

**CARLA CRISTINA DE ALCÂNTARA DOS SANTOS
ROSÂNGELA MARCIA FARIA
TAMARY CARLA LEMES FRANZ**

**ASSISTÊNCIA À MULHER PUÉRPERA, COM A CRIANÇA NO SERVIÇO DE
NEONATOLOGIA, FUNDAMENTADA NA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE
CALLISTA ROY.**

Florianópolis

2003

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

**ASSISTÊNCIA À MULHER PUÉRPERA, COM A CRIANÇA NO SERVIÇO DE
NEONATOLOGIA, FUNDAMENTADO NA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE
CALLISTA ROY.**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0372
Autor: Santos, Carla Cris
Título: Assistência à mulher puérpera, c
972492492 Ac. 241637
Ex. I UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0372
Ex. I

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina, apresentado na Disciplina de Enfermagem
Assistencial Aplicada.

Orientadoras:

Prof^ª. Dr^ª. Ilca Luci Keller Alonso.

Prof^ª. Dr^ª. Telma Elisa Carraro.

Supervisora:

Enfermeira Odete Back.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Ilca Luci Keller Alonso.

Prof^ª. Dr^ª. Telma Elisa Carraro.

Enfermeira Odete Back.

Enfermeira Vitória Regina Petters Gregório.

Florianópolis

2003

AGRADECIMENTOS

A DEUS

Toda honra, toda glória e todo Louvor

AOS PAIS

Cláudio e Ângela

Joaquim (in memorian) e Iva

Ebirajara e Elza

AOS IRMÃOS

Júnior e Cláudia

Cristina

Pedro e Fábio

AOS AMORES

Bequinho

Binho

Nano

AO DAVI

AOS FAMILIARES

AOS COLEGAS E AMIGOS

À ACADEMIA

ÀS ORIENTADORAS

Ilca Alonso

Telma Carraro

À SUPERVISORA

Odete Back

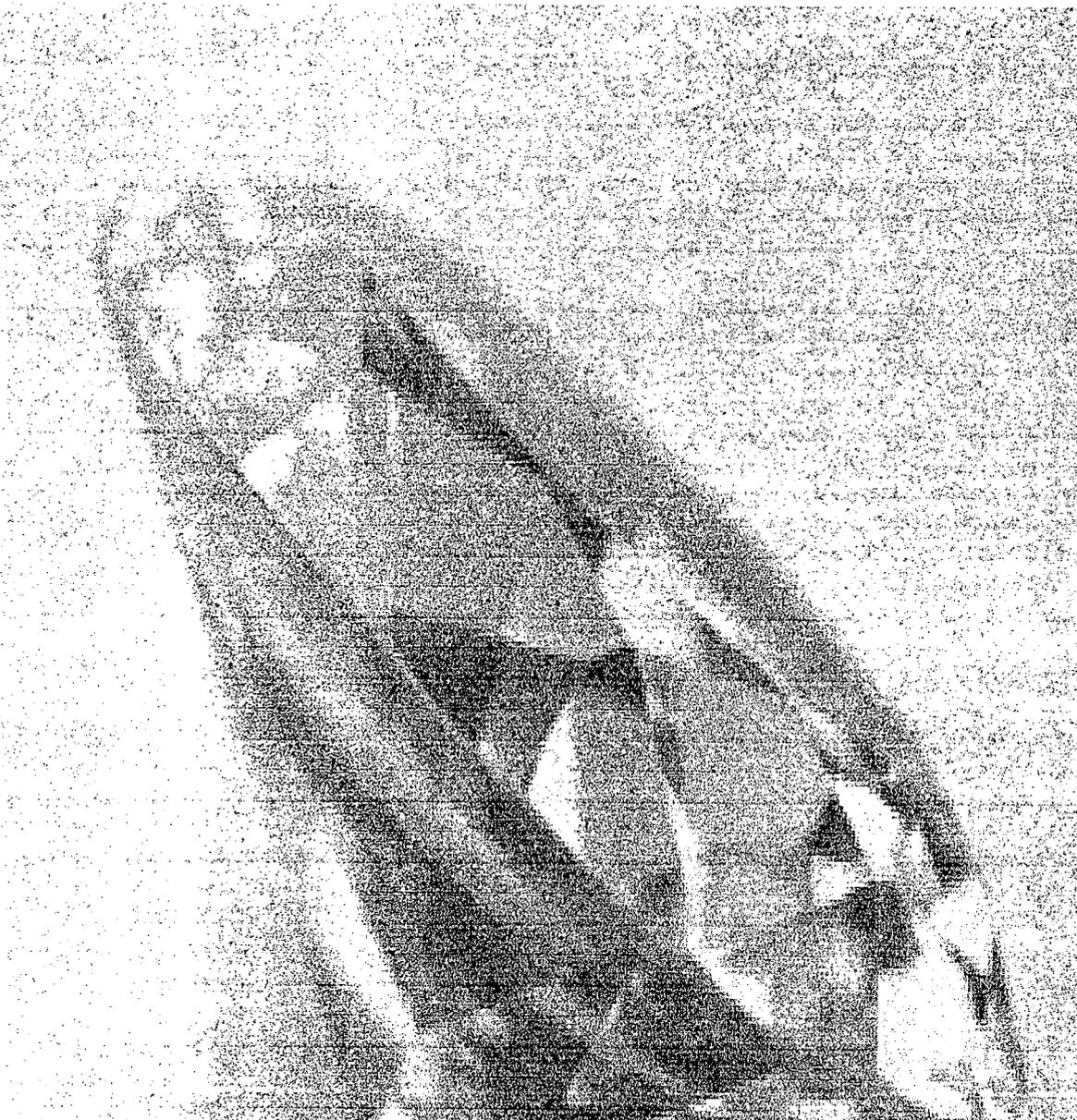
À 4ª Componente da Banca

Vitória Gregório

À TURMA DE ENFERMAGEM UFSC 99/2

ÀS NOSSAS PRECIOSIDADES

As mulheres



*Mulher virtuosa, o seu valor muito
excede ao de joias preciosas
Cinge os seus lombos de força e
fortalece os seus braços.*

Adaptação baseada em Provérbios de Salomão capítulo 31.

SANTOS, Carla C. de A. dos; FARIA, Rosângela M.; FRANZ, Tamary C. L. **Assistência à mulher puérpera com a criança no Serviço de Neonatologia, fundamentada na Teoria da Adaptação de Callista Roy.** 2003. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

O presente trabalho teve como objetivo geral, prestar assistência de enfermagem às mulheres que se encontram com suas crianças no Serviço de Neonatologia, percebendo e trabalhando os modos adaptativos utilizados por elas no enfrentamento das suas vivências nesta complexa situação de vida. Descreve a prática, realizada numa maternidade do Estado de Santa Catarina, no período de 09 de abril a 12 de junho de 2003, constituindo-se no estágio curricular supervisionado, atendendo os requisitos da disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Este trabalho foi fundamentado na Teoria de Adaptação de Callista Roy e norteado pelo pressuposto de que a mulher é um ser único, holístico, desempenhando diversos papéis ao longo de sua existência. A desatenção da sociedade e, em especial dos profissionais da saúde, perante a mulher no período puerperal é um fato importante que motivou este trabalho, fato que se confirmou durante a prática. Neste relato descreve-se a assistência prestada às mulheres no “Abrigo da Mulher” e também nos seus domicílios. A extensão do atendimento aos domicílios foi muito relevante, pois observamos os diferentes modos adaptativos apresentados por elas em seu contexto. Notamos que em seu contexto domiciliar, tínhamos maior atenção delas frente às orientações. No decorrer de nossa assistência, demos uma atenção especial ao fenômeno da lactação, onde observamos que esta se apresentara como um estímulo a modos adaptativos para a maioria das mulheres. Em nossas considerações finais descrevemos a conquista da interação interpessoal mulher/acadêmicas, com melhora da interação do binômio mulher/criança. Além desta, a interação entre as próprias mulheres que formaram uma rede de apoio interna, fortalecendo umas às outras. Ao longo da prática assistencial, conquistamos a transformação de muitas respostas ineficazes em adaptativas, bem com a potencialização destas. Enfim, falamos sobre a importância do esquema de referência e contra-referência entre os serviços de saúde.

Palavras-chave: mulher, recém-nascido, prematuro, adaptação, puerpério.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
1.1. Identificação	08
1.2. Trajetória do Problema.....	09
1.3. Justificativas.....	09
1.4. Objetivos.....	10
1.4.1. Objetivo Geral.....	10
1.4.2. Objetivos Específicos.....	10
2. REVISÃO LITERÁRIA.....	11
2.1. Mulher.....	11
2.2. Aspectos Psicológicos da Gravidez, Parto e Puerpério.....	12
2.3. Prematuridade.....	15
2.4. Puerpério Normal.....	15
2.4.1. Sistema Reprodutor.....	16
2.4.1.1. Útero.....	16
2.4.1.2. Vagina.....	17
2.4.2. Mamas.....	17
2.4.3. Sistema Endócrino.....	17
2.4.4. Sistema Respiratório.....	18
2.4.5. Sistema Tegumentar.....	18
2.4.6. Sistema Hematopoiético.....	19
2.4.7. Sistema Urinário.....	19
2.4.8. Sistema Digestivo.....	19
2.5. Puerpério Patológico.....	20
2.5.1. Infecção Puerperal.....	20
2.5.2. Hemorragias Puerperais.....	20
2.5.3. Perturbações Urinárias.....	20
2.5.4. Tromboflebites.....	20
2.5.5. Patologias Mamárias.....	21
2.6. Sexualidade da Mulher na Gravidez e Puerpério.....	21
2.7. Hospitalização.....	23
2.8. Planejamento Familiar.....	23
2.8.1. Métodos Naturais.....	24

2.8.2. Métodos de Barreira.....	24
2.8.3. Contraceptivos Hormonais.....	25
2.8.4. Dispositivo Intra Uterino – DIU.....	25
2.8.5. Esterilização.....	26
3. MARCO CONCEITUAL.....	27
3.1. A Teórica.....	27
3.2. Principais Conceitos.....	27
3.3. Principais Pressupostos.....	29
3.4. Processo de Enfermagem – Segundo Callista Roy.....	29
3.4.1. Comportamentos de Entrada.....	29
3.4.2. Processos de controle.....	30
3.4.3. Modos Adaptativos.....	30
3.4.4. Comportamentos de Saída.....	30
4. METODOLOGIA.....	34
4.1. Local de Estágio.....	34
4.2. População alvo.....	34
4.3. Descrição da Metodologia da Assistência – Processo de Enfermagem.....	35
5. OPERACIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	37
6. PROCESSOS DE ENFERMAGEM.....	49
7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	108
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
10. ANEXOS E APÊNDICES.....	116

1. INTRODUÇÃO

1.1. Identificação

A prática assistencial foi realizada pelas acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Carla Cristina de Alcântara dos Santos, Rosângela Marcia Faria e Tamary Carla Lemes Franz, sob a supervisão da Enfermeira Odete Back e Orientação das Professoras Doutoras Telma Elisa Carraro e Ilca Luci Keller Alonso. Foi realizada com as mulheres em período puerperal, que se encontravam com suas crianças no Serviço de Neonatologia. O Processo Assistencial foi fundamentado na Teoria da Adaptação de Callista Roy. Este foi desenvolvido no período de 09 de abril a 12 de junho de 2003, totalizando 220 horas, atendendo os requisitos da disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, na 8.^a Fase do Curso de Graduação em Enfermagem.

A instituição escolhida foi uma maternidade pública integrada à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina que dispõe, atualmente, de 121 leitos, destinados ao atendimento obstétrico, ginecológico e oncológico.

Nesta maternidade encontra-se um espaço, denominado por nós “Abrigo da Mulher”, implantado em dezembro de 2001 por uma enfermeira ligada a esta instituição que, percebendo a necessidade de um local para abrigar as mulheres que já estavam em condições de alta hospitalar, e cujas crianças permaneciam internadas no Serviço de Neonatologia, mobilizou-se atingindo o objetivo da implantação. Anteriormente as mulheres, que amamentavam as suas crianças internadas no Serviço de Neonatologia, ficavam vagando pelos corredores, sem ter um local onde descansar entre uma mamada e outra, já que na maioria das vezes estas residiam longe e/ou apresentavam dificuldades financeiras para realizarem o constante deslocamento entre casa-maternidade, maternidade-casa.

Esta prática assistencial inicialmente voltou-se às mulheres que se encontravam no abrigo da mulher e, posteriormente, estendeu-se ao domicílio destas.

Por questões éticas, respeitando as mulheres – fundamentais ao nosso trabalho – e considerando as mesmas como preciosidades utilizaremos nomes de pedras preciosas para denominá-las. Em relação às crianças, utilizaremos a denominação “criança” para se referir ao recém-nascido e “filho” para outros filhos que a mulher possa ter.

1.2. Trajetória do problema

Em vários momentos no decorrer da nossa Graduação em Enfermagem, pudemos observar a desatenção da sociedade, dos familiares e até de alguns profissionais da área da saúde em relação à assistência à mulher no período puerperal. Esta observação tornou-se evidente nas Unidades de Alojamento Conjunto, onde presenciávamos cenas de grande atenção às crianças recém-nascidas e, da outra face, um “esquecimento” das mulheres que ali estavam vivenciando o processo do nascimento e a fase do puerpério.

Considerando este período vivenciado pelas mulheres como crítico e delicado, composto de muitas mudanças fisiológicas, psicológicas e da rotina de vida, inclusive com mudança do “papel da mulher diante da sociedade”, percebemos a necessidade de estudar o problema mais profundamente. Ao estagiarmos nos Serviços de Neonatologia nos perguntávamos “onde estariam as mães daqueles bebês?” Tendo como resposta que elas tinham um local de “hospedagem”, desvinculado da Assistência de Enfermagem, nos admiramos com a pouca atenção destinadas a estas mulheres.

Mulheres, que além de viver um período complexo de suas vidas, passam pelo sofrimento da perda, por afastamento de suas crianças que necessitam de cuidados do Serviço de Neonatologia. Em outras instituições notamos que esta realidade se repetia, optamos então por realizar nosso trabalho no Abrigo da Mulher situado em uma maternidade do Estado de Santa Catarina.

1.3. Justificativas

Esta prática assistencial de enfermagem justifica-se por sua relevância científica, uma vez que está embasada em um modelo teórico relevante no âmbito científico da enfermagem.

A necessidade das mulheres que se encontram no Abrigo da Mulher em receber apoio neste período crítico, no qual enfrentam complexos desafios psicológicos e fisiológicos - devido ao afastamento do seu contexto familiar, da própria criança recém-nascida e a falta de atenção por parte dos profissionais da área da saúde, pelas famílias e pela sociedade - são questões fundamentais que motivaram o desenvolvimento deste trabalho, que evidenciam a sua relevância assistencial.

Esta proposta assistencial foi um projeto pioneiro dentro do Abrigo da Mulher na área da enfermagem uma vez que estas já recebem Assistência Social e Psicológica.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo Geral

O objetivo geral desta Prática Assistencial de Enfermagem foi prestar assistência de enfermagem, tendo como foco as mulheres do Abrigo da Mulher que se encontram com suas crianças no Serviço de Neonatologia, percebendo e potencializando modos adaptativos utilizados por elas em seu contexto.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Conhecer as mulheres assistidas.
- Prestar assistência de enfermagem visando perceber e potencializar modos adaptativos utilizados pelas mulheres em seu contexto, detectando ocorrências fisiológicas ou patológicas do período puerperal, intervindo e encaminhando quando necessário; sempre buscando inseri-la em seu cuidado.
- Dar uma atenção especial ao fenômeno da lactação.
- Realizar visitas ao domicílio das mulheres, de acordo com as possibilidades, para complementar a assistência.
- Despertar, nas pessoas que convivem com as mulheres neste período, o interesse em apoiá-las.
- Preencher o tempo ocioso das mulheres com atividades significativas.
- Incentivar a interação mulher/criança, fortalecendo a relação deste binômio.

2. REVISÃO LITERÁRIA

2.1. Mulher

No dicionário da língua portuguesa, Ferreira (1993), define mulher como “ser humano do sexo feminino; ser após a puberdade; esposa”. Conceito este um tanto limitador, que restringe a mulher ao mero papel de esposa, esquecendo-se que esse ser humano em sua individualidade, é dotado de sentimentos e desejos, bem como possuidor de capacidades, identidades, valores e crenças.

As conquistas femininas obtidas ao longo do tempo levaram a mulher a ocupar um maior espaço na sociedade e a agregar novos valores, novos atributos, novas funções.

Para Carraro (1999; p 23) existem ainda hoje, algumas mulheres que desconhecem toda essa evolução. Vivendo numa esfera em que esses fatos não interferem no cotidiano, continuam reproduzindo a forma de viver de suas antepassadas; outras, embora informadas, dão-se por satisfeitas em desempenhar apenas seu papel de esposa, mãe e dona de casa; em contraposição existem aquelas que ampliam a cada dia o script de seus papéis.

Considerando as várias funções/papéis que a mulher enquanto ser social pode desempenhar, podemos abordar a questão do trabalho extraluar. Apesar deste ser desenvolvido desde os primórdios da civilização, nos dias atuais o trabalho fora do lar é reconhecido enquanto trabalho profissional. E para boa parte das mulheres que o desempenham, a necessidade de trabalhar fora vai além da questão financeira. Simboliza também a produtividade, a sensação de estar exercendo a cidadania, de ser participante do mundo. Criando-se então duas esferas, a do “privado” que compreende todos os afazeres do lar, incluindo filhos e marido, e a do “público” relacionado aos afazeres profissionais, bem como a capacitação.

“A divisão entre as duas esferas é tão significativa que a própria mulher só considera trabalho quando a atividade é fora do espaço físico da casa” (MASSI, 1992, p 40).

Segundo Carraro (1999) “isto, todavia, sobrecarrega-as, haja vista que acabam fazendo o que chamamos de dupla jornada, ou seja, uma jornada no privado e outra no público, ou ainda, múltiplas jornadas e quase simultâneas, dependendo da atividade profissional que realizam”. É importante ressaltar que nem todas as mulheres buscam a realização profissional fora do lar, para muitas, permanecer em casa exercendo as atividades domésticas é satisfatória. Como neste depoimento coletado do livro “Vida de mulheres, cotidiano e imaginário” de Massi (1992):

Eu vou fazer 33 anos e descobri que gosto de cuidar de casa (risos), esse tempo todo brigando comigo, forçando a ser muito mais profissional muito mais mulher que trabalha fora do que eu realmente queria ser; eu acredito que em alguma hora eu vou encontrar um equilíbrio, eu estou doméstica demais atualmente (Suzana).

No âmbito familiar, a figura da mulher enquanto cônjuge é largamente associada à figura materna. Ser mãe é quase que uma obrigação é como se fizesse parte da identidade feminina.

De acordo com Massi (1992; p. 42-43) o homem é educado para trabalhar e ganhar dinheiro para o sustento da família; gostar do que faz ou ter prazer na profissão é, muitas vezes secundário. Já a mulher é educada para ter filhos, ser boa mãe e dona de casa. Esse seria o seu papel social mesmo que visto como não produtivo pela sociedade.

A vivência da maternidade pela mulher é quase sempre motivo de realização embora venha acompanhada de mudanças em sua vida/cotidiano, bem como de alterações fisiológica e psicossociais. Algumas dessas alterações podem surgir antes mesmo da mulher estar ciente da gravidez.

Durante toda a gestação a mulher torna-se o centro das atenções e imediatamente após o parto esse centro é desviado para o bebê, justamente em um momento tão delicado e esquecido como o puerpério.

Após o nascimento torna-se responsabilidade dessa mulher/mãe a manutenção da vida e a busca de subsídios para a sobrevivência física e emocional dos bebês até quase a fase adulta, onde acaba exercendo o papel de socializadora. Essa tarefa é exercida quase que solitariamente pela mulher e o peso de tamanha responsabilidade acaba acarretando a ela desgastes e angústias.

Para Massi (1992) na vida das mulheres a maternação (ou maternagem) é de tal importância devido ao enorme envolvimento feminino na esfera privada.

Em “Psicanálise da Maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher” (CHODOROW, apud MASSI, 1992), diz que a “Maternação é um dos poucos elementos universais e duráveis da divisão do trabalho por sexo”.

Essas duas citações evidenciam que as mulheres na divisão do trabalho por sexos, na esfera privada, ocupam lugar fundamental na organização da família, na vida doméstica e nos cuidados com os filhos.

2.2. Aspectos psicológicos da Gravidez, Parto e Puerpério.

Segundo os dizeres de Soifer (1986) o nono mês de gestação já é um período de muitas incertezas e inseguranças que geram certo grau de ansiedade acerca do futuro que se traduzem em questionamentos como: “Como será o parto?” “Será o bebê normal?” E outras,

que vem da mortalidade puerperal que só teve decréscimo nos últimos 30 anos com o advento dos antibióticos e culturalmente ainda não desvinculou o parto da morte nas novas gerações.

Como afirmam Costa e Katz (1992) o desejo de um filho pertence a um registro diferente, constituindo o que vamos denominar de “bebê imaginário”. Tudo nesta criança tem a ver com própria visão do que seria a criança ideal, perfeita, bonita, cor dos olhos, cabeluda ou careca, grande, fofa e parecida com alguém que lhe agradaria.

Um outro componente que gera ansiedade na gestante é o fato de que alguns médicos hoje ainda proibem as relações sexuais no nono mês de gestação ou até antes como se observa na prática. O marido por esta época também tem seus temores acerca do parto que são bem semelhantes ao da mulher e pela falta de relações mais íntimas busca relações extraconjugais ou dedica-se excessivamente ao trabalho.

Essas crises de ansiedade podem ser expressa na mulher por: gripes, anginas, cólicas, câibras, hiperatividade, insônia e medo ou antecipação do parto.

Nos dias que antecedem ao parto, conforme Soifer (1986) afirma surgem incertezas mais fortes que geram crises intensas em geral conscientemente como: o temor à morte, a dor, o parto traumático por fórceps ou cesariana, ao filho disforme e a morte do filho. Em geral essas crises vão marcando o progresso do processo de apagamento do colo e descida da cabeça do feto em busca do primeiro plano De Lee e por essa ocasião a mulher deixa de perceber os movimentos fetais devido a esse acomodamento da cabeça do feto em suas espinhas ciáticas, plano 0 De Lee e com isso ele está preso e move-se menos; mas a mulher assim não percebe seus movimentos e associa este fato com a morte do feto não é verdadeiro, pois além do encaixamento o espaço dele encontra-se reduzido.

Soifer (1986) relaciona esses acontecimentos fisiológicos aos psíquicos dizendo que a intensidade da ansiedade produz um embotamento da percepção, associado à contratura da musculatura do assoalho pélvico que imobiliza o feto e que se a gestante for capaz de reconhecer as causas, muitas vezes externas, que exacerbaram sua ansiedade ela pode tranquilizar-se e voltar a sentir movimentos do feto.

Muitas vezes não conseguindo a gestante controlar esta ansiedade a contratura muscular pode causar dores que podem ser confundidas com o trabalho de parto e esses alarmes falsos podem deixar a gestante mais confusa e ansiosa.

Podem ocorrer agravos a essas situações comuns quando existem quadros patológicos associados como: DHEG, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, excesso de líquido amniótico, ameaças de parto prematuro, brevidade ou circular de cordão,

más formações fetais graves, sofrimento fetal, gravidez prolongada, morte real do feto dentro do útero, etc.

Soifer (1986) observa:

São também percebidas pela mãe que registra sua respectiva noção de forma consciente, ou a reprime, ocorrendo neste caso uma subsequente aparição de acessos de ansiedade (...) os profissionais habituados ao contato com gestantes sabem, por assim dizer, quando uma paciente manifesta esses temores como parte de sua ansiedade normal é quando, pela intensidade da vivência e pela forma precisa em que descreve suas sensações, existe a possibilidade de que correspondam à realidade. No tratamento analítico, tudo isso aparece ligado a fantasias inconscientes bem definidas, e os sonhos esclarecem tais fantasias.

Segundo Silva Neto (1988) a fantasia segundo as concepções Kleinianas: “Está relacionada com a realização de desejos, mas pode servir a outros propósitos: defesa contra a ansiedade, meio de inibir e controlar impulsos instintivos, ou como expressão de desejos reparadores”.

Durante o período expulsivo devemos ter em mente que a perda da criança e da barriga pode ter significados importantes para aquela mulher que teve meses para observar a evolução do bebê em seu ventre e tem tudo retirado em questão de minutos. Soifer (1986) percebe que a mulher neste período sente-se esvaziada, castrada, ou seja, fica confusa e só emerge quando pode ver a criança e pode segura-lo nos braços para sentir que não o perdeu e assim pode voltar a si e recobrar sua identidade que estava perdida.

Já Costa e Katz (1992) têm uma visão de que: “Uma vez nascido, o bebê é colocado nos braços ou sobre o ventre da mulher que acaba de viver os momentos mais ou menos tensos do parto, ela é confrontada com um ser vivo que assinalou drasticamente sua chegada ao mundo através de um grito inaugural”. Existem conflitos que surgem desta dupla inscrição ao nascer, a mulher confrontará o filho imaginário com este, o filho de sua realidade.

