

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

**DO HOSPITAL AO DOMICÍLIO:  
CONTINUANDO O CUIDADO DO BINÔMIO MÃE E FILHO NA INICIAÇÃO  
DO RITO DE PASSAGEM DO NASCIMENTO, INSERINDO O PAI NO  
PROCESSO DE CUIDAR**

**AGLAÉ STAHL  
JOSIANE LOCATELLI  
ZELMA DELAITI**

**FLORIANÓPOLIS, MARÇO DE 1999**

**AGLAÉ STAHL  
JOSIANE LOCATELLI  
ZELMA DELAITI**

**DO HOSPITAL AO DOMICÍLIO:  
CONTINUANDO O CUIDADO DO BINÔMIO MÃE E FILHO NA  
INICIAÇÃO DO RITO DE PASSAGEM DO NASCIMENTO, INSERINDO  
O PAI NO PROCESSO DE CUIDAR**

**Curso de Graduação em Enfermagem.  
Projeto Assistencial de Conclusão do  
Curso de Graduação em Enfermagem à  
Disciplina de Enfermagem Assistencial  
Aplicada.**

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. OLGA REGINA ZIGELLI GARCIA  
SUPERVISORA: VÂNIA SORGATTO COLLAÇO DOS SANTOS**

**FLORIANÓPOLIS, MARÇO DE 1999.**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0402

Autor: Stahl, Aglaé

Título: Do hospital ao domicílio : conti



972493031 Ac. 241741


Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0402  
Ex.1**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUZINDO O TEMA.....</b>	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>ESTABELECENDO OS OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
	2.1 Objetivo Geral.....	15
	2.2 Objetivos Específicos .....	16
<b>3</b>	<b>REVISANDO A LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
	3.1 O Nascimento como um Rito de Passagem .....	17
	3.1.1 Ritos de passagem .....	17
	3.1.2 Ritos de passagem e nascimento .....	17
<b>4</b>	<b>O REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>25</b>
	4.1 Marco Conceitual .....	25
	4.2 Alguns Pressupostos Teóricos e Pessoais .....	26
	4.3 Conceitos .....	28
	4.4 Processo de Enfermagem .....	31
	4.4.1 O processo de cuidar .....	31
	4.4.1.1 Conhecendo a situação.....	32
	4.4.1.2 Refletindo sobre a situação do cliente .....	33
	4.4.1.3 Planejamento e fazendo o cuidado .....	33
	4.4.1.4 Avaliando o cuidado .....	34
<b>5</b>	<b>ESTABELECENDO AS AÇÕES METODOLÓGICAS .....</b>	<b>35</b>
	5.1 Descrição do Local de Estágio .....	35
	5.2 População Alvo .....	37
	5.3 Plano de Ação .....	37
<b>6</b>	<b>FAZENDO O CRONOGRAMA .....</b>	<b>42</b>

<b>7</b>	<b>DESCREVENDO OS RESULTADOS DAS ATIVIDADES PROPOSTAS.</b>	<b>43</b>
	7.1 Objetivo nº 1 .....	43
	7.2 Objetivo nº 2 .....	45
	7.2.1 Perfil das parturientes selecionadas .....	46
	7.2.2 Questões culturais/aspectos culturais observados nas parturientes	49
	7.2.3 Valores/Costumes relacionados ao processo de parir .....	56
	7.3 Objetivo nº 3 .....	59
	7.3.1 Cliente nº 01 .....	61
	7.3.2 Cliente nº 02 .....	65
	7.3.3 Cliente nº 03 .....	69
	7.3.4 Cliente nº 04 .....	74
	7.3.5 Cliente nº 05 .....	79
	7.3.6 Cliente nº 06 .....	85
	7.3.7 Cliente nº 07 .....	90
	7.4 Objetivo nº 4 .....	98
	7.5 Objetivo nº 5 .....	98
	7.6 Objetivo nº 6 .....	99
	7.7 Objetivo nº 7 .....	100
	7.8 Objetivo nº 8 .....	100
<b>8</b>	<b>FAZENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>101</b>
<b>9</b>	<b>FAZENDO AS RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>105</b>
<b>10</b>	<b>RELATANDO AS PERCEPÇÕES INDIVIDUAIS DAS ACADÊMICAS..</b>	<b>107</b>
<b>11</b>	<b>CITANDO A BIBLIOGRAFIA UTILIZADA .....</b>	<b>110</b>
<b>12</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>113</b>
<b>13</b>	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>130</b>



**“Gestar não é apenas fazer bebês, gestar também é fazer mães: fortes, competentes, que conheçam a si mesmas e saibam da sua força interior, uma vez que o processo de maternidade faz surgir uma nova mulher, um novo homem, uma nova criança, um novo mundo”.**

(João Batista Marinho de Castro Lima)

## AGRADECIMENTOS

A Deus

Por estar presente em nossa caminhada, nos dando força e sabedoria para enfrentar-mos as dificuldades.

Aos nossos pais (José e Tabita, Santo e Alda e Humberto e Iara)

“Não temos palavras para expressar. De vocês, recebemos o dom mais precioso: A VIDA.

Trabalharam dobrado, sacrificando seu sonhos em favor dos nossos: não foram apenas pais, amigos e companheiros, mesmo nas horas em que nossos ideais pareciam distantes e inatingíveis e o estudo um fardo pesado demais, tantas foram às vezes em que nosso cansaço e preocupação foram sentidos e compartilhados por vocês.

Vocês abriram as portas do nosso futuro, iluminando-o com a luz mais brilhante que puderam encontrar: o Estudo.”

Aos que amamos (João e Cassiano)

“Nas horas em que nossos ideais pareciam distantes, inatingíveis e o estudo, um fardo pesado demais, vocês foram amigos e companheiros.

Inúmeros foram os incentivos na luta pelo prosseguir.

Hoje, com a batalha vencida, percebemos o quanto essa vitória é nossa.

À Orientadora

Por ter nos orientado com paciência, competência e humanismo, contribuindo para o nosso crescimento pessoal e profissional. Agradecemos o incentivo e o apoio para o alcance dos nossos objetivos.

À Supervisora Vânia

Nosso carinho e gratidão à você que soube, além de transmitir seus conhecimentos, transmitir-nos as suas experiências e apoiar-nos em nossas dificuldades.

À enfermeira Sônia

Nossos sinceros agradecimentos por nos ter ajudado nessa trajetória, contribuindo em nossa supervisão, dando apoio e sendo solidário nos momentos necessários.

À professora Vitória

Nosso carinho e gratidão por sempre estar disposta a contribuir para nosso crescimento nessa caminhada.

Às clientes

“A vocês, que vivenciaram conosco o rito de passagem do nascimento, transformando o nosso projeto em realidade, nossos mais profundos agradecimentos.”

Aos funcionários da Maternidade do Hospital Universitário.

“Jamais poderemos ser suficientemente gratas aqueles que com dedicação e simplicidade, contribuíram para nosso êxito.”

Ao meu filho Bruno

Dedico meu trabalho ao maior bem da minha vida e causa primeira da minha preocupação.

Foi o desejo de criá-lo da melhor forma possível que me motivou para a realização desse trabalho, embora tenha sido justamente ele o motivo tão freqüente do convívio

roubado ao longo deste período. Desculpe minha ausência em momentos tão significativos de sua vida.

Aglaé



## RESUMO

Trata-se de um projeto assistencial desenvolvido no período de 09/11/98 à 18/12/98, entre o Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário e o domicílio de 07 (sete) clientes, com o objetivo de desenvolver, o Cuidado de Enfermagem ao binômio mãe-filho, na iniciação do rito de passagem do nascimento, do ambiente hospitalar ao domiciliar, fundamentado no modelo teórico de Madeleine Leininger, dando continuidade ao projeto desenvolvido por Gonçalves e Franzon (1997) e Bunn e Mattos (1998). No período de desenvolvimento do projeto foram atendidas pelas acadêmicas, no Centro Obstétrico, 40 parturientes, das quais com 15 foi realizado levantamento de dados com o objetivo de identificar as diversidade e universalidades culturais dos cuidados das mesmas. Além destas, acompanhamos, do hospital ao domicílio, 07 clientes, sendo realizada com cada uma em média 04 visitas domiciliares, sendo este número determinado através da avaliação da necessidade das puérperas, em parceria com as mesmas. O uso do modelo teórico de Madeleine Leininger, proporcionou as acadêmicas uma visão ampla da cliente e do processo saúde-doença, mostrando a importância da cultura na expressão do processo vital do ser humano. Observou-se que apesar das diversidade encontradas no levantamento de dados efetuado junto a quinze parturientes, o apoio psicológico por parte do profissional de saúde no processo de parir é elemento chave como uma das formas de proporcionar o parto humanizado, uma vez que a hospitalização enibe as expressões culturais da cliente, que passa a responsabilidade do processo de cuidar à equipe de saúde atrasando o estabelecimento do vínculo mãe-filho. Observou ainda que o rito de passagem do nascimento é um momento de intenso movimento em que a ordem anterior da cliente sofre transformações e exige portanto, cuidados, pois este processo contém uma oportunidade de saúde através da abertura à transformação. As maiores dúvidas apresentadas pelas puérperas à domicílio foram com relação ao estabelecimento da amamentação, cuidados com os seios (fissura, ingurgitamento e ordenha manual), cólicas do recém-nascido, cuidados com o coto umbilical, icterícia e o primeiro banho do recém nascido; e a intervenção de enfermagem propiciou a orientação voltada as dúvidas apresentadas, através da educação para a saúde. Concluí-se portanto, que o acompanhamento domiciliar da puérpera foi necessário e importante, constituindo-se num trabalho psicoprofilático, prevenindo complicações e facilitando a promoção da criação de vínculo saudável entre mãe, o pai e o bebê, ampliando a disposição familiar para o desafio de crescer junto. As metas estabelecidas foram alcançadas, ou seja, a promoção da saúde do binômio mãe-filho no rito de passagem do nascimento.

## 1 INTRODUZINDO O TEMA

A cultura nega qualquer sofrimento relacionado à gestação, mas, por muitas vezes, esta última gera conflitos sérios, porque para várias mulheres a vivência da gravidez é difícil, principalmente na atualidade com o culto obsessivo à estética corporal, ao individualismo e a intelectualidade, além da inserção da mulher no mercado de trabalho. (Bunn e Mattos, 1998)

A gravidez é uma possibilidade presente no ciclo vital da maioria das mulheres. Na cultura cristã elas são preparadas para a maternidade como se houvesse uma equação linear: casamento - maternidade - filhos - felicidade, lembrando aqui do dógma cristão “crescei e multiplicai-vos”.

Segundo GONÇALVES E FRANZON, (1997), observa-se que normalmente durante a gravidez a mulher é o alvo de atenções, a “receptora” de todos os cuidados e orientações que visam estimular o auto-cuidado para promoção da ‘saúde mãe-filho.

No passado, quando acontecia a gravidez, o sentimento predominante era de ganho. Mas hoje, a mulher vê inicialmente as perdas no seu corpo, na sua liberdade e no seu poder de atração sexual sobre o companheiro. Sente como se estivesse caído numa armadilha. (Montgomery, 1997). Para este autor, independentemente da cultura e do nível cultural e do nível social, a gravidez desperta, sensações e sentimentos antagônicos. No filho que vai chegar, está em jogo a vida - pelo renascimento, esperam-se ganhos; e a morte - pelas perdas, divisão, medo, frustração.

Normalmente é nesse estado de conflito interior que à mulher chega a maternidade e após cumprir sua missão - o parto (cesário ou vaginal) sente muitas vezes que “perde o seu reinado” pois o foco das atenções passa a ser o recém-nascido.(Gonçalves e Franzon, 1997)

Em relação ao parto constata-se que na pré-história este era um episódio solitário à semelhança do que ocorria entre os animais. A mulher primitiva paria sozinha, isolada, tendo em vista que o processo de parir ainda não despertava o interesse da coletividade.

Mais tarde surgiram as parteiras, que auxiliavam as mulheres por meio de conselhos e práticas diversas. O parto começou a ser foco de investigação e estudos na medida em que surgiu a necessidade de entender os mecanismos do parto e também as suas complicações que, via de regra, culminavam na morte da mãe e da criança.

Durante muito tempo a prática do atendimento ao parto esteve entregue a inconsciência, ou seja, a conhecimento empírico sem base científica. Foi a partir do século XVI que o saber feminino no atendimento ao parto passou a ser de conhecimento médico na medida em que se deu o surgimento da ciência verdadeira e a arte de assistir ao parto. Contudo, foi apenas no século XIX que observou-se uma transformação da medicina, com a institucionalização do parto, voltada para os métodos de investigação que deram reforço ao diagnóstico e tratamento. (Rezende, 1994)

Para Montgomery (1997) o pós-parto faz a ponte entre a criança que existe na vida mental e a criança concreta. É uma fase ligada a grandes transformações físicas, sociais, e emocionais. A mulher, agora mãe, perde uma certa irresponsabilidade da infância. É isso que ela chora: a perda da infância em contato com a esperança do filho, da maternidade. O autor afirma que a principal adaptação que ocorre no pós-parto é nessas duas áreas: na adequação de filha para mãe.

A vivência do processo de parir gera muitos medos, ansiedades acerca do parto, do nascimento e do bebê, constituindo-se num momento de muita angústia tanto para a parturiente como para o futuro pai, ou seja, para o casal grávido.

Segundo Noronha (1993), apud Gonçalves e Franzon (1997), em relação ao corpo, há uma alteração violenta na imagem, os tecidos tornam-se flácidos e desorganizados. A vagina sangra. Cortes, sempre há, no abdômem ou no períneo. A mama túrgida, com eventuais fissuras, pode provocar dor. A depressão pós-parto pode estar

acontecendo, podendo aparecer logo após o parto, nos primeiros seis meses ou até no intervalo de dois anos.

Ao vivenciarem a chegada do primeiro filho as mulheres e os homens necessitam exercitar estes novos papéis de pai e mãe. Os cuidados com o primeiro filho tornam-se complexos por fazerem parte de uma nova situação de vida, acompanhada de papéis com significados importantes e um conjunto de responsabilidades, atribuições, ansiedades e alegrias, envolvidas por cerimoniais, ritos, crenças e tabus. (Alonso, 1994)

Durante a hospitalização há quem “cuide” da mãe e do bebê, há quem oriente, esclareça, divida as angústias. Ao voltar para casa, a menina que virou mãe-mulher vê-se sozinha com seu bebê, às vezes, conta com seu companheiro e sabe que esta criança necessita dela para sobreviver. Passa então, a ser a “provedora” de cuidados e sente-se, via de regra, a única responsável pela vida da criança. Por isso torna-se importante a participação do pai no cuidado para que a mãe se sinta mais segura. (Bunn e Mattos, 1998)

A amamentação gera desconfortos. A condição hormonal culmina em fenômenos depressivos. Sangramentos e cicatrizes, não raros, ocasionam dores no reinício da vida sexual, que passa muitas vezes, a ser permeada pelo medo de uma nova gravidez. A vagina pode estar ressecada em virtude de alterações hormonais. (Montgomery, 1997)

Em meio a todos estes conflitos e alterações, somadas as dúvidas de como cuidar do recém-nascido, a mulher precisa reorganizar sua vida social, sexual, voltar a trabalhar, enfim, necessita equalizar-se enquanto mãe-mulher. Mas como? Quando? Definitivamente esta mulher precisa de ajuda, pois vivencia uma situação nova e desconhecida.

Para Madureira apud Maestri e Liz (1998), a enfermeira raramente procura saber o que a mulher conhece, qual sua maneira de enfrentar situações que requeiram cuidado, o que estas situações representam para ela, o que a impede de colocar em prática o saber de que dispõe e quem ela busca para auxiliá-la quando se depara com uma situação nova de cuidado. Isto desvaloriza a mulher-mãe como ser-humano, capaz de cuidar.

Já Cartana apud Maestri e Liz (1998)), entende a enfermagem como uma profissão interessada e preocupada com o indivíduo de forma integral. Para ela, assim como para nós, compreender a forma como as pessoas vivem, os valores que carregam consigo e suas percepções acerca do seu mundo, facilita, torna eficiente e contribui para que as ações sejam implementadas em benefício do cliente.

Estes estudos ,acima supracitados cada um a sua maneira, antagônicos, revelam a importância da cultura e da participação popular no processo de educar em saúde, “fermentando” lenta e gradualmente um processo de transformação que o profissional enfermeiro vivencia, e apresentam a mulher- mãe no complexo desempenho de seus diversos papéis sociais e não unicamente como genitora. Assim a enfermeira tem o papel de compartilhar as vivências e saberes culturais com estas mulheres, possibilitando o aperfeiçoamento do seu cuidado.

Por meio da educação, os enfermeiros propiciam os indivíduos o reconhecimento e a utilização do seu potencial e das forças que necessitam para alcançar ou restaurar o seu bem estar ao enfrentar as mudanças relacionadas ao processo de maternidade. Nesse momento são trocados saberes e experiências, avaliadas as maneiras de enfrentar os desafios no sentido de alterar, reforçar, manter ou criar novos meios que sejam mais eficazes.

A experiência da gravidez, segundo vários autores, entre eles Maldonado apud Gregório (1998), envolve todo grupo familiar, portanto deve-se considerar que quando uma mulher está grávida, todo o grupo familiar que participa de seu contexto sociocultural, está grávido também.

Segundo Soifer apud Gregório (1998), com o advento do parto hospitalar, a figura paterna passou a ser excluída no momento do nascimento do filho, concedendo-se somente à mulher o direito de protagonizar este evento, determinando uma situação extremamente angustiante para a mulher que se encontra rodeada de desconhecidos, ao mesmo tempo desconsidera-se que o homem também vivencia este processo.

Segundo Moura apud Gregório (1998), grande parte de nossa literatura insiste em falar da relação mãe-filho, ignorando a figura do pai, não lhe dando a atenção necessária, a importância devida, porém, é sabido que o filho não foi concebido sem a presença do pai e que este último tem participação efetiva nos cuidados dispensados à criança, nos anos subsequentes.

Por considerarmos essencial a participação do pai no processo da maternidade optamos por estimular a sua participação no contexto hospitalar, no sentido de promover apoio, segurança e diminuir a ansiedade do casal, e no contexto domiciliar participando mais efetivamente no cuidados com o recém nascido e com a mãe, no enfrentamento das mudanças que vivenciam.

Nosso interesse pela área obstétrica intensificou-se após a realização do estágio em Obstetria e Neonatologia da Sétima Fase Curricular, principalmente porque esta área nos permitiu trabalhar com a vida no seu princípio, envolvendo emoções e situações que exigiam cuidados especiais propiciando o desenvolvimento saudável do “novo ser” e daqueles que o cercam. Por compartilharmos com Gonçalves e Franzon (1997) e Bunn e Mattos (1998), da crença de que a enfermagem enquanto profissão de cuidado pode, nesta fase, prestar auxílio, amparo ou capacitação para o binômio mãe-filho, no sentido de aperfeiçoar sua nova condição de vida, optamos por desenvolver o cuidado de enfermagem ao binômio mãe-filho, inserindo o pai na iniciação do rito de passagem do nascimento, ou seja a esta família, do ambiente hospitalar ao domiciliar, dando continuidade ao projeto desenvolvido pelas autoras em 1997 e 1998 no qual foram acompanhadas da maternidade ao domicílio respectivamente 06 (seis) puérperas com a média de 10 (dez) visitas domiciliares a cada cliente e 08 (oito) puérperas com a média de 04 (quatro) visitas domiciliares, entre outras atividades.

Vale ressaltar que as autoras constataram, durante o desenvolvimento de seu trabalho, que as “mães chegam em casa com muitas dúvidas, referindo muita falta de orientação no período de hospitalização e concluem ser de vital importância o acompanhamento domiciliar da puérpera”. (Gonçalves e Franzon, 1997), (Bunn e Mattos, 1998)

Para fundamentar nossa prática de cuidar utilizaremos o mesmo modelo teórico usado pelas autoras em 1997 e 1998, porque além de corresponder a nossas crenças e valores enquanto seres humanos e profissionais de enfermagem, mostrou-se adequado à proposta de trabalho.

O modelo teórico da enfermagem escolhido, é a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado de Madeleine Leininger, em função desta estar ajustada às crenças, valores e modo de vida dos indivíduos possibilitando que as expressões, padrões e estilos de cuidados possuam sentidos diferentes em diferentes contextos culturais.

Leininger (1985) entende que a enfermagem é uma profissão de cuidado transcultural. Concordamos com a teórica, quando ela diz que o cuidado de enfermagem com bases culturais, é um fator decisivo para a promoção e manutenção eficiente da saúde, bem como para a recuperação da doença e da deficiência.

Segundo a autora da Teoria da Diversidade e Universalidade, a enfermagem tem uma obrigação ética de preparar profissionais para que eles trabalhem eficazmente com indivíduos de origens diferentes, respeitando o saber popular e os valores de vida de cada um deles ou de seu grupo.

Madeleine Leininger (1985), define "saúde como estado de bem-estar, culturalmente definido, avaliado e praticado, refletindo a capacidade que os indivíduos possuem para realizar suas atividades cotidianas de uma forma culturalmente satisfatória".

A saúde pode ser, entendida como algo universal a todas as culturas, embora definida no âmbito individual, refletindo as suas crenças, valores e práticas. Assim, a saúde é também universal e diversificada.

Vale lembrar que Leininger (1985), permite ao enfermeiro trabalhar tanto com a realidade contextual do indivíduo quanto com a distribuição do saber. Em nossa percepção, falta ao profissional da saúde, muitas vezes, compreender o indivíduo como "ser único" que traz consigo toda uma bagagem cultural.

Ao dar continuidade ao projeto de Gonçalves e Franzon (1997) e Bunn e Mattos (1998), de cuidar do binômio mãe-filho, do hospital ao domicílio, tentaremos possibilitar que o rito de passagem do nascimento deixe de ser uma responsabilidade exclusivamente feminina permitindo que a mãe, seu bebê e o pai se conheçam, se relacionem e se cuidem na busca da manutenção e promoção da sua saúde total.

## **2 ESTABELECENDO OS OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral:**

Continuar a prática do cuidado de enfermagem ao binômio mãe-filho na iniciação do rito de passagem do nascimento, do ambiente hospitalar ao domiciliar, iniciando a inserção do pai no processo de cuidar, fundamentando no modelo teórico de Madeleine Leininger.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- 1) Conhecer a estrutura física, operacional e normativa do Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto com à equipe de saúde.
- 2) Identificar as diversidades e universalidades culturais de cuidado das parturientes.
- 3) Desenvolver o cuidado de enfermagem ao binômio mãe-filho do ambiente hospitalar ao domiciliar, inserindo o pai no processo de cuidar, buscando identificar as diversidades e universalidades culturais da iniciação do nascimento como rito de passagem, baseado no referencial teórico de Madeleine Leininger.
- 4) Contribuir para a implementação dos 08 (oito) passos da Maternidade Segura e para a manutenção do projeto Hospital Amigo da Criança.
- 5) Prestar cuidado de enfermagem ao binômio mãe-filho no rito de passagem do



nascimento, em nível hospitalar.

- 6) Avaliar periodicamente as atividades desenvolvidas no estágio.
- 7) Buscar aprofundamento teórico dos temas pertinentes ao cuidado do binômio mãe-filho durante o nascimento como rito de passagem.
- 8) Refletir e trabalhar as vivências do grupo de acadêmicas no decorrer do estágio.

## **3 REVISANDO A LITERATURA**

### **3.1 O Nascimento como um Rito de Passagem**

#### **3.1.1 Ritos de passagem**

De acordo com Da Mata apud Monticelli (1997, p. 23), o rito é...

*“um fenômeno dotado de certo conjunto de significados... uma visão estrutural fundamentada em princípios organizatórios, dos quais a necessidade de incorporar o novo, reduzir incertezas e realizar a passagem de posição, num deslocar constante, é fundamental”.*

Monticelli (1997) diz que os ritos de passagem são os que acompanham o nascimento, a puberdade, o noivado, o casamento, a maternidade, a morte, o parto, a gravidez, a infância e outros.

#### **3.1.2 Ritos de passagem e nascimento**

Em seu livro intitulado “Nascimento como um rito de passagem” Monticelli (1997), faz um rastreamento da visão do nascimento em diversas culturas e sobre várias perspectivas,

indicando a grande diversidade mundial na representação do mesmo. A autora afirma que o nascimento, portanto, é visto de diversas formas, de acordo com os valores, atitudes e crenças de cada cultura. Para a cultura Navaho, por exemplo, o nascimento é uma experiência natural de vida. Em contrapartida, na cultura chinesa e em alguns lugares do México, a menstruação, gravidez e parto são considerados doenças.

Para Monticelli (1997, p. 39), “na perspectiva socio-cultural, o nascimento é encarado como um rito de passagem, como um rito final, admitindo a mulher na sua feminilidade”. A autora ainda afirma que de modo geral, o que se percebe é que os trabalhos desenvolvidos envolvendo cultura/nascimento, são muito mais sistemáticos em outros países do que no Brasil, e a nível nacional, não são encontrados trabalhos que envolvam a perspectiva do nascimento como um rito de passagem, havendo grande espaço de conhecimento a ser preenchido principalmente pelos profissionais da saúde, que atuam junto ao processo do nascimento.

A grande maioria da bibliografia indicada nos cursos de Medicina e Enfermagem, enfoca o nascimento na perspectiva do modelo biomédico vigente. Bauer apud Monticelli (1997, p. 36 e 37) diz que o “nascimento é considerado um evento médico que precisa ser controlado por meios tecnológicos e cirúrgicos, e que dificilmente a questão é tratada, levando em consideração os valores e crenças da mulher em respeito do mesmo”.

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

Esse contato com as instituições e com profissionais de saúde fez com que os indivíduos e famílias passassem a incorporar também em suas práticas populares, os conhecimentos da chamada “medicina científica”. Inúmeros são os estudos que têm rastreado esta questão, porém são em menor número os que tem aprofundado o fenômeno

sob o ponto de vista e visão de mundo dos participantes populares de todo esse processo, particularmente no que diz respeito ao processo de nascimento.

Nos últimos anos a gravidez cada vez mais e com mais frequência tem sido vivida como se fosse uma doença (Marcon, 1982). Também o parto não tem sido visto como um fenômeno natural. A gravidez vista como doença tende a desencadear a necessidade da atuação de profissionais na hora do parto, cada vez de forma mais drástica, justificando-se desta forma os altos índices de intervenções cirúrgicas do tipo cesariana observados no dia de hoje.

Com o intuito de tornar o parto o mais natural possível, intervindo somente quando for necessário, estudos tem buscado um modelo de humanização que propõe mudanças. Nesta ótica humanizar é:

- Respeitar e vigiar a natureza;
- Acompanhar e proteger a fisiologia;
- Criar um ambiente mais familiar e parecido ao domiciliar;
- Enfatizar a presença do pai;
- Aceitar uma pessoa escolhida pela mulher no acompanhamento ao parto;
- Acolher o recém-nascido como um ser sensível;
- Estimular o contato precoce e contínuo com o filho ;
- Reduzir as intervenções radicais sobre a mulher;
- Incentivar a participação da mulher;
- Dar condições para a mulher se sentir livre, confiante e segura;
- Respeitar o silêncio;
- Promover um ambiente acolhedor (penumbra).

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

O que se observa durante os estudos das ações desenvolvidas pela família durante o processo do nascimento, desde a concepção até o período pós-parto é que as práticas de saúde não são estanques, nem nos domicílios, nem nas instituições hospitalares. Nesse

sentido o cuidado é tanto desenvolvido pelos profissionais da saúde, quanto pelas famílias (Leininger, 1979; Nitschke, 1991; Patrício, 1990; Bohes, 1990; Marcon, 1989; Cartana, 1988; Elsen, 1984). Existe uma preocupação bastante grande, principalmente por parte dos enfermeiros que desenvolvem práticas assistenciais em conhecer, considerar e valorizar crenças, valores e práticas populares de saúde para que a assistência possa ser compartilhada.

Whaley & Wong (1989), afirmam que, na maioria das sociedades, a família parece exercer três funções principais para com seus membros: proporcionar cuidados físicos, educar e treinar para adaptação à cultura e sociedade e assumir a responsabilidade pelo bem-estar psicológico e emocional dos mesmos.

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

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

De acordo com Duvall apud Boehs (1990) a família passa por diferentes etapas durante seu processo de viver, dentre elas, está o que considera família em expansão, que é caracterizada pelo nascimento de um novo ser. Noronha (apud Centa, 1981), refere ser a gravidez e o parto, a época em que o homem e a mulher assumem o compromisso de serem responsáveis pela vida e pelo bem estar da criança que vai nascer; é o momento em que se situam como pais e criam expectativas novas, ou seja, como irão atuar, como será o filho, é o momento em que ocorrem diversas sensações novas, dúvidas e temores próprios da gravidez, parto e pós-parto.

Reeder e Col (apud Centa, 1981`), afirmam que os homens apresentam dúvidas e temores, também, tanto em relação às mudanças sofridas pelas suas mulheres durante a

gestação e o início do puerpério quanto a sua preparação para o papel do pai.

Noronha (apud Centa, 1981) considera que, de certo modo, o marido também está dando à luz, por este motivo é importante sua presença na sala de parto. Mas, afirma esse autor, na prática, o marido fica isolado do processo, inclusive no hospital, que não lhe permite entrar na sala de parto.

Para Maldonado (apud Centa, 1981), é de suma importância a presença do pai na hora do rito de passagem do nascimento, para que ambos, a mãe e o pai, passam vivenciar o nascimento do filho. Contudo, isto pode nem sempre ser o ideal, pois muitos homens sentem-se muito tensos, ansiosos e transmitem este sentimento de insegurança para a mulher.

Dentro de todo esse contexto cultural encontra-se a amamentação.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nas ilhas Alor, segundo Filloux, apud Pizzato e Da Poian (1988) as mães permanecem no ostracismo durante os primeiros oito dias de puerpério, amamentando seu recém-nascido. Após quinze dias retornam ao trabalho, interrompendo bruscamente a amamentação, ficando o filho sob a responsabilidade de irmãos maiores, que o alimentam de modo grosseiro e irregular, e por vezes com alimentos mastigados por outros. Outro dado antropológico, citado por Souza e Souza apud Pizzato e Da Poian (1988), é o fenômeno da

relactação. Em algumas tribos primitivas africanas, a avó funciona, no sentido da amamentação, como um perfeito e natural substituto da mãe que por um motivo esteja impedida de amamentar. Referem, ainda que estas avós, começam a produzir leite após duas ou três semanas de estímulo, conseguido pela sucção da criança, orientada de modo a que gradualmente se aumente o tempo e a frequência das mamadas.

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

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

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

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

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

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



Para possibilitar uma melhor compreensão e embasamento teórico a respeito da proposta do presente estudo, utilizamos a revisão de literatura feita por Gonçalves e Franzon (1997), e Bunn e Mattos (1998), abordando temas como o parto normal, parto cesáreo e o puerpério, do ponto de vista biológico e psicossocial, assim como do recém-nascido. A revisão de literatura abrange os seguintes tópicos: parto normal, parto cesáreo, puerpério normal, modificações locais, modificações gerais, cuidados de enfermagem, lactação, aleitamento materno, puerpério patológico, aspectos psicológicos vivenciados durante a gravidez, o parto vivenciado como fenômeno psicossomático e o recém-nascido. Por estar completa e atualizada, julgamos desnecessária a sua transcrição neste trabalho, ressaltando que a mesma encontra-se descrita pormenorizadamente no já citado trabalho de Gonçalves e Franzon (1997).

## **4 O REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1 Marco Conceitual**

Entendemos que o marco conceitual deve servir de “luz”, ou seja, de guia para a prática assistencial. Consistindo num conjunto de crenças, valores, conhecimentos e técnicas que guiam o pensar-fazer dos indivíduos.

Assim, esta base teórica 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 reflexão e interpretação do que está sendo vivenciado (Nitschke apud Monticelli, 1994).

Buscamos a Teoria das Diversidades e Universalidades do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger para iluminar a construção de nosso marco conceitual, haja vista que esta teoria contempla especialmente a cultura dos indivíduos na prestação dos cuidados, o que vem ao encontro da nossa concepção e pressupostos sobre a assistência de enfermagem.

Acreditamos que o marco conceitual serve de “porto seguro” para que se possa compreender o cuidado sob uma ótica mais ampla e humana e que se tenha condições de assumir uma postura profissional de acordo com aquilo que acreditamos ser “enfermeiro”.

## 4.2 Alguns Pressupostos Teóricos e Pessoais

Segundo Duldt e Giffin apud Monticelli (1994, p. 42) “pressupostos são significados assumidos arbitrariamente ou tacitamente aceitos, que são, até certo ponto verdades”.

Para a elaboração dos conceitos deste marco consideramos alguns pressupostos de Leininger, de outros autores que trabalharam com a Teoria das Diversidades e Universalidades do Cuidado Cultural, que vem ao encontro de conceitos pessoais, que serão expostos a seguir:

\* Culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo (Leininger apud George, 1993).

\* Os seres humanos são seres culturais e capazes de sobreviver ao passar do tempo, através de sua capacidade de prestar cuidado a outros, de todas as idades, em vários ambientes, e de muitas maneiras (Leininger apud George, 1993).

\* O cuidado humano é universal em todas as culturas, o cuidado pode ser demonstrado por meio de expressões, ações, padrões, estilos de vida e sentidos diferentes (Leininger apud George, 1993).

\* O cuidado cultural é “o mais amplo meio de conhecer, explicar, justificar e prever fenômenos de cuidado em enfermagem e de orientar as atividades de cuidado de enfermagem (Leininger apud George, 1993).

\* A enfermagem é uma profissão que envolve o cuidado cultural (Leininger apud George, 1993).

\* O cuidado é a essência da enfermagem, mas não é exclusivo dela. A família também cuida, baseada em suas próprias experiências, fruto tanto de conhecimentos populares,

como de profissionais de saúde (Bohes, 1990).

\* Todas as culturas desenvolvem cuidados, porém estes não acontecem nestas da mesma maneira (Leininger apud George, 1993).

\* Há dois sistemas de cuidado de saúde: o popular (genérico) e o profissional (oficial). Estes sistemas têm seus valores e práticas próprios e podem ocorrer discordâncias entre eles em algumas sociedades (Leininger apud George, 1993).

\* O cuidado de enfermagem, com bases culturais, é um fator decisivo para a promoção e manutenção eficiente da saúde, bem como para a recuperação da doença e da deficiência (Leininger apud George, 1993).

\* Além de “respeitar e levar em consideração os cuidados populares, é imprescindível que o enfermeiro compreenda o contexto cultural dos clientes, e sua família (Monticelli, 1994).

\* As mulheres trazem consigo um vasto leque de crenças, valores, costumes e tradições, que dão um significado ímpar ao cuidado, no que diz respeito ao processo de maternidade. (Maestri e Liz, 1998)

\* O recém-nascido necessita de atenção e cuidados, pois ainda não é totalmente capaz de cuidar de si, porém, a mulher-mãe, apesar de trazer consigo a capacidade de cuidar de si e do recém-nascido, também necessita de cuidados para vivenciar esta nova etapa de sua vida. (Maestri e Liz, 1998).

