



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

*VIVENDO O PROCESSO DO NASCIMENTO:
CUIDANDO DO RECÊM-NASCIDO, PUÉRPERA E SUA
FAMÍLIA INSERIDOS NUM CONTEXTO CULTURAL.*



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

*VIVENDO O PROCESSO DO NASCIMENTO:
CUIDANDO DO RECÊM-NASCIDO, PUÉRPERA E SUA
FAMÍLIA INSERIDOS NUM CONTEXTO CULTURAL.*



N.Cham. TCC UFSC ENF 0241

Autor: Santos, Andréia de

Título: Vivendo o processo do nascimento



972523121 Ac. 241405

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0241

Ex.1

**ANDRÉIA DE FÁTIMA SANTOS
MIRTES ANDREIA STUEPP
TATIANA SAUCEDO**

***VIVENDO O PROCESSO DO NASCIMENTO:
CUIDANDO DO RECÉM-NASCIDO, PUÉRPERA E SUA
FAMÍLIA INSERIDOS NUM CONTEXTO CULTURAL.***

*Trabalho de Conclusão do Curso
de Graduação em Enfermagem
da UFSC, realizado na disciplina
Enfermagem Assistencial Aplicada,*

ORIENTADORA: Dda. ROSANE GONÇALVES NITSCHKE.

SUPERVISORAS: ENF^a IVONE ROSINE

ENF^a LINDAURA DOS SANTOS JULIO

ENF^a ENELIR ALVES ADRIANO DA ROSA

FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 1997.

*“D e sua formosura
já venho dizer: é um menino
magro, de muito peso não é,
mas tem o peso de um
homem, da obra do ventre
de uma mulher.”*

AGRADECIMENTOS

À Deus que está sempre presente, nos transmitindo força e sabedoria, durante a nossa caminhada, iluminando nossos caminhos e amenizando nossas dificuldades.

Aos nossos queridos pais responsáveis pela nossa existência e pelos ensinamentos que nos deram a grande oportunidade de podermos estar vivenciando esta etapa tão importante de nossas vidas.

Às famílias as quais cuidamos durante o estágio, pela compreensão e paciência, pois sem as quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

À orientadora Rosane Gonçalves Nitschke, pelo incentivo, apoio, disponibilidade e por ter assumido o compromisso de nos acompanhar na realização deste trabalho.

Às supervisoras, Ivone Rosine, Enelir Alves Adriano da Rosa e Lindaura dos Santos Júlio, que no decorrer do estágio, nos transmitiram experiências, conhecimentos, apoio, alegria e otimismo.

À Maternidade do Hospital Universitário, e à toda equipe de funcionários, os quais mostraram-se prestativos e disponíveis frente as dificuldades que encontramos em nossa caminhada.

Ao CIAM, pela colaboração e empenho ao trabalhar no incentivo ao aleitamento materno.

À Ilca, Marisa, Olga, Evanguelia, Maria da Graça pelo interesse e esforço dispensado para conosco.

Aos nossos amigos e companheiros que estiveram presentes em todos os momentos.

À BRUNA, que nos deu a alegria de nascer durante esta importante etapa de nossas vidas.

SUMÁRIO

1-NASCENDO.....	09
2-OBJETIVOS.....	12
2.1-Objetivo Geral.....	12
2.2-Objetivos Específicos.....	12
3-REVISANDO A LITERATURA.....	13
3.1- A família e o cuidado de suas interações durante o processo do nascimento.....	13
3.2- Cuidando do recém - nascido em suas interações.....	18
3.2.1- Prestando cuidados imediatos ao recém - nascido.....	34
3.2.2- Prestando cuidados mediatos ao recém - nascido.....	37
3.2.3- No alojamento conjunto.....	40
3.3- Cuidando do recém - nascido em sua interação familiar.....	46
3.4- Cuidando da mãe mulher e suas interações familiares durante o puerpério.....	55
3.4.1- Prestando os cuidados de enfermagem durante o puerpério imediato.....	62
3.4.2- Prestando cuidados durante o puerpério tardio.....	64
3.4.3- Prestando cuidados no puerpério remoto.....	65
3.5- Cuidando a interação familiar através da amamentação.....	66
3.5.1- Prestando cuidados quando há problemas de amamentação.....	69
3.5.1.1- Cuidados de enfermagem no engurgitamento mamário.....	71
3.5.1.2- Cuidando da mãe com fissura mamilar.....	74
3.5.1.3- Cuidados de enfermagem à puérpera com mastite.....	78
3.5.1.4- O uso de drogas e o aleitamento materno.....	79
3.5.1.5- Aspectos culturais no cuidado da amamentação.....	83

4- MARCO CONCEITUAL.....	87
4.1- Um Rápido Histórico.....	88
4.2- Alguns Pressupostos.....	89
4.3- Conceitos.....	90
5- CONTEXTUALIZANDO A PRÁTICA.....	96
5.1- Local de estágio.....	96
5.2- As famílias: “o alvo do cuidado”.....	97
6-DESENVOLVENDO UM PLANO DE AÇÃO E	
 AVALIANDO O ALCANCE DOS OBJETIVOS.....	99
7-O QUE NÃO ESTAVA “ NOS PLANOS”.....	104
8-ALGUMAS QUESTÕES ÉTICAS E EDUCACIONAIS	
 DO PROCESSO DE CUIDAR.....	105
9-CONTRUINDO UMA METODOLOGIA PARA APLICAR	
 MARCO CONCEITUAL: O PROCESSO DE CUIDAR	
 EM ENFERMAGEM.....	106
10-REGISTRANDO O PROCESSO DE CUIDAR.....	112
11-APLICANDO E DESENVOLVENDO O PROCESSO DE	
 CUIDAR.....	114
12-PENSANDO SOBRE O QUE FOI TRABALHAR COM O	
 MARCO CONCEITUAL BASEADO NA PROPOSTA DE	
 MADELEINE LEININGER.....	136
13-FAZENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS E	
 CONTINUANDO O PROCESSO DE VIVER.....	142
14- RECOMENDAÇÕES PARA A INSTITUIÇÃO.....	145
15- CONSULTANDO A BIBLIOGRAFIA.....	146
ANEXOS	
APÊNDICES	

RESUMO

Este estudo consiste na implementação de um marco conceitual, num processo de enfermagem fundamentados na Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger e tendo como foco central a cultura a qual o indivíduo está inserido. Foi utilizado a metodologia do processo de enfermagem fundamentado em Leininger que aqui chamamos de Processo de Cuidar, este divide-se em quatro etapas: conhecendo a situação, fazendo o cuidado, analisando o cuidado e avaliando o cuidado. A metodologia foi utilizada com 47 famílias no período de 1º de setembro a 5 de novembro de 1997 no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário em Florianópolis. O cuidado de enfermagem foi planejado e desenvolvido a partir da identificação de cuidados culturalmente transmitidos e realizados nas famílias. Utilizamos os critérios de manter, adaptar ou repadronizar de acordo com a situação encontrada. Ao término do estágio as autoras consideram que o marco conceitual propiciou a valorização do cuidado cultural no contexto familiar durante o processo do nascimento.

1-NASCENDO...

A elaboração e implementação de um projeto assistencial faz parte do currículo do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo requisito obrigatório para a conclusão da VIII fase do curso.

Este projeto teve como objetivo prestar o cuidado de enfermagem à puerpera, recém-nascido e sua família, considerando-os dentro de seu contexto cultural, pois acreditamos que este tem influência direta no cuidado.

No decorrer de nossas experiências acadêmicas sentimos uma maior afinidade na área de obstetrícia e neonatologia, principalmente porque esta área nos propicia trabalhar com a vida no seu princípio. Além disto, na maioria das situações, o processo do nascimento pode ser um período muito alegre, especial e importante da vida das pessoas que dele participam, necessitando de cuidados especiais dos quais dependerá o desenvolvimento saudável deste novo “ser” e daqueles que o cercam nas etapas futuras do seu viver .

De acordo com Leininger (1985), desde o surgimento da espécie humana, o cuidado tem sido essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos. Por isto optamos pela Teoria do Cuidado Transcultural: Diversidade e Universalidade proposta por Madeleine Leininger, para guiar nossa prática assistencial. Acreditamos que

além de propor o cuidado como essência da Enfermagem, ela também integra a cultura na qual se insere o ser humano, e conseqüentemente, a família da qual faz parte. Assim, considera-se que o cuidado popular e profissional, devem estar interligados, sendo que tanto a família quanto o enfermeiro e outros profissionais cuidam, fundamentados na sua visão de mundo, crenças e práticas. Alguns trabalhos na Enfermagem já foram desenvolvidos respaldando a pertinência de se adotar esta teoria ao prestar cuidado durante o processo de nascimento como Patricio (1990), Boehs (1990) e Monticelli (1997).

Este projeto assistencial foi desenvolvido no Alojamento Conjunto (A. C.) da Maternidade do Hospital Universitário (H.U.) no Município de Florianópolis, no período de 1º de setembro de 1997 a 5 de novembro de 1997 (em apêndice nº 1), estendendo-se o cuidado ao domicílio. Deste modo, buscamos atender a puérpera, o recém-nascido e sua família, procurando contribuir para que o processo do nascimento ocorresse de forma que se estabelecesse um vínculo familiar, tornando-se um momento mais harmonioso, seguro e livre de traumas que pudessem interferir no desenvolvimento do mesmo.

O processo de nascimento, envolvendo o puerpério, traz impacto para o processo de viver da família, sendo preciso um redimensionamento nas suas interações. Todos os membros são envolvidos neste processo : pai, mãe, irmão, avós, etc., havendo necessidade de se definir ou redefinir posições e papéis familiares. Tem sido visto por autores como Klaus e Kennell , apud Nitschke (1991), que as interações e os vínculos que ocorrem neste momento tem reflexo em todas as outras etapas subsequentes do processo de viver desta família. Dentro da área de enfermagem alguns trabalhos como de Nitschke (1991), e Ribeiro (1990) também mostram isto.

É importante enfatizar que o vínculo entre pais e o recém-nascido não nasce pronto, mas vai sendo construído (inclusive na fase pré-natal) e se solidificando gradualmente na medida em que o contato se aprofunda. Consideramos a importância da enfermagem na interação entre o recém-nascido, seus pais e sua família em sua cultura, desenvolvendo esclarecimentos sobre seus cuidados, necessidades biológicas, psicológicas, emocionais e sociais, sendo assim também um agente de educação ao prestar o cuidado.

Na sociedade em que vivemos, a família se mostra responsável pelos cuidados à saúde de seus membros de acordo com suas crenças e valores sendo, ao mesmo tempo também, objeto de cuidado da enfermagem.

O desenvolvimento deste projeto pode contribuir como subsídio para a promoção da interação da família ao viver o processo de nascimento, prestando o cuidado, visando a diminuição dos índices de morbidade e mortalidade materno infantil, bem como resgate e valorização de crenças culturais existentes no âmbito familiar.

2-OBJETIVOS

2.1-Objetivo Geral:

Prestar cuidado de Enfermagem à puérpera, recém-nascido e família, com base na Teoria do Cuidado Transcultural: Diversidade e Universalidade de Madeleine Leininger.

2.2- Objetivos Específicos:

1- Ampliar conhecimentos científicos e populares sobre a puérpera, recém - nascido e família;

2- Interagir na unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário, no que diz respeito a estrutura física, clientela e equipe atuante.

3- Conhecer e refletir sobre o cuidado popular e profissional desenvolvido junto a puérpera , recém - nascido e família.

4- Planejar, implementar e avaliar ações junto à puérpera, recém-nascido e família a partir da manutenção, adaptação ou repadronização do cuidado, considerando os aspectos culturais.

5- Promover e proteger o aleitamento materno .

6- Esclarecer dúvidas sobre o cuidado do recém-nascido e puérpera junto à família.

7- Promover a integração do recém-nascido e puérpera na família .

3- REVISANDO A LITERATURA

3.1- A Família e o cuidado de suas Interações Durante o Processo de Nascimento

Segundo Monticelli (1994), antigamente a gravidez, o parto e os cuidados posteriores com a mãe e a criança transcorriam em família, onde as pessoas estavam ligadas por fortes vínculos humanos que constituíam seus suporte sociais. Hoje estes mesmos fenômenos transcorrem em instituições hospitalares onde os vínculos passaram a ser meros contatos superficiais. Isto leva a um sentimento de solidão e de desamparo } e, segundo Climent apud Monticelli (1994), não deve surpreender que as mulheres, seus maridos e famílias “membros solitários e isolados de uma sociedade atomizada” sejam fácil presa de manipulação das maternidades, encaradas como meras empresas que têm verdadeiro poder de decisão e imposição.

Esse contato com as instituições e com profissionais de saúde fizeram com que os indivíduos e famílias passassem a incorporar também em suas práticas populares, os conhecimentos da chamada “medicina científica”. (Inúmeros são os estudos que têm rastreado para esta questão porém são em menor número os que tem aprofundado o fenômeno sob o ponto de vista e visão de mundo dos participantes populares de todo esse processo, particularmente no que diz respeito ao processo do nascimento.)

O que se tem observado é a necessidade de retornar a questão, para vínculos e suportes da família.

{ A maioria dos profissionais da saúde que atuam no processo do nascimento, com raras exceções não tem levado em consideração a experiência das famílias e principalmente a vivência das mulheres durante o processo do nascimento. }

O que se observa durante os estudos das ações desenvolvidas pela família durante o processo do nascimento, desde a concepção até o período pós- parto é que as práticas de saúde não são estanques, nem nos domicílios, nem nas instituições hospitalares. Neste sentido o cuidado é tanto desenvolvido pelos profissionais da saúde, quanto pelas famílias (Leininger, 1979, 1991; Nitschke,1991; Patrício, 1990; Bohes, 1990; Marcon, 1989, Cartana, 1988; Elsen,1984). [Existe uma preocupação bastante grande, principalmente por parte dos enfermeiros que desenvolvem práticas assistenciais em conhecer, considerar e valorizar crenças, valores e práticas populares de saúde para que a assistência possa ser compartilhada.]

[É neste contexto que surgem os diversos marcos conceituais, voltados para a assistência à família, especificamente nos momentos em que se aguarda o nascimento de um novo ser humano e se tenta integrá-lo à sua rede social , após o parto. Afinal o recém-nascido é um acréscimo não apenas à família, de maneira estrita, mas também à comunidade de quem ela é parte integrante (Woortmann apud Boehs, 1990).]

Segundo Boehs (1990), tão difícil quanto dizer o que seria família é falar sobre forma de família e seus integrantes. Linton, apud. Patrício(1990), refere que [as famílias variam amplamente tanto na forma como no conteúdo, parecendo que o traço mais constante refere-se às atividades gerais impostas a seus membros . Há diferença tanto em relação às pessoas que as constituem , quanto em relação às suas funções nas várias

sociedades que somos forçados a concluir que estes traços são determinado por fatores culturais.

A forma de estruturação de uma família é determinada pelos aspectos culturais de cada sociedade em particular. Os valores culturais, as tradições, e a perspectiva histórica determinam a forma de organização familiar.

De acordo com Duvall, apud Atkinson (1989), a família é definida como ligação de duas ou mais pessoas através do casamento, consangüinidade ou adoção.

Para Leonard, apud Atkinson (1989), a família é um sistema social formada por indivíduos que cumprem certos papéis dentro da própria família e que contribuem para o funcionamento do sistema como um todo. Estes papéis guiados por normas culturalmente determinadas são compostos de obrigações e responsabilidade específicas.

Whaley & Wong (1989) afirmam que a família é um sistema aberto e, como tal, contém todos os elementos de um sistema - estrutura, propósito ou função e organização interna. A família possui limites definidos que consistem em elementos (agrupamento natural de pessoas) que interagem mutuamente entre si e com seu ambiente. Como em qualquer sistema, qualquer coisa que afete um dos componentes (pessoa), afeta todos os outros. Qualquer alteração que se origine no interior ou exterior dos limites do sistema causa impacto sobre todos os outros membros deste sistema.

[Na cultura brasileira a palavra família pode ter muitos significados.] Cartana (1988), numa pesquisa realizada em uma comunidade pesqueira com uma população de descendência açoriana, [verificou que a palavra família tem três significados: o **primeiro** refere-se a descendência, isto é, de que a família são os filhos, netos, bisnetos, “o **segundo** é de que a

família são as pessoas que moram na mesma casa”, e o **terceiro**, são as pessoas do coração, isto é, família são todas as pessoas que têm uma ligação afetiva forte quer sejam ou não aparentados.

Na literatura é possível encontrar várias formas de estrutura familiar. Prado apud Nitschke (1991) faz um resumo: a forma de **família nuclear** é aquela composta de um casal e seus filhos; **família extensa** é a família onde várias gerações convivem no mesmo espaço; **famílias alternativas** que ocorrem sob variadas circunstâncias como: casamento experimental que é a união de pessoas que só é legalizada após o nascimento do primeiro filho, bem como família de homossexuais com filhos adotivos ou resultantes de união anterior. Prado ainda cita que no Brasil há diferenças concretas nas formas de família entre os estratos sociais. No estrato dominante a família se mantém ainda de forma extensa, isto é, formando ainda um grande conjunto, sendo guiados por um membro, que controla o patrimônio familiar e de certa forma a vida de seus membros. No estrato médio a família tende a ser nuclear, mas profundamente mergulhada na rede de parentesco. No estrato marginalizado há maior diversidade nas formas de família: aglomerados de solidariedade de pessoas da mesma origem, famílias nucleares em que o casal não é unido por laços legais, famílias chefiadas por mulheres.

Quanto a função da família, Whaley & Wong (1989), afirmam que, na maioria das sociedades, a família parece exercer três funções principais para com seus membros : proporcionar cuidados físicos, educar e treinar para adaptação a cultura e sociedade e assumir a responsabilidade pelo bem estar psicológico e emocional dos mesmos. Duvall, apud Atkinson (1989) define as funções da família como aquilo que ela tem que fazer afim de suprir as necessidades de seus membros, para sobreviver e dar uma contribuição para a sociedade. Para Gershwin e Nilsen, apud

Nitschke (1991), a família possui cinco atribuições principais: conseguir a sobrevivência econômica, oferecer proteção, transmitir valores e religião, educar as crianças e jovens e conferir “status”.

Cartana(1988), mostra que as famílias constituem-se numa rede social que fornece auxílio em todas as áreas, inclusive no auxílio em situação saúde - doença.

× Bomar, apud Nitschke(1991) cita ainda que uma das maiores atribuições da família é o cuidado à saúde. A família é primariamente responsável pela maioria de seus cuidados para a saúde durante os ciclos de saúde e doença. Tais cuidados incluem tanto ensinamentos das práticas de cuidado à saúde, como também a garantia de suporte social, como ocorre no processo de desenvolvimento das famílias durante o nascimento de um novo membro.

Patrício (1990) e Boehs(1990) trabalhando com famílias de Florianópolis de adolescentes grávidas solteiras e recém-nascidos respectivamente, identificaram a família como uma unidade de cuidados para a adolescente, seu recém - nascido e demais membros através de práticas próprias das famílias, das suas relações e daquelas indicadas pelos serviços de saúde disponíveis.

[Boehs (1990) realizando seu trabalho com famílias de recém-nascidos dentro de uma perspectiva transcultural afirma que o nascimento de um novo membro da família inicia um novo ciclo de desenvolvimento, ocasionando variações culturais que irão influenciar em como esta irá se organizar, como cuidará de seus filhos, como manterá relações com os outros membros da família.]

De acordo com Duvall, apud Boehs (1990), a família passa por diferentes etapas durante seu processo de viver, dentre elas, está o que

considera família em expansão, o que é caracterizada pelo nascimento de um novo ser.

Ao cuidar da família em expansão encontramos membros como o RN e a puérpera que aqui destacaremos somente por questões didáticas, ressaltando-se que estão em constante interação dentro de um sistema, ou seja o sistema familiar.

3.2 - Cuidando do Recém - nascido em suas interações

Para que a enfermagem possa cuidar das necessidades do RN, torna-se indispensável o conhecimento de suas características biopsicossociais, a fim de que possam servir de parâmetro para comparações que levem a um diagnóstico de alterações quando ocorrem.

A classificação dos RN é atualmente bem compreendida graças às pesquisas realizadas nos últimos anos, nos campos de perinatologia e neonatologia. { A A.A.P. (Academia Americana de Pediatria, 1984) recomenda que todos os recém-nascidos sejam classificados de acordo com: o peso de nascimento, a idade gestacional e alguns padrões de crescimento intra-uterino. }

{ A OMS adota como parâmetros para classificação dos RN: peso de nascimento e idade gestacional. Na prática diária, os parâmetros atualmente utilizados para a classificação dos RN, seguem os adotados pela OMS. }

Em anos anteriores, as experiências clínicas mostravam que o peso do nascimento era um índice “razoavelmente bom” do risco em que se encontrava exposto um RN, pois muitas crianças de baixo peso apresentavam evolução favorável durante o período neonatal. No entanto, também era observado que algumas crianças de maior tamanho

apresentavam problemas importantes de adaptação à vida extra-uterina. Na atualidade, desaconselha-se uma classificação baseada unicamente no peso uma vez que isto contribui para nivelar diferenças clínicas importantes entre crianças de tamanho (peso) semelhante, mas de idade gestacional diversa.

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

A avaliação de idade gestacional é realizada por meio de alguns critérios, como os que seguem:

Avaliação obstétrica é aquela realizada através da data da última menstruação e pela avaliação clínica da gestante. É um método objetivo e bastante seguro, mas deve-se levar em consideração alguns inconvenientes como: falta de informações precisas de regularidade nos ciclos menstruais, uso de anticoncepcionais e desconhecimento da data em que ocorreu a última menstruação.

Na avaliação clínica, merece destaque a avaliação da altura uterina e identificação precoce de sinais como a ausculta dos batimentos cardíacos fetais.

Na avaliação laboratorial, ressaltam-se os exames de urina as determinações hormonais e a dosagem de substância no líquido amniótico, através de amnioscopia e amniocentese.

Na avaliação radiológica, o estudo radiológico evidencia, em torno da 35ª e 37ª semanas de gestação, a presença de núcleos de ossificação na epífise proximal do fêmur e distal da tíbia.

Na avaliação por ultra-som, encontram-se valores acima de 8,5 cm em crianças com peso acima de 2500 gramas na medição do diâmetro biparietal do feto.

Na avaliação clínica, por sua vez, existem basicamente quatro métodos para avaliação da idade gestacional: critério físico, exame neurológico, exame físico e neurológico associados e exame do cristalino.

Estes foram bem avaliados e descritos por autores como Michell, Farr, Dubowitz, Usher, Ballard, Capurro e outros. Sendo que o exame neurológico só deve ser feito com o recém-nascido em estado de alerta e calmo.

Em alguns RN não é possível a realização do exame neurológico até o 2º. ou 3º. dia de vida. Nos RNs em tratamento intensivo os parâmetros neurológicos podem ficar completamente comprometidos.

O método mais utilizado para a avaliação da Idade Gestacional do RN em nosso meio é a avaliação somática de Capurro, com as variáveis: textura da pele, forma da orelha, glândula mamária, formação do mamilo e pregas plantares, conforme explícito a seguir:

Método de Capurro (somático)

Textura da pele	0	5	10	15	20
Forma da orelha	0	8	16	24	
Glândula mamária	0	5	10	15	
Pregas plantares	0	5	10	15	20
Formação do mamilo	0	5	10	15	

Textura da pele

0 – muito fina, gelatinosa

5 – fina e lisa

10 – algo mais grossa, discreta descamação superficial

15 – grossa, rugas superficiais, descamação nas mãos e pés

20 – grossa, apergaminhada

Forma da orelha

- 0 – chata disforme, pavilhão não encurvado
- 8 – pavilhão parcialmente encurvado na borda
- 16 – pavilhão parcialmente encurvado em toda parte superior
- 24 – pavilhão totalmente encurvado

Glândula mamária

- 0 – não palpável
- 5 – palpável, menos de 5 mm
- 10 – entre 5 e 10 mm
- 15 – maior que 10 mm

Pregas plantares

- 0 – sem pregas
- 5 – marcas mal definidas sobre a parte anterior da planta
- 10 – marcas bem definidas sobre a metade anterior e sulcos no terço anterior
- 15 – sulcos na metade anterior da planta
- 20 – sulcos em mais da metade anterior da planta

Formação do mamilo

- 0 – apenas visível
- 5 – aréola pigmentada, diâmetro inferior a 7,5 mm
- 10 – aréola pigmentada, pontiaguda, diâmetro inferior a 7,5 mm, bordo não levantado
- 15 – bordo levantado, diâmetro superior a 7,5 mm

$\text{Idade gestacional em semanas} = 204 + \frac{\text{contagem dos pontos}}{\text{constante K}}$

Exemplo de um resultado de Capurro:

204 (constante) + 66 (contagem dos pontos obtidos nas 5 variáveis) = $270 \div 7 = 38s\ 4\ d.$, ou seja, idade gestacional do RN = trinta e oito semanas e quatro dias.

De acordo com Lubchenco e Cols. apud Monticelli (mimeo, 1996) a classificação do RN pela idade gestacional, é a seguinte:

O pré-termo são crianças nascidas com menos de 37 semanas, ou seja, até 36 semanas e 6 dias.

A crianças a termo são nascidas entre 37 semanas e 42 semanas de gestação.

O pós-termo são crianças nascidas após 42 semanas de gestação.

No exemplo dado anteriormente, o RN seria classificado como sendo **a termo**.

Ziguel (1986) oferece um modo de classificação que aponta algumas nuances sutis de diferenças, se comparadas ao esquema de classificação proposto por Lubchenco e Cols apud Monticelli (mimeo, 1996).

imaturo: nascido com menos de 36 semanas de gestação.

pré-termo: nascido entre 36 e 37 semanas completas de gestação.

a termo ou maturo: nascido entre 38 e 42 semana de gestação.

pós-termo: nascido depois de completadas 42 semanas de gestação.

Em nosso meio, tem sido usada a classificação apontada por Lubchenco e Cols apud Monticelli (mimeo, 1996).

Em resumo, para calcular a idade gestacional do RN, deve-se proceder, inicialmente, à avaliação somática de Capurro (ela fornece o

número de semanas e de dias que a criança possui) e, em seguida observa-se a classificação de Lubchenco e Cols. a fim de “rotular” se o RN é pré-termo, á termo ou pós-termo.

No caso dos pré-termo com menos de 1500 gramas utiliza-se o método de Ballard modificado, sendo que o Capurro é inadequado.

Ballard leva em consideração as variáveis: pele, lanugem (no dorso), seio, orelha, sulcos plantares, genital masculino e feminino, com pontuação de 0 a 5 , conforme quadro a seguir.

Método de Ballard modificado

	0	1	2	3	4	5
Pele	Gelatinosa, vermelha, transparente	Lisa, rosa, veias visíveis	Descamação superficial, poucas veias	Fendas superficiais raras veias	Apergaminhada fenda profunda	Fenda profunda, enrugada
Lanugo	(no dorso)	Nenhum	Abundante	Delgado	Pequena quantidade	Praticamente sem lanugo
Seio	Apenas perceptível	Aréola chata, sem botão	Aréola puntiforme Borda não elevada 1-2mm	Aréola puntiforme Borda elevada. Glândula mamária 3-4mm	Aréola bem formada. Glândula mamária 5-10mm	
Orelha	Pavilhão liso permanece dobrado	Pavilhão levemente encurvado, desdobra levemente	Pavilhão encurvado, desdobra facilmente	Pavilhão bem formado e firme, desdobra imediatamente	Cartilagem grossa, orelha rígida	
Sulcos plantares	Sem sulcos	Marcas	Sulcos somente no 1/3 anterior	Sulcos nos 2/3 anteriores	Sulcos em toda a sola	
Genital masculino	Bolsa escrotal vazia, sem rugas	-	Testículos descendo, poucas rugas	Testículos na bolsa, rugas	Testículos na bolsa, rugas profundas	
Genital feminino	Pequenos lábios, clitóris proeminentes		Pequenas e grandes lábios, igualmente proeminentes	Grandes lábios quase cobrindo os pequenos lábios	Clitóris e pequenos lábios completamente cobertos	

SCORE

5 10 15 20 25 30 35 40 45 50

SEMANAS

26 28 30 32 34 36 38 40 42 44

Embora a avaliação somática de Capurro forneça a idade gestacional do RN, ela não permite uma classificação completa em termos da relação peso do RN x idade gestacional do RN. A tabela proposta por Battaglia e Lubchenco é utilizada então (posteriormente à avaliação de Capurro) para a decisão classificatória que apontará o RN como sendo PIG (pequeno para a idade gestacional); AIG (adequado para a idade gestacional) ou GIG (grande para a idade gestacional):

- entre percentil 10 e 90: RN com peso adequado para a idade gestacional;
- acima de percentil 90: RN grande para a idade gestacional;
- abaixo de percentil 10: RN pequeno para a idade gestacional.