Após o nascimento, a mulher procura por sinais que testemunhem essa identificação da criança para com ela e dela para com a criança, a aparência que ela tenta relacionar com alguém da família, a prensão palmar como a necessidade da criança de tê-la por perto, o choro por colo ou fome que ela sacia com uma parte do seu corpo.

Soifer (1986) vê outro aspecto da amamentação e da adaptação da mulher/criança que foi esperado por meses e que muitas vezes não tem os comportamentos que ela julgava que teria como a criança voraz que a assusta com sua vitalidade em sugar-lhe o seio ou ao contrario a criança dorminhoca que adormece quando colocada ao seio ou nem acorda para saciar a fome e cria na mulher sensação de impotência ou inabilidade em alimentá-la pensando muitas vezes em mitos como o de que seu leite é fraco.

Esses pensamentos e atitudes da mulher para com sua criança nada mais são do que o período de adaptação deles, mas existem agravantes como familiares e amigos que chegam para a visita que ao mesmo tempo em que são importantes, pois festejam a chegada deste novo ser interrompem esse momento de grande importância que Soifer (1986) reforça afirmando:

O parto é um fato social, pelo qual se incorpora ao meio um novo ser humano. E a família continua sendo, ainda, a matriz da sociedade. O reforço dos vínculos familiares que resulta de se permitir que o marido ou, a falta deste, algum outro familiar (mãe, irmã, etc.) participe (...) contribui a assegurar a integração que se vê ameaçada nesses momentos e, por outro lado, ajuda a desmistificar o evento, tão tecido de fantasias assentadas em um total desconhecimento dos fatos.

Ao que concluímos que a família tem importante papel na busca de identidade desta mulher que passou meses esperando uma criança que ela na realidade não conhece e por isso requer dela um tempo de reconhecimento que quando não é bem explorado pode causar agravos como mecanismos de somatização, maníacos ou depressivos de adaptação a estes enfrentamentos dependendo das características individuais de cada mulher.

2.3. Prematuridade

A prematuridade abrange as crianças que nascem vivas antes de completar 37 semanas de gestação. A prematuridade é uma possível causa da internação das crianças no, Serviço de Neonatologia, pois, geralmente requer cuidados especiais com a criança principalmente no que tange a sua regulação térmica.

A prematuridade tem outros aspectos relacionados que lhe são desencadeantes como: o tabagismo materno, gemelaridade, excesso de atividade física da mulher durante a gestação, implantações inadequadas da placenta entre outros fatores que podem estar ligados a hábitos de vida que podem desencadear o parto prematuro.

As causas do parto prematuro podem ser: orgânicas (relativas ao organismo) da prematuridade são muitas e podem estar relacionadas à mulher (maternas), à criança (fetais) e aos anexos (relativas à placenta e à bolsa de líquido amniótico), ou seja, nem sempre podem ser prevenidas pela mulher embora ela procure inconscientemente por explicações que a fazem sentir-se culpada.

2.4. Puerpério Normal

“É o período cronologicamente variável, de duração imprecisa, que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinadas pela gestação no

organismo materno retornam as condições normais” (MELLO; NEME, 1995; REZENDE, 1995; BURROUGHS, 1995; ZIEGEL, 1985).

Sua duração é oficialmente definida por seis semanas, embora possa ser muito variável, principalmente nas mulheres que estiverem amamentando.

De acordo com Vokaer (1955), citado por Mello e Neme (1995) e Rezende (1995) o puerpério pode ser dividido em três períodos distintos:

***Puerpério imediato:** Tem início logo após a dequitação e se estende até o décimo dia pós-parto. Está caracterizado pelo predomínio da crise genital, onde prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas e hiperplasiadas na gestação, bem como pelas alterações gerais referentes à regressão das modificações determinadas pela gravidez.*

***Puerpério tardio:** Vai do 11 dia até o 45 dia. É o período de transição entre a fase da crise e da recuperação genital, mitigando a primeira e ganhando impulso a segunda, especialmente nas mulheres não lactantes.*

***Puerpério remoto:** É o período de duração imprecisa, que tem início no 46 dias e se estende até a completa recuperação das alterações determinadas pela gestação e parto, e o retorno dos ciclos menstruais ovulatórios normais. Nas mulheres não lactantes, este período é curto, podendo perdurar entre 50 e 60 dias. Nas lactantes, este período poderá ser maior, dependendo da duração da lactação.*

No pós-parto ocorrem importantes modificações sistêmicas no organismo materno, tais como as que abordaremos a seguir:

2.4.1. Sistema Reprodutor

Segundo Branden (2000), o sistema reprodutor recupera-se da gravidez e do nascimento do bebê por mecanismos únicos e eficazes. Contudo, algumas estruturas são alteradas irreversivelmente.

2.4.1.1. Útero

As alterações sofridas pelo útero após a expulsão do feto e da placenta, são profundas. Porém retornam gradativamente ao estado não-gravídico.

Essas alterações envolvem o miométrio e o endométrio. Conforme Branden (2000), a involução, que é um processo bem equilibrado, resulta das contrações musculares e da autólise, também conhecida como autodesintegração ou autodigestão das células e dos tecidos. Logo após a expulsão da placenta, as contrações miométriais vigorosas encolhem o útero, estas contrações têm intervalos e força irregulares.

A involução do útero é rápida. Branden (2000) “afirma que uma hora após o nascimento do bebê, o fundo do útero é palpável na cicatriz umbilical ou pouco acima (...) Na

segunda semana após o parto, o útero já terá voltado à cavidade pélvica e não será mais palpável como um órgão abdominal”.

2.4.1.2. Vagina

Após o parto normal, a vagina fica um pouco mais dilatada e edemaciada, e apresenta paredes lisas e com o tônus muscular reduzido. Aos poucos, a vagina vai se contraindo e o edema reduzindo. O epitélio vaginal, bem vascularizado e lubrificado durante a gravidez, torna-se frágil e atrófico.

Lóquios: secreção vaginal presente no pós-parto relaciona-se à regeneração do endométrio. Nos partos cesáreos o fluxo loquial é menos intenso e duradouro do que nas mulheres que realizaram o parto por via vaginal.

Segundo Branden (2000), em todas as pacientes, o fluxo loquial tem três estágios progressivos.

Os lóquios progridem por três estágios, cada qual com características especiais que refletem a cicatrização endometrial progressiva.

Lóquio rubro: Um a quatro dias após o parto. Consiste basicamente em sangue e tecido da decídua. Pode ter um odor ligeiramente carnoso.

Lóquio seroso: Cinco a sete dias após o parto. Contém líquido seroso, tecido da decídua, leucócitos e eritrócitos. Tem coloração róseo-acastanhada. É seroso e inodoro.

Lóquio branco: Uma a três semanas após o parto. Consiste basicamente em leucócitos e células da decídua. Tem coloração esbranquiçada, acastanhada ou quase incolor. Pode ter um odor ligeiramente rançoso.

Fogem da normalidade os lóquios que contenham coágulos maiores do que uma moeda ou fragmentos de tecido e/ou que apresentam odor fétido. Essas alterações podem ser indicativas de endometrite ou outra infecção.

2.4.2. Mamas

Durante a gravidez inciam-se as alterações inclusive o crescimento dos mamilos e das aréolas, os lobos amadurecem e ocorre um aumento da vascularização. O tamanho das células mamárias e a quantidade de receptores para a ocitocina também aumentam para preparar a mama para a lactação.

2.4.3. Sistema Endócrino

Assim Branden (2000) apresenta o sistema endócrino como ocorre com o sistema reprodutor, o sistema endócrino passa por profundas alterações no período pós-parto. Algumas dessas adaptações estão relacionadas com as alterações do sistema reprodutor.

Quando a placenta é eliminada, os níveis dos hormônios placentários circulantes diminuem rapidamente. O nível do estrogênio cai rapidamente nas primeiras horas após o parto, diminui de forma mais gradativa até o sétimo dia do período pós-parto. A concentração sangüínea da progesterona diminui abaixo dos níveis da fase lútea em torno do terceiro dia do período pós-parto. Depois da primeira semana, a progesterona não será detectada na circulação até que as ovulações recomecem. Os primeiros ciclos menstruais após o parto podem ser irregulares e mais curtos do que os normais.

É comum que ocorra um período de amenorréia após o parto, porém ocorre controvérsia quanto aos mecanismos fisiológicos, e aos mecanismos que restabelece os ciclos menstruais.

A lactação retarda o retomo dos ciclos menstruais normais; a duração desse intervalo depende da duração e da freqüência da amamentação materna.

Em caso da puérpera amamentar de duas em duas horas poderá ocorrer suspensão de seu ciclo menstrual ou demora a que o mesmo retorne ao normal, porém não é um método contraceptivo eficaz se a amamentação for esporádica.

2.4.4. Sistema Respiratório

Conforme afirmações de Branden (2000) as alterações anatômicas da cavidade torácica relacionada ao crescimento progressivo do útero, regredem gradativamente após o nascimento do bebê; a expansão pulmonar plena e o pulmão retornam ao normal.

2.4.5. Sistema Tegumentar

Branden (2000) relembra as alterações cutâneas associadas à gravidez.

Durante o período pós-parto, as alterações pigmentares causadas pela gravidez — inclusive cloasma (também conhecido como melasma, ou máscara gravídica) e a linha nigra (uma faixa escura na linha média do abdômen) regredem gradativamente. Contudo, em algumas mulheres essas alterações são irreversíveis. A gravidez pode estimular o desenvolvimento dos nevos pigmentados, levando-os a crescer ou mudar de cor ou, ainda, à formação de lesões novas. Essas alterações tendem a regredir após o parto. Os nevos que não voltarem ao seu aspecto pré-concepcional devem ser avaliados. O escurecimento dos mamilos, que também é causado pela gravidez, regride parcialmente no período pós-parto. Qualquer acentuação da acne associada à gravidez também regride à medida que se estabilizam os níveis hormonais.

Outra alteração tegumentar que preocupa as mulheres é o aparecimento das estrias, que se contraem e ficam menos nítidas dentro de um ano após o parto. Embora se tornem menos evidentes jamais desaparecem por completo.

2.4.6. Sistema Hematopoiético

No organismo materno, após o parto, ocorrem importantes alterações em nível de Sistema Hematopoiético, as mais importantes são:

- *Declinação do volume sanguíneo em função do volume de sangramento provocado pela dequitação, retomando ao normal com cerca de seis semanas.*
- *Diminuição do número de hemácias nos primeiros dias para se normalizar progressivamente.*
- *Observação de leucocitose (15.000-20.000 mm), retomando ao normal durante a primeira semana pós-parto.*
- *Elevação das plaquetas nos três primeiros dias, retornando logo 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 três a cinco semanas.*
- *Aumento da atividade fibrinolítica devido ao estresse da parturição.*
- *Aumento nas primeiras semanas após o parto/ dos fatores de coagulação já presentes na gestação/ o que predispõe a tromboflebite e embolia. (MELLO; NEME; 1995; ZIEGEL; CRANIEY; 1985; REZENDE, 1995 Apud OLIVEIRA; MONTICELLI; BRÜGGEMANN 2002).*

2.4.7. Sistema Urinário

Logo após o parto a bexiga tem sua capacidade aumentada, porém apresenta-se edemaciada hiperemiada e até mesmo com petéquias e hemorragias submucosas.

Algumas mulheres podem ficar momentaneamente incapazes de esvaziar completamente a bexiga. O parto pode ocasionar alguns traumas no meato urinário e nos tecidos subjacentes. Todas estas alterações expõem a mulher a um alto risco de infecção do sistema urinário.

2.4.8. Sistema Digestivo

Logo após o parto, ocorre a normalização das funções gastrointestinais. Entretanto é freqüente a ocorrência da constipação intestinal causada principalmente pela (o):

- *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 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 distendido no período expulsivo.*
- *Edemas gengivais, algumas vezes presentes na gravidez, também regridem em alguns dias após o parto. (REZENDE, 1995; ZIEGEL, CRANIEY, 1985; BURROUGHS, 1995; MELLO, NEME, 1995).*

2.5. Puerpério Patológico

A mulher no período puerperal está suscetível a vários riscos, classificamos como os principais: infecções, hemorragias, perturbações urinárias, tromboflebitas e patologias mamárias.

2.5.1. Infecção puerperal

Segundo Santos (2002) qualquer infecção ocorrida no aparelho genital recentemente após o parto influenciado pelas alterações do organismo puerperal. É a principal causadora de febre no puerpério, como também uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna no ciclo grávido-puerperal. Podem ser classificadas em *endógenas*, que são originárias de organismos patogênicos endógenos já presentes no trato genital ou outro local do organismo da puérpera; e *exógenas*, quando causadas por microorganismos externos. Os principais tipos de infecções puerperais são: Períneo-vulvovaginite e cervicite, Endometrite e Miometrite, Parametrite (infecção do tecido conjuntivo fibro-areolar parametrial), Salpingite e Ovarite (trompas e ovários), Pelveperitonite (infecção do peritônio acompanhando várias formas de infecção localizada), Peritonite Generalizada (decorrente de outras infecções), Bacteremia (infecção aguda por bactérias na corrente sanguínea), Septicemia (disseminação generalizada da infecção).

2.5.2. Hemorragias puerperais

Hemorragias que ocorrem após o parto e ultrapassam 500ml de sangue perdido. Podem ser *Precoces*, tendo como principais causas Atonia Uterina e Lacerações de Trajeto; *Tardia*, como principal causa Retenção de restos ovulares e placentários (SANTOS, 2002).

2.5.3. Perturbações urinárias

As mais freqüentes são as infecções urinárias. Podendo ser causadas por dificuldade de esvaziamento da bexiga, áreas traumatizadas no momento do parto, entre outros. (SANTOS, 2002).

2.5.4. Tromboflebitas

Seu risco aumenta na gravidez e puerpério, tendo como causas: Mudança na coagulação sanguínea, diminuição do tempo parcial de tromboplastina e aumento da dilatação das veias (facilitando o acúmulo de sangue nas extremidades inferiores). (SANTOS, 2002).

2.5.5. Patologias mamárias

Ingurgitamento mamário: Ocorre pelo congestionamento venoso e linfático da mama e pela estase Láctea em qualquer uma das porções do parênquima. Causado pelo esvaziamento incompleto ou inadequado da glândula mamária, caracteriza-se por mamas aumentadas de tamanho, em tensão máxima, túrgidas, dolorosas e quentes. (SANTOS, 2002).

Fissura mamilar: Ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo ocasionada por pega incorreta no momento da sucção do bebê, bem como pelo uso de bombas para ordenha. Fatores predisponentes: Sucção ineficiente, uso de medicamento tópico, higiene excessiva, falta de preparo do mamilo no pré-natal.

Mastite puerperal: Infecção aguda da mama. Ocorre por invasão de microorganismos patogênicos no tecido mamário. Pode ser Parenquimatosa, Areolar ou Intersticial. Fatores predisponentes: Má drenagem do leite, presença de germe e diminuição da defesa materna. (SANTOS, 2002).

2.6. Sexualidade da mulher na Gravidez e Puerpério

Segundo Dicionário da BARSÁ (1980), “Sexualidade: 1. Qualidade sexual. 2. O conjunto dos fenômenos sexuais. 3. Sexo”.

A sexualidade é uma das mais importantes e complexas dimensões da condição humana. Sua compreensão envolve controvérsias e diferentes posições religiosas, morais e políticas, visto que os efeitos que ela produz são relacionados, quase sempre, a mais de uma pessoa. Assim sendo, pode-se abordar a sexualidade de muitos aspectos. (COSTA, 2001, p. 32).

A sexualidade sendo muito abrangente envolve várias áreas da vida da mulher; devemos assim ao assistir a mulher respeitá-la como um ser sexuado e individualizado, envolvido por diferentes culturas. Além das formas de pensar influenciadas pelas culturas, as mulheres podem sofrer alterações em sua sexualidade dependendo do momento em que estão vivendo. Alguns destes momentos de grande influência sobre o corpo e mente da mulher é a gravidez e puerpério/ maternidade, o qual trataremos a seguir.

O texto abaixo trata de uma abordagem de (PARISOTTO, 2001):

A gravidez é um fenômeno diferenciado na vida de um casal. Hoje, cada vez mais, o homem tende a participar neste processo ativamente. É comum encontrarmos homens sentados na sala de espera do consultório de obstetras, ou mesmo saindo do médico com suas esposas grávidas. A gestação pode e deve ser uma etapa vivida a dois (...) tanto os homens quanto às mulheres passam por adaptações físicas e emocionais, inclusive na sua relação sexual durante a gestação. Não é raro nos depararmos com mudanças físicas nos parceiros de gestantes, como o aumento de peso e, em algumas situações, intolerância gástrica. Em uma tribo da Nova Guiné, os maridos, após o parto de suas esposas, colocam-se prostrados no leito como

mulheres no puerpério (período que segue imediatamente ao parto), apresentando os mesmos sintomas que elas, como dor, desconforto, insegurança, depressão e ansiedade.

A respeito da proibição de relações sexuais durante o último mês de gestação, Soifer (1986) defende que as relações sexuais durante este período são benéficas por manterem a harmonia conjugal uma vez que mantêm a capacidade orgástica da mulher e a elasticidade dos músculos perineais que serão utilizados por ocasião do parto e no marido diminui os ciúmes em relação à esposa e o feto.

No último mês, os obstetras oferecem orientações contraditórias. Alguns recomendam abstinência até o final da gravidez, outros apenas na última semana. Concordam na abstinência se existir algum risco obstétrico. Alguns recomendam sexo até o final mesmo, evitando-se ansiedades sexuais por parte da mulher.

Após o parto, recomenda-se um período de abstinência até se recomeçar a vida sexual (aproximadamente de 4 a 6 semanas). No entanto, muitos casais mantêm atividade sexual bem antes disto. A mulher vai apresentar menos desejo sexual devido a alterações hormonais, com aumento da Prolactina e também pela exaustão do pós-parto e dos cuidados iniciais com um bebê. (PARISOTTO, 2001).

São várias as mudanças ocorridas no período gestacional, acrescentamos ainda que findo este período, mudanças continuam acontecer (o retorno das alterações do corpo, bem como a preparação do organismo para o sustento da criança), além disso, no puerpério todas as alterações vividas pela mulher anteriormente ainda são muito recentes. Devido a todos esses fatores a mulher encontra-se fragilizada inclusive para enfrentar a questão da sexualidade.

Segundo BURROUGHS (1995 p.229):

A relação sexual pode ser reiniciada com segurança, quando cessarem os lóquios, a incisão da episiotomia cicatrizar e a mulher sentir-se disposta. O tempo pode variar de três a seis semanas. Se a mulher teve uma laceração ou foi submetida a uma episiotomia extensa, ela, talvez, tenha que esperar mais que o períneo cicatrize. A primeira relação após o parto, talvez, seja um pouco desconfortável, devido, em parte, ao ressecamento ou à lubrificação reduzida da vagina. As mulheres devem ser orientadas a usar um lubrificante solúvel em água. Para muitas mulheres a paciência e o carinho do parceiro são fatores de grande importância.

“A maternidade é vivida como aventura existencial misteriosa e fantástica que pertence à mulher e lhe proporciona prazer, apesar da dor”. (LABRONICI, 2002, p.85-86).

“O outro grande mistério feminino está na maternidade, alicerce de todas as sociedades”. (HUNT, 1994).

LABRONICI (2002, p.87) cita que:

A maternidade para a grande maioria das mulheres permanece como passagem particularmente valorizada na sua vida, o lugar da afirmação por excelência da sua identidade sexuada (KNIBIEHLER, 2001). Ela é elemento chave da construção identitária da mulher. São as mudanças que ocorrem no seu ciclo vital e que são associadas às mudanças em termos de situação social (HELMAN, 1994), e que envolve as dimensões psicológicas, sociais e simbólicas.

A mulher quando se torna mãe (principalmente pela primeira vez) passa a assumir este papel diante de si e da sociedade. Torna-se mais sensível, com certa fragilidade e insegurança vivenciando um novo tipo de amor (mãe-filho) e ao mesmo tempo um choque de papéis diante de seu parceiro que anteriormente a tinha apenas como companheira e amante.

2.7. Hospitalização

Soifer (1986) relembra que o contexto da internação traz uma série de particularidades, pois a mulher está em meio desconhecido, sendo atendida por pessoas desconhecidas, e muitas vezes compartilha o quarto com outras mulheres que lhe são estranhas e por isso perde sua privacidade na atenção de sua criança, quando muitas vezes ela apresenta necessidades infantis de proteção e carinho, pois estão aguçados como na infância os temores e as ansiedades de solidão.

Como já foi citado anteriormente descreve o parto como um fato social recebe um novo ser porém quando esse festejo não é realizado pode ocasionar depressão intensa na mulher.

A presença dos lóquios também é percebida neste período e quando não bem explicada e compreendida nos primeiros momentos gera ansiedades e medos, pois as pessoas em geral têm certo temor do sangue.

A adaptação à amamentação entre mulher/criança também se dá neste período que compreende os primeiros dias e como cada criança é única podem surgir dificuldades como mamilo excessivamente protruso, pouco colostro no início da lactação, dificuldade de pega, entre outras.

2.8. Planejamento Familiar

O planejamento familiar tornou-se uma preocupação evidente das mulheres que atendemos no Abrigo da Mulher e que ficou mais proeminente ainda àquelas que efetuamos visitas domiciliares. Este planejamento familiar pode basear-se em diferentes métodos como: naturais, de barreira, hormonais, dispositivo intra uterino e esterilização.

2.8.1. Métodos Naturais

Segundo Brunner & Suddarth (2000) “planejamento familiar natural é qualquer método de regulação da concepção que se baseie na consciência dos sinais e sintomas da fertilidade durante o ciclo menstrual”. Usa-se o conhecimento que a mulher tem de seu corpo para detectar o período fértil e assim impedir a fecundação por abstinência. Detecta-se tais dias pela observação do muco vaginal e a mensuração da temperatura corporal (estes dois são alterações produzidas pelas mudanças hormonais que provocam a ovulação) e pela tabela de dias férteis.

Método de Billings ou Muco Cervical baseia-se na observação do muco cervical que fica alterado nos dias da ovulação apresentando aspecto de clara de ovo, ou seja, transparente, elástico, escorregadio e fluido (NASCIMENTO & ZAMPIERI, 1999).

Método da temperatura corporal basal emprega o uso de um termômetro de coluna de mercúrio para mensurar a temperatura corporal logo pela manhã e nos quatro dias férteis verificaremos o aumento de 0,2°C.

Método de Ogino Knaus ou Tabelinha baseia-se em padrões que referem que na maioria das mulheres a ovulação ocorre entre 11 e 16 dias após o primeiro dia da menstruação. Devido ao fato do espermatozóide permanecer vivo por quatro dias no corpo da mulher e o óvulo permanece vivo por três dias reduzindo os dias em que pode ocorrer relação sexual a do 1º ao 7º dia e do 20º ao 28º dia, ou seja durante metade do ciclo a mulher deve abster-se de sexo (NASCIMENTO & ZAMPIERI, 1999).

Para a utilização dos métodos naturais a mulher deve ter um ciclo regular e acompanhar estes sinais por um período mínimo de seis meses para poder confiar no método escolhido, tendo a vantagem de não usar de procedimento invasivo ou interferir na ação hormonal e sem nenhum custo à paciente.

2.8.2. Métodos de Barreira

Os métodos de barreira também têm como vantagem geral o baixo custo.

Preservativo Masculino consiste em um envoltório de látex para o pênis que retém o esperma prevenindo a concepção e a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis bem como o baixo custo e a distribuição pela rede de atenção primária de saúde.

Preservativo Feminino cilindro de poliuretano preso em uma extremidade por um anel fechado que cobre o colo uterino e na outra extremidade possui um anel aberto que protege o períneo (BRUNNER & SUDDARTH, 2000). Este método protege as mulheres da

concepção indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis, embora não possa ser usado em algumas posições para o coito.

Diafragma é um anel flexível de borracha (50 a 90mm de largura) em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo totalmente o colo do útero, possui vários tamanhos e por isso o ginecologista deve medir o colo do útero para ter um ajuste perfeito e para acompanhamento já que pode aumentar a incidência de infecções do trato urinário. O diafragma tem vida útil de dois anos mas deve ser utilizado com espermicida para aumentar sua eficácia Brunner & Suddarth (2000).

Espermicidas são substâncias químicas e impedem a penetração dos espermatozoides no canal cervical, disponíveis em forma de espuma, gel. São mais eficazes se combinados ao preservativo ou diafragma, proporcionam alguma proteção contra gonorréia e Chlamydia, porém podem causar irritação local (BRUNNER & SUDDARTH, 2000).

2.8.3. Contraceptivos Hormonais

Contraceptivos Orais podem ser somente de progesterona ou combinações de estrogênio e progesterona sintéticos, em várias combinações. Sua ação se dá na hipófise anterior impedindo a liberação de hormônio folículo estimulante (FSH) e assim bloqueando a estimulação ovariana (BRUNNER & SUDDARTH, 2000). Possui várias contra indicações como: diabetes, enxaquecas, lactação e cardiopatias em geral como relatam Nascimento & Zampieri (1999).