\* Durante o desenvolvimento da prática assistencial, enfermeiros e clientes (famílias, grupos, comunidades) trabalham de maneira co-participante para obtenção de cuidados culturalmente congruentes (Leininger apud George, 1993).

\* O cuidado à saúde pode ser expresso por rituais que não são apenas gestos, mas um sistema simbólico que tem validade compartilhada. (Leopardi, 1989)

### 4.3 Conceitos

Este marco conceitual foi elaborado basicamente com os conceitos da teoria de Leininger, bem como com alguns conceitos por nós elaborados com base em nossas crenças pessoais.

A Teoria de Leininger está fundamentada no modelo transcultural de enfermagem - Modelo Sol Nascente (Sunrise). Este modelo engloba o cuidar/cuidado humano em suas diferenças e similaridades nas diversas culturas do Universo e demonstra as inter-relações dos conceitos em sua teoria. O Modelo Sol Nascente apresenta quatro níveis de focalização que vão da estrutura cultural e social, passando por indivíduos, famílias, grupos e instituições em diversos sistemas de saúde, até decisões e ações de cuidado em enfermagem que são: a preservação cultural do cuidado, acomodação e repadronização. Os principais conceitos com os quais trabalhamos foram:

**Ser Humano**: são pessoas, provedoras de cuidado e capazes de preocupar-se acerca das necessidades, do bem-estar e da sobrevivência dos outros. São seres universalmente cuidadores, que vivem numa diversidade de cultura, por meio de sua capacidade de oferecer a universalidade do cuidado, de inúmeras maneiras, de acordo com as culturas, necessidades e cenários diferentes (Leininger apud George, 1993).

**Mulher-Mãe**: ser humano inserido em uma família, e que em algum momento de sua vida passa a desenvolver o papel de mãe, desempenhando o cuidado a si mesma (como cidadã, mulher, esposa e trabalhadora) e ao novo ser humano recém nascido, experimentando então a vivência deste novo papel de acordo com as crenças, valores e atitudes comuns à sua cultura. (Maestri e Liz, 1998)

Consideramos mulher-mãe, aquela que está vivenciando o processo de parir e cuidar de si e do recém-nascido.

**Homem-Pai**: Ser humano inserido em uma família e que num dado momento de sua vida passa a desenvolver o papel de pai, compartilhando com sua companheira o surgimento

de um novo ser humano recém-nascido e por conseqüência uma nova situação de vida, experimentando então a vivência deste novo papel de acordo com as crenças, valores e atitudes comuns à sua cultura.

**Processo de Maternidade:** situação em que a mulher torna-se biológica e culturalmente capaz de parir e cuidar de um novo ser humano utilizando seus conhecimentos próprios, incluindo como principal fonte deste conhecimento os significados e práticas do cuidado cultural (parto ou puerpério). (Adaptado de Maestri e Liz, 1998)

**Saúde/Ser Saudável:** é um estado de bem-estar, culturalmente definido, avaliado e praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos (grupos), possuem para realizar suas atividades cotidianas, de uma forma culturalmente satisfatória. A saúde/ser saudável é entendida como algo universal em todas as culturas, embora definida no âmbito de cada cultura. Assim, a saúde/ser saudável é universal e diversificada. (Leininger apud George, 1993)

**Cultura:** refere-se aos valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, apreendidos, compartilhados e transmitidos que orienta o pensamento, as decisões e ações de maneira padronizada. (Leininger apud George, 1993)

**Enfermeira/Enfermagem:** a enfermagem é uma profissão que envolve o cuidado cultural coerente. A enfermeira é um ser humano que traz consigo, além de sua definição pessoal-cultural do que deve ser cuidado, todos os significados e práticas do cuidado científico, ou seja, da assistência de enfermagem que lhe foi transmitida durante seu processo de formação profissional. Portanto, esta é capaz de cuidar da mulher-mãe durante seu processo de maternidade de forma técnico-científica e culturalmente satisfatória. (Baseado em Leininger apud George, 1993)

**Cuidado:** refere-se à assistência realizada pela enfermeira a mulher-mãe, durante a vivência do processo de maternidade, incluindo a figura do pai, buscando a saúde/ser saudável, respeitando e conhecendo o significado do cuidado cultural, e também

participando efetivamente desse processo. (Adaptado de Maestri e Liz, 1998)

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

**Família**: é uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Seus membros estão unidos por laços consangüíneos, de interesse e/ou afetividade. Esta família vive em um ambiente físico, sócio econômico, político e cultural, interagindo com outras famílias, pessoas, profissionais em instituições. Reafirma sua identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. Define ainda, objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo de seus membros e do seu próprio processo de viver. Possui ainda atribuições entre as quais está o cuidado da saúde de seus membros (Delaney apud Santos, Saucedo Stuepp, 1997).

**Contexto ambiental**: é a totalidade de um acontecimento, situação ou experiência particular que confere sentido às expressões humanas, incluindo interações sociais, dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais. (Leininger, 1993).

**Crenças**: convicção íntima e/ou certeza adquirida, baseada nos valores inseridos no contexto sócio-econômico-político do ser humano (adaptado de Lima Martins, Veiga, 1993).

**Estrutura Social**: refere-se a natureza dinâmica dos fatores estruturais ou

organizacionais inter-relacionadas de uma determinada cultura (ou sociedade), e a maneira como funcionam esses fatores para dar sentido e ordem cultural, incluindo fatores religiosos, de parentesco, político, econômico, educacionais, tecnológicos e culturais (Leininger, 1993).

**Sistemas populares de saúde ou de bem-estar**: são práticas de cura ou de cuidados de saúde nativas, ou locais ou tradicionais que possuem significados e usos especiais para curar ou ajudar as pessoas (Leininger, 1993).

#### **4.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM**

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

Em nosso marco conceitual, utilizamos basicamente as definições e idéias de Leininger, porém, vale ressaltar que a autora não elaborou especificamente um processo de enfermagem e sim “uma teoria para guiar a prática”.

Para Monticelli (1994), a elaboração da metodologia assistencial depende da criatividade do enfermeiro, e propõe como um desafio, aliar teoria, método e prática.

O modelo do processo de enfermagem por nós adotado foi inspirado no “Processo de Cuidar”, utilizado por Santos, Saucedo e Stuepp (1997), por considerarmos ser o método que melhor contempla nossas expectativas com o foco voltado à assistência da mulher-mãe, recém-nascido e pai, no ambiente hospitalar e domiciliar.

##### **4.4.1 O Processo de cuidar**

O processo de cuidar contempla as seguintes etapas: conhecendo a situação, refletindo sobre a situação, planejando e fazendo o cuidado, avaliando o cuidado.



O processo de cuidar é dinâmico e aberto, contemplando entre as suas etapas, vários momentos que se interligam e se complementam constantemente. Ele ocorre numa ação conjunta entre o profissional e família, respeitando crenças e valores. (Santos, Saucedo e Stuepp, 1997)

A implementação do Processo de cuidar da mulher-mãe em seu processo de maternidade se deu no decorrer de sua trajetória:

### **Centro Obstétrico è Alojamento conjunto è Domicílio**

O método de coleta de dados que utilizamos com a parturiente neste estudo, foi através do roteiro adaptado de Minatti et al, (1997), buscando um melhor conhecimento da cultura da parturiente (Anexo 1)

#### **4.4.1.1 Conhecendo a Situação**

É o momento em que ocorre o encontro entre a enfermeira e a mulher-mãe, o recém-nascido e o pai. A enfermeira busca conhecer o processo de viver, nascer, valores, crenças, costumes, significados, e o modo do cuidado popular considerando a cultura da cliente.

A enfermeira preocupa-se em fazer observações e ouvir atentamente aos clientes, obtendo desta maneira uma ampla visão da situação. Assim, gradualmente vai conhecendo-os com maiores detalhes, sempre tendo em mente o foco de estudos e objetivos propostos. Esta fase é importante, porque permite à enfermeira iniciar e continuar a compreensão do que está ocorrendo antes de intervir na situação como uma participante, antes de desenvolver o cuidado. (Monticelli, 1994)

Para a realização desta etapa utilizaremos o modelo do processo de cuidar (Registro) elaborado por Maestri e Liz (1998), constituindo-se um instrumento que inclui uma série de perguntas à mulher-mãe e também as percepções da enfermeira.

#### 4.4.1.2 Refletindo sobre a situação do cliente:

Esta etapa consiste em reflexões, compreensões e conclusões sobre a situação que se apresentou na etapa “conhecendo o cliente”. Nesta etapa são identificadas respostas humanas, limitações de recursos, bem como prática de cuidado cultural, a fim de direcionar os cuidados da enfermeira. Serve de guia para embasar a próxima etapa do processo: “planejando e fazendo o cuidado”.

#### 4.4.1.3 Planejando e fazendo o cuidado

Nesta fase, a enfermeira e os clientes buscam caminhos para a obtenção conjunta de cuidado, de acordo com a situação existente. **Procuram por meio do diálogo, manter, adaptar ou repadronizar os cuidados.**

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

**Adaptar** ou **acomodar** o cuidado embasado culturalmente, significa, facilitar ou capacitar, buscar formas de adaptação, negociação ou ajustamento de hábitos de saúde e de vida.

**Repadronizar** ou **Reestruturar** o cuidado significa auxiliar a cliente a mudar os padrões de saúde ou de vida, de forma a tornar mais benéficos os cuidados praticados, respeitando seus valores e crenças culturais.

**Fazendo o cuidado** consiste em colocar em prática as ações e decisões propostas durante o planejamento. Fazer o cuidado pode ser: comprometer, ter sensibilidade, trocar idéias e experiências, esclarecer, informar, orientar, fazer favor, ouvir atentamente, gentilezas, amar, confortar, prevenir, contornar, adotar, coordenar, reforçar, demonstrar

interesse, empenhar-se, valorizar, estar presente, proteger, respeitar, aceitar, lutar, estimular, desafiar, socorrer, amparar, supervisionar, executar ações técnicas e físicas, compreender, calar, meditar, limitar, aliviar, fazer por, dedicar-se, promover conhecimentos, vigiar, tocar, acariciar, abraçar, tratar, demonstrar confiança, auxiliar na busca de recursos, etc. (Patrício, 1994)

#### **4.4.1.4 Avaliando o cuidado**

Conforme Monticelli (1994), esta é considerada a última etapa do processo. Vale ressaltar que esta ocorre contínua e dinamicamente durante todo o processo, de modo a possibilitar um cuidado coerente. Caracteriza-se, mais especificamente, pela apreciação conjunta das ações durante o processo de cuidar. Permite ainda à enfermeira, verificar junto à mulher-mãe quais cuidados foram mantidos, adaptados ou repadronizados. A enfermeira deve dispor de sensibilidade e atenção para identificar (quando possível) a necessidade de se retomar o processo para **replanejar** o cuidado.

## 5 ESTABELECENDO AS AÇÕES METODOLÓGICAS

### 5.1 Descrição do Local de Estágio

O estágio foi desenvolvido na maternidade do Hospital Universitário (HU). O HU é um hospital escola vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, o qual atende exclusivamente pelo SUS, sendo a prática realizada no Centro Obstétrico, na Unidade de Alojamento Conjunto, estendendo-se ao domicílio das famílias cuidadas.

O estágio foi realizado entre os dias 09/11/98 à 18/12/98 das 07:00 às 13:00 h., e em 3 (três) plantões incluindo 2 (dois) de final de semana e 1 (um) em período integral (matutino e vespertino)..

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

A Maternidade do Hospital Universitário recebeu o título de Hospital Amigo da Criança em 17/12/97.

A iniciativa Hospital Amigo da Criança tem por objetivo a **promoção, proteção e apoio** ao aleitamento materno através da mobilização dos serviços obstétricos e pediátricos de hospitais, mediante a adoção dos **Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**.

No Brasil ele vem sendo implantado através do Ministério da Saúde e do Grupo de defesa da saúde da criança, com o apoio do UNICEF e OMS/OPAS.

Juntamente com a inauguração da Maternidade do Hospital Universitário foi criado o CIAM (Central de Incentivo ao Aleitamento Materno) que presta orientações e cuidados as parturientes com relação à amamentação.

A triagem da Maternidade do Hospital Universitário é anexada à Unidade de Internação Ginecológica da mesma instituição. Tem como objetivo atender e admitir a parturiente afim de promover a assistência no pré-parto, atendendo também casos de emergências obstétricas.

Sua área física compõe: 1 sala de observação com duas macas, 2 consultórios para anamnese, com respectivos banheiros e 1 posto de enfermagem. O atendimento é realizado por um técnico e uma enfermeira que atende os dois setores (ginecologia e triagem).

O Centro Obstétrico da Maternidade do HU compõem-se de uma área semi-restrita e uma área restrita.

**Área semi-restrita:** 4 leitos de pré-parto, 4 leitos de recuperação com respectivos berços, 1 corredor externo, onde circulam as parturientes que dão entrada no Centro Obstétrico, e acompanhantes, 1 sala de repouso para os médicos, 1 expurgo, 2 banheiros dos pacientes e acompanhantes, 1 posto de enfermagem, 1 sala de preparo de medicação, 1 corredor de circulação interna, 1 sala de observação, 1 sala para exames de cardiocografia, 1 vestiário masculino, 1 vestiário feminino e sala de lanche.

**Área Restrita:** 1 Sala de recuperação pós parto (pós anestésico), 1 expurgo, 3 salas de parto sendo, uma para parto normal horizontal, outra para parto normal horizontal e de cócoras, tendo a possibilidade de realizar-se também parto cesário, e uma sala somente para realização de parto cesário.

1 sala de atendimento ao recém-nascido, 1 sala de estoque de material, área dos lavabos, sala de repouso da enfermagem e corredores internos e externos.

O Centro Obstétrico possui 38 servidores, sendo 7 enfermeiros assistenciais e 1 enfermeiro chefe, 29 técnicos/auxiliares e 1 escriturário.

O número de partos realizados no Centro Obstétrico nos últimos dez meses (dez./97 à set./98), foi de 1599 partos (mil quinhentos e noventa e nove), sendo: Parto Cesário:490 (quatrocentos e noventa), Parto Normal Horizontal: 674 (seiscentos e setenta e

quatro), Parto Normal Vertical: 423 (quatrocentos e vinte e três).

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

Conforme a filosofia da Maternidade, as pacientes podem ser acompanhadas por um familiar ou amigo diariamente. O Alojamento Conjunto consta de 22 leitos, sendo que deste total, seis são destinados a internação de gestantes de alto risco e 16 leitos para puérperas e seus recém-nascidos. Cada quarto possui 4 leitos com respectivos berços. Anexo ao quarto fica o banheiro para as pacientes internadas. O posto de enfermagem dispõe de: sala de medicação, balcão para prescrição, sala de exames e curativo (quarto adaptado), sala para exame do recém-nascido, possuindo ainda uma sala de higienização para os mesmos (recém-nascidos). Há uma sala de enfermagem onde são guardados materiais de alto custo. Possui um “hotelzinho”, onde as mães que receberam alta ficam aguardando a alta do recém nascido que necessitou de internação na Neonatologia. Possui ainda copa, sala de lanche e rouparia.

## **5.2 População Alvo**

A clientela atendida neste trabalho foi composta preferencialmente por primígestas admitidas no Centro Obstétrico residentes em Florianópolis, que demonstraram aceitação e interesse em participar do projeto, das quais 6 (seis) foram selecionadas para acompanhamento domiciliar.

## **5.3 Plano de Ação**

Neste estudo foram planejados as seguintes estratégias na tentativa de alcançar os objetivos mencionados anteriormente:

**Objetivo 1** → Conhecer a estrutura física, operacional e normativa do Centro Obstétrico e a Unidade de Internação Puerperal, interagindo com a equipe de saúde.

*Estratégia Operacional:*

- ✓ Percorrer área física e conhecer os funcionários e as normas e rotinas do Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto.
- ✓ Apresentar o projeto à equipe buscando parceria.

*Avaliação:* O objetivo será considerado alcançado se seguirmos a estratégia proposta.

**Objetivo 2** → Identificar as diversidades e universalidades culturais de cuidado, das parturientes.

*Estratégia Operacional:*

- ✓ Selecionar as parturientes a serem cuidadas no Centro Obstétrico.
- ✓ Levantar dados através do método da observação participante, procurando conhecer o mundo simbólico das parturientes, seus hábitos, modo de vida, sentimentos, comportamentos e opiniões.
- ✓ Identificar o momento adequado de iniciar as orientações à parturiente.
- ✓ Adaptar o roteiro para a coleta de dados de Minatti et al (1997) buscando um melhor conhecimento da cultura das parturientes e aplicá-lo as mesmas.

*Avaliação:* O objetivo será considerado alcançado se cada aluna aplicar a estratégia a no mínimo para 10 (dez) parturientes.

**Objetivo 3** → Desenvolver o cuidado de enfermagem ao binômio mãe-filho, do ambiente hospitalar ao domiciliar, inserindo o pai no processo de cuidar, buscando identificar as diversidades e universalidades culturais da iniciação do nascimento como rito de passagem, baseado no referencial teórico de Madeleine Leininger.

*Estratégia Operacional:*

- ✓ Selecionar, de acordo com os critérios pré-estabelecidos na população alvo no mínimo 02 (duas) clientes para cada aluna para o desenvolvimento do cuidado.
- ✓ Incentivar o pai a participar do nascimento como rito de passagem e envolvê-lo nos cuidados domiciliares ao recém-nascido.
- ✓ Acompanhar a cliente selecionada durante a fase de hospitalização e a domicílio, visando a manutenção, acomodação e/ou reorganização do cuidado, enquanto for necessário.

*Avaliação:* O objetivo será considerado alcançado se cada aluna acompanhar no mínimo 02 (duas) clientes para estabelecimento do cuidado do ambiente hospitalar ao domiciliar.

**Objetivo 04** → Contribuir para a implementação dos 08 (oito) passos da maternidade segura e para a manutenção do projeto Hospital Amigo da Criança.

*Estratégia Operacional:*

- ✓ Buscar informar-se, junto a instituição, das normas e rotinas estabelecidas com relação ao objetivo, comprometendo-se com a manutenção e divulgação dos mesmos.
- ✓ Identificar as percepções e sentimentos do casal grávido e da equipe de saúde quanto a presença ou ausência do pai no Centro Obstétrico por ocasião do nascimento do filho, através da aplicação de instrumento (elaborado por Gregório, 1998) a cada um destes, em todos os partos acompanhados pelas acadêmicas. (Anexo 2)

*Avaliação:* O objetivo será considerado alcançado caso consigamos seguir a estratégia proposta.

**Objetivo 05** → Prestar cuidados de enfermagem ao binômio mãe-filho no rito de passagem do nascimento, em nível hospitalar.



*Estratégia Operacional:*

✓ Executar cuidados de enfermagem que se fizerem necessários, durante o período de internação.

*Avaliação:* O objetivo será considerado alcançado caso consigamos seguir a estratégia proposta.

**Objetivo 06** → Avaliar periodicamente as atividades desenvolvidas no estágio.

*Estratégia Operacional:*

✓ Reunir-se a cada 10 (dez) dias com a enfermeira supervisora e orientadora para discussão e andamento do projeto.

*Avaliação:* O objetivo será considerado alcançado se seguirmos a estratégia proposta.

**Objetivo 7** → Buscar aprofundamento teórico-prático dos temas pertinentes ao cuidado ao binômio mãe-filho durante o nascimento como rito de passagem.

*Estratégia Operacional:*

✓ Participar das atividades promovidas pela instituição e/ou outras entidades que venham a contribuir na compreensão, identificação e implementação do cuidado do nascimento como rito de passagem.

✓ Frequentar, em Florianópolis, cursos e similares que abordem o tema pertinente ao nascimento como rito de passagem.

✓ Buscar na literatura conteúdos teórico-práticos referentes aos temas.

*Avaliação:* O objetivo será alcançado se seguirmos a estratégia proposta.

**Objetivo 8** → Refletir e trabalhar as vivências do grupo de acadêmicas no decorrer do estágio.

*Estratégia Operacional:*

✓ Utilizar técnicas de dinâmica de grupo e outras práticas alternativas, entre as acadêmicas e em conjunto com a enfermeira supervisora e orientadora, quando necessário.

*Avaliação:* O objetivo será alcançado se for feito, entre as acadêmicas, reflexão acerca das experiências vivenciadas uma vez por semana, no decorrer do estágio.



## **7 Descrevendo os resultados das Atividades Propostas**

Conforme proposto, foram realizados 220 horas de estágio, que foram desenvolvidas no turno matutino e em 3 (três) plantões, sendo 2 (dois) de final de semana e 1 (um) no período integral (matutino e vespertino).

Estas 220 (duzentas e vinte) horas foram desenvolvidas entre os dias 9 (nove) de novembro e 18 (dezoito) de dezembro de 1998 junto ao Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto e nos domicílios de 7 (sete) clientes localizados nos bairros: Jurerê (2), Ingleses (1), Serrinha (1), Caeira do Saco dos Limões (1), Estreito (1), Canasvieiras (1).

Além das 7 (sete) clientes atendidas à domicílio foram atendidas na maternidade do Hospital Universitário 40 (quarenta) clientes e seus respectivos recém-nascidos com os quais desenvolvemos diversas atividades.

A seguir passaremos a descrever a execução de cada objetivo proposto.

### **7.1 Objetivo nº 1**

Conhecer a estrutura física, operacional e normativa do Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto, interagindo com a equipe de saúde.

Esse objetivo foi colocado em prática a partir o início do estágio quando passamos a conhecer as normas de rotinas do Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto, assim como sua estrutura física.

Salientamos que a equipe multiprofissional do Centro Obstétrico, principalmente a equipe de enfermagem, foi bastante receptiva, acreditando em nosso potencial, o que nos fez sentir parte integrante da mesma, e permitiu que nos sentíssemos mais seguras na execução das atividades.

Pelo fato de nossa supervisora estar cursando Mestrado, a supervisão de nosso trabalho foi dividida com outras enfermeiras do setor. Tal fato, na nossa percepção, não nos trouxe prejuízo, um vez que enriqueceu nosso pensar/agir em enfermagem através do contato direto com diferentes formas de atuação da enfermeira.

A seguir descrevemos a estrutura operacional do Centro Obstétrico já que a estrutura física encontra-se descrita no item 5.7 das ações metodológicas.

Ao chegar no Hospital Universitário, a gestante procura atendimento na emergência onde é encaminhada para a triagem da maternidade. Neste local recebe atendimento médico que avaliará a necessidade ou não da internação. Caso a decisão tomada seja de internar a cliente, ali mesmo, se necessário são realizados tricotomia e enema.

Ainda na triagem a gestante recebe uma camisola, ficando seus pertences embalados e identificados.

Um responsável munido com os documentos da gestante deverá dirigir-se ao SAME e providenciar a internação, enquanto isso a gestante é encaminhada ao Centro Obstétrico por um profissional de enfermagem.

Chegando no Centro Obstétrico a cliente recebe propés e é levada para a sala de pré-parto, onde fica até entrar em período expulsivo. Ali recebe as orientações sobre as rotinas do Centro Obstétrico, juntamente com seu acompanhante, para que ambos colaborem nesse processo.

Logo após, cliente e acompanhante são levados para conhecer a estrutura física do Centro Obstétrico, sendo sala de parto vertical (cócoras), sala de parto horizontal, sala de parto cesárea, sala de cuidados mediatos do Recém-nascido e sala de recuperação. A finalidade desta apresentação é permitir a opção pelo tipo de parto (vertical ou horizontal) e proporcionar uma interação prévia com o ambiente diminuindo a ansiedade.

A filosofia da maternidade preocupa-se com o parto humanizado por isso permite a presença de um acompanhante, escolhido pela parturiente, durante todo o período de

permanência da parturiente no Centro Obstétrico para proporcionar tranquilidade e apoio a mesma, principalmente se o acompanhante for o companheiro, favorecendo um maior vínculo afetivo entre o casal e o novo filho.

Após o nascimento do bebê são realizados os cuidados imediatos que consistem em secar, aspirar, pinçar o coto umbilical e identificar com 2 pulseiras, com impressão plantar e pesar. Em seguida é levado para a mãe, ficando em contato pele a pele, para a 1ª mamada, favorecendo o vínculo afetivo. O bebê fica mamando até que largue o seio ou esfrie muito.

Num segundo momento o recém-nascido é levado para a sala de cuidados mediatos (realizar medidas antropométricas, Credê, Kanakion, sinais vitais, banho e aspiração gástrica) e aí fica até que esteja aquecido, quando é vestido e levado para junto da mãe que deverá estar no puerpério imediato na sala de recuperação pós-parto. Mãe e filho juntos, novamente se incentiva a amamentação. Daí em diante o recém nascido deverá permanecer em tempo integral junto a mãe. Nesse período também o acompanhante permanece junto, participando de todo o processo.

Durante o puerpério imediato os cuidados resumem-se em controle de sinais vitais, controle de sangramento e involução uterina. Quando se completa o período de Greenberg (primeira hora pós-parto) a enfermeira ou o anestesista em caso de cesariana avalia a puérpera para dar-lhe alta. Confirmado a alta a enfermeira liga para o Alojamento Conjunto e passa o plantão referente à cliente, solicitando um funcionário para vir buscar a puérpera.

Na nossa avaliação, este objetivo foi plenamente alcançado, ressaltando que foi imprescindível a sua execução para a viabilização do desenvolvimento do projeto.

## **7.2 Objetivo nº 2**

Identificar as diversidades e universalidades culturais de cuidado das parturientes.

### 7.2.1 Perfil das parturientes selecionadas

**TABELA 01**

Distribuição das parturientes selecionadas segundo a faixa etária. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>15-25</b>	<b>10</b>	<b>66,6</b>
<b>26-35</b>	<b>4</b>	<b>26,6</b>
<b>36-40</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fontes: Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.**

**TABELA 02**

Distribuição das parturientes selecionadas segundo a procedência. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

<b>Procedência</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Caeira do saco dos Limões</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>Canasvieiras</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>Centro</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Córrego Grande</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Costeira</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>Estreito</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>Ingleses</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Jurerê</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Serrinha</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Trindade</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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

**TABELA 03**

Distribuição das parturientes selecionadas segundo a escolaridade. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

<b>Escolaridade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>1º grau incompleto</b>	<b>5</b>	<b>33,3</b>
<b>1º grau completo</b>	<b>5</b>	<b>33,3</b>
<b>2º grau incompleto</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>2º grau completo</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Nível Superior</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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

**TABELA 04**

Distribuição das parturientes selecionadas segundo a etnia. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

<b>Etnia</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Branca</b>	<b>13</b>	<b>86,6</b>
<b>Negra</b>	<b>02</b>	<b>13,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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

**TABELA 05**

Distribuição das parturientes selecionadas segundo a paridade. M/HU - Florianópolis/SC - novembro/dezembro, 1998.

<b>Paridade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Primípara</b>	<b>9</b>	<b>60</b>
<b>Secundípara</b>	<b>3</b>	<b>20</b>
<b>Múltipara</b>	<b>3</b>	<b>20</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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



**TABELA 06**

Distribuição das parturientes selecionadas segundo o estado civil. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

<b>Estado Civil</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Casada</b>	<b>8</b>	<b>53,3</b>
<b>Solteira</b>	<b>3</b>	<b>20</b>
<b>Amasiada</b>	<b>3</b>	<b>20</b>
<b>Separada</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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

**TABELA 07**

Distribuição das parturientes selecionadas segundo a profissão/ocupação. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998

<b>Profissão/Ocupação</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Operadora de Creche</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>Estudante</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>Doméstica</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Bibliotecária</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>Do lar</b>	<b>9</b>	<b>60,0</b>
<b>Faxineira</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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

**TABELA 08**

Distribuição das parturientes selecionadas segundo a religião. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

<b>Religião</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Católica</b>	<b>12</b>	<b>80</b>
<b>Espírita</b>	<b>3</b>	<b>20</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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

**TABELA 09**

Distribuição das parturientes selecionadas segundo o tipo de parto. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

<b>Tipos de Parto</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Parto Normal Vertical</b>	<b>4</b>	<b>26,6</b>
<b>Parto Normal Horizontal</b>	<b>9</b>	<b>60,0</b>
<b>Parto Cesárea</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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

### 7.2.2 Questões culturais/aspectos culturais observados nas parturientes.

**TABELA 10**

Descrição do comportamento das parturientes com a roupa que esta vestida no pré-parto. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

<b>Comportamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Mantêm-se coberta</b>	<b>13</b>	<b>86,6</b>
<b>Não se preocupa</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>Mantêm-se descoberta</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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

**Comentário:**

A maioria das parturientes preocupa-se em manter-se coberta no período de pré-parto, preservando a sua privacidade. É importante salientar que quando se aproxima o período expulsivo, a maioria das parturientes não se preocupa mais em se manter coberta, o que nos leva a inferir que o aumento no nível de stress, altera a prioridade na escala de valores.

**TABELA 11**

Descrição da expressão da linguagem não verbal das parturientes selecionadas no pré-parto. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

<b>Expressão</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Aflicção</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Dor</b>	<b>6</b>	<b>40,0</b>
<b>Dor e desconforto</b>	<b>5</b>	<b>33,3</b>
<b>Inquietação</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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

**TABELA 12**

Descrição da expressão corporal associada à expressão facial das parturientes selecionadas no pré-parto. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

<b>Expressão corporal e Expressão facial</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Grita</b>	<b>4</b>	<b>26,6</b>
<b>Chora e grita</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Chora</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>Tranqüila</b>	<b>3</b>	<b>20,0</b>
<b>Geme</b>	<b>4</b>	<b>26,6</b>
<b>Geme e Fala “eu quero morrer”</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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

### Comentário da tabela 11 e 12:

No comportamento não verbal a expressão de dor e desconforto esteve presente em 33,3% das clientes.

No comportamento verbal o grito (26,6%) e o comportamento gemente (26,6) foram os mais observados, apesar da presença do acompanhante. Vale ressaltar que diferentemente do trabalho de Gonçalves e Franzon (1997) e Bunn e Mattos (1998) em cuja frequência do comportamento “tranquilo” ficou em torno de 6%, no presente estudo o mesmo ficou em 20% das parturientes, o que nos leva a ratificar a importância de continuar lutando pelo parto humanizado onde a assistência de enfermagem no pré-parto deve ser intensificada.

### TABELA 13

Descrição da expressão verbal referida pelas parturientes selecionadas antes do período expulsivo propriamente dito. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

Expressão	Frequência	%
<b>Dor insuportável</b>	<b>10</b>	<b>66,6</b>
<b>Pressa quanto ao nascimento</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>Não verbaliza</b>	<b>3</b>	<b>20</b>
<b>Nervosismo e Medo</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio

### Comentário:

A dor insuportável (66%) foi a expressão verbal mais observada na parturidade. Nos dois trabalhos anteriores ao nosso, apenas 3% não verbalizaram nada, sendo que no presente estudo este percentual subiu para 20%, o que reforça que o apoio psicológico como uma das formas de proporcionar o parto humanizado deixa a parturiente mais tranqüila.

**TABELA 14**

Descrição da expressão verbal referida pela parturiente durante o período expulsivo. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

<b>Expressão</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Não verbaliza</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Grita</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Pede ajuda à Deus</b>	<b>3</b>	<b>20,0</b>
<b>Não tem mais força</b>	<b>6</b>	<b>40,0</b>
<b>Refere dor insuportável</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>Pede ajuda aos profissionais</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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

**Comentário:**

As diferentes reações frente ao período expulsivo ratificam que as pessoas reagem de modo diferente aos estímulos, reforçando a importância da enfermeira tratar cada cliente como ser único.

Importante ressaltar que 40% das parturientes expressaram que “não tinham mais força”, o que nos leva a pensar na importância do preparo para o parto através dos cursos de psicoprofilaxia.

**TABELA 15**

Descrição de expressão verbal referida pela parturiente depois do período expulsivo. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro. 1998.

<b>Expressão</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Refere Alívio</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Não Verbaliza</b>	<b>5</b>	<b>33,3</b>
<b>Sorri e aprecia o bebê</b>	<b>6</b>	<b>40,0</b>
<b>Refere cansaço</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>Questiona se o recém-nascido é Perfeito</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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

**TABELA 16**

Descrição da reação das parturientes selecionadas em relação ao recém-nascido. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

<b>Reação da Parturiente</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Acaricia e sorri</b>	<b>9</b>	<b>60,0</b>
<b>Coloca no seio e verbaliza</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Coloca no seio e não verbaliza</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Sorri</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>Olha o bebê</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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

#### **Comentário Tabela 15 e 16:**

A grande maioria (40%) sorri e aprecia o bebê e 60% acaricia o bebê e sorri, chamando atenção o percentual de clientes (33%) que não verbalizam nada, o que na nossa percepção é consequência da forte emoção, associada à um possível momento de estabelecimento de um vínculo exclusivo mãe/filho, que a parturiente parece não desejar compartilhar.

Este comportamento reflete a representação da maternidade para cada mulher, que vai ao encontro da bibliografia que coloca o nascimento como um momento único na vida de cada indivíduo, cabendo à enfermeira respeitar a individualidade da cliente.

**TABELA 17**

Descrição da reação das parturientes selecionadas com os profissionais da saúde.

M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998

<b>Reação da parturiente</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Ajuda no processo</b>	<b>3</b>	<b>20,0</b>
<b>Não colabora</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Demonstra medo/insegurança</b>	<b>6</b>	<b>40,0</b>
<b>Demonstra segurança e tranqüilidade</b>	<b>4</b>	<b>26,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fonte: Dados colhidos pelas acadêmicas de enfermagem durante o período de estágio**

**Comentário:**

Salientamos que 40% das clientes sentem nesta fase do processo de parir medo/insegurança. Isso é decorrente de conflitos e ansiedades que acompanham esse período e também por estar nas “mãos” de pessoas desconhecidas, longe de seu local de atuação e tendo de se submeter a uma rotina diferente da que está acostumada. Apesar disso 20% ajudam no processo, provavelmente pela “pressa” em sair da situação de desconforto gerada pelo trabalho de parto.

**TABELA 18**

Descrição da reação entre os profissionais de saúde e as parturientes selecionadas.

M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

<b>Reação dos profissionais de saúde</b>	<b>Freqüência</b>	<b>%</b>
<b>Afetividade</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Indiferença</b>	<b>3</b>	<b>20,0</b>
<b>Valorização das atitudes da cliente</b>	<b>6</b>	<b>40,0</b>
<b>Agressividade</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Impaciência</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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

#### **Comentário:**

Em 40% dos casos foi observada a valorização das atitudes da cliente, evidenciada principalmente durante o período expulsivo, onde a participação ativa da parturiente torna-se elemento chave para a realização do parto em menor tempo possível, evitando assim, riscos para a mãe e o bebê. Chama atenção o nível de indiferença (20%) aliado ao baixo índice de afetividade na relação profissional de saúde/cliente, principalmente se levarmos em consideração que os dados colhidos demonstram que o choro e o grito, a dor e o desconforto foram os comportamentos mais evidenciados pelas parturientes. Este comportamento do profissional de saúde contrapõe-se a filosofia do parto humanizado.