Exemplificando, caso um RN tenha peso ao nascer de 2820 gramas e idade gestacional (obtida através do Capurro) de 38 semanas e 2 dias, sua classificação, segundo Battaglia e Lubchenco seria: AIG (Adequado para a Idade Gestacional).

Na maternidade do H.U., prestamos o cuidado na sua maioria, ao recém-nascido a termo, onde o mesmo é considerado toda a criança nascida viva, antes de completar a trigésima sétima semana de gestação, a partir do último período menstrual. As demais crianças que pesem 2500 gramas ou menos ao nascer, com idade gestacional superior a 37 semanas, considera-se que tiveram um crescimento intra-uterino menor que o esperado, denominando-se recém-nascido de baixo peso corporal.

Cabe destacar, que a prematuridade e o baixo peso ao nascer são muitas vezes concomitantes, principalmente nas crianças com menos de

1500 gramas, e ambos, prematuridade e baixo peso ao nascer se associam ao aumento de morbidade e mortalidade neonatal.

De acordo com o tempo de gestação, caberia ainda, classificar a criança pré-termo em:

– **Pré-termo limítrofe** (37-38 semanas): são aquelas que apresentam comumente um peso de nascimento, igual ou inferior ao RN sadio, porém manifesta sua prematuridade por excessiva icterícia ou lentidão para se alimentar. Pode ocorrer, ocasionalmente, síndrome de dificuldade respiratória com risco de vida;

– **Moderadamente pré-termo** (31-36 semanas): apresentam deficiências fisiológicas que podem ser contornadas com eficiência, usando-se técnicas terapêuticas modernas. As mortes relacionadas com prematuridade são raras por doenças específicas, sendo mais freqüentes por síndrome de dificuldade respiratória ou infecção severa;

– **Extremamente pré-termo**: são aquelas que apresentam menores chances de sobrevivência. Atualmente obtêm-se bons resultados com quase todos os RN de 28 a 30 semanas. O prognóstico para crianças de 24 a 27 semanas ainda é reservado, mas está sendo melhorado através do conhecimento dos mecanismos patogênicos neste grupo etário. As crianças desenvolvem problemas múltiplos e interligados nesta faixa de idade gestacional.

Embora seja impossível assegurar com rigor quais as cifras de parto pré-termo em nosso país, visto as falhas de registro de nascimento, podemos calculá-la em torno de 10 a 12% de todos os partos.

No período neonatal a mortalidade e morbidade tem sido maiores em crianças com problemas relacionados com a proporção entre o tempo gestacional e o peso.

A proporção aumenta consideravelmente no sentido inverso ao peso de nascimento, sendo que nos recém-nascidos com peso inferior a 2500 gramas é 10 vezes maior e o índice de sobrevivência do RN pré-termo com peso inferior a 1000 gramas é de 5%.

Podemos constatar, então, que a nossa população materno-infantil é uma população de alto risco e necessita de uma assistência melhorada.

Estudos provam que a incidência de prematuridade tende a diminuir com a melhoria da assistência perinatal.

Quanto às taxas de letalidade, observa-se que nos países desenvolvidos são menores que as nossas, o que provavelmente se deve as unidades de cuidado intensivo bem aparelhadas e melhores recursos humanos na assistência ao pré-termo.

As causas dos partos pré-termo, supostamente conhecidas, compreendem as relacionadas a patologias maternas, distúrbios da gestação e causas exclusivamente fetais, como, por exemplo, as malformações congênitas. Dentre as primeiras, teríamos:

- **desnutrição materna:** uma nutrição deficiente na gravidez, pode reduzir materialmente o tamanho do RN e, ainda, pode levar a infertilidade ou abortos precoces;

- **idade materna avançada:** a musculatura responsável pela manutenção da vida intra-uterina da criança até completar-se a trigésima sétima semana de gestação, encontra-se mais debilitada.

- **toxemia:** a eclâmpsia ou pré-eclâmpsia ou hipertensão crônica, incide significativamente em partos pré-termo (cerca de 25%) e constitui ainda, motivo para indução do parto prematuro;

- **diabete:** alto risco para a gestante e o feto;

- **hipertireoidismo:** se tratado não há maiores problemas;

- **sífilis:** determina lesão em órgãos e provoca expulsão prematura; se diagnosticado cedo pode ser tratado com sucesso;
- **tuberculose:** é irrelevante com os métodos de profilaxia e tratamento;
- **rubéola:** não é considerada causa significativa de prematuridade, mas sim de anomalias congênitas e crianças com baixo peso ao nascer.

As causas de Prematuridade relacionadas à distúrbios da gestação, seriam: – **partos múltiplos:** considerado fator predisponente; – **placenta prévia:** devido às hemorragias que ocorrem no fim do primeiro trimestre; – **descolamento prematura da placenta:** no último trimestre de gestação; – **hemorragias uterinas diversas:** as causas desconhecidas de parto pré-termo compreendem o nível sócio-económico que aponta alta incidência de má nutrição fetal, anemia, cuidados pré-natais inadequados ou ausentes, antecedentes de ineficácia reprodutiva (abortos, infertilidade relativa, partos de crianças mortas).

Outros fatores também presentes são: mães que trabalham fora e interferências externas sobre o curso da gravidez que venha a provocar uma estimulação precoce de contrações uterinos com conseqüente expulsão do feto. A estes fatores, acrescenta-se, primiparidade jovem, raça negra, uso excessivo de fumo, altitude excessiva (menos oxigenação) e drogas em geral.

Também são considerados fatores determinantes, os acidentes, traumas (quedas ou pancadas), esforço físico, relações sexuais na última fase da gestação, traumas cirúrgicos, choques emocionais.

Agrupando todas as causas já citadas, teremos fatores etiológicos de parto pré-termo, pertencentes a dois grupos: – os que provocam expulsão da criança normal em pleno desenvolvimento (traumas

físicos e psíquicos, fadiga e ruptura prematura de membrana) – os que exercem ação nociva sobre o feto, resultando no nascimento precoce (infecções crônicas e agudas, toxemias e a desnutrição).

A enfermagem desempenha importante papel no pré-natal, orientando cuidados profiláticos que diminuam a incidência de partos pré-termo por causas evitáveis.

As causas de parto pré-termo, resultante de gestações que não completem 37 semanas de duração, são inúmeras, dentre elas, muitas poderiam ser radicalmente afastadas ou, em casos mais delicados, serem contornadas se houvesse acompanhamento pré-natal, o que permitiria maior aproximação possível de uma gestação à termo, propiciando a maturação do feto e conseqüentemente, melhores condições para o desenvolvimento do RN.

O acompanhamento pré-natal consiste de consultas regulares com médico e enfermeiro. As consultas médicas devem ser mensais até o oitavo mês de gestação e a partir daí, semanais.

A assistência de enfermagem deveria desenvolvida durante todo o período de gestação com maior ênfase por ocasião do curso profilático.

O controle pré-natal deveria incluir a realização de exames laboratoriais periódicos, dieta apropriada para gestantes (rica em proteínas, com adequado teor de sal, vitaminas, sais minerais, etc.), orientação quanto às atividades permitidas e não permitidas durante a gestação e quando procurar um serviço de saúde em casos de anormalidades tais como: sangramento, contrações intensas, cefaléias persistentes, transtornos visuais, edemas de mãos, pés e rosto, etc. É importante também a orientação relativa à atividade, para manutenção de saúde mental da gestante.

A criança pré-termo, não tendo desenvolvido seu tecido adiposo suficientemente, apresenta uma fâcie senil, mantendo esse aspecto

durante um período tanto mais prolongado quanto mais baixo houver sido seu peso ao nascer. Os olhos de dimensões exageradas em relação à face, mostram certo grau de exoftalmia. Nota-se pescoço curto e queixo apoiando-se diretamente na caixa torácica.

Quanto menor o peso, maior a taxa de mortalidade. Possibilidades de sobrevivência maiores na razão direta do peso ao nascer, estabelecendo-se uma taxonomia prognóstica denominada: – pré-termo viável: 1000 a 2500 gramas - pré-termo pré-viável: 500 a 1000 gramas

A perda de peso fisiológica é mais acentuada e, enquanto o RN a termo recupera-o em mais ou menos 8 dias, o pré-termo só consegue após 15 a 20 dias, quando suas condições são satisfatórias.

Quanto à estatura, a medida do vértice ao calcânhar é o método mais fiel para estimar a maturidade, porque mantém uma relação acentuadamente constante com a vida intra-uterino e é pouco afetada por outros fatores.

O pré-termo pré-viável e o viável oscilam entre 35 a 47 cm.

O crânio do pré-termo tem forma arredondada ou ovóide. As fontanelas e suturas estão quase fechadas, sendo que se ampliam na segunda semana de vida. O perímetro cefálico está em torno de 25 a 32,3 cm. O Perímetro torácico está entre 28,8 a 29,5 cm.

Abdômen: além de volumoso e quase sempre muito distendido por gases, deixa perceber pela transparência da pele local a arborização venosa superficial.

O umbigo em relação à sínfise púbica, encontra-se em posição mais baixa do que o do RN a termo. Nota-se com grande frequência hérnias umbilicais.

Os Membros, são curtos, débeis e enfraquecidos, inteiramente hipotônicos. As unhas não atingem o rebordo digital.

A Pele é delicada, de coloração pálida ou avermelhada ao contrário da pele rósea própria do RN a termo. A fragilidade capilar é notável, observando-se manchas de aspectos purpúrio, principalmente na face constituindo a “máscara equimótica”. Abundante lanugem nas extremidades. Devido à imaturidade renal, observa-se a formação de edemas, sem grave significação prognóstica.

No sexo masculino, observa-se os testículos na cavidade abdominal e a bolsa incompletamente formada, notando-se apenas o esboço da pele escrotal com pouco relevo, aderida à região do períneo; alguns dias após o nascimento, com a descida testicular, a bolsa se forma e toma-se pendente.

No sexo feminino, o aspecto da genitália é grotesco e rudimentar, mostrando-se tumefeita e inchada, os grandes lábios estão muito afastados e os pequenos lábios quase ausentes, dando à região um aspecto deformado.

Fenômenos pubertários não são observados, nem tumefação mamária nos dois sexos, nem hidrocele fisiológica nos meninos. Nas meninas não observa-se a perda sangüínea vaginal de primeira semana, sendo que este fato é explicado porque os hormônios placentários responsáveis por essas manifestações passageiras são liberados apenas nos últimos dias da gestação à termo e não podem ser descarregadas no sangue do feto quando este é expelido antecipadamente.

Quanto aos reflexos, o reflexo de moro está incompleto na vigésima quarta semana, sendo que na vigésima oitava encontra-se completo porém débil.

O reflexo de sucção aparece na vigésima quarta semana e desde aí vai se tomando cada vez mais enérgico, na trigésima segunda semana

ainda não é sincrônico com a deglutição, e com 34 semanas é sincrônico e permite a alimentação da criança no seio materno.

No reflexo dos pontos cardeais, observa-se que o RN dirige sua cabeça na direção do estímulo, de forma débil entre a vigésima quarta e vigésima oitava semanas, porém, por volta da trigésima segunda semana este reflexo já se apresenta de forma enérgica. Os movimentos de marcha automática, verificam-se a partir da trigésima quarta semana. A partir da trigésima sétima semana se verifica o reflexo sobre as pontas dos pés e na quadrigésima semana o RN apoia as plantas dos pés completamente.

Quanto mais pré-termo o RN, mais deficientes serão as suas funções :No aparelho respiratório, o reduzido número de capilares em contato com os alvéolos imaturos e a fragilidade dos músculos intercostais levam a uma expansão pulmonar deficiente e à dificuldade respiratória. Em consequência, o RN prematuro pode apresentar freqüentes crises de cianose, nas sua primeiras semanas, com apnéia, respiração periódica e tiragem sub-costal, movimentos respiratórios superficiais irregulares e do tipo abdominal. A freqüência respiratória é em média de 58bpm e podem ser auscultadas finos estertores.

No aparelho circulatório, o coração apresenta-se relativamente grande, havendo uma freqüência cardíaca em torno de 130bpm. A taquicardia pode ocorrer por conta do desenvolvimento insuficiente do centro inibidor cardíaco.

Existe uma tendência à hemorragias cutâneas e mucosas devido a pequena resistência dos vasos sanguíneos e anormalidades do mecanismo de coagulação do sangue.

No aparelho digestivo, os reflexos de sucção e deglutição estão ausentes ou fracos. Há tendência a vômitos e distensão abdominal devido à

flacidez da cárdia e à hipotonia do piloro, podendo-se atribuí-las ocasionalmente, também a excesso alimentar.

Podem apresentar facilmente diarreia causada por infecção enteral ou parenteral baixa tolerância aos alimentos e deficiência de enzimas (amilase e lipase pancreática).

O fígado é relativamente grande e palpável em sua borda inferior, havendo imaturidade e funções deficientes, levando a hipoglicemia, hipoproteinemia, hipoprotrombinemia e hiperbilirrubinemia.

A icterícia fisiológica, mais intensa e demorada, é causada pela atividade deficiente da enzima hepática (glicuronil transferase), encarregada da junção do glicuronato à bilirrubina.

O rim apresenta-se pobre em capilares; glomérulos e néfrons estão em desenvolvimento e a função renal ainda é deficiente. Em consequência, há baixa filtração glomerular e precária função tubular, diminuindo a capacidade de eliminação de sódio, uréia, fósforo, potássio e cloretos, tendendo ao edema e em parte á acidose. A urina é escassa em volume, rica em uratos e fortemente ácida.

O Sistema termoregulador, apresenta-se imaturo, havendo também influência na produção insuficiente de calor o baixo metabolismo basal, a pequena atividade muscular e a parca ingestão de alimentos nos primeiros dias de vida. A perda calórica está aumentada devido á maior superfície corporal em relação a massa e escassez de tecido adiposo, com os capilares superficiais. Um superaquecimento conduz facilmente à hipertermia e desidratação. Os reflexos estão abolidos ou diminuídos devido à mielinização incompleta das sinapses nervosas. Assim funcionam precariamente os reflexos de sucção, deglutição e tosse, bem como os da vida vegetativa (termorregulação, contrações cardíacas e respiração).

O RN pré-termo tem uma certa tendência á acidose. Processos infecciosos pulmonares ou intestinais, alimentação incorreta, falta de líquidos e desenvolvimento incompleto dos rins poderá alterar sua reserva alcalina habitualmente baixa e variável.

Quadro comparativo entre as características do RN pré-termo e a, termo ,segundo Crosse (1980).

Características	RN pré-termo	RN a termo
Pregas plantares	Unicamente pregas transversais anteriores	Planta coberta de pregas
Diâmetro do nódulo mamário	02 a 04 mm	05 a 07 mm
Cabelo	Fino e escasso	Sedoso e cheio
Lóbulo da orelha	Pregável, ausência ou escassez de cargilagem	Rígida, com cartilagens
Genitália masculina	Testículos no canal inferior, escroto pequeno com escassez de rugas	Testículo no escroto, rugas amplas
Genitália feminina	Pequenos lábios não cobertos pelos grandes lábios.	Pequenos lábios cobertos pelos grandes lábios
Unhas	Moles, atingem no máximo a ponta dos dedos	Projetam-se além da ponta dos dedos
Pele	Pregueada e vermelha, pouca gordura sub-cutânea	Rósea e lisa, presença de gordura sub-cutânea
Vitalidade	Fraco e preguiçoso, sonolento, choro fraco, sucção fraca ou ausente	Forte e ativo, acorda para mamar, choro forte
Comprimento	Menos de 47 cms	Mais de 47 cms
Peso	2500 gramas ou menos	Acima de 2500 gramas
P. C. (Perímetro cefálico)	Menos de 33 cms	Mais de 33 cms
P. T. (Perímetro torácico)	Menos de 29 cms	Mais de 29 cms
Umbigo	Mais perto da sínfise pubiana	Entre a sínfise pubiana e o apêndice xifóide

3.2.1 - Prestando cuidados imediatos ao recém - nascido

Entende-se por cuidados imediatos, aqueles prestados ao RN logo após o nascimento, ou seja nas duas primeiras horas que se seguem após o parto, sendo feito ainda no centro obstétrico, como por exemplo a credeização.

Receber o RN, calçando luvas. O uso de luva objetiva proteger a equipe de saúde devido a presença de secreções corporais, líquido amniótico e eventualmente sangue.

Colocar o RN em berço aquecido e utilizar uma compressa macia para retirar o excesso do líquido amniótico que envolve o RN, contribuindo assim para a minimização do choque térmico e também restringem a perda de calor.

Aspirar o RN. A aspiração de secreções das vias aéreas contribui para a boa ventilação do RN. De acordo com Pizzato e Da Poian (1988) a criança deverá ser recebida, colocando-a em posição de Trendellemburg a mais ou menos 20 graus e em decúbito lateral. A cabeça posicionada em nível inferior impede que o muco, o líquido amniótico, os coágulo sanguíneos ou mesmo o mecônio, penetrem nas vias respiratórias baixas, provocando obstruções graves. O ato de aspirar também contribui para afastar a possibilidade de atresia de coanas ou atresia de esôfago.

Verificar a temperatura retal, desta forma obtém - se a temperatura central do organismo e permite que o profissional de saúde assegure-se da permeabilidade do ânus. As verificações subsequentes serão realizadas via axilar.

Credeizar para fazer profilaxia da oftalmia (conjuntivite) gonocócica. Instila-se uma gota de nitrato de prata 1% em cada olho do RN e também uma gota na genitália feminina (para prevenir a vulvovaginite gonocócica). Após a credeização deve-se ter o cuidado de realizar uma boa limpeza ocular, pois uma das complicações desta técnica é a instalação da conjuntivite química.

Pesar o RN para avaliação do crescimento de acordo com a idade gestacional.

Verificar perímetros e altura do RN. Para Ziguel & Cranley (1988) a verificação periódica é valiosa para o diagnóstico de falha de crescimento cerebral ou hidrocefalia. A relação entre as medidas da cabeça e do tórax é importante, pois um desvio na proporção pode significar um desenvolvimento anormal da cabeça, doença torácica ou ainda doença cardíaca.

Avaliar o coto umbilical; (2 artérias e 1 veia) e realizar o curativo do mesmo. A verificação do coto umbilical é importante para detectar anomalias no RN. A existência de artéria única, pode denunciar malformações como agenesia renal e problemas cardíacos. Em 0,5% dos partos, os RNs apresentam artéria única , sendo que 0,5% destes casos são acompanhados de anomalias congênicas.

A anti-sepsia do coto com solução secante somente deverá ser utilizada caso o RH materno seja positivo. Já os RNs de médio e alto risco, ou seja, com mães RH negativo ou diabéticas, até que não apresentem mais riscos terão o coto umbilical umidificado com solução fisiológica a fim de manter os vasos umbilicais permeáveis, para necessidade de cateterização.

Identificar com pulseira. A rotina tradicional de utilização de impressão plantar do bebê e digital da mãe, permite estabelecer a identidade absoluta do RN. No entanto é necessário ainda a utilização de outros tipos

de identificação mais rápidas do RN como a pulseira, que deverá conter o nome da mãe, sexo do RN, número do quarto e registro da mãe.

Ministrar 1 mg de vitamina K (kanakion), conforme rotina. A vitamina k tem por objetivo evitar uma deficiência passageira na coagulação sangüínea , ou seja , para prevenir a doença hemorrágica neonatal. Os músculos utilizados poderão ser o da região ventroglútea (local de Hoshstetter) ou o reto femural. O músculo vasto lateral é contra-indicado por ter a possibilidade de causar contratura do quadríceps femural.

Realizar lavagem gástrica, conforme rotina. Recomenda-se o lavado gástrico com solução fisiológica para todos os RNs, com o objetivo de livra-los do perigo de aspiração de mucosidades e líquidos. Estas secreções, se não retiradas, poderão provocar vômitos. É um momento oportuno para detecção de malformações, por dificuldade na introdução da sonda ou presença de grande volume de retomo.

Conferir identificação, registrar o nascimento e fazer as anotações de enfermagem. O RN deve ser registrado em ficha própria. É importante que toda identificação seja conferida. Abre-se também o prontuário do RN que deverá seguir a metodologia da assistência. de enfermagem de cada maternidade. Outro procedimento importante é abrir a Caderneta de Saúde do RN. Os dados a serem registrados nesta caderneta deverão ser os mais precisos possíveis, pois além de ser o primeiro documento oficial do RN, servirá posteriormente para avaliações de saúde e imunizações.

Realizar o Apgar. Esta avaliação serve para verificar a vitalidade (condições devida) do RN. Deve ser preenchida no primeiro e no quinto minuto de vida do RN, impreterivelmente.

Classificar o RN de acordo com Capurro e Lubchenco apud Monticelli (míneo, 1996).

* 3.2.2 -*Prestando cuidados mediatos ao RN*

Após as duas primeiras horas de vida, aproximadamente, o RN deverá receber a primeira higiene corporal, incluindo a lavagem da cabeça. Além disso deverá ser submetido ao exame físico completo. Uma série de sinais deverão ser observados, como: tônus muscular, atividade espontânea, postura e fáceis, tiragem, estridor, gemidos, características do choro, vômitos e regurgitações, sangramentos, convulsões, eliminação de mecônio e urina, distensão abdominal, salivação e sopros cardíacos.

Diariamente, durante o período de internação do RN, outros procedimentos deverão ser realizados pela equipe de enfermagem, como o curativo do coto umbilical .

- Verificação de sinais vitais 2 vezes ao dia. A frequência respiratória, ao nascimento, é de 55mpm, passando nas primeiras horas para 45 a 47mpm e mantendo-se assim por mais ou menos 6 meses. O tipo respiratório é abdominal.

A frequência cardíaca é de 120 a 160 bpm, utilizando-se ausculta apical.

A temperatura é medida na axila e a variação normal deve-se manter em torno de 36,5 a 36,8°C.

J - Peso diário. Todos os bebês perdem até 10% de seu peso nos primeiros dias de vida. Esta perda ponderal é causada pela diminuição dos fluidos corporais (diminuição do edema), pela eliminação de mecônio e urina, e por uma ingestão relativamente pequena de alimentos (leite), o que faz com que o bebê utilize suas próprias reservas corporais. O peso geralmente estaciona no 3º. ou 4º. dia de vida e depois começa a aumentar. Geralmente, no 10º. ou no 14º. dia de vida é que o bebê volta a apresentar o

peso do nascimento. É importante comparar o peso diário, transmitir o notificar qualquer perda superior àquela esperada nos primeiros dias de vida.

- Higiene diária. Recomenda-se lavagem com água e sabão para ^{Sabonete neutro} cuidar da pele do recém-nascido e evitar infecções. Os procedimentos de limpeza devem ser realizados no sentido céfalo-caudal. Alguns autores recomendaram o uso de algodão com óleo após o banho, a fim de evitar ressecamento da pele. A hora do banho deve ser aproveitada para observação do bebê, verificando tônus muscular, reflexos, cor da pele e outras alterações.

- Curativo diário no coto umbilical. Segundo Zieguel (1988) o coto umbilical começa a descolorir e encolher, logo após o nascimento; dentro de poucos dias, o coto atrofia-se e escurece, surgindo uma linha vermelho de demarcação entre a base do coto e a pele do abdômen. Entre 6 e 10 dias, o cordão desprende-se, deixando uma pequena área granulosa que cicatriza completamente ao término de mais uma semana.

- Manutenção do estado nutricional. O recém-nascido normal é bom juiz da sua necessidade alimentar. A maioria dos recém-nascidos alimenta-se cerca de seis a oito vezes em 24 horas, na primeira ou até segunda semana de vida.

^{Não} - Proteção contra infecções. A primeira e mais importante precaução é a lavagem das mãos sempre que o bebê for manuseado. Deve-se usar avental para proteger o bebê, e este deve ser trocado freqüentemente. A enfermeira deve avaliar todos os bebês cuidadosamente á procura de infecção. Quando um bebê adquire uma infecção, os pais não devem ser separados do bebê, mas sim ensinados a lavarem as mãos e colocarem aventais nas visitas.

^{Não} - Exame físico diário. Miura e Cols. (1991) mencionam que o exame físico realizado pelo enfermeiro é uma etapa importante no processo

de enfermagem, pois objetiva observar e selecionar sinais importantes do aspecto e comportamento do bebê, como cor, postura, tipo de respiração, volume do abdômen, choro e estado de consciência (segue em anexo I texto referente a bilirrubina no recém nascido, e em anexo II referente aos cuidados com a fototerapia).

Segundo dados recentes discutidos no I Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, realizado em São Paulo – 1994, questionou-se a importância de certas condutas referentes aos cuidados prestados ao neonato. Chegou-se a conclusão que o conhecimento científico e a prioridade á realização de certas técnicas já consideradas desnecessárias, assim que o recém-nascido nasce, desumanizaram o atendimento ao recém-nascido. As técnicas abordadas e consideradas desnecessárias são: não segurar o recém-nascido pelos pés de cabeça para baixo pois o recém-nascido não estava acostumado a esticar as pernas, o que é considerado uma agressão; não credeizar, pois é maior o risco de conjuntivite química; não aspirar o recém-nascido de rotina, evitando traumatizar a mucosa; não administrar vitamina K; não pesar e medir de imediato. Constatou-se que apenas 10% dos recém-nascidos necessitam de intervenção agressiva imediata e 90% não necessitam de nenhuma técnica, apenas amor. Segundo D'Arce apud Monticelli (mimeo 1996) o desenvolvimento do afeto mãe - filho acontece: 41% na gestação, 24% no parto, 27% na primeira semana após o parto e 8% após o parto.

É unanime que muito do comportamento da criança é influenciado desde o momento da concepção até após o nascimento. É importante o preparo psico - físico do casal durante a gestação, manter a mãe participante e consciente durante o parto e procurar dentro da medida do possível deixar o parto evoluir normalmente evitando o uso de sedativos, ocitócitos e ruptura precoce das membranas.

Têm-se falado muito na humanização do parto, que requer a participação do pai no processo do nascimento, permitindo que ele ofereça apoio emocional a parturiente, que ele corte o cordão umbilical, que ele veja o sexo do recém-nascido, que o recém-nascido saia da sala de parto no colo do pai. Outras decisões que já estão em prática é a permanência do recém-nascido em Alojamento Conjunto, incentivando os pais a assumirem suas funções.

3.2.3 - No Alojamento Conjunto

De acordo com o Ministério da Saúde (1993) o Alojamento Conjunto é uma das medidas consideradas facilitadoras ao início da amamentação, favorecendo o relacionamento mãe e filho e o desenvolvimento de programas educacionais, diminui riscos de infecção hospitalar, evitando complicações maternas e do RN, estimulando também a integração da equipe multiprofissional em diferentes níveis.

Considerando essas necessidades e a constatação de que a permanência mãe e filho juntos, 24 horas por dia, não é uma realidade em grande parte do país, apesar de ser obrigatório desde 1983, a O M S apresenta uma revisão da antiga portaria. A portaria MS/GM número 1016, de 26 de agosto de 1993, apresenta as novas normas básicas para implantação do sistema de Alojamento Conjunto.

Normas básicas de alojamento conjunto.

I- Introdução

Estas normas deverão ser observadas nas Unidades Médico - Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS.

II- Definição

O 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 no mesmo ambiente hospitalar.

☞ Vantagens do Alojamento Conjunto

A permanência do recém-nascido sadio com sua mãe, com a prática de ações que configuram o sistema conhecido como “Alojamento conjunto”, tem por vantagens:

a) 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 no pós-parto.

b) favorecer a precocidade, intensidade, assiduidade do aleitamento materno, e sua manutenção por tempo mais prolongado;

c) fortalecer laços afetivos entre mãe e filho, através do relacionamento precoce;

d) 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;

e) oferecer condições à enfermagem de promover o treinamento materno, através de demonstrações práticas dos cuidados indispensáveis ao recém-nascido e à puérpera;

f) manter intercâmbio biopsicossocial entre a mãe, a criança e os demais membros da família;

g) diminuir o risco de infecção hospitalar;

h) 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;

i) desativar o berçário para recém - nascidos normais, cuja área poderá ser utilizada de acordo com outras necessidades do hospital.

