

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

CUIDANDO DA PUÉRPERA/RECÉM-NASCIDO
BUSCANDO CONHECER O SABER POPULAR:
UMA PROPOSTA PARA O CUIDADO HUMANIZADO

Raquel Valéria dos Santos

Maria Isabel Garcia

FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE 2002

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

CUIDANDO DA PUÉRPERA/RECÉM-NASCIDO
BUSCANDO CONHECER O SABER POPULAR:
UMA PROPOSTA PARA O CUIDADO HUMANIZADO

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

Acadêmicas:

Raquel Valéria dos Santos
Maria Isabel Garcia

Orientadora:

Vitória Regina Petters Gregório

Supervisora:

Neli Silvia Andreazzi Canassa

Terceiro Membro da Banca: Olga Regina Z. Garcia

N.Cham. TCC UFSC ENF 0392

Autor: Santos, Raquel Val

Título: Cuidando da puérpera/recém-nasci



972493161 Ac. 241688

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0392

Ex.1

FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE 2002



“Quando nos permitimos sentir o outro nos tornamos mais ricos e humanos. Toques suaves palavras sinceras. Trabalho compartilhado.”

(Oliveira et. al., 2001)

AGRADECIMENTOS

À nossa **Orientadora** Prof: **Vitória Regina Petters Gregório**, pela dedicação, pelo carinho, pelos conselhos e conhecimentos.

Enfim!

Muito Obrigada por tudo de bom que você representou nesta etapa final !

Adoramos você !

À nossa **supervisora** Enf: **Neli Silvia Andreazzi Canassa**, por ter aceito o convite de nos acompanhar nesse estudo e pela disponibilidade a qualquer momento.

Somos gratas à suas sugestões !

Muito Obrigada !

À **Prof: Olga Regina Z. Garcia**, pelas valiosas sugestões e pela experiência transmitida, o que contribuiu muito para o desenvolvimento e sucesso de nosso trabalho.

Muito Obrigada !

Te Admiramos muito !

À Direção e funcionários da **Maternidade Carmela Dutra**, pela oportunidade, receptividade e colaboração.

O nosso muito Obrigada !

Às **puérperas** que com seus **recém-nascidos** foram os personagens principais de nosso trabalho O NOSSO MUITO OBRIGADA !

Sem vocês nada disso teria sentido.

Obrigada pelos saberes transmitidos !!!

RAQUEL AGRADECE ...

À minha QUERIDA MÃE por ser essa pessoa maravilhosa, que mesmo estando longe sempre esteve ao meu lado e no meu coração

OBRIGADA !

Por ser o alicerce da minha vida

Hoje dedico esta vitória à você

TE AMO MUITO !!!

\
À DEUS !

Por estar sempre ao meu lado, me dando forças diante dos obstáculos encontrados.

Obrigada !

Pela bênção de poder ser mãe, que a cada dia me torna mais feliz e completa !

Ao Querido MARCELO !

“ Na magia do encontro tu te fizeste notar, num leve sorriso, num simples olhar, e permaneceste...”

Tornou-se querido por ações e reações, ou passaste a existir sem razões ou explicações”

Obrigada por tanta força e incentivo !

Pelo exemplo de pessoa batalhadora!

Obrigada por ser o AMOR da minha vida!

Te amo !!!

\
Às queridas amigas !

Bel, Ju, Fran, Maíra, Mariana,!

Por me fazer acreditar que ainda podemos contar com pessoas tão especiais, generosas, solidárias...

Obrigada pela amizade verdadeira!

Vocês vão estar sempre no meu coração!!

Adoro vocês !!!

MARIA ISABEL AGRADECE ...

\
À DEUS por estar sempre presente em nossa vida, iluminando nossos caminhos...

Ao meu PAI José Manoel (in memorian), pela minha existência, e pelos ensinamentos.

À minha MÃE Gertrudes, pelas palavras de incentivo, pelo carinho, e pelo colo tão caloroso à qualquer momento.

Ao meu FILHO TÚLIO, que é o motivo da minha perseverança, na conquista de meus objetivos.

Filho você é o maior presente que já recebi!

Ao meu IRMÃO Sebastião pelos agradáveis momentos que me proporciona, e pela disponibilidade carinhosa de ajuda sempre que precisei
TE ADORO !

Ao meu MARIDO Alberto por compreender minhas ausências, e as minhas horas de mau humor.

À prof: Tânia pelo carinho, atenção e motivação em diferentes situações.
Você sabe ! Minha chegada até aqui devo à você!

À Raquel! Pela união que reforçou nosso vínculo de amizade.
Desejo que você seja muito feliz!!!
Boas vindas ao seu bebê ! Parabêns !!!

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	4
2	NOSSOS OBJETIVOS	6
	2.1 Objetivo geral	6
	2.2 Objetivos Específicos	6
3	REVISÃO DA LITERATURA	7
	3.1 Cultura, Humanização e Família	7
	3.2 O recém nascido	10
	3.2.1 Assistência ao recém-nascido no Alojamento Conjunto	10
	3.2.2 O exame físico do RN	11
	3.2.3 Desenvolvimento do Processo Educativo	15
	3.2.4 Controle e Avaliação dos Sinais Vitais	16
	3.2.5 Medidas de Higiene.....	17
	3.2.6 Curativo umbilical.....	18
	3.2.7 Avaliação da perda ponderal	19
	3.2.8 Observação das Eliminações	19
	3.2.9 Controle da Hipoglicemia Neonatal	20
	3.3 O Puerpério	21
	3.3.1 Puerpério normal	21
	3.3.2 O Processo de Cuidar no Puerpério.....	28
	3.4 Amamentação	32
	3.4.1 Promoção do Aleitamento Materno.....	33
	3.4.2 Anatomia da glândula mamária.....	34
	3.4.3 Fisiologia da lactação	35
	3.5 Alojamento conjunto	43
	3.5.1 Vantagens	43
	3.5.2 População a ser atendida	45
	3.5.3 Recursos para sua implantação	46
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	48
	4.1 Marco Conceitual	48
	4.2 Síntese da Teoria	49
	4.3 Pressupostos de Madeleine Leininger	51
	4.4 Pressupostos pessoais	52
	4.5 Principais conceitos.....	53
	4.6 Processo de Enfermagem.....	57
5	METODOLOGIA.....	61
	5.1 Local de Estágio	61
	5.2. Maternidade Carmela Dutra	61

5.2.1. História	61
5.3 População Alvo	63
5.4. Planejamento	63
6 ASPÉCTOS ÉTICOS	66
7 NOSSOS RESULTADOS	68
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS.....	96
APÊNDICE A	
APÊNDICE B	
PARECER FINAL DO ORIENTADOR	

RESUMO

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso, da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina -UFSC, no período de 12/06/02 a 09/08/02, consiste em vivências e experiências junto à puérperas/ recém-nascidos internados na Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis, tendo como foco principal o contexto cultural que envolve os cuidados prestados aos mesmos. Nosso objetivo principal foi desenvolver um prática de cuidados de Enfermagem à puérpera/recém-nascido, no Alojamento Conjunto, buscando conhecer o saber popular. A teoria utilizada foi a de Madeleine Leininger, da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Fizeram parte do estudo seis puérperas/recém-nascidos, nas quais foi aplicado um processo de enfermagem que se constitui em quatro etapas: conhecendo a situação; refletindo sobre a situação; planejando e fazendo o cuidado; avaliando o cuidado. A implementação do cuidado baseou-se nas formas de cuidar propostas pela teoria escolhida, ou seja, preservação, acomodação e/ou repadronização do cuidado que permearam todo o desenvolvimento de nosso trabalho. Ao término desse trabalho percebemos que os profissionais da saúde necessitam cada vez mais compreender e valorizar as práticas de cuidado popular, compartilhando as diferentes formas de cuidado, o que certamente contribuirá para uma melhor interação entre os mesmos, cliente/profissional, e conseqüentemente para o cuidado humanizado.

Palavras-chave: Humanização
Cuidado Cultural
Alojamento Conjunto
Puérpera

1 INTRODUÇÃO

A idéia para desenvolver o projeto tendo por base a cultura familiar refletida nos cuidados prestados, deu-se no decorrer dos estágios vivenciados durante nossa vida acadêmica. Observávamos a necessidade de uma prática de assistência humanizada, que muitas vezes era substituída por um conjunto de cuidados rotineiros por parte dos profissionais de saúde.

Acreditamos que para desenvolver uma assistência humanizada que inclua o processo de ensino-aprendizagem é imprescindível conhecer e respeitar os comportamentos, significados, estilo de vida, crenças e valores culturais dos clientes incluídos, para que ocorram trocas de conhecimentos, aplicando cuidado holístico e de qualidade. Nesse sentido implementamos a prática assistencial proposta, junto à puérpera/recém-nascido onde descobriu-se vários tipos de “bagagens culturais” quanto aos cuidados prestados aos mesmos. De acordo com Monticelli (1997), “não impondo” o saber profissional e “valorizando” o saber popular, mas que tenha o objetivo de entrelaçar ou compartilhar saberes para uma assistência de melhor qualidade”. Entendendo que o cuidado de enfermagem compreende uma relação de ensino-aprendizagem, esta autora também afirma que esta relação necessita de um salto qualitativo que busque compreender a cultura popular em todos os seus meandros para que, ao compreendê-la, os profissionais da saúde possam respeitá-la em toda a sua plenitude. Sem um mergulho profundo no significado das ações, valores e crenças populares, o processo educativo resulta acrítico e incongruente”. Ao buscar compartilhar o saber popular estamos trabalhando com duas variáveis, que somadas aos conceitos de nosso marco teórico, permeiam todo desenvolvimento do cuidado de enfermagem.

A prática do relatório foi desenvolvida na Maternidade Carmela Dutra onde atuamos no Alojamento Conjunto acompanhando a puérpera/recém-nascido, tendo como foco principal o contexto cultural a cerca dos cuidados prestados aos mesmos, utilizamos como referência a

Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. A utilização dessa teoria favoreceu o cuidar da puérpera/recém-nascido porque respeitou crenças e valores dos seres humanos assistidos. A Enfermagem como profissão que presta cuidado deve considerar no seu cotidiano os diferentes padrões culturais, respeitando hábitos e costumes, sem que este traga prejuízo ao mesmo. Devemos ressaltar, ainda, que a enfermagem também possui uma bagagem cultural, sendo assim, deve ter consciência da influência que pode exercer sobre as práticas do cuidado.

A escolha em trabalhar com puérpera/recém-nascido deu-se por vários motivos, entre os quais o de termos um maior interesse, “afinidade” e por gostarmos da área da criança e da mulher, interesse esse, reforçado no decorrer da Disciplina de Enfermagem Obstétrica da VII fase do curso..

Optamos por desenvolver a prática na Maternidade Carmela Dutra por ser, a instituição, referência ao Estado todo na área da saúde da mulher, além de oferecer serviços importantíssimos à mãe e ao recém-nascido.

Como resultado desse trabalho, foi possível estabelecer um cuidado diferenciado à puérpera/recém-nascido, no qual além de implementar uma assistência de enfermagem de qualidade, pudemos também aprender a compartilhar diferentes saberes culturais que nos favoreceu para que conseguíssemos um cuidado humanizado. Isso ao nosso ver só será conseguido pelos profissionais de saúde quando os mesmos repensarem as formas de cuidado profissional, pois não somos detentores do saber e nem sempre conhecemos a realidade e o contexto cultural das pessoas envolvidas no nosso cuidar. Por isso às vezes sem perceber vamos nos tornando impositores do cuidado por acreditarmos ser o mais correto, sendo que é preciso conhecer, refletir e compartilhar conhecimentos para que o ensino aprendizagem possa acontecer, proporcionando melhor interação cliente-profissional.

2 NOSSOS OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver uma prática de cuidados de Enfermagem à puérpera/recém-nascido, no Alojamento Conjunto, buscando conhecer o saber popular, fundamentado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

2.2 Objetivos Específicos

1. Conhecer a estrutura física, as normas e rotinas da Maternidade Carmela Dutra mais especificamente, o Alojamento Conjunto, expondo à equipe de saúde nosso projeto de assistência, a fim de ter uma maior interação com os mesmos e, assim obter melhores resultados;
2. Identificar crenças e valores culturais da puérpera/recém-nascido relacionado às necessidades de cuidado de forma a preservar, adaptar e/ ou repadronizar o cuidado cultural;
3. Implementar cuidados de Enfermagem à puérpera/recém-nascido no Alojamento Conjunto, respeitando seus valores culturais, estendendo a visita domiciliar quando necessário;
4. Buscar aprofundar cada vez mais nossos conhecimentos sobre a Teoria de Leininger, e assuntos relacionados à Obstetrícia, através da participação em eventos e leituras.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Cultura, Humanização e Família

A cultura nos é transmitida desde o momento de nosso nascimento. Com o passar do tempo, valores, crenças e costumes vão se adaptando a nossa maneira de ser e de agir, tornando-nos seres singulares, com necessidades diferentes, porém influenciados pelo contexto cultural de onde viemos. Segundo Ulmann (1991), esse processo chama-se endoculturação.

Collière, apud Lenardt (1996), quando define crença como um conhecimento integrado e interiorizado baseado nos hábitos de vida e valor como as crenças que o ser humano tem como corretas e de importância, de acordo com seu conhecimento pessoal, suas normas individuais e sua comunidade e / ou fé.

Para Laraia (1995), a cultura de cada povo está em constante mudança; entender esse processo é imprescindível para minimizar o choque entre as gerações e evitar comportamentos preconceituosos, a fim de se compreender as diferenças entre as diversas culturas da sociedade. Complementando, pode-se citar Langdon (1991), quando afirma que a cultura pode ser aprendida, compartilhada e padronizada.

Começando desse ponto, parece mais fácil falar em Enfermagem Cultural ou Transcultural. se a cultura é aprendida, cabe aos profissionais de saúde, entre eles os profissionais de Enfermagem conhecer a realidade cultural do cliente, para que assim haja maior interação e melhor aceitação do cuidado que se deseja prestar. Muitas vezes esse profissional também ensinará um pouco de sua cultura pessoal e profissional para adequar esse ato ocorrendo assim a cultura compartilhada. Completando essa interação, para que o cuidado seja benéfico e confiável não será imposto mas, sim, preservado, negociado e repadronizado por ambos. Enfermagem e cliente estarão interagindo por meio do processo de

ensino aprendizagem mútuo.

Radünz (1999, p. 8 e 9) ao utilizar esse processo diz que “ para transmitir, ou melhor, compartilhar conhecimentos, a enfermeira precisa primeiro ter conhecimento [...] para compartilhar, precisa haver disponibilidade, tanto para aprender quanto para ensinar.” A autora, ao falar de cuidar em enfermagem, menciona a importância de utilizar, além da teoria e da técnica, o ouvir, o observar, o sentir, e ainda o compartilhar o saber, para desse modo, respeitar as experiências de quem está sendo cuidado.

Proporcionar cuidado levando em consideração significados, padrões, valores, modo de vida da cliente, respeitando sua cultura não significa abandonar ou desprezar o sistema profissional de saúde, mas interagir com essas formas de cuidar (LEININGER, 1991). Cabe à enfermeira estreitar esses laços de cuidado, conduzindo-os de forma saudável, respeitosa e benéfica (Santos Pereira, 2002).

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 suportes sociais. Hoje esses mesmos fenômenos transcorrem em instituições hospitalares onde os vínculos passaram a ser meros contratos 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 fáceis de manipulação das maternidades encaradas como meras empresas que tem verdadeiro poder de decisão e imposição (Santos et al, 1997). O que Monticelli mostra nessa citação é que os serviços prestados por essas instituições, com o passar do tempo tornaram-se cada vez mais “ robotizados”, tudo gira em torno da sistematização, seja pela correria dos profissionais de saúde que não se disponibilizam a perder um pouco de seu valioso tempo ouvindo os clientes, dando-lhes um pouco mais de atenção, seja pelo duplo vínculo de trabalho que sobrecarrega-os, comprometendo a qualidade da assistência e conseqüentemente esquecendo-se o cuidado humanizado importantíssimo para o forte vínculo humano necessário em todas as situações de nossas vidas.

Falando um pouco sobre família Waley e 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 à cultura e sociedade e assumir a responsabilidade pelo bem-estar psicológico e emocional dos mesmos.

Boehs (1990) em seu trabalho realizado com famílias de recém-nascidos dentro de uma expectativa 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 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 como família em expansão, que é caracterizada pelo nascimento de um novo ser. Noronha (apud Centa, 1981), refere ser a gravidez e o parto, a época em que o homem e a mulher assumem o compromisso de serem responsáveis pela vida e pelo bem estar da criança que vai nascer; é o momento em que se situam como pais e criam expectativas novas, ou seja, como irão atuar, como será o filho, é o momento em que ocorre diversas sensações novas, dúvidas e temores próprios da gravidez e pós-parto (Stahl et al, 1999).

Em nossa revisão de literatura também não poderíamos deixar de falar em Humanização, já que foi a proposta de nosso trabalho: implementar um cuidado humanizado. Por isso escolhemos algumas citações de autores que permeiam nossos conceitos do que seria Humanização”.

Heidegger (1987), a noção de que a humanidade do homem é algo que diz respeito a sua própria natureza, a sua essência. O Humanismo é meditar e cuidar para que o homem seja humano e não desumano, inumano, é reconduzi-lo novamente para a sua essência.

Para Hiller (1973), o humanismo é uma posição ético-espiritual desenvolvida pelo homem na sua totalidade, sendo a humanidade movida pela tendência ao bem, à verdade, ao belo, e subordinada a uma lei moral. O Humanismo significa respeito à dignidade humana, baseada no caráter irrepitível e inconfundível da pessoa, assim como a sua preservação contra as ameaças do materialismo ou de qualquer espécie de nivelamento coletivista.

Segundo Strider (1990), a grande variedade de correntes humanísticas, como os humanismos existencialistas, o machismo, o cristão, o do trabalho, além de outros, indica os vários caminhos de respeito pela dignidade humana, libertação e promoção do homem, existindo, porém, um conflito decorrente da falta de clareza sobre os seus significados. O mesmo autor acredita que, em toda a sua história, o homem nunca teve tantas possibilidades de humanizar seu ambiente existencial como nos dias de hoje, mas para isso necessita concretizar o significado de humanizar.

Entre os autores na área de enfermagem, Rockenbach (1985) infere que, falar em Humanização supõe uma equipe humanizada. A motivação dos trabalhadores de enfermagem decresce dia a dia e a rotatividade em busca de melhores condições de trabalho em outros setores tem aumentado. A rede hospitalar está em constante luta pela sobrevivência e a

superespecialização muitas vezes não atende à maioria das necessidades de saúde dos pacientes. Assim, persistindo esta situação a autora pondera que a Humanização da paciente e da equipe de enfermagem se torana praticamente inviável. Entretanto todo o esforço é válido quando direcionado ao tempo no qual o paciente está internado, para que pelo menos neste momento lhe seja dado carinho, a assistência e o respeito que merece como pessoa. “A desumanização da equipe, por falta de condições de trabalho, provoca a desumanização do paciente, que deixa de receber os cuidados a que tem direito” (Rockenbach, 1985, p. 53 apud Brüggemann, 2001).

Como suporte para a implementação da nossa prática assistencial contávamos com nossos conhecimentos científico teórico adquiridos durante à disciplina de Obstetrícia e Neonatologia da sétima fase curricular do curso, além de bibliografias sobre textos relacionados à área, entre as bibliografias citamos a de Oliveira, et al 1999 a qual contem textos fundamentais relacionados à:

- Assistência ao recém nascido no Alojamento Conjunto;
- Exame físico do recém-nascido;
- Puerpério;
- Amamentação;
- Alojamento Conjunto.

3.2 O recém nascido

3.2.1 Assistência ao recém-nascido no Alojamento Conjunto

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

A permanência do RN no AC deverá ser garantida até o momento da alta hospitalar, que não deverá ocorrer antes das 48-72 horas. A equipe de enfermagem deverá prestar

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

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

3.2.2 O exame físico do RN

A atenção meticulosa às necessidades do RN pode contribuir tanto para sua proteção física, como para o ajustamento psicológico e integração social. “Se esses processos são executados com delicadeza e com uma devida apreciação de suas necessidades no momento, podem ajudá-los a estabelecer independência entre si próprio e o ambiente e aprender a confiar no mundo exterior” (WAECHTER, BLAKE, 1976, p.120 apud MONTICELLI, 1999).

a) Características à serem pesquisadas no Recém Nascido durante o exame físico.

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

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

Estado de vigília: de acordo com Giacomini (1999), o RN tem bem definidos seis estados de comportamentos:

- Estado 1: sono profundo, olhos fechados, respiração regular, sem atividade

motora, tônus muscular relaxado.

- Estado 2: sono leve, olhos fechados, movimentos oculares rápidos, respiração irregular, movimentação muscular, expressões faciais (risos, etc.), tônus muscular elevado.
- Estado 3: sonolento, pálpebras abertas ou fechadas, olhar sem se fixar, atividade motora fraca, respiração regular.
- Estado 4: alerta, olhos bem abertos, atento à estimulação ambiental, pode fixar o olhar, sem atividade motora, respiração regular.
- Estado 5: alerta com atividade motora importante, vocaliza, rosto contraído ou não, olhos abertos, respiração regular.
- Estado 6: chora vigorosamente, atividade motora intensa, olhos fechados ou não, lágrimas.

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

Pele e anexos; observa-se coloração e integridade cutânea em todo o corpo, além de conferir a presença ou ausência das características fisiológicas como:

Vérnix caseoso: produto de secreção da pele durante a vida intra-uterina, que recobre a pele do RN, protegendo-o contra maceração pelo líquido amniótico e favorecendo o deslizamento do corpo no ato da parturição (PIZZATO, DA POIAN, 1988).

Millium sebáceo: consiste em pequenos pontos brancos, ligeiramente salientes, localizados com frequência nas asas do nariz. Forma-se devido à obstrução dos folículos sebáceos, pelos detritos de descamação epitelial. Tende a desaparecer dentro dos dois primeiros meses de vida (PIZZATTO, DA POIAN, 1988).

Eritema tóxico: são pequenas lesões eritematopapulosas esparsas, em pequeno número e disseminadas (PIZZATTO, DA POIAN, 1988).

Lanugem protetora: consiste numa pelugem fina e longa que aparece com frequência em RN a termo e mais ainda em pré-termos. Localizada no dorso, face e orelhas, desaparece no decorrer da primeira semana de vida (PIZZATTO, DA POIAN, 1988).

Mancha mongólica: de coloração azul-arroxeadada, que se localizam, geralmente na região sacrolombar, representando para alguns a mistura de raças (Pizzato, Da Poian,

1988).

Descamação fisiológica: fenômeno que ocorre nos primeiros quinze dias de vida podendo estender-se até o final do primeiro mês. Consiste na descamação da pele, ora em pequeninas lâminas, enroladas sobre si mesmas e orientadas no sentido longitudinal do corpo, ora em verdadeira poeira purpúrea. É observada, geralmente, ao nível do abdômen, tórax, pés e mãos (PIZATTO, DA POIAN, 1988).

Crânio: seu formato está diretamente relacionado à posição intra-uterina e ao tipo de parto. O cavalgamento de suturas é esperado e pode permanecer até por volta do quinto dia de vida. Deverá ser rastreada a presença de encefalohematomas e/ou bossa sanguinolenta.

Pesquisar também cranioestenoses ou craniossostose (soldadura precoce dos ossos do crânio). As fontanelas deverão merecer uma avaliação especial, uma vez que as fontanelas anormais podem indicar alteração da manutenção óssea, como por exemplo: doenças do tecido esquelético, trissomias, osteogênese imperfeita, hipertensão intracraniana (no caso de fontanelas aumentadas) ou hipertireoidismo, doenças hormonais ou microcefalias (no caso de fontanelas deprimidas). Deve-se verificar o tamanho das fontanelas, cujo diâmetro oblíquo poderá variar entre 13 e 28mm. A fontanela lambdóide não é maior que a polpa digital e pode estar fechada ao nascimento (GIACOMINI, 1991).

