Não () Por quantos meses :

2.4 - Outras :

Enfermeira : Data : / /

2.5 - Características gerais do puerpério imediato :

Início do Parto : às hs Término do parto : às hs

Tipo : Normal () Episiotomia Sim () Não () Fórceps () Circular de cordão ()
Cirúrgico () Incisão () Pfanestiel () Kustner ()

Intercorrências durante o parto :

Dequitação : min. após o parto mecanismo : B. Shultz () B. Duncan ()

Hemorragia () Curetagem ()

Placenta Inteira : Sim () Não () Peso g

Cordão Umbilical : Comprimento Inserção : Central () Paracentral () Periférica ()

Sinais de Infecção : Sim () Não ()

Condições maternas pós - parto : Globo de Segurança de Pinard Formado : Sim () Não ()

T :°C PA : mmHg P : bpm R : mmm

Útero Contraído : () acima da altura da cicatriz umbilical
() ao nível da altura da cicatriz umbilical
() abaixo da altura da cicatriz umbilical

RN colocado para mamar na sala de parto : Sim () Não ()

Sugou : Sim () Não ()

RN : Peso g Sexo : M () F () Apgar 1' : 5' :

Parto atendido por :

Neonatologista :

Enfermeira : Data : / / Hora :

ESTADO DE SANTA CATARINA.
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.
MATERNIDADE CARMELA DUTRA.
CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE DA MULHER.
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA.
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA O RECÊM NASCIDO.

I - IDENTIFICAÇÃO :

Nome da Mãe :
Nome do Pai :
Data e hora do Nascimento : / / às horas.
Tipo de parto: Normal () Normal com fórceps () Cesária () Outros ()
Cor : Sexo: F () M ().
Horário de entrada na Neonatologia :
Horário de chegada no Alojamento Conjunto :
Condições de chegada ao setor: Deprimido () Hiperexcitado () Outros ().
Motivo da Internação na Neonatologia :
Dados clínicos de interesse para Neonatologia :
Horário da 1ª colocação ao seio :

II - PROBLEMAS RELACIONADOS ÀS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.

01 - Necessidades Psicológicas.

1.1 - OXIGENAÇÃO :

FR : bpm.
Pele : Rosada () Pálida () Rosada com extremidades cianóticas () Avermelhada () Cianótica ()
Respiração : Taquipnéia () Bradipnéia () Apnéia () Parada Respiratória ()
Características da respiração :
Oxigenioterapia () Forma : Tenda () Outras ()
Ventilação Mecânica () : Respiração artificial a pressão () a volume ()
Tipo de respiração artificial : Assistida () Controlada () Assistida / Controlada ()
Regulação do aparelho : Ventilação mandatória intermitente VMI ()
Pressão expiratória positiva final PEEP ()

1.2 - ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO

Mama no peito ()
Força de sucção : Boa () Regular () Fraca () Não suga ()
Pega da aréola : Correta () Incorreta () Não apreende ()
Recebe complementos () : Leite materno da própria mãe () Leite materno BLH () Fórmula ()
Outros ().
Forma de ingestão : Com copinho () Por SNE () Por seringa ()
Sinais Hipomagnesemia : Apnéia () Irritabilidade, tremores () Convulsões ()
Sinais de hipocalcemia : Apnéia () Hipotonia () reflexo de sucção inadequado ()
Sinais de hipoglicemia : Cianose () Choro de alta tonalidade () Tremores () Instabilidade térmica ()

1.3 - REGULAÇÕES :

TÉRMICA : T°C.
Sinais de Hipotermia ()
Em berço aquecido () Em incubadora () Temperatura prescrita para a incubadora :°C.

NEUROLÓGICA :

Postura do RN : Estados de Vigília : Ativo / Alerta () Chorosos / Irritados () Sonolentos / Apáticos ()
Outros ()
Reflexos presentes : Reflexo de Moro () Reflexo de Sucção () Reflexo Perioral ()
Reflexo da prensão palmar e plantar () Reflexo Babinski ()
Reflexo da Deambulação () Reflexo Simétrico () Reflexo Assimétrico ()

HIDROELETROLÍTICA : Ingurgitamento das mamas () Edema Escrotal () Edema Vulvar ()

HORMONAL :

Eliminação de secreção esbranquiçada pela vagina ()
Eliminação de secreção sanguinolenta pela vagina ()
Eliminação de secreção esbranquiçada por mamilos ()

1.4 - ELIMINAÇÕES :

VESICAL : Micção espontânea () Freqüência :
Com carácter vesical () Volume : ml. Hora :
Com coletor de urina () Volume : ml. Hora :

Características :

INTESTINAL : Freqüência :

Características : Mecônio () Fezes de transição () Fezes de leite ()

DRENAGENS :

Resíduo gástrico por sondagem

Volume e características :

Vômitos () Características :

Regurgitação () Características :

Salivação excessiva ()

1.5 - INTEGRIDADE FÍSICA :

RN anatomicamente perfeito ()

RN com mal formação congênita : Imperfuração anal () Fenda Palatina () Lábio Leporino ()

Atresia de esôfago () Deformidade de membros ()

Outras :

1.6 - INTEGRIDADE CUTÂNEA :

Ictericia () : Surgiu até 24 horas de vida ()

Surgiu entre 24 e 48 horas de vida ()

Surgiu após 48 horas de vida ()

Locais : Escleróticas () Face () Membros () Tronco ()

Coto Umbilical em mumificação :

Exsudato seroso () Exsudato serosanguinolento () Exsudato Sanguinolento () Sem secreção ()

Coto umbilical cateterizado () Com curativo local ()

CURATIVO : Limpo () Com secreção ()

Anotar características :

Presença de : Vêrnix caseoso () Lanugem () Millium sebáceo () Descamação fisiológica ()

Mancha mongólica () Outros :

Presença de Bossa () Presença de cefalohematoma ()

Citar localização e diâmetros :

1.7 - TERAPÊUTICA :

Hidratação por cateterização do coto umbilical () ; outro acesso venoso () Citar :

Condições da Massa Muscular e tecido subcutâneo : Boa () Regular () Escassa ()

COMBS direto :

Exosanguíneotransusão : Sim () Não ()

1.8 - ATIVIDADE FÍSICA :

DNPM :

Peso :g. Estatura :cm.

Perímetro s : Cefálico :cm ; Abdominal :cm ; Torácico :cm.

1.9 - OUTRAS :

APGAR 1º : 5º :

Idade Gestacional pelo Método de Capurro :

ENFERMEIRA :	DATA : / /
--------------	------------

ESTADO DE SANTA CATARINA.
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.
 MATERNIDADE CARMELA DUTRA.
 CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE DA MULHER.
 HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA.
 GERÊNCIA DE ENFERMAGEM.

CLIENTE :
 REGISTRO :QUARTO :LEITO :

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA A PARTURIENTE.

Fases Trabalho de Parto	CUIDADO	HORÁRIO		
		DATA	DATA	DATA
		/ /	/ /	/ /
D I L A T A Ç Ã O	1. Fazer tricotomia.			
	2. Fazer fleet enema.			
	3. Encaminhar e/ou auxiliar no banho.			
	4. Estimular higiene oral.			
	5. Verificar sinais vitais.			
	6. Estimular deambulação.			
	7. Manter repouso relativo/absoluto no leito.			
	8. Levar a cliente e a acompanhante para conhecer a sala de parto.			
	9. Orientar permanência em DLE quando no leito e explicar sua importância.			
	10. Orientar cliente quanto a respiração: - Durante as contrações - superficial e rápida. - Intervalo das contrações - ritmo normal. ●			
	11. Supervisionar a dieta zero.			
	12. Oferecer algodão embebido em água, para umedecer lábios.			
	13. Orientar a troca de perneais e anotar características da secreção			
	14. Manter a cama limpa e seca.			
	15. Estimular a micção espontânea			
	16. Observar formação de globo vesical.			
	17. Estimular o acompanhante a participar dos cuidados prestados a cliente.			
	18. Comunicar os sinais de PERIGO neste período: - Hipertonia uterina, sangramento vaginal aumentado, distúrbios visuais, tontura, cefaléia, dor epigástrica, alteração de conduta, distensão do segmento inferior, e outros.			
19. Comunicar os sinais do PERÍODO EXPULSIVO : - Abaulamento do perineo com protrusão do ânus, coroamento da apresentação, puxos e sensação de evacuação.				
EXPULSAO/	20. Elogiar os esforços da cliente e apontar seus progressos.			
DEQUITA - ÇÃO	21. Prestar assistência de enfermagem relativa a ROTINA DO PERÍODO EXPULSIVO E DEQUITAÇÃO			
G R E E M B R E G	22. Observar involução uterina.			
	23. Observar formação do globo de segurança de Pinard.			
	24. Controlar sangramento vaginal.			
	25. Controlar sinais vitais.			
	26. Observar nível de consciência.			
	27. Incentivar amamentação.			
	28. Propiciar ambiente tranquilo para promover a interação precoce MÃE - RN - PAI.			
29. Estar alerta a para os sinais de PERIGO neste período: - sangramento vaginal abundante, útero amolecido e aumentado de volume (atonia), sudorese, hipotensão, taquístigmia e alteração de conduta.				

ENFERMEIRA :

ESTADO DE SANTA CATARINA.
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.
 MATERNIDADE CARMELA DUTRA.
 CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE DA MULHER.
 HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA.
 GERÊNCIA DE ENFERMAGEM.

CLIENTE :
REGISTRO :QUARTO :LEITO :

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PUÉRPERA.

CUIDADO	HORÁRIO		
	DATA	DATA	DATA
	/ /	/ /	/ /
1. Prestar cuidados de higiene.			
2. Verificar T P R PA.			
3. Controlar diurese, evacuação, loquiação e anotar características.			
4. Verificar localização do fundo uterino.			
5. Estimular e / ou auxiliar higiene perineal com água morna e sabonete neutro.			
6. Manter cuidados com sonda vesical e fluidoterapia.			
7. Realizar curativo incisional.			
8. Anotar características do períneo (episiorrafia) ou incisão abdominal.			
9. Anotar condições das mamas.			
10. Anotar queixas de dor ou outros desconfortos.			
11. Auxiliar e estimular amamentação.			
12. Orientar e auxiliar nos cuidados com o RN : higiene, coto e termorregulação.			
13. Favorecer o contato MÃE - RN - PAI.			
14. Orientar e envolver o acompanhante nos cuidados prestados à puérpera.			
15. Encaminhar para raios infravermelhos (no mamilo)			
16. Aplicar bolsa de gelo ou água gelada no períneo.			
17. Colocar saco de areia em fundo uterino.			
18.			
19.			
20.			

ENFERMEIRA :			
--------------	--	--	--

**ESTADO DE SANTA CATARINA.
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.
MATERNIDADE CARMELA DUTRA.
CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE DA MULHER.
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA.
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM.**

CLIENTE :
REGISTRO :QUARTO :LEITO :

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O RN EM ALOJAMENTO CONJUNTO.

CUIDADO	HORARIO		
	DATA	DATA	DATA
	/ /	/ /	/ /
1. Verificar T e R.			
2. Pesar o RN diariamente.			
3. Dar banho de imersão usando sabonete neutro.			
4. Aplicar CLORHEXIDINA no coto umbilical 1 X pela manhã e após cada troca de fralda e se necessário anotar características.			
5. Registrar frequência e características da diurese e evacuações.			
6. Registrar frequência, duração das mamadas, poder de sucção e pega da aréola.			
7. Observar e registrar alterações respiratórias e sinais e sintomas de hipoglicemia.			
8. Manter RN agasalhado de acordo com a temperatura ambiente e registrar sinais de hipotermia.			
9. Manter o RN em DLD após as mamadas.			
10. Anotar surgimento e evolução de icterícia.			
11. Manter cuidados com RN em fototerapia.			
12. Orientar e envolver a puérpera e acompanhante em todos os cuidados prestados ao RN.			
13. Favorecer o contato RN - Mãe - Pai.			
14.			
15.			
16.			

ENFERMEIRA : _____

ANEXO 3

•

ESTADO DE SANTA CATARINA.
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.
MATERNIDADE CARMELA DUTRA.
SERVIÇO DE CENTRO OBSTÉTRICO.

NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DO
CENTRO OBSTÉTRICO DA MATERNIDADE
CARMELA DUTRA.

Chefia do Serviço do Centro Obstétrico

Florianópolis, Setembro de 1996

NORMAS DO CENTRO OBSTÉTRICO.

1) Todo recém - nascido deve ser colocado junto à mãe para sugar durante a primeira meia hora de vida, sempre que ambos estiverem em boas condições, propiciando assim os contatos olho a olho, pele a pele, entre a mãe e o recém - nascido.

2) É desejável e constitui-se em um direito o pai estar presente na sala de parto durante o nascimento do filho. Quando for solicitado e houver condições, pode-se permitir a presença do mesmo no centro obstétrico.

3) O treinamento sobre o manejo e promoção do Aleitamento Materno para funcionários novos, residentes e estagiários, deverá ser sistemático. Ao ingressarem nesta Maternidade deverão receber orientação inicial.

4) É obrigatório o uso de paramentação dentro do C.O.

NORMAS PARA O ACOMPANHANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO (C.O.)