Salientamos ainda que a indiferença, a agressividade e a impaciência ocorreram no mesmo percentual da afetividade (13,3), o que contradiz o comportamento esperado de um profissional de saúde comprometido com o parto humanizado.

Importante ressaltar que os comportamentos de indiferença, agressividade e impaciência foram observados nos doutorandos de medicina e um staff médico e que o de afetividade foi observado na equipe de enfermagem, o que nos leva a inferir que a mesma está de fato comprometida com a filosofia da maternidade.



### 7.2.3 Valores/costumes relacionados ao processo de parir

**TABELA 19**

Questionamentos feitos pelas parturientes acerca dos primeiros cuidados com o recém-nascido. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

<b>Cuidado Questionado</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Banho</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Características Fisiológicas</b>	<b>4</b>	<b>26,6</b>
<b>Coto umbilical</b>	<b>7</b>	<b>46,6</b>
<b>Não questiona</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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

**TABELA 20**

Reação dos clientes frente ao primeiro banho do recém-nascido dentro do Alojamento Conjunto. M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

<b>Reação</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Concorda que o bebê precisa de banho</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>Quer participar do banho</b>	<b>10</b>	<b>66,6</b>
<b>Só observou</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Não quis assistir</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>Não se importa</b>	<b>1</b>	<b>6,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

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

Comentário das tabelas 19 e 20:

Podemos perceber nas tabelas 19 e 20, que a maioria das parturientes questionou as características fisiológicas do recém-nascido (26,6%), os primeiros cuidados com o coto umbilical (46,6%), sendo que 66,6% demonstrou interesse em participar do primeiro banho do recém-nascido.

Importante ressaltar que nos trabalhos de Gonçalves e Franzon (1997) e Bunn e Mattos (1998) nenhuma parturiente questionou as características fisiológicas e 86% não se importaram com o 1º banho do recém-nascido. Esta diferença de comportamento observada em nosso trabalho leva-nos a pensar que a filosofia de Maternidade Segura permite, entre outros uma boa interação com a cliente, fazendo com que elas se sintam com liberdade para sua expressão cultural. Contribui também para os dados por nós coletados, a consolidação da necessidade da cliente preparar-se para os cuidados com o recém-nascido motivado pela iniciativa da maternidade de incentivá-las a prestar cuidados com o banho e o coto umbilical, e no Alojamento conjunto, tornando-a independente no cuidado consigo mesma e com o recém-nascido o mais natural possível.

**TABELA 21**

Freqüência com que as clientes referiram crenças e valores no processo de parir.  
M/HU - Florianópolis/SC, novembro/dezembro, 1998.

<b>Crenças e Valores</b>	<b>Freqüência</b>	<b>%</b>
<b>Referiram crenças e valores</b>	<b>7</b>	<b>46,6</b>
<b>Não referiram crenças e valores</b>	<b>8</b>	<b>53,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fonte: Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágios.**

Comentário:

Das parturientes que referiram crenças no processo de parir (46,6%), as mais citadas foram:

- usar roupa amarela para não dar “tíriça (ou para tirar o “amarelão”);
- fazer quarentena para não dar recaída;
- guardar o coto umbilical no meio de um livro para que o recém-nascido fique inteligente;
- enterrar o coto umbilical, para que o rato não o coma e a criança não vire um ladrão;
- mal do 7ª dia;

- usar faixa abdominal para que a cicatriz umbilical não fique protrusa;
- a madrinha é que deverá cortar as unhas da criança pela primeira vez, para que ela seja uma boa profissional no futuro;
- não sair no vento, na chuva e nem lavar os cabelos, porque pode dar recaída;
- não molhar o coto umbilical antes que ele caia, porque pode dar friagem e infecção.

O resultado desta tabela nos mostra um equilíbrio entre a manifestação e não manifestação de crenças e valores (53,3% não referindo e 46,6% referindo). Ressaltamos que deixamos livre a manifestação cultural da cliente, desde de que não viesse em prejuízo de ambos (cliente e recém-nascido).

Estes dados ratificam os achados bibliográficos que indicam que o processo de parir é cercado por muitas crenças, e nos apontam, enquanto profissionais da saúde, para a necessidade de entender que essas irão influenciar na forma como a mulher irá se organizar, cuidar de seu filho e de sua saúde.

Através da observação e questionamentos pudemos constatar que a maioria dos clientes assimilam melhor as orientações prestadas no puerpério mediato, (Alojamento Conjunto). Acreditamos que este fato se deva a situação nova que a cliente vivencia no momento do parto, a dor, o cansaço, o desconforto e o medo do desconhecido entre outros, não conseguindo concentrar-se, nem memorizar o que está sendo dito.

No Alojamento Conjunto, quando a mulher já está se adaptando à nova situação surgem as dúvidas e inseguranças. O que fazer? Como fazer? É neste momento que as orientações são melhor absorvidas. A mulher sente necessidade de ter um referencial, em quem se apoiar.

Gostaríamos ainda de dizer que como acadêmicas, na 7ª fase vivenciamos uma experiência no Centro Obstétrico de outra maternidade, na qual não é permitida a presença de acompanhante. A experiência atual, com a presença de acompanhante, mostrou-nos que a mesma deixa a parturiente mais segura, confiante, o que se traduz, na nossa percepção, em comportamentos como, menos solicitações à equipe de enfermagem, tranquilidade e diminuição da necessidade de verbalização de seus sentimentos, emoções com a equipe de saúde, uma vez que este comportamento é voltado para o acompanhante, o que, com certeza, ocasiona um menor desgaste da equipe da saúde.

No entanto, assim como Gonçalves e Franzon (1997) e Bunn e Mattos (1998), vale ressaltarmos a contínua necessidade do aumento da relação de afetividade da equipe de saúde com a cliente e a busca constante de humanização do parto, uma vez que a equipe de saúde é composta por seres humanos que sabidamente tem o seu processo de conscientização/educação desenvolvido de forma lenta e gradual.

Pelo acima exposto, consideramos o objetivo nº 02 plenamente alcançado.

### **7.3 Objetivo nº 3**

Desenvolver o cuidado de enfermagem ao binômio mãe-filho, do ambiente hospitalar ao domiciliar, buscando identificar as diversidades e universalidades culturais na iniciação do nascimento como rito de passagem, baseado no referencial teórico de Madeleine Leininger.

Tínhamos planejado realizar tal objetivo com 06 (seis) clientes, mas durante o desenvolvimento do estágio sentimos a necessidade de inserir mais uma cliente no trabalho por se tratar de uma pessoa com muita necessidade de apoio, com isso foram selecionadas 07 (sete) clientes, com as quais desenvolvemos cuidados de enfermagem durante a fase de hospitalização e a domicílio.

Realizamos uma média de 04 (quatro) visitas por cliente. Durante as mesmas, com a devida permissão da mulher, gravávamos a visita, obtendo material que era por nós trabalhado após a mesma, contribuindo no planejamento da próxima visita.

Com o objetivo de oportunizar maior número de experiências para nós acadêmicas, optamos por nos dividir, sendo que uma realizou as visitas domiciliares individualmente e as outras optaram por trabalharem em dupla.

Tínhamos como um dos pontos principais iniciar a inserção do pai no processo de cuidar por acreditarmos ser importante a sua participação neste novo momento de vida que o casal vivência.

Durante o trabalho tentamos de várias formas obter a sua participação nas visitas, porém não conseguimos atingir esse objetivo na sua totalidade, pois na maioria das visitas não conseguimos a participação do pai, ou porque este estava trabalhando ou dava um jeitinho de sair.

Acreditamos que isso ocorreu devido a um fator cultural muito forte, que se inicia durante a infância, caracterizando-se na distinção das brincadeiras entre meninos e meninas onde estas brincam de bonecas - refletindo a sua missão futura de mãe, enquanto o menino desde pequeno tem inculcido em sua percepção a idéia de que é o homem da casa e que seu papel é o de sustentar a família, repercutindo na sua vivência enquanto marido.

Segundo Centa (1981) o homem ao vivenciar o processo de maternidade preocupa-se com seu papel como pai na nova situação. A autora relata algumas preocupações e conflitos vivenciados pelo homem nesse período como:

- Incerteza em relação à criação do filho;
- Insegurança em lidar com a esposa e o novo ser;
- Manter a responsabilidade assumida.

O fator financeiro é muito forte neste período de conflitos. O homem se vê na obrigação de não perder dias de trabalho, para não perder dinheiro, de continuar trabalhando muito para poder proporcionar à mulher e ao filho tudo aquilo que precisarem.

Concordamos com a autora, ao compartilhar e vivenciar as mesmas situações percebidas pela mesma em relação ao papel do homem - pai. É difícil trabalhar com a cultura que preconiza que o papel principal do homem é manter a casa; e tentar modificar o modo de agir e pensar do mesmo. Procuramos com o nosso trabalho iniciar essa mudança de pensamento. Sabemos que não atingimos completamente nosso objetivo, e que o alcance desta meta levará tempo, e o empenho dos profissionais da área da saúde entre outros, para tentar modificar essa concepção.

A seguir, passaremos a transcrever 01 (uma) visita de cada cliente com sua respectiva evolução salientando que este objetivo foi por nós alcançado.

### 7.3.1 Cliente nº 01

*Data 17.11.1998*

*Primeira visita domiciliar*

Que bom, chegou o dia da nossa 1º primeira vista com L. Estávamos empolgadas, e ansiosas pois não sabíamos o que nos esperava.

Ao chegar na sua casa fomos recebidas por sua mãe.

Nós — Bom dia!

Avó — Bom dia!

Nós — Nós somos acadêmicas de enfermagem da universidade, viemos conversar com a L.

Avó — É! Ela está esperando por vocês. Só aguardem um pouquinho que ela está no banho.

Enquanto esperávamos L. conversávamos com a avó. A mesma justificou a preocupação em receber visitas devido a seu cachorro, que é muito bravo. Não demorou muito e L. apareceu na sala.

Nós — Bom dia L.! Como está?

L — Estou bem.

Nós — E o bebê?

L — Está bem também.

Nós — Você teve alta no domingo mesmo?

L — Foi, à tardinha.

Nós — E o seu esposo não está?

L — Não, ele está trabalhando. Só chega à noite.

Nós — Puxa, que pena! Ele é motorista, você falou né?

L — É! Ele não conseguiu dispensa, porque não tinha ninguém para substituí-lo.

Nós — Ele te ajuda com o bebê? Dá colo, troca fralda?

L — Não, não, ele tem medo de pegá-la. A noite quando ele chega ele fica conversando com ela, e fica todo bobo.

Nós — E o neném como está mamando?

L — Mama bastante. Estou dando sempre quando ela chora. Daí fica um tempão no peito.

Nós — E o teu seio como está?

L — Agora está bem. Saí da maternidade com algumas feridinhas no bico, mais já melhorou.

Nós — Podemos dar uma olhadinha, L.?

L — Podem.

O bico do seio de L. realmente já tinha melhorado. As fissuras já tinham secado.

Nós — L. e o umbigo, como você está fazendo o curativo?

L — Como foi ensinado na maternidade. Com aquele álcool que a gente ganhou lá. Ele já está secando também.

Nós — Que bom, o importante é secar bem e fazer o curativo com o álcool.

E quem é que dá o banho?

L — É a minha sogra. É a tarde que ela dá.

Nós — E você? Porque não dá o banho?

L — Eu tenho medo. Só vou dar quando o umbigo cair.

Nós — Porquê?

L — Ah! Eu tenho medo de ficar molhando o umbigo, dizem que o bebê pode ter infecção, né?

Nós — Mas se lavar e secar não ocorrerá infecção. Só dará infecção se não for realizado o curativo e o umbigo permanecer molhado.

L — Não, mas eu prefiro assim, Deus me livre se vou mexer nesse umbigo! Eu não!

Nós — E a senhora vó? Como fez com os seus filhos em relação ao umbigo?

Avó — Eu também tenho medo de mexer. Só depois que caiu o umbigo dos meus filhos é que eu dei banho de imersão.

Nós — Já aconteceu com alguém da família essa infecção no umbigo? Vocês já presenciaram algum caso?

Avó — Não, mas a gente sempre escuta das pessoas mais antigas, que sempre acontece, né?

Nós — L. e como estão os teus pontos?

L — Estão bastante doloridos, principalmente ao sentar.

Nós — Como você está cuidando deles?

L — Toda vez que eu uso o banheiro eu lavo como fui orientada na maternidade, e no banho eu lavo com sabão e passo povidine. Eu acho que um ponto já caiu.

Nós — Você sente algum mal cheiro?

L — Bem pouco, e nem é todo dia. Às vezes eu lavo também com boldo, minha vizinha disse que é bom, para tirar inflamação.

Nós — L, gostaríamos de marcar uma próxima visita contigo, o que você acha?

L — Por mim pode ser. Tenho que ver com a mãe, pois a casa é dela.

Avó — Pode ser semana que vem? Pois ainda estou de licença do restaurante porque depois fica difícil, pois passo o dia todo fora, e tem o problema do cachorro também que tem que prender quando chega visita.

Nós — Então está bom, para dia 20/11, próxima sexta-feira, no mesmo horário, pode ser?

Avó e L — Sim, pode.

Nós — Então até sexta! Tchau!

Avó e L — Tchau!

## *EVOLUÇÃO*

Segundo dia de estágio, o plantão estava igual ao dia anterior, bem calmo. Muita ansiedade e insegurança fazia parte do nosso meio, pois estávamos no segundo dia e não havíamos assistido um parto ou acompanhado alguma paciente.

Foi então que para nossa felicidade que às 10:30h deu entrada no Centro Obstétrico a parturiente L., 21anos, GI, Pø, Aø, Cø. Demonstrava-se extremamente ansiosa e sentindo dores muito fortes. A paciente estava acompanhada de sua irmã de 18anos. Logo terminando de fazer a internação a acompanhante e a paciente foram levadas para conhecer as salas de parto, a qual optou por parto vertical.

Não foi possível manter um contato legal com a paciente logo de início pois não sabíamos quem estava mais desesperada se nós ou a paciente. Ficamos bem atrapalhadas no atendimento, era uma “disputa” entre as três, por quem fazia o quê, muitas vezes uma “atropelava” a outra nos procedimentos. Mediante a ansiedade da paciente, a anestesista de plantão resolveu fazer uma analgesia de parto, na qual após, L. comportou-se de forma mais tranqüila, tornando-se mais receptiva aos cuidados. Nesse momento explicamos o motivo do nosso trabalho e a mesma concordou em participar. É chegada a hora de L. ir para a sala de parto!



O que víamos nos imprecionava. A paciente estava totalmente tranqüila e relaxada, cooperante às orientações, seria com certeza um parto atípico.

Já na sala de parto, L. apresentava uma fisionomia tranqüila, mas bastante cansada devido a posição de cócoras. A acompanhante comportou-se muito bem vivenciando todo o processo de parir. Às 15:15h, L. deu a luz a um recém-nascido do sexo feminino, pesando 2.820g, AIG, vigoroso. Podemos perceber uma expressão de satisfação, alegria e alívio. Depois de serem realizados os cuidados imediatos com o recém-nascido, o neonatologista levou o mesmo para junto de L. para iniciar sua primeira mamada e receber o aconchego do corpo da mãe.

Após levar o recém-nascido para realizar os cuidados mediatos, a cliente referiu neste momento que gostaria que nós colocássemos as roupas amarelas que tinha trazido para o recém-nascido. Explicamos que no Centro Obstétrico todos os bebês vestem a roupa da unidade e que só podem usar roupas próprias na unidade de Alojamento Conjunto.

No dia seguinte quando visitamos L. no Alojamento Conjunto, ela apresentava uma fisionomia tranqüila e sorridente. Estava preparando as roupinhas para o recém-nascido, para o mesmo tomar seu 1º banho naquela unidade. Perguntamos qual o significado da roupa amarela à paciente, e ela nos respondeu que era para não dar amarelão. A cliente acompanhou o banho junto com a funcionária e nós acadêmicos, foi bastante atenciosa às explicações que eram dadas referindo muito medo em manusear o coto umbilical. Após esse momento conversamos sobre a amamentação, livre demanda e pega correta da aréola. Marcamos a 1ª visita domiciliar para a próxima semana. Fomos bem recebidas, mas precisávamos construir um vínculo com sua família, principalmente sua mãe que era a dona da casa. Como todo primeiro contato, a conversa caminhou devagar e superficial.

L. nos relatou que saiu da maternidade com fissuras no bico do seio onde realizou banho de infra-vermelho algumas vezes, e que naquele momento as fissuras tinham praticamente cicatrizado.

Relatou estar fazendo o curativo do coto umbilical com álcool à 70% como havia aprendido na maternidade. Questionamos sobre o banho, como ela estava fazendo: a mesma nos relatou que tem medo de dar o banho antes que o umbigo venha a cair. Podemos perceber que isso é devido a um fator cultural muito forte que sempre acompanhou sua

família, pois sua mãe relatou que sempre fazia assim com seus filhos. Tentamos repadronizar esse cuidado mas não tivemos êxito.

L. nos relatou que desde o parto não lavou os cabelos para não dar dor de cabeça e recaída. Isso também foi uma prática exercida por sua mãe quando vivenciou esse processo mostrando que os cuidados e os conhecimentos passam de geração em geração, tornando-se muito difícil repadronizar. L. tem outros cuidados culturais como: — “a madrinha é que corta as unhas do bebê; vou guardar o umbigo, isso já é tradição.”

Esses são cuidados que podem ser mantidos pois não interferem na saúde do recém-nascido.

Infelizmente não conseguimos encontrar o pai nas visitas. A cliente nos relatou que o mesmo tem até medo de pegar o bebê, não ajudando em nenhum cuidado. Questionamos como ele vê essa situação e ela nos respondeu que não acha isso um problema pois ele precisa trabalhar, ainda mais agora que tem mais um integrante na família.

### 7.3.2 Cliente nº 02

*Data 30.11.1998*

*Segunda visita domiciliar*

Chegamos na casa de R. às 10:00h da manhã. O sol brilhava e o desânimo tomava conta de nós duas, pois o fim de semana tinha sido “pesado”. Fomos recebidas ainda melhor desta vez, pois o vínculo afetivo já havia se formado. R. apresentava estar bem, dando conta das tarefas de casa sozinha, cuidando do bebê e de sua sobrinha de 04 anos. O seu marido não estava em casa novamente, pois estava trabalhando.

Nós — Bom dia, R. ! Como vai passando?

R. — Estou indo bem, me virando bem com as coisas.

Nós — E o bebê, como está? Mamando muito?

R — Sim, só mama e dorme, ele mama bastante.

Nós — E o banho, quando você está dando?

R — Eu dou o banho mais à tardinha, ele fica mais fresquinho e dorme melhor.

Nós — E neste tempo que ele não toma banho, o que costuma fazer?

R — Pela manhã eu passo um pano úmido e a cada troca de fraldas.

Nós — E o teu seio como está?

R — Deu uma boa melhorada. Estou fazendo compressas quentes e também tirando sempre antes de amamentar. Agora ele pega bem. Já está bem melhor desde a última vez que vocês vieram.

Nós — Hoje, nós trouxemos um aparelhinho para massagem, para você experimentar, o que acha?

R — Eu acho que não é necessário, pois já não está como antes.

Nós — Tudo bem, você é quem decide. E o umbigo do bebê, como está?

R — Eu acho que hoje ele cai, está preso só por uma pontinha.

Nós — E o que pretende fazer quando cair?

R — Pois é, não sei. A minha mãe guardava, ela guardou de todos os quatro filhos e depois que nós já éramos “crescidinhos” ela nos mostrou e depois enterrou. Mas eu acho que não vou guardar não. Eu já guardei a pulseirinha do hospital.

Nós — E o seu marido, já saiu de licença?

R — Já, ele chega à noite. Ele consegue só uma folga por semana.

Nós — R. nós estamos felizes por ver que você assimilou todas as orientações, na maternidade. Que está conseguindo fazer as coisas certas.

R — É, tudo o que eu sei, aprendi lá na maternidade, pois tenho que me virar sozinha.

Nós — Estás de parabéns, R.!

R — Obrigada, é que estou pegando a prática e tudo fica mais fácil. Eu tinha medo de pegar o bebê, porque é “molinho”. Mas depois que eu vi vocês pegarem, virarem para um lado e para o outro e o bebê não chorou, então perdi o medo. Se vocês podem, porque eu não posso?

Nós — Com certeza, R.!

R — A gente tem mania de achar que porque é bebezinho, ele pode desmanchar.

Nós — E aquele “amarelinho” como está?

R — Quero que vocês olhem. Mas não está mais como antes. Ontem de manhã não deu para colocar por causa do vento. Hoje eu coloquei quatro minutos de frente e quatro minutos de costas.

Nós — E a horário que você está colocando?

R — Eu coloco entre os horários das 8:00 às 10h da manhã.

Nós — O horário não pode exceder das 10h, porque nesse horário o sol já está quente.

R — Pois é, hoje eu coloquei às 9h, e já achei forte, porque já aproveitei para expor também os seio e fiquei toda vermelha! Imagina ele, que tem a pele sensível.

Nós — E como é seu bebê?

R — Ele é quietinho, bem sadio. Veio completinho! Ele não tem nenhum problema.

Nós — Que bom.

R — O único problema é o olhinho direito que fica lacrimejando.

Nós — É um tipo de secreção amarela?

R — É, ele apresentou já no segundo dia no hospital. Lá foi passado soro fisiológico, mas eu estou usando água boricada, tem algum problema?

Nós — Acreditamos que não R. Mas ainda continua saindo secreção?

R — Um pouco. Na quarta-feira vou levar ele no postinho e perguntar ao médico se precisa passar mais alguma coisa.

Nós — É provável que essa secreção seja resultante de uma conjutivite química. Mas que se passando soro ou água boricada sai logo.

R — Tem dia que nem sai secreção.

Nós — Pode ser que esteja no período de finalização.

R — É, pode ser.

Nós — Ele tem apresentado soluço?

R — Sim, quero ver quando estava na minha barriga, soluçava bastante e eu não sabia o que era. Minhas colegas já me falaram sobre isso, mas eu não acreditava muito, até que eu perguntei a médica numa consulta de pré - natal e ela me confirmou que ele soluçava mesmo.

Nós — E agora, o que você faz para parar o soluço?

R — Eu cubro o bebê, fecho a corrente de ar, para ficar mais quentinho. Vocês querem ver ele?

Nós — Sim, vamos lá.

O recém-nascido estava deitado tranquilo no carrinho. A icterícia fisiológica já tinha praticamente desaparecido.

R — Olha, saiu algumas espinhas nele.

Nós — R. isso não são espinhas. Isso é chamado de milium sebaceum, é o acúmulo de gordura, que com o tempo sai, não deve ser expremida.

R — Eu achei que fosse, porque ontem eu tinha comido amendoim, eu pensei que a gordura tinha passado para meu leite.

Nós — Não, pode ficar tranqüila, que com o tempo vão saindo.

R — Que bom!

Nós — R. você tem mais alguma dúvida para nos perguntar.

R — Não acho que está tudo bem.

Nós — Podemos marcar uma próxima visita com você?

R — Sim, quando quiserem.

Nós — O que você acha no sábado pela manhã?

R — Pode ser, então.

Nós — Então, está bem, até sábado. Tchau.

R — Tchau!

## *EVOLUÇÃO*

Nosso primeiro contato com R. foi durante o pré-parto, onde falamos sobre o nosso trabalho, tendo aceitação pela mesma em participar. Realizamos 04 (quatro) visitas domiciliares.

Infelizmente em nenhuma delas conseguimos acompanhar a participação do pai nos cuidados com o recém-nascido, pelo motivo do mesmo estar trabalhando.

R. é uma mãe esclarecida e interessada, durante a gestação participou com seu marido de um curso de casais - grávidos, dando-lhes oportunidade de melhor se preparar para vivenciar o processo de parir.

Suas principais dúvidas foram: ingurgitamento mamário, alguns receios em realizar o curativo do coto umbilical, “amarelão”, “secreção” no olho e, “espinhas” no recém-nascido. Notamos que R. teve um grande interesse por nosso trabalho, contando que a mesma possuía um conhecimento dos cuidados a serem realizados nesse período. A cada visita nos sentíamos mais confiantes e notamos que a confiança de R. era recíproca.

Fomos durante as visitas, questionadas acerca dos cuidados com o coto umbilical (cuidados que já haviam sido realizados e ensinados na maternidade, mas que não haviam sido adequadamente absorvidos por R. durante o puerpério mediato no domicílio).

R. apresentou engurgitamento mamário. Em função disto discutimos a importância de alguns cuidados como ordenha manual, esvaziamento da aréola antes de oferecer o peito ao recém-nascido e o uso de compressa quente.

A cliente não faz uso de muitas crenças culturais. Acreditamos que isso seja decorrente do fato da mesma morar longe da família, tendo que se “virar” sozinha nos cuidados e por esse motivo captar mais facilmente as informações dadas e discutidas pelas acadêmicas.

Sentimo-nos bastante úteis e satisfeitas ao retornar na semana seguinte e constatar que os problemas referentes ao engurgitamento mamário haviam se extinguido e principalmente porque pudemos observar com clareza a participação e envolvimento de R., obtendo assim bons resultados, principalmente no que se refere ao uso de bico, que a cliente insistia em dar ao recém-nascido por achar “bonitinho”; Na mesma semana constatamos que o recém-nascido não conseguia pegar o bico e que R. não insistia mais.

O relato referente a percepção do casal acerca das ações de saúde por nós realizadas junto a R., será encontrado no final do trabalho. (Anexo: 15)

### **7.3.3 Cliente nº 03**

*Data 30.11.1998*

*Segunda visita*

No dia 30/11/1998 às 8:45hs, cheguei a residência de V. (pai) e F. (mãe), onde a família já estava me aguardando.

Eu — Bom dia, como estão?

F — Tudo bem, entre, quer ver o bebê?

Eu — Sim.

F — Ele esta dormindo, pois acabou de mamar.

Eu — Esta lindo, já tem nome?

Pai — Sim, I. vou registrá-lo hoje.

F — Estou com o seio um pouco empedrado e com algumas rachaduras.

Eu — O que você está fazendo?

F — Estou colocando compressas quentes e massageando quando estou tomando banho morno e extraindo manualmente o leite materno, passando o próprio leite materno ao redor do bico.

Eu — Ótimo, além dos cuidados que você já está tomando é importante que você massageie a mama, tome banho de sol, esvazie a aréola (esta parte marrom em volta do bico), antes de amamentar, para facilitar a pega do bebê durante a mamada, não usar sutiã muito apertado, que interfere na liberação do leite e diminuir a ingestão líquida.

Pai — Quanto tempo leva para cair o umbigo?

Eu — 7 a 14 dias

F — Após cair o umbigo precisa ter algum cuidado especial?

Eu — Durante três dias após ter caído o coto umbilical aplica-se álcool 70%.

E o pai está ajudando a cuidar do bebê?

F — Sim, aos poucos está aprendendo a pegar no colo, ajudando no banho.

Eu — O casal está de parabéns.

Pai — Qual é o método contraceptivo que nós poderíamos utilizar enquanto ela estiver amamentando?

Eu — A amamentação é um bom método que apresenta 98% de proteção, desde que o bebê seja menor de 6 meses, a mãe não tenha menstruado e a amamentação seja exclusiva. Também podem pedir alguma sugestão ao ginecologista quando ela for consultar.

Enquanto isso o bebê chora e a mãe pega-o para amamentar.

Eu — Mãe, você sempre costuma amamentá-lo nesta posição?

F — Sim.

Observei que era uma posição muito desconfortável e incomoda para a mãe.

Eu — O que você acha de colocar o corpo e a cabeça do bebê alinhados, queixo do bebê tocando o peito, nádegas do bebê apoiadas? Isto mãe, está perfeito, a posição está ótima e a pega do bebê também.

F — Estou até mais a vontade, pois só me sentia bem para amamentar quando estava deitada.

Pai — Até eu tinha dificuldade para pegá-lo no colo, agora eu acho que ficou mais fácil.

Eu — O bebê já tomou banho?

F — Sim.

Eu — Como você estão dando banho?

F — Como aprendi na maternidade, primeiro arrumo tudo, coloco água na banheira, lavo olhos, rosto e cabeça, depois coloco na banheira lavo o corpo e por último os genitais. No começo chora um pouco, mais depois não quer sair.

Eu — Ótimo

Pai — Enquanto o bebê estiver amamentado é necessário que ele coma algum outro alimento?

Eu — Até os 6 meses nada, nem água e chá, a não ser que o médico receite. Momento de silêncio.

Eu — F. já lavou a cabeça?

F — Não, todo mundo diz que só pode lavar depois de 40 dias.

Eu — O que você acha?

F — Dizem que quando lavamos a cabeça antes de 40 dias, o sangue sobe para a cabeça.

Eu — Bom, se você quiser lavar a cabeça não tem problema nenhum.

Como você está se sentindo do F.?

F — Bem melhor, o sangramento praticamente parou e os pontos já não estão incomodando mais, o meu corpo já está voltando ao normal.

Eu — O que vocês acham de marcar uma nova visita para dia 03/11.

Pai e F — Tudo Bem.

Pai e F — Muito obrigada

Eu — Não por isso, até a próxima visita.

## EVOLUÇÃO

O nosso primeiro contato com F e seu marido V ocorreu no momento da minha chegada ao Centro Obstétrico para mais um dia de estágio, mal deu tempo para nós nos paramentar e receber o plantão, pois F estava com dilatação total, então dirigimos F e seu



marido para a sala de parto normal horizontal, onde às 7:16hs nasceu um lindo menino. Apgar 1º min. 8 e 5º min 9, peso 3860, estatura 51cm.

O bebê foi colocado junto aos pais para favorecer e proporcionar um maior vínculo afetivo iniciando sua primeira mamada.

Observei um momento de grande emoção: pai e mãe, demonstravam muita felicidade, alegria, investigando e acompanhando cada movimento do recém-nascido.

Após este momento, o casal se dirigiu para a sala de recuperação pós-parto, aguardando seu filho que estava recebendo todos os cuidados mediatos.

Quando aproximamos o bebê do pais na sala recuperação pós-parto parecia que estavam afastados do mesmo há anos, ambos queriam pegá-lo no colo, para tocá-lo e acariciá-lo.

Então perguntei ao casal, se gostariam que eu fizesse algumas visitas a eles, em sua residência para prosseguir o trabalho de conclusão do curso de enfermagem que nós estamos realizando. Esclareci que as visitas domiciliares dali em diante seriam feitas apenas por mim, pelo fato de ter ocorrido pouca demanda de parturientes.

Ambos logo aceitaram, pois era seu primeiro filho, não tinham parentes que moram próximo de sua casa e não teriam ninguém para auxiliá-los, achando muito importante que fosse alguém em sua casa, orientar e esclarecer dúvidas sobre o assunto.

Mãe e pai, já no Centro de Obstétrico, interessados perguntaram sobre cuidados com coto umbilical, banho e amamentação do bebê.

Pai - mãe - filho foram encaminhados para alojamento conjunto às 9:15hs.

Como de rotina no dia 25/11/1998, realizei minha visita no Alojamento Conjunto ao novo integrante da família e seus pais.

Ao me dirigir ao quarto onde estava F e seu bebê, eu estava curiosa para saber como passaram o 1º dia e logo pude ver que estava tudo muito bem: bebê sugando bem, mãe tranqüila e recuperando-se bem do parto.

Examinei mãe e bebê, sem problemas.

A mãe demonstrava alegria no olhar, ao me ver.

Conversamos um pouco estabelecendo uma boa relação, trocando idéias e dando orientações sobre tudo que a mãe demonstrava dúvida.

Marcando minha 1ª visita domiciliar para 6ª feira, dia 27/11 na parte da tarde.

Realizei 05 (cinco) visitas domiciliares, sendo que no 1º e 4º, F e V não estavam; por terem ido as festas de final de ano, realizados pelo seu serviço.

Suas principais dúvidas foram: ingurgitamento mamário, fissuras mamilares, curativo do coto umbilical, banho do recém-nascido, vantagens do aleitamento materno, cólica do recém-nascido, brotoeja, vacinação, lavação dos cabelos antes de completar quarentena, posição correta para amamentar, método contraceptivo, lóquios e uso de chupeta, cotonete e exposição ao sol.

O casal indagou sobre alguns costumes culturais e quais os seus efeitos como: vestir o bebê com roupa amarela, mal do sétimo dia e lavação da cabeça após quarentena, cuidado com coto umbilical. Informei que se quisessem observar estes costumes até poderiam mas que não teria influência, daí por si só optaram pela não observância destes costumes.

O casal sempre durante as visitas domiciliares mostrou um grande interesse, me questionando sobre todos os obstáculos e dificuldades que poderiam surgir.

Na 3ª visita F e seu marido estavam bastante apreensivos com relação ao coto umbilical, pois estava sangrando, então examinei e comentei que poderia ser um vaso sanguíneo que não havia cicatrizado, orientei para que continuassem fazendo curativo com álcool 70% e se persistisse o sangramento era necessário que o bebê tomasse uma dose de kanakion. Para nosso alívio após alguns dias o coto umbilical caiu e parou de sangrar.

Um fato digno de registro, foi que V demonstrou bastante interesse e atenção em tudo o que foi comentado e orientado sobre os cuidados prestados com o bebê e mãe, durante minhas visitas, colocando em prática alguns cuidados.

Propus que, em parceria F e V, refletissem sobre a questão do engurgitamento mamário e fissura mamilar. Senti-me contente, quando uma semana depois o seio de F estava em perfeitas condições para amamentar, o que comprovava que minhas orientações haviam sido importantes e proveitosas obtendo assim o resultado alcançado.

Questionei também sobre a lavação dos cabelos antes de completar a quarentena. Refletimos sobre os cuidados que toda pessoa (sendo ela puérpera ou não) deve ter ao lavar os cabelos. Diante deste esclarecimento F por si decidiu lavar sua cabeça. Quando retornei à residência de F conversamos sobre o assunto e ela referiu que ficou com dor de

cabeça após a primeira lavada, nos dias seguintes a situação havia modificado, então expliquei para ela que poderia ser psicológico.

Senti certa frustração quando na 1ª e 4ª visita não encontrei ninguém em casa. Retornei para minha residência um tanto desestimulada. Tentei entrar em contato com V por telefone no seu serviço, o qual só localizei uma semana após e marcamos uma nova visita.

Fechei as visitas com resultados positivos, com relação às orientações que foram passadas para F e V, também aceitavam o encerramento, ao constatar que o casal sentia-se seguro e sem maiores dificuldades em lidar com o bebê.