Olhos: verificar edema palpebral e transparência ou opacidade do cristalino. Hemorragias conjutivais são comuns e inócuas para o RN, mas podem preocupar os pais. Verificar se as pupilas são fotoreagentes (MONTICELLI, 1999).

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

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

Boca: pesquisar integridade e coloração das mucosas, presença de pérolas de Epstein, tamanho e textura da língua, presença e situação anatômica dos frênuos labial e sublingual. Inspeccionar, malformações bucais como fissuras palatinas ou lábio leporino. Observar quantidade de saliva, uma vez que, a salivagem excessiva poderá ser indicativo de atresia de

esôfago ou dificuldade respiratória (MONTICELLI, 1999).

Pescoço: verificar movimentos de rotação e flexão. Afastar presença de cistos ou tumores (MONTICELLI, 1999).

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

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

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

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

Membros: realizar avaliação da estabilidade de quadril, através da manobra de Ortolani-Barlow. Observar simetria das pregas cutâneas. Inspecionar os pés, realizando dorsiflexão (afastar a presença de pé torto posicional ou congênito). Verificar também o formato da sola dos pés e a presença de linhas ou sulcos cutâneos. Nos membros superiores, avaliar a simetria de movimentos, afastando possíveis lesões do plexo braquial. Analisar

também a palma das mãos, em busca da prega simiesca. Tanto nos MMSS quanto nos MMII, pesquisar sindactílias, polidactília ou clinodactílias (MONTICELLI, 1999).

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

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

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

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

3.2.3 Desenvolvimento do Processo Educativo

Toda e qualquer orientação acerca dos cuidados com o RN, no Alojamento Conjunto, deverá ter um caráter educacional. Nesta abordagem, é imprescindível que a mãe (puérpera) e o pai do RN sejam participantes ativos tanto no planejamento quanto no desenvolvimento dos cuidados propriamente ditos. Sempre que houver interesse, disponibilidade e presença de outros membros da família, a atenção da enfermeira também deverá estar voltada para a importância de suas participações no processo educativo. É importante destacar que o

objetivo das ações educativas em Alojamento Conjunto não deve restringir-se à simples tarefa de divulgar informações ou recitar normas sobre o que é “certo” e o que é “errado” no cuidado ao RN. O processo educativo deve ser profundamente ancorado no contexto sócio-cultural das famílias, valorizando e resgatando seus conhecimentos e práticas anteriores acerca do cuidado com o recém-nascido. A enfermeira deverá estar preparada para rastrear símbolos e significados inerentes ao processo de nascimento para as famílias, além de desenvolver estratégias de mediação entre a cultura popular e a cultura profissional (MONTICELLI,1999).

Assim, Rigatti (1996) e Lisboa e Pereira (1998) apud Monticelli, (1999) propõem as seguintes ações de enfermagem:

- Oportunizar aos pais do RN a prestação dos seguintes cuidados: troca de roupa, higiene corporal, cuidados com o coto umbilical, avaliação da temperatura corporal, hidratação e amamentação, objetivando orientá-los e esclarecê-los em suas dúvidas;
- Orientá-los sobre os demais cuidados com o filho: vestuário, eliminações, avaliação da cor da pele, atividades, sono, profilaxia da dermatite amoniacal, causas possíveis do choro, necessidades afetivas, encaminhamentos e avaliações de puericultura periódicas;
- Explicar sobre as condutas usadas nas intercorrências apresentadas (icterícia, hidrocele, tremores, cianose, dispnéia) e auxiliá-los na detecção precoce destas anormalidades do RN;
- Enfatizar a importância da lavagem das mãos antes e após cada cuidado ao RN;
- Dar conhecimento aos pais do estado de saúde do RN;
- Registrar no prontuário as condições evidenciadas e condutas tomadas de modo a fornecer as informações necessárias para as ações dos outros membros da equipe assistencial.

3.2.4 Controle e Avaliação dos Sinais Vitais

Durante o período de internação, a enfermeira deverá estar atenta aos sinais do RN, detectando sinais ou sintomas de hipo ou hipertermia, sopros cardíacos, tiragens, estridores ou gemidos.

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

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

Quanto ao pulso, usualmente utiliza-se a técnica de ausculta apical (pulso apical), avaliada com auxílio de estetoscópio, ao nível do quarto espaço intercostal, na linha hemiclavicular. A frequência cardíaca, em recém-nascidos hígidos, normalmente encontra-se entre 120 e 160 bpm. Taralli (1996) chama atenção para o fato de que o sopro sistólico suave de pequena intensidade é muitas vezes percebido nos primeiros dias, desaparecendo após este período, sem quaisquer indícios patológicos.

Em relação à verificação da temperatura, utiliza-se a via axilar, sendo que a variação normal deve manter-se na faixa de 36°C a 37°C, Júnior, Miura, (1991). Além da aferição propriamente dita, deve-se atentar para as condições ambientais e para as condições ponderais e de maturidade do RN, pois estes fatores colaboram para a variabilidade da temperatura corporal dos recém-nascidos (MONTICELLI, 1999).

3.2.5 Medidas de Higiene

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

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

A água do banho deverá estar numa temperatura adequada para as características do

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

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

3.2.6 Curativo umbilical

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

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

A enfermeira deve aproveitar este momento para avaliar criteriosamente o nível de desidratação (mumificação) do coto umbilical.

Deve ser detectada precocemente qualquer anormalidade como: sangramento, odor

fétido, coloração esverdeada ou irritações periumbilicais (MONTICELLI, 1999).

3.2.7 Avaliação da perda ponderal

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

Todos os bebês perdem até 10% de seu peso, desde o nascimento, até por volta do terceiro ou quarto dia de vida. Esta perda é causada pela diminuição dos fluidos corporais (diminuição do edema), pela eliminação do mecônio e da urina, e pela ingesta relativamente pequena de alimentos (aleitamento materno), o que faz com que o RN utilize suas próprias reservas energéticas. A partir do quinto dia de vida, o peso, geralmente, volta a aumentar gradativamente, sendo que somente por volta do décimo ao décimo quarto dia é que o bebê volta a apresentar o peso do nascimento.

É muito importante que a enfermeira analise e compare as perdas ponderais, diariamente, afim de que possa dar os encaminhamentos necessários, caso os índices ultrapassem os limites da perda fisiológica. Além disso, mesmo que a perda seja fisiológica, os pais precisam ser comunicados sobre o fenômeno, pra que se evitem desmames precoces.

3.2.8 Observação das Eliminações

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

A urina, a princípio, é escassa. Porém, dentro de poucos dias, atinge quantidade elevada, e proporcionalmente bem maior, por quilo de peso no lactente, do que no adulto. No

RN, a urina apresenta-se pálida, transparente e de densidade baixa. “Ocorre em alguns recém-nascidos eliminação excessiva de uratos, determinando uma coloração avermelhada nas fraldas, fazendo pensar em sangue e assustando muito a família”, PIZZATO E DA POIAN, (1988, p.116). É importante que a enfermeira, nesta situação, avalie as percepções dos pais do RN e promova a adequada informação a respeito do fenômeno.

Quanto à eliminação de vômitos e regurgitações, é útil que a enfermeira saiba diferencia-las, para que a tomada de decisão seja a mais correta. A presença de vômitos no RN sempre indica alguma anormalidade, enquanto a regurgitação ocorre, geralmente, porque o RN não foi posicionado para a eructação, após a mamada, ou porque mamou além de sua capacidade gástrica. A enfermeira deverá estar atenta às eliminações orais, registrando a frequência, a consistência, o odor e a quantidade de cada uma delas, além de tomar as medidas necessárias à profilaxia destas ocorrências ou encaminhar o RN para tratamentos específico (MONTICELLI, 1999).

3.2.9 Controle da Hipoglicemia Neonatal

De modo geral, considera-se um RN hipoglicêmico quando o índice de glicose sanguínea for inferior a 40 mg/dl (Jácomo, Lisboa, Joaquim, 1998), com ou sem sintomatologia.

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

Todos os recém-nascidos internados em Alojamento Conjunto, mesmo os que não sejam PIG ou GIG, precisarão ser avaliados para afastar qualquer manifestação clínica de hipoglicemia, como: apatia, hipotonia, diminuição na sucção, choro fraco ou anormal, tremores, irritabilidade, convulsões ou episódios de cianose. Sempre que o índice glicêmico for menor que 40 mg/dl, os recém-nascidos deverão receber a terapêutica específica que,

normalmente, consiste na administração de soro glicosado por via oral. Em casos extremos, o RN poderá ser submetido à infusão endovenosa, conforme indicação médica, até ter estabilizado os níveis glicêmicos (MONTICELLI, 1990).

3.3 O Puérpério

3.3.1 Puerpério normal

Popularmente este período é também conhecido como resguardo ou quarentena, que se caracteriza num período necessário para que a mãe e filho se conheçam e se reconheçam.

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

No puerpério, adaptações fisiológicas e comportamentais complexas ocorrem nas mulheres e estão caracterizadas:

- Pela regressão das modificações anátomo-fisiológicas que se produzem durante a gestação e o parto (fenômenos involutivos);
- Pelo estabelecimento da lactação (fenômeno progressivo);
- Pela adaptação psicológica da mãe;
- Pelo estabelecimento da relação mãe-filho e familiares.

As alterações biológicas que ocorrem no organismo materno no pós-parto são comandadas por duas funções bem distintas denominadas de crise e recuperação genital. No que se refere à primeira, predominam a involução uterina e da mucosa vaginal; quanto à segunda, assumem papel de destaque os processos regenerativos das mucosas uterina e vaginal (REZENDE, 1995). Tais alterações, entretanto, não dão conta de reconstituir completamente o organismo materno, deixando em algumas situações seqüelas irreversíveis, tais como:

- Destruição dos remanescentes do hímen;
- Alterações morfológicas do orifício externo do colo uterino (fenda transversal);

- Soluções de continuidade diversas do canal vaginal, estrias gravídicas;
- Relaxamento da musculatura abdominal e perineal.

O puerpério pode ser dividido em três períodos distintos:

- Puerpério Imediato: tem início logo após a dequitação e se estende até o 10o dia pós-parto.
- Puerpério Tardio: vai do 11o dia até o 45o dia.
- Puerpério Remoto: é o período de duração imprecisa, que tem início no 46o dia e se estende até a completa recuperação das alterações determinadas pela gestação e parto, e o retorno dos ciclos menstruais ovulatórios normais.

Fenômenos Puerperais observados durante o puerpério:

a) Involução Uterina:

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

A diminuição do tamanho do útero é denominada de involução. Logo após a expulsão da placenta, o útero começa a contrair-se intensamente, tornando-se endurecido e globoso, podendo ser palpado na linha média entre a cicatriz umbilical e a sínfise púbica. Após algumas horas ele atinge a altura da cicatriz umbilical e permanece por 24 a 48 horas. Nos dias subseqüentes, o útero sofre rápida redução do tamanho e de peso. Medindo 20 cm de altura e 4 cm de espessura, passa no 40^o dia para 7 – 8 cm de altura e 1,5 de espessura. Em geral, a altura do fundo uterino diminui em média 0,7 a 1,5 cm por dia. Inicialmente seu peso é de aproximadamente 1000 gramas, sendo que no 3^o dia passa para 700 gramas, reduzindo-se a 300 gramas ao término de uma semana e a 60 gramas entre a quarta e oitava semana de puerpério. Até o 10^o dia o útero é um órgão abdominal, depois retorna à cavidade pélvica retomando sua posição original e suas dimensões anteriores à gestação.

Na superfície interna, logo após o parto, o sítio placentário constitui-se numa área saliente, de contornos irregulares, cruenta e sangrante, medindo cerca de 10 cm de diâmetro. Ao término de dez dias, seu tamanho fica reduzido a metade. Toda a espessura do endométrio se regenera duas a três semanas após o parto, com exceção da área placentária, cuja regeneração completa se dá em torno da sexta e oitava semana pós-parto. Essa área se desprende lentamente pelo crescimento do tecido endometrial subjacente por baixo da zona de inserção. Distúrbios desses processos podem ocasionar hemorragia.

A involução uterina tem como causa principal a repentina queda dos níveis de estrogênio e progesterona, que desencadeia a liberação de enzimas proteolíticas no endométrio. Essas enzimas, através de um processo de autólise, transformam o material protéico das células endometriais em substâncias que serão absorvidas e eliminadas pela urina. A quantidade das células é preservada durante a involução uterina, mas há uma redução do seu volume (tamanho), que passa de 171 micra de comprimento por 11,5 micra de espessura, para, respectivamente, 17,5 e 4,5 micra ao término do puerpério.

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

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

b) Loquiação

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

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

- Vermelhos ou sanguinolentos (lochia rubra ou cruenta) : presentes nos primeiros 3 a 4 dias, constituindo-se de sangue, tecido decidual necrosado e células

epiteliais. Geralmente a quantidade é semelhante à do fluxo menstrual.

- Serosanguinolenta (lochia fusca): presentes nos 3^o/4^o dias até o 10^o. Sua coloração passa para rósea/ acastanhada resultante de alterações de hemoglobina, diminuição do número de hemáceas e elevação dos leucócitos.
- Seroso (lochia flava): são observados após o décimo dia, podendo se estender até a 5^a/6^a semana e assume coloração amarela ou branca.
- Apesar de ter sido objeto de inúmeras mensurações, inexistiu um consenso em relação à quantidade de fluido loquial eliminado, dadas as variações individuais observadas. Supõe-se que o volume de lóquios na primeira semana alcance 500 ml.
- Os lóquios possuem odor característico, sendo descrito como semelhante ao do sangue menstrual, constituindo-se o odor fétido, sugestivo de infecção.
- Qualquer patologia de endométrio, colo uterino ou vagina, modifica as características dos lóquios seja na quantidade, como na cor ou odor. Em algumas situações pode haver a retenção de lóquios, situação clínica considerada indesejável, pois predispõe à infecção puerperal. Esta intercorrência é também designada de loquimetria (Santos, 1999).

c) Modificações locais

Vagina: Apresenta-se edemaciada, arroxeadada, congestionada e dilatada aproximadamente por três semanas. A partir daí, começa a reassumir a aparência do estado anterior à gestação, permanecendo algum relaxamento do tecido. Esse processo é lento e se completa, embora não inteiramente, por volta de seis semanas após o parto. O epitélio vaginal mostra-se atrófico pela carência de estrogênio, alcançando sua regressão máxima em torno do 15^o dia. Nas primíparas, observa-se a presença de lacerações dos remanescentes do hímen, que são chamadas de carúnculas mirtiformes (SANTOS, 1999).

Vulva: Logo após o parto apresenta-se edemaciada com apagamento dos pequenos lábios. É comum a ocorrência de pequenas rasgaduras especialmente na comissura inferior (SANTOS, 1999).

Colo Uterino: Inicialmente apresenta-se flácido, violáceo, lacerado e com bordas distensíveis. Ao final de sete dias, o edema e essas lesões encontram-se reduzidos, porém a cérvix não retorna jamais à situação pré-gravídica. Seu orifício externo se altera morfológicamente passando de uma abertura redonda e regular, a uma outra, com aspecto de fenda ligeiramente irregular e transversal. O espaço existente no canal cervical logo após o parto possibilita a introdução de uma mão, após alguns dias, dois dedos e, ao término de uma semana, apenas um dedo.

Além dos fenômenos puerperais e modificações locais ocorrem importantes modificações sistêmicas no organismo materno, como:

Estado Geral: nos primeiros dias de puerpério, dependendo do tipo de parto (difícil, vaginal ou cesárea) e outros fatores individuais, a mulher poderá experimentar alguns desconfortos físicos e emocionais. Poderá sentir-se extenuada pelo esforço físico dispendido, apresentar calafrios e sede nas primeiras horas após o parto, ter dificuldade para sentar e caminhar.

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

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

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

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

d) Sistema Hematopoiético

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

- Declinação do volume sanguíneo em função do volume de sangramento provocado pela dequitação, retornando ao normal com cerca de seis semanas;
- Diminuição do número de hemáceas nos primeiros dias para se normalizar progressivamente;
- Observação de leucocitose (15.000- 20.000 mm), retornando ao normal durante a primeira semana pós-parto;
- Elevação das plaquetas nos 3 primeiros dias, retornando ao normal;
- Queda da taxa de hemoglobina, que prossegue declinando;
- Diminuição do hematócrito logo após o parto, retornando ao normal após o quinto dia;
- Elevação da hemossedimentação nos primeiros dias de puerpério, normalizando-se dentro de 3 a 5 semanas;
- Aumento da atividade fibrinolítica devido ao stress da parturição;
- Aumento nas primeiras semanas após o parto, dos fatores de coagulação já presentes na gestação, o que predispõe à tromboflebite e embolia (SANTOS, 1999).

e) Sistema Urinário

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

Em outras situações, as mulheres conseguem urinar, mas são incapazes de esvaziar completamente a bexiga, permanecendo urina residual. Como resultado do trauma do parto, o meato urinário e os tecidos subjacentes podem se apresentar edemaciados, irritados e

traumatizados. Essas alterações, aliadas a outros fatores como a diminuição da sensibilidade pela anestesia e a dificuldade de urinar em posição horizontal, contribuem para a ocorrência da retenção urinária, que, por sua vez, quando presente, expõe a mulher a um alto risco de infecção do sistema urinário.

A incontinência urinária não é muito freqüente, todavia pode ocorrer nos primeiros dias de puerpério, desaparecendo em seguida. É causada principalmente pela atonia esfínteriana ou por lacerações traumáticas. De modo geral, a função uretral volta ao normal dentro de seis a doze semanas (SANTOS, 1999).

f) Sistema Respiratório

Após o parto, em consequência do esvaziamento uterino, ocorre a descompressão do diafragma, provocando o desaparecimento da dificuldade respiratória e a mudança do tipo respiratório, passando de costal superior para tóraco abdominal (SANTOS, 1999).

g) Sistema Tegumentar

Com freqüência ocorre queda dos cabelos, sudorese e enfraquecimento das unhas, tornando-as quebradiças. A hiperpigmentação da face (cloasma gravídico), do abdome (linha nigra) e da mama (aréola secundária) sofre redução gradativa, mas, às vezes, poderá ser de duração longa. As estrias de coloração violácea, resultantes da gravidez recente, permanecem, porém sua tonalidade é alterada para o espaço perolado, esbranquiçado (SANTOS, 1999).

h) Sistema Endócrino

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

Em função dessas alterações hormonais, o restabelecimento dos ciclos menstruais se dá, nas mulheres não lactantes, cerca de 6 semanas após o parto. Nas lactantes, este período é variável, dependendo da freqüência e duração do estímulo da sucção e/ ou ordenha manual (SANTOS, 1999).

i) Sistema Digestivo

Logo após o parto, com o esvaziamento do útero, o estômago, o intestino delgado e o

cólon retornam à posição anatômica normal, favorecendo o esvaziamento mais rápido do estômago e a normalização das funções gastrointestinais. Mesmo assim, neste período é freqüente a ocorrência da obstipação intestinal causada principalmente pela morosidade intestinal estabelecida durante a gestação, súbita perda da pressão intra-abdominal, diminuição da motilidade gastrointestinal pelo uso de analgesia ou anestesia usada durante o parto, relaxamento e/ou flacidez da musculatura abdominoperineal, repouso físico relativo e dieta da puérpera, medo da puérpera em romper os pontos ou de sentir dor ao evacuar, presença de hemorróidas (veias varicosas no reto), decorrentes do esforço físico dipendido no período expulsivo, e edemas gengivais, algumas vezes presentes na gravidez, também regridem em alguns dias após o parto (Santos, 1999).

3.3.2 O Processo de Cuidar no Puerpério

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

- A história e o estilo da vida da puérpera, suas experiências, valores culturais, crenças e costumes;
- Tipo de parto (fácil, difícil, vaginal ou cesárea, com ou sem episiorrafia) e outros fatores individuais;
- Os períodos do puerpério (imediate, tardio ou remoto), os fenômenos puerperais (involutivos e progressivos) e as modificações locais e sistêmicas;
- As fases hospitalar e domiciliar;
- Estabelecimento da relação mãe-filho e familiares.

a) Exame Físico da Puérpera

Tem como objetivo obter informações acerca do estado geral da puérpera, com ênfase

aos fenômenos puerperais (involutivos e progressivos), às modificações locais e sistêmicas que ocorrem no puerpério e outras alterações relacionadas ou não com este período. Deve ser realizado diariamente enquanto a mulher permanecer internada na maternidade ou por ocasião da consulta puerperal, após a alta hospitalar.

Deve-se observar no exame físico:

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

1999).

b) Processo de Cuidar no Puerpério Imediato (1º ao 10º dia)

Nas primeiras horas que se seguem ao parto (48 a 72 horas), ou seja, durante o período de internação hospitalar, a mãe e o recém-nascido devem permanecer no Sistema de Alojamento Conjunto, algumas informações referentes à puérpera devem ser obtidas pela enfermeira da unidade obstétrica. Tais informações incluem o tipo e a hora do parto, a analgesia, anestesia recebida, o volume da perda sanguínea, o tempo decorrido entre a ruptura das membranas ao parto, a episiotomia ou a laceração, e qualquer outra intercorrência no parto. Neste período, o plano de enfermagem referente à assistência à puérpera deve incluir os seguintes cuidados:

- Verificar os Sinais vitais (pulso, respiração, temperatura e pressão arterial), de 6/6 horas;
- Observar estado das mucosas e hidratação. Estimular ingesta hídrica nas primeiras 48 horas;
- Encorajar a deambulação precoce (6 horas após o parto vaginal e 12 horas para cesariana);
- Verificar altura do fundo uterino, observando sua consistência e localização; bem como as características da incisão operatória quando o parto for cesáreo;
- Inspeccionar diariamente o períneo e o estado dos genitais externos; condições de higiene, cicatrização da episiotomia / laceração, presença de edema, hematoma e sinais de inflamação;
- Observar continuamente e registrar lóquios: cor, odor, quantidade e aspecto;
- Fazer e/ou orientar para higiene vulvar e perineal com água corrente várias vezes ao dia após as micções e evacuações;
- Avaliar continuamente o estado das mamas e mamilos: consistência, temperatura, sinais de apojadura, engurgitamento, fissura mamilar, bloqueio de ductos, produção Láctea;
- Controlar micção, características da urina, volume, frequência e distúrbios urinários, especialmente nas primeiras 24 a 72 horas. Em caso de sonda vesical,

observar cuidados com a mesma;

- Controlar e registrar diariamente a função intestinal: presença de peristaltismo, frequência e distúrbios no padrão de eliminação. Na ocorrência de hemorróida, observar tamanho, desconforto e sensibilidade;
- Observar continuamente membros inferiores, atentando para os sinais precoces de trombozes e flebites;
- Discutir com a mãe os conceitos relacionados à prática de nutrição e higiene corporal;
- Avaliar o estado emocional da mãe e a aceitação em relação aos cuidados com o recém-nascido: curativo do coto umbilical, banho, vestiário, alimentação e imunização;
- Ministrando medicamentos prescritos, observando efeitos colaterais e adversos. Em caso de fluidoterapia, realizar controle e cuidados com a mesma (SANTOS, 1999).

c) O Processo de Cuidar no Puerpério Tardio (11^o ao 45^o dia) e Puerpério Remoto (45^o dia em diante)

Durante o período de internação ou por ocasião da alta, a puérpera deverá receber orientações sobre os cuidados a serem observados no puerpério tardio e remoto, tais como:

- Características fisiológicas e patológicas dos lóquios;
- Estado e cuidado com a episiorrafia e outras suturas;
- Higiene e nutrição;
- Exercícios físicos visando recuperar o tônus da musculatura abdominal e perineal;
- Retorno da atividade sexual (20^o dias);
- Amamentação;
- Planejamento familiar;
- Consulta pediátrica e puerperal entre o 7^o e 10^o dia;
- Prevenção do câncer de colo uterino e detecção precoce do câncer da mama;

- Imunização do bebê;
- Direitos da mulher trabalhadora, da criança e do adolescente (SANTOS, 1999).