Contraceptivos Injetáveis intramusculares à base de progestina podem ser usados mensalmente ou trimestralmente inibindo a ovulação pelo mesmo mecanismo de ação dos contraceptivos orais. Este método pode ser utilizado em fase de lactação e por hipertensas.

2.8.4. Dispositivo Intra Uterino - DIU

DIU - Dispositivo Intra Uterino é um pequeno dispositivo de plástico usualmente em formato de T, que é inserido na cavidade uterina causando irritação local. Pode liberar progestina ou cobre e essa liberação potencializa sua ação contraceptiva. O DIU de Progestina possui ação hormonal local diminuindo cólicas e deve ser trocado em cinco anos, o DIU de Cobre libera este metal que possui ação antiespermática, possui menor taxa de erro e deve ser trocado em oito anos (BRUNNER & SUDDARTH, 2000).

2.8.5. Esterilização

Os dois métodos contraceptivos mais eficientes depois da abstinência são os chamados permanentes: a laqueadura tubária e a vasectomia.

Ligação Tubária ou esterilização feminina consiste em um procedimento cirúrgico com incisão periumbilical que visualiza e laqueia as Trompas de Falópio rompendo assim sua permeabilidade, e impedindo a passagem dos espermatozoides para a fecundação do óvulo. Não afeta a produção hormonal e necessita de um dia de hospitalização.

Vasectomia ou esterilização masculina é a realização, a nível ambulatorial, de uma laqueadura e transecção de parte do canal deferente, com ou sem a retirada de um segmento deste, evitando assim a passagem do esperma sem prejuízo da ereção, ejaculação ou produção de hormônios masculinos. Pode ser reversível em 40 a 75% dos casos. Geralmente suas complicações são edema, hematoma ou inflamação todos locais, (BRUNNER & SUDDARTH, 2000).

3. MARCO CONCEITUAL

Segundo Nitschke apud Lindner (2002):

O marco conceitual é uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre vários conceitos que o compõem. No campo da prática 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.

De acordo com este, seguiremos a Teoria da Adaptação de Callista Roy que nos pareceu a mais apropriada à adaptação daquelas mulheres e famílias ao seu novo integrante que permanece no Serviço de Neonatologia da maternidade.

3.1. A Teórica:

Segundo George (1993) Sister Callista Roy. Doutora, nascida em 1939, é uma teórica da enfermagem no Boston College, em Massachusetts. Anterior a isso, Roy foi Membro do Pós-Doutorado e Doutora em Enfermagem Clínica da Robert Wood Johnson na Universidade da Califórnia. Roy ocupou vários cargos, inclusive o de Presidente do Departamento de Enfermagem, do Mount Saint Mary's College, em Los Angeles: o de Professor-Adjunto, no Programa de Pós-Bacharelado, da Escola de Enfermagem da Universidade de Portland e Diretora Interina e Consultora em Enfermagem, no Saint Mans Hospital, em Tucson, Arizona. Ela obteve seu grau de Bacharel em Enfermagem, em 1963, no Mount Saint Mary's College, em Los Angeles: o grau de Mestre em enfermagem, em 1966 e o grau de Doutora em Sociologia, em 1977, na Universidade da Califórnia; ela é membro da American Academy of Nursing e está em atividade em varias organizações, inclusive na Sigma Theta Tau e na North American Nurses Diagnosis Association (NANDA). É a autora e a co-autora de vários trabalhos que incluem Introduction to Nursing: An Adaptation Model, Essentials of the Roy Adaptation Model, e Theory Construction in Nursing: An Adaptation Model. (George, 1993).

O Modelo de Adaptação de Roy evoca muito interesse e respeito, desde seu início, em 1964, por Roy, como parte de seu trabalho de pós-bacharelado, na Universidade da Califórnia, em Los Angeles, sob a orientação de Dorothy E. Johnson, em 1970, o corpo docente da Mount Saint Mary's College de Los Angeles adotou o Modelo de Adaptação de Roy, como a estrutura conceitual de seu currículo de graduação em enfermagem. Foi escrito um texto por Roy e colegas da faculdade, descrevendo o Modelo de Adaptação de Roy e apresentando a Avaliação e a intervenção de enfermagem, refletindo o foco distintivo do método. Em 1984, foi publicada uma edição extensivamente revisada de Introduction to Nursing: An Adaptation Model. Posteriormente, Roy e Roberts escreveram Theory Construction in Nursing: An Adaptation Model, para debater o uso do Modelo de Roy na construção da teoria de enfermagem. O leitor, entusiasmado pelo modelo, descobrirá ter ocorrido e ainda ocorrer uma reação bastante rica de parte dos profissionais de enfermagem, educadores e pesquisadores, na análise, teste e aplicação do modelo à enfermagem.

3.2. Principais Conceitos

Conceito é uma idéia, ou um conjunto de idéias organizadas que representa, que dão significado próprio à imagem de determinado objeto ou evento. Um conceito não é fechado em si mesmo, pois se relaciona com outros conceitos. Podem ser

modificados continuamente, pela dinâmica das idéias que se possibilita ao interagir com o mundo, incluindo o mundo das idéias. Desta forma, um conceito pode ser interpretado diferentemente, em razão do significado que lhe é dado pela pessoa que o pensa em seu momento histórico. (PATRÍCIO, 1990, Apud, LINDNER, 2002).

Mulher: Nossa cliente foi a mulher em período puerperal que se encontrava em uma Maternidade do Estado de Santa Catarina, primordialmente as do Abrigo da Mulher. Para Roy Cliente é: “Ser biopsicossocial em constante interação com o meio em mudança. Continuamente mudando e tentando se adaptar”(ROY apud GEORGE, 1993). Conceituamos mulher como: Ser humano dotado de valores, crenças e personalidade próprios; mutável segundo seu ambiente e possuidor de modos adaptativos.

Modos adaptativos/ efetores: “Os modos adaptativos ou efetores são uma classificação das formas de enfrentamento que representam uma atividade reguladora ou cognitiva”(ROY apud GEORGE, 1993).O processo vital necessita de um constante reajuste do organismo para reformular um equilíbrio em sucessivo abalo, este reajuste se dá através dos modos adaptativos com o meio.

Contexto: Para Roy (apud George, 1993) ambiente é: “Todas as condições, circunstâncias e influências que cercam e afetam o desenvolvimento e o comportamento das pessoas”. Além das “condições, circunstâncias e influências”, citadas por Roy, lembramos do ambiente físico propriamente dito, nossa área de atuação, Serviço de Neonatologia, Abrigo da Mulher, AC, domicílio da mulher; entre outros. Enfim, meio em que estamos, local e condições a que tentamos continuamente nos adaptar tendo como meta à promoção de nossa saúde.

Saúde: Segundo George (1993), Roy vê a saúde como: “Processo de tornar-se integrado e capaz de alcançar as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e controle”. Não compreende necessariamente a ausência de doença, mas através da capacidade de adaptação do ser com o meio, equilíbrio dos mecanismos biológico, psicológico e social. Objetivo a ser alcançado com as Ações de Enfermagem.

Ações de enfermagem: De acordo com George (1993), “As Ações de Enfermagem sugeridas pelo modelo de Roy incluem métodos que visam à manutenção de respostas adaptativas, apoiando, assim, os esforços da pessoa para utilizar, criativamente, seus

mecanismos de enfrentamento”. Nossa principal ação se deu na identificação do modo adaptativo da mulher diante das diversas situações por ela vivida, elaborando formas de potencializarmos tal reação quando positivas/ benéficas à família e principalmente à cliente.

3.3. Principais Pressupostos

Roy expôs seus principais pressupostos na Conferência Internacional de Enfermagem em Edmonton em maio de 1984, esses pressupostos derivam da Teoria dos Sistemas, da Teoria de Nível de Adaptação de Helson e de pressupostos filosóficos a partir de valores humanísticos. Conforme Mariner-Tomey (1997) são eles:

Pressupostos da Teoria de Sistemas

- *Um sistema é um conjunto de unidades relacionadas ou conectadas entre si para formar uma unidade ou uma totalidade.*
- *Um sistema é uma totalidade que funciona como tal em virtude da interdependência de suas partes.*
- *Os sistemas têm entradas, saídas e processos de controle e de retroalimentação.*

Pressupostos derivados da teoria de Helson

- *A conduta humana representa a adaptação das forças de controle do organismo.*
- *A conduta adaptativa é uma função dos estímulos e do nível de adaptação, o efeito acumulado dos estímulos focais, contextuais e residuais.*
- *A adaptação é um processo de resposta positiva para as modificações de controle. Esta resposta positiva diminui a resposta necessária para fazer frente aos estímulos e aumenta a sensibilidade para responder a outros estímulos.*
- *As respostas refletem o estado do organismo e as propriedades dos estímulos, porque se consideram processos ativos.*

Pressupostos Derivados do Humanismo

- *As pessoas possuem sua própria capacidade criativa.*
- *A pessoa é holística.*
- *As opiniões e pontos de vista de uma pessoa tem valor.*
- *As relações interpessoais são importantes.*

3.4. Processo de Enfermagem - Segundo Callista Roy

3.4.1. Comportamentos de entrada:

Resultantes da influência de estímulos, provenientes tanto do contexto (meio) quanto da própria pessoa. O nível de adaptação é determinado pelo efeito desses estímulos, que são classificados em:

Estímulo focal: *Um estímulo focal é “o grau de modificação ou de estímulo ao que se confronta a pessoa de uma forma mais imediata e faz com que se desenrole a resposta adaptativa, é dizer que é o fator que precipita a conduta”.*

Estímulos contextuais: *Os estímulos contextuais são “todos os demais estímulos presentes que contribuem para a conduta que se ocasiona ou precipita por meio do estímulo focal”.*

Estímulos residuais: *Os estímulos residuais são os “fatores que podem afetar a conduta, mas cujos efeitos não estão validados”.* (MARINER - TOMEY 1999).

3.4.2. Processos de controle:

Constituído pelos subsistemas funcionais:

Regulador: Por meio de modos adaptativos fisiológicos, responde automaticamente mediante processos de afrontamento neurológico, químico e endócrino.

Cognitor: Subsistema constituído por um mecanismo de afrontamento que responde através de processos complexos de percepção e de tratamento da informação, aprendizagem, opinião e emoção. (MARINER - TOMEY 1999).

3.4.3. Modos adaptativos:

Oferecem as formas ou manifestações da atividade dos subsistemas regulador e cognitor. As respostas dos estímulos produzem-se através de quatro modos:

Modos fisiológicos: São aqueles relacionados às necessidades corporais básicas e as formas de fazer frente à adaptação no que se refere aos seus fluidos e eletrólitos, exercício e descanso, eliminações e nutrição, circulação, oxigênio e regulação, que incluem os sentidos, a temperatura corporal e a regulação endócrina.

Modos de autoconceito: São aqueles relacionados ao autoconceito, que é o conjunto de opiniões e sentimentos que se tem sobre si mesmo em um dado momento. Se forma a partir das percepções em particular das reações dos demais e dirige a própria conduta.

Modos de função de papéis: São aqueles relacionados à realização das obrigações, baseado-se nas posições sociais. A forma em que uma pessoa representa seu papel depende da interação de cada um com o outro em uma determinada situação.

Modos de interdependência: Ao modo de interdependência se constituem as relações de um com os demais e com os sistemas de apoio significativos. (MARINER - TOMEY 1999).

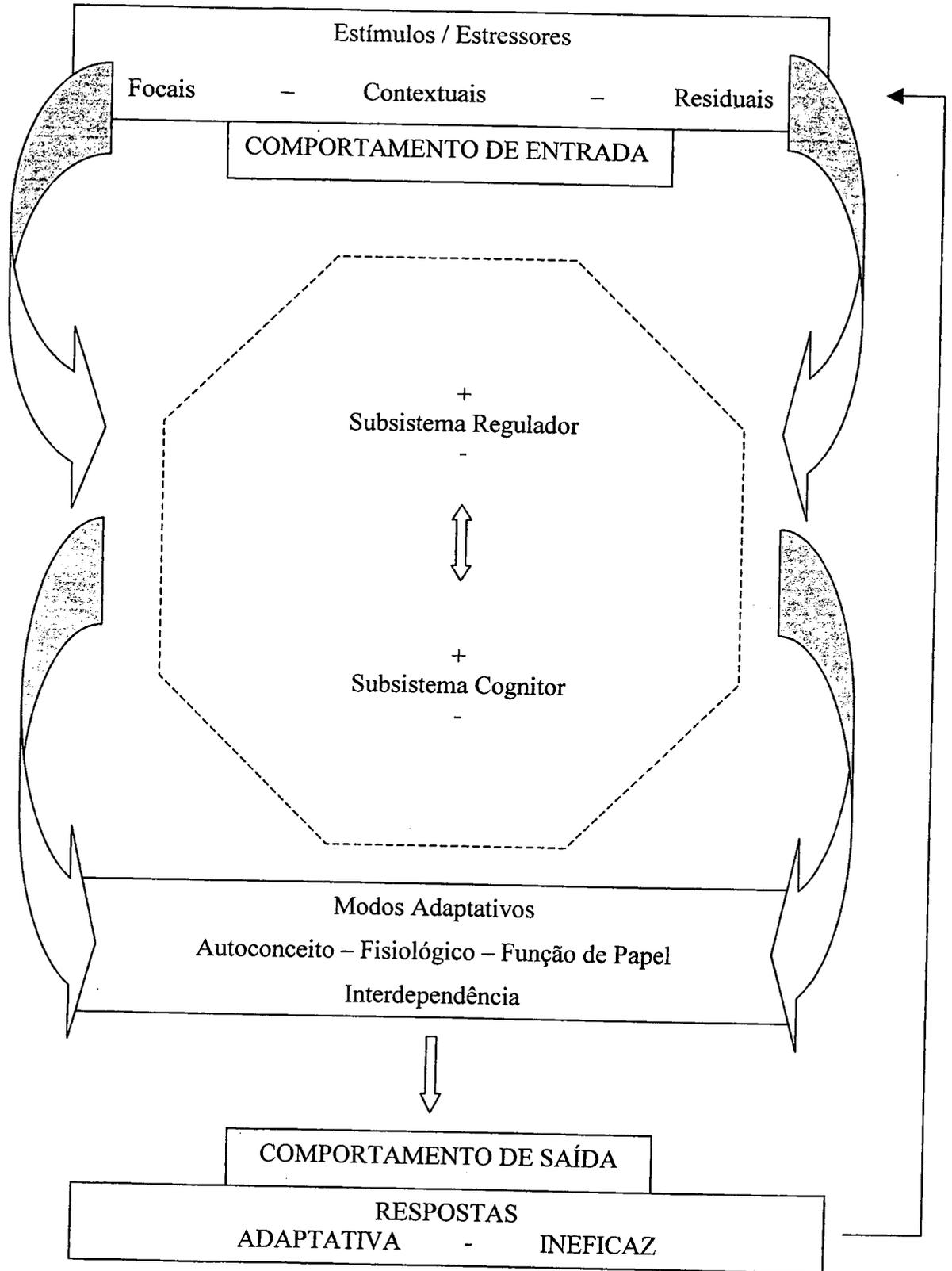
3.4.4. Comportamentos de saída:

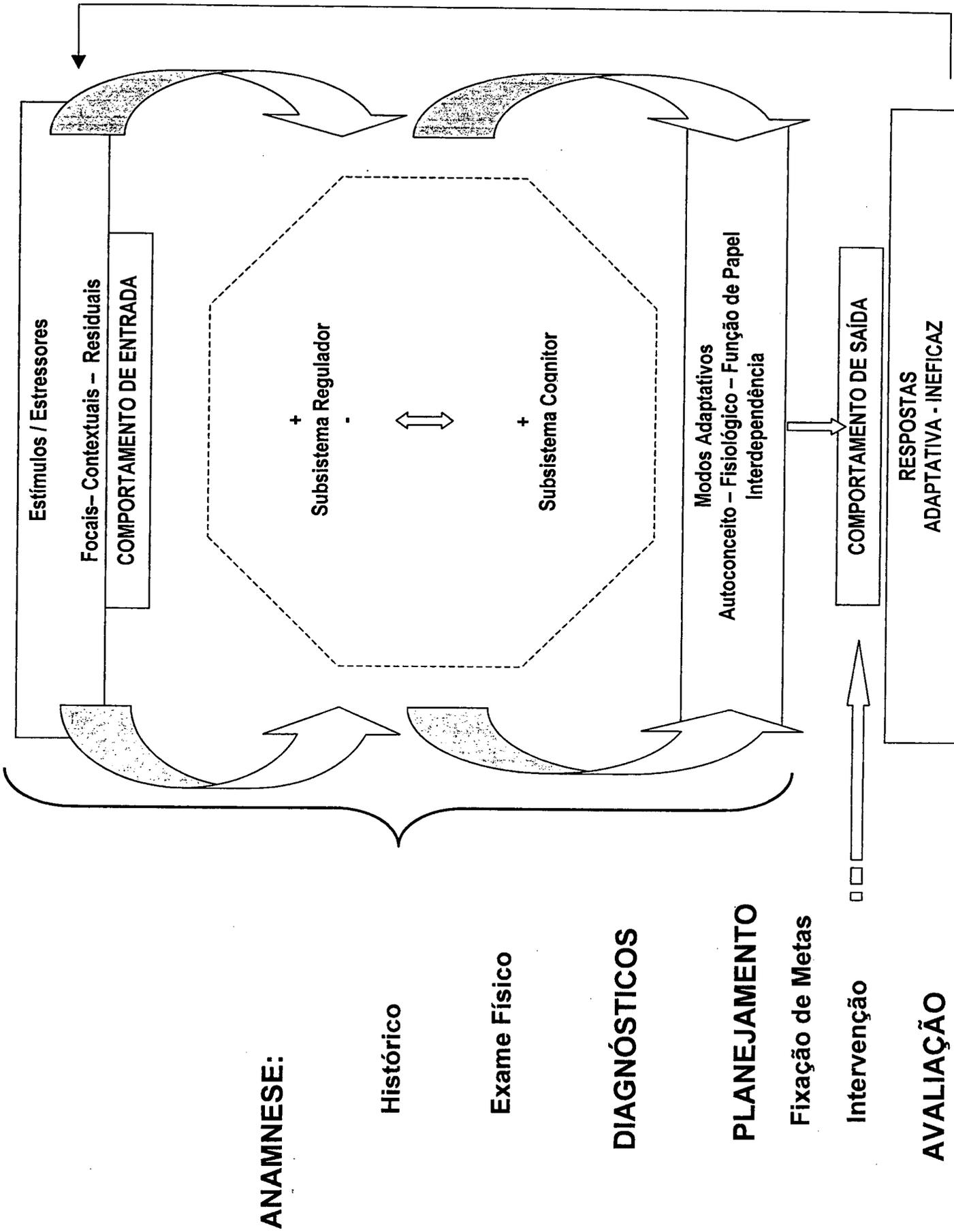
Resultantes da influência dos modos adaptativos, gerando respostas adaptativas ou ineficazes.

Respostas adaptativas: São aquelas respostas que promovem a integridade da pessoa em função da adaptação.

Respostas ineficazes: São aquelas respostas que não contribuem aos objetivos da adaptação, sobrevivência, crescimento, reprodução e controle. (MARINER - TOMEY 1999).

As respostas ineficazes do fim do processo podem ainda vir a se tornar um estímulo focal, contextual ou residual.





4. METODOLOGIA

4.1. Local de estágio

Uma instituição pública integrante da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Inaugurada em meados dos anos cinquenta presta atendimento a mulheres de nível social diversificado, provenientes de todos os municípios vizinhos, em situações de saúde/doença, estando ou não relacionadas com as fases do ciclo grávido-puerperal.

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

O Serviço de Ambulatório desenvolve ações de nível primário, secundário e terciário destacando-se: saúde do adolescente, planejamento familiar, pré-natal de baixo e alto risco, cirurgia, ginecologia, patologia cervical, oncologia ginecológica, mastologia, climatério e sexualidade. Há em média 7.500 atendimentos ambulatoriais por ano.

Conta ainda com o Serviço de Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno.

Em dezembro de 2001 implantou o **Abrigo da Mulher** local que se destina a abrigar as mulheres que já obtiveram alta hospitalar, mas que tem suas crianças internadas no Serviço de Neonatologia. O local é composto de quatro leitos, um aparelho televisor, um frigobar (além das mulheres terem direito às refeições da maternidade servidas no refeitório), um ar condicionado e um telefone que recebe ligações de fora e com o auxílio de uma telefonista podem-se fazer ligações “a cobrar”.

4.2. População alvo

Nossa prática assistencial teve como foco as mulheres que vivem o período puerperal e estão com suas crianças internadas no Serviço de Neonatologia da Maternidade, preferencialmente as que se encontram no Abrigo da Mulher, estendendo tal assistência aos seus domicílios.

4.3. Descrição da Metodologia da Assistência – Processo de Enfermagem

Anamnese

É composta pelo Histórico da mulher bem como seu Exame Físico. Após o registro desta, dependendo de cada situação, registramos ora a construção dos diagnósticos referentes a anamnese ora o registro da primeira visita domiciliar realizada.

Realizamos a anamnese, aplicando o instrumento criado por nós (Apêndice B), enquanto conversávamos com as mulheres durante nossos encontros no Abrigo da Mulher. Porém algumas vezes, devido ao curto período de permanência de algumas mulheres no Abrigo, a aplicação do instrumento se deu (ou foi concluída) nas visitas domiciliares.

Durante o registro da anamnese e/ou das visitas domiciliares classificamos os estímulos (estressores) em *focais, contextuais ou residuais*, para, após tal classificação, construirmos os Diagnósticos de Enfermagem. Ainda nesta etapa classificamos também os subsistemas em *regulador e/ou cognitor*, da mesma forma com os modos adaptativos em *autoconceito, fisiológico, função de papel ou interdependência*.

Diagnósticos

Para construção dos diagnósticos observamos as situações registradas anteriormente na anamnese e/ou nas visitas domiciliares. Construimos os Diagnósticos de Enfermagem, identificando as necessidades, segundo NANDA (associação da qual Roy foi uma das precursoras) e, mais especificamente utilizando o modelo de Benedet e Bub (2001).

Planejamento

É composto por duas etapas Fixação de Metas e Intervenções, buscando encontrar comportamentos eficazes nos modos adaptativos.

Fixação de metas

Tendo como base os estímulos, os modos adaptativos, os subsistemas e os Diagnósticos de Enfermagem registrados anteriormente, fixamos metas, objetivos ou intervenções para nossa assistência; procurando ampliar a zona de adaptação das mulheres, diante dos estímulos desencadeados na atual situação de vida.

Intervenções

É o conjunto de ações utilizadas para ampliar a zona de adaptação, para potencializar uma resposta adaptativa ou para trabalhar uma resposta ineficaz. Estas intervenções ocorreram sob forma de orientações; demonstração/aplicação de técnicas de enfermagem; execução de atividades lúdicas, reflexivas e encaminhamentos.

Evolução

É evidente na observação do registro das etapas anteriores, portanto se trata do registro de todas as fases descritas acima.

Avaliação

Momento em que analisamos a evolução da mulher, classificando os comportamentos de saída da mesma em *resposta adaptativa ou resposta ineficaz*.

5. OPERACIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Objetivo 1: Conhecer a mulher que assistimos.

Para conhecer as mulheres, comparecíamos todos os dias ao Abrigo da Mulher para prestar assistência e lá, ouvíamos os relatos de como se sentiam naquele dia, se haviam recebido visitas, como estavam suas crianças. Sentimos quão importante e rico se mostrou este diálogo, pois conseguíamos perceber que estávamos ampliando sua zona de adaptação e elas se mostravam mais calmas e em determinados casos, isso parecia influenciar o desenvolvimento das crianças, resultando em alta institucional antes do período previsto.

As mulheres assistidas compunham uma população carente de afeto, companhia e atenção, ouvimos delas: *“como é bom quando vocês vêm aqui; enquanto a gente conversa o tempo voa! Os fins de semana demoram tanto para passar...”* (ESMERALDA, 22 anos).

Devido a essa carência houve uma receptividade muito grande ao nosso cuidado, elas sentiam confiança e durante as conversas informais surgiram relatos que nos surpreendiam pela sinceridade, como por exemplo:

“Meu marido disse que enganaram ele, disseram que era quarentena, não oitenta...” (TURQUESA, 21 anos, primípara, ironizando sobre a abstinência sexual no puerpério).

“Me desculpem, mas ontem eu não estava a fim de conversar. Já são dois meses aqui dentro e, depois de um tempo, a gente vai ficando sem paciência” (RUBI, 27 anos).

As mulheres vivenciam, também, um período que é singular para estabelecer interação com aquele ser que acabavam de trazer ao mundo e justo, neste momento tão delicado e importante, precisam deixar sua criança aos cuidados do Serviço de Neonatologia na instituição. Em suas falas ficam evidentes os modos adaptativos de função de papel - preocupação e ansiedade em relação ao cuidado prestado naquela unidade (estímulo focal), já que deste depende a melhora de sua criança e o retorno de ambas para casa. Isto se evidenciava em depoimentos como:

“Se vejo alguma coisa errada das técnicas, falo para a enfermeira-chefe, porque tenho medo que eu vire as costas e elas descontem em meu bebê...”

(ESMERALDA, 22 anos).

“Ontem deram a chuquinha muito quente para minha filha, depois que ela teve infecção eu cuidei tudo...” (DIAMANTE, 34 anos manifestando o modo de função de papel).

“Em casa eu vou me sentir mãe”.

(ESMERALDA, 22 anos – evidenciando o modo de função de papel).

Constatamos nas mulheres diversos modos adaptativos, algumas falavam bastante, outras se afastavam, muitas rezavam e outras tremiam, isso confirmou a idéia de que cada ser é ímpar e adaptável ao meio. A potencialização dos subsistemas regulador e cognitor se deu através de estímulo às mulheres em relatar suas vivências. Respeitamos as afinidades desenvolvidas pelas mulheres com cada uma de nós e sempre deixamos claro que se quisessem realizar outras atividades como, por exemplo, tomar banho, poderiam sair ou solicitar que as deixássemos à vontade.

Percebemos a rede de amizades e solidariedade que elas desenvolvem no Abrigo da Mulher, prestando apoio às colegas em situação semelhante. As mulheres que estão a mais tempo recebem as que chegam, ensinam as regras do local, e aconselham a recém-chegada sobre a melhor forma de viver aquela etapa; assim elas ampliam a zona de adaptação umas das outras, seja pelos conselhos ou por transmitirem apoio, companhia e solidariedade, como pode ser percebido no seguinte depoimento: *“se não fosse a Rubi eu nem sei o que faria, a Rubi é um exemplo para mim...”* (ESMERALDA, 22 anos).

Tentamos estabelecer contato com as mulheres que não se encontravam no Abrigo da Mulher, estas permaneciam no alojamento conjunto, ou vinham de seus domicílios, para ver suas crianças internadas no Serviço de Neonatologia. No horário de entrada neste local, nos apresentávamos a elas e oferecíamos assistência, algumas se mostravam interessadas e outras não.

Nos chamou a atenção à atitude de Topázio uma mulher que tinha sua criança internada no Serviço de Neonatologia e vinha de casa todos os dias para amamentá-la. Esta além de não aceitar nosso cuidado, desconfiava da assistência prestada pelo serviço da instituição. Topázio interferiu em nossa relação com Diamante – a quem vínhamos assistindo há mais de um mês – que tinha excelente receptividade à nossa atuação. Depois da sua convivência com Topázio, Diamante tornou-se desinteressada e parecia afastar-se de nossa presença, ficando trancada no quarto ou passando boa parte da manhã na capela. Além do desinteresse notamos que Diamante criara uma relação de interdependência com Topázio, conversando conosco apenas na presença da mesma.

Quando a criança de Diamante recebeu alta, tentamos uma nova aproximação, uma vez que havíamos combinado que realizaríamos visitas domiciliares e ela havia se mostrado muito satisfeita; ainda assim, ela resistiu em receber-nos.

Muitas das mulheres, cujas crianças permaneciam no Serviço de Neonatologia pela necessidade do uso de antibióticos, diziam ter vivido um parto prolongado e durante o período de dilatação recebiam toques, de vários profissionais, sucessivamente, em curto espaço de tempo.

Outro relato que ouvimos de muitas delas foi que o pré-natal consistia apenas na realização de exames, que não as preparava para o parto, nem para maternidade e, tampouco para a amamentação, como mostram as falas que se seguem:

“Ninguém me disse que tinha que preparar o bico do seio pra dar de mamar...”

(TURQUESA, 20 anos).

“Meu pré-natal foi um monte de exames...”

(JADE, 22 anos).

Os modos adaptativos apresentados pelas mulheres - no Abrigo da Mulher e no domicílio - se mostravam, sensivelmente diferentes, em virtude da troca de ambiente. Isto parece confirmar que a mudança de estressores afeta, diretamente, o modo adaptativo, sejam estes estressores focais, contextuais e/ou residuais.

Objetivo 2: Prestar assistência de enfermagem às mulheres no Abrigo da Mulher.

Percebendo e potencializando os modos adaptativos utilizados pelas mulheres em seu contexto, procuramos detectar as suas manifestações fisiológicas e patológicas no período puerperal, intervindo e encaminhando – quando necessário – e, procurando inseri-las, continuamente, no processo de cuidar.

As intervenções, propriamente ditas, deram-se após estabelecermos um contato inicial com cada mulher, a fim de nos conhecermos. Nesse contato, esclarecíamos nossa proposta de trabalho, buscando o consentimento informado para a implementação do processo de cuidar.

Realizamos seis históricos de enfermagem, onde tínhamos acesso a história de vida dessas mulheres. As demais mulheres que atendemos nos contaram suas experiências de forma informal (sem a formalização do histórico de enfermagem).

Complementando esta etapa inicial, realizamos o exame físico, detectando as necessidades fisiológicas de cada uma, procurando intervir no subsistema regulador a fim de

ampliar sua zona de adaptação. Essa parte do processo de cuidar foi desenvolvida no próprio Abrigo da Mulher (respeitando a privacidade das mesmas). Dispensamos uma atenção especial às ocorrências fisiológicas como loquiação e involução uterina, além do exame das mamas; sempre acompanhados das devidas orientações.

Entre as ocorrências patológicas encontramos ingurgitamento mamário, fissuras mamilares e inflamação de pontos cesários. Nossa conduta, após a identificação desses problemas, foi o encaminhamento para o Banco de Leite e ambulatório da maternidade, respectivamente.

Outra necessidade observada foi o cansaço físico e psicológico. Visando fortalecer o subsistema regulador e cognitor, prestamos orientações acerca da importância do sono e repouso, além da utilização de técnicas de relaxamento e reflexão (modos fisiológico e de autoconceito).

Percebemos ainda uma necessidade de apoio espiritual por parte delas; para tanto, realizamos um grupo de oração (buscando sempre respeitar o modo de autoconceito cultural / religioso de cada uma).

Com o intuito de fortalecer o subsistema cognitor das mulheres, desenvolvemos as orientações – ao longo do processo assistencial – que sempre foram embasadas nas indagações feitas pelas próprias mulheres.

Na questão da prematuridade, observamos um déficit no subsistema cognitor de algumas mulheres, na manifestação verbal do medo de uma nova gestação. A fim de trabalhar este modo de autoconceito, procuramos esclarecer que a ocorrência de um parto prematuro, não significa que os vindouros também o serão. Discutimos ainda outras questões como incidência, fatores de risco e prevenção da prematuridade. No decorrer dos diálogos, percebemos que a maioria das mulheres - em seu modo de autoconceito - relacionavam o parto prematuro com a realização de atividades domésticas que exigiam esforço, como por exemplo, a limpeza de instalações sanitárias.

Nossas orientações giraram também em torno dos métodos contraceptivos, onde contamos com a efetiva participação das próprias mulheres - através de seus relatos de experiências - quanto ao uso dos mesmos. Esses depoimentos estavam relacionados a fatos como haver engravidado fazendo uso de camisinha furada, ocorrência de gravidez durante o intervalo da cartela de contraceptivo oral, entre outros. Buscando melhorar o modo adaptativo de autoconceito (confiança no uso de contraceptivos), explicamos o mecanismo de ação de cada um dos métodos contraceptivos, o modo correto de uso, a relação custo / benefício, indicações e contra-indicações.

Visando fortalecer o modo adaptativo de função de papel das mulheres - a pedido das mesmas - realizamos uma simulação da técnica de banho da criança. Consideramos as dúvidas e inseguranças sobre esta técnica o estímulo focal mais comum apresentado pelas mulheres em relação ao cuidado da criança. Para a realização desta atividade, fizemos uso de um boneco, banheira e de uma fita de vídeo explicativa; todo o material utilizado foi cedido pela própria instituição. Primeiramente exibimos a fita de vídeo - interrompendo sempre que esta exibia uma orientação ultrapassada e controvertida - e, com base nos comentários das mulheres sobre o conteúdo da mesma, pudemos ter uma noção das dúvidas e temores mais comuns entre elas. Após a exibição da fita de vídeo, fizemos a demonstração, enfatizando que devido à fragilidade cutânea da criança, o ideal seria que o banho fosse dado apenas com água fervida ou filtrada e sem o uso de sabonetes. Em respeito ao modo adaptativo de autoconceito das mulheres em culturalmente desejar utilizar produtos infantis, sugerimos o uso de produtos neutros. Realizamos o banho obedecendo à seqüência da técnica. Ao percebemos, durante realização da atividade, que o curativo do coto umbilical, era um forte estímulo focal para elas, demonstramos o curativo encorajando-as a fazerem o mesmo no boneco; elas recusaram-se a fazê-lo. Desta forma observamos a manifestação de medo em tocar no coto (subsistema cognitor - modo de função de papel), o que consideramos uma resposta ineficaz frente ao estímulo. Já uma resposta adaptativa apresentada frente à atividade, foi à solicitação de algumas mulheres ao Serviço de Neonatologia em ajudar no banho da criança.

Nossa assistência a essas mulheres não ficou restrita apenas ao Abrigo da Mulher, também as acompanhávamos durante visita à criança no Serviço de Neonatologia, mediante consentimento das mesmas. Também realizamos visitas domiciliares a algumas destas mulheres, procurando conhecê-las e assisti-las no contexto da sua intimidade familiar.

Quanto aos registros das mulheres arquivados na maternidade, utilizamos apenas algumas vezes; ou seja, quando precisávamos do número de telefone e/ou endereço das mesmas para fazer contato, a fim de realizarmos visitas domiciliares. Não encontramos resistência alguma por parte dos funcionários responsáveis pelo setor.

Objetivo 3: Prestar maior atenção ao fenômeno da lactação, dentro do processo assistencial às mulheres - no Abrigo da Mulher.

Logo no começo de nossa jornada assistencial percebemos que um problema comum, entre as mulheres do Abrigo da Mulher, dizia respeito as intercorrências relacionadas ao fenômeno da lactação (amamentação/ordenha/estimulação). Um dos pré-requisitos para a

permanência destas mulheres no Abrigo da Mulher é o fato de estar amamentando a criança e, em raras exceções, estimulando a lactação.

No exame físico realizado nas mulheres, identificamos ingurgitamento mamário, fissuras mamilares, pouca produção de leite dificultando ordenha e amamentação; em um caso específico, constatamos um hematoma na região superior da mama esquerda, oriundo de ordenha incorreta. Frente a estas situações, orientamos e até auxiliamos as mulheres a respeito da forma correta de realizar a ordenha, inclusive corrigindo a postura das mulheres nesse processo. Com isso, procuramos estimular o subsistema cognitor de cada mulher em seu modo adaptativo de função de papel, bem como promover melhora do subsistema regulador em seu modo adaptativo fisiológico, ampliando a zona de adaptação.

No caso do ingurgitamento mamário, especificamente, esclarecemos suas causas e ressaltamos a importância de esgotar a mama ingurgitada. Em relação às fissuras mamilares, além das orientações, encaminhamos/acompanhamos ao Banco de Leite para realização de banhos de luz. Todas estas intercorrências se originaram do fato do processo da amamentação estar alterado (modo adaptativo fisiológico), por consequência da internação da criança no Serviço de Neonatologia (estímulo focal). Percebemos também, que a resposta ineficaz a estes modos adaptativos era gerado pela ansiedade que estava presente em todas estas mulheres. Isto parecia ocorrer pela permanência da criança no Serviço de Neonatologia, pelo afastamento das suas responsabilidades em seu viver cotidiano e, até mesmo, pela própria imposição profissional quanto à obrigatoriedade de amamentar a criança. Neste sentido realizamos algumas atividades buscando minimizar toda esta ansiedade, ampliando a zona de adaptação das mulheres à fisiologia de seu organismo e também à sua função de papel.

Presenciamos orientações contraditórias quanto ao processo de amamentação, em diferentes profissionais dentro da Instituição. De um lado - profissionais do Serviço de Neonatologia - preconizavam o rodízio da mama entre as mamada (oferta de uma única mama a cada mamada) e do outro - uma voluntária - orientava a alternância das mamas em uma mesma mamada. Uma outra divergência profissional/institucional neste sentido foi o uso de bombinhas para extração do leite e a oferta de bico ou chupeta; estimulados por determinados profissionais em um dos serviços da instituição e perscrutados pela maioria dos profissionais da mesma, em especial aqueles ligados ao Banco de Leite. Preocupadas com toda esta situação, reafirmamos com as mulheres as orientações preconizadas pela maioria dos profissionais na instituição, ou seja, a não oferta de bicos ou chupetas à criança e, tampouco, a extração do leite por meio de bombinhas; além disso, convidamos a bolsista do Banco de Leite para fazer uma palestra às mulheres que se encontravam no Abrigo da Mulher. Esta se

fez presente na data e hora combinada e reforçou as nossas orientações perante as mulheres que lá se encontravam.

Objetivo 4: Dar continuidade ao processo assistencial no contexto domiciliar das mulheres.

Durante a prática assistencial realizamos um total de oito visitas domiciliares, sendo que estas, foram feitas a três das mulheres que assistimos no Abrigo da Mulher. Como planejado, desenvolvemos, em média, três visitas a cada mulher.

A abordagem à mulher sobre a possibilidade da realização da visita domiciliar era feita durante a permanência da mesma no “Abrigo da Mulher”. Neste sentido procurávamos mostrar a ela, a importância de conhecermos seu contexto de vida, bem como, nossa intenção em dar continuidade à assistência além dos muros institucionais. Ao percebermos seu interesse, trocávamos os números de telefones e endereços.

Colocávamos essa assistência em prática, a medida em que as crianças iam recebendo alta do Serviço de Neonatologia da instituição.

Através de contato telefônico com a mulher, agendávamos previamente os horários e dias adequados para a realização das visitas.

Fomos extremamente bem recebidas em todas as visitas realizadas e, curiosamente, éramos recebidas no quarto das mulheres, onde conversávamos, sentadas em suas camas.

Percebemos o quão importante se tornou essa forma de assistência para as mulheres, principalmente a partir do momento, em que uma delas passou a telefonar para nós, sempre que surgia algum problema com a criança ou com algum de seus outros filhos (modo de interdependência). Já para nós essa importância se deu através do conhecimento da mulher de uma forma mais próxima dos seus estímulos contextuais, o que nos deu a oportunidade de prestarmos uma assistência mais eficaz, incrementando as capacidades de seus subsistemas regulador e cognitor.

Nessas visitas, as mulheres sentiam-se tão à vontade conosco que além de tirarem suas dúvidas também compartilhavam seus medos e inseguranças, e procuravam se mostrar eficiente ao cuidar da criança.

A necessidade de intervenções emergia a partir dos problemas levantados no momento da visita, motivo pelo qual planejavamos as seguintes, muito embora, algumas ações tenham se dado quase que simultaneamente a identificação do fato.

Quanto a nossa atuação, reforçamos as orientações sobre planejamento familiar (contraceptivos), buscando fortalecer o modo de autoconceito e fisiológico das mulheres. Prestamos ainda, algumas orientações relacionadas ao cuidado com a criança. Abordando situações vividas pelas mesmas, como icterícia, medidas antropométricas, inflamação ocular, dermatite, além da realização/demonstração da técnica do banho em uma das crianças; estas ações tinham a finalidade de estimular o modo de função de papel nas mulheres. Realizamos também, exames físicos nas mulheres, enfatizando os fenômenos característicos do puerpério (involução uterina, loquiação e lactação), bem como, outras necessidades fisiológicas, para estimular o funcionamento do subsistema regulador e intervir se necessário.

A cada assistência prestada avaliávamos o tipo de resposta observada no comportamento de saída da mulher. Entre as respostas obtidas, uma das que mais chamou a nossa atenção, foi a do marido de uma das mulheres (mãe de oito filhos) que vinha se recusando a se submeter a uma cirurgia de vasectomia - que era desejada pela mulher - no processo de planejamento familiar do casal. Orientada por nós, e fortalecida por nossos argumentos, ela conseguiu convencer o marido a optar por tal método contraceptivo, resultando assim na transformação de uma resposta inicial ineficaz em uma resposta adaptativa.

Quanto à estratégia de esclarecer a família sobre o puerpério e incentivar o apoio à mulher, potencializando o modo adaptativo de interdependência familiar neste processo, esta não pode ser cumprida, pois na maioria das vezes em que realizamos as visitas, as mulheres estavam sozinhas em suas casa, ou em raras vezes em que familiares se encontravam no domicílio, estavam ocupados com outros afazeres.

Objetivo 5: Procurar despertar nas pessoas que convivem com as mulheres no Abrigo da Mulher o interesse em apoiá-las.

Tornou-se difícil acompanhar a visita dos familiares, porque no “Abrigo da Mulher” esses tinham livre acesso para realizar visitas, sendo que os pais podiam entrar no Serviço de Neonatologia à noite para interagir com a criança. Por esse motivo, as visitas geralmente eram realizadas no período noturno, que não coincidia com a nossa presença na instituição - que ocorria no período matutino - e ocasionou estes desencontros.

Mesmo sem conseguirmos estabelecer contato com os familiares, as próprias mulheres sempre relatavam o quanto à família, principalmente o marido, lhes apoiavam e como isso era importante para que elas não desanimassem, como mostra o depoimento de

Rubi, 26 anos, revelando o seu modo adaptativo de interdependência: *“se não fosse ele (marido) me dando apoio, eu nem sei...”*.

Os estagiários da instituição têm conhecimento sobre a presença e importância da mulher no processo de amamentação da criança no Serviço de Neonatologia; no entanto, a maioria, não sabia da existência do Abrigo da Mulher dentro do contexto assistencial institucional.

Este contexto evidencia como ainda é forte a focalização da assistência ao indivíduo enfermo, contrariando o que se prega atualmente em termos de humanização e esquecendo-se da visão holística de atenção à família.

Durante nossa prática assistencial, mantivemos contato com a Assistente Social da instituição, que se demonstrava resistente diante de algumas de nossas atividades no Abrigo da Mulher; no entanto a estagiária do Serviço Social interagiu positivamente conosco e, muitas vezes, contribuiu com a nossa proposta assistencial.

Agendamos uma atividade educativa interdisciplinar no Abrigo da Mulher, com estagiários da Fisioterapia e residente médico da Pediatria, que já realizam orientações às puérperas em alta do alojamento conjunto. No entanto estes não compareceram no dia e horário marcados para o desenvolvimento da atividade planejada, o que nos confirmou a idéia de quão difícil é formar uma equipe multiprofissional. Outra convidada foi a bolsista do Banco de Leite que participou efetivamente da atividade educativa proposta.

Muitas mulheres nos relataram que, muitas vezes, sentiam-se constrangidas dentro do Serviço de Neonatologia junto a suas crianças, percebendo que, em determinados momentos poderiam estar “atrapalhando” o trabalho dos funcionários, como revela a fala de Esmeralda, 22 anos: *“tenho a sensação de que somos como estorvos...”*.

Objetivo 6: Preencher o tempo disponível das mulheres no Abrigo da Mulher com atividades significativas.

Durante a fase de elaboração do projeto assistencial, um dos objetivos foi “preencher o tempo ocioso das mulheres”. Logo no início de nosso trabalho pudemos observar que as mesmas, tendo o compromisso de amamentar suas crianças inclusive durante a noite, não tinham “tempo ocioso” e sim tempo para descanso entre uma mamada e outra. Portanto realizamos atividades com as mulheres, que foram previamente marcadas de acordo com o horário disponível por elas.

No período em que estivemos com as mulheres, no Abrigo da Mulher, promovemos algumas atividades. Foram elas:

Atividade educativa – Técnica para banho da criança, onde foram utilizados recursos fornecidos pela própria Maternidade, como boneco para simulação da técnica de banho da criança e fita de vídeo sobre os cuidados com higiene e conforto da mesma. Esta atividade está descrita em detalhes no “Objetivo 2”.

Apoio espiritual, que foi ofertado diante da necessidade expressa de algumas mulheres, em receber apoio através da oração. Nesse sentido, convidamos algumas pessoas que trabalham voluntariamente em hospitais oferecendo um apoio espiritual às pessoas internadas, para irem até o Abrigo da Mulher prestar tal assistência. A equipe de apoio espiritual esteve junto às mulheres por duas vezes, compartilhando experiências de vida, manifestando mensagens de fé em leituras Bíblicas e orando e cantando em conjunto. Esta mesma equipe mostrou-se disponível para este tipo de apoio no domicílio das mulheres, caso elas desejassem. Participaram desta atividade Esmeralda de 22 anos, Turquesa de 20 anos e Safira de 26 anos. Todas agradeceram muito o apoio oferecido por estas pessoas e exteriorizaram as suas ansiedades chorando (resposta adaptativa). Na segunda oportunidade, estava no Abrigo da Mulher apenas Diamante de 34 anos. A atividade se deu através da apresentação da equipe e oração, não sendo mais extensa devido ao pouco tempo disponível por Diamante naquele dia. Esta, da mesma forma que as outras mulheres, chorou e agradeceu (resposta adaptativa).

Palestra sobre o processo de amamentação e fatores relacionados: No intuito de contribuir para o subsistema cognitor - modo de autoconceito/função de papel e subsistema regulador - modo fisiológico, esta atividade aconteceu através da orientação da bolsista do Banco de Leite que, atendendo prontamente ao nosso convite, esclareceu os motivos de ser evitado o uso de bombinhas para ordenha do leite e de chupetas, bem como a necessidade de desinfecção em caso da utilização dos mesmos. Além destas, orientou também alguns cuidados com as mamas, a forma correta de armazenar o leite ordenhado e deixou aberto um momento para esclarecer as dúvidas surgidas. Durante a atividade observamos que todas as mulheres permaneceram apenas como ouvintes, não interagindo ativamente conosco, nem com a palestrante (subsistema cognitor – modo adaptativo de autoconceito – resposta ineficaz).

Relaxamento e reflexão: Desenvolvido sob a forma de oficina em que convidamos as mulheres a deitarem-se e fecharem os seus olhos. Lemos o texto “Pegadas na Areia”. Desta forma, iniciamos um momento de reflexão, onde “transportávamos seus pensamentos” para

momentos agradáveis de seus passados e lembranças de enfrentamentos vividos. Ao fim da atividade (estímulo contextual), as mulheres mantiveram-se silenciosas e pensativas e ao retomarmos o momento de conversa, nos relataram sentirem-se mais “leves” e contaram alguns momentos que lembraram durante a reflexão (subsistema cognitor – modo de autoconceito – resposta adaptativa). Participaram da atividade Jade, 22 anos; Safira, 26 anos; Ametista, 42 anos, Turmalina, 40 anos;

Lanche do dia das mães realizado com as mulheres na semana de comemoração desta data. Ao agendarmos com as mulheres o lanche que pretendíamos realizar, estas não se mostraram motivadas em participar da atividade; porém ao afirmarmos que o lanche seria para comemorar o dia das mães (estímulo contextual), todas estenderam um belo sorriso e fizeram comentários positivos sobre a atividade (subsistema cognitor – modo de autoconceito associado ao de função de papel). Isto nos fez perceber a valorização das mulheres frente ao seu novo papel, o de “ser mãe!”. Participaram do lanche Jade, 22 anos, primípara; Safira, 26 anos; Ametista, 42 anos e Turmalina, 40 anos. As mulheres afirmaram ter gostado da atividade e participaram ativamente, interagindo de maneira descontraída umas com as outras (resposta adaptativa).

Além das atividades específicas listadas acima, durante toda a prática assistencial, interagimos com as mulheres diariamente, ora conversando em grupo (compartilhando os enfrentamentos) ora em particular, ouvindo os desabafos das mesmas.

Objetivo 7: Observar, incentivar e fortalecer a interação mulher/criança.

Sob a condição expressa de seu consentimento, acompanhávamos as mulheres até o Serviço de Neonatologia, com a finalidade de observar a interação deste binômio. Nestas ocasiões, pudemos observar diferentes manifestações interativas - desde a “troca de olhares” até a forte interação estabelecida no complexo fenômeno da amamentação. Ficamos felizes em constatar a melhora interativa observada no binômio dentre as mulheres integradas ao nosso projeto assistencial. À medida que intervínhamos ampliando a zona de adaptação das mulheres, notávamos a evolução refletida na criança, expressa em sinais como: independência ao uso de oxigênio, ganho de peso, entre outros.

Todas as mulheres assistidas no Serviço de Neonatologia demonstravam ou relatavam ansiedade e medo em diferentes graus de intensidade frente à hospitalização da criança, traduzindo alterações no subsistema regulador – modo adaptativo de função de papel, frente ao estímulo focal desencadeado nesta vivência. Isto era expresso em forma de tensão

muscular dificultando a amamentação, insegurança no manuseio da criança, além de preocupações acerca do pequeno tamanho da mesma, onde conferiam diariamente o ganho de peso e apresentavam alegria frente à conquista de 10 ou 15 gramas neste processo.

Dentro deste contexto, as mulheres faziam comparações de suas crianças com as que aparentemente se apresentavam em estado mais grave, buscando de alguma forma, confortar-se com a situação que enfrentavam.

Outra situação observada, que nos chamou a atenção, foi a tristeza relatada por elas ao verem suas crianças serem “picadas” (estímulo focal) para receber as medicações - revelando um sentimento negativo - resposta ineficaz - em relação à exposição da criança a técnicas invasivas (subsistema regulador - modo de função de papel).

Observamos que quando a alta da criança se transformava de um sonho em realidade, a maioria das mulheres recebia a notícia e surpresa, chorava. Assim, expressavam uma resposta adaptativa ao modo de função de papel, que envolve os subsistemas cognitor/regulador.

Neste contexto, percebemos quão importante é assistir a mulher incentivando a interação mulher/criança, através do fortalecimento dos subsistemas regulador e cognitor, tornando-as mais seguras e tranqüilas para estabelecer tal interação.

Quando as mulheres relatavam suas inseguranças e medos, ouvíamos e sugeríamos possibilidades de outras formas de ver, ou agir na mesma situação que fossem mais eficazes para ela e sua criança, favorecendo o fortalecimento de ambos.

6. PROCESSOS DE ENFERMAGEM

PROCESSO DE ENFERMAGEM I

	Estímulos:	Subsistemas e modos adaptativos:	Respostas:
<p>1. ANAMNESE</p> <p>1.1. Histórico de Enfermagem</p> <p>1.1.1. Identificação da Mulher</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nome Safira - Idade 26 anos, de 24/12/1976. - Naturalidade Florianópolis. - Religião Católica. - Procedência Palhoça, Rua São José, nº145, Fone: 286.6802. - Estado Civil Casada. - Data da chegada na Maternidade (seu percurso na mesma até o momento): Internou em 23/04/03 com contrações e sangramento, recebeu medicação, fez exames, e foi liberada para casa. Em 24/04/03 teve sangramento abundante, sem contrações, realizaram ultra-som e medicação e foi para casa fazer repouso. Em 26/04/03 teve contrações mais fortes infundiram “soro” na Sala de Parto, e após um trabalho de parto de 10 horas teve a criança. Foi para o Alojamento Conjunto e a criança para o Serviço de Neonatologia. 			

<p>1.1.2. Dados Clínicos importantes para Enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - DUM 12/09/02. - PARA I. - GESTA I. - ABORTOS Ø - Data do parto 26/04/03. - A termo Não, nascido de 32 semanas. <p>1.1.3. Conhecendo a mulher</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos importantes (vícios, alimentação, atividade física, lazer, etc.). Alimentação variada. Iniciou caminhada a partir do 5º mês de gestação. Quanto ao lazer, <i>parou de dançar, o que era sua distração predileta.</i> - Fez pré-natal? Houve a participação de alguém? Auxiliou no preparo para a maternidade (justifique)? Sim, mas ia as consultas sozinha. Refere que <i>não a preparou para o parto nem para a maternidade.</i> Pré-natal restrito a exames. - O que entende por planejamento familiar? Não entende o que é, nunca ouviu falar. Orientamos na mesma ocasião; porém sua gravidez foi planejada. - Quais contraceptivos conhece? Quais gostaria de tirar dúvidas? Quais gostaria de utilizar? 		
--	--	--

Estímulo contextual.

Estímulo residual.

<p>Quais gostaria de utilizar?</p> <p>Já utilizou comprimido e camisinha, conhece também as injeções. <i>Não sabe qual método utilizará</i>, mas diz que o casal não tem problemas em relação ao uso de camisinha ou contraceptivo oral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Já teve alguma intercorrência? Falar a respeito. A gravidez foi sem intercorrências, exceto as <i>contrações antecipadas</i>. - Quais informações têm para os cuidados com a criança? Tem interesse em informações sobre cuidados com a criança. - Pretende amamentar / Já amamenta a criança? Pretende amamentar, está em processo de estimulação. “Vou deixar ela mamar o quanto quiser, até uns dois anos de idade quem sabe...”. - O que sabe sobre o leite materno? Que não existe leite fraco, e que o correto é amamentar exclusivamente até os seis meses da criança. - Tem contato com a família? Como é este contato? Quase todos os dias vêm alguém... Cunhada, marido, irmã... Afirma que as visitas lhe fazem bem. Fala todos os dias com seu marido. - Há alguma atividade, que dê prazer, que faça ou possa vir a fazer no Abrigo da Mulher? Qual? Recusa atividades justificando com seu <i>cansaço</i> consequente da <i>atenção que tem que dar a criança a cada três horas aproximadamente</i>. Diz que 	<p>Estímulo contextual.</p> <p>Estímulo residual.</p>	<p>Subsistema regulador – modo fisiológico.</p>
---	---	---

<p><i>que tem que dar a criança a cada três horas aproximadamente. Diz que prefere ficar descansando em seu canto...</i></p> <p>Resumidamente diga o que foi mais marcante (positiva ou negativamente)...</p> <p>O fato de ser uma gestante mudou alguma coisa em sua vida? O que?</p> <p>“Ser gestante me fez feliz, mudou minha vida para melhor”.</p> <p>A gravidez foi programada?</p> <p>Sim. Parou de tomar comprimido e de usar camisinha, engravidando no primeiro mês de tentativa.</p> <p>Como transcorreu a gestação, desde a descoberta até o parto? Enjoo bastante no 2° e 3° mês de gestação, chorava além do normal e teve a libido diminuída. Achava-se gorda, tendo engordado 14Kg até a 32° semana. Teve bastante edema. Na gestação se manteve independente em suas atividades recebendo ajuda do marido apenas para levantar peso. A atenção de seu marido aumentou para consigo.</p> <p>Sabe o que é período puerperal? O que sabe sobre o período que está passando?</p> <p>Não sabe o que é. Conhece o período pelo nome de resguardo.</p> <p>Como se sente desde o parto até o presente momento?</p> <p><i>Ressaltou o fato de ter medo de passar por outra gestação devido a todos os problemas vividos na gravidez e parto.</i></p>	<p>Estímulos residuais.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de autoconceito.</p>
---	-----------------------------	--

<p>1.2. Exame físico</p>	<p>- Aspecto geral Apresenta-se corada, hidratada, cansada, apática (expressão facial de desânimo), reservada em relação às companheiras de quarto.</p> <p>- Mamas Mamas lactantes, ingurgitadas, com presença de estrias <i>No momento apenas estimula a lactação. Apresenta dificuldade na extração manual seja realizada por ela ou por profissionais da área da saúde.</i> Apresenta hematoma devido à ordenha incorreta.</p> <p>- Fundo uterino Sete centímetros abaixo da cicatriz umbilical.</p> <p>- Região perineal Episiotomia com bom aspecto cicatricial.</p> <p>- Eliminações Urinando e evacuando normalmente. Lóquios róseos em média quantidade.</p> <p>- Presença de edema Sem edema.</p> <p>- Queixas de dor ou desconforto Sem queixas.</p>	<p>Estímulo focal.</p>	<p>Subsistema regulador – modo fisiológico.</p>
---------------------------------	---	------------------------	---

<p>2. DIAGNÓSTICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medo relacionado à perda da autonomia caracterizado por sentimento de temor. - Déficit de Atividades de recreação relacionado à dificuldade de participação caracterizado por expressão facial de desânimo. - Falta de conhecimento relacionado a baixo nível de instrução caracterizado por falta de conhecimento sobre: fatores que influenciam positivamente a saúde; fatores que influenciam negativamente a saúde. - Descontinuidade do processo de amamentação relacionado à separação da mãe e filho por motivo indesejado, caracterizado pelo fato do bebê não ser amamentado em algumas ou em todas as mamadas. - Sofrimento espiritual relacionado à doença de pessoa significativa caracterizado por busca de assistência espiritual. <p>Observação: este diagnóstico está relacionado a uma das intervenções, como descrito abaixo.</p> <p>3. PLANEJAMENTO</p> <p>3.1. Fixação de Metas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre causas da prematuridade, no intuito de diminuir o medo melhorando o <i>subsistema cognitor</i> (medo de ter outros filhos). 		
---	--	--

Modo de autoconceito.

<ul style="list-style-type: none"> - Promover atividades recreativas e outros, com o objetivo de trabalhar o <i>subsistema regulador</i> (cansaço). - Reconhecer/ orientar dúvidas potencializando o <i>subsistema cognitor</i> (informações). - Acompanhar fenômeno da lactação a fim de promover melhora no <i>subsistemas regulador e cognitor</i> (intercorrências na lactação e sentimento de maternidade). 		<p>Modo fisiológico.</p> <p>Modo de autoconceito.</p> <p>Modo fisiológico e função de papel, respectivamente.</p>
<p>3.2. Intervenções</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientamos que cada gestação é única e que a prematuridade uma vez ocorrida não é indicio de que acontecerá novamente, bem como seus fatores de risco e outras dúvidas surgidas – ampliando a zona de adaptação frente ao modo de autoconceito. - Utilizamos técnicas de relaxamento, reflexão, comemoração do dia das mães, - Demonstrou interesse e participou ativamente da visita de grupo de apoio espiritual inicialmente solicitado por outras mulheres. - Nas conversas diárias surgiam dúvidas que procurávamos esclarecer, entre elas métodos contraceptivos, cuidados com as mamas. - Orientamos/auxiliamos ordenha, acompanhamos Safira no Serviço de Neonatologia observando a “pega” da criança, bem como a interação mulher/criança. Encaminhamos Safira ao Banco de Leite sempre que 		

<p>mulher/criança. Encaminhamos Safira ao Banco de Leite sempre que necessário – ampliando a zona de adaptação frente a modo de função de papel.</p> <p>4. AVALIAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ainda apresenta medo de ter outros filhos.</i> - <i>Participou das atividades, interagindo bem com o grupo, sentiu-se bem ao final das atividades.</i> - <i>Demonstrou atitudes de assimilação das informações prestada.</i> - <i>Apresentou diminuição do hematoma da mama, conseguiu extrair o leite com mais facilidade.</i> 		<p>Resposta ineficaz.</p> <p>Resposta adaptativa.</p> <p>Resposta adaptativa.</p> <p>Resposta adaptativa.</p>
<p>1. RELATÓRIO DA VISITA DOMICILIAR REALIZADA EM:</p> <p style="text-align: center;">17 de maio de 2003 das 08:00 às 12:00h</p> <p>Devido a uma confusão de Safira em dar as referências, tivemos um pouco de dificuldade em localizar o endereço. Chegando a casa percebemos que esperavam por nós. Fomos recebidas pelo marido de Safira que prontamente nos abriu o portão e nos convidou a entrar.</p> <p>A casa é de alvenaria, com dois pavimentos, composta de um grande pátio e uma garagem. No andar de baixo há: um quarto, uma sala, um banheiro e uma cozinha, o segundo pavimento encontra-se em construção. Observamos que</p>		

<p>o ambiente é organizado e apresenta boas condições de higiene. A residência dispõe de estrutura sanitária, rede elétrica e telefônica.</p> <p>Estavam em casa Safira, sua criança, seu marido e sua cunhada. Safira, por se sentir insegura, tem recebido, de sua cunhada, <i>auxílio</i> nos cuidados com a criança. Safira nos conduziu ao quarto para mostrar a criança. Sua cunhada sorria solícita, nos oferecendo café por duas vezes.</p> <p>Safira nos relatou que tem recebido bastante <i>auxílio</i> de seu marido e de suas cunhadas no que diz respeito aos cuidados com a criança e com a casa. Sua cunhada, que estava presente à visita, <i>tem assumido</i> o banho da criança, porém em uma ocasião, devido à ausência desta, Safira disse ter sido “<i>obrigada</i>” a realizá-lo.</p> <p>Questionou-nos sobre o uso de lenços umedecidos e mostrou-nos preocupação com o coto umbilical, pois o mesmo <i>não se apresenta mumificado</i> na extremidade distal.</p> <p>Sobre a alimentação da criança, diz continuar usando a mamadeira para complementação (como no Serviço de Neonatologia da Maternidade). No ponto de vista de Safira, o complemento (NAN) se faz para que a criança não perca peso, já que é muito “dorminhoca e preguiçosa” para mamar. Relaciona a preguiça com o fato de já ter acostumado com a mamadeira, o qual julga ser mais fácil de mamar.</p> <p>Referiu várias vezes que a <i>criança é muito pequena</i> e que permanece a maior parte do tempo encolhida, acentuando ainda mais seu tamanho, o que a</p>	<p>Estímulo focal.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de interdependência.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de interdependência.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de interdependência</p> <p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p>	
	<p>Estímulo focal.</p>		

<p>maior parte do tempo encolhida, acentuando ainda mais seu tamanho, o que a deixa preocupada.</p>	<p>Estímulo focal.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p>	
<p><i>Questionou também o esquema vacinal, já que a BCG não foi carimbada e ela não sabe se foi administrada na criança.</i></p>		<p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p>	
<p>Durante a visita domiciliar Safira relatou que estava na hora do banho da criança. Dissemos para sentir-se à vontade em preparar o banho, pois gostaríamos de observar, caso não se importasse.</p>			
<p><i>Ainda sobre os cuidados com a criança, nos contou que se a criança não tivesse ficado tanto tempo no Serviço de Neonatologia, não saberia como cuidar dela em casa.</i> Enfatizou que aprendeu muito naquela unidade.</p>	<p>Estímulo focal.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de interdependência.</p>	
<p>Quando perguntado sobre seu repouso nos relatou que <i>não dorme durante o dia</i>, pois teme não acordar no horário da mamada.</p>	<p>Estímulo focal.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p>	
<p>Observamos durante a visita domiciliar que o marido de Safira colabora com a limpeza da casa. Foi ao mercado e algumas vezes vinha ao quarto para observar a criança, o que fazia com um largo sorriso.</p>			
<p>Safira mostrava-se muito mais calma, risonha e receptiva que no Abrigo da Mulher, demonstrando bastante interesse em nossa conversa. Ficou evidente também sua <i>ansiedade</i> quanto ao tamanho e o peso da criança.</p>	<p>Estímulo focal.</p>	<p>Subsistema cognitor - modo de função de papel.</p>	
<p>Durante a conversa a criança apresentou episódios de soluço e a partir do ocorrido <i>prestamos orientações</i> já que Safira relatou nada fazer nestes momentos. Percebemos uma certa <i>resistência</i> dela frente às orientações.</p>	<p>Estímulo contextual.</p>	<p>Subsistema cognitor -- modo de autoconceito.</p>	

<p><i>Pedi</i> ao marido que esquentasse a água para o banho da criança e começou a escolher roupas, pegou vidros de perfume, cotonetes, gases, colocou sobre a cama bem como sabonete, e toalhas. Sua cunhada trouxe a banheira com água para a cama, ambas testaram a temperatura e Safira começou a tirar a roupa da criança. <i>A cunhada se ofereceu para dar o banho</i> o que Safira <i>aceitou prontamente</i>.</p> <p>A cunhada colocou delicadamente a criança, sem roupas, na água, lavou seus cabelos com sabonete, rosto, tórax e abdome. A criança começou a chorar. Safira segurou sua mão e a cunhada continuou a lavar os genitais que apresentavam secreção esbranquiçada em média quantidade. Voltou a lavar o rosto, lavou as pernas e o rosto novamente. Sem lavar o dorso, colocou-a sobre a toalha para secá-la.</p> <p>Após o banho, enquanto a cunhada vestia a criança, Safira colocou o bico na boca da mesma na tentativa de fazê-la parar de chorar. A cunhada organizou a cama para que Safira amamentasse.</p> <p>Apoiando-se em vários travesseiros e colocando um sobre o colo para melhor apoiar a criança, Safira afirmou que a cama não é muito adequada para amamentar. Observamos que a mamada teve boa pega e a criança não se mostrou dorminhoca ou preguiçosa como Safira relatara.</p>	<p>Estímulo contextual.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de interdependência.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de interdependência.</p>	
--	-----------------------------	---	--

<p>2. DIAGNÓSTICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfrentamento individual ineficaz relacionado à falta de autoconfiança caracterizado por ansiedade. - Falta de conhecimento relacionado a baixo nível de instrução caracterizado por falta de conhecimento sobre: fatores que influenciam positivamente a saúde; fatores que influenciam negativamente a saúde. - Distúrbio no padrão de sono relacionado a medo caracterizado por mudança no comportamento e desempenho das atividades. - Ansiedade relacionado a conflito simbólico inconsciente caracterizado por preocupação. - Ajustamento prejudicado relacionado à falta de conhecimento caracterizado por incapacidade de procurar comportamentos mais saudáveis. 		
<p>3. PLANEJAMENTO</p> <p>3.1. Fixação de Metas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar o banho utilizando técnicas que a encorajem a realizá-lo, trabalhando seu <i>subsistema cognitor</i> (medo de dar banho). - Investigar suas percepções a cerca do solução, bem como sua resposta frente à orientação prestada, identificando se houve alteração em seu <i>subsistema cognitor</i> (resistência à orientação). 	<p>Modo de função de papel.</p> <p>Modo de função de papel.</p>	

<p>3.1.1. Metas adicionais (independentes dos diagnósticos encontrados):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investigar se ela conversa com o parceiro sobre métodos contraceptivos, se o interesse por sexo já retornou e quando pretende retornar á atividade sexual, orientando sobre os métodos contraceptivos. - Investigar hábitos culturais relacionados ao resguardo. - Investigar cuidados que presta à criança (eructação, decúbito lateral direito após a mamada, outros). - Investigar se o fato da casa não estar concluída é um estressor para ela. - Investigar se há Centro de Saúde próximo de sua casa. - Investigar se a mamadeira foi orientação médica. - Avaliar sua opinião frente à assistência prestada por nós. 		
<p>3.2. Intervenções</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestadas orientações frente às dúvidas relacionadas aos cuidados com a criança, melhorando seu <i>subsistema cognitor</i> (uso de lenços umedecidos, mumificação do coto umbilical, outros). - Orientado sobre a importância do sono e repouso, trabalhando seu <i>subsistema cognitor</i>, beneficiando o <i>subsistema regulador</i> (medo de dormir e não acordar para amamentar). 		<p>Modo de função de papel.</p> <p>Modo fisiológico.</p>

<p>- Conversamos com a mulher quanto a nossa percepção frente ao crescimento da criança, observado pela evolução gradativa do peso e tamanho da criança, trabalhando seu <i>subsistema cognitor</i> (preocupação).</p> <p>- Prestadas orientações e demonstrado técnicas sobre os cuidados com a criança com soluço, visando melhorar seu <i>subsistema cognitor</i>.</p> <p>4. AVALIAÇÃO</p> <p>- <i>Interagiu conosco frente às orientações, aparentemente tranquilizando-se quanto a suas incertezas.</i></p> <p>- <i>Apesar da necessidade de repouso, mostrou-se indiferente frente à orientação.</i></p> <p>- <i>Tranquilizou-se frente a nossa argumentação.</i></p> <p>- <i>Mostrou-se resistente à orientação e as técnicas demonstradas para o alívio do soluço.</i></p> <p>1. RELATÓRIO DA VISITA DOMICILIAR REALIZADA EM:</p> <p style="text-align: right;">28/05/2003 das 8:00 às 12:00h</p> <p>Não tivemos problemas em encontrar a casa, pois já conhecíamos o caminho. Ao chegarmos fomos recebidas por Safira, que nos levou ao quarto onde oferecia mamadeira à criança. A prescrição médica correspondia a 30ml de NAN, três vezes ao dia, mais a amamentação; referiu que como a criança tem</p>	<p>Modo de função de papel.</p> <p>Modo de função de papel.</p>	<p>Resposta adaptativa.</p> <p>Resposta ineficaz.</p> <p>Resposta adaptativa.</p> <p>Resposta ineficaz.</p>
---	---	---

<p>pouca aceitação ao aleitamento materno, ela está lhe oferecendo 40 ml de NAN. Após dar a mamadeira posicionou a criança ereta próxima ao seu peito para eructar. Demonstrou cuidado ao colocá-lo deitado em decúbito lateral, referindo que faz rodízio posicionando a criança à esquerda durante o dia e à direita durante a noite podendo assim observá-la no berço. Orientamos a importância em realizar a mudança de decúbito lateral várias vezes nas 24 horas, falando sobre a facilidade de esvaziamento gástrico quando em decúbito lateral direito.</p> <p>Logo após a mamada, antes mesmo de sugerirmos, Safira colocou a criança com soluço na posição que tínhamos lhe ensinado na visita anterior, o que demonstrou que estávamos enganadas quanto à sua resistência neste assunto.</p> <p>Nos contou que foi auxiliada em casa apenas nos dois primeiros dias e que agora, seu marido e a cunhada ajudam-na apenas no sábado. Relata que hoje se sente mais segura em relação aos cuidados com a criança.</p> <p>Começamos a conversar sobre seu medo de ter outros filhos. Nos contou que poucos dias após o nascimento da criança, já pensava nesta possibilidade, mas não esperava passar pela experiência de <i>ficar 15 dias no Abrigo da Mulher</i> à <i>espera da alta de sua criança</i>. Atualmente <i>sente-se abalada</i> para engravidar novamente.</p> <p>Sobre o retorno à atividade sexual já apresenta desejo, seus lóquios estão escassos, o fundo uterino não é mais palpável no abdome e refere estar sentindo-se bem. Porém diz que manterá a <i>abstinência</i> até completarem dois meses de pós-parto. Afirmou: “Se pode depois de quarenta dias, vou esperar completar</p>	<p>Estímulo residual.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de autoconceito.</p>
---	--

<p>pós-parto. afirmou: “Se pode depois de quarenta dias, vou esperar completar dois meses só para garantir”. Subentendemos que isto ocorra por <i>insegurança</i> em relação à sua total recuperação. Disse sentir <i>medo</i> de dor ao coito.</p> <p>Conversamos sobre métodos contraceptivos e constatamos que fala com o marido sobre o assunto. Prefere procurar um ginecologista antes do retorno a atividade sexual, opta por utilizar caminha até que possa retornar ao uso do contraceptivo oral que estava habituada (Gynera). Orientamos outros métodos contraceptivos e quanto aos riscos de engravidar mesmo amamentando.</p> <p>Ao conversarmos sobre o resguardo, relatou que antes de casar-se não lavava os cabelos durante o período menstrual, comportamento que modificou após o matrimônio por influência de seu marido. Porém não os lava quando o fluxo menstrual ainda é intenso, ou seja, lavando somente no final do período, percebendo que tal atitude aumenta a menstruação. Após o parto, <i>não lavou os cabelos</i> até completarem 30 dias, pois refere ter <i>medo</i> de sofrer algum efeito frente a isto, como por exemplo “dor de cabeça”.</p> <p>Ainda em relação às questões do resguardo (sexo e lavagem dos cabelos) referiu: “Se for para fazer com medo, melhor esperar e não fazer”.</p> <p>A respeito do sono e repouso, continua com medo de dormir durante o dia e perder o horário das mamadas. Como à noite já está <i>cansada</i>, <i>seu marido usa despertador para lhe auxiliar com a criança fazendo as mamadeiras</i>. Reforçamos a importância de descansar nos períodos em que a criança dorme e o uso de um despertador durante o dia para sentir-se segura em acordar no horário</p>	<p>Estímulo contextual. Estímulo contextual.</p> <p>Estímulo residual.</p> <p>Estímulo contextual.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de autoconceito.</p> <p>Subsistema regulador – modo de interdependência.</p>	
--	--	--	--

<p>uso de um despertador durante o dia para sentir-se segura em acordar no horário adequado.</p> <p>Tivemos a oportunidade de demonstrar o banho. Durante o qual explicamos maneiras que lhe proporcionem mais segurança em realizar o banho, combinado com técnicas assépticas para evitar que o próprio banho cause prejuízos à saúde da criança. Safira demonstrou interesse e participou do banho. A criança demonstrou-se calma durante todo o procedimento.</p> <p>Após o banho Safira recostou-se na cama com vários travesseiros, ombros relaxados e observamos que a criança fez boa pega como na visita anterior.</p> <p>Quanto ao nosso atendimento, disse que as visitas são boas porque pode tirar várias dúvidas que lhe aparecem.</p>		
<p>2. DIAGNÓSTICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medo relacionado à perda da autonomia caracterizado por sentimento de temor. - Alteração nos Padrões de Sexualidade relacionado à falta de conhecimento caracterizado por limitações ou mudança nas atividades ou no comportamento sexual. - Ajustamento Prejudicado relacionado a fatores culturais caracterizado por incapacidade de buscar comportamentos mais saudáveis. - Distúrbio no Padrão de Sono relacionado a medo caracterizado por mudança no comportamento e desempenho das atividades. 		