O depoimento de F e V acerca das ações de saúde por nós realizadas será encontrada no final do trabalho (Anexo: 15)

#### **7.3.4 Cliente nº 04**

*Data 27.11.1998*

*Primeira visita domiciliar*

Tivemos um pouco de dificuldade em encontrar a casa de L. Pedimos informações a um menino e ele nos lavou até a casa dela que ficava em um lugar um pouco escondido.

Chegando lá, encontramos a irmã de L na porta, que prontamente foi chamá-la.

L e sua mãe vieram nos receber na porta.

Nós — Oi L tudo bem?

L — Tudo bem, entrem, eu tava esperando vocês. Acharam a casa fácil?

Nós — Nós pedimos informações e nos trouxeram aqui.

Avó — É aqui todo mundo conhece a L é só pedir por ela que já sabem quem é.

Nós — E aí L, como está se sentindo vivenciando esta nova experiência.

Ela — Bem.

Avó — É, acabou acontecendo, o namorado dexô dela.

Nós — Ele não quis assumir?

Avó — É, o pai da L ficou quase loco quando sobe, queria que ela fosse embora, ficava enchendo a cabeça dela todo dia. No ponto de a L. dizer que queria sumir. Ela me dizia:

mãe eu tenho vontade de ir embora prá sempre prá não ter que ficar ouvindo mais isso. E quando o bebê nascê vou dar ele.

Nós — É mesmo!?

Avó — É, mas com o tempo ele foi se conformando, ainda mais quando a gente sobe que era um menino, porque nós só temo um filho homem e ele veio prá completá a família.

Nós — E aí L. pensas ainda em dar o teu filho?

L — Não, de jeito nenhum, ele é meu.

Nós — É isso mesmo, já que teu namorado não teve a responsabilidade de assumir, tu estas demonstrando ser muito corajosa e está de parabéns.

Avó — Agora a gente tem que cuidar bem dele.

Nós — E o avô já está aceitando bem?

Avó — Já, ele já pegou o neném e tudo. Ele tá aceitando bem.

Nós — Ele está trabalhando?

Avó — Sim.

Nós — L. e o neném como está mamando?

L — Bem. Ele qué mama o tempo todo.

Nós — Ele está conseguindo abocanhar toda a aréola?

L — Sim.

L. estava de pé embalando o neném e começou a amamentá-lo. Sugerimos então que se sentasse para ficar mais confortável.

L — Tá bom assim.

Nós — Posso ver como ele está mamando?

L — Pode.

Nós — Realmente ele está sugando bem direitinho e a posição que você está segurando também está correta. Seria importante que quando você fosse amamentá-lo procurasse um lugar tranquilo, confortável, pois isso facilita a decida do teu leite. E a tua mama está cheia?

L — Tá, mas ele mama bem.

Nós — Você sente dor nela quando está cheia?

Ela — Sinto, mas ela não tá tão inchada. O que dói e o bico quando ele pega, mais no início.

Nós — Posso ver o teu seio?

L —Pode.

Observamos que estavam se iniciando fissuras no mamilo, então nós a orientamos em relação ao banho de sol, o uso do próprio leite nas fissuras e o uso de compressas quentes caso o seio ficasse ingurgitado.

Nós — E o teu sangramento L.

L — Está diminuindo.

Nós — O que te ensinaram fazer para limpar a região.

L — A lavar toda vez que faz xixi, com água e sabão.

No prontuário de L, constatamos que possuía escabiose e que fazia tratamento em casa. No Alojamento Conjunto também foi tratado. Questionamos se alguém mais na família possuía problema.

Avó — Sim, aqui todo mundo pega, a gente tá tratando ainda.

Nós — E vocês sabem como surgiu?

Avó — Eu achô que é dos bichos dos vizinhos, porque a gente não cria nem um animal

Nós — E esse gatinho de quem é?

Avó — É dos vizinhos, eles entram dentro da casa, me dá nojo. Não sei como que pode criarem tanto bicho.

Nós — Podem ser eles que transmitem essas doenças, quem sabe não deixando eles entrarem na casa já ajude a resolver um pouco o problema

Orientamos também sobre outros cuidados relacionados ao problema, como ferver as roupas por exemplo.

Nós — Já deu banho no neném L.?

L — Já, a mãe me ajuda.

Nós — Que horário você costuma dar banho?

L — De tardinha.

Nós — O que você acha de dar o banho de manhã na próxima visita para podermos te ajudar.

L — Tudo bem

Nós — Como vocês estão cuidando do umbiguinho do neném. Foi ensinado no hospital o que tinha que fazer?

L — Eu tô passando aquele álcool que me deram no hospital.

Nós — Tens medo de mexer?

L — Não, me falaram que ele não sente nada né?

Nós — É isso mesmo L, pode limpar bem que ele não sente dor, é só ter um pouco de cuidado e é importante que você limpe bem a cada troca de fraldas se estiver molhado.

Conversamos mais um pouco sobre outros assuntos.

Nós — Gostaríamos de marcar outra visita, o que você acha de 3ª feira?

L — Na terça eu não posso, nem na quarta são os dias que foram marcadas as consultas para mim e pro neném.

Nós — É muito importante que vocês façam essas consultas para ver se está tudo bem. O que você acha de 5ª feira de manhã?

L — Tudo bem, podem vir a hora que quiserem, eu gosto muito que vocês venham.

Nesse momento chegavam visitas e resolvemos deixá-los a vontade. Nos despedimos dela e de sua mãe.

### *EVOLUÇÃO*

Nosso primeiro contato com L. foi no pré-parto. Observei no seu prontuário que tratava-se de mãe solteira com apenas 17 anos de idade. Nesse momento percebi que precisaria de muito apoio e orientação, seria muito enriquecedor desenvolver o trabalho como ela.

Durante o pré-parto L. permanecia muito agitada, não cooperando com as orientações e pouco comunicativa, por isso consideramos que não era o momento de abordar o assunto do projeto pois L. parecia não assimilar o que estava sendo dito.

Após o parto o que nos chamou atenção foi uma certa indiferença de L. com o recém-nascido, ficamos muito preocupadas, mas essa percepção inicial foi modificando-se com o tempo, pois L. parecia estar assimilando melhor a nova situação de vida que vivenciava.

Os principais questionamentos de L. foram em relação a fissura mamilar, coto umbilical, descamação da pele do recém-nascido.

No dia e horário combinados chegamos a casa de L. Ela e sua mãe foram muito receptivas com a nossa chegada. Já foram se desculpando pela simplicidade de sua casa. O interior era muito simples, mas limpo e acolhedor.

Logo começamos a conversar, ficamos sabendo que o pai de L. a princípio não aceitava a gravidez da filha, mas que após o nascimento ele mudou sua atitude, tornando-se um avô coruja.

O que estava preocupando L. neste dia eram as fissuras. Também notamos a presença de escabiose nos 2 irmãos menores de L. e prestamos as orientações necessárias.

Além desta, realizamos mais 4 (quatro) visitas. Em todas, fomos muito bem recebidas.

Quem mais falava conosco era a avó, pois L. era muito tímida, porém sempre muito atenta as informações.

Por ter a presença da mãe sempre lhe dando apoio, L. estava se saindo muito bem em seu novo papel, não surgindo muitas dúvidas nesse período.

Quando caiu o coto orientamos L. como dar o banho e como cuidar da cicatriz umbilical. Ela questiona quando poderia voltar a trabalhar como continuaria a dar de mama. Então orientamos sobre ordenha e conservação do leite.

Em cada visita sentíamos o quanto nossa presença era importante para eles e quanta confiança depositavam em nós. Nos sentíamos muito úteis e gratificadas em nosso trabalho a medida que o tempo passava.

Outro problema que surgiu e nos deixou muito preocupadas foi relacionado ao bebê. A princípio achamos que fosse brotueja, mas as características diferiam muito e com o tempo a pele passou a descamar. Como não tínhamos o que fazer nessa situação, procuramos encaminhá-la para um atendimento mais especializado. Conseguimos uma consulta com o pediatra no Hospital Universitário. Foi diagnosticado impetigo, a partir daí foi iniciada o tratamento adequado e o bebê melhorou rapidamente.

Esse relato foi um resumo do acompanhamento da cliente. No início nos sentimos um pouco inseguras, mas com o tempo a interação aumentou e percebemos o quanto nossa presença tranquilizava L. e sua mãe. Infelizmente não foi possível ter a presença do pai em tal processo, uma vez que este havia abandonado L. quando soube da gravidez. E também

não tivemos a presença do avô, que estava no trabalho em todos os momentos que estivemos lá.

Consideramos as visitas muito importantes, percebemos o quanto crescemos como profissionais e quanta experiência podemos acrescentar em nossos conhecimentos.

### 7.3..5 Cliente nº 5

*Data: 07.12.1998*

*Primeira visita domiciliar*

Chegamos a casa de G. às 9:30hs da manhã. Fomos recebidas pelo seu marido D.

D — Oi, vamos chegando, tudo bem?

Nós — Oi D, tudo bem. E a G está em casa?

D — Sim ela está lá no quarto com o neném, podem entrar, é na primeira porta. Ela está esperando vocês.

Entramos no quarto, G estava com o bebê, preparando-se para amamentar.

Nós — Olá G, como tem passado?

G — Tudo bem, o único problema é que o neném não suga direito.

Nós — Quando foi a última vez em que deu de mamar?

G — Foi às 7:00h. Tá na hora de novo.

Nós — Ela mamou bem?

G — Não, ela suga um pouco e logo larga.

Nós — Pode amamentá-la à vontade. Podemos sentar?

G — Claro, sentem aqui.

Sentamos na cama e observamos G. dar de mamar. A princípio o bebê não queria pegar a aréola de maneira alguma. G. continuou insistindo e elogiamos seus esforços.

Nós — É assim mesmo, deve continuar insistindo, procure não desanimar que logo ela irá aprender a sugar corretamente.

G. — É, tenho que ter paciência. Quando eu vejo que ela não quer de jeito nenhum e continua chorando de fome, tiro meu leite com o aparelho e dou na chuquinha para ela. Daí ela toma tudinho e fica satisfeita.



Nós — Você pretende continuar amamentando?

G — Sim eu vou continuar, só dou na chuquinha, bem na verdade é uma maneira, porque quero complementar até ela aprender a sugar direito.

Nós — Tudo bem, mas procure evitar o máximo a mamadeira porque o neném vai se acostumar com ela e acaba deixando do teu peito. O melhor é dar de copinho ou de colher.

G — Mas eu não dou sempre, é só de vez em quando. Eu quero continuar amamentando.

Nós — É isso aí G. O leite materno é o melhor alimento para a criança, é completo e possui muitas vantagens. A amamentação promove o desenvolvimento perfeito de criança, além de estimular os músculos da face, fazendo com que ela fale mais cedo, os dentes nasçam saudáveis, enfim é muito melhor para o neném e para você também.

G — Eu não vou desistir, vou continuar insistindo.

Nós — O que você pensa sobre o uso da chupeta?

G — Eu dei outro dia, mas ela não quis.

Nós — Que bom que ela não quis. Sabe G, a chupeta também pode fazer com ela não queira mais o teu peito.

G. — Tá certo.

Observamos que o bebê tinha muita dificuldade em sugar, não conseguia abocanhar a aréola. Sugava um pouco e parava, apenas no mamilo.

Nós — G não deixe ela pegar só o mamilo, procure sempre esvaziar a auréola primeiro para que fique macia e depois ofereça ao bebê. Assim ela terá mais facilidade em sugar. Se você deixar só no mamilo acabará formando fissuras que são aquelas rachaduras no bico do seio. É importante também que você esvasie o seio no intervalo das mamadas, se estiver cheio para evitar o que a gente chama de ingurgitamento mamário.

G — Eu tive isso no sábado, o seio ficou todo duro, não dava nem de colocar a mão. Daí eu fiz compressas quentes, como me ensinaram na maternidade, e fui esvaziando, até que melhorou.

Nós — Que bom que você foi orientada em relação a isso e conseguiu solucionar esse problema.

G — Eu tenho uns carocinhos ainda, mas é coisa pouca.

Nós — Nós trouxemos um aparelhinho de massagem que é muito bom para ajudar a desfazer esses carocinhos por enquanto. O que você acha de experimentar.

G — Não precisa, já está tudo bem, não tem necessidade por enquanto.

Nós — Tá bom então, se for necessário mais tarde a gente pode utilizar.

Nós — Você já deu banho nela?

G — Não, acho que vou dar agora.

Nós — Pode dar então, a gente te auxilia se for necessário.

G. começou a preparar o material enquanto despíamos a neném e fazíamos o exame físico.

Aproveitamos o momento para orientá-la sobre a importância do banho de sol para o bebê, os horários ideais e a duração da exposição ao sol.

G. começou a dar o banho seguindo as etapas corretamente. Elogiamos seus progressos.

Ao terminar o banho seu marido entrou no quarto e começamos a conversar. G. vestiu o bebê e deu de mamar, enquanto isso explicamos a D. a importância de dar apoio naquele momento, estando presente sempre que possível, fazendo massagem nas costas de G. ou estimulando a amamentação.

D. achou importante e disse que iria fazer isso.

D — Qual o melhor leite para dar para a criança?

Nós — O melhor sem dúvida é o leite materno.

D — Eu sei, mas nós compramos o NAM, será que ele é bom?

Nós — Somente em últimos casos, se não houver outra alternativa. Por que vocês compraram?

D — A gente usou só uma vez, porque a neném não mamava.

Nós — O melhor nesse caso é tirar o próprio leite da mãe, porque nada o substitui, e dar para a neném, não precisa dar outro tipo de leite. Isso pode fazer com que a criança recuse o seio materno.

D — É mesmo? A gente não vai dar então.

Nós — Como foi a sua gestação G?

D — Ela teve um monte de problemas no final da gravidez. Ficou 6 (seis) dias internada.

G — Tive ameaça de aborto, queda de pressão e o meu braço ficou amortecido, eu não sentia nada. Podia cortar que eu acho que não ia sentir.

Nós — E descobriram o que era?

D — Não, os médicos investigaram, mas não descobriram nada.

Nós — E agora sente alguma coisa ainda?

G — Não, eu melhorei bem.

Nós — Tens alguma dúvida ou mais alguma coisa que gostarias de saber?

G — Em relação ao umbigo da neném, depois que ele cair, o que eu tenho que fazer? Acho que daí tem que ter mais cuidado ainda.

Nós — Não, depois que ele cair não tem problema nenhum, é só continuar passando álcool por mais três dias porque já está cicatrizado, e limpar com cotonete.

G — Tá certo.

D — Fala prá elas o que tu tá sentindo nos pontos.

G — Tá doendo um pouco, ainda mais quando eu sento.

Nós — Nos primeiros dias dói um pouco, mas não tem problema, é só observar se não está saindo secreção ou se está vermelho e inchado, se não tiver isso não tem problema. Você está limpando o local com o quê?

G — Com água e sabão, sempre que uso o banheiro e estou passando povidini.

Nós — Isso mesmo.

G — Será que demora quanto tempo para cair os pontos.

Nós — Dentro de uns 12 a 15 dias.

G — Era mais nisso que eu tinha dúvida.

Nós — G. você já notou algum sangramento na vagina da neném?

G — Já, foi no Alojamento Conjunto. Eu fiquei assustada daí a funcionária me falou que era normal, por causa dos hormônios da mãe.

Nós — E você D., tens ajudado no banho, ou na troca de fraldas?

D — Não isso eu não tenho jeito para fazer.

Nós — A gente pode te orientar. O que você acha de na próxima visita você ajudar no banho e nos cuidados com a neném?

D — Isso eu não quero não. A minha parte é sustentar as duas, o cuidado com a neném eu deixo com ela.

Nós — Mas não tem problema em você aprender a fazer, se caso algum dia ela não puder fazer os cuidados, você pode ajudá-la.

D — Eu ajudo em outras coisas, pego a neném quando ela chora, mas esses outros cuidados eu prefiro deixar para ela.

Nós — Você é quem sabe, mas nunca é tarde para mudar de idéia.

D — Eu achei muito legal esse trabalho de vocês. Tem mais alguém que faz esse trabalho na maternidade?

Nós — Não , esse trabalho é de conclusão do curso de enfermagem e para ele ter continuidade alguém precisa se interessar novamente.

D — Gostei muito do atendimento do HU, a equipe de sala de parto foi excelente.

Nós — Que bom D., a gente fica feliz em saber que o trabalho desenvolvido na maternidade está sendo bom.

D — É, realmente foi uma experiência muito boa, principalmente porque eles deixam o pai ficar junto.

Nós — Bem, nós temos que ir agora. Podemos marcar uma próxima visita; talvez para 6ª feira?

G — Sim, podem vir a qualquer hora que a gente vai estar em casa.

Nós — Muito obrigada pela atenção e por nos ter recebido, a gente se fala na sexta.

G — A gente que agradece. Tchau.

### *EVOLUÇÃO*

Nosso primeiro contato com G. foi quando a admitimos no Centro Obstétrico. Realizamos todos os procedimentos de rotina e ficamos o tempo todo com ela e seu companheiro. Este por sinal muito prestativo e atento a tudo que acontecia . Logo expusemos o nosso objetivo de trabalho e eles concordaram em fazer parte do nosso estudo.

G. permanecia tranqüila e cooperava em todos os momentos. Seu marido lhe dava força, estava muito empolgado com a chegada do primeiro filho.

O parto foi tranqüilo, o bebê nasceu bem, era uma menina linda! G. e seu marido sorriam e admiravam sua filhinha.

Ficamos com G. no puerpério imediato, incentivando a amamentação. Porém nossas tentativas foram frustradas, o bebê não conseguia fazer a pega da aréola. Tentamos

várias vezes, mas sem sucesso, o que nos deixou muito preocupadas. Procuramos tranquilizar G. que já estava muito ansiosa e isso prejudicaria a decida do leite.

No Alojamento Conjunto fizemos várias visitas a G. para acompanhar os progressos com a amamentação, mas o problema persistia. Procuramos falar sobre a importância dela permanecer tranqüila e ser persistente. Também falamos sobre o estímulo no mamilo, através de exercícios já que este era semi-protruso, e sobre a importância de esvaziar a aréola para que ficasse mais macia e facilitasse a pega.

Já no domicílio, durante a primeira visita, constatamos que o bebê tinha ainda certa dificuldade em sugar e que G. estava complementando a amamentação com NAM. Isso nos deixou preocupadas, explicamos a G. que o uso da mamadeira ocasionaria o abandono do seio materno e isso prejudicaria o desenvolvimento normal do bebê. O ideal seria que ela tirasse o seu próprio leite e oferecesse de colherinha até que o bebê estivesse sugando normalmente.

Também conversamos sobre os cuidados consigo, principalmente sobre o local da incisão já que fez episiotomia e sobre vários outros assuntos. Seu marido sentou conosco, conversou um pouco, mas durante os cuidados com o recém-nascido se recusou a participar justificando que seu papel era de sustentar as duas, o restante deixava por conta de G.

Realizamos mais 3 (três) visitas além da primeira, onde os principais questionamentos e orientações foram em relação a amamentação, fissura mamilar, coto umbilical, lóquios, diminuição do leite, uso de chupetas, brotoeja, métodos contraceptivos, exposição ao sol.

A questão da má pega da aréola já estava solucionada na segunda visita.

Encontramos G. sorridente, muito mais aliviada que no 1º encontro, parecia ter tirado um peso das costas.

Agora G. achava que seu leite havia diminuído e que na consulta com seu médico, este havia lhe dito que se necessário complementasse a amamentação com leite parmalat. Orientamos que não fizesse isso, deveria continuar amamentando normalmente, pois este estímulo faria com que a produção se normalizasse e realmente foi o que percebemos nas visitas subseqüentes.

Quanto ao coto umbilical, que demorou a cair, ela estava muito preocupada. Tinha medo de tocar e machucar o bebê. Foi na 3ª visita que G. nos aguardava para dar o banho

no recém-nascido já que o coto estava quase caindo e ela não saberia o que fazer quando isso acontecesse.

Durante o banho do recém-nascido G. tremia muito, mas conseguiu vencer o medo. O coto caiu durante o mesmo e ela percebeu que não havia problema algum, apenas deveria continuar passando álcool a 70% por mais 3 dias.

O que nos frustrou bastante foi não termos conseguido inserir o pai nos cuidados. Toda vez que chegávamos para as visitas D. dava um jeito de sair com a desculpa de ter que trabalhar. Insistimos com ele, mas não adiantou. Segundo G., D. dava muito apoio a ela, durante a noite e em vários momentos, apenas não ajudava nos cuidados como trocar fraldas e dar banho.

Sentimo-nos gratas por ver que nosso empenho valera a pena, ou seja, vimos concretamente o resultado da nossa ação de educação em saúde, na mudança do comportamento de G.

Os encontros foram encerrados quando tivemos certeza de que G. estava segura e confiante de suas aptidões para cuidar da filha.

Trocamos telefones para que entrássemos em contato para o caso de qualquer eventualidade.

### **7.3. 6 Cliente nº 06**

*Data 11.12.1998*

*Terceira visita domiciliar*

Chovia muito, quando eu me dirigia ao lar de mãe e pai no dia 11.12 às 8:45h, chegando lá, M. estava dando banho no bebê.

Eu — Oi, como estão?

M — Estamos muito bem. Que chuva!

Eu — Pelo jeito a brotoeja já está desaparecendo.

M — Melhorou bastante, estou colocando menos roupa.

Eu — Além das orientações que eu dei, é bom após o banho passar pasta d'água no corpo do bebê.

Observei que , M. realmente realizava o banho corretamente, e após tudo pronto, bebê seco e vestido, então era a vez de o bebê mamar.

Após estar satisfeito acabou dormindo.

M — O bebê teve muita cólica, principalmente à noite.

Eu — E o que você está fazendo?

M — Massagem na barriga com compressas, tomando chá de erva-doce, colocando o bebê no meu colo de frente com meu abdômem e nada. Então falei com o pediatra, ele disse que as cólicas são normais.

Eu — Será que não é algum alimento que você comeu?

M — Pode ser o feijão.

Eu — O que você acha, de para de comer feijão durante uns três dias para ver se é o feijão que está provocando estas cólicas.

M — Queres ver as fotos que eu tirei de bebê?

Eu — Sim.

Eu — Que lindas ficaram, muito bonitas.

M — O pai já foi trabalhar, anda todo orgulhoso, aos poucos está acostumando a ajudar a cuidar do bebê.

Eu — Já é possível perceber que ele está ganhando peso e estatura.

M — Mas também, mama o dia inteiro e a noite.

Eu — É muito importante que ele mame também a noite, pois a noite há uma maior produção de leite materno.

M — Eu gostaria de começar tomar mini-pílula. Será que tem alguma contra indicação?

Eu — Bom é melhor passar pelo ginecologista primeiro, pois você tem que ser examinada.

M — É eu tinha que marcar com ginecologista.

Eu — Bom, eu sei que ela diminui um pouco a produção do leite materno, mas eu posso pedir algumas orientações, a respeito e trazer as respostas, eu só não posso prescrever a medicação. O que você acha de usar um outro método contraceptivo, como o próprio aleitamento materno, que tem 98% de proteção, desde que o bebê seja menor de 6 meses, a mãe não tenha menstruado e amamentação seja exclusiva. Também tem a camisinha, diafragma e coto interrompido.

M — É que eu não confio em nenhum destes métodos, somente na pílula.

Eu — E como está o coto umbilical?

M — Tudo bem.

Eu — Como está se recuperando após o parto?

M — Muito bem, queres ver a cicatriz da cesariana?

Eu — Está bem cicatrizada.

M — As mamas também não tiveram rachaduras e nem empedraram, sempre tomo os cuidados que você me ensinou como: banho de sol, massagem, esvaziar a aréola.

Eu — Muito bem, é isso mesmo!

Eu — Vamos agendar uma visita para dia 15/12 pela manhã?

M — Ótimo!

Eu — Muito obrigada.

M — Até terça-feira um bom fim de semana.

Eu — Obrigada, igualmente. Tchau!

## *EVOLUÇÃO*

Nosso primeiro contato com M. foi na admissão no Centro Obstétrico, onde realizamos os primeiros procedimentos de rotina e a acompanhamos durante todo o período. M. possui 38 anos, com gesta de 40 semanas e 4 dias, referindo dores durante a contração, com feto em posição pélvica, presença de líquido meconial espesso. Optou-se por parto cesário onde foram realizados todos os cuidados pré-operatórios, apresentando o Centro Obstétrico e algumas normas e rotinas ao casal grávido.

O trans-operatório de parto de cesariana ocorreu bem, sendo que o recém-nascido teve que ser entubado, aspirado e feito lavagem gástrica pela presença do líquido meconial, e peso 3.010 kg, estatura 48 cm, capurro 40s 6d. Sendo encaminhado para neonatologia por apresentar bradicardia e taquipnéia.

Na sala de recuperação pós-parto, foi exposto para a mãe a proposta do nosso trabalho, e que eu iria realizar as visitas ao domicílio sozinha, devido a pequena demanda de clientes ocorrida neste período, pois o pai foi para casa descansar, e ela achou muito importante e interessante dizendo que tem o máximo de interesse sobre o assunto e que



durante a gestação tinha o hábito de ler sobre o mesmo e que todas as informações dadas serão bem vindas, ainda mais, que é o primeiro filho de M.

Foi orientada sobre os cuidados pós-parto de cesariana e que não deveria conversar para não deglutir ar.

No dia 23.11. 98 no Alojamento Conjunto, conforme o combinado fui ver como estava M. e seu bebê.

Chegando lá encontrei M. muito bem tomando seu banho. Após o banho realizei exame físico em M. que se recuperava sem problemas do parto de cesariana. Logo em seguida veio o pai visitar mãe e filho, como é autônomo não conseguiu licença de paternidade, mas sempre que possível ele aparecia para vê-los.

Quando entrou no quarto olhou diretamente para o berço procurando seu bebê, não o vendo demonstrou-se apreensivo, perguntando para M. se ela já tinha o amamentado pela manhã e ela disse que não, que estava esperando-o, pois continuava na neonatologia. Então fomos lá para amamentar o bebê.

O bebê não apresentou uma boa pega ao mamar, então foi orientado a maneira correta como amamentar, vantagens e desvantagens, que a mãe pode ajudar a realizar os cuidados com o banho, trocar fraldas e os cuidados com o coto umbilical.

Estas visitas e orientações foram dadas até o momento em que o bebê recebeu alta no dia 27.11 às 20:00 h sendo que a mãe recebeu alta no dia 26.11 permanecendo durante o dia no Hotelzinho e indo para casa a noite, no momento em que foi repousar a noite em sua residência M. não se conteve e chorou, pois não queria ir descansar sem seu filho. Sendo orientada que era necessário o bebê ficar para que quando fosse para casa não precisasse retornar.

No dia 27.11 foi um dia inesquecível provavelmente para esta nova família, que retornava finalmente para sua residência completa.

Após a alta hospitalar, foram realizadas 04 (quatro) visitas domiciliares, nas quais foram esclarecidas dúvidas como: engurgitamento mamário, fissura mamilar, icterícia, alimentação da mãe no período de amamentação, cólica do recém-nascido, vacinação, coto umbilical, método contraceptivo, uso de chupeta, lóquios e dentição do recém-nascido.

Comentamos os tópicos acima citados e a medida em que ia realizando as visitas, fui percebendo o interesse e participação de M., apesar de não apresentar nenhuma situação

que colocasse em risco sua saúde e a do recém-nascido, apenas me questionava sobre formas de prevenção e se o que estava fazendo estava correto.

M. sempre demonstrou-se bastante esclarecida sobre todos os assuntos, sendo apenas necessário reforçá-los.

O pai dava muito carinho e atenção a mãe e filho, apesar de que seu trabalho como autônomo exigia muita dedicação, ficando com pouco tempo disponível; tentei de diversas formas inserir o mesmo no cuidado, mudando horário de visita, conversando e mostrando a importância do pai prestar os cuidados junto com a esposa, mas infelizmente não tive êxito.

A única crença que eu pude observar foi quando o coto umbilical caiu, o qual ela guardou, pois refere que guardar é bom e dá sorte.

Com referência à taquipnéia e bradicardia do bebê o pediatra informou, para alívio do casal, que isto é normal em algumas crianças.

M. demonstrou bastante habilidade no desempenho de alguns cuidados como: banho e curativo do coto umbilical.

Fui indagada por M. sobre método contraceptivo “mini-pílula” pois aparentava muita preocupação com relação ao uso do mesmo, dizendo que não confiava em nenhum outro método além da pílula, então orientei-a consultar um ginecologista e expliquei como usar a “mini-pílula”.

Percebi que após o esclarecimento M. ficou mais calma e confiante, o que para mim foi uma sensação muito boa.

Encerramos as visitas por opção de ambas as partes, já que não havia mais necessidade das mesmas, pelo fato de que estava tudo sob controle, mãe e bebê sem problemas.

Para minha satisfação, constatei que M. e E. sentiram-se realizados com as minhas visitas, sendo possível notar com clareza as suas participações e envolvimento, obtendo assim um resultado bom para visitantes e visitados, apesar de M. expressar sua insatisfação e descontentamento em relação à Maternidade do H.U. na demora no atendimento.

Para melhor esclarecimento, transcrevo um momento de uma das entrevistas:

— “Eu fiz de tudo para não pegar a passagem de plantão, mas não teve jeito, acabei chegando na maternidade (triagem), bem na hora da troca do plantão e daí demorou um pouco para ser atendida e já estava perdendo líquido.

Depois fui para o Centro Obstétrico e apresentaram ele todo para mim e deram várias orientações. Eu acho que no meu caso como o bebê estava sentado, não estava na posição correta para nascer e como estava perdendo líquido meconial, provavelmente seria uma cesariana e também não havia necessidade de passar por todas as rotinas, pois afinal o bebê estava em sofrimento fetal e por isso considero prioridade o parto.”

Para elucidar ainda mais o ocorrido, apresentaremos no final desse trabalho um questionário respondido por M. (anexo 15)

### 7.3.7 Cliente nº 7

*Dia: 14/12/1998*

*Primeira visita domiciliar*

Nós — Ufa! Chegamos! Não pensem que é história! Para chegarmos onde estamos, há vários metros acima do nível do mar, tivemos que nos apoiar em cercas de arames, pedras e matos, parece que até estamos escalando um pico! Mas chegamos ao nosso destino, são e salvas!

Nós — Boa tarde, a T. se encontra?

C — Sim, vou chamar, mas entrem.

Nós — Oi T., tudo bem? Lembra de nós?

T — Sim, podem se sentar. Como conseguiram achar?

Nós — Uma vizinha que mora lá embaixo, nos mostrou o caminho, porque se não com certeza não encontraríamos a casa.

T — É bem ruim de subir até aqui, não é?

Nós — Com certeza, deu para suar.

C — Vocês fiquem à vontade, é que já estou indo trabalhar, me desculpem se não lhes dou mais atenção.

Nós — Não se preocupe, C. pode ir; Tchau!

C — Tchau!

Nós — Ela trabalha toda à noite?

T — Minha tia só chega pela manhã..

Nós — T. como está o bebê?

T — Está bem. Vocês querem ver?

Nós — Sim, queremos.

O bebê estava dormindo num beliche. Não havia um berço próprio para ele. O espaço da casa era limitado, com 3 peças, onde moravam 11 pessoas sendo 2 adultos, 1 adolescente, 7 crianças e agora um recém-nascido. Infelizmente as condições sócio-econômicas não eram muito favoráveis.

Nós — Ele está mamando?

T — Sim, toda vez que ele chora eu dou.

Nós — Que bom! Ele demora muito no seio?

T — Sim, se deixar ele fica o dia todo pendurado no peito.

Explicamos a T. como deve proceder neste caso.

Nós — E o banho, como você está fazendo?

T — Estou dando como me ensinaram na maternidade.

Nós — Está sentido alguma dificuldade?

T — Não, mas como é muito diferente de como eu dei nos dois primeiros filhos. Nos dois primeiros eu não molhava o umbigo, podia dar algum problema, né? Mas como lá no hospital as moças deram banho colocando o bebê todo na água, eu perdi o medo.

Nós — Que bom, e o umbigo como está?

T — Já está bem sequinho. Estou colocando áquele álcool que ganhei no hospital.

Nós — O importante T. é você manter esse local sempre limpo e seco e não haverá nenhum problema.

Nós — E o que pretende fazer com o umbigo quando cair?

T — Estava até pensando em jogar fora, mas como eu guardei o umbigo dos dois primeiros, também vou guardar deste.

Nós — Qual é o significado de se guardar o umbigo. T?

T — Olha, eu nem sei, acho que é só costume, acho legal guardar de recordação.

Nós — E o teu sangramento como está?

T — Está bem pouco, está ficando meio amarelado, isso é normal?

Nós — Tem algum cheiro na secreção?

T — Não.

Nós — Então é normal, é assim mesmo. Você sente cólicas?

T — Sinto, um pouco sim.

Nós — Você tem mais algum questionamento T?

T — Não, acho que estou me virando bem.

Nós — Podemos marcar mais uma visita?

T — Podem, pode ser quando vocês quiserem.

Nós — O que achas de na próxima semana?

T — Pode ser. Então até lá.

Nós — Até.

### *EVOLUÇÃO*

Tivemos o primeiro contato com T poucos minutos antes do parto no dia 08/12/1998. Era um dia bem calmo, provavelmente não haveria parto, pois o Alojamento Conjunto estava lotado. Lá estávamos nós e as acadêmicas de enfermagem da 7ª fase, esperando por uma paciente.

As 9:25h, chega uma parturiente, era T, em período expulsivo com dilatação total.

A parturiente era múltipara de 20 anos, gesta III, para II não realizou nenhuma consulta de pré natal e estava desacompanhada. A mesma foi levada por nós para a sala de parto normal de cócoras em seguida nasceu um menino lindo, com idade gestacional de 40 semanas, pesando 3.510g.

O recém-nascido foi colocado para amamentar, e não apresentou problema e ambos trocavam carícias, e afeto.

Após mamar, o bebê foi levado para a sala de cuidados mediatos do recém-nascido onde nós prestamos todos os cuidados ao bebê, depois de tudo pronto recém-nascido foi levado para junto da mãe na sala de recuperação pós-parto, onde foi colocado para mamar, mamando na posição correta, apresentando boa pega, sugando sem problema. A T estava bem, com útero retraído abaixo da cicatriz umbilical, sangramento fisiológico em média quantidade e sinais vitais estáveis.

Conversamos um pouco com T, onde ela nos contou que é seu terceiro filho homem e que estava separada do marido.

Perguntamos para T. como ela veio, já que estava sem acompanhante. Ela disse que veio de ônibus, da Caieira do Saco dos Limões, onde reside na casa de uma tia. Falou também que tinha amamentado os outros dois meninos, durante um ano e seis meses. Refere que pretende amamentar o Recém-nascido também em livre demanda.

T. sempre expressava ternura pelo seu filho.

Questionamos a mãe porque ela não tinha realizado pré-natal, T. relata que sua casa fica longe do posto de saúde e é de difícil acesso.