3.4 Amamentação

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

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

Para alguns, a interrupção prematura da amamentação é perigosa, especialmente nos países em desenvolvimento, pois muitos dos alimentos que passam a ser utilizados a partir do desmame são inadequados do ponto de vista nutricional. Paralelamente, a probabilidade de que a criança sofra de diarreia aumenta significadamente, pois parte dos alimentos utilizados no desmame e os substituídos do leite materno pode expor a criança, pela primeira vez, a muitos organismos infecciosos.

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

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

desenvolvimento intelectual, psicossocial e a acuidade visual do lactente.

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

Entre essas vantagens, encontramos, ainda, na literatura, benefícios fisiológicos para a saúde da mulher que amamenta, entre as quais citamos os fenômenos regressivos do puerpério (loqueação e involução uterina), que ocorrem com a maior rapidez graças ao efeito da ocitocina, que agindo sobre a musculatura do útero, previne também a atonia uterina e hemorragia no pós-parto imediato; a amamentação exclusiva garante à mãe proteção de 99% contra a gravidez durante os seis meses após o parto, enquanto a mesma se mantiver amenorreica e se o bebê for amamentado com freqüência e sem interrupção noturna (SANTOS, 1999).

3.4.1 Promoção do Aleitamento Materno

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

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

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

no Estado de Santa Catarina (SANTOS, 1999).

3.4.2 Anatomia da glândula mamária

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

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

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

Cada mama tem na sua porção apical o mamilo, localizado no centro da aréola, que está constituído de tecido erétil, cilíndrico, dotado de grande sensibilidade, por ser ricamente enervado com terminações neurosensitivas e corpúsculos de Meissner. Significativamente variáveis na sua forma e tamanho, possuem papilas dérmicas altas e fibras musculares lisas

circulares e longitudinais, o que os tornam mais rígidos e salientes especialmente na gestação e período menstrual. Estão também muito bem providos de glândulas sebáceas e sudoríparas apócrinas. Anatomicamente podem ser classificados em três tipos:

- **Mamilo Normal:** apresenta-se protruso e caracteriza-se pela existência de um ângulo de mais ou menos 45^oC entre o mamilo e a aréola. É extremamente elástico e de fácil apreensão.
- **Mamilo Plano:** situa-se no mesmo nível da aréola, inexistindo a presença de um ângulo entre os dois. É de tecido pouco elástico, devido à grande quantidade de aderências de tecido conetivo existente em sua superfície.
- **Mamilo Invertido:** caracteriza-se pela inversão total do tecido epitelial, podendo ocasionar o desaparecimento completo do mamilo. Frequentemente não é de tecido elástico e é de difícil apreensão.

Ao redor do mamilo, encontramos uma área cutânea pigmentada com 2 a 4 cm de diâmetro: a aréola. Nesta área e nos mamilos, localizam-se glândulas areolares ou mamárias acessórias, responsáveis pelas proeminências modulares da superfície, que na gravidez crescem até o diâmetro de 2,5 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 denominamos de estroma, que é o responsável pela consistência característica da mama. O mesmo também inclui os vasos, os nervos e os Infáticos (SANTOS, 1999).

3.4.3 Fisiologia da lactação

O funcionamento da glândula mamária está intimamente ligado às transformações que ocorrem durante seu desenvolvimento e basicamente compreende três fases:

- **Fase mamotrófica ou mamogênica:** que consiste no desenvolvimento da glândula mamária;
- **Fase galactogênica ou da lactação:** responsável pela produção e ejeção do leite;
- **Fase de galactopoiese:** responsável pela manutenção da lactação (Santos, 1999).

a) Manejo da lactação

Embora a lactação seja um processo biológico, sua prática é social, política e culturalmente determinada. O sucesso da amamentação requer preparo e conhecimento prévio sobre aspectos anatomofisiológicos e cuidados profiláticos de saúde.

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

b) Cuidados durante o Pós-Parto Imediato (Período Hospitalar)

Preferencialmente, a primeira mamada deve ocorrer logo após o nascimento da criança, antes mesmo da dequitação ou secundamento. Quanto mais cedo após o parto acontecer a primeira mamada, maior a chance de ser bem sucedida. Tal medida favorece não só a amamentação precoce, como também contribui para que a involução uterina ocorra mais rápido e fisiologicamente pela descarga de ocitocina que é liberada com o estímulo da sucção (SANTOS, 1999).

c) Mamadas subseqüentes

Depois de iniciada a amamentação, outros cuidados deverão ser observados para prescrever a manutenção da produção Láctea, tais como:

Facilitar o alojamento conjunto permitindo que a mãe e filho permaneçam juntos 24 horas por dia. Este procedimento é fundamental para o estabelecimento adequado da amamentação, uma vez que a mãe estando próxima do filho, pode reconhecer e satisfazer suas necessidades integralmente. O confinamento de recém-nascido normal em berçários obstaculiza, retarda e, por vezes, impede a prática do aleitamento natural.

Permitir que a criança sugue livremente o peito freqüentemente e sem qualquer horário fixo (demanda livre), é o que garantirá que receba o benefício máximo do colostro e que a lactação se estabeleça, adequadamente (OMS/UNICEF, 1989). No início, as solicitações poderão ocorrer com maior freqüência, estabelecendo com o tempo, maior espaçamento entre uma mamada e outra. No caso do recém-nato ser de baixo peso ou sonolento, a mãe deverá

estimulá-lo para a amamentação.

Mostrar às mães a correta técnica de amamentação. É fundamental que a enfermeira observe a mamada, identificando a pega, a posição (da mãe e do bebê), como colocar e retirar o bebê do peito, entre outros aspectos, para prevenir problemas como dor, fissura, engurgitamento mamário e assim poder contribuir para o sucesso da amamentação.

Não dar chupetas nem mamadeira aos recém-nascidos amamentados. Eles não necessitam dos mesmos, e se os utilizam, podem apresentar dificuldades para mamar.

Mostrar às mães como iniciar e manter a amamentação mesmo se virem a ser separadas dos seus filhos. As mesmas devem ser orientadas, sobre a técnica e a importância da extração manual do leite, para o estabelecimento e a manutenção da lactação, bem como prevenir ingurgitamento mamário.

Por ocasião da alta hospitalar, orientar as puérperas para procurar os serviços de apoio ao aleitamento materno, existentes na comunidade (Banco de leite, Centro de Saúde) em casos de dúvida e/ou dificuldades (SANTOS, 1999).

d) Técnicas da Amamentação

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

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

e) Posição Adequada para Amamentar

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

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

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

f) Técnica para Extração Manual do Leite

A retirada e/ou extração do leite de seu peito pode ser feita com a mão ou com o auxílio de bombas (manuais e /ou elétricas). A extração manual é a maneira menos traumatizante, menos dolorosa, mais econômica e eficaz de uma mãe retirar o leite de seu peito.. Esta maneira também é mais conveniente, pois pode ser feita a qualquer hora e em qualquer lugar.

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

g) Quando a Extração Manual é Indicada?

- Mães com engurgitamento mamário (mama empedrada);
- Mães de recém-nascidos prematuros e/ou de alto risco que tenham que ficar

separadas de seus filhos. Neste caso, a mãe deve iniciar a extração manual nas primeiras seis horas após o parto e manter de 7 a 8 vezes por dia, durante 20 minutos em cada mama;

- mães com mastite e/ou fissuras acompanhadas de sangramento e de dor intensa;
- mães que trabalham fora e necessitam se afastar de seus filhos;
- mães que querem doar seu leite;
- outras situações (SANTOS, 1999)

h) Como Extrair o Leite Manualmente?

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

Procedimentos:

- lavar bem as mãos com água e sabonete antes de iniciar a expressão. As unhas devem estar bem limpas e de preferência curtas;
- preparar um frasco de vidro limpo, com boca larga e com tampa plástica para armazenar o leite retirado. O frasco e a tampa devem ser cuidadosamente lavados com água fervente ou esterilizados em autoclave;
- procurar uma posição confortável, com ombros relaxados, discretamente inclinados para frente, trazendo o frasco bem próximo à mama;
- evitar conversas durante a extração para que o leite não seja contaminado com a saliva;
- de preferência usar máscaras;
- usar luvas quando a extração for feita pelo profissional de enfermagem;
- desprezar os primeiros jatos;

Considerando a estrutura anatômica da glândula mamária e o mecanismo fisiológico da liberação do leite, deve obedecer à seguinte sequência:

- colocar o dedo polegar e indicador em forma de um “C” sobre a aréola, de modo que o polegar fique na parte acima do mamilo e o indicador abaixo;
- fazer pressão para dentro, em direção ao tórax, apertando firmemente todos os

reservatórios de leite localizados sob a aréola (em cima, embaixo e laterais);

- tempo para retirada do leite varia de mãe para mãe de acordo com a situação de cada uma. Pode demorar de 20 a 30 minutos, como também mais de uma hora. A mesma deverá ser feita até que a mama fique macia, sem pontos dolorosos, em condições confortáveis para a mãe (SANTOS, 1999).

i) Como Armazenar o Leite Coletado?

- Leite deve ser armazenado em frasco de vidro limpo, conforme já mencionado;
- Não encher o frasco até a borda. Ele poderá estourar quando congelado pelo aumento do volume do leite;
- frasco deverá ser identificado com o nome da mãe, a data da coleta, tipo de extração e a idade do leite (que é igual a idade do bebê);
- Ao terminar a ordenha, fechar o frasco e armazenar;
- No freezer ou congelador;
- No freezer por 6 meses, se for pasteurizado (SANTOS, 1999).

j) Problemas mais freqüentes da amamentação

Especialmente nos primeiros dias após o parto (do 1 ao 15 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.

Alguns problemas mais freqüente que podem ocorrer, segundo, Santos, (1999)

Engurgitamento Mamário

O fenômeno de engurgitamento mamário ocorre pelo congestionamento venoso e linfático da mama e pela estase látea em qualquer das porções do parênquima (lobular, lobar, ampolar ou da região glandular). É comum sua ocorrência entre o 3 e o 8 dia de puerpério

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

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

Fissura Mamilar

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

Fatores predisponentes:

- Sucção ineficiente: durante a mamada, a criança não consegue esvaziar adequadamente a mama e permanece por mais tempo sugando.
- Uso de lubrificantes: são responsáveis pela remoção das células superficiais da aréola, deixando a região susceptível a lesões.
- Uso de medicamento tópico: destrói a flora bacteriana normal e favorece o crescimento da flora bacteriana patológica. Ressecam a pele propiciando o aparecimento de fissuras e escoriações.
- Higiene excessiva: remove a ação lubrificante natural.
- Falta de preparo do mamilo no pré-natal: a falta de exercícios no período pré-natal diminui a resistência do tecido mamilar no início da lactação.
- Fatores causais:
- Uso de bombas (manual e elétrica): a pressão exercida artificialmente sobre o mamilo, em especial nos primeiros dias após o parto, quando não se estabeleceu efetivo equilíbrio entra a produção e drenagem de secreção láctea, provoca

estiramento da pele acompanhada de dor.

- Pega incorreta: quando a tensão interna da mama é máxima, e a estase láctea invade todo o parênquima mamário, a capacidade de apreensão do mamilo e aréola fica prejudicada pela distensão da região, ocorrendo a sucção inadequada e conseqüentemente lesão mamilar.
- Sintoma: presença de solução de continuidade em forma de fenda, com profundidade e extensão variáveis, podendo apresentar sangramento e dor localizada.

Mastite Puerperal

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

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

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

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

Sintoma: presença de edemas, calor, rubor, tumoração, com turgência podendo ser localizados, loco-regionalizados ou generalizados (intersticial) de acordo com a localização da mastite.

A lactante apresenta calafrios e temperatura de 39 e 40 e queixa-se de mal estar geral (cefaléia, inapetência e às vezes náuseas e vômitos).

3.5 Alojamento conjunto

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

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

3.5.1 Vantagens

a) Para a mãe:

- favorece o fortalecimento dos laços afetivos entre mãe e filho através do contato precoce e contínuo;
- permite que a mãe observe constantemente seu filho, o que faz conhecê-lo melhor e comunicar qualquer anormalidade observada;
- facilita o contato da mãe com o neonatologista por ocasião da visita médica ao RN, possibilitando troca de informações entre ambos;
- estimula e motiva o aleitamento materno de acordo com as necessidades do bebê,

sem horários fixos, tornando a amamentação mais natural e fisiológica;

- permite que a mãe receba instruções dos profissionais de saúde sobre os cuidados consigo mesma e com o bebê;
- previne, através da amamentação precoce e contínua, as atonias e hemorragias pós-parto;
- capacita a mãe (o pai e familiares) a atender e cuidar do filho desde as primeiras horas de vida, fortalecendo sua auto-confiança;
- permite a troca de experiências e um intercâmbio de informações com outras mães;
- proporciona satisfação, tranquilidade, segurança e diminuição da depressão pós-parto (SANTOS, 1999).

b) Para o Recém-Nascido

- ajuda-o a se adaptar ao novo meio ambiente não estéril, favorecendo a colonização de sua pele e trato gastrointestinal com microorganismos da mãe;
- permite o atendimento de suas necessidades integrais;
- fortalece o vínculo afetivo com a mãe;
- favorece a precocidade, intensidade, assiduidade da amamentação materna e sua manutenção por maior tempo e com exclusividade;
- diminui a morbi-mortalidade neonatal por infecções;
- diminui o risco de infecção cruzada entre os recém-nascidos;
- diminui a incidência de abandono de crianças;
- diminui o “choro por angústia da separação da mãe”;
- diminui a incidência da desnutrição do lactente;
- diminui a incidência da diarreia (SANTOS, 1999).

c) Para pai e familiares

- reforça a unidade familiar;

- permite o aprendizado das necessidades e cuidados com o binômio mãe-filho;
- contribui para maior participação do pai e familiares no processo de cuidar do binômio mãe-filho;
- mantém intercâmbio biopsicosocial entre a mãe, a criança e os demais membros da família;
- possibilita a compreensão do papel da equipe de saúde (SANTOS, 1999).

d) Para a Equipe de Saúde

- favorece a integração da equipe interdisciplinar;
- contribui para o atendimento integral do binômio mãe-filho;
- oferece condições à equipe de enfermagem de promover treinamento materno, através de demonstrações práticas dos cuidados com os recém-nascidos e puerpério (Santos, 1999).

e) Para a Unidade Hospitalar

- diminui o risco de infecção hospitalar;
- possibilita melhor utilização das unidades de risco;
- reduz a incidência de abandono;
- humaniza a assistência;
- melhora o desempenho social da instituição;
- diminui os custos hospitalares;
- diminui a permanência hospitalar;
- melhora a integração da equipe perinatal (SANTOS, 1999).

3.5.2 População a ser atendida

Tendo em vista as inúmeras vantagens do sistema Alojamento Conjunto já descritas, deve-se fazer todo esforço no sentido de promovê-lo. Salvo com raras exceções decorrentes

de complicações maternas e neonatais, o mesmo está indicado para atender a seguinte população:

- Puérperas que apresentem boas condições gerais (físicas e mentais), sem intercorrências clínicas, complicações do parto ou patologias puerperais que impossibilitem ou contra indiquem o contato com o recém-nascido como: partos difíceis, eclâmpsia, hemorragia, abdome agudo, doenças infecto-contagiosas e psiquiátricas.
- Recém-nascidos com boas condições de vitalidade, capacidade de sucção, e sem intercorrências que exijam atenção mais rigorosa. Inclui-se nestes critérios:
- recém-nascido a termo, adequados para a idade gestacional (AIG) com Apgar igual ou maior que 7 aos 5 minutos de vida;
- recém-nascidos de parto normal, cesariana ou fórcepe, que não sofreram tocotraumatismos importantes e cuja gestação tenha ocorrido de modo fisiológico;
- recém-nascidos a termo pequenos para a idade gestacional (PIG) ou grandes para a idade gestacional (GIG) que não sejam extremos, após a aferição de níveis normais de glicose;
- recém-nascidos de mães RH negativo não sensibilizados (SANTOS, 1999).

3.5.3 Recursos para sua implantação

a) Recursos Humanos

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

- 1 Enfermeira para cada 30 binômios;
- 1 Auxiliar de Enfermagem ou Técnico de Enfermagem para cada 8 binômios;
- 1 Obstetra para cada 20 mães;
- 1 Pediatra para cada 20 crianças;
- Outros profissionais poderão ser envolvidos segundo a disponibilidade e filosofia do serviço (SANTOS, 1999).

b) Recursos de Área Física

Aceita-se a área mínima de 5 metros quadrados para cada conjunto leito materno/berço, seja para quarto ou enfermaria. Entretanto, os hospitais já em funcionamento, que queiram implantar o sistema alojamento conjunto, poderão fazê-lo sem que a falta dessa área se constitua em fator impeditivo para sua implantação.

O berço deve ficar com separação mínima de dois metros do outro berço, e o número de duplas, mãe/filho não deverá exceder a seis (SANTOS, 1999).

c) Recursos Materiais

- Permanentes: incluem todos aqueles necessários para uma unidade de internação (quarto/enfermaria) como: cama, berço, escada com dois degraus, mesa de cabeceira, mesa de refeições, balança móvel, hamper, bacias, bandejas e aparelho de fisioterapia, entre outros.
- Consumo: roupa de cama para a mãe e para o bebê, material para higiene que deverá ser de uso individual, estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro, impressos, prontuários, etc.
- Instalações: recomenda-se para melhor segurança e garantia de assistência de qualidade e livre de riscos a instalação de rede canalizada de oxigênio e ar comprimido.
- Dependendo das características climáticas do local da instituição, sugere-se a utilização de aquecedores de meio ambiente e aparelho de ar condicionado nas unidades de Alojamento Conjunto (SANTOS, 1999).
- No decorrer da prática assistencial incluiremos: Família, Cultura e Humanização como temas à serem incluídos na Revisão da Literatura.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Marco Conceitual

O marco conceitual é uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre vários conceitos que o compõem. Serve para direcionar ou guiar o cuidado de Enfermagem. No campo da prática assistencial de Enfermagem, o marco conceitual deve permear todos os momentos desta prática atuando como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o cliente, além de proporcionar uma organização para a reflexão e interpretação do que está sendo vivenciado. (NITSCHKE apud MONTICELLI, 1997)

Como alicerce para a prática assistencial desenvolvida com puérpera/recém-nascido optamos pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger por acreditarmos que para realizar um cuidado humanizado e de melhor qualidade que é, para nós, um dos objetivos principais da Enfermagem, precisamos primeiramente descobrir o conjunto de elementos que formam o contexto cultural em que o ser humano vive, elementos como comportamentos, hábitos, estilo de vida, significados, crenças, valores.

A cultura influencia diretamente o processo saúde-doença dos indivíduos, familiares ou grupos. Por este motivo, a enfermeira só poderá desenvolver ações congruentes, se interagir com a consciência de que sua cultura pessoal e profissional poderá ser diferente daquela dos indivíduos, famílias e grupos com quem está atuando (LEININGER, 1978, 1991, apud MONTICELLI, 1997).

4.2 Síntese da Teoria

Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

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

Durante os anos 50, Leininger trabalhou em um lar para orientação de crianças e pais, na especialidade de Enfermagem Clínica. No decorrer da realização desse trabalho, Leininger percebeu que as crianças apresentavam algumas diferenças nas suas características comportamentais, atribuindo essas diferenças à um fundo de base cultural.

Percebeu, então que a Enfermagem não possuía conhecimentos suficientes, a respeito da cultura destas crianças, para, assim, poder compreendê-las melhor e desenvolver, de acordo com as suas culturas, as práticas de cuidados de Enfermagem diversificadas, significativas e eficazes, passando a se dedicar à Enfermagem transcultural, como sub-área da Enfermagem.

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

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

George (1993) refere que Leininger constituiu sua teoria com base na premissa de que

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

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

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

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

Os três primeiros níveis do modelo envolvem o reconhecimento da situação cultural, podendo ajudar a prevenir o choque da imposição cultural. Busca-se descobrir indutivamente o cuidado cultural e seus influenciadores, a fim de entender e desenvolver maneiras de prover cuidados culturalmente congruentes.

Leininger afirma que só existe um cuidado cultural congruente, de Enfermagem, na medida em que ocorrem ações ou decisões assistenciais, de suporte, de facilitação ou capacitação, fundamentadas cognitivamente e do indivíduo, grupo ou instituição, com a finalidade de promover cuidados de saúde significativos, benéficos e satisfatórios.

O cuidado cultural é preservado ou mantido, quando as ações ou decisões profissionais de assistência, suporte, facilitação ou capacitação auxiliam as pessoas de uma determinada cultura e/ou preservar valores culturais relevantes acerca do cuidado, de forma a manter seu bem-estar, recuperar-se da doença ou enfrentar as incapacidades ou a morte.

Ocorre uma acomodação ou negociação do cuidado cultural, quando as ações e decisões profissionais de assistência, suporte, facilitação, estimulam as pessoas de um determinado grupo cultural para uma adaptação ou negociação com os profissionais da saúde que prestam cuidados, visando resultados ajustados especificamente segundo valores

culturais.

A repadronização ou reestruturação do cuidado cultural se refere àquelas ações e decisões profissionais de assistência, suporte, facilitação ou capacitação, que ajudem o(s) cliente(s) a reorganizar, substituir ou modificar seus modos de vida com padrões de cuidados de saúde novos, diferentes e benéficos, procurando respeitar seus valores culturais e as suas crenças e propondo um modo de vida mais sadio e benéfico do que aqueles que ocorria anteriormente ao estabelecimento conjunto das modificações.

4.3 Pressupostos de Madeleine Leininger

- Culturas diferentes percebem, conhecem, e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo.
- Seres humanos são seres culturais capazes de sobreviver ao passar do tempo, através de sua capacidade de prestar cuidados aos outros, de todas as idades, em vários ambientes e de muitas maneiras.
- Cuidado cultural é “o mais amplo meio de conhecer, explicar, justificar e prever fenômenos de cuidado em Enfermagem e de orientar as atividades de cuidado de Enfermagem”.
- Conhecimento de significados e práticas, derivados das visões de mundo, dos fatores de estrutura social, dos valores culturais, do contexto ambiental e dos usos da linguagem é essencial para guiar a Enfermagem e as ações, no fornecimento de cuidado cultural coerente.
- Todas as culturas possuem práticas de cuidado de saúde profissionais e populares.
- cuidado é tido como um domínio central, dominante e unificador da Enfermagem, e, enquanto a cura não pode, efetivamente, ocorrer sem o cuidado, este pode ocorrer sem a cura.
- cuidar e o cuidado são essenciais à sobrevivência dos humanos, bem como para seu desenvolvimento e habilidades para lidar com acontecimentos graves e freqüentes da vida, inclusive as doenças, as deficiências e a morte.
- A Enfermagem é uma profissão de cuidado transcultural.

- Os homens são seres universalmente provedores de cuidados que sobrevivem numa diversidade de culturas, por meio de sua capacidade de oferecer a universalidade do cuidado, de inúmeras maneiras, de acordo com culturas, necessidades e cenários diferentes.
- Acredita-se que a saúde é entendida como algo universal a todas as culturas, embora definida no âmbito de cada cultura, numa forma, que reflita as crenças, valores e práticas daquela de determinada cultura.
- A Enfermagem é, essencialmente, uma profissão que envolve cuidado cultural coerente, uma vez que as enfermeiras oferecem cuidado à povos de várias culturas diferentes.
- Há dois sistemas de cuidado à saúde: o popular (ou genérico, ou folk) e o profissional (ou oficial). Estes sistemas têm seus valores e práticas próprias e podem ocorrer discordâncias entre eles, em algumas sociedades (Leininger,1978, 1991 apud Monticelli).

4.4 Pressupostos pessoais

- Através do conhecimento, compreensão e respeito pelas crenças, valores e significados de cada cliente é que se realiza o cuidado individualizado e humanizado;
- período puerperal é caracterizado por mudanças biológicas, emocionais e principalmente envolve contextos culturais, que diferem de uma cultura para outra, traz consigo modificações comportamentais;
- É fundamental trocar ou compartilhar saberes com as puérperas sobre as mudanças que ocorrem no pós-parto, a fim de auxiliá-las durante o cuidar, considerando a sua cultura;
- É importante evitar o choque cultural, no decorrer das ações, uma vez que o profissional é um ser humano com suas crenças, seus valores e conhecimentos, enquanto interage com outros seres humanos (puérpera/recém-nascido);
- É compartilhando saberes e não impondo que se atinge o ensino-aprendizagem e conseqüentemente o cuidado humanizado.

4.5 Principais conceitos

Acreditamos que para poder implementar cuidados à puérpera/recém-nascido, e tendo como referência a Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, precisamos estabelecer alguns conceitos sobre alguns elementos que vamos trabalhar, a saber:

SER HUMANO

Ser Humano é um ser 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. Nessa 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).

O Ser Humano dentro do trabalho proposto, é representado pela puérpera/recém-nascido, levando-se em consideração suas visões, crenças e valores sobre o cuidado, dentro do contexto cultural de cada indivíduo.

FAMÍLIA

Para se trabalhar com família, deve-se defini-la rigorosamente, sendo que, para formular esta definição, deve-se considerar alguns fatores como os legais, os biológicos, os sociais e os psicológicos. Legalmente, um consenso permitido é limitado para aqueles de vínculos caracterizados por laços de sangue, adoção, tutela ou casamento. Biologicamente considera-se a rede familiar biológica e a família de procriação. Sociologicamente, a família pode incluir qualquer grupo de pessoas que vivam juntas. Nesse caso, a família pode ser um pai, duas crianças e um inquilino ou ainda, ser formada por várias pessoas que vivam juntas em uma mesma residência como um convento ou uma pensão. Psicologicamente, a família inclui qualquer grupo com laços emocionais muito fortes que se considere uma família (DELANEY, 1986, apud NIITSCHKE, 1999).

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 os quais o cuidado da saúde de seus membros no seu processo de viver e ser saudável (Baseado em DELANEY, apud MONTICELLI, 1997).

No presente trabalho, a família é representada pela puérpera/recém-nascido, os quais, ela considera como parte da família (marido, recém-nascido, pai, mãe, irmão, amigo (a)... ou mesmo sozinha), que compartilhe hábitos, crenças e valores culturais no qual ela esteja inserida.

ENFERMAGEM

Enfermagem é um ser social, pertencente a uma família, da qual aprende crenças, valores, normas e conhecimentos, adquirindo outros, compartilhando-os e criando novos. Desenvolve-se em seu processo de viver construindo a sua história de vida e de sua família. Tem necessidade de expor suas dúvidas e sentimentos, pedindo apoio à sua família, a outras famílias e profissionais. Assim como o enfermeiro pertence ao sistema popular ele faz parte de um outro sistema que é o profissional de saúde. Relaciona-se com as famílias em situações de hospitalização, focalizando suas necessidades singulares de cuidado, bem como desenvolvendo processos de cuidado específicos (HENCKEMAIER, 1997).

Sendo assim, é imprescindível que a enfermeira se proponha a interagir com a puérpera e esteja ciente que está é um ser que possui percepções, visões e significados diferentes das suas, e de sua formação profissional. Isso propiciará um cuidado e uma relação de ensino-aprendizagem mais adequadas e facilitará as ações de preservação, acomodação ou reorganização das ações de saúde.

Dessa maneira a enfermeira também muda e redimensiona sua bagagem cultural, seu papel social e sua atuação profissional (LEININGER; 1991; PATRÍCIO, 1990; apud MONTICELLI, 1997).

CONTEXTO AMBIENTE

É o meio físico, social, cultural, econômico e político com o qual a família em situação de hospitalização e o sistema profissional, incluindo a Enfermagem, interagem dinamicamente. É constituído por todos os seres e as relações existentes entre eles, formando

um conjunto de crenças, valores que determinam o processo de viver, sem negar a própria condição humana reflexiva de auto-determinar e reagir, conhecendo e criando novos valores e crenças que podem provocar mudanças onde estão inseridos (Henckemaier, 1997).

No desenvolvimento desse trabalho, o contexto ambiental, é a Maternidade (Alojamento Conjunto), onde a parturiente/recém-nascido, juntamente com a enfermeira vão permanecer durante o período de internação, compartilhando maneiras de cuidados, pré-estabelecidos pela cultura familiar e pela formação profissional da enfermeira. Este ambiente pode, ocasionalmente, ser representado pelo local onde a puérpera ficará após a sua alta (casa própria, de amigos, parentes, etc).

CULTURA

Cultura integra valores, crenças, normas e modos de vida praticados que são transmitidos desde a vida uterina e que carregamos por toda a existência e que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que direcionam pensamentos, decisões e ações de forma padronizada, ou seja, são valores, crenças, normas, que embora possamos modificá-los e reorganizá-los, ainda assim, estarão arraigados em nossa essência (LEININGER apud GEORGE, 1993).

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

Nesse contexto, ao citarmos a cultura como um conjunto de crenças, valores e significados culturais de um determinado grupo ou indivíduo, acreditamos que para desenvolver o cuidado humanizado, devemos compartilhar, compreender e avaliar à visão dos clientes dentro de sua bagagem cultural refletindo sobre as ações de manutenção, acomodação ou reorganização do cuidado.

SAÚDE

Leininger define saúde como “um estado de bem-estar, culturalmente definido, avaliado e praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos (ou grupos) possuem para realizar suas atividades cotidianas, de uma forma culturalmente satisfatória” (GEORGE, 1993).

Significa um estado de bem estar, culturalmente definido, avaliado e praticado e que reflete a capacidade que a puérpera/família possui para realizar ações de apoio e cuidado de forma culturalmente satisfatória (Baseado em GREGÓRIO, 2002, pág 26)

Para nós, a saúde, será entendida como estado de bem estar, definido pela puérpera na prática de suas atividades cotidianas.

HUMANIZAÇÃO

Humanizar pressupõe o desenvolvimento de algumas características essenciais ao ser humano, entre elas as que se fazem urgentes e necessárias em todos os aspectos, como a sensibilidade, o respeito e a solidariedade (ZAMPIERI, 2001, pág 76).

Humanismo é uma modalidade de assistir em que há a conexão entre mente e corpo, compreensão da realidade da cliente e interação entre ela e o profissional, favorecendo que a mesma viva bem a sua história e ajudando-a a expandi-la. É um modelo que busca, na sua concepção, um equilíbrio entre a tecnologia e a sensibilidade, a prevenção da doença; a valorização da cliente, de seus valores, das crenças e dos conhecimentos, vendo-a como sujeito do processo. Além disso, o humanismo centra-se no cuidado individual, valoriza os aspectos femininos e masculinos de forma igualitária, e favorece a liberdade de expressão e a participação da cliente. Por isso, o humanismo não é apenas uma mudança simples, são mudanças de atitude na abordagem com a cliente. O humanismo, a informação, a decisão e a responsabilidade são compartilhadas entre cliente e profissional de saúde (DAVIS-FLOYD, apud ZAMPIERI, 2001).

Com relação ao projeto proposto, entendemos como humanização a sensibilidade, compreensão, valorização e respeito que o profissional de saúde possui em compartilhar com outro ser humano diferentes modos de pensar e agir dentro de seu contexto cultural.

CLIENTE

São os indivíduos a procura de assistência à saúde seja em instituições hospitalares como em Centros de Saúde (CS). No referido trabalho, citamos como clientes, todas as puérperas e recém-nascidos enquanto internados na Maternidade que necessitam acompanhamento de profissionais.

PROCESSO EDUCATIVO

O Processo Educativo se constrói através de relações entre os seres humanos, de transações, que buscam alcançar objetivos comuns. Ele contempla a participação ativa dos envolvidos e propicia o crescimento pessoal e a transformação destes e do meio em que estão inseridos. O educar-se se dá com base no conhecimento de si mesmo, das relações com os outros seres humanos, mediante o compartilhamento de conhecimentos e ações, sendo que a afetividade, o envolvimento a comunicação, a alegria e a empatia são fatores essenciais para que se inicie e se mantenha o processo educativo (ZAMPIERI, 2001, pg 103).

Acreditamos que o educar, dentro do trabalho proposto, se dará através de trocas de conhecimentos, entre as puérperas, dentro de seu contexto cultural e nós acadêmicas com nossos conhecimentos científicos adquiridos na nossa formação acadêmica, onde, sobretudo, haverá o respeito pelo saber de cada cliente para que o ensino aprendizagem possa acontecer.

4.6 Processo de Enfermagem – Modelo Sol Nascente

De acordo com George (1993), o processo de enfermagem representa um processo de soluções de problemas. O foco principal, ou seja, o alvo do processo de enfermagem é o cliente (no caso a puérpera/recém-nascido). O processo de enfermagem é um instrumento metodológico do trabalho da enfermeira, e como tal, auxilia nas decisões, planejamento, execuções e avaliações da assistência de enfermagem.

Utilizamos as definições e idéias de Leininger, porém, a autora não elaborou especificamente um processo de enfermagem e sim uma teoria para guiar a prática. Segundo George (1993), o foco principal do processo de enfermagem no Modelo Sunrise (em anexo) é o cliente alvo do cuidado de enfermagem, embora a importância do conhecimento e da compreensão da cultura do cliente constitui uma força modeladora importante no Modelo. O

Modelo Sunrise é constituído por quatro níveis sendo que no primeiro nível obtém-se informações sobre a estrutura social e visão do mundo da cultura do cliente, como também dados sobre idiomas, contexto ambiental, valores, crenças, sistema educacional e outros. Esse nível juntamente com o nível dois e três do Modelo Sunrise inclui o desenvolvimento do conhecimento e, quando, adequadamente utilizados, podem evitar o choque e a imposição cultural.

No nível dois, o conhecimento do nível um precisa ser aplicado a situação do cliente, seja o indivíduo um grupo ou uma instituição sociocultural.

Já no nível três, é sabido que o cliente existe num sistema de saúde, e os valores, crenças, e comportamentos populares dos profissionais da enfermagem daquele sistema de saúde precisam ser identificados.

Após identificação das diversidades e universalidades culturais de cuidado da cultura, pode ser elaborado um diagnóstico de enfermagem, baseado naquelas áreas em que o cliente não encontra uma diversidade ou universalidade cultural do cuidado.

Uma vez feito o diagnóstico, ocorrem o planejamento e a implementação, no nível quatro, nas Decisões do Cuidado de Enfermagem e nas Ações. Uma vez mais, as decisões e as ações de cuidado de enfermagem precisarão estar culturalmente embasadas para melhor satisfazer as necessidades do cliente (puérpera/recém-nascido), e propiciar um cuidado coerente com a cultura.

Os três modos de ação propostos por Leininger, são: preservação/manutenção cultural do cuidado; acomodação/negociação cultural do cuidado; e a repadronização/reestruturação cultural do cuidado.

Na preservação/ manutenção cultural do cuidado, as ações profissionais focalizam o apoio, o auxílio ou a capacitação dos clientes, para que preservem ou mantenham saúde favorável, para que se restabeleçam de uma doença ou para que enfrentem a morte.

As ações de acomodação/negociação cultural do cuidado centralizam seu foco em ações profissionais de capacitação, auxílio ou apoio que representam maneiras de negociar, adaptar ou ajustar a saúde do cliente e aos padrões de cuidado, para o benefício de saúde ou para enfrentar a morte.

A repadronização/ reestruturação cultural de cuidado refere-se as ações profissionais que buscam ajudar os clientes a modificar padrões significativos de vida e de saúde para padrões que serão mais saudáveis para eles.

De acordo com o Modelo Sol Nascente, proposto por Madeleine Leininger e adaptado por nós acadêmicas para o referido projeto de cuidado à puérpera, o método geral terá as

seguintes etapas: conhecendo a situação; refletindo sobre a situação; planejando e fazendo o cuidado; e avaliando o cuidado.

Como forma de registro utilizaremos um diário de campo onde será feito as anotações referentes aos objetivos propostos.

Primeiro momento: conhecendo a situação (Alojamento Conjunto)

É o momento em que ocorre o encontro entre as acadêmicas e a puérpera/recém-nascido. As acadêmicas buscam conhecer os valores, crenças, costumes, significados e o modo do cuidado popular considerando a cultura do cliente. Nos preocupamos em fazer observações e ouvir atentamente as puérperas, obtendo dessa maneira uma visão da situação e conhecendo, as mesmas, com maiores detalhes sempre tendo em mente o foco dos nossos objetivos propostos.

Para realização dessa etapa utilizaremos um roteiro, como instrumento, criado para identificação e entrevista com a puérpera, acompanhando-a no Alojamento Conjunto e aplicando o cuidado de enfermagem.

Segundo momento: refletindo sobre a situação

Consiste em reflexões, compreensões e conclusões sobre a situação que se apresenta na etapa “conhecendo a situação”. Nesta etapa são identificadas respostas humanas, limitações de recursos, bem como práticas de cuidado cultural, a fim de direcionar os cuidados das acadêmicas. Serve de guia para fundamentar a próxima etapa do processo: “planejando e fazendo o cuidado”.

Terceiro momento: planejando e fazendo o cuidado

Nesta fase as acadêmicas e a puérpera buscam caminhos para a obtenção conjunta do cuidado, de acordo com a situação existente. Procuram no diálogo manter, adaptar, ou repadronizar os cuidados.

- Manter ou seja preservar o cuidado culturalmente embasado, significa facilitar ou capacitar o indivíduo, auxiliando-o preservar ou manter os hábitos favoráveis de cuidado e de saúde/ser saudável..

- Adaptar ou acomodar o cuidado embasado culturalmente, significa, facilitar ou capacitar, ou buscar forma de adaptação, negociação ou ajustamento de hábitos de saúde e de vida.
- Repadronizar ou reestruturar o cuidado significa auxiliar a 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

Consiste em colocar em prática as ações e decisões propostas durante o planejamento. Fazer o cuidado pode ser: comprometer, ter sensibilidade, trocar idéias e experiências, esclarecer, informar, orientar, contornar, adotar, coordenar, reforçar, demonstrar interesse, empenhar-se, estar presente, proteger.

Quarto Momento – Avaliando o Cuidado

Esta é considerada a última etapa do processo. Vale ressaltar que esta ocorre contínua e dinamicamente durante todo o processo, de modo a possibilitar um cuidado coerente. Caracteriza-se mais especificamente pela apreciação conjunta das ações durante o processo que foram mantidos, adaptados e repadronizados. As acadêmicas devem dispor de sensibilidade e atenção para identificar (quando possível) a necessidade de se retomar o processo para replanejar o cuidado.

5 METODOLOGIA

5.1 Local de Estágio

O desenvolvimento da prática assistencial se deu na Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis, mais especificamente no Alojamento Conjunto, para acompanhamento da puérpera/recém-nascido, no período de doze de junho à nove de agosto de 2002, conforme cronograma.

5.2. Maternidade Carmela Dutra

5.2.1 História

Carinhosamente denominada pela comunidade de “Mãe Carmela”, a Maternidade Carmela Dutra é uma instituição que desde fevereiro de 1956, quando abriu suas portas pela primeira vez, no governo Dr. Jorge Lacerda, mantém atendimento com clima de lar, à população que diariamente a procura.

A filosofia da Maternidade Carmela Dutra, tem como foco principal a atenção em relação à saúde da mulher/recém-nascido e acredita que deve ser estimulada e garantida, sempre que possível, a participação do pai ou de um acompanhante de escolha da mulher nas diferentes fases do processo (em anexo).

Hoje a MCD dispõe de 121 leitos destinados ao atendimento obstétrico, ginecológico, oncológico e neonatal com importantes serviços. Nasceram aproximadamente 5.000 bebês por ano, sendo responsável por 50% dos atendimentos obstétricos de Florianópolis. O total de atendimento geral é em média de 50.000 pacientes/ ano.

O serviço de Neonatologia é referência no atendimento aos recém-nascidos. Possui Sistema Alojamento Conjunto para os recém-nascidos saudáveis, Berçário de Alto Risco e UTI Neonatal para os recém-nascidos doentes.

No que se refere a assistência obstétrica, além de prestar atendimento à gestante de alto risco tanto em nível hospitalar como ambulatorial, presta assistência à gestantes de baixo risco.

Em relação ao atendimento ginecológico, assiste mulheres que necessitam de cirurgias (histerectomias, colpoperineoplastia, etc.) e também consultas ambulatoriais.

Na área de oncologia-ginecológica assume posição de destaque prestando assistência interdisciplinar e humanizada. Constituí-se em um serviço de referência Estadual, com atuação à nível ambulatorial e hospitalar. Atende mulheres portadoras de câncer ginecológico tais como: mama, colo uterino, útero, vulva, ovário, entre outros. O tratamento inclui as diferentes armas terapêuticas tais como: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia.

O serviço de Ambulatório desenvolve ações nos diferentes níveis, destacando-se: saúde do adolescente, planejamento familiar, pré-natal de baixo e alto risco, cirurgia, ginecologia, patologia cervical, mastologia, climatério, reprodução humana, oncologia ginecológica e puericultura para os recém-nascidos de alto risco durante o primeiro ano de vida. Há em média 15 mil atendimentos ambulatoriais por ano.

Possui o Serviço de Medicina Fetal para diagnóstico e tratamento das doenças fetais intra-uterinas, que juntamente com o serviço de gestação de alto risco e berçário de alto risco, mantém os índices de mortalidade neonatal e materna com dados de países desenvolvidos.

Conta ainda com o Serviço de Banco de Leite Humano e Central de informações sobre Aleitamento Materno desde 1979, sendo o pioneiro no Estado de Santa Catarina. É responsável pelas ações de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno. Além, das atividades de coleta, processamento, controle de qualidade, estocagem e distribuição do produto (colostro, leite de transição e leite tardio), desenvolve amplo programa assistencial e educativo, de aconselhamento e apoio junto as nutrizes e comunidade em geral. São atendidas, em média, por mês, 500 mulheres. Algumas se candidatam como doadoras de leite (10%), outras buscam orientação e apoio para amamentar e ainda tem aquelas cujo número é bastante expressivo, que necessitam de apoio para solucionar problemas de amamentação. Anualmente são coletados e distribuídos aproximadamente 1.000 litros de leite. Possui equipe

capacitada para o manejo clínico da lactação. O serviço recebe alunos dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem, Medicina, Nutrição e Análise clínicas (UFSC e UNISUL).

Em relação à promoção da saúde, realiza, trimestralmente cursos para casais grávidos, aberto à comunidade em geral.

Em 1992, o Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde-SC, mantém um Programa de Infecção Hospitalar cuja atuação resultou na obtenção da Acreditação em Infecção Hospitalar em julho de 1997, mantendo-o até a presente data. Dentro deste processo de transformação, onde busca oferecer os mais elevados padrões técnicos, científicos e de humanização de seus serviços, a Direção e Corpo Funcional da MCD, hoje estão mobilizados para alcançar mais um título de Qualidade que é o de Maternidade Segura concedido pelo Ministério da Saúde.

5.3 População Alvo

O referido projeto teve como público alvo a puérpera/recém-nascido. Tendo o nosso projeto o intuito qualitativo, não foi delimitado o número, uma vez que dependeu da aceitação de cada indivíduo e do tempo para a realização do trabalho.

5.4. Planejamento

Delineamos alguns passos a serem tomados para facilitar os estabelecimentos da assistência de Enfermagem e para o cuidado humanizado, alcançando, assim, os objetivos propostos.

PRIMEIRO OBJETIVO

Conhecer a estrutura física, assim como as normas e rotinas da Maternidade Carmela Dutra, mais especificamente, Alojamento Conjunto, expondo à equipe de saúde nosso projeto de assistência, a fim de conseguir uma maior interação com os mesmos obtendo melhores resultados.

Estratégias

Interagir com a equipe de Enfermagem e com a equipe multidisciplinar buscando alternativas de atuação conjunta, visando um cuidado humanizado.

Percorrer a área física e conhecer os funcionários, assim como as normas e rotinas do Alojamento Conjunto.

Apresentar o projeto à equipe de saúde buscando participação dos mesmos.

Avaliação

O objetivo será atingido se seguirmos as estratégias determinadas.

SEGUNDO OBJETIVO

Identificar crenças e valores culturais da puérpera relacionados às necessidades de cuidado de forma a preservar, adaptar e/ou padronizar o cuidado cultural.

Estratégias

Selecionar as puérperas assistidas no Alojamento Conjunto;

Interagir através da observação, cuidado e diálogo, com a puérpera, procurando conhecer seus comportamentos, crenças, sentimentos e opiniões à respeito dos cuidados prestados à puérpera/recém-nascido.

Elaborar um roteiro que servirá de guia para obter informações no Alojamento Conjunto a respeito de suas crenças, hábitos, significados, no processo de cuidado da puérpera/recém-nascido, preservando, acomodando, e/ou repadronizando sempre que possível (em anexo).

Avaliação

O objetivo será alcançado aplicando-se as estratégias.

TERCEIRO OBJETIVO

Implementar cuidado de Enfermagem à puérpera/recém-nascido, no Alojamento

Conjunto, respeitando seus valores culturais, estendendo a visita domiciliar quando necessário.

Estratégias

Realizar técnicas de Enfermagem necessárias na assistência da puérpera/recém-nascido, sempre respeitando suas crenças e valores, mantendo-os, adaptando e/ou repadronizando sempre que necessário.

Orientar e esclarecer à puérpera sobre suas principais dúvidas, levando sempre em consideração o seu saber e a sua cultura para que o ensino-aprendizagem seja coerente.

Oferecer apoio psicológico, sempre que necessário.

Oferecer um cuidado de enfermagem humanizado, fundamentado em razões científicas não esquecendo o contexto cultural.

Realizar visita domiciliar, quando necessário.

Avaliação

O objetivo será alcançado na aplicação das estratégias estabelecidas.

QUARTO OBJETIVO

Buscar aprofundar cada vez mais nossos conhecimentos sobre a teoria de Leininger, e assuntos relacionados à Obstetrícia através da participação em eventos e leituras.

Estratégias

Participar de seminários, palestras e demais eventos relacionados à Obstetrícia;

Buscar aprofundamento teórico em relação à teoria de Leininger.

Avaliação

O objetivo será alcançado na aplicação das estratégias propostas.

6 ASPÉCTOS ÉTICOS

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

Acreditando nisso e tendo como base para assegurar uma assistência de enfermagem de qualidade e para o bem estar geral de todos os clientes na Unidade de Alojamento Conjunto, enfatizamos os principais aspectos relacionados ao Código de Ética Profissional de Enfermagem que nos propusemos seguir para orientar nossas ações de enfermagem, são eles:

- Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão;
- Exercer a enfermagem com justiça, competência, e autorização dos responsáveis pela instituição;
- Prestar Assistência de Enfermagem a família, sem discriminação de qualquer natureza;
- Ser honestos no relatório dos resultados do projeto;
- Tratar os colegas e outros profissionais com respeito e consideração;
- Manter a equipe de enfermagem informada sobre o trabalho proposto;
- Prestar adequadas informações à puérpera e família a respeito da Assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer;
- Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente;
- Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar;

- Solicitar consentimento do cliente ou de seu representante legal, de preferência por escrito, para participar de pesquisa ou atividade de ensino em Enfermagem, mediante apresentação da informação completa dos objetivos, riscos e benefícios, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e intimidade e sua liberdade de participar ou declinar de sua participação no momento que desejar.

7 NOSSOS RESULTADOS

Respondendo aos objetivos

Primeiro Objetivo

Conhecer a estrutura física, assim como as normas e rotinas da Maternidade Carmela Dutra, expondo à equipe de saúde nosso projeto de assistência, a fim de conseguir uma maior interação com os mesmos obtendo melhores resultados.

Esse objetivo foi colocado em prática a partir do início do estágio quando passamos a conhecer as normas e rotinas do Alojamento Conjunto, assim como sua estrutura. A seguir descrevemos em um breve relato como transcorreu esse primeiro contato.

O Reconhecimento da unidade Alojamento Conjunto foi feito com o acompanhamento da enfermeira supervisora, onde fomos apresentadas à equipe de funcionários das unidades como também pudemos conhecer um pouco das normas e rotinas da instituição; como se dá o processo de internação iniciando-se na triagem seguindo para o Centro Obstétrico e posteriormente para o Alojamento Conjunto. Visitamos primeiramente a Unidade III, a qual contem nove leitos, sendo dois para cada box, exceto um box com um leito apenas.

Os recém-nascidos permanecem 24 horas com a puérpera em berços individuais e móveis.

Os banhos dos recém-nascidos obedecem às normas da maternidade que é o de aspersão, porém o banho de imersão é dado caso a mãe preferir.

As mães ali estabelecidas recebem orientações gerais sobre os cuidados dos recém-nascidos. São respeitados seus costumes, suas práticas populares e hábitos contanto que não sejam prejudiciais ao bebê.

No período matutino as puérperas recebem visitas dos obstetras, do pediatra e ainda de

agentes do programa Capital Criança da Prefeitura de Florianópolis e da Prefeitura de São José, onde recebem orientações gerais para o bem estar da mãe e recém-nascido. Recebem ainda, uma necessiér, contendo alguns produtos como: gases, termômetro, pomada vitaminada e álcool 70% para a continuidade dos cuidados em nível domiciliar. No ato da alta hospitalar as puérperas recebem agendamento para a primeira consulta no Centro de Saúde (CS) de seu bairro.

É reforçada a importância desse agendamento para um acompanhamento adequado e do crescimento e desenvolvimento do seu filho, enfatizando o teste do pézinho e cobertura vacinal, assim como orientações gerais.

A Maternidade Carmela Dutra possui maqueiro, os quais levam as clientes do Centro Obstétrico para o Alojamento Conjunto. Este por sua vez é composto por subunidades que são: Unidades I, clientes submetidas a cesarianas, Unidades II e III, clientes submetidas a parto normal e Unidade IV, recém-nascidos que necessitam receber sessões de fototerapia.

As quatro unidades são supervisionadas por uma enfermeira, sendo que cada uma possui um ou dois funcionários, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem e um escriturário para as atividades administrativas.

A Maternidade possui uma entrada principal, onde seguindo a esquerda há um corredor e nesse está situado o posto de enfermagem central. As clientes que recebem alta hospitalar são orientadas a passar pelo posto a fim de receber suas cadernetas de saúde, assim como os demais papéis para a alta.

A Maternidade atende à vários convênios, porém o predominante é o sistema SUS contendo ainda, apartamentos no segundo piso.

A instituição possui ainda, um Banco de Leite que atua interna e externamente auxiliando as clientes, dentro da instituição atuam auxiliando as mães com dificuldades em relação a amamentação, como: má pega, formato do mamilo, ordenha manual e orientações gerais pós alta. Realizam também atendimento externo ou seja domiciliar para as mães cadastradas que desejam doar o seu leite e/ou que necessitam de algum cuidado especial.

Acontece diariamente uma palestra no horário entre 10:00 e 10:30 hs, tendo os residentes como palestrantes, onde orientam as mães e acompanhantes sobre cuidados gerais relacionados à puérpera e ao recém-nascidos. Alguns assuntos abordados:

- amamentação/refluxo do recém-nascido;
- alimentação da mãe;
- banho de sol;
- higiene / assaduras;

- coto umbilical e consulta no CS.

Na nossa avaliação este objetivo foi alcançado, na medida da que fomos desenvolvendo o estágio, onde pudemos contar com a interação e colaboração por parte da maioria dos funcionários que contribuíram quando surgiam dúvidas e algumas dificuldades ocorridos, mais no início do estágio.

Segundo Objetivo

Identificar crenças e valores culturais da puérpera relacionados às necessidades de cuidado de forma a preservar, adaptar e/ ou repadronizar o cuidado cultural.

Conforme as estratégias, selecionamos seis puérperas que participaram, de acordo com o Consentimento Livre e Esclarecido do nosso projeto de estudo no alojamento conjunto da maternidade (Apêndice A). Para conseguirmos identificar e conhecer mais sobre crenças e valores culturais da puérpera/recém-nascido utilizamos como meio, a observação, implementação do cuidado (prática assistencial), e diálogo, além de aplicar o roteiro guia para identificação de crenças e valores culturais da puérpera/recém-nascido (Apêndice B), também anotávamos em um diário de campo as informações coletadas.

Toda negociação do cuidado foi fundamentada na Teoria de Madeleine Leininger de acordo com os três primeiros níveis do seu Modelo Sol Nascente (Anexo A).

A seguir mostramos algumas expressões culturais, das seis puérperas selecionadas para o estudo, referentes aos cuidados culturais consigo e com o recém-nascido, os quais inserimos no nosso processo de enfermagem proposto por Madeleine Leininger, Modelo Sol Nascente, e que adaptamos para o nosso estudo de cuidado à puérpera/recém-nascido constituído por quatro etapas: conhecendo a situação; refletindo sobre a situação; planejando e fazendo o cuidado e por último avaliando o cuidado.

PERFIL DAS PUÉRPERAS PARTICIPANTES DO ESTUDO ATENDIDAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO

<i>NOME</i>	<i>IDADE</i>	<i>Nº DE FILHOS</i>	<i>TIPO DE PARTO</i>	<i>ESTADO CIVIL</i>	<i>RELIGIÃO</i>	<i>SEXO DO RN</i>	<i>ESCOLARIDADE</i>	<i>PROCEDÊNCIA</i>
L.S.O	24 a	2º	P. N com laceração	casada	católica	masc	1º grau comp..	Palhoça
M.M.S	21 a	1º	P.N com episio	casada	católica	fem	2º grau	Saco Grande II
I.F.S.G	26 a	3º	P.N com episio	casada	católica	fem	1º grau comp	Coqueiros
R.N.F	17 a	1º	P.N com episio	união estável	católica	masc	1º grau incompl.	Monte Verde
L.C.S	27 a	2º	P.N com episio	casada	evangélica	masc	1º grau	Coqueiros
J.B	33 a	1º	P.N com episio	casada	católica	fem	2º grau	Cacupé

Comentário:

Das seis puérperas participantes do estudo, só uma era adolescente. Três eram primíparas. A episiotomia foi realizada na maioria das puérperas atendidas e o estado civil que prevaleceu foi casado, exceto uma com união estável. A maioria apresenta primeiro grau incompleto e a procedência é da grande Florianópolis.

Processo de Enfermagem

<i>CONHECENDO O CUIDADO</i>	<i>REFLETINDO SOBRE O CUIDADO</i>	<i>PLANEJANDO E FAZENDO O CUIDADO</i>	<i>AVALIANDO O CUIDADO</i>
“Minha mãe diz pra eu colocar faxinha. Pra ficar bem apertadinho e não cair. Também é bom passar mercúrio, seca rapidinho” (R.M.F).	-A faixa pode ser um meio de infecção; dificulta a circulação e pode retardar a queda do coto. - O mercúrio foi substituído pelo álcool 70% devido a sua alta eficácia no processo de mumificação	-Repadronizar o cuidado cultural. Orientar para: Lavar bem as mãos antes de manusear o coto umbilical. -Orientar sobre a higienização e curativo do coto	-Puérpera mostrou-se interessada com as orientações da acadêmica no momento da prática assistencial, referindo que iria fazer da mesma forma em casa. -Houve aceitação por parte da puérper e Repadronização do cuidado cultural

CONHECENDO O CUIDADO	REFLETINDO SOBRE O CUIDADO	PLANEJANDO E FAZENDO O CUIDADO	AVALIANDO O CUIDADO
“Vou usar bico, eles ficam calminhos” (R.M.F).	-O bico traz prejuízos a dentição como o comprometimento da arcada dentária. O RN pode apresentar dificuldade para mamar (confusão de bicos).	Repadronizar o cuidado cultural. -Orientações sobre os malefícios do bico à dentição do bebê e, ao aleitamento.	-Puérpera ouvia atentamente as orientações, mas referiu que já tinha comprado a chupeta e que iria usar na hora em que a criança começasse a chorar. -Acadêmica de enfermagem tentou repadronizar o cuidado cultural -Não houve aceitação por parte da puérpera.
“Pra dor de ouvido me falaram pra colocar azeite quentinho no ouvido dele” (R.M.F).	-Não é recomendado colocar nada no ouvido sem avaliação médica devido a possíveis problemas que poderão surgir.	Repadronizar o cuidado cultural. -Orientar para evitar a entrada de água, na hora do banho, no ouvido do RN.	-Puérpera concordou referindo que também achava que não era bom colocar nada no ouvido. -Houve repadronização do cuidado cultural
“Me ensinaram colocar uma penugem na testa! Minha mãe que falou!” (R.M.F).	A penugem não traz nenhum malefício à saúde do RN	-Manter	Preservado o cuidado cultural
“Não vou deixar fraldas de noite no sereno, dá cólicas!” (R.M.F).	-Preservado o cuidado cultural, pois não traria nenhum prejuízo à saúde do RN.	-Manter	--Preservado o cuidado cultural
“Minha mãe fala que não devo lavar a cabeça, mas eu vou lavar, acho que não tem problema. O banho faz bem! Não consigo ficar sem!” (R.M.F).	- O banho não traz nenhum prejuízo à saúde da puérpera no período pós parto, não havendo necessidade de ficar sem ele, além da sujidade ser um meio propício para infecção podendo causar irritação ao couro cabeludo. O banho ajuda ainda, na circulação e relaxamento do corpo.	Preservar o cuidado cultural -Orientações e esclarecimentos sobre a necessidade do banho e benefícios do mesmo.	-Preservado o cuidado cultural.

CONHECENDO O CUIDADO	REFLETINDO SOBRE O CUIDADO	PLANEJANDO E FAZENDO O CUIDADO	AVALIANDO O CUIDADO
“ Vou amamentar até os 3 meses, depois, começo a dar comida, se não depois dos 6 meses ele só quer mamar e eu preciso trabalhar” (L.C.S).	É recomendado de acordo com a OMS o leite materno exclusivo até os seis meses, não havendo necessidade de introduzir outros alimentos antes desse período, além de que, o leite materno também é recomendado até os 2 anos.	Acomodar o cuidado cultural -Orientações à puérpera que amamente até a sua licença maternidade e após, com o início do trabalho comece a armazenar o leite em frascos esterilizados e colocados no freezer para que o bebê receba esse leite rico em nutrientes. - Explicações de como retirar e armazenar o leite. -Esclarecer que após os seis meses pode-se introduzir outros alimentos como sucos, chás, sopas...	Acadêmica tentou acomodar o cuidado cultural, no momento houve aceitação por parte da puérpera.
“Vou ficar sem lavar a cabeça, tenho medo de ficar com problema, tenho uma conhecida que ficou louca” (L.C.S).	-O banho não traz nenhum prejuízo à saúde da puérpera no período pós parto, não havendo a necessidade de ficar sem ele, além da sujidade ser um meio propício para infecção podendo causar irritação do couro cabeludo. O banho ajuda, ainda, na circulação e relaxamento do corpo.	Repadronizar o cuidado cultural. -Orientações e esclarecimentos sobre a necessidade do banho e benefícios do mesmo.	-Acadêmica tentou repadronizar o cuidado, não houve a aceitação por parte da puérpera, que mostrava-se convicta sobre o cuidado cultural.
“Não como nada ácido, dizem que dá cólica no nenê” (L.C.S).	- Não está comprovado que alimentos como frutas ácidas possam provocar cólica ao RN, o que aconselha-se é que evite-se o excesso do mesmo	-Acomodar o cuidado cultural. -Orientações para não restringir nenhum alimento. -Moderar na quantidade. -Observar resposta do RN a certos alimentos	-Acadêmica tentou acomodar o cuidado cultural. - Houve aceitação no momento.

CONHECENDO O CUIDADO	REFLETINDO SOBRE O CUIDADO	PLANEJANDO E FAZENDO O CUIDADO	AVALIANDO O CUIDADO
	e observe-se reação do RN a certos tipos de alimentos.	como condimentos, sucos, chocolate.	
“Comida requentada não presta comer, feijão dá gases!”(L.C.S).	-Realmente o feijão em excesso poderá causar gases, mas é de extrema importância sua introdução como fonte de nutriente (ferro), havendo só a necessidade de comer moderadamente. -A comida requentada de um dia para outro, se mantida em ambiente adequado, não causará mal à saúde.	Acomodar o cuidado cultural. - Orientar para que o feijão em excesso poderá causar gases. -Orientar para a importância do feijão na alimentação como fonte de ferro. -Orientação para o adequado armazenamento dos alimentos.	- Acadêmica tentou acomodar o cuidado cultural. - Puérpera ouviu atentamente as orientações. - Aparentemente houve aceitação.
“Vou dar chazinho e fazer massagem na barriguinha com pano quente”(L.C.S)	- O chá para o RN não é recomendado antes dos seis meses, devido a amamentação exclusiva podendo ser introduzido após esse período. O paninho quente na barriga do RN pode ser mantido não causando nenhum mal á saúde do RN.	-Acomodar e preservar o cuidado cultural. - Orientações à puérpera para que ela tome o chá ao invés de dar ao RN. - Manter o cuidado do pano quente na barriga. - Orientar para que além do pano quente, faça massagens na barriga, além de colocar o RN na posição de bruços.	- Acadêmica tentou acomodar o cuidado cultural em relação ao chá, e preservou o cuidado do pano quente na barriga do RN. - Houve aceitação da puérpera, que mostrou-se interessada com as orientações.
“No meu primeiro filho minha mãe media o cotovelo com o joelho pra ver se tem arca caída”(L..C.S).	- Esse cuidado cultural não traz nenhum prejuízo à saúde do RN	- Manter	- Preservado o cuidado cultural
“Faço uma pulseirinha com alho e coloco no bracinho para a icterícia sair” (L.C.S)	- O cuidado cultural não traz nenhum mal à saúde do RN.	- Manter	- Preservado o cuidado cultural
“Tenho medo de machucar o umbiguinho no fazer a limpeza, vou guardar	- Devido a falta de inervação no local do coto umbilical não há receptores de dor, por	- Manter o cuidado cultural de guardar o umbigo. - Orientar sobre a	- Preservado cuidado cultural em relação a guardar o coto umbilical.

CONHECENDO O CUIDADO	REFLETINDO SOBRE O CUIDADO	PLANEJANDO E FAZENDO O CUIDADO	AVALIANDO O CUIDADO
dentro do livro quando ele cair, é pra ele ficar inteligente”! (L.C.S).	isso o RN não sente dor ao manuseá-lo na hora da higienização.	higienização do coto umbilical	
“Resguardo não vou fazer, quanto mais sujeira mais infecção!”(J.B).	- O banho não traz nenhum prejuízo à saúde da puérpera no período pós parto, não havendo necessidade de ficar sem ele, além da sujidade ser um meio propício para infecção podendo causar irritação ao couro cabeludo. O banho ajuda na circulação e relaxamento do corpo.	- Manter	- Preservado o cuidado cultural
“Se tiver cólica vou procurar pesquisar, quanto menos remédio melhor, vou usar paninhos quentes na barriguinha dela” (J.B).	-Não é recomendado dar nenhum medicamento ao RN sem avaliação médica.	-Preservado e acomodado o cuidado cultural. -Manter pano quente na barriga - Massagem no abdome - Posição de bruços - Não dar nenhum medicamento.	-Preservado e acomodado o cuidado cultural com relação ao uso do remédio.
“Quanto mais ela pegar o peito melhor!”(J.B).	É comprovado que quanto mais o RN sugar, mais leite a mãe produzirá	-Preservado cuidado cultural. - Orientações sobre os benefícios amamentação.	Preservado o cuidado cultural
“Mau olhado não acredito!” (J.B).	-Crença da puérpera	-Mantido	Preservado o cuidado cultural.
“Se meu mamilo apresentar calor de figo*, posso usar óleo?”(L.S.O).	-Calor de figo significa fissura mamilar. A fissura consiste na ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo provocada geralmente por pega inadequada, além de outros fatores como:uso de medicamentos tópicos, lubrificantes, higiene	Repadronizar o cuidado cultural. -Orientar para a pega correta do RN, -Não utilizar sabonetes cremes e outros produtos como óleo. -Não utilizar medicamentos no local, - Expor a região mamilo areolar as radiações solares.	-Acadêmica tentou repadronizar o cuidado cultural com orientações sobre possível fissura mamilar. - Houve aceitação por parte da puérpera, que mostrou-se interessada em segui-las.

CONHECENDO O CUIDADO	REFLETINDO SOBRE O CUIDADO	PLANEJANDO E FAZENDO O CUIDADO	AVALIANDO O CUIDADO
	excessiva falta de preparo no pré-natal.		
“Se ele fica assadinho eu uso maisena na água (L.S.O)	E indicado lavar bem a área genital com água e sabão neutro, secar bem e também expor a área as radiações solares por períodos curtos e o sol adequado, não precisando colocar nenhum produto, como maisena, a não ser a pomada vitaminada	- Acomodar o cuidado cultural. - Orientar sobre a troca de fraldas freqüentemente, - Expor a região as radiações solares, - Higienização adequada do RN e das fraldas com sabão de coco e a não utilização de amaciante.	- Acadêmica tentou acomodar o cuidado cultural. - Aparentemente houve aceitação.
“Meu primeiro filho dei o bico já no primeiro mês de vida, não vou aguentar deixar esse sem a chupeta” (L.S.O)	- O bico traz prejuízos à dentição como o comprometimento da arcada dentária. - O RN pode apresentar dificuldade para mamar (confusão de bicos).	- Repadronizar o cuidado cultural. - Orientações sobre os malefícios do bico à dentição do bebê e, ao aleitamento.	- Acadêmica tentou repadronizar o cuidado cultural. - Não houve aceitação por parte da puérpera, que já havia comprado o mesmo (bico).
“Não gosto de usar sutiã, sinto-me agoniada” (M.M.S).	- O soutien favorece o funcionamento normal da glândula e previne infecção evitando assim a mastite puerperal. que é a infecção aguda da mama lactante, causada pela invasão do tecido mamário por microorganismos patogênicos.	- Repadronizar o cuidado cultural. - Orientar para o uso freqüente do mesmo.	- Acadêmica tentou repadronizar o cuidado. - Aparentemente a puérpera demonstrou estar de acordo.
“Se ele chorar muito pretendo usar faixa, senão ele fica rendido*” (M.M.S)	- A faixa pode ser um meio de infecção dificultando a circulação e ainda podendo retardar a queda do coto. - Quanto a ele ficar rendido identificamos como o aparecimento da hérnia umbilical que é...	- Repadronizar o cuidado cultural. - Orientar para lavar bem as mãos antes de manusear o coto umbilical. - Orientar sobre a higienização e curativo do coto. - Procurar outras causas do choro	- A cadêmica tentou repadronizar o cuidado cultural. Aparentemente houve aceitação por parte da puérpera, que mostrou-se interessada com as explicações sobre o cuidado com o coto.

CONHECENDO O CUIDADO	REFLETINDO SOBRE O CUIDADO	PLANEJANDO E FAZENDO O CUIDADO	AVALIANDO O CUIDADO
“Tenho medo de deixar escorregar quando for dá o banho” (M.M.S).	- Se a puérpera segurar corretamente o RN não haverá problema do RN escorregar.	Acomodar o cuidado cultural. - Orientar a maneira adequada para dar o banho ao RN, assim como a maneira de segurá-lo. - Orientar para que coloque uma fralda no fundo da banheira evitando que o RN escorregue.	Houve acomodação do cuidado.
“O umbigo leva muito tempo pra cair!? Dói ao mexer?! (M.M.S).	O umbigo leva cerca de 5 a 10 dias para cair. Na região do coto umbilical não há inervação, com isso o RN não sente dor ao manuseá-lo.	-Acomodar o cuidado cultural. -Orientações sobre a higienização do coto umbilical e ausência de dor ao manuseá-lo - Explicações sobre o tempo de queda do coto.	Acadêmica acomodou o cuidado cultural - Houve aceitação.
“Meus pontos doem muito, vou precisar retirar eles?” (I..F.S.G).	Os pontos não precisam ser retirados, o fio utilizado já é apropriado para absorção.	-Acomodar o cuidado cultural. - Orientar para a higienização da região genital todas as vezes, após as eliminações fisiológicas - Uso de analgésico conforme prescrição médica.	-Acadêmica acomodou o cuidado - Puérpera mostrou-se interessada com as orientações
“ Se a mama ficar muito cheia e empedrada* o que eu faço?” (I.F.S.G).	Mama empedrada significa engurgitamento mamário que ocorre quando há um congestionamento venoso e linfático da mama e pela estase láctea em qualquer das porções do parênquima. É comum sua ocorrência entre o 3º e 8º dia de puerpério devido a pressão	-Acomodar o cuidado cultural. - Orientar sobre o uso de soutien adequado de forma que as mamas fiquem firmes e suspensas - contra indicar o uso de bicos, mamadeiras e chupetas -Demonstrar a puérpera como estabelecer uma boa pega, - Prevenir fadiga, a	Acadêmica acomodou o cuidado - Puérpera demonstrou atenção aos cuidados.

CONHECENDO O CUIDADO	REFLETINDO SOBRE O CUIDADO	PLANEJANDO E FAZENDO O CUIDADO	AVALIANDO O CUIDADO
	exercida pelo leite no sistema canicular.	dor e a ansiedade no puerpério, - Orientar sobre ordenha manual do leite.	
“Quando eles vomitam o que fazer?” (I.F.S.G).	-O vômito pode ser provocado pelo excesso da ingestão de leite, acima da capacidade gástrica ou pela entrada de ar no ato de sugar. Se persistir episódios de vômitos freqüentemente terá que se procurar outras causas	Acomodar o cuidado cultural. -Orientar a posição adequada do RN, lateralizado, para que não tenha perigo de aspiração pós mamadas, - Procurar ajuda médica se persistir, - Estar alerta para ingestão em excesso e pega correta para evitar a entrada de ar.	Houve acomodação do cuidado - Puérpera demonstrou interesse e atenção às orientações

Legenda:

- * **calor de figo:** Fissura mamilar
- * **empedrada:** Ingurgitamento mamário
- * **rendido:** Hérnia umbilical

Terceiro Objetivo

Implementar cuidados de enfermagem à puérpera/recém-nascido, no alojamento conjunto, respeitando seus valores culturais, estendendo a visita domiciliar quando necessário.

Para o alcance desse terceiro objetivo utilizamos como forma de registro, o diário de campo, onde eram feitas as anotações diariamente, nele relatávamos a implementação do cuidado, que deu-se de forma a não impor o cuidado e sim compartilhar saberes apresentados pelas clientes, além de diálogos e observações feitas com as mesmas, tudo isso fundamentado na teoria de Madeleine Leininger. A seguir mostramos a identificação da cliente e RN, assim como nosso diário de campo, agora em forma de relatório, onde consta também, a aplicação do roteiro guia para identificação de crenças e valores culturais da puérpera, proposto no

segundo objetivo (Apêndice B).

Devido ao fator tempo e pela não solicitação de nenhuma puérpera não foi realizada a visita domiciliar, proposta dentre as estratégias, mas consideramos que esse terceiro objetivo foi alcançado com sucesso, pois na medida que desenvolveu-se o estudo foi possível identificar crenças e valores culturais das clientes em relação aos cuidados,(demonstrado no segundo objetivo), onde a Teoria de Leininger foi fundamental como suporte para que conseguíssemos o cuidado humanizado, sem imposição mas com compartilhamento de saberes.

Primeira puérpera / recém-nascido

Após ter conhecido através de nossa supervisora, um pouco sobre a estrutura, normas e rotinas da Maternidade Carmela Dutra, (que faz parte de nosso primeiro objetivo) e termos sido apresentadas para os funcionários, o dia seguinte foi de muita expectativa começáramos o tão esperado estágio. Vários foram os sentimentos: medo, nervosismo, alegria, ansiedade, nos sentimos um pouco perdidas e perguntávamos por onde começáramos. Então combinamos que inicialmente nos apresentaríamos aos funcionários do turno e falaríamos um pouco sobre a nossa proposta de estágio, como resposta tivemos uma boa receptividade por parte de todos, que se ofereceram às dificuldades que poderiam surgir.