População a ser atendida.

1- Mães na ausência de patologia que impossibilite ou contra - indique o contato com o recém - nascido.

2- Recém - nascidos com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico, a critério de elemento da equipe de saúde.

2.1- 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. Em caso de cesariana, o filho será levado para perto da puérpera entre a 2 a 6 horas após o parto, respeitando as condições maternas.

Recursos para implantação

1- Recursos Humanos

1.1- A dotação de recursos humanos deve depender da disponibilidade de cada serviço.

1.2- As unidades hospitalares com sistema de Alojamento Conjunto devem manter uma equipe mínima de recursos humanos, de rotina e de plantão, respeitando seu grau de complexidade.

1.3- Recomenda-se uma equipe multiprofissional treinada, constituída por:

a) Enfermagem:

1 enfermeiro para 30 binômios;

1 auxiliar para 8 binômios

b) Médicos:

1 obstetra para 20 mães;

1 pediatra para 20 crianças.

c) Outros profissionais:

assistente social;

psicólogo;

nutricionista.

2- Recursos físicos

2.1- Os quartos e/ou enfermarias devem obedecer a certo padrão, com tamanho adequado para acomodar a dupla mãe - filho, sendo a área convencionalmente estabelecida de 5m² para cada conjunto leito materno / berço.

2.2- De acordo com as disponibilidades locais, poderá haver modificação dessa metragem no sentido de dar prioridade ao alojamento conjunto.

2.3- O berço deve ficar com separação mínima de 2 m do outro berço.

2.4- Objetivando melhor funcionamento, o número de duplas mãe - filho por enfermária deverá ser no máximo 6.

2.5- As acomodações sanitárias serão estabelecidas de acordo com as normas de construção hospitalar do Ministério da Saúde.

3- Recursos Materiais

3.1- Na área destinada a cada binômio mãe e filho, serão localizados: cama, mesinha de cabeceira, berço, cadeira e material de asseio.

3.2- Para cada enfermária são necessários 1 lavatório e um recipiente com tampa para recolhimento de roupa usada.

Avaliação do Sistema

1- Sugere-se que periodicamente sejam realizadas as seguintes avaliações:

- a) dos resultados quanto ao incentivo ao aleitamento materno;
- b) do desempenho da equipe;

- c) da aceitação do sistema pela mãe e familiares;
- d) dos resultados quanto à morbi - mortalidade neonatal dentro do serviço;
- e) dos conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança.

Normas Gerais

1- 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 á vida extra - uterina, aos que tenham condições patológicas e àquelas cujas mães não lhes possam prestar cuidados.

2- O “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.

3- O exame clínico do recém - nascido deve ser feito em seu próprio berço ou no leito materno. Procedimentos mais complexos , como por exemplo colheita de sangue, deverão ser realizados fora do alojamento conjunto.

4- Os cuidados higiênicos com o recém - nascido devem ser feitos no alojamento conjunto.

5- A pesagem do recém - nascido ser diária.

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

7- Atribuições da equipe de saúde:

a) preparar a gestante no pré - natal para o sistema de “Alojamento Conjunto”;

b) estimular o contato precoce mãe - filho na sala de parto, ajudando as mães a iniciar o aleitamento na primeira hora após o nascimento;

c) encorajar o aleitamento sob livre demanda;

d) não dar ao recém - nascido nenhum outro alimento ou bebida, além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico;

e) não dar bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas ao seio;

f) proibir que as mães amamentem outros recém - nascidos que não os seus (amamentação cruzada);

g) orientar a participação gradual da mãe no atendimento ao recém - nascido;

h) realizar visita diária às puérperas, esclarecendo, orientando, e dando segurança à mãe quanto ao seu estado e ao de seu filho;

i) ministrar às mães palestras e aulas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição;

j) participar do treinamento em serviço, como condição básica para garantir a qualidade da assistência;

l) 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.

8- As altas não deverão ser dadas antes de 48hs, considerando o alto teor educativo inerente ao sistema de “Alojamento Conjunto” e, ser este período importante na detecção de patologias neonatais.

∞ 3.3 - *Cuidando do recém - nascido em sua interação familiar*

O recém - nascido dentro de suas características fisiológicas possui atributos que, de acordo com Klaus & Klaus (1989), tem um objetivo principal, eles preparam o bebê para a interação com a família e para a vida no mundo. A natureza também ativa cada membro da família de maneira singular para a chegada do bebê. Quando seguram seus bebês pela 1ª. vez as mães quase invariavelmente exploram-nos em uma ordem particular. Elas começam inicialmente por tocar os braços e pernas do bebê com a ponta dos dedos de um modo semelhante a uma cozinheira testando o bolo para ver se está pronto. Após alguns minutos, e às vezes até segundos, muitas mães continuam a massagear, tocar e acariciar o corpo de seus bebês. Os pais iniciam o processo de tentar conhecer os seus bebês de forma semelhante.

Neste período precoce, os pais têm um interesse especial pelos olhos do bebê e inconscientemente tentam alinhar seus rostos ao mesmo plano de rotação paralelo ao seu filho. Isto é chamado de posição em face ou face a face. Isto é observado com pais de bebês a termo, mas também com prematuros.

Durante a primeira hora de vida há um período prolongado de inatividade alerta no bebê. O bebê olha no rosto da mãe, acompanha e responde à sua voz. Mães e pais um estado incomum de excitação quando a começam a fazer contato com seus bebês. Muitas mães relatam sentir-se apegadas calorosamente a seus bebês após eles terem olhado para elas reconhecendo a importância de relacionar-se com o bebê através do contato olho-no-olho.

Muitas mães acham esses primeiros períodos passados juntos especialmente recompensadores por uma ou outra razão. Algumas mulheres

temem que possam dar a luz a um bebê que não seja perfeito, muitos não acreditam que sejam suficientemente boas para produzir um bebê completamente normal. Para essas mães e pais com temores semelhantes esses primeiros momentos de privacidade tomam o lugar de algumas ansiedades que os pais tem até o nascimento, com uma sensação de surpresa compensadora.

O processo de tornar-se ligado ao próprio bebê ocorre em diferentes momentos para diferentes pessoas, podendo ocorrer durante a gravidez, nos primeiros dias após o nascimento e poderá não ocorrer até que estejam em casa, cuidando de seus bebês pela primeira vez sozinhos. Neste sentido Nóbrega (1997) cita que o fraco vínculo estabelecido entre a mãe e o filho, isto é, a fraca ligação e interesse da mãe pelo bebê gera rejeição, falta de afeto, negligência, ocasionado a falta de estímulo e conseqüente abandono ao aleitamento materno, acarretando em prejuízo à saúde física, mental e emocional do RN e principalmente levando à desnutrição, a qual é a primeira causa de morbimortalidade infantil.

Uma surpreendente mutualidade permeia a relação entre mãe e recém-nascido. A mãe parece estar especialmente aberta e receptiva nas primeiras semanas de vida do seu filho para a aprendizagem do perceber o recém - nascido através dos sentidos.

Há mutuo interesse no contato olho a olho. O uso pela mãe de voz aguda, ao falar com seu filho coincide com a atração do pela fala em amplitude de alta freqüência a adequação da fala estimula tanto os pais quanto o bebê a mover-se de acordo com o seu ritmo. O choro de um bebê estimulará a produção de leite. Durante a amamentação a distancia entre os pais e os olhos do bebê é de aproximadamente 20 a 25 cm, ideal para que o recém - nascido veja sua mãe ou seu pai.

✧ O leite materno não apenas transmite defesas contra infecções aos bebês, mas o ato de sucção do bebê faz com que sejam produzidos hormônios na mãe que ajudam o útero a retornar a sua forma anterior. Um elo de feedback permeia a relação entre mãe e bebê em diversos níveis. O bebê recompensará seus pais pelas carícias, beijos, afeto e olhar prolongado, olhando dentro dos seus olhos, sorrindo, virando-se ao ouvir sua voz e acalmando-se ao seu toque. Mãe e filho estão especialmente ajustados um ao outro fisiológica, hormonal e emocionalmente.

Quanto mais tempo os pais puderem permanecer com seus bebês nos primeiros dias no hospital, melhor eles entenderão o bebê e serão capazes de satisfazer as necessidades do recém-nascido quando estiverem em casa.

Os irmãos também podem beneficiar-se com o contato mais precoce possível com o recém-nascido. Quando o irmão mais velho fica envolvido com o recém-nascido durante a permanência no hospital, a volta para casa é menos carregada de ansiedade. Este é o início do processo complexo pelo qual os familiares se ligam aos seus bebês.

Há um ditado Maia que diz: *“No bebê está o futuro do mundo. A mãe deve segurá-lo apertado, assim ele saberá que o mundo é seu. O pai deve levá-lo à montanha mais alta, assim ele poderá ver com o que o seu mundo se parece”* Klaus & Klaus (1989).

✧ Pizzato e Da Poian (1985), afirmam que cada RN é um ser único, não existem duas crianças iguais, pois possuem diferenças físicas, emocionais e mentais.

✧ Ao assistirmos o RN e sua família torna-se essencial reconhecê-lo como indivíduo considerando-o na sua totalidade.

Lebovici (1987), refere que o peso do nascimento e outras características físicas do RN desempenham papel importante na interação,

essas características influenciam as representações que os pais fazem de seus filhos.

X O RN tem capacidades de interação desde o nascimento, sendo que seus pais necessitam estar conscientes desta característica de seu filho para poder interagir com ele, facilitando o seu desenvolvimento.

O RN tem um grande potencial para o desenvolvimento físico e motor, bem como para o intelectual e emocional, necessitado apenas ser estimulado.

Desde os primeiros momentos de vida, além das experiências vividas pelo RN, as condições ambientais também exercem impacto sobre o desenvolvimento de sua conduta.

Para garantir o desenvolvimento físico e emocional o RN deverá ser estimulado principalmente através dos órgãos do sentido e reflexos. Já foi comprovado que os bebês que são mais estimulados choram por menos tempo, e o estímulo, através do toque, o qual é de vital importância, foi com que o RN ative os olhos, estimulando o mecanismo de visão, e também é através do olhar que o RN desenvolve toda a força do laço afetivo.

A surpreendente capacidade de responder, já presente no recém-nascido nos primeiros minutos de vida especialmente reside na capacidade de ver. Onde os RNs podem ver a uma distância de 20 cm de sua face. Inicialmente a atenção dos bebês será intensa, mas após alguns minutos eles perdem o interesse.

No estado de inatividade alerta, quando os olhos tornam-se brilhantes e totalmente abertos, o bebê freqüentemente para mover-se ou sugar e torna-se bastante imóvel. Esses curtos períodos de atenção visual extasiado, ocorrendo logo após o nascimento e durante todo este primeiro período levam o RN ao contato olho-a-olho, um elemento vital na interação

humana. Neste mútuo olhar, inicia-se o 1º diálogo, os dois pais e filho parecem ser levados magneticamente à comunicação.

Objetos visuais interessantes podem alterar o estado de consciência de um bebê. Um bebê sonolento ou que chora pode tornar-se inativamente alerta se alguma coisa fascinante prende seu olhar. O estado de inatividade alerta pode às vezes ser aumentado ou mantido, mudando o que o bebê é capaz de ver de seu berço ou carrinho.

Os bebês são ativos em suas respostas visuais. Quando deitados, os bebês olham ao redor espontaneamente. Eles podem mesmo reconhecer a profundidade e podem responder com uma reação defensiva a objetos que se aproximam. Os bebês são seletivos, preferem complexidade, diversidade e movimento, também possui memória visual.

O fato de que os rostos dos pais são de especial interesse para os bebês também ajuda a atrair os pais ao bebê. A curiosidade visual do RN e sua capacidade de ter um contato olho - a - olho é naturalmente muito compensadora para os pais e para quem cuida do bebê.

Uma das formas não verbais primárias pelas quais os humanos se comunicam é o olhar. A capacidade visual precoce do bebê e o desejo insaciável dos pais de admirá-lo criam oportunidades infinitas para experimentar, descobrir e interagir um com o outro.

Meses antes do nascimento, a capacidade dos bebês de ouvir já é aguda e bem desenvolvida. Eles podem distinguir entre tipos de som, intensidade e altura, vozes diferentes, sons familiares e estranhos, e podem até determinar a direção de onde o som está vindo. Bebês recém-nascidos preferem vozes agudas e as mães quando falam pela 1ª. vez com seus bebês após o parto. Esta “fala de bebê” parece ser um fenômeno universal.

A pele é o maior órgão sensorial do corpo. O sentido do tato é acionado cedo, uma vez que os bebês estão cercados e são acariciados por

tecidos e líquidos mornos desde o início da vida fetal. Eles gostam de ser abraçados e freqüentemente se eninham e moldam ao seu corpo. Pais do mundo inteiro naturalmente erguem, acariciam, balançam e caminham com seus bebês, bem como usam outros movimentos e toques reconfortantes para acalmar o bebê. Tanto pais como filhos parecem preparados para desfrutar desta experiência.

Os bebês respondem a outros aspectos como variações de temperatura, textura, umidade, pressão, dor. Os lábios e mãos têm o maior número de receptores do tato; isto pode explicar porque os recém-nascidos gostam de chupar os dedos. Imagens de ultra-som mostram que os bebês no útero chupam o polegar antes de vinte e quatro semanas. O sentido do tato é uma forma importante de os bebês satisfazerem-se, explorarem seu mundo e iniciarem contato. Assim como outros órgãos sensoriais, o paladar é também altamente desenvolvido no bebê ao nascer. Observações de que o RN prefere sugar demonstram que ele é capaz de fazer discriminações precisas e é responsivo a pequenas alterações nos alimentos colocados em suas línguas. Os bebês demonstram prazer quando a doçura é aumentada e desprazer com líquidos levemente salgados, ácidos ou amargos.

Os bebês podem distinguir e reconhecer diferentes odores. Após responder inicialmente a novos odores, eles rapidamente adaptam-se e parem de responder uma vez que o odor se torne familiar. Quando um novo odor é apresentado, eles mostram seu interesse movendo a cabeça, seu nível de atividade e taxa cardíaca se alteram. Aos seis dias de vida, os bebês até reconhecerão o cheiro de suas próprias mães.

Enfim, esses talentos incomuns do RN podem aparecer em diferentes estágios, desaparecer por um período e reaparecer mais tarde. Alguns desses processos revolucionários dependem da necessidade, uso, desuso, uso excessivo, passividade e atividade. Quando os bebês são por um

lado privados de vários estímulos sensoriais, seu desenvolvimento pode ser afetado. Ninguém sabe que habilidades precisam ser intensificadas ou quais deveriam ser deixadas em paz. Sabe-se, entretanto, que os bebês tem prazer e interesse em uma variedade de experiências, não há um jeito certo ou perfeito de interagir com eles. Estando sintonizados com seus próprios bebês, mães e pais logo aprendem o que lhes interessa e aborrece e são capazes de descobrir formas agradáveis de interagir.

Baseado em Klaus & Klaus(1989) e Nitschke (1991).

<i>INTERAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO</i>	<i>FAMÍLIA</i>
<p>CAPACIDADES DO RN</p> <p>Visão Detecta as diferentes intensidade de luz Segue objetos maiores Percebe objetos de cor viva Vira a cabeça para facilitar o movimento de perseguição Focaliza ambos os olhos sobre o mesmo ponto Tem melhor foco numa distância de 20 cm de sua cabeça Muitos objetos parecem embaçados Prefere objetos que forneçam maior complexidade</p> <p>Tem memória visual</p> <p>Olfato Tem capacidade desde os dois dias de vida Pode discriminar até dois odores</p> <p>Gustação Distingue 4 sabores básicos</p> <p>Tato É capaz de responder a dor retirando a parte tacada ou chorando por desconforto Tem o tato mais desenvolvido nas mãos, face, boca</p> <p>Audição Discrimina diferentes estímulo sonoros</p>	<p>AÇÕES QUE O ESTIMULAM</p> <p>Colo (movimentando-se)</p> <p>Olhar no olho do bebê é uma forma de interação e comunicação</p> <p>Oferecer objetos coloridos e complexos como círculos, listras cores vibrantes</p> <p>Amamentação</p> <p>Amamentação</p> <p>Colo/Carinho Embalo Mudança de posição</p>

Distingue a voz humana de outros sons	Conversar
Especialmente sensível a sons de intensidade média semelhante a voz humana	Cantar canções de ninar
Olha para origem do som	Emitir gorjeios rítmicos
Muito sensível ao som rítmico(calmante)	Embalado no colo ou berço
	Músicas

De acordo com Pizzato e Da Poian (1985), cada RN apresenta características próprias, individuais de comportamento, e o modo como essas diferenças são aceitas e satisfeitas é que irá influenciar seu equilíbrio, desenvolvimento e estruturação da personalidade.

O comportamento de uma mãe e um pai com relação a seu bebê é o resultado de uma combinação complexa de sua própria herança genética, as respostas do bebê a eles, uma longa história de relações interpessoais com suas próprias famílias e um com o outro, absorção de práticas e valores de sua cultura e a maneira pela qual cada um foi criado por seus próprios pais. Os efeitos dessas experiências podem ser alterados tanto favorável quanto desfavoravelmente, durante a crise do nascimento. Outros determinantes, tais como as atitudes, afirmações e práticas das enfermeiras e médicos no hospital; se a mãe está sozinha por curtos períodos durante o trabalho de parto; se existe ou não separação do bebê durante seus primeiros dias de vida; a natureza do próprio bebê; seu temperamento; e se ele é saudável, doente ou malformado, todos obviamente afetarão o relacionamento entre os pais e o bebê (Klaus & Kennell, 1992).

Sameroff(1976), apud Nitschke (1991), relatam que os pais interagem com o RN a partir de suas próprias expectativas, confiança (ou falta dela), habilidades e personalidade, sendo que sua contribuição afeta o relacionamento. A criança responde ao cuidados sendo reativa a eles,

indicando quando necessita de cuidados e sendo receptiva a estes, oferecendo aos pais subsídios para que confiem na sua competência.

Sobre o processo do parto e características individuais, Lebovici (1987), afirma que o ambiente intra - uterino é muito variável e o feto pode ser submetido não só a carência nutricionais, agentes tóxicos ou doenças infecciosas, como influencias relativas ao estado emocional da mãe. Quanto ao parto tem sido visto que sua duração, a quantidade e o tipo de medicações utilizadas são fatores que influenciam no comportamento do RN. Nestas situações é freqüente observar-se um RN inicialmente, menos reativo à sua mãe, e assim, menos capaz de dar as “ recompensas” que a mãe espera ao cuidar de seus filhos.

Alguns autores tem abordado a questão da pouca importância que tem sido dada ao pai do RN e a sua interação com o RN e a família. A participação do pai no nascimento da criança serve não apenas como suporte para a mãe, mas contribui como parte ativa e única no desenvolvimento da criança.

“Quando se dá oportunidade aos pais a oportunidade de estar a só com seus filhos passam exatamente a mesma quantidade de tempo que as mães mexendo, tocando e olhando o RN”. Klauss e Kennell,(1985) apud Nitschke, (1991).

“A participação do pai nos cuidados do bebê é tanto maior quanto aquela que a mãe permite”. Keiber, (1976) apud Nitschke (1991).

3.4 - Cuidando da mãe mulher e suas interações familiares durante o puerpério

De acordo com Ziguel e Cranley (1988), denomina-se puerpério, o período que vai do término do parto ao retorno das condições normais do trato genital, e se refere às seis ou oito semanas após o parto.

Essa é uma fase dinâmica e de desafios para a mãe e para a família. Mudanças fisiológicas marcantes ocorrem muito rapidamente no corpo da mulher. Os pais familiarizam-se com o novo bebê e aprendem novas táticas e atitudes necessárias ao cuidado da criança. A rotina do dia-a-dia tem que ser alterada em decorrência do ciclo de sono e do despertar do recém-nascido. É um tempo feliz, divertido e de intimidade na família. É também um tempo de perda de sono, frustração e irritabilidade além de uma sensação de afastamento das atividades anteriores, desinteresses e dos amigos.

Montgomery (1993), refere que o apoio emocional prestado no puerpério aproxima-se mais do cuidar do que do tratar. Propõe-se atender a mãe, o pai, o casal ou a família sendo solicitado mais freqüentemente pelas mães, pois para elas parece ser vital ter um momento em que possam cuidar de si mesmas, falar de seus sentimentos, dúvidas, dificuldades, constrangimentos... trazendo nitidez e compreensão, promovendo maior tranqüilidade e bem estar, o que visivelmente repercute no bebê.

A função do atendimento no pós - parto é a de conter as solicitações emocionais, corresponder às dúvidas e necessidades de orientação, facilitar a compreensão destes conteúdos, situando-os no contexto imediato do pós - parto (hipersensibilidade e crise), e no processo, a longo prazo, de aprendizagem e amadurecimento que a maternidade e a paternidade exigem.

Para que a enfermagem possa iniciar seu trabalho junto à família durante o puerpério é necessário alguns conhecimentos básicos sobre o pós - parto.

De acordo com Rezende (1993), o puerpério divide-se em:

- a) **imediate**, do 1º. ao 10º. dia pós-parto
- b) **tardio**, do 10º. ao 45º. dia pós-parto
- c) **remoto ou longínquo**, do 45º. dia pós - parto em diante.

Neste período ocorrem os fenômenos puerperais que são subdivididos em: **fenômenos involutivos ou regressivos**: Involução Uterina e Loqueação ; **fenômeno evolutivo ou progressivo**: Lactação.

Na **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 subsequentes ao parto, o útero diminui rapidamente de tamanho, de modo que, no 10º. dia já não se palpa o mesmo acima da sínfise púbica, atingindo seu tamanho normal em 5 ou 6 semanas. O peso uterino após o parto é de 1000g, uma semana depois 500g e, no fim do puerpério, de 40 a 60g.

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

O número de células pouco diminui, mas seu tamanho passa de 210 micra para 24 micra.

Existe simultaneamente, um aumento do tecido fibroso que determina uma diminuição da capacidade contrátil do útero e maior tendência á rotura, a cada nova gestação. A separação da placenta ocorre na

porção externa camada da decídua. A involução na zona de inserção placentária ocorre pelo crescimento do 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, constituindo patologia puerperal.

A produção e a eliminação de considerável quantidade de exsudatos e transudatos, misturados com elementos celulares descarnados 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 tomam-se serosanguinolentos até aproximadamente o 7º dia e por fim serosos. A quantidade do fluido loquial eliminado tem sido objeto de numerosas mensurações de volume, sem que se chegasse a um consenso, tais as variações individuais registradas. Supondo-se que na primeira semana o fluxo alcance a 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 á infecção puerperal.

De acordo com Rezende (1993), a lactação na espécie humana é um fenômeno que envolve o sistema nervoso, o sistema endócrino e aspectos psicológicos, e está dividida em três estágios:

a) 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 apresentara características secretoras.

b) 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 toma-se túrgido, doloroso, com veias transparentes, constituindo a chamada **apojadura** ou descida do leite.

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

sangüínea na cavidade uterina, e em conseqüência, a probabilidade de infecções puerperais.

O aleitamento retarda o aparecimento da menstruação. Nas multíparas, o retomo da menstruação, dentro dos três primeiros meses é mais freqüente que nas primíparas. A amenorréia da lactação é devida provavelmente ao hormônio hipofisário, prolactina.

Devido a ausência de 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 contra-indicados 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 de leite.

Além dos fenômenos puerperais já vistos, ocorrem no puerpério modificações locais e gerais no organismo feminino a saber: Dentre os locais, a vagina requer algum tempo para se recuperar da distensão que sofreu, raramente voltando á 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 multípara. O esfregaço vaginal mostra-se atrófico.

A vulva e períneo, também envolvem rapidamente quase readquirindo suas características primitivas, desde que as eventuais lacerações do parto tenham sido convenientemente suturadas.

No assoalho pélvico, embora a musculatura desta região readquira seu tono normal, quando há lacerações, principalmente dos

músculos elevadores do anus, pode permanecer fluxo, podendo predispor a ocorrência de prolapso uterino.

O Colo, imediatamente após a dequitação, o colo apresenta-se flácido, com limites mal delimitados, mas já ao fim da primeira semana, toma-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.

Nas modificações gerais, o metabolismo basal retoma lentamente ao normal. Há normalização do metabolismo protéico, lipídico e hidrocarbonado. As alterações cutâneas (hiperpigmentação) desaparecem paulatinamente.

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

No aparelho cardiocirculatório, observa-se, durante o puerpério uma acentuada elevação da volemia (15 a 30%) devido, provavelmente do 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.

Desaparece a dificuldade respiratória, retomando o diafragma sua posição primitiva.

Desaparece a alcalose respiratória.

Sangue:

- a) durante a primeira semana ocorre leucocitose (até 20.000)
- b) eleva-se o número de plaquetas no início do puerpério
- c) aumenta a hemossedimentação (até 50 mm na 1^o. hora) durante os primeiros dias de puerpério
- d) aumentam os fatores plasmáticos de coagulação, predispondo á trombose e embolia.

Geralmente ocorre uma acentuada perda de peso, que se deve logo após o parto á saída do feto, placenta, liquido amniótico, membrana e perda sangüínea (5kg). 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 500mg.

Ocorrem alterações no aparelho urinário: dificuldade de micção e retenção urinaria que favorecem infecção mais freqüente ainda quando se faz cateterismo vesical.

O exame cistoscópico, logo após o parto mostra edema, hiperemia e hemorragia das submucosas. As vezes e edema do trígono é tão acentuado que é causa de obstrução da uretra.

Além desses fatores, a bexiga puerperal tem capacidade aumentada e não é tão sensível à tensão intravesical como no estado normal. A superdistensão e o esvaziamento incompleto levam ao aparecimento de urina residual, fatos em geral agravados 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.

O cuidado de enfermagem à mulher no puerpério devem ser feito visando seus três períodos, a saber: Imediato, tardio e remoto:

3.4.1 - Prestando os cuidados de enfermagem durante o puerpério imediato:

Neste período faz-se um acompanhamento da involução uterina, tendo importância no diagnóstico da subinvolução uterina e da endometrite.

O cuidado refere-se a medir a altura uterina e controlar lóquios.

O Controle de Lóquios é feito para diagnóstico de retenção de restos placentários ou endometrite e da subinvolução uterina. Ao prestar cuidados avalia-se a quantidade, cor, aspecto e odor dos lóquios, continuamente.

Acompanhamento da temperatura de 6 em 6 horas: para diagnóstico de infecção puerperal (temperatura acima de 38° ou mais, por mais de duas horas de puerpério, excluídas as primeiras 24 horas).

Prescrição de Enfermagem: verificar temperatura de 6 em 6 horas.

Controle de frequência cardíaca: porque 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 L.E.A. (lavagem externa asséptica) e curativo perineal 3 vezes no dia com anti-séptico de mucosa (iodo aquoso).

Controle de diurese: para evitar atonia vesical, profilaxia da infecção urinaria e controle do balanço hidroeletrolítico, função renal, diagnóstico precoce de lesão vesical.

Prescrição de Enfermagem: solicitar micção precoce e espontânea e registrar e analisar quantidade, cor, 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 2 dias.

Prescrição de Enfermagem: questionar junto à puérpera função intestinal e administra medicação se necessário.

Controle da lactação: para profilaxia de fissuras mamilares e engurgitamento mamário e outras complicações.

Prescrição de Enfermagem: orientar a puérpera sobre apojadura: 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, cuidados com vestiário e

alimentação do RN (horário, importância do colostro, valor do aleitamento, cuidados pós alimentação).

Cuidados com terapia medicamentosa: para profilaxia de efeitos adversos e dar continuidade ao tratamento.

Prescrição de Enfermagem: ministrar a medicação prescrita, estando atento aos efeitos colaterais e outras reações.

À 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 raquianestesia

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.

3.4.2- Prestando cuidados durante o puerpério tardio:

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

Repouso relativo, evitar esforços muito intensos, para profilaxia das distopias uterinas, deiscência de sutura.

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

Dieta rica em proteínas, vitaminas e ferro, para profilaxia das anemias ferroprivas (devidas á gestação, parto e lactação) e da deiscência de sutura.

Abstinência sexual durante os primeiros 20 dias, ficando o reinício da atividade sexual a critério do casal.

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

3.4.3- Prestando cuidados no puerpério remoto

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

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

Levar recém-nascido ao pediatra para consulta de puericultura e iniciar esquema vacinal.