<p>mudança no comportamento e desempenho das atividades.</p> <p>3. PLANEJAMENTO</p> <p>3.1. Fixação de metas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investigar se o fato da casa não estar concluída é um estressor para ela. - Investigar se há Centro de Saúde próximo de sua casa. <p>3.2. Intervenções</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforçado as orientações sobre os fatores da prematuridade – ampliando a zona de adaptação frente ao modo de autoconceito. - Realizado exame físico (palpação do abdome, avaliação das mamas, outros). Esclarecemos quanto à possibilidade de retorno à atividade sexual frente e sua evolução. - Orientamos métodos contraceptivos. - Conversamos sobre as questões culturais e de higiene respeitando o posicionamento de Safira. - Orientamos sobre o uso de despertador para que possa descansar durante o dia sem preocupar-se em perder o horário da mamada. - Realizamos o banho da criança – ampliando a zona de adaptação frente ao modo de função de papel. - Reforçamos cuidados gerais com a criança – ampliando a zona de adaptação frente ao modo de função de papel. 		
---	--	--

<p>adaptação frente ao modo de função de papel.</p> <p>4. AVALIAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Mesmo após as orientações quanto a prematuridade, permanece com medo de engravidar novamente.</i> - <i>O exame físico demonstrou que seu estado físico está pronto para o retorno à atividade sexual. Safira, mesmo assim prefere manter abstinência sexual.</i> - <i>Sobre as orientações sobre métodos contraceptivos prefere usar camisinha até voltar a usar o contraceptivo oral a que está habituada, após conversar com seu ginecologista.</i> - <i>Safira ouviu nossa orientação sobre questões culturais e de higiene, mas reforçou que não vai lavar o cabelo.</i> - <i>Sobre o sono e repouso gostou da idéia de usar o despertador durante o dia para poder descansar tranqüila.</i> - <i>Interagiu no banho da criança, e prestou atenção nas orientações.</i> - <i>Ouviu atentamente as orientações e realizou algumas técnicas ensinadas na visita anterior que julgávamos que tivesse resistido.</i> 		<p>Resposta ineficaz.</p> <p>Resposta ineficaz.</p> <p>Resposta adaptativa.</p> <p>Resposta ineficaz.</p> <p>Resposta adaptativa.</p> <p>Resposta adaptativa.</p>
--	--	---

PROCESSO DE ENFERMAGEM II

Estímulos:	Subsistema e modos adaptativos:	Respostas:
<p>1. ANAMNESE</p> <p>1.1. Histórico de Enfermagem</p> <p>1.1.1. Identificação da Mulher</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nome Ametista - Idade 42 anos. - Naturalidade São José/Santa Catarina. - Religião Evangélica. - Procedência Barreiros, São José, SC. - Profissão Auxiliar de Cozinha. - Estado Civil Casada. - Data da chegada na Maternidade (seu percurso na mesma até o momento): Chegou na maternidade no dia 01/05/03. Nesse mesmo dia arrumou toda a casa e começou a sentir muita dor. A caminho da maternidade sentia muita cólica. Já no centro obstétrico durante a realização de toque vaginal, sentiu contração e a bolsa arrebentou. A criança nasceu de parto normal, de 34 semanas, pesando 2.300 Kg, sexo feminino. Foi para o Serviço de Neonatologia para uso de antibiótico. No dia 07/05 Ametista chegou no Abrigo da Mulher onde permaneceu até o 		

<p>dia 10/05, quando sua criança recebeu alta da maternidade.</p> <p>1.1.2. Dados Clínicos importantes para Enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - DUM 26/08/02. - PARA VIII - GESTA VIII - ABORTOS Ø - Data do parto 01/05/03. - A termo Não, com <i>oito meses de gestação</i> . <p>1.1.3. Conhecendo a mulher</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos importantes (vícios, alimentação, atividade física, lazer, etc.). Relatou nunca ter tido vícios como o fumo e bebida alcoólica. Sempre caminhou, inclusive durante a gestação. Sua alimentação não modificou durante a gravidez. Trabalhou como auxiliar de cozinha em um restaurante perto de sua casa até o 8º mês de gestação, ou seja, até o nascimento da criança. - Fez pré-natal? Houve a participação de alguém? Auxiliou no preparo para a maternidade (justifique)? Fez pré-natal. Ia sozinha as consultas. Somente na última consulta levou uma das filhas consigo, pois diz que sentiu <i>medo de andar sozinha na rua e lhe acontecer algo</i>. 	<p>Estímulo focal.</p>	<p>Estímulo residual.</p>
---	------------------------	---------------------------

<p>Resumidamente diga o que foi mais marcante (positiva ou negativamente)...</p> <p>- O fato de ser uma gestante mudou alguma coisa em sua vida? O que? <i>“Não mudou, só que no final da gestação sentia medo de andar sozinha e acontecer algo”.</i></p> <p>- A gravidez foi programada? <i>Não.</i></p> <p>- Como transcorreu a gestação, desde a descoberta até o parto? <i>Tinha problemas de “coração acelerado”, dores no estômago, braços e peito antes de engravidar e enquanto grávida, hoje, ainda se preocupava com isso.</i> Não se preocupava com a maternidade, pois Já era mãe de sete filhos. Continuou independente durante a gravidez.</p> <p>- Sabe o que é período puerperal? O que sabe sobre o período que está passando? <i>Não.</i> Sobre o resguardo, disse que não agüenta mais ficar sem lavar a cabeça: “Já não agüento mais a cocceira”, diz ela. Refere que seu marido não deixa: “<i>Meu marido não deixa que eu lave a cabeça</i>”. Relata também que por ela já teria relações sexuais, porém seu marido não quer, até completar sua quarentena. Demonstrando seu medo de lavar os cabelos tanto no resguardo quanto no período menstrual, relatou: “Já ouvi falar que uma mulher ficou louca da cabeça após lavar os cabelos enquanto estava menstruada”.</p>	<p>Estímulo residual.</p> <p>Estímulo residual. Estímulo focal.</p> <p>Estímulo focal. Estímulo focal.</p>	
--	--	--

<p>estava menstruada”.</p> <p>1.2. Exame físico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspecto geral Corada e hidratada. - Mamas Lactantes. - Fundo uterino Não palpável no abdome. - Região perineal Segundo a mulher, com bom aspecto cicatricial. - Eliminações Segundo a mulher Diurese e Evacuação normais, lóquios ausentes. - Presença de edema Ausente - Queixas de dor ou desconforto Referiu dor nos braços, coluna, peito e estômago (úlceras). <p>OBS: Devido ao curto tempo de permanência de Ametista no Abrigo da Mulher, a Anamnese foi realizada por completo na Visita Domiciliar.</p>		
<p>1. VISITA DOMICILIAR REALIZADA EM:</p> <p>15 de maio de 2003 das 08:00 às 12:00h</p> <p>Chegamos a residência de Ametista com meia hora de atraso devido a uma grande dificuldade em encontrarmos os pontos de referência corretos que nos levariam ao domicílio. Devido a esse fato a filha de Ametista foi até e</p>		

<p>nos levariam ao domicílio. Devido a esse fato a filha de Ametista foi até e esquina de sua casa nos encontrar.</p> <p>Trata-se de uma casa “meia água” de alvenaria, composta por três quartos, uma cozinha conjugada com uma pequena sala, um banheiro e área de serviço localizada na entrada da casa. O ambiente é simples, mas organizado e com boas condições de higiene. Dispõe de rede elétrica, rede telefônica, estrutura sanitária e transporte coletivo.</p> <p>Fomos recebidas por Ametista que já nos esperava bastante receptiva e nos conduziu até o seu quarto para vermos sua criança. Estavam também na casa suas duas outras filhas pequenas.</p> <p>Devido ao pouco tempo de permanência da Ametista no Abrigo da Mulher nossas conversas haviam sido informais, por este motivo ao realizarmos a visita domiciliar complementamos informações conforme objetivo contido no projeto assistencial.</p> <p>Ametista referiu que às vezes sente <i>dor nos braços, no estômago e/ou no peito</i>. Isso começou a mais ou menos um ano e as crises independem de seu dia ser ou não atribulado. <i>Preocupada</i> foi procurar assistência médica, descobrindo que tem úlcera, para o qual toma um fitoterápico, que nos mostrou.</p> <p>Relata ser auxiliar de cozinha e estar recebendo os seus direitos trabalhistas, mas gostaria de ser demitida para receber o fundo de garantia além das férias que lhe devem. <i>Manifesta vontade de ter mais tempo para cuidar das crianças, por isso está em dúvida se procura um outro emprego que lhe exija</i></p>		
		<p>Estímulo focal.</p> <p>Estímulo contextual.</p>
		<p>Subsistema regulador – modo fisiológico & subsistema cognitor – modo de autoconceito.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p>

<p><i>crianças, por isso está em dúvida se procura um outro emprego que lhe exija menos, ou se para de trabalhar. "Lá onde trabalho tenho hora para entrar, mas não tenho para sair" afirma.</i></p> <p>Relatou que está contente e tranqüila, pois após um longo período desempregado seu marido começou a trabalhar.</p> <p>Disse sentir falta de ir a igreja e tristeza, pois não tem ido aos cultos em função das responsabilidades com a criança. Estimulamos sua procura por reuniões da igreja em sua casa.</p> <p>Sobre o planejamento familiar, diz preocupar-se com o Pós Operatório no caso de Laqueadura tendo preferência por Vasectomia. Ao conversarmos sobre tal preferência disse que o marido se recusa mesmo sentido-se contrariada, disse que fará laqueadura, demonstrando preocupação com a possibilidade de nova concepção. "Já disse a ele que vou ter que passar tudo de novo e ainda tendo que cuidar da pequena" - Ametista se referindo ao resguardo e preocupando-se com os cuidados da Criança.</p> <p>Nos mostrou que a criança está com icterícia. Mostrando também que, por isso, havia colocado no punho da mesma uma fita amarela. Afirmou: "Coloquei só a fita porque me disseram que resolve, mas além da fita é bom colocar o alho. Ele fica seco, puxa tudo".</p> <p>Relatou que dos oito filhos que tem, esta é a primeira vez que sua mãe não vem cuidar dela no resguardo, queixando-se de ter que cuidar sozinha da criança.</p>	<p>Estímulo contextual.</p> <p>Estímulo contextual.</p> <p>Estímulo contextual.</p> <p>Estímulo focal.</p> <p>Estímulo residual.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p> <p>Subsistema cognitor – modo autoconceito.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de interdependência.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de interdependência.</p>	
---	--	---	--

<p><i>criança.</i></p> <p>Referiu que a criança tem apresentado soluço e que acorda muito à noite.</p> <p>Diz que mama bem, o que era uma de suas preocupações.</p> <p>Nos contou que moram em seis na casa, o marido, a criança, suas filhas de 3 e 8 anos e o filho de 10 anos, os outros filhos são casados e tem suas próprias casas.</p> <p>Citou ainda que <i>dois de seus filhos já casados não falam com ela, mas não quis entrar em detalhes sobre o assunto.</i></p> <p>A respeito da filha de 8 anos, disse que ela tem Bronquite e Adenóide, e que fará cirurgia para remoção da adenóide.</p>	<p>Estímulo contextual.</p>	<p>Subsistema Cognitor – Modo de Autoconceito.</p>
<p>2. DIAGNÓSTICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade relacionada à ameaça da integridade biológica caracterizada por sentimento sempre negativo de apreensão, medo do desconhecido. - Ansiedade relacionada a fatores que interferiram nas necessidades humanas básicas (conforto e segurança) caracterizado por preocupação. - Sofrimento espiritual relacionado ao conflito entre regime terapêutico e as crenças caracterizado por busca de assistência espiritual. - Conflito de decisão relacionado a risco/benefício do tratamento caracterizado por verbalização de sofrimento enquanto tenta decidir e ansiedade. 		

<ul style="list-style-type: none"> - Ajustamento prejudicado relacionado a fatores culturais caracterizado por incapacidade de buscar comportamentos mais saudáveis. - Processos familiares alterados relacionado ao ganho de um novo membro da família e caracterizado por insatisfação das necessidades emocionais dos membros. - Processos familiares alterados relacionado a conflitos caracterizado por falta de comunicação efetiva na família. 		
<p>3. PLANEJAMENTO</p> <p>3.1. Fixação de Metas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre causas da prematuridade, no intuito de diminuir o medo melhorando o <i>subsistema cognitor</i> (medo relacionado ao estímulo residual da perda de outro filho prematuro). - Investigar a permanência do medo, bem como suas causas e intensidade, favorecendo seu <i>subsistema cognitor</i> (medo de sair sozinha ao final da gravidez). - Investigar maiores detalhes quanto à dor, prestando melhor orientação, no intuito de trabalhar seu <i>subsistema regulador</i> (Dores nas costas, braços, peito e estômago). - Investigar qual método contraceptivo pretende usar até a realização da laqueadura. 	<p>Modo de autoconceito.</p> <p>Modo de autoconceito.</p> <p>Modo fisiológico.</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Investigar qual a aceitação do marido de Ametista quanto à possível realização da vasectomia. - Observar a evolução da icterícia e reforçar orientações, se necessário melhorando seu <i>subsistema cognitor</i> (tratamento da icterícia). - Investigar a causa da mãe de Ametista não estar lhe auxiliando no período de resguardo. - Perceber a possibilidade de voltar ao assunto da falta de diálogo de Ametista com dois de seus filhos casados. <p>3.2. Intervenções</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientada a chamar apoio do bombeiro caso ela ou algum dos filhos tiver alguma intercorrência. - Incentivado a busca de apoio espiritual através de visitas de pessoas da igreja a sua casa. - Prestadas orientações sobre risco/benefício quanto à realização de vasectomia/laqueadura proporcionando argumentos para discussão entre a mulher e seu marido. - Orientada sobre cuidados com a criança icterícia. - Orientamos sobre medidas de conforto para utilizar quando a criança apresentar soluço. - Incentivado sono e repouso. 	<p>Modo de função de papel.</p>	
---	---------------------------------	--

<p>4. AVALIAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Apesar de continuar sentindo medo de estar sozinha com os filhos, aceitou prontamente a sugestão de solicitação de socorro (bombeiro).</i> - <i>Mostrou interesse em procurar pessoas da igreja para visitá-la.</i> - <i>Concordou em conversar novamente com o marido utilizando os argumentos sugeridos.</i> - <i>Ouviu atentamente orientações sobre icterícia e solução.</i> - <i>Resistiu às orientações sobre sono e repouso argumentando falta de tempo para descansar.</i> 		<p>Resposta adaptativa.</p> <p>Resposta adaptativa.</p> <p>Resposta adaptativa.</p> <p>Resposta adaptativa.</p> <p>Resposta ineficaz.</p>
<p>1. VISITA DOMICILIAR REALIZADA EM:</p> <p>30 de maio de 2003 das 08:00 às 12:00h</p> <p>Não tivemos problemas em localizar a casa, pois já conhecíamos tal endereço. Fomos recebidas na sala/cozinha. Ametista acabou de acordar e se desculpou por estar de pijama, explicando que teve que ficar acordada de madrugada dando atenção à criança. Iniciamos a conversa enquanto Ametista terminava seu café. Questionamos sobre o estado da criança, se a mesma melhorou depois de nossa conversa ao telefone, então começou a nos contar que achava que a criança estava gripando por causa do frio, acrescentando ainda que estava com “umas bolinhas vermelhas no bumbum”. No decorrer desta conversa</p>		

<p>estava com “umas bolinhas vermelhas no bumbum”. No decorrer desta conversa a criança chorou e ela foi buscá-la no quarto. Logo perguntamos se gostaria que demonstrássemos uma forma de “enrolar” a criança para no momento do banho lavar primeiro a cabecinha evitando a perda excessiva de calor. Então fomos até o quarto onde fizemos tal demonstração prestando orientações de como proceder no banho. Percebemos então que <i>a criança estava com as roupas urinadas e avisamos Ametista</i>. Foi quando a mesma com <i>ar de insatisfação disse que acabara de trocar a criança e que esta suja muita roupa</i>. Enquanto Ametista trocava a criança aproveitamos para observar tais “bolinhas vermelhas” anteriormente mencionadas. Procuramos manter uma postura profissional frente à situação, porém ficamos espantadas com o que vimos: a criança estava com a região da vulva, períneo, glúteos e parte interna das coxas hiperemiadas e ressecadas com aspecto de descamação formando áreas eritematosas arredondadas, sugerindo dermatite. Ametista pegou roupas e fralda de pano limpo e começou a trocar a criança. Tirou a fralda urinada e logo colocou a limpa, sem fazer higiene alguma. Orientamos que era bom lavar a área em contato com a fralda, principalmente no estado “irritação” que a região se encontrava. Após tal orientação, pegou a fralda limpa umedeceu com água e esfregava sobre as áreas que estava com resíduos de pomadas ou com pele descamando, comentando sobre a dificuldade em remover a pomada e a “agonia” de não conseguir retirar a pele descamada observamos que talvez Ametista estivesse <i>preocupada em demonstrar higiene</i>.</p>	<p>Estímulo Focal.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p>
<p>Estímulo focal.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p>

<p><i>demonstrar higiene.</i></p> <p>Frente ao estado de irritação de pele da criança, <i>Ametista afirmou que é a primeira vez que acontece isso com um filho seu.</i> Comentou que nos primeiros dias que passou em casa aplicava a pomada contra assaduras que recebera na maternidade, passou a usar Dermodex Prevent, depois Hipoglós (que melhorara um pouco a situação), e lenços umedecidos. No momento não estava utilizando nada. Devido a todos esses acontecimentos sugerimos (entre nós) a possibilidade de os gemidos que a criança expressava mencionados por <i>Ametista</i> durante um telefonema, estarem associados ao estado das regiões anteriormente descritas.</p> <p>Em relação ao medo, firmou que desde a gravidez até este momento, é relacionado ao fato de ficar sozinha e acontecer algo (antes grávida, agora com as crianças). Continua com “aceleração no coração”, confirmou ter úlcera e afirmou ter problemas de coluna.</p> <p>Questionamos se havia ido ao Posto de Saúde. Respondeu que foi uma única vez, mas se <i>mostra insatisfeita em ter que ir ao Posto de Saúde que cobre a região de sua casa (área de abrangência), não podendo mais frequentar o que estava acostumada e tendo que mudar de médico - Fez todos os pré-natais com a mesma médica no outro Posto de Saúde.</i> Nos respondeu também que os agentes de saúde foram a sua casa, mas ela não falou nada da “assadura” da criança para eles.</p> <p>A criança permanece com icterícia (grau I). Referiu ter dado alguns banhos de sol sem proteger os olhos da criança.</p>	<p>Estímulo focal.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de autoconceito.</p>	
	<p>Estímulo contextual.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de interdependência.</p>	

<p>banhos de sol sem proteger os olhos da criança.</p> <p><i>Ametista nos contou que no intervalo entre as Visitas Domiciliares, sua filha de três anos teve um episódio de convulsão. O que a deixou muito preocupada.</i> Relatou que sua filha já sofrera de convulsão outras vezes, todas associadas com estados febris. Como seu marido está trabalhando em outra cidade e vem apenas a cada 15 dias, o ocorrido a deixou muito transtornada. Teve que ligar para PM vir buscá-la. Referiu que sua filha já fez uso de Gardenal. Devido ao acontecido, o médico que a atendeu na emergência prescreveu o uso da mesma medicação. Neste episódio sua mãe ficou com seus outros filhos.</p> <p>Ametista nos informou que sua mãe mora perto e a ajuda bastante, mas devido à idade avançada, 80 anos, não a auxilia mais tanto quanto em outros resguardos.</p> <p>Ametista também nos disse estar muito contente, pois, em conversa com o marido utilizou informações recebidas na primeira visita domiciliar para convencê-lo dos benefícios da vasectomia em relação à contracepção. Ele aceitou submeter-se a cirurgia tão logo seja possível. Por enquanto usará camisinha.</p> <p>Sobre seu filho de 10 anos nos informou que ele terá nova consulta no dia 02/06 às 13:30h, mesmo horário da consulta da criança. Esta consulta tem o objetivo de controle, pois seu filho já teve leucemia, e quem se ofereceu para levá-lo é a sua nora que não fala com ela.</p> <p>Quando perguntamos o que ela sabe sobre os benefícios de aleitamento materno nos disse que sabe que é bom, mas não entende como seu filho que foi</p>	<p>Estímulo contextual.</p> <p>Estímulo contextual.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p> <p>Subsistema cognitor - modo de interdependência.</p>	
--	---	--	--

materno nos disse que sabe que é bom, mas não entende como seu filho que foi amamentado até três anos de idade, teve leucemia.

2. DIAGNÓSTICOS

- Controle ineficaz do regime terapêutico: familiar relacionado a padrão cultural familiar não contribui para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis caracterizado por hábitos familiares não integrados ao regime terapêutico e indicadores de piora do quadro da doença em um membro da família.
- Ajustamento prejudicado relacionado a fatores culturais caracterizado por incapacidade de buscar comportamentos mais saudáveis.
- Ansiedade relacionada a fatores que interferem nas necessidades humanas básicas (conforto e segurança) caracterizado por preocupação.
- Síndrome do estresse por mudança relacionado à mudança sem tempo suficiente para preparar-se caracterizado por sentimento de apreensão, ansiedade e insegurança.
- Processos familiares alterados relacionado a conflitos caracterizado por falta de comunicação efetiva na família.

<p>3. PLANEJAMENTO</p> <p>3.1. Fixação de Metas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a evolução da dermatite e a aplicação da terapêutica recomendada por nós, bem como a prescrita pelo médico; buscando trabalhar seu <i>subsistema cognitor</i> (Assimilação de orientação). - Averiguar se Ametista procurou auxílio médico no Posto de Saúde. - Incentivar o uso dos serviços do Posto de Saúde, procurando se adaptar aos novos profissionais; trabalhando seu <i>subsistema cognitor</i> (Resistência à assistência dos novos profissionais). - Questionar sobre a consulta do filho que teve leucemia (controle); - Questionar sobre o retorno à atividade sexual e se está fazendo uso de algum método contraceptivo; <p>3.2. Intervenções</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivado a busca de avaliação médica frente à dermatite. Orientada quanto à higiene na troca de fraldas da criança. - Orientadas medidas de higiene respeitando seus medos e valores culturais (Não lavagem dos cabelos). - Incentivada a procurar o Posto de Saúde a fim de consultar com médico em busca de terapia às dores referidas. - Constatado que o marido aceitou submeter-se à vasectomia. 	<p>Modo de função de papel.</p> <p>Modo de autoconceito.</p>	
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> - Realizado exame físico da criança. - Orientados métodos contraceptivos e incentivado o uso de preservativo até a realização da vasectomia, bem como a comprovação de ausência de espermatozóides no canal deferente. - Orientada sobre questões da prematuridade. - Observando a necessidade que Ametista tem em ser assistida por uma equipe de enfermagem, procuramos o Posto de Saúde e conversamos com a enfermeira do Programa de Saúde da Família que cobre a região onde Ametista mora. Deixamos a enfermeira a par da situação vivida por Ametista. A enfermeira, que nos ouviu atentamente, agradeceu e afirmou que irá até a casa de Ametista para dar continuidade a nossa assistência. 		
<p>4. AVALIAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ametista referiu que já tinha agendada uma consulta pediátrica e que comparecerá na mesma.</i> - <i>Apresentou-se nervosa frente às orientações de higiene com a criança.</i> - <i>Verificamos que apesar do desconforto Ametista prefere continuar sem lavar os cabelos até o fim do resguardo – Questão Cultural (não vamos opinar quanto à resposta).</i> - <i>Permanece resistente a mudança de Posto de Saúde.</i> - <i>Assimilou tão bem as orientações prestadas quanto à vasectomia que seu marido aceitou realiza-la.</i> 		
		<p>Resposta adaptativa.</p>
		<p>Resposta ineficaz.</p>
		<p>Resposta ineficaz.</p>
		<p>Resposta adaptativa.</p>

<p><i>marido aceitou realiza-la.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ao exame físico, a criança continuava icteríca (grau I).</i> - <i>Pretende fazer uso de preservativo.</i> - <i>Na questão da ausência de comunicação com os filhos, não nos deu abertura para conversar sobre o assunto – Não opinamos se sua resposta é adaptativa ou ineficaz, pois o silêncio pode ser sua melhor estratégia de adaptação.</i> <p>OBS: Na visita domiciliar descrita abaixo, não haverá lista de diagnóstico, planejamento e avaliação, pois não houve contato com a mulher que é nosso foco de assistência.</p> <p>1. VISITA DOMICILIAR REALIZADA EM:</p> <p style="text-align: center;">11 de junho de 2003 das 08:30 às 11:00h</p> <p>OBS: Ao telefonarmos para marcação do horário da III Visita Domiciliar, Ametista teve dificuldades em combinar um horário, pois tem levado a criança a algumas consultas pediátricas, e nos informou que diagnosticaram Pneumonia.</p> <p>Ao chegarmos a residência de Ametista uma de suas filhas veio ao nosso encontro no portão, e nos comunicou que sua mãe não estava em casa. Justificou a ausência da mãe nos informando que na manhã do dia anterior Ametista levava</p>		<p>Resposta ineficaz.</p> <p>Resposta adaptativa.</p>
---	--	---

<p>a criança para uma consulta médica onde foi informada que internariam sua filha. Devido a tal internação, Ametista necessitou dormir no Hospital (não soube informar qual Hospital).</p> <p>Em dado momento, chegou ao portão, a mãe de Ametista que logo entrou na conversa desculpando-se pela ausência de sua filha e relatando muita preocupação pelo fato da mesma não ter dado notícias do estado de saúde de sua neta. Mostrou-nos o número de um telefone para possível contato com Ametista, mas disse desconfiar de se tratar de um telefone público. Explicou-nos que estava ali, para cuidar de seus netos na ausência de Ametista.</p> <p>Estendendo a conversa, desabafou dizendo que Ametista é uma mulher muito sofrida (encheu os olhos de lágrimas). Exemplificou o fato lembrando da perda do outro filho (prematureto que faleceu logo após o nascimento), ter enfrentado novamente a prematuridade com esta criança e no momento ter que acompanhar internação da mesma por Pneumonia. Esclareceu que Ametista fora levada ao Hospital pelo irmão que mora próximo, pois seu marido viaja muito a trabalho. Continuando os relatos de sofrimento de Ametista, revelou-nos que esta já havia sido casada e que em função das várias traições de seu marido decidiu separar-se. Nos contou que o ex-marido mora próximo dali e que trabalha em um mini-mercado. Reclamou do fato de Ametista não dar ouvidos aos seus conselhos, de seus irmãos e filhos, e continuou a conversa contando que a mesma casou-se novamente e que suas duas filhas mais novas são frutos deste</p>		
---	--	--

relacionamento.