Ambos recuperados do parto foram encaminhados para o Alojamento Conjunto.

No final da manhã do dia 11/12/1998, fomos fazer uma rápida visita as mães do Alojamento Conjunto, onde também aproveitamos para ver como estava T. e seu bebê, estavam. Em seguida T. começou a chorar, tentamos confortá-la, percebemos que o problema não era com o filho, pois deixava transparecer que quando olhava para o bebê, mostrava carinho e afeto. Da situação concluímos que os problemas de T são múltiplos como a sua situação sócio-econômica, o fato de estar sem marido e sem pai para seus filhos.

Comunicamos a enfermeira do setor a situação de T, a mesma falou para nós que a assistente social estava de férias e que ela pessoalmente iria conversar com T e que já haviam fornecido a ela algumas roupinhas, para o Recém-nascido, pois ela não tinha enxoval. Então fomos conversar com a psicóloga e a mesma foi falar com T.

Retornamos para o Centro Obstétrico, preocupadas com a situação de T, pensando como nós poderíamos ajudá-la.

Infelizmente faltavam poucos dias para acabar o nosso estágio, mas algo forte do nosso interior dizia que nós precisávamos dar maior atenção à esta mãe e bebê; mesmo sabendo que nosso tempo era curto e estávamos muito atarefadas nestes dias, decidimos fazer um acompanhamento domiciliar a T. e seu filho.

Logo após o horário do nosso estágio, nós nos dirigimos novamente até o Alojamento Conjunto e constatamos que T. já havia conversado com a psicóloga e estava mais calma e tranqüila, então esclarecemos nosso trabalho para ela e perguntamos se aceitava o nosso acompanhamento domiciliar. T. aceitou, daí agendamos a visita para o dia

14/12/1998. Saímos dali aliviadas pois vimos que o quadro já era outro, superando nossas expectativas.

Realizamos 02 (duas) visitas ao domicílio, nas quais as maiores dúvidas foram com relação ao planejamento familiar, especificamente laqueadura de trompas reorientamos sobre o banho e curativo do coto umbilical, cólica do recém-nascido, vantagens da amamentação, vacinação, engurgitamento mamário e fissura mamilar.

Um dos maiores propósitos foi esclarecer à T sobre a laqueadura de trompas, informando que mesmo não tendo a idade exigida, mas levando em consideração a situação da mesma citada anteriormente, à laqueadura de trompas é possível de ser realizada pelo SUS.

Para acharmos a casa de T, encontramos uma vizinha que a conhecia e nos mostrou como chegar até lá, porque sem sua ajuda com certeza não iríamos encontrá-la.

Quando chegamos a casa de T não acreditávamos que tínhamos conseguido, pois estávamos à vários metros acima do nível do mar, tivemos que nos apoiar em cercas de arames, pedras, matos e andar por trilhas escorregadias e nem pensar de olhar para traz. Realmente, lembrando, se torna até engraçado, mas foi um “sufoco” e essa situação nos leva a refletir o quanto uma pessoa tem de dificuldade de percurso para procurar um serviço de saúde, neste caso, o porque de T não ter feito pré-natal, o que vem a ratificar a importância de conhecer o contexto do cliente para uma melhor atuação da enfermeira.

Quando chegamos a sua residência, fomos muito bem acolhidas e observamos que as condições sócio-econômicas não eram das melhores, pois o casa só comportava 3 cômodos, onde moravam 11 pessoas: 7 crianças, 1 adolescente, 2 adultos e um recém-nascido. O bebê estava dormindo em um beliche, porque o mesmo não tinha seu próprio berço.

Durante as visitas não observamos nenhuma crença cultural corriqueira, apenas ao questionarmos o que iria fazer com o coto umbilical quando casa, ela respondeu: “Eu estava até pensando em jogar fora, mas como eu guardei os dois primeiros, também vou guardar este de recordação.”

Assim, realizamos a segunda visita domiciliar, onde percebemos, nós e T, que não havia necessidade de mais visitas pois T estava conseguindo lidar muito bem com a nova situação e mostrava-se bastante segura e tranqüila, sendo muito hábil nos cuidados com o

bebê. Nós nos sentimos satisfeitas e bastante felizes ao realizar estas visitas onde pudemos perceber o quanto importante foi nossa presença para T naquele período de sua vida.

Nesta abordagem não pudemos contar com o apoio do pai, ele tinha deixado a família quando a mãe estava esperando o terceiro filho.

O depoimento de T acerca das ações de saúde por nós realizadas será encontrado no final do trabalho (anexo 15).

A título de ilustração transcrevemos um exemplo de um cuidado de enfermagem, seguindo a metodologia proposta por Leininger.



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

**PROCESSO DE CUIDAR - REGISTRO**

Nome: G.

Número do Prontuário: XXXX

**Identificado a(s) necessidade (s) de cuidado (s):**

<b>Data/Local/Fase</b>	<b>Conhecendo o cuidado</b>	<b>Refletindo sobre o cuidado</b>	<b>Planejamento e fazendo o cuidado</b>	<b>Avaliando o cuidado</b>	<b>Percepções da Enfermeira</b>
01/12/1998 5º dia de puerpério	Faz uso de suplemento artificial (NAM). Pretende usar leite de caixinha.	O estímulo de sucção faz com que a mama produza o leite, quanto mais estimulada mais o leite é produzido. O uso de suplemento artificial além dos prejuízos nutricionais comparado ao leite materno, faz com que o bebê abandone o seio materno ao fazer-se uso de mamadeiras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sugerir que pare de fazer uso de suplementação alimentar, pois isso fará com que a mama ao ser menos estimulada pare de produzir o leite.</li> <li>Realizar ordenha manual para aumentar a estimulação da mama.</li> <li>Incentivar a amamentação sob livre demanda.</li> </ul>		Apesar de estar apreensiva em relação a diminuição de seu leite. G., acatou todas as informações, mostrando-se bastante motivado em continuar amamentando.

04/12/1998 8º dia de puerpério			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar as orientações sobre a importância do aleitamento materno, suas vantagens, para o desenvolvimento normal da criança.</li> <li>• Desvantagens do leite artificial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suplementação alimentar - cuidado repadronizado.</li> <li>• Ordenha manual - cuidado repadronizado.</li> <li>• Alimentação sob livre demanda - cuidado acomodado.</li> </ul>	Percebemos a importância de nossas orientações para a manutenção do aleitamento materno.
08/12/1998 12º dia de puerpério	Amamentação exclusiva no seio materno. Abandono do leite artificial.			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandono do leite artificial - cuidado repadronizado</li> </ul>	Constatamos a importância da persistência do apoio de enfermagem.

#### **7.4 Objetivo nº 04**

Contribuir para a implementação dos 08 (oito) passos da Maternidade Segura e manutenção do Projeto Hospital Amigo da criança.

No decorrer do estágio buscamos nos informar de normas e rotinas estabelecidas para a execução deste objetivo.

Em 1997, a Maternidade do Hospital Universitário recebeu o título de Hospital Amigo da Criança por cumprir os 10 (dez) passos do Aleitamento Materno. (Anexo).

Procuramos seguir todas as normas e rotinas relativas dos mesmos e colaboramos com a execução dos 08 (oito) passos da Maternidade Segura, sobressaindo-se os referentes a questão do parto humanizado, como ponto chave para a conquista do título de Maternidade Segura.

Constatamos que por ser um hospital escola, na Maternidade do Hospital Universitário há um grande empenho de uma equipe multiprofissional em desenvolver tal projeto, visando um atendimento de qualidade. Não identificamos barreiras no cumprimento da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança. Tivemos facilidade em desenvolver todas as atividades propostas, por isso consideramos este objetivo plenamente cumprido.

#### **7.5 Objetivo nº 05**

Prestar cuidado de enfermagem ao binômio mãe-filho no rito de passagem do nascimento, em nível hospitalar.

Procuramos desenvolver diariamente todas as atividades que surgiam no sentido de integrar-nos à equipe e com o objetivo maior de adquirir experiência, além de executarmos as atividades relacionadas ao nosso projeto com a clientela específica.

Destacamos as seguintes atividades realizadas com 40 (quarenta) clientes:

- Recebimento da parturiente.

- Acompanhamento da parturiente no pré-parto:
  - admissão da cliente no setor;
  - controle da dinâmica uterina;
  - controle dos batimentos cardio-fetais (BCF);
  - orientação sobre atuação no parto;
  - toque vaginal;
  - orientação sobre as rotinas do Centro Obstétrico para a parturiente e seu acompanhante;
  - anotação de enfermagem no prontuário, incluindo prescrição.
  - execução de técnicas de enfermagem como: fluidoterapia, controle de sinais vitais, medicações intra-musculares e endovenosas.
  - manutenção de higiene e conforto da cliente.
- Atuação no parto.
- Cuidados imediatos e mediatos com o recém-nascido.
- Acompanhamento da puérpera:
  - controlar de sinais vitais;
  - verificar sangramento;
  - observar involução uterina;
- Prestar orientações relacionadas à amamentação.
- Passagem de plantão.
- Orientação no Alojamento Conjunto.

Sendo assim, consideramos este objetivo plenamente alcançado.

## **7.6 Objetivo nº 06**

Avaliar periodicamente as atividades desenvolvidas no estágio.

Para o alcance deste objetivo havíamos proposto reuniões a cada 10 dias para discussão do andamento do projeto. No período proposto de estágio foi possível realizarmos 02 (duas) reuniões que foram muito importantes no sentido de confirmar e redirecionar as atividades desenvolvidas. Além disso, incentivamos a relação teórico-prática

e interpessoal na medida em que parávamos para pensar na nossa prática diária. Essas reuniões favoreceram nosso crescimento como pessoas e como futuras profissionais.

Neste sentido, consideramos este objetivo cumprido.

### **7.7 Objetivo nº 07**

Buscar aprofundamento teórico-prático dos temas pertinentes ao cuidado ao binômio mãe-filho durante o nascimento como rito de passagem.

Durante o desenvolvimento do projeto, buscamos sempre na literatura o aprofundamento teórico referente aos temas pertinentes ao trabalho aperfeiçoando assim nossa prática, tornando-a de qualidade e livre de riscos.

No Hospital Universitário, participamos do curso de aleitamento materno, com 18(dezoito) horas de duração (Anexo). Tal curso forneceu importantes informações para nosso estágio aprofundando nosso conhecimentos.

Participamos também da IV Jornada Científica da Maternidade do Hospital Universitário, onde foram aprofundados temas como: Parto Humanizado e Atuação da Enfermagem ao longo da História do Processo de Parir.

Realizamos pesquisas na INTERNET na temática relativa a atuação do pai no processo de maternidade.

Pelo acima proposto, consideramos este objetivo plenamente alcançado.

### **7.8 Objetivo nº 08**

Refletir e trabalhar as vivências do grupo de acadêmicas no decorrer do estágio.

Durante o desenvolvimento do nosso trabalho realizamos encontros diários para refletir nossas vivências e experiências. Isso nos fez esclarecer dúvidas, tornar o grupo mais unido e nos manter num mesmo objetivo.

Com isso consideramos este objetivo alcançado.

## 8 FAZENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluirmos o desenvolvimento de nosso projeto julgamos importante lembrar que o mesmo constituiu-se numa continuidade do trabalho desenvolvido por Gonçalves e Franzon (1997) e Bunn e Mattos (1998).

As considerações finais que gostaríamos de tecer são as mesmas feitas por elas, motivo pelo qual passamos a transcrevê-las parcialmente, acrescentando algumas percepções nossas às daquelas autoras.

*“A busca de um referencial teórico veio a confirmar nossa percepção acerca do processo de cuidar, propiciando um entendimento do ser humano que extrapola a esfera do biológico, direcionando-os para um cuidado de enfermagem ajustado à crenças, valores e modo de vida das clientes atendidas, o que possibilita que as expressões, padrões e estilos de cuidado fossem sentidos por nós e pela cliente de modo diferente em cada contexto cultural.”*

*“Na nossa percepção, o cuidado de enfermagem por nós desenvolvido com bases culturais foi um fator decisivo na promoção e manutenção da saúde do binômio mãe-filho, uma vez que ao trabalharmos com indivíduos diferentes,*

*valorizamos o saber popular e buscamos respeitar os valores de vida de cada cliente.”*

Um dos objetivos do trabalho era o de realizar um levantamento de dados, onde foram questionados 15 parturientes para identificar as diversidades e universalidades culturais do cuidado.

*“O levantamento realizado permitiu-nos observar que o rito de passagem do nascimento é capaz de sensibilizar, fragilizar, deprimir, de produzir somatizações, ou seja, é um momento de intenso movimento, em que a ordem anterior, o que já estava estabelecido, sofre transformações. As expressões, padrões de comportamento da parturiente neste momento, foram por nós percebidas de modo diferente em cada cliente, mostrando, a influência da cultura no processo vital de cada um.”*

*“Porém, apesar das diversidades encontradas os resultados apontam para a importância do apoio psicológico por parte do profissional de saúde. Neste momento, como uma das formas de proporcionar o parto humanizado. Os dados encontrados nos levam ainda, a inferir que a hospitalização inibe as expressões culturais da cliente passa a responsabilidade do processo de cuidar à equipe de saúde, o que por muitas vezes atrasa o estabelecimento do vínculo mãe-filho.”*

No decorrer do estágio vivenciamos uma série de situações, as quais gostaríamos de registrar, visando uma melhora na qualidade da assistência de enfermagem.

Pudemos verificar, através das visitas domiciliares, que as “mães” apesar de terem sido muito bem orientadas no Alojamento Conjunto chegam em casa com algumas dúvidas e, as que mais evidenciamos foram: cuidado com coto umbilical, banho do recém-nascido e amamentação. Elas referem, que, na maternidade receberam estas orientações, mas que não possuíam muita segurança em realizem esses cuidados.

Nos trabalhos anteriores as principais dúvidas que as mães apresentaram foram: cuidados com coto umbilical, banho do recém-nascido, icterícia e cuidados com os seios.

*“Percebemos que as orientações fornecidas por nós às parturientes, quando estavam em trabalho de parto, sobre os cuidados com o recém-nascido e amamentação, não foram bem assimilados por elas, visto que, na unidade de internação puerperal e, quando chegam em casa referiam dúvidas sobre os assuntos já abordados. Algumas mães inclusive, relatavam não lembrar das orientações que foram fornecidas por nós, a elas no pré-parto.*

*Isto nos leva a afirmar, que durante o trabalho de parto, as orientações dadas às mães, devem limitar-se sobre trabalho de parto e parto. Os cuidados com o recém-nascido e com ela, como puérpera, bem como amamentação, devem ser repassados a mesma durante o período de internação puerperal.”*

Percebemos a importância de um acompanhante permanecendo todo o tempo junto com a cliente, seja este seu companheiro ou qualquer outra pessoa de sua escolha, lhe possibilitando um trabalho de parto mais tranquilo, pois tem uma pessoa de confiança ao seu lado, lhe transmitindo segurança e apoio, o que pela experiência por nós vivenciada leva a cliente a solicitar menos a presença da equipe.

Nos empenhamos para a inserção do pai nos cuidados com o recém-nascido, porém consideramos essa adaptação muito difícil, requerendo muito empenho e dedicação para tentar repadronizar a concepção de que o papel do homem está ligado apenas ao fator financeiro.

Apesar da questão cultural muito forte dificultar nossa interação com o pai, consideramos de fundamental importância a participação deste no processo de maternidade e a necessidade desse trabalho ter continuação.

*“Por fim concluímos que o rito de passagem do nascimento exige cuidados. Se, como momento crítico, gera ansiedade, podendo produzir o adoecer, e como crise, também que ele contém uma oportunidade de saúde,*



*abertura à transformações, ampliação de consciência, chance de passar a limpo o passado, chance de projeto.*

*Neste sentido julgamos necessário e de vital importância o acompanhamento domiciliar da puérpera por nós efetuado que se constitui num trabalho psicoprofilático, cujo objetivo foi de apoiar/cuidar do binômio mãe-filho em seu contexto sócio-cultural criando um espaço para catalizar o processo de adaptação à situação nova, facilitando e promovendo a criação de vínculos saudáveis entre a mãe e o bebê, favorecendo o bem-estar da mãe para que esta conquiste maior intimidade com seu filho e por consequência ampliando a disposição familiar para o desafio do concreto, do crescer junto.*

*As metas estabelecidas foram portanto, alcançadas e nos sentimos gratificadas pelos resultados obtidos no processo de cuidar do binômio mãe-filho.”*

Esta participação, estimulada no Centro Obstétrico deve continuar no Alojamento Conjunto , onde presenciamos pouco empenho da equipe de enfermagem daquela unidade em estimular a participação do pai nos cuidados.

*“A paternidade, quer do pai, quer da mãe, é a tarefa mais difícil que os seres humanos têm para executar, pois pessoas, diferentemente do outros animais, não nascem sabendo como serem pais .*

*Muitos de nós lutam do princípio ao fim.”*

*(Karl Meninger)*

## **9 FAZENDO AS RECOMENDAÇÕES**

Assim como nos trabalhos anteriores, gostaríamos, ao término do desenvolvimento deste projeto, recomendar.

### **À Maternidade do Hospital Universitário**

- “Que continue investindo para a implementação do projeto Maternidade segura e para a manutenção do projeto Hospital Amigo da Criança.
- “Que continue buscando continuidade a reciclagem de sua equipe de saúde, enfocando principalmente a humanização do parto.”
- “Que continue apoiando a formação de enfermeiros.”
- “Que estude a viabilidade de associar-se à enfermeiras treinadas para psicoprofilaxia puerperal, à domicílio, ou de fazer um trabalho conjunto com as enfermeiras dos Centros de Saúde da comunidade de origem da cliente, para acompanhamento domiciliar.”

### **Aos funcionários do Centro Obstétrico**

- “Que continuem recebendo com apoio e solidariedade as alunas de enfermagem.”
- “Que busquem atualizar-se continuamente, visando a humanização do parto”.

### **Às acadêmicas da 8ª fase que vão dar continuidade ao projeto.**

- “Que atendam a no máximo, 06 (seis) clientes a domicílio, não restringindo-se somente a primíparas, a fim de poder estabelecer vínculo afetivo com a “mãe” no desenvolvimento do

cuidado, através do maior número de visitas domiciliares possíveis, o que se tornaria inviável no tempo previsto de estágio, com uma clientela maior.

- “Que façam visitas diárias com o intuito de não se perder nenhuma oportunidade de orientação na medida que os problemas forem surgindo.”

- “Que façam alterações no roteiro para coleta de dados com a parturiente, de MINATTI *et al*, buscando melhor conhecimento da cultura e crenças da cliente.”

- “Que façam estágio extra-curricular junto ao “Centro Obstétrico da maternidade do Hospital Universitário, para adquirir maior destreza e segurança.”

- “Que procurem conhecer e solicitar ajuda da Central de Incentivo ao Aleitamento Materno.”

- “Que busquem levantar quais as preocupações, interesses da puérpura nos pós-partos.”

- “Que continuem dando ênfase na participação do pai no processo de maternidade.”

#### **À Orientadora do Projeto**

- “Que continue orientando outros trabalhos com dedicação, paciência, competência, apoio, integração, humanismo, bom humor, permitindo um crescimento ideal do aluno, estimulando-o a continuar e principalmente estabelecer parceria.”

#### **À Supervisora**

- “Que continue supervisionando outros grupos com o mesmo afino e dedicação, transmitindo seus conhecimentos e experiências.”

## **10 RELATANDO AS PERCEPÇÕES INDIVIDUAIS DAS ACADÊMICAS**

### **Aglaré**

Ingressei na Universidade, mais precisamente no Curso de Enfermagem, conciente do que eu almejava, pois sempre tive vontade de atuar na área da saúde.

No transcorrer do curso muitas coisas aconteceram e obstáculos surgiram, muitos que eu jamais poderia imaginar, que serviam para me desestimular, tornando cada dia um dia de luta, galgando com persistência e aos poucos os espaços que o curso me proporcionava.

Não foram poucas as vezes que apareceram idéias me levando a pensar em desistir.

Impulsionada pela vontade de algum dia vencer na vida, mantive o curso como principal meta a ser alcançada.

Para minha satisfação pessoal, veio meu casamento, acompanhado de uma gestação, passagem linda como disse, para o meu ego, mas muito desgastante e, comprometedor dificultando conciliar o curso, esposo, filho e casa e mesmo assim permaneci.

Todos os caminhos percorridos e vividos durante esta jornada, mesmo nos momentos de dificuldade, só contribuíram para o meu crescimento como pessoa e profissional.

A 7ª fase para mim foi decisiva, onde cheguei a conclusão que deveria optar pela obstetria, pelo amplo campo de atuação, proporcionando momentos enriquecedores para mim como futura enfermeira.

Posso concluir, que o trabalho ora finalizado me abriu as portas para a vida profissional, fazendo com que eu tenha mais segurança nas atividades de assistência que irei exercer, apontando novos horizontes nesta especialidade.

O sucesso deste trabalho, devemos a orientadora Olga e a supervisora do estágio Vânia, que com suas atenções, dedicações e competência souberam conduzir o mesmo, de forma a obtermos o melhor proveito, para nossa carreira, enaltecendo as amigas Josiane e Zelma, as quais foram membros de grande importância, para o bom êxito do mesmo.

### **Josiane**

Chega o momento de fazermos as reflexões do que foram esses quatro anos de trajetória, de esforços e perseverança dedicados ao estudo.

Ao longo do curso tive muitos obstáculos, mas consegui superá-los persistindo em meus objetivos. Acredito que existe um caminho muito longo a ser percorrido e que dei apenas os primeiros passos para minha formação.

Desde o início do curso eu tinha interesse pela área obstétrica. Também gostei de outras áreas como Pediatria, Centro Cirúrgico e Saúde Pública, mas nenhuma desta me motiva tanto como a obstétrica.

Foi na 7ª fase que tive o primeiro contato com a sala de parto e não sei porque, talvez por emoção, me senti mal ao assistir o primeiro parto. Achei tudo maravilhoso.

Confesso que fiquei um pouco decepcionada no início por não ter conseguido o campo de estágio onde nós pretendíamos realizar nosso trabalho e no qual já havia realizado estágio extra-curricular. Hoje, mudei totalmente esse sentimento de perda, o que houve na verdade foram ganhos, de experiência, conhecimentos e novas percepções. Sei que foi muito enriquecedor desenvolver esse estágio, onde de certa forma já nos sentíamos enfermeiras, sem um professor o tempo todo por perto, podendo por em prática nossos conhecimentos naturalmente.

Muito gratificante também foram as visitas domiciliares. Pude sentir o quanto minha presença era importante naqueles lares e foi muito gratificante ter o retorno das clientes em forma de confiança e segurança onde crescíamos juntas ao trocarmos conhecimentos e experiências.

A 8ª fase foi fundamental para minha formação enquanto acadêmica. Tiro dessa experiência muitos pontos positivos. Um deles é de que vale a pena lutar pela enfermagem, pois nenhuma outra área me realiza tanto.

### **Zelma**

Foi cursando a 7ª fase que decidi em que área iria desenvolver minha monografia. Nessa época me apaixonei pela obstetrícia, o fato de trabalhar com os conflitos e ansiedades vividas nesse período e trabalhar com a vida no seu princípio me aguçava os sentidos.

Durante todo o curso, a trajetória a ser seguida foi longa e muitas vezes árdua, me desestimulando muitas vezes. Mas hoje ao refletir sobre esses anos, posso dizer com toda certeza que valeu! O crescimento pessoal foi gigante e um novo ser com capacidade crítica e humana se formou. Só posso dizer que não há arrependimentos, há apenas um desejo de continuar, galgar novos campos, expandir-se e não limitar-se.

Ressalto que para alcançar meus objetivos sempre fui rodeada de “anjos” que me empurravam e me ensinavam toda a arte de viver. A vocês que participaram da minha trajetória meu muito obrigada.

## 11 CITANDO A BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

ALONSO, Ilca K. **Buscando Caminhos para viver saudável: uma proposta educativa de enfermagem voltada às mulheres “mãe de primeira viagem”, em seus enfrentamentos cotidianos.** Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, 1994

ARRUDA, A. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer: In **Quando a paciente é mulher.** Relatório do Encontro Nacional de Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado. Brasília. Ministério da Justiça. 1989.

BOEHS, A. E. **Prática do cuidado do recém-nascido e sua família baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família.** Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

BUNN, Fernanda; MATTOS, Cláudia M. Do hospital ao domicílio: **continuando o cuidado do binômio mãe-filho na iniciação do rito de passagens do nascimento.** Florianópolis: UFSC, 1998. Projeto Assistencial - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

- CARTANA, Maria do Horto Fontoura. **Rede e suporte social das famílias**. Florianópolis: UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.
- CENTA, Maria de Lourdes. **Experiências vivenciadas pelos homens durante a primeira gravidez e parto de suas mulheres**. Florianópolis: UFSC, 1981. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, 1981.
- ELSEN, Ingrid, et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.
- GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- GONÇALVES, Daniela; FRANZON, Joseila. **Do Hospital ao Domicílio: Cuidando do binômio mãe-filho na iniciação do rito de passagem do nascimento**. Florianópolis: UFSC, 1997. Projeto Assistencial - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- GREGÓRIO, Vitória R. P. **Sentimentos e percepções do pai, da parturiente e da equipe de saúde, quanto a presença do pai no Centro Obstétrico**. Florianópolis, UFSC, 1998. Projeto de Pesquisa.
- LEININGER, Madeleine. Teoria do Cuidado Transcultural: **Diversidade e Universidade**. In: Simpósio brasileiro de teorias de enfermagem anais. Florianópolis: UFSC, 1985.
- MONTGOMERY, Malcon; LOPES, Gerson P.; NORONHA, Décio. **Tocoginecologia Psicossomática**. São Paulo: Almed, 1993.
- MONTICELLI, Marisa. **Nascimento como um rito de passagem abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos**. Florianópolis, Robe editorial, 1997.



- MAESTRI, Eleine; LIZ, Suian de. **Acompanhando a mulher-mãe em seu processo de maternidade: vivenciando o cuidado cultural**. Florianópolis: UFSC, 1998. Projeto Assistencial - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- MARCON, S. **Vivendo a Gravidez**. Florianópolis: UFSC, 1989. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- NITSCHKE, ROSANE G. **Nascer em família: Uma proposta de assistência de enfermagem para a internação familiar saudável**. Florianópolis: UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A prática do cuidar: Cuidando à família de adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Curso de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- REZENDE, Jorge. **Obstetrícia**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1995.
- SANTOS, Andréia F.; STUEPP, Mirtes A.; SAUCEDO, Tatiana. **Vivendo o processo do nascimento: Cuidando do recém-nascido, puérpera e sua família inseridos num contexto cultural**. Florianópolis: UFSC, 1997. Projeto Assistencial - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- WHALEY & WONG. **ENFERMAGEM Pediátrica. Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989

## **12 ANEXOS**

## **Anexo 01**

## ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A PARTURIENTE

1. IDENTIFICAÇÃO:	DATA: .../.../...
NOME: .....	
DATA DE NASC.: ...../...../.....	
NACIONALIDADE: .....	
PROCEDÊNCIA: .....	
ESCOLARIDADE: .....	
ETNIA: .....	
Nº DE FILHOS: .....	
ESTADO CIVIL: .....	
PROFISSÃO OCUPAÇÃO: .....	
RELIGIÃO: .....	

### 2. CULTURA (QUESTÕES CULTURAIS):

A) Como se comporta com a roupa que está?

B) O que expressa na linguagem não-verbal?

C) Comportamento corporal e expressão facial:

( ) Chora

( ) Grita

( ) Coloca a roupa na boca

( ) Tapa a boca com a mão

( ) Morde os dedos

( ) Outros (.....)

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

E) O que refere durante o período expulsivo?

F) O que refere depois do período expulsivo?

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

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

H) Qual a relação com os profissionais da saúde:

- ) retraída
- ) agressiva
- ) demonstrando medo, insegurança
- ) demonstrando confiança, tranquilidade
- ) ajudando no processo
- ) Outros (.....)

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

- ) afetividade
- ) agressividade
- ) valorização das atitudes
- ) indiferença

- deboche/ironia
- outros (.....)

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

#### A) Com relação a placenta:

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

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

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

#### C) Com relação ao primeiro banho do recém-nascido (dentro do Alojamento Conjunto):

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

#### D) Outros valores e crenças referidos.

## **Anexo 02**

## 6 ANEXOS

### ANEXO 1

#### QUESTIONÁRIO PARA ACOMPANHANTE NA SALA DE PARTO

##### 1. Identificação:

Nome completo da parturiente:

Data:

Número do registro:

Nome do acompanhante:

Idade:

Parentesco com a parturiente:

Profissão/ocupação:

Escolaridade:

Religião:

Nome da instituição:

##### 2. Que motivos o levou a assistir o parto?

---

---

##### 3. O que você acha da presença do acompanhante na sala de parto junto à parturiente?

( ) importante

( ) sem importância

Por quê?

---

##### 4. Você recebeu algum preparo durante o pré-natal para acompanhamento na sala de pré parto e parto?

( ) sim . Qual ?

---

( ) Não . Por quê?

---

---



5. Você assistiu algum parto antes?

( ) sim. De quem ?

---

( ) Não

6. Você considera que participar do pré natal ou curso para casais grávidos, prepara-o para acompanhar o parto?

( ) sim

( ) não

Por quê? \_\_\_\_\_

---

7. A experiência de ter assistido o parto de sua mulher foi:

( ) ótima

( ) boa

( ) regular

( ) ruim

( ) indiferente

( ) outras

Quais? \_\_\_\_\_

---

8. Na experiência de acompanhar o parto de sua mulher, hoje, você:

( ) colaborou com ela no que foi possível;

( ) não colaborou em nada;

( ) "matou" a curiosidade sobre o parto.

8.1 Caso tenha colaborado, você:

( ) secou o suor de sua mulher;

( ) segurou a sua mão;

( ) apoiou as costas de sua mulher;

( ) falou palavras de conforto e incentivo;

( ) outros;

Quais? \_\_\_\_\_

---

9. Considerou sua participação importante?

( ) sim

( ) não

Por quê? \_\_\_\_\_

---

10. Durante o parto você:

( ) sentiu alegria;

( ) sentiu angustia;

( ) sentiu medo;

( ) sentiu tristeza;

( ) pensou que podia desmaiar;

( ) não sentiu nada;

( ) sentiu ternura;

( ) outros;

Quais? \_\_\_\_\_

---

11. Na sua opinião a sua presença na sala de parto foi importante para sua mulher?

sim

não

Por quê?

---

---

12. Na sua opinião, a experiência de ter assistido o parto de sua mulher interferiu no seu modo de ver a maternidade e o relacionamento Pai-Filho?

sim

não

Em caso afirmativo, de que modo interferiu?

---

---

13. Em relação a equipe de saúde você percebeu que a mesma foi:

receptiva a sua presença;

indiferente;

pouco receptiva;

não aprovou sua presença;

outros;

Quais?

---

---

14. Você recomendaria a outros pais que assistissem o parto?

sim

não

Por quê?

---

---

15. Utilize este espaço para comentários que achar necessários.

---

---

---

---

---

## QUESTIONÁRIO PARA A EQUIPE DE SAÚDE

Médico Obstetra

Instituição:

1. Em relação a presença do acompanhante na sala de parto, você é:

( ) favorável

( ) contrário

Por quê?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## QUESTIONÁRIO PARA A EQUIPE DE SAÚDE

Enfermagem:

Instituição:

1. Em relação a presença do acompanhante na sala de parto, você é:

( ) favorável

( ) contrário

Por quê?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## QUESTIONÁRIO PARA O PAI QUE NÃO ENTROU NA SALA DE PARTO

1. Identificação:

Nome completo da parturiente:

Data:

Número do registro:

Instituição:

Nome do acompanhante:

Idade:

Parentesco com a parturiente:

Profissão/ocupação:

Escolaridade:

Religião.

2. Você gostaria de ter acompanhando o parto de sua mulher?

( ) sim

( ) não

Por quê?

---

---

---

3. Você não assistiu o parto porque:

( ) não houve permissão por parte da equipe;

( ) não tinha curso de preparação para o parto;

( ) porque foi parto de urgência;

( ) porque o parto foi operatório;

( ) por estar ausente no momento do parto;

( ) porque não sabia que podia assistir o parto;

( ) porque não quis;

( ) outros

Quais?

---

4. Utilize este espaço para comentários que achar necessários.

---

---

---

---

---

---

---

## QUESTIONÁRIO PARA A PARTURIENTE COM ACOMPANHANTE

### 1. Identificação:

Nome da parturiente:

Data:

Idade:

Número de registro:

Instituição:

Profissão/ocupação:

Escolaridade:

Religião:

### 2. Se você já teve outros filhos, a experiência do parto foi:

com acompanhante;

sem acompanhante.

### 3. Se a resposta anterior foi sem acompanhante, você diria que a experiência atual com acompanhante no parto foi:

melhor

pior

Por quê?

---

---

---

---

---

### 4. Na sua opinião, a experiência do parto com acompanhante foi:

ótima

boa

regular

ruim

indiferente

outros

Quais?

---

#### 4.1 O que seu companheiro fez que mais lhe ajudou?

secou seu suor

segurou sua mão

apoiou suas costas

falou palavras de conforto e incentivo

outros

Quais?

---

5. Quem você preferia que estivesse lhe acompanhando no parto?

( ) Seu companheiro

( ) Outra pessoa . Quem?

---

6. Que motivos a levaram a querer ter um acompanhante na sala de parto?

---

---

---

---

---

7. Utilize este espaço para comentários que achar necessários.

---

---

---

---

---

---

## QUESTIONÁRIO PARA A PARTURIENTE QUE NÃO TEVE ACOMPANHANTE

### 1. Identificação:

Nome da parturiente:

Data:

Idade:

Número do registro:

Instituição:

Profissão/ocupação:

Escolaridade:

Religião:

### 2. Você gostaria de ter tido acompanhante na sala de parto?

( ) sim

( ) não

Por quê?

---

---

### 3. Você não teve acompanhante na sala de parto porque:

( ) Não houve permissão por parte da equipe;

( ) Foi parto de urgência;

( ) foi parto operatório;

( ) Não sabia que poderia ter acompanhante;

( ) Não quis;

( ) Outros

Quais?

---

---

### 4. Caso você tivesse um acompanhante gostaria que fosse:

( ) Seu companheiro;

( ) Outra pessoa

Quem?

---

---

### 5. Utilize este espaço para comentários que achar necessários.

---

---

---

---



## **Anexo 03**

## O que é Iniciativa Hospital Amigo da Criança

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada em 1990 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Ao assinar, em 1990, a Declaração de Innocenti, em encontro em Spedale degli Innocenti, Itália, o Brasil, um dos 12 países escolhidos para dar partida à IHAC, formalizou o compromisso de fazer dos Dez Passos uma realidade nos hospitais do País. Em março de 1992, o Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com apoio do UNICEF e da OMS/Organização Pan-Americana de Saúde, deram os primeiros passos.