Iniciamos o primeiro dia de estágio olhando o livro de registro das clientes internadas para selecionar às puérperas/recém-nascidos que acompanháramos naquela manhã e com as quais colocaríamos em prática nossa proposta do segundo objetivo, identificando crenças e valores culturais da puérpera/recém-nascido relacionados às necessidades de cuidado.

E assim começamos nossa caminhada...

L.C.S, parto normal com episiotomia, 27 anos, múltipara, casada, evangélica, residente em Florianópolis, tendo como intercorrência Doença Hipertensiva Específica da Gestação. RN sem nome até o momento, sexo masculino, peso 3.060 kg, apgar 8/9, altura 48 cm, sem intercorrências no parto. Após a coleta de dados no prontuário, da cliente, fomos até o seu encontro, ao chegar no leito L.C.S estava amamentando o recém-nascido, começamos nos apresentando e referindo que iríamos acompanhá-la no período de sua internação na Maternidade, perguntamos se ela concordaria e como resposta tivemos um sorriso e muita receptividade. Logo estávamos conversando e interagindo com a cliente, que contava um pouco sobre as dores do parto e da dor que estava sentindo por causa dos pontos da

episiotomia, aproveitamos para orientá-la sobre a importância da higiene perineal. Perguntamos sobre a amamentação e ela referiu que o RN estava pegando bem o seio, estava mamando muito bem. No decorrer de nossa conversa perguntamos se ela tinha tomado banho e se poderíamos dar o banho no bebê, então L.C.S pediu para que olhássemos o RN enquanto ela tomava banho referindo que tinha sangrado bastante durante a noite. Então uma de nós ajudou-a ir até o banheiro tomar banho, enquanto a outra ficou trocando os lençóis da cama e cuidando do RN.

Quando L.C.S voltou verificamos seus sinais vitais e realizamos o exame físico, aparentemente estava bem, sinais vitais estáveis, queixava-se um pouco de desconforto devido aos pontos. Em seguida fomos dar o banho no RN, a mãe preparou a roupinha enquanto uma de nós segurava o RN, levamos, então o RN até a sala do banho, perguntamos à L.C.S como seria o banho em casa, a qual respondeu que seria na banheira, então explicamos que na Maternidade tinha uma rotina e que o banho era dado com paninhos (aspersão), mas caso ela preferisse poderíamos dar na banheira,. L.C.S decidiu, devido ao tempo frio, o banho com paninho, pois tinha medo que o bebê se resfriasse, questionamos, ainda se ela gostaria de dar o banho, mas ela preferiu só acompanhar, não se sentia segura em relação a como manusear o umbigo, referindo: “minha maior preocupação é com o umbigo, como fazer a limpeza tenho medo que ele sinta dor.”

Ficou decidido então que o banho seria de aspersão, pois estava muito frio. Após fazer o exame do RN, e pesá-lo iniciamos o banho orientando à mãe que o tempo do banho era em torno de 5 minutos principalmente no inverno, com o lugar fechado, sem corrente de ar para não resfriar o bebê.

Orientamos sobre a higienização do RN, com o coto umbilical lembrado sempre à mãe lavar bem as mãos antes de manuseá-lo, prevenindo assim possível infecção. Orientamos sobre o processo de mumificação do umbigo e o modo de aplicar o álcool 70%. No final explicamos a forma de colocar a gaze para proteção do umbigo.

A mãe mostrava-se interessada e parecia um pouco mais tranqüila em relação ao coto umbilical. No final do banho falou: “Vou guardar o umbiguinho dentro do livro, é pra ele ficar inteligente”. E assim terminamos o banho do RN. Voltamos para o quarto e por algum tempo mãe e filho dormiram.

As 10:00 horas administramos a medicação e a mãe no momento começou a amamentar o RN. No decorrer da manhã íamos conversando e aos poucos fomos identificando e conhecendo um pouco mais sobre suas crenças e valores culturais

relacionados aos cuidados com ela e com o RN.

No final da manhã despedimo-nos e falamos que no outro dia estaríamos novamente acompanhando-a. Ela agradeceu muito parecendo feliz e satisfeita.

No dia seguinte...

Chegamos na unidade, fomos até o leito onde encontrava-se L.C.S e seu bebê. Perguntamos como tinha passado a noite e se estava tudo bem com eles, respondendo que o bebê estava mamando muito bem. Desde o começo da manhã questionava sobre a alta, mostrando-se bem ansiosa.

Como é de rotina a mãe tomou o seu café, logo após foi tomar banho enquanto ficamos arrumando o leito, na volta realizamos o exame físico, logo depois demos o banho no RN, pois L.C.S não quis dar pois não sentia-se bem dentro da sala abafada. Voltamos para o quarto e ela amamentou. No decorrer de nossa conversa perguntamos se ela aceitaria responder um questionário, fomos explicando que ele fazia parte do nosso trabalho final do curso de enfermagem. Lemos para L.C.S o pedido de autorização (consentimento) e ela concordou assinando o termo, então começamos o questionário que serviria de base para identificarmos as principais crenças relacionadas aos cuidados com o RN e com ela durante o período de puerpério.

Na medida que L.C.S ia respondendo, nós refletíamos sobre a situação e orientávamos de um modo que não parecesse uma imposição. Como ela já havia mencionado sua principal dúvida era com o coto umbilical, onde pudemos orientá-la durante o banho do RN sobre o método de limpeza e mumificação com o álcool 70%. Outras crenças e valores culturais que ela demonstrava foram em relação ao resguardo/quarentena, referindo “Vou ficar sem lavar a cabeça tenho medo de ficar com problema, tenho uma conhecida que ficou louca”. Diante dessa declaração refletimos que o couro cabeludo sem lavar é um meio de sujidades e pode causar irritabilidade da pele, sentimos a necessidade de acomodar o cuidado cultural, orientando-a sobre os benefícios do banho como; remoção das sujidades prevenindo infecções, relaxamento e melhor circulação.

L.C.S ouviu atentamente e respondeu “do primeiro filho eu fiquei quarenta dias sem lavar, minha mãe não deixou de jeito nenhum”. Nossa percepção, no momento, foi de que apesar da cliente ter ouvido as explicações, a influência cultural de sua mãe era muito forte por isso aparentemente achamos que o cuidado não foi acomodado.

Quanto a alimentação referiu que três alimentos iria evitar: “não vou comer alimentos ácidos, dizem que dá cólica no bebê. Comida requentada não presta comer e feijão dá gases”.

Sentimos que poderíamos acomodar esse cuidado explicando a mãe que não precisava fazer restrição de alimentos, apenas evitar o excesso e observar a resposta do RN a certos alimentos como condimentos, sucos e chocolates. Quanto a comida requentada orientamos que realmente o feijão em excesso poderia causar gases, mas lembramos de sua extrema importância como fonte de nutrientes (ferro), havendo só a necessidade de comer moderadamente e condicionar a comida de um dia para outro em ambiente adequado, assim não causaria mal à saúde. Este cuidado pareceu-nos que tinha sido acomodado, pois L.C.S ouviu atentamente nossas orientações, parecendo interessada.

Outra crença referida foi em relação a cólica “vou dar chazinho e fazer massagem na barriguinha com pano quente” pudemos acomodar esse cuidado explicando à mãe que o chazinho não era recomendado antes dos seis meses, devido a amamentação exclusiva, que ao invés de dar para o RN, que ela tomasse. Quanto ao pano quente na barriga foi mantido, pois não causaria mal à saúde, Reforçamos outras maneiras para aliviar as cólicas no bebê, como; massagem na barriguinha e a posição de bruços. Achamos que conseguimos além de preservar o cuidado cultural, acomodar a questão do chazinho, pois L.C.S ouviu atentamente referindo que iria então tentar fazer desse modo.

Um dos pontos mais delicados que encontramos foi a questão da amamentação, na qual L.C.S relatou: “até os três meses vou amamentar depois começo a dar comida senão depois dos seis meses ele só quer mamar e eu preciso trabalhar” refletimos que precisávamos negociar esse cuidado acomodando-o, então explicamos a L.C.S que o recomendado é o aleitamento exclusivo até os seis meses não havendo necessidade de introduzir outros alimentos antes desse período, além de que o leite é também recomendado até os dois anos. Já que, no caso dela, havia a necessidade de trabalhar sugerimos para que ela amamentasse até sua licença maternidade e após esse período armazenasse o seu leite em frascos esterilizados e mantidos no freezer ou congelador (explicamos a maneira de como retirar o leite e sua armazenamento) para que o seu bebê recebesse esse leite rico em nutrientes. Esclarecemos que após os seis meses ela poderia introduzir outros alimentos como, sucos, chás sopas, papinhas... No momento a mãe pareceu aceitar nossa negociação, ouvindo e prestando muita atenção em nossas orientações.

Outras crenças mantidas: arca caída “no meu primeiro filho minha sogra mediu o cotovelo com o joelho para ver se tinha arca caída”. “Faço uma pulseirinha com alho e coloco no bracinho dele, para a icterícia sair”.

Quanto ao bico L.C.S relatou “eles ficam tão bonitinhos!”, diante dessa frase refletimos que havia a necessidade de repadronizar o cuidado, pois o bico pode acarretar

prejuízos a dentição do bebê, além de fazer com que a criança pegue menos ao seio (confusão de bicos). Nossa percepção foi que a mãe iria manter o cuidado cultural, não houve repadronização do cuidado.

Ainda foi referido pela mãe a utilização de benzedadeiras, de profissionais da saúde em postos de saúde e hospitais. Como parte da família ela referiu fazer parte, seu marido, bebê, avós e tios.

Relatou, ainda que iria tentar seguir as orientações da maternidade, referindo: “O pessoal daqui é muito legal, atendem muito bem!”

No final da entrevista já era quase 10:00 horas e L.C.S foi encaminhada à palestra para receber alta, quando voltou seu marido estava esperando-a para ir para casa.

Despediu-se de nós e agradeceu muito pelas orientações e atenção de todos.

E assim os três, pai, mãe e RN voltaram para casa...

Segunda puérpera / recém-nascido

M.M.S., 21 anos, parto normal com episiotomia, primípara, casada, católica, profissão do lar, procedente do Saco Grande II.

Recém-nascido S.S., sexo masculino, peso 2.655 kg, apgar 9/9, altura 49 cm, sem intercorrências no parto.

O primeiro contato com a puérpera foi no seu quarto, onde encontrava-se sentada amamentando seu bebê. Mãe demonstrava bom vínculo afetivo. Apresentamo-nos, e propusemos à puérpera a participação no desenvolvimento de nosso trabalho, onde tivemos boa receptividade e aceitação para o mesmo. Explicamos então com detalhes sobre o trabalho com a intenção de estabelecer confiança.

M.M.S. demonstrou sorrisos, e percebemos o quanto era importante a nossa presença. Partindo daí, a nossa interação com a puérpera e recém-nascido se intensificou fortalecendo nosso vínculo.

M.M.S. mostrava-se insegura em relação ao banho do RN, dizia que sentia medo de deixa-lo escorregar no ato do banho. Demonstramos então a mãe, durante o banho do RN, a forma adequada para segurar seu bebê, procurando passar confiança à puérpera na sua prática do banho domiciliar. Relatou também que pretendia usar faixa no umbigo do neném, se não ficaria rendido (hérnia umbilical). Ainda na prática do banho de aspersão orientamos à puérpera quanto à falta de necessidade do uso da faixa, sendo que a mesma facilitaria infecção do coto umbilical, além de retardar a queda do mesmo.

Após o banho, voltamos para seu quarto e M.M.S. desejava amamentar o RN, pois o mesmo já havia solicitado momentos antes. No passar da manhã, fomos interagindo com mais profundidade, e com isso conhecendo melhor seus sentimentos, suas crenças e seus saberes.

No dia seguinte, reencontramos M.M.S. e seu RN acomodados no leito, haviam dormido relativamente pouco, pois a mãe referiu que o bebê sentiu cólicas. Segundo ela, no ato que ele chorava, encolhia as perninhas, o que tornou seu sono deficiente.

Como já de rotina, implementamos nossos cuidados de enfermagem, e reforçamos orientações gerais sobre o RN, tirando dúvidas de M.M.S..

Oportunamente com permissão da puérpera, aplicamos o roteiro guia para identificação de suas crenças, valores relacionados à prática de cuidados.

Quanto ao resguardo, referiu: “Minha mãe quer que eu lave meus cabelos após uma semana, mas eu vou lavar antes, sinto-me agoniada.”

Preservamos seu cuidado cultural, mostrando à puérpera dos benefícios do banho onde a falta do mesmo propiciaria irritações, como no couro cabeludo, infecções ou outros problemas.

Quanto à cólica, falou: “Quero saber como evitar, o que devo comer.”

Orientamos à puérpera que o choro pode ter várias causas, e que há outras formas de cuidado para cólica: como massagem na barriguinha, posição de braços ou ainda paninho quente. Orientamos também que ela poderia comer variados tipos de alimento, porém, com moderação, e observar o comportamento do RN. Os cuidados foram acomodados.

Sobre a amamentação: referiu que desejava amamentá-lo por longo tempo. Asseguramos à ela a importância do leite materno. Cuidado preservado.

Quanto à sua família, considera seu pai, sua mãe, sua sogra, sua filha (sorrisos).

Quanto aos cuidados da maternidade, a puérpera relatou satisfação no atendimento: “Gostei muito daqui. Aprendi bastante e quero fazer conforme as orientações que recebi.”

E assim passou a manhã. Sentimos valer a pena o resultado da nossa atuação, ou seja, o bem estar da cliente.

Terceira puérpera/recém-nascido

L.S.O, parto normal sem episio, com laceração, 27 anos, múltipara, casada, católica, residente em Palhoça, sem intercorrências.

RN, A.S.O, sexo masculino, peso 3.780 kg, apgar 8/8, altura 51 cm, sem

intercorrências no parto.

Na medida que iam se passando as manhãs de estágio, nós já havíamos adquirido maior confiança em nós mesmas, maior vínculo de amizade com todos, sentimos que havíamos conquistado um espaço familiar, onde podíamos alcançar nossos objetivos.

Ao nos aproximarmos do leito da puérpera escolhida nos apresentamos e explicamos à ela o que iríamos fazer, ou seja que iríamos acompanhá-la durante o seu período de internação.

No decorrer da manhã, implementamos a assistência de enfermagem, como exames físico (na puérpera e recém-nascido), banho do RN, administração de medicação e cuidados gerais, sempre ouvindo-a e tentando identificar seus saberes em relação aos cuidados envolvidos num contexto cultural.

Enquanto implementávamos os cuidados, L.S.O questionou sobre a cólica do bebê, quais eram os alimentos que ela deveria evitar, então como resposta lhe orientamos que ela poderia comer sem restrição, o que deveria evitar era o excesso e observar a resposta do RN a certos tipos de alimentos, como, condimentos, sucos, e chocolates, L.S.O mostrou-se mais tranqüila com a explicação.

Questionou, ainda se o uso de maizena na água seria o indicado para assadura, pois ela já havia feito uso em seu outro filho. Orientamos que o ideal seria ela fazer a higienização freqüentemente, trocando suas fraldas, fazendo a limpeza com água e sabão neutro, secando bem a região e expondo a área, de vez em quando, aos raios solares por períodos curtos e ao invés de maizena poderia passar pomada vitaminada.

Durante a manhã seguimos interagindo com a cliente, identificando as crenças e valores culturais apresentados por ela. No final da manhã nos despedimos falando que no dia seguinte estaríamos lá novamente, para acompanhá-la caso ela desejasse.

No dia seguinte aplicamos o questionário. Antes disso perguntamos se ela concordaria em participar de nosso estudo, explicamos para que serviria, e assim, lemos o consentimento, o qual assinou concordando.

Perguntada sobre a questão da quarentena, não demonstrou crença em ficar de resguardo, referindo que iria lavar a cabeça quando chegasse em casa, só não tinha lavado na maternidade, pois não tinha levado shampoo.

Um cuidado cultural expresso foi sobre a fissura mamilar, quando referiu: “se meu mamilo apresentar calor de figo, posso usar óleo?” Calor de figo foi identificado como fissura mamilar, onde consiste na ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo provocado geralmente por pega inadequada,.

Orientamos para a correta pega do mamilo, não fazer uso de sabonetes, cremes e outros produtos como óleo, evitando também a higiene excessiva e também expondo a região a radiações solares em períodos adequados. Consideramos esse cuidado repadronizado, pois a puérpera mostrou-se interessada em seguir às orientações.

Outra expressão cultural; “para meu primeiro filho dei o bico já no primeiro mês de vida. Não vou agüentar deixar esse sem chupeta”, achamos que diante dessa situação poderíamos tentar repadronizar o cuidado o que se mostrava difícil, pois a cliente já havia comprado o bico. Gostaríamos de salientar que em nosso período de estágio, observamos a utilização de bicos por parte da maioria das mães, que já fazia parte do enxoval. Orientamos para os prejuízos na dentição do bebê, assim como a possibilidade de interferência na amamentação.

Outro cuidado mantido: “vou usar roupinha amarela pra icterícia sair”, quanto a esse cuidado cultural, mantivemos, pois não traria nenhum mal a saúde do bebê.

Seguindo o questionário, quem ela considerava como família eram seu marido, filhos e sogra.

Referiu que utilizava o posto de saúde de seu bairro, assim como hospitais.

Quanto a esclarecimento de dúvidas, sua principal era com o cuidado com o peito para evitar o calor de figo (fissura mamilar); esse cuidado já havíamos orientado.

No final do questionamento referiu: “gostei muito do atendimento, tudo que ensinaram aqui na maternidade, pretendo fazer melhor com a prática do segundo filho”.

Quarta-puérpera

R.M.F, parto normal com episio, 17 anos, primípara, união estável, sem religião, residente em Florianópolis, sem intercorrências durante o parto.

RN, sexo masculino, peso 3.240 kg, apgar 9/9, altura 49 cm.

Nosso encontro com a segunda puérpera aconteceu no seu leito, onde nos dirigimos até ela e nos apresentamos, referindo que iríamos acompanhá-la durante o período da manhã, a qual concordou. R.M.F estava deitada, já havia tomado banho e o RN encontrava-se no berço dormindo, perguntamos como estava a amamentação e R.M.F respondeu que o bebê estava pegando bem, tinha chorado um pouco a noite, mas ela achava que era por causa da cólica.

Realizamos então o exame físico e logo após fomos dar o banho no RN. Como era o

seu primeiro filho, R.M.F achou melhor só ficar observando como nós iríamos dar o banho no bebê. Fomos até a sala, R.M.F tirou a roupinha do filho e logo após fizemos o exame físico e pesamos, como era de rotina. Perguntamos como seria o banho em casa e ela respondeu que o banho seria na banheira que já havia comprado, mas sua mãe iria dar, pois sentia que não estava preparada ainda, tinha medo. Começamos o banho explicando bem como seria o banho do RN desde a temperatura ideal da água até o cuidado com o coto umbilical, todo o processo de limpeza e mumificação com o álcool. R.M.F mostrava-se pensativa, prestando muita atenção em relação às orientações. Voltamos até o quarto arrumamos a cama e pudemos observar um pouco da amamentação, que mostrava-se assegurada.

No decorrer da manhã fomos conversando e interagindo com R.M.F. No final da manhã nos despedimos e falamos que no dia seguinte estaríamos lá para acompanhá-la novamente. R.M.F agradeceu muito.

No dia seguinte R.M.F mostrava-se mais comunicativa e animada, deambulando pelo corredor com o RN; já tinha tomado banho e preferiu mais uma vez não dar o banho no bebê, mas ficou acompanhando enquanto nós íamos reforçando as orientações do dia anterior, e principalmente tirando suas dúvidas. No decorrer do dia aplicamos o roteiro que serviria para conhecer um pouco mais sobre suas crenças, significados. Antes disso lemos o consentimento livre e esclarecido, explicando para que serviria, R.M.F leu e concordou, assinando o termo.

Então começamos o questionário, como ela já havia comentado na hora do banho, sua maior preocupação era com o umbigo, referindo: “tenho medo de machucar”, como já havíamos lhe dado algumas orientações, apenas reforçamos as orientações. Em relação ao resguardo, R.M.F referiu: “minha mãe falou que não devo lavar a cabeça, mas eu vou lavar, o banho faz bem! Não consigo ficar sem”, em relação a esse cuidado pudemos preservar, pois a puérpera estava convencida que não faria mal a sua saúde e também porque ela já havia lavado a cabeça no segundo dia.

Um outro cuidado que R.M.F referiu em relação ao coto umbilical: “minha mãe diz para eu colocar faixinha pra ficar bem apertadinho e não cair, é bom também passar mercúrio, seca rapidinho”. Sobre esse cuidado sentimos a necessidade de repadronizar o cuidado, cultural explicando que a faixinha já não era mais usada, pois poderia ser prejudicial à saúde do bebê, a faixinha poderia ser um meio de infecção se ficasse muito tempo amarrada e poderia retardar a queda do coto, além de dificultar a circulação, caso ficasse muito apertada. Quanto ao mercúrio explicamos que já não era mais usado e que tinha sido substituído pelo álcool 70% devido a sua maior eficácia na mumificação. Sentimos que houve aceitação por parte da puérpera que quis saber mais sobre o cuidado e até achou mais fácil e prático o modo

que tínhamos mostrado na hora do banho, então concluímos que houve nesse momento a repadronização do cuidado.

Outros cuidados mantidos:

“Vou colocar paninho quente na barriguinha para aliviar a cólica e também não vou deixar as fraldas a noite no sereno”.

“Solução, me ensinaram colocar uma penugem na testa”.

Em relação ao bico R.M.F, referiu: “eles ficam mais calminhos”, quanto a este cuidado cultural refletimos que também havia a necessidade de repadronizar, já que o bico pode trazer prejuízos à dentição do RN, como na arcada dentária, além de poder fazer com que o RN sugue menos interferindo na amamentação. Consideramos que não houve negociação, pois R.M.F já tinha comprado o bico referindo que iria usar na hora em que ele começasse a chorar.

Outro cuidado foi em relação a dor de ouvido, R.M.F falou: “falaram pra eu colocar azeite quentinho no ouvido dele”. Consideramos que teríamos que repadronizar este cuidado, já que não é recomendado colocar nada no ouvido sem orientação médica, pois pode ser prejudicial ao RN. Então explicamos à mãe e orientamos para que ela somente protegesse o ouvido da entrada de água na hora do banho e que caso a dor persistisse deveria procurar orientação médica.

Entre as pessoas que ela considerava como família, estavam o bebê, marido, mãe, pai, menos a sogra. Em relação aos serviços prestados pela maternidade, R.M.F, relatou “a gente aprende bastante coisa, é o certo o que eles falam aqui, mas em casa cada um faz de uma maneira...” Esta fala demonstra a força da influência da cultura e do contexto familiar no estabelecimento dos cuidados em nível domiciliar.

No final da manhã nos despedimos e falamos que no dia seguinte estaríamos lá novamente.

No outro dia, seria o dia da sua alta, R.M.F estava muito feliz e ansiosa pra ir para casa, perguntou se não fazia mal, mas ela preferia dar o banho do RN em casa. R.M.F não esperou nem a palestra da alta e pediu para que fizéssemos uma ligação para seu marido vir buscá-la. Na metade da manhã, puérpera e RN estavam saindo da unidade acompanhadas do marido e de sua mãe, agradeceu muito por todas as orientações e cuidados recebidos nos três dias de internação.

Quinta puérpera/recém-nascido

I.F.S.G, 26 anos, parto normal com episio, múltipara, casada, católica, profissão do lar, procedência de Coqueiros, sem intercorrências.

RN, C.S.G, sexo feminino, peso 3.055 kg, apgar 8/9, altura 48 cm.

No momento em que chegamos na maternidade, fomos ao encontro da puérpera, após observação no prontuário. O primeiro contato foi no seu leito, I.F.S.G encontrava-se acordada, sentada com seu RN. Apresentamo-nos e falamos que desejávamos acompanhá-la durante o período da manhã, se assim ela permitisse, como resposta concordou. Iniciamos então naquele momento, nossa interação e implementação do cuidado assistencial. I.F.S.G, desejava adiantar seu banho enquanto seu bebê dormia, acompanhamos a mesma até o banheiro e colocamo-nos a disposição quando necessário. Na volta realizamos seu exame físico, a mesma referiu dor em região genital relatando dificuldade na higienização, então orientamos a cliente sobre a mesma.

A seguir fomos até a sala de banho para realizar o exame físico do RN assim como seu banho, explicando a perda ponderal comum nos primeiros dias, na medida que íamos realizando o banho, pois a cliente achou melhor ficar só observando, orientávamos e tirávamos dúvidas da mesma que questionou sobre a dor de ouvido no RN. Pudemos então orientá-la para que na hora do banho do bebê ela evitasse a entrada de água. Outra dúvida apresentada pela cliente foi a questão do vômito relatando que não sabia o que fazer, então explicamos que o vômito pode estar ligado a deglutição de ar na hora da sucção ou ainda a ingestão excessiva acima da capacidade gástrica e se persistisse deveria procurar orientação médica.

Nesse primeiro dia fomos interagindo com a cliente buscando identificar suas crenças e valores culturais.

No dia seguinte implementamos os cuidados de enfermagem, como de rotina, banho, exame físico, medicação, além de orientações gerais, sempre lembrando de antes compartilhar seus saberes para depois tentar negociar o cuidado cultural. Então aplicamos o roteiro para identificação de crenças, assim tentando conhecê-la melhor, a qual concordou plenamente em participar do estudo, lendo o consentimento e assinando sua participação. Entre as dúvidas que já tinha referido em outras situações estava a questão da mama cheia e empedrada, a qual identificamos como engurgitamento mamário, processo que ocorre quando a um congestionamento venoso e linfático da mama e pela estase láctea em qualquer das porções do

parênquima. É comum sua ocorrência entre o 3º e o 8º dia de puerpério devido à pressão do leite no sistema canicular.

Orientamos, no momento, sobre o uso de soutien adequado, para que as mamas fiquem firmes e suspensas. Esclarecemos também como estabelecer uma boa pega e como fazer a ordenha manual, o que proporcionaria o esvaziamento da mama, falamos da importância da higienização das mãos ao manuseá-las, em relação a esse cuidado pudemos acomodar, na medida que orientamos puérpera e a mesma interessou-se prestando muita atenção em todas as orientações que passávamos.

No final da manhã, I.F.S.G, já estava pronta para receber a alta mostrando-se muito ansiosa, despedimo-nos da cliente que saiu da maternidade acompanhada por seu marido e sogra.

Sexta puérpera/recém-nascido

J.B, parto normal com episio, 33 anos, primípara, casada, católica, residente em Florianópolis, sem intercorrências.

RN, L.B, sexo feminino, peso 2.960, apagar 9/9, altura 47 cm.

O primeiro encontro com JB, foi no seu leito onde encontrava-se trocando a fralda do RN. Nos apresentamos, como era de costume, e tivemos muita receptividade. J.B já tinha tomado banho e esperava alguém para dar o banho no bebê, então fizemos o seu exame físico e logo após o do RN, dando o banho em seguida. Naqueles dias, devido ao frio, a cliente preferiu dar o banho de aspersão, como a maioria das puérperas preferia, mas J.B referiu que em casa seria na banheira. J.B foi uma cliente diferente das outras, apesar de ser o primeiro filho, mostrava-se bem segura, referindo que em casa faria tudo sozinha e também mostrava-se com experiência, talvez pelo fato de ser professora de uma escolinha infantil e estar acostumada com crianças.

Durante o banho tiramos dúvidas de J.B como o cuidado com o coto umbilical que era uma questão muito importante para ela. Durante essa orientação ocorreu uma interrupção por parte de uma funcionária da unidade, que no momento, quis orientar a mãe de acordo com a rotina da Maternidade, quanto ao modo de colocar a gaze no umbiguinho, como a maternidade tinha uma rotina e nós acadêmicas tínhamos aprendido de modo diferente, nós optamos por passar as orientações que havíamos aprendido durante a graduação. A justificativa da funcionária era que do “seu modo” não teria perigo de infecção, já que, muitas mães manuseavam o coto sem lavar as mãos.

Então após a saída da funcionária explicamos que os dois modos estavam corretos e ela poderia escolher, no final J.B achou melhor seguir o modo como havíamos explicado, achou mais prático, do que enrolar toda gaze no umbigo, como era a rotina da maternidade.

Após o banho voltamos para o quarto e J.B amamentou, já que o RN tinha chorado muito durante o banho. No resto da manhã fomos interagindo bem com a cliente, sempre procurávamos saber um pouco mais sobre seus significados, e o contexto cultural no qual estava envolvida.

No dia seguinte encontramos J.B e o RN no leito, ambos estavam bem e o RN tinha chorado um pouco a noite, referiu: “acho que era cólica”, outra queixa foi com o choro de outros bebês, que tinha atrapalhado um pouco seu sono. Como era de rotina, demos o banho, realizamos o exame físico, enfim, implementamos nossos cuidados de enfermagem. Durante o banho reforçamos algumas orientações sobre o RN, tirando dúvidas de J.B.

Começamos então, a aplicar o roteiro guia para identificar suas crenças e saberes em relação aos cuidados consigo e com o RN.

Quanto a quarentena referiu: “resguardo não vou fazer, quanto mais sujeira mais infecção!” Pudemos então preservar o seu cuidado cultural, pois sabemos dos benefícios do banho e o que a falta dele pode acarretar.

Quanto a cólica falou: “vou procurar pesquisar quanto menos remédio melhor, vou usar paninhos quentes na barriga” esse cuidado também foi preservado, além de orientar à cliente sobre outros métodos para aliviar a dor da cólica, como massagem no umbigo e posição de bruços.

Sobre a amamentação definiu: “quanto mais ela pegar melhor”, preservado também o cuidado e reforçado sobre a importância do leite materno.

Ao término do questionário falou sobre as pessoas que considerava como parte de sua família, como: pai, bebê, mãe, sogra, irmão. Quanto aos cuidados prestados na Maternidade relatou: “Gostei muito, eles passam confiança, segurança, pretendo seguir as orientações, me ajudaram muito”.

E assim até o final da manhã ficamos interagindo e conversando com a cliente, ajudando-a preparar suas coisas para a alta hospitalar, ela participou da palestra e logo depois o marido foi buscá-la.

J.B despediu-se agradecendo muito nossa colaboração naquele momento tão especial de sua vida, saiu da maternidade muito feliz e satisfeita.

Além das 6 puérperas selecionadas, implementamos cuidados de enfermagem para mais ou menos 70 puérperas no período de estágio.

Este atendimento foi importante pois permitiu-as adquirir maior segurança e destreza manual através de técnicas de enfermagem variadas, assim como consolidou nosso esclarecimento na temática do puerpério.

Quarto Objetivo

Buscar aprofundar cada vez mais nossos conhecimentos sobre a teoria de Leininger, e assuntos relacionados à Obstetrícia através da participação em eventos e leituras.

Consideramos esse quarto objetivo alcançado de acordo com as estratégias estabelecidas.

Participamos do curso Promovendo o Aleitamento Materno (Anexo G e H), realizado na Maternidade Carmela Dutra e Hospital Universitário. Acreditamos que participar foi importante, pois nos auxiliou e reforçou nossos conhecimentos sobre a amamentação, dando suporte para que pudéssemos passar orientações para todas as puérperas, principalmente àquelas que necessitavam de uma maior atenção devido às dificuldades apresentadas na amamentação, como, pega incorreta, posição inadequada, ordenha manual, higienização, e outros possíveis problemas que viessem a surgir.

Também pudemos fazer parte do II SEPEX (Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFSC), promovido pelo Departamento de Enfermagem, realizado no campus universitário. Nossa participação consistiu em orientação e simulação do parto, assim como orientações gerais de obstetrícia e neonatologia (Anexo E e F). No decorrer do estágio nos aprofundamos em leituras na área de Obstetrícia e Neonatologia, assim como amamentação e leituras sobre parto humanizado e, de pesquisas na internet.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca de um referencial teórico como o da Teoria de Madeleine Leininger, veio confirmar nossa percepção acerca dos cuidados, propiciando um entendimento do ser humano, direcionado para um cuidado de enfermagem ajustado à crenças, valores e modos de vida das clientes atendidas, o que possibilitou que as expressões, padrões e estilos de cuidado fossem sentidos por nós acadêmicas e pela cliente de modo diferente em cada contexto cultural, não impondo saberes, mas compartilhando.

Na nossa percepção, o cuidado de enfermagem por nós implementado foi fator decisivo na promoção e manutenção da saúde da puérpera/recém-nascido, uma vez que trabalhamos com indivíduos diferentes, valorizamos o saber popular e buscamos respeitar esses valores de vida expressos por cada um.

No decorrer do estágio vivenciamos uma série de situações, entre as quais a de perceber que muitas vezes a agitação do dia a dia, o duplo vínculo de trabalho, e os problemas individuais dos profissionais de saúde interferem na promoção do cuidado humanizado e a cada dia as atividades por eles desenvolvidas tornam-se cada vez mais mecanizadas, esquecendo-se do vínculo humanizado entre cliente-profissional. Não queremos generalizar todos os profissionais, pois ainda percebe-se aqueles que mantêm seu lado solidário e compreensivo no momento tão delicado que a cliente se encontra.

Com este estudo pudemos perceber que precisamos refletir, analisar sobre nossa assistência, que muitas vezes a ansiedade de querer fazer o melhor nos tornam donos do saber, impondo cuidados sem valorizar os da cliente.

Este estudo com puérperas/recém-nascidos tendo como suporte a Teoria de Leininger, reforçou nossa percepção de que não somos indivíduos corretos, perfeitos, donos do saber, precisamos estar cientes que somos seres únicos e que possuímos pontos de vistas distintos, que compartilhando, poderemos crescer, tanto como seres humanos como profissionais, conseguindo dessa forma o tão desejado cuidado humanizado.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COLLA, D. A. et al. **Vivenciando quatro nascimentos: ser filho, ser mãe, ser pai e ser família.** 2000. Monografia (Graduação em Enfermagem) Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GEORGE, J. B. Madeleine Leininger . In: GEORGE, J. B. e col. **Teorias de enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GREGÓRIO, V. R. P. **Cuidando do pai durante o processo de nascimento fundamentado na teoria transcultural de Leininger.** 2002. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

HENCKEMAIER, L. **Cuidando da família hospitalizada: uma abordagem transcultural.** 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

MONTICELLI, M. Assistência ao recém-nascido no alojamento conjunto. In: OLIVEIRA, M. E. de.; MONTICELLI, M.; SANTOS, O. M. B. (Org.) **Enfermagem Obstétrica e neonatológica: textos fundamentais.** Florianópolis: UFSC/CCS, 1999. p. 82-89.

MONTICELLI, M. **O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado com às mulheres e recém-nascidos.** São paulo: Robe, 1997.

MONTICELLI, M.; ALONSO, I. L. K.; LEOPARDI, M. T. Madeleine Leininger: teoria de enfermagem transcultural. In: LEOPARDI, M. T. (Org.) **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 97-98.

NITSCHKE, R. **Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos.** Florianópolis: Ed. UFPel, 1999.

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

SANTOS, A. F. et al. **Vivendo o processo do nascimento: cuidando do recém-nascido, puérpera e sua família inseridos num contexto cultural.** 1997. Monografia (Graduação em Enfermagem) Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SANTOS, E. K. A. Alojamento conjunto. In: OLIVEIRA, M. E. de.; MONTICELLI, M.; SANTOS, O. M. B. (Org.) **Enfermagem Obstétrica e neonatológica: textos fundamentais.** Florianópolis: UFSC/CCS, 1999. p. 76-82.

SANTOS, E. K. A. Promoção do aleitamento materno. In: OLIVEIRA, M. E. de.; MONTICELLI, M.; SANTOS, O. M. B. (Org.) **Enfermagem Obstétrica e neonatológica: textos fundamentais.** Florianópolis: UFSC/CCS, 1999. p. 76-82.

SANTOS, E.K.A. Puerpério normal. In: OLIVEIRA, M. E. de.; MONTICELLI, M.; SANTOS, O. M. B. (Org.) **Enfermagem Obstétrica e neonatológica: textos fundamentais.** Florianópolis: UFSC/CCS, 1999. p. 89-103.

SANTOS, V. P. **Refletindo sobre o cuidado de puérperas e seus recém-nascidos.** 2002. Monografia (Mestrado em Enfermagem) Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

STAHL, A. et al. **Do hospital ao domicílio: continuando o cuidado do binômio mãe e filho na iniciação do rito de passagem do nascimento, inserindo o pai no processo de cuidar.** 1999. Monografia (Graduação em Enfermagem) Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ZAMPIÉRI, M. F. M. Humanizar é preciso: escute o som desta melodia. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIÉRI, M. F. M.; BRÜGGEMANN, O. M. **Melodia da humanização.** Florianópolis: editora Cidade Futura, 2001. p. 76-77.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A

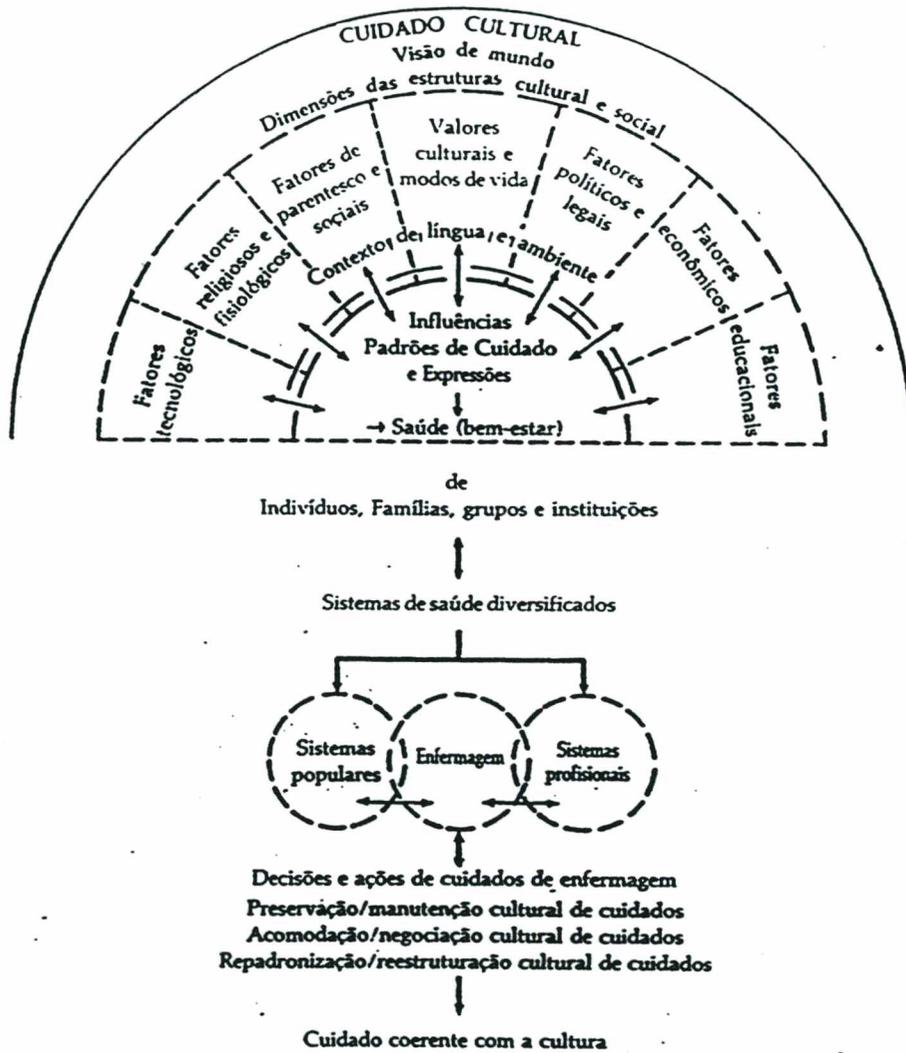


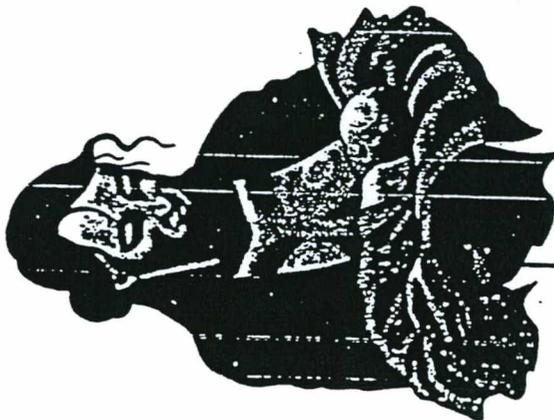
Figura 20-1. O Modelo Sunrises, de Leininger, retrata dimensões de Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado (De Leininger, M. Teoria de Enfermagem da Diversidade e Universalidade Cultural de Atendimento, de Leininger. Nursing Science Quarterly, 1988; 1, p. 157. Utilizado mediante permissão.)

Filosofia da Maternidade

ANEXO B

Na Maternidade Carmela Dutra acredita-se que:

- no processo de gravidez, parto e puerpério, a mulher, o conceito e a família têm o direito de receber atendimento individualizado e integral.
- a participação do núcleo familiar, de modo ativo e consciente em todas as fases, contribui decisivamente para a conclusão do processo fisiológico, que deve constituir-se em fonte de felicidade da família.
- é desejável, deve ser estimulada e garantida, sempre que possível, a participação do pai ou de um acompanhante de escolha da mulher nas diferentes fases do processo.
- toda mulher tem direito a um pré-natal adequado, sendo dela o papel central em todos os momentos da assistência, incluindo o planejamento, a implementação e a avaliação.
- a iniciação precoce da interação mãe-filho representa papel primordial para a vinculação entre eles, o que propicia conduta materna mais adequada e mais eficiente resposta afetiva do bebê.
- a equipe perinatal deve estar motivada a estimular e promover o relacionamento precoce entre mãe, bebê e família.
- o sistema de alojamento conjunto para as mães e recém-nascidos normais deve ser garantido como forma de propiciar a amamentação sob livre demanda, o fortalecimento do vínculo afetivo e o incremento de ações de saúde e práticas educativas.
- a equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher, ao recém-nascido e à família, deve atuar de forma integrada visando uma abordagem global e adequada.
- é dever da instituição promover continuamente o treinamento dos profissionais de saúde, visando seu aprimoramento técnico, científico e humanístico.
- as atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas pela equipe interdisciplinar que envolvem o processo do nascimento (gestação, parto e puerpério) devem ser estimuladas e contemplar aspectos éticos.



ANEXO C

ROTEIRO GUIA PARA IDENTIFICAÇÃO E ENTREVISTA NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Data: _____ Hora: _____
Local: _____

1.1. Identificação da puérpera

Nome: _____
Data de Nascimento: _____ Naturalidade: _____
Situação Conjugal: _____
Religião: _____
Escolaridade: _____ Profissão: _____
Endereço: _____

1.2. Identificação da história gineco-obstétrica da puérpera

Menarca: _____ Intercorrências ginecológicas: _____
Método Anticoncepcional: _____
Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____ Cesárea: _____
Amamentação: _____
Intercorrências em gestação atual/condução: _____
Pré-natal: _____
DUM: _____ USG: _____ IG: _____

1.3. Identificação do RN

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

ANEXO D

ROTEIRO GUIA PARA ENTREVISTA NO ALOJAMENTO CONJUNTO (Baseado em Colla, et al, 2000)

Roteiro guia para entrevista com a puérpera

1. Quais seus sentimentos (dúvidas, medos, preocupações...) em relação aos cuidados com o RN e consigo mesmo?
2. Quem a ajudará para o cuidado de si e do RN após a alta?
3. Significados e práticas de cuidados com a puérpera referentes à:

Resguardo/ quarentena

Problemas com as mamas

Banho e higiene dos cabelos

alimentação

episiorrafia

outros

4. Significados e práticas de cuidados com RN referentes a:

Banho

Umbigo

Cólicas

Soluços

Assaduras

Icterícia

Moleira

Mau olhado

Batismo
Amamentação
Arca caída
Alimentação
Vestuário
Dor de ouvido
Bico
Outros

5.Utilização de recursos populares da comunidade (benzedeiras, curandeiros, etc...)?

6.Utilização de profissionais de saúde (Centro de saúde (CS), hospital, outros)?

7.O que entende por “família” ?

8.Você gostaria de esclarecer alguma dúvida em relação a como realizar os cuidados (puérpera/RN) em sua casa? Quais seriam?

9.O que você pensa sobre os cuidados que o RN e você recebem aqui na Maternidade e aqueles que você fará em casa? Quais são estas diferenças? E relacionados a quê?

ANEXO E

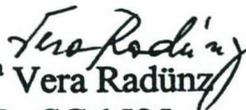


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a acadêmica **Raquel Valéria dos Santos**, participou da 2ª SEPEX (2ª Semana de Pesquisa e Extensão da UFSC), no desenvolvimento do trabalho do Estande do Departamento de Enfermagem “Orientação e Simulação do Parto Normal”, sob a Coordenação da Profª Vitória Regina Petters Gregório, no dia 14/06/2002.

Florianópolis, 08 de agosto de 2002.


Profª Drª Vera Radünz
COREn-SC 1525

- Chefe do Depto. do NFR -

ANEXO F



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a acadêmica **Maria Isabel Garcia**, participou da 2ª SEPEX (2ª Semana de Pesquisa e Extensão da UFSC), no desenvolvimento do trabalho do Estande do Departamento de Enfermagem “Orientação e Simulação do Parto Normal”, sob a Coordenação da Profª Vitória Regina Petters Gregório, no dia 14/06/2002.

Florianópolis, 08 de agosto de 2002.


Profª Drª Vera Radünz
COREn-SC 1525

- Chefe do Depto. do NFR -



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE ESTUDOS

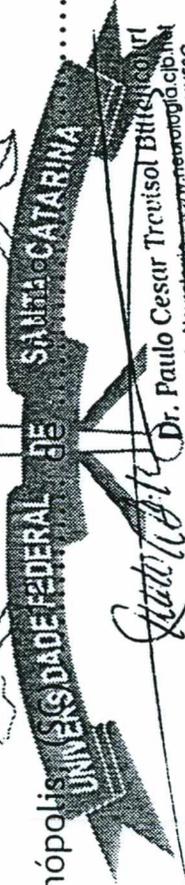
CERTIFICADO

ARS ET SCIENTIA

Maria Isabel Garcia

Certificamos que
" 14 CURSO DE ALENFAMENTO MATERNO DO HU/UFSC PARTICIPANTE
participou
no período de 12/06/02 a 13/06/02
carga horaria: 18:00 horas
.....
.....
.....

Florianópolis, de de 02



Paulo Cesar Brites
Dr. Paulo Cesar Brites
Professor de Neurofisiologia - Neurofisiologia CIB/UFSC
Presidente do Centro de Estudos - HU/UFSC

CES/HU

Reg. n.º 098

Livro n.º 005

Fls. n.º 009

Blm

Visto

PRESIDENTE DO CES/HU/UFSC

APÊNDICE A

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Graduação em Enfermagem
Disciplina: Enfermagem Assistencial Aplicada

Consentimento Livre e Esclarecido

É de nosso conhecimento que as acadêmicas Raquel Valéria dos Santos e Maria Isabel Garcia, alunas de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, estão desenvolvendo um estudo com puérperas acompanhadas de recém-nascidos na Maternidade Carmela Dutra.

Sua proposta consiste em prestar cuidado cultural coerente, durante o período de internção, embasada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, que se dará no Alojamento Conjunto da Maternidade.

Concordamos em participar de forma livre e espontânea da proposta de estudo, podendo desistir a qualquer momento, assim como de ter garantido (a) a confidencialidade e anonimato.

Autorizamos, ainda, que os dados obtidos sejam utilizados no referido estudo.

Estamos de acordo que se faça uso de gravador, se necessário, durante as entrevistas, assim como o registro fotográfico durante o período de internção.

_____ de _____ de 2002.

Assinatura da Puérpera

APÊNDICE B

ROTEIRO GUIA PARA IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRERA NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Data: 25/06/2002

Hora: 09:00

Local: Maternidade Carmela Dutra

1. Identificação da puérpera

Nome: L.C.S

Data de nascimento: 10/01/1975

Naturalidade: Florianópolis

Situação Conjugal: casada

Religião: evangélica

Escolaridade: primeiro grau incompleto

Profissão: Auxiliar de Serviços

Gerais

Endereço: Coqueiros

2. Identificação da História gineco-Obstétrica da puérpera

Menarca: 11 anos

Intercorrências ginecológica: DHEG

Método anticoncepcional: comprimidos

Gesta: II

Para: II

Aborto: 0

Cesária: 0

Amamentação: Sim

Intercorrências em gestação atual/condução: DHEG / Dieta hipossódica

Repouso

Decúbito lateral esquerdo

Pré-natal: sim

DUM: 43 s e 04 dias

USG: 44 s e 06 dias

IG: 44 s e 01 dia

4. Identificação do recém-nascido

Nome: sem nome até o momento

Sexo:

masculino

Tipo de parto: parto normal com episiotomia

Peso: 3.060kg

Apgar: 8/9

Altura: 48cm

Intercorrências: nenhuma

APÊNDICE B

ROTEIRO GUIA PARA ENTREVISTA COM AS PUÉRPERAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO

PUÉRPERA: L.C.S.

1. Quais os seus sentimentos (dúvidas, medos, preocupações...) em relação aos cuidados com o recém-nascido e consigo mesmo?

Minha maior preocupação é com o umbigo, como fazer a limpeza, tenho medo que ele sinta dor.

2. Quem a ajudará para o cuidado de si e do recém-nascido após a alta?

Sozinha

3. Significados e práticas de cuidados com a puérpera referentes à:

ⓉResguardo/ quarentena: vou ficar sem lavar a cabeça, tenho medo de ficar com problemas, tenho minha conhecida ficou louca, do primeiro filho eu fiquei quarenta dias sem lavar, minha mãe não deixava de jeito nenhum.

ⓉProblemas com as mamas: nenhum.

ⓉBanho e higiene dos cabelos: não vou lavar

ⓉAlimentação:

Não como nada ácido dizem que dá cólica no nenem, comida requentada não presta comer, feijão dá gases.

ⓉEpisiorrafia

ⓉOutros

4. Significados e práticas de cuidados com o recém-nascido referentes à:

ⓉBanho: medo com o umbigo

ⓉUmbigo: medo de machucar

ⓉCólicas: vou dar chazinho e fazer massagem na barriguinha com pano quente.

Ⓣ

ⓉSoluços: coloco um pano vermelho na testa para parar.

ⓉAssaduras: pomada.

ⓉIcterícia : faço uma pulseirinha com alho e coloco no bracinho.

ⓉMoleira: tenho medo, tem que saber pegar a criança.

ⓉMau olhado: mando benzer a criança.]

ⓉBatismo:

Ⓣ **Amamentação:** até os três meses, depois começo a dar comida, frutas, sopas, purê, senão depois dos seis meses ele só quer mamar.

Ⓣ **Arca caída:** no meu primeiro filho minha sogra media o cotovelo com o joelho pra ver se tem arca caída

Ⓣ **Alimentação;** vou dar apartir dos três meses.

Ⓣ **Vestuário;**

Ⓣ **Dor de ouvido:** levo no médico

Ⓣ **Bico:** vou dar, eles ficam tão bonitinhos!.

Ⓣ **Outros**

5. Utilização de recursos populares da comunidade (benzedeiras e curandeiras, etc...)?
Benzedeiras

6. Utilização de profissionais da saúde (CS e hospitais, outros...)?
Sim

7. O que entende por “família”?
Meus filhos, mãe, pai, marido, irmãos, tios e avós.

8. Você gostaria de esclarecer alguma dúvida em relação a como realizar os cuidados (puérpera/ recém-nascido) em sua casa? Quais seriam?
Sim, com o umbigo, tenho medo de mexer, como fazer a limpeza.

9. O que vc pensa sobre os cuidados que o recém-nascido e vc recebem aqui na Maternidade e aqueles que vc fará em casa? Quais são essas diferenças? E relacionado a quê?
Vou tentar seguir as orientações daqui, o pessoal é muito legal!

ROTEIRO GUIA PARA IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRERA NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Data: 26/06/2002

Hora: 10:00

Local: Maternidade Carmela Dutra

1. Identificação da puérpera

Nome: M.M.S

Data de nascimento: 10/10/1981

Naturalidade: Florianópolis

Situação Conjugal: casada

Religião: católica

Escolaridade: segundo grau

Profissão: do lar

Endereço: Saco Grande II

2. Identificação da História gineco-Obstétrica da puérpera

Menarca: 14anos

Intercorrências ginecológicas: nenhuma

Método anticoncepcional: preservativo de borracha

Gesta: I

Para: I

Aborto: 0

Cesária: 0

Amamentação: Sim

Intercorrências em gestação atual/condução: Nenhuma

Pré-natal: sim

DUM: 16/09/2001

USG: ?

IG:: 41 s 05 dias.

7. Identificação do recém-nascido

Nome: S.S

Sexo: feminino

Tipo de parto: parto normal com episiotomia

Peso: 2.655 kg

Apgar: 9/9

Altura: 49cm

Intercorrências: nenhuma

APÊNDICE B

ROTEIRO GUIA PARA ENTREVISTA COM AS PUÉRPERAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO

PUÉRPERA: M.M.S

1. Quais os seus sentimentos (dúvidas, medos, preocupações...) em relação aos cuidados com o recém-nascido e consigo mesmo?

Tenho receio de dar o banho, medo de escorregar!

2. Quem a ajudará para o cuidado de si e do recém-nascido após a alta?

Minha mãe, e meu marido prometeram me ajudar, ele está curioso como será daqui pra frente.

3. Significados e práticas de cuidados com a puérpera referentes à:

Ⓣ **Resguardo/ quarentena:** minha mãe acha que devo lavar o cabelo depois de uma semana, mas eu vou lavar antes, sinto-me com o cabelo pesado.

Ⓣ **Problemas com as mamas:** queo cuidar o máximo pra não atrapalhar a amamentação, não gosto de usar sutiã tem problema?!

Ⓣ **Banho e higiene dos cabelos:** vou lavar

Ⓣ **Alimentação:** normal

Ⓣ **Episiorrafia**

Ⓣ **Outros**

4. Significados e práticas de cuidados com o recém-nascido referentes à:

Ⓣ **Banho:** tenho medo de escorregar!

Ⓣ **Umbigo:** desejo usar faixa se chorar muito.

Ⓣ **Cólicas:** quero saber como evitar, oque comer?!

Ⓣ **Soluços:** pode ser do frio, proteger!

Ⓣ **Assaduras:** pomada hipoglós

Ⓣ **Icterícia:** mãe falou pra por no sol.

Ⓣ **Moleira**

Ⓣ **Mau olhado:** benzedeira, minha mãe conhece.

Ⓣ **Batismo:** já tem padrinhos!

Ⓣ Amamentação: pretendo amamentar bastante tempo.

Ⓣ Arca caída: minha mãe sabe!

Ⓣ Alimentação: leite materno

Ⓣ Vestuário:

Ⓣ Dor de ouvido: paninho quente, já ouvi falar!

Ⓣ Bico: acho importante, acalenta.

Ⓣ Outros

5. Utilização de recursos populares da comunidade (benzedeiras e curandeiras, etc...)?
As vezes.
6. Utilização de profissionais da saúde (CS e hospitais, outros...)?
Uso posto de saúde do meu bairro.
7. O que entende por “família”?
Minha família é o meu pai, minha mãe, meu marido, e minha filha, juntos formam uma família (sorrisos)
8. Você gostaria de esclarecer alguma dúvida em relação a como realizar os cuidados (puérpera/recém-nascido) em sua casa? Quais seriam?
Sim, umbigo do bebê, quando cai, os pontos da episio se precisa retirar.
9. O que vc pensa sobre os cuidados que o recém-nascido e vc recebem aqui na Maternidade e aqueles que vc fará em casa? Quais são essas diferenças? E relacionado a quê?
Daqui gostei muito, aprendi bastante vou fazer o melhor para o bebê não adoecer, fico mais tranquila pois minha mãe me acompanhará.

ROTEIRO GUIA PARA IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRERA NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Data: 08/07/2002

Hora: 10:00

Local: Maternidade Carmela Dutra

1. Identificação da puérpera

Nome: L.S.O

Data de nascimento: 05/07/1978

Naturalidade: Palhoça

Situação Conjugal: união estável

Religião: católica

Escolaridade: primeiro grau completo

Profissão: do lar

Endereço: Palhoça

2. Identificação da História gineco-Obstétrica da puérpera

Menarca: 14 anos

Intercorrências ginecológicas: nenhuma

Método anticoncepcional: comprimidos

Gesta: II

Para: II

Aborto: 0

Cesária: 0

Amamentação: Sim

Intercorrências em gestação atual/condução: Nenhuma

Pré-natal: sim

DUM: ?

USG: 39 s 05 dias

IG:: 39s e 06 dias

6. Identificação do recém-nascido

Nome: A.S.O

Sexo: masculino

Tipo de parto: parto normal com laceração

Peso: 3.780 kg

Apgar: 8/8

Altura: 51 cm

Intercorrências: nenhuma

APÊNDICE B

ROTEIRO GUIA PARA ENTREVISTA COM AS PUÉRPERAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO

PUÉRPERA: L.S.O

1. Quais os seus sentimentos (dúvidas, medos, preocupações...) em relação aos cuidados com o recém-nascido e consigo mesmo?
Me preocupo com a cólica do nenen, eles não conseguem nem mamar direito. Meu primeiro filho foi chorão até os três menses.
2. Quem a ajudará para o cuidado de si e do recém-nascido após a alta?
Eu mesma, meu marido trabalha 10 hs por dia se eu precisar sair com as crianças como no posto de saúde ele pede folga no trabalho.
3. Significados e práticas de cuidados com a puérpera referentes à:
 - ⓐResguardo/ quarentena: não tive nenhum problema
 - ⓑProblemas com as mamas: nenhum
 - ⓒBanho e higiene dos cabelos: vou lavar
 - ⓓAlimentação: normal
 - ⓔEpisiorrafia:
 - ⓕOutros
4. Significados e práticas de cuidados com o recém-nascido referentes à:
 - ⓐBanho: vou continuar dando pano de paninho até continuar frio.
 - ⓑUmbigo: comprei as faxinhas, pois o nen~e fica mais firme.
 - ⓒCólicas: tenho medo, por enquanto isso não deu, ele tem mamado e dormido bem.
 - ⓓSoluços: agزالho bem para não pegar frio.
 - ⓔAssaduras: uso maizena.
 - ⓕIcterícia: deixo pouquinho no sol depois visto roupinha amarela.
 - ⓖMoleira;
 - ⓗMau olhado: levo para benzer
 - ⓘBatismo: vou batizar
 - ⓙAmamentação: até quando ele quiser!
 - ⓚArca caída:

⑩Alimentação: só o leite materno

⑩Vestuário:

⑩Dor de ouvido: pode ser friagem, ponho toca.

⑩Bico: pretendo usar, o outro eu já dei e não deu problema.

⑩Outros

5. Utilização de recursos populares da comunidade (benzedeiras e curandeiras, etc...)?
Já ouvi falar, mas não utilizo.

6. Utilização de profissionais da saúde (CS e hospitais, outros...)?
Sim ,posto de saúde próximo a minha casa.

7. O que entende por “família”?
Meu marido, filhos, sogras

8. Você gostaria de esclarecer alguma dúvida em relação a como realizar os cuidados (puérpera/ recém-nascido) em sua casa? Quais seriam?
Quero cuidar melhor do meu peito para evitar o calor de figo, doe muito, é muito triste.

9. O que vc pensa sobre os cuidados que o recém-nascido e vc recebem aqui na Maternidade e aqueles que vc fará em casa? Quais são essas diferenças? E relacionado a quê?
Gostei muito tudo que ensinaram pra gente é para o nosso bem, no segundo filho a gente sempre faz melhor!

ROTEIRO GUIA PARA IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRERA NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Data: 04/07/02

Hora: 10:00

Local: Maternidade Carmela Dutra

1. Identificação da puérpera

Nome: R.M.F.

Data de nascimento: 14/11/1985

Naturalidade: Florianópolis

Situação Conjugal: união estável

Religião: nenhuma

Escolaridade: primeiro grau incompleto

Profissão: doméstica

Endereço: Monte Verde

2. Identificação da História gineco-Obstétrica da puérpera

Menarca: 12 anos

Intercorrências ginecológicas: nenhuma

Método anticoncepcional: tabelinha

Gesta: I

Para: I

Aborto: 0

Cesária: 0

Amamentação: Sim

Intercorrências em gestação atual/condução: Nenhuma

Pré-natal: sim

DUM: ?

USG: ? Esqueceu em casa

IG:: 37 s.

3. Identificação do recém-nascido

Nome: J.R.O.L

Sexo: masculino

Tipo de parto: parto normal com episiotomia

Peso: 3.240kg

Apgar: 9/9

Altura: 49cm

Intercorrências: nenhuma

APÊNDICE B

ROTEIRO GUIA PARA ENTREVISTA COM AS PUÉRPERAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO

PUÉRPERA: R.M.F

1. Quais os seus sentimentos (dúvidas, medos, preocupações...) em relação aos cuidados com o recém-nascido e consigo mesmo?

Meu único medo é com o umbigo, tenho medo de machucar.

2. Quem a ajudará para o cuidado de si e do recém-nascido após a alta?

Minha mãe.

3. Significados e práticas de cuidados com a puérpera referentes à:

Ⓢ **Resguardo/ quarentena:** minha mãe fala pra mim não lavar a cabeça, mas eu vou lavar acho que não tem problema, o banho faz bem não consigo ficar sem.

Ⓢ **Problemas com as mamas:** nenhum.

Ⓢ **Banho e higiene dos cabelos:** vou lavar

Ⓢ **Alimentação:** vou evitar coisas ácidas

Ⓢ **Episiorrafia;**

Ⓢ **Outros**

4. Significados e práticas de cuidados com o recém-nascido referentes à:

Ⓢ **Bano:** tenho medo de machucar o umbigo na hora do banho

Ⓢ **Umbigo:** minha mãe diz para colocar fachineira, pra ficar bem apertadinho e não cair. É bom passar mercúrio seca rapidinho.

Ⓢ **Cólicas:** vou colocar paninho quente na barriguinha e não deixar as fraldas de noite no sereno.

Ⓢ **Soluços:** me ensinaram a colocar uma penugem na testa, minha mãe que falou.

Ⓢ **Assaduras:** pomada.

Ⓢ **Icterícia :** é bom colocar roupinha amarela

Ⓢ **Mau olhado:** vou benzer

⑩ **Batismo:** vou batizar

⑩ **Amamentação:** vou amamentar

⑩ **Arca caída:**

⑩ **Alimentação:**

⑩ **Vestuário:**

⑩ **Dor de ouvido:** falaram para colocar azeite quentinho no ouvido dele.

⑩ **Bico:** vou dar o bico, eles ficam mais calminhos.

⑩ **Outros**

5.Utilização de recursos populares da comunidade (benzedeiras e curandeiras, etc...)?

Benzedeiras

6.Utilização de profissionais da saúde (CS e hospitais, outros...)?

SIM, posto de saúde, hospital.

7.O que entende por “família”?

Minha mãe, nenem, irmão, marido, menos a sogra.

8.Você gostaria de esclarecer alguma dúvida em relação a como realizar os cuidados (puérpera/ recém-nascido) em sua casa? Quais seriam?

Sim, sobre o cuidado com o umbigo

9.O que vc pensa sobre os cuidados que o recém-nascido e vc recebem aqui na Maternidade e aqueles que vc fará em casa? Quais são essas diferenças? E relacionado a quê?

Agente aprende bastante coisa , é o certo o que falam aqui, mas em casa cada um faz de uma maneira.

ROTEIRO GUIA PARA IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRERA NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Data: 10/07/2002

Hora: 10:00

Local: Maternidade Carmela Dutra

1. Identificação da puérpera

Nome: I.F.S.G

Data de nascimento: 08/11/1976

Naturalidade: Florianópolis

Situação Conjugal: casada

Religião: católica

Escolaridade: primeiro grau completo

Profissão: do lar

Endereço: Coqueiros

2. Identificação da História gineco-Obstétrica da puérpera

Menarca; 12 anos

Intercorrências ginecológicas: nenhuma

Método anticoncepcional: comprimidos

Gesta: II

Para: II

Aborto: 0

Cesária: 0

Amamentação: Sim

Intercorrências em gestação atual/condução: Nenhuma

Pré-natal: sim

DUM: 22/09/2001

USG: 32 s 03dias

IG:: 32s e 07 dias

8. Identificação do recém-nascido

Nome: C.S.G

Sexo: feminino

Tipo de parto: parto normal com episiotomia

Peso: 3.5500 kg

Apgar: 9/8

Altura: 48 cm

Intercorrências: nenhuma

APÊNDICE B

ROTEIRO GUIA PARA ENTREVISTA COM AS PUÉRPERAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO

PUÉRPERA: I.F.S.G

1. Quais os seus sentimentos (dúvidas, medos, preocupações...) em relação aos cuidados com o recém-nascido e consigo mesmo?

Tenho preocupação de dar alguma coisa errada com meu seio, pois pretendo amamentar bastante tempo.

2. Quem a ajudará para o cuidado de si e do recém-nascido após a alta?

Eu mesma durante o dia, meu marido permanece em casa somente a noite, mas estou confiante, já tive outro filho e dei conta.

3. Significados e práticas de cuidados com a puérpera referentes à:

Ⓞ **Resguardo/ quarentena:** não fiz!

Ⓞ **Problemas com as mamas:** até agora não tive problemas, quero cuidar direito pra não atrapalhar as mamadas de meu filho

Ⓞ **Banho e higiene dos cabelos:** lavo os cabelos diariamente

Ⓞ **Alimentação:** como de tudo, evito o repolho e ovo, pois dá gases no nenê

Ⓞ **Episiorrafia;**

Ⓞ **Outros**

4. Significados e práticas de cuidados com o recém-nascido referentes à:

Ⓞ **Banho:** na banheira

Ⓞ **Umbigo:** meu outro filho usei algumas vezes faixa, mas agora não desejo usar, pois levou 11 dias para cair.

Ⓞ **Cólicas:** posso dar chá ,não é?!

Ⓞ **Soluços:** agasalho bem!

Ⓞ **Assaduras:** pomada

Ⓞ **Icterícia :** vou deixar ao sol sem roupinha

Ⓞ **Moleira:**

Ⓞ **Mau olhado:** conheço duas benzedeadas

Ⓞ **Batismo:** ainda não escolhemos os padrinhos

Ⓞ **Amamentação:** quero amamentar mais de um ano

Ⓣ Arca caída: dos outros dois filhos, nunca aconteceu

Ⓣ Alimentação: leite materno

Ⓣ Vestuário

Ⓣ Dor de ouvido: sempre cuidei da água no ouvido

Ⓣ Bico: ainda não sei se darei

Ⓣ Outros

5. Utilização de recursos populares da comunidade (benzedoras e curandeiras, etc...)?
Sim

6. Utilização de profissionais da saúde (CS e hospitais, outros...)?
Posto de Saúde do Abraão

7. O que entende por “família”?
A família pra mim é o meu marido e meus filhos

8. Você gostaria de esclarecer alguma dúvida em relação a como realizar os cuidados (puérpera/ recém-nascido) em sua casa? Quais seriam?
Sim, tenho dificuldade de higienizar corretamente meus pontos no períneo, são muito dolorosos

9. O que vc pensa sobre os cuidados que o recém-nascido e vc recebem aqui na Maternidade e aqueles que vc fará em casa? Quais são essas diferenças? E relacionado a quê?
Os cuidados dessa maternidade são melhores da maternidade do Regional, ganhei o outro filho lá e pretendo seguir as orientações que recebi aqui

ROTEIRO GUIA PARA IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRERA NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Data: 11/07/02

Hora: 10:00

Local: Maternidade Carmela Dutra

1. Identificação da puérpera

Nome: J.B

Data de nascimento: 27/04/1969

Naturalidade: Florianópolis

Situação Conjugal: casada

Religião: católica

Escolaridade: segundo grau

Profissão: professora

Endereço: Cacupé

2. Identificação da História gineco-Obstétrica da puérpera

Menarca; 12 anos

Intercorrências ginecológicas: nenhuma

Método anticoncepcional: comprimidos

Gesta: I

Para: I

Aborto: 0

Cesária: 0

Amamentação: Sim

Intercorrências em gestação atual/condução: Nenhuma

Pré-natal: sim

DUM: ?

USG: ?

IG:: 36 s e 06 dias

5. Identificação do recém-nascido

Nome: L.B

Sexo: feminino

Tipo de parto: parto normal com episiotomia

Peso: 2.960kg

Apgar: 9/9

Altura: 46 cm

Intercorrências: nenhuma

APÊNDICE B

ROTEIRO GUIA PARA ENTREVISTA COM AS PUÉRPERAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO

PUÉRPERA: J.B

1. Quais os seus sentimentos (dúvidas, medos, preocupações...) em relação aos cuidados com o recém-nascido e consigo mesmo?

Tenho medo de machucar o umbiguinho, que ele sinta dor!

2. Quem a ajudará para o cuidado de si e do recém-nascido após a alta?

Sozinha.

3. Significados e práticas de cuidados com a puérpera referentes à:

Ⓣ **Resguardo/ quarentena:** não vou fazer, quanto mais sujeira, mais mais infecção.

Ⓣ **Problemas com as mamas:**

Ⓣ **Banho e higiene dos cabelos:** vou lavar, normal

Ⓣ **Alimentação:** quanto mais ela pegar o peito melhor!

Ⓣ **Episiorrafia;**

Ⓣ **Outros**

4. Significados e práticas de cuidados com o recém-nascido referentes à:

Ⓣ **Banho:** medo de fazer a higiene do umbigo.

Ⓣ **Umbigo:** tenho medo que sinta dor.

Ⓣ **Cólicas:** procurar pesquisar quanto menos remédio melhor, vou usar paninho quente na barriguinha.

Ⓣ **Soluços:**

Ⓣ **Assaduras:** pomada

Ⓣ **Icterícia ;**

Ⓣ **Moleira:**

Ⓣ **Mau olhar:** não acredito!

⑩ **Batismo:** vou batizar

⑩ **Amamentação:** vou amamentar.

⑩ **Arca caída**

⑩ **Alimentação**

⑩ **Vestuário**

⑩ **Dor de ouvido:** paninho quente

⑩ **Bico:** não vou dar

⑩ **Outros**

5. Utilização de recursos populares da comunidade (benzedeiras e curandeiras, etc...)?
Não

6. Utilização de profissionais da saúde (CS e hospitais, outros...)?
Sim

7. O que entende por “família”?
Pai, mãe, nenem, marido, irmão.

8. Você gostaria de esclarecer alguma dúvida em relação a como realizar os cuidados (puérpera/ recém-nascido) em sua casa? Quais seriam?
Só com o umbigo, como fazer a higiene.

9. O que vc pensa sobre os cuidados que o recém-nascido e vc recebem aqui na Maternidade e aqueles que vc fará em casa? Quais são essas diferenças? E relacionado a quê?
Gostei muito, eles passam bem as orientações, pretendo segui-las.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O presente trabalho apresentado publicamente em 02/09/2002 atendeu as exigências da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada. As autoras apresentam as reformulações sugeridas pela Banca Examinadora, ficando pendente o completa relação das referências bibliográficas. Este estudo apresenta coerência e consistência com relação ao referencial teórico-metodológico. Sou de parecer favorável à sua aprovação.

M. Gugone

10.09.02