A mãe de Ametista aparentemente sofre por sua filha. Trata-se de uma mulher evangélica, tradicional aos costumes de sua igreja (a mesma de Ametista) e demonstrando ser muito fiel a tais costumes relatou seu desgosto em relação à separação da filha. Afirmou que ela deveria ter permanecido casada. Considerando o novo relacionamento disse que ao menos não deveria ter tido mais filhos com o marido atual. Acreditamos na possibilidade dos filhos de Ametista não falarem com ela devido ao fato mencionado.

Ao nos despedirmos, convidamos a mãe de Ametista para estar presente em nossa próxima visita domiciliar. Mostrou-se receptiva e satisfeita com o convite.

PROCESSO DE ENFERMAGEM III

	Estímulos:	Subsistemas e modos adaptativos:	Respostas:
<p>1. ANAMNESE</p> <p>1.1. Histórico de Enfermagem</p> <p>1.1.1. Identificação da Mulher</p> <ul style="list-style-type: none">- Nome Jade.- Idade 22 anos.- Naturalidade Florianópolis.- Religião Evangélica.- Procedência Florianópolis, Vila São João, Rua João Evangelista da Costa SN.- Profissão Fiscal de Caixa.- Estado Civil Casada.- Data da chegada na Maternidade (seu percurso na mesma até o momento): Dia 12/04/2003 entrou pela recepção da Maternidade, indo para a triagem, sendo internada para o controle da Pressão Arterial, encaminhada para a sala de parto, depois para o apartamento, retornando para sala de parto.			

<p>1.1.2. Dados Clínicos importantes para Enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - DUM 22/08/2002. - PARA I. - GESTA I. - ABORTOS Ø - Data do parto 13/04/2003. - A termo Não, de 34 semanas. <p>1.1.3. Conhecendo a mulher</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos importantes (vícios, alimentação, atividade física, lazer, etc.). <p>Fumava, parou no início da gravidez. Alimentação diversificada com frutas e verduras relata ter tomado bastante Coca Cola na gravidez. Como atividade física, fazia patinação no seu trabalho, ao sentir dores, foi investigar e descobriu que estava grávida; parou de patinar.</p>	<p>- Fez pré-natal? Houve a participação de alguém? Auxiliou no preparo para a maternidade (justifique)?</p> <p>Sim. Seu marido a acompanhava quando podia. <i>Não a preparou para o parto nem para a maternidade</i>, ficava restrito a muitos exames e o médico lhe respondia o que perguntava e sempre fazia uma avaliação</p>	<p>Estímulo residual.</p>
--	--	---------------------------

<p>médico lhe respondia o que perguntava e sempre fazia uma avaliação geral (exame físico).</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que entende por planejamento familiar? “Só o que vejo na televisão, o quanto à família gasta, essas coisas...”. - Quais contraceptivos conhece? Quais gostaria de tirar dúvidas? Quais gostaria de utilizar? Conhece de ouvir falar, DIU e diafragma; já usou anticoncepcional e camisinha. Pretende usar injeção. - Já teve alguma intercorrência? Falar a respeito. Sim. Teve convulsão devido a <i>Eclampsia</i>. Só lembra de ter “visto estrelinhas” e de ter “apagado”. - Quais informações têm, para os cuidados com a criança? Já cuidou de uma de 4 meses e sempre procura maiores informações com sua mãe e com amigas que já são mães. - Pretende amamentar / Já amamenta a criança? Já amamenta. - O que sabe sobre o leite materno? Que é importante para a criança ter maior defesa a algumas doenças. - Tem contato com a família? Como é este contato? Sim, sempre recebeu visita de alguém; quase todos os dias. 		
---	--	--

Estímulo residual.

<p>- Há alguma atividade, que dê prazer, que faça ou possa vir a fazer no Abrigo da Mulher? Qual?</p> <p>Não opinou.</p> <p>Resumidamente diga o que foi mais marcante (positiva ou negativamente)...</p> <p>- O fato de ser uma gestante mudou alguma coisa em sua vida? O que?</p> <p>“Sim, a questão da responsabilidade. Antes eu acordava a hora que queria, lavava as roupas quando queria, etc. agora eu tenho responsabilidades com a criança, lavo roupas todos os dias... E apesar de tudo meu relacionamento com meu marido até melhorou” (esta resposta foi nos dada na III visita domiciliar).</p>		
<p>- A gravidez foi programada?</p> <p>Não.</p> <p>- Como transcorreu a gestação, desde a descoberta até o parto?</p> <p>Inicialmente teve dores na barriga, vômitos e enjôos, então descobriu que estava grávida de um mês. Sentiu-se “normalmente grávida”. Considera-se uma boa mãe “sou mais responsável do que antes”. Durante a gravidez se manteve independente.</p>	Estímulo residual.	

<p>- Sabe o que é período puerperal? O que sabe sobre o período que está passando?</p> <p>Não. Sabe o que é quarentena ou resguardo. Referiu ter lavado os cabelos logo no primeiro dia pós-parto e <i>considera que não teve resguardo</i>, afirmou isso fazendo referência ao período que considerou cansativo no Abrigo da Mulher. (Obtivemos esta resposta na III Visita Domiciliar).</p> <p>- Como se sente desde o parto até o presente momento?</p> <p><i>Sentiu muita dor de cabeça durante uns 50 dias após o parto, fazia uso de Dipirona o que lhe proporcionava apenas alívio. No geral se sente bem.</i></p>	<p>Estímulo contextual.</p>	
<p>1.2. Exame físico</p> <p>- Aspecto geral</p> <p>Corada e Hidratada.</p> <p>- Pressão Arterial</p> <p>130x80mmHg.</p> <p>- Mamas</p> <p>Lactantes e com presença de algumas estrias.</p> <p>- Fundo uterino</p> <p>Não é mais palpável no abdome.</p>	<p>Estímulo contextual.</p>	

<p>- Incisão abdominal Segundo a cliente, já cicatrizada.</p> <p>- Eliminações Diurese normal sofre de constipação (relata já ser assim antes de engravidar), os lóquios já cessaram.</p> <p>- Presença de edema Não.</p> <p>- Queixas de dor ou desconforto Sem queixas, exceto pelas dores de cabeça já mencionadas.</p> <p>OBS: Devido ao curto tempo de permanência de Jade no Abrigo da Mulher, a Anamnese foi realizada por completo na Visita Domiciliar.</p> <p>1. VISITA DOMICILIAR REALIZADA EM: 16 de maio de 2003 das 08:00 às 12:20h.</p> <p>Após localizar o endereço da mãe de Jade, fui convidada para entrar. Então eu e mãe de Jade entramos na casa e ficamos conversando na sala de entrada onde permaneci por toda a visita. Inicialmente estavam na sala eu, Jade, sua mãe, sua irmã, seu marido (que estava de saída) e a criança. Foram todos bem receptivos e logo ao chegar, Jade perguntou pelas “outras meninas”, o qual expliquei que haviam necessitado ir até a Maternidade para prestar assistência a uma das mulheres do Abrigo da Mulher.</p>		
--	--	--

<p>assistência a uma das mulheres do Abrigo da Mulher.</p> <p>Mais tarde eu e Jade mantivemos uma conversa descontraída e agradável. Durante tal contato, Jade relatou alguns fatos importantes. São eles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Como se trata de seu primeiro filho, está temporariamente na casa de sua mãe que lhe auxilia nos cuidados com a criança, porém ao mostrar-me algumas fotos da criança, afirmou que o berçinho do mesmo está em um quarto na casa de sua mãe;</i> - <i>Referiu não estar preparada para dar banho na criança e disse que iria tentar aprender, pois teria que voltar logo para sua casa com seu marido e filho;</i> - <i>Afirmou que sua mãe cuidará de seu filho quando voltar a trabalhar;</i> - <i>Trabalha como fiscal de caixa em um hipermercado e está tranqüila quanto aos seus direitos;</i> - <i>Seu marido trabalha de motorista, por isso necessita viajar eventualmente;</i> - <i>Preocupada com o ciúme excessivo do marido, relata que devido a isto já se separou algumas vezes do mesmo, sendo que a concepção da criança se deu em um período de reconciliação. Jade diz não saber qual será a reação de seu marido, ao fim de sua licença maternidade já que pretende voltar a trabalhar.</i> <p>Em relação à criança, durante a visita, Jade ofereceu a “Chuquinha” para o mesmo e relatou que o médico receitara Sulfato Ferroso.</p>	<p>Estímulo focal.</p> <p>Estímulo focal.</p> <p>Estímulo contextual.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de interdependência.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de autoconceito.</p>	
--	---	---	--

para o mesmo e relatou que o médico receitara Sulfato Ferroso. Afirmou que retirou um pouco de seu leite e mistura com o Sulfato Ferroso para dar à criança. Mais tarde ao ser questionada sobre a saúde da criança Jade relatou que ela está com uma inflamaçãozinha nos olhos - sua mãe trouxe o colírio para que eu pudesse ver.

Jade mostrou-me algumas fotos que tirou da criança logo após o nascimento, já que conhecemos a mesma somente mais tarde no Serviço de Neonatologia, então pude observar o quanto à criança evoluiu estando hoje com maior peso e estatura.

Ao questionar sobre sua opção de contraceptivo, Jade afirmou que pretende usar injeção. Na conversa, orientei quanto ao risco de gravidez incentivando o uso de preservativo no período de lactação, explicando brevemente outros métodos contraceptivos.

2. DIAGNÓSTICOS

- Alteração no Desempenho de Papel relacionado à falta de preparo para o desempenho do papel caracterizado por falta de conhecimento do papel.
- Comportamento para melhorar o nível de saúde relacionado à falta de conhecimento caracterizado por falta de conhecimento em comportamentos de promoção da saúde.

<p>- Processos Familiares Alterados relacionado a conflito (moral) caracterizado por falta de comunicação efetiva na família e insatisfação das necessidades emocionais dos membros.</p>		
<p>3. PLANEJAMENTO</p> <p>3.1. Fixação de Metas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investigar, e quando necessário, orientar cuidados/técnicas com a criança, buscando auxiliar seu <i>subsistema cognitor</i> (banho e outras dúvidas que possam surgir). - Averiguar como tem sido o relacionamento do casal (ciúmes x trabalho). - Realizar exame físico observando estado geral da criança, auxiliando o <i>subsistema cognitor</i> da mulher. (Principalmente a inflamação nos olhos). - Reforçar as orientações sobre métodos contraceptivos, favorecendo seu <i>subsistema cognitor</i> (Fornecendo opções). - Questionar se a criança continua fazendo uso de sulfato Ferroso. <p>3.2. Intervenções</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientados métodos contraceptivos. - Incentivado o uso de preservativo até poder utilizar o método escolhido (injeção). 	<p>Modo de função de papel.</p> <p>Modo de função de papel.</p> <p>Modo de autoconceito.</p>	

<p>(injeção).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicado quanto à possibilidade de gravidez no período de lactação. - Ao desabafo da mulher relacionado a seus problemas conjugais, foi estimulado diálogo com o marido, fora dos momentos de crise, sobre seu desgosto frente ao ciúme do mesmo (não foi realizado maiores intervenções respeitando a intimidade do casal). - Incentivado o interesse de Jade em buscar informações. <p>4. AVALIAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Por já estar decidida quanto ao método contraceptivo que irá utilizar, ouviu as orientações mostrando-se indiferente.</i> - <i>Concordou quanto ao uso de preservativo para evitar possível gravidez no período de lactação.</i> - <i>Constatou a dificuldade em estabelecer um diálogo com o marido, relatando a resistência do mesmo quanto à mudança de comportamento (ciúmes); demonstrando, em afirmações, que não mudará as atitudes que provocam ciúmes no mesmo.</i> - <i>Interessa-se em ampliar seus conhecimentos para melhor exercer seu papel de mãe.</i> 		<p>Resposta ineficaz.</p> <p>Resposta adaptativa.</p> <p>Resposta ineficaz.</p> <p>Resposta adaptativa.</p>
--	--	---

1. VISITA DOMICILIAR REALIZADA EM:

05 de Junho de 2003 das 18:00 às 20:30

Tendo em vista o retorno de Jade para sua casa, esta visita foi realizada em sua residência. Não tive dificuldades para encontrar o endereço. Trata-se de uma casa meia-água, localizada no bairro Vila São João. Seu interior é composto por uma cozinha, uma sala, um banheiro e um quarto. A região dispõe de rede sanitária, elétrica e telefônica, porém Jade não possui telefone.

Quando cheguei, Jade estava sozinha em casa com a criança, pois seu marido estava na casa da irmã que se localiza ao lado. Jade perguntou das colegas e me desculpei pela ausência das mesmas, explicando que estas haviam ficado inseguras de vir neste dia devido à ameaça de greve de ônibus.

Ao conversarmos um pouco sobre sua gravidez, Jade disse que teve Eclampsia. Relata ter ido a Maternidade na quinta-feira dia 10/04/2003 onde verificaram sua pressão e constataram estar com pressão alta (disse que até então nunca tivera Pressão alta), depois de medicada foi para casa. Voltou a maternidade no dia 12/04/2003 (sábado) novamente com pressão alta, ficando internada para controle da mesma, neste dia realizaram exames que ficaram prontos somente na segunda-feira devido ao fato do laboratório não funcionar nos fins de semana. Na manhã do dia 13/04/2003, data do parto, quando seu marido veio visitá-la avisou-o estar “vendo estrelinhas”. Não se lembra de mais nada a partir deste momento. Relatou que lhe contaram que havia tido

<p>nada a partir deste momento. Relatou que lhe contaram que havia tido Eclampsia, onde convulsionou. Seu filho nasceu neste dia, de Cesariana as 17:29h.</p> <p>Quanto aos métodos contraceptivos, diz estar usando camisinha até que faça a aplicação da injeção receitada pelo médico.</p> <p>Ao conversarmos sobre a questão do aleitamento materno, disse que pretende “dar o peito” até quando a criança quiser. Diz que voltará a trabalhar quando a mesma tiver completado quatro meses e que ficará inviável amamentá-lo durante o dia. Afirmou que “dará o peito” à noite quando voltar do serviço. Orientei quanto ao direito de amamentar seu filho até os seis meses e quanto à ordenha e armazenamento de leite caso seja necessário. <i>Frente à orientação prestada, de maneira um tanto inflexível, relatou que é impossível amamentá-lo trabalhando e colocou dificuldades na questão da reserva de leite dizendo que em seu local de trabalho não há um freezer para o congelamento.</i></p> <p>Devido o avançar da hora, ficamos de continuar a conversa sobre esta questão na próxima visita.</p> <p>2. DIAGNÓSTICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteração no Desempenho de Papel relacionado a déficits cognitivos caracterizada por negação do papel; conflito relacionado à percepção ou ao desempenho do papel. 	<p>Estímulo contextual.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p>
---	-----------------------------	---

<p>ao desempenho do papel.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processos Familiares Alterados relacionado a conflito (moral) caracterizado por falta de comunicação efetiva na família e insatisfação das necessidades emocionais dos membros. <p>3. PLANEJAMENTO</p> <p>3.1. Fixação de Metas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investigar como a mulher se sente frente à amamentação e estimular o gozo de seus direitos, buscando beneficiar seu <i>subsistema regulador</i>, bem como o <i>subsistema cognitor</i> (direito de amamentar até os 6 meses da criança). - Incentivar a busca de informações, bem como sua participação nos cuidados com a criança, buscando auxiliar seu <i>subsistema cognitor</i>. - Averiguar como tem sido o relacionamento do casal (ciúmes x trabalho). - Realizar exame físico observando estado geral da criança, auxiliando o <i>subsistema cognitor</i> da mulher. (Principalmente a inflamação nos olhos). - Reforçar as orientações sobre métodos contraceptivos, favorecendo seu <i>subsistema cognitor</i> (Fornecendo opções). - Questionar se a criança continua fazendo uso de sulfato Ferroso. 		<p>Modo fisiológico.</p> <p>Modo de função de papel.</p> <p>Modo de função de papel.</p> <p>Modo de função de papel.</p> <p>Modo de autoconceito.</p>
---	--	---

<p>3.2. Intervenções</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientado quanto ao direito de amamentar até os seis meses da criança, bem como formas de armazenamento de seu leite (se necessário à ordenha). <p>4. AVALIAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Afirmou retorno a atividade sexual e estar fazendo uso de preservativo.</i> - <i>Resistiu a orientação sobre aleitamento materno, usando várias desculpas.</i> - <i>Evoluiu na destreza em cuidar da criança, demonstrando segurança.</i> 		<p>Resposta adaptativa.</p> <p>Resposta ineficaz.</p> <p>Resposta adaptativa.</p>
<p>1. VISITA DOMICILIAR REALIZADA EM</p> <p style="text-align: center;">10 de junho de 2003 das 14:00 as 18:00h</p> <p>No início da tarde, chegamos a casa de Jade que já esperava por nossa visita. Nos recebeu no portão dizendo que acabara de chegar, de uma consulta pediátrica. Estavam na residência apenas Jade e a criança, pois seu marido estava trabalhando. Ao entrarmos, fomos levadas por Jade até seu quarto, onde estava a criança. Sentamos na cama e começamos a conversar.</p> <p><i>Ao choro da criança, Jade atenciosamente ofereceu o peito. A criança, se acalmou, começou a mamar. Após a mamada, ao perceber que a criança</i></p>	<p>Estímulo focal.</p> <p>Subsistema cognitor - modo de função de papel.</p>	

<p>se acalmado, começou a mamar. Após a mamada, ao perceber que a criança estava com as roupas úmidas, providenciou roupas limpas e realizando higiene perineal da criança com lenços umedecidos trocou a fralda. <i>Preocupada, comentou sobre a frequência e o aspecto "amarelo e líquido" das fezes da criança, dizendo que já havia trocado a fralda da mesma ao término da consulta, o que considerou recente.</i></p> <p>No momento em que Jade pegou as roupas limpas para a criança, comentou que após o nascimento da mesma <i>suas tarefas domésticas aumentaram e avaliou-se afirmando que hoje tem cumprido com as mesmas, considerando-se mais responsável.</i> Enquanto Jade organizava todo o material para troca de fralda da criança, esta se apresentava inquieta, aparentemente com <i>cólica.</i> Devido a isto, <i>após trocar a criança, lhe ofereceu novamente o peito.</i></p> <p>Ao momento em que Jade amamentava, mesmo sob a afirmação de estar decidida quanto ao uso de injeção, prestamos orientação em relação ao mecanismo de funcionamento do DIU e diafragma. Inicialmente, <i>devido à inquietação da criança, Jade apresentava-se concentrada na mesma.</i> Mas à medida que ela se acalmava, Jade retomava sua atenção a nossa conversa. Mais tarde, descontraindo, já conversava conosco sobre a relação custo/benefício do dispositivo intra-uterino.</p> <p>Ao questionarmos sobre seu resguardo, Jade, além de considerar que não teve (pois passou boa parte do período no Abrigo da Mulher, o que afirmou ter sido cansativo) disse ter sofrido de dores de cabeça por aproximadamente</p>	<p>Estímulo focal.</p> <p>Estímulo focal.</p> <p>Estímulo focal.</p> <p>Estímulo focal.</p>	<p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de autoconceito.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p>	
--	---	--	--

<p>ter sido cansativo) disse ter sofrido de dores de cabeça por aproximadamente cinquenta dias após o parto. <i>Dores que não cessavam, apenas aliviavam com o uso de medicações, fazendo-a sentir-se muito incomodada frente à responsabilidade de cuidar da criança.</i></p> <p>Comentou que antes de engravidar era “magrinha” e “não tinha barriga”, confirmando o que dizia mostrou-nos algumas fotos. <i>Afirmando que seu corpo está diferente, começou a falar sobre a insatisfação com o estado do mesmo no momento.</i></p> <p>Perguntamos sobre seu relacionamento com o marido, e como estava a questão dos ciúmes do mesmo. <i>Jade afirmou que no momento ele não apresentara tanto ciúme, mas preocupa-se com a reação dele quando tiver que retornar ao seu trabalho.</i> Afirmou “Vou trabalhar mesmo que ele não queira!”, porém mais tarde confessou seu desejo em ser demitida e receber todos os seus direitos relacionados a tal demissão. Apesar de seu desejo, acredita ser improvável que isto lhe aconteça. Contou-nos que enquanto estava grávida, comportou-se de maneira displicente, faltando ao trabalho (chegando a faltar por uma semana inteira...) e mesmo assim seu chefe nada fez “O problema é que ele gosta muito de mim...”.</p> <p><i>Voltamos a estimular Jade na questão de amamentar a criança até completarem 6 meses, mas novamente mostrou resistência a todas as orientações afirmando que em seu trabalho é impossível conciliar tal questão.</i></p>	<p>Estímulo contextual.</p> <p>Estímulo residual.</p> <p>Estímulo contextual.</p> <p>Estímulo contextual.</p>	<p>Subsistema regulador – modo fisiológico / subsistema cognitor – modo de função de papel.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de autoconceito.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de interdependência.</p> <p>Subsistema cognitor – modo de função de papel.</p>	
--	---	---	--

<p>Ao final da visita, realizamos exame físico em Jade constatando especialmente mamas íntegras e lactantes, útero involuído, ausência de lóquios, edema e os sinais vitais dentro dos padrões de normalidade. Quanto à criança, observamos pele íntegra à troca de fralda e ausência de inflamação ocular. Jade afirmou que a mesma não faz mais uso de Sulfato Ferroso.</p> <p>2. DIAGNÓSTICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distúrbio da Imagem Corporal Relacionado à gestação caracterizado por sentimentos negativos em relação ao corpo; preocupação com a perda ou mudança. - Processos Familiares Alterados relacionado a conflito (moral) caracterizado por falta de comunicação efetiva na família e insatisfação das necessidades emocionais dos membros. - Risco para Descontinuidade do Processo de Amamentação relacionado à necessidade de desmame abrupto do bebê. <p>3. PLANEJAMENTO</p> <p>3.1. Fixação de Metas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conversar sobre amamentação, trabalhando seu <i>subsistema cognitor</i> (resistência em continuar amamentando). 		
--	--	--

Modo de função de papel.

<ul style="list-style-type: none"> - Conversar sobre as alterações na imagem corporal consequente da gestação e orientar atividade física e alimentação adequadas, favorecendo seu <i>subsistema cognitor/regulador</i> e ampliando a zona de adaptação (insatisfação com a imagem corporal). - Incentivar o casal a procurar profissionais da área de comportamento humano, no intuito de melhorar o <i>subsistema cognitor</i> de ambos (ciúmes do marido). 		<p>Modo de autoconceito / modo fisiológico.</p> <p>Modo de autoconceito.</p>	
<p>3.2. Intervenções</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivado a amamentação até os seis meses da criança. - Observada reação da mulher em relação ao ciúme do marido. - Observando estado geral da criança. - Realizado exame físico na mulher. - Reforçado as orientações sobre métodos contraceptivos (DIU - diafragma). 			
<p>4. AVALIAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Permanece firme na posição de não amamentar após o retorno ao trabalho.</i> - <i>Sente-se incomodada com os ciúmes do marido e o desafia contrariando suas vontades.</i> 			<p>Resposta ineficaz.</p> <p>Resposta ineficaz.</p>

<ul style="list-style-type: none">- <i>Mostra-se atenciosa quanto aos cuidados da criança. Observado melhora mútua do binômio Mulher/criança.</i>- <i>Fisiologicamente em Bom Estado Geral.</i>- <i>Está decidida ao uso de injeção como contraceptivo, porém interagiu positivamente durante as orientações (DIU – diafragma).</i>		Resposta adaptativa. Resposta adaptativa. Resposta adaptativa.
---	--	--

7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Realizamos a assistência mediante o consentimento informado das mulheres. Para utilização de dados, informações e afirmações das mulheres, o fizemos após assinatura do Consentimento Informado pelas mesmas. O modelo deste encontra-se no Apêndice A.

Em respeito à identidade das mulheres utilizamos nomes de pedras preciosas para sua denominação.

Preservando a identidade da Instituição, omitimos seu nome utilizando no trabalho o termo “Maternidade” para identificá-la. Fizemos o mesmo com o local de hospedagem das mulheres denominando-o “Abrigo da Mulher”.

No decorrer da Prática Assistencial trabalhamos respeitando o código de ética, portaria 196/96 do Ministério da Saúde, conforme ANEXO I.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficamos muito felizes com o desenvolvimento da experiência vivenciada em nosso trabalho assistencial ao percebermos a importância da atenção assistencial às mulheres, que passam pela experiência de ter suas crianças afastadas de seu convívio devido à necessidade de cuidados no Serviço de Neonatologia.

Apesar deste processo assistencial ocorrer no curto intervalo disponível pelas mulheres – entre as suas idas ao Serviço de Neonatologia para amamentar - nos levando a concluir que as mesmas não tinham tempo ocioso, mas sim de descanso.

Além do reconhecimento das mulheres à atenção que lhes foi dispensada, notamos claramente os resultados positivos de tal assistência. A potencialização das respostas adaptativas das mulheres levou-as a enfrentar as diversas situações vividas com garra e coragem, o que se refletiu, diretamente, no desenvolvimento de suas crianças - podendo ser observado na aceleração do processo de recuperação e alta - ficando evidente o fortalecimento mútuo do binômio.

Percebemos como, mesmo inconscientemente, as mulheres desenvolveram uma rede de apoio entre si na convivência que mantinham no Abrigo da Mulher, refletindo a importância do modo adaptativo de interdependência. Esta rede de apoio ajudava as mulheres a viver aquela situação de forma melhor, fortalecendo-as, sobremaneira, nos seus modos adaptativos, ou seja, ampliando, significativamente, a zona de adaptação à situação vivenciada com toda a gama de estímulos focais, contextuais e residuais que vem a ser incorporados.

Constatamos nas mulheres diversos modos adaptativos frente a certas similaridades nas situações vivenciadas. Isto confirma a idéia de que cada ser é único, singular e adaptável ao meio em mudança. Os modos adaptativos apresentados no Abrigo da Mulher e no domicílio eram sensivelmente diferentes. Isto quer dizer que esses modos variavam a cada caso (entre mulheres diferentes) e, também, em diferentes contextos, no caso da mesma mulher. Frente a esta questão, concluímos que os modos adaptativos assumem diferentes formas sob a influência de diferentes estímulos, ficando claro que a mudança de estímulos afeta diretamente o modo adaptativo, sejam eles focais, contextuais e/ou residuais.

Concluímos que um estímulo comum entre as mulheres - que desencadeia diferentes modos adaptativos - é a questão da amamentação. Esta se apresenta como um estressor, gerado de um lado pela ansiedade da mulher em amamentar, visando nesta situação, o aumento de peso da criança a fim de alcançar o índice suficiente para alta. De outro lado a cobrança dos profissionais da saúde voltado ao aleitamento materno e a própria dinâmica dos

horários da amamentação - ditados pela instituição - que em última análise constitui-se na condição de acesso das mulheres às suas crianças no Serviço de Neonatologia. Como podemos demonstrar na frase: *“Fui ver meu filho de madrugada e não me deixaram entrar porque estou só estimulando. Já as que amamentam entraram!”* (TURQUESA, 20 anos).

Percebemos que algumas pessoas atuantes na instituição tinham conhecimento da necessidade e importância do processo de amamentação realizado pelas mulheres no Serviço de Neonatologia, sem, contudo, saber da existência do Abrigo da Mulher, nos levando a concluir que ainda estamos longe de alcançar a assistência humanizada com uma visão holística de cuidado envolvendo a família como preconizam atualmente as políticas de saúde do país. Desta forma enfatizamos que a atenção a estas mulheres precisa ser incorporada na ordem filosófica assistencial da instituição e por todo o corpo profissional que nela atua.

Concluimos que a visão multidisciplinar do trabalho em saúde é algo extremamente complexo. Apesar das constantes explicações dadas, a alguns profissionais, sobre o nosso trabalho, nos deparamos, por vezes, com atitudes de incompreensão frente a nossa proposta assistencial. Inferimos assim que ainda existem profissionais que, diferentemente de nós, não conseguem ultrapassar a visão biologicista do cuidar, mantendo o olhar restrito sobre a situação de doença.

Ficamos muito felizes em conquistar a confiança das mulheres, o que nos abriu as possibilidades de acesso aos seus domicílios. No decorrer das visitas domiciliares sentimos uma certa manifestação de intimidade, ao sermos convidadas a ir até seus quartos para conversarmos. Observamos, durante as visitas, que as mulheres assimilavam e colocavam em prática, com muita facilidade e interesse aquilo que orientávamos. Concluimos que isto, possivelmente, se deve ao vínculo que construímos com elas a partir da nossa convivência no Abrigo Da Mulher o que fez com que se sentissem mais seguras ante a nossa presença no contexto do seu domicílio.

Inferimos que foi muito importante a realização das visitas domiciliares neste tipo de proposta assistencial, tanto para conhecer a mulher mais profundamente, em seu contexto familiar, quanto para estender a assistência de enfermagem à família.

Constatamos que os vínculos construídos pelas mulheres e seus familiares com os profissionais da saúde atuantes na comunidade em que residem são de extrema importância. As constantes rupturas que ocorrem pelo rodízio destes profissionais nos serviços ou pela mudança de residência das famílias criam importantes rupturas no processo de vinculação com reflexos significativos na saúde destas.

Ao contactuarmos com uma enfermeira do Programa de Saúde da Família, percebemos a importância do sistema de referência e contra-referência entre os profissionais que atuam dentro das instituições e aqueles que desenvolvem a Atenção Básica de Saúde a fim de que o processo assistencial tenha continuidade.

Em relação à questão fisiopatológica das mulheres, foram poucas as intercorrências encontradas, sendo elas, em sua maioria relacionadas ao fenômeno da lactação.

O acompanhamento pré-natal integral mostra-se de fundamental importância no sentido de instrumentalizar a mulher física e psicologicamente para o evento do nascimento da criança. A experiência destas mulheres, na sua grande maioria, aponta para um monitoramento clínico/laboratorial das suas funções vitais, bem como da criança, sem um preparo específico para o parto (sinais e sintomas, quando intervir com cesariana, etc.) e tampouco para o processo de amamentação. Frente a este contexto concluímos que as mulheres não foram adequadamente preparadas para o evento do nascimento de suas crianças, o que resultou em estímulos residuais que influenciaram os seus comportamentos na atual vivência.

O modelo assistencial de enfermagem proposto por Roy mostrou-se pertinente a esta proposta assistencial. O caminho teórico nos fez ver que as mulheres realmente necessitam de Assistência de Enfermagem, esta em seus aspectos mais amplos, ou seja, não apenas com uma visão biologicista, mas assistindo suas necessidades psicoemocionais e espirituais.

O desenvolvimento do processo de enfermagem foi fundamental para sistematizar a assistência de enfermagem a fim de detectar os estímulos focais, contextuais e residuais; trabalhando seus subsistemas regulador e cognitor; ajustando os modos adaptativos de autoconceito, função de papel, fisiológico e interdependência; buscando transformar respostas ineficazes em respostas adaptativas a fim de promover a saúde.

Concluímos com este trabalho quão importante é a Assistência de Enfermagem no processo de adaptação da mulher - e sua família - no contexto vivencial crítico de afastamento da criança no período puerperal. Fase esta em que é tão importante o estabelecimento do vínculo mulher/criança.

Findo o trabalho, podemos afirmar quão significativa foi tal experiência de prática assistencial. Nos fez refletir quanto à necessidade de apoio destinado às mulheres em período puerperal que vivenciam o afastamento de suas crianças. Paralelamente observamos a indiferença dos profissionais da saúde às mulheres, que se encontram nesta situação; neste sentido recomendamos uma reavaliação assistencial/institucional para maior valorização desta clientela no contexto descrito.

Reconhecemos a capacidade técnica praticada diariamente pela equipe de enfermagem, mas gostaríamos de sugerir o reconhecimento da presença da mulher no Serviço de Neonatologia não apenas no processo de amamentação, mas valorizando a preciosidade da interação mulher/criança na recuperação e fortalecimento deste binômio.

À instituição, elogiamos a implantação do Abrigo da Mulher – já reconhecida pelas próprias mulheres – mas solicitaríamos avaliação das orientações prestadas àquelas mulheres a fim de evitar contradições nas informações fornecidas. Outra sugestão é que a instituição assuma assistencialmente esta clientela, bem como estabeleça o sistema de referência e contra-referência, encaminhando a mulher e a criança aos cuidados dos profissionais do Posto de Saúde correspondente a área de residência da família.

“O Abrigo da Mulher é uma benção! Se não houvesse este lugar, com certeza eu estaria com um banquinho sentada na porta do Serviço de Neonatologia esperando o horário que posso entrar”. (ESMERALDA, 22 anos).

À academia, agradecemos todo o conhecimento disponibilizado, e sugerimos a ampliação de tempo de estágio curricular destinado à saúde da comunidade, bem como oportunizar aos acadêmicos assistir as mulheres que enfrentam a realidade descrita neste trabalho.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEDET, Silva Alves; BUB, Maria Bettina Camargo **Manual de Diagnóstico de Enfermagem**. Uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas e na Classificação Diagnóstica da NANDA. 2ª ed. Florianópolis: Bernúcia Editora, 2001.

BÍBLIA Sagrada, Provérbios de Salomão Capítulo 31.

BRANDEN, Pennie S. **Enfermagem Materno Infantil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2000.

BRUNER & SUDDART **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9ª ed. v. 2, Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2000.

BURROUGHS, Arlene. **Introdução à Enfermagem Materna**. Tradução Ana Thorell. 6 ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1995.

CARRARO, Telma E. **Desafio Secular: Mortes Maternas por Infecções Puerperais**. Pelotas: Editora universitária, 1999.

COSTA, Gley P. e KATZ, Gildo. **Dinâmica das Relações Conjugais** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

COSTA, Ramiro M. **Sexualidade como tema transversal: a estruturação da educação sexual nos parâmetros curriculares nacionais**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) CCE UFSC Florianópolis, 2001.

DICIONÁRIO Balsa da Língua Portuguesa. Enciclopédia Britânica Rio de Janeiro São Paulo: Editores Ltda. v. 2 p.1140, 1980.

FERREIRA, Aurélio B. de H. **Mini Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa** 3ª ed Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

GEORGE, J. B. et al **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e sociedade**. Tradução Eliane Mussmich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HUNT, Nan. No colo das mães. In: Zweig, Connie (Org.) **Mulher: em busca da feminilidade perdida**. Tradução Vera de Paula Assis. São Paulo: Gente, p. 101 – 118, 1994.

KNINBIEHLER, Yvonne (Org.) **Maternité, affaire privée, affaire publique**. Paris: Bayard, 2001.

KITZINGER, Sheila. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. 2ªed. Lisboa: Presença, 1996.

LABRONICI, Liliana M. **Eros propiciando a compreensão da sexualidade das enfermeiras** Tese (Doutorado em Enfermagem) CCS UFSC Florianópolis, 2002.

LAZARUS Richard S. **Personalidade e Adaptação** Rio Grande do Sul: Zahar editores, 1974.

LINDNER, Scheila R. **SAÚDE DA MULHER: O Puerpério como foco da assistência utilizando a Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem**. Monografia (Graduação Enfermagem) CCS UFSC Florianópolis, 2002.

MALDONADO, Maria Tereza **Psicologia da Gravidez** 12ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1991.

MARINER-TOMEY, A. **Modelos y teorías en enfermería**. 3ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1997.

MARINER-TOMEY, A. **Modelos y teorías en enfermería**. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1999.

MOREIRA, Maria T. M. **Ser Mãe não é Padecer no Paraíso. É a Ditadura do Peito.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

MASSI, Marina. **Vida de Mulheres: Cotidiano e Imaginário.** Rio de Janeiro: Imago, 1992.

NASCIMENTO, Maria da Graça Pereira do; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota **Informações Básicas Sobre Métodos Anticoncepcionais.** Apostila - Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

OLIVEIRA, M^a. Emilia de; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléia M^a. **Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: Textos Fundamentais.** 2 ed. Ed. Florianópolis: Cidade Futura. UFSC, 2002.

PARISOTTO, Luciana. **Sexo e Gravidez: Conflito Esposa-Amante X Esposa-Mãe** <<http://www.abcdasaude.com.br/artigophp?383>> Acesso em 16/03/03.

SILLAMY, Norbet. **Dicionário de Psicologia Larousse.** Porto Alegre: Art Méd, 1998.

SILVA NETO, Norberto A. **Fragmentos da Metamorfose: Cuidado Materno e Cuidado Psicoterapeutico** São Paulo: EPU, 1988.

SOIFER Raquel. **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério** traduzido por Ilka Valle de Carvalho, Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

TUDO SOBRE PARTO. São Paulo, Flash Editora LTDA, 1985.

10. ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICE A

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

CONSENTIMENTO INFORMADO

Através deste venho permitir minha inclusão na prática assistencial realizada pelas acadêmicas de enfermagem Carla C. de A. dos Santos, Rosângela Marcia Faria e Tamary C. Lemes Franz, sob a supervisão da Enfermeira Odete Back, para conclusão do curso de Graduação em Enfermagem das alunas.

Este consentimento é válido na condição de ter minha identidade preservada.

Florianópolis, ____ de _____ de 2003

APÊNDICE B

1. ANAMNESE

1.1. Histórico de Enfermagem

1.1.1. Identificação da Mulher

- Nome
- Idade
- Naturalidade
- Religião
- Procedência
- Profissão
- Estado Civil
- Data da chegada na Maternidade (seu percurso na mesma até o momento):

1.1.2. Dados Clínicos importantes para Enfermagem

- DUM
- PARA
- GESTA
- ABORTOS
- Data do parto
- A termo

1.1.3. Conhecendo a mulher

- Hábitos importantes (vícios, alimentação, atividade física, lazer, etc.).
- Fez pré-natal? Houve a participação de alguém? Auxiliou no preparo para a maternidade (justifique)?
- O que entende por planejamento familiar?
- Quais contraceptivos conhece? Quais gostaria de tirar dúvidas? Quais gostaria de utilizar?

- Já teve alguma intercorrência? Falar a respeito.
- Quais informações têm, para os cuidados com a criança?
- Amamentou os outros filhos? Por quanto tempo?
- Pretende amamentar / Já amamenta a criança?
- O que sabe sobre o leite materno?
- Tem contato com a família? Como é este contato?
- Há alguma atividade, que dê prazer, que faça ou possa vir a fazer no Abrigo da Mulher? Qual ?

Resumidamente diga o que foi mais marcante (positiva ou negativamente)...

- O fato de ser uma gestante mudou alguma coisa em sua vida? O que?
- A gravidez foi programada?
- Como transcorreu a gestação, desde a descoberta até o parto?
- Sabe o que é período puerperal? O que sabe sobre o período que está passando?
- Como se sente desde o parto até o presente momento?
- Aberto para dúvidas ou para compartilhar algo que considere importante.

1.2. Exame físico

- Aspecto geral
- Mamas
- Fundo uterino
- Incisão abdominal ou Região perineal
- Eliminações
- Presença de edema
- Queixas de dor ou desconforto

ANEXO I

Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos

Conselho Nacional de Saúde

Resolução 196/96

•Pesquisa •Qualificação do Pesquisador •Consentimento Informado •Comitê de Ética em Pesquisa - CEP •Riscos e Benefícios •Projeto de Pesquisa •Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

Texto da Resolução:

O Conselho Nacional de Saúde, no uso da competência que lhe é outorgada pelo Decreto nº 93933 de 14 de janeiro de 1987 resolve:

Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos:

PREÂMBULO

A presente Resolução fundamenta-se nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos: o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores de 1975, 1983 e 1989), o Acordo Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (ONU, 1966, aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro em 1992), as Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS 1982 e 1993) e as Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos (CIOMS, 1991).

Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

II - TERMOS E DEFINIÇÕES.

A presente Resolução, adota no seu âmbito as seguintes definições:

II.1- Pesquisa - classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável. O conhecimento generalizável consiste em teorias, relações ou princípios ou no acúmulo de informações sobre as quais estão baseados, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência.

II.2 - Pesquisa envolvendo seres humanos - pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.

II.3 - Protocolo de Pesquisa - Documento contemplando a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais, informações relativas ao sujeito da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e à todas as instâncias responsáveis.

II.4 - Pesquisador responsável - pessoa responsável pela coordenação e realização da pesquisa e pela integridade e bem-estar dos sujeitos da pesquisa.

II.5 - Instituição de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada na qual são realizadas investigações científicas.

II.6 - Promotor - indivíduo ou instituição, responsável pela promoção da pesquisa(...).

II.8 - Risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

II.9 - Dano associado ou decorrente da pesquisa - agravo imediato ou tardio, ao indivíduo ou à coletividade, com nexos causal comprovado, direto ou indireto, decorrente do estudo científico.

II.10 - Sujeito da pesquisa - é o(a) participante pesquisado (a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração.

II.11- Consentimento livre e esclarecido - anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa(...)

II.15 - Vulnerabilidade - refere-se a estado de pessoas ou grupos, que por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

II.16 - Incapacidade - Refere-se ao possível sujeito da pesquisa que não tenha capacidade civil para dar o seu consentimento livre e esclarecido, devendo ser assistido ou representado, de acordo com a legislação brasileira vigente.

III - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais.

III.1 - A eticidade da pesquisa implica em:

a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade;

b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência);

d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade).

III.2 - Todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá obedecer às diretrizes da presente Resolução. Os procedimentos referidos incluem entre outros, os de natureza instrumental, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, econômica, física, psíquica ou biológica, sejam eles farmacológicos, clínicos ou cirúrgicos e de finalidade preventiva, diagnóstica ou terapêutica.

III.3 - A pesquisa em qualquer área do conhecimento, envolvendo seres humanos deverá observar as seguintes exigências:

a) ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas(...)

d) prevalecer sempre a probabilidade dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis;

e) obedecer a metodologia adequada. Se houver necessidade de distribuição aleatória dos sujeitos da pesquisa em grupos experimentais e de controle, assegurar que, a priori, não seja possível estabelecer as vantagens de um procedimento sobre outro através de revisão de literatura, métodos observacionais ou métodos que não envolvam seres humanos(...)

g) contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal(...)

i) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro(...).

l) respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades(...).

IV - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

IV.1 - Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:

- a) a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- b) os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c) os métodos alternativos existentes;
- d) a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis(...)
- f) a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;
- g) a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa(...).

IV.2 - O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

IV.3 - Nos casos em que haja qualquer restrição à liberdade ou ao esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se ainda observar:

- c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado com explicação das causas da impossibilidade e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa;

- sem ônus econômico financeiro adicional à família;
- sem prejuízo para outros pacientes aguardando internação ou tratamento;
- possibilidade de obter conhecimento científico relevante, novo e que não possa ser obtido de outra maneira;

VII - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

Toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

VII.13 - Atribuições do CEP:

a) revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;

b) emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão. A revisão de cada protocolo culminará com seu enquadramento em uma das seguintes categorias:

- aprovado;
 - com pendência: quando o Comitê considera o protocolo como aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solicita uma modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias pelos pesquisadores;
 - retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;
 - não aprovado; e
 - aprovado e encaminhado, com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/MS, nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c.
- c) manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

VII.14 - Atuação do CEP:

a) a revisão ética de toda e qualquer proposta de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica. Pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo protocolo não deve ser analisada pelo Comitê.

b) Cada CEP deverá elaborar suas normas de funcionamento, contendo metodologia de trabalho, a exemplo de: elaboração das atas; planejamento anual de suas atividades; periodicidade de reuniões; número mínimo de presentes para início das reuniões; prazos para emissão de pareceres; critérios para solicitação de consultas de experts na área em que se desejam informações técnicas; modelo de tomada de decisão, etc.

VIII - COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP/MS)

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/MS é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, independente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde.

O Ministério da Saúde adotará as medidas necessárias para o funcionamento pleno da Comissão e de sua Secretaria Executiva.

VIII.1 - Composição: A CONEP terá composição multi e transdisciplinar, com pessoas de ambos os sexos e deverá ser composta por 13 (treze) membros titulares e seus respectivos suplentes, sendo 05 (cinco) deles personalidades destacadas no campo da ética na pesquisa e na saúde e 08 (oito) personalidades com destacada atuação nos campos teológico, jurídico e outros, assegurando-se que pelo menos um seja da área de gestão da saúde. Os membros serão selecionados, a partir de listas indicativas elaboradas pelas instituições que possuem CEP registrados na CONEP, sendo que 07 (sete) serão escolhidos pelo Conselho Nacional de Saúde e 06 (seis) serão definidos por sorteio. Poderá contar também com consultores e membros "ad hoc", assegurada a representação dos usuários.

IX - OPERACIONALIZAÇÃO

IX.1 - Todo e qualquer projeto de pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações desta Resolução e dos documentos endossados em seu preâmbulo. A responsabilidade do pesquisador é indelegável. Indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

IX.2 - Ao pesquisador cabe:

- a) apresentar o protocolo, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa;
- b) desenvolver o projeto conforme delineado;
- c) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- d) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;
- e) manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP;

f) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

g) justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

IX.3 - O Comitê de Ética em Pesquisa institucional deverá estar registrado junto à CONEP/MS.

IX.4 - Uma vez aprovado o projeto, o CEP passa a ser co-responsável no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa.

IX.5 - Consideram-se autorizados para execução, os projetos aprovados pelo CEP, exceto os que se enquadrarem nas áreas temáticas especiais, os quais, após aprovação pelo CEP institucional deverão ser enviados à CONEP/MS, que dará o devido encaminhamento.

IX.7 - As agências de fomento à pesquisa e o corpo editorial das revista científicas deverão exigir documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo CEP e/ou CONEP, quando for o caso.

IX.8 - Os CEP institucionais deverão encaminhar trimestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e, imediatamente, aqueles suspensos.

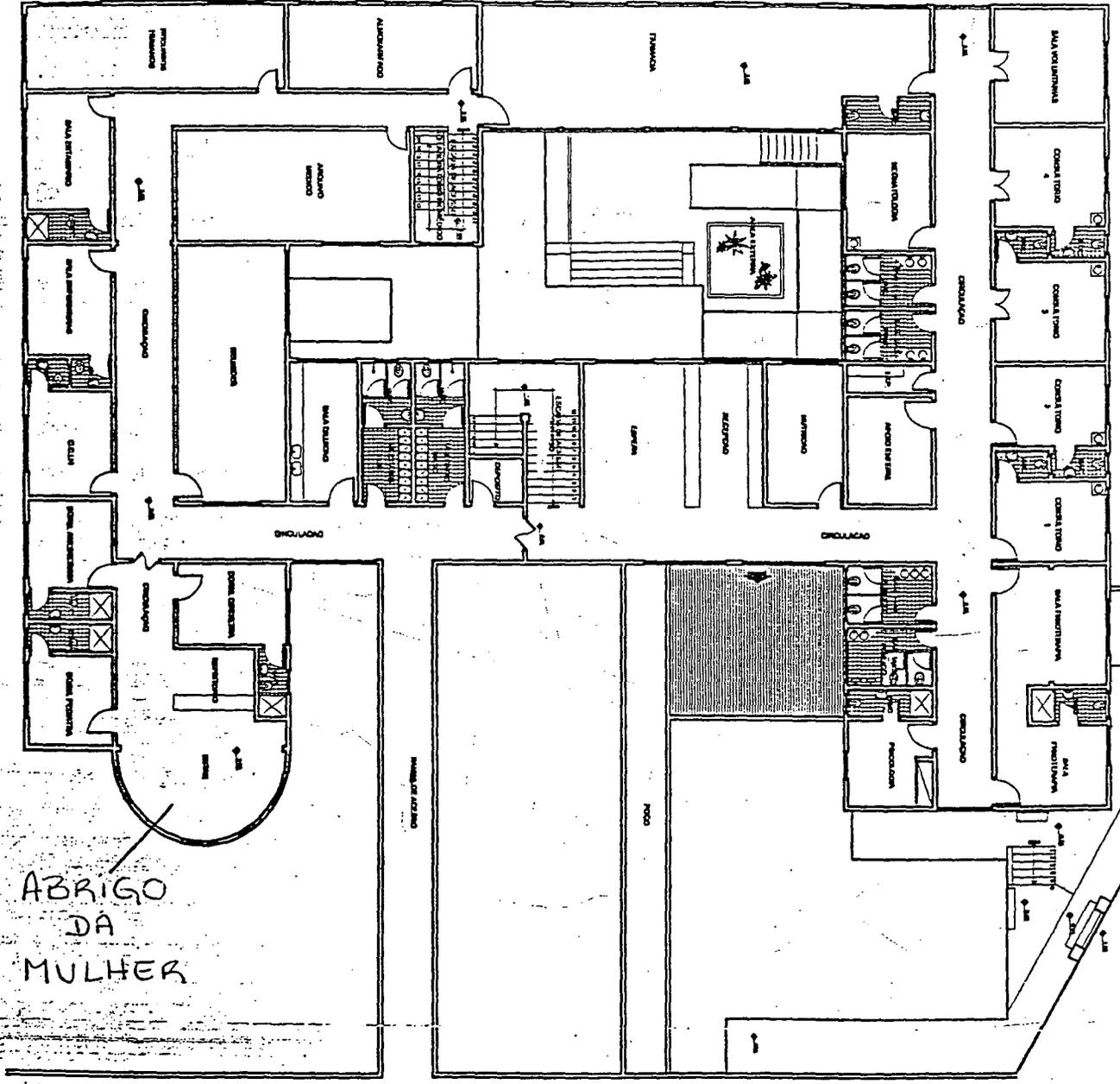
X. DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

X.4 - Fica revogada a Resolução 01/88.

FONTE: <http://www.hc.ufpr.br/index/cepsh/resoluc196completa.htm>
Acesso em 03 de abril de 2003.

ANEXO II

PLANTA SUPERIOR
Esc. 175



ABRIGO
DA
MULHER

Entrada Principal da Maternidade

Entrada
Principal