A IHAC soma-se aos esforços do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAMMS), coordenado pelo Ministério da Saúde, para:

- informar profissionais de saúde e o público em geral;
- trabalhar pela adoção de leis que pro-

tejam o trabalho da mulher que está amamentando;

- apoiar rotinas de serviços que promovam o aleitamento materno;
- combater a livre propagação de leites artificiais para bebês, bem como bicos, chupetas e mamadeiras;

### Recomendação

MINISTÉRIO DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E UNICEF RECOMENDAM O ALEITAMENTO EXCLUSIVO ATÉ OS SEIS MESES E COM OUTROS ALIMENTOS ATÉ DOIS ANOS DE IDADE OU MAIS, SE POSSÍVEL.

### Declaração de Innocenti

O aleitamento materno é um processo único e uma ação que, mesmo tomada isoladamente, proporciona nutrição de alta qualidade para a criança, contribui para o seu crescimento e desenvolvimento, reduz a mortalidade, a incapacidade e a invalidez, melhora a inteligência de crianças imaturas, contribui para a saúde da mulher, reduz riscos de câncer do seio e do ovário, e amplia o espaçamento entre filhos.

• proporcionar melhores condições de trabalho para as mulheres;

• promover a participação social e econômica das mulheres e famílias na produção e distribuição de alimentos;

• promover a participação social e econômica das mulheres e famílias na produção e distribuição de alimentos;

• promover a participação social e econômica das mulheres e famílias na produção e distribuição de alimentos;

(Declaração de Innocenti, 1990)

## Dez passos para promover o aleitamento materno

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

## Passos para ser Amigo da Criança

- 1 Auto-avaliação das práticas adotadas em relação ao aleitamento materno, adotando como roteiro o **questionário de auto-avaliação**, fornecido pelo Ministério da Saúde.
- 2 O questionário, **preenchido** pela direção ou chefes do serviço do hospital, deve ser enviado ao Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) com cópia para as Secretarias de Saúde dos estados.
- 3 Uma equipe treinada pelo PNIAM realiza **pré-avaliação** no estabelecimento e entrega o certificado de comprometimento. Neste documento, o hospital é orientado a solucionar as dificuldades existentes na adoção dos Dez Passos e estabelece o prazo para cumprir esta meta.
- 4 Solucionadas as dificuldades, o hospital solicita ao PNIAM a visita de uma equipe para a avaliação global.
- 5 Se for indicado ao credenciamento, o hospital receberá, em solenidade oficial uma placa que o identificará como **Amigo da Criança**.
- 6 **Informações** detalhadas poderão ser obtidas junto ao PNIAM OU UNICEF. (veja endereço neste folheto)

## **Anexo 04**

# Amamentar: um ato de amor



## LEITE MATERNO

### ⇒ Fortalece a relação afetiva entre a mãe e o bebê.

⇒ Quanto mais a criança mamar, mais leite a mãe terá.

⇒ Não existe leite fraco.

⇒ O leite dos primeiros dias (colostró) é muito importante para o seu bebê.

### O seu filho pode ser levado ao peito logo ao nascer, ainda na sala de parto.

Quanto mais cedo o bebê mamar, mais rápida será a produção de leite!

O leite materno é o melhor e mais completo alimento para o seu filho.

⇒ Tem tudo o que o seu bebê necessita para se alimentar.

⇒ Mamando só no peito, o bebê não precisa beber água.

⇒ Ajuda no crescimento e colabora para o desenvolvimento mental.

⇒ Possui anti-corpos, espécie de vacina que protege o neném contra infecções.

Além disso, é livre de contaminação, não precisa ser preparado e já está na temperatura ideal. É de graça ainda protege você contra inúmeras doenças da mama.

Toda a mãe tem leite!

Às vezes é necessário paciência e insistir na amamentação. O seu desejo de amamentar é muito importante!

## A mãe deve oferecer o peito ao bebê:

- Assim que nasce.
- Sempre que estiver com fome.
- Pelo tempo que ele quiser.

• O preparo das mamas começa na gravidez.

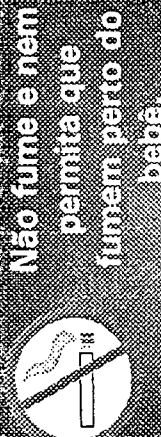
• Tendo a mama examinada em todas as consultas do pré-natal.

• Tomando banho de sol sem sutiã sempre que possível (o ideal é que seja todos os dias, por aproximadamente 10 minutos).

• Fazendo exercícios para fortalecer o bico das mamas.

• Usando sutiã constantemente.

Acompanhe estas orientações e comprove você mesma! Precisando de mais informações não hesite em solicitá-las ao seu médico. Você também pode contar conosco do CIAM para orientá-la!



Não fume e nem permita que fumem perto do bebê.

Fumar é extremamente prejudicial à sua saúde e do bebê!

Até o 6º mês de vida, o bebê só precisa de leite materno. Não precisa de sucos, papinhas e nem mesmo de água!

# COMECE A AMAMENTAR,

oferecendo primeiro a mama que estiver mais cheia.

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

Deixe seu filho mamar o tempo que ele quiser.

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

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

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

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

Tenha paciência!

OMI O TEMPO EJE  
MESMO REGRILARÁS  
MANADAS.



Terminando de amamentar, não lave nem limpe a mama.

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

Fique nesta posição até que ele arrote.

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

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



Você não deve usar:

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

O próprio leite materno limpa o mamilo!

CIAM

Central de Incentivo  
livro ao  
Aleitamento Materno

Maternidade do Hospital Universitário

☎ 231-9809 • ramal 212

2º a 6º feira de 07 às 19 horas

Maternidade  
do Hospital  
Universitário

• UFSC •



## **Anexo 05**

# Querida Mamãe,

**Preciso de você para crescer saudável e feliz! Você sabia que o leite do seu peito é o melhor e mais completo alimento que existe para mim? Vou contar para você as vantagens do aleitamento materno e os 10 Passos que você deverá seguir para manter essa minha fonte de vida.**

## Vantagens do aleitamento materno:

- é o melhor alimento para o bebê;
- é de fácil digestão;
- protege o bebê contra várias doenças;
- transmite amor e carinho, fortalecendo a relação entre mãe e filho;
- não precisa coar, ferver, nem esfriar
- está sempre pronto, em qualquer hora e lugar, na temperatura ideal;
- é de graça;
- reduz o risco de câncer de mama e ovário.

## Passos para obter sucesso no aleitamento materno:

### PASSO 1.

#### Acredite que não existe leite fraco

**Todo leite materno é forte** e adequado para o melhor crescimento e desenvolvimento do bebê até 4-6 meses de vida. Nessa fase, não precisa dar outro alimento. No primeiro dia, a produção de leite é pequena. Esse leite, chamado **colostro**, é transparente ou amarelado, **tem alto valor nutritivo, é suficiente para as necessidades do bebê e age como uma vacina, protegendo-o contra doenças.** Se eu chorar, verifique se estou com fome, molhado ou se necessito de colo e carinho.

### PASSO 2.

#### Saiba que quanto mais o bebê mama, mais leite você produz

Sugar o peito é o que estimula a produção de leite. Por isso, não dê ao seu filho chás, água, sucos ou outro leite, nos primeiros 4-6 meses de vida.

Começar a **mamar desde a sala de parto** facilita a descida mais rápida do leite. **Procure manter o bebê ao seu lado, do nascimento até a alta.** A criança que mama no peito várias vezes, dia e noite, de acordo com a vontade do bebê, não necessita de mais nada. Dê os dois peitos a cada mamada.

### PASSO 3.

#### Coloque o bebê na posição correta para mamar

Para que o bebê sugue bem, ele deve estar em posição de poder abocanhar não só o mamilo (bico do peito), mas grande parte da aréola (parte escura do peito), com o corpo totalmente voltado para o da mãe (barriga com barriga). Quando a criança pega o peito corretamente, com a boca bem aberta, o leite sai em quantidade suficiente, o bebê engole tranquilamente e a mãe não sentirá dor.



### PASSO 4.

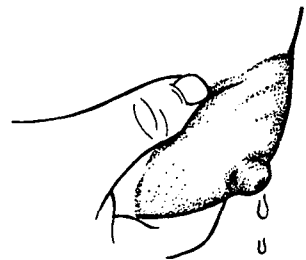
#### Cuide adequadamente das mamas

Para evitar rachaduras, não lave os mamilos antes e depois das mamadas. Basta o banho diário, evitando uso de sabonete nos mamilos. O próprio leite protege a pele, evitando infecções. Não use pomadas nem cremes nos mamilos. A exposição das mamas ao sol durante 15 minutos pela manhã também ajuda a prevenir rachaduras. Troque o sutiã quando estiver molhado.

### PASSO 5.

#### Retire leite quando for necessário (ordenha)

Evite que a mama fique muito cheia e pesada. Se isto acontecer, lave bem as mãos, **faça massagens circulares com as pontas dos dedos, pressionando as mamas do mamilo para a base. Depois, coloque os dedos onde termina a aréola e aperte com cuidado até o leite sair.** Guarde o leite em frasco fervido por dez minutos, na geladeira (24 horas) ou freezer (20 dias) ou doe a um Banco de Leite Humano. Para aquecer o leite, use banho-maria. Na falta de geladeira, **o leite poderá ser guardado até 6 horas em local fresco e dado ao bebê de copinho ou colher, quando a mãe não estiver em casa.**



### PASSO 6.

#### Nunca use bicos, chupetas, chuquinhas ou mamadeiras

O uso de bicos, chupetas ou mamadeiras deve ser evitado, pois prejudica a amamentação. Os bebês que fazem uso de mamadeira acabam largando o peito.

### PASSO 7.

#### Tome líquidos, alimente-se e descanse sempre que possível

A mãe que amamenta deve tomar líquidos em abundância, melhorar sua alimentação e dormir ou descansar sempre que possível.

Nome do bebê: \_\_\_\_\_  
Nascido às \_\_\_\_\_ horas, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Compimento: \_\_\_\_\_

**Que bom que você me ouviu! Não esqueça minhas vacinas! Um beijo de seu(sua) filho(a)**

**Atenção: se por algum motivo você não puder amamentar o seu filho, não ofereça o peito de outra mãe. Procure um banco de leite humano ou um profissional de saúde para orientá-la.**

**trabalhando.**

**- A berçário ou creches nos locais de trabalho, sempre que a empresa tiver 30 ou mais mulheres mentar seu filho, até 6 meses de idade.**

**- A dois descansos remunerados de meia hora por dia, quando retornar ao trabalho, para amamentar seu filho, até 6 meses de idade.**

**- A licença gestante de 120 dias.**

**A mãe que trabalha fora tem direito:**

**Conheça os direitos da mãe trabalhadora**

**PASSO 10.**

**A ciência hoje recomenda que todo bebê deve ser amamentado exclusivamente no peito até 4-6 meses de vida e continuar mamando até os 2 anos de idade, ao mesmo tempo em que são introduzidos novos alimentos adequados para a criança.**

**Continue a amamentação, se possível, até os 2 anos de idade**

**PASSO 9.**

**A mãe só deverá tomar medicamentos quando orientada pelo médico ou profissional de saúde habilitado.**

**Só tome medicamentos com ordem médica**

**PASSO 8.**

# Amamentar

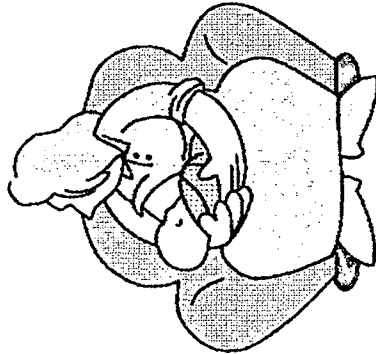
Torna  
a vida  
mais  
bonita.





## **Anexo 06**

## ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA O PERÍODO DE AMAMENTAÇÃO



### Mamãe...

É muito importante alimentar-se bem em todas as etapas da vida, principalmente agora que você acabou de ter bebê e está amamentando. Fique atenta pois alguns alimentos contêm substâncias que podem penetrar no seu leite e causar cólicas no seu bebê. Neste caso, procure retirá-los temporariamente de sua dieta.

### DICA PARA ESTE PERÍODO

Procure variar sua dieta ingerindo alimentos de todos os grupos, ou seja: carnes e derivados (ovo, leite, laticínios em geral), cereais (arroz, pães, massas...), leguminosas (feijão, lentilha...), legumes (cenoura, vagem, chuchu...), verduras (folhosos em geral) e frutas.

### ATENÇÃO III

Observe se o seu bebê apresenta cólica quando você ingere esses alimentos:

Frutas ácidas: laranja, abacaxi, limão...

Alimentos formadores de gases: grão de feijão, batata-doce, repolho, couve-flor, brócolis...

Frutos do mar: principalmente camarão, marisco, siri e berbigão.

Bebidas estimulantes: café, chá preto, chá mate, chimarrão, refrigerantes e bebidas com gás.

Frituras.

Doces muito concentrados, principalmente chocolate.

Alimentos muito temperados.



Leite, derivados e

ovos.

### PROIBIDO



#### Fumo

Não fume e evite que fumem na sua presença e do seu filho.



#### Álcool

Não consuma nenhuma bebida alcoólica, elas são prejudiciais a você e ao seu bebê.

### VOLUME DO LEITE MATERNO

Para aumentar o volume do seu leite consuma bastante líquidos, como: sucos naturais, água, leite e chás (principalmente de erva-doce e funcho).

### TABUS

★ A cerveja preta não faz aumentar a produção do seu leite, além de conter o mesmo teor de álcool que a cerveja comum.  
★ A canjica e a gemada, além de não aumentarem a produção do seu leite, são alimentos que engordam.

Para maiores informações procure o Serviço de Nutrição da Maternidade do HU.

☎ 331-9095 Ramal:215

## **Anexo 07**

## **" O HOMEM E A AMAMENTAÇÃO "**

### ***Dez Passos para a participação efetiva e afetiva do PAI no apoio ao Aleitamento Materno.***

#### **1. ENCORAJE E INCENTIVE SUA MULHER A AMAMENTAR:**

Por vezes ela pode estar insegura de sua capacidade para o aleitamento. Seu apoio será fundamental nestas horas.

#### **2. DIVIDA E COMPARTILHE AS MAMAS DE SUA MULHER COM O BEBÊ:**

Mesmo que seja difícil aceitar, lembre-se que a amamentação é um período passageiro. Dê prioridade a seu filho(a)

#### **3. SEMPRE QUE POSSÍVEL, PARTICIPE DO MOMENTO DA AMAMENTAÇÃO:**

Sua presença, carícias e toques durante o ato de amamentar são fatores importantes para a manutenção do vínculo afetivo do trinômio mãe + filho + pai

#### **4. SEJA PACIENTE E COMPREENSIVO:**

No período de amamentação é pouco provável que sua mulher possa manter a casa, as refeições e se arumar de formas impecáveis. As necessidades do recém nascido são prioridades nesta fase.

#### **5. SINTA-SE ÚTIL DURANTE O PERÍODO DA AMAMENTAÇÃO:**

Coopere nas tarefas do bebê na medida do possível: trocar fraldas, ajudar no banho, vestir, embalar, etc.

Quando ela estiver dando de mamar, leve um copo de suco de frutas e/ou água, ela vai adorar !

#### **6. MANTENHA-SE SERENO:**

Embora o aleitamento traga muitas alegrias, também traz muitas dificuldades e cansaço. As vezes sua mulher pode ficar impaciente. Mostre carinho e compreensão neste momento. Evite brigas desnecessárias para não prejudicar psicologicamente a descida do leite.

#### **7. PROCURE OCUPAR-SE MAIS DOS OUTROS FILHOS (se os tiverem):**

Para que não se sintam rejeitados com a chegada do novo irmão. Isto permitirá a sua mulher dedicar-se mais ao recém - nascido.

#### **8. MANTENHA O HÁBITO DE ACARICIAR OS SEIOS DE SUA MULHER:**

Se você costumava fazê-lo. Estudos demonstram que quanto mais uma mulher é sensível às carícias do companheiro, mais reagirá à estimulação rítmica de seu bebê.

#### **9. FIQUE ATENTO ÀS VARIAÇÕES DO APETITE SEXUAL DE SUA MULHER:**

Algumas reagem para mais, outras para menos, são alterações normais. Esta é uma ocasião para o casal vivenciar novas experiências e hábitos sexuais, adaptando-se ao momento.

#### **10. NÃO TRAGA PARA CASA LATAS DE LEITE, MAMADEIRAS E CHUPETAS:**

## **Anexo 08**

## Filosofia da Maternidade do HU - UFSC

*Na Maternidade do HU/UFSC acredita-se que:*

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

Outubro de 1995.

## **Anexo 09**



# Histórico de Enfermagem

I. Identificação							
Religião:	Cor :	Idade :	Naturalidade :				
Procedência:	Profissão :		Est. Civil:				
Escolaridade:	Data/Hora da Internação :						
Condições da Paciente na Internação : Período expulsivo <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>							
II. Percepções e Expectativas							
Motivo da Internação : TP <input type="checkbox"/> Indução <input type="checkbox"/> Inibição <input type="checkbox"/> Alto Risco <input type="checkbox"/> por.:							
Curetagem <input type="checkbox"/> .Outros.:							
III. Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas							
1. Necessidades Psicobiológicas							
1.1. Oxigenação							
Dispneia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tabagismo na gravidez:		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
R :	mrm						
1.2. Hidratação e Alimentação							
Horário da última ingesta/Tipo de alimento:							
1.3. Eliminações							
Vesical : Infecção urinaria		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
Intestinal : evacuou antes de internar <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Dificuldades <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> qual:							
Drenagens	Perdas Vaginais	tampão mucoso <input type="checkbox"/>		sangramentos <input type="checkbox"/>		leucorréia <input type="checkbox"/>	Outros:
		Bolsa rota <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	Espontânea <input type="checkbox"/>		Artificial <input type="checkbox"/>		Data/Hora:
	Características		claro <input type="checkbox"/>	claro com grumos <input type="checkbox"/>		achocolatado <input type="checkbox"/>	
	líquido amniótico:		meconial <input type="checkbox"/>	fluido <input type="checkbox"/>	espesso <input type="checkbox"/>	sanguinolento <input type="checkbox"/>	
Gástricas	Náuseas e Vômitos		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
1.4. Integridade Física							
Próteses <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>							
1.5. Regulações							
Térmica	T	°c					
Vascular	PA	mmHg		P	bpm		
Neurológica	Tontura <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Cefaléia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Distúrbios Visuais <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		
	Convulsões <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Alteração de conduta <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
Hydroeletrolítica	Edemas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Locais :				
1.6. Dados Antropométricos							
Peso:			Altura:				
1.7. Integridade Cutânea Mucosa							
Mamas	Mamilos: Protuso <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Invertido <input type="checkbox"/> Pseudo Invertido <input type="checkbox"/> Semi Protuso <input type="checkbox"/>						
	Rede de Haller : Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>			Tubérculos de Montgomery : Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>			
	Colostro : Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>						
Varizes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local:				
Abdômen	Inspeção	Forma: Globoso <input type="checkbox"/> Ovóide <input type="checkbox"/> Pêndulo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>					
		Altura Uterina: cm					
	Palpação	Situação: Longitudinal <input type="checkbox"/> Obliqua <input type="checkbox"/> Transversa <input type="checkbox"/> Posição: Esquerda <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/>					
		Apresentação: Alta e móvel <input type="checkbox"/> Insinuada <input type="checkbox"/>		Cefálica <input type="checkbox"/> Córnic <input type="checkbox"/> Pélvica <input type="checkbox"/>			
Foco : QSD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> QSE <input type="checkbox"/> QIE <input type="checkbox"/>		BCF: bpm					
Dinâmica Uterina.:							
Colo Uterino (toque)	Colo: Fino <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/>		Grosso <input type="checkbox"/>		Pérvio p/ cm		
	Polo Cefálico <input type="checkbox"/> Pélvico <input type="checkbox"/>		Plano de De Lee <input type="checkbox"/>				
Alterações :							

HOSPITAL UNIVERSITARIO

DIRETORIA DE  
ENFERMAGEM

Serviço de Obstetrícia

Cliente:

Registro:



**1.8. Cuidado Corporal**Condições de higiene: Boas  Regulares  Péssimas  Realizou tricotomia perineal : Sim  Não **1.9. Percepção Dolorosa**Dor epigástrica : sim  não  . Outros:**1.10. Terapêutica**Apresenta Alergia a medicamentos: sim  não  Quais:

Rede venosa:

Musculatura:

Tratamento Prescrito:

Uso de drogas/ Alcoolismo sim  não  Nome: Período da gravidez:

Grupo Sangüíneo e fator Rh :

Recebeu Imunoglobulina humana após parto : sim  não  Quando:**1.11. Sexualidade**

DUM: / / DPP: / / GESTA: PARA: ABORTO: Mal formados:

Abortamento: Espontâneo  Provocado  Completo  Incompleto  Retido  Infectado 

IG : semanas. Data do último parto: / /

Problemas no Aparelho Reprodutor Feminino:

**2. Necessidades Psicossociais e Espirituais****2.1. Educação para Saúde**Pré-Natal: sim  não  n° de consultas:..... Doenças na gravidez : sim  não  . Período :Recebeu informações sobre: parto  aleitamento materno  alojamento conjunto  puerpério **2.2. Aceitação, auto estima e realização**Planejou a gravidez sim  não  . Depressão pós-parto anterior (es): sim  não Pretende amamentar: sim  não Deseja Acompanhante no C.O.: sim  não  no A.C./ GINECO: sim  não 

Nome e grau de parentesco do familiar :

**2.4. Outros**

Enfermeiro:

DATA: / /

**3. Parto**

Data e hora do parto: / / às h.

Tipo	Normal <input type="checkbox"/> Vertical <input type="checkbox"/> Horizontal <input type="checkbox"/> Episiotomia: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> . Fórceps <input type="checkbox"/> . Laceração : 1º grau <input type="checkbox"/>
	2º Grau <input type="checkbox"/> 3º grau <input type="checkbox"/> . Peirido expulsivo prolongado sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Circular de cordão <input type="checkbox"/>
	quantas:
	Cirúrgico <input type="checkbox"/> Pfannenstiel <input type="checkbox"/> Küstner <input type="checkbox"/>

Gemelar  FM  . Intercorrências durante o parto:

Dequitação	min. após o parto	Mecanismo: B. Shultz <input type="checkbox"/> B. Duncan <input type="checkbox"/> Extração Manual <input type="checkbox"/>
	Curagem <input type="checkbox"/> Curetagem <input type="checkbox"/> Placenta Íntegra: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Sinais de Infecção : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	Peso: g. Cordão Umbilical: cm. Inserção: central <input type="checkbox"/> paracentral <input type="checkbox"/> periférica <input type="checkbox"/>	
Período de	Globo de segurança de Pinard formado: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	T= °C PA: mmHg P= bpm R= mrm	
Greenberg	Sangramento: normal <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> Útero: retraído <input type="checkbox"/> atonia <input type="checkbox"/>	
	Localização do útero em relação à cicatriz umbilical: ao nível <input type="checkbox"/> acima <input type="checkbox"/> abaixo <input type="checkbox"/>	
	RN colocado para mamar na sala de parto: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> . Sugou o seio: sim <input type="checkbox"/> Condições da mamada: não <input type="checkbox"/> porquê:	

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

Parto atendido por :

Neonatalogista:

Enfermeiro:

Data:

Hora:

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PARTURIENTE

CUIDADOS	HORÁRIO	DATA/HORA ASSINATURA
<b>DILATAÇÃO</b>		
1. Encaminhar e/ou auxiliar no banho.		
2. Estimular higiene oral.		
3. Verificar sinais vitais.		
4. Estimular deambulação.		
5. Manter repouso relativo/absoluto no leito.		
6. Levar a cliente e acompanhante p/ conhecer a sala de parto.		
7. Orientar permanência em DLE no leito e explicar a importância.		
8. Orientar cliente quanto a respiração - Durante as contrações: Superficial e rápida / intervalo das contrações: ritmo normal		
9. Supervisionar a dieta zero.		
10. Oferecer gaze embebida em água, para umedecer os lábios.		
11. Orientar a troca de perineais e anotar características da secreção.		
12. Estimular a micção espontânea.		
13. Observar formação de globo vesical.		
14. Estimular acompanhante a participar dos cuidados prestados à cliente.		
15. Comunicar os sinais de PERIGO neste período: (Hipertonia uterina, sangramento vaginal aumentado, distúrbios visuais, tontura, dor epigástrica, cefaléia, alteração de conduta, distensão do segmento inferior e outros).		
16. Comunicar os Sinais de PERÍODO EXPULSIVO: (abaulamento do perineo com protusão do ânus, coroamento da apresentação puxos e sensação de evacuação).		
17. Realizar cuidados de pré-operatório.		
18. Manter cuidados com FLUIDOTERAPIA.		
19.		
20.		
<b>EXPULSÃO/DEQUITAÇÃO</b>		
1. Elogiar os esforços da cliente e apontar seus progressos.		
2. Prestar assistência de enfermagem relativa a ROTINA DO PERÍODO EXPULSIVO E DEQUITAÇÃO.		
3. Verificar PA e P após dequitação 15/15 min.		
<b>GREENBERG</b>		
1. Observar involução uterina.		
2. Observar formação do globo de segurança de Pinard.		
3. Controlar sangramento vaginal.		
4. Controlar sinais vitais (15/15min.).		
5. Observar nível de consciência.		
6. Incentivar a amamentação.		
7. Propiciar ambiente tranquilo para promover a internação precoce MÃE-RN-PAI.		
8. Estar alerta para sinais de PERIGO neste período (sangramento vaginal abundante, útero amolecido e aumentado de volume (atonía), sudorese, hipotensão taquisfigmia e alteração de conduta.		
9. Observar sangramento na incisão cirúrgica e fazer troca curativo, s/n.		
10. Preencher o ÍNDICE de ALDRETTE.		
11. Manter cuidados com FLUIDOTERAPIA.		
12.		
13.		
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA PRESCRIÇÃO	CLIENTE:   REGISTRO:	



# PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA CURETAGEM UTERINA/ GRAVIDEZ ECTÓPICA

P<sub>1</sub>

CUIDADOS	HORÁRIO	
	DATA _/ _/ _	DATA _/ _/ _
1. Dar/ auxiliar/ encaminhar e/ou auxiliar ao banho ( leito/chuveiro )		
2. Estimular/ auxiliar a higiene oral		
3. Verificar sinais vitais (rotina operatória)		
4. Observar/ registrar/ controlar perdas vaginais / sangramento vaginal		
5. Observar nível de consciência / queixas de dor e/ou desconforto		
6. Oferecer forro perineal / absorvente		
7. Estimular ingestão hídrica /alimentar /exer. resp/ mov. ativos no leito/deambulação		
8. Realizar cuidados pré-operatórios		
9. Realizar cuidados trans-operatórios		
10. Realizar cuidados pós-operatórios		
11. Realizar curativo com SF <span style="float: right;">D:</span>		
12. Controlar e registrar características da diurese/ evacuação/expectoração		
13. Propiciar ambiente tranquilo e dar apoio emocional		
14. Estar alerta para sinais de PERIGO ( sudorese, palidez, pele fria, hipotensão, taquifigmia e alteração de conduta)		
15. Manter cuidados com fluidoterapia/ SVD / SNG <span style="float: right;">D:</span>		
16. Manter cuidados com clientes de RISCO e/ou politransfundido		
17. Manter repouso relativo/absoluto no leito		
18. Manter mamas enfaixadas		
19. Aplicar bolsa de gelo em mamas 3 X/ dia		
20. Preencher ÍNDICE DE ALDRETTE		
21. Orientar cuidados pré/trans e pós-operatórios		
22. Orientar/ envolver a cliente e acompanhante nos cuidados / rotinas do setor e do H.U.		
23. Encaminhar para o Serviço de Psicologia / Serviço Social / SND/ CIAM		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
<b>ENFERMEIRO: CARIMBO E ASSINATURA</b>		

Hospital Universitário

Diretoria de Enfermagem

Serviço de Tocoginecologia

Cliente:

Registro:

Q/L:



# PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

P<sub>1</sub>

CUIDADOS	HORÁRIO	
	DATA _/ _/ _	DATA _/ _/ _
1. Dar/ auxiliar/ encaminhar e/ou auxiliar ao banho (leito/chuveiro)		
2. Estimular/ auxiliar na higiene oral		
3. Verificar Sinais Vitais		
4. Verificar BCF e presença de movimentos fetais		
5. Controlar / registrar características da diurese/evacuação/expectoração		
6. Oferecer forro perineal ESTÉRIL / absorvente		
7. Estimular ingesta hídrica / alimentar / exercícios respiratórios		
8. Manter repouso relativo/absoluto no leito		
9. Manter cuidados com fluidoterapia/ drenos/ SVD/ SNG D.:		
10. Manter cuidados com clientes de RISCO e/ou politransfundido		
11. Manter / orientar permanência em DLE quando no leito		
12. Comunicar sinais de PERIGO ( hipertonia uterina, distúrbios visuais, tontura, cefaléia, dor epigástrica, alteração de conduta, distensão do segmento inferior)		
13. Preparar cliente para 1º / 2º / 3º dia de indução/ curetagem uterina / cesárea		
14. Registrar presença de : náuseas, vômitos, aceitação alimentar, dor e/ou desconforto, disúria, polaciúria, oligúria, anúria.		
15. Observar e reg. : perdas vaginais, sinais e sintomas de hipo/hiperglicemia		
16. Observar pres. de DU, perda de tampão mucoso e ruptura da bolsa das águas		
17. Orientar e envolver a cliente - acompanhante nos cuidados prestados / rotina do setor / HU		
18. Orientar e estimular o aleitamento materno		
19. Encaminhar ao Serviço de Psicologia / Serviço Social / SND/ CIAM		
20. Pesar de 3/3 dias D.:		
21. Coletar Urina de 24 horas ( PROTEINÚRIA/ CLER. DE CREATININA)	D.:	D.:
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
ENFERMEIRO: CARIMBO E ASSINATURA		

Hospital Universitário

Diretoria de Enfermagem

Serviço de Tocoginecologia

Cliente:

Registro:

Q/L:













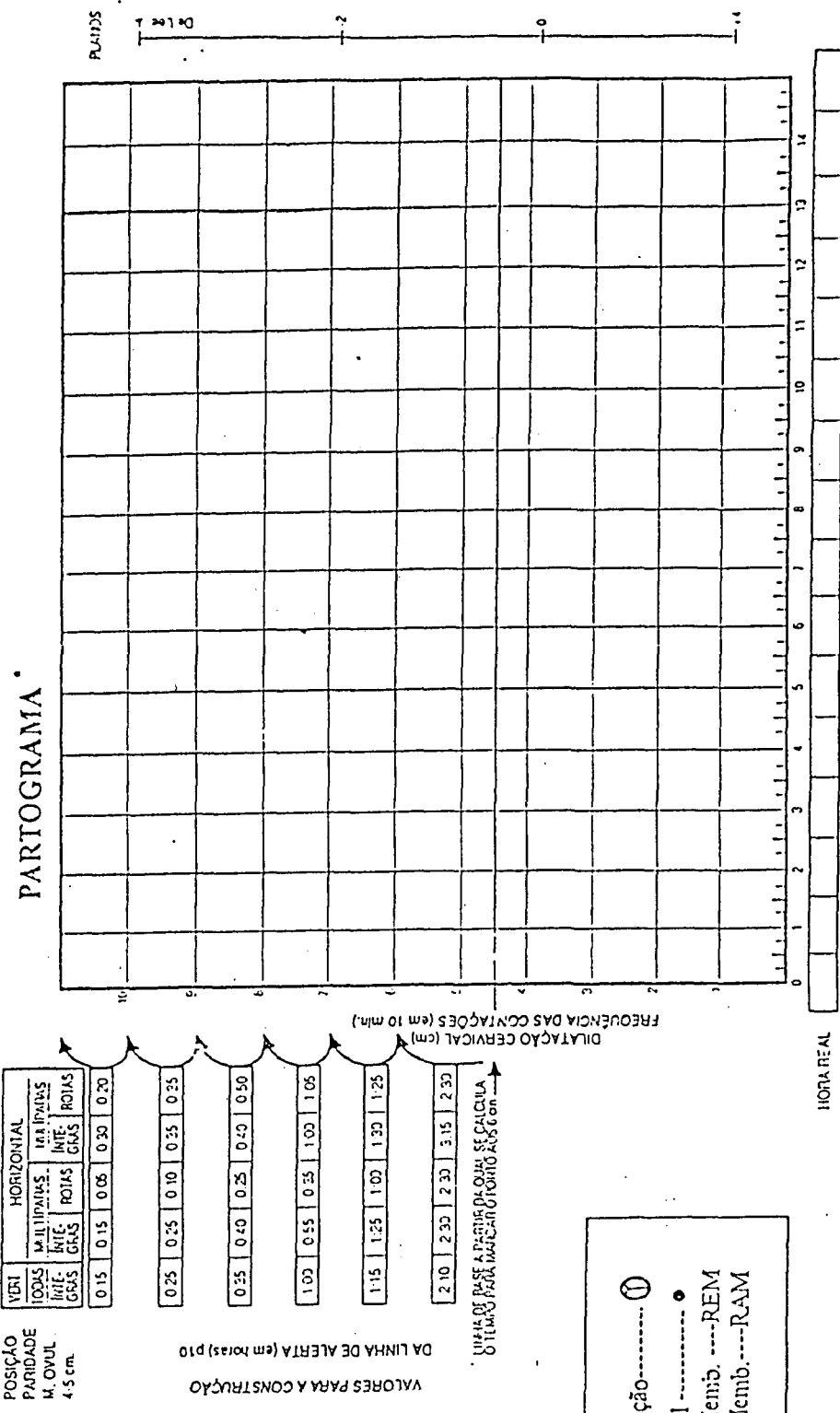
Universidade Federal de Santa Catarina  
Hospital Universitário  
Serviço de Obstetria

Idade: \_\_\_ Gs: \_\_\_ Rh: \_\_\_  
G: \_\_\_ P: \_\_\_ C: \_\_\_ A: \_\_\_  
DUM: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
IG (DUM): \_\_\_  
IG (USG): \_\_\_

Posição materna  
Lat. direita ..... LD  
Lat. esquerda ..... LE  
Dorsal ..... D  
Semi-sentada ..... SS  
Sentada ..... S  
Em pé/caminhando ..... PC

Planos de De Lee  
Variedade de Posição ..... ①  
Dilatação Cervical ..... ◦  
Ruptura Esp de Memb. ....-REM  
Ruptura Art. de Memb. ....-RAM

# PARTOGRAMA



HORA REAL

Hora																			
BCF																			
DU																			
Ass.																			
PA																			
PM																			

Observações (Ruptura das membranas, Líquido Amniótico, Dips, Cardiotocografia, Sangramento, e outras):