Conforme rotina da maternidade Carmela Dutra, toda parturiente poderá ter um acompanhante (marido), nas áreas do C.O. (Admissão, pré-parto, parto e pós-parto); obedecendo os seguintes critérios e orientações:

1. Critérios:

- 1.1 Consentimento da cliente para permanência do acompanhante;
- 1.2. Interesse do acompanhante em permanecer com a cliente;
- 1.3. Tenha participado de, no mínimo, uma consulta no pré-natal;
- 1.4. Ter idade superior a 18 anos, exceto o pai;
- 1.5. O acompanhante não pode estar alcoolizado e/ou com alterações de conduta;
- 1.6. Seja aprovado pela Enfermeira do Centro Obstétrico após entrevista e orientação

2. Orientações:

- 2.1. Respeitar os profissionais, rotinas e demais parturientes do C.O.;
- 2.2. Não fumar;
- 2.3. Permanecer junto a parturiente, apoiando-a;
- 2.4. Ao sentir desconforto, mal-estar ou tontura, retirar-se da sala e comunicar a enfermagem;
- 2.5. Durante o parto o acompanhante deve permanecer na cabeceira da mesa
- 2.6. Não tocar nos materiais e equipamentos;
- 2.7. Não oferecer qualquer tipo de alimentos ou água a parturiente;
- 2.8. Retirar-se do box sempre que for solicitado;
- 2.9. Retirar-se do C.O. em caso de qualquer intercorrência com a parturiente ou anormalidades no setor, conforme solicitação da equipe de saúde;
- 2.10. Para entrar no C.O. deve vestir: Camisa, calça, gorro e propés, próprio do Serviço do C.O.;
- 2.11. Permitir o uso de telefone celular somente no pós-parto.

Chefia do Serviço de Centro Obstétrico

ROTINA DE INTERNAÇÃO DA GESTANTE PARA TRATAMENTO.

Enfermeiro / Técnico :

- Orienta a gestante sobre a internação e encaminha o acompanhante para fazer a internação no Registro Geral.
- Verifica Sinais Vitais.
- Verifica dados antropométricos.
- Encaminha gestante deambulando para o CO ou UIO, conforme indicação, com seu acompanhante, conduzida por um funcionário do Registro.
- Entrega os pertences de valor da gestante para o seu acompanhante.
- Registra o nome da gestante no censo diário.
- Preenche os impressos necessários.
- Comunica à Unidade sobre a internação.

ENFERMEIRO :

- Inicia orientações sobre o tratamento.
- Realiza orientações quanto a rotina de acompanhante na CO e UIO.
- Avalia “ condições “ do acompanhante que irão permitir a entrada ou não a entrada do mesmo na CO ou UIO (de acordo com a rotina estabelecida).

Rotinas de Internação da Gestante para Parto Normal ou Cesáreo.

Enfermeira :

- Realiza orientação quanto à rotina de acompanhante do CO.
- Avalia “ condições “ do acompanhante para permitir ou não a entrada do mesmo no CO (de acordo com rotina estabelecida).

Enfermeiro / Técnico / Auxiliar :

- Preenche impressos e realiza identificação dos polegares da parturiente em ficha própria.
- **Realiza preparo da parturiente.**
 - * Tricotomia perineal.
 - * Clister Glicerinado quando não for contra indicado (caso cesárea imediata, período expulsivo ..).
 - * Verificar peso.
 - * Verificar sinais vitais (PA, P e T).
 - * Encaminhar a parturiente para o Centro Obstétrico deambulando com seu acompanhante, quando não for contra indicado, conduzida por um funcionário do Registro Geral. A Enfermagem fica responsável se for necessário encaminhar a parturiente de maca para os setores.
 - * Entrega os pertences de valor da parturiente para o seu acompanhante.
 - * Solicita ao acompanhante que faça internação da parturiente no registro geral ou;
 - * Na ausência de acompanhante solicitar ao registro a internação da parturiente.

Rotina de Atendimento na Triagem Obstétrica (Admissão).

Funcionários do Registro Geral:

- Recebe a cliente e acompanhante, preenche a ficha de atendimento.
- Encaminha a cliente com apenas um acompanhante para a sala de triagem.

Cliente / Acompanhante :

- Ao chegar à recepção da sala de triagem, aguarda para ser chamada por ordem de chegada com exceção das urgências.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem :

- Recebe a cliente, orienta para esvaziar a bexiga.
-
- Verifica PA e se necessário temperatura.
- Registra o nome da cliente, a data, o horário, a categoria no livro de registro de atendimento.

Médico / Enfermeiro :

- Recebe e / ou avalia a cliente, fazendo encaminhamento e registros necessários. (anamnese e exame clínico obstétrico).

OBS :

* As pacientes que chegarem à Maternidade fora de trabalho de parto, sem intercorrências, não serão admitidas. Deverão receber orientação quanto ao momento de retorno.

ASSISTÊNCIA INSTITUCIONAL AO PARTO.

(Admissão, Pré - Parto e Parto).

- 1) Admissão da Paciente.
 - 2) Assistência no Período de Dilatação.
 - 3) Assistência no Período Expulsivo.
 - 4) Cuidados Imediatos ao Recém - Nascido.
 - 5) Assistência no Período de Dequitação.
-

RECEPCÃO DA PARTURIENTE NO C.O. :

- Encaminhar ao banho de chuveiro .
 - Fornecer toalha e camisola da instituição.
 - Colocar todos os objetos da parturiente em saco plástico com identificação.
 - No caso de acompanhante oferecer a paramentação adequada do C.O.
 - Encaminhar a parturiente e acompanhante para o pré - parto.
-

ROTINAS

Tricotomia:

Realizar este procedimento somente se extremamente necessário e restrito à topografia da operação.