Procurar o serviço de diagnóstico precoce de câncer para avaliação colpocitológica e exame preventivo de Câncer de mama.

Todos os cuidados de enfermagem prestados devem ser registrados no prontuário de maneira clara, concisa e objetiva, anotando data, horário e assinatura de quem registrou.

3.5- Cuidando a interação familiar através da amamentação:

A superioridade do leite humano como alimento, agente protetor de infecções e modulador do crescimento do lactente, encontra-se amplamente descrita na literatura. Por outro lado, igual destaque merecem os aspectos psico-afetivos que resultam da interação mãe-filho. A criança, a mãe, a família e a sociedade são amplamente beneficiadas pela prática da amamentação natural.

Montgomery (1994) cita que os sentimentos despertados com a amamentação estão intimamente relacionados com a história de vida da mãe. Assim entrarão em jogo fatores culturais, sociais, antropológicos e principalmente sentimentos originados na fase de aleitamento dessa própria mãe. A amamentação cria uma ponte que ameniza para mãe e filho o trauma do nascimento, que é a separação.

Sander apud Montgomery (1994), descreve que a amamentação facilita o conhecimento do bebê e desenvolve a confiança na lida com ele, diminuindo fortemente a ansiedade. Propicia também o estabelecimento de um grau elevado de mutualidade mãe e filho, que torna o relacionamento espontâneo e faz cair a ansiedade aí gerada.

Frente a estes conhecimentos fica comprovado a importância do incentivo ao aleitamento materno e para tanto é necessário o conhecimento da fisiologia da amamentação e os cuidados no desenvolvimento da mesma.

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

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

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

A pele que reveste as mamas é macia e está constituída de glândulas sudoríparas e sebáceas, sem particularidades especiais.

Cada mama tora na sua porção apical o mamilo que está constituído de tecido erétil, cilíndrico, dotado de grande sensibilidade, determinada pelas terminações nervosas sensoriais, medindo aproximadamente de 10-15mm de comprimento, sendo o diâmetro variável. Possui papilas dérmicas altas e fibras musculares lisas circulares e longitudinais, o que os tomam mais rígidos e salientes especialmente na gestação e período menstrual. Anatomicamente pode ser classificados em três tipos: O **Mamilo Normal**: apresenta-se protruso e caracteriza-se pela existência de um ângulo de mais ou menos 45° graus entre o mamilo e a aréola. É extremamente elástico e de fácil apreensão. O **Mamilo Plano**: situa-se no mesmo uivei que a aréola, inexistindo a presença de um arguto entre os dois. É de tecido pouco elástico, devido a grande quantidade de aderências de tecido conetivo existente em sua superfície. O **Mamilo Invertido**: caracteriza-se pela inversão total do tecido epitelial, podendo ocasionar o desaparecimento completo do mamilo. Frequentemente não é de tecido elástico e é de difícil apreensão. A ausência de mamilos nos seios denominamos de **atelia**.

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

Toda esta estrutura arquitetônica da glândula mamária está imersa em tecido conjuntivo colágeno e adiposo, constituindo-se o que

denominados de estroma, que é o responsável pela consistência característica da mama.

3.5.1 - Prestando cuidados quando há problemas de amamentação:

Segundo Santos (1989), especialmente nos primeiros dias após o parto (do 1º. ao 15º. dia aproximadamente) quando o processo da amamentação e o ritmo das mamadas se apresentam ainda instáveis, surgem alguns problemas que podem ser solucionados com medidas simples. Este período requer paciência, firmeza e acima de tudo conhecimento da fisiologia da lactação, tanto por parte do profissional de saúde como da nutriz. Este conhecimento é uma condição essencial para que a nutriz encare o fenômeno como passageiro e persista amamentando.

Veamos os problemas mais freqüentes que podem ocorrer e como podemos resolvê-los.

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 determinados pela sucção deficiente ou pelo desequilíbrio entre a produção e ejeção da secreção láctea. As mamas apresentam-se aumentadas de tamanho,

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

3.5.1.1- Cuidados de enfermagem no engurgitamento mamário. (Santos, 1989)

a) Profilaxia	Justificativa
<p>Orientar sobre uso de soutien adequado e de maneira correta, de modo que os seios fiquem firmes e sus pensos, sem contudo provocar garroteamento da rede venosa, linfática ou do sistema canalicular</p>	<p>O aumento do volume das mamas durante gravidez e especialmente no puerpério na fase de lactação pode ocasionar acotovelamento dos canais impedindo o funcionamento normal da glândula.</p>
<p>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 tome macia e o mamilo flexível e apreensível.</p>	<p>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</p>
<p>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.</p>	<p>Estimulação tátil sobre as terminações neuro-sensitivas, da região mamilo areolar determinam a liberação da ocitocina, que é responsável da ejeção do leite.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>Propiciar ambiente tranqüilo para amamentação</p>	<p>.Estímulos externos podem interferir no processo fisiológico da amamentação diminuindo sua produção ou interferindo na ejeção do leite.</p>
<p>Orientar sobre alternância dos seios e freqüência das mamadas (demanda livre).</p>	<p>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 RN e lactente</p>
<p>.No período de amamentação oferecer única e exclusivamente o seio.</p>	<p>A introdução de outros alimentos no período de amamentação antes do 6o mês de vida interfere na produção do leite.</p>
<p>Após as mamadas realizar a</p>	<p>O esvaziamento inadequado e</p>

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-lo através da extração do leite.

Prevenir fadiga, a dor e a ansiedade no puerpério

incompleto das mornas favorece o engurgitamento mamário.

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

a) Tratamento	Justificativa
Fazer palpação em sentido circular sobre as áreas afetadas	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).	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 do difícil reflexo ejetolácteo aplicar calor (banho de sol, compressa bolsa de água quente) sobre a mamária; fazer massagem intermitente na região mamilo-areolar antes de iniciar a sucção ou extração fazer massagem delicada firme sobre a mama iniciando na região ampolar até atingir os alvéolos.	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.	A quantidade de líquidos interfere na quantidade do leite produzido.

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.

Os fatores predisponentes são:

Sucção ineficiente: durante a mamada a criança não consegue esvaziar adequadamente a mama e permanece por maior tempo sugando.

Uso de lubrificantes: são responsáveis pela remoção das células superficiais da aréola, formando a região susceptível a lesões.

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.

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 mamila no início da lactação.

Os fatores causais:

Uso de bombas (manual e elétrica): a pressão negativa exercida artificialmente sobre o mamilo, em especial nos primeiros dias após o parto, quando não se estabeleceu efetivo equilíbrio entre a produção e drenagem de secreção láctea, provoca estiramento da pele acompanhada de dor.

Sucção inadequada provocada pelo engurgitamento: quando a tensão interna da mama é máxima, e a estase láctea invade todo o parênquima mamário, a capacidade de apreensão do mamilo e aréola fica prejudicada pela distensão da região, ocorrendo a sucção inadequada e conseqüentemente lesão mamilar.

Sintomas: presença de solução de continuidade em forma de fenda, com profundidade e extensão variáveis, podendo apresentar sangramento e dor localizada.

3.5.1.2 - Cuidando da mãe com fissura mamilar. (Santos, 1989).

a) Profilaxia	Justificativa
- Identificar o risco materno - Preparo do mamilo no pré-natal	<p>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 apreensão adequada, sendo difícil nos casos de mamilo plano ou invertido.</p> <p>A desinformação sobre o funcionamento normal da glândula mamária contribui aumentar para aumentar ansiedade e insegurança da mulher que amamenta.</p> <p>As mulheres jovens, caucasianas e primíparas apresentam risco maior de apresentar mamilar fissura/trauma mamilar.</p> <p>Tais radiações se diferenciam entre si pela capacidade de penetração e tipo de ação na pele e no organismo, e se constituem com a luz visível, no conjunto da irradiação eletromagnética do sol (o seu espectro).</p> <p>Os raios infravermelhos apresentam feixe de radiações com comprimento de ondas maior que os ultravioletas, tendo capacidade de penetrar no tecido epidérmico até atingir a derme, onde tem ação vitalizante e calórica.</p> <p>Promovem a estimulação das terminações da pele a dilatação dos poros e a eliminação de resíduos tóxicos pelas combustões intramusculares.</p> <p>No tecido epitelial da glândula mamária além de dilatar vasos e capilares, atua no sistema canalicular promovendo dilatação dos canais e canaliculos favorecendo a ejeção do</p>

leite.

Os raios infravermelhos, são também dotados de poder germicida e bactericida e de ativar a reparação dos tecidos ajudando na cicatrização das feridas.

No tecido epitelial da glândula mamária além de dilatar vasos e capilares atua no sistema canicular promovendo dilatação dos canais e canalículos favorecendo a ejeção do leite.

Também atribui-se aos raios infravermelhos, a propriedade salutar de curar infecções e cicatrizar feridas superficiais.

Os raios ultravioletas tem seu domínio nas reações bio-químicas e apresentam feixes de radiações com curto comprimento de ondas, estando sua capacidade de penetração limitada a 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, efeitos antiraquítico primordial para a criança.

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

O uso de pomadas lubrificantes ou outros medicamentos predispõem os mamilos à lesões. Os mesmos alteram ainda a produção de secreção lipóide naturalmente produzida a

Inspecionar diariamente os mamilos.

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

Evitar o uso de bombas de sucção (manual ou détrica) especialmente nos primeiros dez (10) dias de puerpério.

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

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

Evitar higiene excessiva do mamilo.

Oferece o seio ao bebê com areola macia

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

Alterar os seios durante as mamadas essencialmente nos primeiros dias.

Observar procedimento correto para retirar o bebê do seio.

Durante a mamada observar apreensão adequada do mamilo e aréola.

proteção local, mantém os mamilos úmidos e com resíduos nocivos a criança, fazendo-a algumas vezes rejeitar o seio.

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

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

Tendo em vista suas propriedades epitelizantes e anti-infecciosas.

Promove a remoção de substâncias que protegem a pele tomando-a susceptíveis a lesões e traumas.

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

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

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

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

Mastite puerperal

A mastite puerperal consiste na infecção da mama lactante, causada pela invasão do tecido mamário por microorganismos patológicos. Ocorre com maior frequência entre o 8 e 12 dias 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.

O agente infeccioso mais comum é o estafilococos “aureus” e as formas de acesso variam desde as mãos da própria mãe ou 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 patológicas quando lesionados.

Estas lesões podem ser ocasionadas por massagens incorretas ou pelo engurgitamento mamário prolongado.

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

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

3.5.1.3 - Cuidados de enfermagem à puérpera com mastite.

(Santos, 1989).

a) Profilaxia	Justificativas
Orientar a nutriz para higiene rigorosa das mãos antes das mamadas.	Para prevenir infecções localizadas na mama.
Orientar e observar técnica correta na amamentação, massagens e extração do leite.	Para propiciar o perfeito funcionamento da glândula mamária e prevenir complicações.
Adotar medidas profiláticas terapêuticas para fissura mamilar e engurgitamento mamário.	Os mesmos são fatores condicionantes para a ocorrência de mastite.
No período de amamentação oferecer à criança única e exclusivamente o seio.	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 sutiã adequado e limpo.	Para favorecer o funcionamento normal da glândula e prevenir infecção.
Procurar manter equilíbrio entre a produção e liberação do leite.	A estase láctea nos canais, canalículos e ampola galactófora são fatores condicionantes, para o aparecimento da mastite.
b) Tratamento	
Proceder coleta de material para realização de cultura com antibiograma.	Para identificar o agente infeccioso e tomar medidas adequadas
Não inibir o processo de lactopoiese estimulando o funcionamento normal de glândula através da sucção ou excreção do leite da mama afetada.	O mecanismo fisiológico da lactopoiese requer estimulação constante da glândula mamária para evitar diminuição da produção do leite progressivamente do sistema canalicular.

Tratamento	Justificativa
Observar evolução ou regressão do abscesso mamário.	Para avaliar as condições de funcionamento da glândula mamária.
Administrar terapêutica, anti-inflamatórios e antibióticos de acordo com a prescrição médica.	Para recuperar as áreas afetadas e restabelecer o funcionamento normal da glândula mamária.

3.5.1.4 - O uso de drogas e o aleitamento materno

De acordo com Guimarães (1997), as estatísticas revelam uma crescente tendência de abandono da alimentação ao seio materno em nosso meio. Dentre os fatores responsáveis por este comportamento destacam-se os problemas relacionados aos riscos em expor os recém-nascidos a medicações maternas. A informação sobre a droga nem sempre se faz disponível em tempo hábil para o profissional que prescreve, o que na maioria das vezes não permite compatibilizar a terapia com a amamentação, de forma segura. A suspeita geralmente levam ao médico optar por orientar a mãe a suspender o aleitamento. Tal conduta não é necessária. Com freqüência um tratamento com outra medicação que apresenta um risco menor para a criança é possível.

Algumas drogas não são essenciais e podem ser suspensas com a cooperação da mãe. Exemplos são o uso de fenazopiridina, usado como terapêutica antimicrobiana para infecções do trato urinário e o uso de medicações para resfriados com múltiplas associações para tratar um ou dois sintomas.

Em algumas classes relativamente homogêneas de drogas (ex. bloqueadores Beta- adrenérgicos), existe uma grande diferença entre os fármacos no que diz respeito à quantidade de droga que é transferida para o leite e que não tenha nenhum metabólito ativo ou potencialmente ativo pode

ser de grande valia para minimizar a exposição da criança ao medicamento. Esta prática pode ser viabilizada a partir do conhecimento de informações seguras acerca de alternativas.

A diminuição da concentração sérica da droga na mãe reduz a concentração no leite e, conseqüentemente, os efeitos colaterais para a criança. A aplicação tópica da droga no local afetado freqüentemente ajuda-nos a alcançar essa meta. Corticóides inalados ou aplicados topicamente, broncodilatadores inalados e descongestionantes nasais ao invés de produtos orais são exemplos de mudanças na via de administração.

A coordenação do horário da droga com o das mamadas para evitar os períodos de pico de concentração da droga no leite pode minimizar exposição da criança. Uma regra geral é que o pico de concentração no leite ocorre de uma a três horas após a dose oral. Amamentar logo antes de tomar uma dose da medicação pode ajudar a evitar esse tempo de pico em crianças mais velhas. Nos recém-nascidos a amamentação é mais freqüente e irregular, e essa estratégia pode não ser bem sucedida. Essa conduta funciona melhor para drogas com meia-vida curta numa forma de dosagem de liberação prolongada não têm um pico definido no plasma ou leite. Além de acrescentar uma dose extra para a criança, a passagem de metabólitos ativos ou potencialmente ativos normalmente ocorre após um longo e imprevisível tempo, tornando difícil encontrar o tempo de amamentação em que se evite o pico da droga no leite. Se existe consenso que uma criança possa estar recebendo uma dose clinicamente importante da droga no leite, a concentração da droga no plasma da criança deve ser mensurada.

No caso de drogas de longa ação que podem ser dadas apenas uma vez ao dia, a administração à mãe logo antes do período mais longo de sono da criança pode ajudar a diminuir a dose desta. Um exemplo são

antidepressivos tricíclicos , que podem ser dados um vez ao dia, após a última mamada. Uma mamadeira no meio da noite pode ser usada, se necessário.

Algumas vezes , a terapêutica medicamentosa é temporária (ex: o uso de sedativos ou anestésicos par procedimentos cirúrgicos ou odontológicos ou o uso de agentes diagnósticos) . Como esses procedimentos são freqüentemente eletivos, a mãe pode optar em coletar leite extra antes do procedimento e refrigerá-lo par uso durante o período de abstinência da amamentação. Leites de fórmula podem também substituir temporariamente. Algumas mães podem contar com uma amiga que esteja amamentando ou uma parenta, como doadoras temporárias. Como visto antes, coletar e descartar o leite durante o período de abstinência não provoca desaparecimento da droga no leite na maior parte dos casos. A coleta do leite pode ser necessária para evitar o engurgitamento e a dor e para manter o fluxo de leite. A abstinência pode levar também a dificuldades em retornar à amamentação, uma vez que a criança torna-se acostumada a um método alternativo de alimentação.

O período de tempo em que a amamentação deve ser suspensa dependerá da droga. Quando o medo maior é que concentrações da droga potencialmente tóxicas no soro irão se acumular na criança durante múltiplos dias da terapêutica materna , a amamentação pode ser reinstituída tão cedo quanto uma ou duas meias - vidas da droga na mãe (50 a 75% de eliminação) após a última dose. Com drogas altamente tóxicas, em que mesmo uma pequena dose pode ser danosa, um retardo de quatro a cinco meias - vidas (94 a 97 % de eliminação) ou mais deve ser aconselhado.

Uma pequena minoria de drogas que são necessárias para a saúde da mãe são também muito tóxicas par permitir o aleitamento materno.

Nesses casos é melhor para interesse tanto da mãe quanto da criança descontinuar o aleitamento,(ex: terapia com antineoplásica).

A prescrição de uma droga para a mulher que amamenta deve levar sempre em consideração alguns aspectos relevantes:

- Avaliar a real necessidade da droga.
- Usar a droga mais segura.
- Se existir potencial tóxico, utilizar droga alternativa com menor toxicidade e meia - vida.
- A toxicidade pode ser detectada : sinais e sintomas e níveis séricos.

• Alertar os pais quanto aos possíveis sinais e sintomas .
Monitorar padrão de crescimento e comportamento.

• Minimizar a exposição do lactente à droga: administrar a medicação logo após a mamada ; administrar a dose única materna após a última mamada; coletar leite materno para a mamada seguinte, antes de usar a medicação; avaliar terapêutica materna de curta duração.

• Pensar na interrupção temporária do aleitamento materno nos casos em que este for incompatível com a medicação da nutriz.

Paralelamente ao surgimento de várias drogas, surge também novas tecnologias para sua detecção no leite. Mas é primordial que o profissional que lida com a saúde do binômio mãe - filho esteja ciente , antes de mais nada, da sua responsabilidade ao prescrever.

3.5.1.5 - Aspectos culturais no cuidado da amamentação

Campestrine (1992) aborda os aspectos antropológicos da amamentação e revela que grande número de nutrizes demonstra conhecimento empírico emergente de sua herança sócio - cultural no período da lactação; proibições escrupulosas sem justificativas ou fundamentos causam indecisões das nutrizes frente a inúmeras crenças e superstições que envolvem a amamentação, que necessitam ser conhecidas pelos enfermeiros com risco de gerar choque cultural na sociedade e conseqüente desestímulo ao aleitamento materno.

A amamentação é uma atividade básica, e constitui uma das primeiras intervenções nutricionais, materiais e de saúde infantil que a mãe pode aprender para assegurar a saúde de seu filho. É um modo natural e apropriado que satisfaz muitas das necessidades da criança em desenvolvimento, e na maioria dos lugares é compatível com o ambiente ecológico e econômico.

A experiência de sociedades tradicionais indica que muita poucas mães são incapazes de amamentar por razões fisiológicas contudo, vendo-se como um todo, grande quantidade de mulheres deixam de amamentar por vários motivos, dependentes de origem e classe social, estilo de vida e nível de informação e conhecimento.

O primeiro evento social, talvez o mais crítico da vida de uma criança ocorre com a interação entre mãe e filho na situação de alimentação.

Quando a mãe escolhe a maneira de alimentar seu filho, expressa nesta decisão influências da sociedade, de seu estilo de vida, da sua história pessoal e da sua personalidade.

O declínio do aleitamento materno representa um desperdício de um recurso natural de valor inestimável, sendo que os fatores mais contribuintes são: imperiosa necessidade de a mulher contribuir no sustento da família; estímulos anti - amamentação (exploração cinematográfica da mama, temor de perder a forma plástica de mama), inexistência de exemplos no meio familiar, exagerada divulgação feita em torno de determinados leites em pó , mamadeiras e bicos, desinteresse dos profissionais de saúde em ensinar, apoiar, orientar e supervisionar a mãe durante a amamentação, despreparo dos profissionais da saúde em relação às medidas profiláticas relacionadas a herança cultural das nutrizes e da sociedade.

Pizzato e Da Poian (1988) dividem os aspectos sociais da amamentação em familiares e antropológicos. Destacam vários fatores que colaboram para uma amamentação com êxito: apoio, estímulo e compreensão do companheiro e familiares; redução de visitas em número e em tempo, principalmente nos primeiros dias após o parto; o entretenimento do filho pouco mais velho, durante a mamada; auxílio de uma pessoa dedicada, que fique com a criança, quando a mãe carece ausentar-se do lar.

No aspecto social-antropológico, o autor alude que a alimentação ao peito tem sua origem associada ao primeiro parto, e portanto, é milenar. Estudos de povos primitivos, enfatizando costumes quanto à alimentação da criança nos primeiros meses de vida, além de costumes sociais, na vida adulta, revelam a influência do aleitamento materno no desenvolvimento da personalidade do ser humano. Pesquisas realizadas com mães africanas , com hábitos primitivos, revelam que a amamentação ocorria maciçamente sem qualquer preocupação com tempo de sucção, horários, posições, técnicas... (a puérpera africana até os quarenta dias após o parto é considerada impura, e a única visita permitida

é a do recém - nascido). Chegou-se a conclusão que o processo de amamentação está fundamentado numa imitação inocente, de outras mães, experimentada pela mulher desde a meninice.

Nas ilhas Alor, segundo Filloux, apud Pizzato e Da Poian (1988) as mães permanecem no ostracismo durante os primeiros oito dias de puerpério, amamentando seu recém-nascido. Após quinze dias retornam ao trabalho, interrompendo bruscamente a amamentação, ficando o filho sob a responsabilidade de irmãos maiores, que o alimentam de modo grosseiro e irregular, e por vezes com alimentos mastigados por outros. Outro dado antropológico, citado por Souza e Souza apud Pizzato e Da Poian (1988), 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, começam a produzir leite após duas ou três semanas de estímulo, conseguido pela sucção da criança, orientada de modo a que gradualmente se aumente o tempo e a frequência das mamadas.

A herança social das nutrizes e respectiva comunidade (costumes, ritos, tabus, crenças ...) é fator interferente na amamentação. A maneira pela qual uma pessoa enfrenta as suas necessidades de autocuidado não é instintiva, mas pelo contrário, é um comportamento aprendido, baseado em seu próprio passado. Campestrine (1992), registra exemplos de herança social, em pesquisa realizada em uma comunidade do interior do RJ, as quais interferem grandemente no sucesso, ou não, da lactação, que demonstram o distanciamento entre a antropologia cultural e o discurso da amamentação pelos profissionais da Saúde.

⊗ A nutriz não pode tomar água, enquanto dá de mamar. “Faz mal ao recém-nascido”.

⊗ Não é bom comer ovo durante o resguardo, pode inflamar o útero.

⊗ O recém-nascido não dormir no peito. Ele pode “golfar”. Se golfar, “o calor do estômago entra no peito da mãe e arruína”(mastite). Para não arruinar, depressa pentear a mama ou virar o bebê com as pernas para fora e deixar “ele” mamar na mesma mama que ele golfou.

⊗ É desaconselhável “espremer” leite da nutriz, na parede ou no chão. O leite é “chupado” pelo cimento e pelo tijolo e seca.

Vê -se assim que os tabus que , direta ou indiretamente, envolvem a amamentação, e portanto, fazem parte da antropologia cultural, merecem ser conhecidos e estudados com profundidade pelos profissionais de saúde da área materno-infantil e por todos os que trilham o caminho do incentivo ao aleitamento materno, pois só assim é possível prestar um cuidado eficiente respeitando os valores culturais das nutrizes.

4-MARCO CONCEITUAL

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

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

4.1- Um Rápido Histórico

Durante a metade dos anos 50, Leininger na sua prática como enfermeira especialista em saúde mental em uma Casa de Orientações à crianças, observou diferenças na maneira como estas crianças queriam ser cuidadas ao comerem, vestirem-se, brincarem, dormirem e em outras áreas da atividade humana. Gradualmente, Leininger foi percebendo que as diferenças culturais das crianças que eram judias, africanas, alemãs, é que influenciavam nas diversas maneiras de estas agirem e comunicarem-se.

Leininger, então, iniciou sua busca, a fim de, explicar como as crenças, valores e práticas culturais podem influenciar os estados de saúde e doença das pessoas e nos cuidados, e também a formar teorias sobre a enfermagem como um fenômeno essencialmente transcultural.

Esta autora foi a primeira enfermeira a ingressar num programa de doutorado em antropologia, na Universidade de Washington, em 1959, passando a estudar e teorizar sobre a relação do cuidado e a cultura, enfatizando que o cuidado era uma necessidade humana essencial, e que este era o coração ou essência da enfermagem, havendo necessidade de ser compreendido através de uma perspectiva transcultural (Leininger, 1985).

4.2- Alguns Pressupostos

1. Desde o surgimento da espécie humana, o cuidado tem sido essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos (Leininger,1985);

2. O cuidado humanizado é universal, existindo diversos padrões de cuidado que podem ser identificados, explicados e conhecidos entre as culturas (Leininger, 1985);

3. O cuidado próprio, e outros padrões de cuidado, existem entre as culturas (Leininger, 1985);

4. O cuidado humanizado é a característica central, dominante e unificadora da enfermagem (Leininger, 1985);

5. Não pode haver cura sem cuidado, mas pode haver cuidado mesmo sem ser para cura (Leininger,1985);

6. Os conceitos e práticas do cuidado do ser humano podem ser identificados em todas as culturas (Leininger, 1985);

7. As práticas de cuidado da saúde, profissionais e populares são derivadas da cultura e influenciam as práticas de enfermagem (Leininger, 1985);

8. Embora outras pessoas participem do processo do nascimento, as mulheres desenvolvem ações mais explícitas no processo de cuidar do recém - nascido (Leopardi, 1989 apud Monticelli, 1987);

9. O cuidado é essencial para o nascimento, crescimento e desenvolvimento dos seres humanos dentro da família e comunidade inseridos num contexto cultural. Neste, o processo de viver inicia na concepção do ser humano e vai até sua morte, desenvolvendo-se contínua e dinamicamente, a partir de todos os eventos acontecimentos e experiências

que ocorrem ao longo da trajetória da vida. O puerpério é um acontecimento passageiro que ocorre no processo de viver (baseado em Monticelli, 1997);

10. A interação entre o recém - nascido, sua família e o enfermeiro depende de aspectos emocionais, sócio - econômicos, biológicos e culturais (Nitschke, 1991);

11. “A interação é parte integrante do processo de viver porque ela permite compartilhar” (Monticelli, 1997);

12. O cuidado permeia a interação puérpera recém-nascido e família, sendo que, quem presta esse cuidado é tanto a família como a enfermagem.

4.3-Conceitos

Ser Humano

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

Neste marco, o ser humano é especialmente representado pelo recém-nascido, puérpera, membros da família, o enfermeiro e todos aqueles que interagem neste processo.

Família

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

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

A família define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo de seus membros e do seu próprio processo de viver. Possui atribuições, dentre as quais está o cuidado da saúde de seus membros no seu processo de viver e ser saudável (Baseado em Delaney, apud Nitschke 1991, GAPEFAM 1995, Monticelli 1997).

Família Saudável

Segundo Delaney, apud Nitschke (1991), a família saudável é aquela que possui canais abertos de comunicação, regras flexíveis, auto - valorização elevado e negociações bem sucedidas com membros externos à família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem - estar de seus membros.

Neste marco, a família saudável compartilha crenças e valores culturais que tem influência no cuidado dentro do processo de nascimento e

portanto na promoção e manutenção da saúde da puérpera e recém-nascido. Esse cuidado envolve o cuidado profissional onde está a enfermagem.

Enfermagem

É profissão, ciência e arte que, possuindo conhecimentos e habilidades próprias para atuar no processo do nascimento, implica em um processo de interação entre enfermeiro e família, da puérpera e do recém-nascido. Nesta interação o profissional ao desempenhar seu papel, busca desenvolver cuidados que sejam culturalmente congruentes (popular e profissional). Sendo assim, é necessário que a enfermeira desempenhe seus papéis de acordo com suas próprias expectativas e também com as expectativas das puérperas e suas famílias que participam no processo do nascimento, procurando a manutenção, acomodação ou reorganização do cuidado desenvolvidos durante o processo, de maneira conjunta (baseado em Monticelli, 1997 e Nitschke, 1991).

O enfermeiro como ser humano tem sua própria cultura, ou seja, ela vem de um grupo cultural puro à sua formação profissional.

Durante o processo de nascimento, o enfermeiro colabora na transição dos papéis sociais desempenhados pelas mulheres, apoiando-as nas definições de papéis já existentes.

Ambiente

É o meio físico, sócio - econômico, político e cultural onde a família a puérpera, o recém-nascido e o enfermeiro interagem durante o processo de viver, podendo ser traduzido neste marco pelo hospital,

alojamento conjunto, domicílio e comunidade onde se inserem. Este ambiente influencia e é influenciado diretamente pelas crenças e valores que, por sua vez, influenciam o cuidado dos seres presentes no processo do nascimento, durante o período do puerpério. (Henkemaier, 1997).

Cultura

Refere-se aos valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram apreendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações de formas padronizadas (Leininger, 1985).

Interação

É um conjunto de processos que ocorrem entre os seres humanos. São comportamentos sociais desenvolvidos quando dois ou mais seres estimulam-se entre si por diferentes meios de comunicação e conseqüentemente modificam o comportamento dos outros (Schvaneveldth, apud Nitschke, 1991).

Neste marco a interação é todo um conjunto de processos que ocorrem entre o recém-nascido, a puérpera, demais membros de sua família, o enfermeiro e também o ambiente que o cerca (Nitschke, 1991).

Cuidado

Consiste no desenvolvimento de atividades e decisões realizadas com a família, puérpera e recém-nascido durante o processo do nascimento onde através da interação a enfermagem e a família buscam

conhecer-se, compartilhando e negociando conhecimentos, crenças e valores em situações de saúde e doença. (Henckemaier, 1997).

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

O cuidado é representado por vários elementos (construtos) que servem de base para o desenvolvimento de ações na manutenção, promoção do processo de viver. São eles: “ confortar; comprometer; prevenir; contornar; agir para; adotar; atitude com respeito à ; ter sensibilidade; ter consideração; trocar idéias; coordenar para; esclarecer; informar; orientar; reforçar; demonstrar interesse; empenhar-se; fazer favor; gentilezas; ouvir atentamente; amar; valorizar; estar presente ; proteger; estar aberto à outra; pessoa; dispensar atenção; respeitar; aceitar; lutar com; estimular; desafiar; socorrer; amparar; supervisionar; executar ações técnicas e físicas; compreender; trocar experiências; calar; meditar com; limitar; aliviar a dor; fazer por; dedicar-se; promover conhecimentos; vigiar; dialogar ; demonstrar sentimentos de ternura (tocar, acariciar, abraçar) ; promover a afetividade entre seus membros; tratar; reabilitar problemas físicos; respeitar características individuais (potencialidades e limitações , valores crenças e objetivos); demonstrar confiança e desenvolver a auto-confiança; esperança e coragem nos demais; dar presentes; auxiliar na busca de recursos e a identificar e lutar pelos seus direitos; ajudar as pessoas a usarem sua liberdade e a aceitarem responsabilidades pela própria existência; auxiliar as pessoas a identificar e utilizar seus recursos individuais familiares e comunitários. (Patricio, 1994, P.143 - 144

Processo de Viver

O processo de viver é contemplado desde a concepção integrando o processo do nascimento, onde este novo ser humano interage com as pessoas e com o meio onde a cultura se desenvolve.

Neste marco o processo do nascimento, durante o período do puerpério, é visto como a totalidade dos eventos e de cuidados desenvolvidos tanto com recém - nascido, que está iniciando seu processo de viver, quanto com a mulher, que acaba de ser mãe, como toda a família que redefini seus papéis sociais durante o processo do nascimento. O processo saúde-doença permeia todo processo de viver, e portanto, permeia, também o processo de nascimento (Monticelli, 1997).

5- CONTEXTUALIZANDO A PRÁTICA

5.1 - O local de estágio

O estágio foi desenvolvido na Maternidade do Hospital Universitário (H. U.), hospital escola vinculado a Universidade Federal de Santa Catarina, o qual atende exclusivamente pelo SUS, sendo a prática realizada especificamente na unidade de Alojamento Conjunto, estendendo-se ao domicílio das famílias cuidadas.

A Maternidade do Hospital Universitário foi inaugurada no dia 23 de outubro de 1995, fazendo parte desta as unidades Admissão e Egresso, Triagem, Centro Obstétrico, Berçário (Neonatologia) e Alojamento Conjunto.

O Alojamento Conjunto é um tipo de unidade de internação (quarto ou enfermaria), em que o bebê sadio logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe 24 horas por dia num mesmo ambiente até a alta da maternidade. Esta modalidade de internação possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, inclusive a orientação à mãe sobre a sua saúde e a do bebê (Ministério da Saúde).

A unidade de internação de Alojamento Conjunto (normas e rotinas do A. C. seguem em anexo III), admite gestante de alto risco, puérpera, recém-nascido, atendendo também situações de puerpério patológico.

Conforme a filosofia (anexo IV) da maternidade as pacientes podem ser acompanhadas por um familiar ou amigo diariamente. O alojamento conjunto consta de 22 leitos, sendo que deste total, seis são destinados a internação de gestantes de alto risco e dezesseis leitos para puérperas e seus recém-nascidos. Cada quarto possui três leitos com respectivos berços. Anexo ao quarto fica o banheiro para as pacientes internadas. O posto de enfermagem dispõe de: sala de medicação, balcão para prescrição, sala de exames e curativo (quarto adaptado), sala para o exame do recém-nascido, possuindo ainda uma sala de banho para o recém - nascido. Há uma sala da enfermagem onde são guardados materiais de alto custo. A unidade também possui copa, sala de lanche e rouparia conforme pode ser visualizado na planta física em anexo).

Optamos desenvolver o nosso projeto no Alojamento Conjunto e domicílio por acreditarmos na importância de realizarmos o cuidado valorizando puérpera e recém-nascido dentro de um contexto familiar e cultural.

5.2 - As famílias: “o alvo do cuidado”

O projeto foi desenvolvido através do Processo de Cuidar, junto a puérpera, recém-nascido, envolvendo também a família internados no sistema de alojamento conjunto, independente de idade, classe social, estado civil, escolaridade, nível sócio-econômico.

O processo de cuidar foi desenvolvido com 47 puérperas, seus recém - nascidos e suas famílias, as quais apresentamos um perfil no que diz respeito a idade, número de filhos, tipo de parto, estado civil e sexo de seus recém - nascidos (que podem ser visualizados no apêndice II).

Foram realizadas 15 visitas domiciliares com famílias atendidas no A . C., utilizando - se como critério de escolha o fato de essas famílias residirem na Ilha de Santa Catarina.

6- DESENVOLVENDO UM PLANO DE AÇÃO E AVALIANDO O ALCANCE DOS OBJETIVOS

Neste capítulo abordamos os objetivos específicos os quais trabalhamos, juntamente com a avaliação dos mesmos. As facilidades e dificuldades encontradas em cada objetivo são descritas posteriormente no item Fazendo algumas considerações finais continuando o processo de viver.

Objetivo 1:

Ampliar conhecimentos científicos e populares sobre a puérpera, recém - nascido e família.

Consideramos que este objetivo foi alcançado, pois:

- Desenvolvemos a revisão de literatura, sendo que a mesma contemplou diversos assuntos ligados à área;
- Os conhecimentos populares foram obtidos através do instrumento “ Roteiro para o Conhecendo a Situação” do Processo de Cuidar (segue em apêndice III) e através interações com a família, puérpera, recém - nascido e equipe de saúde tanto no Alojamento Conjunto como no seu domicílio.

- Participamos de eventos ligados a área materno - infantil como a Jornada Científica realizada no H.U., Palestras realizadas na Maternidade Carmela Dutra e participação no 9º. Encontro de Enfermagem da Região Sul - ENFSUL.

Objetivo 2

Interagir na unidade de alojamento conjunto da maternidade do Hospital Universitário, no que diz respeito a estrutura física, clientela e equipe atuante.

Consideramos que este objetivo foi alcançado pois:

- Houve integração das acadêmicas com a equipe de enfermagem e clientela e conseqüente aprendizado da dinâmica de funcionamento do Alojamento Conjunto(A.C.), havendo também participação nas situações vivenciadas no A. C.

- Como proposto na estratégia foi realizada reunião para apresentação do projeto na qual foram apresentadas sugestões de integração do grupo com o CIAM (Central de Incentivo ao Aleitamento Materno) e Serviço Social da Maternidade.

- Desenvolvemos também o Processo de Cuidar proposto, o qual será discutido e exemplificado adiante.

Objetivo 3

Conhecer e refletir sobre o cuidado, (popular e profissional) desenvolvido junto a puérpera, recém-nascido e família.

Consideramos alcançado este objetivo já que:

• Identificamos e refletimos sobre crenças, valores e aspectos do cuidado tanto popular como profissional, com o auxílio de instrumento bem como de conversas informais. Identificamos e trabalhamos os elementos do cuidado durante o período de estágio tanto no A.C. como em visitas domiciliares. Como podemos destacar mais detalhadamente no item **9- Construindo uma metodologia para aplicar o marco conceitual: O Processo de Cuidar em enfermagem.**

Objetivo 4

Planejar, implementar e avaliar ações junto à puérpera, recém-nascido e família a partir da manutenção, adaptação ou repadronização do cuidado considerando os aspectos culturais.

O objetivo foi alcançado considerando que:

• Planejamos, implantamos e avaliamos as ações para manter, acomodar ou repadronizar o cuidado, adotando o Processo de Cuidar junto a 47 famílias, o qual foi registrado baseado no Sistema Weed (1984), sendo apresentados neste relatório 3 situações vivenciadas no A.C. e visitas domiciliares. Uma reflexão mais detalhada pode ser encontrada no **item 9.**

Objetivo 5

Promover e proteger o aleitamento materno.

Consideramos que este objetivo foi alcançado pois:

• Durante o estágio distribuimos folhetos educativos (anexo V) produzidos pelo CIAM (Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno), os

quais eram discutidos com as puérperas possibilitando assim, acrescentar novos conhecimentos e responder a possíveis dúvidas.

- Apoiamos os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno (anexo VI) através das interações e cuidado com a clientela no A.C., visitas domiciliares, como também através da realização de atividades incentivando o aleitamento materno, como palestras com utilização de vídeo.

- Participamos de palestras para ampliação de conhecimentos sobre aleitamento materno na Maternidade Carmela Dutra e Jornada Científica da Maternidade do H.U.

Objetivo 6

Eslarecer dúvidas sobre o cuidado do recém-nascido e puérpera junto à família.

O objetivo foi alcançado pois :

- Esclarecemos dúvidas sobre as características anatômicas e fisiológicas, bem como cuidados com o recém-nascido e puérpera junto às famílias, através das interações e do cuidado. Elaboramos também folhetos que foram fixados em mural (apêndice IV), como também nos quartos. Realizamos uma palestra com exposição dos métodos anticoncepcionais.

- Quanto aos impressos educativos (apêndice V) propostos na estratégia, consideramos que foi realizado em parte pois, só foi possível distribuir 10 impressos educativos para as famílias visitadas.

Objetivo 7

Promover a integração do recém - nascido e puérpera na família .

O objetivo foi contemplado sendo que:

- Realizamos 15 visitas domiciliares (foto em anexo VII), uma para cada puérpera, sendo que em uma delas a família não foi encontrada.

Uma descrição mais completa encontra-se no ***item 11***.

- Observamos e incentivamos a integração do recém-nascido na família através do Processo de Cuidar.

- Desenvolvemos uma oficina sobre “O que é viver o processo do nascimento”. (Anexo VIII)

7- O QUE NÃO ESTAVA “NOS PLANOS”

Além das atividades propostas inicialmente para o alcance dos objetivos, também foi possível a realização de outras atividades, não previstas, como por exemplo:

- visita domiciliar em conjunto com o CIAM; (foto em anexo IX)
- atividades administrativas juntamente com as Enfermeiras do AC ;
- elaboração de um quadro mural (foto em anexo X) para anexar as mensagens das mães atendidas no A C. e
- houve um momento de intercâmbio com o grupo de estágio da Costeira, onde tivemos a oportunidade de apresentar a Maternidade do H. U. para adolescentes grávidas.(foto em anexo XI)
- Tivemos a oportunidade de participar da conquista do Título de Hospital Amigo da Criança.

8- ALGUMAS QUESTÕES ÉTICAS E EDUCACIONAIS DO PROCESSO DE CUIDAR

Gostaríamos de salientar que durante o desenvolvimento deste projeto assistencial respeitamos o código de ética (1993) no qual o artigo 3º dos Princípios Fundamentais assinala que o profissional de enfermagem respeita a vida, dignidade do ser humano, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza.

Foram consideradas as vontades dos familiares e equipe atuante deixando-os livres para escolha da participação ou não das reuniões e atividades conjuntas que foram propostas.

Preservamos os dados pessoais da família, equipe e pacientes não identificando-os no nosso trabalho, para tal adotamos nomes dos pontos cardeais e praias da Ilha de Santa Catarina para denominá-los.

9- CONSTRUINDO UMA METODOLOGIA PARA APLICAR O MARCO CONCEITUAL: O PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM

O Processo de Cuidar aqui proposto envolve as seguintes etapas: *conhecendo a situação, planejando o cuidado, fazendo o cuidado, avaliando o cuidado.*

O Processo de Cuidar foi contínuo, dinâmico e aberto, contemplando entre as etapas, vários momentos que se interligaram e se complementaram constantemente. Ele ocorreu numa ação conjunta entre o profissional e família, respeitando crenças e valores.

Conhecendo a Situação:

Neste momento, buscamos conhecer o processo de viver, nascer, valores, crenças, costumes e significados do cuidado popular, considerando a cultura do cliente, onde nos detivemos a conhecer as famílias a qual havíamos previamente selecionado para o nosso trabalho de conclusão, através da interação diária tanto com a puerpera quanto com o recém-nascido e suas respectivas famílias, ganhando aos poucos sua confiança, amizade e colaboração, assim como conhecimento também.

Conhecemos ainda a situação das famílias com as quais trabalhamos em visitas domiciliares, onde pudemos observar melhor os membros, o ambiente, sua relação e cuidados, nas respectivas famílias, fazendo assim o confronto do que havia sido relatado, e o que se observou na realidade.

Utilizamos nesta etapa do nosso processo “ *Conhecendo a situação* ” um instrumento por nós construído (apresentado em apêndice III), através do qual obtivemos uma série de dados a respeito das famílias como seus conhecimentos, suas práticas de cuidado, relações entre seus membros, etc., dos quais podemos citar alguns exemplos, a nível de ilustração:

- *O que pensa em fazer para o amarelão? (Trisa , Icterícia)*

“ Assim que o bebê nasce a gente coloca roupa amarela nele que puxa o amarelo do corpinho dele”. (A. S. 23 anos, mãe)

“Nunca ouvi falar em amarelão “. (S. M. S. 18 anos, mãe)

- *Como você pensa em alimentar o bebê?*

“Com leite materno, mas precisa ver se o leite não é fraco para o bebê, né? (R. L . 28 anos , mãe)

- *O que é arca caída ?*

“Acontece quando a criança é pegada de mau jeito pelas costelas, a criança chora bastante e até vomita”. (E. M. 57 anos, avó)

- *O que você sabe sobre a amamentação?*

“ É um leite específico para a alimentação do nenem”.
(L.M.M., 37 anos, mãe).

• *Já teve problemas com as mamas? Que tipo de problema?*

“Tive problema quando tive meu outro filho, tive muito foi calor de figo”. (M.E., 22anos, mãe)

“Minha mama ficou toda empedrada”. (M. E. 22anos, mãe)

“Olha eu já estou com *“calor de figo”*. (C. T. S. ,40 anos , mãe).

• *O que utilizou para tratar?*

“Para o *“calor de figo”* eu usava a casca do mamão, e esfregava bem no bico”. (R. S. 35anos, mãe)

“Já usei casca de mamão, e foi muito bom”. (S. M. B. ,21 anos ,mãe)

• *Você está utilizando algum método anticoncepcional? Qual?*

• “Quando agente tá dando de mamar não precisa tomar nada”. (M. E. , 22anos , mãe)

“Não posso usar comprimido por causa da idade “. (C. T. S. ,40 anos, mãe).

• *O que você utiliza para cólicas do RN?*

“Eu uso muito é chá de erva doce”. (C. T. S.,40anos , mãe)

“Agente faz uma simpatia, coloca uma tesoura aberta em baixo do travesseiro do bebê”. (J. M. S., 45 anos avó)

“Faz massagem na barriga dele e melhorou “. (R.P.M. 18 , mãe)

• ***O que é resguardo para você?***

“É uma período que agente não pode fazer nada né, agente tem que se cuidar pra não pegar infecção”. (M. L., 18 anos, mãe)

“Não vou lavar os cabelos antes dos 40 dias , porque pode dar recaída “(T.M.M ,27 anos)

“É um momento de saúde , porque não tenho nenhuma criança “. (C.M. ,15anos, mãe)

• ***Como é viver o momento do nascimento ?***

“O nascimento é um momento de unir a família e tentar recomeçar”. (M. C., 26, tia)

“O amor de mãe é que realmente é verdadeiro”.(R. S., 23, pai)

“Meu filho mudou muito após a gravidez da minha nora, ele está muito melhor agora”. (M. S., 41, avó).

Planejando o Cuidado:

Nesta fase, buscamos caminhos para obtenção conjunta do cuidado, de acordo com a situação existente. Procuramos através de reflexão e análise dos dados, *manter*, ou seja, *preservar* o cuidado culturalmente embasado, facilitar ou capacitar o indivíduo, auxiliando-o a preservar ou manter hábitos favoráveis de cuidado e de saúde; *adaptar* ou *acomodar* o cuidado embasado culturalmente, isto é, buscamos formas de adaptação, negociação ou ajustamentos de hábitos de saúde e de vida; ou ainda, *repadronizar*, ou *reestruturar* o cuidado, buscando auxiliar o cliente a mudar os padrões de saúde ou de vida, de forma a tornar mais benéficos os cuidados praticados, respeitando seus valores e crenças culturais.

Fazendo o Cuidado:

Nesta etapa, desenvolvemos junto com as famílias ações e propostas discutidas em conjunto contemplando os diversos elementos do cuidado (construtos). O cuidado foi contemplado por seus vários elementos (construtos) “ confortar; comprometer; prevenir; contornar; agir para; adotar; atitude com respeito à ; ter sensibilidade; ter consideração trocar idéias; coordenar para; esclarecer; informar; orientar; reforçar; demonstrar interesse; empenhar-se; fazer favor; gentilezas; ouvir atentamente; amar; valorizar; estar presente ; proteger; estar aberto à outra; pessoa; dispensar atenção; respeitar; aceitar; lutar com; estimular; desafiar; socorrer; amparar; supervisionar; executar ações técnicas e físicas; compreender; trocar experiências; calar; meditar com; limitar; aliviar a dor; fazer por; dedicar-se; promover conhecimentos; vigiar; dialogar ; demonstrar sentimentos de ternura (tocar, acariciar, abraçar) ; promover a afetividade entre seus membros; tratar; reabilitar problemas físicos; respeitar características individuais (potencialidades e limitações , valores crenças e objetivos); demonstrar confiança e desenvolver a auto - confiança; esperança e coragem nos demais; dar presentes; auxiliar na busca de recursos e a identificar e lutar pelos seus direitos; ajudar as pessoas a usarem sua liberdade e a aceitarem responsabilidades pela própria existência; auxiliar as pessoas a identificar e utilizar seus recursos individuais familiares e comunitários. (Patricio, 1994, P.143 - 144).

Muitas vezes utilizamos os elementos do cuidado sem nos darmos conta . Por inúmeras vezes nos pegamos dando colo, acariciando, ninando os bebês ,sem pararmos para refletir que estávamos cuidando e ao mesmo tempo estávamos dando e ganhando carinho, afeto, amor.

Avaliando o cuidado:

Nesta fase, refletimos sobre as situações e ações desenvolvidas no processo de cuidar, avaliando quais os cuidados que deviam ser preservados, acomodados e quais deviam ser reorganizados. Esta fase permitiu constatar o nível de assimilação das orientações previamente prestados as famílias as quais trabalhamos.

10- REGISTRANDO O PROCESSO DE CUIDAR

O Processo de Cuidar que desenvolvemos no Alojamento Conjunto da Maternidade do HU e no domicílio, foi registrado baseado no Sistema WEED (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1984).

Deste modo, o registro diário foi realizado através dos itens Subjetivo(S), Objetivo(O), Análise(A) e Conduta(C). Este sistema vem sendo chamado informalmente de SOAC. Neste Processo de Cuidar a 1ª etapa *Conhecendo a Situação* foi contemplada dentro dos itens: **subjetivo “S”** e o **objetivo “O”**. A etapa *Avaliando o Cuidado* foi registrada no item **análise “A”**, onde refletimos sobre a situação e cuidados prestados, e através deste pudemos avaliar as possibilidades de acomodar, manter ou repadronizar o cuidado. A etapa do processo *Planejando e Fazendo o Cuidado* foi registrada dentro do item **conduta “C”**.

Sentimos a necessidade de conversarmos com a equipe sobre a forma com que os mesmos estavam utilizando o sistema WEED , havendo uma confusão entre os dados objetivos e a conduta. Sendo que as condutas que já haviam sido realizadas estavam sendo contempladas, pela equipe, dentro dos dados objetivos e não no item conduta.

Utilizamos também registros em forma de notas, afim de facilitar a elaboração do relatório final (baseado em Nitschke(1991).

Deste modo:

Através das **Notas de Reflexões** pudemos registrar pensamentos, sentimentos, e emoções que vivenciamos durante o período de estágio, levando a fazer discussões posteriores.

Nas **Notas Teóricas** fizemos uma reflexão sobre a aplicabilidade dos conceitos e pressupostos do referencial teórico utilizado.

Sentimos que a partir das **Notas Metodológicas** podemos avaliar a metodologia aplicada.

11- APLICANDO E DESENVOLVENDO O PROCESSO DE CUIDAR

Conforme já referimos, cuidamos de um total de 47 famílias, dentre as quais selecionamos 3 (três), para ilustrar como se deu o Processo de Cuidar, exemplificando seu registro, sendo que cada família foi cuidada por uma das acadêmicas. Deste modo, escolhemos denomina - las Sul, Norte e Leste, sendo que seus componentes são apresentados com nomes de praias no Norte, Sul, e Leste da Ilha.



I - A FAMÍLIA SUL...

1-Identificação:

Puérpera: Solidão

Data de nascimento: 17/05/70.

G: V

P: V

A: Ø

IG: 41 sem.

Tipo de Parto: PN - cócoras.

Escolaridade: 3^a. série primária

Profissão: do lar

Religião: católica

Cônjuge: Pântano do Sul

Data de nascimento: 02/08/69.

Escolaridade: 5^a. série

Profissão: servente

Religião: católica

Número de filhos: 4

Acompanhante: sem acompanhante

Grau de

parentesco:

Endereço da Puérpera e RN : C.P.

Nome do RN: Ribeirão da ilha.

Data de Nascimento: 30/09/97.

Horário: 11: 45

Sexo: Masculino

Peso: 3.900 kg

comprimento:

52 cm

Apgar: 1 : 08

5: 09

PC: 36 cm

PT: 36 cm

PA: 35 cm

Idade Gestacional (Capurro) : 41 semanas 1 dia.

Composição familiar

Nome	Sexo	Cor	Parentesco	Idade	Profissão	Estado civil
Solidão	F	N	mãe	27	do lar	casada
Pântano do Sul	M	N	pai	28	servente	
Armação	F	N	irmã	6		
Campeche	F	N	irmã	2 e 7m		
Tapera	M	N	irmão	5		
Ribeirão da Ilha.	M	N	RN avó	7 d		
Felicidade	F	N		57	faxineira	

Dias e horários para visita domiciliar: 07/10/97.

...no Alojamento Conjunto...

...no 1º.dia pós - parto

Subjetivo

Refere que este é o quarto filho, e vai se chamar Ribeirão da Ilha. Conta que engravidou porque esqueceu de tomar o comprimido e não usou camisinha. Diz que pensava que o bebê fosse uma menina porque no ultrassom deu menina, por isso comprou bolsa e roupas cor de rosa, mas não se importa com o sexo do bebê. Diz que amamentou os outros filhos e quer amamentar este. *Pergunta por que seu leite é clarinho.* Conta que *colocou roupa amarela no bebê para prevenir o amarelão, que é quando a criança fica toda amarela.* Diz que *vai guardar o coto umbilical quando cair.* *Durante os quarenta dias de resguardo e sangramento não vai lavar a cabeça, pois pode dar uma recaída.* Diz que *seus filhos tiveram*

arca - caída e que para melhorar uma vizinha sua realizou massagem com óleo.

Refere estar se alimentando bem, já urinou.

Objetivo

Solidão apresenta-se lúcida, orientada, comunicativa, deambulante. Ausência de nódulos cervicais palpáveis. Mamas normotensas, mamilos protrusos com presença de colostro. Cabelo sem sujidades.

Abdome flácido, altura de fundo uterino abaixo da cicatriz umbilical contraído. Lóquios sanguinolentos em média quantidade. Episiorragia sem edema ou secreção.

S.V.

P: 96 bpm T: 36,2°. R: 24 mpm P A: 100/70 mmhg

Ribeirão da Ilha está corado, hidratado, eupneico. Alerta com atividade motora.

Presença de bossa serossanguinea em crânio. Prega ocular na altura da implantação da orelha, millium sebácio em nariz, pérolas de epstaim em cavidade bucal. Ausência de nódulos palpáveis. Apresenta narinas congestionadas. RN suga em mama com apreensão da aréola por aproximadamente 60 min. pela manhã. Coto umbilical seco. Meato urinário presente e pérvio, testículos presentes em bolsa escrotal. Evacuou uma vez, urinou duas vezes.

S.V.

FC: 128 bpm FR: 51 mpm T : 37°. Peso: 3.750 kg

Análise

Solidão apresenta características puerperais fisiológicas.

Episiorrafia com bom aspecto.

Manter : o uso de roupa amarela, pois não traz prejuízo à saúde do RN, e sugerindo portanto que esta crença seja respeitada.

Manter: cuidados culturalmente transmitidos com relação a arca - caída, pois os mesmos não trazem prejuízo à saúde do RN.

Acomodar: conhecimentos relacionados ao aleitamento materno e acrescentar novos.

Repadronizar : conhecimentos relacionados à icterícia, pois é importante que a mãe tenha conhecimento das causas reais da icterícia.

Repadronizar: cuidados relacionados à higiene da puérpera, pois a não realização dos mesmos coloca em risco a manutenção da saúde da puérpera e do RN.

Bossaserossangüinea está provavelmente relacionada a pressão causada em crânio durante o trabalho de parto com extravasamento de líquido seroso para os tecidos periféricos.

Manter: Cuidados com a amamentação, pois o RN apresenta boa sucção e boa pega.

Manter: Cuidados com a congestão nasal que está provavelmente relacionada ao trauma da aspiração realizada em sala de parto.

Conduta (anexo XII prescrição de enfermagem utilizada no A. C.)

Observar evolução da congestão nasal

Conversado sobre a importância da higiene dos cabelos para sua saúde e do RN

Explicado as causas da icterícia

Esclarecido sobre a presença de bossa serossanguinea
Conversado sobre a importância do colostro e suas
características normais.

Alguns dias depois no domicílio...

Data: 07/10/97.

Endereço: C. P.

Subjetivo

Solidão conta que hoje de manhã foi ao P.S. fazer o teste do pézinho. Consultou com o médico e o mesmo disse que ela e o bebê estão bem e recitou-lhe um anticoncepcional que ela recebeu no posto mesmo.

Refere que este anticoncepcional pode ser tomado sem parar e serve para quem está amamentando. Diz que quando Ribeirão da Ilha fizer quatro meses ela começará a introduzir outros alimentos e vai tomar um anticoncepcional mais forte porque este outro não tem bom efeito nela.

Disse que o coto de Ribeirão da Ilha já caiu no seu 5º. dia de vida e que sangrou um pouquinho, Solidão disse: “ guardei o coto em uma caixinha de fósforos, mas só tenho o de Ribeirão da Ilha e Armação, os outros não guardei. Diz que o bebê está mamando bem.

Sua mãe dona Felicidade estava na casa da filha. Dona Felicidade tem 57 anos, é viúva e tem 10 filhos. Seu marido morreu num acidente há 8 anos, tem 2 falecido, um ela abortou porque levou um susto e o outro faleceu quando tinha um ano de uma doença que ela não sabe qual foi. Dona Felicidade diz que conhece arca - caída e que isso ocorre quando a criança é pegada de mau jeito pelas costelas, quando dá arca - caída “ a

criança chora bastante e até vomita, e para tratar a gente faz massagem com óleo quente nas costelinhas do bebê”.

Solidão diz: “*estou com a rachadura nos dois peitos, tô passando manteiga de cacau, já usei quando tive Armação e foi bom. Daí antes de dar de mamá eu lavo o peito antes*”. Dona Felicidade diz: “*faço um preparado com salsa e óleo que é bem bom para rachadura*”. Sobre o amarelão dona E. diz que tem uma receita infalível: “*a gente deve colocar três dente de alho como uma pulseira no braço do bebê, o alho vai ficar todo amarelo porque puxou o amarelão do bebê*”.

Solidão conta que a água vem da cachoeira e que a prefeitura vem uma vez por ano para fazer a limpeza. O lixo deve ser levado até um pedaço do morro para ser recolhido. *Solidão* diz que a casa é deles mesmo, tem rede de esgoto que vai direto para o mar.

Objetivo

A casa de *Solidão* fica localizada no alto do morro da C.P. Para chegar até sua casa é preciso subir muitos degraus de uma escada que dá acesso a uma parte do morro, *mas uma parte do caminho até sua casa não tem escada, somente algumas pedras as quais é possível se firmar*.

A casa é de madeira, tem três cômodos. A estrutura da casa é sustentada por palanques de madeira e nas paredes e assoalho existem várias frestas. No quarto há uma cama de casal, um guarda - roupa que separa um lado do quarto, onde tem uma cama de solteiro. Na cozinha tem uma pia, uma mesa com seis cadeiras, uma geladeira, um fogão a gás e um sofá de dois lugares. Possui energia elétrica. O terreno não tem possibilidade de aproveitamento.

O RN estava deitado na cama de casal e o *quarto estava escuro*. O bebê estava dormindo.

Solidão apresentava mamas normotensas e *fissura nas duas mamas*.

A casa de *Solidão* apresentava-se com *presença de sujidades*.

Análise

Repadronizar: introdução de outros alimentos aos 4 meses. É necessário e importante que o RN receba somente o leite materno até os seis meses, sendo também uma forma de economia para a família.

Acomodar: o uso de manteiga de cacau deve ser acomodado, pois o mesmo se mostra eficiente e o RN não o ingere o mesmo e sua mãe não terão sua saúde afetada.

Repadronizar: cuidados com a higiene e limpeza da casa, a qual interfere na manutenção da saúde da família.

Acomodar: cuidados relacionados ao ambiente no qual o RN é mantido, como o quarto escuro, devido a falta de estimulação do mesmo.

Conduta

Conversado sobre a importância da amamentação, ambiente e higiene para o desenvolvimento saudável do RN.

Orientada sobre a importância da limpeza das mamas antes da amamentação para retirada da manteiga de cacau, para que não dê uma diarreia no RN. Relembrado outros cuidados que pode ter com as mamas.

Ressaltada a importância da utilização de água tratada, explicou-se os cuidados possíveis como ferver a água antes de ingeri - lá.

Conversado sobre a possibilidade da união dos moradores do morro para construção de uma escada devido a dificuldade de se chegar ao local, o qual é perigoso para as crianças, no geral as pessoas que moram ali.



I - A FAMÍLIA NORTE...

Identificação

Puérpera: Daniela.

Data de nascimento: 14/05/63

G: V

P: V

A:Ø

IG: 39 s. e 5 d.

Tipo de Parto: PN cócoras

Escolaridade: primária

Profissão: do lar

Religião: católica

Cônjuge: Ingleses

Data de nascimento: 05/07/60.

Escolaridade: 5ª.série

Profissão: porteiro

Religião: católica

Número de filhos: 5

Acompanhante: sem acompanhante

Grau de parentesco:

Endereço da Puérpera e RN : V.B.J.

Nome do RN: Jurerê

Data de Nascimento: 25/09/97.

Horário: 18:16

Sexo: Masculino

Peso: 4.000 kg

comprimento:51 cm

Apgar: 1 : 7

5: 9

PC: 37,5cm

PT:

36,5cm

PA: 30 cm

Idade Gestacional (Capurro): 39semanas e 5dias

Composição familiar

Nome	Sexo	Cor	Parentesco	Idade	Profissão	Estado civil
Daniela	F	B	mãe	34	do lar	casada
Ingleses	M	B	pai	37	porteiro	
Canasvieiras	F	B	irmã	8		
Moçambique	M	B	irmão	6		
Lagoinha	F	B	irmã	3		
Cacupé	M	B	irmão	1,8m.		
Jurerê.	M	B	RN	7d.		

Dias e horários para visita domiciliar: 02/10/97.

...no Alojamento Conjunto...

...no 2º. dia pós - parto

Subjetivo

Daniela refere *estar ansiosa* pela alta hospitalar e *preocupada* com seus outros quatro filhos que estão em casa com o pai, não conseguiu dormir bem. Diz que *não vai lavar a cabeça durante a quarentena pois tem medo de que possa ocorrer algum problema*, relata que segue alguns *cuidados depois do parto como não fazer esforço, não comer alimentos pesados e não sair de casa no 7º. dia, também não abre as janelas neste dia para não entrar espíritos ruins. Relatou que não deu banho nos outros filhos após o nascimento enquanto não caísse o umbigo, sempre enfaixou os umbigos para não render, conta que guardou três cotos de seus filhos e um enterrou na porteira de uma fazenda, para que no futuro seu filho fosse fazendeiro. Refere sentir*

fisgadas nos pontos e um pouco de cólica. Em relação a Jurerê o mesmo ainda não tem nome, vai escolher só em casa, diz ainda que o mesmo dormiu bem, *mamou de 4 a 5 vezes durante 15 a 20 minutos* e urinou de 3 a 4 vezes, não evacuou durante a noite.

Objetivo

Daniela apresenta-se hipocorada, comunicativa, deambulante, com mamas normotensas, mamilos protrusos com colostro, abdome flácido, útero contraído abaixo da cicatriz umbilical, lóquios sanguinolentos em média quantidade, episiorragia sem edema e sem secreção. Urinou e não evacuou . Aceitou a refeição

S.V.

PA: 100/70 mmhg T: 36,8°. P: 80 bpm R: 23 mpm

RN sonolento, *pele rosada, com presença de millium sebáceo sobre as asas nasais, eritema tóxico em face e tronco, descamação nas mãos, unhas compridas , coto umbilical gelatinoso, com secreção sanguinolenta em pequena quantidade, mancha mongólica na região sacro - coccígea. Apresenta reflexos de sucção, plantar, preensão, moro e babinsk.*

Durante o banho evacuou fezes meconiais uma vez em média quantidade , *urinou duas vezes* em grande quantidade de *cor amarelo claro*. Mamou 3 vezes pela manhã, com *boa pega e bom poder de sucção*.

S.V.

FC: 116 bpm FR: 42 mpm T: 37°. Peso: **3.930 kg**

Análise

Manter : cuidados prestados à N., pois esta apresenta características puerperais fisiológicas.

Repadronizar: hábitos culturais relacionados a higiene prejudiciais à saúde da puérpera e RN.

Manter: cuidados culturalmente transmitidos relacionados ao puerpério.

Repadronizar: cuidados com o coto umbilical.

Dor na episiorrafia devido provavelmente devido à sutura.

Manter: cuidados prestados ao RN, pois este apresenta - se com características fisiológicas.

Perda de peso ponderal fisiológica.

Manter: cuidados com o coto umbilical, pois este encontra-se em processo de mumificação.

Conduta

Orientada quanto aos cuidados no pós - parto e com o RN, bem como características do RN.

Hábitos culturais relacionados à higiene da puérpera e do RN, cuidados com o coto repadronizados e demais aspectos culturais mantidos.

Oferecer apoio, ouvir, ajudar a identificar e utilizar recursos possíveis, visando a diminuição da ansiedade e preocupação da puérpera.

Alguns dias depois no domicílio...

Data: 02/10/97

Endereço: V.B.J.

Subjetivo

Refere que ainda não escolheu o nome do RN, e que o mesmo está *mamando e dormindo bem*, contou-nos que o coto umbilical ainda não caiu, e que não decidiu se vai enterrar ou guardar, *conta que enterrou o coto do filho mais velho em frente a uma fazenda, para que no futuro o mesmo seja um fazendeiro.*

Referiu que não tem dúvidas sobre os cuidados com o RN pois já é o seu 5º. filho. Refere que sua filha *Lagoinha de 3 anos não está aceitando o irmãozinho, a menina referiu que gosta do nome L. para o novo irmão.*

Contou-nos que não quis fazer laqueadura pois, tem medo de ficar com câncer. Contou-nos que o médico deu um prazo de 2 meses para que decida se quer ou não fazer a laqueadura.

Diz que no 7º. dia de vida do bebê não sai de casa, pois pode levar um susto prejudicando a sua saúde. Convidou-nos para participar do batizado do RN que seria realizado naquele momento. O mesmo deve ser realizado antes do 7º. dia de vida do bebê para que ele seja reconhecido como filho de Deus e para que não se tenha pressa de batizar o bebê na igreja. Dona N. diz que aprendeu isso com sua mãe.

Referiu cólicas no bebê porque comeu peixe.

Refere que o caminhão do lixo passa duas vezes por semana, a água é tratada pela CASAN, e que o esgoto vai para uma fossa.

Objetivo

Chegamos na residência de ***Daniela***, apresentamo-nos e seu marido E. pediu para que entrássemos e fôssemos ao quarto onde estava ***Daniela*** e o RN. Estava lá sua vizinha com seus dois filhos sendo que a mais velha, de 13 anos segurava o bebê. Estavam no quarto também os outros filhos de ***Daniela***. ***O quarto estava fechado com uma cortina na janela fazendo com que o ambiente permanecesse escuro.*** A casa é de alvenaria, não possui porta nos quartos e banheiro. Tem quatro cômodos e um banheiro. O terreno da casa não tem possibilidade de aproveitamento. Participamos do batizado do RN que acontecia em sua residência naquele momento, quando entraram no quarto o pai do RN e o padrinho com uma bacia de água, folhas de arruda e uma vela. A filha do padrinho tinha a função de apresentar o RN no batizado, o qual foi realizado passando os galhos de arruda sobre a cabeça do RN três vezes, repetindo-se a frase:

“ Eu o batizo em nome do Pai, do Filho, e do Espírito Santo , Amém”!!!

Após todos nós rezamos e votamos na escolha do nome do RN que agora se chama Jurerê.

Análise

Repadronizar: relação de interação entre os irmãos. Os irmãos mais velhos geralmente tem ciúmes do novo irmão, pois pode haver um sentimento de perda em relação à mãe.

Repadronizar: conhecimentos da puérpera em relação a laqueadura.

Manter: o cuidado culturalmente transmitido a respeito do 7º.dia

Repadronizar: cuidados com relação a permanência do RN em ambiente escuro.

Acomodar: cuidados relacionados à alimentação.

Conduta

Reforçada orientação sobre o cuidado com o RN

Dispensada atenção para com Lagoinha para que passe a aceitar o RN.

Oferecido novos conhecimentos à puérpera com relação a laqueadura.



Lagoa da
Conceição: todos
os caminhos da ilha
se cruzam por aqui.

III- FAMÍLIA LESTE....

Identificação:

Puérpera: Joaquina

Data de nascimento:

G: II

P: I

A: O

IG: 40 s 3 d

Tipo de Parto: Normal de cócoras

Escolaridade: 1 grau incompleto

Profissão:do lar

Religião:Católica

Cônjuge: Galheta Idade: 28 anos

Escolaridade: 2 grau incompleto

Profissão: funcionário da NETT

Religião:Católica

Número de filhos: 2

Acompanhante: P. R.

Grau de parentesco: esposo

Endereço da Puérpera e RN : C.L.

Nome do RN: Lagoa

Data de Nascimento: 15 - 10 - 97

Horário:18:05

Sexo: menina

Peso: 2160 Kg

comprimento:

Apgar: 1 : 8

5: 9

PC:31cm

PT: 28cm

PA:24cm Est:45cm

Idade Gestacional (Capurro): 40 s 3 d

Composição familiar

Nome	Sexo	Cor	Parentesco	Idade	Profissão	Estado civil
Joaquina	F	B	mãe	34	do lar	casada
Canto	M	B	pai	37	NEET	
Mole	F	B	irmã	4		
Lagoa	F	B	RN			
Barra	F	B	amiga	25	do lar	casada
Galheta	F	B	babá	49	babá	casada

Dias e Horários para a visita domiciliar: Todos os dias.

...No Alojamento Conjunto...

...1º. dia pós-parto

Data: 16 /10

Subjetivo

Joaquina relata que o parto de cócoras foi bom e rápido. Paciente refere dormir bem durante a noite. Aceita toda a alimentação, referindo que no ***período de resguardo sua sogra a obriga a comer canja de galinha caipira todos os dias bem como também queijo feito do leite de cabra , justificando ser bom para a amamentação.*** Refere ter amamentado sua outra filha (de 4 anos) por 6 meses, sendo que a mesma não lembra mais, quais cuidados deve ter com as mamas. Refere ainda que não evacuou e suas

eliminações urinárias estão normais. *Sente dor no abdome ao amamentar.*

Objetivo

Joaquina apresenta-se orientada, comunicativa, deambulante. Tomou banho de aspersão sozinha. Apresenta cloasma gravídico. Mamas normotensas, mamilos protrusos, com presença de colostro. Útero contraído abaixo da cicatriz umbilical. Períneo edemaciado. Lóquios sanguinolentos em grande quantidade com presença de coágulos.

P = 72bpm, R= 16mpm, T= 36 °C, PA = 130/71MmHg

Peso ao nasc: 2160 Kg

Peso atual: 2090 Kg

Lagoa está eupneico, apático, hidratado, anictérico, acianótico. Lagoa apresenta fontanela bregmática com mais ou menos 4 cm, apresentou também secreção amarelada em região ocular, abdome distendido, membros simétricos, genitália com presença de secreção esbranquiçada. Evacuou fezes esverdeadas grudadas. Apresentou reflexos de sucção com pega completa da aréola. Também estão presentes reflexos palpebral, pontos cardeais, marcha, moro, engatinhar, de preensão.

P = 108bpm R = 42mpm T = 36,3°C

Análise

Manter: cuidados, pois *Joaquina* apresenta características puerperais fisiológicas.

Manter : alimentação da puérpera não está prejudicando a sua saúde, por isso pode ser mantida.

Manter: cuidados com o RN, o qual apresenta perda ponderal fisiológica.

Repadronizar: cuidados com secreção ocular, a qual está provavelmente relacionada a conjuntivite química.

Conduta

Conversado sobre a importância da amamentação;

Esclarecido sobre a perda ponderal fisiológica;

Discutido sobre a importância da realização das vacinas;

e teste do Pézinho;

Orientada quanto aos cuidados com a secreção ocular e suas causas.

Alguns dias depois no domicílio...

Data 05/11

Endereço: C. L.

Subjetivo

Joaquina diz assim que chegamos , que estava a dias esperando pela nossa visita e que quase telefonou para a maternidade para saber porque não havíamos ido ainda. Disse que tinha aprendido muita coisa na maternidade e que gostaria de aprender mais, por isso gostaria que fizéssemos mais visitas em sua casa. Disse ainda “você é o meu anjo , pois justamente no dia em que mais preciso de você, você apareceu”. É que meu

bebê teve muita cólica esta madrugada e eu não sabia o que fazer. *Joaquina* disse também já ter escolhido o nome de sua filha, e que havia escolhido o mesmo nome de minha filha Lagoa. *Joaquina* disse também que deu chá de erva doce para Lagoa.

Objetivo

A visita foi muito prazerosa, nos sentimos muito a vontade. Conversamos, trocamos idéias e até fomos convidadas para tomarmos café e *Joaquina* insistiu para que voltássemos em visita posterior. Assim que chegamos para a visita *Joaquina* estava tomando banho e quem nos atendeu foi Barra uma amiga de *Joaquina* que esta grávida de 7 meses. Enquanto *Joaquina* tomava banho ficamos conversando com Barra, que nos dizia que não havia recebido nenhuma orientação para os cuidados e preparo das mamas, no posto de saúde do C. L. em seu pré-natal. Enquanto *Joaquina* estava ocupada, fizemos todo o exame físico em Barra , que nos disse que utilizava óleo no mamilo, então logo em seguida demos todas as orientações necessárias Barra ficou indignada com a falta de seriedade do posto de saúde. *Joaquina* saiu do banho muito contente. Mole sua filha de 4 anos ficou junto o tempo todo e nos abordava com diversas perguntas sobre nós. Fomos convidadas a tomar café, e enquanto tomávamos café chegou uma senhora , Dona Canto Que era quem ajudava *Joaquina* cuidar de Lagoa O esposo de *Joaquina* , seu Galheta estava trabalhando no momento da visita. Barra ficou muito contente e disse que gostaria que estivéssemos na maternidade quando a mesma fosse ganhar o seu bebê.

Análise

Manter: interação familiar.

Acomodar: cuidados relacionados a utilização de chá para a cólica do bebê.

Conduta

Reforçado orientação sobre o cuidado com o RN.

Oferecido novos conhecimentos à puérpera com relação a métodos anticoncepcionais.

Reforçado orientações sobre os cuidados com as mamas.

Conversado sobre os cuidados na hipertermia.

**12- PENSANDO SOBRE O QUE FOI TRABALHAR COM
UM MARCO DO CONCEITUAL BASEADO NA
PROPOSTA DE MADELEINE LEININGER**

Ao cuidarmos de famílias que vivenciam o processo do nascimento verificamos a importância da Teoria do Cuidado Transcultural: Diversidade e Universalidade de Madeleine Leininger, pois estas famílias estão inseridas em uma cultura, tem conhecimentos, normas, crenças e valores que são aprendidos e repassados de geração em geração.

Durante o período que permanecemos com essas famílias, podemos constatar que estas prestam um cuidado culturalmente transmitido, cheio de normas e regras que envolvem o nascimento e puerpério. Leininger (1985) propõe que o cuidado profissional deve ser prestado de forma congruente com o cuidado popular, respeitando a individualidade das famílias e propondo um cuidado diferenciado quando o cuidado popular deixa de trazer benefícios à saúde desta família. Na prática constatamos que houve dificuldade para repadronização de muitos cuidados prestados pela família ao recém-nascido e puérpera devido a forte influência cultural.

Observamos que muitos cuidados são transmitidos e aceitos nas famílias sem que, muitas vezes, estes tenham conhecimento do significado do mesmo, como por exemplo:

“Não vou lavar a cabeça durante os 40 dias do resguardo”.

(P.M.R.)

Perguntada por que, ela respondeu:

“porque me disseram que faz mal”. (P.M.R)

Perguntamos: faz mal como?

“Não sei, me falaram que faz mal”. (P.M.R.,21)

“Coloquei roupinha amarela no bebê porque as pessoas falam muito sobre isso e não custa nada colocar”. (S.M.B., 21)

Leininger (1985) refere que o cuidado pode ser prestado mesmo sem ser para a cura. Em nossa prática, percebemos que durante o processo do nascimento o cuidado é prestado para proporcionar conforto e bem estar, visando também a prevenção de complicações possíveis neste período.

Observamos na prática que o conceito de *ser humano* proposto em nosso projeto está de acordo com a realidade vivenciada no estágio, pois o mesmo interage com outros indivíduos compartilhando crenças e valores. O recém - nascido, como ser humano interage com seus familiares através dos órgãos do sentido e reflexos presenciados a todo momento durante a nossa prática.

Existem divergências entre os clientes quanto ao conceito de *família*, sendo que os mesmos definem família das mais variadas formas, como por exemplo:

“Considero minha família as pessoas que estão perto de mim e me querem bem”. (E.S., 28)

“Minha família é minha mãe, meu pai, meus quatro irmãos e agora meu filho”. (C.M., 15)

“Hoje a minha família sou eu, meus filhos, minha irmã e seu bebê”.(N. S., 25)

“O nascimento é um momento de unir a família e tentar recomeçar”. (M.E.,18)

Durante muitos momentos de convivência com as famílias das puérperas e recém-nascido pudemos presenciar e conviver com famílias de padrões sócio-econômico-culturais diferenciados que mostravam-se organizados no intuito de promover o cuidado à puérpera e recém - nascido, buscando o bem estar dos mesmos.

Gostaríamos de salientar que sentimos a falta do acompanhante em algumas das famílias que acompanhamos no A C. Relacionamos esta situação ao fato de a família ter outras obrigações que a impedem de permanecer um maior período de tempo com a puérpera e recém-nascido.

A *enfermagem* realmente interage com a clientela prestando o cuidado culturalmente congruente, participando do processo do nascimento, respeitando crenças e valores da prática popular, quando não são prejudiciais à saúde dos indivíduos. Podemos também observar que, em muitos momentos, o conhecimento profissional da enfermagem entra em choque com valores e crenças do cuidado cultural.

“Não vou lavar meu cabelo, pois pode dar recaída” (R.C. 20 anos)

“a gente deve colocar três dente de alho como uma pulseira no braço do bebê, o alho vai ficar todo amarelo porque puxou o amarelão do bebê”. (F. 57 anos)

No A .C. observamos a existência de normas e rotinas , as quais são flexíveis no atendimento à sua clientela.

Quanto ao *ambiente hospitalar* percebemos que a constante presença dos profissionais da saúde tem uma forte influencia na prestação de cuidados populares (prestados pela família) à puérpera e recém -

nascido. No *ambiente domiciliar* verificamos como o ambiente físico, sócio - econômico - político e cultural influencia o cuidado, bem como esse ambiente é influenciado por crenças e valores. Podemos observar que, no domicílio, as famílias adotam atitudes contrárias a orientação recebida pelo cuidado profissional como por exemplo, o uso de chupetas.

Em nossa vivência prática constatamos que realmente *cultura* são valores, crenças, normas e modos de vida praticados que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos para as famílias que vivenciam o processo do nascimento. O cuidado popular, culturalmente transmitido, esteve presente de muitas formas na maioria das famílias atendidas. O nascimento envolve um conjunto de valores, normas, crenças e regras que estão envolvidos no cuidado com a puérpera e recém - nascido. Percebemos que os conhecimentos culturalmente transmitidos estão presentes com mais intensidade nas pessoas mais idosas influenciando toda família, enfim todo cuidado prestado para com o novo “*ser*”.

Os profissionais de saúde também provém de uma cultura, e esta cultura está presente na realização do cuidado. Em muitos momentos, sem percebermos, utilizamos expressões culturais como : “o bebê está com temperatura”. Mostrando assim que as práticas de cuidado de saúde, profissionais e populares, são derivadas da cultura e influenciam as práticas de enfermagem (Leininger, 1985).

A *interação* permeou todos os momentos do estágio durante a realização do cuidado. Ela deu - se das mais variadas formas durante esta etapa do processo de viver, através do olhar, ouvir, tocar, conversar, prestar o cuidado o que permitiu compartilharmos com as famílias este momento especial.

O *cuidado* foi o elemento básico da nossa prática, que consistiu no desenvolvimento de atividades e decisões realizadas com a

família, puérpera e recém - nascido durante o processo do nascimento. Os construtos propostos por Leininger (1985), enriquecidos por Patricio (1990), serviram de base para a realização do cuidado como referido no Processo de Cuidar, sendo os mais freqüentes: “ confortar; prevenir; agir para; ter sensibilidade; ter consideração; trocar idéias; esclarecer; informar; orientar; reforçar; demonstrar interesse; fazer favor; ouvir atentamente; amar; valorizar; estar presente; proteger; dispensar atenção; respeitar; aceitar; estimular; amparar; supervisionar; executar ações técnicas e físicas; compreender; trocar experiências; aliviar a dor; dedicar-se; promover conhecimentos ; dialogar; tocar; acariciar e abraçar; promover a afetividade entre seus membros; respeitar características individuais (potencialidades e limitações, valores e crenças); dar presentes; auxiliar na busca de recursos e a identificar e lutar pelos seus direitos; auxiliar as pessoas a identificar e utilizar seus recursos individuais, familiares e individuais.

O processo de viver envolve o *processo do nascimento*, onde um novo ser humano interage com indivíduos que o cercam (familiares, profissionais de saúde, companheiros de quarto, amigos...) .

O processo do nascimento , que inclui também o período do puerpério, envolve uma totalidade de eventos e cuidados desenvolvidos tanto com a puérpera, recém - nascido e sua família, levando todos a vivenciarem uma redefinição de papéis sociais. Durante a vivência com estas famílias pudemos obter vários depoimentos sobre o que é viver o processo do nascimento, como por exemplo:

“Deixei de ser filha para ser mãe”.(mãe)

“O nascimento é um tempo de vitória, é como um troféu, uma medalha, e tudo leva a alegria, felicidade e família feliz”.(tia) :

“Nós dois nos unimos para formar outra pessoa e agora somos como uma pessoa só”.(mãe)

“Ele cuida de mim e da nossa filha, neste momento estou indefesa”.(mãe)

“O nascimento é uma grande emoção, é como se fosse um vulcão que explode. Não é possível expressar em palavras o sentimento de ver um filho nascer”.(pai)

Isto é o processo de viver!!!!

13 - FAZENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTINUANDO O PROCESSO DE VIVER

Ao chegar neste momento consideramos que foi possível atingir o objetivo de prestar cuidado à puérpera.

Concluindo este trabalho sentimos a necessidade de uma continuidade do mesmo, pois avaliamos que é necessário um maior estudo sobre as crenças e valores culturais da população para que os mesmos possam ser inseridos nas instituições que trabalham com o processo de nascimento, pois estes influenciam diretamente no processo de cuidar da clientela. Na maioria das vezes, as crenças da clientela são ignoradas pela instituição, levando a um descaso que pode ser prejudicial para o cuidado do RN, pois muitas vezes tais crenças podem até mesmo melhorar o processo de cuidar, havendo assim a necessidade de uma conscientização da equipe atuante em tais instituições.

Um ponto importante que facilitou a elaboração e realização deste projeto foi a afinidade que tínhamos pela área materno infantil, pois como referimos esta área nos propicia trabalhar com o processo de viver no seu princípio, tratando-se pois de um período muito importante na vida das pessoas que participam do processo do nascimento

Encontramos algumas facilidades no transcorrer de

nosso estágio , como a posição de nossos supervisores e dos funcionários da unidade, que se mostraram disponíveis para contribuir com a concretização do nosso projeto demonstrando diariamente dinamismo, objetividade e sensibilidade no seu trabalho. Além disto também obtivemos a colaboração das famílias que participaram do nosso Processo de Cuidar.

A utilização da Teoria do Cuidado Transcultural de Leininger possibilitou-nos cuidar das famílias respeitando crenças e valores que estão muito presentes neste momento do processo de viver.

Podemos observar, após o convívio diário com diversas famílias residentes na Ilha de Santa Catarina, que durante o processo de nascimento a família exerce uma forte influência sobre os cuidados para com o recém-nascido e com a puérpera fazendo assim com que a sua cultura seja fortalecida cada vez mais, deixando de lado quaisquer outras informações ou orientações que tenham recebido na instituição. Muitas vezes as puérperas demonstram vontade de seguir certas orientações recebidas, porém a família quase sempre interfere com o seu poder adquirido ao longo dos anos, com as relações interativas entre seus membros, fazendo valer o seu conhecimento, sua prática, e a sua verdade.

A enfermagem como profissão que presta cuidados de promoção, proteção e manutenção da saúde, também deve considerar no seu dia-a-dia ,os diferentes padrões culturais, respeitando preferências, hábitos e costumes do cliente , sem que este traga prejuízos ao mesmo. Devemos ressaltar ainda que o enfermeiro, também possui uma bagagem cultural, sendo assim ,ele deve ter conhecimento da influência que exerce sobre as praticas do cuidado.

Sentimo-nos honradas e gratificadas em poder trabalhar com as famílias , puérperas , devido aos conhecimentos que nos proporcionaram.

No entanto tivemos algumas dificuldades, pois a instituição impõe certos cuidados que, na prática, no domicílio não são seguidos, por isso ressaltamos que é importante a realização das visitas domiciliares.

Enquanto sugestão por parte dos Enfermeiros do Alojamento Conjunto fica aqui relatado o desejo dos mesmos de que haja uma maior participação nas visitas domiciliares. Realizando-se em conjunto, ao menos uma visita, de preferência no período da tarde, quando o movimento na unidade não é tão grande, podendo assim se ausentarem por um curto período de tempo, integrando-se assim à real situação da clientela com a qual trabalham no seu cotidiano.

Para a clientela, acreditamos que a partir de informações, orientações fornecidas, pudemos contribuir para uma melhor compreensão do que está ocorrendo com estas famílias, tanto em relação as mudanças físicas e emocionais do puerpério, quanto ao que se refere a instauração ou assimilação de novos papéis dentro desta família com a chegada do bebê.

Para nós, futuros enfermeiros, a execução deste projeto nos proporcionou conhecimentos, experiências, habilidades na área materno - infantil, bem como também contribuiu como forma de estímulo para que outros projetos sejam feitos no Alojamento Conjunto. Enquanto acadêmicas, este projeto nos proporcionou experiências e conhecimentos em relação aos cuidados prestados à puérpera, recém-nascido e sua família, tanto no ambiente hospitalar como no seu domicílio, compreendendo este indivíduo como ser único, que vive numa família, respeitando crenças e valores.

Acreditamos que contribuímos para uma melhor interação dos profissionais com as famílias, as quais vivenciam dentro do processo da vida, um momento mágico que é o processo do nascimento.

Portanto, para nós, o processo de nascimento foi um momento de reflexão para o nosso processo de viver.

14 - RECOMENDAÇÕES PARA A INSTITUIÇÃO

- Elaboração do projeto juntamente com as supervisoras, visando atender também a real necessidade da instituição;
- Incluir CIAM na elaboração do projeto, auxiliando as púerperas no domicílio juntamente com o mesmo, prestando também a púerpera auxílio não somente a amamentação, mas a todos os cuidados com o recém-nascido e com a púerpera;
- Integrar ao projeto o auxílio do pessoal do serviço social, ajudando no que for de sua competência;
- Elaboração de folhetos com novas informações, sobre assuntos que dizem respeito as unidades;
- Promoção da importância da cultura das famílias que vivem o processo de nascimento.

15- CONSULTANDO A BIBLIOGRAFIA

- 1- ABN, **Referências bibliográficas**. Forum Nacional de Normalização
Rio de Janeiro, agosto/ 1989.
- 2- ARANTES, Antonio A ., et al. **Colcha de retalhos: estudos sobre a família no brasil**. 3º. ed. Campinas, São Paulo. Ed. Unicamp, 1994.
- 3- ATKINSON, Leslie D., MURRAY, Mary Ellen. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro. Editora Guanabara, 1989.
- 4- BOEHS, A. E. **Prática do cuidado do recém-nascido e sua família baseado na teoria transcultural de leininger e na teoria do desenvolvimento da família**. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- 5- BRAGA. Débora Murta. **Desnutrição infantil é alarmante no estado**. **Diário catarinense**. Florianópolis, 27 jul. 1997.

- 6-BRASIL, **Ministério da Saúde** . Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Normas Básicas para o A. C. Brasília,1993.
- 7- CAMPESTRINI, Selma. Amamentação - Aspectos Antropológicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol. 4, (p. 285-289). Out/dez, 1992.
- 8- CARTANA, Maria do Horto Fontoura. **Rede e suporte social das famílias**. Florianópolis: UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós - Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.
- 9-ELSEN, Ingrid, et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis, ed UFSC,1994.
- 10-FILHO, José Martins. **Como e porque amamentar**. Ed. Sarvier. 2^a ed. São Paulo,1987.
- 11-GRASEL, M. **Promovendo a saúde e cidadania do idoso e sua família através de ações interdisciplinares**. Curso de Graduação em Enfermagem. UFSC,1996.
- 12-HALL, S. C. e KOSCHNIK, Z. **Cuidado cultural de enfermagem ao neonato com intercorrências médico- cirúrgicas e sua família**. Curso de Graduação em Enfermagem. UFSC, 1997.

- 13- HENCKEMAIER, L. **Cuidando da família hospitalizada: uma abordagem transcultural.** Florianópolis UFSC, 1997. 82p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- 14- GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem .** São Paulo. EPU, 1979.
- 15- GUIMARÃES, vander S. et al. O uso de drogas e o aleitamento Materno. **Jornal Brasileiro de Ginecologia.** Rio de Janeiro. Junho, 1997. N° 6
- 16- KLAUS, Marshall H., KENNEL, John. **Pais bebê : a formação do apego.** Porto Alegre. Artes Médicas, 1992.
- 17- KLAUS, Marshall, KLAUS, Phyllis. **O surpreendente recém - nascido.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- 18- LBOVICI, S. **O bebê , a mãe e o psicanalista.** Porto Alegre, Artes médicas 1987.
- 19- LEININGER, Madeleine. Teoria do Cuidado Transcultural: Diversidade e Universalidade . In: **Simpósio brasileiro de teorias de enfermagem anais.** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1985, p. 255-276.
- 20- MALDONADO, Maria Tereza P. **Psicologia da gravidez .** 6. Ed. Petrópolis: Vozes Ltda, 1981.

- 21- MATERNIDADE CARMELA DUTRA - **Prática e vivência da comissão interna de incentivo ao aleitamento materno** . 1981 - 1994.
- 22- MAXILIANO,A. et al. **Prematuridade uma etapa a ser vencida**. Projeto Assitencial de 8ª fase do curso de graduação em Enfermagem. UFSC. Florianópolis, 1984.
- 23- MIURA, Ernani e Cols. **Neonatologia: princípios e práticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- 24- MONTICELLI, Marisa. **Nascimento como um rito de passagem abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos**. Florianópolis, Robe editorial, 1997, 346p.
- 25- MONTICELLI, Marisa, OLIVEIRA, Maria Emilia. O recém-nascido. 1996, (mimeo).
- 26- MONTGOMERY, Malcolm.; Lopes, Gerson P.. Noronha, Décio T. **Tocoginecologia psicossamática**. São Paulo: ed. Almed, 1993
- 27- NITSCHKE, Rosane G. **Nascer em Família. Uma Proposta de Assistência de enfermagem para a interação familiar saudável**. Florianópolis: UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

- 28- NITSCHKE, Rosane G. MORAES, Eliane de P. et al. Família saudável: um estudo sobre o conceito e sua aplicabilidade na assistência. **Rev. Texto e Contexto**, Florianópolis, v.1, n.2, jun/dez. 1992.
- 29- NOBREGA, Fernando José. Evolução a longo prazo do Desnutrido Grave. **Revista Pediatria Moderna**. Vol. XXXIII, n °4. Abril de 1997.
- 30- PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A prática do cuidar/cuidando à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis: UFSC, 1990. 282p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- 31- PIZZATO, Marina G., DA POIAN, Vera R. L. **Enfermagem neonatológica**. 2ª. ed. Porto Alegre. Ed. D. C. Luzzatto Editores LTDA, 1988.
- 32- REZENDE, Jorge de, MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Obstetrícia fundamental**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1993.
- 33- SANTOS, Evanguelia K. A. dos Aleitamento Materno .In: SCHIMITZ E. **Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo. Ed. Atheneu. 1985, capítulo II.

- 34- WHALEY, Lucille F. , WONG, Donna L. **Enfermagem pediátrica.** 2^a.
ed. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara, 1989.
- 35- ZAMPIERE, Maria de Fátima Mota. **Lactação-aleitamento materno.**
(Mímeo)
- 36- ZIEGEL, Erna, CRANLEY. Meula. S. **Enfermagem obstetrica.** 8ed.
R.J. Ed. guanabara, 1985.

ANEXOS

A BILIRRUBINA DO RECÉM-NASCIDO

1) De onde vem a Bilirrubina ?

Da hemoglobina

Todos os glóbulos brancos contém hemoglobina que fixa o oxigênio e o transporta aos órgãos.

Os glóbulos vermelhos envelhecem e são destruídos regularmente. Ao mesmo tempo, a medula óssea fabrica outros.

Quando o glóbulo vermelho é destruído (o que se chama de hemólise fisiológica), a hemoglobina que da contém deve ser transformada para ser eliminada; o produto final é a bilirrubina.

2) Como se utiliza a bilirrubina ?

A bilirrubina é uma substância insolúvel na água. Para ser eliminada na urina deve ser solubilizada: é o objetivo da glicorru-conjugação (que se dá no fígado).

Com efeito, a conjugação da bilirrubina é feita por uma substância chamada glicuronil (ou ácido glicurônico) que a torna solúvel. Após isto, é eliminada na urina.

3) E no prematuro ?

O fígado é imaturo. A conjugação não ocorre. A bilirrubina circulante é bilirrubina livre, somente solúvel nas gorduras o que explica sua afinidade com os tecidos cerebrais que são ricos em gordura (fixação irreversível dando lugar a complicações cerebrais com seqüelas como a icterícia nuclear).

Felizmente, existem meios de proteção. Esta Bilirrubina se fixa bem nas proteínas (notadamente as albuminas), e como as proteínas não podem deixar a circulação sangüínea a bilirrubina não irá ao cérebro, ficando presa na albumina e nas membranas dos glóbulos vermelhos.

4) Quando ocorrem os riscos de icterícia nuclear?

Quando a taxa de protídeos sangüíneos está baixa.

Quando a conjugação bilirrubinas proteína não acontece (acidose, hipóxia).

Quando os locais onde se fixa a bilirrubina já estão ocupados por outros produtos (medicamentos, em particular gentamicina, que se utiliza muito).

Quando a taxa de bilirrubina livre torna-se muito elevada (ultrapassa as possibilidades de fixação de proteínas).

5) Como podemos observar o risco de icterícia nuclear?

Dosando a bilirrubina livre, não ligada às proteínas.

O índice eritrocitário serve para isto: ele permite quantificar o estado das conjugações da bilirrubina às proteínas eritrocitárias.

Se estima, que para um valor igual ou superior a 10 (é um limite arbitrário ou empírico) a taxa de bilirrubina livre não conjugada é importante e que o risco de icterícia nuclear é alto.

É daí, que se procede à exsangüíneo transfusão. Note-se, portanto que é mais sobre o índice eritrocitário que sobre a taxa da bilirrubina total que se decide sobre o tratamento.

CUIDADOS COM FOTOTERAPIA

Fototerapia – Consiste na colocação do RN sob uma fonte de luz fluorescente azul, branca ou solar. Deve ser usado a uma distância de 40 a 60 cm do corpo do RN.

Prematuros colocados em incubadoras também podara ser irradiados, sendo o “plexiglass” uma barreira contra as irradiações ultravioleta indesejáveis.

E imprescindível a proteção dos olhos.

A criança submetida a fototerapia pode apresentar fezes amolecidas e esverdeadas, exantema e bronzeamento (que prejudica a avaliação clínica da icterícia). Cianose e polidez são mascarados cru RN colocados sob luz azul.

O super aquecimento (ou as vezes, o resfriamento) podem complicar o tratamento.

As lâmpadas devem ser trocadas a cada 200 horas de uso.

O uso de fototerapia profilática pode ser indicado em prematuros pequenos com hematomas, com riscos de atingirem níveis de bilirrubina danosas para o cérebro.

Os RNs devem ficar totalmente despidos, com proteção na genitália (ver outras informações no texto de Reichert e Fogliano, 1995).

Troca de decúbito a cada 02 a 03 horas.

Controle da T corporal a cada 02 horas.

Controle de hidratação rigorosa.

Uma vez o RN colocado em fototerapia, a coloração da pele não serve mais como parâmetro para o controle da bilirrubina, devendo ser dosada através da coleta de sangue. Os controles devem ser feitos a cada 12 ou 24 horas.

A interrupção é feita quando os níveis de bilirrubina são seguros para o RN, e os fatores de risco já desapareceram. Após a interrupção, deve ser feito um controle 12 horas após.

A fototerapia pode ser usada de maneira contínua (só interrompendo para alimentação), ou intercalada (seis horas de fototerapia para duas de intervalo). A mais utilizada em nosso meio é a fototerapia contínua.

Efeitos colaterais:

- Aumento das perdas insensíveis de água;
- Diarréia;
- Lesões cutâneas;
- Trombocitopenia, hipocalcemia, deficiência de riboflavina, diminuição dos ácidos graxos, não esterificados;
- Síndrome do bebê de bronze.

Alojamento Conjunto

Normas e Rotinas para o Incentivo ao Aleitamento Materno

Normas:

1. Todo o recém-nascido (R. N.) com boas condições de vitalidade deve ficar no mesmo quarto com a mãe, sempre que esta estiver lúcida e em condições de interagir com o bebê.
2. A Amamentação do RN deve ser praticada sob livre demanda. A 1ª mamada deve ser acompanhada por um profissional treinado.
3. É contra-indicado o uso de bicos, chupetas e outros alimentos, inclusive água ou chá, exceto em casos clinicamente indicados.
4. A puérpera deve ser continuamente apoiada e informada, sobre aspectos relacionados ao Aleitamento Materno durante sua internação.
5. Praticar exclusivamente a Amamentação dirigida, ou seja, o bebê só pode receber leite da própria mãe.
6. É proibida a distribuição de bicos, mamadeiras, propagandas, e amostras de substitutos do Leite Materno (Resolução n.º 31/92 do CNS).
7. No momento da alta a mãe deve ser orientada sobre a importância da manutenção da Amamentação. Em caso de dificuldades, procurar a CIAM/HU, BANCO DE LEITE, CLÍNICAS e/ou POSTO DE SAÚDE mais próximos de sua residência.
8. O treinamento sobre manejo e promoção do Aleitamento Materno para funcionários novos, residentes e estagiários, deverá ser sistemático. Ao ingressarem nesta unidade DEVERÃO RECEBER ORIENTAÇÃO INICIAL.

Rotinas:

1. Encaminhar puérpera e RN diretamente do Centro Obstétrico (C. O.) ao Alojamento Conjunto (A. C.), ficando a criança ao lado da mãe, sendo supervisionadas por pessoal treinado, estimulando a Amamentação.
2. Equipe de saúde que atua na CIAM e Alojamento Conjunto colocar-se-á à disposição da puérpera e acompanhante, para informar/orientar sobre Amamentação, cuidado com as mamas, extração manual do leite, bem como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
3. Encaminhar as puérperas e acompanhantes aos encontros no Alojamento Conjunto, onde são discutidas questões sobre o Aleitamento Materno.
4. Cabe a equipe de saúde informar à mãe, que a criança deve ser colocada para mamar sempre que necessário ou toda vez que chorar, de dia e de noite, em horários fixos. Nenhum outro bico ou alimento deve ser oferecido à criança.
5. Observar as condições da mama para detectar e tratar precocemente eventuais problemas que possam surgir, ensinando a expressão manual, a todas as puérperas.
6. A equipe de saúde deve identificar as puérperas de risco para não amamentar, para que possa ser oferecida às mesmas atenção especial.
7. A equipe da CIAM, através de visitas diárias, deve reforçar orientações sobre a Amamentação.
8. Incentivar as mães a criarem e participarem de grupos de apoio à Amamentação nos seus bairros e comunidades.

Filosofia da Maternidade

Na Maternidade do HU acredita-se que:

em se prestando assistência se ensina;

é direito de toda mulher - recém nascido (RN) - família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, segundo Carter, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais;

a atenção à saúde da mãe, RN e família na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação;

o sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;

a equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher-RN-família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado;

as atividades de ensino, pesquisa; e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mulher-RN-família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência;

a equipe deve exercer um papel atuante na educação da mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos da saúde e planejamento familiar;

todo pessoal deve ter qualificação da assistência a que tem direito a mãe-RN e a família; a parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e quaisquer exceções, ou serão adaptadas após a geração do fato;

o desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com ela se relacionem;

a mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde.



Outubro 1995

Iniciativa HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

COMISSÃO PRÓ ALEITAMENTO MATERNO

HU - UFSC
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Patrocínio: **Vida**
VIDA

ANEXO 5

Comece a amamentar,

oferecendo primeiro a mama que estiver mais cheia.

O bebê deve abocanhar toda a aréola e não só o bico.

Deixe seu filho mamar o tempo que ele quiser.

Só quando esvaziar uma mama é que você deve oferecer a outra.

Nos primeiros dias pode ser necessário esvaziar as mamas evitando que elas fiquem muito cheias, empedradas. Isso, além de ser doloroso, pode ocasionar rachaduras.

Você deve massagear delicadamente as mamas esvaziando primeiro em torno do bico. Prossiga tirando o leite, até não sentir mais nenhum ponto dolorido.

Nas primeiras semanas, você deve amamentar todas as vezes que o bebê chorar, mesmo que isso aconteça várias vezes por dia (ou por noite).

Tenha paciência!



OM O TEMPO ELE
MESMO REGULARA AS
MAMADAS.



Terminando de amamentar, não lave nem limpe a mama.

Levante o bebê, apoiando a cabecinha dele em seu ombro.

Fique nesta posição até que ele arrote.

Depois que o bebê arrotar, deite-o de lado.

Esta posição evita que o bebê fique sufocado caso vomite um pouco de leite.



Você não deve usar:

Sabonete, álcool, água boricada ou outro produto, porque faz a pele do mamilo ficar mais frágil e fácil de rachar.

O próprio leite materno limpa o mamilo!

Maternidade do Hospital Universitário

• UFSC •



CIAM Central de Incentivo ao Aleitamento Materno

Maternidade do Hospital Universitário

☎ 231-9809 • ramal: 212

2ª a 6ª feira de 07 às 19 horas

DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO

Declaração Conjunta da OMS/UNICEF (1989)

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

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

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

3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.

4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento.

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

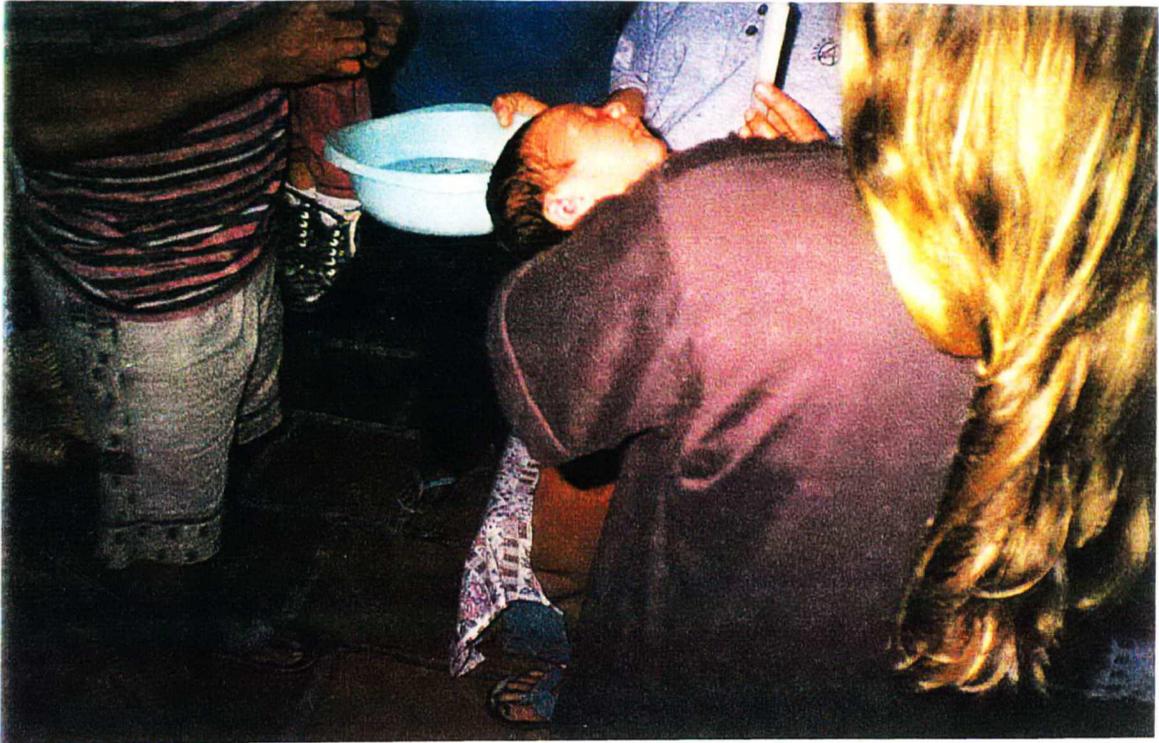
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.

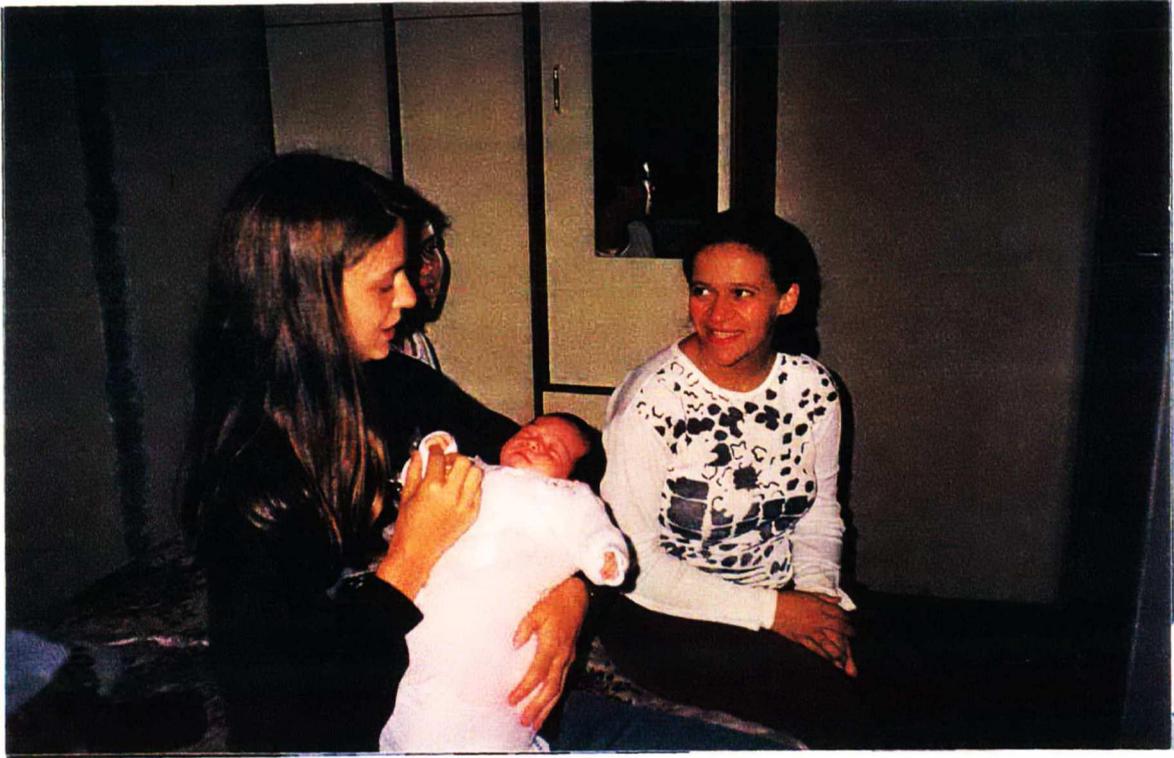
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia.

8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda.

9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.

10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.





ANEXO 9



ANEXO 8



ANEXO 10



ANEXO 11



Prescrição de Enfermagem para o RN em A. C.

ANEXO 12

Problema Nº 1

CUIDADO	HORARIO		
	DATA	DATA	DATA
	/ /	/ /	/ /
1 - Verificar T P R.			
2 - Pesar.			
3 - Dar banho de imersão usando sabonete neutro.			
4 - Aplicar álcool a 70% no coto umbilical 3 x ao dia e após cada troca de fralda - anotar características.			
5 - Registrar frequência e características da diurese, evacuações.			
6 - Registrar frequência, duração das mamadas, poder de sucção e pega da aréola.			
7 - Observar e registrar alterações respiratórias e sinais e sintomas de hipoglicemia.			
8 - Manter RN agasalhado de acordo com a temperatura ambiente e registrar sinais de hipotermia.			
9 - Manter o RN em DLD após as mamadas.			
10 - Anotar surgimento e evolução de icterícia.			
11 - Manter cuidados com RN em fototerapia.			
12 - Orientar e envolver a puérpera e acompanhante em todos os cuidados prestados ao RN.			
13 - Favorecer o contato RN-MÃE-PAI.			
ENFERMEIRO: CARIMBO e ASSINATURA →			

UNIVERSIDADE FEDERAL DE S. CATARINA
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 DIRETORIA DE ENFERMAGEM
 SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

CLIENTE: _____
 REGISTRO: _____ Q/L: _____

APÊNDICE

Dezembro												
	S	T	Q	Q	S	S	T	Q	Q	S	S	S
Atividades	01	02	03	04	05	08	09	10	11	12	13	
Entrevista com a banca examinadora.	X											
Apresentação do relatório.		X	X	X	X							
Entrega do relatório final								X				

Legenda: M - Matutino

V - Vespertino

X - Outras atividades desenvolvidas junto com o estágio

APÊNDICE 2

Perfil das mães (puérperas) atendidas no Alojamento Conjunto

Nome	idade	Numero de filhos	Tipo de parto	Estado civil	Recém - nascido
G.T.S.	40	multipara	PN	casada	menina
T.M.M.	27	multipara	PN	casada	menino
S.M.S.	18	primipara	PN de cócoras	solteira	menina
C.M.	15	primipara	PN	solteira	menina
O.R.J.	23	multipara	PN	casada	menina
S.M.R.	21	primipara	PN	casada	menino
C.M.L.	28	multipara	PN	casada	menino
R.P.P.	18	multipara	PN	casada	menino
L.M.S.	24	primipara	PN de cócora	casada	menino
R.S.M.	25	primipara	PN de cócoras	solteira	menino
L.T.B.S.	30	multipara	PN	casada	menino
J.M.C.	24	multipara	PC	casada	menino
L.M.M.	37	multipara	PC	casada	menino
R.S.	33	multipara	PN	casada	menina
P.V.S.	22	multipara	PN	casada	menino
S.G.H.	31	multipara	PN	casada	menina
M.L.S.	43	multipara	PN de cócoras	casada	menina
E.S.	27	primipara	PN	solteira	menino
R.S.	25	primipara	PN	casada	menino
D.C.T.	23	multipara	PN de cócoras	solteira	menina
M.C.	18	primipara	PC	casada	menino
J.M.	21	multipara	PC	casada	menino
L.M.T.	19	primipara	PN	solteira	menino
A.S.C.	26	primipara	PC	casada	menino
C.R.	32	multipara	PN	casada	menina
J.M.S.	36	multipara	PN	casada	menina
V.C.	25	primipara	PN	casada	menino
M.M.R.	22	primipara	PC	casada	menino
R.L.	27	multipara	PC	solteira	menino
A.M.J.	25	multipara	PN	casada	menina
S.C.R.	32	multipara	PC	casada	menino
N.F.	16	primipara	PN de cócoras	casada	menina
L.M.S.	20	primipara	PN	solteira	menina
E.V.S.	39	multipara	PN	casada	menina
N.M.	34	multipara	PN	casada	menino
R.C.	20	primipara	PN	casada	menino
S.F.S.	18	primipara	PN	solteira	menina
N.L.D.	27	multipara	PC	solteira	menino
J.S.	18	primipara	PN	solteira	menina
C.V.	17	primipara	PN	casada	menino
M.C.	28	multipara	PN	casada	menino
M.G.R.	31	multipara	PC	casada	menina
A.F.	22	multipara	PN	casada	menino
R.L.	24	primipara	PN	casada	menino
V.A.	20	primipara	PN	solteira	menina
J.B.	25	primipara	PN	casada	menina
D.V.	23	primipara	PN	casada	menina

INSTRUMENTO PARA O PROCESSO DE CUIDAR

1. Identificação:

Puérpera:

Data de nascimento:

G: P: A:

IG: Tipo de Parto:

Escolaridade:

Profissão:

Religião:

Cônjuge:

Data de nascimento:

Escolaridade:

Profissão:

Religião:

Número de filhos:

Acompanhante:

Grau de parentesco:

Endereço da Puérpera e RN :

Nome do RN:

Data de Nascimento:

Horário:

Sexo: Peso: comprimento:

Apgar: 1 : 5: PC: PT: PA:

Idade Gestacional (Capurro)

Composição da família:

Família do RN:

Nome	Sexo	Cor	Parentesco ou afinidade	Data de nascimento ou idade	Profissão/ ocupação	Naturalidade	Procedência	Religião	Estado civil

Dias e horários para a visita domiciliar:

2. Condições de Moradia:

Observações:

Casa :

Própria () Alugada () Cedida ()

Possui Terreno:

Sim () Não ()

Possibilidades de aproveitamento do Terreno:

Sim () Não ()

Tamanho da Casa:

Número de Peças:

Quais:

Condições de Saneamento:

Lixo:

Água:

Esgoto:

Condições de Eletrificação:

Dispõe de Eletricidade no Domicílio:

Sim () Não ()

Rabicho:

Sim () Não ()

Infra Estrutura Doméstica:

Funcionamento:

Possui:

- () Geladeira
- () Fogão
- () Pia
- () Televisão
- () Rádio
- () Filtro de água
- () Banheiro
- () Vaso
- () Chuveiro
- () Número de Camas

- Quem é sua família?
- Composição Familiar:
- Qual o significado de família?
- Quais os papéis na família?
- Quem faz o quê?
- Quem dá suporte?
- Com quem a família se relaciona?
- Como é a interação?
- O que significa?
- Quando ocorre?
- Quais os problemas que acontecem na família?
- Eventos marcantes(nascimentos, mortes):
- Influencia de crenças e hábitos no processo de viver:

- O que é saúde?
- O que é doença?
- O que é enfermagem?
- O que é cuidado?
- Como faz?
- Você realizou Pré - Natal? Onde? Quantas Consultas?
- Quem participou do parto?
- Você recebeu alguma orientação para o cuidado do RN? De quem?
- Quem cuidará do RN em sua casa?
- como você pensa em dar o banho no recém-nascido?
- Quais os cuidados com o coto umbilical?
- Com quem aprendeu?
- O que pensa em fazer para o amarelão? (Trisa , Icterícia)
- Como você pensa em alimentar o bebê?
- O que você sabe sobre a amamentação?
- Já amamentou antes? Por quanto tempo?
- Já teve problemas com as mamas? Que tipo de problema?
- O que utilizou para tratar?
- Você está utilizando algum método anticoncepcional? Qual?
- A quem você recorre primeiro , no caso de doença do RN?
- Apresentou alguma dúvida com relação aos cuidados após o parto, e com o RN ?
- Utiliza algum remédio caseiro?
- O que você utiliza para cólicas do RN?
- O que é resguardo para você?
- Quais os cuidados que você está tendo neste período? (alimentação, higiene, relação sexual, alimentação , episiorrafia ou cesárea - pontos)

O que você sabe sobre:

1. Amamentação
2. Banho do RN
3. Coto Umbilical
4. Banho de Sol
5. Teste do Pezinho
6. Vacinas
7. Cuidados especiais de prevenção(arca-caída, icterícia, assadura, ermo e outros)

EXAME FÍSICO RN:

Sinais vitais:

Temperatura:

Frequência cardíaca:

Frequência respiratória:

P C:

PT:

PA:

Comprimento:

Aparência:

Postura:

Estados de viglância:

Fácies:

Crânio:

Olhos:

Nariz:

Boca:

Ouvido:

Orelha:

Pescoço:

Tórax:

Abdome:

Cordão umbilical:

Aparelho gênito urinário:

Dorso:

Membros:

Pele:

Avaliação Neurológica:

Exame Físico da Puérpera

1- Observações gerais:

Postura:

Expressão facial:

Aparência:

2- Sinais vitais:

Pulso:

Temperatura:

P. A.:

Respiração:

3- Mamas:

Consistência:

Presença de leite(colostro):

Tipo de mamilo:

Alterações nos mamilos:

4- Abdome:

Útero:

a) altura do fundo uterino:

b) consistência:

Distensão abdominal:

Questionar eliminações(flatulência, evacuações, micção):

5- Períneo:

a) Episiorrafia:

6- Lóquios:

-cor, odor, quantidade.

7- Extremidades inferiores:

-cor, presença de alterações.

O QUE É ICTERÍCIA ? (AMARELÃO)

O termo icterícia indica uma coloração amarelada no organismo, tanto da pele como dos tecidos profundos.

Esta coloração começa a aparecer quando o valor da bilirrubina é triplicado. **Mas de onde vem a bilirrubina?**

Da hemoglobina.

Todos os glóbulos vermelhos contêm hemoglobina que fixa o oxigênio e o transporta aos órgãos. Os glóbulos vermelhos envelhecem e são destruídos regularmente. Ao mesmo tempo a medula óssea fabrica outros. Quando o glóbulo vermelho é destruído a hemoglobina que ela contém é transformada em bilirrubina que é eliminada. A bilirrubina é uma substância insolúvel na água. Para ser eliminada na urina ela deve ser solubilizada e quem faz isso é uma substância chamada glicorunil (este processo se dá no fígado) que a torna solúvel para ser eliminada na urina.

A icterícia fisiológica ocorre do 2º. ao 4º. dia até ao 9º.

Causas:

Excesso e rápida destruição das hemácias.

Deficiência da conjugação da billi no fígado devido a deficiência da enzima glicorunil-transferase

Pouca flora intestinal

Existem outras condições que agravam este quadro como problemas respiratórios ao nascer, infecções e prematuridade.

Identificação da icterícia fisiológica

Aparece 48 horas após o nascimento

A cor amarela inicia nas conjuntivas dos olhos, face, tronco e membros.

Observar o estado geral da criança, quando a billi está muito alta os reflexos diminuem, isto é, a resposta da criança aos estímulos são mais lentas.

O que fazer?

Proporcionar nas primeiras horas do dia um banho de sol de inicialmente 5 minutos com a criança sem roupa.

Manter a criança na claridade natural ou artificial o maior tempo possível.

Amamentar a criança mais frequentemente.

Observar o estado geral da criança

Procurar o Posto de Saúde para avaliação de algum profissional.

O QUE É O TESTE DO 'PÉZUNHO' ?

É um teste realizado com o sangue do bebê para detectar precocemente a **fenilcetonúria** e o **hipotireoidismo**.

A **fenilcetonúria** é uma doença genética na qual ocorre a ausência da enzima fenilalanina hidroxilase que controla a conversão de fenilalanina em tiroxina. Na ausência desta conversão ocorre excesso de fenilalanina no sangue e urina provocando retardo mental, convulsões e hiperatividade.

No **hipotireoidismo** a ausência de tiroxina diminui a melanina, a epinefrina e a tiroxina fazendo com que ocorra uma aparência clara, crescimento prejudicado entre outros.

O tratamento é dietético e deve ser iniciado precocemente e prolongar-se até 6 a 8 anos quando 90% do crescimento cerebral já ocorreu.

O período ideal para a coleta vai do 3º. ao 10º. dia de vida do bebê.

Olá, mães, pais, familiares e visitantes !

*Acabei de nascer, sou pequeno, sensível e indefeso,
por isso antes de me tocar tenha alguns cuidados:*

- ✿ Lave as mãos
- ✿ Use máscara se estiver resfriado ou com tosse
- ✿ Se fumou não fale próximo de mim

* Os bebês agradecem a sua colaboração.

Acad. Enf. Andréia
Mirtes
Tatiana

Cuidados Gerais Com o Recém-Nascido.

Medidas higiênicas e cuidado corporal

O bebê já pode tomar banho desde o nascimento.

É importante que o local onde for dado o banho seja livre de correntes de ar.

A água deve ser fervida e morna em uma temperatura de 35° a 37°C, e pode ser medida com o termômetro ou com o dorso da mão, ou com o antebraço.

Para que o bebê não se resfrie mantenha o corpo aquecido com um cueiro. Segure o bebê (passe o braço em torno de suas costas, segurando-o por uma das axilas e sustentando sua nuca para trás, ou coloque o braço esquerdo ao longo das costas da criança, com as mãos sob as nádegas e sua cabeça apoiada na junção dos cotovelos). Primeiramente lave o rosto do bebê com uma fralda umedecida. Sua cabeça pode ser lavada com sabonete neutro e água morna. Deve-se ter o cuidado para não entrar água no ouvido. Para você não se atrapalhar, é bom seguir um pequeno roteiro respeitando a seguinte ordem:

1°.) lave os olhos do bebê(do canto interno para o externo);

2°.) lave o rosto, nariz e ouvido. Limpe o nariz e o ouvido com algodão ou gaze;

3°.) se o bebê tiver feito coco ou xixi limpe primeiro a região genital com uma fralda antes de colocá-lo na água.

4°.) testar a temperatura da água, com o dorso da mão ou antebraço, em seguida, colocar a criança na banheira começando pelos pés;

5°.)começar a lavar a criança da parte superior para a inferior, lave todas as dobras pescoço, axilas, cotovelo e virilha;

6°.) mudar a posição e lavar a parte posterior;

7°.) lave os genitais. Se for menino pode fazer retração do prepúcio com óleo. Se for menina lavar entre os grandes e pequenos lábios usando uma bolinha de algodão ou gaze, para cada lado dos lábios da vulva , retirando toda a secreção de frente para trás;

8°.) secar a criança. Ao enxugar o bebê não esfregue a toalha. Apenas pressione a toalha sobre a pele.

9°.) colocar a roupa iniciando pela camiseta, imediatamente após secá-la, para que a criança não se resfrie..

obs: Importante lembrar que o banho de seu bebê é de vital importância para a sua saúde e seu bem estar.

Corte das unhas

As unhas do bebê devem ser cortadas sempre que estiverem compridas, utilizando uma tesoura sem ponta (ponta romba). Se o bebê for muito irrequieto aproveitar para cortar as unhas quando ele estiver dormindo para não o machucar.

Banho de sol

O banho de sol é importante porque transforma a pró-vitamina D em vitamina D essencial para prevenir o raquitismo, doença que torna os ossos fracos e mais sujeitos a fraturas. Iniciar expondo a criança ao sol, preferencialmente sem roupa quando o clima assim o permitir, entre 8:00 e 10:00 de 2 a 3 minutos de cada lado aumentando o tempo de exposição aos poucos até 10 min. O sol deve ser direto(não deve haver vidraça entre o sol e a criança porque o vidro filtra os raios ultravioleta).

Prevenção de assaduras

A assadura é a irritação da pele do bebê, que torna-se avermelhada, principalmente nos órgãos genitais, bumbum, virilha e dobra da perna e é causado pelo contato prolongado da pele sensível do bebê com o xixi e cocô.

Cuidados com as fraldas:

As fraldas devem ser lavadas com sabão neutro(sabão de glicerina ou de coco), após enxaguar vigorosamente em água corrente.

- Todas as vezes que o bebê urinar ou evacuar, e também antes das mamadas deve-se mudar as fraldas do bebê.

- Lavar a região com água morna a cada troca de fralda, e sempre da frente para trás.

- Enxugar bem a região sem esfregar a toalha.

- Não passar talco e óleo sobre a assadura.

- Expor a área afetada ao sol, pois os raios ultravioletas tem ação cicatrizante.

Imunização (doenças evitáveis por vacinas)

A vacinação é a única proteção que existe para evitar que o bebê pegue as seguintes doenças:

sarampo; coqueluche (tosse comprida), difteria, tétano ,poliomielite (paralisia infantil) e tuberculose (doença do pulmão).

A vacinação da criança é obrigatória, e se constitui num importante meio de defesa da saúde da mesma.

O bebê assim que nasce já pode receber a vacina BCG e a anti-hepatite B, as outras serão aplicadas a partir dos 2 meses de idade .

2 meses, 4 meses, 6 meses:

vacina sabin - contra a paralisia infantil

vacina tríplice - contra a difteria , tétano e coqueluche.

9 meses :

vacina - contra o sarampo

1 ano e 2 meses:

reforço da vacina - contra o sarampo

1 ano e 5 meses :

reforço da vacina sabin e tríplice (DPT) - contra a paralisia infantil, difteria, tétano e coqueluche.

Obs: Qualquer dúvida, consulte o posto de saúde mais próximo de sua casa.

Caderneta de saúde

Ela é recebida na Maternidade e serve para o registro de todos os fatos relativos à saúde, ao crescimento e desenvolvimento da criança. Ela deve ser sempre levada às consultas médicas, internações, vacinações etc., para registro dos dados.

Teste do pezinho

Este é o exame para identificar precocemente a **fenilcetonúria e o hipertireoidismo congênito.**

Fenilcetonúria - é a incapacidade do fígado humano produzir a enzima capaz de diluir o aminoácido(fenilalanina), verificando-se um aumento excessivo deste, que ultrapassa a barreira do cérebro, intoxicando o

mesmo , podendo levar a sérios distúrbios cerebrais , acarretando em deficiência mental. A fenilalanina entra na composição da melanina(pigmento que dá cor a pele e aos cabelos), hormônios, etc...

Hipertireoidismo congênito - Doença resultante de um excesso de funcionamento da glândula tireóide.

O período ideal para coleta do exame nos recém-nascidos a termo vai do 3º. ao 10º. dia de vida. Pode-se realizar o exame até o 3º. mês e ou mais de vida em casos excepcionais. É importante ressaltar que quanto mais cedo a coleta, melhores serão os resultados e possível tratamento, evitando-se seqüelas irreversíveis.

O exame é realizado em Postos de Saúde, Laboratório Central e APAE,

Para realizar o exame basta apenas um picadinha na região plantar do pé do bebê (abaixo do calcanhar), preenchendo 3 campos pequenos, circulares de um papel com o sangue do bebê , para que este seja analisado no laboratório, verificando se existe probabilidade que seu bebê venha a adquirir estas doenças citadas acima, desta forma prevenindo-as com tratamento prévio e adequado.

Vestuário

As roupas devem ser usadas de acordo com a temperatura ambiente, evitando-se o excesso ou a falta das mesmas.

O uso de roupas de lã, tecidos sintéticos e engomados devem ser evitados, uma vez que podem provocar reações na pele da criança. De preferência usar roupas com tecido em algodão.

Consultas Médicas

A primeira consulta ao pediatra deve ser feita quando o bebê completar 15 dias, posteriormente quando completar um mês, e a partir daí mensalmente.

Alimentação da Criança

O **leite materno** é o principal alimento da criança e deve ser o único nos **6 (seis) meses** de vida. O primeiro leite, de cor amarelado, é chamado de colostro.

Mesmo produzido em quantidades pequenas, é riquíssimo por suas propriedades nutritivas e de defesa(anticorpos) altamente concentrados.

Durante as primeiras 48 horas após o parto, pode parecer que a mama não esteja produzindo quantidade suficiente para o bebê.

Não precisa se preocupar, esta pequena quantidade de colostro é suficiente neste período

No terceiro dia após o parto, começa a produção e ejeção (descida) do leite propriamente dito. Não se impressione com a aparência do leite. Qualquer que seja seu aspecto, ele é bom!

Vejam os porque o leite materno é o melhor e o mais puro alimento: este alimento contém **vitaminas, minerais, gordura, açúcar, proteínas**, todos apropriados para o organismo do bebê. Possui mais de **150 substâncias** como as nutritivas e as de defesa, que não se encontram no leite de vaca (em pó ou natural) ou de qualquer outro animal.

Só ele tem uma substância especial que ajuda o cérebro a se desenvolver, favorecendo a inteligência da criança no futuro. Apesar do leite da mãe ser mais transparente e fino, ele é mais forte do que todos os outros leites. O leite materno é um leite vivo, uma verdadeira transfusão de saúde.

A digestão do leite materno é mais fácil, o aproveitamento é melhor. Por isso é que seu bebê mama mais vezes e por mais tempo.

Além de ter as substâncias nutritivas na quantidade e na qualidade certas para o bebê, está sempre na temperatura ideal, não azeda, não traz perigo de o bebê sugar depressa demais e se afogar como acontece com a mamadeira. Também tem a vantagem de não precisar ser comprado.

É o único capaz de proteger o bebê de infecções como: gripe, paralisia infantil, alergia e ainda evita a diarreia que pode causar desnutrição.

O ato de sugar o peito da mãe desenvolve a arcada dentária do bebê, por causa da forma e consistência da mama. **Amamentar é um ato de amor; dar o leite é dar carinho, é dar amor.**

Nenhum vidro ou plástico(mamadeira) pode substituir esse calor, esse contato íntimo que dá ao bebê segurança, tranquilidade e felicidade. Sob o ponto de vista emocional, o carinho e a segurança são muito importantes para a formação da personalidade sadia.

Quando e onde amamentar

Quanto mais cedo após o parto acontecer a primeira mamada, maior a chance de ser bem sucedida. De preferência, deverá ser já na primeira meia hora após o parto.

O bebê deve ser amamentado todas as vezes que manifestar vontade. Não deverá existir horário rígido e nem fixo. Quem faz o horário é ele, não o relógio.

No início ele solicitará com maior freqüência, estabelecendo com o tempo seu próprio ritmo.

Quanto mais tempo o bebê for amamentado, melhor. O ideal é até o sexto mês como alimento único, isto é , sem chás, sem sucos, sem sopinhas.

A partir daí poderão ser incluídos outros alimentos conforme orientação de nutricionista, enfermeiro ou médico.

O bebê deve ser amamentado em ambiente sossegado, de temperatura agradável com luz moderada.

As duas mamas devem ser oferecidas em cada mamada, metade do tempo para cada lado. Na mamada seguinte oferecer a mama que deu por último ou então comece pela que estiver mais cheia, sempre tendo o cuidado de amaciar a aréola realizando a ordenha manual.

Uma **boa posição** e uma **boa pega** são fundamentais para o sucesso da amamentação. Veja algumas dicas:

As roupas da mãe e do bebê estão apropriados, sem restringir movimentos, permitindo que os dois fiquem próximos, corpo a corpo.

A mãe está em **posição confortável**, ombros relaxados, não curvados para trás nem para frente e bem apoiada.

Todo o corpo do bebê está encostado no da mãe e de frente para ela **barriga com barriga**.

O braço inferior do bebê está para traz na cintura da mãe.

O queixo do bebê está **encostado** na mama.

A boca do bebê está bem aberta.

A boca do bebê **cobre toda ou quase toda a aréola(parte mais escura da mama.)**

O **lábio inferior** do bebê está **virado para fora**.

O bebê dá algumas mamadas fortes, dá uma pausa, suga novamente e pára, e assim por diante.

Quando o bebê está mamando em **boa posição** e fazendo uma **boa pega**, a mãe **não sente dor** no mamilo(bico da mama).

Interação com o recém-nascido

O recém-nascido possui capacidades de interação desde o nascimento, isto é, ele é estimulado por diferentes meios de comunicação que irão influenciar no seu comportamento.

Ele possui um grande potencial para o seu desenvolvimento físico, motor, intelectual e emocional que necessitam ser estimulados, por isto o contato com o bebê ajudará a crescer e a se desenvolver melhor tendo uma vida mais saudável.

Veja algumas ações que ajudarão:

Ações que estimulam o recém-nascido

Dar Colo (movimentando-se)

Oferecer Carinho

Olhar no olho do bebê é uma forma de interação, comunicação, pois é através do olhar que se constitui a força do laço afetivo.

Oferecer a ele objetos complexos e coloridos que ofereçam mais detalhes, como: círculos, listras, cores vibrantes,.

Embalar.

Mudar de posição.

Conversar.

Cantar canções de ninar.

Fazer barulho com chocalho.

Cuidados Gerais no Puerpério

O período pós-parto, também chamado de puerpério ou resguardo, vai desde o nascimento da criança até aproximadamente 40 dias após o parto.

É durante estes 40 dias que o organismo vai retornando ao seu estado anterior. Logo após o parto a puérpera (aquela mulher que ganha o seu bebê) poderá apresentar:

- perda de sangue (chamado de loqueação), que vai diminuindo gradativamente e passando de vermelho vivo para mais claro, até tornar-se amarelado;

- cólicas semelhantes às da menstruação (regras), devido a expulsão de coágulos e sangue do útero. Nos primeiros dias quando o bebê mama, a mulher pode sentir uma cólica que é causada por um hormônio

liberado devido a sucção do bebê. Este hormônio age contraindo o útero, por isso ocorre a cólica;

- diminuição da barriga, pois o útero vai voltando ao normal;
- aumento do tamanho das mamas, pela produção do leite.

Medidas higiênicas e cuidado corporal

A higiene é muito importante para a saúde no pós - parto impede que a mulher desenvolva infecção, além de trazer benefícios como bem - estar e conforto da mesma.

Os hábitos higiênicos não devem ser alterados, incluindo a lavagem da cabeça, você pode e deve lavar a cabeça, mas deve ter o cuidado de não pegar correntes de ar frio logo após sair do banho, o que seria prejudicial mesmo não estando no resguardo. A cabeça pode ser lavada duas vezes por semana, de preferência em dia de sol.

É importante o banho diário, com água corrente, como em qualquer outra fase da vida.

Se não tiver chuveiro, deve-se usar a bacia como aparador de água e lavar-se despejando a água com uma caneca.

A higiene íntima deverá ser feita três vezes ao dia, com água corrente e de preferência após as evacuações, sempre da frente para trás.

Recomendamos o uso de calcinhas de meia, algodão ou de qualquer outro pano, porque podem ser fervidas e passadas a ferro bem quente. As mesmas deverão ser expostas ao sol, depois de lavadas.

Curativos

No parto normal

Lavar a região genital onde foram feitos os pontos com sabão neutro três vezes ao dia e sempre após as eliminações. Use um “forrinho” (ou modess) bem limpo e passado o ferro bem quente.

Os pontos não precisam ser retirados, pois caem sozinhos.

No parto cesárea

Você deve lavar bem a região dos pontos com água e sabão. Deixe a região sempre bem seca, se for necessário coloque uma gaze sobre a região.

Os pontos serão retirados aproximadamente no 7º. ou 10º. dia do pós - operatório, conforme orientação médica.

Alimentação

Existem muitos tabus e fantasias relacionadas à alimentação da mulher que amamenta. A orientação certa é muito simples: coma normalmente, o que você pode, o que você gosta e está acostumada.

Somente evite alimentos muito ácidos, condimentados e alimentos que podem causar gases, como: repolho, beterraba, refrigerante, chocolate, alimentos muito temperados, bago de feijão, frutos do mar. pois estes podem causar cólicas no bebê. Você deve observar se o que você está comendo causa cólicas no bebê.

Não coma demais; tome bastante líquido, de preferência sopa, sucos, água, chás (de erva-doce ou funcho), etc, pois além de contribuir na produção de leite, tudo que você comer passará para o seu bebê através da amamentação.

A mulher quando amamenta tem muita sede, porque a fabricação de leite tira água do seu organismo.

Exercícios e atividades físicas

Fazer exercícios é bom, mas no início devem ser moderados, limitando-se a caminhadas ao ar livre diariamente.

Deve-se evitar pegar peso (baldes com roupa, abrir gavetas grandes, etc).

O descanso é muito importante: procure cochilar ou dormir duas a três vezes ao dia, uma hora por vez.

Procure deixar o berço do bebê bem junto a sua cama. Evite a fadiga.

Atividade Sexual

Iniciar a atividade sexual assim que estiver em condições(mais ou menos 30 dias após o parto), tendo em vista a cicatrização da episiotomia, presença e aspecto dos lóquios(sangramento).

Retorno a consulta médica

Aos 30 dias após o parto (final do resguardo), a mulher deve procurar o ginecologista para fazer uma revisão geral, e receber orientação sobre o método anticoncepcional a ser adotado. Em caso de complicações como: corrimento vaginal com odor fétido, sangramento intenso, inflamação, febre, problemas com os pontos, dor e vermelhidão nos seios, não espere procure imediatamente o Posto de Saúde ou a Maternidade onde teve o bebê.

Cuidados com os seios durante a amamentação

- não usar sabonete, álcool ou água boricada nos bicos dos seios;
- expor o mamilo ao sol (topless) antes das 10 horas e depois das 16 horas, sempre que possível; ou fazer banho de luz direto com uma lâmpada apropriada para isto com uma distância aproximada de 10 a 20 cm das mamas.
- lavar bem as mãos antes das mamadas;
- deixar o ar ambiente secar os mamilos após as mamadas;
- o bebê deve ser colocado ao peito logo após o parto;
- evitar o uso de pomadas e bicos protetores;
- usar sutiã com boa sustentação (alças curtas)
- alternar os dois seios durante as mamadas;
- antes das mamadas tirar o excesso de leite para amaciar o bico do seio e evitar rachaduras;
- não administrar líquidos ao bebê nos intervalos das mamadas;
- não dar chupetas;
- para tirar o bebê do peito, coloque seu dedo mínimo no canto da boca do bebê e aperte levemente.

Problemas da amamentação

Nos primeiros dias após o parto, quando o processo de amamentação e o ritmo das mamadas se estabelece, poderão surgir alguns problemas, que podem ser solucionados com medidas simples.

Este período requer paciência, firmeza e, acima de tudo, persistência e boa vontade.

Vejam alguns problemas mais frequentes que podem ocorrer e como podemos resolvê-los

Mamilos doloridos e fissuras(calor de figo)

Fissuras: São rachaduras que aparecem no bico dos seios, principalmente em mulheres de pele clara, e que tiveram o seu primeiro bebê.

Cuidados:

-Expor os mamilos ao sol por períodos curtos (no máximo 15 minutos) no horário compreendido entre às 8 e 10 horas da manhã. Na ausência deste, pode ser utilizado a lâmpada com raio de infravermelho, ou então uma lâmpada de 60W a 20 cm de distância dos seios.

-Oferecer o peito ao bebê com a aréola macia, faça ordenha manual para amaciá-la.

-Durante a mamada introduzir na boca do bebê não só o bico mas também a aréola.

- Durante a mamada evitar que o bebê fique mastigando o bico ou sugando, sem engolir durante muito tempo.

- Alternar os seios durante as mamadas e diminuir o tempo de duração das mesmas, especialmente nos primeiros dias.

- Procurar amamentar o bebê em posição confortável.

-Após as mamadas deixar os mamilos secarem ao ar ambiente.

- Evitar higiene excessiva do mamilo.

- Não utilizar sabonete ou sabão para lavar as mamas.

- Evitar o uso de lubrificantes, pomadas, soluções alcóolicas ou outros medicamentos tópicos na região mamilo - areolar.

- Evitar o uso de bomba de sucção (manual ou elétrica).

- Para o tratamento da fissura tem-se observado na prática, que alguns produtos naturais adotados tem sido eficazes:

* folhas de confrei ligeiramente frita em qualquer óleo caseiro;

* suco de cenoura;

* casca de mamão papaia.

Todos os produtos citados, são aplicados individualmente sobre o local afetado, de 3 a 4 vezes ao dia.

Mama empedrada (engurgitamento mamário)

Aproximadamente do 2º. ao 10º. dia após o parto, as mamas tornam-se volumosas, ficam inchadas, quentes e cheias de leite. Alguns cuidados são importantes para prevenir desconforto e complicações:

A mãe deve usar sutiã adequado e de maneira correta de modo que as mamas fiquem firmes e suspensas, sem contudo provocar garroteamento.

Antes da mamada observar se a região mamilo - areolar está macia, caso não esteja a mãe deverá retirar um pouco de leite antes(ordenha manual), até que a região fique macia. Aplicar compressas quentes e umidas sobre as mamas também ajudam.

Quando houver excesso de produção de leite a mãe poderá diminuir a ingestão de líquidos.

Mastite (infecção das mamas)

É a infecção da mama causada por microorganismos patológicos.

A mãe apresenta alguns sintomas fáceis de reconhecer: dor local, febre e calafrios.

A mama fica quente, vermelha, dolorida, e pode sair pus.

Como proceder:

Procure seu médico, que indicará um antiinflamatório ou antibiótico a ser tomado durante poucos dias;

Aplique compressas quentes e úmidas sobre a mama;

Deixe o bebê mamar na mama afetada o mais freqüente possível.

A quantidade do meu leite não atende as necessidades do bebê

A quantidade de leite produzido varia nas 24 horas e de um dia para o outro,, podendo haver diminuição temporária do mesmo.

Algumas medidas podem ser tomadas a fim de resolver o problema:

- tome mais líquido: (chá de erva-doce, sopas, sucos, etc),;
- procure repousar mais. O stress e cansaço físico interferem na produção do leite;
- não ceda a tentação de dar mamadeira;
- dê mamadas curtas e mais freqüentes(quanto mais o bebê sugar, mais leite é produzido, pois a sucção dos mamilos pelo bebê como estímulo para a produção do leite.

■ procure alimentar-se bem.

Bibliografia

PIZZATO, Marina G., DA POIAN, Vera R. L. **Enfermagem neonatológica**. 2^a ed. Editora Luzzato. Porto Alegre, 1988.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Maternidade Carmela Dutra. **Manual: mamãe e papai recentes**. 6^a.ed. Florianópolis, 1996.