**CLAP - OPS/OMS HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - BASE** INSTITUIÇÃO \_\_\_\_\_ História Clínica Nº \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO \_\_\_\_\_ IDADE anos \_\_\_\_\_ menor de 15 maior de 35 ALFASEI  sim  não INSTRUÇÃO  prim.  univ.  anos aprov.  ESTADO CIVIL  casada  estável  solteira  outro

ENDEREÇO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

**ANTERIORES** FAMILIARES  não  sim  diabetes  sim  TBC pulmonar  sim  hipertensão  sim  gemelares  sim  outros  sim  outros  sim  TBC  sim  diabetes  sim  hipertensão crônica  sim  cirurgia pélvico-uterina  sim  infertilidade  sim  outros  sim  outros  sim

**OBSTÉTRICOS** gestas  abortos  vaginais  cesáreas  nascidos vivos  vivos  mortos 1º sem.  depois 1º sem.  nascidos mortos  RN com maior peso  g

**GESTAÇÃO ATUAL** dia \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_ ano \_\_\_\_\_ DIÚDAS  não  sim  ANITÉTANICA atual 1º \_\_\_\_\_ 2º/R \_\_\_\_\_ GRUPO \_\_\_\_\_ FUMA  não  sim  HOSPITALIZAÇÃO  não  sim  ENCAMINHADA  não  sim  lugar \_\_\_\_\_

PESO ANTERIOR \_\_\_\_\_ Kg ALTURA (cm) \_\_\_\_\_ DUM \_\_\_\_\_ DPF \_\_\_\_\_

EX CLÍNICO normal  sim  não  EX MAMAS normal  sim  não  EX ODONT. normal  sim  não  PELVIS normal  sim  não  PAPANIC. normal  sim  não  COLPOSCOPIA normal  sim  não  CERVIK normal  sim  não  VDRL -  dia \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_ +  dia \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_

data da consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
semanas de amenorréia									
peso (Kg)									
pressão arterial máx/min (mm Hg)									
alt. uterina pubis fundo									
F.C.F. (bat./min)									

**PARTO**  abortito  **CONSULTA PRE-NATAL** Nº \_\_\_\_\_ **INTERNAÇÃO** dia \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_ ano \_\_\_\_\_ temperatura \_\_\_\_\_ °C **IDADE GEST.** sem. \_\_\_\_\_ menor 37 maior 41 **APRES.** cef.  pelv.  transv.  **TAMANHO FETAL** adequado  sim  não  **INÍCIO** esp.  ind.  ces. elet.  **MEMBRANAS** data da ruptura hora \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_ dia \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_

**PROCEDÊNCIA** no hosp.  sim  não  com cader.  sim  não

**TRABALHO DE PARTO** hora \_\_\_\_\_ pressão arterial máx./min. (mm Hg) \_\_\_\_\_ contrações freq./10 min./dur. seg. \_\_\_\_\_ altura \_\_\_\_\_ var. posic. \_\_\_\_\_ F.C.F. (batimentos/minuto) \_\_\_\_\_ F.C. mat. \_\_\_\_\_ dilat. cerv. \_\_\_\_\_ mecônio \_\_\_\_\_

**PATOLOGIAS** nenhuma  ges. múltipla  hipert. prévia  pré-eclampsia  eclampsia  cardiopatia  diabetes  infec. urinária  ordem  outras infec.  parasitose  R.C.I.U.  ameaça parto prem.  desprop. cef. pelv.  hemorragia 1º trim.  hemorragia 2º trim.  hemorragia 3º trim.  anemia crônica  rupt. pre.memb.  infec. puerp.  hem. puerp.  outras

**TERMINAÇÃO** espont.  fórceps  cesárea  outra  hora \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_ dia \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_ ano \_\_\_\_\_ **NÍVEL DE ATENÇÃO** 3º  2º  1º  domic.  outro  **ATENDEU** médico  enf/obst.  auxil.  estud./empir.  outro  **Nº H.C. RN** \_\_\_\_\_ **NOME RN** \_\_\_\_\_

**INDICAÇÃO PRINCIPAL DE PARTO OPERATÓRIO OU INDUÇÃO** \_\_\_\_\_ **PARTO**      **NOME** \_\_\_\_\_ **NEONATO**      **NOME** \_\_\_\_\_

**MORTE** intrat.  não  sim  gest.  sim  parto  sim  ignora momento  **EPISIOTOMIA** não  sim  **LACERAÇÃO** não  sim  **DEQUITAÇÃO** espont.  sim  não  **PLACENTA** compl.  sim  não  **MEDICAÇÃO NO PARTO** nenhuma  anest. reg.  anest. geral  analges. tranq.  ocitoc.  antibiot.  outra

**RECÉM-NASCIDO** SEXO  f  m  PESO AO NASCER \_\_\_\_\_ g menor 2500 g PER. CEF. \_\_\_\_\_ cm ALTURA \_\_\_\_\_ cm IDADE POR EX. FÍSICO \_\_\_\_\_ sem. menor de 37 **PESO I.G.** adeq.  peq.  gde.  **APGAR** 1º minuto \_\_\_\_\_ 5º \_\_\_\_\_ 6 ou menor **REANIM. RESPIR.** não  máscara  tubo  **VDRL** -  +

**EXAME FÍSICO** normal  anormal  **PATOLOGIAS** nenhuma  memb. hialina  sind. aspirat.  apnéia  outras SDR  hemorragia  hiperbilirrub.  outras hematol.  infecções  defeitos cong.  neurológicas  metab./nutric.  outras  **ALOJ. CONJUNTO** sim  não  **HOSPITALIZADO** não  sim

**PNEUMPERIO** hora ou dias pós-parto ou aborto \_\_\_\_\_ temperatura \_\_\_\_\_ pulso (bat./min.) \_\_\_\_\_ pressão arterial máx./min. (mm Hg) \_\_\_\_\_ invol. uterina \_\_\_\_\_ características de loquios \_\_\_\_\_

**RESPÍTIO** hora \_\_\_\_\_ dia \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_ **ALIMENTO** peito  mixto  artificial  **PESO NA ALTA** \_\_\_\_\_ g **ALTA MATERNA** dia \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_ ano \_\_\_\_\_ **CONTRACEPÇÃO** camisinha  D.I.U.  pilula  ligadura tubária  ritmo  outro

sponsável \_\_\_\_\_ Responsável \_\_\_\_\_

Esta cor significa ALERTA

**SALA DE PARTO**

**IDENTIFICAÇÃO**

RN	REG.
----	------

**DADOS MATERNNOS**

Idade	Domicílio	Cor	Estado Civil
-------	-----------	-----	--------------

TS Mãe	Coomos	TS Pai	Gesta	Para	Ces	Aborto
--------	--------	--------	-------	------	-----	--------

Pré-natal(nº de consultas):	Local:	DUM	IGO	IGUS
-----------------------------	--------	-----	-----	------

Ultra-som

Intercorrências na Gestação (incluindo medicações):

VDRL Data:	Toxoplasmose IgG Data:	Rubéola IgG Data:	IgM
---------------	---------------------------	----------------------	-----

Tabagismo: Sim ( ) Não ( ) Quantos:	Etilismo:	Lactação anterior:
-------------------------------------	-----------	--------------------

**PARTO ATUAL**

Data:	Hora:	Tipo	Apresentação:
-------	-------	------	---------------

Indicação da Cesárea:

Anestesia	Amniorexe	Provocada ( )	Espontânea ( )
-----------	-----------	---------------	----------------

Bolsa rota dia:	Hora:	Horas antes do parto:
-----------------	-------	-----------------------

Características do líquido:

Complicações:

**RN**

Peso	PC	E	PT	Sexo	Cor
------	----	---	----	------	-----

APGAR:	1'	5'	10'	Capurro Somático:
--------	----	----	-----	-------------------

Atendimento ao RN:

**A(S)**

<input type="checkbox"/> Aspecto geral (amadurecimento, tônus muscular, nutrição, edemas). <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Cabeça e Pesçoço <input type="checkbox"/> Olhos <input type="checkbox"/> Ouvido, Nariz, Boca e Garganta <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Pulmões	<input type="checkbox"/> Coração <input type="checkbox"/> Abdômen <input type="checkbox"/> Genitália <input type="checkbox"/> Tronco e Coluna <input type="checkbox"/> Extremidades <input type="checkbox"/> Reflexos <input type="checkbox"/> Ânus  Normal 0 Anormal X
---	--

**Exame Físico**

Discriminação de Sinais Importantes:

Diagnóstico:

Conduta:

Data e Hora do Exame:	Médica:	CRM
-----------------------	---------	-----

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PUERPÉRIO  
IMEDIATO / MEDIATO / TARDIO**

PROBLEMA Nº 01  <b>CUIDADOS</b>	HORÁRIO		
	DATA / /	DATA / /	DATA / /
01. Dar / auxiliar / encaminhar e / ou auxiliar ao banho ( Leito / Chuveiro)			
02. Estimular / auxiliar a higiene oral			
03. Verificar sinais vitais ( P A P R T )			
04. Registrar queixas de dor e/ ou desconforto			
05. Verificar localização do fundo uterino.			
06. Oferecer forro perineal / absorvente			
07. Estimular ingesta hídrica / alimentar / exer. resp. / mov. ativos no leito / deambulação			
08. Controlar e registrar características da diurese / evacuação / expectoração / loqueação.			
09. Realizar curarivo com SF D:			
10. Manter cuidados com fluidoterapia / SVD / SNG D:			
11. Manter cuidados com clientes de RISCO e / ou politransfundido			
12. Anotar características do períneo ( episiorrafia ) / Incisão abdominal			
13. Anotar condições das mamas ( fissuras / engurgitamento / abscesso/ mastite )			
14. Realizar banho com raios infravermelhos ( mamilo / períneo )	5' D ( ) E ( )	10' D ( ) E ( )	15' D ( ) E ( )
15. Estimular e /ou auxiliar higiene perineal com água morna e sabonete neutro a cada eliminação			
16. Aplicar luva com água gelada no períneo			
17. Orientar / envolver acompanhante nos cuidados prestados à puérpera e RN			
18. Orientar / envolver a cliente e acompanhante nos cuidados / rotinas do setor e do H.U.			
19. Orientar / auxiliar / estimular aleitamento materno			
20. Encaminhar para o Serviço de Psicologia / Serviço Social / SND / CIAM.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
ENFERMEIRO: CARIMBO E ASSINATURA ⇨			

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

DIRETORIA DE ENFERMAGEM

SERVIÇO DE TOCGINECOLOGIA

CLIENTE:

REGISTRO:

Q/L:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
SERVIÇO DE NEONATOLOGIA**

Data	Hora Nascimento		Peso Nasc.	Peso Atual	Estatura (cm)	PC (cm)	PT (cm)	Glicemia	PA (cm)	APGAR 1'	APGAR 5'	I.G. p/ CAPURRO	Ass.
	FC	FR											
ALIMENTAÇÃO													
SINAIS VITAIS													
A M A M E N T A Ç Ã O													
E L I M I N A Ç õ E S													
VOMITO													
INTESTINAL													
Características													
VESICAL													
Características													
AC													
AT													
AV													
Outra													
FM													
FL													
Outra													
B													
L													
Outra													
Hemogloblicite													
Hemoglicite													
Outro Alimento													
Tipo e Volume (ml) / Forma de Ingestão													
Tempo de Mamada (min.)													
Pega da Aréola													
Poder de Sucção													
B													
R													
F													
NS													
C													
I													
NA													
OUTRO ALIMENTO/ FORMA DE INGESTÃO													
URINA													
CARACTERES FEZES													
CARACTERES VÔMITOS													

A M A M E N T A Ç Ã O		ESTADOS DE SONO / VIGÍLIA	
PODER DE SUÇÃO	PEGADA AREOLA	CARACTERES URINA	CARACTERES VÔMITOS
B = Bom	C = Completa	AC = Amarelo Claro	B = Biliar
R = Regular	I = Incompleta	AT = Amarelo Turvo	L = Leite
F = Fraco	NS = Não Aprende	AV = Avermelhado	Outra ( Citar )
NS = Não Suga	CC = c/ copo	Outra ( Citar )	
	CS = c/ seringa		
	GG = Gota / Gota		
	Outra ( Citar )		
		FM = Fezes Mucoisinal	
		FT = Fezes Transitório	
		FL = Fezes Leite	
		Outra ( Citar )	

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA O RN

<b>I. Identificação do RN</b>			
Data e Hora do Nascimento:    /    /    às		horas.	
Tipo de Parto: Normal : Vertical <input type="checkbox"/> Horizontal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>		<b>GEMELAR</b> 1 <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>o</sup> <input type="checkbox"/>	
Cor:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Posição da Família	filho                      Peso:                      g
Estatura:                      cm.	Perímetros: Cefálico                      cm.	Torácico                      cm.	Abdominal                      cm.
APGAR 1 <sup>o</sup>	5 <sup>o</sup>	Idade gestacional pelo Método Capurro:	
Encaminhado para: Alojamento Conjunto : <input type="checkbox"/> Neonatologia : <input type="checkbox"/>			
<b>Dados Maternos:</b>			
Idade:		Religião:	
Estado Civil: Casada <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/>		Profissão:	
Endereço:			
Telefone para contato:			
<b>II. Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas</b>			
<b>1. Necessidades Psicobiológicas</b>			
<b>1.1. Oxigenação</b>			
FR:	mm. Características: eupnéico <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Tiragens <input type="checkbox"/>		
Coloração da pele: Rosada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Rosada com as extremidades cianóticas <input type="checkbox"/>			
Avermelhada <input type="checkbox"/> Respiração: espontânea <input type="checkbox"/> mecânica <input type="checkbox"/>			
Oxigenioterapia .. Máscara <input type="checkbox"/> Tubo crotraqueal com ambú <input type="checkbox"/>			
<b>1.2. Hidratação e Alimentação</b>			
Horário/local da 1 <sup>o</sup> Mamada:			
Força de sucção: Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Não suga <input type="checkbox"/>			
Pega da aréola: completa <input type="checkbox"/> incompleta <input type="checkbox"/> não apreende <input type="checkbox"/>			
<b>1.3. Eliminações</b>			
Vesical: micção espontânea <input type="checkbox"/> . Frequência/Característica :			
Intestinal: Frequência/Característica:			
Gástrica: Aspiração por sonda nasogástrica: Líquido claro <input type="checkbox"/> meconial <input type="checkbox"/> sangüinoieto <input type="checkbox"/> .			
Volume:	ml. Vômitos <input type="checkbox"/>	Regurgitação <input type="checkbox"/>	Salivação excessiva <input type="checkbox"/>
<b>1.4. Integridade Física</b>			
RN anatomicamente perfeito <input type="checkbox"/> Mal formação congênita: Imperfuração anal <input type="checkbox"/>			
Fenda palatina <input type="checkbox"/> Lábio leporino <input type="checkbox"/> Atresia de esôfago <input type="checkbox"/> Deformidade de membros <input type="checkbox"/>			
Outros:			

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	DIRETORIA DE ENFERMAGEM	SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA
RN de	REGISTRO:	

<b>1.5. Regulações</b>		
Térmica	T °C.	Sinais de hipotermia <input type="checkbox"/>
Vascular	FC bpm	Parada Cardiorespiratória <input type="checkbox"/> Tempo de reanimação:
Neurológica: Estados de sono e vigília: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>		
Hidroeletrolítica: Ingurgitamento das mamas <input type="checkbox"/> Edema escrotal <input type="checkbox"/> Vulvar <input type="checkbox"/>		
Hormonal: Sinais de hipoglicemia <input type="checkbox"/>		Eliminação de secreção: vaginal <input type="checkbox"/>
Mamilar <input type="checkbox"/> Característica: Esbranquiçada <input type="checkbox"/> Sangüinolenta <input type="checkbox"/>		
<b>1.6. Integridade Cutânea Mucosa</b>		
Coto Umbilical: Clampeado <input type="checkbox"/> Cateterizado <input type="checkbox"/> Outros:		
Pele: Vêrnix caseoso <input type="checkbox"/> lanugem <input type="checkbox"/> Miliun sebáceo <input type="checkbox"/> Descamação fisiológica <input type="checkbox"/>		
Mancha mongólica <input type="checkbox"/> Outros:		
Presença de : Bossa <input type="checkbox"/> Cefalohematoma <input type="checkbox"/>		
<b>1.7. Terapêutica</b>		
Administrado Kanakion IM <input type="checkbox"/> realizado credê <input type="checkbox"/> Hidratação por cateterismo umbilical <input type="checkbox"/>		
Acesso venoso periférico : Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Péssimo <input type="checkbox"/>		
Condições da Massa Muscular e tecido Subcutâneo : Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Escassa <input type="checkbox"/>		
Realizado coleta de sangue do cordão: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		
Controle de hemoglicoteste : sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		
Outras medicações:		
Parto atendido por:		Neonatologista:
Enfermeiro:		Data: Hora:
<b>1.10. Dados para a Neonatologia</b>		
Hora da entrada do RN na neonatologia:		
Motivo da internação:		
Condições de chegada do RN:		
Enfermeiro:		Data: Hora:





## **Anexo 10**

## NORMAS DE ACOMPANHANTE NO C.O.

Conforme filosofia da maternidade do Hospital Universitário, toda parturiente poderá ter um acompanhante de sua escolha, nas áreas do C. O. (Admissão, pré-parto, parto e S.R.P.A.) obedecendo os seguintes critérios:

01. O acompanhante não pode estar alcoolizado e/ou com alteração de conduta.
02. Ter idade superior a 18 anos exceto o pai.
03. Não fumar no C. O..
04. Respeitar os profissionais, rotinas e demais parturientes do C.O..
05. Permanecer junto a parturiente, apoiando-a.
  - a. Não circular no C.O. por qualquer motivo.
06. Receber as orientações do acompanhante na recepção da admissão.
07. Ao sentir desconforto, mal estar ou tontura, retirar-se da sala e comunicar a enfermagem.
08. Tenha comprovadamente participado de no mínimo 1 consulta no pré-natal podendo ser paciente do SUS, Hospital Universitário ou outros.
09. Seja aprovado pela enfermeira da Admissão após entrevista e orientação.
10. Retirar-se em caso de qualquer intercorrência com a parturiente ou anormalidades no setor, conforme solicitação da equipe de saúde.
11. Não tocar nos materiais e equipamentos.
12. Não oferecer qualquer tipo de alimento ou água a parturiente.
13. Vestir avental e propé.

## **Anexo 11**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DIRETORIA DE ENFERMAGEM**

**PADRÕES DE DESEMPENHO  
CATEGORIA: ENFERMEIRO DO C.O**

**I. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**01. Método de assistência da Enfermagem**

**Comportamentos Esperados  
O Enfermeiro**

- 1.1 Realiza o histórico de enfermagem de acordo com os padrões.
- 1.2 Realiza a evolução de enfermagem de acordo com os padrões
- 1.3 Avalia cientificamente as condições do cliente e a sua resposta às prescrições e/ou cuidados de enfermagem implementados.
- 1.4 Identifica e estabelece Plano(a) para o problema(s) novo(s).
- 1.5 Realiza a prescrição de enfermagem para a cliente de alto risco, nos partos: normais e cirúrgicos, puerperas e RNs.
- 1.6 Estabelece relação entre os problemas levantados no histórico decorrente do parto normal e/ou cirúrgico e evolução de enfermagem e os cuidados da prescrição, para o pós-parto.

**02. Assistência Direta- Colocação do  
Horário Nas Prescrições-  
Avaliação De Intercorrências.**

**Comportamento Esperados  
O Enfermeiro**

- 2.1 Realiza procedimentos estabelecendo prioridades de acordo com o grau de complexidade.
- 2.2 Observa os princípios de assepsia na execução dos procedimentos.
- 2.3 Usa os princípios de assepsia na execução dos procedimentos.
- 2.4 Observa e registra as anormalidades e intercorrência evidenciada durante a execução.
- 2.5 Observa as prioridades do cliente,

2.6 Observa a rotina relacionada com a colocação de horários.

2.7 Interpreta as características da droga.

2.8 Observa, interpreta e avalia sinais e/ou sintomas que denunciam agravamento nas condições de saúde do cliente determinando as medidas adequadas.

03. Passagem de Plantão- Visita Diária aos  
Clientes- Acompanhamento de outros  
profissionais da saúde na Visita a clientes  
e registro de ocorrências

Comportamento Esperados  
O Enfermeiro

3.1 Coordena a Passagem de Plantão, respeitando o horário estabelecido.

3.2 Estimula a participação dos elementos da equipe de passagem de plantão.

3.3 Relata e registra ocorrências significativas à continuidade da assistência, tomando ciência dos registros anteriores.

3.4 Esclarece aspectos assistenciais e/ou administrativos. Visando a segurança do cliente e o conhecimento do grupo.

3.5 Considera as informações já existente a respeito dos clientes e toma as providências indicadas.

3.6 Observa as condições de ordem e limpeza da unidade do cliente e toma as providências indicadas.

3.7 Determina prioridade para os problemas levantados.

3.8 Orienta e supervisiona o cliente de acordo com as necessidades identificadas e/ou prescrições.

3.9 Seleciona o cliente cujo acompanhamento é fundamental para o mesmo e para o intercâmbio de informações.

3.10 Informa o profissional e colhe informações necessárias à continuidade da assistência.

## 04. Orientação e Supervisão de Enfermagem

### Comportamentos esperados O Enfermeiro

- 4.1 Apresenta-se ao cliente e/ou familiares fornecendo orientações quanto a rotina da unidade, informando a equipe das providências necessárias.
- 4.2 Auxilia e/ou supervisiona o pessoal de enfermagem na realização de procedimentos (exames, tratamentos, intervenções cirúrgicos).
- 4.3 Orienta e supervisiona o encaminhamento do cliente para o A.C., neonatologia e/ou (teogii:ecologia).
- 4.4 Orienta e supervisiona os elementos da equipe de enfermagem, quando <sup>A</sup> ao desempenho correto de suas atribuições, e treina funcionários novos.
- 4.5 Orienta e supervisiona os servidores quando <sup>†</sup> a ordem, limpeza e organização da seção.
- 4.6 Planeja, avalia e supervisiona a assistência de enfermagem ao cliente seguindo os "Padrões de Assistência de Enfermagem".
- 4.7 Orienta, supervisiona e avalia a qualidade de assistência prestada pelos servidores.
- 4.8 Orienta, supervisiona e avalia a qualidade das anotações de enfermagem em formulário próprio da SRPA.
- 4.9 Supervisiona o controle de psicotrópicos.
- 4.10 Orienta, supervisiona o desempenho das atividades dos servidores nas salas cirúrgicas que estão sob a sua responsabilidade.

## 05. Administração da Assistência de Enfermagem

### Comportamentos Esperados O Enfermeiro

- 5.1 Participa na elaboração do planejamento da unidade.
- 5.2 Remaneja o pessoal da unidade de acordo com as necessidades que surgirem ou providencia a substituição com pessoal de outros setores para os casos de faltas conhecidas com antecedência.
- 5.3 Distribui as atividades diárias com a participação dos elementos da equipe de enfermagem.
- 5.4 Colabora na elaboração e/ou atualização de normas, rotinas e procedimentos.
- 5.5 Encaminha, para arquivo em pastas próprias, a documentação expedida e recebida.

- 5.6 Registra e encaminha ocorrências, em impressos próprios, de acordo com a indicação.
- 5.7 Desenvolve e estimula a criatividade apresentando idéias novas propondo modificações indicados.
- 5.8 Demonstra equilíbrio emocional no desempenho de suas atividades e em suas atitudes.
- 5.9 Mantém a equipe de enfermagem informada sobre os aspectos de interesse da unidade e da própria equipe.
- 5.10 Convoca e/ou coordena as reuniões da sua equipe.
- 5.11 Estabelece prioridade na resolução dos problemas e toma decisões adequadas e acordo com a situação.
- 5.12 Avalia o desempenho do pessoal sob sua responsabilidade de acordo com os critérios pré-estabelecidos.
- 5.13 Registra nas fichas individuais, ocorrências importantes relacionadas com o desempenho do pessoal ocorridas durante o período compreendido entre uma avaliação e outra.
- 5.14 Participa da elaboração do relatório.
- 5.15 Avalia o cumprimento das normas e rotinas relacionadas com clientes, familiares e/ou visitantes, com a participação da equipe.
- 5.16 Avalia com a equipe, o desempenho e/ou posicionamento da mesma em relação a filosofia, objetivos, padrões de enfermagem e demais normas e rotinas em vigor.
- 5.17 Empenha-se para o cumprimento dos prazos estabelecidos para trabalhos, comissões, relatórios, planejamentos, escalas, etc...
- 5.18 Supervisiona a solicitação, fornecimento e consumo de medicamentos segundo a prescrição.
- 5.19 Supervisiona a limpeza e a ordem das unidades.
- 5.20 Supervisiona a desinfecção do material e equipamentos.
- 5.21 Verifica o uso e a conservação adequada do material e equipamento.
- 5.22 Avalia se o consumo qualitativo e quantitativo do material é adequado às necessidades dos setor.

## **Anexo 12**



## II COMPROMISSO PROFISIONAL

### Comportamentos Esperados O Enfermeiro

01. Presta informações ao cliente e/ou familiares, de acordo com sua competência.
02. Ouve o cliente e respeita sua individualidade.
03. Conhece e coloca em prática a filosofia, regimento, objetivos, normas, rotinas, métodos de assistência, padrões de enfermagem, atribuições específicas etc..., estabelecidos pelo grupo de enfermagem da Instituição e adotado pela Diretoria de Enfermagem..
04. Mantém bom relacionamento com os elementos da equipe de enfermagem e um multiprofissional, alunos, estagiários, professores, chefias, etc...
05. Participa de reuniões para as quais foi convocada..
06. Apresenta-se no local de trabalho, uniformizado, de acordo com as normas estabelecidas.
07. É pontual nos seus compromissos.
08. É assíduo nos seus compromissos.
09. Promove a participação dos elementos da equipe de enfermagem no levantamento e análise dos problemas da unidade bem como das decisões.
10. Promove a participação dos elementos da equipe de enfermagem na distribuição das atividades diárias, assumindo, com responsabilidade as de sua competência.

## III ATIVIDADES DE ENSINO – PRODUÇÃO CIENTÍFICA E/OU EXTENSÃO

### Comportamentos Esperados O Enfermeiros

01. Participa dos eventos e/ou atividade de ensino de interesse profissional, oferecidos pela Instituição, indicando assuntos de seu interesse e/ou necessidades de aprendizagem.
02. Divulga para os colegas e/ou para a equipe de enfermagem os conhecimentos adquiridos em encontros, cursos, etc.... para os quais foi liberado pela instituição e que são de interesse dos mesmos.
03. Colabora na organização execução de eventos promovidos pela instituição e que são de interesse para a enfermagem.

04. Facilita a participação de colegas em atividades de ensino.
05. Estimula e facilita a participação dos elementos da equipe em atividades programadas.
06. Planeja e/ou coordena o planejamento de atividades educativas para clientes.
07. Orienta acadêmicos e/ou estagiários de acordo com as necessidades dos mesmos e do serviço.
08. Supervisiona o desenvolvimento de suas atividades com o objetivo de assegurar a qualidade da assistência ao cliente e o preparo do futuro profissional.
09. Avalia ou participa da avaliação dos acadêmicos e/ou estagiários de enfermagem.
10. Estimula a cooperação da equipe nos estágios de acadêmicos e/ou estagiários de enfermagem.
11. Elabora ou participa da elaboração, operacionalização e divulgação de projetos em áreas de interesse da enfermagem

## **Anexo 13**

---

## **Leis que Beneficiam a Mulher Trabalhadora que Esteja Amamentando:**

**Artigo 7º - Inciso VIII da Constituição Federal (Capítulo 2 dos Direitos Sociais): "Licença à Gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de 120 dias"**

O **Artigo 396 da CLT** garante que a mãe trabalhadora tem o direito de amamentar seu filho até 6 meses de idade. Para isso a empresa deve permitir que durante o trabalho, a mãe possa amamentar seu filho, pelo menos 2 vezes por dia.

**ATENÇÃO:** Mesmo que a mãe não esteja amamentando, ela tem o direito de usar o berçário e esses 2 períodos para estar com o seu filho.

Acontece que, se a empresa não mantém berçário no local de trabalho, a mãe e a criança não poderão usar esse direito. A Lei diz assim:

**Artigo 396 -** Para amamentar o próprio filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá o direito, durante a jornada de trabalho, a dois descansos especiais, de meia hora cada um.

**Parágrafo único -** Quando exigir a saúde do filho, o período de 6 (seis) meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente.

Nos últimos anos aumentou muito o número de brasileiras que trabalham fora de casa.

Em 1982, havia 16 milhões de mulheres entre 50 milhões de assalariados. De cada 100 trabalhadores, 32 eram mulheres. As mulheres são a terça parte dos que trabalham fora, mas ganham menos do que os homens. Em 1982, metade das mulheres que trabalhavam fora recebiam até 1 (um) salário mínimo. Menos do que 1% delas recebia mais do que 10 salários mínimos.

Tem aumentado demais o número de mulheres com filhos que saem para trabalhar fora de casa. De cada 100 trabalhadoras, 42 têm filhos. E mais da metade das que tem filhos, tem pelo menos um filho ainda pequeno com menos de 6 anos.

**"Com tanta mãe trabalhando fora de casa, o que acontece com seus filhos pequenos e com os bebês que ainda estão mamando?"**

O **Artigo 399 da CLT** diz que, as empresas com mais de 30 mulheres devem ter um berçário no local de trabalho.

Se a empresa não tiver espaço apropriado para instalar o berçário ela deve arranjar um local no trabalho ou então providenciar e pagar vagas em creches que já existem, por meio de convênios. Nesses casos ela deve dar transporte gratuito de ida e volta entre a empresa e a creche. A Lei é assim:

**Artigo 389 - Parágrafo 1º -** Os estabelecimentos em que trabalharem pelo menos 30 (trinta) mulheres, com mais de 16 (dezesseis) anos de idade, terão local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período da amamentação.

**Parágrafo 2º -** A exigência do parágrafo 1º poderá ser suprimida por meio de creches distritais mantidas, diretamente, ou mediante convênio pelas próprias empresas, em regime comunitário ou a cargo do SESI, do SESC, da LBA ou de entidades sindicais.

Essa lei deve ser cumprida de acordo com a Portaria DNSHT, nº 1 de 15/01/69 que diz:

- I - A creche distrital deverá estar situada, de preferência nas proximidades da residência das empregadas ou dos estabelecimentos ou vilas operárias.
  - II - Nos casos de inexistência de creches previstas no item I cabe a autoridade regional competente, a faculdade de exigir que os estabelecimentos celebrem convênios com outras creches desde que os estabelecimentos ou as instituições forneçam transporte, sem ônus para as empregadas.
-

## **Anexo 14**

### Do Objetivo

**Artigo 1º** - O objetivo desta Norma é contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e para defendê-los dos riscos associados à não amamentação ou desmame precoce, protegendo e incentivando a amamentação, mediante a regulamentação da promoção comercial e uso apropriado dos alimentos que são colocados à venda como substitutos ou complementos do leite materno.

### Da Abrangência

**Artigo 2º** - Esta norma aplica-se à comercialização e às práticas a ela relacionadas, à qualidade e informações de uso, dos seguintes produtos, fabricados no País ou importados:

- I - Leites infantis modificados;
- II - Leite em pó, leite pasteurizado e leite esterilizado;
- III - Alimentos complementares, bebidas à base de leite ou não, quando comercializados ou de outra forma apresentados como apropriados para utilização como um substituto parcial ou total do leite materno; e
- IV - Mamadeiras, bicos, chupetas e copos fechados com canudinhos ou bicos, comercializados ou indicados para o uso de crianças como recipientes para produtos líquidos relacionados nos incisos I, II e III desse artigo.

### Das Definições

**Artigo 3º** - Para as finalidades desta Norma considera-se:

I - "ALIMENTO SUBSTITUTO DO LEITE MATERNO": Qualquer alimento comercializado ou de alguma forma apresentado como um substituto parcial ou total do leite materno.

II - "ALIMENTO COMPLEMENTAR": Qualquer alimento industrializado para uso direto ou empregado em preparado caseiro, utilizado como um complemento do leite materno ou de leites infantis modificados, quando qualquer um deles se tornar insuficiente para satisfazer às exigências nutricionais dos lactentes. Tal alimento é também denominado "alimento do desmame".

III - "AMOSTRA": Unidade ou pequena quantidade de um produto fornecido gratuitamente.

IV - "DOAÇÃO": Fornecimento gratuito de um produto em quantidade superior a caracterizada como amostra.

V - "FABRICANTE": Empresa ou entidade privada ou estatal envolvida na fabricação ou na cadeia de comercialização de um produto dentro da abrangência desta Norma, quer diretamente ou, por intermédio de agente ou entidade por ela controlada ou contratada.

VI - "LACTENTE": Criança até 1 ano de idade (de zero a 11 meses e 29 dias).

VII - "LEITE INFANTIL MODIFICADO": Alimento preparado industrialmente de acordo com os padrões do Codex Alimentarius - FAO/OMS - 1982, para satisfazer as exigências nutricionais dos lactentes e adaptado às características fisiológicas e da faixa etária à qual se destina.

VIII - "PESSOAL DE COMERCIALIZAÇÃO": Qualquer profissional (vendedor, promotor, demonstrador ou representante de vendas) remunerado direta ou indiretamente pelos fabricantes dos produtos abrangidos por esta Norma.

IX - "PROFISSIONAL DE SAÚDE": Recursos Humanos de nível superior da Área de Saúde.

X - "PESSOAL DE SAÚDE": Agentes e trabalhadores sem graduação universitária, que atuam no sistema de saúde, como técnicos e auxiliares de enfermagem, atendentes e outros, incluindo voluntários.

XI - "PROMOÇÃO COMERCIAL": Quaisquer formas de induzir vendas: através de divulgação por meios escritos, auditivos ou visuais, contato direto ou indireto com profissionais de saúde, pessoal de saúde, estudantes da área de saúde, mães, gestantes e seus familiares e com o público em geral; distribuição de amostras, de brindes, de presentes; doações ou vendas a preços especiais e por outras formas não relacionadas.

XII - "RÓTULO": Qualquer identificação impressa ou litografada, bem como as dizes pintadas ou gravadas a fogo, por pressão ou decalcação, aplicadas sobre o recipiente, vasilhame, invólucro, cartucho ou qualquer tipo de embalagem dos produtos abrangidos por esta Norma.

XIII - "SISTEMA DE SAÚDE": Complexo de órgãos e entidades do setor público e do setor privado, prestadores de serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde da população, inclusive reabilitação.

### Da Promoção Comercial

**Artigo 4º** - É vedada a promoção comercial dos produtos a que se refere o Artigo 2º inciso I e IV, incluindo estratégias promocionais para induzir vendas ao consumidor no varejo, tais como exposições especiais, cupons de descontos, prêmios, bonificações, vendas com descontos ou preço abaixo do custo, vendas vinculadas a produtos não cobertos por esta Norma, embalagens ou apresentações especiais.