Horário: Deverá ser feita próximo ao ato cirúrgico, fora do centro cirúrgico.

2 horas antes da cirurgia

Cirurgias abdominais (histerectomia, cesariana etc.) realizar tricotomia na região pubiana e aparar os pêlos da vagina.

Cirurgias vaginais realizar tricotomia em toda região pubiana e vagina.

Se os pêlos estiverem compridos, antes de realizar a tricotomia apará-los com auxílio de tesoura. Se a tricotomia foi realizada antes do paciente ingressar no hospital, revisá-la, e na presença de foliculite ou pústulas comunicar ao cirurgião e/ou iniciar tratamento friccionando - anti-séptico aquoso (clorexidina ou PVPI) para rompê-los (tão logo o paciente interne) e, repetir este procedimento a cada 04 horas, até a cirurgia ou a cura da infecção.

2. Banho pré-operatório

Encaminhar a paciente ao banho após a tricotomia.

3. Anti-sepsia pré-operatória.

Após o banho aplicar na área tricotomizada anti-séptico aquoso.

O número de aplicações anteriores ao Centro Cirúrgico dependerão do horário de realização da tricotomia e poderão ser feitas a cada duas a quatro horas de intervalo.

ROTINA DE INTERNAÇÃO DE GESTANTES PARA REALIZAR MACRO INDUÇÃO:

A macro indução é realizada quando o tempo de gestação for maior que 12 semanas até 28 semanas, ou altura de fundo uterino até 26 cm.

A gestante será encaminhada para o C. O. se :

- A idade gestacional for de 20 semanas ou mais.
- A altura de fundo uterino estiver na cicatriz umbilical, que indica aproximadamente 20 semanas (Briquet 1939).
- Feto com peso de 500g. ou mais.

Se a gestante não corresponder aos critérios acima, deverá ser encaminhada ao posto III.

•

Obs: Se ocorrer nascimentos na Admissão, levar o feto para o C. O., onde será realizado os procedimentos necessários.

SALA DE PRIMEIROS CUIDADOS.

- Todo recém - nascido ao chegar na sala de primeiros cuidados será colocado em berço aquecido, onde receberá os primeiros cuidados (curativo umbilical, credeização, antropometria e temperatura retal).
- Deverá ser conferida a identificação e colocado mais uma pulseira.
- Deverá ser feito abertura de prontuário com caderneta de saúde, relatório de enfermagem, prescrição médica e registro em livro e censo.
- Quando o recém - nascido estiver aquecido e com condições de vitalidade ele receberá o banho e voltará mais alguns minutos para um novo aquecimento e em seguida será vestido e encaminhado para a sala de recuperação (quarto período) para junto de sua mãe, ou para o alojamento conjunto onde permanecerá com sua mãe, durante *24 horas ou 72 horas no caso de cesareana.
- Favorecer contato do RN - Mãe - Pai.
- Comunicar o pediatra se RN pesar menos de 2.500 Kg e mais de 4.000 Kg.

OBS :

* Curativo Umbilical : $\left[\begin{array}{l} - Rh - \text{ Soro Fisiológico.} \\ - Rh + \text{ Chloroexidina.} \end{array} \right.$

* Credeização - **PARTO NORMAL** :Uma gota de nitrato de prata em cada olho e uma gota “ nos genitais “ (sexo feminino).

* Antropometria :-Perímetros $\left\{ \begin{array}{l} \text{Cefálico.} \\ \text{Torácico.} \\ \text{Abdominal.} \end{array} \right.$

-Peso.

-Altura.

Toda Alteração de Escala (troca) envolvendo hora P, deve ser anotado ao lado ex : (hora P) para que no final do mês fosse encaminhada alteração para o setor de pessoal .

ROTINAS :

- O sangue coletado para o Banco de Sangue deve ser colocado no vestilário acompanhado do pedido.
- Material do parto sujo deve ser encaminhado para o CME como estava sendo feito no C.C. O pacote deve ser fechado, passar pelo C.C. e sempre que possível levá - lo após o parto.
- O acompanhante por enquanto não está autorizado a entrar.
- A roupa das pacientes devem ficar na 2ª sala onde é o vestiário.. Os objetos das pacientes que forem para cesareana, o Posto I vem buscar.
- Na sala de parto deverá ficar somente material para um parto, o qual deverá estar sempre pronto para uso.
- Todos devem entrar no C.O. devidamente paramentados. As bolsas devem ficar no vestiário.
- Paciente para cesariana pode subir pela escada se não houver contra indicação.
- O C.C. encaminha o RN da cesárea para o banho. Logo após o banho o C.O..encaminha - o até a mãe na sala de recuperação.
- O registro encaminha as pacientes para os setores.
- A admissão só levará as pacientes quando forem de maca e procurar deixar sempre uma maca no C.C.
- As pessoas que precisarem entrar no C.O. por curta permanência, deverão colocar a roupa branca por cima, com gorro e propés.
- Manter todas as janelas fechadas do C.O.
- Por favor observar o horário da escala para receber o plantão.
- A paciente pode sair andando da mesa de parto quando não houver sangramento intenso.
- Temos disponíveis no C.O. sabonetes infantil cortados, estes devem ser utilizados individualmente para cada R.N..
- As máscaras de O₂ devem ser colocadas em solução de hipoclorito de sódio a 0,02 %. Rotinas estão fixadas no recipiente.
- Paciente em Trabalho de Parto Prematuro deve ser encaminhada para realizar o parto no C.C.

ANEXO 4

•



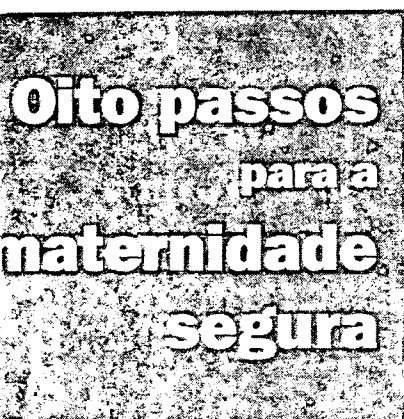
UNIDADE		CATEGORIA			
NOME			REGISTRO		
UNIDADE	IDADE	QUARTO/LEITO	DATA		
ANTECEDENTES					
FAMILIARES					
PESSOAIS					
GINECOLÓGICOS					
OBSTÉTRICOS					
GESTA		PARA			
DATA ÚLTIMA MENSTRUACÃO		MOVIMENTOS ATIVOS DO FETO AOS	MESES		
EXAME FÍSICO					
ESTADO GERAL		FACIES	ALTURA	PESO	BIÓTIPO
MUCOSAS VISÍVEIS		PÊLOS		PELE	
ESQUELETO	TIREÓIDE	EDEMAS		VARIZES	
EXAME CLÍNICO APARELHOS					
PRESSÃO ARTERIAL			PULSO		TEMPERATURA
EVOLUÇÃO EM GESTAÇÃO					
DATA PROVÁVEL DO PARTO					
DIAGNÓSTICO					
ASSINATURA – MÉDICO – CRM					

TRABALHO DE PARTO

DURAÇÃO DO TRABALHO NA CLÍNICA		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
DATA HORA																										
PRESSÃO ARTERIAL																										
PULSO																										
TEMPERATURA ..																										
TÔNUS E SISTOLE																										
DILATAÇÃO DO COLO EM CENTÍMETROS																										
MEMBRANAS																										
ALTURA DA APRESENTAÇÃO		ES																								
		EM																								
		EI																								
BATIMENTOS CARDIOFETAIS		200																								
		180																								
		160																								
		140																								
		120																								
		100																								
		80																								
MECANISMO		AS																								
SECUNDAMENTO		PLACENTA											CORDÃO				PERDA SANGÜINEA									
		MEMBRANAS																								
PERINEO		ROTORA																								
		EPISIOTOMIA																								
DIAGNÓSTICO		OPERAÇÃO											ANALGESIA/ANESTESIA				MÉDICO									
RECEMNATO		SEXO		M	F	COR		PESO		APGAR 1'		5'														
NUTRIÇÃO										TRAUMATISMOS																
CREDE										REANIMAÇÃO																

ANEXO 5

•



- 1.** Garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher.
- 2.** Garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério, bem como ao planejamento familiar.
- 3.** Incentivar o parto normal e humanizado.
- 4.** Ter rotinas escritas para normatizar a assistência.
- 5.** Treinar toda equipe de saúde para implementar as rotinas.
- 6.** Possuir estrutura adequada para atendimento materno e perinatal.
- 7.** Possuir arquivo e sistema de informação.
- 8.** Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal.

ANEXO 6

•

DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO

Declaração Conjunta da OMS/UNICEF (1989)

Todos os estabelecimentos que oferecem serviços obstétricos e cuidados a recém-nascidos deveriam:

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

ANEXO 7

•

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM FAMILIAR/
ACOMPANHANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO**

1. Identificação

Nome da parturiente: H.

Nº Registro:

Data: 12/05/97

Data do nascimento:

↓ 13/12/68

Nome do acompanhante: G.

RG: 113002

Parentesco com a parturiente: marido

Profissão/ocupação: publicitário

Religião: católico

2. Questões culturais

- O que acha da presença de um acompanhante no Centro Obstétrico junto a parturiente:

Concorda

Não concorda

Porquê?

SENDO UM MOMENTO OUDE A PACIENTE ESTA TENSA,
COM DORES E ANSIOSA, ACREDITO QUE A PRESENCIA DE
ALGUÉM MAIS PROXIMO AJUDA A SUPERAR AS DIFICULDADES
E TORNAR O PARTO MENOS TRAUMÁTICO.

- Você recebeu algum preparo durante o pré-natal para acompanhar a H. na sala de pré-parto e parto?

Sim

Não Porquê?

Qual?

Pré-natal CI DRA. CAROLINA ROSA E O CURSO
PARA PAIS GRAVIDOS NA MATERNICIDADE CARMELA
DUTRA

Pós-Parto

- O que sentiu vivenciando esta experiência?

COMO PAI, SENTI A MAIOR EMOSÃO DO MUNDO...
SERIA NECESSÁRIO ALGUMAS FOLHAS P/ DESCRVER.
QUANTO AOS MÉDICOS E ENFERMEIROS, FORMEI TODOS
MUITO ATENCIOSOS E AMIGOS. A MATERNICIDADE
ESTÁ DE PARABÉNS. OBRIGADO!

Chefia do Serviço do Centro Obstétrico

o que acho da presença do
marido com o acompanhante. Infelizmente
Bem melhor, senti mais segura
Vou dar bastante força, mas o
marido si difere.

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM FAMILIAR/
ACOMPANHANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO**

1. Identificação

Nome da parturiente: *V.*

Nº Registro: *112937*

Data: *06/05/97*

Data do nascimento: *14/01/68*

Nome do acompanhante: *M.*

RG:

Parentesco com a parturiente: *marido*

Profissão/ocupação: *ECT (emprego de comércio e telégrafo)*

Religião: *Igreja Missionária Mundial Do Brasil*
R. General Bittencourt - 248 F. 2225587.

2. Questões culturais

- O que acha da presença de um acompanhante no Centro Obstétrico junto a parturiente:

() Concorda

() Não concorda

Porquê?

Pela a Espiritualidade dos Pais e filhos, Tranquilidade da Esposa e filhos pois os mesmos sentem a presença do Pai. É a tranquilidade para a Equipe Médica, fica mais harmonioso.

- Você recebeu algum preparo durante o pré-natal para acompanhar a

parto?

() Sim

() Não

Porquê?

Qual?

Em casa ministrando - (fazer oração em silêncio) para ambos tanto Mãe e filhos, Culturas de Enxovalados, e Amém com ambos.

Pós-Parto

- O que está vivenciando esta experiência?

Muito Felizidade, graças pelo profissionalismo, a união de todos Médicos, Técnicos das pessoas que nos atenderam e acompanharam em nossa família.

Muito obrigado. Estarei torcendo e rezando

Para que Deus

Chefia do Serviço do Centro Obstétrico Deu esta oportunidade

*Para todo Pai e Mãe
Como eu.*

P

V.

ANEXO 8

•



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
MATERNIDADE CARMELA DUTRA
CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE DA MULHER
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA - UNICEF/MS

PROGRAMA DO CURSO DE ALEITAMENTO MATERNO

DATA	HORA	CONTEÚDO	MINISTRANTE
02/06/97 - 2ª feira	14:00 às 14:30	<ul style="list-style-type: none">◆ Abertura◆ Objetivos do curso◆ Preparação para o curso	◆ Enfª Evanguelia K. A. dos Santos
02/06/97 - 2ª feira	14:30 às 15:15	<ul style="list-style-type: none">◆ Aleitamento Materno: Uma prioridade mundial◆ Dez passos para o sucesso do aleitamento	◆ Enfª Evanguelia K. A. dos Santos
02/06/97 - 2ª feira	15:30 às 16:45	<ul style="list-style-type: none">◆ Lição 1: Aleitamento materno e sobrevivência infantil◆ Recomendações atuais para o aleitamento materno◆ Superioridade do leite humano em relação ao leite infantil industrializado◆ Benefícios do aleitamento materno exclusivo durante seis meses◆ Medicamento tomados pela mãe e o aleitamento	◆ Dr. Mauro Duarte Schutel ◆ Nutr. Roseli Eggert do Nascimento
02/06/97 - 2ª feira	16:45 às 18:00	<ul style="list-style-type: none">◆ Lição 2: Como o leite vai do peito p/ o bebê◆ Partes da mama envolvidas na lactação◆ A produção do leite materno	◆ Dr. Braulio Fernandes

DATA	HORA	CONTEÚDO	MINISTRANTE
03/06/97 - 3ª feira	8:00 às 9:15	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 3: Promovendo o aleitamento materno durante a gravidez e após o nascimento do bebê ◆ Mulheres em situações de riscos em relação ao aleitamento materno ◆ Falando com gestantes sobre o aleitamento materno ◆ O manejo para apoiar a prática do aleitamento precoce ◆ Prática clínica 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Enª Rita de Cássia H. Almeida Coelho
03/06/97 - 3ª feira	9:15 às 10:15	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 4: Iniciando o aleitamento materno ◆ Como orientar as mães ◆ Ajudando as mães com as primeiras mamadas ◆ Eliminando práticas prejudiciais ao aleitamento materno ◆ Prática clínica 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Enª Vitória Regina Peters Gregório
03/06/97 - 3ª feira	10:30 às 12:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 5: Avaliando uma mamada ◆ Observando uma mamada ◆ Avaliando a pega da aréola ◆ A sucção do bebê no peito ◆ Prática clínica 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Enª Vitória Regina Peters Gregório
03/06/97 - 3ª feira	14:00 às 15:15	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 6: Problemas precoces nas mamas ◆ Examinando as mamas e mamilos da mãe ◆ Identificando e corrigindo mamilos invertidos ◆ Ingurgitamento ◆ Mamilos doloridos 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Enª Neli Silvia Canassa

DATA	HORA	CONTEÚDO	MINISTRANTE
03/06/97 - 3ª feira	15:00 às 16:15	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 7: Bebês que " recusam " o peito ◆ O bebê que resiste a tentativa de ser levado ao peito ◆ O bebê que não consegue pegar a aréola adequadamente ◆ O bebê que não consegue manter a pega da aréola ◆ O bebê que não suga ◆ O bebê que recusa um peito Prática clínica 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dr. Marcelo Nascimento
03/06/97 - 3ª feira	16:15 às 17:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 8: Baixa produção de leite ◆ Padrões de crescimento de um bebê amamentando ◆ Baixa produção de leite ou falta de auto-confiança da mãe? 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dra. Iara Pacheco
03/06/97 - 3ª feira	17:00 às 18:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 9: Bebês que exigem cuidados especiais ◆ Bebês prematuros ou recém-nascidos de baixo peso ◆ Amamentando mais de um bebê ◆ Prevenção e manejo da icterícia ◆ Condições especiais 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dr. Mauro Duarte Schutel
04/06/97 - 4ª feira	8:00 às 9:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 10: Problemas tardios nas mamas ◆ Ductos lactíferos bloqueados ◆ Mastites (infecção nas mamas) ◆ Amamentando quando a mãe está doente ◆ Razões médicas aceitáveis para oferecer outros alimentos ao bebê, além do leite materno 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Enfª Odete Back
04/06/97 - 4ª feira	9:00 às 10:15	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 11: Retirando o leite materno e alimentando o bebê com o mesmo ◆ Mantendo a lactação apesar de uma possível separação mãe-filho ◆ Retirando e armazenando o leite materno ◆ Alimentando o bebê com leite materno retirado Prática clínica 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Enfª Evangelina K. A. dos Santos

DATA	HORA	CONTEÚDO	MINISTRANTE
04/06/97 - 4ª feira	10:30 às 12:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 12: Oferecendo um apoio permanente a nutrizes ◆ Preparando as mães para o aleitamento no lar ◆ aleitamento continuado por dois anos ◆ A lactação como método de planejamento familiar ◆ Acompanhamento e apoio após a alta 	◆ Dr. Jorge Abi Saab Neto
04/06/97 - 4ª feira	14:00 às 15:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 13: Tornando a sua comunidade amiga da criança ◆ Políticas Nacionais de Saúde ◆ O código internacional de comercialização de sucedâneos do leite materno ◆ Promovendo o aleitamento materno na comunidade ◆ Prática Clínica 	◆ Enª Evanguelia K. A. dos Santos
04/06/97 - 4ª feira	15:15 às 16:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição: 14 Tornando seu hospital amigo da criança ◆ O papel dos funcionários das maternidades ◆ Avaliando o hospital ◆ Avaliando uma norma de aleitamento 	◆ Enª Evanguelia K. A. dos Santos
04/06/97 - 4ª feira	16:00 às 17:00	◆ Semana Mundial da Amamentação/97: discussão e proposta	◆ Enª Evanguelia K. A. dos Santos
04/06/97 - 4ª Feira	17:00 às 18:00	◆ Avaliação do curso e encerramento	◆ Enª Evanguelia K. A. dos Santos

ANEXO 9

.

.

.

FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO HU

Na Maternidade do HU acredita-se que:

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

Outubro de 1995