

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


O BINÔMIO MÃE-FILHO E INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO
UMA PROPOSTA ASSISTENCIAL BASEADA NAS NECESSIDADES
HUMANAS BÁSICAS DE WANDA DE AGUIAR HORTA

Denise Regina Dandolin

Luciane Mara dos Santos

Supervisora: Maria Emília de Oliveira Athayde

Orientadora: Mônica Menezes

N.Cham. TCC UFSC ENF 0238
Autor: Dandolin, Denise R.
Título: O binômio mãe-filho e incentivo

972523105 Ac. 240984
EX.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0238
Ex.1

Florianópolis, junho de 1994.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Trabalho apresentado para conclusão do curso de graduação em enfermagem, como requisito parcial.

Supervisora: Maria Emília de Oliveira Athayde

Orientadora: Mônica Menezes

Banca Examinadora: Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

ORAÇÃO DA CRIANÇA

Ajuda-me agora, para que eu te auxilie depois.
Não me relegues ao esquecimento, nem me condenes à ignorância e à crueldade.
Venho ao encontro de tua aspiração, de teu convívio de tua obra...
Em tua companhia estou na condição da argila nas mãos do oleiro.

Hoje, sou sementeira, fragilidade, promessa...
Amanhã, porém, serei tua própria realização.
Corrige-me, com amor, quando a sombra do erro envolver-me o caminho, para que a confiança não me abandone.

Protege-me contra o mal.
Ensina-me a descobrir o Bem.
Não me afastes de Deus e ajuda-me a conservar o amor e o respeito que devo às pessoas, aos animais e às coisas que nos cercam.

Não me negues tua boa vontade, teu carinho e tua paciência.
Tenho tanta necessidade do teu coração, quanto a plantinha tenra precisa da água para prosperar e viver.

Dá-me tua bondade e dar-te-ei cooperação,
De ti depende que eu seja pior ou melhor amanhã.

EMMANUEL

Psicografado pelo médium
Francisco Cândido Xavier

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- À Deus, que está sempre presente, nos transmitindo força e sabedoria durante nossa luta, iluminando novos caminhos para que saibamos percorrê-los com dedicação e êxito.
- Aos nossos pais, Walmor e Neusa Dandolin, Adelino e Mara dos Santos, que nos deram a grande oportunidade de podermos estar encerrando mais uma etapa importante de nossas vidas. Que através de sua dedicação e carinho nos incentivaram durante os momentos mais difíceis.
- Aos nossos namorados Murilo Rech e Francisco Klimak Júnior, que através do amor, estímulo e carinho compartilharam conosco os momentos de ansiedade e realizações.
- Aos demais familiares, que direta ou indiretamente nos apoiaram.
- À supervisora Maria Emília Oliveira Athayde, que apesar da distância demonstrou firmeza, dedicando-se para repartir seus conhecimentos durante o desenvolvimento deste trabalho.

- À orientadora Mônica Menezes, por ter assumido o compromisso de nos acompanhar durante o estágio prático.

- À diretoria do Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Carmo: Dr. Flávio Ernani Barlizan, Dr. Paulo Afonso de Moura, Dr^a Maria Luiza B. de Moura e Dr. Hélio Vieira Albino, que abriram as portas para nossa prática.

- Ao binômio mãe-filho e seus familiares, pela compreensão e paciência para conosco, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

- Aos funcionários da maternidade, que nos acompanharam durante nossa prática.

- A Daniel Gunter Fachini, Débora Cristina Dandolin, Luiz Marcelo Klimak, Viviane Dandolin e Wilson Luís Klimak, que de uma maneira especial nos ajudaram.

- À Unidade de Saúde Boqueirão 24 horas, que nos deu oportunidade para alcançarmos novos objetivos.

- À todos que acreditaram em nosso potencial e contribuíram para a conclusão deste trabalho.

SUMÁRIO

ORAÇÃO DA CRIANÇA	02
AGRADECIMENTOS ESPECIAIS	03
SUMÁRIO	05
1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	12
2.1. Objetivo Geral	12
2.2. Objetivos Específicos	12
3. REVISÃO DA LITERATURA	14
3.1. Recém-Nascido	14
3.2. Alta de Enfermagem	37
3.3. Puerpério	38
3.4. Aleitamento Materno	49
3.5. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança	97
3.6. Alojamento Conjunto	106
3.7. Família	110
3.8. Visita Domiciliar	114
3.9. Vacina BCG	121

4. MARCO REFERENCIAL	125
4.1. Processo de Enfermagem	127
4.2. Pressupostos Básicos de Wanda de Aguiar Horta	129
4.3. Pressupostos Pessoais	130
4.4. Conceitos	130
5. METODOLOGIA	134
5.1. Descrição do Local de Estágio	134
5.2. População Alvo	135
5.3. Plano de Ação e Avaliação	136
5.4. Cronogramas	142
6. RESULTADOS	158
6.1. Descrevendo as Famílias de Acordo com o Marco Referen- cial	158
6.2. Percepções e Dúvidas da Mãe e Família quanto a Assistên- cia do Recém-Nascido e Puérpera	163
6.3. Descrição do Processo Baseado no Instrumento	170
6.4. Avaliando o Alcance dos Objetivos	189
6.5. Perfil das Atividades Desenvolvidas Durante o Estágio Prático entre o Período de Março a Junho	212
6.6. Objetivos Alcançados e não Propostos	215
7. RECOMENDAÇÕES	224
7.1. Para a Instituição	224
7.2. Para Enfermagem	226
7.3. Para Instituições de Ensino de Curitiba/PR	227

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	229
8.1. Facilidades Encontradas	229
8.2. Dificuldades Encontradas	230
9. CONCLUSÃO	233
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	235
11. ANEXOS	240
11.1. Anexo 1 - Dez Passos para o Aleitamento Materno bem Sucedido	241
11.2. Anexo 2 - Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes	242
11.3. Anexo 3 - Roteiro para Histórico de Enfermagem	244
11.4. Anexo 4 - Nosso Manual do Bebê para a Mamãe e o Papai - Principais Cuidados	248
11.5. Anexo 5 - Manual da Mamãe	259
11.6. Anexo 6 - Questionário de Auto Avaliação de Hospitais	268
11.7. Anexo 7 - Pasta: Nascer em Curitiba Vale a Vida	281
11.8. Anexo 8 - Texto Elaborado à Equipe de Enfermagem	282
11.9. Anexo 9 - Folder do CIMAMA - Nº 3	290
11.10. Anexo 10 - Folder do CIMAMA - Nº 4	292
11.11. Anexo 11 - Declaração de Nascido Vivo	294
11.12. Anexo 12 - Roteiro para Visita Domiciliar - Nascer em Curitiba	295
11.13. Anexo 13 - Cartão para Retorno de Programa (Agendamento)	296

11.14.	Anexo 14 - Ficha Geral de Pediatria	298
11.15.	Anexo 15 - Gráfico para Acompanhamento de Crescimento	300
11.16.	Anexo 16 - Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento	302
11.17.	Anexo 17 - Ficha Individual (para registro)	303
11.18.	Anexo 18 - Recanto da Paz	304

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho é um instrumento para conclusão do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no semestre 94/1 e foi desenvolvido na enfermaria do Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Carmo, uma instituição particular em Curitiba/PR, no período de 24 de março à 21 de junho de 1994.

Teve como objetivo fundamental assistir o binômio mãe-filho, incentivando a prática do aleitamento materno dentro da instituição e no domicílio, sendo utilizado como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

Demonstra a importância das orientações quanto ao cuidado com o recém-nascido e puérpera, procurando o esclarecimento de dúvidas e o alívio dos temores, que vão surgindo a partir das novas situações que se configuram nos primeiros contatos da puérpera com o recém-nascido, e conseqüentemente, promover o atendimento adequado das necessidades humanas básicas do recém-nascido e puérpera.

Segundo PIZZATO (1985):

"Uma adequada interação biológica, afetiva e social do recém-nascido e seus pais, desde o instante do nascimento e durante o primeiro mês de vida, é imprescindível para um equilibrado relacionamento entre eles, nesta fase, do qual dependerão, em grande parte, as relações nas faixas etárias subsequentes. A enfermagem desempenha importante papel no atendimento às necessidades básicas do recém-nascido, daquelas decorrentes da terapia estabelecida em situações patológicas, na adequada interação pais-bebê e no esclarecimento sobre os cuidados e necessidades biopsicossociais da criança, a fim de prevenir problemas, e efetivar a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde."²³

A assistência deve ser direcionada também à puérpera, pois ela necessita de ajuda para se adaptar a nova situação. O incentivo à participação da família para uma efetiva interação mãe-bebê é de fundamental importância, contribuindo para o completo bem estar do binômio mãe-filho.

Segundo MARLOW (1973):

"Enquanto os outros profissionais da equipe preocupam-se com a assistência física da família, é o enfermeiro, mais do que qualquer outro membro da equipe multiprofissional, que ajuda a família na adaptação às situações decorrentes da chegada do recém-nascido, quando as novas relações familiares se manifestam a todo o momento, representando um novo aspecto no relacionamento familiar anterior, sendo que a medida que ocorrem novos nascimentos na família, as relações vão se tornando mais complexas."¹⁹

Segundo FRAGA (1991):

"O leite materno é sabidamente o melhor alimento para o recém-nascido. Além das vantagens nutricionais, imunológicas, enzimáticas e hormonais, proporciona ainda um fortalecimento dos laços afetivos da mãe com o seu bebê."¹⁵

Segundo PIZZATO (1985):

"O valor do leite humano na alimentação do recém-nascido e lactente é do conhecimento de todas as mães, de leigos e profissionais da saúde. Entretanto, comumente encontramos crianças, mesmo recém-nascidas, sendo alimentadas com leite de vaca e industrializado. Em contraste com o elevado desenvolvimento sócio-econômico-cultural mundial, a alimentação ao seio vem declinando e as taxas de morbimortalidade infantis estão, assustadoramente aumentando, principalmente nos países em desenvolvimento."²³

Para resgatar a importância do leite humano entre as pessoas que participam deste processo e tentar reverter o quadro de declínio da alimentação ao seio, do aumento das taxas de morbimortalidade, devemos nos mobilizar, apoiando a iniciativa da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e O.M.S., (Organização Mundial da Saúde) que considera Hospital Amigo da Criança aquela instituição que segue os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, (Anexo 1) trabalhando sempre com o objetivo de promover, apoiar e defender o aleitamento materno.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Prestar assistência de enfermagem no puerpério ao binômio mãe-filho, dentro da maternidade e no domicílio, visando o atendimento de suas necessidades humanas básicas, e incentivo ao aleitamento materno.

2.2. Objetivos Específicos

Identificar as dúvidas referentes à assistência prestada, apresentadas pelas puérperas e familiares, através do histórico de enfermagem, procurando sempre que possível esclarecê-las, através de orientações.

Incentivar puérperas e familiares para a exposição dos seus conhecimentos, referentes à assistência ao binômio mãe-filho e à prática do aleitamento materno, incentivando-o, e então, divulgar e discutir com a equipe de saúde os dez passos para o seu sucesso.

Identificar junto às puérperas e familiares, o conhecimento a respeito da assistência do binômio mãe-filho, refor-

cando-o e adequando-o, se levar ao desequilíbrio, visando sempre a qualidade da assistência.

Assistir ao binômio mãe-filho, utilizando a teoria das necessidades humanas básicas.

Elaborar material educativo e proferir palestras direcionadas às puérperas e equipe de enfermagem, que forneçam informações sobre a assistência prestada ao binômio mãe-filho.

Realizar visita domiciliar de acordo com as necessidades sentidas pelas acadêmicas e clientela segundo critérios previamente estabelecidos.

Realizar visitas à outras maternidades na cidade de Curitiba-PR, com o objetivo de conhecer a assistência prestada ao binômio mãe-filho.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Recém-Nascido

3.1.1. Classificação

As pesquisas realizadas nos últimos anos nos campos da perinatologia e neonatologia levaram a uma maior compreensão dos recém-nascidos, possibilitando a sua classificação. Atualmente, são adotados pela OMS e pela AAP. (Associação Americana de Pediatria) dois parâmetros para a classificação dos recém-nascidos:

- 1) peso de nascimento;
- 2) idade gestacional.

A classificação do recém-nascido pelo peso de nascimento tem sido útil na elaboração uniforme de estatísticas vitais, nacionais e internacionais. Entretanto, uma classificação baseada unicamente no peso é desaconselhada, pois contribui para nivelar diferenças clínicas importantes entre as crianças de tamanhos semelhantes, mas de idades gestacionais diversas.

Apesar da avaliação pela idade gestacional ter sido mais preconizada que a feita exclusivamente pelo peso de nascimento, os dois parâmetros são indispensáveis para um melhor conhecimento das condições do recém-nascido.

De acordo com o peso do nascimento, as crianças são classificadas em:

- a) grande para idade gestacional (GIG);
- b) adequado para idade gestacional (AIG);
- c) pequeno para idade gestacional (PIG);

Como referência à classificação dos recém-nascidos pela idade gestacional, adota-se:

- aa) pré-termo - criança nascida antes de 37 semanas;
- bb) a termo - criança nascida no período entre 37 e 41 semanas e seis dias de gestação;
- cc) pós-termo - criança nascida após 42 semanas de gestação.

De acordo com LUBCHENCO in AVERY (1978), tem-se a seguinte classificação do recém-nascido pela idade gestacional:

"Pré-termo: crianças nascidas antes de 38 semanas de gestação (até 37 semanas e 6 dias);
A termo: crianças nascidas entre 38 a 42 semanas de gestação;
Pós-termo: crianças nascidas com ou após 42 semanas de gestação."¹

3.1.2. Características gerais

Convém abordar as características biológicas e psicossociais do recém-nascido, pois servirão de respaldo ao diagnóstico e às ações de enfermagem em neonatologia.

Define-se recém-nascido a termo toda a criança nascida viva, independente do peso ao nascer, com idade gestacional de 37 a 42 semanas e que possua as características anátomo-fisiológicas que permitam sua perfeita adaptação ao meio extra-uterino.

O recém-nascido apresenta uma mobilidade incoordenada: move braços e pernas, vira-se, torce-se e treme. Chora ativamente quando está com fome e na presença de estímulos externos. A atitude do recém-nascido lembra a posição fetal intra-uterina. O crânio se destaca por suas proporções em relação ao restante do corpo. O perímetro cefálico mede aproximadamente 35 cm e é 2 cm maior do que o torácico. A forma mais comum é a ovóide. Sua morfologia sofre alterações ao passar pelo canal cervical, provocando cavalgamento das tábuas ósseas. Pode-se constatar a presença de bossa serossanguinolenta, que se forma sobre a parte fetal vinda em primeiro lugar durante o parto.

Céfalo-hematoma ou céfaloematoma - é uma massa geralmente melhor delimitada ao tato, e anatomicamente relacionada à superfície de um determinado osso craniano, já que é formado por sangue represado entre o osso e o perióstio, que está fortemente aderente na linha da sutura. Forma-se pela ruptura de vasos sanguíneos durante o trabalho de partos difíceis, produzindo hemorragia na área entre o osso e seu perióstio. Os limites são bem

demarcados e não se estendem além das bordas do osso. O céfaloe-matoma pode afetar um ou ambos os parietais, menos frequentemente o occipital e raramente o frontal. O aumento de volume ao nascimento é geralmente mínimo, mas aumenta em tamanho no segundo ou terceiro dia.

Existem fontanelas que podem ser encontradas através da palpação da cabeça do recém-nascido. As principais são: anterior ou bregmática e posterior ou lambdóide, e representam espaços cartilaginosos entre as tábuas ósseas, facilitando o trabalho do parto e protegendo o cérebro do recém-nascido.

A face do recém-nascido é pequena em relação ao crânio, pode apresentar-se edemaciada, com marcas e manchas conseqüentes do parto, que regridem em poucos dias.

A pele do recém-nascido apresenta vernix caseosa, a qual é um produto de secreção da pele durante a vida intra-uterina, que recobre a pele do recém-nascido, protegendo-a contra a maceração pelo líquido amniótico e favorecendo o deslizamento do corpo no ato do parto.

A coloração da pele é variável. Logo ao nascer, geralmente o recém-nascido apresenta uma cor avermelhada, constituindo a eritrodermia neonatal. A pele do recém-nascido pode apresentar manchas diversas: equimoses são frequentes; nevos maternos ou ectasias venosas são manchas avermelhadas disseminadas, não salientes; manchas mongólicas, de coloração azul-arroxeadas, que se localizam, geralmente, na região sacrolombar, representando para alguns a mistura de raças; millium sebáceo consiste em pequenos pontos brancos, ligeiramente salientes, localizados

com frequência nas asas do nariz, forma-se devido a obstrução dos folículos sebáceos, pelos detritos de descamação epitelial; eritema tóxico são pequenas lesões eritematopapulosas esparsas, em pequeno número e disseminadas; descamação fisiológica que ocorre nos primeiros 15 dias de vida, podendo estender-se até o final do 1^o mês, e observada geralmente, ao nível do abdome, tórax, pés e mãos; a lanugem consiste numa pelugem fina e longa que aparece com frequência no recém-nascido a termo e mais ainda em pré-termos. Localiza-se no dorso, face e orelhas; as unhas em geral ultrapassam as pontas dos dedos, nas crianças de cor preta, as bordas ungueais apresentam-se hiperpigmentadas.

O pescoço apresenta-se curto e com mobilidade. O tórax é simétrico, de forma cilíndrica larga na sua base. Pode ser visualizado o aumento do volume das glândulas mamárias, tanto em meninos como em meninas, podendo persistir por alguns meses, devido a alterações hormonais. O tamanho e o aspecto da glândula mamária podem informar a maturidade do recém-nascido. Conforme MARCONDES (1992) "o perímetro torácico mede aproximadamente 34 cm."²⁰

O abdome é saliente e globoso. Sua parte superior é maior que a inferior, devido a hepatoesplenomegalia fisiológica, nesta idade. Podem ser observados dois tipos de umbigos: Umbigo Amniótico - quando a membrana amniótica que cobre o cordão, se insere diretamente sobre a parede abdominal e Umbigo Cutâneo, quando apresenta uma borda cilíndrica de pele abdominal, que se eleva alguns centímetros. A mumificação e queda do coto umbilical ocorrem, geralmente, nas primeiras duas semanas.

A coluna vertebral é reta com discreta cifose dorsal, as curvaturas vão aparecendo a medida que a criança progride. Nos genitais dos meninos ocorre um aumento do escroto, pela presença de líquido. O pênis, em geral, apresenta aderência entre a pele do prepúcio e a glândula. Nas meninas, os lábios vaginais podem apresentar edemas, quando em partos pélvicos. Os pequenos lábios, são proeminentes e também o clitóris; sangramento e secreção vaginal esbranquiçada e translúcida pode ser observado, desaparecendo em poucos dias.

Os membros são curtos em comparação ao tronco. As pernas são ligeiramente curvas. As pregas devem apresentar simetria.

O recém-nascido a termo pesa, em geral, entre 3.000 e 3.500 gramas, o comprimento varia entre 48 e 50 cm.

3.1.3. Características fisiológicas

3.1.3.1. Aparelho circulatório

O aparelho circulatório do recém-nascido sofre adaptações anatômicas e funcionais desde os primórdios da vida intra-uterina até alguns meses após o nascimento.

a) Circulação fetal:

No feto o sangue recém-oxigenado é enriquecido com substâncias nutritivas, no contato com o sangue materno, retornando da placenta, via veia umbilical. Após este sangue passar pela circulação materna é então injetado na aorta, dirigindo-se

em dois sentidos: aorta descendente - irrigando a parte inferior do corpo fetal; aorta ascendente - levando sangue aos membros superiores e cabeça. Da aorta descendente originam-se dois ramos que constituem as artérias umbilicais, que se dirigem até a placenta, iniciando novamente o ciclo.

b) Circulação neonatal:

Com o nascimento ocorre o fechamento funcional dos ductos venosos e arterial, bem como o forame oval. Pequenos distúrbios, nos primeiros dias de vida do recém-nascido, são provenientes das adaptações anatômicas e funcionais, portanto sem maior gravidade. Arritmias, sopros, etc... tendem a desaparecer gradualmente, enquanto se ajusta a circulação neonatal.

c) Circulação periférica:

Processa-se lentamente, passando o plasma para o interstício, causando o edema característico do neonato. Apresenta boa resistência capilar. O pulso ao nascer varia entre 150 a 180 bpm, caindo na primeira hora para 120 a 130 bpm.

Sobre o sistema hematopoiético, MARCONDES (1992) acredita que: "a volemia do recém-nascido apresenta de 7,5 a 8,5% do peso corporal. Para satisfazer as necessidades de oxigênio do feto, os glóbulos vermelhos são produzidos em maior quantidade pelo fígado, baço e medula óssea. Antes do nascimento, o fígado e o baço começam a diminuir a produção de glóbulos vermelhos e a função hematopoiética é assumida quase que inteiramente pela medula óssea. Taxa de glóbulos vermelhos: (eritrócitos) ao nascer, aproximadamente 8 milhões e após o 5º dia aproximadamente 5 milhões. Taxa de glóbulos brancos: ao nascer aproximadamente 25.000 e após o 4º dia aproximadamente 10.000."20

3.1.3.2. Aparelho respiratório

Com o primeiro grito do recém-nascido, instala-se a respiração pulmonar, que neste 1º momento é imperfeita e irregular. A natureza dotou o recém-nascido de células que trabalham a um baixo nível de oxigênio, durante os primeiros minutos de vida.

Segundo GESTEIRA apud FIZZATO (1985):

"Os mecanismos operantes na fase de transição da respiração placentar para a pulmonar são de natureza tríplice: a concentração de monóxido de carbono no sangue, a baixa de O₂ sanguíneo e o contato da superfície externa do feto com o meio ambiente é outro mecanismo necessário ao funcionamento pulmonar."²³

A frequência respiratória ao nascer é aproximadamente de 55 ppm e em poucos dias aproximadamente 45 ppm.

O tipo é variável e irregular, a musculatura abdominal participa ativamente da respiração do neonato.

3.1.3.3. Aparelho digestivo

A digestão bucal é quase nula nos primeiros meses; a quantidade de secreção salivar é escassa, bem como muito pobre em ptialina. A capacidade gástrica é de 30 a 50 ml em média; sua musculatura é pouco desenvolvida, as células de revestimento e glandulares possuem um poder secretório deficiente. As estruturas da mucosa intestinal evidenciam a escassez de glândulas e

deficiência enzimática. Ao nascer o intestino do recém-nascido contém de 60 a 200 g de material viscoso, verde escuro quase negro, em cuja composição entram mucopolissacarídeos, poucos lipídeos e substância nitrogenada não proteica, chamado mecônio. Após 4 a 5 dias, as eliminações tornam-se liquefeitas e heterogêneas, designadas fezes de transição, para em seguida atingirem o aspecto normal.

3.1.3.4. Sistema urinário

Ao nascer o recém-nascido já apresenta a bexiga com certa quantidade de urina, sendo eliminada nas primeiras horas de vida. Quantidade de urina - volume por micção aproximadamente 30 ml, e o número de micções podem alcançar 60 vezes nas 24 horas. A urina em geral é amarelo-pálido e transparente, podendo apresentar-se com uma coloração avermelhada, devido à acentuada eliminação de uratos.

3.2.3.5. Sistema endócrino

O recém-nascido apresenta uma série de distúrbios endócrinos funcionais. Entre eles, destaca-se a crise puberal dos neonatos que caracteriza-se pela tumefação das mamas. Alguns acreditam que a crise possa ser desencadeada pela passagem de hormônios estrogênicos para o organismo do recém-nascido.

3.1.3.6. Sistema nervoso

A estrutura e função do sistema nervoso do recém-nascido apresenta-se sem maturidade. O primeiro exame físico deve ocorrer em torno das 10 primeiras horas de vida. A sensibilidade é difusa e rudimentar; os movimentos são incoordenados, irregulares e involuntários. Os mais comuns reflexos pesquisados são: de procura, de moro, de sucção, palpebral, da voracidade, de preensão palmar e plantar, de babinski e de marcha.

3.1.3.7. Sistema sensorial

O tato ao nascer é mais intenso na face e lábios. Existe evidência de olfato rudimentar ao nascer. O paladar é presente, o recém-nascido distingue o doce e o amargo. A audição é presente, com respostas a ruídos fortes. A visão é rudimentar, percebe o claro e o escuro, não existe coordenação motora do globo ocular e a focalização é retardada.

3.1.3.8. Sistema imunológico

Apresenta-se parcialmente desenvolvido após nascer. O recém-nascido obtém a maioria de seus anticorpos através da placenta e também através do leite materno.

3.1.3.9. Sistema termorregulador

Seu sistema termorregulador assemelha-se ao do homem adulto. As dificuldades na manutenção da temperatura corporal do recém-nascido parecem estar relacionadas ao pobre isolamento térmico (pouco tecido subcutâneo), pequena massa muscular que atua como reservatório de calor. Cada recém-nascido dependendo de seu peso, idade e condição de saúde, necessita de um ambiente térmico ótimo. O recém-nascido pode manter constante a temperatura corpórea apenas por controle vasomotor, transposição e postura.

3.1.4. Características psicossociais

A criança nasce com capacidade auto-reguladora que deve ser respeitada, pois cada bebê é um ser único, "experiência que a natureza não repete." Não existem duas crianças iguais, pois diferem física, emocional e mentalmente. Assim, cada recém-nascido necessita de cuidados, de um esquema de atendimento e de horário estabelecido a partir de um conhecimento adquirido e baseado na observação da própria criança. Assim, desde o nascimento o recém-nascido é um ser que deve ser considerado em toda a sua individualidade, pois tem necessidades próprias que variam em intensidade, ritmo e expressão, bem como na maneira de reagir frente à dor e ao prazer.

Cada um tem características próprias e individuais de comportamento. A maneira pela qual estas diferenças são aceitas

e satisfeitas influirá em seu equilíbrio, saúde física, desenvolvimento e estruturação da personalidade.

As diferenças de cada criança, são esclarecidas através de teorias dos geneticistas, psicólogos, biólogos e dos ambientalistas. Os três primeiros vêem o ser humano, desde o início, como um organismo complexo que agirá e reagirá ao mundo, apesar do seu contexto, de acordo com o contingente genético que herdou. Os últimos colocam a ênfase no contexto social, sendo que, nestas teorias, o psiquismo do ser humano vai-se formando, vai aprendendo conforme o meio, sendo mesmo, este, o fator predominante no desenvolvimento da personalidade. Entre estes dois enfoques opostos predominam, atualmente, as teorias dos psicólogos, que colocam o desenvolvimento da criança como sendo o resultado da interação dos fatores herança e meio, numa, intimidade intensa, excetuando-se os casos extremos de predominância de um dos dois.

Inicialmente, a criança vive em função do princípio do prazer, pois não tem condições físicas, mentais ou emocionais para agir de outra maneira. Não tem capacidade de satisfazer seus próprios desejos nem rejeitar experiências para as quais não está preparada.

É governada por tendências internas, pelo id manifestado pelos atos chamados instintos e reflexos. O id é primitivo e ilógico, irracional e amoral. Seus atos são sempre acompanhados de uma totalidade de prazer ou desprazer. O infante manifesta suas emoções de desprazer pelo choro e pelo grito, enquanto que o prazer se reflete em um sorriso ou sono tranquilo.

Estas tendências lutam em obter satisfação imediata, sem tomar conhecimento do que os outros, em seu ambiente, possam oferecer. Seu sistema nervoso ainda não está suficientemente desenvolvido para dar o controle ou domínio de seu comportamento e impulsos. Ele só é capaz de sentir sua reação ao prazer ou desprazer imediata. Entretanto, à medida que este id encontra a realidade, à medida que vai se confrontando com a vida, inicia-se a estruturação de uma nova força, nascendo, então, o ego. O ego é onde estão situados todos os atos conscientes, os sentimentos e as ações. Nele estão, também, o sentir, o querer, o pensar, o agir, os fatos cognitivos e os fatos afetivos.

Continuando o seu crescimento, a criança depara-se com situações que lhe são permitidas ou proibidas e são estas que irão moldar sua consciência moral, originando o seu superego. O superego é então, a consciência moral do indivíduo, formada pelo seu contexto cultural.

O recém-nascido, pela idade, encontra-se em plena fase oral, característica dos 0 a 12 meses. Nesta fase, a criança tem a boca como fonte de prazer, de onde este se desloca para outras partes do corpo. Além da satisfação oral, enfatizam-se as atenções dadas as outras necessidades. Sendo total sua dependência, destacam-se as que se relacionam com conforto físico - como alimento, agasalho e proteção contra agressões, e emocional como carinho, afeto e amor. O ajustamento virá em decorrência do atendimento destas necessidades, dando destaque aos contatos e interação afetiva com a mãe durante a amamentação, gerando confiança; o desajustamento, da insatisfação dessas mesmas necessi-

dades, originando a desconfiança. Mas esse atendimento não implica dispensar ao recém-nascido, ininterruptas atenções ou excesso de carinho, que devem ser ditados pelo bom senso, pela observação da própria criança, aceitando-a tal como é.

A partir da percepção da mãe, o recém-nascido passa a identificá-la pela voz, pelo calor e pelo afeto e carinho recebidos. Inicia, também a comunicar-se através dos estímulos externos que recebe: se a mãe sorri, a criança responde sorrindo, se a mãe se agita, o filho fica ansioso.

A satisfação das necessidades da criança como item indispensável à formação de uma sólida estrutura emocional é, também, quando coloca que a boa formação afetiva do indivíduo só pode ser adquirida nos primeiros anos de vida, através de um atendimento afetuoso recebido dos pais e daqueles que o cercam. Conforme o tipo de afetividade recebida é que se formam os núcleos de confiança na personalidade do futuro adulto.

O cuidado que um infante recebe deve ser de tal ordem que se torne fácil e natural para ele amar sua mãe. Sua natureza requer que ele receba amor antes que possa dá-lo. Aprenderá a amar na mesma proporção que houver recebido: aprenderá a satisfazer as exigências da sociedade, desejoso de agradar e de manter a adesão das pessoas que se habilitou a amar. A mãe é seu primeiro objeto de amor. Este amor que sente por ela lhe possibilitará aceitar as frustrações que fazem parte do processo de socialização. Quando a relação afetiva se estabelece, a criança terá uma recompensa por modificar e ceder o prazer instintual que experimenta quando pequenina. A relação afetiva se desenvol-

ve quando ela descobre que a fonte de seu prazer vem de alguém que não ela própria, sua mãe. O preenchimento de suas necessidades serve a muitos propósitos. É útil na autopreservação de funções orgânicas, porque fornece a energia requerida pela adaptação e crescimento, traz prazer e, conseqüentemente, boa significância social e emocional.

3.1.5. Cuidados imediatos e mediatos ao recém-nascido

Em primeiro lugar o recém-nascido deve ser colocado em contato com a mãe: olho a olho, pele a pele. E na primeira meia hora iniciar a amamentação. Após deve ser colocado em berço aquecido, nas primeiras horas de vida, para se evitar alterações metabólicas. A perda excessiva de calor leva a criança a um maior consumo de oxigênio, há maior uso de substratos como combustível, podendo causar alterações metabólicas. O calor excessivo também causa problemas através da perda excessiva de água e eletrólitos, que podem determinar desidratação hipernatrêmica, lesão cerebral e morte.

Após ter sido aquecido e seco, deve-se realizar a pesagem para que se faça avaliação e classificação do mesmo. A balança deve estar previamente regulada, o prato deve ser coberto com uma fralda ou toalha descartável, antes de se pesar a criança.

Após a pesagem, devem-se medir os perímetros cefálicos, torácico e abdominal, assim como a altura. Estes dados devem ser anotados no prontuário do recém-nascido para posterior avaliação e classificação.

Instilar uma gota de nitrato de prata a 2% em cada olho, devido a possibilidade de desenvolver conjuntivite gonocócica, e também na vagina, quando menina, devido a possibilidade de desenvolver vulvovaginite gonocócica. Este processo é chamado credeização.

O excesso de nitrato de prata deverá ser retirado com algodão ou gaze estéril, embebida em água destilada, para se evitar a irritação da pele, que é extremamente sensível.

Observação: O nitrato de prata deverá ser diluído a cada quatro dias e mantido com proteção contra a luz.

Deve-se verificar a temperatura do bebê, sendo que esta poderá ser axilar ou retal. A primeira verificação deverá obrigatoriamente ser por via retal, para detecção de imperfuração anal.

A limpeza será realizada seis a oito horas após o nascimento, para evitar resfriamento e permitir a absorção de vernix caseoso.

Deve-se anotar, no relatório de enfermagem a hora de admissão no berçário, as condições na ocasião e todas as informações recebidas do pessoal da sala de parto referentes ao parto e ao recém-nascido.

3.1.5.1. Cuidados de higiene durante a permanência no berçário

A primeira higiene é realizada com o intuito de remover as sujidades e excesso de resíduos sanguíneos. O vernix caseoso não deverá ser retirado, pois será absorvido pela pele.

Normalmente o banho de imersão não é utilizado nas instituições hospitalares, porém seu uso não está contra-indicado, desde que se utilizem as precauções para evitar o risco de contaminação do coto umbilical (bacia e água limpas, precauções com as mãos, etc.). A primeira higiene, em geral, é procedida conforme descrito a seguir:

a) material utilizado:

- i) bolas de algodão;
- ii) fusos de algodão;
- iii) bacia estéril;
- iv) água morna;
- v) toalha de banho;
- vi) sabonete;
- vii) roupas em ordem sequencial de utilização (camiseta, fralda, calça, cueiro e manta).

b) procedimentos:

- i) lavar bem as mãos;
- ii) verificar previamente temperatura e peso, já que a primeira higiene normalmente precede a alimentação do bebê e porque durante a higienização pode ocorrer, perda da temperatura, momentânea, alterando o valor correto;
- iii) manter o recém-nascido envolto em campos para não resfriar;
- iv) limpar o rosto com bolas de algodão, realizando movimentos circulares, sem fazer pressão.

Iniciar pela parte interna do olho, de cima para baixo, mantendo a pálpebra fechada, reiniciando do canto interno para o externo do olho. Utilizar fusos de algodão embebidos em água morna para limpeza das narinas e ouvidos, realizando movimentos rotatórios.

O cotonete só será utilizado para limpeza da parte externa das orelhas.

- v) dobrar a ponta da toalha de banho em triângulo para envolver o recém-nascido, exceto a cabeça; segurá-lo por baixo do braço esquerdo com a mão apoiando a cabeça; e os dedos polegar e indicador fechando os ouvidos.
- vi) lavar o couro cabeludo com água e sabonete e secá-lo com a ponta da toalha, que estava dobrada em triângulo;
- vii) lavar os MMSS e as partes anterior e posterior do tronco, com água morna, com movimentos circulares;

A limpeza inicia-se da parte distal para a proximal. Manter o bebê sempre coberto pela toalha. Não esquecer da limpeza das dobras, como axilas, pescoço, regiões ingüinais, etc.

viii) vestir a camiseta;

- xix) higienizar a parte inferior da mesma maneira que a superior. Os órgãos genitais merecem maior atenção, pois a limpeza deverá ser realizada no sentido antero-posterior, para se evitar contaminação dos genitais com o produto excretado pelos intestinos, que inicialmente são estéreis,

mas por pouco tempo. Este cuidado deve ser redobrado em meninas.

Observação: A hora da limpeza deve ser aproveitada para observação da criança. Verificar tónus muscular, reflexos, cor da pele e alterações presentes. As higienizações posteriores serão idênticas, porém deve-se utilizar algodão com óleo para limpeza, evitando ressecamento da pele.

3.1.5.2. Cuidados com o coto umbilical

Realizar diariamente o curativo do coto umbilical com solução antisséptica desidratante. As mãos devem ser previamente lavadas, evitar o toque direto no coto umbilical, utilizando uma gaze esterilizada para seu manejo, devido a suscetibilidade a infecções. Após a limpeza e a aplicação da solução, envolver o coto com gaze, evitando o excesso de cobertura e o uso de faixa, para favorecer a desidratação do coto. Ele deve ser mantido para cima, para evitar que seja umedecido ou contaminado por fezes e urina. Observar cuidadosamente o coto. Verificar presença de sangramento, aspécto, cor da pele ao redor, sinais de infecção etc. O cordão umbilical começa a descolorir e a encolher, logo após o nascimento. Dentro de poucos dias o coto atrofia-se e escurece, e uma linha vermelha de demarcação começa a aparecer na junção do cordão umbilical com a pele do abdómen, dentro de 6 a 14 dias o cordão desprende-se deixando uma pequena área granulosa que cicatriza completamente ao término de duas semanas. Rea-

lizar exame físico: deve ser verificado no recém-nascido o aspecto geral, atividade, choro, tônus, pele, mucosa, condições de via parenteral, reflexos e mal formações congênitas.

3.1.5.3. Prevenção da hemorragia neonatal

Dependendo da rotina da instituição ou em caso de prescrição médica, administrar vitamina K (KANAKION ou similar) no terço médio do músculo vastolateral, para se prevenir a doença hemorrágica neonatal devido a insuficiente produção de vitamina K. A dose é, em geral, de 0,5 a 1 mg.

3.1.5.4. Posicionamento no leito

O recém-nascido deve ser mantido em decúbito lateral, para evitar; aspiração de secreções da oro ou nasofaringe, ou mesmo vômito.

3.1.5.5. Acompanhamento

A observação deve ser constante nas primeiras horas de vida, já que grande número de problemas podem se manifestar nesta fase. Além da observação geral deve-se efetuar controle e avaliação dos sinais vitais. O primeiro exame físico de enfermagem, realizado nas primeiras horas de vida (\pm 10 horas), deve ser repetido sempre que necessário. Verificação dos sinais vitais duas vezes ao dia (antes de qualquer procedimento, pois po-

de haver alterações). É recomendado que a temperatura, o pulso e a respiração sejam avaliados a cada 15 minutos na primeira hora. Quando estabilizados, a cada 30 minutos nas duas horas seguintes, dispensando como medida de rotina a tensão arterial. A frequência respiratória do nascimento é de 55 mpm, passando nas primeiras horas para 45 a 47 mpm e mantendo-se assim por seis horas. A frequência cardíaca é de 120 a 180 bpm. A palpação radial é infiel, utilizando-se assim a ausculta apical. A temperatura é medida na axila e mantém-se entre 36, 5°C e 36, 8°C por meio de berço aquecido e roupas.

Pesar diariamente: todos os bebês perdem peso durante os primeiros dias de vida. A perda ponderal varia de 5 a 10% do peso do nascimento. Essa diminuição do peso corporal é causada por uma perda dos excessos de fluídos dos tecidos corporais e por uma ingestão relativamente pequena de alimentos e líquidos, o que significa que o bebê utiliza suas próprias reservas corporais durante os primeiros dias. O peso normalmente estaciona no terceiro ou quarto dia de vida e depois começa a aumentar. A enfermeira deve comparar o peso diário do recém-nascido e transmitir ao médico qualquer perda superior àquela esperada durante os primeiros dias de vida.

3.1.5.6. Orientação da família

A orientação à família deve abordar vários aspectos e portanto, deve ser iniciada desde o primeiro contato com a mesma. Estas orientações devem constar de: características do lac-

tente, aleitamento materno, os cuidados de higiene, incluindo o do coto umbilical, imunização, prevenção de diarreia; procedimento frente a problemas comuns (regurgitação, cólicas, etc.). A família deve ser orientada e estimulada a estabelecer relação afetiva com o bebê desde os seus primeiros minutos de vida, já que a função de cuidado favorece o desenvolvimento do amor para com a criança. As instituições têm o dever de não só orientar e educar, mas também de favorecer o estabelecimento destas relações afetivas, fundamentais para o desenvolvimento integral da criança. A mãe ausente da unidade de neonatologia ou que nesta permaneça pouco tempo não está aprendendo a conhecer seu filho e as formas de atendê-lo; tampouco está tendo a oportunidade de estabelecer as relações afetivas que favorecem a intensificação do amor materno para com a criança.

3.1.5.7. Avaliação dos reflexos

O exame neurológico, através dos reflexos, também tem seu valor, pois através deles percebemos a capacidade e/ou alterações neurológicas do mesmo. A melhor hora para a realização destes testes é quando a criança estiver acordada e calma, e já familiarizada com o ambiente.

- 1) Reflexo de sucção: faz-se um estímulo colocando a mão do bebê na boca; o mesmo deverá sugá-la;
- 2) Reflexo de procura ou dos quatro pontos cardeais: faz-se estímulos nos quatro cantos da boca e ele procurará o local do estímulo;

- 3) Reflexo de preensão palmar e plantar: coloca-se um objeto cilíndrico para que ele segure com os dedos ou pelo menos flexione-os;
- 4) Reflexo de marcha ou de deambulação: eleva-se o bebê pelo tronco e faz-se com que roce os pés em uma superfície áspera; ele deverá elevar as pernas como se estivesse caminhando;
- 5) Reflexo de Babinsky: faz-se um estímulo na região lateral externa do pé, no sentido ascendente (calcanhar para os dedos), deverá responder com extensão dos podóctilos;
- 6) Reflexos tonicocervicais:
 - i) reflexo tonicocervical assimétrico: rodando a cabeça para um dos lados, responderá esticando o braço do mesmo lado e flexionando o braço no lado oposto.
 - ii) reflexo tonicocervical simétrico: faz-se flexão da cabeça sobre o tórax, encostando o queixo no mesmo responderá fletindo os membros superiores e esticando os inferiores. Colocando-se a cabeça para trás, responderá fletindo os membros inferiores e esticando os superiores.

Estes reflexos mostram a coordenação motora do recém-nascido.

- 7) Reflexo ciliar: toca-se os cílios com a ponta de uma gaze estéril, ele tenderá a fechar os olhos com bastante firmeza;
- 8) Reflexo de moro ou do abraço: deixa-se o recém-nascido em decúbito dorsal sobre um lençol, faz-se um movimento brusco,

puxando o lençol; deverá responder como se estivesse abraçando. Quando não responder, geralmente, implica em problema neurológico.

Todos estes reflexos respondem às condições de maturidade dos centros nervosos, e devem ser anotados. Caso haja inexistência de algum deles deve-se procurar a causa ou mesmo repetir o exame e até usar outros exames neurológicos para confirmação do diagnóstico.

3.2. Alta de Enfermagem

De modo geral, o recém-nascido terá alta quando se apresentar em condições físicas que não o coloque em perigo longe dos cuidados e assistência de enfermagem/médica. Evitam-se orientações maciças durante a alta, pois o excesso de informações pode acarretar confusão com duvidosa retenção de mensagens. O momento da alta presta-se a reforçar os aspectos de maior prioridade e esclarecer dúvidas que tenham permanecido. A enfermagem deverá explicar à mãe sobre as modificações fisiológicas que sofrem os recém-nascidos, fazendo comentários sobre cuidados com o coto umbilical, dieta materna e do recém-nascido, uso de medicamentos, atividade sexual.

Na ocasião da alta a enfermagem deve apresentar os dados do recém-nascido, que estarão impressos na carteira de saúde, além do impresso adequado para registro de cartório. A en-

fermagem deve orientar a mãe quanto ao retorno do recém-nascido para avaliação mensal no ambulatório, e se necessário visita domiciliar.

3.3. Puerpério

Segundo SANTOS (1993)²⁷, o puerpério é o período que vai do término do parto ao retorno das condições normais ^{PP ou não} do trato genital, e se refere às seis ou oito semanas após o parto.

O puerpério divide-se em:

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

Neste período ocorrem os fenômenos puerperais que são subdivididos em:

- aa) fenômenos involutivos ou regressivos: involução uterina e loqueação;
- bb) fenômeno evolutivo ou progressivo: lactação.

3.3.1. Involução uterina

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

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

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

A separação da placenta ocorre na porção externa da camada da decídua, a involução uterina na zona de inserção placentária ocorre pelo crescimento de tecido endometrial vizinho, por baixo da zona de inserção. Após o parto, o local da implantação da placenta fica reduzido a uma área irregular e elevada, do tamanho da palma da mão. Após a segunda semana, essa área está reduzida a 3 ou 4 cm de diâmetro, e no fim do puerpério, a 1 a 2 cm. Os transtornos do reestabelecimento normal nessa regeneração conduzem; às vezes a uma subinvolução uterina e a hemorragias puerperais tardias, contribuindo com patologias puerperais.

3.3.1.1. Loqueação

A produção e a eliminação de considerável quantidade de exsudatos e transudatos, misturados com elementos celulares descamados e sangue, e que escoam pelo trato genital, dá-se o nome de lóquios. Os lóquios são sanguinolentos nos primeiros 3 a 4 dias pós-parto, depois tornam-se serosanguinolentos até aproximadamente o 7º dia e por fim serosos. A quantidade do fluído loquial eliminado tem sido objeto de numerosas mensurações de volume, sem que se chegasse a um consenso, tais as variações individuais registradas, supondo-se que na primeira semana, o fluxo alcance a 500 ml. 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 (represamento de lóquios), é situação clínica temerosa, predispondo à infecção puerperal. (SANTOS, 1993)²⁷

3.3.2. 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:

3.3.2.1. 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.

3.3.2.2. Lactogênese

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

3.3.2.3. Lactopoiese

Compreende 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, resultante na secreção do hormônio ocitocina, provo-

cando contração das células mioepiteliais, 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. A simples sucção do seio, pelo lactente, desencadeia a secreção dos hormônios prolactina e liberação da ocitocina. O hormônio ocitocina também age sobre a musculatura uterina e a contrai, diminuindo a estase sanguínea na cavidade uterina, e em consequência, a probabilidade de infecções puerperais.

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

Os anticoncepcionais hormonais estão contraindicados porque está comprovado que os mesmos passam pelo leite e não há documentação científica que prove que a dose de hormônios ingerido pela criança através do leite materno, não possa afetá-la mais tarde. Outro efeito colateral do anticoncepcional hormonal é a diminuição da produção do leite. (PIZZATO, 1985)²³.

3.3.3. Modificações locais

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

3.3.3.1. Vagina

A vagina requer algum tempo para se recuperar da distensão que sofreu, raramente voltando à condição de nulípara. As rugas reaparecem ao fim da terceira semana. O hímem fica representado por pequenos restos de tecido que cicatrizado, converte-se nas carúnculas mirtiformes, características da múltipara. O esfregaço vaginal mostra-se atrófico.

3.3.3.2. Vulva e períneo

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

3.3.3.3. Assoalho pélvico

Embora a musculatura desta região readquira seu tono normal; quando há lacerações principalmente dos músculos eleva-

dores do ânus, pode permanecer frouxo podendo, predispor a ocorrência de prolapso uterino.

3.3.3.4. Colo

Imediatamente após a dequitação, o colo apresenta-se flácido, com limites mal delimitados, mas já ao fim da primeira semana, torna-se tão estreito, que dificilmente admite um dedo. No puerpério há neoformação de fibras musculares e cicatrização das lacerações, conferindo marcas que caracterizam a mulher que deu a luz por via vaginal. O orifício externo do colo uterino assume um aspecto de fenda transversal: "focinho de tenca". A eversão do tecido cilíndrico do canal cervical pode ser observado e constitui o ectópio. (SANTOS, 1993)²⁷

3.3.4. Modificações gerais

- a) O metabolismo basal retorna lentamente ao normal.
- b) Há normalização do metabolismo protéico, lipídico e hidrocarbonado.
- c) As alterações cutâneas (hiperpigmentação) desaparecem paulatinamente.
- d) Normalizam-se as funções gastrintestinais, voltando a situação normal o estômago, o intestino delgado e o cólon, que se encontravam topograficamente deslocados. Pode-se observar hemorróidas pelo esforço dispendido no período expulsivo.

- e) No aparelho cardiocirculatório observa-se, durante o puerpério uma acentuada elevação da volemia (15 a 30%) devido, provavelmente ao afluxo 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 de varizes.
- f) Desaparece a dificuldade respiratória, retornando o diafragma à sua posição primitiva. Desaparece a alcalose respiratória.
- g) Sangue:
- i) durante a primeira semana ocorre leucocitose (até 20.000).
 - ii) eleva-se o número de plaquetas no início do puerpério.
 - iii) aumenta a hemossedimentação (até 50 mm na 1ª hora) durante os primeiros dias de puerpério.
 - iv) aumentam os fatores plasmáticos de coagulação, predispondo à trombose e embolia.
- h) Geralmente, ocorre uma acentuada perda de peso, que se deve logo após o parto, a saída do feto, placenta, líquido amniótico, membrana e perda sanguínea (5 kg). Devido ao aumento da diurese e sudorese há perda de 3 a 5 kg nas semanas seguintes. Pela involução uterina 1 kg e pela loqueação, 250 a 500 mg.
- i) Ocorrem alterações no aparelho urinário: dificuldade de micção e retenção urinária que favorecem infecção mais frequente ainda, quando se faz cateterismo vesical. O exame citoscópico logo após o parto mostra edema, hiperemia e hemorragia submu-

cosas. Às vezes o edema do trigono é tão acentuado que é causa de obstrução da uretra. Além desses fatores, a bexiga puerperal tem capacidade aumentada e não é tão sensível à tensão intravesical como no estado normal. A superdistensão e o esvaziamento incompleto levam ao aparecimento de urina residual, fato em geral agravado pelo efeito paralítico da anestesia e perturbação temporária da função nervosa.

Após o parto, a dilatação do ureter e do bacinete sofre involução rápida nas mulheres normais e está completa dentro de 4 a 6 semanas. (Santos, 1993)²⁷

3.3.5. Assistência de enfermagem à puérpera

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

3.3.5.1. 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 3 vezes ao dia com antisséptico de mucosa (iodo aquoso).
- f) Solicitar micção precoce e espontânea, registrar e analisar quantidade, cor, odor e aspecto da urina.

- g) Questionar junto à paciente função intestinal e administrar medicação, se necessário.
- h) Orientar a paciente sobre apojadura; uso de soutien de alças curtas; cuidados com as mamas; importância da amamentação e ensinar técnica correta da mesma.
- i) Orientar a puérpera sobre: cuidados com coto umbilical, higiene do recém-nascido (horário, importância do colostro, valor do aleitamento).
- j) Ministrara medicação prescrita, estando atento aos efeitos colaterais e outras reações.

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

- aa) Controlar sinais vitais.
- bb) Dar banho de leito.
- cc) Controle e cuidados com sonda vesical.
- dd) Controle e cuidados com fluidoterapia.
- ee) Manter em decúbito dorsal, sem travesseiro por 24 horas em caso de raqueanestesia.
- ff) Enfaixar abdome antes da deambulação para conforto e prevenção de deiscência de sutura.
- gg) Observação e cuidados com curativo abdominal, quando seco, só é trocado por ocasião da alta. Quando molhado: observar secreção (cor, odor, aspecto, quantidade); trocar o curativo, fazendo antes a expressão manual dos bordos em toda a extensão. (Santos, 1993)²⁷

3.3.5.2. Assistência de enfermagem ao puerpério tardio

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

- a) Repouso relativo, evitar esforços muito intensos, para profilaxia das distócias uterinas, deiscência de sutura.
- b) Fazer se possível ginástica puerperal (principalmente abdominal e perineal) para profilaxia da diástese dos músculos reto-abdominais e da incontinência urinária de esforço. Orientar a paciente para executar 4 a 5 vezes ao dia, 20 vezes cada, exercício de contração do esfíncter anal, para assim colocar em funcionamento os músculos elevadores do ânus, principalmente em casos de parto normal.
- c) Dieta rica em proteínas, vitaminas e ferro, para profilaxia das anemias ferroprivas e da deiscência de sutura.
- d) Abstinência sexual 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.

3.3.5.3. 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 epiteli-zação do colo uterino e outros que se fizerem necessários.
- b) Levar o recém-nascido ao pediatra para consulta de puericul-tura e iniciar esquema vacinal.
- c) Procurar o serviço de diagnóstico precoce de câncer para ava-liação colpocitológica e exame preventivo de câncer da mama.
- d) Procurar serviços ou grupos de apoio comunitários em caso de dificuldades com a amamentação.

3.4. Aleitamento Materno

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

As características bioquímicas e imunológicas de espé-cie-especificidade próprias do leite humano lhe conferem uma composição ideal e incomparável a qualquer outro tipo de leite: bacteriologicamente é seguro e imunologicamente apresenta fato-res de proteção e de defesa contra infecções, especialmente as gastrointestinais.

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

Os benefícios psicológicos se revestem de ritual importância, uma vez que através da amamentação se estabelece uma profunda relação entre o binômio mãe/filho, determinada por um processo de interação proporcionadas por fortes estímulos sensoriais, auditivos, táteis, visuais e emocionais. Além destes aspectos a amamentação, como método, pode ser considerada tecnicamente natural, de fácil aprendizagem, higiênica e prática, economicamente barata, praticamente isenta de custos. Entre estas vantagens, há também os benefícios para a saúde da mulher que amamenta, entre os quais citamos: os fenômenos regressivos do puerpério (loqueação e involução uterina) ocorrem com maior rapidez graças ao efeito da ocitocina, que agindo sobre a musculatura do útero, previne também a atonia uterina no pós-parto imediato; a probabilidade da mulher engravidar diminui no período de lactação; a incidência do câncer de mama é menor nas mulheres com maiores períodos de amamentação.

Apesar do reconhecimento de todas as vantagens citadas e do valor inimitável do leite humano, a incidência do desmame precoce em nosso meio ainda é elevado. 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 da saúde. (SANTOS, 1989)²⁶

3.4.1. O que é aleitamento materno?

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

3.4.2. A lactação

É parte integrante do processo da reprodução humana. Desenvolveu-se de acordo com as necessidades da espécie e as determinantes ecológicas da vida. Muito poucas mães são incapazes de amamentar por razões fisiológicas. (CAMPESTRINI, 1993)¹²

3.4.3. Aspectos biológicos da amamentação

3.4.3.1. Características anatômicas e fisiológicas da amamentação

Cada glândula mamária está formada de doze a vinte lóbulos, separados um do outro por tecido fibroso e adiposo. Cada lóbulo é composto por alvéolos, ductos lácteos, seios lactíferos e papila mamilar. O tamanho da mama é indicativo de tecido adiposo presente e não é indicativo de quantidade de leite.

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

- 1) A mama (o seio), área de pele, lisa e suave;
- 2) Aréola, coberta por papilas (glândulas de Montgomery). Estas glândulas são mais proeminentes durante a gestação.
- 3) Mamilo, formado de tecido erétil, muito sensível ao tato, e forma uma espécie de papila cônica, que se projeta do centro da aréola, e que tem em sua cúspide doze a vinte aberturas dos condutos galactóferos.

3.4.3.2. Funções da glândula mamária:

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

A lactação na espécie humana é um fenômeno que envolve o sistema nervoso, o sistema endócrino e aspectos psicológicos. (CAMPESTRINI, 1993)¹²

3.4.3.3. Características bioquímicas

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

O leite materno maduro é um líquido branco, opaco, constituído de lactose, sais diversos, proteínas, gorduras, etc. Apresenta uma densidade de 1,025/1,035. Existe certa divergência com relação à qualidade do leite, no início ou no fim de uma mamada, bem como no decorrer dos meses de lactação. Para Mário Olinto, delegado do Brasil no Conselho Diretor do Instituto Interamericano del Niño (1970), o leite materno é estável. GESTEIRA, in PIZZATO, 1985, descreve que: "o leite humano apresenta diferenças etárias, admitindo que, a partir do primeiro mês, a quantidade de glicídios vai progressivamente diminuindo e a de lipídios gradualmente aumentando. Este autor acredita que no decorrer de uma mamada já ocorrem variações em sua composição, ou seja, as primeiras porções seriam mais ricas em proteínas e as porções finais mais ricas em glicídios e lipídios. Também registra diferenças, na composição quantitativa do leite, entre as primeiras horas da manhã e as últimas do dia. Divergências acentuadas também podem ocorrer na mesma hora, entre o leite de um e outro seio."23

3.4.3.4. Comparação do leite humano com o leite de vaca

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

a) Proteínas - O leite humano comparado aos leites das demais espécies, apresenta menor quantidade de proteínas, porém a constituição e a distribuição de aminoácidos são exatamente adequadas à elaboração do protoplasma celular humano. Os albuminóides dos leites em geral, são representados principalmente pela caseína, elemento de difícil digestão; no entanto, a caseína do leite humano forma um coágulo constituído por flocos finos, porosos, leves, facilmente atacável pelas enzimas digestivas do lactente. Outros albuminóides encontrados em menor quantidade no leite humano são a lactoalbumina e a lactoglobulina. A lactoalbumina contém, especificamente, os aminoácidos triptofano, leucina, lisina e cistina. Embora o leite de vaca apresente em sua composição maior quantidade do aminoácido metionina, comparados ao leite humano, é importante saber que, o fígado fetal e o do recém-nascido, principalmente do recém-nascido prematuro, não dispõem da enzima cistationase, necessária para a utilização do aminoácido metionina, dependendo assim da cistina como aminoácido essencial. GESTEIRA, in PIZZATO, 1985 "atribui à lactoalbumina do leite humano influência no processo de desdobramento da caseína, de maneira mais perfeita e homogênea."²³

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

menor quantidade do que quando se utilizam outros leites na alimentação, já que a eliminação urinária depende da ingestão proteica e salina.

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

d) Glicídios - no leite humano os glicídios são representados essencialmente pela lactose, na quantidade média de 7g por 100 ml de leite, correspondendo proporcionalmente à taxa de glicose necessária ao desenvolvimento do lactente, ou seja, 10g por quilo de peso corporal, segundo GESTEIRA, in PIZZATO, 1985.

e) Minerais - entre os elementos minerais presentes na composição do leite humano, destaca-se o ferro, o cálcio, o manganês, com função plástica, servindo para a formação de órgãos e tecidos. O sódio e o potássio exercem papel de reguladores do

metabolismo e apresentam-se em proporções satisfatórias no leite materno. Com relação ao cálcio e ao fósforo, elementos fundamentais à mineralização do esqueleto, salienta-se que, embora em concentrações menores no leite humano, comparado às quantidades presentes no leite de vaca apresentam um equilíbrio ideal entre si, que, segundo o Instituto de Puericultura Lelong, é bem mais importante do que a concentração de cada elemento isolado. GESTEIRA, in PIZZATO, 1985, acredita que: "o aleitamento materno exclusivo, após o primeiro semestre de vida, torna-se insuficiente para suprir as necessidades crescentes de minerais, surgindo sintomas carenciais, como, por exemplo, a anemia ferropriva que aparece em crianças ao redor dos seis meses de vida."²³

f) Vitaminas - não sendo as vitaminas sintetizadas no organismo materno, a presença destes elementos no leite parece estar diretamente relacionado à dieta ingerida pela mãe. O leite de vaca, por não ser ingerido in natura, perde pela pasteurização, fervura, etc. uma grande proporção de vitaminas C e D. O conteúdo de vitamina K do leite de vaca, é em geral, mais alto que o do leite humano. GYORGY, in PIZZATO, 1985, chama a atenção para: "o fato de ser mais incidente a doença hemorrágica em recém-nascidos alimentados ao seio que os alimentados artificialmente."²³

g) Enzimas - O leite humano caracteriza-se pela presença de enzimas, que nos demais leites são inexistentes. Tais enzimas auxiliam o processo digestivo do lactente e também protegem-no contra infecções. Dentre as enzimas do leite materno, destaca-se a lipase, que desempenha papel importante na digestão

de gorduras, e a lisosima, cuja ação específica contra as enterobactérias desempenha papel importante na profilaxia de infecções intestinais do recém-nascido.

h) Anticorpos - REZENDE, in PIZZATO, 1985, refere que o recém-nascido recebe, através do leite materno, elementos de defesa imunitária, que o protegem contra determinadas infecções.

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

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

GYÖRGI, in PIZZATO, 1985, demonstrou que o vírus da gripe (influenza) é inibido pelo alto índice de hemaglutinas presente no colostro humano. Refere a existência, no leite materno, de um fator de resistência a infecções intestinais por *Stafilococcus aureus*.

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

CANELLA e MICHALSKI, in PIZZATO, 1985, salientam que no colostro humano encontram-se células, como os linfócitos, com capacidade de sintetizar a IgA e macrófagos com capacidade fagocitária.

MATA e WYATT, in PIZZATO, 1985, citam outros dois pesquisadores, SABIN e FIELDESTUL, que descreveram um princípio ativo antipoliiovírus presente no leite humano de mulheres americanas.

MORLEY, in PIZZATO, 1985, atribui a baixa eficiência (40%) da vacina oral contra a poliomielite em zonas tropicais à presença de anticorpos neutralizantes da poliomielite no leite humano. 23

3.4.4. Aspéctos sociais da amamentação

3.4.4.1. Antropológicos

A alimentação ao seio materno tem sua origem associada ao primeiro parto. Dados históricos, relacionados à alimentação da criança, parecem sugerir que o aleitamento materno prolongado era habitual desde tempos remotos. Estudos antropológicos de tribos primitivas, ressaltando costumes quanto à alimentação da criança nos primeiros meses de vida, bem como costumes sociais na vida adulta, enfatizam a influência da amamentação materna, na formação da personalidade do indivíduo.

SOUZA, in PIZZATO, 1985, menciona que JELLIFE e col., "estudando certo grupo de mães africanas, com hábitos primitivos, onde a mulher no período pós-parto (40 dias) é considerada impura e cuja visita permitida é somente a do recém-nascido, observaram 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 povos, a lactação e o instinto maternal, relacionados entre si, contribuem de modo a não surgirem conflitos sociais. Investigações realizadas nas ilhas Marquesas e nas tribos Mundungumor referem que a alimentação ao seio é por curto período e o relacionamento mãe/filho é pouco ou nada afetivo. Entre eles, na vida adulta, a prática do suicídio é bastante freqüente. Nas ilhas Alor as

mães permanecem isoladas por oito dias após o parto, amamentando o filho. Após quinze dias, retornam ao trabalho, interrompendo bruscamente a lactação, ficando a criança sob os cuidados de irmãs maiores, que a alimentam de modo mesquinho e irregular, muitas vezes com alimentos mastigados por outros. Na juventude estas crianças incorporam-se a grupos de jovens, onde o roubo é permitido entre os próprios componentes. Outro dado antropológico, citado por SOUZA e SOUZA in PIZZATO, 1985, é o fenômeno da relactação. Em algumas tribos primitivas africanas, a avó funciona, no sentido da amamentação, como um perfeito e natural substituto da mãe que por um motivo esteja impedida de amamentar. Referem, ainda, que estas avós, embora com aspecto físico envelhecido, começam a produzir leite após duas ou três semanas de estímulo, conseguido pela sucção da criança, orientada de modo a que gradualmente se aumente o tempo e a frequência das mamas. 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 pode representar de realização frente ao filho adotado e frente à própria maternidade. 23

3.4.4.2. Familiares

A influência familiar é considerada por VIEGAS, in PIZZATO, 1985, relevante para o êxito da amamentação. Destacam-se, como fatores que concorrem para uma amamentação satisfató-

ria, 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 pouco mais velho, durante a hora da mamada, e o auxílio de uma pessoa dedicada, babá ou alguém da família que fique com a criança e lhe ofereça o leite ordenhado, quando a mãe necessita afastar-se do lar, como ocorre no final da licença para gestação da mulher que trabalha. Outros fatores sociais são considerados grandemente responsáveis pelo abandono do aleitamento materno. Como exemplo, lembra-se a propaganda e a promoção maciça através do rádio, televisão e cinema que algumas indústrias de alimentos infantis faziam de seus produtos, até há bem pouco tempo, com repercussões lastimáveis, desestimulando a alimentação natural, mesmo em países pobres, incrementando a incidência da mortalidade e morbidade infantil, a desnutrição e o déficit intelectual. Outro aspecto reside no fato de que pessoas pobres e pouco esclarecidas vêem no alimento artificial uma forma de pseudo-status social elevado.

3.4.5. Aspectos econômicos da amamentação

Ao enfrentar o momento de escolha entre a alimentação natural e a artificial, seria interessante que em primeiro lugar fosse considerado o bem-estar alimentício e psicológico do recém-nascido e da mãe. No entanto, é observado, na prática, que tais

aspectos são esquecidos, para serem valorizados nível social, conveniências, cultura e razões de ordem econômica. Nas sociedades ocidentais, onde a mulher atua fora do lar em condições semelhantes ao homem, o aleitamento materno tem sido comumente evitado.

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

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

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

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

Comparando-se o custo da lata de leite industrializado ao salário mínimo regional e as necessidades lácteas de uma criança, é fácil concluir que o homem brasileiro não consegue alimentar, adequadamente, seu filho. (Pizzato 1985).²³

3.4.6. Aspectos Psicológicos da Amamentação

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

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

Várias observações sobre a conduta de animais, em regime de experimentação, têm contribuído para a compreensão da dinâmica das primeiras relações mãe/filho. Tais experiências apresentam resultados comuns, destacando a importância do relacionamento precoce entre eles, sugerindo que os primeiros momentos após o parto são decisivos para um perfeito ajustamento mãe/filho; este período sensitivo materno é uma consequência de um estado hormonal da mãe, logo após o parto, quando ela está mais propensa a aceitar seu filho.

Com relação à sucção ao seio materno pelo recém-nascido, imediatamente após o parto, ela contribui decisivamente à incidência e manutenção do aleitamento natural.

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

A manutenção do aleitamento materno também tem sido motivo de pesquisa, visto que a maioria das mães, ao redor do segundo mês, deixam de oferecer o seio ao filho. Recentemente uma síndrome chamada hipogalactia transitória, que ocorre geralmente ao redor de quarenta dias pós-parto, coincide com o reinício das atividades sexuais e dura em média de dois a três dias. É compreensível que, neste período, o volume de leite diminua, já que as relações familiares sofrem alterações, agora com a participação mais ativa do pai, gerando insegurança e conflitos. A ansiedade da mãe se incrementa ao deparar com o momento em que lhe é exigido o papel de mãe e de esposa, concomitantemente. Este decréscimo do volume lácteo deve ser esperado, e será estimulada a sucção frequente ao seio, de modo que ocorra a produção de leite. Tanto a mãe quanto a equipe de saúde não devem, ou por angústia ou por descuido, introduzir desnecessariamente, o uso da mamadeira, podendo daí decorrer o abandono ao aleitamento ao peito, com conseqüências nefastas ao desenvolvimento da criança.

3.4.7. Obstáculos ao Aleitamento Materno

Obstáculos maternos	Obstáculos Fisiopatológicos	Obstáculos relacionados à criança
Patologias orgânicas	<ul style="list-style-type: none"> . desnutrição . tuberculose bacilífera . forma lepromatosa de hanseníase . agalactia ou hipogalactia . malformação do mamilo . mastites supuradas 	<ul style="list-style-type: none"> . fissura palatina . síndrome de FIERRE-ROBIN . cardiopatias graves . problemas neurológicos que obstaculizam ou impedem a sucção e deglutição
Patologias psíquicas	<ul style="list-style-type: none"> . psicoses . neuroses . fobias 	
Ingestão obrigatória pela mãe das seguintes drogas	<ul style="list-style-type: none"> . tetraciclina . iodetos . maconha . reserpina . quinina . atropina . anticoagulantes . diazepínicos . alcalóides de Ergot . corticosteróides . iodo radiativo . outros 	

Santos, 1989

Obstáculos relacionados a fatores sócio-econômicos e culturais:

- a) Desinformação da população e profissionais da área de saúde sobre as vantagens e importância do aleitamento materno.
 - b) Não cumprimento da legislação: creches em local de trabalho, horário especial para amamentação, etc.
 - c) Propaganda dos substitutos do leite humano.
 - d) Existência de rotinas hospitalares que retardam, obstaculizam e impedem a prática do aleitamento natural: confinamento de recém-nascidos em berçários, horários rígidos de amamentação, administração de líquidos nos intervalos das mamadas, início da amamentação tardia.
 - e) Tabus relacionados à amamentação.
 - f) Falta de preparo da mulher no período pré-natal para a amamentação.
 - g) Atitudes negativas em relação ao aleitamento materno.
 - h) Falta de suporte para a mulher no período pós-natal.
 - i) Peculiaridades da fase de lactação - fantasia/realidade.
- (Santos, 1989)²⁶

3.4.8. Por que Amamentar?

O leite materno:

é perfeitamente adequado às necessidades fisiológicas e psicológicas do lactente.

é o único adaptado às necessidades nutricionais da criança, sendo superior a qualquer substituto elaborado por cientistas da nutrição.

Contém vitaminas, sais minerais, gordura, açúcar e proteína apropriadas para o organismo do bebê.

é apropriado para o crescimento e desenvolvimento da criança.

é o alimento ideal das crianças nascidas normais.

é indispensável no 1º trimestre de vida.

é conveniente no 2º trimestre de vida.

É útil no 3º trimestre de vida.

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

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

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

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

- a) é mais alegre;
- b) apresenta curva ponderal ascendente;
- c) apresenta temperatura corporal uniforme;
- d) apresenta sono tranquilo

- e) cólicas, regurgitação e alergia são menores;
- f) tem bom humor;
- g) apresenta o turgor mais firme. O panículo adiposo tem desenvolvimento mais perfeito. A pele é mais brilhante, sedosa e rósea. Os olhos são mais brilhantes.

A mãe que amamenta sente-se realizada como mulher.

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

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

A amamentação do bebê beneficia o pai porque:

- aa) Vê sua mulher mais feminina;
- bb) estimula o interesse sexual da mulher;
- cc) é menos oneroso para o orçamento familiar

Para a mãe:

- aaa) o útero volta ao normal;
- bbb) o peso normaliza;
- ccc) evita o câncer de mama;
- ddd) quanto mais o bebê mama, mais leite produz.

O leite materno possui benefícios somáticos. Cura e protege contra a conjuntivite, otite, gastroenterite, dermatite emocional. (Campestrini, 1993).¹²

3.4.9. Primeiras mamadas

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

Após iniciada a amamentação outros cuidados deverão ser observados para preservar a manutenção da produção láctea. O bebê deve ser amamentado todas as vezes que manifestar desejo. Não deverá existir horário rígido, nem fixo. No início, as solicitações ocorrerão com maior frequência, estabelecendo com o tempo, maior espaçamento entre uma mamada e outra. Daí a importância da adoção do sistema alojamento conjunto nas unidades hospitalares pois o confinamento de recém-nascidos normais em berçários obstaculiza, retarda e por vezes impede a prática do aleitamento materno. A amamentação poderá ser única e exclusiva até o sexto mês de vida desde que a mulher o faça adequadamente e que a criança apresente parâmetros de desenvolvimento (peso e altura) compatíveis com sua idade. A partir do sexto mês deverão ser incluídos outros alimentos. (Santos, 1989).²⁶

3.4.10. Técnica de amamentação.

Sendo a lactação a última fase do ciclo reprodutivo dos mamíferos, deve ser tratada e encarada como um procedimento natural, simples, espontâneo e caloroso, desprovidos de artifícios e satisfação. Para esta fase ser concluída com êxito, no entanto, lembramos de alguns cuidados importantes durante a amamentação.

- 1) Não usar sabonete, álcool ou água boricada no bico dos seios.
- 2) Expor os mamilos às radiações solares por períodos curtos, diariamente entre às 8 e 10 horas.
- 3) Evitar o uso de pomadas e bicos protetores nos mamilos .
- 4) Lavar bem as mãos antes da amamentação.
- 5) Antes de colocar a criança ao seio, verificar se a aréola está macia, apreensível e flexível.
- 6) Limpar o mamilo com uma fralda ou pano limpo, embebido no próprio leite, antes e após as mamadas.
- 7) Secar bem as mamas e os mamilos com toalha de banho ou com um pano limpo, de uso individual.
- 8) Adotar técnica correta de amamentação como: - posição para amamentar. A nutriz deve ficar na posição que for mais confortável, podendo ser a posição deitada, sentada ou recostada.

Seja qual for a posição escolhida, deverá:

- a) posicionar a barriga do bebê sobre a barriga da mãe;
- b) aconchegar o bebê na altura da mama que ele sugar, para que possa introduzir o mamilo e a maior parte da aréola mamária na boca;
- c) espremer o mamilo e a aréola com as mãos para o leite sair com maior facilidade, antes de dar de mamar;
- d) fazer movimentos de vai-ve-m com o mamilo, sobre os lábios do bebê, a fim de desencadear o reflexo de procura se o bebe estiver sonolento;
- e) intercalar a mamada, de modo a não causar lesão ao mamilo;

Assim:

- f) inspecionar as bochechas da criança para ver se está sugando. Quando a sucção é ineficaz, as bochechas se retraem excessivamente;
- g) empurrar delicadamente os lábios da criança para um lado, para avaliar se a língua está debaixo do mamilo. As vezes está para trás e enrolada;
- h) observar o ruído que a criança faz ao mamar. Um "clic, clic" macio, indica anormalidade.
- i) remover a criança da mama para testar o grau de sucção. Quando não está sendo eficaz, a criança solta o mamilo com muita facilidade.

- 9) Introduzir na boca do bebê não só o bico mas também toda a aréola, de maneira que não deixe o seio obstruir o nariz e impedir a respiração do bebê. Para isso a nutriz pode utilizar os dedos indicador e anular e posicioná-lo como uma tesoura aberta, sustentando a região mamilo-areolar entre os mesmos.
- 10) Para retirar o bebê do seio colocar o dedo mínimo no canto da boca do bebê e apertar levemente.
- 11) Alternar os dois seios durante as mamadas.
- 12) Oferecer sempre em primeiro lugar a mama que ele sugar por último na mamada anterior.
- 13) Permanecer em ambiente calmo e tranquilo quando amamentar.
- 14) Estar calma e não apressar o bebê para mamar.
- 15) Dispor de tempo necessário para amamentar no peito.
- 16) Retirar o bebê da mama quando ele estiver fazendo desta uma chupeta.
- 17) Após as mamadas colocar o bebê para eructar.
- 18) Deixar o bebê em decúbito ventral ou lateral após eructar.
- 19) Retirar o excesso de leite após as mamadas, utilizando a técnica de extração manual.
- 20) Usar sutiã adequado e de maneira correta, com boa sustentação na base.

Abolir o uso de:

- a) esgotadeira,
- b) sabão, sabonete, compressas de álcool;

- c) absorventes mamilares;
- d) sutiã convencional porque "amassa o mamilo" (Campestrini, 1989)¹²

3.4.10.1. Como estimular a produção de leite materno

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

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

- i) fazer cinco movimentos circulares, em cada um dos pontos da mama;
- ii) começar na aréola;
- iii) contornar toda a mama no tórax.

b) Deslizar os quatro dedos (menos o polegar) sobre a mama com movimentos delicados (como cócegas) indo desde a base do tórax até o mamilo ao redor de toda mama.

Isso relaxa a musculatura mamária e estimula a expulsão do leite.

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

3.4.10.2. Técnica para Extração Manual de Leite Humano

Todo o leite excedente que o bebê não consegue mamar, deve ser esgotado para dar conforto à mãe e evitar problemas como engurgitamento mamário, aréola "esticada", mastite, fissuras e, desmame. Considerando a estrutura anatômica da glândula mamária e o mecanismo fisiológico da liberação do leite, a extração manual deve seguir:

- a) ampola galactófora;
- b) canal galactóforo;
- c) canalículos;
- d) alvéolos.

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

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

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

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

3.4.11. Quais os Tipos de Mamilo Humano?

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

Anatomicamente os mamilos são classificados em:

- 1 - Mamilo invertido (umbilicado) - é o mamilo que se apresenta em sentido oposto ao protruso. Não se protraí com exercícios, não se projeta para a frente e inviabiliza a amamentação.
- 2 - Mamilo pseudo-invertido (pseudo-umbilicado) - apresenta sentido oposto ao protruso mas, após estímulos e exercícios, protraí-se discretamente e viabiliza a amamentação.
- 3 - Mamilo plano - é o mamilo pouco saliente, como se estivesse incorporado à região areolar. Não há junção mamilo-areolar.
- 4 - Mamilo semi-protruso - é o mamilo discretamente saliente que, se protraí com dificuldade. Após estímulos e exercícios viabiliza a amamentação.
- 5 - Mamilo protruso - é o mais saliente, bem delimitado que se protraí com facilidade e avança à frente de sua posição natural. é favorável à amamentação.

3.4.11.1. Como Recuperar Mamilo Invertido Durante a Amamentação

Segundo Campestrini 1993, algumas mulheres têm os mamilos pequenos, ou planos, ou voltados para dentro, ou presos, de tal modo que "entram" quando se comprime a aréola com dois dedos.

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

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

- 1) Adaptar ao mamilo umbilicado um bico de mamadeira transparente com furo grande, mais ou menos $\emptyset,4$ mm;
- 2) Acoplar ao bico da mamadeira uma esgotadeira de tipo êmbolo-
recipiente. Com a mão esquerda segurar o conjunto bico-esgo-
tadeira e pressioná-la contra a mama. Com a mão direita segu-
rar a parte externa distal da esgotadeira e exercer movimen-
tos circulares em um único sentido, de dentro para fora;
- 3) Observar a formação do mamilo e a coloração da pele: Cianose
pode indicar isquemia compressiva. Se isto acontecer, pare.
Prossiga quando voltar a coloração. O mamilo reverte por
pressão negativa;
- 4) Retirar a mão direita;
- 5) Retirar a esgotadeira do bico;

- 6) Manter o bico da mamadeira adaptado ao mamilo durante o tempo que a mãe suportar, e se o neomamilo estiver rosado;
- 7) Retirar o bico do mamilo, exercendo pressão sobre a aréola com o dedo polegar direito;
- 8) Ajudar a mãe na amamentação. O mamilo poderá estar dilatado e necessitar de exercício do tipo "roling": pinçar e girar o mamilo entre os dedos indicador e polegar, por alguns minutos, antes de o bebê mamar;
- 9) Repetir a técnica de 4 em 4 horas, antes da mamada, até acontecer a formação efetiva do mamilo.

Segundo BOLETIM DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA, setembro/1993 estudo realizado por médicos do J.J.M. Medical College, na Índia, revelou: "uma revolucionária técnica para auxiliar mães com mamilos invertidos a iniciarem a amamentação de seus bebês, como também manterem esta prática até os seis meses. Trata-se de uma seringa plástica de 10ml, cuja extremidade próxima da agulha é cortada com uma faca bem afiada. Depois troca-se a posição do êmbolo da seringa, introduzindo-o pelo orifício que ficou após o corte. Feito isso, a seringa já está pronta para ser utilizada: a parte macia, onde estava o êmbolo fica em contato e puxa suavemente o êmbolo, provocando a sucção do leite e a protabilidade do mamilo, "Para os pesquisadores: "principal desafio enfrentado por mães com bicos invertidos é a inabilidade para posicionar o bebê no seio, de forma que ele sugue corretamente. Através do uso da seringa plástica e do constante aconselhamento e orientação sobre a maneira correta de posicionar o

bebê para a pega da aréola, sete das oito mulheres que fizeram parte do estudo foram capazes de fazer com que seus bebês sugassem corretamente o seio. Adaptado de técnica criada por um cirurgião plástico indiano para correção de mamilos invertidos, o método oferece vantagens como o baixo custo, a efetividade e o fato de poder ser executado pela mãe quantas vezes forem necessários e em sua própria residência. Em média, os bebês levaram 4 dias para sugarem corretamente o leite materno.

3.4.12. Problemas da Amamentação e Assistência de Enfermagem

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

Problema 1 - Engurgitamento mamário - O fenômeno de engurgitamento mamário ocorre pelo congestionamento venoso e linfático da mama e pela estase láctea em qualquer das porções do parênquima (lobular, lobar, ampolar ou da região glandular). É comum sua ocorrência entre o 3º e 8º dia de puerpério devido a pressão exercida pelo leite no sistema canalicular, podendo desaparecer entre 24 a 48 horas após seu início.

Atribui-se ao esvaziamento incompleto da glândula mamária a sucção deficiente ou o desequilíbrio entre a produção e ejeção da secreção láctea.

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

3.4.12.1. Assistência de Enfermagem no Engurgitamento Mamário

a) Profilaxia

- Orientar sobre o uso de soutien adequado e de maneira correta, de modo que os seios fiquem firmes e suspensos, sem contudo provocar garroteamento da rede venosa, linfática ou do sistema canalicular.
- Antes da mamada, observar a tensão da mama e da região mamilo-areolar. Em caso de tensão máxima esvaziar previamente a glândula mamária até que a aréola se torne macia e o mamilo flexível e apreensível.

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

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

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

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

Justificativa: O posicionamento adequado no momento de amamentar assegura conforto ao binômio mãe/filho, favorece o funcionamento normal da mama e previne complicações como lombalgia (materna), trauma, fissura mamilar e engurgitamento mamário.

- Propiciar ambiente tranquilo para amamentação.

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

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

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

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

Justificativa: A introdução de outros alimentos no período de amamentação antes do 6º mês de vida interfere na produção do leite.

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

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

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

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

b) Tratamento

- Fazer palpação em sentido circular sobre as áreas afetadas.

Justificativa: Para facilitar a desobstrução dos canais e canalículos.

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

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

- Em caso de difícil reflexo ejectolácteo, aplicar calor (banho de sol, compressas ou bolsas de água quente) sobre a glândula mamária: fazer massagem intermitente na região mamilo-areolar

antes de iniciar a sucção ou extração. Fazer massagem delicada e firme sobre a mama iniciando na região ampolar até atingir os alvéolos.

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

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

Justificativa: A quantidade de líquidos interfere na quantidade do leite produzido. (SANTOS, 1989).²⁶

Problema 2 - Fissura mamilar - Fissura ou rachadura mamilar consiste na ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo provocada por inadequada apreensão no momento da sucção. Ocorre com maior frequência nas mulheres com pele clara, idosas, primíparas e portadoras de mamilos planos ou invertidos. Podem ser circulares e verticais; as circulares ocorrem ao redor do mamilo em forma de círculo e as verticais na porção papilar do mamilo.

a) Fatores Predisponentes

- i) sucção ineficiente: durante a mamada a criança não consegue esvaziar adequadamente a mama e permanece por maior tempo sugando;

- ii) uso de lubrificantes: são responsáveis pela remoção das células superficiais da aréola, tornando a região susceptível a lesões;
- iii) uso de medicamento tópico: destroem a flora bacteriana normal e favorece o crescimento da flora bacteriana patológica. Ressecam a pele propiciando o aparecimento de fissuras e escoriações;
- iv) higiene excessiva: remove a ação lubrificante natural; falta de preparo do mamilo no pré-natal: a falta de exercícios no período pré-natal diminui a resistência do tecido mamilar no início da lactação.

b) Fatores Causais

- i) uso de bombas: (manual e elétrica). A pressão negativa exercida artificialmente sobre o mamilo, em especial nos primeiros dias após o parto, quando não se estabeleceu efetivo equilíbrio entre a produção e drenagem de secreção láctea, provoca estiramento da pele acompanhada de dor;
- ii) sucção inadequada provocada pelo engurgitamento. Quando a tensão interna da mama é máxima, e a estase láctea invade todo o parênquima mamário, a capacidade de apreensão do mamilo e aréola fica prejudicada pela distensão da região, ocorrendo a sucção inadequada e conseqüentemente lesão mamilar;
- iii) sintomas: presença de solução de continuidade em forma de fenda, com profundidade e extensão variáveis, podendo apresentar sangramento e dor localizada. (SANTOS, 1989).

3.4.12.2. Assistência de Enfermagem/Fissura Mamilar

a) Profilaxia:

- Identificar o risco materno;
- Preparo do mamilo no pré-natal;
- Tipos de mamilos: protruso, semiprotruso, plano, invertido ou pseudo-invertido;
- Conhecimento prévio da nutriz sobre noções de anatomia da glândula mamária feminina, fisiologia da lactação, vantagens do aleitamento e técnicas de amamentação;
- Coloração da pele;
- Número de filhos;
- Idade;
- Experiências negativas anteriores com fissuras;
- Expor os seios às radiações solares por períodos curtos (no máximo 15') no horário entre às 8 horas e 10 horas da manhã.
Justificativa: A falta de preparo do mamilo no período do pré-natal contribui para o aumento de lesões do epitélio mamilar com início da sucção. O tipo de mamilo interfere na capacidade de apreensão adequada, sendo difícil nos casos de mamilo plano ou invertido. A desinformação sobre o funcionamento normal da glândula mamária contribui para aumentar a ansiedade e insegurança da mulher que amamenta. As mulheres jovens, caucasianas e primíparas apresentam risco maior de apresentar fissura/trauma mamilar. Tais radiações se diferenciam entre si pela capacidade de penetração e tipo de ação na pele e no organis-

mo, e se constituem juntamente com a luz visível, no conjunto da irradiação eletromagnética do sol (o seu espectro). Os raios infravermelhos apresentam feixe de radiações com comprimento de ondas maior que as ultravioletas, tendo capacidade de penetrar no tecido epidérmico até atingir a derme, onde tem ação vitalizante e calórica. promovem a estimulação das terminações nervosas da pele, a dilatação dos poros e aceleram a eliminação de resíduos tóxicos produzidos pelas combustões intramusculares. No tecido epitelial da glândula mamária além de dilatar vasos e capilares, atua no sistema canalicular promovendo dilatação dos canais e canalículos favorecendo a ejeção do leite. Os raios infravermelhos, são também dotados de poder germicida e bactericida e de ativar a reparação dos tecidos ajudando na cicatrização das feridas. Também atribui-se aos raios infravermelhos, a propriedade salutar de curar infecções e cicatrizar feridas superficiais. Os raios ultravioletas têm seu domínio nas reações bioquímicas e apresentam feixes de radiações com curto comprimento de ondas, estando sua capacidade de penetração limitada à camada córnea da epiderme, onde tem ação actínica provocando inicialmente eritema e posteriormente aumento da pigmentação. Tal fenômeno determina maior proteção e resistência do tecido epitelial às infecções, agressões e traumas. Os raios ultravioletas desempenham ainda papel importante na prevenção do raquitismo, pois são responsáveis pela síntese da vitamina D, reguladoras do equilíbrio fotocálcico, efeito antiraquítico primordial para a criança.

- Inspeccionar diariamente os mamilos.

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

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

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

- Evitar o uso de bombas de sucção (manual ou elétrica) especialmente nos primeiros dez dias de puerpério.

Justificativa: A pressão pelas bombas extratoras do leite na região mamilo-areolar provocam distensão epitelial causando com freqüência trauma e dor.

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

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

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

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

- Evitar higiene excessiva do mamilo. Deverá usar o próprio leite, segundo Campestrini, 1993.

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

- Oferecer o seio ao bebê com aréola macia.

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

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

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

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

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

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

Justificativa: A apreensão adequada do mamilo e aréola evita trauma e maceração mamilar pois a pressão é exercida sobre a ampola galactófora e o leite é facilmente liberado. (SANTOS, 1989)²⁶

3.4.12.3. Como Recuperar Mamilo Fissurado

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

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

- a) deixar o mamilo arejado (ventilado) exposto ao sol, o máximo possível. Evitar abafá-lo com compressas, gazes, absorventes, curativos, pomadas, sutiãs forrados com plástico;
- b) usar, sobre os mamilos nos intervalos das mamadas qualquer um dos seguintes produtos caseiros: - polpa de casca de banana verdolenga; - polpa de mamão verdolengo; - suco ou folha de arruda amassada; - suco ou folha de salsa amassada; desprezar e refazer a cada mamada - Chá preto, um saquinho umedecido com água filtrada ou fervida. Desprezar a cada 24 horas.
- c) fazer banhos de luz com lâmpadas de 40 watts, 6 vezes ao dia, se não for possível, expor o mamilo ao sol.

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

Problema 3 - Mastite puerperal - consiste na infecção da mama lactante, causada pela invasão do tecido mamário por microorganismos patológicos. Ocorre com maior frequência entre: 8 e 12 dias do puerpério, sendo mais comum nas primíparas e nas mulheres com outras infecções associadas. O desmame precoce também mantém relação com a ocorrência da patologia e na prática é comum observar-se maior incidência entre mulheres com mamas volumosas. Está classificada de acordo com a localização e pode ser parenquimatosa, areolar, ou intersticial. Na mastite parenquimatosa e areolar a liberação do leite se faz com secreção purulenta pelo mamilo sendo que na intersticial é liberada somente a secreção láctea. A mastite parenquimatosa pode ser classificada de acordo com sua localização: lobular, lobar, ampolar, e glandular.

a) Etiologia

O agente infeccioso mais comum é o Staphylococcus aureus e as formas de acesso variam desde as mãos da própria mãe ou do pessoal que lhe presta assistência, da nasofaringe do bebê que penetram através das fissuras, até pelas bactérias normais presentes nos canais e canalículos que passam a ser patológicos quando lesionados. Estas lesões podem ser ocasionadas por massagens incorretas ou pelo engurgitamento mamário prolongado.

b) Sintomas

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

A lactante apresenta calafrios e temperatura de 39^o e 40^o e queixa-se com mal estar geral.

3.4.12.4. Assistência de Enfermagem/Mastite Puerperal

a) Profilaxia

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

Justificativa: para prevenir infecções localizadas na mama.

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

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

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

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

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

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

- Orientar para uso de soutien adequado e limpo.

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

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

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

b) Tratamento

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

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

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

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

c) Observar Evolução ou Regressão do Abscesso Mamário.

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

- Administrar terapêutica, anti-inflamatória e antibióticos de acordo com a prescrição médica.

Justificativa: Para recuperar as áreas afetadas e restabelecer o funcionamento normal da glândula mamária. (SANTOS, 1989).²⁶

3.4.13. Aids e Aleitamento Materno

O risco de transmissão do HIV (Vírus da Imuno Deficiência Humana) através do leite humano é pequeno quando comparado com o risco de transmissão durante a gravidez. Entretanto, se a mãe estiver contaminada com o HIV, o aleitamento ao seio está contra-indicado, mas o leite materno pode ser oferecido, desde que adequadamente pasteurizado.

3.4.13.1. Recomendações OMS/UNICEF, AGOSTO DE 1993

Sobre a transmissão do HIV e aleitamento materno - em todas as populações independentes dos índices de infecção por HIV, o aleitamento materno deve continuar sendo protegido, promovido e apoiado. Nos locais onde as causas primárias de mortes infantis são as doenças infecciosas e a desnutrição, as crianças não amamentadas correm, em particular, grandes riscos de morrerem por essas causas. Nesses locais, deve prevalecer o assessoramento padrão às mulheres grávidas, incluindo aquelas já infectadas pelo vírus, porque o risco de seus bebês adquirirem o vírus via aleitamento parece ser menor que o risco de morrerem por outras causas, se privados da amamentação ao seio. Quanto menor

for o risco do bebê morrer durante a infância, maior é a proteção do aleitamento materno e maior a importância de se aconselhar às mães para adotarem essa prática. As mulheres que vivem em tais locais, cujas circunstâncias fariam da alimentação alternativa uma opção apropriada, devem saber sobre seu estado em relação ao HIV de modo a guiarem sua decisão em relação ao aleitamento natural. Para isso, testes voluntários e confidenciais de HIV, acompanhados por consultas anteriores e posteriores aos testes, devem ser feitos quando factíveis e disponíveis. Em lugares onde as doenças infecciosas não se constituem causa principal de morte durante a infância, as mulheres grávidas, nas quais a presença do vírus já foi diagnosticada, devem ser aconselhadas a não amamentar e a utilizar uma forma alternativa e segura de alimentação para seus bebês. As mulheres nas quais o vírus ainda não foi detectado devem ser aconselhadas a amamentar. Nesses locais, quando factível e disponível, as mulheres devem ter acesso a testes voluntários e confidenciais para HIV, assim como a consultas antes e depois de passarem pelo teste, sendo aconselhadas a fazer tais testes antes do parto. A escolha do momento de alimentar um bebê, do método e do produto da alimentação substituída, não deve ser influenciada por pressões comerciais. As empresas de alimentos infantis devem ser chamadas a respeitar e observar o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno e todas as principais resoluções da Assembléia Mundial de Saúde. É essencial que todos os países levem a efeito os princípios e objetivos desse código. Quando a amamentação cruzada for a alternativa escolhida, devem ser tomados cuidados no sentido de selecionar mães doadoras com baixo risco de infecção para HIV e,

se possível, detectar quem é HIV negativo. No caso de ser utilizado, quando possível, as doadoras devem ser testadas para o HIV.

Homens e mulheres infectados com o HIV têm preocupações importantes, desde a manutenção da sua própria saúde e bem estar, administração de seus assuntos econômicos, bem como a elaboração de previsões futuras para seus filhos. Dessa forma, esses indivíduos requerem assessoramento e orientação num número importante de questões, tais como práticas de alimentação infantil, risco de transmissão do HIV para a prole, se a mulher engravidar e risco de transmissão através do ato sexual ou pelo sangue. Todos os adultos infectados que desejam evitar a gravidez, devem ter pronto acesso às informações e serviços de planejamento familiar. Em todos os países a principal prioridade para se evitar a transmissão do HIV de mãe para filho é a prevenção do contágio da mulher em idade fértil. Outras atividades prioritárias são:

- a) a educação de homens e mulheres sobre as maneiras de se evitar a transmissão, para seu próprio benefício e para seus filhos;
- b) assegurar o pronto acesso a preservativos;
- c) cuidar da assistência apropriada à doenças sexualmente transmissíveis, que aumentam o risco de transmissão do HIV, e
- d) qualquer outra, no sentido de apoiar os esforços das mulheres não serem infectadas.

3.4.14. Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes

O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAM, 1993, tem participado do esforço mundial para a retomada do aleitamento natural.

A elaboração, pelo INAM, órgão do Ministério da Saúde, da Norma para Comercialização de Alimentos para Lactentes, em 1989, em colaboração com instituições internacionais, outros ministérios e representantes da indústria de alimentos foi um importante marco no desenvolvimento do programa nacional de incentivo à amamentação.

Ao produzir e veicular a segunda edição do documento onde contém a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes, denominados resolução nº 31/92 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 2), o INAM tem por objetivo possibilitar o efetivo cumprimento das disposições estabelecidas - aprovadas em 12 de outubro de 1992 e em vigor desde 12 de outubro de 1993 - mediante sua ampla divulgação.

Ao reconhecer as nefastas conseqüências do desmame precoce, o governo brasileiro, já em 1976, incluía ações de incentivo ao aleitamento materno no II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição-Pronam.

Com o apoio da Organização Panamericana de Saúde-OPAS e Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, após amplos debates sobre o assunto, foram elaboradas estratégias que culminaram na criança em 1981, através da Portaria Ministerial, do

Grupo Técnico Executivo Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno - GTENIAM.

Este fato foi precedido por um diagnóstico do aleitamento materno no Brasil que revelou baixa prevalência da amamentação (50% de desmame em torno do 2º mês de vida), cujas causas apontadas foram:

- 1 - Desinformação dos profissionais de saúde, das mães e da comunidade em geral;
- 2 - Rotina e estrutura inadequada dos serviços de saúde;
- 3 - Trabalho remunerado da mulher; e
- 4 - Publicidade indiscriminada de alimentos infantis industrializados.

A rede IBFAM (Internacional Baby Food Action Network) existente no Brasil desde 1983, encarregou-se de vigiar a implementação de normas nos primeiros 180 dias concedidos às indústrias pelo Ministério da Saúde.

Após um ano de debates e estudos entre membros dos setores interessados, o Conselho Nacional de Saúde - CNS, aprovou a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes, sob a designação da resolução nº 31, de 12 de outubro de 1992.

Para o cumprimento das disposições desta norma, foi concedido aos fabricantes um prazo de 12 meses, que venceu em 12 de outubro de 1993.

3.5. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança

~~Por~~ ~~quê~~ hospital amigo da criança

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

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

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

- 1 - Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde;
- 2 - Treinar toda equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
- 3 - Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno,
- 4 - Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto;

- 5 - Mostrar às mães 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 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 materno, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

A implementação dos DEZ PASSOS foi compromissada pelo Brasil na Declaração de INNOCENTI, elaborada durante encontro em Spedale degli Innocenti, Itália entre 30 de julho e 1º de agosto de 1990, por formuladores de políticas de saúde de governos de agências internacionais.

3.5.1/ A Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil

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

Infantil de Pernambuco, localizado em Recife, região nordeste do país.

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

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

As principais conquistas foram:

- 1983 - Portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social - INAMPS/Ministério da Saúde, que estabelece a obrigatoriedade do alojamento conjunto.
- 1986 - Portaria do Ministério de Educação e Cultura-MEC, tornando obrigatório o alojamento conjunto nos hospitais universitários.
- 1988 - Aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (através da Resolução 5), das Normas de Comercialização de Alimentos para Lactentes, elaboradas com base no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.
- 1988 - Promulgação da Constituição Brasileira, que define como direitos sociais a educação, saúde, trabalho e lazer, enfatizando a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias; licença-paternidade

nos termos fixados em lei (cinco dias) e a proteção ao trabalho da mulher. A Constituição também assegura às presidiárias o direito de permanecerem com os filhos durante os períodos de amamentação.

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

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

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

3.5.2. Situação do Aleitamento Materno no País

Segundo a UNICEF/OMS, 1992, apesar das ações desenvolvidas na última década para o incentivo à amamentação no Brasil, os índices de desmame precoce, ou seja, interrupção do aleitamento materno antes dos seis meses ainda são elevados. Dados coletados em 1989 e 1990 revelam que:

- a) a duração média do aleitamento materno é de quatro meses e meio, e apenas 6% das crianças com dois meses de idade recebem somente leite materno (sem água, chás ou sucos);
- b) 97% das crianças mamam no peito após o nascimento, mas o desmame é intenso nos primeiros dias e meses de vida; e,
- c) os fatores que influenciam negativamente no início e duração do aleitamento materno são: - a demora na primeira mamada - 28% das crianças brasileiras são nascidas em hospitais; 70% dos partos no país acontecem nestes locais; são amamentadas somente no segundo dia de vida. - Um dos fatores apontados como causa desta demora é o parto cesário, cuja incidência no país está em torno de 35% uma das mais altas do mundo; - alojamento em berçário - uma pesquisa realizada em 1991, entre 667 maternidades do país, revelou que 47% dos administradores sequer conheciam a Portaria do INAMPS, de 1983, que torna obrigatório o alojamento conjunto em hospitais; - baixo peso ao nascer e prematuridade - estes fatores dificultam, mas não inviabilizam que o recém-nascido receba o leite materno: isto vai depender principalmente das práticas adotadas pelos hospitais.

O aleitamento materno é um processo único e uma ação que mesmo tomada isoladamente, é capaz de:

- a) proporcionar nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para seu crescimento e desenvolvimento;
- b) reduzir a morbi-mortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas;

- c) contribuir para a saúde da mulher, reduzindo riscos de câncer do seio e do ovário, e ampliando o espaçamento entre partos;
- d) proporcionar benefícios sociais e econômicos para a família e a nação;
- e) proporcionar quando bem adotado, satisfação à maioria das mulheres, favorecendo o vínculo entre mãe e filho.

Estes benefícios aumentam quando o bebê recebe o leite materno como alimento exclusivo nos primeiros seis meses e, a partir daí, como alimento complementar até dois anos.

Apesar das inúmeras pesquisas que indicam e comprovam as vantagens do leite materno e do aleitamento natural, vêm sendo observados, em hospitais e maternidades, procedimentos que dificultam o início e manutenção desta prática.

3.5.2.1. Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno Através dos DEZ PASSOS

Nenhuma instituição poderá iniciar uma mudança nas rotinas sem envolver a administração e todos os funcionários, principalmente as chefias dos serviços. Por isso, é importante ter uma norma escrita, com as condutas a serem seguidas para facilitar o aleitamento materno - passo 1. Para que estas condutas sejam adotadas é preciso divulgar esta norma no estabelecimento e treinar os funcionários para que possam desenvolvê-la adequadamente - passo 2. A orientação a gestantes sobre os benefícios da amamentação, como também sobre o preparo das mamas é uma im-

portante atividade - passo 3. Após o parto, estudos mostram que quanto mais cedo houver, o contato íntimo entre mãe e bebê, pele a pele, melhores serão as condições para o estabelecimento e duração da amamentação - passo 4. Um outro fator que garante o sucesso do aleitamento materno é a permanência do bebê junto à mãe durante as 24 horas do dia, ou seja, em alojamento conjunto - passo 7. Esse contato constante da mãe com o bebê, além de estimular a ligação afetiva entre ambos, favorece a "descida" do leite e a amamentação sob livre demanda, isto é, de acordo com o "desejo da criança"-passo 8. Alguns bebês necessitam de cuidados especiais e por esta razão não podem ficar junto de suas mães. Nesse caso, as mães devem receber orientações sobre como retirar o leite das mamas. O ensino de como retirar e armazenar este produto em casa é também importante para garantir que as mães que regressem ao ambiente de trabalho possam continuar a amamentar - passo 5. Até os seis meses de idade, a criança deve receber exclusivamente, o leite materno, sem água, chás ou sucos - passo 6. Isto porque cada vez que se dá outros líquidos ou alimentos à criança o risco de morte por diarreia aumenta. Bebês com menos de um ano de idade amamentados exclusivamente ao seio tem 18 vezes menos chances de morrer por diarreias, e quatro vezes menos chances de morrer devido a doenças respiratórias.

O uso de mamadeiras e de bicos ou chupetas pode fazer com que o bebê pare totalmente de mamar, já que o esforço para sugar é menor - passo 9. Para que a amamentação seja bem sucedida, as mães necessitam de apoio, principalmente, da família e da comunidade. A participação em grupos formados por outras mães,

para troca de experiências e ajuda mútua, representa um estímulo a mais para o sucesso do aleitamento - passo 10.

3.5.2.2. O seio materno é melhor

A introdução desse conceito, no dia-a-dia dos serviços materno-infantis é o primeiro passo para as mudanças. As experiências da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, nos países escolhidos para sua implementação, confirma que a vontade política firme da administração de hospitais e maternidades é muito mais decisiva do que os recursos financeiros. Os investimentos em treinamento da equipe de saúde, modificações nas instalações físicas e a eliminação do uso generalizado de leites artificiais e água glicosada representam economia direta e indireta para o estabelecimento, além de melhorarem a qualidade da assistência.

De um modo geral, em hospitais já credenciados como "Amigos da Criança" tem sido observados os seguintes fatos:

a) diminuição significativa do consumo hospitalar de substitutos do leite materno, água e produtos para esterilização e de mão-de-obra, e também fim do uso de mamadeiras e chupetas.

No José Fabella Memorial Hospital, nas Filipinas isto significou uma economia anual de 107 mil dólares;

b) redução do tempo de permanência no hospital de mães cesareadas;

- c) diminuição do sangramento pós-parto, em mães que amamentam imediata e continuamente; e,
- d) melhor aproveitamento da capacidade de trabalho do pessoal de saúde a partir de mudanças na estrutura dos serviços . Todos os hospitais e maternidades estão convidados a participar desta iniciativa. O primeiro passo é fazer uma auto-avaliação das atuais práticas em relação ao aleitamento materno, a partir de reuniões entre os funcionários e as chefias dos serviços. Como roteiro destas discussões podem ser utilizados os questionários de auto-avaliação. Este documento, assim como informações mais detalhadas sobre a IHAC, podem ser solicitados ao Ministério da Saúde ou da UNICEF.

Após ser preenchido, os Questionários de auto-avaliação deverão ser enviados ao Ministério da Saúde-PNIAM/INAM.

Em função das informações recebidas, o hospital poderá ser indicado para receber a equipe de avaliadores, ou orientado para solucionar as dificuldades existentes. Se for designado Amigo da Criança, o estabelecimento receberá, em solenidade oficial, uma placa que o identificará como tal, perante a comunidade.

Além do pessoal de saúde, a participação dos grupos de apoio à amamentação é de fundamental importância, principalmente devido ao passo dez. Mães, pais e a comunidade em geral são também convidados a participar, informando-se e exigindo o cumprimento dos direitos previstos na Constituição Brasileira, no Estatuto da Criança e do Adolescente, nas Normas de Comercialização e no Código de Defesa do Consumidor.

Como um hospital pode tornar-se Amigo da Criança?

O processo de Avaliação para um hospital ser designado Amigo da Criança conta com quatro instrumentos básicos.

1. Os critérios globais.
2. Questionário de auto-avaliação.
3. Questionário de avaliação global.
4. Guia para qualificar a avaliação do hospital.

3.6. Alojamento Conjunto

A adoção de "Alojamento Conjunto" é uma das medidas consideradas facilitadoras ao início de amamentação.

Em 1983, o hoje extinto INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) publicou uma portaria tornando a medida obrigatória em todos os hospitais públicos e conveniados. Passados quase dez anos, tem-se constatado que a permanência de mãe e filho juntos, 24 horas por dia, não é uma realidade em grande parte dos hospitais no país.

Esta portaria foi revisada e atualizada, visto que alguns critérios relativos a recursos físicos e humanos dificilmente poderiam ser adotados por todos os hospitais brasileiros, sobretudo aqueles das áreas mais carentes.

A nova portaria, denominada portaria MS/GM Nº 1016, entrou em vigor em 26 de agosto de 1993, determinando as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto".

"Alojamento Conjunto" é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho.

A colocação do recém-nascido junto à mãe de forma descontínua não oferece as vantagens citadas e não é, por definição, considerado como "Alojamento Conjunto".

A permanência do recém-nascido com sua mãe, tem por vantagens:

- estimular e motivar o aleitamento materno, de acordo com as necessidades da criança, tornando a amamentação mais fisiológica e natural. A amamentação precoce provoca a contração do útero e de seus vasos, atuando como profilaxia das hemorragias pós-parto,
- favorecer a precocidade, intensidade, assiduidade do aleitamento materno, e sua manutenção por tempo mais prolongado,
- fortalecer os laços afetivos entre mãe e filho, através do relacionamento precoce,
- permitir a observação constante do recém-nato pela mãe, o que a faz conhecer melhor seu filho e possibilitar a comunicação imediata de qualquer anormalidade,
- oferecer condições à enfermagem de promover o treinamento materno, através de demonstrações práticas dos cuidados indispensáveis ao recém-nascido e à puérpera,

- manter intercâmbio biopsicossocial entre a mãe, a criança e os demais membros da família.
- diminuir o risco de infecção hospitalar,
- facilitar o encontro da mãe com o pediatra por ocasião das visitas médicas para o exame do recém-nascido, possibilitando troca de informações entre ambos,
- desativar o berçário para recém-nascidos normais, cuja área poderá ser utilizada de acordo com outras necessidades do hospital.

A população a ser atendida serão as mães sem patologias que impossibilitem ou contra-indiquem o contato com o recém-nascido, e os recém-nascidos com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico, a critério da equipe de saúde.

Considera-se com boa vitalidade os recém-nascidos com mais de 2 quilos, mais de 35 semanas de gestação e índice de apgar maior que 6 no 5º minuto .

Nos casos de cesareanas, os filhos serão levados para as mães entre 2 a 6 horas após o parto, respeitando-se as condições maternas.

A adoção do "Alojamento Conjunto" não representa a extinção do berçário, pois este será necessário para prestar assistência aos recém-nascidos que apresentem riscos na sua adaptação à vida extra-uterina, aos que tenham condições patológicas e aqueles cujas mães não lhes possam prestar cuidados.

Deve-se ter em mente, que o sistema "Alojamento Conjunto" não é um método de assistência utilizado para economizar pessoal de enfermagem, pois tem um alto conteúdo educativo que deve ser considerado prioritário.

O exame clínico do recém-nascido deve ser feito em seu próprio berço ou no leito materno, e os cuidados higiênicos com o recém-nascido serão feitos no alojamento conjunto, aproveitando-se a oportunidade para troca de informações com a puérpera e familiares.

As visitas serão diárias e a presença do pai deve ser estimulada e facilitada, inclusive com o alargamento do horário.

"Acreditamos que para uma maior interação do binômio mãe-filho com o pai, as visitas devem ser livres, em qualquer dia e horário, podendo o mesmo, permanecer quanto tempo quiser".

A equipe de saúde, tem um papel fundamental na orientação das gestantes sobre o que é e como funciona, o alojamento conjunto. Cabe ainda à equipe:

- estimular o contato precoce mãe-filho na sala de parto, ajudando as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento,
- encorajar o aleitamento sob livre demanda,
- não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida, além do leite materno, a não ser que haja indicação médica,
- não dar bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas ao seio,
- proibir que as mães amamentem outros recém-nascidos que não os seus (amamentação cruzada)
- orientar a participação gradual da mãe no atendimento ao recém-nascido,
- realizar visita diária às puérperas, esclarecendo, orientando, e dando segurança à mãe quanto ao seu estado e ao de seu filho,

- ministrar às mães palestras e aulas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição.
- participar do treinamento em serviço, como condição básica para garantir a qualidade da assistência,
- identificar e enfatizar os recursos disponíveis na comunidade para atendimento continuado das mães e da criança, referindo-as ou agendando-as para acompanhamento no serviço de saúde ainda nos primeiros 15 dias.

As altas não deverão ser dadas antes de 48 horas, considerando o alto teor educativo inerente ao sistema de "Alojamento Conjunto" e, ser este período importante, na detecção de patologias neonatais. (Normas básicas para Alojamento Conjunto, 1993).⁵

"Esperamos que num futuro próximo, todos os hospitais do país, possam estar adotando o sistema "Alojamento Conjunto", favorecendo desta forma o início e a duração do aleitamento materno e a efetiva interação do binômio mãe-filho."

3.7. Família

A palavra família traz consigo diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem, de sua cultura, e também de sua orientação religiosa e filosófica. Além disto, a família apresenta diversas definições, tipos e mesmo atribuições, podendo ainda, ser vista segundo diferentes linhas teóricas distintas. De um modo geral, a família tem sido

entendida como um grupo social, tendo sua origem no casamento, sendo estabelecido por vínculos legais ou religiosos, servindo para procriar ou criar crianças, visando, assim, assegurar a continuidade da raça e da linhagem. Esta família geralmente possui um relacionamento onde se observam sentimentos como amor, afeição e respeito. Biologicamente, considera-se a rede familiar biológica, e a família de procriação. Sociologicamente, a família pode incluir qualquer grupo de pessoas que vivam juntas. Neste caso, família pode ser um pai, duas crianças e um inquilino, ou ser formada por várias pessoas que vivem em uma mesma residência como um convento, ou uma pensão. Psicologicamente, a família inclui qualquer grupo com laços emocionais muito fortes, que se considere uma família.

A família também pode ser analisada segundo pontos de vista de diferentes linhas teóricas. Na linha estrutural funcionalista, a família é vista como um sistema social dentro dos muitos componentes da sociedade. Internamente, a família, por sua vez, é composta de indivíduos que são significativos para suas funções na manutenção do sistema familiar e, em última análise, na sustentação do sistema social. Nesta perspectiva a família é vista mais como um elemento adaptativo passivo do sistema do que um agente dinâmico e de mudança.

Na perspectiva institucional os primeiros estudos viam as instituições, e dentre elas, a família, como um aspecto da sociedade que seria um organismo, um sistema suportado e mantido por suas partes. Os membros institucionais, são elementos ativos na sociedade, mas a continuidade desta é assegurada, pois os va-

lores individuais e o aprendizado das necessidades são transmitidas de uma geração para outra dentro do sistema familiar que, por sua vez, existe num meio de cultura.

Na linha sistêmica, a família é um sistema maior e diferente do que a soma de suas partes. Este sistema é composto por uma série de elementos em interação. Dentro do sistema familiar há muitas hierarquias; existe o subsistema da família como o de mãe-filho por exemplo; a família como um sistema com seus membros como unidade; e a comunidade como ambiente, a família como uma indiferenciada unidade num largo sistema social como indivíduos vistos como sistemas; ou ainda, a família como um meio para os indivíduos, os quais, por sua vez, são vistos como sistemas.

O sistema familiar muda constantemente em respostas aos estresses e tensões tanto dentro como fora do seu meio. Assim, qualquer mudança em uma parte do sistema familiar pode afetar todo o sistema. Sendo o sistema familiar organizado como um "todo", os indivíduos dentro da família são vistos como partes interdependentes deste sistema.

A perspectiva sistêmica tem sido adotado no estudo de famílias em expansão e contração, famílias em crise, e famílias com problemas especiais. Na teoria da troca social a família é o grupo social onde as transações de custo/recompensa/ lucro realizam-se dentro de um processo de troca com reciprocidade generalizada. As pessoas ajudam-se pela sua satisfação, sem negociação específica e estipulação prévia de "custo".

A família é vista como uma arena de interesses conflitantes. O processo de família é um continuado esforço para fazer a paz que pode resultar em uma ordem negociada, um estado de interesses que permanece aberto a contínua renegociação. A família é um sistema em conflito. Assim, como outros grupos sociais, a família não tende naturalmente para um estado de equilíbrio, sendo a manutenção de consenso e a coesão problemática. O conflito social e a mudança social são partes naturais da vida da família. A ausência de expressão de conflito, dentro de uma determinada família não pode ser interpretada como felicidade e satisfação de seus membros; sendo que a completa repressão do conflito implica em consequências negativas, tanto para a unidade da família como para seus elementos.

Existem diferentes tipos de família, eles variam de acordo com a forma da estruturação familiar que "é moldada pela ligação matrimonial, que por sua vez é determinada pela cultura com suas tradições e valores, e pelo momento histórico".

A família também possui atribuições que, referem-se a tudo aquilo que a família tem de fazer com a finalidade de suprir as necessidades de seus membros, objetivando sobreviver e contribuir para a sociedade. As atribuições da família também são abordadas nas diversas linhas teóricas, utilizando-se inclusive diferentes nomenclaturas. Deste modo, na linha desenvolvimentista as atribuições são denominadas de tarefas, enquanto que na perspectiva interacionista o termo papel é o adotado. Dentro da linha estrutural funcionalista as atribuições recebem o nome de função. Observa-se que este termo é o mais utilizado, apesar

de muitas vezes o autor não seguir a perspectiva do estrutural funcionalismo.

As atribuições de cada família dependem, em grande parte, da faixa social que cada uma delas ocupa na organização social e na economia do país ao qual pertence.

A família é primariamente responsável pela maioria de seus cuidados para saúde durante os ciclos de saúde-doença. Tais cuidados incluem tanto o ensinamento das práticas de cuidado à saúde, como também a garantia de suporte social durante a saúde e a doença.

No que se refere à saúde, assim como há a saúde de indivíduos, também se pode falar em saúde da família, apesar de os indivíduos serem interativos, a saúde desses indivíduos distingue-se da saúde da família, entendida aqui, como unidade. Embora exista dificuldade em conceituar saúde da família, muitas definições envolvem diferentes dimensões podendo ser tanto biológicas, psicológicas e sociológicas, como espirituais e culturais.

3.8. Visita Domiciliar

A visita domiciliar é um método dos mais eficientes, utilizado pela enfermagem desde há muito tempo, para proporcionar assistência à família. A visita domiciliar, como método de trabalho para a enfermagem junto às famílias, tem as seguintes vantagens:

1. Proporcionar o conhecimento do indivíduo dentro do seu verdadeiro contexto de meio ambiente, caracterizado pelas condições da habitação, ou pelas relações afetivo-sociais entre os vários membros da família, que são alguns dos importantes fatores a serem identificados para a prestação de assistência integral à saúde.
2. Facilita a adaptação do planejamento da assistência de enfermagem de acordo com os recursos de que a família dispõe;
3. Proporciona melhor relacionamento do profissional com a família, por ser o método menos formal e sigiloso em relação aos utilizados nas atividades internas dos serviços de saúde;
4. Proporciona maior liberdade para os clientes ou pacientes exporem seus problemas, porque o tempo dedicado a eles é bem maior do que o das atividades internas dos serviços.

A visita domiciliar tem algumas limitações:

1a - é um método relativamente caro, comparado com os outros, pois depende da utilização de pessoal treinado e de meios de transporte;

2b - o rendimento é pequeno em relação a outros métodos, pois é gasto muito tempo não só na execução da visita, como também em locomoção;

3c - os afazeres das donas de casa podem impedir ou dificultar, às vezes, a prestação desse tipo de assistência.

3.8.1. Objetivos da Visita domiciliar

Os principais objetivos da visita domiciliar como método de trabalho da enfermagem, são:

1. prestação de cuidados de enfermagem no domicílio quando esta for conveniente para o paciente, para a família e para o serviço de saúde, quer sob aspecto econômico, social ou psicológico;
2. supervisão de um ou mais membros da família para prestação de cuidados no domicílio;
3. supervisão dos cuidados delegados à família;
4. orientação da família em assuntos de higiene em geral, quando o ambiente do serviço de saúde não é o mais adequado, pois as condições não são as mesmas ;
5. Coleta de informações sobre as condições sócio-sanitárias da família, por meio de entrevista e observação.

3.8.2. Metodologia da Visita Domiciliar

A visita domiciliar se constitui de fases que se sucedem, sem que, na prática, haja uma delimitação muito precisa entre elas com a finalidade de sistematização, entretanto, pode-se dividir a visita domiciliar em quatro fases:

3.8.2.1. Planejamento

Para maior rendimento e objetividade, a visita domiciliar deve ser bem planejada. O planejamento deverá incluir:

3.8.2.2. Seleção das Visitas a Serem Realizadas

Geralmente o pessoal dos serviços de visitação domiciliar, faz várias visitas durante uma jornada de trabalho. O primeiro passo do planejamento será, portanto, a seleção das visitas a serem realizadas naquele período. Para a seleção das visitas, além das prioridades baseadas nas necessidades da família e do serviço, deve-se levar em conta o itinerário, o tempo a ser gasto em cada visita e o horário mais adequado para cada família.

Quanto ao tempo gasto em cada visita, só o tipo de atividade a ser executada durante a sua execução é que poderá determiná-lo. Geralmente na execução de visita simples, cujo objetivo é, por exemplo o de colher alguns dados ou apenas prestar uma informação ou orientação sumária, sem prestação de qualquer outro tipo de cuidado, o visitador leva, em média, trinta minutos. Já quando a visita inclui alguma demonstração ou a execução de algum cuidado a um paciente acamado, pode-se gastar de uma a duas horas.

3.8.2.3. Coleta de dados

Os dados referentes à família a ser visitada podem ser obtidos através dos prontuários ou da informação dos profissionais que já cuidaram, ou cuidam ainda, de algum membro ou de toda a família. Deve-se selecionar apenas os dados mais importantes para a visita em questão.

3.8.2.4. Revisão de conhecimentos

A revisão dos conhecimentos que a visita requer pode ser feita por meio de leitura de bibliografia ou de outras fontes de informações tais como os manuais do serviço.

3.8.2.5. Plano

Um plano de visita, que inclui esses dados por escrito, facilita ao visitador a manutenção de um bom entrosamento com a família, dando-lhe maior segurança no que irá falar ou fazer. Entretanto, um bom plano não deve ser cópia exata do prontuário do paciente ou de qualquer outra ficha individual ou familiar, mas deve conter os dados essenciais para a execução da visita. O plano deverá conter: objetivos geral e específico; dados gerais; diagnóstico e tratamento médico; dados da assistência de enfermagem prestada; endereço completo e demais dados de identificação da família e atividades a serem executadas. Os objetivos devem ser suficientemente flexíveis a ponto de poderem

ser mudados de acordo com intercorrências não esperadas, durante a execução da visita.

3.8.2.6. Preparo do material

O material para o cuidado no domicílio depende dos objetivos e atividades da visita. Poderá ser de tipo educativo ou para tratamento e cuidados em geral.

3.8.3. Execução

3.8.3.1. Abordagem

Deve incluir uma apresentação à família com a identificação do nome e função do profissional, além da explicação dos objetivos que o trouxeram ao domicílio. Fazer uma abordagem informal, com a finalidade de se estabelecer um relacionamento agradável com a família e passar à execução das atividades planejadas.

3.8.3.2. Atividades

Na execução das atividades planejadas para a visita, o visitador deve procurar manter-se dentro dos objetivos tentando controlar interferências externas que poderiam prejudicar a entrevista com um dos membros da família, tais como o aparecimento de vizinhos ou parentes no momento de visita domiciliar. O

sucesso da visita dependerá muito, da sua adaptação, às vezes, até da mudança total de objetivos propostos, quando aparecem as emergências. Evitar tomar notas durante a visita, principalmente se estiver entrevistando alguém, pois há o inconveniente de inibir o entrevistado ou ainda de dificultar a observação do ambiente. Todavia, quando a visita tem como objetivo a coleta de dados da família e o registro imediato se faz necessário, deve-se sempre explicar as pessoas o motivo e o sentido confidencial dos mesmos.

3.8.3.3. Resumo e avaliação

Realizar uma avaliação por meio de perguntas do que foi orientado, além de um resumo dos pontos principais

3.8.4. Registro de dados

O registro de dados da visita domiciliar tem como objetivo favorecer e orientar a continuidade do trabalho.

Para que preencha suas finalidades, o registro deve ser feito da seguinte forma:

a) deve conter apenas informações objetivas, que descrevam a situação ou o fato como se apresentou ou aconteceu durante a visita, e não julgamento do profissional sobre os mesmos,

b) deve ser claro, não contendo expressões indefinidas ou vagas, abreviações particulares e letra ilegível;

c) deve ser resumido e ter uma seqüência lógica para facilitar a leitura e a compreensão dos aspectos mais importantes.

3.8.5. Avaliação

A avaliação da visita domiciliar tem como objetivo verificar se o método planejado para prestação de cuidados à família foi o mais adequado, se o visitador utilizou corretamente os princípios fundamentais da metodologia da visita domiciliar, se a visita atingiu os seus objetivos e, ainda, verificar o progresso da família na resolução de seus problemas.

A visitação domiciliar pode ser utilizada, como método de proporcionar assistência de enfermagem à família, tanto em hospitais, como em centros de saúde. Para que os resultados da utilização desse método sejam compensatórios, há a necessidade de serem organizados, corretamente, o serviço ou as atividades de visitação.

A execução do programa de visitação domiciliar deve ser acompanhada, constantemente, de avaliação e o programa deve ser periodicamente ajustado ou modificado, de acordo com as necessidades apontadas pela avaliação.

3.9. Vacina BCG

A vacina BCG sigla decorrente da expressão Bacilo de Calmette-Guerin, é o nome da vacina antituberculose preparada

com uma subcepa derivada de uma cepa de *Mycobacterium bovis*, atenuada por repicagens sucessivas. Na composição utiliza-se: glutamato de sódio (estabilizante) e solução salina isotônica.

É apresentada sob forma liofilizada, devendo ser constituída quando for aplicada. A vacinação BCG liofilizada é encontrada usualmente em frascos-ampolas de cor âmbar, fechadas a vácuo, contendo 50 doses, acompanhadas de uma ampola de 5 ml de diluente (soro fisiológico), ou contendo 10 doses, acompanhadas de uma ampola de 1 ml de diluente.

A via de administração da BCG é a intradérmica, na região do deltóide, ao nível da inserção inferior deste músculo, preferentemente no braço direito.

A vacina BCG é dada em dose única de 0,1 ml. Para cada 0,1ml aplicado, injeta-se 1 milhão de bacilos, e para a formação da reação ou imunidade basta 100.000 bacilos, portanto não há necessidade de aplicar novamente, se houver perda na aplicação.

A vacina deve ser iniciada a partir do nascimento até os quatro anos. Segundo o esquema recomendado, não há indicação de vacinar acima desta idade, uma vez que a vacina BCG, visa, em primeira instância, diminuir a incidência das formas graves e disseminadas da doença (como a meningite tuberculosa e tuberculose miliar). Essas formas tem maior expressão, tanto em números de caso, quanto em número de óbitos, até a idade de quatro anos, e, principalmente no primeiro mês de vida. Não está indicada, também, a aplicação do reforço.

Deve ser conservada numa temperatura entre + 4°C e + 8°C, protegida da luz solar direta. Mantidas essas condições de

conservação, uma vez diluída, o tempo de utilização da vacina BCG é de 8 horas. A vacina inativa-se na presença de raios solares diretos; a luz artificial, entretanto, não causa danos à mesma, por isso, pode-se executar a técnica no mesmo ambiente dos serviços de saúde onde são aplicadas as demais vacinas.

A vacinação BCG pode ser simultaneamente aplicada com outra vacinas, mesmo com as de vírus vivos. Só existe contra-indicação absoluta à vacina BCG, se a criança for portadora de doença imuno deficiente. Recomenda-se, no entanto, o adiamento da aplicação da vacina nos seguintes casos:

- a) em recém-nascidos com peso inferior a 2.000 gramas;
- b) em crianças com doenças eruptivas, estados febris e ou doenças graves, ou que estejam fazendo uso de corticóides e ou outros imunossuppressores.

Alguns dias após a vacinação, surge no local da aplicação, um nódulo que evolui para úlcera e crosta. Essa lesão regride espontaneamente, em média entre a sexta e a décima semana, deixando uma pequena cicatriz. Não é necessário nenhum cuidado especial, nem fazer curativos.

As lesões vacinais em pessoas previamente infectadas tem, geralmente, uma evolução mais acelerada, podem ser maiores e cicatrizam mais rapidamente.

O enfartamento ganglionar não supurado, faz parte da evolução normal e desaparece espontaneamente sem tratamento. É normal a ocorrência de secreção serosa durante a fase de ulcera-

ção. Recomenda-se não colocar qualquer medicamento no local de aplicação da vacina, e nem cobrir a úlcera que resulta da evolução normal, o local deve estar sempre limpo.

Qualquer reação do tipo abscesso, ganglios flutuantes e fistulizados, úlceras de tamanho exagerado, encaminhar para a pneumologia sanitária. Não fazer incisões, para drenagem.

Se até 6 meses após a vacina não aparecer reação, re- vacina-se, e espera-se mais 6 meses, se novamente não apresentar reação encaminha-se à epidemiologia sanitária. (Central de vacinas de Curitiba, 1994)

4. MARCO REFERENCIAL

Durante a nossa vida acadêmica sempre valorizamos as Necessidades Humanas Básicas, e o nosso principal instrumento de trabalho foi o Processo de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta.

Ao trabalharmos com as Necessidades Humanas Básicas procurávamos analisá-las em sua profundidade e na sua grande importância de interferência na vida do ser humano.

Acreditamos também que o Processo de Enfermagem é a melhor maneira para descrever a situação do paciente e as nossas ações, promovendo desta forma uma assistência individualizada.

Baseadas nisto, achamos ser de grande importância para nortear nosso trabalho, termos como marco referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta; tendo em vista a situação do binômio mãe-filho no puerpério, estendendo-se à família.

Usamos como método de registro o sistema Weed, segundo adaptação feita pelo Hospital Universitário de Santa Catarina.

Wanda de Aguiar Horta, enfermeira, pioneira do Brasil, desenvolveu em 1968 o método para observação dos aspectos físicos dos problemas de enfermagem. A teoria de HORTA foi desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow, que se fundamenta nas Necessidades Humanas Básicas como um processo de

enfermagem. HORTA classifica seu trabalho como sendo uma teoria, mas segundo Souza et alli in care construct (1985)¹³ em que ao se analisar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, notou-se que considerando os requisitos necessários para tal, esta não pode enquadrar-se como teoria, mas sim como sendo um marco referencial."

"Não se poderia esperar, que HORTA tivesse, sozinha, levado seu trabalho a uma construção plena e cabal, ainda mais considerando-se as restrições de saúde a que teve de fazer durante vários anos." SOUZA et alli in care construct (1985)¹³

O Marco Referencial de Horta engloba leis gerais que regem os fenômenos universais, como as leis do equilíbrio (homeostase ou homeodinâmica).

"Todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seres vivos da adaptação - todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio; do holismo - o universo é um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo, esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser." HORTA, (1979)¹⁹

Para que a enfermagem atue eficientemente necessita desenvolver sua metodologia de trabalho que se fundamenta no método científico, sistematizando sua assistência. Este método de atuação de enfermagem é denominado Processo de Enfermagem.

Segundo HORTA (1979)¹⁹:

"O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas

que visa a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo interrelacionamento e dinamismo de suas fases ou passos."

4.1. Processo de Enfermagem - Está subdividido em 6 fases ou passos

4.1.1. Histórico de Enfermagem

é o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas.

4.1.2. Diagnóstico de Enfermagem

é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pelo enfermeiro, do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão.

4.1.3. Plano Assistencial

é o resultado da análise do diagnóstico de enfermagem. Através dele a enfermagem determina a assistência global que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido.

4.1.4. Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem

é a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas específicas do indivíduo.

4.1.5. Evolução de Enfermagem

é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional. A evolução deve ser comparativa, para continuar ou alterar a assistência de enfermagem.

4.1.6. Prognóstico de Enfermagem

é a estimativa da capacidade do indivíduo em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e sob orientações dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

Durante o desenvolvimento do projeto foram utilizados dentro da metodologia proposta por HORTA, apenas quatro passos ou fases do processo de enfermagem da seguinte forma:

- Histórico de enfermagem - foi o adaptado por LOCKS e OLIVEIRA (1992)²² em trabalho de conclusão do curso de enfermagem. (Anexo 3)

- Diagnóstico de enfermagem - onde os problemas identificados são grifados no próprio histórico, e a seguir são classificados segundo as Necessidades Humanas Básicas afetadas.
- Prescrição de enfermagem.
- Evolução de enfermagem, que foi registrado em forma de SOAP.

4.2. Pressupostos Básicos de Wanda de Aguiar Horta

- a) A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio.
- b) A enfermagem reconhece o ser humano como participante ativo no seu auto-cuidado.
- c) O homem tem necessidades básicas que precisam ser atendidas para manter-se com saúde.
- d) A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade.
- e) Toda assistência de enfermagem é preventiva, curativa e de reabilitação.
- f) A enfermagem respeita e mantém a unicidade, a autenticidade e a individualidade do ser humano.
- g) O ser humano, como agente de mudança é também a causa do equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo.
- h) O ser humano, como parte integrante do universo está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e espaço.

4.3. Pressupostos Pessoais

- 1) A enfermagem deve voltar sua assistência para o atendimento das necessidades humanas básicas, procurando torná-lo independente desta assistência.
- 2) A enfermagem deve sempre ter em mente que cada ser humano é único e portanto, deve receber uma assistência individualizada.
- 3) A enfermagem deve prestar uma assistência livre de riscos e buscar medidas profiláticas, objetivando a promoção e proteção da saúde.
- 4) A enfermagem deve ter atuação efetiva em educação para saúde, promovendo a atenção primária.
- 5) A assistência de enfermagem prestada ao binômio mãe-filho, deve ser integral e específica abrangendo a família dentro do mesmo contexto.
- 6) A enfermagem não deve apenas prestar assistência na instituição, mas também estender-se ao domicílio da puérpera partindo de suas necessidades.

4.4. Conceitos

4.4.1. Enfermagem

é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente

desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

4.4.2. Assistir em Enfermagem

é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto-cuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhá-lo a outros profissionais. Visa atender as necessidades psicobiológicas, psico-sociais e psico-espirituais. A partir destes dois conceitos a autora determinou as funções do enfermeiro em três áreas propostas que se interrelacionam como mostra o esquema abaixo:

Específica	
Assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas e ensinar o auto-cuidado.	
Interdependência	Social
Manter, promover e recuperar a saúde.	Ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal, participação na associação de classe.

4.4.3. Saúde

Estar com saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.

4.4.4. Doença

É quando as necessidades atendidas inadequadamente ou não atendidas se prolongam, trazendo desconforto, ou seja, a ocorrência do desequilíbrio.

O homem e o universo se interrelacionam e se interagem dando e recebendo energia, ocorrendo os estados de equilíbrio e desequilíbrio numa relação de causa e efeito. O desequilíbrio causa a necessidade, a necessidade leva a busca do equilíbrio dinâmico.

Se há atendimento de uma necessidade criada, há o estado de equilíbrio, ou seja, saúde; se não atendida, ou atendida inadequadamente, surgem os desconfortos, a doença.

4.4.5. Família

É a parte do primeiro grupo social do indivíduo (membros de uma família), bem como aqueles que possuem laços afetivos.

Segundo SOUZA (1980): "classifica a família em expansão e manutenção, a fase em que os filhos nascem e crescem".²⁸

4.4.6. Comunidade

é uma associação de pessoas que estão interagindo com o meio e que possuem os mesmos objetivos, e que são capazes de auxiliar os membros da mesma comunidade em suas necessidades humanas básicas afetadas, desde que recebam orientação apropriada.

4.4.7. Ser Humano

é uma parte do universo, provocando mudanças que o levam ao estado de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço, dando e recebendo energia.

4.4.8. Problema de Enfermagem

é a aplicação pelo enfermeiro do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades humanas básicas.

5. METODOLOGIA

5.1. Descrição do Local de Estágio

O presente trabalho foi desenvolvido inicialmente, numa instituição hospitalar de Curitiba-PR, estendendo-se ao domicílio segundo alguns critérios adotados para visita domiciliar.

A instituição que nos cedeu estágio foi o "Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Carmo", situado na Rua Anne Franck, nº 3.560, Boqueirão. Foi inaugurado em 17 de maio de 1970, com a finalidade de prestar assistência à comunidade e parturientes.

O hospital é uma instituição particular que atende pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e outros convênios. Apresenta um total de 50 leitos que estão divididos em 7 enfermarias, 6 apartamentos, 1 UTI, 1 centro de esterilização, 1 centro cirúrgico, 1 sala de parto, 1 berçário com 12 berços, 1 berço aquecido improvisado, 2 incubadoras, 1 aparelho de fototerapia. Em todas estas unidades há pacientes das especialidades de clínica médica e cirúrgica de ambos os sexos, e obstétrica.

O hospital dispõe de 10 funcionários de enfermagem (1 enfermeira, 9 atendentes) e 4 parteiras. Encontra-se à disposição da comunidade um médico plantonista diariamente e no final de semana um obstetra durante 24 horas, tentando dessa maneira, proporcionar uma assistência próxima da adequada.

5.2. População Alvo

O foco central deste projeto é o binômio mãe-filho e sua respectiva família, acreditando-se que entre eles há um vínculo afetivo que promove a interligação e, que um trabalho para ser efetivo, não pode fazer a dissociação dos mesmos.

Não se estabeleceu critérios na escolha da puérpera e recém-nascido, devido a demanda; pois a partir de critérios estabelecidos, corre-se o risco de não haver demanda para se realizar o trabalho. Entretanto, para se realizar a visita domiciliar foram estabelecidos critérios, que foram considerados importantes para delimitar a população alvo a participar desta prática:

- a) primíparas;
- b) aceitação da paciente;
- c) puérperas, recém-nascido e família precisam residir no município de Curitiba-PR, e devem ser de fácil acesso para as acadêmicas,
- d) quando a puérpera e/ou recém-nascido, apresentarem algum problema fisiológico, biológico ou psicológico.

5.3. Planos de Ação e Avaliação

5.3.1. Objetivo Específico

Identificar as dúvidas referentes à assistência prestada, apresentadas pelas puérperas e familiares, através do histórico de enfermagem, procurando sempre que possível, esclarecê-las através de orientações individuais.

5.3.1.1. Plano de Ação

- 1 - Através de entrevistas informais, individuais e diárias com as puérperas e familiares, para identificar as suas dúvidas referentes à assistência ao binômio mãe-filho.
- 2 - Registrando no histórico de enfermagem as dúvidas relatadas pelas puérperas e familiares.
- 3 - Esclarecendo diariamente sempre que possível, através de orientações individuais, as dúvidas relatadas pelas puérperas e familiares, referentes à assistência prestada.
- 4 - Orientando a puérpera e familiares de maneira clara e adequada ao seu nível de esclarecimento.

5.3.2. Objetivo Específico

Incentivar puérperas e familiares para exposição dos seus conhecimentos, referentes à assistência ao binômio mãe-filho e à prática do aleitamento materno, incentivando-o; e a partir

daí divulgar e discutir com a equipe de saúde os dez passos para o seu sucesso.

5.3.2.1. Plano de Ação

- 1 - Identificando, através de conversas diárias e individuais, os conhecimentos apresentados pelas puérperas e familiares, referentes à assistência do binômio mãe-filho.
- 2 - Observando a assistência que a puérpera e família prestam ao recém-nascido e seu próprio auto-cuidado.
- 3 - Através de conversa informal, identificando as expectativas, temores e tabus das puérperas e familiares com relação à prática do aleitamento materno.
- 4 - Orientando as puérperas e familiares sobre a importância do aleitamento materno, suprimindo suas expectativas, amenizando seus temores e respeitando as suas crenças e valores.
- 5 - Questionando junto à equipe de saúde o conhecimento a respeito dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno.
- 6 - Incentivando a equipe de saúde e a instituição, através de sua diretoria, para a utilização dos dez passos para sucesso do aleitamento materno.

5.3.3. Objetivo Específico

Identificar junto às puérperas e familiares o conhecimento a respeito da assistência do binômio mãe-filho, reforçando-o e adequando-o, se levar ao desequilíbrio, visando sempre a qualidade da assistência.

5.3.3.1. Plano de Ação

- 1 - Reconhecendo e comparando com a bibliografia, o conhecimento apresentado pelas puérperas e familiares sobre a assistência ao binômio mãe-filho.
- 2 - Reforçando, através de orientações e demonstração individuais a assistência prestada, e adequá-las sempre que estiver levando ao desequilíbrio.

5.3.4. Objetivo Específico

Assistir o binômio mãe-filho, utilizando a teoria das necessidades humanas básicas.

5.3.4.1. Plano de Ação

- 1 - Através da elaboração de um plano diário de assistência ao binômio mãe-filho, priorizando as necessidades humanas básicas.
- 2 - Fazendo levantamento dos problemas de enfermagem por ordem de prioridades.
- 3 - Realizando cuidados mediatos ao recém-nascido e a puérpera no alojamento conjunto.
- 4 - Realizando evolução diária da puérpera e recém-nascido, de acordo com o Marco Referencial.
- 5 - Registrando diariamente os dados obtidos e levantados.

- 6 - Realizando alta de enfermagem à puérpera e ao recém-nascido, verificando a necessidade de visita domiciliar.

5.3.5. Objetivo Específico

Elaborar material educativo e proferir palestras, direcionadas as puérperas e equipe de enfermagem, que forneçam informações sobre assistência prestada ao binômio mãe-filho.

5.3.5.1. Plano de Ação

- 1 - Através do levantamento das necessidades das puérperas para a elaboração das palestras.
- 2 - Marcando data das palestras.
- 3 - Elaborando e realizando as palestras.
- 4 - Elaborando um manual educativo baseado nos temas abordados nas palestras.

5.3.6. Objetivo Específico

Realizar visita domiciliar de acordo com as necessidades sentidas pelas acadêmicas e cliente segundo critérios previamente estabelecidos.

5.3.6.1. Plano de Ação

- i - Através da realização de visita domiciliar de acordo com os critérios pré-estabelecidos mencionados na população alvo.

5.3.7. Objetivo Específico

Realizar visitas a outras maternidades na cidade de Curitiba-PR, com o objetivo de conhecer à assistência prestada ao binômio mãe-filho.

5.3.7.1. Plano de Ação

- i - Programando e realizando visita às maternidades de Curitiba-PR.

5.3.8. Avaliação

Esses objetivos seriam considerados alcançados se conseguíssemos trabalhar com no mínimo oito puérperas e familiares, os tópicos, relativos ao seu cuidado e cuidados com os RN.

Identificarmos as dúvidas das puérperas e familiares, esclarecendo-as adequadamente, e registrando em instrumento próprio.

Através de conversas individuais e observação, identificarmos o conhecimento sobre a assistência do binômio mãe-filho e familiares, analisando-o. Se estes conhecimentos estiverem le-

vando ao desequilíbrio, estimular a puérpera e família a mudarem de comportamento, adequando seus conhecimentos para melhorar a qualidade da assistência.

Aplicarmos o processo de enfermagem e prestarmos assistência, priorizando os problemas levantados, registrando em forma de SOAP:

Realizarmos alta de enfermagem para o binômio mãe-filho, verificando a necessidade de visita domiciliar, realizando no mínimo duas visitas.

Identificarmos as expectativas, temores e tabus sobre o aleitamento materno, orientando sobre a importância do mesmo, respeitando suas crenças e valores.

Após o levantamento das necessidades das puérperas, elaborarmos e realizarmos no mínimo duas palestras sobre assistência ao binômio mãe-filho. Elaborarmos uma apostila ou manual tratando dos temas abordados nas palestras.

Através do contato com a diretoria e equipe de saúde implantarmos no mínimo dois passos para o sucesso do aleitamento materno.

Conhecermos no mínimo duas outras maternidades de Curitiba-PR.

LEGENDA

AF - Aula da Fase

RS - Reunião com a Supervisora

EI - Estudo Individual

RO - Reunião com a Orientadora

APP - Apresentação Preliminar dos Projetos

AP - Apresentação dos Projetos

F - Feriado

EP - Estágio Prático

VC - Visita ao Cimama

VD - Visita Domiciliar

PM - Palestra para as Mães

PE - Palestra para a Equipe

RD - Reunião com a Diretoria

VM - Visita à Maternidade

TE - Término do Estágio

ER - Entrega do Relatório

EB - Entrevista com a Banca

AR - Apresentação do Relatório

EN - Entrega das Notas

** - Sábado/Domingo

I - 1º Encontro estadual sobre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança

VB - Vacina Bcg (Estágio prático na sala de vacinas).

5.4.2. Cronograma Específico

Atividades - Datas	MARÇO						
	24	25	26	28	29	30	31
1. Aplicar o histórico de enfermagem à puérpera e família.	X	X	-	X	X	X	X
2. Registrar no histórico de enfermagem as dúvidas relatadas pelos puérperas e familiares.	X	X	-	X	X	X	X
3. Fazer levantamento dos problemas de enfermagem.	X	X	-	X	X	X	X
4. Elaborar um plano diário de assistência ao RN e puérpera.	X	X	-	X	X	X	X
5. Realizar cuidados mediatos à puérpera e ao RN, no alojamento conjunto.	X	X	-	X	X	X	X
6. Realizar evolução diária.	X	X	-	X	X	X	X
7. Conhecer a percepção da puérpera e família em relação aos problemas na assistência prestada.	X	X	-	X	X	X	X
8. Auxiliar e orientar por ordem de prioridade puérperas e familiares quanto à assistência ao RN e à mãe.	X	X	-	X	X	X	X
9. Assistir e orientar puérpera e familiares quanto à amamentação.	X	X	-	X	X	X	X
10. Orientar sobre a importância do aleitamento materno a puérpera e familiares.	X	X	-	X	X	X	X
11. Identificar através de conversas, as expectativas, temores e tabus da puérpera e família.	X	X	-	X	X	X	X
12. Levantar as necessidades das puérperas para a elaboração das palestras.	-	-	-	-	X	X	X
13. Marcar data das palestras.	-	-	-	-	-	-	-
14. Elaborar manual educativo.	-	-	-	-	-	-	X
15. Realizar palestras.	-	-	-	-	-	-	-

Atividades - Datas	MARÇO						
	24	25	26	28	29	30	31
16. Realizar alta de enfermagem à puérpera e RN verificando a necessidade da V.D.	X	X	-	X	X	X	X
17. Realizar V.D. de acordo com os critérios pré-estabelecidos.	-	-	-	-	-	-	-
18. Incentivar a instituição, à utilização dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno.	-	-	-	-	-	-	-
19. Realizar visitas as maternidades da cidade de Curitiba.	-	-	-	-	-	-	-
20. Participar de discussões com a equipe de saúde, sobre a assistência prestada.	-	-	-	-	-	-	-

Atividades - Datas	ABRIL									
	05	06	07	08	12	13	14	15	18	19
16. Realizar alta de enfermagem à puerpera e RN verificando a necessidade da V.D.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17. Realizar V.D. de acordo com os critérios pré-estabelecidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18. Incentivar a instituição a utilização dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19. Realizar visitas às maternidades da cidade de Curitiba.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20. Participar de discussões com a equipe de saúde, sobre a assistência prestada.	-	-	-	-	-	-	X	X	X	X

Atividades - Datas	ABRIL						
	20	22	25	26	27	28	29
1. Aplicar o histórico de enfermagem à puérpera e família.	X	X	X	X	X	X	X
2. Registrar no histórico de enfermagem as dúvidas relatadas pelas puérperas e familiares.	X	X	X	X	X	X	X
3. Fazer levantamento dos problemas de enfermagem.	X	X	X	X	X	X	X
4. Elaborar um plano diário de assistência ao RN e puérpera.	X	X	X	X	X	X	X
5. Realizar cuidados mediatos à puérpera e ao RN, no alojamento conjunto.	X	X	X	X	X	X	X
6. Realizar evolução diária.	X	X	X	X	X	X	X
7. Conhecer a percepção da puérpera e família em relação aos problemas na assistência prestada.	X	X	X	X	X	X	X
8. Auxiliar e orientar por ordem de prioridade puérperas e familiares quanto à assistência ao RN e à mãe.	X	X	X	X	X	X	X
9. Assistir e orientar puérpera e familiares quanto à amamentação.	X	X	X	X	X	X	X
10. Orientar sobre a importância do aleitamento materno a puérpera e familiares.	X	X	X	X	X	X	X
11. Identificar através de conversas, as expectativas, temores e tabus da puérpera e familiares.	X	X	X	X	X	X	X
12. Levantar as necessidades das puérperas para a elaboração das palestras.	X	X	X	X	X	X	X
13. Marcar data das palestras.	-	-	-	-	-	-	-
14. Elaborar manual educativo.	-	-	-	-	-	-	-
15. Realizar palestras.	-	-	-	-	-	-	-

Atividades - Datas	ABRIL						
	20	22	25	26	27	28	29
16. Realizar alta de enfermagem à puérpera e RN verificando a necessidade da V.D.	X	X	X	X	X	X	X
17. Realizar V.D. de acordo com os critérios pré-estabelecidos.	-	-	-	-	-	-	-
18. Incentivar a instituição, à utilização dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno.	-	-	-	-	-	-	-
19. Realizar visitas as maternidades da cidade de Curitiba.	-	-	-	-	-	-	-
20. Participar de discussões com a equipe de saúde, sobre a assistência prestada.	-	-	-	X	X	X	X

Atividades - Datas	MAIO										
	02	03	04	05	06	09	10	11	12	13	16
16. Realizar alta de enfermagem à puérpera e RN verificando a necessidade da V.D.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17. Realizar V.D. de acordo com os critérios pré-estabelecidos.	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18. Incentivar a instituição à utilização dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19. Realizar visitas as maternidades da cidade de Curitiba.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20. Participar de discussões com a equipe de saúde, sobre a assistência prestada.	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	X

Atividades - Datas	MAIO										
	17	18	19	20	23	24	25	26	27	30	31
1. Aplicar o histórico de enfermagem à puérpera e família.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-
2. Registrar no histórico de enfermagem as dúvidas relatadas pelos puérperas e familiares.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-
3. Fazer levantamento dos problemas de enfermagem.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-
4. Elaborar um plano diário de assistência ao RN e puérpera.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-
5. Realizar cuidados mediatos à puérpera e ao RN, no alojamento conjunto.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-
6. Realizar evolução diária.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-
7. Conhecer a percepção da puérpera e família em relação aos problemas na assistência prestada.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-
8. Auxiliar e orientar por ordem de prioridade puérperas e familiares quanto à assistência ao RN e à mãe.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-
9. Assistir e orientar puérpera e familiares quanto à amamentação.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-
10. Orientar sobre a importância do aleitamento materno a puérpera e familiares.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-
11. Identificar através de conversas, as expectativas, temores e tabus da puérpera e familiares.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-
12. Levantar as necessidades das puérperas para a elaboração das palestras.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-
13. Marcar data das palestras.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14. Elaborar manual educativo.	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-
15. Realizar palestras.	-	-	-	-	-	X	-	X	-	-	-

Atividades - Datas	MAIO										
	17	18	19	20	23	24	25	26	27	30	31
16. Realizar alta de enfermagem à puérpera e RN verificando a necessidade da V.D.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17. Realizar V.D. de acordo com os critérios pré-estabelecidos.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18. Incentivar a instituição à utilização dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19. Realizar visitas as maternidades da cidade de Curitiba.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20. Participar de discussões com a equipe de saúde, sobre a assistência prestada.	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-

Atividades - Datas	JUNHO						
	01	03	06	07	08	09	10
1. Aplicar o histórico de enfermagem à puérpera e família.	-	X	-	-	-	-	-
2. Registrar no histórico de enfermagem as dúvidas relatadas pelos puérperas e familiares.	-	X	-	-	-	-	-
3. Fazer levantamento dos problemas de enfermagem.	-	X	-	-	-	-	-
4. Elaborar um plano diário de assistência ao RN e puérpera.	-	X	-	-	-	-	-
5. Realizar cuidados mediatos à puérpera e ao RN, no alojamento conjunto.	-	X	-	-	-	-	-
6. Realizar evolução diária.	-	X	-	-	-	-	-
7. Conhecer a percepção da puérpera e família em relação aos problemas de assistência prestada.	-	X	-	-	-	-	-
8. Auxiliar e orientar por ordem de prioridade puérperas e familiares quanto à assistência ao Rn e à mãe.	-	X	-	-	-	-	-
9. Assistir e orientar puérpera e familiares quanto à amamentação.	-	X	-	-	-	-	-
10. Orientar sobre a importância do aleitamento materno a puérpera e familiares.	-	X	-	-	-	-	-
11. Identificar através da conversa as expectativas, temores e tabus da puérpera e familiares.	-	-	-	-	-	-	-
12. Levantar as necessidades das puérperas para a elaboração das palestras.	-	-	-	-	-	-	-
13. Marcar data das palestras.	-	-	-	-	-	-	-
14. Elaborar manual educativo.	-	-	-	-	-	-	-
15. Realizar palestras.	-	-	-	-	-	-	-

Atividades - Datas	JUNHO						
	01	03	06	07	08	09	10
16. Realizar alta de enfermagem à puérpera e RN verificando a necessidade da V.D.	-	-	-	-	-	-	-
17. Realizar V.D. de acordo com os critérios pré-estabelecidos.	-	-	X	-	-	X	-
18. Incentivar a instituição, à utilização dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno.	X	X	X	X	X	X	X
19. Realizar visitas as maternidades da cidade de Curitiba.	-	-	-	-	-	-	-
20. Participar de discussões com a equipe de saúde, sobre a assistência prestada.	-	-	-	-	-	-	-

Atividades - Datas	JUNHO					
	13	14	15	16	17	20
1. Aplicar o histórico de enfermagem à puérpera e família.	-	-	-	-	-	-
2. Registrar no histórico de enfermagem as dúvidas relatadas pelos puérperas e familiares.	-	-	-	-	-	-
3. Fazer levantamento dos problemas de enfermagem.	-	-	-	-	-	-
4. Elaborar um plano diário de assistência ao RN e puérpera.	-	-	-	-	-	-
5. Realizar cuidados mediatos à puérpera e ao RN, no alojamento conjunto.	-	-	-	-	-	-
6. Realizar evolução diária.	-	-	-	-	-	-
7. Conhecer a percepção da puérpera e família em relação aos problemas de assistência prestada.	-	-	-	-	-	-
8. Auxiliar e orientar por ordem de prioridade puérperas e familiares quanto à assistência ao RN e à mãe.	-	-	-	-	-	-
9. Assistir e orientar puérpera e familiares quanto à amamentação.	-	-	-	-	-	-
10. Orientar sobre a importância do aleitamento materno a puérpera e familiares.	-	-	-	-	-	-
11. Identificar através da conversa as expectativas, temores e tabus da puérpera e familiares.	-	-	-	-	-	-
12. Levantar as necessidades das puérperas para a elaboração das palestras.	X	-	-	-	-	-
13. Marcar data das palestras.	X	-	-	-	-	-
14. Elaborar manual educativo.	-	-	-	-	-	-
15. Realizar palestras.	X	-	-	-	-	-

Atividades - Datas	JUNHO					
	13	14	15	16	17	20
16. Realizar alta de enfermagem à puérpera e RN verificando a necessidade da V.D.	-	-	-	-	-	-
17. Realizar V.D. de acordo com os critérios pré-estabelecidos.	-	-	-	-	X	-
18. Incentivar a instituição, à utilização dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno.	-	-	-	-	-	-
19. Realizar visitas as maternidades da cidade de Curitiba.	-	X	X	-	-	-
20. Participar de discussões com a equipe de saúde, sobre a assistência prestada.	-	-	-	-	-	-

6. RESULTADOS

6.1. Descrevendo as Famílias de Acordo com o Marco Referencial

Durante o estágio prático obtivemos contato com aproximadamente vinte e quatro familiares de puérperas.

Nosso estágio prático foi desenvolvido em sua maior parte no período vespertino, por isso foi possível alcançar um bom número de familiares.

Através dos contatos com as famílias observamos, a expectativa dos mesmos, em conhecer seu mais novo ente, percebendo alegria e demonstração de carinho durante o momento da visita.

Geralmente os maridos eram os que mais compareciam à maternidade, seguidos de avós, tios e amigos.

A maioria dos maridos apresentavam reação de atenção, preocupação e carinho ao binômio mãe-filho, outros apresentavam reações de insegurança e medo, e outros, desinteresse.

Quem mais influenciou na assistência ao binômio foram as avós maternas.

QUADRO I - Distribuição dos Casais Segundo a Idade

casal nº	idade da mãe	idade do pai	casal nº	idade da mãe	idade do pai
1	27	30	18	28	37
2	34	31	19	24	42
3	14	17	20	40	32
4	17	39	21	17	24
5	29	28	22	28	45
6	17	34	23	21	23
7	18	27	24	18	19
8	19	21	25	22	27
9	15	16	26	26	24
10	18	20	27	16	25
11	17	22	28	21	25
12	35	35	29	25	25
13	29	32	30	21	?
14	28	30	31	18	21
15	23	?	32	18	21
16	15	?	33	30	?
17	25	26	34	27	26
			35	18	52

De acordo com os dados obtidos 25,71% pertencem à faixa etária de 20 anos; 27,14% pertencem à faixa etária de 20-25 anos, 22,86% fazem parte da faixa etária de 26-30 anos, 18,57% incidiam na faixa etária de 31 a 52 anos e 5,72% não foi possível obter a idade do pai.

Quanto a situação sócio-econômica da família das puérperas, percebemos que 12,86% dos pais possuem primário completo; 21,43% apresentam primário incompleto; 14,29% o ginásio completo, 25,71% o ginásio incompleto; 10,00% 2º grau completo; 1,43% o 2º grau incompleto; 1,43% é analfabeta e 12,86% não sabiam responder.

Quanto à ocupação das puérperas observamos que a maioria delas 62,86% são donas de casa e 37,14% trabalham fora.

Os esposos das puérperas constituem um grupo muito eclético no que se refere as suas atividades profissionais. Estas variam desde pedreiro até auxiliar administrativo, passando por autônomo, motorista entre outros. (Ver Quando II a seguir).

QUADRO II - Distribuição do Casal Segundo Escolaridade e Ocupação

Casal	Escolaridade		Ocupação	
	mãe	pai	mãe	pai
1	gin. compl.	2º grau com.	do lar	autônomo
2	prim. incompl.	prim. incom.	do lar	conf. de caixa
3	gin. incompl.	-	doméstica	-
4	gin. compl.	-	secretária	-
5	gin. compl.	2º grau com.	autônoma	motorista
6	gin. incompl.	-	doméstica	-
7	gin. incompl.	gin. incom.	do lar	motorista
8	gin. incompl.	prim. incom.	do lar	pedreiro
9	prim. incompl.	prim. compl.	do lar	domador cavalo
10	prim. compl.	gin. compl.	balconista	metalúrgico
11	gin. compl.	2º grau com.	do lar	autônomo
12	gin. incompl.	prim. incom.	do lar	pedreiro
13	2º grau compl.	gin. incom.	professora	pintor
14	prim. incompl.	gin. compl.	doméstica	pedreiro
15	gin. incompl.	-	doméstica	-
16	gin. incompl.	-	do lar	-
17	prim. compl.	2º grau com.	do lar	vigilante
18	prim. incompl.	prim. incom.	do lar	mecânico
19	prim. incompl.	?	do lar	caminhoneiro
20	analfabeto	gin. incomp.	do lar	pintor
21	prim. incompl.	?	do lar	pedreiro
22	prim. incompl.	prim. incom.	do lar	pedreiro
23	gin. incompl.	gin. compl.	do lar	autônomo
24	2º grau compl.	gin. incom.	costureira	comerciante
25	2º grau incomp.	gin. compl.	do lar	mecânico
26	prim. compl.	prim. compl.	do lar	autônomo
27	gin. incompl.	gin. incom.	acab gráfico	biscate
28	gin. compl.	gin. compl.	caixa	aux. administ.
29	prim. compl.	gin. incom.	do lar	zelador
30	prim. compl.	?	do lar	-
31	prim. compl.	prim. compl.	diarista	marceneiro
32	gin. incompl.	gin. incom.	do lar	desempregado
33	2º grau compl.	-	do lar	-
34	gin. incompl.	gin. incom.	serigrafia	vendedor
35	gin. incompl.	prim. incom.	do lar	pedreiro

De acordo com os dados sócio-cultural, obtidos durante o estágio prático através de entrevistas para o preenchimento do instrumento, verificamos que 31,43% dos pais são casados, 45,71% são amasiados e, 22,86% são solteiros, sem qualquer vínculo.

Dentre os casais abrangidos neste trabalho, observamos que 94,29% são de cor branca e apenas 2,86% pretendem à raça negra, sendo que 2,86% não foram relatados a cor, pois são desconhecidos.

Em relação à religião das famílias constatamos que 68,57% são católicos, 11,43% são crentes, 1,43% são evangélicos 1,43% são espíritas, 2,86% prebisterianos e 7,14% não tem religião sendo que outros com o mesmo percentual não sabiam responder.

Quanto à origem étnica 61,43% relatam ser brasleiros, 38,57% conhecem sua origem étnica que inclui alemães, italianos, poloneses, franceses, russo e outros, (ver Quadro III).

QUADRO III - Distribuição do Casal Segundo Estado Civil, Religião, Cor e Origem étnica

Casal	Est. Civil.	Cor		Religião		Origem	
		mãe	pai	mãe	pai	mãe	pai
1	Casado	branca	branco	não tem	catól.	alemã	itali.
2	amasiado	branca	branco	catól.	catól.	bras.	bras.
3	solteira	branca	branco	crente	-	afr.ita	-
4	solteira	branca	branco	catól.	catól.	alemã	-
5	amasiado	branca	branco	não tem	não tem	polones	ital.
6	solteira	branca	branco	catól.	catól.	bras.	-
7	casado	branca	branco	catól.	catól.	bras.	bras.
8	casado	branca	branco	catól.	catól.	japonês	ital.
9	amasiado	branca	branco	catól.	crente	africa	bugre
10	amasiado	branca	branco	não tem	não tem	bras.	alemã
11	casado	branca	branco	catól.	catól.	alemã	ital.
12	amasiado	branca	branco	catól.	catól.	bras.	bras.
13	casado	branca	branco	catól.	catól.	bras.	bras.
14	casado	branca	branco	catól.	catól.	bras.	bras.
15	solteira	branca	branco	evang.	-	alemã	-
16	solteira	branca	branco	catól.	-	bras.	-
17	casado	branca	preto	crente	crente	bras.	bras.
18	amasiado	branca	branco	catól.	catól.	bras.	bras.
19	amasiado	branca	branco	catól.	catól.	bras.	bras.
20	amasiado	branca	branco	catól.	catól.	bras.	bras.
21	amasiado	branca	branco	catól.	catól.	bras.	bras.
22	casado	branca	branco	crente	catól.	bras.	bras.
23	amasiado	branca	branco	catól.	catól.	russo	bras.
24	amasiado	branca	branco	catól.	catól.	japonês	bras.
25	amasiado	branca	branco	catól.	catól.	bras.	bras.
26	casado	branca	branco	crente	crente	bras.	-
27	solteira	branca	branco	catól.	catól.	bras.	bras.
28	casado	branca	branco	presbit.	presb.	bras.	bras.
29	amasiado	branca	preto	catól.	catól.	bras.	bras.
30	solteira	branca	-	catól.	-	bras.	-
31	amasiado	branca	branco	catól.	catól.	alemã	ital
32	casado	branca	branco	catól.	catól.	bras.	bras.
33	solteira	branca	branco	catól.	-	franc	-
34	amasiado	branca	branco	catól.	catól.	bras.	bras.
35	amasiado	branca	branco	esp.	catól.	bras.	bras.

6.2. Percepções e Dúvidas da Mãe e Família quanto a Assistência do Recém-Nascido e Puérpera

No quadro elaborado nas páginas a seguir, relatamos as percepções, experiências e dúvidas das puérperas e familiares em relação aos cuidados com o recém-nascido e com ela própria, contactadas na maternidade e no domicílio, através do diálogo informal, utilizando como instrumento o Histórico de Enfermagem (ver Anexo 3).

QUADRO IV - Percepções e dúvidas da puérpera e família quanto a sua assistência

Cuidados com a mama	Higiene	Alimentação	Anticoncepção	Percepções Dúvidas
1- Usar sutiã	banho normal	vou comer de tudo	Laqueadura	-
2- Usar sutiã adequado e lavar com o próprio leite.	banho normal e lavar a cabeça	Comer normal	Laqueadura	Quando devo voltar ao ginecologista?
3- Passar pano úmido	Tomar banho normal O cabelo após o resguardo	Evitar coisas pesadas	Vai consultar o ginecologista	-
4- Não faço nada	Lavar a cabeça e tomar banho	Evitar comer coisas pesadas	Pílula	-
5- Massagem na mama	Lavar só o corpo com água e sabonete	Evitar sal e gordura	Conversar com o marido	Quando posso iniciar a relação com o marido
6- Vai alternar os dois seios	Não vai lavar o cabelo	Tomar sopa	DIU	-
7- Usar sutiã	Lavar o corpo e a cabeça	Comer comida leve até terminar a dieta	Pílula	Quando posso ter relação com o meu marido?
8- Usar sutiã, lavar só com água	Lavar o corpo com sabonete	Evitar um pouco de alimento pesado até a dieta terminar	Pílula	Qual a pílula que eu posso tomar?
9- Lavar com sabonete	banho completo cabeça	Vai comer de tudo	Pílula	Será que eu posso lavar o cabelo?

Cuidados com a mama	Higiene	Alimentação	Anticoncepção	Percepções Dúvidas
10- Colocar compressas de água morna	Banho completo, a cabeça depois de 3 semanas	Evitar refrigerante	DIU	-
11- Não sei o que fazer	Todos os dias lavar a cabeça, tomar banho	Vou comer de tudo, só evitar gordura	DIU	Quando poderei ter relação com meu marido?
12- Usar sutiã e lavar com sabonete	Só lavar o corpo, a cabeça depois de 20 dias de dieta	Comer normalmente	Pílula Diane	Quando eu posso tomar comprimido?
13- Usar trofodermin e casca de banana quando rachar	Banho normal + lavagem da cabeça	Evitar carne de porco e maionese	Laqueadura	-
14- Compressas quente quando empedrar	Banho diário, lavagem da cabeça quando chegar em casa	Evitar laranja, peixe, e ovos, pois acha que inflama os pontos.	Hormônio injetável.	-
15- Não sabe, apenas alternar os seios nas mamadas	banhos diários + lavagem da cabeça	não comer laranja, pois acha que dá cólica no RN	Pílula hormonal	-
16- Alternar os seios	Banhos e lavagem da cabeça normal.	Evitar muito tempero e sal.	Não sabe, pois está sozinha	-
17- Usar calor úmido, salmora e massagem para retirar o leite	Lavar a cabeça após 40 dias e banhos diários.	Não comer cebola e nem comida requentada	Laqueadura	Não tenho dúvidas
18- Tirar o leite e usar sutiã	Banho diário e lavar a cabeça após 15 dias.	Normal	DIU	-
19- Não sabe	Lavar a cabeça após 40 dias.	Evitar repolho, tomate alimentos ácidos	Pílula	-
20- Nenhum	Banhos bem quentes diários, lavar a cabeça após 10 dias.	Normal, evitar muita gordura e sal.	Laqueadura	-
21- Não sabe	Banho normal	Evitar carne de porco e farinha de mandioca	Pílula	-
22- Usar quadriderme e compressas quentes + esgotadeira	Banho diário, lavar a cabeça após 10 dias	Evitar feijão, farinha, carnes gordurosas.	Laqueadura	Quando virá a menstruação?
23- Colocar pano quente e pomada quando fissurar	Banhos de assento com álcool nos 10 ^{os} dias. Lavar os cabelos depois de 41 dias.	Evitar repolho, laranja, frutas ácidas e tomate	Laqueadura	-

Cuidados com a mama	Higiene	Alimentação	Anticoncepção	Percepções Dúvidas
24- Limpar com água fervida e algodão	Banhos diários lavar a cabeça após 3 dias	Evitar alimentos ácidos	Pílula	-
25- Não saber	Banho normal	Normal	Hormônio injetável	-
26- Lavar antes das mamadas	Banhos diários, lavar a cabeça após 5 dias.	Evitar ovo frito, mandioca, maionese e amendoim	Laqueadura	-
27- Lavar antes das mamadas	Banhos diários lavar a cabeça	Evitar frutas ácidas e temperos	Pílula	O que posso fazer para meus seios não empedra-rem.
28- Não sabe	Tomar banho normal, lavar a cabeça na 4ª semana	Deixar de comer coisas pesadas.	Pílula	O que posso fazer para meus seios não empedra-rem.
29- Não sabe o que fazer	Tomar banho normal e lavar a cabeça no 10º dia.	Deixar de comer coisas pesadas	Pílulas	Quando posso tomar o comprimido?
30- Não sabe o que fazer	Tomar banho completo	Comer de tudo	Injeção hormonal	Não tem dúvidas.
31- Não sabe o que fazer	Tomar banho completo	Comer coisas leves e evitar feijão requeimado	Pílula	-
32- Fazer simpatia para não rachar	Lavar a cabeça após o 2º dia e tomar banhos diários	Comer normalmente	Pílula	Qual o comprimido que eu posso tomar?
33- Não sabe o que fazer	Lavar a cabeça depois de 10 dias.	Não vai comer repolho e gordura.	Pílula	-
34- Usar sutiã, passar pano úmido.	Não vai lavar a cabeça, tomará banhos diários.	Não comer comida ácida.	Pílula	-
35- Não sabe o que fazer	Tomar banho normal	Comer normalmente	Pílula	Quando posso iniciar a relação com o meu do?

QUADRO V - Percepções e dúvidas da Mãe e Familiares Quanto à Assistência com o Recém-Nascido

Cuidados com o coto	Higiene	Vestuário	Alimentação	Percepções Dúvidas
1- Colocar providine	Vou dar banho depois que cair o umbigo	Lavar com sabão de côco	Até os 6 meses	-
2- Merthiolate	banho de banheira	Lavar com sabão e vinagre	Até quando o bebê largar o seio	Não tenho dúvidas
3- Passar methiolate com gazes	Dar banho quando cair o umbigo	Sabão neutro	Amamentar até o 5º mês	-
4- Passar água oxigenada	Esperar cair o umbigo	Lavar com sabão e passar no confort	Até quando o bebê quiser	O nenem vomita muito quando é pequeno
5- Mercúrio e faixa	Depois de cair o umbigo	Lavar com sabão e quiboa	Até 3 meses e depois sopa e mamadeira	Posso dar banho antes de cair o umbigo?
6- Torrar arruda e colocar em cima do umbigo e/ou povidine	Passar pano com higia-pele	Lavar com sabão e enxaguar com confort e vinagre	Depende da aceitação do bebê	Deve colocar povidine depois que cair o umbigo?
7- Não sei como cuidar do umbigo	Banho normal com sabonete neutro	Lavar com sabão de côco e vinagre	Vou amamentar até 1 ano	Demora para cair o umbigo? O que devo fazer?
8- Mercúrio	Banho completo com sabão neutro	Água e sabão de côco	Até os 6 meses depois vou introduzir salgado	Como devo pegar o bebê?
9- Não sei o que fazer	Sogra vai dar banho	Lavar com água e sabão em pó	Até os 6 meses depois vou dar mamadeira	Como eu faço para ele parar de mamar
10- Mercúrio com faixa	Passar pano morno com sabonete	Sabão e água	Até 4 meses depois vai dar mucilon/leite vaca	-
11- Colocar mercúrio cromo	Dar banho completo com sabonete	Sabão de côco e vinagre	Até o 6º mês	Posso dar banho antes de cair o umbigo?
12- Merthiolate e esparadrapo q/cair o umbigo	Dar banho completo	Sabão e água	Até 1 ano	-
13- Uso mercúrio, trocar o curativo 3 x ao dia e não molhá-lo	Banho só quando cair o umbigo e passar fralda com água morna.	Lavar com omo	Leite materno	Pode dar banho antes da queda do umbigo?
14- Uso de povidine todos os dias	Banhar antes da queda do umbigo	Lavar com sabão em pó e quiboa	Leite materno	-
15- Uso de mercúrio e algodão	Dar banho depois que cair o umbigo	Lavar com sabão de côco	Leite materno	-

16- Não sabe	Algodão com água morna	Não sabe como lavar as roupas	Leite materno até 1 ano	-
17- Com mercúrio gases e pó secante	Banho antes da queda cuidando para não molhar o umbigo	Lavar com sabão de côco	Amamentar até quando ele quiser	-
18- Mercúrio	Banho antes da queda do coto.	Lavar com sabão de côco	Até 6 meses	
19- Não sabe	Não sabe	Lavar com sabão em pó	Até 1 ano.	O neném deve usar chupeta?
20- Mercúrio até cair	Banho normal com sabão de côco	Lavar com sabão de côco	Nestogêneo 50 ml de água + 1 med.	
21- Não sabe	Dar banho antes da queda	Lavar com sabão de côco	Leite materno	Pode molhar o umbigo no banho? Quando deve dar mamadeira?
22- Azeite de mamona morno, após cair, pó cicatrizante	Banho antes da queda do umbigo	Lavar com sabão em pó	Leite materno	O recém-nascido pode usar calça plástica?
23- Mercúrio + pó secante e enfaixar	Banho após a queda do umbigo	Lavar com sabão em pó	Leite materno	Porque o cocô do neném é escuro?
24- Povidine e gazes 1 x ao dia	Banho antes da queda do umbigo	Lavar com sabão de côco	Vai conversar com o pediatra, para dar mamadeira mas vai oferecer o seio.	
25- Não sabe	Vai dar banho com algodão e água morna	Lavar com sabão de côco	Leite morno	
26- Não deixar molhar	Limpar com fralda e água morna até cair o umbigo	Sabão de côco e passar a ferro	Vai amamentar até o 8º mês	
27- Passar mercúrio e secar bem	Não sabe	Enxaguar bem e lavar com sabão de côco	Amamentar até o 6º mês	
28- Não sabe o que fazer	Lavar com sabonete neutro	Lavar com sabão de côco confort	Dar de mamar até quando ele quiser	Posso passar hipoglós para evitar assadura?
29- Merthiolate	Dar banho completo com sabonete neutro	Sabão de côco/confort	Até 8º mês, depois outros alimentos	Será que posso usar faixa? é bom?
30- Mercúrio com faixa	Banho completo com sabonete	Sabão de côco	6 meses, vai introduzir outros alimentos	
31- Não sabe o que fazer	Dar banho completo com sabonete	Sabão de côco/confort	Até quando ele quiser amamentar	Como posso fazer o curativo do umbigo?

32- Não sei o que fazer	Passar pano com água e sabonete	Lavar com sabão de côco	Até quando ele quiser	Como posso lavar o neném?
33- Não sabe o que fazer	Lavar com pano e sabonete até cair o umbigo	Colocar de molho e lavar com sabão de pedra	Até o 4º mês	Como posso fazer o curativo do umbigo?
34- Merthiolate	Ferver água e lavar com sabonete pompom	Sabão em pó e passar bem	Até 6º mês, depois vai dar salgado	Como eu posso dar banho no neném?
35- Não sabe o que fazer	Passar pano com água e sabão neutro	Colocar na água fervendo e enxaguar com vinagre	Até quando ele quiser	O que eu posso usar no umbigo do neném?

Durante o estágio prático as famílias envolvidas apresentaram dúvidas em relação ao puerpério; muitos cuidados tiveram que ser orientados, além de terem sido incluídos cuidados não conhecidos pelas puérperas e sua família.

Nas entrevistas realizadas com as puérperas e familiares, em relação às suas percepções e dúvidas, constatamos que a maioria das puérperas realizariam os cuidados com a mama com compressas de água morna, uso de sutiã e outros; quanto a higiene da puérpera, muitas afirmaram que não lavariam a cabeça, mas tomariam banho normalmente.

A alimentação das puérperas entrevistadas é diversificada, algumas afirmaram que vão comer normalmente, outras evitarão ovos, frituras, feijão, sal, gordura, carne de porco, repolho e outros tipos de alimentos, pois acreditam que estes podem causar cólicas ao recém-nascido.

A respeito da anticoncepção, observamos que muitas puérperas voltarão a usar pílula, outras afirmam que usarão DIU e hormônio injetável e uma pequena parte optou pela laqueadura. (ver Quadro IV).

Os casais envolvidos neste trabalho apresentaram diversas dúvidas em relação ao binômio; muitos cuidados foram esclarecidos durante o estágio.

Nas entrevistas realizadas, verificamos que algumas puérperas e suas famílias utilizariam para o cuidado do coto umbilical o mercúrio e/ou methiolate, e outras usariam ainda pó secante, arruda torrada, azeite de mamona, água oxigenada e a faixa.

Quanto à higiene do recém-nascido, constatou-se que a maior parte delas fariam a higiene depois da queda do coto umbilical, outras fariam a higiene com pano umedecido em água e higiapelle ou sabonete neutro. Muitas das puérperas fariam a higiene do vestuário com sabão de côco e vinagre, e uma minoria utilizaria amaciante, quiboa e sabão em pó.

Foi uma grande surpresa e satisfação o fato de as puérperas desejarem amamentar o recém-nascido até quando este solicitar. Apenas duas, entre as puérperas entrevistadas recusou a amamentação. (ver Quadro V)

A respeito das percepções e dúvidas das puérperas e familiares nesta fase, percebemos que \pm 50% não tinham dúvidas e as outras 50% apresentaram dúvidas, mais em relação ao coto umbilical, sendo que apareceram ainda dúvidas sobre como pegar o bebê, como fazer o bebê parar de mamar, uso de chupeta e calça plástica e o porquê das eliminações do recém-nascido serem tão escuras.

Todas as dúvidas que apareceram em relação ao binômio eram discutidas, sempre tentando-se respeitar as crenças e valores das puérperas e familiares, desde que estas não levassem ao desequilíbrio.

6.3. Descrição do Processo Baseado no Instrumento

Relataremos a seguir parte do instrumentos aplicado ao binômio mãe-filho, como também a evolução e a visita domiciliar.

6.3.1. Caso I

Identificação - Mãe: C.S.14 anos, branca, solteira, gesta I, para I, crente, primário incompleto, do lar, brasileira, internada no setor B, leito 3.

RN: sexo feminino, peso 3.250 grs, altura 49 cm, PC-38 cm, PT-34 cm, apgar 1'-8, 5'-9.

Antecedentes da puérpera: Doenças na família: bronquite (pai), hipertensão (avó).

Doenças anteriores: nega.

Gestação atual: DUM -2/4/93, realizou pré-natal no Posto de saúde da Vila Hauer com aproximadamente 7 consultas. Realizou exames laboratoriais de rotina e ecografia.

Não teve nenhuma intercorrência durante a gravidez. Submetida a cesariana no dia 04/05/94 à 12:15 hs.

Primeira evolução: 5/5/94 às 13:20 horas.

S: C.S. relata não ter nenhuma experiência com recém-nascido, não planejou a gravidez, porém ficou contente com a chegada do RN.

O: Puérpera eupneica, acianótica. Mamas simétricas normotensas, mamilos íntegros, semi-protrusos, presença de colostro em média quantidade na expressão. Útero palpável abaixo da cicatriz umbilical. Incisão cirúrgica sem secreção. Presença de varicosidades e estrias nos MMII.

RN do sexo feminino, nascido no dia 4/5/94 às 12:15 horas, parto cesariano com peso 3.250 grs, altura 48cm. Ao exame físico apresentou: pele rósea, sono tranqüilo, eutônico. Frequência respiratória 38 mrpm, temperatura axilar 36⁷9C, frequência cardíaca 138 bcpm rítmico. Mucosas coradas e íntegras. Perímetro cefálico 38cm, fontanelas bregmáticas e lambdóides abertas, cabelos em média quantidade de cor preto e textura fina. Pavilhão auricular parcialmente curvado em toda parte superior, simétricos. Pescoço com flexão, extensão e lateralidade presente. Perímetro torácico 37 cm; abdômem levemente globoso, perímetro abdominal 36,5 cm. Coto umbilical com pequena quantidade de geléia de Wharthon, região dorsal íntegra. Evacuou 2 vezes fezes meconiais em média quantidade, urinou 1 vez em grande quantidade de cor amarelada.

A: Embora a puérpera não tenha planejado a gravidez percebemos uma boa aceitação ao RN. Demonstra pouca segurança na realização dos cuidados, provavelmente por não ter experiências com RN.

RN em bom estado geral. Sinais vitais estáveis. Eliminações normais.

As varicosidades e estrias estão relacionadas, provavelmente ao estado gestacional, onde ocorre um aumento do volume

sanguíneo circulante, dificuldade para o retorno venoso e estiramento da pele.

P: Investigar aceitação do RN pela mãe e família, através de entrevistas informais na maternidade e no domicílio. Orientar a puérpera que as experiências com o cuidado com RN só podem ser adquiridas no dia-a-dia.

Controlar sinais vitais de 6 em 6 horas.

Realizar exame físico diariamente.

Observar características das eliminações.

Orientar a puérpera para não permanecer muito tempo na mesma posição (em pé ou sentada) e o uso de meias elásticas.

Levantar necessidade de visita domiciliar.

Segunda evolução: 06/05/94 13:10 horas.

S: Puérpera relata que vai passar merthiolate com gaze no umbigo. Afirma que dará banho após queda do umbigo e que vai limpar com água morna e pano. Pretende amamentar até o 5º mês, pois irá trabalhar para sustentar sua filha. Relata que usará soutieN e passará pano úmido nas mamas e só lavará a cabeça após 30 dias e se alimentará normalmente. Em relação à anticoncepção não pretende usar nenhum método, pois afirma que "não vai cair na tentação". Diz que quem lhe ajudará nesta fase será o Recanto da Paz, e quando voltar para casa será sua avó.

D: Puérpera eupnéica com 20 mrpm. Frequência cardíaca 65 bcpm, temperatura 36°C, pressão arterial 120/60 mm Hg. Mamas grandes, simétricas, mamilos semi-protrusos e íntegros. Presença

de colostro em média quantidade. Útero palpável abaixo da cicatriz umbilical. Incisão cirúrgica seca sem anormalidades. Sangramento fisiológico em média quantidade.

RN com reflexos presentes, choro-forte, lanugem em pouca quantidade na região dorsal e ombros, grandes lábios edemaciados com presença de pequena quantidade de secreção esbranquiçada. Linhas plantares com sulcos em mais da metade anterior da planta.

P-130cpm, R-38mrpm, T-36⁸°C. Evacuou 2 vezes em grande quantidade, amarelo claro. Coto umbilical em fase de mumificação.

A: C. necessita de orientação e troca de idéias com relação a assistência ao RN: - Cuidado com o coto; quanto a importância do aleitamento materno; necessita de informações sobre métodos contraceptivos; - RN no terceiro dia com bom estado geral; - sinais vitais estáveis; - eliminações normais.

P: Orientar e incentivar a importância do aleitamento materno.

- Orientar os cuidados com o coto: usar povidine ou similar a cada troca de fralda.

- Orientar a puérpera sobre o uso de métodos contraceptivos.

- Iniciar alta de enfermagem.

- Marcar data da visita domiciliar.

Visita nº 1.27/04/94 das 14:35 às 15:00 horas.

1 - Planejamento

- a) Critérios que foram adotados para a escolha da família: primípara; - aceitação da paciente; fácil acesso para as acadêmicas; adolescente; - sozinha e longe da família morando numa instituição que abriga menores; - solteira.
- b) Objetivos: - conhecer a instituição que está abrigando a puérpera; (anexo 18) - observar estado geral do RN e puérpera; - observar higiene pessoal e ambiental; - observar assistência prestada ao RN e seu auto-cuidado; - avaliar relação binômio mãe-filho; - avaliar se as orientações dadas na maternidade estão sendo seguidas; orientar e reforçar os cuidados de enfermagem referentes ao RN e puérpera, principalmente o aleitamento materno.

S: C.S., sente-se bem. Relatou que estava em depressão por estar longe da família, mas agora está melhor. Retornou ao hospital no mesmo dia que recebeu alta pois teve febre. Seus seios empedraram e racharam, passou raspa de casca de banana verdolenga, tomou banho de sol e de luz do abajúr, colocou compressas mornas porque "deu febre nos seios" e tirou o leite com esgotadeira. Falou que na instituição recebe bons cuidados, tem uma enfermeira chefe, psicóloga e ginecologista. Diz que pela manhã acorda 7:30 horas arruma a cama, toma café, troca e dá de mamar para o bebê. As 9:30 horas faz os serviços de limpeza, pois cada grupo tem seus afazeres dentro da instituição. Enquanto isso, o bebê fica no berço e sempre que ele chora, vai ver o que está acontecendo, se precisa ser trocado ou precisa mamar.

Almoça 12:00 horas e a tarde é para o lazer, sendo que duas vezes por semana tem aula de pintura.

Relata que o umbigo da filha caiu com 8 dias, passou "cicatrizante". Já levei minha filha ao pediatra e já recebeu a primeira vacina, ela está um pouco assada, mas estou usando "cicatrizante", está com brotoeja. Passei óleo de amêndoas na cabeça dela por causa do cascão e parece que piorou a brotoeja".

Comenta que Deus lhe dará sabedoria para não cair na tentação da carne, que voltará para São Paulo na próxima semana, junto com seu pai, quer voltar a estudar. Pretende amamentar a filha por muito tempo, pois o leite está muito caro.

O: Chegamos na instituição Recanto da Paz, um prédio novo de 3 andares com bom aspecto. Fomos até a recepção e nos informaram que C.S. estava na aula de pintura. C.S. logo em seguida veio ao nosso encontro junto com sua filha, nos recebeu com sorriso e fomos convidadas a sentar na sala de espera. Era um ambiente limpo, calmo e arejado, continha várias estantes com livros, televisão, estofados e quadros expostos para a venda.

C.S. estava vestida com short e blusa limpos, seu bebê estava bem agasalhado, apesar do dia estar quente. Estava chorosa, C.S. ofereceu a chupeta e ela acalmou-se. Apresenta dermatite seborréica e Miliaria Rubra pela face, dorso e ombros. Suga bem ao seio e é estimulada pela mãe. Ao exame, as mamas apresentavam-se normotensas, simétricas com mamilos protrusos e íntegros, com secreção láctea. Faz uso de cinta abdominal.

A: C.S. demonstra-se feliz, atenciosa e aparenta estar segura quanto aos cuidados prestados ao RN. Provavelmente esteja

menos deprimida pois retornará logo para casa. Está bem amparada na instituição pois recebe cuidados de uma enfermeira, psicóloga e ginecologista. A miliaria rubra pode estar relacionada com o excesso de roupas. A dermatite seborréica pode estar ocorrendo devido ao medo de secar a cabeça do RN.

P: Reforçada a importância do aleitamento materno, não usar chupeta, limpeza da região perineal e anal com água morna após cada eliminação, quanto aos métodos contraceptivos, quanto a procura do ginecologista, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do RN mensalmente, importância das vacinas.

- Orientada quanto aos cuidados com a Miliaria rubra (evitar excesso de roupas e dar banhos mornos).

- Orientada quanto aos cuidados para a dermatite seborréica (passar vaselina no couro cabeludo retirando as gostas após 2 horas, com pente fino, lavar a cabeça, secando-a bem a cada lavagem).

6.3.2. Caso 2

Identificação - Mãe: R.A., 23 anos, branca, gesta I, para I, solteira, evangélica, ginásio incompleto, doméstica, descendente de alemães, internada no setor A leito 2.

RN: sexo feminino, peso 3.600 grs, altura 48 cm, PC-34, PT-33 cm. Apgar no 1'-10,5'-10.

Antecedentes da puérpera - doenças na família - diabetes mellitus (irmã); câncer (mãe); doenças anteriores - nega.

Gestação atual: DUM - 26/06/93, não teve nenhuma intercorrência durante a gravidez, realizou pré-natal na Unidade de Saúde Vila Haver com aproximadamente 5 consultas. Realizou exames laboratoriais de rotina e ecografia. Submetida a parto normal no dia 5/4/94 às 12:20 horas.

1ª evolução 6/4/94 às 15:00 horas.

S: R.A. relata estar bem. Apesar da gravidez não ser planejada, ficou contente com a chegada do RN. Apresenta poucos conhecimentos, e experiências quanto aos cuidados com o mesmo.

D: Puérpera eupneica, acianótica. Mamas simétridas, normotensas, mamilos protrusos e íntegros presença de colostro em pequena quantidade, útero palpável abaixo da cicatriz umbilical, altura uterina de 14,5 cm. Episiorrafia sem anormalidades. RN: do sexo feminino, nascido no dia 5/4/94 às 12:00 horas, parto normal, peso 3.600 grs, altura 48 cm. Ao exame físico apresentou pele rosada, íntegra, sono tranquilo, choro forte. Frequência cardíaca 120 bcpm, frequência respiratória 40 mrpm, temperatura 36°C. Mucosas coradas e íntegras. Perímetro cefálico 34 cm, fontanelas bregmáticas e lambdoídes abertas, cabelos em média quantidade de cor preta e textura fina. Pavilhão auricular parcialmente curvado em toda parte superior. Pescoço com flexão, extensão e lateralidade presentes, perímetro torácico 33 cm, abdome globoso, perímetro abdominal 34 cm. Coto umbilical com pequena quantidade de geléia de wharthon períneo íntegro. Unhas ligeiramente crescidas, região, dorsal íntegra. Evacuou 4 vezes

em média quantidade fezes meconiais, urinou 4 vezes em grande quantidade de cor amarelada.

A: A puérpera não planejou a gravidez, mas percebe-se uma boa aceitação de sua parte. Apresenta poucos conhecimentos e experiências provavelmente devido ao fato de ser primípara e falta de esclarecimentos.

RN com bom estado geral. Sinais vitais estáveis. Eliminações normais.

P: Incentivar sobre a importância e vantagens do aleitamento materno. Investigar aceitação do RN pela mãe e familiares, através de entrevistas informais na maternidade e no domicílio. Orientar quanto aos cuidados com RN. Observar características das eliminações. Marcar data para visita domiciliar. Controlar sinais vitais. Controlar lóquios e involução uterina. Estimular deambulação.

2ª evolução 7/4/94 - 13:10 horas.

S: Puérpera relata que fará o curativo do umbigo com mercúrio e algodão. Acha que o banho deve ser dado depois da queda do umbigo. Pretende amamentar até quando ele quiser. Não sabe fazer nenhum cuidado com as mamas. Em relação a anticoncepção usará pílula hormonal. Afirma que quem irá lhe ajudar nesta fase, será sua mãe.

O: Puérpera eupneica, pouco comunicativa não trocou as fraldas do RN, R 27 mrpm, temperatura 36⁵°C, frequência cardíaca 80 bcpm, pressão arterial 130/85 mmHg. Mamas grandes, simétri-

cas, ingurgitadas, mamilos protrusos. Presença de colostro em média quantidade, útero palpável e cutâneo na linha da cicatriz umbilical altura uterina de 14 cm. Episiorrafia sem anormalidades. Lóquios em média quantidade serosanguinolento com odor característico, sem coágulos.

RN. com dois dias, reflexos presentes, choro forte, lanugem em média quantidade na região dorsal e ombros, grandes lábios edemaciados. Linhas plantares com sulcos em mais da metade anterior da planta. Pulso 120 bcpm, R-40 mrpm, T 36°C. Evacuou 1 vez em grande quantidade, fezes meconiais, urinou 1 vez em grande quantidade. Coto umbilical em fase de mumificação.

A: Puérpera necessitando de orientações em relação aos seguintes cuidados: - cuidado com coto; - quanto a amamentação; cuidados referentes à troca de fraldas do RN, pois não tinha roupa e estava esperando que alguém trouxesse durante a visita. Puérpera pouco comunicativa parece preocupada e necessita de estímulos para a conversação. Mamas engurgitadas, ocorrem devido ao congestionamento venoso e linfático pela estase láctea. Necessita orientações quanto ao cuidado com as mamas.

RN em bom estado geral, sinais vitais estáveis, eliminações normais.

P: Orientar sobre o uso de povidine ou similar no curativo umbilical. Orientar para troca do curativo do coto a cada troca de fralda, ou sempre que estiver molhado.

Esclarecer e incentivar as vantagens sobre o aleitamento materno.

Orientar a puérpera para a troca de fraldas sempre que necessário, lavar bem a região perineal e perianal, com água morna após cada eliminação.

Orientar a puérpera para o uso de soutien adequado e de maneira correta, de modo que os seios fiquem firmes e suspensos, alternar os seios para as mamadas, estimular para extração manual ou bimanual da mama após cada mamada.

Visita nº 2 02/5/94 - 15:00 às 15:35 horas

1) Planejamento:

a) Critérios que foram adotados para a escolha da família:

- primípara; - aceitação da paciente; - solteira; - O pai não sabe da existência da criança; - está longe da família.

b) Objetivos: - conhecer o local onde o binômio mãe-filho reside; - observar estado geral do recém-nascido e puérpera; - observar assistência prestada ao recém-nascido e seu autocuidado; - avaliar relação mãe-filho; - avaliar se as orientações dadas na maternidade estão sendo seguidas; - orientar e reforçar os cuidados de enfermagem referentes ao recém-nascido e puérpera, principalmente o aleitamento materno.

S: R.A. Sente-se bem. Relatou que sua mãe veio ajudá-la a cuidar de sua filha. Seus seios empedraram e racharam, apenas retirou o leite após as mamadas e fez compressas quentes, doía muito quando ela mamava, mas logo sarou, o seio esquerdo é que incomodou mais". Amamenta apenas em um seio em cada mamada,

mudando o seio na mamada seguinte. Diz que "sua patroa aceitou bem ela com o neném e não a mandou embora. "O pai ainda não viu a criança, acha que nem quer vê-la.

Relatou que o umbigo do bebê caiu com 7 dias, passou povidine. Já levou ao pediatra, recebeu a vacina. BCG. "Ela está com assadura", usa dermodex e limpa a região perineal com água morna, lava as fraldas com sabão neutro e enxágua com água e vinagre. Acha que o recém-nascido tem cólica, pois as vezes chora muito. Suga bem ao seio, e pretende continuar amamentando.

O: R.A. nos recebeu com um sorriso, nos convidou para sentar na sala. Era um ambiente limpo, calmo e arejado. R.A. mora no apartamento onde trabalha como doméstica. Estava vestida com bermuda e camiseta limpas, o RN estava com roupas adequadas à temperatura ambiente. Estava tranquilo, cabeça e pele sem problemas, região perineal hiperemiada. Ao exame da mãe, as mamas apresentavam-se normotensas, simétricas, com mamilos protrusos e íntegros e secreção láctea em grande quantidade.

A: R.A. é atenciosa e carinhosa e aparenta estar muito feliz. Se emocionou ao comentar sobre o pai da criança. Sua mãe veio ajudá-la a cuidar do RN. Demonstra mais segurança com a presença da mãe.

RN e puérpera apresentam bom estado geral.

Com relação aos cuidados com as mamas, não seguiu as orientações dadas na maternidade.

F: Reforçada a importância do aleitamento materno, os cuidados com as mamas, as consultas com pediatra e consulta com ginecologista.

Orientada quanto ao cuidado com a dermatite amoniacal: realizar higiene após cada eliminação com pano e água morna, secar bem a região afetada, expor a região afetada ao sol por 10 minutos no horário das 8 às 10 horas ou das 16:00 às 18:00 horas, evitar o uso de calça plástica e fralda descartável.

6.3.3. Caso 3

Mãe: R.A.S., 21 anos, branca, gesta I, para I, casada, presbiteriana, 2^o grau incompleto, caixa de loja, brasileira, internada no setor C. leito 1.

RN: sexo masculino, peso 4.100 g, altura 51 cm, FC-35cm, FT-33cm, apgar 1'-8,5'-9.

Antecedentes da puérpera: - doenças na família - nega
- doenças anteriores - nega.

Gestação atual: DUM - 15/8/93, realizou pré-natal na Unidade Saúde com aproximadamente 7 consultas. Realizou exames laboratoriais de rotina e ecografia. Submetida a cesariana no dia 29/5/94 às 12:15 horas. Não teve nenhuma intercorrência durante a gravidez.

Primeira evolução 30/5/94 - às 13:10 horas.

S: R.A.S., relata não ter experiências com recém-nascido, a gravidez foi planejada e sente-se muito feliz com a chegada do RN.

O: Puérpera eupneica, acianótica. Mamas simétricas, normotensas, mamilos semi-protrusos e íntegros, presença de colostro em média quantidade. Útero palpável abaixo da cicatriz umbilical. Incisão cirúrgica sem secreção. Presença de varicosidades nos MMII.

RN do sexo masculino, nascido no dia 29/5/94 às 12:15 horas, parto cesariana com peso 4.100 g, altura 51 cm. Ao exame físico apresentou: pele rósea, sono tranqüilo, eutônico. Frequência respiratória 40 mrpm, temperatura axilar 36,9°C, frequência cardíaca 120 bcpm, rítmico. Mucosas coradas e íntegras. Perímetro cefálico 35cm, fontanelas bregmáticas e lambdóides abertas, cabelos em pequena quantidade de cor preta e textura fins. Pavilhão auricular parcialmente curvado em toda parte superior, simétricos. Pescoço com flexão, extensão e lateralidade presentes. Perímetro torácico 33cm, abdômem parcialmente globoso, perímetro abdominal 34cm. Coto umbilical com média quantidade de geléia de Wharthon região dorsal íntegra. Evacuou 2 vezes fezes meconiais em média quantidade, urinou 2 vezes em média quantidade de cor amarelada.

A: Demonstra pouca segurança na realização dos cuidados, provavelmente por não ter experiências com recém-nascido.

RN com bom estado geral. Sinais vitais estáveis. Eliminações normais.

Provavelmente as varicosidades estão relacionadas ao estado gestacional, onde ocorre aumento do volume sangüíneo circulante.

P: Orientar a puérpera que as experiências com o RN só podem ser adquiridas com o dia-a-dia.

Controlar sinais vitais.

Realizar exame físico diariamente.

Observar características das eliminações.

Orientar a puérpera para não permanecer muito tempo na mesma posição (em pé ou sentada), e o uso de meias elásticas.

Levantar necessidade de visita domiciliar.

Segunda evolução 31/5/94 - às 14:30 horas.

S: Puérpera relata que não saber como fazer curativo do coto. Afirma que vai dar banho no bebê assim que sair do hospital com sabonete neutro. Pretende amamentar até quanto ele quiser. Relata que vai tomar banho normal, lavar a cabeça só na 2ª semana, não sabe nenhum cuidado com as mamas. Vai deixar de comer coisas pesadas. Em relação a anticoncepção pretende usar pílula hormonal. Quem ajudará nesta fase será sua sogra.

O: Puérpera eupneica, acianótica, com frequência respiratória de 20 mrpm. Frequência cardíaca de 72 bcpm, temperatura 36,7°C, pressão arterial de 110/ 80 mmHg. Mamas grandes, simétricas, ingurgitadas, mamilos protusos. Presença de colostro em grande quantidade. Útero palpável abaixo da cicatriz umbilical, incisão cirúrgica seca sem anormalidades. Sangramento fisiológico em média quantidade.

RN com reflexos presentes, choro forte, lanugem em pouca quantidade nos ombros, prepúcio aderente, bolsa escrotal

edemaciada, presença de um testículo na bolsa direita. Linhas plantares com sulcos em mais da metade anterior da planta. P-122 bcpm, R-48 mrpm, T-36²QC. Evacuou 2 vezes fezes meconiais, urinou 3 vezes, características normais em média quantidade. Coto umbilical em fase de mumificação.

A: R.A.S. necessita de orientações e troca de idéias com relação a assistência ao RN: - cuidados com o coto; - quanto ao cuidado com as mamas e seu auto-cuidado. As mamas ingurgitadas ocorrem devido ao congestionamento venoso e linfático pela estase láctea; RN no terceiro dia e com bom estado geral; - Sinais vitais estáveis. Eliminações normais.

P: Orientar os cuidados com o coto: usar povidine ou similar a cada troca de fraldas.

Orientar a puérpera para o uso de soutien adequado e de maneira correta, de modo que os seios fiquem firmes e suspensos, alternar os seios durante as mamadas, estimular para extração manual do leite após cada mamada, expor o seio ao sol (antes das 10 ou após as 16 horas).

Orientar a puérpera para lavagem da cabeça no mínimo 2 vezes por semana.

Orientar e incentivar a importância do aleitamento materno. Iniciar alta de enfermagem. Marcar data para visita domiciliar.

Visita nº 3 9/6/94 - 14:00 às 15: horas

i - Planejamento:

- a) Critérios pré-estabelecidos que foram adotados para a escolha da família: - primípara; - reside no município de Curitiba PR; - aceitação da paciente; - mãe jovem;
- b) Objetivos: - observar condições do binômio mãe-filho; - observar condições de higiene e do ambiente; avaliar relação mãe-filho; observar relação familiar; - reforçar orientações quanto aos cuidados com o recém-nascido e seu auto-cuidado; reforçar a importância do aleitamento materno.

S: Puérpera relatou que está bem. Alimenta-se normalmente, não está se alimentando com coisas pesadas, pois a sogra diz que vai fazer mal ao bebê. Diz que seus seios estão doloridos, duros e rachados, mas mesmo assim continua amamentando seu filho. Está extraíndo o leite com as próprias mãos, tentou usar a bomba mas parece que piorou a rachadura. Usa também compressas de água morna e parece que está melhorando. Quanto a rachadura está usando chá preto e pomada cicatrizante e lavando com o próprio leite para dar de mamar a seu filho. "Meus pontos tirei no posto perto de casa e está bem cicatrizado, e uso a cinta pois parece que dá mais segurança. O sangramento está vindo em pouca quantidade tipo água de carne lavada". Marcou consulta no ginecologista, pois pretende usar pílula que não interfira na amamentação.

Relatou que quem está ajudando a cuidar do seu filho é a sogra e a cunhada. Diz que seu filho dorme bem e está um pouco choroso. Vai esperar ele completar 20 dias e vai levar ao pediatra e ao posto para dar a vacina BCG. Quanto ao curativo do umbigo estava usando mercúrio com faixa, pois tinha medo de mexer, "caiu no domingo e a minha sogra torrou o umbigo".

"Estou colocando na bundinha dele hipoglós porque ele está assado. Lavo as roupas com sabão de côco e confort". Está preocupada pois "saiu bolinhas no rosto e braços", mas a sua sogra falou que é alergia à lã, e logo passa.

O: R.A.S. recebeu-nos com um sorriso, apresentava-se um pouco cansada. Seu bebê estava no berço dormindo. Apartamento com 7 cômodos, ambiente arejado, limpo e organizado, com algumas roupas do bebê na cama. Puérpera e recém-nascido vestiam roupas limpas.

RN dormindo tranquilamente. Região perineal e perianal hiperemiadas com resquícios de hipoglós. Evacuou em média quantidade de cor amarelada, urinou em grande quantidade com características normais. Suga bem ao seio. Apresenta dermatite de contato na face e tronco.

Puérpera: Ao exame físico: Mamas simétricas, ingurgitadas, aréola tensa e fissura mamilar na mama E em fase de cicatrização, grande quantidade de excreção láctea na expressão. Útero palpável aproximadamente 5 cm abaixo da cicatriz umbilical.

A: Puérpera demonstra pouca segurança nos cuidados ao RN, segue os conselhos da sogra.

R.A.S não seguiu parte das orientações dadas na maternidade.

- Mamas com ingurgitamento mamário e fissura mamilar. Provavelmente por não ter seguido as orientações dadas na maternidade.
- Região perineal e perianal sugere ser dermatite amoniacal,
- Dermatite de contato provavelmente ocorre devido à substâncias irritantes de origem animal ou agentes que causam irritação direta.
- Apresenta boas condições de higiene. Eliminações normais.

P: Orientada quanto aos cuidados com o RN e seu autocuidado, respeitando suas crenças e valores.

Reforçada a importância do aleitamento materno.

Orientada quanto aos cuidados com ingurgitamento mamário e fissura mamilar:

- Uso de sutiã de alças curtas;
- Reduzir ingestão hídrica até que se estabeleça o equilíbrio entre a produção e o consumo do leite;
- Uso de compressas mornas e banho de sol nas mamas;
- Alternar os seios durante as mamadas;
- Extração manual após as mamadas até esvaziar completamente as mamas;
- Evitar uso de sabonete e água quente nas mamas;
- Alimentação rica em vitamina A.

Orientada quanto aos cuidados com a dermatite amoniacal:

- expor o local ao sol (antes das 10 e após as 16 horas).

- lavar as fraldas com sabão neutro enxagüar bem em água corrente e deixar de molho em água de vinagre (2 colheres de vinagre para cada litro de água).
- secar bem ao sol e passar a ferro;
- trocar as fraldas após cada eliminação (lavando os genitais e região anal com água morna e enxugar bem).

Orientada quanto aos cuidados com a dermatite de contato:

- observar o local;
- aplicar compressas úmidas;
- não usar amaciantes, e nem alvejantes na lavagem das fraldas e/ou roupas:

Orientada quanto à procura do ginecologista e pediatra.

6.4. Avaliando o Alcance dos Objetivos

6.4.1. Identificar as dúvidas referentes à assistência prestada, apresentadas pelas puérperas e familiares, através do histórico de enfermagem, procurando sempre que possível, esclarecê-las, através de orientações individuais.

O histórico de enfermagem foi um instrumento de grande importância no levantamento de dúvidas e percepções, sendo que conseguimos observar, através de entrevistas informais, os conhecimentos e experiências da puérpera em relação ao seu autocuidado e do recém-nascido.

Notamos que as puérperas não são muito abertas ao diálogo, acreditamos que seja característica das pessoas que residem em Curitiba. Necessitavam de estímulo para o diálogo, por isso a maioria das puérperas relatava não ter dúvidas, mas percebíamos durante a aplicação do histórico de enfermagem e observação da assistência prestada que estas existiam.

As dúvidas que as puérperas apresentaram foram bastante diversificadas e surgiam espontaneamente, sendo esclarecidas, através de orientações dadas de maneira clara e adequada ao seu nível de esclarecimento.

No decorrer do estágio, procuramos sempre orientar sobre toda a assistência prestada ao binômio mãe-filho, conforme manual elaborado pelas acadêmicas. (anexo 4 e 5)

Quadro VI - Distribuição das Puérperas Segundo suas Duvidas nas Maternidade nossa Senhora do Carmo.

Número de mães	Dúvidas
1	- consulta com ginecologista.
4	- início das relações sexuais.
4	- uso de pílula hormonal
4	- lavagem do cabelo.
1	- início da menstruação.
1	- cuidados com o ingurgitamento mamário
1	- regurgitações e vômitos
1	- banho do recém-nascido.
6	- cuidados com o coto umbilical.
6	- como segurar o recém-nascido.
1	- aleitamento materno.
2	- dermatite amoniacal.
2	- eliminações do recém-nascido

6.4.2. Incentivar puérperas e familiares para exposição dos seus conhecimentos referentes a assistência ao binômio mãe-filho e a prática do aleitamento materno, incentivando-o e a partir daí divulgar e discutir com a equipe de saúde os dez passos para os seu sucesso.

Através da conversa informal diária e observação da assistência que a puérpera e a família prestam ao recém-nascido e seu próprio auto cuidado, identificamos os conhecimentos apresentados pelos mesmos.

Durante o enfoque sobre a prática do aleitamento materno, apenas duas puérperas negaram-se à amamentação, uma delas afirmou que nunca produziu leite, após seus 8 filhos, e a outra foi devido a traumatismo facial do recém-nascido relacionado com o uso do fórceps. Felizmente as puérperas restantes apresentaram bons conhecimentos referentes a importância da prática do aleitamento materno, o que facilitou o incentivo e a orientação sobre as vantagens do mesmo, pois a maioria já tinha experiências anteriores.

Apesar da maioria das puérperas querer amamentar, apresentavam dificuldades para o mesmo, pois os seus respectivos RNs tinham dificuldades para sugar o seio, mesmo que houvesse boas condições, para a prática. Percebemos que o RN ficava muito tempo no berçário, e deduzimos que o mesmo estava sendo alimentado durante este período com mamadeira, visto a dificuldade em sugar. Observamos no berçário, lactário e no próprio alojamento das mães a presença de mamadeiras com leite artificial e no lactário latas de pré-nan.

Na maternidade não há banco de leite humano, por isso não são usadas bombas elétricas e nem manuais. As puérperas consideram importante as orientações sobre a extração do leite manualmente pois sabem que a bomba elétrica é grande causadora de fissuras. Percebemos não haver orientações sobre a prática do aleitamento materno por parte dos funcionários.

Realizamos palestras sobre o aleitamento materno para as puérperas e equipe de enfermagem, com duração de no máximo 30 minutos onde discutíamos sobre o assunto e as puérperas e equipe de enfermagem expunham seus conhecimentos e podiam expressar suas dúvidas.

Infelizmente não surgiam dúvidas, por esta razão tentamos focar o assunto de maneira global.

Em relação aos dez passos para o sucesso do aleitamento materno ninguém da equipe de saúde apresentava conhecimento a respeito do assunto. Percebemos que para implantar um ou mais passos, precisaríamos dispor de um tempo maior para expor o assunto pois as rotinas e procedimentos do hospital, dificultam o sucesso do aleitamento materno. Para criar consciência da importância da prática do aleitamento materno, ou seja, mudança radical à prática adotada na maternidade, precisaríamos estabelecer normas e rotinas atuais, fazendo um treinamento específico para toda a equipe. A partir disso, concluímos que a melhor maneira de iniciar este trabalho seria primeiramente divulgar e discutir com a diretoria sobre o assunto, para depois conseguirmos a adesão dos funcionários.

Marcamos um encontro com a diretoria, com o objetivo de discutir e divulgar o assunto, fornecendo os materiais abaixo citados:

1. Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes.
2. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. O papel especial dos serviços materno-infantis.
3. Como cuidar dos peitos após o parto. Escola de Enfermagem Ribeirão Preto-USF.
4. Folder e Cartazes. Aleitamento materno. Entre de peito nesta luta.
5. Declaração de INNOCENTI(*)
6. Cartaz sobre o papel dos pediatras no estímulo ao aleitamento materno.
7. O papel do obstetra no estímulo ao aleitamento materno.
8. Boletim da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, dez. 1993.
9. Boletim nº 6, 1994; fev/set 1993.
10. Cartazes: Os dez passos para o Aleitamento Materno bem sucedido.
11. Boletim informativo sobre experiências de hospitais Amigo da Criança nº 1, José Fabella Memorial, Hospital Manella, Filipinas; nº 2, Instituto Materno Infantil de Pernambuco-Recife.
12. Normas Básicas para o alojamento conjunto-Ministério da Saúde.

13. Normas e Rotinas para o incentivo ao aleitamento materno (Passo 1).
14. Normas Básicas para o alojamento conjunto IHAC (Passo 7)
15. Normas Gerais para Bancos de Leite Humano.

Observamos que a diretoria não tinha conhecimento sobre os 10 passos, por isso, através dos materiais fornecidos, tentamos esclarecer e demonstrar a importância de seguir pelo menos, alguns dos passos.

A diretoria, após fazer uma avaliação, através do questionário próprio (ver anexo 6) constatou que a maternidade seguia 7 dos 10 passos. Porém no decorrer do estágio, pudemos observar que nenhum dos passos era seguido.

A seguir, tentaremos fazer uma descrição dos passos que a instituição diz seguir, comparando com o que observamos na prática:

- a) Passo 3: Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.

Segundo a instituição este passo é seguido através do ambulatório. Como o nosso estágio não envolvia o pré-natal, não tivemos oportunidade de avaliar como era a orientação às gestantes no ambulatório. Porém, devido ao desconhecimento geral da equipe a respeito dos dez passos, e devido à maioria da equipe de enfermagem ser composta por atendentes, nos questionamos sobre a orientação dada e sobre o conhecimento dos funcionários a

respeito dos efeitos de determinados medicamentos sobre o início do aleitamento materno.

b) Passo 4: Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento.

Segundo a instituição este passo é seguido, as mães que tiveram parto normal ou cesariana recebem seus filhos na primeira meia hora, e os funcionários oferecem ajuda às mães para iniciarem a amamentação, mas constatamos que isto não ocorre pois observamos que na maioria das vezes o recém-nascido leva muito tempo para iniciar sua primeira mamada, presenciamos várias mães chegarem à enfermaria após o parto e ao término de nossas atividades diárias o recém-nascido não havia iniciado sua primeira mamada (4 horas ou mais), as mães também relatavam que o tempo que decorria para amamentá-los pela primeira vez era de \pm 2 horas e através de um fato registrado em nosso instrumento de trabalho, às 17 horas terminava de preencher o roteiro para o histórico de enfermagem e a mãe relatava que ainda não havia recebido seu filho na enfermaria, sendo que o mesmo nasceu às 10 horas, sendo que constatamos que o binômio mãe-filho, tinham plenas condições fisiológicas para iniciar o ato de amamentar. Outro fato é que a funcionária do berçário relata que o recém-nascido fica 4 horas no berço aquecido improvisado. Presenciamos também que os recém-nascidos são entregues às mães sem pelo menos receber uma orientação, e encontramos mães com dificuldades no manejo da amamentação sem sequer ter recebido orientações anteriormente.

c) Passo 5: Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.

Segundo a instituição este passo é seguido, pois nas primeiras 6 horas após o parto as mães continuam a receber assistência da equipe de enfermagem em relação à amamentação, demonstrando como posicionarem e segurarem corretamente seus recém-nascidos para sugarem adequadamente o seio; recebem demonstrações ou informações sobre como fazer a extração manual do leite; recebem também conselhos sobre onde conseguir ajuda, caso necessitem; a mulher que nunca amamentou ou que já teve problemas anteriores com a amamentação recebe atenção e apoio especiais dos funcionários, as mães dos recém-nascidos internadas em áreas de cuidados especiais são ajudadas a estabelecer e manter a lactação através de expressão freqüente do leite.

Durante nossa prática nunca presenciamos algum funcionário prestando assistência relacionada com amamentação, certamente em outros períodos em que não estávamos presentes isso também não ocorria, visto que ao contactarmos com as mães através de orientações individuais ou coletivas percebemos que a maioria não apresentava conhecimentos relacionados com o manejo da amamentação.

Através de palestras aos funcionários constatamos que não conheciam a fisiologia da amamentação, técnica correta para amamentar e para extração manual do leite. Apenas uma funcionária relatou que orientava as mães quanto a importância da amamentação.

As puérperas de recém-nascidos internadas para cuidados especiais, não são ajudadas a estabelecer e a manter a lactação através da extração manual ou bimanual do leite, pois presenciamos no berçário os recém-nascidos que necessitavam receber cuidados especiais serem alimentados com leite artificial, até mesmo por SNG e como já falamos as mães não extraíam manualmente e nem mecanicamente seu leite. As mães recebem folder do CIMAMA onde indica como procurar ajuda caso necessitem, este folder é colocado na pasta "Nascer em Curitiba" (ver Anexo 7), mas só encontram se tiverem interesse em ler e não são orientadas da presença do mesmo.

d) Passo 6: Não dar ao recém-nascido outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que haja indicação médica.

Este passo é seguido, segundo a instituição, pois os funcionários compreendem claramente quais são as poucas razões aceitáveis para a prescrição de outro alimento ou líquido, além do leite materno aos recém-nascidos amamentados ao seio. A indicação do leite materno, outros alimentos ou líquidos são feitos através de prescrição médica; os substitutos do leite materno incluindo fórmulas especiais, utilizadas no estabelecimento não são comprados do mesmo modo que quaisquer outros alimentos e medicamentos; a direção do estabelecimento e todos os funcionários recusam ofertas gratuitas ou a baixo custo de substitutos do leite pagando por eles preço aproximado de mercado; não compram substitutos do leite materno para uso experimental ou avaliação

profissional; a promoção de alimentos ou líquidos que não o leite materno é proibida no estabelecimento.

Observamos que algumas mães que amamentavam estavam oferecendo mamadeiras com leite artificial a seus filhos, alegando que seu leite não sustenta e que seu bebê chorava com fome, têm livre acesso aos leites artificiais através das copeiras que sempre que solicitadas preparam e oferecem as mamadeiras com leite artificial, sem que outros funcionários contestem.

Em visitas ao berçário, sempre encontrávamos mamadeiras com leite artificial no posto de enfermagem, muitas vezes não eram para recém-nascidos em cuidados especiais, pois esta área estava vazia e sim para outros que podiam ser amamentados. Encontramos em prontuários do recém-nascido a seguinte prescrição médica: "Oferecer chá nos intervalos das mamadas". Para isto não existe nenhuma razão clínica aceitável. E na sala dos médicos encontramos propaganda de substitutos do leite.

Questionamos sobre a compreensão dos funcionários em relação às razões aceitáveis para a prescrição de outro alimento ou líquido, além do leite materno, devido a maioria da equipe de enfermagem ser composta por atendentes e pelos fatos que já descrevemos presenciados na prática.

e) Passo 8: Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda

Segundo a instituição este passo é seguido pois os funcionários demonstram estar conscientes da importância do aleitamento materno sob livre demanda e que as mães são aconse-

lhadas a amamentar sempre que seus bebês tiverem fome ou desejarem.

Quanto a assistência de enfermagem relacionada com a amamentação, já comentamos no item "C"; também questionamos se os funcionários estão realmente conscientes sobre a importância do aleitamento sob livre demanda, pois segundo as mães seus bebês ficam grande parte da manhã no berçário, algumas comentaram que seus bebês só vinham à tarde. E não há a prática do alojamento conjunto. Isto é aleitamento sob livre demanda?

f) Passo 9: Não dar bicos artificiais ou chupetas à crianças amamentadas ao seio.

A instituição diz seguir este passo, pois os bebês que iniciaram a amamentação não recebem chucas, mamadeiras ou chupetas. Ensina-se as mães que não devem dar mamadeiras, ou chupetas a seus bebês e que os funcionários e a direção do estabelecimento demonstram ter consciência que esses objetos devem ser evitados. Como já comentamos, no item "D", são oferecidos chucas ou mamadeiras aos recém-nascidos que iniciaram a amamentação. Encontramos vários bebês fazendo uso de chupetas devido a iniciativa das mães. Nunca presenciamos algum funcionário ensinando às mães que amamentam que não devem, ser usados chucas, mamadeiras ou chupetas.

g) Passo 10: Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, e encaminhar mães aos mesmos, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

Segundo a instituição este passo é seguido pois o hospital dá informações à membros da família, de modo que possam apoiar a mãe lactante em casa; encaminham as mães lactantes, a grupos de apoio à amamentação, quando existentes; permitem que grupos de apoio à mães desenvolvam trabalho de aconselhamento sobre amamentação dentro da maternidade.

Não presenciemos nenhuma orientação aos membros da família para apoiarem a mãe lactante em casa e nem para serem encaminhadas à grupos de apoio a amamentação. A orientação para procura de ajuda está sob forma de folder do CIMAMA que é dado sem explicações do que é o CIMAMA e como funciona, só é visto se as mães ou familiares tiverem interesse de ler ou acharem o folder.

O hospital não tem sistema de acompanhamento de apoio a todas as mães que estão amamentando, tais como consulta pós-natal, revisões em ambulatórios de amamentação, visitas domiciliares, telefonemas, etc., e não incentiva a formação de grupos de apoio à amamentação entre mães ou profissionais de saúde e mães.

O estabelecimento permite que o CIMAMA (Central de Informação para as Mães que Amamentam) desenvolva seus trabalhos de aconselhamento sobre amamentação quando solicitados e permitiu que desenvolvêssemos nosso trabalho de conclusão de curso baseado na importância do incentivo ao aleitamento materno.

A diretoria da instituição relata não seguir:

Passo 1: Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.

Passo 2: Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.

Passo 3: Praticar o alojamento conjunto - permitir que a mãe e o bebê permaneçam juntos - 24 horas por dia.

Citou como melhorias necessárias para o cumprimento destes passos, a elaboração de norma escrita sobre aleitamento materno, obtenção de um maior número de funcionários capacitados para desenvolver treinamento à equipe de saúde e recursos humanos, físicos e materiais para implantação do alojamento conjunto.

Gostariam de ajuda através de consultoria, treinamento, orientação de pessoal e exemplificação de "Norma escrita para Aleitamento Materno".

Comentam que: "É de conhecimento de todos o valor do leite humano na alimentação do recém-nascido, tanto sob ponto de vista nutricional, de imunização e como fator de interpretação emocional entre mãe e filho. O aleitamento materno desempenha papel de suma importância no desenvolvimento geral da criança. Muitas melhorias são necessárias para a realização deste trabalho de assistência à mãe e à criança, e faremos todo o possível para alcançá-los."

Ficamos a disposição para ajudá-los, até mesmo em treinamentos, se pretenderem realizá-los, indicamos quem devem procurar e seus respectivos endereços para futuros esclarecimentos. O manual sobre "Normas e rotinas para o incentivo ao Aleitamento Materno (Passo 1). Pode esclarecê-los melhor sobre este "passo".

Seria de grande importância para nós e fundamental para as mães que a diretoria avaliasse de perto a prática dos funcionários envolvidos e implementassem principalmente Normas e Rotinas que defendam o incentivo ao aleitamento materno, exigindo que todos cumpram estas normas e rotinas para que a qualidade da assistência seja realmente efetivada na prática.

6.4.3. Identificar junto as puérperas e familiares, o conhecimento a respeito da assistência ao binômio mãe-filho, reforçando-o e adequando-o, se levar ao desequilíbrio, visando sempre a qualidade da assistência

Conseguimos fazer uma análise dos conhecimentos apresentados pelas puérperas e familiares, comparando sempre com a bibliografia referenciada. Reforçando estes conhecimentos através de orientações e demonstrações individuais da assistência prestada, procurando sempre que possível, manter crenças e valores e os cuidados já conhecidos. Incentivamos a adequação e a mudança dos conhecimentos sempre que pudessem levar ao desequilíbrio, sendo que puérperas e familiares demonstraram interesse na mudança dos mesmos, visando melhorar a qualidade da assistência.

Acreditamos ter alcançado este objetivo pois, puérperas e familiares conseguiram perceber a importância das orientações dadas, entendendo o porquê da necessidade de mudança de prática da assistência, se esta levasse ao desequilíbrio.

6.4.4. Assistir o binômio mãe-filho, utilizando a teoria das necessidades humanas básicas

Para o alcance deste objetivo foi utilizado o instrumento adaptado por LOCKS e OLIVEIRA (1992). Ao final do estágio prático, foram preenchidos 35 instrumentos.

Aplicamos o instrumento nas puérperas que já se encontravam em condições (após o stress físico e emocional do pós-parto) e aceitavam participar e responder as perguntas solicitadas.

A sistematização do trabalho constava na escolha da puérpera, entrosamento com a mesma, explicação do trabalho realizado pelas acadêmicas e aplicação do instrumento através de: coleta de dados das pacientes e prontuários (RN e puérpera), exame físico (RN e puérpera), identificação dos problemas de enfermagem, segundo as necessidades humanas básicas afetadas, e a realização dos cuidados mediatos ao recém-nascido e às puérperas, tentando solucionar os problemas.

Após coleta dos dados fazíamos o levantamento dos problemas de enfermagem por ordem de prioridades, elaborando um plano diário de assistência ao binômio mãe-filho, implementando-o. No segundo dia fazíamos a evolução de enfermagem, de acordo com o nosso referencial, porém para a maioria não conseguimos complementar com a evolução, pois o binômio já havia ganho alta hospitalar ou tínhamos outras atividades estabelecidas no cronograma. Dos 35 instrumentos preenchidos, conseguimos realizar 10 evoluções de enfermagem.

Foram realizadas 28 altas de enfermagem, durante a aplicação do instrumento, ou no 29 dia após a evolução.

6.4.5. Elaborar material educativo e proferir palestras direcionadas as puérperas e equipe de enfermagem, que forneçam informações sobre assistência prestada ao binômio mãe-filho

Durante o estágio prático elaboramos três materiais educativos:

1. "Nosso Manual do bebê para o papai e mamãe". (Anexo 4)
2. "Manual da mamãe. (Anexo 5)
3. Texto sobre puerpério e aleitamento materno, para a equipe de enfermagem. (Anexos 8)

Realizamos três palestras com o número de 4, 7 e 5 puérperas, que não apresentaram dúvidas, mas tiveram participação ativa, expondo seus conhecimentos.

Para a equipe de enfermagem, realizamos uma palestra com a participação de duas funcionárias. Encontramos como dificuldade para a realização das palestras aos funcionários, falta de interesse de alguns e a não disponibilidade de outros, sendo que o número de funcionários da maternidade é reduzido, comparando ao número de leitos e atividades desenvolvidas pelos mesmos. Durante a palestra demonstraram seus conhecimentos e apresentaram poucas dúvidas.

6.4.6. Realizar visita domiciliar de acordo com as necessidades sentidas pelas acadêmicas e cliente segundo critérios previamente estabelecidos.

As visitas domiciliares são importantes para dar continuidade à assistência de enfermagem, após a alta e desta forma poder alcançar uma boa atuação.

O binômio mãe-filho e familiares eram selecionados através dos critérios pré-estabelecidos que estão descritos na metodologia. Constatamos que algumas orientações dadas na maternidade eram seguidas, mas na maioria das vezes sofriam interferências de outros familiares, principalmente das avós maternas, que modificam a prática dos cuidados com o RN e amamentação. Quando algumas práticas levavam ao desequilíbrio, procurávamos reforçar as orientações e demonstrar às puérperas e familiares o desequilíbrio causado.

Ainda nas visitas as puérperas e familiares apresentavam dúvidas e eram esclarecidas por nós. Sempre reforçávamos a importância do aleitamento materno. Felizmente, todas as puérperas visitadas continuavam amamentando, e segundo elas, pretendem amamentar durante muito tempo.

O objetivo foi alcançado pois realizamos seis visitas domiciliares ao binômio mãe-filho e seus familiares.

6.4.7. Realizar visitas a outras maternidades na cidade de Curitiba-PR, com o objetivo de conhecer a assistência prestada ao binômio mãe-filho

Este objetivo foi considerado alcançado, pois realizamos duas visitas a outras maternidades, as quais relataremos a seguir:

1ª visita.

Realizamos no dia 14 de junho de 1994, visita a Clínica e Maternidade Nossa Senhora do Rosário, situada na rua: Conselheiro Laurinho, nº 540, Curitiba-PR.

Fomos recebidas pela administradora Maria Rita, que nos acompanhou durante a visita, apresentando e descrevendo o local.

A clínica e Maternidade Nossa Senhora do Rosário é uma instituição particular que presta atendimento através do SUS e outros convênios. Totaliza um número de 60 leitos que estão divididos em apartamentos, quartos e enfermarias. Sua estrutura física contém:

Térreo: recepção, sala de espera, um consultório particular, um necrotério, duas salas de admissão com banheiro, secretaria, departamento pessoal, unidade de internação (um posto de enfermagem), quartos com dois leitos com e sem banheiro, um dos quartos é para isolamento), centro cirúrgico e obstétrico, centro de ma-

terial e esterilização, não há cruzamento de material estéril com contaminado, sendo que o material proveniente do centro cirúrgico e centro obstétrico do 1º andar é transportado através de montacarga e há duas autoclaves.

1º PISO: centro cirúrgico e obstétrico, sala de pré-parto com cinco leitos, unidade de internação (quartos com 2 a 5 leitos com e sem banheiro, 1 enfermeira com 9 leitos, 6 apartamentos e um posto de enfermagem), 1 farmácia, sala de supervisão e uma sala onde futuramente será feito o preparo do recém-nascido para alta (banho e vestuário), berçário (que contém 17 berços, 1 berço aquecido improvisado sendo, de madeira com 8 divisões e o aquecimento é feito por um aquecedor, 4 incubadoras, sendo que uma delas é bem antiga, 2 berços aquecidos para prematuros que não necessitam de incubadoras, 1 posto de enfermagem), área para recém-nascido de alto risco (4 berços aquecidos, 1 incubadora antiga, 1 sala para as puérperas amamentarem os recém-nascidos com pia, e armários com aventais e propés, e 1 carrinho de 2 pavimentos para transporte do recém-nascido).

Para atendimento externo há um corredor que funciona como recepção, há 1 sala de espera, 2 consultórios, 1 sala para ecografia. São feitos em média, de 50 a 60 atendimentos diários às gestantes. Neste local também é realizada coleta para fenilcetonúria (teste do pezinho).

Nas características físicas da unidade de internação observamos que o piso é de madeira encerada, as paredes são pintadas com tinta não lavável, o teto é de madeira. No berçário, o piso é de paviflex, as paredes e o teto são pintadas com tinta

não lavável, as instalações hidráulicas estão expostas, as torneiras são comandadas com o uso das mãos e vários visores possuem cortinas. Não foi possível fazer uma melhor avaliação do berçário, pois não pudemos entrar devido a falta de roupas. Os funcionários usavam avental e propé.

O quadro funcional é composto por 2 enfermeiros (no turno da manhã e tarde fazendo supervisão), e 2 técnicos, 5 auxiliares, e 34 atendentes de enfermagem. Há também 2 médicos obstetras por plantão, acadêmicos de medicina e 1 farmacêutico. Os exames laboratoriais são realizados fora da maternidade.

O número de nascimentos em maio de 94 foi de 509. A permanência da puérpera que realiza parto normal é geralmente de 24 horas e a cesariana é de 72 horas. O atendimento é diferenciado para convênios, particulares e SUS (90% do atendimento é SUS).

Há também demanda da região metropolitana (Piraquara, Colombo e outros). A gestante com convênio do SUS passa pela recepção, sala de exames (1 e 2) onde é feito o preparo, e depois é encaminhada para sala de pré-parto. Se esses leitos estiverem lotados, aguardam na enfermaria ou quartos até atingir 8 cm de dilatação. As gestantes com outros convênios e particulares são atendidas no consultório e aguardam no apartamento até atingirem 8 cm de dilatação.

Segundo a administradora, a maternidade adota o sistema de semi-alojamento conjunto, o recém-nascido fica a maior parte do tempo com a mãe, são levados ao berçário apenas para higiene e avaliação médica e durante a noite retornam sempre que

necessitam ser amamentados. Não há banco de leite na Maternidade, mas quando há algum problema para amamentar é solicitado leite materno do Banco de Leite do Hospital de Clínicas. Há visita de estagiárias do CIMAMA para fazer orientações às gestantes e puérperas. A maternidade tem o conhecimento sobre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, e pretendem mais tarde construir uma UTI neonatal.

2ª Visita

Foi realizado no dia 15 de junho de 1994, visita à Maternidade Nossa Senhora de Fátima, situada na Rua Visconde de Guarapuava, nº 1.520 Curitiba-PR.

Fomos recebidas pela Chefe de enfermagem Irmã Gisele, que nos acompanhou durante a visita, apresentando e descrevendo o local.

A maternidade Nossa Senhora de Fátima é uma instituição particular que presta atendimento através do SUS e outros convênios. Totalizam um número de 78 leitos que estão divididos em 7 suítes, 23 apartamentos e 48 quartos com banheiros.

Sua estrutura física contém:

Térreo: recepção, sala de espera, área administrativa, sala de exames 1 para particulares e convênios, sala de exames 2 para SUS (onde é feito o preparo), anfiteatro, lavanderia, refeitório, copa e cozinha. Na parte externa tem o ambulatório e o Raio X.

1º Piso: apartamentos, posto de enfermagem, farmácia, laboratório (não pertence a maternidade), biblioteca, sala de médicos, centro de esterilização que contém 3 autoclaves, 1 estufa, 1 processador e 1 triturador de placenta, 3 centros cirúrgicos, 3 salas de parto e capela (com missas aos sábados).

2º Piso: suítes, 2 postos de enfermagem, enfermarias, lactário, berçário (vestuário M e F, 1 posto de enfermagem, 24 berços de acrílico individuais, 6 berços com grade de ferro individuais, 3 aparelhos para fototerapia, e incubadoras, 1 sala de cuidados imediatos com berço aquecido de madeira improvisado com 8 divisões: sala para prematuros com 3 incubadoras, 5 berços aquecidos, 1 incubadora para transporte; sala de alto risco com 1 aparelho de fototerapia, 4 incubadoras, 1 berço e 1 carrinho para transporte do recém-nascido).

Observamos dentre as características físicas, nas unidades de internação que o piso é de madeira ou paviflex, as paredes são pintadas com tintas: lavável e não lavável, e o teto de tinta não lavável. No berçário o piso é de paviflex, paredes e teto pintados com tinta lavável, as instalações hidráulicas não estavam expostas e as torneiras são comandadas com o uso das mãos, com excessão das saboneteiras, sendo que também usa-se álcool glicerinado para desinfecção das mãos, vários visores possuem cortinas e os funcionários usam apenas avental.

No geral, pudemos observar que há uma boa limpeza no local e que devido a planta física ser muito antiga (27 anos) há muitas falhas.

O quadro funcional é composto por 6 enfermeiras (2 enfermeiras na administração) 16 auxiliares e 40 atendentes de enfermagem. Há também 1 farmacêutico, obstetras, pediatras e acadêmicos de medicina.

O número de nascimentos diários é em média de 13. O atendimento é diferenciado para convênios, particulares e SUS. As gestantes do SUS passam pela recepção, sala de exame 2 e é encaminhada para o quarto. As gestantes com convênios ou particular passam pela recepção, sala de exame 1 e é encaminhada para o apartamento ou suíte. É feito uma triagem dos parturientes para ir à sala de pré-parto.

Segundo Irmã Gisele, a maternidade adota o sistema de semi-alojamento conjunto, sendo que o recém-nascido é entregue às mães às 8:30 horas, e retorna ao berçário às 21:30 horas, o recém-nascido volta ao berçário mais ou menos de 3 em 3 horas para fazer sua higiene.

Segundo a Irmã Gisele, sempre que necessário são levados para serem amamentados e os pediatras contra indicam o uso de glicose aos recém-nascidos.

A Maternidade tem o conhecimento sobre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, e há Comissão de Controle de Infecção Hospitalar que é composta por 2 enfermeiras (presidente e vice), 2 pediatras e 1 obstetra.

6.5. Perfil das Atividades Desenvolvidas Durante o Estágio Prático Entre o Período de Março a Junho

Quadro VIII - Dados Referentes ao Exame Físico do Recém-Nascido

RN	Sexo	Idade gestac.	Peso	Altura	PC	PT	Observações
1	M	39 s	4.300	51 cm	38	37	descamações nas mãos
2	M	39 s	2.960	50 cm	34	37	-
3	F	42 s	3.250	48 cm	35	37	-
4	M	36 s	2.220	46 cm	31	29	pré-termo
5	F	40 s	3.300	46 cm	32	31	-
6	F	37 s	3.200	52 cm	36	35	hidrocefalia
7	F	39 s	3.200	47 cm	34	33	-
8	M	36 s	1.950	37 cm	29	26	pré-termo
9	M	38 s	2.960	46 cm	32	32	-
10	M	40 s	3.000	47 cm	33	33	-
11	F	38 s	2.600	40 cm	34	33	-
12	F	39 s	3.000	48 cm	35	37	-
13	F	36 s	3.200	49 cm	34	33	-
14	M	37 s	2.100	42 cm	30	39	-
15	F	39,5 s	3.600	48 cm	34	33	-
16	M	39,5 s	3.120	48 cm	34	33	-
17	F	40 s	3.360	48 cm	35	35	-
18	F	38 s	2.000	45 cm	32	31	-
19	M	40 s	3.600	48 cm	34	33	-
20	F	39,5 s	3.070	49 cm	34	33	-
21	M	39 s	2.930	47 cm	34	33	-
22	M	40 s	3.730	49 cm	35	34	-
23	M	40 s	4.400	52 cm	36	36	-
24	M	40 s	3.800	50 cm	36	35	-
25	F	39,5 s	3.100	48 cm	33	32	-
26	F	39,5 s	3.100	47 cm	34	33	-
27	M	39,5 s	3.200	47 cm	33	32	-
28	M	40 s	4.100	51 cm	35	33	-
29	F	39,5 s	3.250	48 cm	34	34	-
30	N	38,5 s	2.720	44 cm	34	31	mancha mongólica
31	F	39 s	2.680	45 cm	32	30	-
32	M	39,5 s	3.200	48 cm	34	32	-
33	F	39,5 d	2.450	46 cm	32	32	descamações nas mãos
34	F	39,5 d	3.750	49 cm	34	34	-
35	M	39,5 d	3.705	48 cm	35	33	-

Tabela I - Total de Atividades Diárias Realizadas na Maternidade

Cuidados diários	Total
Orientações à puérperas	102 puérperas
Histórico de enfermagem	35
Evolução de enfermagem	10
Alta de enfermagem	28
Curativo de coto	48
Cuidados mediatos	62
Total	285

Tabela II - Número de Palestras Realizadas às Puérperas na Maternidade

Palestras	Total
01	04
02	07
03	05
Total	16

Tabela III - Perfil das Palestras Realizadas à Equipe de Enfermagem na Maternidade

Palestras	Total
01	02
Total	02

Tabela IV - Perfil das Puérperas Abrangidas Neste Trabalho Quanto ao Número de Filhos

População alvo	Total	Percentual
Múltiparas	15	42,86%
Primíparas	20	57,14%
Total	35	100,00%

Tabela V - Perfil das Puérperas Abrangidas Neste Trabalho Quanto ao tipo de Parto

População alvo	Total	Percentual
Cesariana	14	40,00%
Parto normal	20	57,14%
Forcêps	1	2,86%
Total	35	100,00%

6.5.1. Contribuindo com a Instituição

Durante o desenvolvimento do estágio prático divulgamos a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, fornecendo a diretoria materiais referentes ao assunto.

Contribuímos de maneira significativa para uma boa qualidade da assistência ao binômio mãe-filho e familiares dentro das unidades de internação, fazendo principalmente orientações quanto aos cuidados no puerpério e ao RN dando ênfase ao

incentivo do aleitamento materno que acreditamos ser a principal arma para um desenvolvimento harmônico, bio-psico-social da criança.

De uma certa maneira realizamos um treinamento aos funcionários sobre puerpério e aleitamento materno através de palestras, infelizmente só pudemos abranger dois funcionários pelos motivos já citados anteriormente.

6.6. Objetivos Alcançados e Não Propostos

Durante o estágio prático além dos objetivos já propostos anteriormente, sentimos necessidade de ampliar nossos conhecimentos. Realizamos então:

- 1 - Visita ao CIMAMA (Centro de Informações às Mães que Amamentam).
- 2 - Estágio prático na sala de vacinas (especificamente a vacina ECG) na Unidade de Saúde Boqueirão 24 horas;
- 3 - Vivência sobre o "Projeto Nascer em Curitiba Vale a Vida".

Visita ao CIMAMA

No dia 14/04/94 às 13:30 horas foi realizada uma visita ao CIMAMA, localizada na rua: Comendador Araújo, 252 3ª andar - Unidade Saúde da Mulher. Fomos recebidas pela enfermeira Ana que nos falou sobre o PROAMA (Programa de Aleitamento Materno) e CIMAMA (Central de Informações das Mães para a Amamentação).

O CIMAMA é um dos sub-programas do Programa de Aleitamento Materno-PROAMA. Foi fundado por um grupo de mães, em novembro de 1991, antes mesmo da oficialização do PROAMA.

As mães fundadoras interrompem suas atividades domésticas e outros compromissos pessoais e se reúnem semanalmente para aprofundar e trocar informações, orientações e comportamentos referentes ao aleitamento materno. Elas exercem diversas atividades na luta do resgate da amamentação e se dispõem a trocar idéias sobre o assunto com outras mulheres. Nas reuniões, conversam sobre aspectos que envolvem a amamentação, esclarecendo suas dúvidas e dividem suas ansiedades. Não dão aulas, não dão consultas, nem leite. Só querem que toda mãe amamente seu filho. Formam uma espécie de corrente de apoio de mulher para mulher.

O PROAMA é um Programa de Aleitamento Materno, desenvolvido pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Secretaria de Saúde de Curitiba. O objetivo do PROAMA é implementar ações necessárias para proteger, promover e apoiar a amamentação fazendo com que as famílias tomem decisões apropriadas sobre alimentação infantil e que o Serviço de Saúde e Comunidade apoie esta iniciativa de todos os modos possíveis. A finalidade última do PROAMA é resgatar a prática da amamentação e, conseqüentemente minimizar os efeitos maléficos do desmame precoce (antes do 6º mês) na criança pequena. O PROAMA é constituído por complexos subprogramas que estão sendo efetivados progressivamente com a

participação especial das várias instituições da Sociedade Civil, científica e comunitária. O que o PROAMA faz:

- 1 - Produção e reprodução de material.
- 2 - Educação para saúde.
- 3 - Pesquisa.
- 4 - Divulgação.
- 5 - CIMAMA.

O CIMAMA é a central de informações das mães para a amamentação e, está à disposição durante 24 horas gratuitamente. As pessoas podem se comunicar através de telefone ou bip e recebem informações seguras sobre amamentação. Quando necessário são feitas visitas domiciliares.

Em todas as maternidades são distribuídos informativos sobre o CIMAMA. (Anexo 9)

Durante a visita a enfermeira Ana quis saber as orientações sobre amamentação que damos no HMNSC e quais os tipos de mamilos que mais encontrávamos no hospital. Nos mostrou os materiais educativos que são fornecidos, seio cabaia, e sua utilização e como recuperar o mamilo invertido. Forneceu material educativo "folhetos informativos sobre o CIMAMA, álbum seriado e um manual: Mama preparada e amamentação segura". Ficou à disposição para quando quiséssemos esclarecer dúvidas, e fornecimento de materiais que precisássemos. A visita foi encerrada às 15:00 horas.

Estágio Prático na Sala de Vacinas (especificamente a vacina BCG) na Unidade de Saúde Boqueirão 24hs

Durante o período que estivemos realizando estágio prático na Unidade de Saúde Boqueirão 24 horas foram feitas:

- 11 vacinas BCG em crianças de 9 à 30 dias.
- 4 vacinas BCG em crianças de 30 à 60 dias.
- 1 vacina BCG em criança de 14 meses.

Sentimo-nos muito gratificadas em poder realizar este procedimento, pois não tivemos oportunidade de estabelecer nosso aprendizado teórico na prática, durante o curso de graduação, referente a técnica de aplicação da vacina BCG.

Vivência sobre o Projeto Nascer em Curitiba Vale a Vida

O Projeto Nascer em Curitiba Vale a Vida, implantado em 29/3/93, é uma estratégia da Secretaria Municipal de Saúde para enfrentar a morbimortalidade infantil, através do acompanhamento sistemático e prioritário à todas as crianças que apresentam riscos de adoecer e morrer.

Os critérios de risco e priorização do acompanhamento à estas crianças foi estabelecido através de indicadores de saúde locais e dados da literatura. Analisando profundamente a morbimortalidade infantil, há o reconhecimento de fatores biológicos e sociais que determinam um maior risco, sendo que estes fa-

tores foram obtidos por dados locais, através das declarações de nascidos vivos, das declarações de óbitos de 1991, da SICA (Sistema de Informação) e Central de Internamentos.

As crianças de risco são identificadas através da Declaração de Nascidos Vivos, preenchida na Maternidade (ver Anexo ii).

Dessa análise resulta a caracterização do risco que obedece os seguintes critérios:

Risco biológico: - RN de baixo peso < ou = 2.500 g
(fator isolado) - idade gestacional < ou = 36 semanas
- Apgar no 5º minuto < 7
- parto fora do ambiente hospitalar

Risco social:

(fatores associados): - idade materna < 20 anos
- escolaridade: nenhuma/1º grau incompleto
- número de filhos vivos > ou = 3
- número de filhos mortos > ou = 2
- ausência do nome do pai:

A caracterização do risco social requer a associação de 2 ou mais fatores, ao contrário do risco biológico, cuja presença de um único fator representa algum risco ao recém-nascido.

Operacionalização do Projeto:

a) Na maternidade são preenchidas as Declarações de Nascimentos Vivos, em 3 vias, uma via fica com os pais e as outras 2 são enviadas para a Secretaria Municipal da Saúde.

b) É feita a análise da Declaração de Nascidos Vivos, caracterizando o risco, e são distribuídas às regionais de saúde (chegam em tempo médio de 48 horas após o nascimento).

c) Após são encaminhadas às Unidades de Saúde da área de abrangência onde o RN família residem.

d) A Unidade de Saúde faz visita domiciliar ao RN/família para esclarecimentos e orientações sobre o projeto, investiga condições de moradia, higiene, amamentação, vacinação, importância de acompanhamento pediátrico, condições de saúde, orientando sobre esses aspectos ou qualquer dúvida que surgirem durante a visita, preenchendo a ficha própria para visita domiciliar (ver Anexo 12) e inscrição do RN no Projeto. Através da inscrição a criança passará a ser acompanhada na Unidade Sanitária até 5 anos de vida.

A família que não desejar fazer acompanhamento de seu RN na Unidade de Saúde e preferir usar outros convênios será monitorada através de visita domiciliar para coleta de dados referentes a criança. A frequência da visita domiciliar às crianças monitoradas fica a critério da Unidade de Saúde, geralmente são feitos nas datas das vacinas.

Nesta 1ª visita domiciliar já é marcada a data da 1ª consulta, através de cartão próprio (ver anexo 13).

Algumas Unidades de Saúde (U.S.) enviam aerogramas às famílias dos RNs, classificados como risco, com o objetivo de incentivar a procura precoce aos serviços de saúde, auxiliando assim o trabalho de captação.

Sempre que a Unidade Sanitária sentir necessidade serão feitas outras visitas domiciliares, como por exemplo se a criança faltar ao aprazamento das vacinas e nas consultas agendadas.

Observação: Também é feita inscrição através de encaminhamento pediátrico a partir de triagem efetuada nas consultas diárias da U.S. e baseadas nos critérios de risco. (Idade de 0 a 5 anos).

e) Após inscrição da criança no Projeto serão realizadas consultas de enfermagem e médicas, através de critérios para retorno:

- . mensalmente até 1 ano de vida passará por consulta de enfermagem e no 1ª, 3ª, 6ª, 9ª e 12ª mês de vida por consulta médica.
- . do 12º mês até 24º mês de vida, a cada 3 meses passará por consulta de enfermagem e a cada 6 meses por consulta médica.
- . do 24º mês até 5 anos, passará por consulta de enfermagem a cada 4 meses e por consulta médica a cada 6 meses.

Observação: Sempre que a criança necessitar, independente deste esquema, terá acesso à consulta médica.

Roteiro para consulta de enfermagem

- 1 - Preencher ficha clínica, conforme dados solicitados na mesma. (ver Anexo 14).
- 2 - Verificar peso, perímetro cefálico, altura e temperatura. Anotar na ficha clínica e no gráfico de controle de crescimento. (ver Anexo 15). Anotar idade em anos.
- 3 - Avaliar DNPM (Desenvolvimento neuro psico-motor) e anotar no gráfico de controle do desenvolvimento. (ver Anexo 16).
- 4 - Investigar: - Fenilcetonúria: - condições e hábitos de vida: tipo de moradia, nº de cômodos (banheiro interno ou externo), número de pessoas que residem, água encanada ou de poço, luz elétrica, destino do lixo, animais domésticos e profissão dos pais; - queixa principal; - história da moléstia atual: quando e como começou; como a doença evoluiu e intercorrências; - tratamento anterior: - medicamentos: nome, dose, número de vezes ao dia, tempo de utilização, chás, emplastos e outros; - Hábitos alimentares: - aleitamento materno exclusivo, intervalo entre as mamadas, aceitação, mamadeira, tipo de leite, volume, diluição, acréscimo, preparo e aceitação; - introdução de novos alimentos e números de refeições; - História fisiológica: - fezes: número de evacuações/dia e aspecto; - urina: aspecto, cor, frequência, cheiro; - sono: quantas horas/dia; - higiene: pele e cabelos.
- 5 - Fazer orientações conforme os problemas encontrados, sempre incentivando o aleitamento materno, vacinação, acompanhamento pediátrico. Anotá-los na ficha clínica.

f) Registro e acompanhamento dos RNs/risco. O atendimento planejado terá uma pasta onde constará a listagem das crianças divididos em grupos, conforme o mês de nascimento. (ver Anexo 17).

g) Critérios para alta;

- 1 - Crianças que até os 12 meses apresentam desenvolvimento pondero-estatural normal.
- 2 - Crianças transferidas para outra Unidade de Saúde devido a mudança de residência.
- 3 - óbito

Realizamos 1 consulta de enfermagem do "Projeto Nascer em Curitiba Vale a Vida" na Unidade de Saúde Boqueirão 24 horas.

Achamos ser de suma importância vicenciar o Projeto Nascer em Curitiba Vale a Vida, avaliando e conhecendo o modo de atuação na atenção primária de saúde, pois é uma prática muito importante na prevenção de muitas intercorrências futuras que podem ser evitadas, atuando assim na diminuição do índice de morbimortalidade infantil.

7. RECOMENDAÇÕES

7.1. Para a Instituição

Contratar uma enfermeira para a Unidade de internação, UTI, Obstetrícia e Unidade Neonatológica, e não somente uma enfermeira supervisionando todos os setores, pois desta maneira não é efetiva a qualidade da assistência.

Qualificar seus funcionários, permitindo e facilitando acesso a treinamentos, aperfeiçoamentos e oportunizando aquisição de novos conhecimentos.

Contratar mais funcionários qualificados, condizentes com o número de leitos e demanda de serviço.

Permitir afixar cartazes nas paredes pois esta é uma maneira de divulgar orientações de saúde ao público, atuando de maneira indireta na atenção primária, secundária e até mesmo terciária de saúde.

Estimular que os funcionários façam orientações às puérperas sobre cuidados gerais com o recém-nascido, principalmente no que diz respeito a amamentação, cuidado com as mamas (técnica correta para amamentação e extração do leite, principalmente estimular a puérpera para amamentar).

Propiciar realmente livre demanda para amamentação, deixando o recém-nascido o maior tempo possível com a mãe, observando a rotina atualmente seguidas pelos funcionários do berçário.

Proibir que as copeiras ou outros profissionais administrem leite artificial ou outros líquidos aos recém-nascidos amamentados ao seio sem prescrição médica, que tenha justificativa clínica aceitável.

A necessidade de implantar um banco de leite, ou entrar em contato com o Hospital de Clínicas pois fornecem leite materno pasteurizado.

Orientar para que os funcionários da Unidade de internação neonatológica não carreguem os recém-nascidos juntos, devido à infecção cruzada.

Orientar para que os funcionários da Unidade de internação neonatológica fiquem atentos quanto as mães que amamentam recém-nascidos de outras puérperas devido a transmissão do HIV.

Elaborar normas e rotinas escritas para todos os procedimentos dentro da maternidade.

Melhorar a higienização e limpeza dos banheiros das enfermarias.

Enquanto o recém-nascido estiver em berço aquecido, controlar a temperatura do mesmo com termômetro para não deixá-lo muito tempo neste berço sem necessidade.

Orientar para que os funcionários façam a lavagem da cabeça do recém-nascido com mais rigor, pois alguns recém-nascidos tinham coágulos de sangue na cabeça.

A necessidade de seguir os dez passos para o sucesso do aleitamento materno.

Aumentar o horário de visitas pois o tempo deve ser maior, e o pai ter livre acesso à visita.

A necessidade de implantar uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

7.2. Para Enfermagem

Conscientizar-se que o aleitamento materno é o alimento mais importante para a criança em todos os aspectos já citados neste trabalho e desta forma atuar efetivamente, incentivando-o.

Quando entregar o recém-nascido à mãe pela primeira vez na Unidade de Internação, encorajá-la a amamentar, ensinando a técnica correta (posição e pega) e sua importância.

No decorrer da internação, sempre reforçar a importância e técnica correta de amamentar, da extração manual do leite, cuidados com as mamas e como evitar engurgitamento mamário, fissuras e mastite puerperal.

Desencorajar o uso de chucas com leite artificial ou outros líquidos e chupetas.

Sempre que o recém-nascido for separado da mãe para ser internado para cuidados especiais, ajudá-la a manter a lactação.

Orientar as puérperas sobre seu auto-cuidado e cuidados com o recém-nascido.

Prestar assistência de enfermagem adequadamente no puerpério imediato e mediato principalmente: controle dos sinais vitais, lóquios, eliminações, involução uterina, deambulação precoce, higiene e controle de lactação.

Não carregar os recém-nascidos juntos devido a infecção cruzada.

Evitar que as mães amamentem os recém-nascidos de outras mães devido a contaminação do HIV.

Estar abertos para novos conhecimentos e sempre enriquecê-los para atuar como profissional de saúde da melhor maneira possível.

Observar condições de higiene do ambiente, puérpera e recém-nascido, tomando providências sempre que necessário.

Aceitar o trabalho de estagiários, pois todos os profissionais de enfermagem de hoje foram os estagiários de ontem, e lembrar sempre que quando foram estagiários também queriam respeito e necessitavam de espaço para aprender.

7.3. Para as Instituições de Ensino de Curitiba/PR

Incluir nos currículos dos cursos que estão envolvidos com a área da saúde, os seguintes assuntos:

- . Importância da prática do aleitamento materno (aspecto relacionados com a amamentação)
- . A iniciativa Hospital Amigo da Criança (os dez passos para o sucesso do aleitamento materno).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1. Facilidades Encontradas

Auxílio de algumas pessoas para efetivação do estágio prático (quem indicou a instituição e a diretoria do Hospital e Maternidade Nossa do Carmo por sua aceitação).

O interesse das pessoas envolvidas com a VIII fase curricular que nos propiciou a realização do estágio fora do Estado de Santa Catarina, principalmente da coordenadora da fase e nossa supervisora.

A oportunidade dada pela autoridade sanitária local e enfermeiros da Unidade de Saúde Boqueirão 24 horas, para que Luciane Mara dos Santos, pudesse realizar seus estudos em Florianópolis-SC, através de horário especial.

Fornecimento de materiais educativos pelo CIMAMA e atenção da enfermeira Ana em esclarecer seu trabalho.

Fornecimento de materiais, educativos pela UNICEF, OMS, IBFAN, (Internaciona Baby Food ACTION Network), PNIAM.

Aceitação de duas maternidades para realização de visitas, sendo que uma delas permitiu que fotografássemos.

Disponibilidade de algumas pessoas em ajudar na realização de nossas atividades (já citados nos agradecimentos).

O interesse de nossa supervisora em concretizar nosso trabalho da melhor maneira possível.

O bom relacionamento com a supervisora, orientadora e as acadêmicas, proporcionando um trabalho dinâmico e bem sucedido.

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

O estágio prático que através do contato com o binômio mãe-filho e familiares proporcionou o alcance de nossos objetivos.

A utilização do instrumento (roteiro para o histórico de enfermagem) nos permitiu ter uma visão mais ampla das necessidades humanas básicas do binômio mãe-filho e seus familiares.

8.2. Dificuldades Encontradas

Não aceitação das instituições de Curitiba-PR, para realização de estágio prático.

Falta de recursos materiais para reprodução de manuais e apostilas elaborados pelas acadêmicas.

Não aceitação de alguns funcionários da instituição, que dificultaram a realização do estágio (retirada de nosso cronograma do mural, porta do posto de enfermagem trancada, acesso a prontuários, comentários irônicos sobre enfermeiras e críticas sobre alguns procedimentos).

Falta de oportunidade para realização da palestra aos funcionários, pois o número de funcionários é pequeno para o número de leitos e a demanda de serviços, sendo assim não havia disponibilidade para realização das palestras.

Falta de local adequado par realizar palestras às mães.

Poucos encontros com a orientadora, sendo rápidos, pois era a única enfermeira da instituição e atualmente a mesma não tem mais vínculos com a instituição, sendo que não nos avisou que estava se ausentando, nos deixando sem contato.

Pouco tempo para a realização do projeto e relatório para conclusão do curso de graduação em enfermagem.

Falta de melhores esclarecimentos prévios, sobre a VI-II Fase curricular no decorrer do curso de graduação em enfermagem.

Dificuldades para realização de visitas à outras maternidades de Curitiba-PR, onde algumas instituições não aceitaram a visita, devido a problemas burocráticos.

Não aceitação de fotografar uma instituição que visitamos.

Dificuldades para encontrar as residências, nas visitas domiciliares pelo pouco conhecimento do local e modo de acesso.

Enviar materiais para serem corrigidos pela supervisora, devido a não disponibilidade de tempo e a distância.

Não permissão da instituição em afixar cartazes sobre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, diminuindo nossa divulgação.

Estabelecer diálogo com as puérperas, pois as mesmas eram pouco comunicativas.

Normas da VIII Fase curricular para elaboração do trabalho e correção dos trabalhos por professores convidados através da disciplina Enfermagem no Contexto Social IV, que não coincidem; dificultando o entendimento do aluno.

9. CONCLUSÃO

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

Concluimos que as mães primíparas necessitam de maior apoio e mais ênfase nas orientações, pois são muito inseguras devido a falta de experiências, mas as mães múltiparas apesar de expressarem maior segurança necessitam adequar seus conhecimentos, pois geralmente sua prática leva ao desequilíbrio da assistência, precisando-se adequá-la ou reformulá-la para alcançarmos o equilíbrio.

É necessário fazer com que ambas assimilem corretamente as orientações e tomem consciência na mudança de comportamento. Sempre abrangemos a família, pois acreditamos que é através dela que a puérpera busca um ponto de referência para atuar como mãe, principalmente seguindo as crenças e valores das avós maternas que desempenham importante papel para nortear a assistência ao binômio mãe-filho. O pai também deve ser atuante estando presente e participante, pois o novo ente é fruto da concepção do casal, muitas vezes, não planejada. Mas apesar da gravidez

não planejada, grande parte demonstra alegria com a presença do recém-nascido.

O enfermeiro deve identificar as necessidades humanas básicas afetadas do binômio mãe-filho e família, buscando a melhor maneira possível para satisfazê-las. O Referencial teórico seguido foi importante para auxiliar na identificação e resolução dos problemas resultando no bom desenvolvimento do estágio prático.

Sentimo-nos gratificadas em poder prestar uma assistência de boa qualidade ao binômio mãe-filho e familiares, contribuindo significativamente ao incentivo do aleitamento materno que foi o assunto mais relevante em nosso trabalho.

Acreditamos ter atuado na prevenção de muitos desequilíbrios futuros.

Durante nossa prática nos deparamos com vários entraves de ordem pessoal, material e burocrático, já referenciados no relatório, que dificultaram nossa atuação, mas apesar disso, lutamos para o alcance dos objetivos propostos tentando relevar os problemas e dinamizar nossa atuação nesta etapa do curso, que consideramos de suma importância para o nosso futuro profissional.

BIBLIOGRAFIA

1. AVERY, Gordon B. Neonatologia. Rio de Janeiro: Médica e Científica. 1987. 421 p.
2. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE CURILIBA Ano VI, nº 2. Março/Abril 94.
3. BRASIL. Ministério da Saúde INS/PNI. Capacitação pedagógica do monitor do treinamento de pessoal da sala de vacinação. Manual do monitor. Brasília. D.F. 1991. 119 p.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN. Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno. - PNIAM Brasília. D.F. 1991. julho. 40p.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde-SAS. Normas básicas para alojamento conjunto. Brasília. D.F. 1993. novembro. 16p.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e rotinas para o incentivo do aleitamento materno. Brasília. D.F. 1993. agosto. 10p.

7. BRASIL, Ministério da Saúde-SAS. Questionário de auto-avaliação de hospitais. 1993. maio. 15 p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Normas básicas para o alojamento conjunto. Brasília. D.F. 1993. setembro. 11 p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. SNPES/DINSAMI Programa de assistência integral à saúde da criança - aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame. 1986. Novembro. 3 ed. 22 p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Brasileira para Comercialização Alimentos para Lactentes. 2ª ed. Brasília. D.F. 1993. 20p
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e manuais técnicos. Manual de normas para o controle da tuberculose. 3 ed. Brasília. 1988. 36 p.
12. CAMPESTRINI, Selma. Mamas preparadas e amamentação segura. PROAMA-PUC/SMS. Champagnat. Curitiba-PR, 1993. 44 P.
13. CARE CONSTRUCTIS. Trabalho apresentado no I Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem. Anais. Florianópolis. UFSC. 1985. 383 p.

14. CARVALHO, Denise Siqueira e col. Eroieto nascer em Curitiba vale a vida. Curitiba. 1993. 18 p.
15. FRAGA, C.F., MIURA, E. Neonatologia. Princípio e práticas. Porto Alegre. Artes médicas. 1991. 380 p.
16. GEORGE, Júlia B. Teorias de enfermagem. Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre. Artes Médicas.
17. HORTA, Wanda de Aguiar. Teoria das necessidades humanas básicas. Enfermagem novas dimensões. vol. 5, nº 3. 1979. Maio/dezembro. 170 p.
18. KORMANN, Edilene C.P. O recém-nascido, puérpera e família, com sua assistência centrada nas necessidades humanas básicas e incentivo ao aleitamento materno. Florianópolis. 1993. 129 p.
19. MARLOW, D. Enfermaria pediátrica. 4. ed. México. Interamericana, 1973. 828 p.
20. MARCONDES, Eduardo. Pediatria básica. 8 ed. São Paulo. Sauvier. 1992. vol. 1, 599 p.
21. NOGUEIRA, Maria J.C., SERPA DA FONSECA, R.M.G. A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família. São Paulo. USP. Revista de Enfermagem. 1970 50p.

22. OLIVEIRA, Ana L.F. de; LOCKS, Maria P.R. Cuidando do recém nascido, puérpera e família na maternidade e no domicílio baseado num marco referencial. Projeto assistencial da VIII fase curricular UFSC. Florianópolis. 1992, 122p.
- X23. PIZZATO, Marina ; POIAN, Vera R.L. da. Enfermagem neonatológica, 2. ed. Porto Alegre. Luzzato. 1985. 162p.
24. PROCIANOY, Renato S. Caderno de terapêutica em pediatria Neonatologia. 2 ed. Rio de Janeiro. Cultura Médica. 1991. 141p.
25. REEDER, Sharon R. e col. Enfermagem materno infantil. Organización Panamericana de la salud. 1978. 668p.
- X26. SANTOS, Evanguelia K.A. Aleitamento materno. in: SCHIMITZ, Edilza M. A enfermagem em pediatria e puericultura. Atheneu. Rio de Janeiro. 1989. 477 p.
- X27. SANTOS, Evanguelia K.A. Puerpério Normal - UFSC - Curso de Graduação em Enfermagem, VII fase, 1993.
28. SOUZA, R.G. et all. O trabalhador feminino e a estrutura familiar. Revista brasileira de estatística. 1980. outubro/desembro. vol. 41.nº 164. 618p.

29. SMS/CURITIBA. Avaliação dos 11 meses do projeto nascer em Curitiba vale a vida, 1994. abril 16p.
30. WHALEY, L. Wong D. Enfermagem pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efetiva. 2 ed. Rio de Janeiro. Guanabara. 1989. 910p.
31. UNICEF/OMS. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Folder. 1993. outubro.
32. UNICEF. Boletim da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília. D.F. 1993. setembro. 4p.
33. UNIDADE DE SAÚDE BOQUEIRÃO 24 HORAS. Pasta de normas e rotinas. Curitiba PR.

ANEXOS



Todas as Unidades de Saúde com serviço de maternidade e de assistência ao recém-nascido devem seguir os

Dez passos para o aleitamento materno bem-sucedido

- 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 as 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.



Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN
Coordenação de Saúde Materno-Infância
Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno



NORMA BRASILEIRA PARA COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS PARA LACTENTES

RESOLUÇÃO 31/92 DO CNS

Do Objetivo

Artigo 1º – O objetivo desta Norma é contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e para defendê-los dos riscos associados à não amamentação ou ao desmame precoce, protegendo e incentivando a amamentação, mediante a regulamentação da promoção comercial e uso apropriado dos alimentos que são colocados à venda como substitutos ou complementos do leite materno.

Da Abrangência

Artigo 2º – Esta Norma aplica-se à comercialização e às práticas a ela relacionadas, à qualidade e informações de uso, dos seguintes produtos, fabricados no País ou Importados:

I – Leites infantis modificados;

II – Leite em pó; leite pasteurizado e leite esterilizado;

III – Alimentos complementares e bebidas à base de leite ou não, quando comercializados ou de outra forma apresentados como apropriados para utilização como um substituto parcial ou total do leite materno; e

IV – Mamadeiras, bicos chupetas e copos fechados com canudinhos ou bicos, comercializados ou indicados para o uso de crianças como recipientes para produtos líquidos relacionados nos incisos I, II e III deste artigo.

Das Definições

Artigo 3º – Para as finalidades desta Norma considera-se:

I – “ALIMENTO SUBSTITUTO DO LEITE MATERNO”: Qualquer alimento comercializado ou de alguma forma apresentado como um substituto parcial ou total do leite materno.

II – “ALIMENTO COMPLEMENTAR”: Qualquer alimento industrializado para uso direto ou empregado em preparado caseiro, utilizado como um complemento do leite materno ou de leites infantis modificados, quando qualquer um deles se tornar insuficiente para satisfazer às exigências nutricionais dos lactentes. Tal alimento é também denominado “alimento do desmame”.

III – “AMOSTRA”: Unidade ou pequena quantidade de um produto fornecido gratuitamente.

IV – “DOAÇÃO”: Fornecimento gratuito de um produto em quantidade superior a caracterizada como amostra.

V – “FABRICANTE”: Empresa ou entidade privada ou estatal envolvida na fabricação ou na cadeia de comercialização de um produto dentro da abrangência desta Norma, quer diretamente ou, por intermédio de agente ou entidade por ela controlada ou contratada.

VI – “LACTENTE”: Criança até 1 ano de idade (de zero a 11 meses e 29 dias).

VII – “LEITE INFANTIL MODIFICADO”: Alimento preparado industrialmente de acordo com os padrões do Codex Alimentarius - FAO/OMS - 1982, para satisfazer as exigências nutricionais dos lactentes e adaptado às características fisiológicas e da faixa etária à qual se destina.

VIII – “PESSOAL DE COMERCIALIZAÇÃO”: Qualquer profissional (vendedor, promotor, demonstrador ou representante de vendas) remunerado direta ou indiretamente pelos fabricantes dos produtos abrangidos por esta Norma.

IX – “PROFISSIONAL DE SAÚDE”: Recursos Humanos de nível superior da Área de Saúde.

X – “PESSOAL DE SAÚDE”: Agentes e trabalhadores sem graduação universitária, que atuam no sistema de saúde, como técnicos e auxiliares de enfermagem, atendentes e outros, incluindo voluntários.

XI – “PROMOÇÃO COMERCIAL”: Quaisquer formas de induzir vendas através de divulgação por meios escritos, auditivos ou visuais, contato direto ou indireto com profissionais de saúde, pessoal de saúde, estudantes da área de saúde, mães, gestantes e seus familiares e com o público em geral; distribuição de amostras, de brindes, de presentes; doações ou vendas a preços especiais e por outras formas não relacionadas.

XII – “RÓTULO”: Qualquer identificação impressa ou litografada, bem como os dizeres pintados ou gravados a fogo, por pressão ou decalcação, aplicados sobre o recipiente, vasilhame, invólucro, cartucho ou qualquer outro tipo de embalagem dos produtos abrangidos por esta Norma.

XIII – “SISTEMA DE SAÚDE”: Complexo de órgãos e entidades do setor público e do setor privado, prestadores de serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde da população, inclusive reabilitação.

Da Promoção Comercial

Artigo 4º – É vedada a promoção comercial dos produtos a que se refere o Artigo 2º inciso I e IV, incluindo estratégias promocionais para induzir vendas ao consumidor no varejo, tais como exposições especiais, cupons de descontos, prêmios, bonificações, vendas com descontos ou preço abaixo do custo, vendas vinculadas a produtos não cobertos por esta Norma, embalagens ou apresentações especiais.

Parágrafo Único – Este dispositivo não deve restringir políticas e práticas de preços visando a venda de produtos a preços mais baixos.

Artigo 5º – A promoção comercial de alimentos infantis que possam ser utilizados como alimentos complementares a que se refere o Artigo 2º inciso II e III deverá incluir, em caráter obrigatório e com destaque uma advertência visual e/ou auditiva, de acordo com o meio de divulgação, de que não devem ser utilizados na alimentação do lactente nos seis primeiros meses de vida, salvo sob orientação de médico ou nutricionista.

Da Qualidade

Artigo 6º – Os alimentos para lactentes devem atender aos padrões de qualidade e as especificações do “Codex Alimentarius FAO/OMS”, cumprida a legislação nacional específica.

Artigo 7º – As mamadeiras, bicos e chupetas não podem conter mais de dez partes por bilhão de nitrosaminas e devem atender aos padrões de qualidade, de acordo com a legislação nacional específica.

Da Rotulagem

Artigo 8º – É vedada nas embalagens e/ou rótulos, a utilização de ilustrações, fotos ou imagens de bebê ou outras formas que possam sugerir a utilização do produto como sendo o ideal para a alimentação do lactente, bem como a utilização de frases do tipo “quando não for possível” ou similares que possam por em dúvida a capacidade das mães de amamentarem seus filhos.

Artigo 9º – Os rótulos dos leites infantis modificados devem exibir em lugar de destaque, de forma legível e de fácil visualização, além de atender os dispositivos previstos no Capítulo III do Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969 e na Resolução nº 10, de 31 de julho de 1984 da Comissão Interministerial de Indústria, Saúde e Agricultura - CISA, além das seguintes mensagens:

I – “O ALEITAMENTO MATERNO EVITA INFECÇÕES E ALERGIAS E FORTALECE O VÍNCULO MÃE-FILHO”.

II – “ESTE PRODUTO SÓ DEVE SER UTILIZADO PARA LACTENTES QUANDO ORIENTADO POR MÉDICO OU NUTRICIONISTA”.

Parágrafo Primeiro – Devem constar Instruções para a correta preparação do produto, incluindo medidas de higiene a serem observadas e a dosagem para a diluição, quando for o caso.

Parágrafo Segundo – Fica vedada a utilização de frases como “leite humanizado”, “leite maternizado”, “substituto do leite materno” ou similares, com o intuito de sugerir forte semelhança do produto com o leite materno.

Artigo 10 – Os rótulos dos produtos compreendidos no inciso II, do Artigo 2º, devem conter as seguintes mensagens:

I – Leites desnatados (em pó, pasteurizado e esterilizado).

“ESTE PRODUTO NÃO DEVE SER USADO COMO FONTE DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE”.

II – Leites semi-desnatados e padronizados (leite tipo “C” e “reconstituído” - 3,2% de gordura, leite em pó e leite esterilizado).

“ESTE PRODUTO NÃO DEVE SER USADO COMO ÚNICA FONTE DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE”.

III – Leites integrais (leites tipo “A” e “B”, em pó esterilizado).

“ESTE PRODUTO NÃO DEVE SER USADO, COMO ÚNICA FONTE DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE, SALVO SOB ORIENTAÇÃO DE MÉDICO OU NUTRICIONISTA”.

Parágrafo Único – O leite condensado e os leites aromatizados, não sendo indicados para alimentação de lactentes, estão isentos do cumprimento deste

Artigo.

Artigo 11 – Os rótulos dos alimentos complementares, além de atenderem à legislação específica, devem conter a seguinte mensagem:

I – “O ALEITAMENTO MATERNO DEVE SER MANTIDO APÓS A INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS NA DIETA DA CRIANÇA, ATÉ COMPLETAR DOIS ANOS DE IDADE OU MAIS”.

II – “ESTE PRODUTO NÃO DEVE SER UTILIZADO NA ALIMENTAÇÃO DOS LACTENTES NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA SALVO SOB ORIENTAÇÃO DO MÉDICO OU NUTRICIONISTA”.

Artigo 12 – Os rótulos dos alimentos elaborados para atender às necessidades fisiológicas especiais de lactentes devem conter informações sobre as características específicas do alimento, mas sem indicar condições de saúde ou doença para as quais o produto possa ser utilizado. Aplica-se a estes alimentos o disposto no Art. 9º.

Artigo 13 – É obrigatório o uso de embalagens e/ou rótulos em mamadeiras, bicos e chupetas.

Parágrafo Primeiro – Os rótulos destes produtos, além de atenderem a legislação específica, devem conter a seguinte mensagem:

“A CRIANÇA AMAMENTADA AO SEIO NÃO NECESSITA DE MAMADEIRA E DE BICO”.

Parágrafo Segundo – Fica vedada a utilização de frases ou expressões que possam sugerir semelhança destes produtos com a mama e o mamilo.

Artigo 14 – Os rótulos de amostras dos produtos abrangidos por esta Norma devem conter os seguintes dizeres: “AMOSTRA GRÁTIS PARA AVALIAÇÃO PROFISSIONAL”.

Da Educação e Informação ao Público

Artigo 15 – Compete aos órgãos públicos de saúde e de educação a responsabilidade de zelar para que as informações sobre alimentação infantil transmitidas às famílias, aos profissionais e pessoal de saúde e ao público em geral, sejam coerentes e objetivas. Esta responsabilidade se estende tanto a produção, obtenção, distribuição e ao controle das informações, como a formação e capacitação de recursos humanos.

Artigo 16 – Todo material educativo, qualquer que seja a sua forma, que trate de alimentação de lactentes, deve se ater aos dispositivos desta Norma e incluir informações claras sobre os seguintes pontos:

I – Os benefícios e a superioridade da amamentação;

II – Orientação sobre alimentação adequada da gestante e da nutriz, com ênfase ao preparo para o início e a manutenção do aleitamento materno até 2 anos de idade ou mais;

III – Os efeitos negativos do uso da mamadeira, do bico e chupetas sobre o aleitamento natural, particularmente no que se refere às dificuldades para o retorno da amamentação.

IV – As implicações econômicas decorrentes da opção pelos alimentos substitutos do leite materno, além dos prejuízos causados a saúde do lactente pelo uso desnecessário ou inadequado de tais alimentos.

Parágrafo Único – Os materiais educativos não poderão conter imagens ou textos, mesmo de profissionais ou autoridades de saúde, que possam estimular ou induzir o uso de alimentos para substituir o leite materno.

Dos Fabricantes e do Pessoal de Comercialização

Artigo 17 – Os fabricantes só poderão fornecer amostras dos produtos abrangidos por esta Norma a médicos e nutricionistas, quando do lançamento do produto e também a outros profissionais de saúde, para pesquisa, mediante pedido formal do profissional ou da instituição a que estiver vinculado e atendendo ao Artigo 14 desta Norma e aos dispositivos da Resolução nº 01/88 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as “Normas de Pesquisa em Saúde”.

Artigo 18 – Os fabricantes e distribuidores dos produtos de que trata esta Norma só poderão conceder estímulos financeiros e/ou materiais às entidades científicas ou associativas de médicos e de nutricionistas, que sejam reconhecidas nacionalmente, ficando, portanto, vedadas todas e quaisquer formas de concessão de estímulos a pessoas físicas.

Parágrafo Único – As entidades contempladas com estímulos, terão a responsabilidade de zelar para que as empresas não façam promoção comercial desses produtos nos eventos por elas patrocinados, autorizando somente a distribuição de material científico, conforme as disposições desta Norma.

Artigo 19 – Ficam proibidas as doações ou vendas a preços reduzidos dos produtos abrangidos por esta Norma, às maternidades e outros instituições que prestam assistência a crianças, quer para uso da própria instituição, quer para distribuição a clientela externa.

Parágrafo Único – A proibição de que trata este Artigo não se aplica às doações ou venda a preços reduzidos em situação de excepcional necessidade individual ou coletiva, a critério da autoridade sanitária, sendo permitida a impressão do nome e do logotipo do doador, mas vedada qualquer propaganda dos produtos.

Artigo 20 – Não é permitida a atuação do pessoal de comercialização nas unidades de saúde, exceto para contatos com médicos e nutricionistas, devendo neste caso restringir-se aos aspectos científicos, incluindo as informações específicas do Artigo 17.

Parágrafo Único – O fabricante deve informar, a todo o seu pessoal de comercialização sobre esta Norma e suas responsabilidades no seu cumprimento.

Do Sistema de Saúde e das Instituições de Ensino

Art. 21 – Compete aos órgãos do Sistema Único de Saúde, sob a orientação nacional do Ministério da Saúde, a divulgação, aplicação e vigilância do cumprimento desta Norma.

Parágrafo Único – O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e órgãos equivalentes a nível municipal, sempre que necessário, acionarão outras entidades governamentais para melhor cumprimento do disposto nesta Norma.

Artigo 22 – As instituições de ensino e pesquisa, bem como as unidades prestadoras de serviços de saúde de qualquer natureza, não podem ser usadas com a finalidade de promover os produtos objeto desta Norma.

Artigo 23 – As instituições responsáveis pela formação e capacitação de profissionais e pessoal da área de saúde devem incluir a divulgação e estratégias de cumprimento desta Norma, como parte do conteúdo programático das disciplinas que abordem a alimentação infantil.

Dos Profissionais e do Pessoal de Saúde

Artigo 24 – Compete de forma prioritária aos profissionais e ao pessoal de saúde em geral estimular a prática do aleitamento materno.

Parágrafo Único – Os recursos humanos referidos no “caput” deste Artigo, em particular os vinculados ao Setor Público e às Instituições conveniadas com o mesmo, deverão familiarizar-se com esta Norma, com vistas a contribuir para a sua difusão, aplicação e fiscalização.

Artigo 25 – A alimentação com o uso de leites infantis modificados deve ser prescrita por médico ou nutricionista, podendo ser demonstrada ou orientada por outro profissional ou pessoal de saúde, devidamente capacitado.

Artigo 26 – Fica vedado aos profissionais e ao pessoal de saúde distribuir amostras de produtos referidos nesta Norma a gestantes, nutrizes ou seus familiares.

Da Implementação

Artigo 27 – Fabricantes, organizações governamentais e não governamentais e, em particular, as de defesa do consumidor, instituições privadas de prestação de serviços de saúde ou de assistência social, bem como entidades comunitárias e associações que congreguem profissionais ou pessoal de saúde serão estimulados a colaborar com o sistema público de saúde para o cumprimento desta Norma.

Artigo 28 – As instituições responsáveis pelo ensino de 1º e 2º graus deverão promover a divulgação desta Norma.

Artigo 29 – As penalidades pelo não cumprimento desta Norma serão aplicadas de forma progressiva de acordo com a gravidade e frequência da infração. Aplicam-se aos infratores as sanções previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Artigo 30 – Visando o cumprimento desta Norma, de forma a assegurar a defesa e proteção da saúde da criança, aplica-se, no que couber, as demais disposições estabelecidas no Decreto-lei nº 986, de 21 de outubro de 1969.

Artigo 31 – Dada a conveniência de respaldo mais abrangente, para o fiel cumprimento, e assim, assegurar a sua eficácia, aplica-se ainda, no que couber, as disposições preconizadas no Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, em vigor a partir de 11 de março de 1991.

12 de Outubro de 1992

JAMIL HADDAD
Presidente do Conselho Nacional de Saúde
Ministro de Estado da Saúde

ROTEIRO PARA O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM.

1) Identificação:

- 1.1-Recém-Nascido...Nome.....
 -Número do Quarto.....Número do Registro.....
 -Idade da mãe.....Data...../...../.....Hora:.....T.Parto:.....

1.2-Dados básicos da família:

Nome	Parent.	Cor	Sexo	Idade	E.Civil	Escol.	Ocupação

1.3-Dados Comuns:

- Endereço.....
 -Religião.....Origem étnica.....
 -Genograma:

2)- Antecedentes Pessoais da Puérpera:

- 2.1- Doenças na família.....
 2.2- Doenças anteriores.....
 2.3- Antecedentes obstétricos e ginecológicos:
 - Nº de gestações.....Abortos.....Nasc.Vivos.....
 - Ocorrências no período neonatal.....
 - Amamentação.....
 2.4- Gestação atual:
 - DUM.....Duração da gestação.....Intercorrências.....
Pré-Natal:Sim() Não() Local:.....
 Nº de consultas.....Exames realizados.....
 -Condições do RN ao nascimento.....

3)- Problemas relacionados com as NHB referidas e observadas:

- Puérpera
 -Necessidades Psicobiológicas

1. Oxigenação:Tipo.....Frequência.....
 2. Regulação térmica e vascular: F. Cardíaca.....P.A.....T.....
 3. Eliminações: Urinária.....
 Intestinal.....
 Lóquios.....
 Vômitos.....

4. Integridade física e cutâneo mucosa:

4.1. Torax:

- 4.1.1. Mama:- Tamanho.....
- Simetria.....
- Turgidez.....

- 4.1.2. Mamilos: - Tipo.....
- Integridade.....
- Excreção láctea.....

- 4.2. Abdome: - Involução interina.....
- Incisão.....

- 4.3. Genitais externos: - Episiotomia.....
- Edema
- Equimose.....
- Lacerações.....

- 4.4. M.M.I.I. : Edemavarizes.....

- 4.5. Aspecto Geral: - Aparência.....
- Condições de higiene.....

5. Necessidades psicossociais e espirituais:

5.1. Percepções, experiências e conhecimentos, incluindo crenças e valores:

5.2. Específicas do RN:

- 5.2.1. Cuidado com o coto.....
- 5.2.2. Higiene.....
- 5.2.3. Vestuário.....
- 5.2.4. Alimentação.....
- 5.2.5. Dúvidas.....

5.3. Específicos do puerpério:

- 5.3.1. Cuidados com a mama
- 5.3.2. Higiene.....
- 5.3.3. Alimentação.....
- 5.3.4. Anticoncepção.....
- 5.3.5. Dúvidas.....

5.4. Aceitação/auto-realização/auto-estima:

- A gravidez foi planejada.....
- Como se sentem com a chegada do RN ?
- Observar relação:
 - . Mãe/RN.....
 - . Pai/RN.....
 - . Pai/Mãe.....
 - . Avós, Irmãos/RN.....

5.5. Gregária

- Como a família irá se ajudar nesta fase ?
- Quem ajudará a mãe no cuidado do RN ?
- Quem ajudará nos demais afazeres ?
- Histórias de estações semelhantes

Recém-nascido

. Necessidades psicobiológicas

1. Aspecto Geral:

- Apgar.....Coloração da pele.....
- Condições respiratórias.....
- Trauma obstétrico.....

2. Regulação neurológica:

- Postura:
 - . Típica.....Tremores.....Outros dados.....
- Atividades: Choro.....Sono.....
- Tônus: Eutônico () Hipotônico () Hipertônico ()
- Reflexos: Moro () Preensão plantar () Preensão palmar ()
Sucção () Procura () Babinsky () Deglutição ()
Palpebral ()

3. Oxigenação:

- Respiração: FrequênciaRitmo.....Retrações.....
Batimentos de asas do nariz.....
Secreção nas vias aéreas.....

4. Regulação Térmica e vascular:

- Cardíaca: Frequência.....Ritmo.....
- Temperatura.....

- 5. Eliminações: Urinária.....
Intestinal.....
Vômitos.....

6. Integridade cutâneo mucosa e físico:

- Peso.....Altura.....
- Pele: Cor.....Integridade.....Turgor.....
Textura.....Edemas.....
Lesões/Manchas/Descamações.....
Vernix caseosa.....Lanugem.....

- Mucosa: Cor.....Integridade.....

- Cabeça: Volume.....Forma.....

- Cabelo: Qtde.....Cor.....Textura.....

- Face: Paralisia.....Olhos.....Nariz.....
Boca (cor).....
Orelhas (forma, tamanho, implantação).....

- Pescoço: Flexão.....Extensão.....
Lateralidade.....Ganglios.....
Fraturas de clavículas.....

- Torax: PT.....Simetria.....Deformidade.....
Mama:.....

- Abdomem: PA.....Forma.....C.Umbilical.....

- Anus: Condições do períneo:.....Imperfuração anal.....

- Genitália:

- . Feminina: Grandes e pequenos lábios.....
Clitóris.....Meato urinário.....
Secreção vaginal.....

- . Masculino: Prepúcio.....Fimose.....Glande.....
Bolsa escrotal: Tamanho.....Fístula.....
Hérnias.....Testículo.....

- Extremidades:

- . Tamanho:.....Forma.....Simetria.....

- . Deformidades.....Traumatismos.....Unhas.....

- . Linhas Plantares.....Edemas.....Circulação venosa.....
.....articulação.....

- Região dorsal: Integridade.....
Mancha mongólica.....

EVOLUÇÃO:

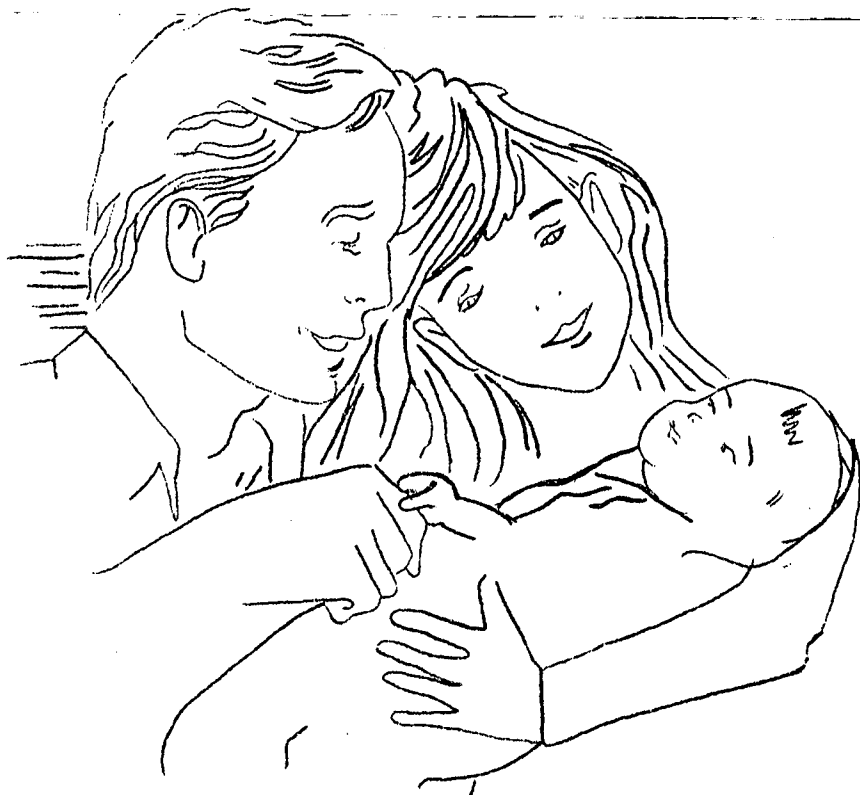
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

—
NOSSO

MANUAL

DO BEBÊ, PARA A MAMÃE E O PAPAÍ.

PRINCIPAIS CUIDADOS.



ELABORADO POR; DENISE DANDOLIN
LUCIANE MARA DOS SANTOS

CURITIBA, ABRIL DE 1994

Oi Mamãe e Papai!

Estou muito feliz por estar aqui junto de vocês.

A minha chegada traz muitas alegrias, e sei que traz também, muitas preocupações mas, juntos poderemos resolver sem problemas, e assim, crescerei com saúde.

Este manual foi elaborado, para mostrar como cuidar de mim, sem sustos.

Seu bebê!

VOU FALAR COMO GOSTARIA QUE CUIDASSEM DE MIM:



-Sempre conversem comigo carinhosamente, vocês são muito importantes para que eu possa me desenvolver harmônicamente.

-Adoro um colinho, não pensem que sou manhoso, é que assim sinto-me seguro.

-Me assusto com ruídos fortes, pois meu sistema nervoso ainda está se formando.

-Consigo ficar olhando fixo por um pequeno tempo, para um rosto que esteja próximo de mim (de 25 a 30 cm de distância), e gosto de olhar para o rosto do papai e da mamãe.

-Coloque sobre meu berço um móbile ou algo colorido (que não tenha riscos de me machucar) para estimular meus movimentos e minha atenção.

-Gosto de locais arejados, sem luz forte sobre meus olhos.



-SEMPRE lave as mãos antes de cuidar de mim, para evitar que eu fique doente.

3-Ao me colocar na banheira, comece por meus pezinhos e aos pouquinhos coloque meu corpinho na água.

4-Comece a me lavar de cima para baixo e depois é só me virar e continuar meu banho.

5-Agora me seque delicadamente, sem esfregar a toalha, cuidando de minhas dobrinhas (pescoço, virilhas e cotovelos).

-Evite correntes de ar.---

-Meu coto umbilical levará mais ou menos de 7 a 14 dias para cair. Enquanto ele estiver comigo, deve ser mantido sempre seco (seque-o bem após meu banho) e com curativo, que deve ser feito diariamente com Povidine ou similar. Nunca use faixas e nada que me aperte. Ah! E não esqueça de lavar as mãos antes de fazer o curativo. Para o curativo pingue umas gotas de Povidine ou similar sobre meu coto até a base. Continue pingando o Povidine ou similar por mais 3 dias após a queda do coto umbilical.

6-Coloque minhas roupinhas iniciando pela camiseta, para que eu não me resfrie.

QUANTO AS MINHAS ROUPINHAS:

-Gosto de usar roupinhas de acordo com a temperatura ambiente. Não pense que sinto mais frio que você mamãe! Evite colocar excesso de roupas.

-Prefiro usar roupinhas de tecido de algodão, pois as de tecido sintético, lã e engomados pode causar irritações em minha pele.

E PARA EVITAR ASSADURAS:

-Todas as vezes que eu urinar ou evacuar, minhas fraldas devem ser trocadas, sempre lavando minha região genital e anal com água morna e enxugar bem, sem esfregar.

-Não use talco nem óleo, pois fecham os poros de minha pele.

-Lave minhas fraldas com sabão neutro, enxágue-as bem em água corrente e deixe-as de molho em água com vinagre (2 colheres de vinagre para cada litro d'água), séque-as ao sol e passe bem a ferro.

-Se eu estiver com assaduras, proceda sempre desta maneira e exponha minha assadura ao sol (antes das 10 horas).

COMO CORTAR MINHAS UNHAS:

-Corte-as sempre que estiverem compridas, para evitar que eu me arranhe. Use tesourinha de ponta redonda. Se eu for irrequieto corte-as quando eu estiver dormindo.

SABIA MAMAE, QUE EU NECESSITO DE BANHO DE SOL?

-O banho de sol é importante para fortalecer meus ossinhos, prevenindo o raquitismo.

-Leve-me ao sol antes das 10 hs ou após às 16 hs. Devo ficar com pouca roupa (fraldas ou camiseta sem mangas), se o clima permitir. O sol deve ser direto, sem vidraças.

-O meu primeiro banho de sol deve durar de 2 a 3 minutos de cada lado. Nos próximos banhos deve ser aumentado o tempo aos poucos até 10 minutos de cada lado.



-Se eu chorar muito, procure descobrir o que está me incomodando. Pode ser fome, fralda molhada, cólicas (faça massagens na minha barriguinha no sentido dos ponteiros do relógio), ou talvez, má posição (é só colocar-me em outra posição, pois não gosto de ficar muito tempo na mesma).

AGORA VOU FALAR SOBRE O QUE EU GOSTO DE COMER:



-Mamãe, o seu leite é o único alimento que eu gosto, pois ele tem substâncias nutritivas na quantidade e qualidade certas para mim, está sempre prontinho e na temperatura ideal, não azeda e não tem perigo de me afogar. Me protege de doenças como gripe, paralisia infantil, e diarreia que pode causar desnutrição.

-Quando sou amamentado somente ao seio, não necessito de água pois seu leite também mata minha sede.

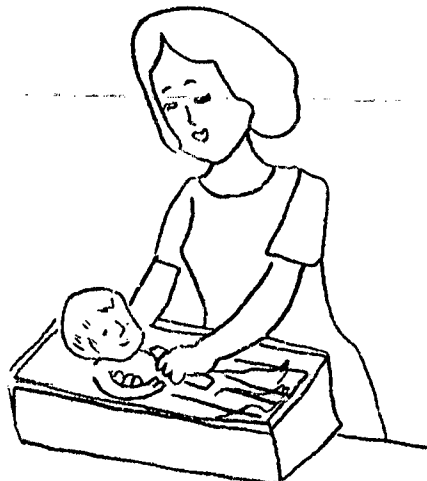
-Tenha paciência comigo, ainda não sei fazer meus horários para mamar, por isso deixe saciar minha fome quando eu solicitar.

-Quando eu acabar de mamar me ajude à arrotar, coloque-me de pé apoiado em seu peito, firmando minhas costinhas e cabecinha.

-AO ME AMAMENTAR VOCE ESTA DANDO UMA GRANDE PROVA DE CARINHO E AMOR, E É NESTES MOMENTOS QUE PODEMOS FICAR AINDA MAIS PRÓXIMOS UM DO OUTRO.

COMO VOCE DEVE CUIDAR DO MEU CORPINHO:

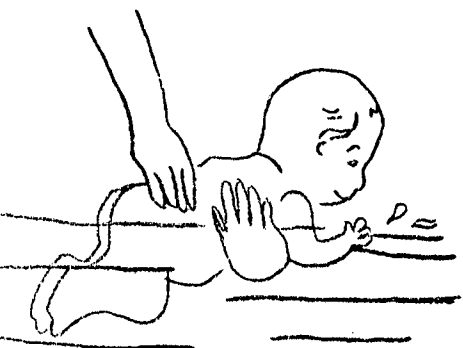
-Prepare tudo para meu banho, para não faltar nada e você não se atrapalhar, coloque as roupas em ordem de uso, sabendo que a primeira peça que devo vestir é a camiseta.



-A água deve ser morna, e para você saber que está na temperatura ideal é só verificar com o pulso mergulhado na banheira.

-Para me segurar sem medo é só passar o braço em torno de minhas costas segurando-me por uma de minhas axilas e sustentando minha nuca para trás.

-Minha cabeça pode ser lavada com água morna e sabonete neutro, cuidando para que não entre água no meu ouvido. Depois seque-a bem, não tenha medo dessa parte molinha, ela não sofre perfuração. Assim você evita que aconteça Dermatite Seborreica (ermo).

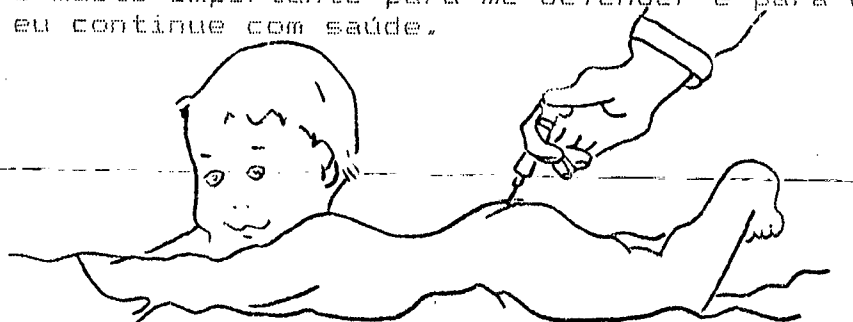


1-Antes de me colocar na banheira, lave primeiro meus olhinhos (de dentro para fora), depois o rosto, o nariz e orelhinhas. Limpe delicadamente meu nariz e minhas orelhinhas com bolinhas de algodão.

2-Com uma fraldinha limpe meus genitais de cima para baixo e de frente para trás.

OUTRA COISA MUITO IMPORTANTE É A RESPEITO DAS VACINAS QUE DEVO RECEBER:

-Esta é a única proteção para evitar algumas doenças que podem ser fatais para mim. A vacinação é obrigatória, de sua responsabilidade e é muito importante para me defender e para que eu continue com saúde.



Este é o esquema de vacinação até 7 anos:

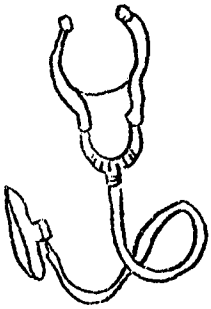
IDADE	VACINAS (DOSES)	DOENÇAS A SEREM EVITADAS
Ao nascer	BCG (dose única)	Tuberculose
2 meses	SABIN (1ª dose)	Paralisia infantil
	TRIPLICE (DPT-1ª dose)	Difteria, Coqueluche, Tétano
4 meses	SABIN (2ª dose)	Paralisia infantil
	TRIPLICE (DPT-2ª dose)	Difteria, Coqueluche, Tétano
6 meses	SABIN (3ª dose)	Paralisia infantil
	TRIPLICE (DPT-3ª dose)	Difteria, Coqueluche, Tétano
9 meses	ANTI-SARAMPO (d. única)	Sarampo
15 meses	SABIN (reforço)	Paralisia infantil
	TRIPLICE (reforço)	Difteria, Coqueluche, Tétano
	VTV (dose única)	Sarampo, Caxumba e Rubéola
7 anos	DUPLA (DT-dose única)	Difteria e Tétano

NÃO ESQUEÇA DO TESTE DO PEZINHO !

-Este teste é muito importante para prevenir a deficiência mental e deve ser feito logo após eu ter nascido, após eu ter sido amamentado.

-Procure a Unidade de Saúde para iniciar o esquema de vacinação e fazer o teste do pezinho.

--- QANTO AS CONSULTAS MÉDICAS: -



-Minha primeira consulta com o pediatra deve ser feita quando eu estiver com 15 dias; depois quando completar um mês e a partir daí mensalmente. Assim podemos fazer o controle do meu crescimento e desenvolvimento.

TENHO CERTEZA QUE VAMOS NOS DAR MUITO BEM, E SEREMOS MUITO FELIZES JUNTOS.

SEU BEBÊ !

BIBLIOGRAFIA:

1. MINISTERIO DA SAUDE, FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAUDE. O que podemos fazer juntos: Desenvolvimento Global e Atividades da Criança até 3 anos .Brasília, 1992.
2. SANTOS, EVANGUELIA K.A. & RITA C.H.A. Manual: Mãe e Papai Rescentes. 4. Ed. Florianópolis; Fundação Hospitalar de Santa Catarina, 1989.

M A N U A L

D A

M A M ã E

ELABORADO POR: DENISE DANDOLIN
LUCIANE M. DOS SANTOS

CURITIBA, ABRIL DE 1994

Mamãe, este manual foi elaborado com muito carinho, para esclarecer suas dúvidas e mostrar os cuidados que você deve ter, como futura mamãe.

MAMÃE !

Você sabe o que é puerpério ?

Puerpério ou resguardo é o período que vai desde o nascimento da criança até aproximadamente 40 dias, ou seja é o retorno das condições normais do seu organismo depois do término do parto .

Logo após o parto você apresenta:

- Perda de sangue que vai diminuindo, passando de vermelho vivo para mais claro, até tornar-se amarelado. Essa perda de sangue é chamada de LÓQUIOS.
- Cólicas abdominais ocorrem devido à expulsão de coágulos de sangue do útero.
- Diminuição da barriga, o útero volta ao normal em 5 a 6 semanas.
- Aumento do tamanho da mama pela produção de leite.

Cuidado com o seu corpo:

Mamãe, o banho deve ser diário excluindo a lavagem da cabeça que pode ser no mínimo 2 vezes por semana. A higiene íntima deve ser feita após cada evacuação. Recomendamos o uso de calcinha de meia, algodão ou fazenda, e também o uso de cinta ou faixa durante o puerpério, tanto para a mamãe de parto normal como para a de cesária. O curativo na vagina pode ser feito com povidine ou similar após cada higiene, usando sempre um forrinho bem limpo e passado a ferro quente ou modess. Não esqueça que os pontos não precisam ser retirados, eles caem sozinhos.

Quando o
deve toma

1-Não dei
sangre.

2-Ter pac
corretame
rá.

3-Você po
citadas a

.Raspas

.Raspas

tes produ

.Suco c

refeitos

.Suco c

.Chá pr

filtrada

ras.

4-Expor c

após as 1

de luz 6

5-Oferece

6-Deixar

possível.

Não esque

mas você

do os cui

Caso você

ou o seio

e até sai

-Procure

-Aplique

seio.

-Deixe o

frequente

NÃO DEIXE

TE!

Não susp

empedrad

contra-i

amenta

Quando a mãe faz cesária, os pontos são retirados aproximadamente no sétimo dia ou conforme a orientação médica. Não esqueça do curativo diário com povidine ou similar durante 3 dias.

Alimentação:

Mamãe, você pode comer normalmente, não existem proibições, nem razões para dietas especiais. De um modo geral é bom você comer carne, peixe, ovos, galinha, frutas, verduras.
Tome bastante líquido (chá, água, sucos, sopas) que ajuda na fabricação de leite.

Exercícios:

O descanso é muito importante. Você deve evitar pegar peso; fazer exercícios é bom, mas devem ser moderados.

Atividade Sexual:

Você pode iniciar a ter relações com o companheiro quando se achar em condições, tendo em vista a cicatrização da episiotomia (corte na vagina).
depois de 30 dias você pode procurar o ginecologista, para fazer uma revisão geral e receber orientações sobre o método contraceptivo a ser adotado pelo casal (método para evitar outra gravidez).
ATENÇÃO: Qualquer anormalidade como febre, dor nas mamas, corrimento vaginal com odor fétido (mau cheiro), procure o médico imediatamente.

COMO AMAMENTAR

- a)-Lavar as mãos antes de amamentar.
- b)-Limpar o mamilo (bico do seio) com fralda ou pano limpo com o próprio leite, antes e após as mamadas e secar bem.
- c)-Escolher a posição mais confortável para a mãe e o bebê.
- d)-Espremer o mamilo e a aréola com as mãos, para o leite sair mais fácil, antes de dar de mamar.
- e)-Pressionar a mama com o dedo indicador, para que o bebê consiga respirar.
- f)-Introduzir o bico e a aréola na boca do bebê.
- g)-Colocar o dedo mindinho no canto da boca do bebê, para que ele solte o mamilo, quando quiser removê-lo para a outra mama e quando terminar de amamentar.
- h)-A cada amamentação, oferecer os dois seios. Oferecer sempre em primeiro lugar a última mama que ele sugou.
- i)-Após o bebê mamar, mantenha-o elevado, para que ele eructe (arrote).
- j)-Deitar o bebê de barriga para baixo, ou de lado.

CUIDADOS COM A MAMA DURANTE A AMAMENTAÇÃO

Para evitar qualquer traumatismo e ter uma amamentação bem sucedida é importante que você siga algumas orientações:

- 1-Lavar as mãos antes de cada amamentação.
- 2-Não usar sabonete, álcool ou água boricada no bico do seio.
- 3-Limpar o mamilo com uma fralda ou pano limpo embebido em seu próprio leite, antes e após as mamadas e secar bem a mama e o mamilo com toalha de banho individual.
- 4-Evitar uso de pomadas e bicos protetores.

- 5-Usar sutiã com boa sustentação.
- 6-Após cada mamada tirar o excesso do leite, através de massagem ou expressão manual.
- 7-Não dar chupeta.

MEDIDAS QUE VOCE PODE UTILIZAR SE TIVER PROBLEMAS COM A AMAMENTAÇÃO

Durante a amamentação você pode ter alguns problemas, mas podem ser solucionados com medidas simples:

- 1-Evitar o uso de bomba de sucção (manual ou elétrica) especialmente nos primeiros dez dias.
- 2-Evitar o uso de lubrificantes, pomadas, soluções alcóolicas e outros medicamentos tópicos no mamilo.
- 3-Evitar higiene excessiva do mamilo.
- 4-Expor o peito ao sol por períodos curtos.
- 5-Oferecer o peito ao bebê com aréola macia.
- 6-Não utilizar sabonete e/ou sabão para lavar os seios.
- 7-Evitar usar compressas mornas.
- 8-Evitar sucção (mamadas) demoradas em cada seio (mais de 20 minutos).
- 9-Alternar os seios durante as mamadas.
- 10-Ingerir alimentos ricos em vitamina A.
- 11-Retirar o excesso de leite após as mamadas.

Quando o seio empedra você deve tomar os seguintes cuidados:

- 1-Fazer massagens no seio antes das mamadas.
- 2-Diminuir a ingestão de líquidos.
- 3-Usar sutiã limpo e adequado, que sustente todo o seio.
- 4-Também retirar excesso de leite após as mamadas.

Quando o seio estiver fissurado (rachado) você deve tomar os seguintes cuidados:

1-Não deixar de amamentar o bebê, mesmo que sangre.

2-Ter paciência, pois seguindo os cuidados corretamente logo o seio cicatrizará.

3-Você pode escolher uma das medidas caseiras citadas abaixo:

— .Raspas da casca da banana-verdolenga. ; ————

.Raspas da polpa do mamão verdolengo. ; Estes produtos devem ser desprezados

.Suco ou folha amassada de arruda. ; e refeitos a cada mamada.

.Suco ou folha amassada de salsinha. ;

.Chá preto. Um saquinho umedecido com água filtrada ou fervida. Desprezar a cada 24 horas.

4-Expor o seio ao sol (antes das 10 horas ou após as 16 horas), ou fazer banhos

de luz 6 vezes ao dia com lâmpada de 40 watts.

5-Oferecer primeiro o mamilo menos dolorido.

6-Deixar o mamilo arejado (ventilado) o máximo possível.

Não esqueça, a Mastite é uma infecção da mama, mas você pode preveni-la seguindo os cuidados citados acima.

Caso você sinta dor local, febre, calafrios, ou o seio ficar vermelho, dolorido e até sair pús, tome os seguintes cuidados:

-Procure um médico imediatamente.

-Aplique compressas quentes e úmidas sobre o seio.

-Deixe o bebê mamar no seio afetado o mais freqüentemente possível.

NÃO DEIXE SEU LEITE SECAR POR CAUSA DA MASTITE!

Não suspenda a amamentação; mamas doloridas, empedradas ou fissuradas, não são contra-indicação para você mãe deixar de amamentar seu bebê.

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO, SEMPRE!

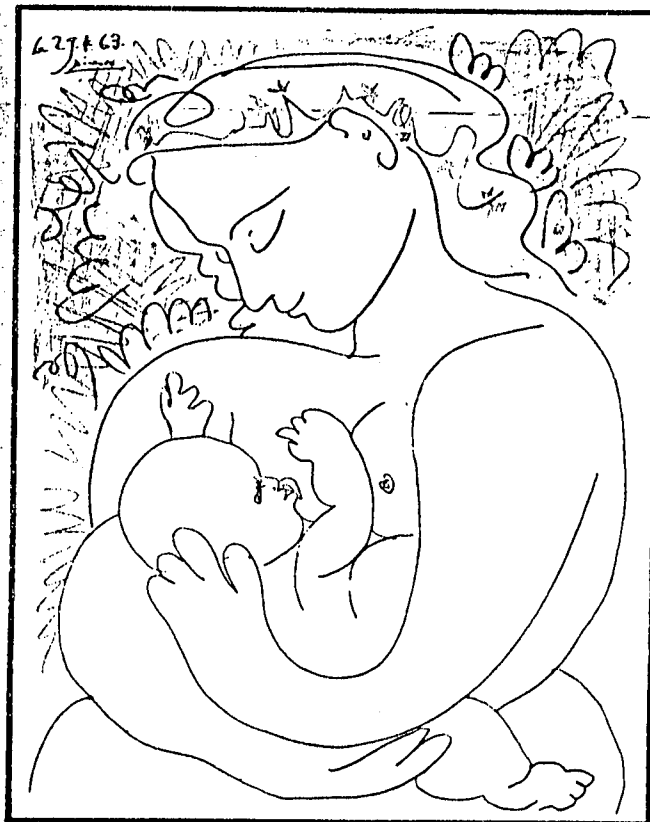
BOA SORTE!

BIBLIOGRAFIA:

1. CAMPESTRINI, SELMA. Mama preparada & Amamentação segura. PROAMA-PUC-PR/SMS-Curitiba, Champagnat, 1993.
2. SANTOS, EVANGUELIA K.A. Puerpério Normal. UFSC. Curso de Graduação em Enfermagem, VII Fase, 1993.

INICIATIVA "HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA"

**QUESTIONÁRIO DE
AUTO-AVALIAÇÃO
DE HOSPITAIS**



**Coordenadoria de Saúde Materno-Infantil
(SAS/Ministério da Saúde)
Grupo de Defesa da Saúde da Criança**

**Apoio
OMS/OPAS
UNICEF**

Apresentação



A Iniciativa Hospital Amigo da Criança tem por objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através da mobilização dos serviços obstétricos e pediátricos de hospitais, mediante a adoção dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno". Esse código de conduta foi compromissado pelo Brasil na "Declaração de Innocenti", em 1 de agosto de 1990, durante encontro entre formuladores de políticas de saúde de governos, agências bilaterais e organismos internacionais.

Tal iniciativa delinea um importante papel de suporte que os hospitais podem desempenhar a fim de tornar o aleitamento materno uma prática universal, contribuindo significativamente para a saúde e desenvolvimento de milhões de bebês em todo o mundo. No Brasil, ela vem sendo implementada através do Ministério da Saúde e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e OMS/OPAS.

O processo de avaliação para um hospital ser designado "Amigo da Criança" conta com quatro instrumentos básicos:

1. *Os Critérios Globais* - constituem-se nos padrões internacionais mínimos para a proteção e promoção ao aleitamento materno em serviços materno-infantis, consubstanciados nos quadros (veja páginas 5 a 11) com os resumos de cada um dos Dez Passos.

2. *Questionário de Auto-Avaliação* - através deste instrumento pretende-se que o hospital faça uma análise de eficácia de suas práticas. As perguntas foram estruturadas a partir dos critérios globais, e as respectivas respostas tabuladas de tal maneira a fornecer subsídios para ações futuras.

3. *Questionário de Avaliação Global* - instrumentos utilizados durante o processo de avaliação, por uma equipe de consultores externos indicados pela autoridade nacional, UNICEF e OMS/OPAS. Para receber esta equipe de avaliadores o hospital deverá ter obtido um resultado final satisfatório na análise do questionário de auto-avaliação.

4. *Guia para qualificar a avaliação do hospital* - conjunto de orientações para auxiliar a autoridade nacional a determinar, com base nos dados assinalados nas Folhas Resumo pela equipe de avaliadores, se o estabelecimento cumpriu os critérios globais para ser designado Amigo da Criança.

Como Utilizar o Questionário de Auto-Avaliação

Qualquer hospital ou estabelecimento de saúde interessado em tornar-se Amigo da Criança deverá avaliar suas atuais práticas em relação a todos os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno". Para tal, foi desenvolvido este questionário, destinado a hospitais, maternidades, e outras unidades, com objetivo de obter uma avaliação preliminar das rotinas existentes, como também dimensionar de que modo essas unidades executam algumas outras recomendações da Declaração Conjunta OMS/UNICEF - Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: O Papel Especial dos Serviços de Saúde, publicada em 1989.

As questões a seguir permitirão que a direção em conjunto com os funcionários façam uma rápida auto-avaliação ou a revisão inicial das práticas adotadas em favor da amamentação. Contudo, o fato de realizar esta auto-avaliação não implica na qualificação automática do hospital para ser credenciado como "Amigo da Criança".

Análise dos Resultados

Em circunstâncias ideais, a maioria das perguntas terá respostas afirmativas. Um indicador sensível do desempenho do hospital é a taxa de aleitamento materno exclusivo do nascimento à alta da maternidade em torno de 92%, que corresponde à média nacional (Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição - INAN/IBGE - 1989).

Por outro lado, um grande número de respostas negativas sugere divergências em relação às recomendações da **Declaração Conjunta OMS/UNICEF** e aos **Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**, endossados pelo governo do Brasil. Se um hospital obtiver muitas respostas negativas, com índice de aleitamento exclusivo inferior a 92%, e desejar tornar-se **Amigo da Criança**, poderá solicitar auxílio ao **Grupo de Defesa da Saúde da Criança** no sentido de promover a adequação de suas rotinas, treinamento de pessoal e/ou o desenvolvimento de normas, de forma a eliminar os procedimentos que impedem ou dificultam a prática da amamentação.

No caso deste formulário indicar uma necessidade de melhorias substanciais nas práticas atualmente adotadas, sugere-se que os hospitais utilizem-no como um roteiro para o estabelecimento de novos padrões de assistência, antes de repetir o processo de auto-avaliação.

Ação Contínua

A designação de um hospital como "**Amigo da Criança**" representa a etapa final de todo um processo de mobilização que envolve além da equipe de saúde, os diretores e/ou administradores. A divulgação dos "Dez Passos" e a observância das condutas ali indicadas constituem-se instrumentos vitais para promoção, proteção e apoio à amamentação.

Nesse contexto, a continuidade do processo deve ser garantida e efetivada. É de fundamental importância que os hospitais possuam registros formais das normas e rotinas sobre aleitamento materno existentes, do conteúdo dos currículos de treinamento oferecidos aos profissionais da instituição, e ainda das atividades de educação em saúde desenvolvidas no pré-natal.

A existência destes documentos assegura a continuidade da política institucional relativa à proteção do aleitamento materno, mesmo no caso de eventuais mudanças dos profissionais responsáveis por sua implementação.

Com o propósito de oferecer um conjunto de informações básicas sobre a amamentação para equipes de saúde atuantes em maternidades, técnicos do UNICEF, OMS e Wellstart elaboraram um manual com curso de 18 horas para treinamento destes profissionais.

Dados do HospitalData: 12 Junho de 19 84

Nome do Hospital: HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SRA. DO CARMO
 Endereço: MAL. FLORIANO PEIXOTO 2019 BOQUEIRAO
 Município: CURITIBA UF: PR CEP: _____
 Fone: 276 3613 Fax: _____ Telex: _____

Nome do Diretor do Hospital: FLAVIO ERNANI BARBIZAN Fone: 2763613

Nomes dos Chefes de Enfermagem (ou outro funcionário responsável):

Para o Estabelecimento: HELIO VIEIRO ALBINO Fone: 2763533Para a Maternidade: DR. PAULO AFONSO DE MOURA Fone: 2763613Para o Serviço de Pré-Natal: DR. PAULO AFONSO DE MOURA Fone: 3353763Nome do responsável por esta auto-avaliação DRA MARIA LUIZA B. DE MOURA Fone: 2763613

Tipo de Hospital:

- Público Privado Hospital-Escola outro: _____
 Filantrópico

Dados do censo hospitalar:Capacidade total de leitos: 70

6 nas áreas de pré-parto e parto
25 nas enfermarias de maternidade
16 no berçário de recém-nascidos normais
4 no berçário de cuidados especiais
4 em outras áreas para mães e crianças

(Se não existir um berçário para recém-nascidos normais sem problemas, escreva "nenhum" no espaço fornecido)

Total de partos no último ano _____

_____ por cesariana	taxa de cesárea _____%
_____ com RN de baixo peso (<2500g)	taxa de RN baixo peso ao nascer _____%
_____ com RN pré-terminos extremos (<1500g)	taxa de RN pts extremos _____%
_____ com RN sob cuidados especiais	taxa de RN sob cuidados especiais _____%

Dados sobre alimentação infantil, em relação a partos, obtidos a partir de prontuários ou de relatos de funcionários:

_____ duplas mãe/RN com alta no último mês
 _____ duplas mãe/RN amamentado, por ocasião da alta, no último mês: _____%
 _____ duplas mãe/RN amamentado exclusivamente desde o parto, por ocasião da alta, no último mês: _____%
 _____ duplas mãe/RN com alta no último mês, que recebeu pelo menos uma mamadeira desde o parto: _____%

Como foram obtidos os dados sobre alimentação de recém-nascidos?

- de prontuários
 através de estimativa fornecida por: _____

No hospital é distribuído e utilizado o Cartão da Criança?

Sim Não

O hospital possui Banco de Leite Humano (BLH)?

Sim Não

Caso não possua BLH, o hospital tem facilidade de acesso a este tipo de unidade?

Sim Não

O hospital dispõe de um serviço de pré-natal?

Sim Não

O hospital possui serviço de puericultura?

Sim Não

O hospital possui consultório para acompanhamento, após a alta, de recém-nascidos que tiveram problemas relativos à amamentação?

Sim Não

PASSO 1

Ter uma norma escrita sobre o aleitamento materno, rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.

Não

O estabelecimento de saúde deve ter uma norma escrita sobre o aleitamento materno, protegendo essa prática e abrangendo todos os Dez Passos. A chefe de enfermagem da instituição e/ou da área de maternidade devem ser capazes de localizar uma cópia desta norma e de descrever os modos através dos quais os outros funcionários tomam conhecimento da mesma.

A norma deve estar disponível - de modo que todos os funcionários que cuidam de mães e bebês possam consultá-la - e afixada em local visível, em todas as áreas do estabelecimento de saúde que atendem mulheres, recém-nascidos e/ou crianças, particularmente na maternidade, nas áreas de cuidados de recém-nascidos normais e de cuidados especiais de recém-nascidos, bem como nos serviços de assistência-pré-natal. A norma deve ser redigida em linguagem de fácil compreensão para pacientes e funcionários.

- | | | | |
|-----|--|------------------------------|---|
| 1.1 | O estabelecimento de saúde tem uma norma escrita explícita para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, enfocando <u>todos os Dez Passos</u> em maternidades? | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 1.2 | Esta norma protege o aleitamento materno, proibindo toda a promoção e instrução coletiva do uso de substitutos do leite materno, mamadeiras e chupetas? | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 1.3 | A norma sobre o aleitamento materno encontra-se disponível, de modo que todos os funcionários que cuidam de mães e crianças possam consultá-la? | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 1.4 | A norma de aleitamento materno está afixada ou visível em todas as áreas do estabelecimento de saúde onde se atendem mães, recém-nascidos e/ou crianças? | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 1.5 | Existe um mecanismo para avaliar a eficácia desta norma? | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |

PASSO 2

Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.

Não

A chefe de enfermagem responsável deve relatar que todos os membros da equipe de cuidados de saúde que têm qualquer tipo de contato com mães, recém-nascidos e/ou crianças receberam **instruções sobre a implementação da política de aleitamento materno**, e ser capaz de descrever de que modo essas instruções são dadas.

Uma cópia do currículo ou as linhas gerais dos cursos de **treinamento sobre manejo da amamentação e lactação** para diferentes tipos de funcionários devem estar disponíveis para revisão; deve existir ainda uma escala de treinamento de novos funcionários. Esse treinamento deve ter pelo menos 18 horas no total, incluindo um mínimo de três horas de experiência clínica sob supervisão, abrangendo pelo menos oito dos Dez Passos.

O chefe de enfermagem deve relatar que todos os funcionários que cuidam de mães e crianças participaram de treinamentos sobre o manejo da lactação e amamentação. No caso de funcionários novos, estes deverão ter recebido uma orientação por ocasião do início do trabalho, e terem sido escalados para um treinamento, dentro de seu primeiro semestre de trabalho. De 10 funcionários da maternidade, escolhidos ao acaso, pelo menos 80% devem confirmar que receberam o treinamento descrito ou, se estiverem trabalhando na maternidade há menos de seis meses, que pelo menos receberam orientação. Oitenta por cento devem ser capazes de responder corretamente quatro dentre cinco perguntas sobre o manejo da amamentação.

- 2.1 Todos os funcionários estão conscientes das vantagens da amamentação, conhecem a norma e os serviços do estabelecimento para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno? Sim Não
- 2.2 Todos os funcionários que cuidam de mulheres e bebês recebem uma orientação quanto à norma de aleitamento materno do hospital, por ocasião de sua entrada em serviço? Sim Não
- 2.3 Todos os funcionários que cuidam de mulheres e crianças recebem um treinamento sobre manejo da lactação e aleitamento materno nos seus primeiros seis meses em serviço? Sim Não
- 2.4 O treinamento abrange pelo menos oito dentre os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e a proteção dessa prática? 7 Sim Não
- 2.5 O treinamento sobre o manejo da amamentação e lactação tem pelo menos 18 horas no total, incluindo um mínimo de 3 horas de experiência clínica sob supervisão? Sim Não
- 2.6 O estabelecimento organizou treinamento especializado sobre o manejo da lactação para funcionários específicos? Sim Não

Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.

Se o hospital tiver um ambulatório de assistência pré-natal ou uma enfermaria para internação de gestantes, a chefe de enfermagem responsável deve relatar que a maioria das gestantes que utilizam esses serviços recebem aconselhamento sobre amamentação. Um relatório escrito do conteúdo mínimo das atividades de educação pré-natal deve existir, ou ser preparado pelo funcionário responsável, se solicitado. A discussão pré-natal deve abranger a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança, as vantagens do aleitamento materno, e o manejo básico da amamentação.

De 10 mulheres, com 32 semanas ou mais de gestação, escolhidas ao acaso, e que utilizam o serviço pré-natal do hospital, pelo menos 80% devem confirmar que as vantagens da amamentação foram discutidas com elas, sendo capazes de enumerar pelos menos dois dos seguintes benefícios:

- . nutricional
- . ligação afetiva mãe-filho
- . protetor, incluindo o papel do colostro
- . vantagens para a saúde da mãe

Além disto, pelo menos 80% dessas mulheres devem confirmar que não participaram de nenhuma sessão de educação coletiva sobre uso de leites infantis, como também serem capazes de descrever pelo menos dois dos seguintes tópicos sobre o manejo da amamentação:

- . importância do alojamento conjunto
- . importância da amamentação sob livre demanda
- . como assegurar uma quantidade suficiente de leite
- . como posicionar a criança para pega da aréola

- 3.1 O hospital tem um ambulatório de cuidados pré-natais ou uma enfermaria para internação pré-natal? Sim Não
- 3.2 Em caso afirmativo, a maioria das gestantes que freqüentam esses serviços recebem informações quanto às vantagens e ao manejo do aleitamento materno? (Em caso negativo, este passo não será avaliado) Sim Não
- 3.3 No prontuário do pré-natal existe um item específico para indicar se o aleitamento materno foi discutido com a gestante? Sim Não

PASSO 3

Sim

- 3.4 O prontuário do pré-natal da mãe está disponível na hora do parto? Sim Não
- 3.5 As gestantes estão protegidas da promoção oral ou escrita e de instruções coletivas sobre o aleitamento artificial? Sim Não
- 3.6 O serviço de saúde leva em consideração a intenção da mulher em amamentar ao decidir sobre o uso de sedativos, analgésicos ou anestésicos (se necessário) durante o parto? Sim Não
- 3.7 Os funcionários conhecem os efeitos desses medicamentos sobre o início do aleitamento materno? Sim Não
- 3.8 A mulher que nunca amamentou ou que já tenha tido problemas anteriores com a amamentação recebe atenção e apoio especiais dos funcionários? Sim Não

Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento.

De 10 mães escolhidas ao acaso na maternidade, que tiveram parto vaginal normal, 80% devem confirmar que, na primeira meia hora após o nascimento, receberam seus filhos para que os segurassem junto à pele, por pelo menos 30 minutos, e que lhes foi oferecida ajuda de um funcionário para iniciar a amamentação.

Quando possível, a observação de até dez partos vaginais na sala de parto confirma esta prática.

De cinco mães, escolhidas ao acaso, que tiveram parto cesáreo, pelo menos 50% devem confirmar que, na primeira meia hora após terem condições de responder a seus filhos, receberam os bebês para que os segurassem junto à pele, por pelo menos 30 minutos, e que lhes foi oferecida ajuda de um funcionário para iniciar a amamentação.

PASSO 4

Sim

- 4.1 Na primeira meia hora após o parto, as mães que tiveram parto normal recebem seus filhos para que os segurem junto à pele, sendo-lhes permitido estender esse contato pelo menos até uma hora? Sim Não
- 4.2 Um funcionário oferece ajuda às mães para iniciarem a amamentação? Sim Não
- 4.3 As mães que tiveram parto cesáreo recebem seus filhos, para que os segurem junto à pele, na primeira meia hora após terem condições de responderem a eles? Sim Não
- 4.4 Nesta ocasião, os recém-nascidos permanecem com suas mães por pelo menos 30 minutos? Sim Não

Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.

PASSO 5

Sim

De 15 puérperas escolhidas ao acaso (partos normais e cesáreos), pelo menos 80% devem relatar que o pessoal de enfermagem ofereceu mais assistência em relação ao aleitamento materno nas primeiras seis horas após o parto, e que lhes foi mostrado como fazer a expressão do leite através de exercícios ou informações escritas sobre, e/ou conselhos sobre onde poderiam obter auxílio, caso o necessitassem. Do mesmo grupo de mães, pelo menos 80% daquelas que estão amamentando devem estar aptas para demonstrar corretamente com seus bebês o posicionamento e a pega da aréola.

De cinco mães escolhidas ao acaso cujos filhos estão sob cuidados especiais, pelo menos 80% devem relatar que receberam ajuda para iniciar e manter a lactação através da expressão frequente dos seios.

De 10 funcionários lotados na maternidade e escolhidos ao acaso, 80% devem relatar que ensinam às mães o posicionamento dos bebês e pega da aréola, bem como técnicas para expressão manual de leite. Oitenta por cento deste mesmo grupo deve demonstrar o ensino correto do posicionamento e pega. Além disso, 80% devem descrever uma técnica aceitável para expressão manual do leite, a qual são capazes de ensinar às mães.

5.1 Nas primeiras 6 horas após o parto, as mães continuam a receber assistência da equipe de enfermagem em relação à amamentação?

Sim Não

5.2 É demonstrado às mães que estão amamentando como se posicionarem e segurarem corretamente seus bebês para que eles suguem adequadamente o seio?

Sim Não

5.3 As mães que estão amamentando recebem demonstrações ou informações sobre como fazer a expressão manual do leite? Recebem também conselhos sobre onde conseguir ajuda, caso a necessitem?

Sim Não

5.4 Existem profissionais ou conselheiros com treinamento especializado no manejo da lactação e amamentação, em tempo integral, para aconselhar as mães durante sua internação e preparação para a alta?

Sim Não

5.5 A mulher que nunca amamentou ou que já tenha tido problemas anteriores com a amamentação recebe atenção e apoio especiais dos funcionários?

Sim Não

5.6 As mães de recém-nascidos internados em áreas de cuidados especiais são ajudadas a estabelecer e manter a lactação através da expressão frequente do leite?

Sim Não

Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que haja indicação médica.

PASSO 6

Sim

Observe mães e filhos na maternidade por pelo menos duas horas. Se qualquer bebê estiver recebendo líquidos ou alimentos que não o leite materno, pergunte às mães se elas estão amamentando. Para qualquer bebê amamentado ao seio que estiver recebendo outro tipo de líquido ou alimento além do leite materno, peça a um membro da equipe que indique a razão para tal. Em pelo menos 80% dos casos, devem existir razões clínicas aceitáveis.

Nenhuma propaganda de alimentos infantis ou outros líquidos, além do leite materno, como também de mamadeiras e bicos, deve estar afixada na unidade de saúde ou ser distribuída a mães, funcionários ou à administração do estabelecimento.

Observe os funcionários e crianças em áreas de cuidados de recém-nascidos (se houver) por pelo menos uma hora. Se qualquer criança normal estiver recebendo outro líquido ou alimento além do leite materno, peça a um membro da equipe que indique a razão para tal. Em pelo menos 80% dos casos devem existir razões clínicas aceitáveis, a não ser que as mães recusem-se a amamentar, por razões fora do controle do hospital.

Pergunte a 15 mães escolhidas ao acaso na maternidade (10 partos normais e cinco cesáreos) se seus filhos receberam outros alimentos ou líquidos além do leite materno. A chefe de enfermagem ou outro funcionário deve ser capaz de fornecer razões clínicas aceitáveis para tal procedimento. (Ver Anexo - página 15).

6.1 Os funcionários compreendem claramente quais são as poucas razões aceitáveis para a prescrição de outro alimento ou líquido, além do leite materno, a recém-nascidos amamentados ao seio? (Veja Anexo - página 15)

Sim Não

6.2 Quando os recém-nascidos amamentados não recebem nenhum outro alimento ou líquido, além do leite materno, isto se deve a uma indicação médica?

Sim Não

6.3 Os substitutos do leite materno, incluindo as fórmulas especiais, utilizados no estabelecimento, são comprados do mesmo modo que quaisquer outros alimentos ou medicamentos?

6.4 A direção do estabelecimento e todos os funcionários recusam ofertas gratuitas ou a baixo custo (equivalente a menos de 80% do preço de mercado) de substitutos do leite materno, pagando por eles preço aproximado de mercado?

Não

Sim Não

(Substitutos do leite materno para uso experimental ou "avaliação profissional" também devem ser comprados por menos de 80% do preço de mercado.)

Sim Não

6.5 A promoção de alimentos ou líquidos que não o leite materno é proibida no estabelecimento?

É realizada de acordo com prescrição médica.

Sim Não

Praticar o alojamento conjunto - permitir que a mãe e o bebê permaneçam juntos - 24 horas por dia. *Não*

PASSO 7

Não

De 15 mães com bebês normais, escolhidas ao acaso (10 partos normais e cinco cesáreos), pelo menos 80% devem relatar que desde que voltaram para seus quartos após o parto (ou desde que tiveram condições de responder a seus bebês, no caso de partos cesáreos), seus filhos permaneceram com elas no mesmo quarto, dia e noite, com exceção de intervalos de até uma hora, para procedimentos hospitalares.

De 10 mães com parto vaginal, pelo menos 80% devem relatar que seus bebês estiveram separados delas, antes de iniciar o alojamento conjunto, por menos de uma hora.

Todas as puérperas normais na maternidade devem ser observadas com seus filhos junto a elas ou em berços ao lado de seus leitos, a não ser que os bebês estejam fora dali por um curto tempo para algum procedimento hospitalar, ou por separação clinicamente indicada.

- 7.1 As mães e recém-nascidos ficam juntos 24 horas por dia, com exceção de intervalos de até uma hora para procedimentos hospitalares ou no caso da separação ser clinicamente indicada.
- 7.2 O alojamento conjunto tem início na primeira hora após o parto normal?
- 7.3 O alojamento tem início na primeira hora após a mãe que sofreu o parto cesáreo ter condições de responder à criança?

Sim Não

Sim Não

Sim Não

Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda.

De 15 mães de bebês normais escolhidas ao acaso (10 partos normais e cinco cesáreos), pelo menos 80% das que estão amamentando devem relatar que não lhes foi colocada qualquer restrição à frequência ou duração das mamadas. Além disso, das 15 mães, pelo menos 80% devem relatar que foram aconselhadas a amamentar seus filhos sempre que esse estivessem com fome ou o desejassem, como também que deveriam acordá-los sempre que as mamas estivessem muito cheias ou os bebês dormissem por intervalos muito longos.

A enfermeira responsável pela maternidade deve confirmar que não há restrições quanto à frequência ou duração das mamadas.

- 8.1 Quando os funcionários não colocam restrições à frequência ou duração das mamadas, demonstram estar conscientes da importância do aleitamento materno sob livre demanda?
- 8.2 As mães são aconselhadas a amamentar seus bebês sempre que estes tiverem fome ou o desejarem?

Sim Não

Sim Não

Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.

De 15 puérperas escolhidas ao acaso (10 partos normais e cinco cesáreos), pelo menos 80% das que estão amamentando devem relatar que, tanto quanto saibam, seus filhos não receberam mamadeiras nem chupetas.

A enfermeira responsável pela maternidade deve relatar que as crianças amamentadas ao seio não recebem mamadeiras nem chupetas. Durante duas horas de observação na maternidade, não deve ser verificado o uso desses objetos por mais de duas crianças; e, ao longo de uma hora de observação em áreas de cuidados de recém-nascidos normais (se houver), o seu uso não deve ser constatado em nenhuma criança amamentada ao seio.

- 9.1 Os bebês que iniciaram a amamentação não recebem chucas nem mamadeiras.

Sim Não

- 9.2 Os bebês que iniciaram a amamentação não recebem chupetas.

Sim Não

- 9.3 Ensina-se às mães que amamentam que não devem dar nenhuma mamadeira ou chupeta a seus bebês?

Sim Não

- 9.4 Ao se recusarem a receber gratuitamente ou comprar a baixo custo chupetas e mamadeiras, os funcionários e a direção do estabelecimento demonstram ter consciência de que esses objetos devem ser evitados?

Sim Não

PASSO 8

Sim

PASSO 9

Sim

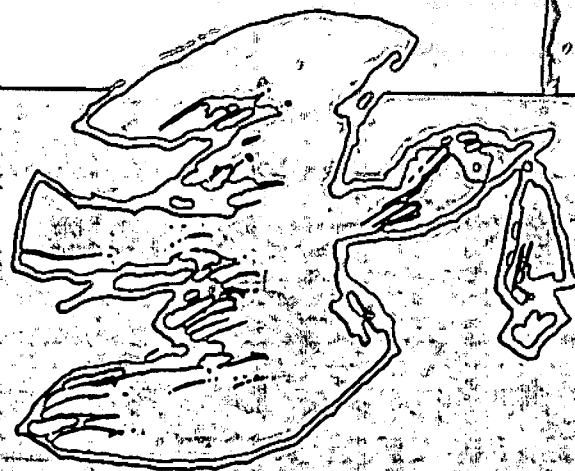
Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, e encaminhar mães aos mesmos, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

Sim

De 15 mães escolhidas ao acaso (10 partos normais e cinco cesáreos), 80% daquelas que estão amamentando devem confirmar que foram indagadas a respeito de seus planos para a alimentação de seus filhos após a alta hospitalar. Também devem ser capazes de descrever alguma recomendação para assegurar sua ligação a grupo de apoio ao aleitamento materno (se não tiverem apoio adequado em suas próprias famílias), ou relatar que o hospital irá fornecer esse acompanhamento e apoio, se necessário.

A enfermeira responsável pela maternidade deve ter conhecimento de todos os grupos de apoio ao aleitamento materno existentes na área e descrever pelo menos um modo de encaminhamento de mães. Essa profissional deve ser capaz de descrever um sistema de acompanhamento de apoio após a alta para todas as mães que amamentam, tais como consulta pós-natal, visita domiciliar, encaminhamento para um grupo de mães ou telefonema.

- 10.1 O hospital dá informações a membros da família, de modo que possam apoiar a mãe lactante em casa? Sim Não
- 10.2 As mães lactantes são encaminhadas a grupos de apoio à amamentação, quando existentes? Sim Não
- 10.3 O hospital tem um sistema de acompanhamento de apoio a todas as mães que estão amamentando, tais como consultas pós-natal, revisões em ambulatórios de amamentação, visitas domiciliares, telefonemas, etc? Sim Não
- 10.4 O hospital incentiva e facilita a formação de grupos de apoio à amamentação entre mães, ou entre profissionais de saúde e mães? Sim Não
- 10.5 O estabelecimento permite que membros de grupos comunitários de apoio a mães desenvolvam trabalho de aconselhamento sobre amamentação dentro da maternidade? Sim Não



Nascer
em Curitiba
vale a
vida.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
8ª FASE: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Texto elaborado à equipe de enfermagem envolvida como Puerpério no Hospital e Maternidade " NOSSA SENHORA DO CARMO " Curitiba-PR.

* DENISE R. DANDOLIN
* LUCIANE MARA DOS SANTOS

Puerpério Normal

É o período que vai do término do parto ao retorno das condições normais do trato genital. Isto ocorre aproximadamente em 06 ou 08 semanas após o parto.

O puerpério é classificado em:

- * Imediato: do 1º ao 10º dia pós-parto;
- * Tardio : do 10º ao 45º dia pós-parto;
- * Remoto ou Longínquo: do 45º pós-parto diante.

Neste período ocorrem os fenômenos puerperais que são:

- * Fenômenos Involutivos ou Regressivos: Involução uterina e loqueação.
- * Fenômeno Evolutivo ou Progressivo: Lactação.

1- Involução Uterina

Imediatamente após a dequitação (saída da placenta), o útero adquire uma consistência dura, que fica a meio caminho entre a cicatriz umbilical e a sínfise púbica.

O útero diminui, segundo a bibliografia, 0.7 a 1.5cm por dia, apesar de sua prática, constatar-se ser mais rápida. No 10º dia pós-parto já não se palpa o útero acima da sínfise púbica, atingindo seu tamanho normal em 05 a 06 semanas. O peso do útero após o parto é de 1000 gramas, 01 semana depois 500 gramas, no fim do puerpério de 40 a 60 gramas.

No puerpério imediato, o útero involui de forma rápida às custas de poderosas contrações e principalmente pela diminuição de tamanho das células uterinas.

2- Loqueação

É o sangramento puerperal, ou seja, a produção e

eliminação de considerável quantidade de exsudatos e transudatos, misturados com alimentos celulares desca-
mados e sangue, e que escoam pelo trato genital.

Os lóquios são:

* Sanquinolentos: Nos primeiros 03 a 04 dias pós-parto.

* Serosanquinolentos: Aproximadamente no 7º dia.

* Serosos: Que pode durar até 22 dias.

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.

3- Lactação

Está dividida em três estágios:

* Mamogênese: É o desenvolvimento da mama, que tem início na puberdade.

* Lactogênese: Logo após o parto, a hipófise começa a produzir o hormônio prolactina, que agindo sobre a glândula mamária estimula a secreção de leite.

* Lactopoiese: É o afluxo do leite até o mamilo e seu fluxo para o exterior (saída).

A formação do leite ocorre no intervalo das mamadas, ficando o leite armazenado até o esvaziamento seguinte.

A simples sucção do seio, pelo lactento desencadeia a secreção dos hormônios prolactina e também a liberação da ocitocina que age entre a musculatura do útero, contraíndo-a e diminuindo a estase sanguínea (sangue parado) dentro do útero.

Modificações Locais e Gerais no organismo

1 - Locais

* Vagina: Requer algum tempo para se recuperar da distensão que sofreu, raramente volta a condição de nulípara. As rugas reaparecem ao fim da 3ª semana.

* Vulva e Períneo: Duvoluem rapidamente, quase re-adquirindo suas características primitivas, desde que as eventuais lacerações do parto tenham sido convenientemente suturadas.

* Colo: Imediatamente após a dequitação colo apresenta-se flácido. Ao fim da primeira semana torna-se tão estreito, que dificilmente admite um dedo.

O orifício externo do colo uterino assume um aspecto de fenda transversal.

odor e aspecto da urina.

* Controle da função intestinal: Para avaliar tendência à obstipação intestinal, que normalmente é corrigida pela dieta e se necessário com laxativos leves após dois dias.

Prescrição de Enfermagem: Questionar junto à paciente função intestinal e administrar medicação se necessário.

* Controle de lactação: Para profilaxia de fissuras mamilares e engurgitamento mamário e outras complicações.

Prescrição de Enfermagem: Orientar a paciente sobre apoiadura; uso de soutien de alças curtas; cuidados com as mamas; importância da amamentação e ensinar técnica correta da mesma.

* Cuidados com o recém nascido: A fim de promover a saúde da criança.

Prescrição de Enfermagem: Orientar a puérpera sobre: Cuidados com coto umbilical, higiene do recém nascido, cuidado com vestiário e alimentação do RN (horário, importância do colostro, valor do aleitamento, cuidados após alimentação).

* Cuidados com terapia medicamentosa: Para profilaxia de efeitos adversos e dar continuidade ao tratamento.

Prescrição de Enfermagem: Ministrando medicação prescrita, estando atento aos efeitos colaterais e outras reações.

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

- * Controle e cuidados com fluidoterapia;
- * Controle e cuidados com sonda vesical;
- * Manter em decúbito dorsal, sem travesseiro por 24 horas em caso de raqueanestesia;
- * Dar banho de leito;
- * Controlar sinais vitais;
- * Enfaixar abdômen antes da deambulação para conforto e prevenção de deiscência de sutura;
- * Observação e cuidados com curativo abdominal: quando seco, só é trocado por ocasião da alta. Quando molhado, observar secreção (cor, odor, aspecto, quantidade); trocar o curativo, fazendo antes a expressão manual dos bordos em toda a extensão.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA

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

I - Assistência de Enfermagem durante o Puerpério Imediato

* Acompanhamento da involução uterina: Tem importância no diagnóstico-da-subinvolução-uterina-e-da-endometrite.

Prescrição de Enfermagem: Medir altura uterina e controlar lóquios.

* Controle de lóquios: Para diagnóstico de retenção de restos placentários ou endometrite e da subinvolução uterina.

Prescrição de Enfermagem: Avaliar quantidade, cor, aspecto e odor dos lóquios, continuamente.

* Acompanhamento de temperatura de 6 em 6 horas: Para diagnóstico de infecção puerperal (temperatura acima de 38º ou mais, por mais de duas horas de puerpérios, excluídas as primeiras 24 horas).

Prescrição de Enfermagem: Verificar a temperatura de 6 em 6 horas.

* Controle de frequência cardíaca: Por que quando elevada pode significar trombose profunda, principalmente se coincidente com temperatura pouco elevada.

Prescrição de Enfermagem: Verificar pulso de 6 em 6 horas.

* Controle da pressão arterial: Para diagnóstico precoce de complicações como: hipovolemia, hemorragia, choque, eclâmpsia pós-parto e outras.

Prescrição de Enfermagem: Verificar pressão arterial de 6 em 6 horas.

* Deambulação precoce: Após 12 ou 24 horas para profilaxia das trombozes e embolias, e da obstipação intestinal.

Prescrição de Enfermagem: Estimular deambulação precoce.

* Higiene vulvar: Cuidados com episiorrafia para profilaxia de infecção e deiscência de sutura.

Prescrição de Enfermagem: Fazer LEA (lavagem externa asséptica) e curativo perinal 3 vezes no dia com antisséptico de mucosa (iodo aquoso).

* Controle de diurese: Para evitar atonia vesical, profilaxia da infecção urinária e controle do balanço hidroeletrólítico, função renal, diagnóstico precoce de lesão vesical.

Prescrição de Enfermagem: Solicitar micção precoce e espontânea e registrar e analisar quantidade, cor,

ALEITAMENTO MATERNO

" O aleitamento materno é um modo inigualado de fornecer o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento saudáveis de todos os bebês normais". (OMS/UNICEF, 1989).

Os valores que o leite materno possui:

* Nutritivo: O leite é o puro alimento que promove a ação de nutrir o bebê, pois contém vitaminas, ferro, sais minerais tais como cálcio, fósforo, sódio, açúcar, proteínas, gorduras e água.

* Imunológico: Promove a ação de imunizar o bebê contra resfriados, gripes, pneumonias, otites, doenças de pele, cólera e mais ainda, evita a diarreia.

* Afetivo: É puro afeto. Promove a ação de amor entre pai, mãe e bebê, cria condições de desenvolvimento das habilidades psicomotoras e da inteligência.

POR QUE AMAMENTAR

O leite materno:

* É perfeitamente adequado às necessidades fisiológicas e psicológicas do lactente.

* É o único adaptado às necessidades nutricionais da criança, sendo superior a qualquer substituto elaborado por cientistas da nutrição.

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

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

O bebê sendo amamentado:

* É mais alegre;

* Tem curva ponderal crescente;

* Sono tranquilo;

* Cólicas, regurgitações e alergias são menores.

A mãe que amamenta:

* Sente-se realizada como mulher;

* O útero volta ao normal;

* O peso normaliza;

* Quanto mais o bebê mama, mais leite produz.

Beneficia o pai porque:

* Vê sua mulher mais feminina;

* Estimula o interesse sexual;

* É menos oneroso para o orçamento familiar.

- Suco de folha amassada de arruda ou salsinha;
- Chá-preto, um saquinho com água filtrada ou fervida.

Desprezar e refazer a cada mamada.

MEDIDAS PARA EVITAR MASTITE E OUTRAS COMPLICAÇÕES

Para pessoal de berçário, alojamento conjunto e maternidade:

* Lavar cuidadosamente as mãos ao manusear cada um dos bebês.

* Lavar as mãos com água e sabão, antes de manusear a mama da puérpera.

* Retirar do berçário, alojamento conjunto ou maternidade todas as pessoas portadoras de infecção.

A puérpera deve sempre:

* Lavar as mãos antes de manusear seu bebê, antes de amamentar e ao ordenhar o leite.

* Trocar e lavar o sutiã diariamente.

* Não usar absorventes mamários.

* Usar sempre sutiã firme e limpo.

* Fazer higiene corporal diária.

* Esvaziar completamente as mamas após cada mamada (caso o bebê não esvaziar).

* Evitar que o bebê faça do mamilo uma chupeta.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

* Sempre orientar as puérperas e a família sobre a importância do leite materno, técnica para amamentar e para a extração do leite e os cuidados com as mamas.

* Permitir que a amamentação do recém-nascido deve ser praticada sobre livre demanda.

* É contra indicado o uso de bicos (chupetas, mamadeiras e chucas).

* É contra indicado o uso de água, solução glicosada, chá, fórmulas lácteas ou outros alimentos, exceto em casos clinicamente indicados.

* É contra indicado o aleitamento cruzado (puérperas amamentarem recém-nascidos de outras mães), pois é uma das fontes de contaminação pelo HIV (Aids).

* No momento da alta, a mãe deve ser orientada sobre a importância da manutenção da amamentação e encaminhada ao centro de saúde mais próximo de sua residência, para acompanhamento precoce nos primeiros quinze dias, levando o cartão da criança devidamente preenchido.

* Orientar as puérperas e familiares a procurar ajuda se estiverem dúvidas sobre a amamentação, como por exemplo a cimama.

* Ao entregar o recém-nascido pela primeira vez no alojamento, estimular a puérpera a amamentar, posicionar corretamente o recém-nascido ao seio e informar sobre os cuidados com a amamentação.

TECNICA PARA AMAMENTAR

- * Lavar as mãos antes de cada mamada.
- * Limpar o mamilo com uma fralda ou pano limpo embebido em seu próprio leite, antes e depois das mamadas.
- * Secar bem as mamas e os mamilos.
- * Escolher posição para amamentar; confortável para a mãe e o bebê.
- * Firmar o mamilo oferecido entre os dedos indicador e médio. Pressionar a mama com o dedo indicador para que o bebê consiga respirar.
- * Introduzir o mamilo e também a aréola na boca do bebê.
- * Ao remover o bebê para outra mama ou ao término da amamentação, colocar o dedo mindinho no canto da boca do bebê e aplicar uma pequena tração em seu queixo.
- * Permanecer em lugar calmo e tranquilo.
- * Colocar o bebê nas duas mamas em todas as mamadas.
- * Fazer o bebê eructar após cada mamada.
- * Deitar o bebê de barriga para baixo ou de lado, depois de eructar.

TECNICA PARA EXTRAÇÃO DO LEITE HUMANO

Todo o leite excedente que o bebê não consegue mamar, deve ser esgotado para conforto da mãe, para evitar problemas como: ingurgitamento mamário, fissuras e mastites.

Ordenha manual ou Bimanual

Ordenha Manual: Com a palma das mãos abraçar a mama, massageá-la com firmeza, sem esticar ou franzir a pele.

Ordenha Bimanual: Sustentar a mama com as duas mãos, abraça-la e comprimila firme, mas delicadamente.

A ordenha mecânica com esgotadeira manual produz irritação e dor na mama e no mamilo.

COMO RECUPERAR O MAMILO FISSURADO

- * Não suspender a amamentação, deixar o bebê sugar mesmo que o mamilo sangre um pouco.
- * Oferecer o mamilo menos dolorido.
- * Deixar o mamilo arejado, exposto ao sol o máximo possível.
- * Usar sobre os mamilos, nos intervalos das mamadas, qualquer um dos seguintes produtos caseiros:
 - Polpa da casca de banana verdolenga;
 - Polpa de mamão verdolenga;

Bibliografia

1 - Campestrini, S.C. Mama Preparada e Amamentação Assegurada. Proama PUC-PR/SMS-Curitiba, Champagnat, 1993.

2 - Carvalho, Enfermagem em Obstetrícia. São Paulo, E.P.U., 1990.

3 - Fangier, O.R.S.Z e Cols. Puérperio Normal. UFSC - Curso de graduação em Enfermagem, VIIIª Fase, Enfermagem Obstétrica e Ginecológica.

4 - Freitas, Fetalli. Rotina em Obstetrícia, 2ª edição, Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

5 - Pizzato, M.G e Poian, V.R.L. Enfermagem Neonológica, 2ª edição, Porto Alegre, Luzzato, 1985.

6 - OMS/UNICEF. Normas e Rotinas para o incentivo ao Aleitamento Materno. Passo 1, Brasília, 1993.

7 - OMS/UNICEF. Proteção, Promoção e apoio ao aleitamento Materno. O papel especial dos serviços materno-infantis, Genebra, 1989.

NOSSOS GRÁVIDOS PREDILETOS: PAPAI E MAMÃE

Prestem atenção:

O Programa de Aleitamento Materno (PROAMA) é o resultado de um convênio entre a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná. A Central de Informações das Mães para a Amamentação (CIMAMA) é um dos projetos do PROAMA, com a participação direta de pessoas que prestam atendimento via telefônica e, em domicílio de forma gratuita ao papai e à

gestante (a que guarda o nascimento do seu bebê),
mamáe
nutriz (aquela que alimenta o bebê).

No caso de dúvidas,
liguem pra gente.
(BIP - RML) 362-2882

AMAMENTAÇÃO

A amamentação oferece ao bebê uma vida saudável devido aos valores que o leite possui, sendo eles:

- Nutritivo:** o leite da mamãe é puro alimento que promove a ação de nutrir o bebê, pois contém vitaminas; ferro; sais minerais tais como cálcio, fósforo, sódio...; açúcar; proteínas; gorduras e água.
- Imunológico:** o leite da mamãe é "puro sangue branco" e promove a ação de imunizar o bebê contra resfriados, gripes, pneumonias, otites, doenças de pele, cólera, e mais ainda, evita a diarreia.
- Afetivo:** o leite da mamãe é puro afeto. Promove a ação de amor entre pai, mãe e bebê

e cria condições de desenvolvimento das habilidades psicomotoras e da inteligência.

TIPIFICAÇÃO DOS MAMILOS

PAPAI E MAMÃE! Como são importantes os mamilos! Vamos conhecê-los?

1. Mamilos normais

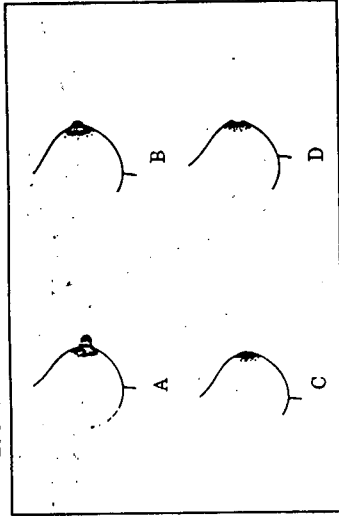


Fig. 1 - Tipos de mamilos: A - muito longo; B - longo; C - plano; D - umbilicado.

a) **Longos** (fig.1-B). É o tipo ideal de que todo o bebê necessita, porque favorece a amamentação.

b) **Elasticos.** É o tipo "vai-vem" que facilita a sucção do bebê.

c) **Escuros** (marrom ou preto). É o tipo que identifica o mamilo que tem pele resistente, que dificilmente racha quando o bebê faz a sucção.

2. **Mamilos normais, porém, diferentes.** São aqueles que necessitam de carinho e muita atenção, desde o início da gravidez. Querem cuidados redobrados.

a) **Muito Longos** (fig. 1-A). Por serem longos o bebê deixa de sugar a aréola e consequentemente retira pouco leite do peito. Nesse caso a mãe necessita de auxílio no momento da amamentação.

b) **Curtos ou planos** (fig. 1-C). O bebê não consegue pegar o mamilo com a língua e prendê-lo no céu da boca, que é o correto. O mamilo é mastigado pela gengiva do bebê e com isso sofre rachaduras.

A orientação técnica é que os mamilos sejam alongados durante a gravidez da seguinte forma:

- pressionar com os dedos indicador ou polegar de cada mão, posicionados em cada lado do mamilo sobre a pele da aréola, para cima, para baixo e para os lados (fig.2);

- girar o mamilo usando os dedos polegar, médio e indicador (fig.3);

- puxar o mamilo e a aréola delicadamente com a ponta dos três dedos, para formá-lo (fig.4);

c) **Voltados para dentro ou umbilicados** (fig.1-D)

Também precisam ser preparados durante a gravidez para sai-

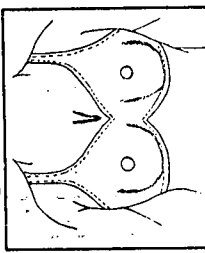


Fig.5

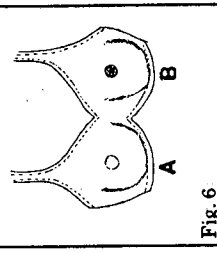


Fig. 6

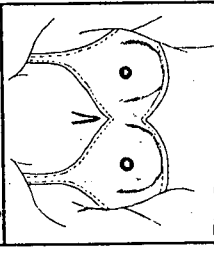


Fig. 7

rem para fora e o bebê poder mamar. Os exercícios são os mesmos dos mamilos curtos ou planos, auxiliados com o uso do Sutiã Preventivo de Traumatismo Mamilar (SUPRETRAUMA), confeccionado da seguinte maneira:

1º - Escolher um sutiã com costuras duplas, alças de ombros reguláveis e taça mamária (fig.5).

2º - Vestir o sutiã e ajustá-lo bem às mamas.

3º - Colocar uma ficha de telefone sobre o mamilo, em seguida,

NOSSOS GRÁVIDOS PREDILETOS: PAPAI E MAMÃE

Prestem atenção:

- O Programa de Aleitamento Materno (PROAMA) é o resultado de um convênio entre a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

- A Central de Informações das Mães para a Amamentação (CIMAMA) é um dos projetos do PROAMA, com a participação direta de pessoas que prestam atendimento via telefônica e, em domicílio de forma gratuita ao papai e à

gestante (a que guarda o nas-
cimento do seu bebê),



(aquela que alimen-
ta o bebê).

*No caso de dúvidas,
liguem pra gente.
(BIP - RML) 362-2882*

AMAMENTAÇÃO

A amamentação oferece ao bebê uma vida saudável devido aos valores que o leite possui, sendo eles:

- Nutritivo:** o leite da mamãe é puro alimento que promove a ação de nutrir o bebê, pois contém vitaminas; ferro; sais minerais tais como cálcio, fósforo, sódio...; açúcar; proteínas; gorduras e água.
- Imunológico:** o leite da mamãe é "puro sangue branco" e promove a ação de imunizar o bebê contra resfriados, gripes, pneumonias, otites, doenças de pele, cólera, e mais ainda, evita a diarreia.
- Afetivo:** o leite da mamãe é puro afeto. Durante o tempo de amor entre mãe e bebê

e cria condições de desenvolvimento das habilidades psicomotoras e da inteligência.

TIPIFICAÇÃO DOS MAMILOS

PAPAI E MAMÃE! Como são importantes os mamilos! Vamos conhecê-los?

1. Mamilos normais

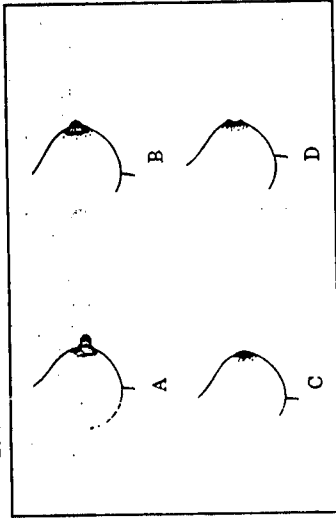


Fig. 1 - Tipos de mamilos: A - muito longo; B - longo; C - plano; D - umbilicado.

a) **Longos** (fig. 1-B). É o tipo ideal de que todo o bebê necessita, porque favorece a amamentação.

b) **Elasticos.** É o tipo "vai-vem" que facilita a sucção do bebê.

c) **Escuros** (marrom ou preto). É o tipo que identifica o mamilo que tem pele resistente, que dificilmente racha quando o bebê faz a sucção.

2. **Mamilos normais, porém, diferentes.** São aqueles que necessitam de carinho e muita atenção, desde o início da gravidez. Requerem cuidados redobrados.

a) **Muito Longos** (fig. 1-A). Por serem longos o bebê deixa de sugar a aréola e consequentemente retira pouco leite do peito. Nesse caso a mãe necessita de auxílio no momento da amamentação.

b) **Curtos ou planos** (fig. 1-C). O bebê não consegue pegar o mamilo com a língua e prendê-lo no céu da boca, que é o correto. O mamilo é mastigado pela gengiva do bebê e com isso sofre rachaduras.

A orientação técnica é que os mamilos sejam alongados durante a gravidez da seguinte for-

- pressionar com os dedos indicador ou polegar de cada mão, posicionados em cada lado do mamilo sobre a pele da aréola, para cima, para baixo e para os lados (fig.2);

- gira: o mamilo usando os dedos polegar, médio e indicador (fig.3);

- puxar o mamilo e a aréola delicadamente com a ponta dos três dedos, para formá-lo (fig.4)

c) **Voltados para dentro ou umbilicados** (fig.1-D)

Também precisam ser preparados durante a gravidez para sai-

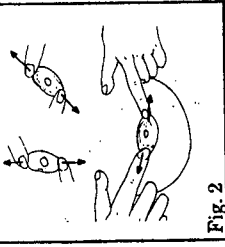


Fig. 2

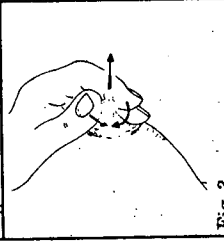


Fig. 3

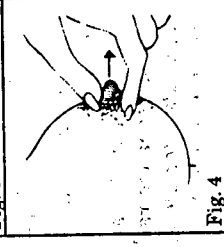


Fig. 4

rem para fora e o bebê poder mamar. Os exercícios são os mesmos dos mamilos curtos ou planos, auxiliados com o uso do Sutiã Preventivo de Traumatismo Mamilar (SUPRETRAUMA), confeccionado da seguinte maneira:

1º - Escolher um sutiã com costuras duplas, alças de ombros reguláveis e taça mamária (fig.5).

2º - Vestir o sutiã e ajustá-lo bem às mamas.

3º - Colocar uma ficha de telefone sobre o mamilo, em seguida,

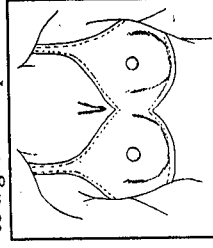


Fig. 5

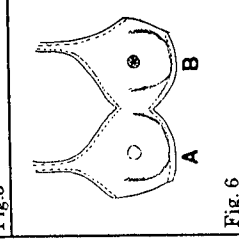


Fig. 6

VOCÊS QUEREM
REALMENTE O MELHOR
PARA O BEBÊ
- O FUTURO DA NAÇÃO? -

ENTÃO, VAMOS LÁ!

- Vamos sensibilizar os empresários para favorecer o aleitamento materno.

- Vamos conscientizar os trabalhadores para o cumprimento dos direitos legais de proteção à infância e à maternidade.

- Vamos estimular o aleitamento materno, como redutor da taxa de mortalidade infantil.

VOCÊS TÊM DÚVIDAS QUANTO AOS DIREITOS E DEVERES DA AMAMENTAÇÃO?

- Solicitem ajuda do pessoal do PROAMA.

- Disquem o nº 322-6533, ramal 108.



24 horas à sua disposição
GRATUITAMENTE

disque:

BIP nº 362-2882 - Código: RML

PARCEIROS:

*** LEMBRREM SEMPRE!**

O leite materno é o alimento mais importante e mais completo para o bebê:

- promove a ação de amor entre pai-mãe-filho e a sociedade,
- contém todos os nutrientes que o bebê precisa até o sexto mês de vida,
- está sempre pronto. Não custa nada,
- protege o bebê contra doenças,
- ajuda o bebê, o futuro cliente, a crescer forte, sadio e inteligente.

*** CONTEM CONOSCO!**

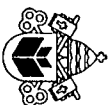
PROAMA - SMS / PUC - Programa de Aleitamento Materno da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná

CIMAMA - Central de Informações das Mães para a Amamentação.

Rua: Comendador Araújo, 252 - 3º andar

Curitiba - 80.420-000 - Paraná

Fone: (041) 322-6533 - Ramal 108



Editora Universitária Champagnat

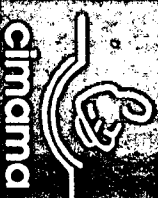
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Rua Imaculada Conceição, 1155 - Prado Velho

CEP 80215-901 - Caixa Postal 16.210

Telefone: (041) 322-1515 - Telex (41) 35085 - Telefax (041) 225-4373

CURITIBA - PARANÁ - BRASIL



INFORMA

**CENTRAL DE INFORMAÇÕES DAS
MÃES PARA A AMAMENTAÇÃO**

CURITIBA - 1993 - AGOSTO - ANO II - NÚMERO 4

A Central de Informações das Mães para a Amamentação (CIMAMA) comemora o primeiro ano de existência do Programa de Aleitamento Materno (PROAMA), apresentando o quarto número de uma série de informativos.

A data coincide com o início da SEMANA MUNDIAL DA AMAMENTAÇÃO COMO DIREITO DA MULHER NO TRABALHO, instituída pela WABA - Aliança Mundial pro-Amamentação - 1º de agosto.

Por esse motivo e por advogar que o bebê precisa ter perspectiva de vida, a CIMAMA divulga informações sobre direitos legais da mulher gestante e nutriz em parceria com os empresários.

O leite materno é um excelente investimento, pois promove a conversa entre o capital, o trabalho e a qualidade de vida. VALE A PENA PENSAR NISSO.

ORIENTAÇÃO AOS PARCEIROS QUANTO AS LEIS QUE PROTEGEM A AMAMENTAÇÃO

CARACTERÍSTICAS

PARCEIROS	LEGISLAÇÃO	DOCUMENTAÇÃO (comprovantes)	DURAÇÃO DO BENEFÍCIO
M	Licença Maternidade Art. 395 - CLT	<ul style="list-style-type: none"> - tempo de gestação - certidão de nascimento - certificado de adoção - atestado de óbito (quando acontecer aborto involuntário) 	<ul style="list-style-type: none"> • 120 dias a partir do 8º mês de gestação ou após o parto. • duas semanas.
M	Auxílio Natalidade Art. 391 a 400 - CLT	<ul style="list-style-type: none"> - carteira de trabalho assinada - comprovante de 8º mês de gestação - certidão de nascimento - atestado de óbito (quando o óbito ocorrer após o 6º mês de gestação) 	<ul style="list-style-type: none"> • até 5 anos após o nascimento do bebê.
P	Licença Paternidade Art. 7º, XIX da CF de 1988 - Das Disposições Transitórias	<ul style="list-style-type: none"> - certidão de nascimento do bebê 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 dias.
B	Garantia de Amamentação ao Peito Art. 9 - Estatuto da Criança e do Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> - nascido vivo 	<ul style="list-style-type: none"> • até aos seis meses = amamentação exclusiva • até aos dois anos = leite de peito mais outros alimentos.
E	Garantia de Alojamento Conjunto (permanecer ao lado da mãe, na maternidade).	<ul style="list-style-type: none"> - ter boa vitalidade (saúde) 	<ul style="list-style-type: none"> • durante as 24 horas do dia (desde o nascimento até a alta hospitalar).
E	Art. 10, V - Estatuto da Criança e do Adolescente		
E	Garantia de Emprego à Gestante Art. 391 a 400 - CLT	<ul style="list-style-type: none"> - comprovante de tempo de gravidez 	<ul style="list-style-type: none"> • desde a confirmação da gravidez até o 5º mês após o parto.
E	Garantia de Creche para o Bebê Art. 389, 397, 400 - CLT	<ul style="list-style-type: none"> - certidão de nascimento do bebê 	<ul style="list-style-type: none"> • até os 6 anos de vida.

Falta Visita



Chegou dia 01/3/94
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.
MINISTÉRIO DA SAÚDE
3ª VIA - UNIDADE DE SAÚDE

Anexo 5

CARTÓRIO

02 - CARTÓRIO DE

03 - Nº DO REGISTRO

04 - DATA DO REGISTRO

05 - MUNICÍPIO

06 - UF

07 - CÓDIGO

RISCO

08 - INDICAR COM UM "X" NO QUADRO LOCAL DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/>	HOSPITAL
<input checked="" type="checkbox"/>	OUTRO ESTAB. DE SAÚDE
<input type="checkbox"/>	DOMICÍLIO
<input type="checkbox"/>	OUTRO LOCAL

09 - ENDEREÇO

10 - MUNICÍPIO

11 - UF

12 - CÓDIGO

13 - NOME DO ESTABELECIMENTO

14 - CÓDIGO

15 - NASCIMENTO

DATA			HORA	MIN.
DIA	MÊS	ANO		
16	02	94		

16 - SEXO

17 - PESO AO NASCER (ATE A 5ª HORA)

18 - ÍNDICE DE APSAS

19 - DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS) (INDICAR COM "X" NO QUADRO)

<input type="checkbox"/>	0 - 21	<input type="checkbox"/>	37 - 41
<input type="checkbox"/>	22 - 27	<input checked="" type="checkbox"/>	42 E MAIS
<input type="checkbox"/>	28 - 36	<input type="checkbox"/>	IGNORADA

20 - TIPO DE GRAVIDEZ (INDICAR COM "X" NO QUADRO)

<input type="checkbox"/>	ÚNICA	<input type="checkbox"/>	MAIS DE 3
<input checked="" type="checkbox"/>	DUPLA	<input type="checkbox"/>	IGNORADO
<input type="checkbox"/>	TRÍPLICE		

21 - TIPO DE PARTO (INDICAR COM "X" NO QUADRO)

<input type="checkbox"/>	ESPONTÂNEO	<input type="checkbox"/>	OUTRO
<input checked="" type="checkbox"/>	OPERATÓRIO	<input type="checkbox"/>	IGNORADO
<input type="checkbox"/>	FÓRCEPS		

22 - NOME

23 - IDADE

24 - GRAU DE INSTRUÇÃO (INDICAR COM "X" NO QUADRO)

<input type="checkbox"/>	NENHUMA	<input type="checkbox"/>	2º GRAU
<input type="checkbox"/>	1º GRAU INCOMPLETO	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR
<input checked="" type="checkbox"/>	1º GRAU COMPLETO	<input type="checkbox"/>	IGNORADO

25 - ENDEREÇO

26 - BAIRRO

27 - MUNICÍPIO

28 - UF

29 - CÓDIGO

30 - FILHOS TIDOS (INDICAR QUANTOS) NÃO INCLUIR ESTA GESTAÇÃO

<input type="checkbox"/>	NASC. VIVOS
<input type="checkbox"/>	NASC. MORTOS
<input type="checkbox"/>	TOTAL

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

31 - NOME

32 - NOME

33 - FUNÇÃO

PARA REGISTRAR ESTA CRIANÇA (OBRIGATÓRIO POR LEI), O PAI OU RESPONSÁVEL DEVERÁ LEVAR ESTE DOCUMENTO AO CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL.

ATENÇÃO: → ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

-Visita domiciliar para captação de crianças de risco:

Nome: F.Familiar:

Endereço:

Fone:

-Faz acompanhamento pediátrico?

()SIM ()NÃO

-Em qual unidade de saúde ou serviço médico?

-Data da última consulta:

-Já precisou de internamento hospitalar?

()SIM Quando?: ()NÃO

-Vacinação:

Sabin	
DTP	
BCG	
Sarampo	
Outra	

-Peso atual:

-Observações gerais:

Data:

Assinatura:

* 1ª visita levar cartão para retorno e identificação.

Levar orientações para ficha de cadastro e melhor horário para vir a esta unidade.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
ASCERVA
RETORNO DE PROGRAMA

C.S.			F.F.		
NOME					
END.					
PROGRAMA:			GRUPO:		
DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO

PMC-SMS 003

MS-67



NASCER EM CTBA

FICHA GERAL DE PEDIATRIA

ANEXO 8

CENTRO DE SAÚDE		2 SEXO		3 GRUPO ETÁRIO		7 FICHA FAMILIAR		8		
		Fem.	Masc.	0 - 11				Baixo Ris.	Alto Risco	
		Data de Nascimento		01 - 14		Sobrenome				
				05 - 14				Data		
PROGRAMA		6 DATA DE ALTA			4 ASSISTÊNCIA MÉDICA					
Não		Grupo Nº			Abandono		INAMPS		Funrural	
Data de Inscrição		1ª Consulta			Clínica		Óbito		IPE	
					Mudança End.		A Pedido		IPMC	
									Outros	
									Nenhum	
Nome						10 RENDA FAM.		11 PRÓCEDÊNCIA		
						S/Renda				
						Até 1 SM				
						De 1 a 3 SM		Cidade		
, Nº, Bairro, Ponto de Referência						De 3 a 5 SM				
Mudança de End.						De 5 a 10 SM				
						Mais de 10 SM		Estado		

AMP.			AMF.		
Asma	Varicela	Caxumba	D. Pulmonar	D. Card. Vasc.	D. Venérea
Asma	Tuberculose	Poliomielite	Hepatite	Úlcera Péptica	Varizes
Dermite	Alergia	Desidratação	Tuberculose	Fumante	Outras
Amplio	Rubéola	Bronquite Asmática	D. Chagas	D. Reumática	Sífilis
Sumonia	Meningite	Convulsões	Pressão Alta	Toxoplasmose	Diabetes
Patite	D. Reumática	Outras	Convulsões	Alcoolismo	

GESTAÇÃO		14 PARTO		15 CONDIÇÕES DE NASCIMENTO		16 DESENV. PSICOMOTOR		17 ÓBITO	
Pré-natal		Normal		Boas		Firmou a Cabeça meses		Data	
		Fórceps		Icterícia					
Medicamentos		Cesárea		Mús		Sentou aos meses		Hospital	
Anemias		Domiciliar		Cianose					
Lesões		Hospitalar		Má Formação		Andou aos meses		Domicílio	
Al. Pré-Natal		Parteira		Apgar 1º 5º		Falou aos meses		Causa	
Grupo X		A Termo		Peso		Altura			
Outras		Gemelar		Aleitamento: (tempo)		Fralda até os meses			
		Prematuro		Natural		Artificial			
3 ANTI-POLIO		DTP		BCG		ANTI-SARAMPO		TOXÓIDE-TET.	
Realizada		Realizada		Realizada		Realizada		Realizada	
Ref.									

DADOS VITAIS					DIAGNÓSTICO	Descrever: Problema Principal; desde quando se manifestou; foi tratado anteriormente; quais os exames feitos; e os medicamentos utilizados, e outras informações. Consulta: Visitas Domiciliares; Exames Prescrições e Orientações.	Ass.
Data	Peso Kg	Temp.	Altura	P.C.			

MS-67



GRÁFICO PARA ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO

MASCULINO

NOME _____

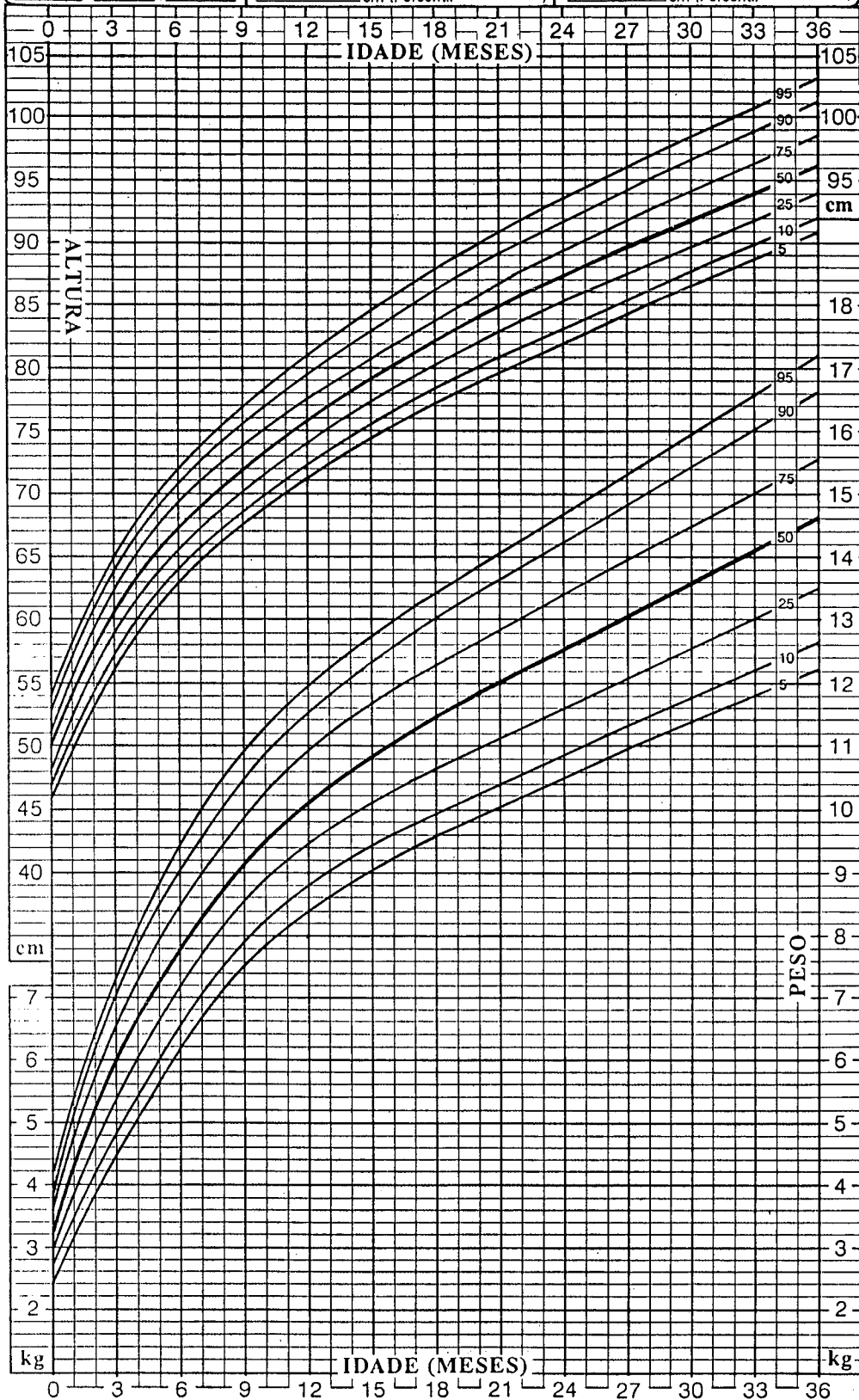
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

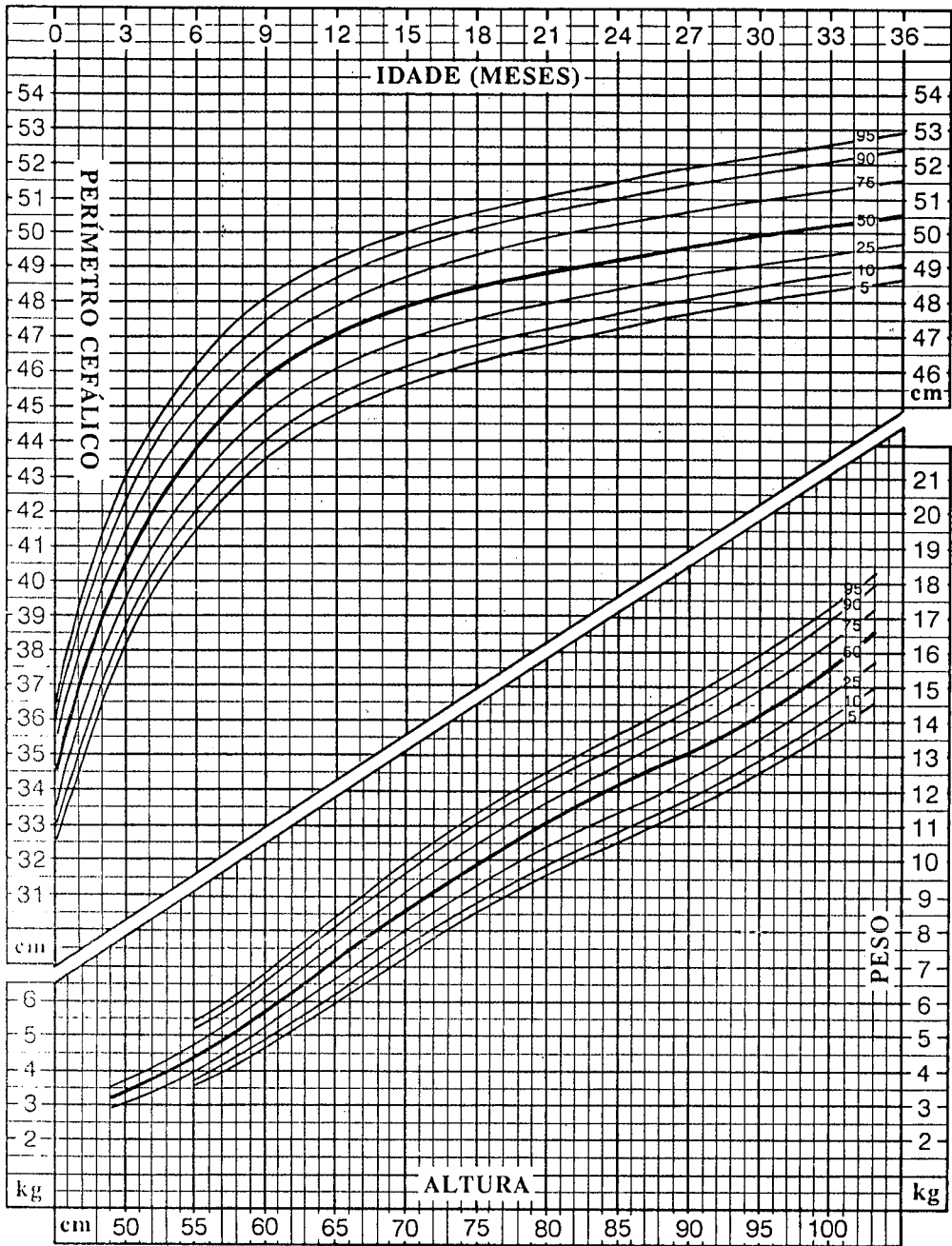
ESTATURA DO PAI _____

cm (Percentil _____)












ESTATURA DA MÃE _____

cm (Percentil _____)





FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

ÉPOCA DA CONSULTA	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO (Resposta Esperada)	IDADE (MESES)															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15			
1 mês		Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (Reflexo de Moro).															
		Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos.															
		Olha para a pessoa que a observa.															
2 meses		Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente.															
		Sorri espontaneamente.															
		Fixa e acompanha objetos em seu campo visual.															
4 meses		Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça, apoiando-se no antebraço.															
		Alcança e pega objetos pequenos.															
		Emite sons - vocaliza.															
6 meses		Levantada pelos braços, ajuda com o corpo.															
		Segura e transfere objetos de uma mão para outra.															
		Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro.															
9 meses		Senta-se sem apoio.															
		Arrasta-se ou engatinha.															
		Responde diferentemente a pessoas familiares e estranhas.															
12 meses		Anda com apoio.															
		Faz gestos com a mão e cabeça (de tchau, de não; bate palmas, etc.).															
		Emprega pelo menos 1 palavra com sentido.															
ÉPOCA DA CONSULTA	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO (Resposta Esperada)	IDADE (MESES)					IDADE (ANOS)										
		11	12	15	18	21	2	3	4	5	6						
18 meses		Anda sozinha; raramente cai.															
		Combina pelo menos 2 palavras.															
		Tira meias e sapatos.															
2 anos		Corre e/ou sobe degraus baixos.															
		Em companhia de outras crianças, brinca isoladamente.															
		Diz seu próprio nome.															
3 anos		Fica sobre um pé momentaneamente.															
		Usa frases.															
		Veste-se com auxílio.															
4 anos		Pula sobre um só pé.															
		Brinca com outras crianças.															
		Reconhece mais de 2 cores.															
5 anos		Pula alternadamente com um e outro pé.															
		Veste-se sozinha.															
		Pede ajuda quando necessário.															

P = Presente

A = Ausente

NV = Não-verificado

Ajude a reconstruir uma vida

Confusas, feridas, rejeitadas, elas chegam em busca de socorro. Algumas são vítimas; outras colhem os frutos de escolhas erradas. Mas todas têm algo em comum: são solteiras, estão grávidas e desamparadas, e não querem abortar a criança.

Acolhemos essas moças com o amor de Jesus Cristo, oferecendo-lhes: alimentação saudável, ambiente de paz, ajuda espiritual, assistência médica e hospitalar, acompanhamento pós-parto, cuidado infantil, berçário, enfim, todo o apoio moral, espiritual e profissional que esteja ao nosso alcance.

Mas elas precisam também da ajuda que só você pode dar.

O Recanto da Paz é mantido por contribuições de pessoas cristãs como você, que ao invés de condenar pessoas necessitadas, são capazes de compreendê-las e amá-las.

Uma pequena contribuição mensal vai ajudar-nos a continuar transmitindo o amor de Jesus Cristo a estas moças carentes que tanto precisam de conhecê-lo pessoalmente e ouvi-lo dizer: "Eu também não te condeno; vai e não peques mais."

**Recanto
da Paz**

OBRA DE AJUDA A JOVENS DESAMPARADAS,
SERVIÇO DA MISSÃO EVANGÉLICA BETÂNIA.
Indústria 700, Caixa Postal 822, 80.000 Curitiba, PR.

— SIM, quero ajudar a reconstruir uma vida. Estou enviando o cheque nominal ao Recanto da Paz no valor de NCz\$ _____.

— Quero maiores informações sobre como enviar minha contribuição mensal.

Nome

Endereço

Cidade

CEP Estado