**Parágrafo Único** - Este dispositivo não deve restringir políticas e práticas de preços visando a venda de produtos a preços mais baixos.

**Artigo 5º** - A promoção comercial de alimentos infantis que possam ser utilizados como alimentos complementares a que se refere o Artigo 2º inciso II e III deverá incluir, em caráter obrigatório e com destaque uma advertência visual e/ou auditiva, de acordo com a meio de divulgação, de que não devem ser utilizados na alimentação do lactente nos seis primeiros meses de vida, salvo sob orientação de médico ou nutricionista.

### Da Qualidade

**Artigo 6º** - Os alimentos para lactentes devem atender aos padrões de qualidade e às especificações do "Codex Alimentarius FAO/OMS", cumprida a legislação nacional específica.

**Artigo 7º** - As mamadeiras, bicos e chupetas não podem conter mais de dez partes por bilhão de nitrosaminas e devem atender aos padrões de qualidade, de acordo com a legislação nacional específica.

### Da Rotulagem

**Artigo 8º** - É vedada nas embalagens e/ou rótulos, a utilização de ilustrações, fotos ou imagens de bebê ou outras formas que possam sugerir a utilização do produto como sendo o ideal para a alimentação do lactente, bem como a utilização de frases do tipo "quando não for possível" ou similares que possam por em dúvida a capacidade das mães de amamentarem seus filhos.

**Artigo 9º** - Os rótulos dos leites infantis modificados devem exibir em lugar de destaque, de forma legível e de fácil visualização, além de atender os dispositivos previstos no Capítulo III do Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969 e na Resolução nº 10, de 31 de julho de 1984 da Comissão Interministerial de Indústria, Saúde e Agricultura - CISA, além das seguintes mensagens:

I - "O ALEITAMENTO MATERNO EVITA INFECÇÕES E ALERGIAS E FORTALECE O VÍNCULO MÃE-FILHO".

II - "ESTE PRODUTO SÓ DEVE SER UTILIZADO PARA LACTENTES QUANDO ORIENTADO POR MÉDICO OU NUTRICIONISTA".

**Parágrafo Primeiro** - Devem constar instruções para a correta preparação do produto, incluindo medidas de higiene a serem observadas e a dosagem para a diluição, quando for o caso.

**Parágrafo Segundo** - Fica vedada a utilização de frases como "leite humanizado", "leite maternizado", "substituto do leite materno" ou similares, com o intuito de sugerir forte semelhança do produto com o leite materno.

**Artigo 10º** - Os rótulos dos produtos compreendidos no inciso II, do artigo 2º, devem conter as seguintes mensagens:

I - Leites desnatados (em pó, pasteurizado e esterilizado):

"ESTE PRODUTO NÃO DEVE SER USADO COMO FONTE DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE".

II - Leites semi-desnatados e padronizados (leite tipo "C" e "reconstituído" - 3,2% de gordura, leite em pó e leite esterilizado):

"ESTE PRODUTO NÃO DEVE SER USADO COMO ÚNICA FONTE DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE".

III - Leites integrais (leite tipo "A" e "B", em pó esterilizado):

"ESTE PRODUTO NÃO DEVE SER USADO, COMO ÚNICA FONTE DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE, SALVO SOB ORIENTAÇÃO DE MÉDICO OU NUTRICIONISTA".

**Parágrafo Único** - O leite condensado e os leites aromatizados, não sendo indicados para alimentação de lactentes, estão isentos do cumprimento deste Artigo.

**Artigo 11º** - Os rótulos dos alimentos complementares, além de atenderem à legislação específica, devem conter as seguintes mensagens:

I - "O ALEITAMENTO MATERNO DEVE SER MANTIDO APÓS A INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS NA DIETA DA CRIANÇA".

ATÉ COMPLETAR DOIS ANOS DE IDADE OU MAIS".

II - "ESTE PRODUTO NÃO DEVE SER UTILIZADO NA ALIMENTAÇÃO DOS LACTENTES NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA SALVO SOB ORIENTAÇÃO DO MÉDICO OU NUTRICIONISTA".

**Artigo 12º** - Os rótulos dos alimentos elaborados para atender às necessidades especiais de lactentes devem conter informações sobre as características específicas do alimento, mas sem indicar condições de saúde para as quais o produto possa ser utilizado. Aplica-se a estes alimentos o disposto no Art. 9º.

**Artigo 13º** - É obrigatório o uso de embalagens e/ou rótulos em mamadeiras, bicos ou chupetas.

**Parágrafo Primeiro** - Os rótulos destes produtos, além de atenderem a legislação específica, devem conter a seguinte mensagem: "A CRIANÇA AMAMENTADA AO SEIO NÃO NECESSITA DE MAMADEIRA E DE BICO".

**Parágrafo Segundo** - Fica vedada a utilização de frases ou expressões que possam sugerir semelhança destes produtos com a mama e o mamilo.

**Artigo 14º** - Os rótulos de amostras dos produtos abrangidos por esta Norma devem conter os seguintes dizeres: "AMOSTRA GRÁTIS PARA AVALIAÇÃO PROFISSIONAL".

#### Da Educação e Informação ao Público

**Artigo 15º** - Compete aos órgãos públicos de saúde e de educação a responsabilidade de zelar para que as informações sobre alimentação infantil transmitidas às famílias, aos profissionais e pessoal de saúde e ao público em geral, sejam coerentes e objetivos. Esta responsabilidade se estende tanto a produção, obtenção, distribuição e ao controle das informações, como a formação e capacitação de recursos humanos.

**Artigo 16º** - Todo material educativo, qualquer que seja a sua forma, que trate de alimentação de lactentes, deve se ater aos dispositivos desta Norma e incluir informações claras sobre os seguintes pontos:

- I - Os benefícios e a superioridade da amamentação;
- II - Orientação sobre alimentação adequada da gestante e da nutriz, com ênfase ao preparo para o início e a manutenção do aleitamento materno até 2 anos de idade ou mais;
- III - Os efeitos negativos do uso da mamadeira, do bico e chupetas sobre o aleitamento natural, particularmente no que se refere às dificuldades para o retorno da amamentação;
- IV - As implicações econômicas decorrentes da opção pelos alimentos substitutos do leite materno, além dos prejuízos causados à saúde do lactente pelo uso desnecessário ou inadequado de tais alimentos.

**Parágrafo Único** - Os materiais educativos não poderão conter imagens ou textos, mesmo de profissionais ou autoridades de saúde, que possam estimular ou induzir o uso de alimentos para substituir o leite materno.

#### Dos Fabricantes e do Pessoal de Comercialização

**Artigo 17º** - Os fabricantes só poderão fornecer amostras dos produtos abrangidos por esta Norma a médicos e nutricionistas, quando do lançamento do produto e também a outros profissionais de saúde, para pesquisa, mediante pedido formal do profissional ou da instituição a que estiver vinculado e atendendo ao Artigo 14 desta Norma e aos dispositivos da Resolução nº 01/88 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as "Normas de Pesquisa em Saúde".

**Artigo 18º** - Os fabricantes e distribuidores dos produtos de que trata esta Norma só poderão conceder estímulos financeiros e/ou materiais às entidades científicas ou associativas de médicos e de nutricionistas, que sejam reconhecidas nacionalmente, ficando, portanto, vedadas todas e quaisquer formas de concessão de estímulos a pessoas físicas.

**Parágrafo Único** - As entidades contempladas com estímulos, terão a responsabilidade de zelar para que as empresas não façam promoção comercial desses produtos nos eventos por elas patrocinados, autorizando somente a distribuição de material científico, conforme as disposições desta Norma.

**Artigo 19º** - Ficam proibidas as doações ou vendas a preços reduzidos dos produtos abrangidos por esta Norma, às maternidades e outras instituições que prestam assistência a crianças, quer para uso da própria instituição, quer para distribuição a clientela externa.

**Parágrafo Único** - A proibição de que trata este Artigo não se aplica às doações ou venda a preços reduzidos em situação de excepcional necessidade individual ou coletiva, a critério da autoridade sanitária, sendo permitida a impressão do nome e do logotipo do doador, mas vedada qualquer propaganda dos produtos.

**Artigo 20º** - Não é permitida a atuação do pessoal de comercialização nas unidades de saúde, exceto para contatos com médicos e nutricionistas, devendo neste caso restringir-se aos aspectos científicos, incluindo as informações específicas do Artigo 17.

**Parágrafo Único** - O fabricante deve informar, a todo o seu pessoal de comercialização sobre esta Norma e suas responsabilidades no seu cumprimento.

#### Do Sistema de Saúde e das Instituições de Ensino

**Artigo 21º** - Compete aos órgãos do Sistema Único de Saúde, sob orientação nacional do Ministério da Saúde, a divulgação, aplicação e vigilância do cumprimento desta Norma.

**Parágrafo Único** - O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e órgãos equivalentes a nível municipal, sempre que necessário acionará outras entidades governamentais para melhor cumprimento do disposto nesta Norma.

**Artigo 22º** - As instituições de ensino e pesquisa, bem como as unidades prestadoras de serviços de saúde de qualquer natureza, não podem ser usadas com a finalidade de promover os produtos objeto desta Norma.

**Artigo 23º** - As instituições responsáveis pela formação e capacitação de profissionais e pessoal da área de saúde devem incluir a divulgação e estratégias de cumprimento desta Norma, como parte do conteúdo programático das disciplinas que abordem a alimentação infantil.

#### Dos Profissionais e do Pessoal de Saúde

**Artigo 24º** - Compete de forma prioritária aos profissionais e ao pessoal de saúde em geral estimular a prática do aleitamento materno.

**Parágrafo Único** - Os recursos humanos referidos no "caput" deste Artigo, em particular os vinculados ao Setor Público e às instituições conveniadas com o mesmo, deverão familiarizar-se com esta Norma, com vistas a contribuir para a sua difusão, aplicação e fiscalização.

**Artigo 25º** - A alimentação com o uso de leites infantis modificados deve ser prescrita por médico ou nutricionista, podendo ser demonstrada ou orientada por outro profissional ou pessoal de saúde, devidamente capacitado.

**Artigo 26º** - Fica vedado aos profissionais e ao pessoal de saúde distribuir amostras de produtos referidos nesta Norma a gestantes, nutrízes ou seus familiares.

#### Da Implementação

**Artigo 27º** - Fabricantes, organizações governamentais e não governamentais e, em particular, as de defesa do consumidor, instituições privadas de prestação de serviços de saúde ou de assistência social, bem como entidades comunitárias e associações que congreguem profissionais ou pessoal de saúde serão estimulados a colaborar com o sistema público de saúde para o cumprimento desta Norma.

**Artigo 28º** - As instituições responsáveis pelo ensino de 1º e 2º graus deverão promover a divulgação desta Norma.

**Artigo 29º** - As penalidades pelo não cumprimento desta Norma serão aplicadas de forma progressiva de acordo com a gravidade e frequência da infração. Aplicam-se aos infratores as sanções previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

**Artigo 30º** - Visando o cumprimento desta Norma, de forma a assegurar a defesa e proteção da saúde da criança, aplica-se, no que couber, as demais disposições estabelecidas no Decreto-lei nº 986, de 21 de Outubro de 1969.

**Artigo 31º** - Dada a conveniência de respaldo mais abrangente, para o fiel cumprimento, e assim, assegurar a sua eficácia, aplica-se ainda, no que couber, as disposições preconizadas no Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, em vigor a partir de 11 de março de 1991.

12 de Outubro de 1992

JAMIL HADDAD  
Presidente do Conselho Nacional de Saúde  
Ministro de Estado da Saúde

## **Anexo 15**



## **CLIENTE No 02**

### ACOMPANHANTE

01) Qual a importância para você de participar do parto de sua mulher?

r: O parto não pode ser restrito só a mãe, a presença física do pai traz mais conforto e segurança mãe, além disso pude ver o primeiro momento do meu filho ao mundo, foi maravilhoso!

02) Como você se sentiu?

r: Foi o momento mais sublime e especial da minha vida.

03) O que você tem a dizer do atendimento prestado na maternidade?

r: Coisa de primeiro mundo.

### CLIENTE

01) Como você se sentiu com a participação de seu esposo na sala de parto?

r: Não poderia existir companhia melhor, só o fato de saber que a pessoa que amo estava do meu lado pra junto de mim receber nosso primeiro presente de DEUS, me senti confortável e bastante calma.

02) Que recomendação você daria às outras maternidades em relação a participação do pai no momento do nascimento?

r: Eu particularmente temi muito não poder ser atendida no HU, minha preferência por essa maternidade foi justamente por ser a única a permitir a presença do pai, não entendo essa decisão das outras maternidades que não permitem o pai na sala de parto, a presença do pai traz confiança, amor, etc.

03) Como você vê esse acompanhamento das acadêmicas à domicílio? Como vocês se sentiram?

r: Muito interessante, sempre pode ficar dúvidas ou dificuldades por parte das mães, as acadêmicas são bastante atenciosas, carinhosas, estão mesma dispostas a ajudar, foi isso que sentimos e estamos muito gratos.

### **CLIENTE No 03**

01) O que achou do atendimento domiciliar?

r: O atendimento domiciliar foi ótimo pois me ajudou a esclarecer várias dúvidas sobre o neném.

02) As visitas domiciliares estão solucionando dúvidas e dificuldades do casal?

r: Sim foi muito bom.

03) O que achou de ter um acompanhante na sala de parto?

r: Achei muito bom porque o pai pode acompanhar o nascimento do neném.

04) O que você achou do nosso trabalho?

r: Achei ótimo principalmente para as mães de primeira viagem.

05) Que conselho você daria para outras maternidades?

r: Que elas tivessem um atendimento igual ao do HU.

06) Como se sentiram e qual a importância do casal participar deste processo?

r: Foi muito importante pois assim o pai pode aprender a cuidar do neném para ajudar a mãe.

07) O que achou do atendimento prestado pela maternidade?

r: Excelente, pois esclarecem todas as dúvidas, ensinam a cuidar do neném e são muito atenciosas.

### **CLIENTE No 04**

#### ACOMPANHANTE

01) Qual a importância para você de participar do parto de sua irmã?

r: Eu acho importante a presença de um familiar, porque é um ato de amor.

02) Como você se sentiu?

r: Muito bem.

03) O que você tem a dizer do atendimento prestado na maternidade do HU?

R: Eu confesso para vocês que nós fomos muito bem atendidas realmente vocês nos trataram muito bem.

## CLIENTE

01) Você acha que foi importante ter um acompanhante com você na sala de parto? Porquê?

r: Sim, eu acho que foi muito importante, porque com um acompanhante eu me senti mais protegida e com menos medo.

02) Como você vê esse acompanhamento das acadêmicas de enfermagem na sua casa? Como você se sente em relação a isso?

r: Eu acho importante porque não tem necessidade de ir ao posto médico e assim a mãe e o bebê ficam bem orientados pelas acadêmicas. Me senti muito confortável e despreocupada e acho bastante importante o trabalho que vocês fazem.

## **CLIENTE No 05**

01) O que você tem a dizer do atendimento prestado na maternidade?

r: Muito bom, fomos muito bem atendidos. Nota 10 pelo atendimento!

02) Como você vê esse acompanhamento das acadêmicas à domicílio? Como vocês se sentiram?

r: Ótimo trabalho. Nós nos sentimos muito bem.

## **CLIENTE No 06**

01) O que achou do atendimento domiciliar?

r: Achei muito bom, pois por mais que a gente se informe sempre restam algumas dúvidas, é uma grande ajuda, principalmente para quem é mãe pela primeira vez.

02) As visitas domiciliares estão ajudando o casal a solucionar as dificuldades?

r: Sim.

03) O que achou de ter um acompanhante na sala de parto?

r: Achei muito importante, pois a gente fica mais segura, porque sabe que tem alguém da família para dar uma força, um apoio emocional.

04) Como você vê nosso trabalho?

r: O trabalho da equipe é muito bom e deve ser aprimorado e estimulado em outras maternidades.

05) Que conselho você daria para outras maternidades?

r: Aconselharia a rever as normas e torná-las mais humanas e flexíveis.

06) Como vocês se sentiram e qual a importância do casal participar deste processo?

r: Nos sentimos mais unidos e achamos todo o processo muito importante para a compreensão da necessidade de compartilhar de todas as fases do processo, com a participação mais ativa do homem (pai, marido...).

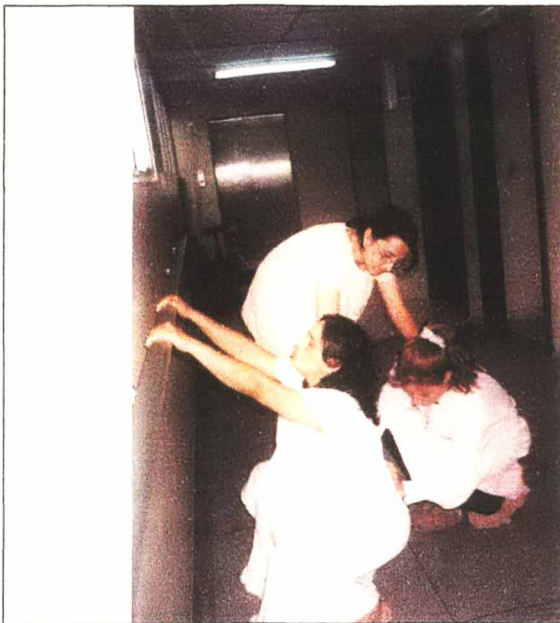
07) O que você achou do atendimento prestado na maternidade?

r: A filosofia da maternidade é muito boa, porém, na prática se torna muito metódica, tanto para a paciente como para a equipe de saúde. Algumas etapas poderiam ser alteradas de acordo com cada situação, com por exemplo na minha situação, onde não havia possibilidade de parto normal, pois o bebê estava sentado e a bolsa estava rota. Acredito que o tempo usado para responder perguntas e conhecer os tipos de sala de partos, recuperação, etc, poderia ser aproveitado para agilizar a cesariana e evitar as complicações para o bebê (aspiração de mecônio).

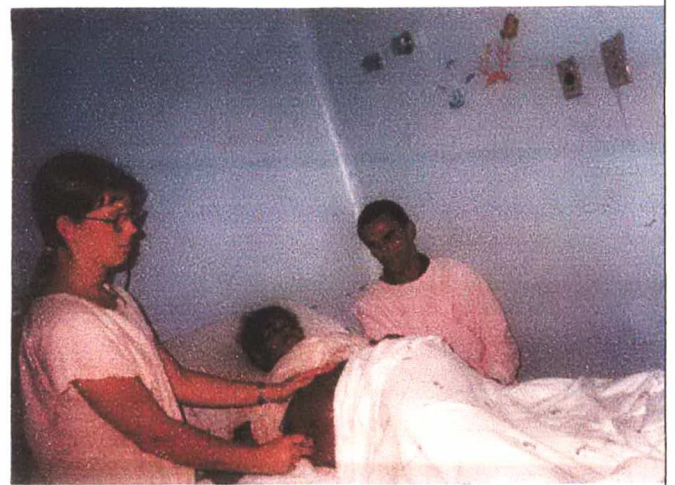
08) Se você tivesse outra gestação, gostaria que o atendimento fosse da mesma forma?

r: Como já disse na gestação anterior, gostaria que fosse mais rápido. Creio que se tivesse outra gestação com as mesmas características, marcaria a data para a cesariana para evitar problemas.

## **Anexo 16**



**Nós prestando assistência no pré-parto**



**Agláé no pré-parto auscultando BCF**



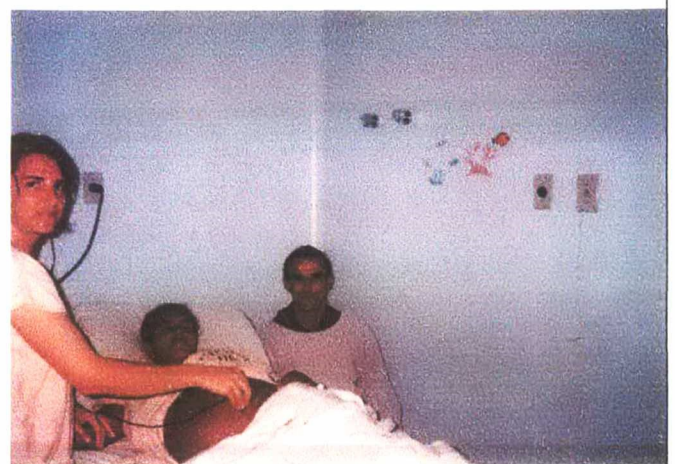
**Nós na sala de parto de Cócoras (cadeira de cócoras)**



**Zelma no pré-parto auscultando BCF**



**Joseane puncionando veia com abocath no pré-parto**



**Joseane no pré-parto auscultando BCF**



**Agláé verificando sinais vitais no pré-parto**



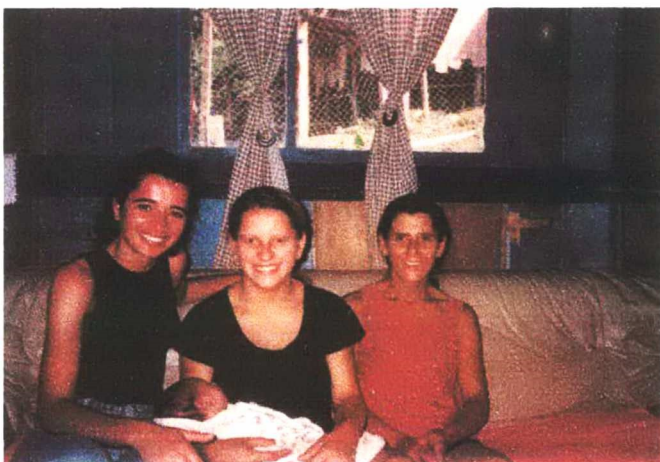
**Visita domiciliar a Cliente nº5**



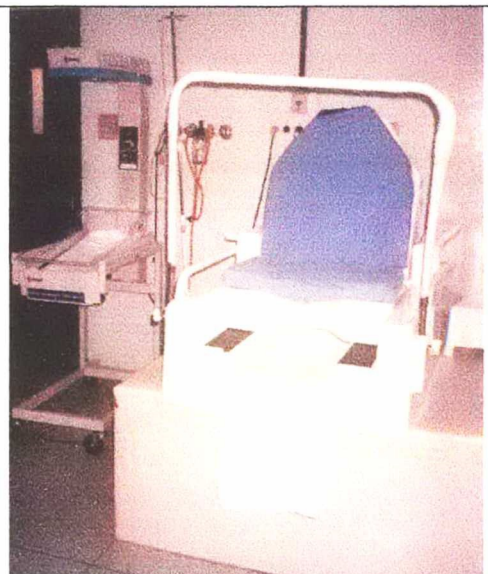
**Joseane e Zelma com obebê da cliente nº 5**



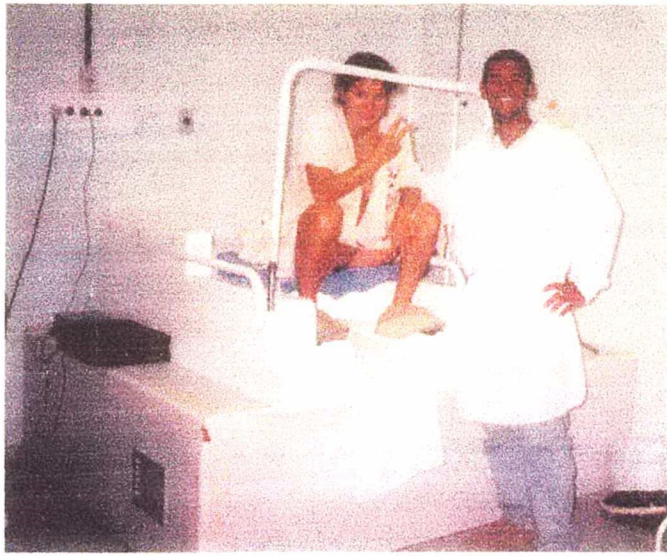
**Joseane na visita domiciliar à cliente nº 4**



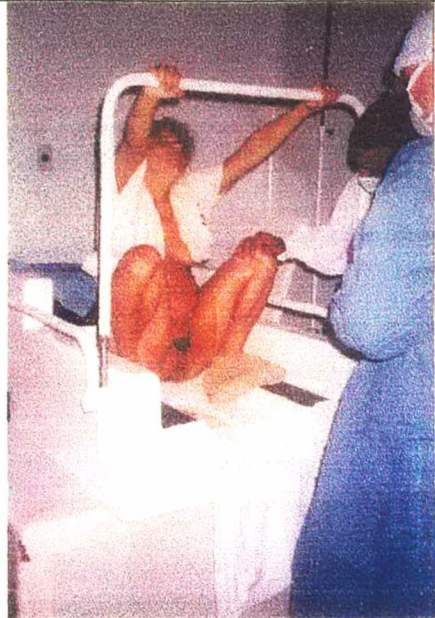
**Zelma na visita domiciliar à cliente nº 4**



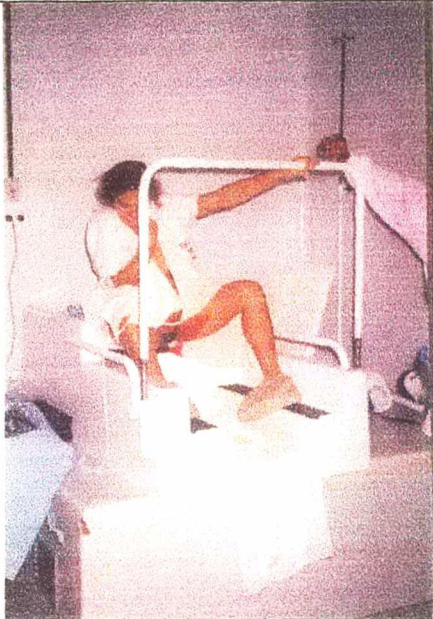
**Cadeira do parto vertical ( cócoras)**



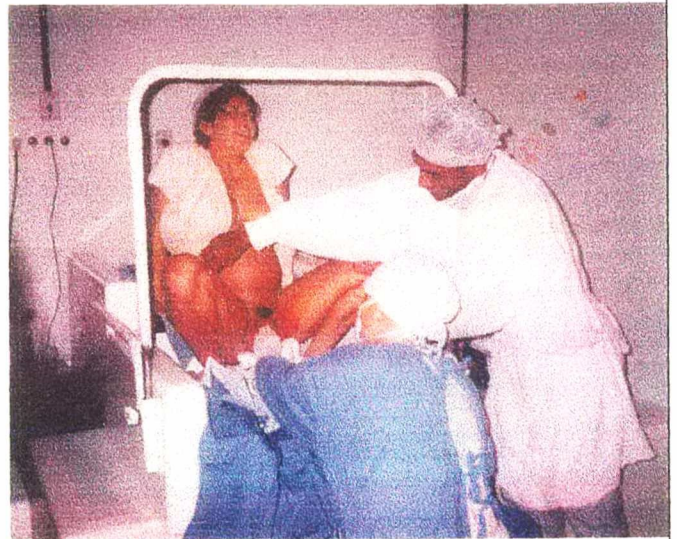
**Acompanhamos este casal no processo de parir – chegada na sala de parto de cócoras**



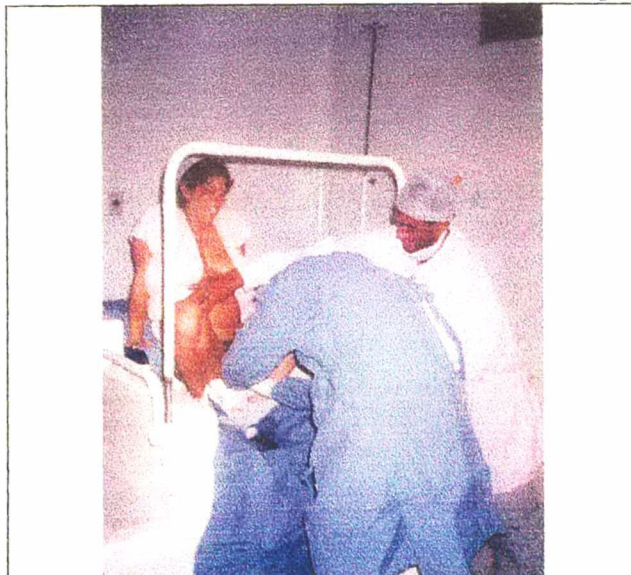
**Parturiente fazendo força na posição acorçada**



**Aguardando as contrações**



**Próximo a hora de expulsão do feto sendo auxiliada pelo marido**



**Saída do polo cefálico – observe a expressão de ambos.**





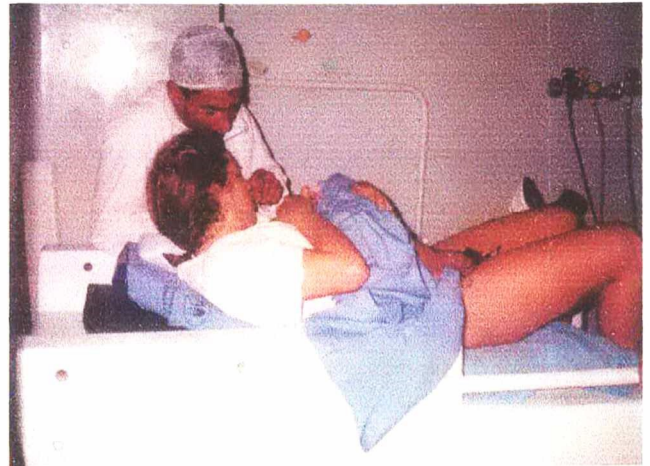
**Saída do RN A mãe com uma expressão de felicidade e o pai com expressão de quem ainda não acredita**



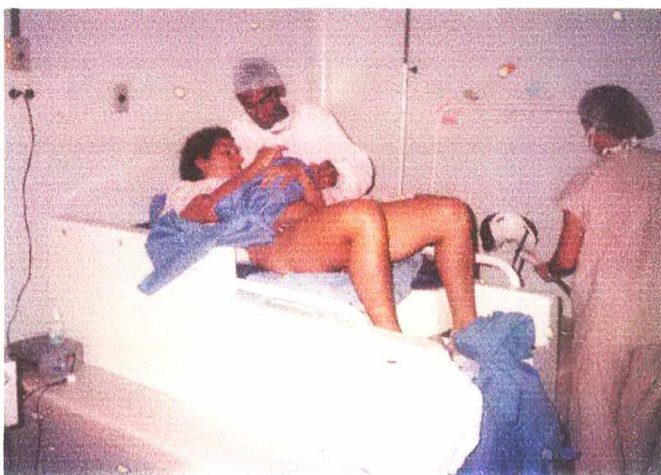
**O pai faz questão de pegar a recém nascida com as mãos e sua vontade é atendida**



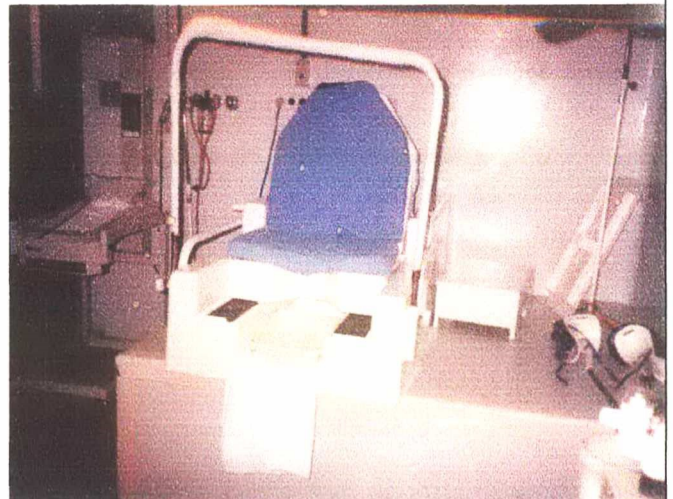
**Pai posando para uma foto**



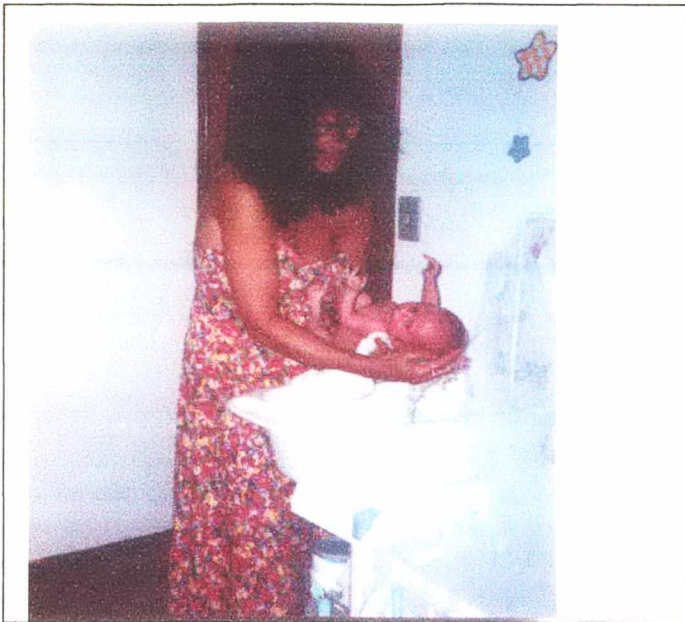
**A família num momento envolvimento afetivo**



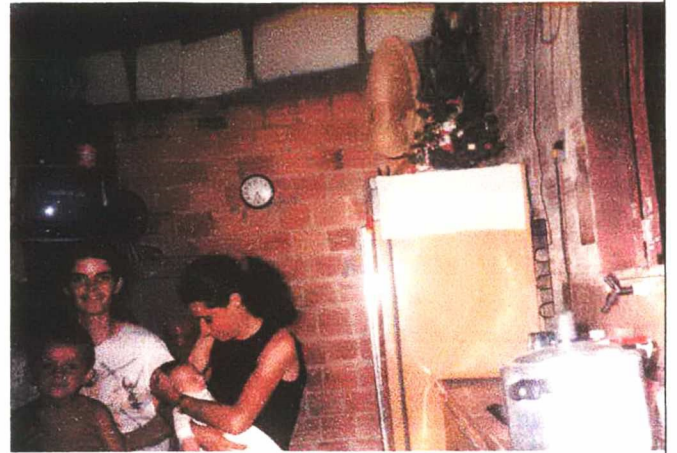
**Puérpera sendo preparada para a revisão do períneo**



**Cadeira de parto de cócoras**



**Cliente nº 6 dando banho no bebê em sua casa.**



**Zelma e Aglaé na visita domiciliar à cliente nº 7**



**Aglaé na visita domiciliar à cliente nº 6**



**Nós com a equipe do Centro Obstétrico**



**Nós em frente à Reitoria**



**Nós prestando assistência no pré-parto**

## **13 APÊNDICE**

## **Apêndice 1**

CONFERIMOS AO  
CASAL-----E

-----O  
PRESENTE  
DIPLOMA PELA  
CHEGADA DE SEU  
NOVO FILHO.

ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM