

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

**AMAMENTAÇÃO MATERNA: UMA PROPOSTA ASSISTENCIAL
DIRECIONADA AO SER-PUÉRPERA-ADOLESCENTE E SUA
FAMÍLIA, FUNDAMENTADA NA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE
DOROTHEA OREM**

**EVANDRO ISENSEE
VIVIANE DE SOUZA BRITO**

**FLORIANÓPOLIS
2004**

**EVANDRO ISENSEE
VIVIANE DE SOUZA BRITO**

**CCSM
TCC
UFSC
ENF
0371
Ex.1**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0371
Autor: Isensee, Evandro
Título: Amamentação materna : uma propos



972493049

Ac. 241636

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**AMAMENTAÇÃO MATERNA: UMA PROPOSTA ASSISTENCIAL DIRECIONADA
AO SER-PUÉRPERA-ADOLESCENTE E SUA FAMÍLIA, FUNDAMENTADA NA
TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM**

*Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado à
disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada
da VIIIª Unidade Curricular do Curso de
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina.*

Orientadora: Profª Drª Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

**Banca Examinadora: Profª Drª Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos
Profª Msc. Vitória Regina Petters Gregório
Enfª. Carin Iara Loeffler
Enfª Maira Beatriz Kamke**

**FLORIANÓPOLIS
2004**

Dedicamos aos nossos pais: pela possibilidade que nos deram de existir, pelos ensinamentos que nos fizeram crescer e hoje nos transformamos em profissionais. Pela liberdade que possibilitaram buscar nossos desafios e sonhos. Pela fonte inesgotável de carinho e amor que serviram de combustível para nossas vidas.

Godofredo Mário Isensee e Marli Maria de C. Isensee.

Jair José de Brito e Denise Deli de Souza Brito

Nossa grande admiração e eterna gratidão!

*“Para ser grande, sê inteiro
Nada teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa.
Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha porque alta vive”.*

Fernando Pessoa

NOSSOS AGRADECIMENTOS

À Deus

Pelo dom da vida a nós concedido e por sempre iluminar nossos caminhos.

À nossa orientadora Prof^a Dr^a Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos (Vanda)

Por sua competência, atenção, dedicação, carinho e apoio dispensado à nós.

Por ter nos guiado nesta etapa, depositando confiança em nosso trabalho.

Você fez a diferença em nossas vidas.

Nunca te esqueceremos.

Às nossas supervisoras: Maira Beatriz Kamke e Carin Iara Loeffler

Pela confiança, competência profissional demonstrada e dedicação dispensada.

À professora Vitória Regina Petters Gregório

Por ter aceito fazer parte de nossa banca examinadora e por disponibilizar seu tempo e contribuir com a melhoria deste trabalho.

Às puérperas-adolescentes e suas famílias

Por terem aceitado fazer parte do nosso estudo, nos recebido em suas casas e terem compartilhado conosco este momento de suas vidas.

Aos funcionários do Alojamento Conjunto e CIAM

Por terem nos recebido tão bem, com empatia e alegria, permitindo o desenvolvimento deste trabalho, compartilhando conosco suas experiências profissionais, nos fazendo sentir como parte integrante da equipe.

Ao Gerson (Gersinho)

Pela sua disposição de nos ajudar na concretização deste trabalho

AGRADECIMENTOS

EVANDRO

Aos meus pais

*Godofredo e Marli pela vida e também por abdicarem seus sonhos em favor dos meus.
Minha eterna gratidão.*

Às minhas irmãs

Eliane e Elisângela por perdoarem minha ausência e incentivarem o encontro do meu verdadeiro sonho. Por estarem ao lado dos nossos pais quando eu, distante, não poderia estar com eles. Amo vocês!!

Ao meu sobrinho

Vinícios por demonstrar através de gestos de carinho que eu poderia acreditar no meu sonho. Por ter orgulho do tio sem saber exatamente que destino eu estaria tomando. Desculpa pelo tio não poder estar acompanhando diariamente seu crescimento. Você é muito importante para mim. Te adoro!!

À Vivi

Por demonstrar confiança, carinho e me ajudar nas horas difíceis, tanto da vida como da universidade. Obrigado por fazer parte da minha vida. Te adoro!!

À Anne

Por sempre confiar em mim, demonstrando carinho amor e afeto e por acreditar que a vida não é simplesmente uma passagem. Beijão!! Linda!!

Às amigas Mireli e Germânia

Por serem companheiras e acreditarem na nossa amizade. Amo vocês!

Aos amigos de Gaspar

Por entenderem da distância sempre me motivando para concretização desta etapa da minha vida. Valeu!!

Aos amigos e amigas

Por terem compartilhado junto, todos os momentos alegres e tristes do nosso curso,. apoiando e incentivando para nos tornarmos grandes profissionais

Ao amigo e primo

Pepê agradeço pelas visitas recebidas e pelas festas realizadas juntos.

Pelas palavras de apoio e incentivo quando o mundo parecia estar desabando.

Também vai meu, muito obrigado, pelas correções feitas no nosso trabalho. Valeu!!

Ao casal Dardo e Francisca

Que sempre me impulsionaram incentivando na conclusão do meu curso. Por ter me recebido muito bem na sua casa, onde permaneci e convivi boa parte da minha estada em Florianópolis. Foram verdadeiros avós para mim. Sempre lembrarei de vocês.

AGRADECIMENTOS

VIVIANE

Aos meus pais

*Jair e Denise pelo amor, apoio, confiança que dedicaram em todos os momentos de minha vida. Por abdicarem de seus sonhos em favor dos meus. Por acreditarem em mim
As palavras não conseguem descrever todo o respeito, amor e carinho que sinto por vocês.*

Ao meu irmão

Agradeço ao Dadário pelo afeto e carinho que temos apesar de não demonstrarmos. Por fazer parte de minha vida.

Às minhas avós

*Agradeço a minha bisavó Maria Júlia (vó Bia) pelo amor, confiança e apoio depositado em mim. Sabemos o quanto a senhora contribuiu para eu estar aqui, e por sempre em suas palavras sábias me fazer acreditar que eu poderia crescer
Agradeço a minha vó Deli por ter sido a minha segunda mãe, minha educadora, minha incentivadora, por ter despertado em mim a vontade de ser enfermeira.
Não saberia expressar completamente o que sinto por vocês, minhas avós-mães.
À vocês o meu amor fraterno e meu muito obrigada.*

Ao meu noivo Andrey

Agradeço à Deus por ter cruzado nossos caminhos e ter feito você fazer parte de minha vida. Com você aprendi o que é o amor e tudo o que o acompanha, como o respeito, o apoio e a compreensão. Nada no mundo faz muito sentido quando você não está ao meu lado, por isso você sempre fará parte de minha vida. Espero viver com você todos os nossos sonhos, nossos medos e todo o nosso amor. Te amo, Te amo e Te amo!!!

Ao meu eterno amigo Evandro

Por toda demonstração de carinho, afeto e amizade. Por ter compartilhado comigo esse momento da vida que ficará registrado em nossas lembranças para sempre.

Aos meus amigos

Especialmente a Anne, Germânia, Kika, Mireli e Zelita por terem compartilhado comigo esse nosso sonho, por acreditarem em nossa amizade. Adoro vocês!!

Aos meus Tios/Tias

Ao Tio Gersinho por ter sempre incentivado meus estudos. Pela confiança depositada em mim, fazendo-me acreditar que posso alcançar meus sonhos. Muito do que sou agora devo a você.

Aos meus tios Carlos e André e tias Delza, Luiza e Nelci. Por fazerem parte de toda a minha trajetória de vida. Suas palavras de apoio me fizeram crescer a cada dia

RESUMO

BRITO, Viviane de Souza; ISENSEE, Evandro. **Amamentação materna: uma proposta assistencial direcionada ao ser-puérpera-adolescente e sua família, fundamentada na teoria do autocuidado de Dorothea Orem.** 2004. 224 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

O presente trabalho relata a experiência desenvolvida pelos autores, enquanto acadêmicos de enfermagem, da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada da VIIIª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Teve como objetivo geral prestar assistência de enfermagem ao ser-puérpera-adolescente vivenciado o processo da lactação, envolvendo sua família na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário e no domicílio. A prática assistencial foi realizada no período de março a junho de 2004. O referencial teórico adotado para direcionar a prática assistencial, foi a teoria geral do autocuidado de Dorothea Orem, no qual a teórica acredita que o profissional de enfermagem juntamente com o cliente deve identificar déficits de competência no atendimento dos requisitos individuais de autocuidado, procurando desenvolver nestes indivíduos os potenciais já existentes para a prática de ações de autocuidado. Para implementar este referencial na prática utilizou-se o processo de enfermagem, conforme preconizado por Orem e adaptado por Santos (1991), que inclui três etapas: 1 – diagnóstico e prescrição de enfermagem (levantamento de dados); 2 – planejamento dos sistemas e da execução dos atos de enfermagem; e 3 – implementação e controle do cuidado de enfermagem. Participaram deste estudo 14 puérperas-adolescentes e suas famílias, entre as quais, descreve-se, na íntegra, dois processos de enfermagem e os relatos das visitas domiciliares de duas puérperas-adolescentes. Durante o desenvolvimento deste estudo percebeu-se que dentre os déficits de competência para o autocuidado identificados junto às puérperas-adolescentes vivenciando o processo da lactação, os mais frequentes estavam relacionados à posição adequada do recém-nascido para proporcionar uma pega completa da aréola mamária, e portanto, uma sucção eficiente. Além disso, constatou-se a importância da visita domiciliar, revelando-se esta, um elemento fundamental para a continuidade da assistência de enfermagem prestada no âmbito hospitalar. Esta proporciona o conhecimento das reais condições de vida das puérperas-adolescentes e o meio social e familiar que está inserida, podendo esta, ser uma estratégia efetiva para a proteção, o apoio e promoção do aleitamento materno. Ao finalizar o estudo os autores ressaltam o alcance dos objetivos propostos e a importância da implementação do marco conceitual fundamentado na teoria do autocuidado de Orem para o fortalecimento da autoconfiança do ser-puérpera-adolescente no processo da lactação.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	25
2.1. OBJETIVO GERAL	25
2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	25
3. MARCO CONCEITUAL	27
3.1. CONHECENDO A TEÓRICA: BREVES CONSIDERAÇÕES	29
3.2. CONHECENDO A TEORIA	30
3.3. PRESSUPOSTOS DA TEÓRICA	34
3.4. NOSSOS PRESSUPOSTOS	35
3.5. CONCEITOS GERAIS	36
3.5.1. ENFERMAGEM.....	37
3.5.2. SER HUMANO: PUÉRPERA-ADOLESCENTE, FAMÍLIA, ENFERMEIRO...39	
3.5.3. SAÚDE/ DOENÇA.....	41
3.5.4. SOCIEDADE/ MEIO AMBIENTE.....	42
3.5.5. APRENDÊNCIA.....	43
3.6. CONCEITOS ESPECÍFICOS DA TEORIA DE OREM	44
3.6.1. AUTOCUIDADO.....	44
3.6.2. DEMANDA TERAPÊUTICA DO AUTOCUIDADO.....	46
3.6.3. COMPETÊNCIA DO INDIVÍDUO PARA O AUTOCUIDADO.....	46
3.6.4. COMPETÊNCIA OU PODER DE ENFERMAGEM PARA GERENCIAR O AUTOCUIDADO.....	48
4. O SABER EXISTENTE SOBRE O TEMA: UM BREVE OLHAR NA LITERATURA	50
4.1. ALOJAMENTO CONJUNTO	50

4.1.1. DEFININDO E CONHECENDO A IMPORTÂNCIA DO ALOJAMENTO CONJUNTO (AC).....	50
4.1.2. UM BREVE HISTÓRICO.....	51
4.1.3. VANTAGENS.....	55
4.1.4. POPULAÇÃO ATENDIDA.....	59
4.1.5. NORMAS BÁSICAS PARA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO SISTEMA AC.....	59
4.1.5.1. Recursos de área física.....	60
4.1.5.2. Recursos humanos.....	60
4.1.5.3. Recursos materiais.....	61
4.1.5.4. Determinações gerais.....	61
4.1.5.5. Atribuições da equipe.....	62
4.1.5.6. Avaliação do sistema.....	63
4.2. PUERPÉRIO.....	64
4.2.1. PUERPÉRIO IMEDIATO.....	65
4.2.2. PUERPÉRIO TARDIO.....	66
4.2.3. PUERPÉRIO REMOTO.....	66
4.2.4. CARACTERIZANDO O PUERPÉRIO.....	67
4.2.4.1. Fenômenos puerperais.....	67
4.2.4.2. Modificações gerais do puerpério.....	68
4.2.5. O PROCESSO DE CUIDAR NO PUERPÉRIO.....	72
4.3. DEFFININDO A ADOLESCÊNCIA.....	74
4.3.1. CONHECENDO A ADOLESCÊNCIA.....	76
4.3.2. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	76
4.3.2.1. Riscos de uma gravidez não planejada.....	78
4.4. ALEITAMENTO MATERNO.....	78
4.4.1. ANATOMIA E FISILOGIA DA LACTAÇÃO.....	80
4.4.1.1. Anatomia da glândula mamária.....	80
4.4.1.2. Fisiologia da lactação.....	82
4.4.2. PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO.....	85
4.4.2.1. Políticas destinadas ao aleitamento materno e à mulher que amamenta.....	89
4.4.2.2. Vantagens do aleitamento materno.....	94
4.4.2.3. Aspectos psicológicos relacionados ao aleitamento materno.....	100
4.4.2.4. Fatores que influenciam o método de alimentação infantil.....	101

4.4.2.5. Conhecendo as crenças que envolvem a amamentação.....	102
4.4.2.6. Causas do desmame precoce.....	103
4.4.2.7. Situação do aleitamento natural.....	106
4.4.3. MANEJO CLÍNICO DA LACTAÇÃO.....	107
4.4.3.1. A primeira alimentação.....	107
4.4.3.2. Frequência das amamentações.....	108
4.4.3.3. Técnica da amamentação.....	110
4.4.3.4. Técnica da extração manual do leite.....	113
4.4.4. PROBLEMAS FREQUENTES NA AMAMENTAÇÃO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	115
4.4.4.1. Ingurgitamento mamário.....	116
4.4.4.2. Fissura mamilar.....	119
4.4.4.3. Mastite Puerperal.....	123
4.5. FAMÍLIA.....	126
4.6. VISITA DOMICILIAR.....	127
4.7. MARCOS CONCEITUAIS FUNDAMENTADOS NA TEORIA DE DOROTHEA OREM APLICADOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	128
5. METODOLOGIA.....	130
5.1. DESCRREVENDO A POPULAÇÃO ALVO.....	130
5.2. CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DE ESTÁGIO.....	130
5.2.1. HISTÓRIA DA IMPLANTAÇÃO DA MATERNIDADE DO HU.....	132
5.2.2. ALOJAMENTO CONJUNTO DO HU.....	134
5.2.2.1. Estrutura física do AC.....	138
5.2.2.2. Rotinas de admissão do trinômio mãe-filho-acompanhante.....	138
5.2.2.3. Projeto maternidade segura.....	140
5.3. ASPECTOS ÉTICOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	141
5.4. COMPONENTE ÉTICOS DO ESTUDO.....	143
5.5. BUSCANDO ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS PROPOSTOS.....	145
5.6. CONHECENDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO OREM....	150
5.6.1. ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	151
6. RESULTADOS DAS ATIVIDADES PLANEJADAS.....	155
6.1. PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA.....	156
6.2. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS.....	163

7.ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NÃO PLANEJADAS.....	211
7.1. CURSO DE CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GASPAR, SC.....	211
7.2. VISITAS ÀS MATERNIDADES DE OUTROS MUNICÍPIOS DE SANTA CATARINA.....	214
7.3. REUNIÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS – DISCUSSÃO DO PROGRAMA DO ADOLESCENTE.....	215
7.4. AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	216
7.5. INTERAÇÃO COM O CIAM (CENTRAL DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO).....	218
7.6. INTERAÇÃO COM A EQUIPE DO ALOJAMENTO CONJUNTO.....	219
8. FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS.....	200
8.1. FACILIDADES ENCONTRADAS.....	220
8.2. DIFICULDADES ENCONTRADAS.....	221
9.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	222
10.REFERÊNCIAS.....	224
APÊNDICE.....	230
ANEXOS.....	247

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A GESTANTE NO HU.....135

FIGURA 2 – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO RN NO HU.....136

**FIGURA 3 – REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA ESTRUTURA DO
PROCESSO DE ENFERMAGEM BASEADO EM OREM.....154**

1 – INTRODUÇÃO

O presente relatório é fruto da prática assistencial desenvolvida durante o estágio curricular obrigatório da VIIIª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que teve como finalidade assistir o ser-puérpera-adolescente vivenciando o processo da lactação através do incentivo as ações de autocuidado.

O referido estágio foi desenvolvido na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário (HU) do município de Florianópolis, SC no período de 31/03/2004 a 04/06/2004. A escolha do local como campo para desenvolvermos a prática assistencial deveu-se ao fato desta unidade possuir condições adequadas para cumprir nossos objetivos e primordialmente por ser credenciada como um Hospital Amigo da Criança, ou seja, uma unidade que promove, protege e apóia o aleitamento materno, através da adoção dos dez passos para o sucesso desta prática, que foi instituído após a declaração conjunta da Organização Mundial de saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (1989).

A proposta da abordagem focalizando a amamentação surgiu de observações realizadas na prática assistencial, no transcurso do estágio da VIIª Unidade Curricular, do curso de Graduação em Enfermagem, nas unidades de Alojamento Conjunto (AC) da Maternidade Carmela Dutra e da Maternidade do Hospital Universitário (HU), onde tivemos

a oportunidade de prestar assistência de enfermagem à puérpera e ao recém-nascido internados nestes setores, bem como durante a realização de estágios-extracurriculares. Durante esta prática nos defrontamos com dificuldades relacionadas ao repasse de orientações sobre os cuidados com a amamentação às puérperas. Adquirimos os devidos conhecimentos através de estudos científicos e, no entanto, tínhamos que traduzir aquelas mesmas informações e conhecimentos em linguagem popular, de forma a possibilitar fácil assimilação e compreensão, do assunto, pelas puérperas. Também, sempre que possível, procuramos conciliar conhecimento científico com crenças e valores culturais inerentes ao indivíduo, principalmente quando o assunto diz respeito aos cuidados e necessidades de alimentação de um bebê. Outro problema observado por nós, foi presenciar o puerpério de mães adolescentes amedrontadas pelo fato de ter que criar um filho, muitas vezes indesejado pela família. Muitas, sem experiência, tornavam-se totalmente dependentes da figura da mãe ou sogra, que as acompanhavam. Neste momento misturavam-se sentimentos de culpa, constrangimento, inexperiência, associados ao desconhecimento, muitas vezes total, de sua constituição biológica.

A amamentação transformou-se em um dos principais assuntos para o planejamento de políticas de saúde em favor da criança, tendo como preocupação o combate ao desmame precoce e redução da morbi-mortalidade infantil. No ano de 1980 foi lançada no Brasil a Campanha Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, com o objetivo de promover o aleitamento e reverter os índices alarmantes de desmame precoce em nosso país. Em 1983 foram publicadas normas básicas para implementação do Alojamento Conjunto, sendo revisadas em 1993; e em 1990 foi lançado o Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança idealizado pela UNICEF e OMS, onde foram estabelecidos os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, com o objetivo de readequar as rotinas hospitalares tendo a preocupação em prestar apoio à mulher que amamenta e de protegê-la dos condicionantes

sociais que atuam a favor do desmame precoce. (RAMOS; ALMEIDA, 2003; SANTOS, 2002).

Segundo Miranda & Ungere (1999), Pierre Budin é considerado o pai da neonatologia, e um dos seus maiores legados foi a constatação de que a criança que não recebia leite e carinho maternos, possuía maior probabilidade do surgimento de afecções do tubo digestivo, comprovado pelos estudos realizados por volta de 1893. Pierre Budin também defendia que a presença e a atenção da mãe era fundamental e devia ser estimulada e encorajada para oferecer toda a quantidade de leite possível para sustentar seu bebê, baseado em pesquisas realizadas no final da década de 40, onde pesquisadores foram alertados em relação ao desajuste familiar advindo da separação mãe-filho e sobre a atenção materno-infantil oferecida durante a internação, que não preparava as mães para cuidar de seus filhos. Essas novidades impulsionaram a mudança de perfil dos setores hospitalares.

Uma destas mudanças foi a criação das unidades de Alojamento Conjunto (AC), nas quais mãe e filho permanecem juntos desde o nascimento até a alta hospitalar, favorecendo o relacionamento entre o binômio mãe-filho, a formação do apego e um desenvolvimento equilibrado e harmonioso. A adoção do AC proporcionava ainda a diminuição da ansiedade e problemas psicológicos da mãe e filho, devido a separação; auxiliar a puérpera na solução dos problemas apresentados na nova situação de mãe e na aceitação da maternidade; permitir o intercâmbio com outras mães, compartilhando conhecimentos e experiências com estas e profissionais de saúde, em relação ao momento complexo e de grande instabilidade emocional no puerpério (CAMPESTRINI, 1992).

O aleitamento materno traz vantagens não só para a criança como também para a mãe, família e a comunidade. Segundo Giugliani (1994) entre as vantagens da amamentação para a mãe estão figuradas a involução uterina mais rápida no pós-parto, a proteção contra

anemia, a menor incidência de câncer de mama e de ovário, além da anticoncepção. Muitas mães acham prático amamentar, estando o leite pronto e na temperatura adequada a qualquer hora. Mas talvez, o mais significativo seja, o fato de que a amamentação bem sucedida com frequência desperta na mulher um sentimento de ligação profunda com o filho e de realização como mulher e como mãe. Outras vantagens direcionam-se para o lado econômico, onde amamentar uma criança ao peito é mais barato que alimentá-la com leite artificial.

A promoção do aleitamento materno pode ser feita de diversas maneiras, através de ações que, em seu conjunto, formam diversos componentes dos programas de incentivo a amamentação. Todos os profissionais possuem assim papel fundamental neste processo de promoção, como na construção de atividades educativas para: os profissionais de saúde, gestantes, puérperas, acompanhamentos no pós-parto e para população em geral (GIUGLIANI, 1994).

Apesar de todo o incentivo criado em torno da amamentação, do conhecimento de todas as vantagens que o leite materno traz para a criança e do benefício para a puérpera, a prevalência e a duração do aleitamento materno segundo a OMS/ UNICEF (1989) continuam distantes do ideal preconizado (SANTOS, 2002).

A decisão da mulher em amamentar está interligada a sua história de vida, esta opção pode então ser influenciada pelo aspecto emocional, social, cultural e econômico. O conhecimento sobre os benefícios nutricionais do leite materno; o melhor desenvolvimento físico, mental e emocional dos bebês amamentados; além das vantagens de proteção à saúde da mãe, são fatores influentes nessa decisão pelo aleitamento (CAETANO; PRIMO 1999).

Durante nossa prática assistencial, principalmente nos estágios extracurriculares, observamos que as puérperas-adolescentes demonstravam pouco conhecimento sobre os aspectos básicos da estrutura e funcionamento de seus corpos e principalmente a lactação.

Desconheciam a estrutura da glândula mamária, fisiologia da lactação, fatores que interferem na prática do aleitamento materno, cuidados profiláticos aos principais problemas da lactação; o que dificultava a obtenção de êxito nesta prática.

Segundo Correa (2000) a adolescência enquanto etapa singular do desenvolvimento humano configura-se em um tema recente de estudos de ciências médicas e sociais.

Desde 1989 a OMS, em Assembléia Mundial em Genebra, reconheceu a adolescência como um momento importante do ciclo vital humano, oficializando este período do desenvolvimento como alvo de seus programas.

A Constituição Federal efetiva como dever do Estado e da sociedade civil a garantia das necessidades em saúde das crianças e adolescentes, afirmado pelo artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Neste artigo fica especificado que:

“A criança e o adolescente possuem direito à proteção, à vida e à saúde, cabendo ao Estado a efetivação de políticas públicas voltadas para seu desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990, p11).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, MS, 1999), estima-se que mulheres com idade entre 10 e 19 anos respondam por cerca de 23% a 30% do total de gestações. Em levantamento realizado no AC do HU de outubro de 2003 a 14 de março de 2004, das internações pós-parto, 67 são de adolescentes de 14 a 18 anos de idade; caracterizando-se assim como uma parte significativa da população atendida neste setor. Existem várias considerações sobre a idade de início e fim da adolescência, porém adotaremos a classificação do ECA que considera a faixa etária compreendida entre 12 e 18 anos de idade.

Para Cavalcanti et al (2002) a gravidez na adolescência é resultante de um conjunto de fatores estruturais da sociedade. Dentre estes estão os culturais, econômicos e sociais. Portanto, ela desencadeia uma crise sistêmica caracterizada por um período temporário de desorganização, precipitados por mudanças internas e externas. Tanto a adolescência quanto a gravidez, são consideradas pelas autoras como “crises”, sendo que a primeira é necessária e imprescindível para o desenvolvimento do indivíduo como ser humano; enquanto a segunda pode ser desestruturante, apresentando uma pesada carga emocional, física e social fazendo com que não sejam vivenciados importantes estágios de maturação psicossocial, além de ser identificada como um dos grandes problemas de saúde no Brasil.

Consideramos assim nossa participação fundamental no processo de assistir o ser- puerpera-adolescente, tendo em vista sua grande importância no momento atual, considerando as necessidades desta população, evidenciado com o aumento do número de gravidezes, assim como a manifestação das dificuldades características de lidar com estes processos (gravidez/puerpério).

A literatura é ampla em relação aos diversos aspectos da amamentação, sobre os benefícios do leite materno, a percepção da nutriz sobre o ato de amamentar, os motivos e fatores que corroboram para esta decisão, porém os sujeitos (família) que apóiam este processo ainda foram pouco explorados.

Para Caetano; Primo (1999) a amamentação vai além do fenômeno biológico, é muito mais que um processo fisiológico de produção de leite, existe um sujeito atuando nesse processo e que deve ser considerado em todo seu aspecto emocional, social, cultural e econômico. Em pesquisa realizada, as autoras, constataram que os conhecimentos maternos

são repassados através dos exemplos da mãe, sendo que as nutrizes repetem o comportamento dos tempos antigos praticados por sua mãe, e que foram transmitidos por suas avós.

Abordamos também a família na perspectiva do aleitamento materno, fazendo parte desta, a mãe da puérpera, pois esta participa da efetivação da amamentação como educadora, incentivadora e espelho da vida para as filhas, e o companheiro da puérpera-adolescente, que muitas vezes transmite segurança nesta fase de fragilidade e instabilidade vivida.

Ziegel e Cranley (1980) complementam a participação do pai, fazendo referência a este como “o membro mais esquecido da família”. Este pai está excluído do mundo da mulher e da criança que nasceu. Sua função até bem pouco tempo era a de preencher papéis e pagar as despesas da família. Mais recentemente tem recebido a tarefa de dar apoio à mãe durante o parto e vem sendo incentivado a acompanhar a mãe no pré-natal e no pós-parto. Mesmo assim, as autoras colocam que se tem dado pouca atenção às suas verdadeiras necessidades e sentimentos, surgidos com os encargos da paternidade.

Enfim, a constituição familiar é determinante neste processo de efetivação e manutenção do aleitamento materno e foi inserido nesta proposta assistencial.

O puerpério também abordado, representa uma fase de adaptação, na qual a mulher vive sentimentos ambíguos e ao mesmo tempo contraditórios, necessitando de apoio e ajuda nos cuidados. Estes sentimentos maternos no pós-parto podem, de alguma maneira, influenciar no processo de amamentação. Desta forma, o puerpério torna-se um período fundamental para a garantia da prevalência e duração do aleitamento materno. Se a experiência da amamentação é prazerosa e realizada de forma espontânea, um dos passos importantes para a garantia da continuação deste processo do aleitamento materno pode estar garantido; porém se a amamentação torna-se uma ação dolorosa para a puérpera e gera

ansiedade por não conseguir a garantia da alimentação de seu filho, esta experiência não vai contribuir para a duração do aleitamento materno e somado a fatores sociais e culturais pode caracterizar desta maneira o desmame precoce (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Para direcionar a prática assistencial, optamos por utilizar a Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem, com o propósito de favorecer as ações de autocuidado ao ser-puérpera-adolescente, pois vemos estas como indispensáveis para a garantia de seu bem-estar biopsicossocial, bem como a nutrição efetiva do recém-nascido. Nosso primeiro contato com a teoria de Orem deu-se com a apresentação de um seminário, em uma disciplina da graduação. A empatia por esta teoria foi imediata e observamos desta forma uma nova maneira de prestar assistência de enfermagem ao ser humano, utilizando suas capacidades e auxiliando-os neste processo quando necessário, pois até então só utilizávamos a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

Esta teoria, de acordo com entendimento prévio, sobre a perspectiva da assistência à puérpera-adolescente, durante o processo de amamentação, possibilita resgatar a participação no desempenho das decisões e cuidados sob sua própria saúde, estimulando seus potenciais existentes e desenvolvê-los quando necessário, juntamente com a participação familiar.

A teoria desenvolvida por Orem, parte da premissa que o profissional de enfermagem juntamente com o cliente devem identificar os “déficits” de competência no atendimento das necessidades individuais de autocuidado, procurando desenvolver os potenciais já existentes no ser humano para a prática do autocuidado. De acordo com este marco o profissional de enfermagem intervém como regulador do sistema de autocuidado do indivíduo, fazendo aquilo que este não pode fazer por si, ensinando, orientando e promovendo

o desenvolvimento das capacidades inerentes do ser, tornando-os independentes para o autocuidado.

Para sistematizar o processo de cuidar da puérpera internada no AC utilizamos o processo de enfermagem preconizado por Dorothea E. Orem, que proporciona a base para a determinação das intervenções de enfermagem.

Assim sendo, este trabalho esteve voltado ao cuidado de enfermagem com ênfase em ações educativas de autocuidado visando favorecer a promoção, o apoio e o incentivo ao aleitamento materno exclusivo em nível hospitalar e domiciliar.

2-OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Prestar assistência de enfermagem ao ser-puérpera-adolescente vivenciando o processo de lactação, envolvendo sua família, na unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário e no domicílio, fundamentada na Teoria de Autocuidado de Dorothea Orem.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1-Identificar os déficits de competência para o autocuidado apresentado pelo ser-puérpera-adolescente, vivenciando o processo de lactação, a partir da determinação da demanda terapêutica.

2- Planejar a assistência de enfermagem a ser prestada ao ser-puérpera-adolescente vivenciando o processo da lactação, com base nos déficits de competência para o autocuidado identificados.

3-Prover e avaliar continuamente a assistência de enfermagem prestada ao ser-puérpera-adolescente vivenciando o processo de lactação, visando o fortalecimento das ações de autocuidado.

4-Realizar visitas domiciliares ao ser-puérpera-adolescente, a partir dos déficits de competência para o autocuidado identificados, visando a manutenção do aleitamento materno efetivo.

5- Aprofundar conhecimentos teóricos a respeito dos temas: alojamento conjunto, aleitamento materno, puerpério, mãe-adolescente e a teoria do autocuidado.

6- Respeitar os princípios éticos do exercício profissional de enfermagem (Resolução COFEN nº 240/00), e os direitos do adolescente instituídos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, lei nº 8.069/90).

3-MARCO CONCEITUAL

Segundo Santos (1991) algumas pesquisadoras de enfermagem têm evidenciado que os termos teoria, marco teórico, marco conceitual, modelo conceitual, paradigma e modelo, embora de diferentes significações e constituições, vêm sendo utilizados como sinônimos na literatura.

Para Silva; Arruda (1993), marco de referência, marco conceitual e marco teórico são definidos das seguintes maneiras:

- Marco de referência:

“é um conjunto de conceitos e pressuposições derivadas de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas de conhecimento, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem, para a utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, atendendo as situações gerais ou específicas na área de assistência, administração ou ensino de enfermagem” (p. 85).

- Marco conceitual, modelo ou sistema conceitual é “o conjunto de conceitos e proposições abstratas e gerais, intimamente inter-relacionadas. Muito mais abrangente que a teoria” (p.85).

▪ Marco teórico ou modelo teórico é definido como “teoria ou grupo de teorias que fornecem fundamentos para as hipóteses, políticas e currículos de uma crença. Contém conceitos limitados, específicos e explicitamente inter-relacionados” (p.85).

Utilizamos neste trabalho o termo marco conceitual, pois compreendemos que sua definição será a base que nos impulsionará para agir e pensar durante nossa prática assistencial.

Para elaboração de nosso marco conceitual que subsidiou nossas ações durante o estágio, optamos por utilizar a Teoria de Dorothea E. Orem, a fim de assistir o ser-puérpera-adolescente e sua família em sua integralidade, no Alojamento Conjunto e no domicílio, enfocando o aleitamento materno, pois acreditamos que a puérpera-adolescente desempenha atividades e cuidados importantes neste processo e que podem determinar a efetivação da amamentação e o estabelecimento da interação mãe/recém-nascido/família, bem como manter sua qualidade de vida e oportunizar sua capacidade e independência em seu cotidiano. Consideramos neste estudo também a família como fundamental e desempenhando o papel de colaboradora ao estímulo para o início e manutenção do autocuidado.

Vemos a abordagem de Orem como primordial para direcionar a assistência de enfermagem à puérpera-adolescente a autocuidar-se, para a garantia da necessidade alimentar de seu bebê, de forma tranqüila e saudável, em nível hospitalar e domiciliar; e promover desta forma, a partir do desenvolvimento de seus potenciais, tornando-se sujeito ativo deste processo, seu bem estar físico e psíquico. A Enfermagem promoverá diversas ações o autocuidado da puérpera-adolescente e sua família, levando em consideração os pressupostos estabelecidos por Orem, para desta forma atingir a prevalência do aleitamento materno e sua manutenção no ambiente familiar.

O marco conceitual é composto de pressupostos e alguns conceitos inter-relacionados da Teoria de Dorothea Orem que foram utilizados para guiar nossa assistência de enfermagem, prestada à puérpera-adolescente e família durante o aleitamento materno.

3.1.CONHECENDO A TEÓRICA: BREVES CONSIDERAÇÕES

Martins; Leopardi; Wosny (1999) relatam que Dorothea Elizabeth Orem nasceu em Baltimore, Maryland, em 1914. Em 1930 conclui o curso de Enfermagem e, em 1939, recebeu o Bacharelado em Ciências da Educação para a Enfermagem. Em 1945, obteve o grau de Mestre em Enfermagem na Catholic University of América, USA, também na área de docência. Tornou-se posteriormente nesta mesma época Diretora do Serviço de Enfermagem do Hospital de Detroit.

Orem ocupou cargos públicos, participando de projetos de treinamento e desenvolvimento de currículo de Enfermagem. Em 1958, começou a trabalhar a questão do autocuidado como conceito para a Enfermagem.

Em 1965 formou com outras enfermeiras o Comitê Modelo de Enfermagem e, em 1968, participou do Nursing Developmet Conference Group – NDCG, tendo o objetivo de produzir uma estrutura conceitual para a Enfermagem e estabelecer a disciplina de Enfermagem.

A partir de 1970, dedicou-se à sua firma de Consultoria, Orem e Shilds, em Chevy Chase, Maryland. Em 1985, inclui em sua teoria as unidades multipessoais formada por três

construtos teóricos: autocuidado, déficits de autocuidado e sistemas de Enfermagem. Ela não parou de aperfeiçoar sua proposta, e em 1991 publica um livro que traz uma preocupação com a definição das características concretas da prática de Enfermagem.

Em 1971, Orem publicou suas idéias sobre o processo de Enfermagem, propondo três teorias articuladas: a teoria dos déficits de autocuidado, teoria do autocuidado e teoria dos sistemas de Enfermagem.

3.2.CONHECENDO A TEORIA

A Teoria Geral de Dorothea Orem aborda que a enfermagem deve possuir especial preocupação com as necessidades de autocuidado e o oferecimento desta numa maneira contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de alguma doença e compatibilizar-se com seu efeito.

Segundo Martins, Leopardi e Wosny (1999), Orem desenvolveu sua teoria geral do autocuidado em três teorias relacionadas, sendo estas: autocuidado, deficiências de autocuidado e sistemas de enfermagem.

Utilizaremos basicamente as bibliografias das autoras Foster e Janssens (1993) colaboradoras do livro de George (1993) na apresentação da Teoria de Dorothea E. Orem.

Teoria do autocuidado:

Segundo Foster & Janssens (1993) a teoria do autocuidado de Orem engloba o autocuidado, a atividade do autocuidado e a exigência terapêutica do autocuidado.

Segundo Orem, o autocuidado efetivamente executado contribui com a integridade humana e para o funcionamento e desenvolvimento do ser humano.

As capacidades dos indivíduos para as atividades do autocuidado, segundo Orem estão condicionadas pela idade, experiência de vida, orientação sócio-cultural, saúde e recursos disponíveis.

Orem aborda que através do uso de métodos válidos e conjuntos de ações e operações constitui a totalidade das ações de autocuidado que devem ser executadas durante um tempo para atender a exigência terapêutica do autocuidado.

Orem apresenta três categorias que constituem as exigências do autocuidado classificando-as como: Universais, Desenvolvimentais e Desvio de saúde. Os requisitos, segundo Foster e Janssens (1993) de autocuidado podem ser definidos como as ações voltadas para a provisão do autocuidado.

Os requisitos universais são associados aos processos de vida e a manutenção da integridade humana. São comuns a todos os seres, durante todos os estágios do ciclo vital e devem ser fatores interligados, que influenciam o outro. Estes requisitos constituem atividades do cotidiano.

Os requisitos desenvolvimentais são as expressões especializadas de requisitos universais que derivam para alguma condição ou estão associados a algum evento.

O autocuidado por desvio de saúde é exigido em condições de doença ou consequência de medidas para diagnosticar uma doença.

Teoria do déficit de autocuidado

Segundo Foster; Janssens (1993) esta teoria é conhecida como a essência da teoria geral de enfermagem de Orem, pois esta delimita quando há a necessidade do cuidado de enfermagem.

Neste caso a enfermagem passa a ser uma exigência quando uma pessoa acha-se incapacitada ou limitada para promover seu autocuidado continuamente e de forma eficaz.

Orem descreve quando pode haver o oferecimento de cuidados de enfermagem: “casos onde a habilidade para cuidar sejam menores do que as exigidas para satisfazer uma exigência conhecida de autocuidado...”(p 92), ou quando as pessoas precisam “incorporar medidas recém-prescritas e complexas de autocuidado a seus sistemas de autocuidado, cuja performance requeira conhecimento e habilidades especializadas, a serem adquiridas através de treinamentos e experiência” (p 93), ou quando o indivíduo necessita de ajuda para “recuperar-se de enfermidade ou ferimento...” (p 93).

Orem seguindo a necessidade de cuidado de enfermagem delimita cinco métodos de ajuda que são: “Agir ou fazer para o outro; guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente); proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; ensinar o outro” (p 93).

Para estabelecer a relação entre seus conceitos Orem estabeleceu um modelo que mostra que em determinados momentos uma pessoa possui habilidades específicas de autocuidado bem como demandas terapêuticas. Exigindo mais demandas do que habilidades há então a necessidade de enfermagem.

Teoria dos Sistemas de Enfermagem

O Sistema de enfermagem de Orem é baseado em necessidade de autocuidado e nas capacidades que o cliente possui para realizar estas atividades.

Segundo Foster e Jansses (1993), Orem classificou três sistemas de enfermagem para satisfazer os requisitos de autocuidado do cliente, que são: os sistemas totalmente compensatórios, parcialmente compensatório e de apoio-educação.

O sistema totalmente compensatório é representado pela situação em que o cliente é incapaz de realizar ações de autocuidado. Estes clientes são socialmente dependentes de outros para continuar sua vida e seu bem-estar.

O sistema parcialmente compensatório é representado pela situação que Orem descreve como “tanto o enfermeiro quanto o paciente executam medidas ou outras ações de cuidado que envolvem tarefas de manipulação ou de locomoção... Tanto o paciente quanto o enfermeiro podem exercer o papel principal na execução de medidas de cuidados” (p 94).

O sistema de apoio-educação ou sistema auxiliar desenvolvimental é representado pela situação em que o indivíduo pode executar as medidas de autocuidado. Para Foster e Janssens (1993) neste caso o papel do enfermeiro é “promover o paciente a um agente de autocuidado” (p 95).

3.3. PRESSUPOSTOS DA TEÓRICA:

Os pressupostos foram extraídos de Leopardi, Martins, Wosny (1999) e Foster; Janssens (1993).

A enfermagem é um serviço de ajuda, desempenhado pelos enfermeiros para outras pessoas, por um período de tempo.

As pessoas são capazes de desempenhar autocuidado para si e para os membros dependentes da família.

Autocuidado é a parte da vida necessária à saúde, ao desenvolvimento humano e ao bem-estar.

Educação e cultura influenciam os indivíduos.

Autocuidado é aprendido através da interação humana e comunicação.

Autocuidado inclui ações deliberadas e sistemáticas desempenhadas para tomar conhecidas necessidades de cuidado.

As pessoas podem ser autoconfiantes e responsáveis por seu próprio autocuidado tanto quanto do cuidado a outros na sua família.

As pessoas são indivíduos com identidade que são distintas dos outros e do seu meio ambiental.

O funcionamento humano integrado inclui aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais.

Os indivíduos possuem potencial para aprendizagem e desenvolvimento. A maneira pela qual o indivíduo satisfaz suas necessidades de autocuidado não é instintiva, trata-se de um comportamento aprendido.

Os fatores que afetam a aprendizagem incluem: idade, capacidade mental, cultura, sociedade e estado emocional.

Inúmeros fatores influenciam o comportamento dos papéis esperados do enfermeiro e do paciente como a cultura, o ambiente, a idade, o sexo, a composição de saúde e a situação econômica.

Ambos enfermeiro e paciente trabalham em conjunto para alcançar a meta de autocuidado. Os papéis do enfermeiro e paciente se complementam; um determina o comportamento do outro.

Orem reconhece o valor dos membros da família e outros para a provisão de autocuidado individual.

3.4. NOSSOS PRESSUPOSTOS

- A puérpera-adolescente, que vivencia o processo da lactação, têm necessidade de se engajar em ações de autocuidado.
- O autocuidado desenvolvido pela puérpera-adolescente no processo da lactação consiste em uma ação intencional que tem propósitos e almeja alcançar resultados.

- As ações de autocuidado empreendidas pela puérpera-adolescente exigem papel ativo da mesma.
- As maneiras de atender a demanda terapêutica de autocuidado sofrem influências sócio-culturais e variam de adolescente para adolescente.
- As decisões e ações das puérperas-adolescentes relacionadas ao autocuidado no processo da lactação estão condicionadas pela história de vida; idade; pelos componentes: cognitivo, afetivo, físico, sócio-cultural, habilidade psicomotora e a sua condição de saúde e do recém-nascido.
- Os valores, as crenças, hábitos e práticas culturais, que caracterizam o estilo de vida da puérpera-adolescente exercem influência nas ações de autocuidado no processo da lactação.

3.5. CONCEITOS GERAIS

Os conceitos utilizados foram extraídos de Foster; Janssens (1993) e Santos (1991). Estes conceitos que direcionaram nossa prática são igualmente importantes, interligados e indispensáveis, independente da ordem da sua apresentação.

Trentini (1987) define conceito como:

“Conceito são abstrações ou imagens mentais de objetivos, propriedades dos eventos que simbolizavam a realidade (...) Um conceito pode ser percebido por duas ou mais pessoas e cada pessoa pode ter uma percepção diferente do mesmo conceito. Isto quer dizer que um conceito pode ter diferentes significados” (p. 136)

Procuramos adaptar os conceitos preconizados por Orem para nossa realidade seguindo a proposta de trabalho idealizada.

3.5.1. ENFERMAGEM

Enfermagem segundo Orem é um:

“Serviço humano...um modo de auxiliar os homens, mulheres e crianças e não um produto que pode ser tocado”. “Enfermagem é a ação voluntária ... uma função da inteligência prática dos enfermeiros ... de causar condições humanamente desejadas nas pessoas e seus ambientes ...A enfermagem difere de outros serviços humanos ...pela maneira como ela focaliza os seres humanos”. “As habilidades especializadas que capacitam (enfermeiros) a prover cuidados (de enfermagem) a indivíduos ou unidades multipessoais, quando conceitualizadas como uma unidade, denomina-se atividade de enfermagem” (FOSTER; JANSSENS, 1993, p. 97).

Na visão da teórica, a enfermagem é “serviço, arte e tecnologia”. Como serviço a enfermagem refere-se à maneira de ajudar os seres humanos, através do desempenho de suas ações selecionadas e desempenhadas pelo enfermeiro, para ajudar estes indivíduos ou grupos, mantendo ou mudando desta forma as condições em si mesmos ou em seu ambientes. Estas ações podem ser desempenhadas pelos próprios indivíduos sob a orientação do enfermeiro ou por este quando a pessoa possui limitações e no momento estas não podem ser suplantadas. Esta forma de relação entre enfermeiro paciente, segundo Orem é contratual. (SANTOS, 1991, p.114).

Como arte, a enfermagem consiste “na habilidade de assistir outros, no planejamento, provisão e gerência dos sistemas de autocuidado, para desenvolver ou manter o funcionamento humano em um certo nível de efetividade” (OREM apud SANTOS, 1991, p 114). A arte desta forma implica em qualidade, permitindo o enfermeiro atuar fazendo investigação criativas, análise e síntese das variáveis e fatores condicionais dentro das

situações de enfermagem, de maneira a trabalhar para a obtenção de certos objetivos, dentro de um sistema efetivo de assistência de enfermagem à indivíduos ou grupos.

De acordo com Orem apud Santos (1991, p114-115), como tecnologia a enfermagem refere-se ao conjunto de informações sistematizadas sobre o processo ou método para obtenção de resultados desejados através de um empenho prático deliberado com ou sem o uso de materiais e instrumentos. Dessa forma, os enfermeiros podem utilizar diferentes tipos de tecnologias as quais foram agrupadas em duas categorias necessárias para as relações interpessoais e sociais e as tecnologias reguladoras. As tecnologias interpessoais incluem: a) a comunicação ajustada de acordo com a idade e o estado de desenvolvimento, o estado de saúde e orientação sociocultural; b) a coordenação de esforços das relações interpessoais, intragrupo e intergrupo; c) a relação terapêutica de maneira psicossocial de funcionar na saúde e na doença; d) assistência humana adaptada às necessidades humanas, habilidades para a ação e limitações. As tecnologias incluem: a) manutenção e promoção dos processos vitais; b) regulação dos modos psicofisiológicos de funcionamento na saúde e na doença; c) promoção do funcionamento e desenvolvimento humano e regulação da posição e movimento no espaço.

É importante, além disso, considerar que o cuidado de enfermagem, na forma como concebe Orem, pode ser contínuo ou periódico e possui tanto dimensões de saúde como de doença, isto é, inclui o atendimento primário, secundário e terciário de saúde. É através das ações da enfermagem que constata-se sua eficácia e competência.

Sendo assim a enfermagem serviço, arte e tecnologia; nesta prática definimos **enfermagem** como sendo um **serviço** humano prestado ao ser-puerpera-adolescente e família, dentro de uma unidade de Alojamento Conjunto, cuja ação possui a finalidade de auxiliar no autocuidado ou supervisionar o mesmo, de acordo com as necessidades e o desejo destes, através de orientações prestadas ao ser-adolescente no período puerperal, contextualizando-os

dentro de aspectos culturais e sociais, buscando estimular o desenvolvimento de suas capacidades, o autocontrole e a manutenção do processo de amamentação.

Como **arte**, a enfermagem refere-se a capacidade, habilidade, efetividade da qualidade da equipe de enfermagem para assistir ao ser-puérpera-adolescente e família, através das ações de planejamento, provisão e gerenciamento dos sistemas de autocuidado. A efetividade desta assistência vai traduzir-se na demonstração da capacidade do ser puérpera-adolescente de autocuidar-se durante a internação no alojamento conjunto e em seu domicílio.

Como **tecnologia**, a enfermagem refere-se ao conjunto de conhecimentos e informação direcionados ao ser-adolescente-puérpera e á família, neste processo de ser mãe, promovendo sua capacidade de autocuidar-se e o autocontrole desta etapa de vida, e do processo de lactação.

Este conjunto de informações abrange todas as orientações como: cuidados com sua alimentação; questões referentes aos fenômenos puerperais; conhecimento do processo de lactação; vantagens, importância, manutenção, aspectos psicobiológicos do aleitamento materno; cuidados profiláticos e terapêuticos com as mamas durante a amamentação; manejo clínico da lactação; entre outros que surgirem durante a prática.

3.5.2. SER HUMANO: PUÉRPERA-ADOLESCENTE, FAMÍLIA, ENFERMEIRO.

Para Orem:

“Seres humanos diferem de outras coisas vivas por sua capacidade de refletir a cerca de si mesmo e de seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam, e de usar criações simbólicas (idéias, palavras) no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefício a si mesmo e a outros” (FOSTER; JANSSENS, 1993, p. 96).

Os Seres humanos em nosso estudo são: o ser-puérpera-adolescente, a família, que são indivíduos únicos que vivenciam o processo pós-nascimento; e o enfermeiro, que procura desenvolver suas capacidades para auxiliar neste processo. Estes indivíduos possuem uma história de vida que precisa ser respeitada; e cada um é dotado de características individuais, capacidade de refletir, pensar, adaptar-se e agir de forma singular a situações cotidianas ou novas.

Neste estudo definimos o **ser-puérpera-adolescente** como o ser que vivenciou o parto, está inserida em uma fase de adaptação com manifestação de sentimentos de insegurança, conflitos e ansiedade, que necessita de apoio sendo portadora de características individuais de potencial de aprendizagem e desenvolvimento para o autocuidado para manter a vida, saúde e bem-estar. Este ser-puérpera-adolescente possui crenças, valores culturais individuais que influenciam nas ações e manifestações do autocuidado individuais e para a promoção do aleitamento materno.

O ser enfermeiro na assistência relacionada à amamentação durante o pós-parto, para nós, é o ser que cuida profissionalmente e compartilha seu saber profissional, adquirido através do conhecimento técnico-científico e humano, interagindo com o saber e capacidades do ser-puérpera-adolescente e família, buscando ações para o desenvolvimento destas capacidades ou auxílio comuns, que contribuam de forma significativa para o autocuidado do ser-puérpera-adolescente.

Orem em sua teoria não define família, mas reconhece o valor dos membros desta família e outros, para a provisão do autocuidado individual.

Utilizaremos o conceito de família de Elsen; (1989) que diz que a família é:

“Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com uma

estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história. Os membros da família estão unidos por laços consanguíneos de interesse ou afetividade. Tem identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por uma cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive num ambiente em interação com outras pessoas e famílias, escola, posto de saúde e outras instituições em diversos níveis de aproximação. A família define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento de seus membros e da própria comunidade” (p.4).

Vemos o conceito de família como fundamental para nosso estudo, já que geralmente a puérpera nas diversas fases de sua vida, está acompanhada de algum familiar seja consanguíneo ou não. Este familiar na maioria das vezes é participante ativo dos cuidados do período puerperal e influencia sobremaneira a assistência que é prestada ao ser-puérpera-adolescente.

Definimos **família** neste estudo como: o grupo de pessoas que participa do processo de pós-parto junto ao ser-puérpera-adolescente. Possuem uma história de vida, com crenças, valores, conhecimentos que influenciam nos cuidados individuais do ser-puérpera-adolescente, bem como a efetivação e manutenção do processo de lactação. São elementos fundamentais neste processo do autocuidado buscando contribuir sobremaneira perante o cuidados e de forma direta ou indireta associam seus valores e crenças com estes.

3.5.3.SAÚDE- DOENÇA

Orem adota a definição de saúde da OMS “Estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de enfermidades ou doença” (FOSTER; JANSSENS, 1993). Declara também que os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais são inseparáveis no indivíduo.

Santos (1991) faz referência que o conceito de doença de Orem não está explícito, mas a mesma considerada que qualquer alteração estrutural normal ou funcionamento, constitui-se em ausência de saúde no sentido de totalidade ou integralidade do ser humano. Tais alterações podem estar relacionadas com os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, quando presente determinam no indivíduo um estado de desvio de saúde, exigindo o atendimento dos requisitos específicos de autocuidado.

Neste estudo definiremos o processo saúde-doença, pois no alojamento conjunto o ser-puérpera-adolescente não apresenta teoricamente um estado de doença, mas estão sujeitos a influencia do meio ambiente podendo causar alterações.

O processo **saúde-doença** para nós que lidamos com o ser-puérpera-adolescente e a família é considerado como a condição de equilíbrio do ser nas diversas fases do seu ciclo vital, em todas as dimensões biopsicossociais e espirituais, que interagindo com a capacidade de aprendizagem inerente ao ser, reflete o poder deste de realizar o autocuidado buscando desta forma este equilíbrio subjetivo.

3.5.4. SOCIEDADE /MEIO AMBIENTE

Segundo Orem apud Santos (1991), ambiente é um conceito separado, que geralmente tem sido considerado relativamente insignificante. Santos refere que Orem coloca que o ser humano e o meio ambiente estão intimamente ligados formando um sistema integrado relacionado ao autocuidado. Meio ambiente e ser humano neste caso são identificados como uma unidade caracterizada por trocas humanas e ambientais. As alterações

em qualquer um dos componentes desta unidade podem afetar o ser humano no desempenho das atividades de autocuidado.

Consideramos o **meio ambiente** do ser humano puérpera-adolescente no período pós-parto como influenciador da efetivação e continuidade para o processo de amamentação, juntamente com os hábitos, crenças e valores inerentes da puérpera-adolescente que está inserida, tanto no meio hospitalar, geralmente acompanhada de um familiar; quanto em sua comunidade, interagindo com o enfermeiro e outras pessoas com vistas à manutenção da autonomia dos cuidados. Neste caso os fatores sócio-culturais e ambientais estão intimamente ligados à continuidade da amamentação e sua efetivação após a alta hospitalar, determinando as ações de autocuidado desempenhadas.

3.5.5. APRENDÊNCIA

Nesta proposta assistencial optamos por adotar o conceito de aprendizagem conforme concebido por Assmann (1998), por acreditarmos que este traduz melhor o ato de aprender com a vivência deste processo, estando mais próximo da teoria do autocuidado.

Segundo este autor aprendizagem significa:

(...)” um neologismo (...) processo e experiência de aprendizagem (...) que traduz melhor, pela sua própria forma, este estado de estar-em-processo-de-aprender, esta função do ato de aprender que constrói e se constrói, e seu estatuto de ato existencial que caracteriza efetivamente o ato de aprender, indissociável da dinâmica do vivo” (p. 128)

Na prática da amamentação materna, o ser-puérpera-adolescente, estará vivenciado o processo da lactação e desenvolverá, a partir desta vivência, ações de autocuidado buscando

atender os requisitos de autocuidado necessários para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. Esta aprendizagem envolve aspectos afetivos, cognitivos e psico-motores, bem como o interesse em aprender e viver este processo.

3.6. CONCEITOS ESPECÍFICOS DA TEORIA DE OREM

3.6.1. AUTOCUIDADO

Orem apud Santos (1991) define o autocuidado como:

“a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem-estar..consiste no cuidado desempenhado pela própria pessoa para si mesma, quando ela atinge um estado de maturidade que a torna capaz de realizar uma ação propositada, consistente, controlada e eficaz” (p 103).

O **autocuidado** do ser-puérpera-adolescente no aleitamento materno refere-se ao desenvolvimento de ações executadas pelo ser-puérpera-adolescente e para a mesma, em seu benefício próprio, promovendo e mantendo a lactação; e do recém-nascido, que depende desta para satisfazer suas necessidades fisiológicas. Este ser puérpera-adolescente possui potenciais inerentes para desenvolvê-los promovendo e mantendo, a qualidade de vida e saúde. A família tem potencial próprio para auxiliar e desenvolver simultaneamente estas ações de autocuidado, contribuindo ou interagindo com a construção destas ações desenvolvidas pelo ser-puérpera-adolescente juntamente com o enfermeiro.

A execução destas ações exige do ser-puérpera-adolescente o desenvolvimento de seus potenciais e capacidades, que dependem daquilo que é aprendido em toda a sua vida e em seu âmbito social e familiar, para serem desenvolvidos.

As ações de autocuidado desenvolvidas por esta puérpera-adolescente, fazem parte dos requisitos de autocuidado identificados pela teoria de Dorothea E. Orem, adaptada por Santos (1991) como:

- Requisitos de autocuidado universais: são as necessidades básicas da mãe/bebê como: oxigênio, alimentação, sono, eliminações, integração social, etc.
- Requisitos de autocuidado relativos ao desenvolvimento dos indivíduos: refere-se aos antecedentes ginecológicos, a sexualidade no puerpério, aos aspectos cognitivos, o que ela sabe sobre os cuidados consigo e com o seu corpo, sobre os cuidados com o recém-nascido, sobre os serviços que deverá encaminhar-se para dar continuidade ao acompanhamento deste processo, as orientações, informações e experiências recebidas e vividas respectivamente e as preocupações existentes e sentimentos que emergiram neste período.
- Requisitos de autocuidado relativos aos desvios de saúde: refere-se a possíveis defeitos ou problemas estruturais, funcionais e/ou constitucionais da mãe, que possam impossibilitar a atuação da prática do autocuidado, assim como desconhecimento sobre os cuidados desenvolvidos no puerpério e problemas apresentados que possam interferir neste período.

3.6.2. DEMANDA TERAPÊUTICA DO AUTOCUIDADO

Segundo Orem apud Santos (1991) a demanda terapêutica de autocuidado consiste na totalidade das ações de autocuidado requeridas pelo indivíduo em determinado período, de modo a satisfazer estes requisitos de autocuidado. Esta demanda terapêutica se constitui na prescrição de ações contínuas de autocuidado, através do qual os requisitos de autocuidado podem ser satisfeitos dentro de um certo grau de efetividade.

A **demanda terapêutica de autocuidado** do ser-puérpera-adolescente no aleitamento materno refere-se a totalidade das ações que serão desempenhadas durante o processo de lactação, com o objetivo de satisfazer seus requisitos de autocuidado, universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde. Estas ações podem estar voltadas para a promoção do aleitamento materno, à prevenção dos problemas e obstáculos que impeçam ou dificultam a amamentação e a reabilitação das alterações anormais ocorridas na lactação.

A essência da demanda terapêutica de autocuidado constitui-se na prescrição de ações realizadas para o atendimento dos requisitos de autocuidado, identificados no alojamento conjunto e no domicílio.

3.6.3. COMPETÊNCIA DO INDIVÍDUO PARA O AUTOCUIDADO.

Para Orem apud Santos (1991):

“a competência ou potencial do indivíduo para o autocuidado ... é um símbolo para uma característica humana, uma capacidade para uma forma de ação que começa a se desenvolver na infância, atinge um grau de perfeição como adulto e declina com o avançar da idade. A mesma é usada no sentido de um meio, para exercer poder, uma habilidade (p. 108).

Conforme Santos (1991) a capacidade do indivíduo de autocuidar-se é representado por um conjunto de componentes físicos, cognitivos, motivacionais (afetivos) e ambientais, que embora se apresentem em categorias diferenciadas, se articulam de forma dinâmica, interdependente e inter-relacionada.

A competência do ser-puérpera-adolescente para prestar o autocuidado faz parte da essência do ser nas mais diversas fases do processo de vida. As ações prestadas ao ser puérpera-adolescente e família vão ressaltar e adaptar-se de acordo com as crenças, valores, idade e ambiente, com seu desenvolvimento físico e psíquico, sua história obstétrica e ginecológica; bem como as expectativas que tem em relação às ações executadas nestes ambientes, principalmente no que se refere ao estabelecimento e manutenção da lactação.

Neste projeto o ser puérpera-adolescente desenvolve a competência para o autocuidado por meio de sua capacidade representada por *componentes físicos* (destreza manual, coordenação motora, acuidade visual, conhecimentos do corpo, cuidados consigo e com o bebê, problemas de saúde); *componentes cognitivos* (capacidade de refletir e decidir ações visando o autocuidado, capacidade de memorizar e manter a atenção); *componentes afetivos* (diz respeito às relações com o companheiro, o modo e a maneira como foi educada, vai estar relacionada com os aspectos motivacionais para engajar-se nas ações de autocuidado que influem na auto-estima, auto-imagem, auto-realização, autoconhecimento e disponibilidade); e os *componentes ambientais* (relacionados a influências da comunidade, aspectos sócio econômicos, família, entre outros).

Para que o ser-puérpera-adolescente torne-se independente, tendo participação ativa neste processo, a mesma precisa adquirir a competência e a capacidade para ao autocuidado, é necessário então criar um instrumento para obter os dados acima citados, que possam desta maneira fornecer informações sobre os conhecimentos do ser-puérpera e suas

capacidades para o autocuidado. A participação da puérpera no fortalecimento e competência para o autocuidado é fundamental para que esta perceba seu verdadeiro papel e o que precisa fazer em seu próprio benefício.

3.6.4. COMPETÊNCIA OU PODER DA ENFERMAGEM PARA GERENCIAR O AUTOCUIDADO

Segundo Orem apud Santos (1991) a competência ou poder de enfermagem para gerenciar o autocuidado, refere-se a capacidade ou potencial que a enfermagem tem para desempenhar ações de autocuidado para, pelo e com o indivíduo. A competência de enfermagem é desenvolvida e exercida para o seu próprio benefício e bem estar dos outros e a competência do indivíduo para o autocuidado é desenvolvida e exercida para o benefício e bem estar da própria pessoa.

Orem estabelece três tipos de sistemas de enfermagem, que já foram descritos, os sistemas totalmente compensatórios, parcialmente compensatório e de apoio-educação.

Santos (1991) complementa que a determinação de sistemas de assistência de enfermagem relacionados ao autocuidado indica que a espécie de métodos que o profissional de enfermagem deve utilizar para instruir e manter a assistência ao cliente. Desse modo, o enfermeiro intervém no autocuidado, como regular do sistema, fazendo pelo cliente, aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ou ensinando, orientando e promovendo o desenvolvimento de suas capacidades para o autocuidado.

Na assistência ao ser-puérpera-adolescente no aleitamento materno, a competência ou poder de enfermagem, refere-se a capacidade da equipe em detectar os déficits de competência para o autocuidado, de acordo com planejamento da assistência, promovendo o

autocuidado do ser-puérpera-adolescente durante a internação hospitalar e no domicílio. Isto requer conhecimentos do enfermeiro sobre o puerpério, lactação, cuidados com a amamentação, aspectos psicológicos do período puerperal; procurando envolver e proporcionar a participação dos familiares, para promover o autocuidado do ser puérpera-adolescente.

Conforme Foster e Janssens (1993), Orem declara que um ou mais dos três sistemas podem ser utilizados com um único paciente. Por exemplo, quando a mulher parturiente recém chegada do centro obstétrico, após ter parido, pode se encontrar no sistema de compensação total, na qual a puérpera necessita de controle dos sinais vitais, eliminações, lóquios, dor, etc. Algumas horas mais tarde ela pode apresentar-se no sistema de enfermagem parcialmente compensatório, momento em que a puérpera começa seus primeiros cuidados como a higiene corporal, e no terceiro sistema de enfermagem que é o sistema de apoio-educação, a puérpera já apresenta-se recuperada e com capacidade de autocuidar-se, com as orientações educativas recebidas pelos profissionais da unidade de alojamento conjunto e posteriormente seu domicílio, caso ainda na alta hospitalar apresente déficits de competência para o autocuidado.

4. O SABER EXISTENTE SOBRE O TEMA: UM BREVE OLHAR NA LITERATURA

4.1.ALOJAMENTO CONJUNTO (AC)

4.1.1. DEFININDO E CONHECENDO A IMPORTÂNCIA DO ALOJAMENTO CONJUNTO (AC)

A expressão “Alojamento Conjunto” é a tradução em português de “roming-in” e é definido como uma forma de organização de assistência hospitalar, onde o recém-nascido permanece ao lado de sua mãe desde o momento do parto até a alta hospitalar.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, MS, 1993) o Alojamento Conjunto é:

“um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre os cuidados do binômio mãe-filho” (p. 2).

Campestrini (1994) reforça a importância do sistema de AC dizendo que este presta uma contribuição significativa para o estabelecimento da relação mãe-filho, permitindo também para a mãe tornar-se capaz de cuidar por completo de seu bebê, aplicando estes

cuidados no ambiente familiar. A autora deixa sua posição expressa claramente sobre este assunto dizendo que:

“Separar por ocasião do nascimento, aqueles que durante nove meses permanecem intimamente unidos, é roubar-lhes a oportunidade de se conhecerem, de se amarem; é punir a criança inocente; é negar seu espaço afetivo; é despertá-la hoje e torná-la insegura amanhã; é desmoralizar a humanidade em desenvolvimento” (CAMPESTRINI, 1994).

Para Santos (2002) o sistema de alojamento conjunto não se constitui apenas na colocação de um berço do lado da mãe de forma contínua. Os critérios para sua implantação devem ser observados e suas filosofias compreendidas para que não ocorra distorções de seu funcionamento.

Normas básicas para implementação e regulamentação deste serviço em caráter obrigatório a todas as maternidades em todo o país, foram publicadas pela primeira vez em 1983 através de uma portaria que foi revisada e republicada em 1993 (BRASIL, Portaria MS-GM nº 1016). Nesta norma estão presentes a definição deste sistema de alojamento conjunto, suas vantagens, população atendida, recursos para implementação e normas gerais.

4.1.2. UM BREVE HISTÓRICO

Segundo Miranda; Ungere (1999) desde 1800 até o final do séc XIX os hospitais possuíam um papel insignificante para a sociedade e considerava-se que este não oferecia nada além do que era realizado em casa. Nenhuma pessoa considerada de “bem” utilizava um hospital se não fosse por motivos específicos como: insanidade, epidemias ou acidentes mais graves.

Diante desta situação exposta a mulher que aceitasse parir em um hospital público deveria ser extremamente pobre, indigente ou doente mental. Geralmente as mulheres davam a luz em casa, com uma parteira, família ou pessoas conhecidas, e desta forma mantinha-se o bebê junto a sua mãe, recebendo seu calor e o leite materno.

Com o passar dos anos os hospitais que possuíam leitos para as gestantes, não possuíam lugar específico para o RN, que muitas vezes ficava ao pé da cama de sua mãe, portanto os berçários eram locais desconhecidos.

Acredita-se que o primeiro berçário surgiu em 1893 em Paris, na *Maison d'Accouchements da Bulevard de Port – Royal*. Este berçário foi criado por uma enfermeira chefe da casa de partos para atender as crianças prematuras, utilizando incubadoras ainda rudimentares (MIRANDA; UNGERE, 1999).

Pierre Budin conhecido como o pai da neonatologia, assumiu posteriormente este serviço, e foi um dos primeiros médicos a se interessar também pelo bem-estar do RN. Budin constatou que a criança que não recebia leite materno possuía maior probabilidade de contrair infecções do tubo digestivo e contribuía assim com 38, 5% dos casos de mortalidade infantil. Com estas constatações o neonatologista começou a estimular e encorajar a presença da mãe perto do RN, bem como a oferta de leite materno sem tempos determinados (MIRANDA; UNGERE, 1999).

No início o século XX era elevada a taxa de mortalidade e morbidade dos RNs por doenças infecciosas, principalmente a diarreia. Com os progressos das incubadoras, que vinham sendo desenvolvidas para aquecer e isolar os RNs, mostravam resultados satisfatórios com a redução da mortalidade infantil, bem como a criação de novas fórmulas químicas para alimentar bebês que pareciam bem promissoras.

Essas novidades no cuidado para os RNs foram importantes impulsionando uma mudança de perfil na estratégia de atendimento e de funcionamento dos setores hospitalares, havendo uma programação de medidas de isolamento do RN após o nascimento.

Nos anos 40, com a discussão sobre a saúde mental, psicológica e emocional do ser humano, muitos psiquiatras e professores de pediatria apresentaram estudos sobre distúrbios psicológicos da mãe e do bebê, que indicava que a atenção materno-infantil durante o período de internação hospitalar não preparava as mães para cuidar de seus filhos e não fornecia a autoconfiança materna.

Em 1946 Edith Jackson, criou um experimento conhecido como “projeto alojamento conjunto” com o objetivo de humanizar o nascimento trazendo o bebê para perto da mãe e promover desta forma o aleitamento materno e autoconfiança materna.

Segundo Miranda; Ungere (1999) esta experiência demonstrou que as mães preferiam que seus filhos permanecessem ao seu lado, que assim os RNs choravam menos e que a presença de outras mães no mesmo ambiente era vantajosos pela troca de informações entre elas. Este projeto também revolucionou a situação do pós-nascimento até então, pois promoveu a participação dos pais para acompanhar a primeira fase do parto e até segurar o bebê em circunstâncias normais após o nascimento, possuíam também permissão para visitar seus filhos diariamente e estar com sua mulher e filho durante a amamentação. A partir de 1953 outros alojamentos conjuntos foram sendo inaugurados, muitos estudos foram elaborados sobre os benefícios que este sistema trouxe para as mães e RNs.

Toda esta evolução científica a favor da saúde psicológica da mãe e RN para aproximação dos mesmos após o nascimento, iniciado em 1940, culminou em 1971 quando a Academia Americana de Pediatria definiu que o AC não era simplesmente acomodação física, mas deveria ser também um plano de assistência às suas necessidades. Neste caso poderiam

ser colocados berços de vidro, que favoreceriam a observação entre mães e filho, e em áreas com menos recursos, então fosse compartilhado o mesmo espaço físico.

No Brasil até o início dos anos 70 não existia nenhuma instituição que possuía AC. Apesar de existirem exemplos de instituições onde os bebês e as mães ficavam juntos, como as Santas Casas de Misericórdia. A primeira implantação dos sistemas de AC, segundo Miranda; Ungere (1999), deu-se em 1971, no primeiro Hospital Distrital de Brasília por Ernesto Silva. Porém somente em 1975 foi que o Ministério da Saúde passou a recomendar que os bebês sem riscos deveriam ficar ao lado de suas mães.

Em 80, seguindo a determinação da OMS, o MS e o UNICEF, preocupados com a elevada taxa de desmame precoce no Brasil, decidiram fazer uma campanha de incentivo ao aleitamento materno vinculada à mídia. O resultado desta campanha foi a criação do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, que utilizava a imprensa falada, fornecendo informações atualizadas sobre o assunto para profissionais de saúde da área materno-infantil. Com a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PINAM) em 1981, ficou constatado a dificuldade dos serviços sobre o aleitamento materno com a separação imposta da mãe/RN por algumas instituições, prejudicando desta forma o início e duração do aleitamento materno.

Então em 1982, foi realizado em Brasília o Iº Encontro sobre Alojamento Conjunto reunindo especialistas, obstetras, pediatras, enfermeiros e administradores de maternidades de todo o Brasil. Neste encontro um documento orientando a implantação dos ACs foi criado e em 1983 ficaram estabelecidas as primeiras normas básicas para organização do sistema de AC a serem cumpridas por todas as unidades hospitalares do país. Em 1987 decidiu-se aprovar e adotar estas normas e finalmente em 1993 a portaria ministerial decidiu aprovar estas normas básicas.

Para Miranda; Ungere (1999) este sistema no Brasil foi implantado de forma anárquica nos diversos estados do país, faltava aceitação e colaboração por parte de toda a equipe de saúde para que o sistema funcionasse como deveria, e para as autoras atualmente este sistema existe somente para garantir o cumprimento de lei. Os profissionais de saúde devem ser capacitados a defender estas políticas de saúde que vivenciam combater a mortalidade infantil, entre ela o AC. Desta forma a amamentação deixará de ser responsabilidade exclusiva da mulher, e passará a tornar-se compromisso de toda a sociedade.

4.1.3. VANTAGENS

Segundo Santos (2002); MS (1993); Akre (1994) e Campestrini (1994), o sistema de alojamento conjunto oferece as seguintes vantagens:

a) Para a mãe:

- favorece o fortalecimento dos laços afetivos entre mãe e filho através do contato precoce;
- permite a mãe observar seu filho constantemente, conhecendo-o melhor e comunicando a equipe em qualquer anormalidade observada;
- facilita contato entre mãe e neonatologista, através da visita médica, possibilitando a troca de informações referentes ao RN;

- estimula e motiva o aleitamento materno de acordo com as necessidades do bebê, não estabelecendo horários fixos, tornando assim o ato de amamentar mais natural e fisiológico;

- permite a mãe receber instruções referentes sobre os cuidados consigo e com o bebê, dos profissionais de saúde;

- previne, através da amamentação precoce e contínua, atonias e hemorragias pós-parto;

- capacita a mãe, o pai e familiares, presentes durante este processo, a atender os cuidados desde as primeiras horas de vida, fortalecendo a autoconfiança;

- permite a troca de experiências e um intercambio de informações com as outras mães;

- proporciona satisfação, tranquilidade, segurança e diminuição da depressão pós-parto.

b) Para o recém-nascido:

- ajuda-o a se adaptar ao novo meio ambiente não estéril, favorecendo a colonização de bactérias em sua pele e do trato gastrointestinal com os microrganismos de sua mãe;

- permite o atendimento de suas necessidades integrais;

- fortalece o vínculo afetivo com a mãe;

- favorece a precocidade, intensidade, assiduidade da amamentação materna e sua manutenção por maior tempo com exclusividade;

- diminui a morbi-mortalidade neonatal de infecções;

- diminui os riscos de infecção cruzada entre os RNs;

- diminui a incidência de abandono das crianças;

- diminui o “choro por angústia da separação da mãe”;

- diminui a incidência de desnutrição do lactente,

- diminui a incidência de diarreia infantil.

c) Para pai e familiares:

- reforça a unidade familiar;

- permite o aprendizado das necessidades e cuidados com o binômio mãe-filho;

- contribui para maior participação do pai e familiares no processo de cuidar do binômio mãe-filho;

- mantém o intercambio biopsicossocial entre a mãe, criança e os demais membros da família;

- possibilita a compreensão do papel da equipe de saúde.

d) Para a equipe de saúde:

- fornece a integração da equipe interdisciplinar;
- contribui para o atendimento integral do binômio mãe-filho;
- oferece condições à equipe de enfermagem de promover o treinamento materno, através de demonstrações práticas dos cuidados com os RNs e puerpério.

e) Para a unidade hospitalar:

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

4.1.4. POPULAÇÃO ATENDIDA

O sistema alojamento conjunto, salvo raras complicações maternas e neonatais, segundo o Ministério da Saúde (1993) e Santos (2002), está indicado para atender as seguintes populações:

- Puérperas que apresentem boas condições gerais, sem intercorrências clínicas, complicações do parto ou patologias puerperais que possibilitem ou contra-indiquem o contato com o RN (partos difíceis, eclâmpsia, hemorragia, abdome agudo, doenças psiquiátricas ou infecto-contagiosas).

- Recém-nascidos com boas condições de vitalidade, capacidade de sucção e sem intercorrências que exijam maiores observações. Inclui-se neste critério RNs nascidos adequados para a idade gestacional (AIG) com apgar maior ou igual a sete nos cinco minutos de vida; RNs nascidos de parto normal, cesariana ou fórcepe, que não sofreram toco-traumatismos; RNs a termo pequenos para a idade gestacional (PIG) ou grandes para a idade gestacional (GIG) que não sejam extremos, após aferição de níveis normais de glicose; e RNs de mães Rh negativo não sensibilizados.

4.1.5. NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO SISTEMA AC

As normas básicas para sua implantação (BRASIL, MS, 1993) englobam os recursos de área física, humanos, materiais, determinações gerais, atribuições da equipe e avaliação.

4.1.5.1. Recursos de área física

A estrutura física das unidades de AC devem conter quartos e/ou enfermarias que obedecem um certo padrão, com tamanho adequado para acomodar a dupla mãe-filho, sendo a área convencionalmente estabelecida de 5m² para cada conjunto materno/berço. Porém hospitais já em funcionamento, que possuam a intenção de adotar o sistema de AC, poderão fazê-lo sem que a falta desta área se constitua um fator de impedimento.

O número de duplas na enfermaria não deve exceder seis, sendo que o berço deve ficar com uma separação mínima de dois metros. As instalações sanitárias devem ser estabelecidas de acordo com as normas de construção hospitalar do Ministério da Saúde.

4.1.5.2. Recursos humanos

Segundo a Portaria nº 1016, do MS (BRASIL, 1993), a adoção dos recursos humanos deve depender da disponibilidade do serviço, porém composta por uma equipe multiprofissional treinada.

As instituições hospitalares que adotarem este sistema devem possuir uma equipe mínima de recursos humanos de rotina, de plantão, respeitando o grau de complexidade.

A equipe multiprofissional, de acordo com o MS (BRASIL, 1993) deve ser constituída por:

- Uma enfermeira para cada 30 binômios;
- um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada 8 binômios;
- um obstetra para cada 20 mães;

- um pediatra para cada 20 crianças;
- outros profissionais poderão ser envolvidos segundo a disponibilidade e filosofia de serviço.

4.1.5.3. Recursos materiais

Os materiais, segundo classificação, necessários ao sistema de AC são:

Permanentes: cama, berço, escada com dois degraus, mesa de cabeceira, mesa de refeições, balança móvel, hamper, bacias, bandejas e aparelho de fototerapia, entre outros.

Consumo: roupa de cama para mães e bebê, material para higiene, estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro, impressos, prontuários.

Instalações: recomenda-se para melhor segurança a garantia de qualidade e livre de riscos, a instalação de rede canalizada de oxigênio e ar comprimido.

4.1.5.4. Determinações gerais

- O Sistema de AC é uma modalidade de internação hospitalar e sua adoção não representa a extinção do berçário, pois o mesmo é de fundamental importância para prestar assistência aos RNs de alto-risco.
- A implementação do sistema de AC não deve se constituir num método de assistência que vise economia de profissionais; mas sim contribuir com ações de saúde e práticas educativas, que devem ser consideradas com prioritárias neste espaço.

- Os RNs devem ser examinados em seu berço ou no leito materno. Procedimentos mais complexos (coleta de sangue, entre outros) devem ser realizados em salas especiais, respeitado o desejo de participação ou não dos pais.
- Os cuidados higiênicos dos RNs devem ser realizados no AC.
- Deve ser estimulada a participação da família, durante todo o período de internação, contribuindo assim para a conclusão do processo fisiológico, que deve constituir em fonte de felicidade para a família.

4.1.5.5. Atribuições da equipe

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1993); OMS/UNICEF (1989) algumas atribuições se fazem necessárias à equipe de saúde para a promoção do sistema de AC, sendo estas:

- enfatizar a importância deste sistema para todas as gestantes no pré-natal;
- estimular o contato precoce entre mãe e filho na sala de parto, auxiliando na iniciação do aleitamento materno na primeira hora após o parto;
- incentivar o aleitamento sob livre demanda;
- não dar ao recém-nascido nenhum alimento ou bebida, além do leite materno, a não ser por indicação médica;
- proibir o aleitamento cruzado;
- orientar e estimular a participação gradual da mãe e familiares no atendimento ao RN;

- realizar as discussões com as mães, abordando conceitos de higiene, controle de saúde, planejamento familiar e nutrição;
- participar do treinamento em serviço como forma de garantir a qualidade da assistência;
- identificar e reforçar sobre os recursos disponíveis na comunidade para o acompanhamento continuado das mães e crianças referindo-as para os serviços de saúde entre o sétimo e o décimo dia de puerpério.

4.1.5.6. Avaliação do sistema

Segundo o Ministério da Saúde (1993) recomenda-se que periodicamente sejam realizadas avaliações dos resultados quanto:

- ao incentivo ao aleitamento materno;
- ao desempenho da equipe;
- a aceitação do sistema pela mãe e familiares;
- a morbi-mortalidade neonatal e infantil dentro do serviço;
- aos conhecimentos maternos adquiridos em relação aos cuidados com as crianças.

4.2. PUERPÉRIO

"Puerpério, sobreparto ou pós-parto, é o período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna havidas após o parto. Há, contemporaneamente, importantes modificações gerais, que perduram até o retorno do organismo às condições vigentes antes da prenhez. A relevância e a extensão desses processos são proporcionais ao vulto das transformações gestativas experimentais e diretamente subordinadas à duração da gravidez. Por via de regra, completa-se a involução puerperal no prazo de seis semanas" (REZENDE, 1995, p. 209).

É o período que tem início logo após o parto, terminando quando a fisiologia materna volta ao estado anterior, ou seja, aproximadamente durante 6 (seis) semanas de pós parto (ZIEGEL, CRANLEY, 1980). Conhecido popularmente como resguardo ou quarentena (SANTOS, 2002) .

A duração é um tanto imprecisa e percebe-se que o início é marcado pela expulsão da placenta e das membranas ovulares. Em relação ao seu término é discutível entre 6 a 8 semanas que se sucedeu o parto.

O período do puerpério é um processo no qual a mulher passa por profundas alterações físicas, psico-emocionais e sociais. Além disso, a mulher precisa adaptar-se a seu filho e a seu papel de mãe. A necessidade de adaptar-se a mudanças tão intensas que tornam a mulher sensível, confusa e ansiosa, especialmente, nos primeiros dias de puerpério (FREITAS et. al, 1997).

A caracterização do puerpério é entendida basicamente como: involução uterina, lactação, loquiação e adaptação psicológica da mãe.

A classificação segundo Rezende & Montenegro (1995), o puerpério é dividido em:

1.Puerpério imediato: do 1º dia ao 10º dia pós-parto

2.Puerpério tardio: do 10º dia ao 45º dia pós-parto

3.Puerpério remoto: além do 45º dia de pós-parto

4.2.1.PUERPÉRIO IMEDIATO

Segundo, Rezende & Montenegro (1995), no pós-parto imediato domina a crise genital e prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas pela gestação, principalmente das que abrigavam o concepto.

Após a dequitação (descida e expulsão da placenta), o útero situa-se pouco acima da cicatriz umbilical, firmemente contraído. Já no primeiro dia, o fundo uterino deverá estar na altura da cicatriz umbilical. Até o décimo dia é um órgão abdominal, depois retornando a pelve uterina. A atividade contrátil rítmica do útero, conquanto inaparente, indolor, prossegue por certo tempo, às vezes, ocasiona cólicas muito dolorosas.

Nas lactentes, a involução uterina, de modo geral, é mais rápida, graças ao reflexo útero-mamário, através do qual, à estimulação da região mamilo-areolar e de toda parte funcional da glândula mamária, são acionadas, pela liberação de ocitocina, as contrações uterinas, traduzidas como cólicas pelas puérperas. A cada amamentação, há uma estimulação dos mamilos e da árvore galactófora, liberando a ocitocina que faz a retração e contratibilidade uterina (SANTOS, 2002, p. 93).

A hemostase da ferida placentária é assegurada pela retração e contração do miométrio, que chamamos de globo de segurança de Pinard, que é a constrição dos vasos parietais pelo miométrio, fenômeno inaugurado com a saída da placenta.

A vagina, vulva e períneo podem apresentar-se com pequenas lacerações, equimoses e, às vezes, edema. Entretanto, a cicatrização ocorre rapidamente em consequência da grande vascularização neste órgão. A vagina e a vulva permanecem entreabertas e o períneo hipotônico, devido à hiper-distensão que os músculos foram submetidos (MARTINEZ, 1999).

4.2.2. PUERPÉRIO TARDIO

Período de transição onde a recuperação genital toma impulso. É o circuito biológico em que todas as funções começam a ser influenciadas pela lactação. O útero começa a regredir muito lentamente até 6 semanas. A cavidade uterina acha-se inteiramente epitelizada ao 25º dia do pós-parto.

O corrimento loquial prossegue até meados do pós-parto tardio, passando de serosanguinolento a seroso (lochia flava). Nas mulheres que não amamentam, apesar da regressão miometrial mais lenta, tende o endométrio a proliferar nos moldes conhecidos, alcançando no término do período, estado semelhante a fase proliferativa do ciclo menstrual.

4.2.3. PUERPÉRIO REMOTO

É um período de duração imprecisa, a variar com a presença ou não da lactação. Nas mulheres que não amamentam a menstruação retorna, em média com um mês e meio, e ao contrário do que se pensava, precedida de ovulação. Nas lactantes os prazos dependem da duração do aleitamento (REZENDE; MONTENEGRO, 1995).

4.2.4. CARACTERIZANDO O PUERPÉRIO

4.2.4.1. Fenômenos Puerperais

Involução uterina

É extraordinária a capacidade de regressão do útero durante o puerpério. A superfície interna, onde estava implantada a placenta, está cruenta e sangrando. A involução uterina é acompanhada por um processo de autólise ou autodigestão que transformam o material proteico das células endometriais, em substâncias que irão ser absorvidas e eliminadas pela urina. A quantidade de células é preservada durante a involução uterina, mas há uma redução do seu volume (REZENDE MONTENEGRO, 1995).

É evidente a relação entre funcionamento das mamas e do útero durante o puerpério. A involução de um modo geral progride mais rapidamente em mulheres que aleitam seus filhos.

A tensão e dor das cólicas podem ter efeito adverso no mecanismo da amamentação, inibindo a lactação.

Loquiação

São as perdas vaginais que sucedem o parto e consistem em secreções uterinas e vaginais, sangue e revestimento uterino que são expelidos durante o puerpério.

Nos primeiros dias, a secreção é de cor vermelho vivo, consistindo de grande quantidade de sangue chamada de lóquios rubro, cruenta ou ainda lochia rubra. Após três dias

possui a cor rosada e serosa e é chamada lóquios serosos ou ainda de lochia fusca. Após o décimo dia de involução normal a cor passa ser amarelada ou esbranquiçada e é chamada lóquios branco ou ainda de lochia flava.

Qualquer patologia de endométrio, colo uterino ou vagina modifica as características dos lóquios, seja na quantidade, na cor ou odor. " Em algumas situações pode haver a retenção de lóquios, situação clínica considerada indesejável, pois predispõem a infecção puerperal e é chamada de loquiometria " (SANTOS, 2002, p.123).

4.2.4.2. Modificações Gerais no Puerpério

Estado geral

Nos primeiros dias de puerpério, a mulher poderá experimentar alguns desconfortos físicos e emocionais. Poderá sentir-se cansada, apresentar calafrios e sede nas primeiras horas após o parto, ter dificuldade para sentar e caminhar.

Observa-se algumas alterações nos sinais vitais que são específicos do período puerperal. A temperatura pode elevar-se até 38° C. Isto é justificado pela presença de soluções de continuidade no canal do parto, através dos quais, microorganismos e soluções tóxicas invadem a circulação materna nas primeiras 72 horas, não sendo considerado um quadro clínico infeccioso.

"Em decorrência da freqüente elevação da temperatura nos 3° e 4° dias de puerpério, quando ocorre a apojadura, originou a crença da febre do leite, quase sempre sem fundamento" (SANTOS, 2002, p.25).

O pulso pode ficar bradicárdico nos primeiros 6 a 8 dias, girando em torno de 60 a 70 bpm. O mesmo ocorre devido a uma diminuição das contrações cardíacas após o nascimento do bebê e a redução do leito vascular.

Em relação ao peso corporal, a puérpera, perde cerca de 5 kg logo após o parto pela saída (feto, placenta, líquido amniótico).

Sistema hematopoiético

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

- declinação do volume sangüíneo em função do volume de sangramento provocado pela dequitação, retornando ao normal com cerca de seis semanas;
- diminuição do número de hemácias nos primeiros dias para se normalizar progressivamente;
- observação de leucocitose (15.000-20.000 mm), retornando ao normal durante a primeira semana pós-parto;
- elevação das plaquetas no três primeiros dias, retornando logo ao normal;
- queda da taxa de hemoglobina, que prossegue declinando;
- diminuição do hematócrito logo após o parto, retornando logo ao normal após o quinto dia;
- elevação da hemossedimentação nos primeiros dias de puerpério, normalizando-se dentro de três a cinco semanas;

- aumento da atividade fibrinolítica devido ao estresse da parturição;
- aumento nas primeiras semanas após o parto, dos fatores de coagulação já presentes na gestação, o que predispõe à tromboflebite e embolia (SANTOS, 2002, p.125 e126).

Sistema urinário

A bexiga aumenta sua capacidade, logo após o parto, mas sua sensibilidade à pressão exercida pela urina encontra-se diminuída. Encontra edemaciada, hiperemiada e, em alguns casos, com petéquias e hemorragias submucosas.

A incontinência urinária não é muito freqüente, todavia pode ocorrer nos primeiros dias de puerpério, desaparecendo em seguida. As causas principais são a atonia esfícteriana e algumas lacerações traumáticas. A função uretral volta ao normal dentro de 12 semanas.

Sistema respiratório

Após o parto, em consequência do esvaziamento uterino, ocorre a descompressão do diafragma, com isso, há uma melhora na respiração da puérpera, passando ao padrão respiratório normal toraco abdominal (SANTOS, 2002).

Sistema tegumentar

Com freqüência ocorre queda de cabelos, sudorese e enfraquecimento das unhas, tornando-as quebradiças. A hiperpigmentação da face (cloasma gravídico), do abdome (linha nigra) e da mama (aréola secundária) sofre redução gradativa, mas às vezes, poderá ser de

duração longa. As estrias de coloração violácea, resultantes da gravidez recente, permanecem e a sua tonalidade é alterada para o aspecto perolado (SANTOS, 2002, p.97 e 98).

Sistema endócrino

Após a expulsão da placenta, há uma queda brusca das concentrações circulares dos hormônios estrogênio e progesterona. A diminuição destes hormônios, em quantidades consideráveis, permite a manifestação completa da ação lactogênica da prolactina e ocitocina, cuja secreção, acrescida dos hormônios corticóides, é fundamental para a produção e ejeção láctea.

Em função dessas alterações hormonais, o restabelecimento dos ciclos menstruais se dá, nas mulheres não lactentes, cerca de seis semanas após o parto. Já nas lactentes é variável, dependendo da frequência, duração do estímulo da sucção e ordenha manual (SANTOS, p 98).

Sistema digestivo

Após o parto, com o esvaziamento do útero, o estômago, o intestino delgado e o cólon retornam à posição anatômica normal, favorecendo o esvaziamento mais rápido do estômago e a normalização das funções gastrointestinais. Mesmo assim, neste período é freqüente a ocorrência da obstipação intestinal causada principalmente por:

- morosidade intestinal estabelecida durante a gestação;
- súbita perda da pressão intra-abdominal;

- diminuição da motilidade gastrointestinal pelo uso de analgesia ou anestesia usada durante o parto;
- relaxamento ou flacidez da musculatura abdominal-perineal;
- repouso físico relativo e dieta da puérpera;
- medo da puérpera em romper os pontos ou de sentir dor ao evacuar;
- presença de hemorróidas (veias varicosas no reto), decorrentes do esforço distendido no período expulsivo (SANTOS, 2002).

Os edemas gengivais, algumas vezes presentes na gravidez, também regredem em alguns dias após o parto (SANTOS, 2002, p 99).

4.2.5. O PROCESSO DE CUIDAR NO PUERPÉRIO

A assistência de enfermagem no puerpério visa, principalmente, facilitar a adaptação da mulher às alterações físicas, emocionais e possibilitar o aprendizado e segurança nos cuidados com seu filho.

Ao receber a puérpera no Alojamento Conjunto, o enfermeiro busca analisar o prontuário, tomando conhecimento sobre os detalhes do parto e as condições do recém-nascido. Avalia o estado geral e questiona sobre eventuais queixas, realiza o exame físico, presta informações à puérpera e acompanhante para um bom andamento no período de internação.

A partir dessas informações, o enfermeiro, realiza sua evolução no prontuário e prescreve os cuidados a serem destinados à puérpera e ao recém-nascido.

É importante utilizar uma metodologia a fim de direcionar adequadamente a assistência de enfermagem, que deverá ser sistematizada, científica e levar em consideração:

- A história e o estilo de vida da puérpera, suas experiências, valores culturais, crenças e costumes;
- tipo de parto (fácil, difícil, vaginal ou cesáreo, com ou sem episiorrafia);
- os períodos do puerpério (imediate, tardio ou remoto), os fenômenos puerperais (involutivos e progressivos) e as modificações locais e sistêmicas;
- estabelecimento da relação mãe-filho e familiares.

O exame físico da puérpera, que deve ser realizado quando a mesma chega ao AC e diariamente, possui o objetivo de obter informações acerca do estado geral da puérpera, com ênfase aos fenômenos puerperais (involutivos e progressivos), às modificações locais e sistêmicas que ocorrem no puerpério. Deve ser realizado diariamente enquanto a mulher permanecer internada na maternidade ou por ocasião da consulta puerperal, após a alta hospitalar.

Deve-se observar no exame físico: estado geral; sinais vitais; mamas; abdome; útero; bexiga; região vulvo-perineal; lóquios; membros inferiores (Sinal de Homans).

4.3. DEFININDO ADOLESCÊNCIA

Existem várias definições de adolescência que abordaremos, a seguir, para melhor entendimento deste conceito.

“Período da vida humana que começa com a puberdade e se caracteriza por mudanças corporais e psicológicas...” (FERREIRA, 1993, p. 12).

A adolescência é a fase do desenvolvimento humano em continuidade ao processo dinâmico da evolução, caracterizada por grandes transformações: crescimento biológico, mudanças psicossociais e cognitivas (MEDRADO; LIRA, 1999).

É uma etapa de desenvolvimento do ser humano, um período de transição entre infância e a idade adulta. O ser humano, enquanto adolescente, não vivencia apenas essa transição, mas sim, a estruturação da sua personalidade (SILVA; MINA, 1999).

O adolescente vive um estágio dinâmico de desenvolvimento intelectual e orgânico. A atenção a si mesmo e ao mundo que o rodeia, ampliam-se e tem oportunidades pela primeira vez na sua existência, de perceber e reconhecer a realidade com pensamento mais crítico (SILVA; MINA, 1999).

Crianças e adolescentes possuem direitos próprios que estão previstos em diversos instrumentos internacionais e na legislação brasileira. No plano internacional, ressalta-se a Convenção sobre o Direito da Criança, aprovada pela ONU, em 1989, e em vigência no Brasil desde 1990; as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade, aprovada pela ONU em 1990; Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração Juvenil e a Convenção Americana sobre os Direitos Humanos (Pacto de São José). A Constituição Federal relaciona em seu art. 227 direitos destinados a conceder às crianças e adolescentes absoluta prioridade no atendimento ao direito à vida, saúde, educação,

convivência familiar e comunitária, lazer, liberdade, integridade etc. Além do que, é dever de todos (Estado, família e sociedade) livrar a criança e adolescente de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Crianças e adolescentes possuem primazia em receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias, precedência no atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública, destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e juventude, programas de prevenção e atendimento especializado aos jovens dependentes de entorpecentes e drogas afins. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, estabelece um rol de direitos específicos dessas pessoas, bem como regras especiais para o jovem infrator.

Para não fugir da linha objetiva central deste trabalho, precisamos centralizar o entendimento sobre "quem é considerado adolescente" perante a legislação em vigor. Pois bem! Considera-se criança a pessoa até 12 anos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos. Isto está determinado por Legislação Brasileira, dita Especial, qual seja, a Lei Nacional nº 8.069, de 13-07-1990 (conhecida popularmente por: Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA). Esta faixa etária não sofreu qualquer alteração com a edição da Lei Nacional nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil Brasileiro. Esta nova Lei, que entrou em vigor somente em janeiro de 2004, alterou, de forma a regredir, a idade para capacitação civil: de 21 para 18 anos.

4.3.1. CONHECENDO A ADOLESCÊNCIA

No início da adolescência existe um crescimento rápido, na faixa etária de 12 anos e meio para as meninas e 14 anos e meio para os meninos. Aparentemente, essas diferenças individuais no desenvolvimento do adolescente, têm efeitos sobre a personalidade e o ajustamento social.

As estruturas físicas envolvidas no processo de reprodução se acham presentes e chamamos de características sexuais primárias. No sexo masculino: testículos, pênis, a glândula prostática e a vesícula seminal. No feminino: ovário, útero, vagina e o clitóris. Esta maturação é um processo que varia com a idade e tende a prosseguir de modo seqüencial para todos os adolescentes.

As características sexuais secundárias são as mudanças físicas que incluem o surgimento dos pêlos no corpo, mudanças na textura da pele e modificações no timbre de voz.

Ao atingir a puberdade, com as modificações físicas proporcionadas pela secreção dos hormônios sexuais, os adolescentes sentem-se estimulado-as a resolver suas necessidades instintivas, buscando satisfações nas experiências amorosas e genitais (SOUZA apud SILVA; MINA, 1999).

4.3.2. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma etapa permeada de mudanças, desafios, crises, conflitos e descobertas e estão inter-relacionadas aos contextos históricos, sociais, biológicos, psicológicos, religiosos, educacionais, econômicos e de saúde-doença.

Muitos são os fatores que contribuem para a alta incidência da maternidade durante a adolescência. O início precoce da vida sexual, falta de uso de métodos anticoncepcionais ou uso inadequado deles, dificuldade de acreditar na própria capacidade de reproduzir e falta de dinheiro para adquirir o método, são algumas das causas mais comuns que, normalmente, aparecem associadas. Também não é difícil perceber que, quanto menor a escolaridade, maior o risco de gravidez na adolescência.

Takiuti (1994), enfatiza que embora os papéis sexuais sejam definidos desde a infância, é na adolescência que a distinção entre os dois sexos se aflora com maior força. A mulher adolescente vive num intenso conflito entre o querer e o não poder iniciar a sua atividade sexual.

Dentre as diversas formas de experienciar a adolescência está o exercício da sexualidade, papel importante para a determinação da sua auto-estima, identidade social e sua inserção na sociedade.

Quando ocorre uma eventual gravidez, não planejada, a jovem necessita de amparo, apoio e segurança do profissional de enfermagem para um bom acompanhamento do período gestacional. Este cuidado estimula a vivenciar essa etapa de crescimento e de novas perspectivas de vida, que estabelecem a liberação de sentimentos e potencialidades, aumentando a capacidade de entender o processo que está passando.

Além dos riscos biológicos para a mãe e para a criança, a gravidez na adolescência também traz transtornos emocionais e econômicos para os núcleos familiares onde ela ocorre. A interrupção do processo de formação do indivíduo que é obrigado a deixar a escola, é excluído do mercado de trabalho, e a falta de apoio da família e dos amigos, entre outros, são alguns dos dilemas que os adolescentes são obrigados a enfrentar quando se vêem à espera de um filho não planejado.

Do ponto de vista social, evidenciam-se implicações como abandono da escola, maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, diminuição do padrão de vida, desestruturação familiar e conseqüente circularidade da pobreza (OMS, 1989).

4.3.2.1. Riscos de uma gravidez não planejada

No período dos 15 aos 19 anos, desde que com o devido acompanhamento médico, as adolescentes apresentam as mesmas características de gestação de uma mulher adulta, razão pela qual é mito dizer que elas sofrem maiores riscos biológicos de ficarem grávidas.

Antes dos 14 anos, entretanto, a situação se complica. Nesta faixa etária, o sistema reprodutor da menina ainda não está amadurecido e, devido a isso, pode ocorrer maior incidência de doenças hipertensivas, partos prematuros, ruptura antecipada da bolsa, desnutrição do bebê e da mãe.

Quando a gravidez não é planejada elas começam o pré-natal mais tarde por medo de ser criticadas e, por isso, as chances de uma complicação são muito maiores

4.4. ALEITAMENTO MATERNO

A lactação constitui-se em uma função fisiológica da classe dos mamíferos. Amamentação segundo Ferreira apud Silva (1997, p.16) é o “ato ou efeito de amamentar”, que significa dar de mamar, alimentar, aleitar e nutrir, sendo que aleitamento materno é sinônimo de amamentação.

Os significados destas palavras traduzem puramente aspectos biológicos da ação de amamentar, porém sabemos que este ato compreende também os elementos afetivos que são desencadeados por este processo da lactação. Durante a amamentação os laços afetivos entre RN e mãe são estabelecidos, bem como a interação dos aspectos psicológicos entre os mesmos.

Para Jelliffe; Jelliffe apud Silva (1997) a saúde e o desenvolvimento da criança está diretamente relacionado ao aleitamento exclusivo pelo menos durante seu primeiro ano de vida.

Na 54^a Assembléia Mundial de Saúde de 2001, após longos debates desde 2000, a OMS recomenda apoiar a amamentação exclusiva até os seis meses de vida, alimentação complementar oportuna e adequada, e a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais (VIEIRA et al, 2003; IBFAN, 2000).

A importância do aleitamento materno já está bem definida, ações de promoção, proteção e manutenção estão sendo delimitadas e realizadas em todos os países. Porém sabemos que nossa profissão pode contribuir sobremaneira para estas ações junto à puérpera-adolescente.

Abordaremos a seguir aspectos importantes para nossa assistência de enfermagem durante o aleitamento materno, que subsidiarão assim nossa prática.

4.4.1. ANATOMIA E FISIOLOGIA DA LATAÇÃO

4.4.1.1. Anatomia da glândula mamária

Localização/ constituição/ características: Na mulher, as glândulas mamárias estão simetricamente localizadas uma de cada lado do tórax e se estendem verticalmente da segunda à sexta costela e transversalmente, da margem do esterno até a linha média axilar. São ricamente vascularizadas e sua nutrição é realizada por ramos perfurantes da artéria torácica interna e axilar (SANTOS, 2002, p 107). É embebida em tecido adiposo e conjuntivo. A forma, tamanho e consistência variam de acordo com cada indivíduo, dependendo de etnia, biótipo, grau de adiposidade entre outros (SANTOS, 2002, p 107). O corpo mamário na mulher jovem nulípara é proeminente, coniforme, discoidal ou hemisférico, com consistência elástica e firme. Torna-se mais flácido e pendular com a idade e número de gestações. A pele que reveste as mamas inclui os mamilos e a aréola, estando a mesma aderida ao tecido subcutâneo, é macia, flexível, elástica e contém glândulas sebáceas, sudoríparas e apócrinas (SANTOS, 2002).

A mama em sua porção apical possui o mamilo, localizado no centro da aréola, constituído de tecido erétil, cilíndrico. O mamilo é ricamente enervado com terminações neuro-sensitivas e corpúsculos de Meissner, possuindo assim uma grande sensibilidade. Os mamilos possuem formas e tamanhos variáveis, possuem papilas dérmicas altas e fibras musculares lisas e longitudinais, o que os torna mais rígidos e salientes, especialmente na gestação e período menstrual. Possuem também glândulas sudoríparas apócrinas e sebáceas. Os mamilos anatomicamente podem ser classificados em três tipos, descritos abaixo, e sua ausência é denominada de atelia (SANTOS, 2002).

- Mamilos Normais: é protruso e caracteriza-se pela existência de um ângulo de mais ou menos 45° entre o mamilo e a aréola. É extremamente elástico e de fácil apreensão (SANTOS, 2002, p 108).
- Mamilos Planos: situa-se no mesmo nível que a aréola, inexistindo a presença de ângulo entre os dois. É de tecido pouco elástico, devido a grande quantidade de aderências de tecido conectivo existente em sua superfície (SANTOS, 2002, p 108).
- Mamilos Invertidos: caracteriza-se pela inversão total do tecido epitelial, podendo ocasionar o desaparecimento completo do mamilo. Frequentemente não é de tecido elástico e é de difícil apreensão (SANTOS, 2002, p 108).

Ao redor do mamilo, ainda existe uma área denominada de aréola. Nesta área localizam-se as glândulas areolares ou mamárias acessórias, responsáveis pelas proeminências modulares da superfície, que na gravidez crescem e produzem secreção lipóide, cuja função consiste em lubrificar os mamilos, conhecidos como tubérculos de Montgomery (SANTOS, 2002)

Morfologia: o corpo da mama é formado por duas porções o parênquima e o estroma mamário.

O parênquima se constitui na porção secretória da glândula. Este sistema pode ser descrito como canalicular, arborescente, com forma semelhante a couve-flor, possui ductos, lobos, lóbulos e alvéolos. Os lobos se constituem em 15 a 25 e estão dispostos como raios, que se abrem na papila da mama através dos orifícios individuais. Os ductos possuem dilatações sobre a base do mamilo denominados de seios ou ampolas galactóforas, cuja finalidade consiste em depositar parte do leite que é produzido nos intervalos das mamadas.

Cada lobo está subdividido entre 20 a 40 lóbulos e estes, por sua vez, em 10 a 100 ou mais ácidos ou alvéolos, que possuem várias camadas de células produtoras de leite e estão ricamente providas de células mioepiteliais contráteis e vasos sanguíneos em sua parede.

O estroma é constituído por tecido conjuntivo e colágeno, que circundam toda estas estruturas descritas anteriormente, e é desta forma responsável pela consistência característica da mama. No estroma também estão presentes vasos linfáticos e nervos (SANTOS 2002).

4.4.1.2. Fisiologia da Lactação

Existem três fases distintas, que compreendem o desenvolvimento da mama e estas vão determinar o seu funcionamento, sendo descritas como: fase mamotrófica ou mamogênica (consiste no desenvolvimento da glândula mamária); fase galactogênica ou da lactação (responsável pela produção e ejeção do leite) e fase de galactopoiese, (responsável pela manutenção da lactação) (SANTOS, 2002).

- ***Fase mamotrófica ou mamogênica***

A mama da mulher se desenvolve após a puberdade e especialmente durante a gestação e lactação, regredindo com a senilidade, quando ocorre a atrofia do parênquima mamário, diminuição do tecido conjuntivo e rarefação dos vasos sanguíneos. Através do estímulo do estrógeno, atuando no sistema ductal, e da progesterona, atuando nos ácidos e alvéolos; na puberdade a mama começa a se desenvolver, mas ainda não fica determinado seu desenvolvimento completo, uma vez que são necessários outros estímulos hormonais como a prolactina (PRL), a somatotropina (STH), ambas secretadas pela hipófise, e a tireotropina (TSH), produzida pela tireóide.

Na gestação a prolactina se eleva a partir da quinta a sexta semana. Todos os elementos necessários à produção láctea já estão presentes, porém esta se manifesta através de pequenas quantidades de colostro, pois os hormônios sexuais da placenta, o estrógeno e a progesterona inibem a ação da prolactina armazenada na hipófise, impedindo sua ação sobre a mama. Acredita-se que a prolactina sofra efeito de fatores do hipotálamo, conhecido como fator de inibição da prolactina (PIF), impedindo assim sua liberação durante a gestação (SANTOS, 2002).

▪ ***Fase galactogênica ou da lactação***

A fase galactogênica compreende duas etapas distintas: Secreção láctea (produção e armazenamento do leite no interior da glândula mamária) e Ejeção ou secreção láctea (estocagem e disponibilização).

Secreção láctea: a secreção do leite acontece pela estimulação, através da ação do hormônio prolactina secretado pela hipófise, das células glandulares, a partir de componentes precursores do sangue. A gordura do leite surge na base das células alveolares em forma de gotícula, dirigindo-se ao ápice celular, aumentando de tamanho até estarem completamente envoltas pela membrana da célula, que ao romper-se libera-as no interior dos alvéolos. A lactose é sintetizada a partir da glicose sangüínea, no aparelho de Golgi e nas células mioepiteliais que contornam os alvéolos. No ergastoplasma são sintetizadas as proteínas, sendo posteriormente excretadas ao se romperem no ápice celular, para a luz dos alvéolos.

Após todo este processo de constituição do leite, este é excretado pelos alvéolos e armazenado nos canalículos, canais e ampolas galactóforas. A composição do leite pode variar durante seu armazenamento, pois este permanece em equilíbrio osmótico com o sangue, que irriga a glandula, e desta forma pode acontecer trocas de constituintes hidrossolúveis e água entre o sangue e o leite.

O início da lactação acontece então imediatamente após o parto. Com a saída da placenta os teores de estrógeno, progesterona e hormônio lactogênico placentário diminuem bruscamente, deixando de impedir assim a liberação de prolactina pela hipófise, que juntamente com o hormônio adenocorticotrófico e os corticosteróides determinam este início da lactação. A ocitocina liberada durante o reflexo da sucção desempenha ação inibidora do PIF. O desaparecimento dos hormônios placentários associado a grande descarga de ocitocina, que acontece no momento do parto, determina uma grande liberação de prolactina, desencadeando o início da lactação.

A fase de secreção do leite propriamente dita inicia-se no terceiro ou quarto dia de puerpério, sendo mantida pelo estímulo da sucção e esvaziamento freqüente e completo da glândula. A prolactina na verdade atinge níveis sanguíneos máximos na terceira a quarta semana de puerpério, diminuindo de forma gradual e progressiva. No processo galactogênico, os fatores nervosos também desempenham papel importante para a liberação da prolactina. Neste período de secreção láctea, observa-se na mulher um aumento das mamas, que se tornam sensíveis, túrgidas e doloridas em muitos casos.

A classificação da produção láctea se estabelece de acordo com a idade desta, sendo considerado colostro o leite produzido até o 6º dia de puerpério, leite de transição do 7º ao 14º dia e leite maduro do 15º em diante.

Ejeção láctea: esta fase é determinada por um reflexo neuro-hormonal, cuja via nervosa aferente inicia-se com receptores localizados nos mamilos e canais galactóforos, sendo o principal estímulo a sucção. Este estímulo age na hipófise, liberando via aferente a ocitocina, que é o hormônio responsável pela ejeção do leite, o qual faz a contração das células mioepiteliais dos alvéolos e canais galactóforos. Este mecanismo de contração provoca o aumento da pressão do leite ocasionando o processo denominado de “expulsão ou

descida do leite”. Este reflexo ocorre 30 a 60 segundos após o início da sucção e pode ser influenciado por fatores como estresse emocional, tensão, dor, que agem inibindo a liberação de ocitocina.

- *Fase de galactopoiese*

Esta fase depende de fatores neuroendócrinos desencadeados principalmente pelo estímulo da sucção do mamilo. A PRL exerce baixo poder nesta fase de manutenção da lactação. A somatotropina possui uma maior ação mantenedora da lactação.

O reflexo de sucção sobre o mamilo desempenha papel importante nesta fase. Através da sucção as terminações nervosas do mamilo, desencadeiam, através dos gânglios simpáticos da medula, estímulos no núcleo hipotalâmico, determinando assim a inibição do PIF (SANTOS, 2002)

4.4.2. PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

Nos dias atuais existe uma grande retomada da valorização do aleitamento materno, bem como a consciência de sua superioridade e importância nutricional, bioquímica e imunológica. Pesquisas demonstraram ao longo destes anos que as taxas de mortalidade e morbidade são mais elevadas em crianças que são desmamadas precocemente (SANTOS, 2002).

Segundo Silva (1997) a “amamentação assume significados diferentes em várias culturas, sendo um comportamento social mutável conforme as épocas e costumes” (p.17). A história registra que esta prática sofreu transformações durante os tempos. Nos séculos XVII e

XVIII, o ato de amamentar era considerado repugnante e ridículo pelas mulheres aristocratas e burguesas, estas então adotaram as “amas” de leite. No final do século XVIII, alguns países da Europa, ofereciam o leite de animais às crianças em chifres, porém os resultados não foram satisfatórios e demonstraram que de 7 entre 10 crianças alimentadas desta forma morriam antes de completar um ano de vida. Na metade do século XIX o leite de vaca começou a ser adotado com suplementação alimentar. Com o advento do leite em pó juntamente com sua praticidade e acessibilidade, a prática da mamadeira tornou-se bastante difundida. O leite em pó passou a se consolidar em todos os países junto a população e os profissionais de saúde, que o consideravam o alimento mais adequado aos RNs, e desta forma a prática do aleitamento materno progressivamente diminuíra. Porém em consequência deste comportamento as taxas de mortalidade infantil aumentaram, principalmente nos grupos de pessoas mais pobres, dos países subdesenvolvidos.

Com a percepção de toda esta situação e com o intuito de reverter este processo de alimentação infantil industrializada, foram feitos estudos e campanhas, que procuravam estabelecer estratégias para demonstrar a importância do aleitamento materno, promovendo a manutenção de sua prática em todo o mundo.

De acordo com Lawrence apud Santos (2002), existem dois tipos de intervenção para promover o aleitamento materno, sendo estas de oferta e demanda. As intervenções sobre a oferta da lactação se referem as que: aumentam a disponibilidade de leite materno ao mesmo tempo em que diminuem a de seus substitutos. Exemplos desta intervenção são: adoção de rotinas hospitalares que favoreçam o aleitamento materno, promover o contato precoce e contínuo entre mãe-filho, restringir o uso de leite artificial. As intervenções sobre a demanda são aquelas que afetam a motivação e atitude das mães frente ao aleitamento materno. Exemplos destas intervenções são: ações educativas, utilizando informações, motivação ou mensagens de risco.

Segundo Giugliani (1994) atribui-se ao aleitamento materno a prevenção de mais de 6 milhões de mortes em crianças menores de 12 meses a cada ano. A promoção do aleitamento materno, segundo a autora, pode ser realizada através de: educação dos profissionais da saúde, educação das gestantes, acompanhamento no pós-parto, educação da população em geral, mudança nas rotinas hospitalares, comunicação em massa, normas para comercialização de alimentos para lactentes, proteção à mãe que trabalha e ações de base comunitária. Abordaremos a seguir suas propostas para promoção do aleitamento materno.

Em relação à educação dos profissionais de saúde, sua importância é significativa para a contribuição do aleitamento materno. Os administradores dos estabelecimentos de saúde podem organizar programas educativos para aumentar os conhecimentos e melhorar a atitude dos profissionais frente ao aleitamento materno. As pessoas que trabalham com a rede de ensino poderiam propor reformas curriculares, dando mais ênfase ao aleitamento materno, divulgando e distribuindo materiais informativos sobre o assunto.

Sobre a educação das gestantes no pré-natal, esta fase poderá ser uma ótima oportunidade para motivar as mães a amamentar, oferecendo conhecimento sobre a fisiologia da lactação, devendo ser enfatizado, que a manutenção da produção láctea depende do estímulo produzido pela sucção dos mamilos. Neste período a gestante também deve ser informada sobre os problemas que poderão ocorrer, estando desta maneira preparadas para prevení-los ou superá-los.

Em relação a educação das puérperas, as orientações para as mães que amamentam, principalmente aquelas que o fazem pela primeira vez ou aquelas que desmamaram outros filhos precocemente, são muito importantes para colaborar com o processo de amamentação. Estas mães precisam saber sobre as vantagens que o aleitamento

materno trás, o manejo clínico, importância, entre outros significantes para a manutenção do processo de lactação.

No acompanhamento pós-parto, a autora propõe, que cada mãe deveria sair da maternidade com um telefone ou endereço que lhe garantisse ajuda, a qualquer hora em casos de dúvidas ou dificuldades relacionadas ao aleitamento materno, pois é nos primeiros dias em casa que surgem as dúvidas.

Em relação a educação da população em geral, os profissionais de saúde devem tentar envolver as pessoas que possuem uma participação importante no dia-a-dia das mães e das crianças.

Sobre a mudança das rotinas hospitalares e comunicação em massa, cabe aos administradores a divulgação maciça e a implementação dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. A todos os profissionais cabe acreditar e executar com convicção os dez passos e participar de campanhas de divulgação. As ações de base comunitária deveriam, através dos profissionais, incentivar a formação de grupos que atuem na promoção do aleitamento materno.

Em relação às normas de comercialização de alimentos, estas devem ser seguidas e fiscalizadas por organismos competentes, juntamente com a proteção das mães que trabalham, instituindo direitos legais para a manutenção do processo de lactação da nutriz (GIUGLIANI, 1994).

4.4.2.1. Políticas destinadas ao aleitamento materno e à mulher que amamenta

Como já vimos anteriormente, a evolução científica acarretaria no declínio do aleitamento materno, em consequência ocorrera um aumento da mortalidade infantil. Organizações públicas como a OMS e UNICEF promoveram então medidas para reverter este quadro, e sobre este assunto é que abordaremos a seguir.

Segundo Rea (2003) o primeiro estudo documentado no Brasil sobre as práticas indevidas de marketing de substitutos do leite materno foram registradas em 1978. Neste período, ocorreu a Reunião Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena, organizada pela OMS em Genebra. Uma das decisões deste evento foi a que se deveria elaborar um código de conduta ética quanto à propaganda de produtos que interfiram na amamentação. O representante brasileiro nesta reunião era o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), que colaborou com a elaboração do Código Internacional de Comercialização de Substitutos de Leite Materno. No Brasil, posteriormente, foi criada a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes.

Em 1980 o INAN buscou ajuda da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do UNICEF para elaboração de um audiovisual sobre a amamentação com a finalidade de sensibilizar políticos e autoridades de saúde, entre outros. Esta proposta do INAN foi apresentada para o ministro da saúde da época, sendo decidido o lançamento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e assim muitas outras campanhas foram surgindo com o decorrer dos tempos.

No final da década de 80, autoridades da OMS, UNICEF e organismos bilaterais e técnicos passam a se unir no sentido de elaborar uma estratégia que levasse em conta diversos determinantes que interferissem na prática do aleitamento materno, criando a IGAB (Internacional Group on Action on Breast feeding), que procurava assim trabalhar os

seguintes determinantes: serviços de saúde e hospitais, grupos de mães e comunidades, treinamento, comunicação, educação, código e mulher trabalhadora. Este processo encerra então com a Declaração de Inocenti (1990).

Em 1989 a OMS e UNICEF lançam um documento: a Declaração Conjunta sobre o papel dos serviços de saúde e maternidades (OMS/ UNICEF, 1989), onde são mencionadas dez ações relacionadas a incentivar o aleitamento materno, com o resumo do que as maternidades devem fazer – os chamados 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Os Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno, segundo a OMS/ UNICEF (1989) são:

1. “Ter uma norma escrita sobre aleitamento, rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde”.
2. “Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma”.
3. “Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento”.
4. “Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o 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 tal procedimento seja indicado pelo médico”.
7. “Praticar o alojamento conjunto e permitir que as mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia”.
8. “Encorajar o aleitamento sob livre demanda”.

9. “Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao peito”.

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

A Declaração de Inocenti foi o resultado de um longo e participativo processo de análise, e traz metas definidas e objetivos claros a serem alcançados pelos países na promoção da amamentação: fortalecer a mulher na sua decisão de amamentar exclusivamente até 4 a 6 meses de vida e continuar amamentado, até o 2º ano de vida (REA, 2003).

Em resumo quatro ações são fundamentais para que isso ocorra:

- (1) ter uma coordenação e um comitê pró-amamentação;
- (2) assegurar que as maternidades cumpram os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno;
- (3) implementar todo o código e resoluções subseqüentes relevantes a Assembléia Mundial de Saúde;
- (4) buscar formas imaginativas de proteger a mulher trabalhadora lactente, respeitando seus benefícios.

Em 1987, no Brasil é dado um impulso às equipes de trabalho do código, dos bancos de leite humano (BLH), de mulher e trabalho e de educação e comunidade. Os resultados se consolidaram em 1988 com a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, ficaram estabelecidas normas sobre o funcionamento do BLH e na nova Constituição Brasileira foi incluído pelo menos dois benefícios em prol da amamentação: o direito da nutriz trabalhadora a 4 meses de licença maternidade e dois descansos diários, de meia hora cada, um para que a mãe possa amamentar

seu filho até este completar 6 meses de idade; e o direito do pai a 5 dias de licença paternidade.

Em 1990 foi lançado a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC). Com dois objetivos: mudar as rotinas hospitalares, e o segundo o cumprimento dos “10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e não aceitar doações de substitutos do leite materno, operacionalizando assim a Declaração de Inocenti (REA, 2003).

A Declaração de Inocenti foi adotada então pela 45ª Assembléia Mundial de Saúde em maio de 1992 (OMS/ OPAS, 2001).

O UNICEF, profissionais independentes, organizações não-governamentais (IBFAN, La Leche, League, ILCA) preocupados com a possibilidade de não implementação das políticas criadas na década de 90, decidem criar em fevereiro de 1992 a Aliança Mundial de Ação Pró-amamentação (WABA). Essa coalizão mostrou-se fundamental para instigar anualmente a participação de grupos e pessoas na Semana Mundial da Amamentação, quando temas diferentes são tratados, como questões referentes ao IHAC, trabalho da mulher e educação, entre outros.

Internacionalmente a OMS e UNICEF colocam a disposição quatro cursos de amamentação para públicos-alvos diferentes, que são: curso de 18 horas para equipes de hospitais que querem fazer parte do IHAC; curso de 80 horas para formar monitores; um curso de aconselhamento de 40 horas com 8 horas de prática, pra aqueles que lidam diretamente com o bebê e com as mães; e um curso rápido para sensibilização das chefias. Já estão disponíveis cursos de aconselhamentos para mães HIV positivas, materiais de referencia do Programa das nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNIAIDS), da OMS, UNICEF sobre HIV e alimentação infantil.

Os organismos internacionais decidiram rever as metas da Declaração de Inocenti dez anos depois e repensar sobre o assunto, o que passou a ser chamado de Estratégia Global sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena, lançado em 2002. As bases desta estratégia visam reafirmar aquela declaração, ou seja, a necessidade de incentivar a amamentação exclusiva por 6 meses, e buscar formas ótimas de promover a alimentação complementar adequada sem interromper a amamentação até pelo menos o 2º ano de vida. Incluindo também a problemática de como trabalhar perante essas duas recomendações com os chamados grupos de circunstâncias especiais (HIV positivo e famílias em situações emergenciais).

Outras medidas para promoção do aleitamento materno foram: criação e implementação do “Método Mãe-Canguru” e do “Carteiro Amigo da Criança”. Esta iniciativa da mãe-canguru busca a humanização da assistência do atendimento ao bebê prematuro e de baixo peso, melhorando o vínculo entre mãe e filho, estimulando a prática do aleitamento materno, diminuindo o risco de infecção hospitalar e a permanência do bebê no hospital. O Projeto Carteiro Amigo da Criança nasceu em 1996, quando a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, preocupados com o quadro de desnutrição e morbi-mortalidade infantil, adotaram como estratégia, em conjunto com o UNICEF, para o reforço à qualidade da informação à comunidade.

No ano de 2002 cerca de 16.000 Carteiros devidamente treinados por profissionais das diversas Secretarias de Saúde dos Estados repassam informações básicas e distribuem panfletos instrutivos, sobre a importância do aleitamento materno, beneficiando diretamente mais de 3.200.000 pessoas, em 856 municípios nas diversas Unidades da Federação, utilizando-se de sua penetração e confiabilidade adquirida junto às comunidades que atuam. Esta ação conjunta do Ministério da Saúde, com o Ministério das Comunicações, por meio dos Correios, constitui exemplo de ação compartilhada em benefício da saúde infantil, demonstrando preocupação social e servindo de incentivo para o êxito das políticas de saúde,

empreendidas pelo Governo em conjunto com a área Empresarial, em sintonia com as orientações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde.

Em 1998 a Organização Internacional do Trabalho (OIT) iniciou em plenária um processo de revisão de sua Convenção de Proteção à maternidade nº 103, com o objetivo de reformulá-la e adaptá-la aos dias atuais. Em 2000 a reunião anual da OIT votou uma nova proposta de Convenção nº 183 e recomendação sobre a proteção a maternidade e produção láctea, onde ficou estabelecido por direito: licença maternidade de 14 semanas, sendo 6 semanas compulsórias pós-parto; uma ou várias pausas diárias para amamentar ou redução do tempo de trabalho; as pausas ou redução no tempo de trabalho serão contadas e pagas como tempo de trabalho; possibilita-se estender a licença-maternidade quando pertinente (REA; TOMA, 2000).

4.4.2.2. Vantagens do aleitamento materno

O desenvolvimento infantil necessita de condições ambientais favoráveis para que a criança consiga atingir a plena realização de suas potencialidades. É nos primeiros anos de vida, além da vulnerabilidade expressa através de altos índices de mortalidade, letalidade e mortalidade, que a criança passa por diversas mudanças adaptativas à vida extra-uterina sendo estas fisiológicas, imunológicas e psicológicas (RICCO, 1994). O autor também faz uma referência ao aleitamento materno dizendo:

“Nestes primeiros meses de vida a natureza coloca como protetor contra essa vulnerabilidade e como garantia do desenvolvimento, o aleitamento materno, como uma natural adequação espécie-específica e indiscutivelmente superior a qualquer outra forma artificial de aleitar a criança que possa ser concebida pela tecnologia humana” (p.55).

As características bioquímicas e imunológicas próprias do leite humano lhe conferem uma composição ideal: bacteriológicamente é seguro e imunologicamente apresenta fatores de proteção e de defesa contra-infecções, principalmente gastrointestinais. Do ponto de vista nutricional, em quantidades adequadas, o leite humano é capaz de nutrir o lactente durante os seis primeiros meses de vida. Os benefícios fisiológicos e psicológicos, que são estabelecidos através da amamentação pelo estabelecimento da interação e transação proporcionadas por fortes estímulos sensoriais, auditivos, táteis, visuais e emocionais entre mãe-filho, também se destacam dentro dos benefícios trazidos por este ato (SANTOS, 2002, p135).

Segundo Santos (2002) “como método a amamentação é considerada tecnicamente natural, de fácil aprendizagem, higiênica e prática, economicamente barata e praticamente isenta de custos” (p. 135).

Algumas vantagens serão descritas mais especificamente a seguir.

a) Vantagens nutricionais

O leite materno, comprovado por diversas pesquisas ao longo dos tempos, é para o lactente sem dúvida o melhor alimento para o seu crescimento e desenvolvimento.

No que se refere ao teor energético, observa-se uma maior fonte calórica e esta diferença fica mais acentuada quando comparado ao leite de vaca diluído. Essa diferença então justifica a necessidade da adição de hidratos de carbono ao leite de vaca para aumentar seu valor calórico. Naturalmente estas adições exigem maiores cuidados e técnicas encarecendo a prática do aleitamento artificial.

Quanto a taxa de proteínas, a superioridade do leite de vaca, não diminui a importância do leite materno, pois sabe-se que o teor de proteínas do leite de determinada

espécie está relacionada a velocidade de crescimento desta espécie. Encontramos assim no leite humano 40% de suas proteínas sob a forma de caseína e 60% de proteínas do soro. Por esta razão o leite humano se coagula em flocos tênues e porosos, com baixa tensão superficial, tornando-os mais acessíveis às enzimas e com isto facilitando e encurtando o período de digestão (RICCO, 1994).

As gorduras do leite humano também são de mais fácil digestão e absorção, constituindo assim a maior fonte de energia para a criança. Esta gordura é formada por ácidos graxos gordurosos não saturados que participam da síntese de lípides no processo de mielinização, o que determina desta maneira o melhor e mais completo desenvolvimento do sistema nervoso humano. Acredita-se que a concentração alta de gordura no leite final age como regulador do apetite. Como na fase final da mamada o volume de leite é menor, pode ser fornecida assim uma proporção considerável de ingestão calórica, por isto não se deve limitar a amamentação. É importante também que a ordenha manual não se limite a coletar o leite inicial, pois seu conteúdo calórico é insuficiente para satisfazer as necessidades nutricionais (AKRÉ, 1997; RICCO, 1994).

A baixa concentração de vitamina K no leite humano é compensada pela sua produção na flora intestinal da criança e pela administração desta vitamina após o parto.

Ambos os leites, humano e de vaca, são considerados pobres em ferro. No entanto evidencia-se que o ferro do leite materno é bem mais absorvido do que outras formas lácteas (FORMOM apud RICCO, 1994).

Quanto ao fornecimento de água, o leite materno exclusivo é suficiente para manter o lactente hidratado. Desta maneira dispensa-se a oferta de chás ou água, quando o aleitamento materno é exclusivo, proporcionando assim para o bebê os menores riscos de contaminações (AKRÉ, 1997; RICCO, 1994).

Podemos assim, a partir da descrição dos componentes do leite humano, reafirmar sua indiscutível posição como o alimento ideal para o lactente e garantia de seu desenvolvimento pleno e integral.

b) Proteção contra doenças

Para Ricco (1994) o aleitamento materno é uma importante arma de redução de mortalidade infantil. Os responsáveis por esta proteção conferida ao leite materno são: fatores celulares, fatores bacterianos e fatores biológicos.

- Fatores celulares: o colostro e o leite humano contêm células linfóides vivas e funcionais, com capacidade imunológica, produzindo anticorpos e mediando a imunidade celular. Linfócitos, granulócitos, neutrófilos, células epiteliais e macrófagos, com capacidade fagocitária, também foram descobertos. Estas células possuem papel fundamental na prevenção de infecções da mama e após atravessar a barreira do trato digestivo da criança, teriam papel na colonização adequada de seu trato intestinal por *Escherichia coli* enteropatogênica (AKRÉ, 1997; RICCO, 1994).

- Fatores bacterianos: em sua composição do leite humano possuem carboidratos e glicoproteínas que atuam no crescimento de flora intestinal, sendo que estes compostos estão presentes em pequenas quantidades constituindo o chamado “fator bífido” (AKRÉ, 1997; RICCO, 1994).

- Fatores biológicos: os fatores biológicos presentes são: liozima, lactoferrina, complemento C3, Interferon, Fator de resistência Imunoglobulinas.

A liozima possui efeito bactericida direto e indireto, potencializando a atividade dos anticorpos do leite. A lactoferrina é uma proteína que possui ação direta combatendo as bactérias que dependem de ferro para sobreviver. Protege o bebê contra gastroenterite, aumentando sua resistência, e assume assim uma enorme importância, uma vez que a maior causa de mortalidade infantil é a diarreia infecciosa causada por *E. coli* (que é dependente do ferro). O complemento C3 possui ação na lise bacteriana. O interferon é o provável substância do leite exercendo papel anti-infeccioso nas viroses, entretanto sua presença ainda não foi demonstrada. O fator de resistência aumenta a resistência dos bebês contra infecções parenterais (RICCO, 1994).

As imunoglobulinas (Ig) A, G, M, D estão presentes no leite humano, e dentre elas a IgA é a mais importante, pois constitui a maior atividade de anticorpos no leite humano. Alguns autores também consideram que a IgA desempenha um papel estimulador na resposta imunológica local do intestino, contribuindo para aumentar a competência imunológica do RN. O colostro também possui uma enorme quantidade de IgA, porém sua concentração começa a decair na primeira semana e depois se estabiliza. A IgA também pode limitar a absorção de antígenos alimentares, diminuindo os riscos de reação alérgica (RICCO, 1994).

c) Vantagens Econômicas

O leite materno não necessita de gastos com geladeira, combustível, açúcar, mamadeiras, bicos e outros utensílios. Por não ser comercializado evidentemente torna-se acessível, tendo-o disponível a qualquer hora em qualquer lugar. Dispensa o trabalho referente aos cuidados de contaminação com mamadeira e água, e garante desta forma a melhor qualidade alimentar para o RN. Classes sociais com condições sócio-econômicas inferiores possuem dificuldade a ter, muitas vezes, acesso a alimentos, e também muitos

fatores nesse meio contribuem para o aparecimento de doenças e o aleitamento materno assim contribui para minimizar ou até exterminar estes problemas.

Muitos alimentos “substitutos” se tornam cada vez mais elaborados e caros para substituir o mais barato e completo de todos os leites para a espécie humana (RICCO, 1994).

d) Vantagens Maternas

O processo de lactação possui muitas vantagens para a nutriz, que muitas vezes desconhece-os e sabe de sua importância somente para o RN. Segundo pesquisas a amamentação por tempo prolongado protege a mulher contra o câncer de mama, câncer de epitélio ovariano, osteoporose, anemia, esclerose múltipla, pré-menopausa. Quando acontece a sucção do mamilo pela criança a liberação de ocitocina desencadeia a contração uterina, auxiliando assim na involução uterina e diminuindo o sangramento, prevenindo desta forma a atonia uterina e hemorragia no pós-parto. A amamentação também protege a mulher contra gravidez (99%), 6 meses após o parto, enquanto amnorreica; e se o bebê for amamentado com frequência sem interrupção (RICCO, 1994; SANTOS, 2002).

e) Vantagens Técnicas

O aleitamento materno apresenta inúmeras vantagens técnicas, pois operacionalmente é muito simples, nunca estraga ou azeda, sendo oferecido diretamente do peito à criança, em concentrações e temperatura adequada, dispensando desta forma cuidados intermediários utilizados nos leites artificiais. Na alimentação ao peito, o lactente terá a sua necessidade de sucção satisfeita, dispensando o uso de chupetas e prevenindo desta forma os

problemas que este uso poderá acarretar. Outra vantagem técnica insuperável do leite materno é o fato de que sua concentração de gordura aumenta nos fins das mamadas regulando naturalmente o apetite da criança, sendo esta composição impraticável na alimentação artificial (RICCO, 1994).

4.4.2.3. Aspectos psicológicos relacionados ao aleitamento materno

Durante o aleitamento materno, o peito não possui somente para o lactente o sentido de saciar sua fome, mas também de remediar todos os seus incômodos e temores, assim qualquer que seja a inquietação do lactente esta poderá ser minimizada pelo contato com o peito materno e o contato de seu corpo com a mãe. Este contato é deveras importante pois são nos primeiros meses que o desenvolvimento psicológico da criança requer este contato, o qual ficará prejudicado se este não ocorrer. Diversas pesquisas demonstram que o contato precoce entre mãe e bebê também facilita o estabelecimento da amamentação bem sucedida (RICCO, 1994).

O aleitamento materno facilita o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho, facilitando uma maior união entre ambos. Essa ligação emocional pode facilitar o desenvolvimento da criança e seu relacionamento com outras pessoas (KING, 2001).

“A formação do vínculo não é um acontecimento imediato, vai se construindo por meio de interações sucessivas. Por isso, quanto mais oportunidades de interação ocorrerem entre mãe e bebê mais apropriado será o vínculo e, conseqüentemente, a melhor resposta materna à necessidade do filho, menos probabilidade de negligência, maus tratos e abandono”(LEVIN, 1999, p.354).

Podemos dizer assim que o aleitamento materno oferece estímulos psicológicos às crianças e à sua mãe, facilitando desta forma um relacionamento mais íntimo, pleno de

afetividade e gratificações, proporcionando uma interação mãe-filho, otimizando o papel de mãe.

4.4.2.4 Fatores que influenciam o método de alimentação infantil

A decisão de amamentar está ligada a história de vida e o significado que atribua este ato (PRIMO; CAETANO, 1999).

Para Silva (1997) a decisão de amamentar é uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios para o binômio mãe-filho, e é determinada pelas interações que ocorram durante esta experiência vivida pela mulher.

Fatores psicológicos, sociológicos e físicos influem o fato de a mãe amamentar seu bebê com ou sem sucesso, ou de não tentar fazê-lo. Muitos fatores influenciam o método de alimentação infantil descrevemos alguns a seguir (ZIEGEL; CRANLEY, 1980):

- Ansiedade para amamentar;
- Desconhecimento das vantagens do aleitamento materno;
- Hábitos sócio-culturais (Ex: hábito da região onde vive é fornecer mamadeira);
- Necessidade de trabalhar – mais fácil alimentação por mamadeira – desconhecimento das leis de proteção a mulher que amamenta.

O interesse do marido e o incentivo do desejo da mulher de cuidar do bebê são muito significantes para o sucesso da alimentação ao peito. O sucesso do cuidado materno ao bebê também está relacionado ao valor que a equipe de enfermagem atribui a amamentação (ZIEGEL; CRANLEY, 1980).

O período pré-natal é a melhor época para se descobrir a atitude da mãe sobre a amamentação. Tendo informações favoráveis, conhecimentos das vantagens nutricionais, imunológicas, desenvolvimentais sobre o leite materno pode contribuir com a efetivação deste processo, e assim possuirá informações para tomar decisões e fazer planos (ZIEGEL; CRANLEY, 1980; PRIMO: CAETANO, 1999).

A mãe que se encontra indecisa sobre a alimentação no peito, mas que não demonstra sentimentos adversos, pode ser encorajada para assumir o papel de nutriz.

Em pesquisa realizada por Primo; Caetano (1999) ficou constatado que as nutrizes repetem um comportamento que é o mesmo dos tempos antigos praticados por suas mães e que foram transmitidos por suas avós. Desta forma, a influência familiar também está fortemente relacionada com os hábitos e posteriormente a decisão da amamentação materna ou artificial.

4.4.2.5. Conhecendo as crenças que envolvem a amamentação

Para Ichisato; Shimo, (2001) as crenças e tabus influenciam o aleitamento materno, no tocante á alimentação materna durante a lactação. Desta forma os enfermeiros necessitam adentrar na comunidade estudando a cultura e comportamentos de pensamentos arraigados, para obter dados para a criação de políticas de saúde na área materno-infantil voltadas para a real dimensão dos problemas da mulher e da criança.

Em pesquisa realizada por Ichisato; Shimo, (2002) sobre aleitamento materno e crenças alimentares muitos alimentos foram citados como galactogogos, são eles: frutas, suco, leite, sopa de fubá, carne branca, couve, queijo, goiabada, chá mate, canjica, *Malzebeer*, gema de ovo, caldo de frango, canja, muita ingestão de líquidos, e um medicamento como a

metroclopramida. Muitas destas crenças foram transmitidas pela mãe ou familiares da nutriz e as mesmas acreditavam no uso de tais galactogogos por resultados comprovados segundo este ambiente social. As autoras possuem uma opinião sobre a questão das crenças sobre o aleitamento materno, que podemos absorver para trabalhar este fator dentro do aleitamento materno:

”O aleitamento materno além de ser biológico é histórico, social e psicologicamente delineado, estando a cultura, a crença e tabus influenciando a forma crucial e sua prática, interferindo na construção de uma herança sócio-cultural e determinando diferentes significados ao aleitamento materno para a mulher” (ICHISATO; SHIMO, 2001, p.9).

4.4.2.6. Causas do desmame precoce

Segundo Ichisato; Shimo (2002) várias campanhas foram vinculadas à mídia devido ao desmame precoce, porém não surtiram tanto efeito. No V Encontro Nacional do Aleitamento Materno foram realizadas várias análises através dos trabalhos presentes, e concluiu-se que para a promoção eficaz do aleitamento materno é necessário um trabalho interdisciplinar entre os profissionais de marketing e consultores de amamentação.

Em resgate histórico realizado por Ichisato; Shimo (2002), verificou-se desde os tempos remotos que a civilização humana vem interferindo na amamentação. No início substituindo o peito por capricho/fragilidade, e posteriormente pela comodidade das mulheres.

Os diferentes tipos de mamadeiras já eram conhecidos na Grécia e na Itália, no ano de 4.000 a.C.; e no ano de 88 a. C., já havia sinais do uso de mamadeiras em desenhos feitos nas ruínas do Egito. A mitologia também faz lembrar o desmame, quando descreve que Rômulo e Remo foram amamentados por uma Loba e Zeus por uma cabra. Já os egípcios, babilônicos e hebreus, possuíam a tradição de amamentar seus filhos por três anos, enquanto

as escravas eram alugadas por Gregos e Romanos ricos, como amas de leite. Plutarco e Tácito eram filósofos e condenavam o uso de amas de leite, pois acreditavam que o vínculo entre mãe e filho ficava prejudicado, pela forte relação estabelecida entre ama de leite e bebê. (ICHISATO; SHIMO, 2002).

O desmame precoce é prejudicial tanto para a mãe quanto para o bebê. A mãe perde a proteção natural contra a contracepção e o câncer de mama e de ovário. A criança, por sua vez, perde a proteção contra gastroenterites, infecções respiratórias, entre outros.

Rezende et al (2002) expressa sua opinião sobre os fatores que determinam o desmame, dizendo:

“O significado de um ato, por sua vez, é construído não somente por suas experiências, como também pelas compreensões e práticas que determinada comunidade tem a respeito do assunto” (p. 235).

Segundo Martins Filho (1987) existem três momentos fundamentais em que a criança pode ser desmamada: o período hospitalar; os 15 dias iniciais, quando a mãe volta para casa e o 4º mês, época em que a mãe volta a trabalhar.

A primeira delas evidentemente é o período imediato após o parto, ainda na maternidade em função de uma série de práticas utilizadas nos hospitais que podem colaborar com o desmame, bem como a falta de orientações, principalmente para as mães que amamentam pela primeira vez, em relação aos conhecimentos das vantagens, da fisiologia, entre outros fatores que poderiam colaborar com o desejo da efetivação da amamentação. O segundo momento é a volta à vida normal, com as atribuições e os problemas que todas as pessoas possuem. Muitos fatores nesta etapa podem colaborar com o desmame precoce como: influências de pessoas, cultura familiar, despreparo para lidar com problemas como fissuras,

ingurgitamento, entre outros. O terceiro momento é a volta ao trabalho, que representa para a maioria das mulheres a causa do desmame precoce, pelo desconhecimento das leis que garantem a continuidade da amamentação, pelo desconhecimento de como retirar leite do peito e armazená-lo para ser fornecido à criança, entre outros motivos.

As causas do desmame precoce segundo Santos (2002), Ichisato; Shimo (2002) são:

- influência de fatores sócio-culturais, como amigos ou familiares que vêem praticidade na alimentação artificial;
- choro prolongado do bebê, despertando o medo do leite ser fraco, trocando-o assim pelo artificial,
- desconhecimento da fisiologia da lactação alegando pouca produção láctea;
- desinformação da população e profissionais de saúde sobre as vantagens e importância do aleitamento materno;
- não cumprimento da legislação: creches em locais de trabalho, horários especiais para amamentação, normas de comercialização dos substitutos do leite materno;
- propaganda de substitutos do leite materno;
- existência de rotinas hospitalares que retardam ou dificultam ou impedem a prática do aleitamento como: horários fixos para mamada, início tardio da amamentação;
- falta de preparo no período pré-natal para amamentação;
- falta de suporte a mulher no período pós-parto.

Segundo pesquisa realizada por Ramos; Almeida (2003) sobre um estudo qualitativo das alegações maternas para o desmame precoce, as respostas mais frequentes são: leite fraco; pouco leite; leite secou; intercorrências da mama puerperal; banalização do seu sofrimento pela equipe de saúde, outras atribuições além da maternidade gerando fadiga, cansaço, estresse; intervenção de familiares e amigos; insegurança materna frente ao choro do filho; retorno ao trabalho; vergonha de amamentar em público.

Para Ichisato; Shimo (2002) o ato de amamentar não é somente um ato biológico, é socialmente condicionado. A determinação sociocultural tende a se sobrepor à determinação biológica, que é tomada, de forma consciente, por um pequeno número de pessoas. Neste processo a conscientização é insuficiente para explicar o comportamento coletivo. Desta forma, o aleitamento materno ou a recusa raramente é um ato individual e consciente, estando preso a aprovação de seu grupo social.

A melhor forma de combater o desmame precoce seria preconizar a tomada da consciência da importância do aleitamento materno para homens e mulheres, fornecendo suporte/apoio social no processo de adaptação da maternidade e da paternidade, além da criação de infra-estruturas básicas de educação e saúde (ICHISATO; SHIMO, 2002).

4.4.2.7. Situação do aleitamento materno

Nos últimos dez anos houve um aumento significativo nos índices de alimentação em crianças brasileiras com até um ano de idade. É o que mostram os dados preliminares da pesquisa “Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal”, realizada na segunda etapa da Campanha Nacional de Imunização, em 16 de

outubro de 1999. O estudo realizado pelo MS utilizou cerca de 33,5 mil dos 53,5 mil questionários utilizados nos postos de vacinação urbano em 25 capitais e no Distrito Federal.

De acordo com o levantamento realizado, a prevalência média do aleitamento materno em crianças de seis meses é de 80,5%. Em 1996, esse índice era de 59,8%, conforme a pesquisa nacional sobre demografia e saúde (PNDS). Observando a pesquisa realizada em 1999 verificamos que existe de certa maneira um aumento perceptível na prevalência do aleitamento materno (OMS, 2000).

Segundo dados do MS (2002) o Brasil possui uma das maiores redes de banco de leite humano, reconhecida internacionalmente por sua qualidade. São 150 unidades espalhadas em 22 estados e 250 participantes do Hospital Amigo da Criança em todo o país.

4.4.3. MANEJO CLÍNICO DA LACTAÇÃO

4.4.3.1. A primeira alimentação

Preferencialmente a primeira mamada deve ocorrer logo após o nascimento do bebê, mesmo antes da dequitação ou secundamento. Quanto mais cedo acontecer a primeira mamada, maiores as chances desta amamentação ser bem sucedida (SANTOS, 2002).

Com a alimentação precoce o bebê adquire também precocemente a experiência da sucção e estimulará assim a produção láctea e facilitará o estabelecimento da relação mãe-filho.

Para um bebê normal, saudável, com choro forte, a evidência da fome e o desejo de ser alimentado parecem guias valiosos para oferecer a primeira alimentação.

É desejável que cada bebê seja alimentado de acordo com suas necessidades individuais, e não de acordo com a rotina estabelecida.

Muitos fatores podem ser observados e considerados na determinação do tempo para se oferecer a primeira alimentação. O bebê geralmente demonstra sinais de fome buscando o alimento, fazendo movimentos de sucção e chorando. As condições da mãe também devem ser observadas como o tipo de parto, tipo de analgesia utilizada, se a mãe e o bebê estão em boas condições após o parto, para não influenciar de forma maléfica a amamentação. (ZIEGEL; CRANLEY, 1980).

4.4.3.2. Frequência das amamentações

Segundo a OPAS/OMS (2001) a idéia de que os horários fixos eram melhores, tanto para a criança quanto para a mãe, foi introduzida no início do século 20, em uma tentativa de tornar a alimentação infantil “científica” e segura.

Esta idéia ainda é utilizada em alguns lugares, entretanto sabe-se que estabelecer horários fixos para as mamadas acarreta problemas no aleitamento materno e produção insuficiente de leite, o que podem levar as mães a iniciarem a alimentação artificial. Com o esquema alimentar rígido, o bebê geralmente sente fome cedo, pode esperar um tempo determinado por sua alimentação e pode não comer bem. Pode também perder a sensação de fome por estar cansado de tanto chorar (OPAS/ OMS, 2001; ZIEGEL; CRANLEY, 1980).

Os 10 Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno estabelecem, entre outros, o encorajamento da amamentação materna sob livre demanda. A frequência e duração das mamadas em estabelecimentos de saúde, que seguem estes 10 passos, variam conforme a necessidade dos bebês.

Muitos bebês mamam a cada 2 a 3 horas ou mais, com alguns intervalos maiores entre as mamadas. Segundo a OPAS/OMS (2001) o verdadeiro aleitamento materno sob livre demanda não pode seguir diretrizes baseadas em valores médios. O atendimento das necessidades alimentares deve ser permitido quando o bebê mostra disposição para ser amamentado. Para Ziegel; Cranley (1980), “o recém nascido normal é um bom juiz de sua necessidade alimentar”. (p.409)

A amamentação sob livre demanda possui vários benefícios como: menor perda de peso no período imediatamente após o parto; menor chances de hiperbilirrubinemia durante o período neonatal; ajuda a prevenir o ingurgitamento mamário; diminui o período de choro dos bebês; o processo fisiológico é estabelecido de forma eficaz, pois quanto maior o estímulo da sucção, maior é a produção láctea (OPAS/ OMS, 2001).

A fome quando desperta no bebê, ele começa a chorar. Se for alimentado quando está com fome, a alimentação se torna uma agradável experiência. O bebê geralmente vai parar de se alimentar quando estiver satisfeito não deve ser forçado a ingerir mais do que deseja.

Quando um bebê adormecido é despertado para ser alimentado, pode ser que ele não coma bem, por não estar com fome suficiente ou por não estar bem desperto. Mesmo quando o bebê parece estar com fome, ele pode perder algum tempo nos primeiros dias e o aleitamento materno deve ser oferecido com paciência e calma (ZIEGEL; CRANLEY, 1980).

4.4.3.3. Técnica da amamentação

Para Santos (2002) a lactação deve ser encarada como um procedimento natural, simples, espontâneo, caloroso, desprovido de artifícios e sofisticações.

Alguns cuidados com este processo e como fazê-lo, serão descritos abaixo.

Posição adequada para amamentar

Existem diversas posições que podem ser utilizadas para amamentar, sendo que as mães poderão optar por aquela que traga maior conforto e praticabilidade para si e para seu filho. As posições mais utilizadas são as posições sentada e deitada.

Alguns cuidados devem ser observados para que haja uma boa posição e uma boa pega, sendo estes:

- se as roupas da mãe e do bebê são apropriadas, sem restringir movimentos, permitindo a aproximação e o contato corpo a corpo;
- se a posição em que a mãe está amamentando é confortável para ela, se está bem apoiada com os ombros relaxados, não curvados para trás nem para frente;
- se todo o corpo do bebê está encostado na mãe de frente para ela – barriga com barriga;
- se o braço inferior do bebê está para trás da cintura da mãe e sua boca está bem aberta;
- se o bebê, quando acontece a pega, puxa o mamilo e o tecido mamário até o palato mole, ficando a língua sobre a gengiva inferior, os lábios curvados para fora, o queixo contra a mama e as narinas livres; caracterizando assim uma boa pega para evitar problemas posteriores.

Outros cuidados durante a lactação são:

- não usar sabonete, álcool ou água boricada na região mamilo - areolar;
- lavar as mãos antes das mamadas;
- evitar uso de pomadas e bicos protetores nos mamilos;
- não praticar aleitamento materno cruzado;
- verificar se a aréola está macia, apreensível e flexível, antes de colocar a criança no peito;
- expor diariamente os mamilos às radiações solares por períodos curtos, entre 8h e 10h.

Alguns cuidados devem ser observados e orientados para preservar a manutenção da produção láctea e promover uma amamentação prazerosa (SANTOS, 2002; KING, 2001).

- Chegando no momento da amamentação a mãe deverá estar psicologicamente bem preparada para se posicionar de maneira confortável, de modo a não se cansar durante a mesma.
- A colocação da mama deve ser feita de modo que a maior parte possível da aréola, não somente o mamilo, seja colocado dentro da boca da criança, pois sabe-se que o leite não sai apenas pela sucção do mamilo, mas também pela pressão exercida sobre os seios galactóforos pelo maxilar e lábios da criança.
- Terminada a mamada, a mama deve ser retirada com cuidado, sem afastar a criança, introduzindo o dedo mínimo dentro da boca da criança e tracionando o mamilo contra o palato, retirando-o delicadamente. Desta maneira evita-se fissuras, além de ser menos traumático para a criança.

- Coloca-se após as mamadas o RN na posição vertical durante alguns minutos, de modo a promover a eructação eficiente, pois o ar que é deglutido durante a mamada, se não eliminado com a criança nesta posição, irá favorecer o aparecimento de regurgitações; e se este ar não for eliminado poderá passar para o intestino e provocar cólicas.

- Referente a produção do leite e seu oferecimento, deve-se fornecer uma mama em cada mamada, com alternância da mama em cada horário, trazendo a vantagem do esvaziamento completo com o aproveitamento das últimas porções do leite que são mais ricas em gorduras e regulam o apetite do lactente.

- Explicar para a mãe sobre o efeito da sucção do bebê. Quanto maior a sucção, maior a quantidade de leite produzida. Se a mãe quer aumentar a produção láctea deve estimular a criança a sugar o maior número de vezes (KING, 2001).

- A retirada do leite ajuda a manter sua produção, se a criança não for capaz de sugar por algum tempo, a mãe pode retirar o leite por pressão manual.

- A glândula pituitária de uma nutriz pode produzir ocitocina se pensar no filho com carinho ou escutar o choro, sentindo assim o leite “descer” (KING, 2001).

- Alguns sentimentos podem inibir o reflexo da “descida” do leite, como preocupação, medo por alguma razão, dor, vergonha; portanto os pensamentos positivos auxiliam na capacidade de amamentar (KING, 2001).

4.4.3.4. Técnica para extração manual do leite

A extração manual é indicada quando:

- a mama está ingurgitada;
- em casos de mastite ou fissuras acompanhadas de sangramento e dor intensa;
- mães de RNs prematuros ou de alto-risco, que tenham sido separados, iniciando assim este processo seis horas após o parto e realizá-lo de sete a oito vezes por dia, durante 20 minutos em cada mama;
- mães que trabalham fora e necessitam se afastar de seus filhos;
- doação de leite, entre outras.

A extração manual do leite pela mãe é a maneira menos traumatizante, menos dolorosa, mais econômica; podendo ser feita em qualquer hora e em qualquer lugar (SANTOS, 2002).

É importante também que os profissionais da área da saúde saibam realizar a extração manual, podendo desta forma ensinar as mães que necessitam fazer este procedimento.

No momento da extração segundo Santos (2002) é importante que a mãe se sinta capaz, tranqüila, segura e confiante.

Procedimentos:

- lavar as mãos com água e sabonete antes de iniciar a extração, estando as unhas limpas curtas;

- preparar um frasco de vidro limpo (boca larga e com tampa larga) para armazenar o leite retirado. O frasco e tampa devem ser cuidadosamente lavados com água fervente ou esterilizados em autoclave;
- adotar uma posição confortável para a mãe, com ombros relaxados, discretamente inclinados para a frente, trazendo o frasco bem próximo a mama;
- preferencialmente usar máscara;
- usar luvas quando a extração manual for feita por um profissional de enfermagem;
- desprezar os primeiros jatos;
- evitar conversar durante a extração para que o leite não seja contaminado com a saliva (SANTOS, 2002).

Técnica:

- colocar o dedo polegar e indicador em forma de um “C” sobre a aréola, de modo que o polegar fique na parte acima do mamilo e o indicador abaixo;
- fazer pressão para dentro, em direção ao tórax, apreendendo firme todos os reservatórios do leite (localizados sob a aréola, em cima, embaixo e na laterais);
- o tempo de retirada varia para cada mãe (20 ou 30 ou até 1 hora). A mama deve após a extração ficar macia e sem pontos dolorosos.

Armazenamento:

Alguns cuidados devem ser realizados no armazenamento do leite, para que o mesmo não perca sua qualidade, e possa desta maneira ser disponibilizado ao bebê.

Este leite deve ser armazenado em frasco de vidro, após todos os cuidados com o recipiente, que já foram citados; não deve-se encher o frasco, pois o mesmo poderá estourar quando congelado pelo aumento de volume; e deve-se identificar o frasco disponibilizado, como o nome da mãe, a data da coleta, tipo de extração e a idade do leite (que é igual a idade do bebê).

No freezer ou no congelador o leite poderá ser armazenado até 15 dias, e 6 meses no freezer, estando este pasteurizado (SANTOS, 2002).

4.4.4. PROBLEMAS FREQUENTES NA AMAMENTAÇÃO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Alguns problemas podem surgir nos primeiros dias após o parto, pois o processo e o ritmo das mamadas se apresentam instáveis. Neste período a paciência, firmeza, o conhecimento sobre a fisiologia da lactação devem se fazer presentes, tanto por parte da nutriz quanto do profissional que prestará assistência. Deve existir este reconhecimento, principalmente por parte da nutriz, para encarar este fenômeno como passageiro e persistir com a amamentação (SANTOS, 2002, p 155).

Os problemas mais freqüentes relacionados a amamentação são: o engurgitamento mamário, a fissura mamilar e a mastite puerperal, que serão abordados favorecendo assim nossa ação durante a assistência proposta.

4.4.4.1. Ingurgitamento mamário

Este fenômeno ocorre devido ao congestionamento venoso e linfático da mama pela estase láctea em qualquer das porções do parênquima (lóbulo, lobo, ampola ou região glandular). Ocorre geralmente entre o terceiro e oitavo dia de puerpério devido a pressão exercida pelo leite no sistema canalicular, podendo desaparecer entre 24 a 48 horas após seu início. A causa do ingurgitamento mamário está associada ao esvaziamento incompleto da glandula mamária determinada pelo desequilíbrio entre produção e ejeção da secreção láctea. Caracteriza-se por mamas: aumentadas de tamanho, em extensão máxima, túrgidas, dolorosas e quentes. A rede de Haller fica bastante visível e saliente com engurgitamento venoso. Pode ocorrer também mal estar geral, cefaléia e calafrios (SANTOS, p 156).

Assistência de enfermagem:

Algumas intervenções e orientações, segundo Santos (2002) se fazem necessárias durante o ingurgitamento mamário, que são:

- Orientar o uso de sutiã adequado e de maneira correta, de modo que as mamas fiquem firmes e suspensas, sem provocar garroteamento da rede venosa, linfática ou sistema canalicular (LAWRENCE apud SANTOS, 2002).

O aumento do volume das mamas no puerpério, juntamente com o uso de sutiãs inadequados, podem ocasionar o acotovelamento dos canais galactóforos impedindo o funcionamento normal da glândula.

- Contra-indicar o uso de mamadeiras e chupetas.

O uso de bicos e chupetas pode gerar a confusão dos bebês, dificultando a pega e em consequência favorecendo o ingurgitamento.

- Manter a mãe e o bebê juntos.

A aproximação contínua da mãe e bebê favorece o estabelecimento das interações de ambos, bem como a livre demanda de leite materno, diminuindo as probabilidades de ingurgitamento.

- Demonstrar a puérpera como estabelecer uma boa pega.

A boa pega garante a transferência completa do leite materno ao bebê.

- Observar a tensão mamilo-areolar antes das mamadas, se estiver em tensão máxima esvaziar previamente, até que a aréola torne-se macia e apreensível.

A estase láctea na ampola galactófora e no sistema canalicular produzirá a distensão da região areolar, dificultando a protrusão do mamilo e a apreensão e sucção adequada deste para o bebê.

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

A estimulação tátil sobre as terminações neuro-sensitivas da região mamilo-areolar. Promove a liberação de ocitocina, responsável pela ejeção láctea.

- Orientar sobre o posicionamento correto no momento de amamentar.

Estabelece-se assim um melhor conforto para o binômio mãe-filho, favorecendo o funcionamento normal da glândula e previne complicações como fissuras e ingurgitamentos.

- Proporcionar ambiente tranquilo para a amamentação.

Alguns estímulos externos podem interferir no processo de produção láctea, diminuindo ou interferindo na ejeção láctea.

- Orientar que no período de amamentação a mãe ofereça exclusivamente a mama.

A introdução de outros alimentos antes do sexto mês de vida interfere na produção do leite.

- Orientar após a mamada para inspecionar a glândula mamária com a palpação a procura de pontos doloridos e endurecidos, tentando identificar a localização do ingurgitamento, e removê-los através da extração manual.

O esvaziamento inadequado e incompleto da mama favorece o ingurgitamento mamário.

- Demonstrar como retirar o leite do peito, especialmente aquelas que estiverem separadas de seus filhos.

O esvaziamento incompleto provoca o ingurgitamento, então a extração manual auxilia muito este processo prevenindo o ingurgitamento.

- Orientar sobre a alternância e frequência das mamadas.

As duas mamas devem ser estimuladas e oferecidas à medida que a criança solicite, sem horários rígidos para que se estabeleça um equilíbrio entre produção e consumo.

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

Estes fatores podem inibir o estabelecimento do reflexo da ejeção do leite determinando falha na lactação.

Tratamento:

- Esvaziamento completo do peito após as mamadas através da ordenha manual;
- Fazer massagem sobre a região mamilo-areolar antes das mamadas;
- Orientar sobre a diminuição da ingestão de líquidos, até que se estabeleça o equilíbrio entre produção e consumo;
- Utilizar técnicas de relaxamento
- Manter amamentação exclusiva e freqüente nas 24 horas.

4.4.4.2. Fissura mamilar

Fissura ou rachadura mamilar consiste na ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo, provocado por pega (apreensão) inadequada no momento da sucção. Pode ser de característica circular, ao redor do mamilo em forma de círculos; ou verticais, na porção papilar do mamilo. Os sintomas se caracterizam por: presença de solução de continuidade em forma de fenda, com profundidade e extensão variáveis, podendo apresentar dor localizada e sangramento (SANTOS, 2002).

Segundo Santos (2002) a etiologia desta intercorrência está baseada em fatores predisponentes e causais descritos a seguir:

Os fatores predisponentes são: *sucção ineficiente*, a criança durante a mamada não consegue esvaziar a mama e permanece maior tempo sugando; *uso de lubrificantes*, removem

as células superficiais da aréola, deixando a região sensível à lesões; *uso de medicamento tópicos*, que destroem a flora bacteriana, ressecando a pele favorecendo o aparecimento de fissuras e escoriações; *higiene excessiva*, que remove a ação lubrificante natural; e *falta de preparo do mamilo no pré-natal*, possuindo assim menor resistência do tecido mamilar no início da lactação (SANTOS, 2002, p 159)

Os fatores causais podem ser:

- Uso de bombas (manual ou elétrica): estes aparelhos exercem uma pressão negativa sobre o mamilo, provocando estiramento da pele e dor, principalmente nos primeiros dias após o parto, quando ainda não se estabeleceu o efetivo equilíbrio entre produção e drenagem de secreção láctea;

Pega incorreta: a capacidade de apreensão do mamilo e aréola, quando a tensão da mama é máxima, fica prejudicada pela distensão da região, ocorrendo desta forma sucção inadequada e conseqüentemente lesão mamilar (SANTOS, 2002, p 159-160).

Assistência de Enfermagem:

- Preparo e identificação do tipo do mamilo no pré-natal.

A falta de preparo do mamilo no pré-natal contribui para o aumento das lesões no epitélio mamilo-areolar. A determinação do tipo de mamilo irá contribuir para o plano de ação, já que a apreensão, nos casos dos mamilos planos e invertidos é mais difícil.

- Orientar sobre conhecimento das noções de anatomia e fisiologia da glândula mamária, vantagens do aleitamento e técnicas de amamentação.

A desinformação do funcionamento normal da glândula dificulta o entendimento da mesma sobre todo o processo de lactação, gerando ansiedade e insegurança da mulher.

- Identificar experiência anterior negativa com fissuras.

Algumas mães podem não querer amamentar devido às dificuldades encontradas em experiências negativas anteriores relacionadas às fissuras.

- Expor a região mamilo-areolar às radiações solares (15 minutos) no horário antes das 10 horas e depois das 16 horas.

A radiação penetra no tecido epidérmico promovendo a cicatrização do tecido, através de diversos mecanismos.

- Inspeccionar diariamente a região mamilo-areolar.

A inspeção se faz necessária para verificar a existência de alterações ou lesões que deverão ser imediatamente tratadas.

- Observar pega e posição durante a mamada.

A pega incorreta é a principal causa da fissura mamilar.

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

O uso de pomadas e lubrificantes mantém os mamilos úmidos, com proteção local reduzida, tornando-os predispostos a lesões.

- Orientar sobre contra-indicação do uso de bombas de sucção principalmente nos primeiros dez dias de puerpério.

A pressão negativa exercida nos mamilos pelas bombas provocam a distensão da região epitelial do mamilo, causando com frequência trauma e dor.

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

A composição alcalina do sabão ou sabonete ocasionam a desidratação do tecido, removendo a lubrificação natural e a acidez da epiderme, levando à fissura.

- Orientar a nutriz sobre a ingesta rica em vitaminas A.

Devido à suas propriedades epitelizantes e antiinfeciosas.

- Orientar para evitar higiene excessiva da região mamilo-areolar.

A higiene excessiva remove as substâncias que protegem a pele, tornando-a susceptível a lesões e traumas

- Orientar o oferecimento da mama ao bebê com a aréola macia.

Contribui para a apreensão adequada do mamilo, evitando a sucção ineficiente e inadequada.

- Orientar a alternar as mamas durante as mamadas, especialmente nos primeiros dias.

A sucção permanente em apenas uma mama causa o estiramento do tecido epitelial.

▪ Observar, apreensão adequada do mamilo e o procedimento correto para retirar o bebê do peito.

A apreensão adequada favorece a transferência do leite para o bebê e evita trauma no mamilo; a retirada inadequada contribui para traumatizar a região mamilo-areolar.

- Orientar a aplicar calor seco, com um secador, pelo menos 2 a 3 minutos após a mamada.

O efeito secante ajuda a diminuir a excessiva umidade que se produz nos primeiros dias da amamentação promovendo o alívio da dor.

Tratamento:

- Corrigir pega se necessário.
- Indicar exposição da região mamilo-areolar à radiação solar, por períodos de 15 minutos.
- Recomendar a extração manual antes da mamada.
- Aplicar gotas do próprio leite na região mamilo-areolar.
- Sugerir que a mãe ofereça primeiro a mama menos dolorida, ou que não tenha fissura.

4.4.4.3. Mastite puerperal

A mastite consiste na infecção aguda da mama lactente, causada pela invasão de microorganismos patogênicos no tecido mamário. Ocorre com maior frequência entre o 8º e o 12º dias de puerpério, sendo mais comum nas primíparas e nas mulheres com outras infecções associadas.

A classificação desta intecorrência se dá de acordo com a localização e pode ser assim: parenquimatosa, areolar ou intersticial. Na mastite parenquimatosa e areolar, a liberação de leite é acompanhada pela liberação de uma secreção purulenta pelo mamilo. A mastite intersticial libera somente leite. A mastite parenquimatosa também pode ser classificada segundo sua localização: lobular, lobar, ampolar e glandular (SANTOS, 2002).

Os fatores predisponentes da mastite podem ser a má drenagem de leite (obstrução dos canais), a presença de germe e a diminuição da defesa materna (fadiga, tensão, massagens incorretas).hematogênica. O agente etiológico mais comum da mastite é o *Staphilococcus aureus*, e as formas de acesso podem ser: mãos da própria mãe ou pessoa responsável pela assistência; nasofaringe do bebê, que penetram através das fissuras; bactérias normais presentes nos canalículos e nos canais que passam a ser patogênicas quando lesionados; ou por disseminação (SANTOS, 2002).

Os sintomas são: presença de edema, calor, rubor, tumoração com turgescência podendo ser localizado, loco-regionais ou generalizados. A lactente pode apresentar ainda calafrios, temperatura de 39° a 40° C, mal estar geral apresentando cefaléia, inapetência, e às vezes náuseas e vômitos.

Assistência de Enfermagem:

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

Para prevenção de infecções localizadas na mama.

- Orientar a observar técnicas corretas de amamentação e extração do leite.

Para proporcionar o perfeito funcionamento da glândula mamária e prevenir complicações.

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

São fatores condiciantes para a ocorrência de mastite.

- Orientar a oferecer a criança única e exclusivamente a mama.

A introdução de outros alimentos prove o desequilíbrio entre a produção e o consumo, favorecendo a estase láctea e obstrução do sistema canalicular.

- Orientar para o uso de sutiã adequado e limpo.

Para favorecer o funcionamento normal da glândula e prevenir infecção.

- Procurar manter o equilíbrio entre produção e liberação láctea.

A estase láctea nos canais, canalículos e ampola galactófora são fatores condicionantes para o aparecimento da mastite.

Tratamento:

- Proceder coleta de material para realização de cultura e antibiograma.
- Não inibir o processo de lactopoiese, estimulando o funcionamento normal do glândula, através da sucção ou excreção do leite da mama afetada.
- Observar evolução ou regressão do abscesso mamário.
- Administração terapêutica, antiinflamatórios e antibióticos, de acordo com a prescrição médica.
- Orientar para o repouso no leito.

4.5. FAMÍLIA

Para Elsen (1994) a prática de cuidar de famílias continua permeada de incertezas. Várias são as indagações sobre as famílias quanto a sua especificidade como cliente.

Existem diversos tipos de famílias:

Nuclear/Conjugal - constituída pela mãe, pai e filhos. É o modelo normativo que preside nas estruturas organizadas.

Família extensa – funda-se nos laços de parentesco criado por relações de aliança estabelecidas pelo casamento ou por uniões consensuais e por vínculos de descendência e consangüinidade.

Família abrangente – formada por agregados e inclui os não parentes que coabitam.

Novas estruturas familiares estão se formando com o passar do tempo: casal sem filho, solteiros com filhos que moram com os pais, entre outros.

A família possui várias funções, porém a mais constante em nosso meio e a função do cuidado à saúde de seus membros, sendo sua responsabilidade o cuidar de seus filhos e criá-los incluindo a obrigação de alimentação, higiene e vestuário.

Elsen (1994) relata que há evidência de que a família funciona como uma unidade básica de saúde para seus membros, o que segundo a autora, leva a enfermagem a enfrentar um desafio de “cuidar de quem cuida”. Isto significa ir ao encontro desta família, no domicílio, na unidade de internação ou no ambulatório. O cuidar da família como unidade

básica exige conhecer como está a família, identificando suas dificuldades e suas forças, para assim assistir esta unidade familiar, atendendo suas necessidades e de seus membros.

“A família já não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde; ao se reconhecer que assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, ela precisa ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser levada em conta, e mais que tudo, sua participação deve ser incentivada em todo o processo profissional de cuidar/curar” (ELSEN, 1994, p.72).

4.6. VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar (VD) é um instrumento de intervenção fundamental na estratégia de Saúde da Família, para conhecer as condições de vida, saúde das famílias serviços de saúde utilizados, reais condições de moradia, identificação das relações familiares. Entre estas podemos citar condições de trabalho, problemas de saúde e vulnerabilidade aos agravos de saúde. A VD possibilita assim compreender a dinâmica das relações familiares. A VD facilita também o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2000).

Os objetivos das VDs vai depender da proposta de trabalho realizada e da caracterização da população atendida.

A VD compreende as seguintes etapas: planejamento, execução, registro de dados, avaliação do processo.

O planejamento é recomendado para que sua finalidade seja alcançada, o profissional atinja o rendimento previsto para a realização desta atividade, e ainda, para que tenha clareza e segurança do que irá fazer durante a visita. Em seguida deve-se estabelecer os objetivos da VD, que irão orientar a revisão de conhecimentos necessária para embasar a entrevista com o usuário (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2000).

A execução da VD pode exigir algumas mudanças como a adaptação do plano, em caso de ocorrência de interferências.

O registro dos dados é essencial para que as informações coletadas através da entrevista ou observação sejam compartilhadas com a equipe e para que estes dados coletados não fiquem perdidos com o passar do tempo, subsidiando a continuidade da assistência.

A avaliação é necessária para que a equipe estabeleça o “passo seguinte”, preparando a continuidade da realização de nova atividade.

4.7. MARCOS CONCEITUAIS FUNDAMENTADOS NA TEORIA DE DOROTHEA OREM APLICADOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Em levantamento realizado das teorias utilizados nos 448 Trabalhos de Conclusão do Curso de Enfermagem, no período de 1982 a 2003, 52 utilizaram a teoria de Orem, sendo que destes o maior número de temas encontrados foram diabetes e câncer. Não consta nos arquivos do Departamento de Enfermagem da UFSC, nenhum registro de trabalho sobre amamentação e a puérpera-adolescente.

Segundo Santos (1991) a teoria de Orem vem sendo uma das mais utilizadas pela enfermagem, especialmente a norte-americana, tanto na prática como na administração.

5- METODOLOGIA

5.1. DESCRREVENDO A POPULAÇÃO ALVO

Este estudo teve como população alvo, puérperas-adolescentes vivenciando o processo da lactação e suas famílias, independentemente do tipo de parto.

5.2. CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DE ESTÁGIO

O local selecionado para realizarmos nossa prática assistencial foi o Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de Santiago (HU), localizado na Trindade – Campus da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

O HU é uma unidade integrante da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Instituição pública de grande porte, de complexidade terciária, vinculado ao Ministério da Educação (MEC). Considerado como sendo um centro de referência para o

cuidado (preventivo e curativo), pesquisa, ensino e extensão na área de saúde para todo o estado de Santa Catarina.

As obras de construção do HU tiveram seu início em 1964, mas somente se tornou realidade em 1980, após, intensas lutas reivindicatórias de alunos, professores e comunidade junto às autoridades federais para obtenção de recursos que permitissem a sua inauguração. O HU foi fundado, então, em 1980, pelo professor Polydoro Ernani de São Thiago, recebendo o seu nome. Inicialmente instalaram-se os leitos de Clínica Médica e de Clínica Pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente vieram o Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica I e a UTI adulto e, finalmente em 1995, a Maternidade. A Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e a Unidade de Neonatologia foram implantadas em outubro de 1995, após o período de planejamento dos Recursos Humanos, equipamentos e elaboração de técnica de intervenção, buscando alcançar elevados índices de modernização e humanização do atendimento.

O HU é um hospital-escola sendo uma instituição pública e gratuita, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Classifica-se como hospital geral, distribuído em diversas especialidades: médica, cirúrgica, pediátrica, ginecológica, UTI geral e neonatológica, emergência adulto e pediátrica, diálise (UTD), obstetria com Alojamento Conjunto, gestação de alto risco. Realiza atendimento hospitalar, ambulatorial, diagnóstico e terapia.

As finalidades deste hospital são de promover a assistência, o ensino, a pesquisa e extensão, em estreita relação e sob orientação das coordenadorias e departamentos de ensino da UFSC; e prestar assistência à comunidade na área de saúde, em todos os níveis de complexidade, de forma igualitária.

5.2.1.HISTÓRIA DA IMPLANTAÇÃO DA MATERNIDADE DO HU

A Maternidade do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), foi ativada em 24 de outubro de 1995, após 11 anos de trabalhos que foram interrompidos, em vários momentos.

Em 1984, docentes do Departamento de Enfermagem e Pediatria da UFSC e enfermeiras da área materno infantil do HU, construíram uma comissão pró-implantação da maternidade. Iniciaram o trabalho, esboçando a filosofia, a área física, o organograma, os fluxos de atendimento, listagens de material, pessoal e equipamentos. A área médica representada pelo então Diretor geral do HU, definia como modelo de assistência, o Centro Latino-Americano de Perineonatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP).

No período compreendido entre 1986-1987, a área física foi construída, com recursos externos provenientes do antigo INAMPS, sendo inaugurada em 1988, tendo como Reitor o Sr. Rodolfo Pinto da Luz e como Diretor do HU o Sr. Alberto Chterpensque. Neste mesmo ano, foi realizado um concurso público com a finalidade de ativar esta unidade, entretanto, não houve contratação de pessoal para este fim.

A comissão de implantação foi designada oficialmente pela direção geral do HU, em abril de 1988, composta por enfermeiras, psicóloga, assistente social, assistente administrativo, nutricionista, economista, farmacêutico/bioquímico, médicos e administrador, representantes da instituição, além de docentes dos Departamentos de Enfermagem, Obstetrícia, Pediatria e Nutrição. Esta comissão continuou atuando até 1989, quando se desfez, e os trabalhos foram interrompidos durante quatro anos, devido a razões político administrativas.

Em 1992, a comissão passou a realizar reuniões semanais para agilizar os trabalhos, definindo como implantar a filosofia proposta, revendo e refazendo listagens de materiais, equipamentos, recursos humanos, roupas e medicamentos. Além disso, se fazia necessário realizar reformas na área física do Centro Obstétrico (CO), Alojamento Conjunto (AC) e planejar a construção da Triagem Obstétrica próximo ao CO, uma vez que a estrutura não atendia as necessidades.

Em novembro de 1994, foi realizado concurso público e iniciava-se a contratação de pessoal para a ativação da maternidade. Os primeiros profissionais contratados foram os médicos obstetras e neonatologistas, que integraram-se aos trabalhos junto a comissão e realizaram as rotinas médicas de atendimento. Os enfermeiros e demais membros da equipe de enfermagem só foram contratados e colocados à disposição da maternidade poucos dias antes da ativação, quando participaram do treinamento realizado, ficando a cargo dos mesmos e docentes integrantes da comissão todo o trabalho de elaboração de rotinas e impressos a serem utilizados pela Enfermagem.

No início houve resistência, por parte da equipe médica, na presença ou não do acompanhante na maternidade. Na tentativa de sensibilizar os obstetras e desmistificar o receio sobre o acompanhante, a comissão trouxe alguns profissionais de outros estados. Os mesmos já tinham experiência de trabalhar numa perspectiva de humanização do parto, isto é, com a presença do acompanhante durante o processo do nascimento e realizavam o parto vertical, em instituição pública de saúde.

Apesar de todas as dificuldades, com o número de leitos aquém da sua necessidade, a maternidade do HU foi ativada e o que era um sonho de uma equipe, hoje é realidade. Assim, procura-se atender o binômio mãe-filho dentro da filosofia preconizada, (ANEXO A) tornando-se uma geradora de mudanças na assistência e no ensino de obstetrícia,

nas diversas áreas profissionais, quebrando paradigmas anteriormente cristalizados pela equipe médica. A mulher tem acesso a outras formas de parir (parto vertical), o pai ou o acompanhante que a mulher desejar participa de todo o processo do nascimento e dos cuidados ao binômio e as crianças tem autorização para visitas, favorecendo o vínculo familiar. O recém-nascido (RN) permanece com a mãe desde o nascimento até a alta, sendo que a unidade de Internação Neonatológica possui a finalidade de atender estritamente os RNs com intercorrências clínicas.

5.2.2.ALOJAMENTO CONJUNTO DO HU

É um sistema hospitalar em que o RN sadio, logo após o nascimento permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar, contribuindo para estabelecer um relacionamento afetivo favorável entre mãe e o filho desde o nascimento. Além de educar a mãe e o acompanhante proporcionando-lhes o desenvolvimento de habilidades e segurança emocional quanto ao cuidados com o filho. A internação no AC da puerpera e RN segue o fluxograma de atendimento à gestante e ao RN a seguir.

FLUXOGRAMA DA MÃE

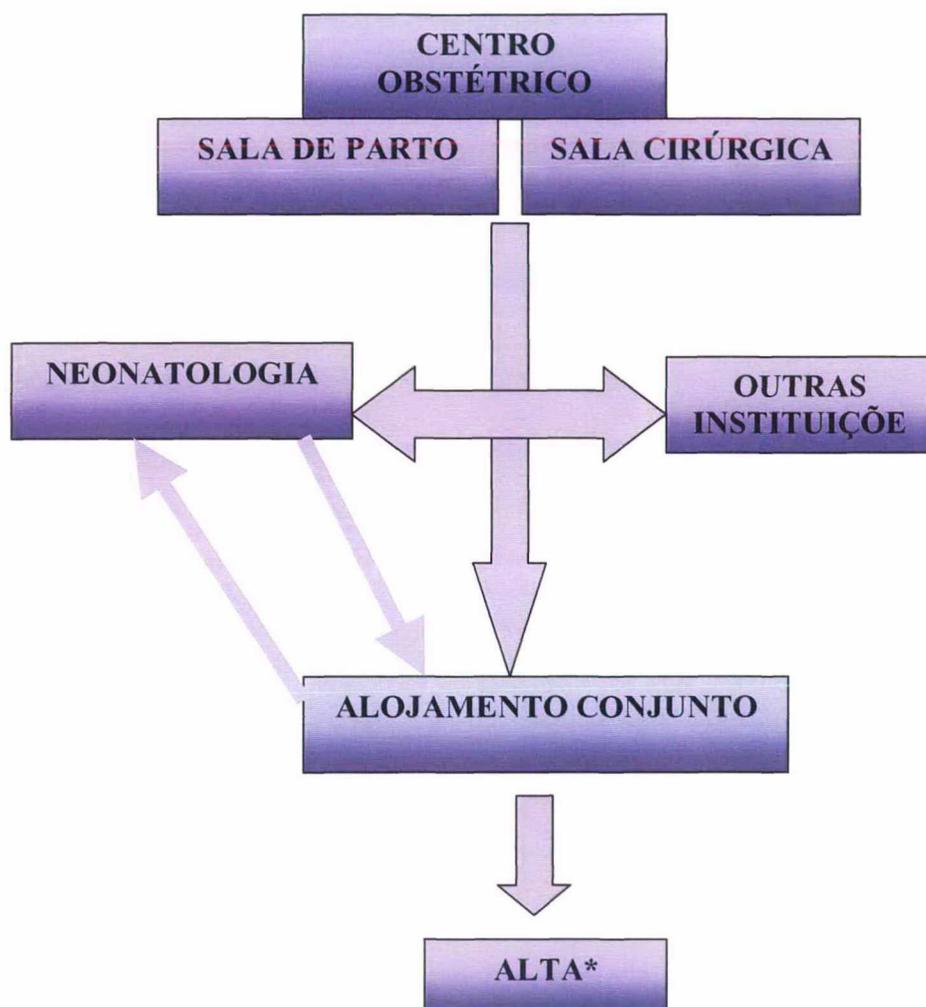


*Parto normal tem alta após 48 horas e parto cesáreo 72 horas.

**Instalação adaptada no AC, reservada para mães que residem em localidades distante, cujos RNs ainda não receberam alta .

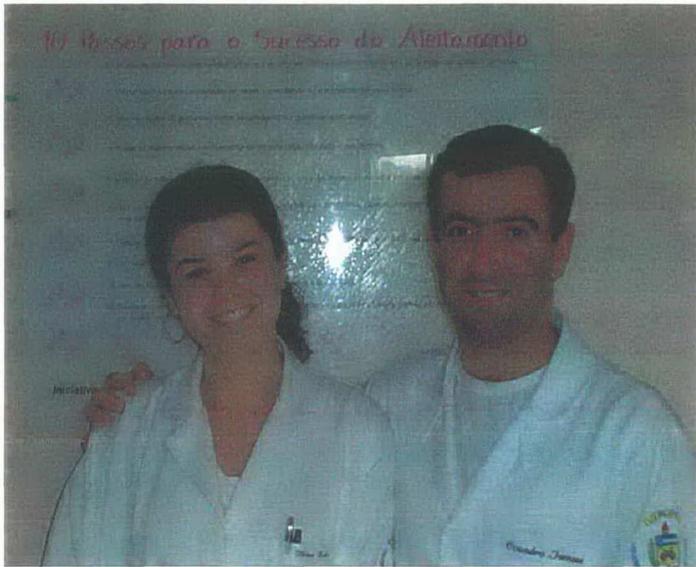
Figura 1: Fluxograma de atendimento a gestante no HU

FLUXOGRAMA DO RN



* A alta hospitalar do RN sadio deve ser feita em 48 horas

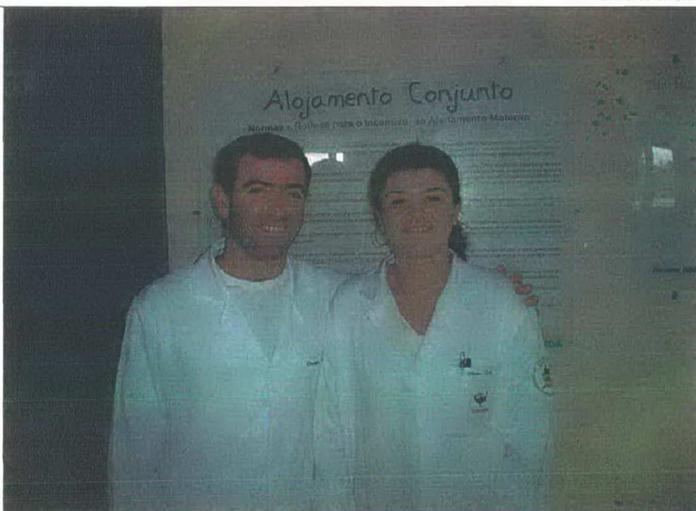
Figura 2: Fluxograma de atendimento ao RN no HU



Acadêmicos no AC



Acadêmicos com a supervisora Maira



Acadêmicos no AC

5.2.2.1.Estrutura Física do AC do HU

O AC é estruturado da seguinte forma: 16 leitos de puerpério, 6 leitos de gestantes de alto risco, posto de enfermagem, sala de medicação, sala da chefia de enfermagem, sala de higiene do RN, sala de atendimento ao RN, sala onde funciona a Central de Aleitamento Materno (CIAM), sala de passagem de plantão, copa e depósito. A unidade está toda organizada para prestar uma assistência de qualidade ao trinômio mãe-filho-acompanhante. Os horários das vistas é das 11:00 às 21:00 horas, sendo permitido uma vista e um acompanhante para cada cliente, proporcionando assim uma melhor organização do setor, sem que comprometa o atendimento.

5.2.2.2.Rotinas de Admissão do Trinômio mãe - filho - acompanhante

- Receber, por telefone, do enfermeiro do Centro Obstétrico, as informações acerca do binômio (Plantão).
- Organizar e preparar o ambiente para receber o binômio.
- Transportar o binômio do Centro Obstétrico para o Alojamento Conjunto em maca, juntamente com o prontuário.
- Solicitar aos demais acompanhantes que aguardem fora do quarto até a acomodação do binômio no leito.
- Colocar o recém-nascido no berço determinado.
- Estimular a puérpera a passar da maca para o leito e auxiliar.

- Avaliar as condições gerais da puérpera: mamas, involução uterina, loqueação, períneo, episiorrafia ou incisão cirúrgica, edemas e outros.
- Avaliar as condições gerais do recém-nascido: identificação, sexo, condições do coto, coloração da pele e integridade cutânea.
- Verificar sinais vitais: do RN: temperatura, frequência cardíaca e frequência respiratória / da Puérpera : temperatura, pulso, respiração e pressão arterial.
- Prestar cuidados com fluidoterapia.
- Prestar cuidados com sonda vesical.
- Orientar a puérpera/acompanhante sobre as rotinas do AC (horário de saída do leito, dieta, campainha, iluminação, uso do banheiro, visitas e acompanhantes).
- Entregar a autorização e o manual de orientação ao acompanhante, solicitando que o mesmo leia.
- Entregar álcool e gaze para curativo do coto umbilical do RN e orientar puérpera e acompanhante
- Registrar os dados obtidos em impressos próprios .
- Realizar o método científico de assistência de enfermagem para o binômio.
- Montar prontuário do binômio preenchendo adequadamente todos os seus impressos.
- Registrar o binômio no censo diário, relação de pacientes internados e livro de registro de puérperas e RN do AC.
- Anotar intercorrências com o binômio em impresso próprio.

- Incentivar o Aleitamento Materno.

5.2.2.3. Projeto Maternidade Segura

Em 1995, a Coordenação Materno Infantil (COMIN) do Ministério da Saúde, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, o UNICEF, a OPAS/OMS e o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), num esforço comum, lançam o projeto Maternidade Segura, cujo objetivo principal é reduzir o número de casos de morte materna e perinatal.

O Projeto Maternidade Segura é análogo ao Hospital Amigo da Criança, criado para incentivar o Aleitamento Materno, que através de um conjunto de critérios e procedimentos técnicos denominados de OITO PASSOS PARA A MATERNIDADE SEGURA, pretende mobilizar profissionais que atuam direta ou indiretamente nos cuidados da mulher, relacionados à saúde reprodutiva, assim como na assistência à criança.

Oitos Passos:

1. Garantir informações sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher.
2. Garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério, bem como ao planejamento familiar.
3. Incentivar o parto normal e humanizado.
4. Ter rotinas escritas para normatizar a assistência.
5. Treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas.

6. Possuir estrutura adequada para atendimento materno e perinatal.
7. Possuir arquivo e sistema de informações.
8. Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal.

De acordo com informações recentes da coordenação do Programa Nacional da Saúde da Mulher do MS, este programa foi extinto, sendo substituído pelo prêmio Galba de Araújo.

5.3. ASPECTOS ÉTICOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

“A ética ou filosofia moral é um ramo da filosofia prática que tem como propósito refletir sobre o agir humano e suas finalidades, estudando os conflitos entre aquilo que podemos considerar como moralmente correto e aquilo que não pode ser assim considerado” (BUB, 2001, p.70).

De acordo com os parâmetros Curriculares Nacionais do Ministério da Educação (1997, p.31), ética refere-se às reflexões acerca das condutas humanas, os valores que orientam o exercício da cidadania numa sociedade democrática, e surge como proposta para o desenvolvimento da autonomia moral.

Segundo Liss apud Bub (2001, p.76), a ética tenta dar respostas a duas questões básicas: como devemos ser – ética das virtudes – e como devemos agir – ética da ação. Para obtermos as respostas, precisamos ter consciência dos aspectos envolvidos nas decisões éticas.

A bioética surge como um esforço interdisciplinar, com base na razão e juízo moral, em que os investigadores unem seus esforços na busca de valores humanos que

inspirem seu trabalho.

Beuchamp; Childress apud Bub (2001, p.82) demonstram uma preocupação com todo o campo da prática assistencial, ao mesmo tempo em que procuram livrá-la do enfoque próprio dos códigos e juramentos. Para tanto, propõe alguns princípios baseados na ética biomédica:

- **Beneficência:** compreende-se como a obrigação de ajudar, estando em favor dos interesses do indivíduo. É a base de todos os deveres que o profissional de saúde tem. Implica em agir sempre para o indivíduo.

- **Não maleficiência:** refere-se ao dever de evitar qualquer mal ou qualquer situação de risco desnecessário ao indivíduo.

- **Autonomia:** implica em respeitar a autodeterminação do indivíduo, considerando-o como ser racional e livre. Isto implica em não limitar suas escolhas ou interferir em suas decisões. Significa reconhecer o direito que a pessoa tem de fazer escolhas baseadas em valores e crenças pessoais.

- **Justiça:** implica em conceder a todos o direito de receber assistência à saúde quando precisar, sendo que todos tenham as mesmas oportunidades de desfrutá-la para que haja uma distribuição adequada dos benefícios sociais.

O comportamento ético de um profissional passa por um processo de construção de uma consciência individual e coletiva, relacionada à responsabilidade das relações de trabalho. Nos serviços de saúde, que se configura em uma complexa área de práticas, acontecem trocas de experiências, construção do saber, conflitos de valores, entre outros. Para isto, as profissões possuem seu Código de Ética, que serve como guia de comportamentos e saberes que norteiam a prática desses profissionais.

O Código de Ética dos profissionais de Enfermagem é regulamentado pela resolução nº 240 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

“A Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência... O aprimoramento do comportamento ético profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional, configurado pela responsabilidade do plano das relações de trabalho em reflexos nos campos técnico, científico e político” (CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, apud GELAIN, 1998, p.35)

Neste trabalho seguimos os princípios estabelecidos no código de ética da profissão, juntamente respeitando os direitos assegurados à criança e ao adolescente pelo ECA, buscando desta forma uma justiça social e humanização de nossa prática assistencial, a fim de promover o respeito à dignidade humana.

5.4. COMPONENTES ÉTICOS DO ESTUDO

No primeiro contato com as puérperas-adolescentes e família foram abordados os seguintes aspectos, visando obter o consentimento para participarem deste estudo:

- apresentação dos acadêmicos, explicitando a condição de estudante de enfermagem;
- breve esclarecimento sobre o trabalho a ser desenvolvido, os objetivos e as metas a serem alcançadas;
- exposição sobre a importância da participação da puérpera-adolescente e seu familiar;

- descrição rápida de como seria sua participação e o porquê de nossa escolha por este tema abordado;

- garantia do anonimato e sigilo acerca das questões assistenciais e particulares levantadas; bem como a utilização de codinome para identificar as puérperas adolescentes.

Uso de nome de pedras preciosas.

- respeito à decisão da puérpera-adolescente ou do familiar, em recusarem ou desistirem de participar do estudo, a qualquer momento;

- informação de que a recusa ou desistência não implicaria em prejuízos na assistência, por parte da instituição;

- explicação de que todos os cuidados prestados seriam supervisionados pela enfermeira do setor e todo o trabalho é orientado por uma professora/enfermeira;

Cabe ressaltar que a puérpera-adolescente, o recém-nascido e os familiares foram fotografados com explícita aprovação verbal. E a publicação das fotos ficou condicionada à autorização escrita (APÊNDICE A).

As fotos da instituição, bem como sua publicação, foram feitas mediante autorização verbal da chefia do setor.

5.5. BUSCANDO ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS PROPOSTOS

OBJETIVO 1

Identificar os déficits de competência para o autocuidado, apresentados pelo ser-puérpera-adolescente vivenciando o processo de lactação, a partir da determinação da demanda terapêutica.

Estratégias:

- Participar da passagem de plantão no período de estágio
- Selecionar puérperas-adolescentes através da passagem de plantão ou identificação no prontuário.
- Realizar visita diária à puérpera-adolescente.
- Identificar os déficits de competência para o autocuidado através do instrumento (roteiro) de coleta dados adaptado de Santos (1991), (APÊNDICE B), referente ao histórico de aleitamento materno.
- Prestar assistência relativa ao período puerperal com base nos déficits de competência para o autocuidado identificados no aleitamento materno.
- Fazer registros conforme definido no processo de enfermagem.

Avaliação:

Este objetivo seria considerado alcançado se aplicássemos o processo de enfermagem proposto, identificando os déficits de competência para o autocuidado, apresentados pelas puérperas-adolescentes, implementando o roteiro de coleta de dados do histórico do aleitamento materno, e desta forma torná-las capacitadas para as ações de autocuidado.

OBJETIVO 2

Planejar a assistência de enfermagem a ser prestada ao ser-puérpera-adolescente vivenciando o processo da lactação.

▪ Estratégia:

A partir dos déficits de competência para o autocuidado identificados, será elaborado um plano individual de assistência de enfermagem a ser implementado.

Avaliação

Este objetivo seria considerado alcançado se elaborássemos um plano individual para cada puérpera-adolescente conforme demanda da unidade de Alojamento Conjunto da maternidade do HU.

OBJETIVO 3

Prover e avaliar continuamente a assistência de enfermagem prestada ao ser-puérpera-adolescente vivenciando o processo de lactação, visando o fortalecimento das ações de autocuidado

Estratégias:

- Implementar as ações planejadas de acordo com os sistemas de enfermagem (sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório, de apoio-educação).
- Desenvolver através do sistema de suporte educativo, ações individuais e coletivas (trabalho em grupo, oficinas), avaliando e promovendo o fortalecimento das ações de autocuidado.

Avaliação:

O objetivo seria considerado alcançado se implementássemos as ações de autocuidado planejadas, de acordo com os sistemas de enfermagem, conforme demanda da unidade de AC, bem como se desenvolvêssemos as atividades de ações coletivas, pelo menos duas vezes por mês e ações individuais conforme demanda apresentada.

OBJETIVO 4

Realizar visitas domiciliares ao ser-puérpera-adolescente, a partir dos déficits de competência para o autocuidado identificados, visando a manutenção do aleitamento materno efetivo.

Estratégia:

- Selecionar puérperas-adolescentes que apresentem déficits de competência para o autocuidado, relacionados ao aleitamento materno, identificados no Alojamento Conjunto, antes da alta hospitalar, residentes na área de abrangência do HU.
- Informar às puérperas-adolescentes da necessidade e importância da realização da visita domiciliar deixando a seu critério a aceitação da mesma.
- Agendar a visita domiciliar com a puérperas-adolescentes e/ou familiares em horário seguindo a disponibilidade de todos.
- Desenvolver um plano estratégico para a visita domiciliar relacionado à identificação dos déficits de competência para o autocuidado.

Avaliação:

O objetivo seria alcançado se realizássemos no mínimo duas visitas domiciliares às puérperas-adolescentes, que apresentassem déficits de competência para o autocuidado, prestando orientações necessárias desenvolvendo o plano estratégico.

OBJETIVO 5

Aprofundar conhecimentos teóricos a respeito dos temas: alojamento conjunto, aleitamento materno, puerpério, mãe-adolescente e a teoria do autocuidado.

Estratégias:

- Realizar busca bibliográfica nos seguintes bases de dados bibliográficos: bireme, medline, programa pergamus (Biblioteca Central Universitária (BU)), comut, e sites

referenciados abaixo:

[http:// www.fiocruz.com.br](http://www.fiocruz.com.br)

[http:// www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)

[http:// www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

[http:// www.persocom.com.br](http://www.persocom.com.br)

▪ Participação em cursos e encontros/seminários que envolvam temas específicos relacionados ao projeto:

“Promoção e Manejo Clínico da Lactação” – 18 horas – 29 e 30 de abril de 2004.

“Encontro Estadual de Mortalidade Materna” – 8 horas- 28 de maio de 2004.

Avaliação:

O objetivo seria considerado alcançado se conseguíssemos participar dos eventos e realizar o aprofundamento teórico através da revisão bibliográfica dos temas abordados neste trabalho assistencial.

OBJETIVO 6

Respeitar os princípios éticos do exercício profissional de enfermagem (Resolução COFEN nº 240/00) e os direitos do adolescente instituídos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente –ECA (BRASIL, Lei nº 8.069/90).

Estratégia:

- Implementar uma assistência seguindo os princípios éticos de enfermagem, estabelecido pela resolução nº 240/00 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), garantindo os direitos assegurados em lei, segundo o ECA, às puérperas-adolescentes participantes desta proposta assistencial.

Avaliação:

O objetivo seria considerado alcançado se os acadêmicos prestassem assistência de enfermagem seguindo o código de ética da profissão e o ECA.

5.6. CONHECENDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO OREM

A partir da descrição do marco conceitual, seguimos com a operacionalização do Processo de Enfermagem segundo Dorothea E. Orem.

O processo de enfermagem de Orem, segundo Foster e Janssens (1993), apresenta um método de determinação das deficiências de autocuidado e posteriormente a definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado.

De acordo com Santos (1991), Orem ao construir considerações sobre o processo de enfermagem, parte da premissa que a enfermagem é mais que uma simples combinação de todas as atividades que um enfermeiro desempenha em benefício de uma pessoa sob os seus cuidados. A teórica sustenta que os resultados alcançados pelos enfermeiros através de suas ações trazem benefícios aos clientes na medida em que (1) consegue-se o autocuidado

terapêutico do cliente; (2) as ações de enfermagem são úteis no sentido de direcionar o cliente para ações responsáveis em termos de autocuidado e (3) os membros da família do cliente ou qualquer outra pessoa leiga que atenda o mesmo, torne-se responsável progressivamente competente em tomar decisões, no cuidado do cliente sob supervisão da enfermagem.

Segundo Orem apud Santos (1991) o processo de enfermagem é sustentado pela base teórica de que as ações a serem realizadas devem:

- a) estar em consonância com os objetivos desejados;
- b) considerar os fatores ambientais, tecnológicos e humanos para a obtenção destes objetivos;
- c) ser desempenhadas de acordo com o planejamento, fazendo ajustes e revisões no planejamento à medida que as condições se alterem;
- d) ser controladas para verificar se os objetivos estão sendo alcançados.

5.6.1. ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem delineado por Orem, é constituído de duas fases: a 1ª fase é a chamada de intelectual, que é formada pela 1ª etapa (diagnóstico e prescrição) e a 2ª etapa (planejamento). E a 2ª fase é a prática, que é formada pela 3ª etapa (implementação, controle e avaliação).

Descreveremos a seguir as três etapas do processo de enfermagem de Orem.

a) 1ª Fase (fase intelectual)

1ª ETAPA - Diagnóstico e Prescrição

Esta primeira etapa é constituída pela definição do diagnóstico e prescrição. Nesta fase determina-se a necessidade ou não de cuidados de enfermagem. (Foster & Janssens, 1993).

Segundo Orem apud Santos (1991) o diagnóstico implica em uma operação investigadora que permite ao enfermeiro, fazer um avaliação e julgamento sobre o que pode e o que deve ser feito. Nesta etapa Orem propõem que os enfermeiros façam os seguintes questionamentos:

1. Qual é a demanda terapêutica de autocuidado do paciente? Agora? Futuramente?
2. O paciente apresenta algum déficit para se engajar no autocuidado?
3. Se tem, qual é a natureza e as razões para sua existência?
4. Deve o paciente ser impedido de se engajar no autocuidado ou deveria proteger capacidades de autocuidado já dado ou desenvolvidas para a proposta terapêutica?
5. Qual é o potencial do paciente para se engajar nas ações de autocuidado? Incorporação de medidas efetivas de autocuidado incluindo novos sistemas de autocuidado e na vida diária?

2ª ETAPA - Projeção e planejamento dos sistemas de enfermagem

Orem define a segunda etapa como o planejamento dos sistemas de enfermagem e o planejamento das execuções dos atos de enfermagem. O enfermeiro cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação. As suas ações envolvidas no planejamento dos sistemas de enfermagem seriam: (1) “a realização de

uma boa organização dos componentes das exigências terapêuticas de autocuidados dos pacientes” e (2) “a seleção da combinação de maneiras de auxílio que sejam, ao mesmo tempo, efetivas e eficientes, na tarefa de compensar ou sobrepujar os déficits de autocuidados dos pacientes” (FOSTER E JANSSENS, 1993, p. 101-102).

Para Santos (1991) este plano determina a organização e o momento das tarefas a serem executadas; auxiliados pela enfermagem no desempenho das tarefas. O planejamento ainda inclui as especificações do sistema de enfermagem propostas no tempo, lugar, condições ambientais, equipamentos e suprimentos requeridos para a produção do sistema.

b) 2ª Fase (fase prática)

3º ETAPA - Provisão e controle da assistência de enfermagem

Nesta terceira etapa do processo de enfermagem, segundo Foster & Janssens (1993), o enfermeiro presta auxílio ao paciente, perante o autocuidado, com o objetivo de alcançar resultados, coletando evidências, descrevendo e avaliando os resultados dos cuidados prestados. Este terceiro passo inclui a evolução, onde juntos, enfermeiro e paciente realizam a avaliação do planejamento proposto.

Para Santos (1991) esta etapa do processo corresponde a fase prática, onde constitui-se o ciclo de assistir, checar, ajustar e avaliar as atividades desenvolvidas.

A estrutura do processo de enfermagem de com suas diferentes fases e etapas pode ser representada pelo esquema (Figura 3) a seguir (OREM apud SANTOS ,1991):

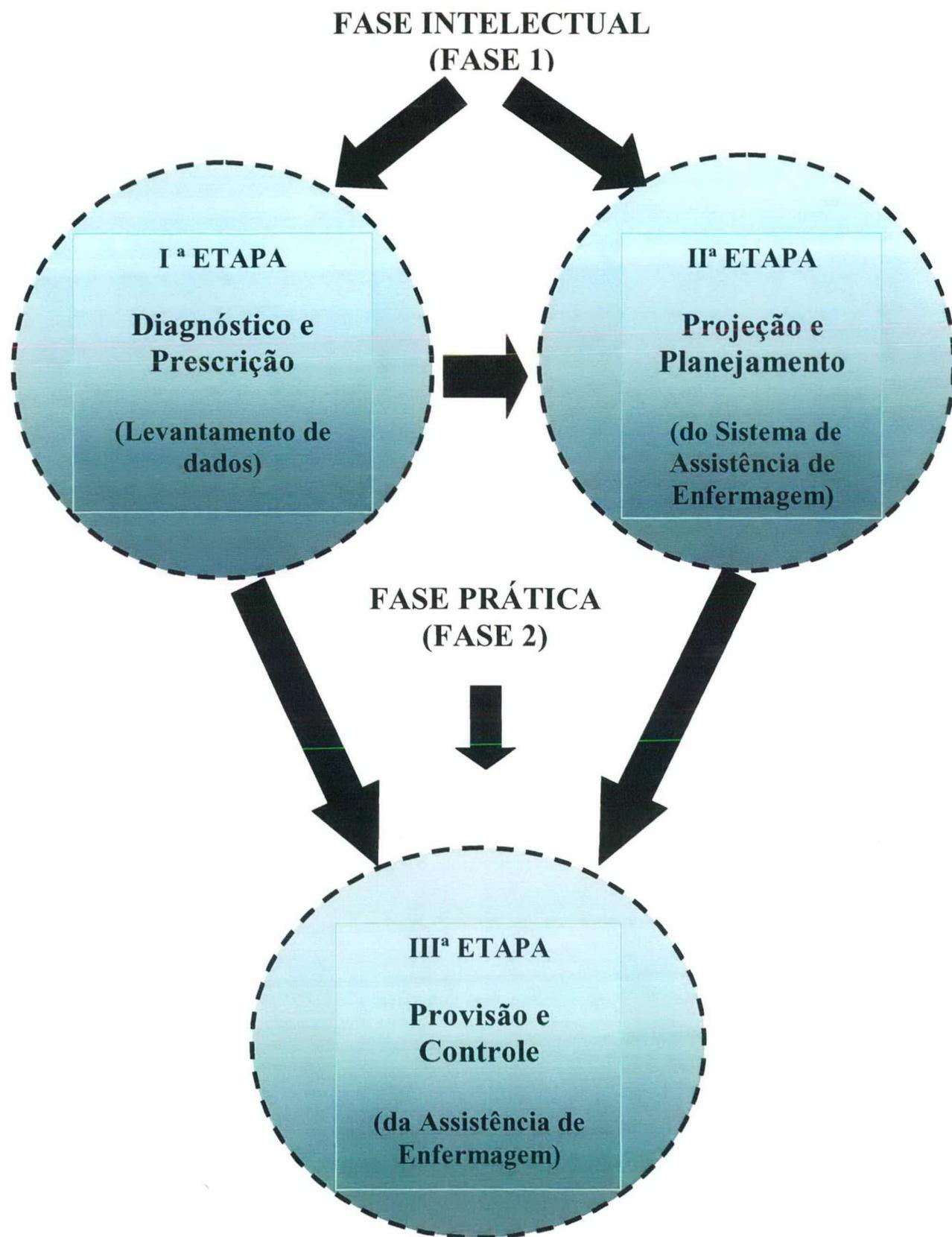


Fig 3: Representação esquemática da estrutura do processo de enfermagem baseado em Orem (OREM apud SANTOS, 1991).

6. RESULTADOS DAS ATIVIDADES PLANEJADAS

Apresentar os resultados deste estudo representa concretizar todo o processo de elaboração e implementação deste projeto assistencial desenvolvido com o ser-puérpera-adolescente e sua família.

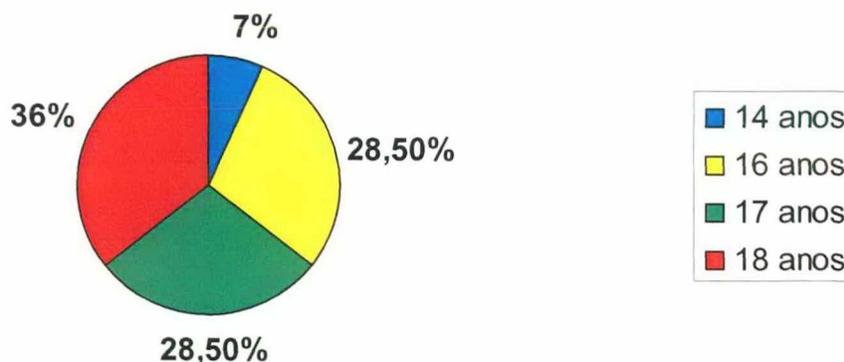
No decorrer do estágio curricular que desenvolvemos, foi prestado cuidado de enfermagem a 14 puérperas-adolescentes. Foram identificados déficits de competência para o autocuidado, relacionados ao aleitamento materno, em todas as 14 puérperas-adolescentes, mesmo não sendo implementado na íntegra o processo de enfermagem proposto com todas estas puérperas-adolescentes.

Inicialmente iremos caracterizar o perfil da clientela atendida segundo: idade, estado civil, planejamento da gestação, tipo de parto, presença de familiar no período de internação no alojamento conjunto e abandono escolar após a gestação. Posteriormente discorreremos sobre cada objetivo desenvolvido e relataremos como a prática assistencial ocorreu.

6.1. PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA

Gráfico 1: Distribuição das puérperas-adolescentes segundo idade

Hospital Universitário – Florianópolis/SC, Abril/Maio/Junho, 2004.



Fonte: Dados obtidos pelos acadêmicos durante o estágio.

Analisando o gráfico 1 observamos que 36% das puérperas-adolescentes possuíam 18 anos de idade e caracterizam assim a maior parcela da população atendida.

Somente 7% das puérperas-adolescentes atendidas tinham 14 anos de idade. Atendemos 28,50% de puérperas-adolescentes de 17 e 18 anos.

Como dissemos anteriormente, o público alvo do nosso trabalho foi constituído de puérperas-adolescentes de 12 a 18 anos de idade, mas não atendemos nenhuma puérpera-adolescente com idade compreendida entre 12 e 13 anos de idade.

Todas estas puérperas-adolescentes atendidas eram primíparas e residiam na Grande Florianópolis.

Anteriormente ao início do estágio pensávamos que quanto maior a idade talvez menos déficits de competência as puérperas-adolescentes apresentassem, porém percebemos que durante o estágio a idade não estava relacionada com a superação dos déficits de autocuidado. Muitas vezes observamos que puérperas-adolescentes de 16 anos de idade possuíam menos déficits de competência para o autocuidado e superavam estes déficits, mais rapidamente do que puérperas com 18 anos de idade.

Gráfico 2: Distribuição das puérperas-adolescentes segundo estado civil.

Hospital Universitário – Florianópolis/SC, Abril/Maio/Junho, 2004.



Fonte: Dados obtidos pelos acadêmicos durante o estágio.

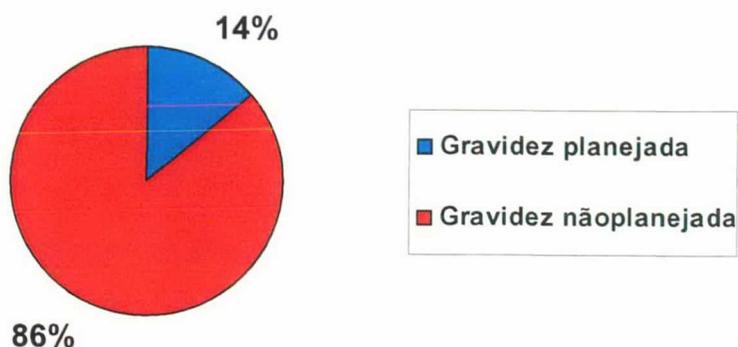
Neste estudo foi considerado: união estável quando o casal já coabitava anteriormente a gestação, apesar do Artigo 1º da lei 8971 de 29 de dezembro de 1994, do Código Civil Brasileiro, considerar união estável mais de cinco anos com comprovação; e solteira- união estável após gestação, quando as puérperas-adolescentes se uniram após a descoberta da gestação.

Através dos dados apresentados acima, observamos que 72% das puérperas-adolescentes tiveram uma união com seus companheiros após a descoberta da gestação; e 14% já possuíam uma união estável.

Consideramos mulheres solteiras (14%) aquelas que não estavam se relacionando com o pai da criança ou outros.

A gravidez na adolescência traz importantes mudanças na vida da adolescente, de seu parceiro e familiares. Segundo Ribeiro; Uhlig 2003, o casal adolescente em sua grande maioria une-se consensualmente após a descoberta da gestação; e foi o que observamos neste estudo.

Gráfico 3: Distribuição das puérperas-adolescentes segundo planejamento da gestação
Hospital Universitário – Florianópolis/SC, Abril/Maio/Junho, 2004.



Fonte: Dados obtidos pelos acadêmicos durante o estágio.

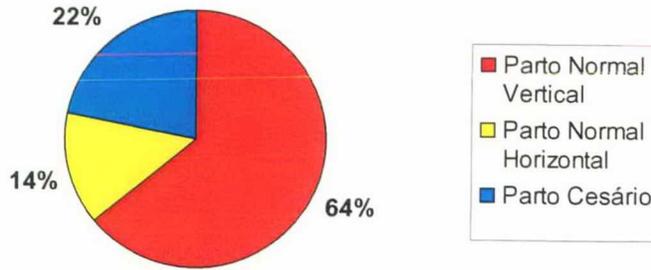
Ao analisarmos o gráfico 3 observamos que a maioria das gestações, ou seja, 86% não foram planejadas, contradizendo estudos que segundo Ribeiro; Uhlig (2003) dizem que grande parte das gestações entre adolescentes é planejada, tendo como justificativa a afirmação de seu papel na sociedade.

Destas gestações planejadas (14%), uma puérpera-adolescente possuía uma união estável e outra uniu-se após a descoberta da gestação.

Quando as puérperas-adolescentes eram questionadas sobre este planejamento a maioria dizia à frase que justificava a falta de planejamento “*querer eu não queria, mais aconteceu*”.

Gráfico 4: Distribuição das puérperas-adolescentes segundo tipo de parto.

Hospital Universitário – Florianópolis/SC, Abril/Maio/Junho, 2004.

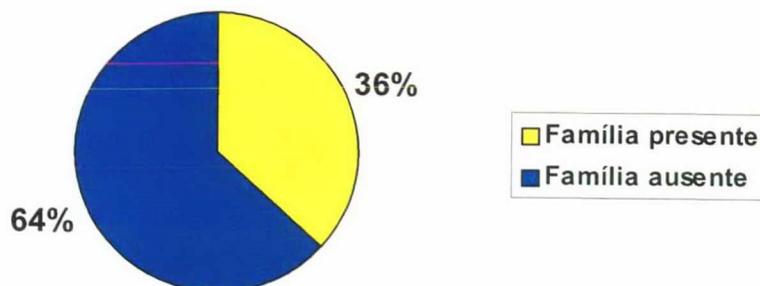


Fonte: Dados obtidos pelos acadêmicos durante o estágio.

O gráfico mostra que 78% das puérperas-adolescentes tiveram recém-nascidos de parto normal. Destas 64% foram de parto normal vertical (parto de cócoras), número este significativo, considerando que ainda é um parto cercado de preconceitos e dúvidas por parte das mulheres. Este fato reflete uma mudança de paradigma decorrente da possibilidade de a mulher escolher o tipo de parto na maternidade do HU.

Gráfico 5: Distribuição das puérperas-adolescentes segundo presença da família no Alojamento Conjunto.

Hospital Universitário – Florianópolis/SC, Abril/Maio/Junho, 2004.



Fonte: Dados obtidos pelos acadêmicos durante o estágio.

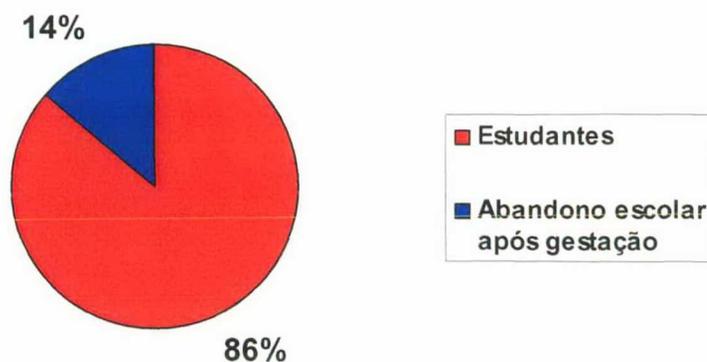
Nossa proposta assistencial também foi direcionada à família. Tínhamos a idéia de que como se tratava de um público alvo adolescente que muitas vezes precisa do apoio da família neste momento do novo, da passagem de ser-adolescente para a fase de mãe, a família estaria na maior parte do tempo presente.

Porém o gráfico acima não traduz o que pensávamos, sendo que 64% das puérperas-adolescentes se encontravam sozinhas durante a internação hospitalar.

Nossa interação com a família, no período da manhã quase não se fazia presente, pois a maioria das puérperas-adolescentes atendidas estava sozinha. Quando realizávamos a prática assistencial no período da tarde é que conversávamos informalmente e interagíamos com alguns familiares.

Gráfico 6: Distribuição das puérperas-adolescentes segundo abandono escolar

Hospital Universitário – Florianópolis/SC, Abril/Maio/Junho, 2004.



Fonte: Dados obtidos pelos acadêmicos durante o estágio.

Observando o gráfico observamos que 86% das puérperas-adolescentes estão estudando. Destas, 86 % todas estavam cursando alguma série do segundo grau.

Somente 14% das adolescentes não estavam estudando.

Este percentual contradiz o que alguns autores como Ribeiro; Uhlig (2003), afirmam que freqüentemente as adolescentes que engravidam abandonam os estudos para contribuir com a renda familiar.

Neste estudo, os direitos da mulher após a gestação eram bem conhecidos pela puérpera-adolescente, sendo que todas sabiam sobre a licença maternidade.

6.2. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

No transcorrer da prática assistencial, utilizamos algumas estratégias para alcançar os objetivos propostos quando da elaboração do projeto. A prática se desenrolou de maneira não sistemática, mas de acordo com a demanda e necessidade do setor (Alojamento Conjunto) e das puérperas-adolescentes.

Embora se mostrassem interligados, os objetivos foram analisados individualmente. Inúmeras vezes, na prática, os mesmos foram desenvolvidos de maneira concomitante. Assim sendo, passamos a apresentá-los a seguir.

OBJETIVO 1

Identificar os déficits de competência para o autocuidado, apresentados pelo ser-puérpera-adolescente vivenciando o processo de lactação, a partir da determinação da demanda terapêutica.

Este objetivo foi considerado alcançado por termos realizado o processo de enfermagem proposto, identificando os déficits de competência para o autocuidado, apresentados pelas puérperas-adolescentes, implementando o roteiro de coleta de dados do histórico do aleitamento materno.

Dispomos de uma demanda de 14 puérperas-adolescentes, das quais realizamos seis (6) processos de enfermagem na íntegra. Porém em todas as puérperas-adolescentes, identificamos os déficits de competência para o autocuidado, planejamos os sistemas de enfermagem, fizemos a provisão e implementação das ações de enfermagem requeridas por todas as puérperas-adolescentes atendidas.

Assistíamos à passagem de plantão que iniciava às 07 horas ou 13 horas, quando realizávamos estágio no período vespertino. Aquela era a oportunidade de se interar sobre as novas puérperas-adolescentes e as intercorrências e/ou dificuldades das que já havíamos prestado assistência. A passagem de plantão era totalmente indispensável, pois tínhamos uma visão geral de toda a unidade e não somente das internações de puérperas-adolescentes. Outro meio de coletar informações era a consulta aos prontuários, após a passagem de plantão, onde observávamos as anotações referentes à amamentação das puérperas-adolescentes.

Diariamente a coleta de dados das puérperas-adolescentes era realizada, os déficits de competência para o autocuidado eram identificados a partir da demanda terapêutica e posteriormente implementávamos a prescrição. No final do dia de estágio fazíamos a evolução de enfermagem que descreveremos mais adiante e acompanhávamos a puérpera-adolescente até a alta hospitalar fornecendo orientações para a alta. Geralmente só fornecíamos as orientações, pois os documentos (Exames, DNV – Declaração de Nascidos Vivos) e caderneta de saúde da criança eram entregues na alta hospitalar que geralmente acontecia no período de 13 horas da tarde.

Realizávamos com as puérperas-adolescentes selecionadas a coleta de dados dispondo de um instrumento, baseado em Santos (1991) (APÊNDICE B). Este levantamento de dados tinha como objetivo identificar, com base nos requisitos de autocuidado apresentados pela puérpera-adolescente no aleitamento materno e sua competência para

satisfazê-la. A partir da determinação da demanda terapêutica eram identificados os déficits de competência exigindo a nossa intervenção, enquanto reguladores do sistema de autocuidado.

Esta coleta de dados foi realizada através da observação, entrevista, consulta ao prontuário, exame físico, contato familiar e com a equipe de saúde onde se desenvolvia nossa prática assistencial.

Quando aplicávamos o roteiro de coleta de dados sentimos que todos os itens abordados eram satisfatórios para a posterior intervenção. Porém como o roteiro era extenso e por causa deste motivo precisávamos de um tempo maior para fazer a entrevista, fomos interrompidos diversas vezes devido a fluxo intenso da equipe multiprofissional que faz parte desta instituição, por isso a entrevista se estendia bastante durante a nossa coleta de dados.

Não encontramos dificuldades em identificar os requisitos de autocuidado (universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde) das puérperas-adolescentes. Acreditamos que a definição prévia dos conceitos da teoria e o conhecimento do processo de enfermagem de Orem, foi imprescindível para a incorporação, e assim com as leituras realizadas posteriormente fomos compreendendo a teoria do autocuidado.

O diagnóstico foi determinado a partir da relação entre a demanda terapêutica do autocuidado e a competência para o autocuidado apresentado pela puérpera-adolescente no aleitamento materno. Analisando a relação, identificamos os déficits de competência para o autocuidado no aleitamento materno.

Fizemos também, devido ao volume de dados a serem registrados e sobre a necessidade de transcrever posteriormente os mesmos, um diário de campo para guiar esta

prática, registrando todos os dados coletados durante os dias da assistência e nas visitas que posteriormente aconteceram.

Através de boa interação com a puérpera-adolescente, sua família e a equipe de saúde, conseguimos identificar os déficits de competência para o autocuidado a partir da demanda terapêutica e, com isso, planejar nossa assistência direcionada ao autocuidado do manejo clínico da lactação.

OBJETIVO 2

Planejar a assistência de enfermagem a ser prestada ao ser-puérpera-adolescente vivenciando o processo da lactação.

Acreditamos que este objetivo foi alcançado por conseguirmos identificar os déficits de competência para o autocuidado e, a partir de então, planejamos uma assistência de enfermagem evidenciando o autocuidado referente aos assuntos relacionados ao aleitamento materno, cuidado no puerpério, cuidado com o bebê e educação em saúde.

Nesta etapa foi determinado como a puérpera-adolescente poderia se ajudar, a partir da identificação dos déficits de competência apresentados pelas mulheres frente a demanda terapêutica do autocuidado. Uma vez estes déficits identificados classificamos e analisamos os mesmos. A classificação era feita de acordo com sua natureza (requisitos de autocuidado: universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde) e extensão (sistema de enfermagem: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e suporte educativo).

A maioria das puérperas-adolescentes apresentava déficits relacionados aos diferentes requisitos de autocuidado e foram enquadrados nos sistemas: parcialmente compensatório e de suporte educativo.

Após projetar o sistema de assistência de enfermagem com base nos déficits identificados, iniciava-se o planejamento. Para cada déficit diagnosticado foram estabelecidos objetivos de saúde a serem alcançados no ambiente hospitalar e no domicílio.

Todo plano tinha como foco principal o processo da lactação vivenciado pela puérpera-adolescente, quando as incentivávamos a realizarem os cuidados planejados, de modo a facilitar a promoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê. A elas era solicitado questionarem sobre as dificuldades ou desconhecimentos que havia, para que nossa atuação fosse mais efetiva e eficiente.

Este plano assistencial foi direcionado a cada puérpera-adolescente, de maneira individual e específica, conforme demanda da unidade do alojamento conjunto.

Importante ressaltar que a equipe de enfermagem do Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM) esteve sempre presente, auxiliando-nos nas instruções quanto ao manejo clínico da lactação. Os auxiliares e técnicos de enfermagem da equipe do CIAM, muitas vezes, nos relatavam sobre as dificuldades encontradas quando as mesmas passavam a visita, e juntamente com a equipe do CIAM planejávamos os cuidados necessários a cada puérpera-adolescente.

OBJETIVO 3

Prover e avaliar continuamente a assistência de enfermagem prestada ao ser-puérpera-adolescente vivenciando o processo da lactação, visando o fortalecimento das ações de autocuidado.

Consideramos que este objetivo foi alcançado, pois durante todos os dias de assistência implementávamos as ações de cuidado planejadas e observávamos sua efetividade. A provisão (implementação) e o controle (avaliação) do cuidado de enfermagem foi operacionalizado estabelecendo os objetivos de saúde e o planejamento das ações de enfermagem.

Diversas prescrições de enfermagem foram implementadas e estas enfocavam aspectos do manejo clínico da lactação e orientações sobre as dúvidas mais frequentes sobre o puerpério. Também, procurávamos dar ênfase quanto à higiene da mulher, atividade física e sexual, alimentação, cuidados quanto à higiene e conforto do recém-nascido e planejamento familiar. Durante os trabalhos, procurou-se interagir com as puérperas-adolescentes e seus acompanhantes. Também orientávamos quanto às consultas médicas e de enfermagem posteriores das puérperas e do recém-nascido, a realizarem-se no Centro de Saúde. Como também, sobre as vacinas e teste do pezinho. Para as mulheres procedentes de Florianópolis (SC), as consultas eram previamente agendadas por uma funcionária do Programa Capital Criança.

Quando havia demanda no setor, acompanhávamos as puérperas adolescentes durante as mamadas, as ordenhas e todo o desenrolar do aleitamento materno, sempre

prestando orientações e sanando dúvidas até a respectiva alta hospitalar, esclarecendo, também, que qualquer dúvida que elas tivessem, que procurassem o Centro de Saúde mais próximo ou CIAM (Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno), Centros de Saúde e Bancos de Leite Humanos.

Avaliávamos o cuidado prestado diariamente observando a superação dos déficits de competência para o autocuidado que foram encontrados. Observávamos diariamente como a puérpera-adolescente posicionava o bebê pra mamar, como tratava das fissuras e outros problemas, observando como esta se desenvolvera após a implementação dos cuidados, bem como perguntávamos como ela avaliava a mamada, sempre junto com a mesma observando as ações corretas, valorizando cada passo do cuidado alcançado pela puérpera. Percebemos durante a prática assistencial que duas puérperas não conseguiram suprir os déficits de competência para o autocuidado relacionado ao aleitamento materno e sugerimos o acompanhamento no domicílio os quais descreveremos no Objetivo 4.

Durante os 44 dias de estágio, somente em um dia aconteceu a internação de duas puérperas adolescentes. Então pudemos desenvolver uma atividade coletiva com estas puérperas-adolescentes.

Inicialmente sugerimos que estas puérperas perguntassem sobre os assuntos que ainda possuíam dúvida, sendo este encontro realizado no segundo dia de internação de ambas. No início as puérperas-adolescentes colocaram que não possuíam dúvidas. Então utilizamos um álbum seriado distribuído pelo Ministério da Saúde sobre aleitamento materno para então colocar aspectos relevantes sobre o aleitamento materno e estimulá-las a colocar suas dúvidas e questionamentos, analisando então se os cuidados orientados foram assimilados e desempenhados sobre as mesmas. Expomos o assunto do álbum seriado acrescentando alguns aspectos relevantes e quase no fim deste encontro o marido de uma puérpera-adolescente se

aproximou. O mesmo sentou com as puérperas-adolescentes e ficou bastante interessado fazendo questionamentos a cerca de alguns tabus relacionados com a amamentação como: “*É verdade que se arrotar no bico do seio o leite seca?*”. Explicamos sobre os tabus e discutimos sobre o assunto. Falamos que não tinha problema nenhum em a criança eructar na mama, que o leite não iria secar. Explicamos também ao pai sobre a divisão da tarefa doméstica e a importância de sua ajuda nos cuidados. Após toda a conversa perguntamos sobre mais alguma dúvida, ninguém se manifestou. Agradecemos a presença de todas e explicamos que em qualquer caso de dúvida para nos perguntar e utilizar os serviços de saúde da rede pública como Centros de Saúde, CIAM e bancos de leite humano.

Ao final do dia realizávamos a evolução de enfermagem de todas as puérperas-adolescentes, utilizando o método WEED (SOAP) que é a metodologia utilizada pelo HU. Esta evolução seguia a teoria de Orem, abordando os déficits de competência para o autocuidado da puérpera-adolescente e o plano de ação para a promoção da independência do cuidado. Percebemos que a primeira evolução que fizemos levou um tempo maior do que com o decorrer do estágio, acreditamos ser decorrente de nossa vida acadêmica, onde sempre fazíamos os registros de enfermagem utilizando a teoria de Wanda Aguiar Horta (Teoria das Necessidades Humanas Básicas).

Das puérperas-adolescentes selecionadas, então fazíamos o processo de enfermagem em todas as suas etapas já definidas coleta de dados; diagnóstico e prescrição (especificando e classificando os déficits de competência para o autocuidado); planejamento dos sistemas de enfermagem e da execução dos atos de enfermagem (sistemas de enfermagem, plano de assistência e objetivos de saúde); e provisão e implementação das ações de enfermagem (iniciação na maternidade e controle da assistência de enfermagem – maternidade e domicílio).

Selecionamos duas puérperas-adolescentes para descrevermos o processo de enfermagem na íntegra. Por questões éticas, designamos as puérperas-adolescentes selecionadas de “Ametista” e “Rubi”. Inicialmente descreveremos o processo de enfermagem de Ametista. O processo de enfermagem da outra puérpera-adolescente selecionada, será exposto no APÊNDICE C. Rubi e Ametista foram das puérperas-adolescentes que não conseguiram suprir os déficits de autocuidado em nível hospitalar e foram acompanhadas então no domicílio.

DESCRIÇÃO DE UM PROCESSO DE ENFERMAGEM - *AMETISTA*

Anteriormente ao início da descrição do processo de Ametista, consideramos importante prestar alguns esclarecimentos para melhor compreensão.

- a.** Foram realizados sete (7) encontros com Ametista, sendo quatro deste no Alojamento Conjunto e três no domicílio.
- b.** Descreveremos as diferentes etapas do processo de enfermagem que são: a *coleta de dados* (seguindo o roteiro adaptado); *diagnóstico e prescrição* (Especificando e classificando os déficits de competência para o autocuidado); *planejamento dos sistemas de enfermagem e da execução dos atos de enfermagem* (Sistemas de enfermagem, Plano de assistência e objetivos de saúde); e *provisão e implementação das ações de enfermagem* (iniciação na maternidade e controle da assistência de enfermagem – maternidade e domicílio).
- c.** O controle da assistência de enfermagem no domicílio descreveremos especificamente no Objetivo 4.

Nosso primeiro encontro com Ametista foi no dia 21/04/2004 no período da manhã. Neste dia às 7 horas durante a passagem de plantão a enfermeira responsável nos passou que Ametista, de 16 anos, estava amamentado, mas chegou do Centro Obstétrico já com fissuras. Neste momento ficamos espantados, pois não tínhamos acompanhado ainda alguma mulher em outros estágios curriculares com fissuras já após o parto quando advindas do Centro Obstétrico.

Nos dirigimos então ao quarto de Ametista, cumprimentamos todas as mulheres do quarto e voltamos nosso olhar para esta puérpera-adolescente. Nos apresentamos como acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, explicamos que estávamos desenvolvendo um trabalho assistência de conclusão do curso com puérperas-adolescentes no Alojamento Conjunto e domicílio. Explicamos sucintamente nossos objetivos centrados no autocuidado, metodologia e a necessidade de acompanhamento no domicílio. Posteriormente perguntamos então, se Ametista aceitaria fazer parte deste nosso estudo. Ametista respondeu positivamente que poderia participar.

Neste momento eram 8 horas da manhã, o café acabara de chegar, e então conversamos sobre realizar com a mesma a coleta de dados após o café, nos despedimos e fomos ao posto de enfermagem coletar alguns dados do prontuário referentes à identificação da puérpera-adolescente.

Retornamos ao quarto às 8:30 horas, Ametista estava sentada e perguntamos para a mesma se agora poderíamos iniciar a coleta de dados. Ametista respondeu positivamente. A maior parte do tempo durante a conversa Ametista permaneceu sentada. Tivemos que interromper a coleta de dados duas vezes pela manhã, sendo uma vez para Ametista acompanhar o banho de seu bebê e outra para o acadêmico de medicina responsável por

Ametista, fazer o exame físico. Mas sempre após estas interrupções retornávamos a coleta dos dados.

Nossa primeira impressão de Ametista foi de uma adolescente tímida, pois respondia somente o que lhe era perguntado e utilizava respostas curtas e objetivas. Era necessário um estímulo maior de nossa parte. Provavelmente esta timidez era decorrente do primeiro contato que era realizado com pessoas estranhas que faziam perguntas pessoais a respeito de sua vida.

Ametista tem 16 anos, reside em Florianópolis, no bairro Trindade é católica, está cursando o primeiro ano do segundo grau. É solteira, nasceu no dia 06/03/1988 na cidade de Florianópolis. Foi admitida no Centro Obstétrico no dia 20/04/2004 onde realizou parto normal vertical às 19:41 horas, nascendo assim uma menina. Ametista relatou que não teve acompanhante durante o parto, pois quem a acompanharia era sua mãe. Porém neste dia sentiu em casa dor nas costas e veio ao HU somente para saber o que estava acontecendo. Quando na triagem obstétrica foi informada que a mesma deveria ficar, pois já estava com sete centímetros de dilatação. Ametista relatou que queria muito que sua mãe ficasse, mas a mãe de Ametista cuida de sua avó, que é dependente e estava em sua casa sozinha. Ametista também relatou que esta não possui mais contato com o pai de seu bebê, o mesmo mora próximo a sua casa, mas seu relacionamento acabou durante a gestação.

Conforme então, o instrumento elaborado para esta finalidade, iniciamos o levantamento de dados abordando os requisitos de autocuidado: universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde.

Seguindo o roteiro descreveremos os requisitos de autocuidado e os dados coletados.

Requisitos de Autocuidado Universal

▪ **Manutenção da Oxigenação:**

Em relação ao padrão respiratório: Ametista apresentava-se eupneica, com frequência respiratória de 20 movimentos respiratórios por minuto de ritmo regular. A mesma demonstrou conhecimento acerca da importância do influxo suficiente de ar, dos efeitos maléficos do fumo sobre sua saúde, saúde do bebê e da lactação. Negou tabagismo ou outros vícios e hábitos que pudessem interferir na respiração. Quanto ao nível de motivação de Ametista para se engajar em operações de autocuidado relativas à manutenção do influxo suficiente de ar demonstrou ser satisfatório.

“Eu li, mas agora não sei aonde, que o cigarro faz muito mal para o bebê, passa pro leite também. Eu nunca fumei, sei que pode causar câncer e lá em casa ninguém fuma”.

“Eu sempre gosto de deixar as janelas abertas, agora mesmo com minha filha vou abrir bem a casa para evitar doenças, né?”

▪ **Manutenção da Hidratação:**

Prefere ingerir sucos, mais de três litros por dia, utiliza água da rede de abastecimento de Florianópolis. Ao examinarmos sua pele e mucosas observamos que as mesmas estavam hidratadas com turgor e elasticidades normais. Demonstrou capacidade cognitiva e motivacional acerca da importância da manutenção do influxo suficiente de água bem como a relação existente entre a quantidade de ingesta hídrica e produção láctea.

“A minha mãe faz bastante suco natural em casa, eu acho que bebo mais ou menos três litros, por dia, tomo bastante água. Eu acho que

beber água é muito importante para o corpo, e eu bebo muito... a médica que fez o meu pré-natal falou que quanto mais água eu beber mais leite eu vou produzir, então não vai ter problema, porque eu tomo bastante líquido, e agora mesmo parece que eu estou com mais sede”.

▪ **Manutenção da Nutrição:**

Ametista apresentava as seguintes condições físicas: aspecto alerta, boa disposição, peso anterior a gestação normal para altura, idade e constituição corporal (P=52Kg, Altura=1,60cm) e peso do 9º mês de gestação de 70Kg. Postura ereta, músculos normotróficos, firmes com bom tônus, com exceção da região abdominal em decorrência do parto recente. Arcada dentária completa e em boas condições. Padrão de ingestão alimentar de 4 refeições diárias, referindo fazer da seguinte maneira:

“Manhã: tomo café com leite, ou achocolatado com leite e bolacha recheada ou salgada, ou pão, com margarina.

No almoço: eu como arroz, feijão, carne e verduras, tomo suco natural também.

À Tarde: eu também tomo café com leite com bolacha.

À Noite: eu como a mesma coisa do almoço, quanto sobra e as vezes minha mãe faz cachorro-quente e pizza”.

Demonstrou ter conhecimento sobre os alimentos como fonte de nutrientes necessários para o organismo e compreensão do papel da nutrição sobre a lactação, sua saúde e bem estar. Desconhecia a existência de programas de auxílio nutricional na comunidade. Referiu ter bom apetite, aceita bem os alimentos em geral. Nega alergias ou intolerância alimentares. Possui tabu alimentar relacionado à lactação, fazendo referência ao desconforto abdominal do bebê.

“Minha mãe e amigas falaram que depois do parto não se pode comer feijão, porque causa cólicas na criança”.

- **Eliminações e Excreções:**

Quanto aos aspectos relacionados à provisão de cuidados associados aos processos de eliminação da excreção, em relação ao funcionamento intestinal, Ametista referiu eliminação intestinal regular com frequência de uma vez por dia, sem horário fixo. Relatou que desde o início da gravidez teve hemorróida e no final da gestação apresentou problema de eliminação de flatos. Demonstrou conhecimento sobre a relação existente entre as eliminações e a quantidade e qualidade de líquidos e alimentos ingeridos. No que diz respeito a função urinária negou qualquer tipo de distúrbio (disúria, tenção, incontinência, infecção). Não soube precisar a quantidade urinária eliminada. A característica da urina no momento do exame era difícil de descrever e avaliar, uma vez que apresentava-se misturada com lóquios sanguinolentos. Em relação à frequência afirmou ser variável aumentando conforme. Negou distúrbios ou alterações genitais.

- **Equilíbrio entre atividade e repouso:**

Ametista demonstrou conhecimento acerca da importância de estabelecer e manter o equilíbrio entre atividade e repouso. Refere dormir 8 horas durante a noite e sempre mais ou menos 2 horas depois do almoço. Seu sono é tranquilo não tendo problemas de insônia, dorme no mesmo quarto que sua irmã de 12 anos e seu irmão de 5 anos, mas não relata problemas quanto a divisão do quarto. Após gestação observou que sentia muito sono. Na maternidade, local onde se encontrava no momento, referiu estar conseguindo dormir. Não pratica nenhuma atividade física, somente aula de educação física 2 vezes por semana na escola. Acredita ser importante atividades físicas, mas não demonstrava motivação para desempenhá-las. Divide o trabalho de casa com sua mãe ajudando na limpeza e após o almoço (lavando a louça). As

demais atividades ficam por conta de sua mãe. Não demonstrou preocupação com as atividades domésticas no retorno ao domicílio.

▪ **Manutenção do Equilíbrio na interação social:**

Ametista relatou morar em casa própria de alvenaria. Em relação à renda familiar a mesma relatou que sua mãe trabalhava como doméstica em uma casa, mas agora recebe dois salários mínimos, através da perícia médica, pois a mesma ficou impossibilitada de trabalhar após o parto de seu último irmão, porque apresentou depressão pós-parto e labirintite. A renda familiar de Ametista provém de sua mãe e de seu padrasto, que é cobrador de uma empresa de ônibus de Florianópolis. Seu pai também fornece uma pensão para ela e sua irmã de 12 anos que acaba contribuindo com a renda da família. Ametista relatou que não possui muito contato com seu pai desde sua separação. Relata que a família não tem dificuldades relacionadas à renda familiar, conseguindo se alimentar e vestir. Em sua concepção Ametista considerou família como aqueles que coabitam em sua casa; considerou que a mesma é composta por mãe, padrasto, sua irmã de 12 anos, seu irmão de 5 anos, e Ametista. Ametista referiu também não ter e não querer contato com o pai de seu bebê. Relatou que seu relacionamento com a mãe do pai de seu bebê é muito complicado, discussões entre ela e sua mãe são constantes, e este contato será muito difícil. Ametista possui um bom relacionamento com sua família, não relatando problemas relacionados. Possui muitos amigos na escola e em sua rua, que geralmente saem juntas. Demonstrou motivação para estabelecer equilíbrio entre recolhimento e interação social.

- **Manutenção da Higiene:**

Em relação a manutenção da higiene, Ametista referiu tomar banho duas vezes ao dia, pela manhã e à noite. No que diz respeito aos hábitos higiênicos após as eliminações, referiu que costuma limpar-se utilizando papel higiênico no sentido antero-posterior e foi orientada após o parto a fazer a higiene perineal 3 vezes ao dia e após evacuar.

- **Suporte dos Processos Vitais:**

Gesta I, Para I, Aborto ☉. Realizou parto normal vertical com laceração de Iº grau. A gravidez não foi planejada, justificando que a camisinha estourou. Realizou sete consultas no pré-natal, não utilizou álcool, fumo, drogas ou medicamentos durante a gestação. Recebeu orientação no pré-natal para ralar cenoura e colocar no mamilo para evitar rachaduras, fazer banho de sol, porém durante a gestação somente utilizou cenoura ralada em seu mamilo a partir do 8º mês de gestação. Foi orientada também por sua médica no pré-natal para ingerir líquidos para produzir mais leite. Relata que sempre pensou em amamentar sua filha com leite materno. Refere saber sobre algumas vantagens da amamentação para o bebê e desconhece vantagens para a nutriz. Não sabe sobre as possíveis complicações que podem surgir nas mamas durante o aleitamento materno e como preveni-las.

“Eu vi na televisão e minha mãe contou que o leite é bom para a criança, faz crescer saudável, previne as doenças, mas pra mim, eu não sei, será que tem alguma?”

- **Exame Físico:**

Ametista encontrava-se lúcida, receptiva. Sinais vitais apresentavam-se estabilizados, dentro dos limites da normalidade: pulso cheio, rítmico, com 74bpm, PA = 130/80mmHg, respiração normal, com 20 mrm e temperatura axilar=36,2°C. Estrutura e funcionamento dos sistemas cardiovascular, respiratório e digestivo aparentemente normais. Quanto aos órgãos dos sentidos apresentavam-se íntegros e funcionado normalmente. Referiu boa acuidade visual e auditiva. Músculos eutróficos com boa movimentação de membros inferiores e superiores. Apresenta mamas globosas, simétricas, ausente de estrias e aréola secundária. Mamilos semi-protrusos apresentando colostro à expressão e fissuras em mamilos direito e esquerdo. Órgãos de reprodução em fase de involução (loqueação e involução uterina) e progressão (lactação) com características normais. Quanto à atividade sexual não relatou problemas (dispareunia, diminuição do desejo). Relatou não manter mais relações sexuais após separação de seu namorado. Quando questionada sobre o início da atividade sexual referiu que não vai ter problemas, pois não terá por enquanto relações sexuais com ninguém, mas não sabe precisar no início da atividade sexual após o parto.

Requisitos de autocuidado Desenvolvimental

- **Aspectos Físicos:**

Não consegue colocar o RN para amamentar sozinha necessitando de auxílio, prefere amamentar o RN sentada no leito. Quando observada a mamada RN apresentava lábio superior acima da aréola e inferior muito próximo do mamilo. Não fez ordenha manual.

Amamentou após o parto, no Centro Obstétrico e notou fissuras após a mamada. Oferece as mamas quando o RN acorda e chora, num espaço de 3/3 horas.

“Depois de ela mamar lá me deu uma dor, agora tá mais difícil de amamentar, mais dói só no começo”.

▪ **Aspectos Motivacionais:**

Relata sentir muita dor, desconforto e aflição quando está amamentando. Refere que sua mãe sempre desejou que ela amamentasse conversando várias vezes sobre o assunto ainda na gestação, pois a mesma não conseguiu amamentar. Sempre se sentiu capaz de amamentar, mas agora está sentindo muita dor e cólicas. Não participou de grupo de gestantes e acha que poderia pedir ajuda caso necessite de sua mãe.

“Não tem como eu me sentir bem amamentando, dói muito e eu fico aguniada para acabar logo, porque dói ...Se eu precisar de ajuda vai ter a minha mãe”

▪ **Aspectos Cognitivos:**

Em relação às crenças relacionadas sobre o pós-parto relata que não se deve comer feijão após o parto. Tem conhecimento de como foi a amamentação de sua mãe, relatando que o leite “empedrou” e ocorreram fissuras em ambos os mamilos, e a mesma não conseguiu mais amamentar. Não conhece o funcionamento da glândula mamária e fisiologia da lactação. Desconhece simpatias para evitar problemas com a lactação. Acredita ser importante amamentar seu filho até 1 anos de idade, mas não sabe precisar porque. Refere que a família (mãe/padrasto) apóia o aleitamento materno, sempre a incentivando para amamentar.

“A minha mãe sempre disse que é bom amamentar, meu irmão não mamou e é muito magro e teve muitas doenças. Ela sempre apoiou. Ela não conseguiu amamentar, pois o leite empedrou e o bico do seio rachou, mais acho também que foi por causa da depressão pós-parto”.

Desvios de saúde

No que diz respeito aos requisitos de autocuidado relacionados ao desvio de saúde, Ametista referiu que se considera saudável, e que não se preocupa muito com este assunto. Não apresenta história anterior ou atual de doenças. No que se refere ao nível de prevenção primária frente a estes requisitos, a mesma demonstrou falta de conhecimento e pouca motivação para realização a determinados aspectos de autocuidado à saúde: referiu não saber fazer o auto-exame de mamas, nem o período e a frequência para realização do mesmo. Quanto ao exame preventivo de câncer cérvico-uterino disse que nunca realizou. Ametista diz conhecer como método anticoncepcional a camisinha masculina e o anticoncepcional oral. Refere que utilizava como método contraceptivo a camisinha masculina..Ametista referiu não ser vaidosa, e nunca pensou sobre este assunto. Geralmente procura o serviço de saúde (Hospital) quando está doente e procurou o Centro de Saúde para fazer o pré-natal. Sabe da importância da realização das vacinas na filha, teste do pezinho e consulta para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, mas não sabe sobre as rotinas da consulta.

DÉFICITS DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO:

- 1) Desconhecimento da existência de programa de auxílio nutricional.
- 2) Desconhecimento relacionado ao padrão de ingesta alimentar após o parto e desconforto abdominal do RN.
- 3) Déficit de autocuidado motivacional para o desenvolvimento de atividades físicas.
- 4) Déficit de competência par manter o equilíbrio entre interação social com pai, ex-namorado e sogra.
- 5) Déficit de competência cognitiva parcial para se engajar nas operações de autocuidado relativas a lactação: desconhecimento das vantagens do aleitamento materno para a mãe e RN; desconhecimento do funcionamento da glândula mamária e fisiologia da lactação; realização da ordenha manual; despreparo para posicionar RN para a amamentação; falta de conhecimento das possíveis causas de complicações que podem surgir nas mamas durante o aleitamento materno e como preveni-las ou tratá-las.
- 6) Déficit de aspecto motivacional para amamentar caracterizado pela algia decorrente do aparecimento de fissuras em mamilos direito e esquerdo.
- 7) Déficit de competência cognitiva e motivacional (parcial) para se engajar em operações relativas aos requisitos de desvio de saúde em nível de prevenção primária: desconhecimento da importância da realização do auto-exame de mama e consulta ginecológica; rotinas de consultas para mãe e RN após a alta hospitalar.
- 8) Déficit de competência cognitiva parcial a cerca dos cuidados no puerpério relacionado ao retorno das atividades sexuais no puerpério.

CLASSIFICAÇÃO:

Requisitos Universais de Autocuidado: **1,2,3,4.**

Requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado: **5,6.**

Requisitos de Desvio de Saúde: **7,8.**

SISTEMAS DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Suporte Educativo: **1,2,3,4,5,6,7,8.**
- Sistema de Compensação Parcial: **5,6.**

PLANO DE ASSISTÊNCIA E OBJETIVOS DE SAÚDE

1 ⇒ Adquirir conhecimento sobre a existência de programa nutricional no município.

2 ⇒ Adquirir conhecimento sobre o padrão de ingesta alimentar no pós-parto.

3 ⇒ Adquirir conhecimento da importância da atividade física para o bem-estar físico e mental.

4 ⇒ Estimular maior interação nas relações familiares com ex-namorado, sogra e pai.

5 ⇒ Adquirir conhecimento sobre as vantagens da amamentação para RN e mãe, anatomia da glândula mamária e fisiologia da lactação, bem como o manejo clínico da amamentação (posição para amamentar, ordenha manual, tratamentos e prevenção das complicações das mamas).

6 ⇒ Adquirir conhecimento em relação ao efeito da dor na ejeção láctea procurando incentivar a continuação da amamentação.

7 ⇒ Adquirir conhecimento sobre auto-exame de mamas, consulta ginecológica, planejamento familiar e consultas para mãe e bebê após a alta hospitalar.

8 ⇒ Adquirir conhecimento sobre os cuidados relacionados à atividade sexual no puerpério.

PROVISÃO/IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM

1,2 ⇒ Orientar sobre a existência de um programa nutricional em Florianópolis o SISVAN, e sua utilização, quando for necessário. Informar também que a ingesta de uma alimentação rica em fibras, verduras e frutas e uma ingesta líquida abundante vão favorecer a lactação. Em relação aos desconfortos abdominais que o RN poderá vir a apresentar, orientar sobre a observação deste fenômeno e sua ingesta alimentar, diminuindo ou excluindo uns dias a ingesta do alimento que pode estar relacionado ao desconforto abdominal apresentado pelo RN, não excluindo totalmente determinado alimento. Orientar sobre a tendência dos alimentos ácidos e condimentos de provocarem desconforto alterando por vezes a característica do leite materno.

3 ⇒ Orientar sobre os benefícios físicos e psicológicos que uma atividade física pode proporcionar. Estimulá-la a procurar realizar caminhadas, natação ou outras formas de atividade física de acordo com sua vontade e necessidade.

4 ⇒ Enfatizar os benefícios da aproximação do ex-namorado e família para a criação de sua filha. Procurar conhecer os sentimentos frente à separação do pai. Estimulá-la a procurar conversar com seu ex-namorado e sogra, procurando estabelecer uma relação mais tranqüila.

5 ⇒ Orientar a puérpera-adolescente sobre as vantagens (nutricionais, proteção contra-doenças, econômicas, técnicas e maternas) da amamentação para a mulher que amamenta e não somente para o RN. Enumerar estes benefícios relacionando-os às recomendações para a manutenção do aleitamento materno. Orientar sobre o posicionamento do RN para

amamentação, devendo ser a mesma confortável para o bebê e para a mãe, (barriga com barriga). Explicar para usar o mínimo de roupas possíveis, salientando que o contato com a mãe é muito importante para o bebê estabelecer o vínculo afetivo. Explicar para a puérpera-adolescente, utilizando a terminologia básica acessível ao atendimento individual, como é a anatomia da glândula mamária e como ocorre a fisiologia da lactação, proporcionando à puérpera-adolescente manter a amamentação de forma consciente sabendo como ocorre e como funciona o processo da lactação. Explicar o que é ingurgitamento mamário, fissura mamilar e mastite, as causas possíveis que podem levar ao surgimento destas complicações e como tratá-las e como preveni-las. Orientar também como fazer a ordenha manual, bem como os cuidados necessários para retirada do leite, demonstrando como realizá-la e quando este procedimento é necessário.

6 ⇒ Orientar sobre o efeito da dor na ejeção láctea. Procurar saber como ela se sente frente à dor e se está motivada a amamentar. Estimulá-la a então continuar a amamentação, fornecendo subsídios para o tratamento das fissuras e alívio da dor se possível.

7 ⇒ Explicar a importância da realização do auto-exame de mamas mensalmente após o período menstrual e da consulta ginecológica para realização de exames preventivos de câncer cérvico-uterino, bem como a procura de um método contraceptivo que ela melhor se adapte, mas orientado por profissional competente, mostrando a importância da realização do planejamento familiar, evitando gestações subseqüentes. Orientar sobre as consultas com a mãe e RN do 7º dia após a alta hospitalar e a necessidade da realização das vacinas do RN e o controle mensal de seu crescimento e desenvolvimento no Centro de Saúde.

8 ⇒ Orientar sobre o início das atividades sexuais no puerpério (de acordo com suas necessidades), mesmo esta se mostrando indiferente a este aspecto.

CONTROLE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

➤ NA MATERNIDADE:

Todos os planejamentos das atividades de enfermagem foram executados.

Ametista ouviu nossas orientações atentamente. Demonstrava bastante interesse, mas questionava pouco, sendo mais ouvinte em nossa relação interpessoal. Ametista ficou 6 (seis) dias no Alojamento Conjunto, pois alguns problemas relacionados a amamentação ocorreram, e a equipe médica preferiu então deixar esta puérpera-adolescente mais um dia internada para o tratamento e assistência relacionada a estes problemas. Descreveremos a seguir como foi a assistência que prestamos e como foi a história de Ametista dentro do Alojamento Conjunto.

No primeiro dia de assistência como já relatamos, coletamos todos os dados e posteriormente implementamos o plano de assistência baseado na identificação anterior dos déficits de competência a partir da determinação da demanda terapêutica.

No segundo dia de assistência, durante a passagem de plantão a enfermeira relatou que Ametista estava com fissuras importantes em ambos os mamilos e estava conseguindo amamentar somente na mama direita, pois sentia muita dor. Nos dirigimos após a passagem de plantão para o quarto de Ametista. Eram 7:30 horas cumprimentamos todas as puérperas e nos dirigimos para Ametista. A mesma nos cumprimentou e demos início ao diálogo perguntando como tinha sido sua noite. Ametista referiu que dormiu bem, mas estava sentindo muita dor para amamentar, só conseguindo dar de mamar na mama direita, pois as fissuras nesta mama estão menores e doendo menos. Relatou-nos também que está fazendo banho de infra-vermelho na sala de higiene, pois os dias estão nublados. Durante o exame físico

Ametista apresentava-se: eupneica, mucosas coradas e hidratadas. Mamas globosas, apresentando fissuras de grande extensão em mamilo direito e esquerdo, com sangramento neste último. Possui muita sensibilidade ao toque da roupa, preferindo que a mesma manuseie a retirada e colocação da roupa. Juntamente com a enfermeira supervisora e o CIAM, decidimos utilizar uma proteção de silicone para proteger o mamilo da roupa, pois o mamilo esquerdo estava sangrando e Ametista apresentava muita dor quando estes entravam em contato com a roupa. Apresentava útero contraído em regressão abaixo da cicatriz umbilical e lóquios rubros em média quantidade. Após a mesma tomar café e dar o banho em sua filha observamos uma mamada. Ametista não conseguia estabelecer uma posição confortável para amamentar, pois se curvava a cada sucção do bebê decorrente da dor devido às fissuras. Observamos também que o RN conseguia colocar o lábio superior acima da aréola, mas o inferior se encontrava próximo do mamilo. Pela dor que Ametista apresentava decidimos ordenhar a mama para um fornecimento maior de leite para o bebê. Perguntamos onde Ametista preferia fazer a ordenha e a mesma sugeriu ser no CIAM. Às 10 horas então nos dirigimos ao CIAM para orientar a realização da ordenha manual. Orientamos como fazê-la e Ametista iniciou a ordenha. Esta demonstrava estar tensa e com muito receio da dor. Sugerimos então nós iniciarmos a ordenha. Aos poucos sua confiança em nossa assistência foi surgindo, com muito medo aos simples toques ela relutava e dissera que preferia somente em uma determinada posição. Conseguimos ordenhar 4ml de leite materno para o bebê, que o recebeu através da seringa com estimulação com sucção-efetiva. Observamos que Ametista ainda apresentava déficit de competência relacionado ao posicionamento do RN para amamentar e Aspecto motivacional para amamentar ainda alterado devido a algia apresentada em consequência das fissuras dos mamilos. Orientamos novamente sobre o tratamento das fissuras, a influência da dor na ejeção láctea e sobre o posicionamento adequando para o RN

estabelecer uma pega completa da aréola. Ametista nos ouviu atentamente e nos despedimos deste dia de estágio.

No terceiro dia de internação durante a passagem do plantão, a enfermeira responsável nos passou que Ametista estava com as mamas muito ingurgitadas e que não havia feito ordenha durante à noite, e também não estava conseguindo amamentar o RN, por isso o mesmo precisou receber leite artificial. Após a passagem de plantão nos dirigimos ao quarto de Ametista. Chegando lá cumprimentamos todas as puérperas e iniciamos a conversa com Ametista. À primeira impressão Ametista apresentava-se muito quieta, parecia estar triste. Então perguntamos como ela estava se sentindo e como tinha passado à noite. Ametista respondeu que estava sentindo muita dor nas mamas, pois elas estavam muito ingurgitadas, também não tinha conseguido amamentar durante à tarde pela dor, e que sua filha por este motivo recebeu leite em pó. Ametista relatou também que durante a madrugada alguma “enfermeira”, que a mesma não sabe precisar, apertou suas mamas e lhe deu uma “bronca” por ela não ter tirado o leite, já que suas mamas estavam muito cheias. Confortamos Ametista e perguntamos para Ametista porque esta não tinha retirado o leite e a mesma respondeu que ninguém a tinha orientado ou se proposto ajudar para retirar o leite á noite.

“Olha do jeito que ela apertou, doeu muito, mais muito, eu cheguei a dar um pulo e um berro... Eu não sabia que poderia retirar a noite também, na verdade eu queria dar de mamar mais a dor era tanta, que eu acho que por que eu não dei, é que começou a encher. Tá doendo muito, tá muito cheia”.

Ametista referiu também que está utilizando o protetor, porque ainda sente muita dor quando o mamilo toca nas roupas. Durante o exame físico Ametista apresentava-se: eupneica, mucosas coradas e hidratadas. Mamas globosas, ingurgitadas, apresentando fissuras bilaterais em ambos os mamilos e presença de secreção amarelada em mamilo esquerdo. Apresentava útero eutônico em regressão, abaixo da cicatriz umbilical.

Explicamos para Ametista que a produção do leite estava muito boa, mas como ela não conseguia dar de mamar, as mamas ficaram realmente bem ingurgitadas e a única maneira de retirar este leite era fornecendo ao bebê a mama ou ordenhando. Devido a dor intensa apresentada durante a mamada perguntamos a Ametista como ela queria retirar o leite e a mesma respondeu que gostaria, mas não conseguia amamentar, então preferia fazer a ordenha. Às 09 horas levamos Ametista juntamente com sua filha, ao CIAM para auxiliar na ordenha das mamas. Ametista começou a realizar a ordenha mais a cada movimento a mesma reclamar da dor. Sugerimos fazermos a ordenha alternando. Ametista então meio receosa deixou iniciarmos a ordenha. Primeiramente desprezamos alguma quantidade de leite, pois nossa primeira meta era esvaziar as mamas que estavam ingurgitadas, mas durante a ordenha Ametista se ofereceu para segurar o copo para que o leite fosse fornecido à sua filha. Para nós aquele gesto foi muito importante, pois Ametista estava com uma expressão de dor durante toda a ordenha e aquela preocupação em segurar o copo, para nós se traduz na vontade que a mesma possui de amamentar seu filho com leite materno. Às 10:30 horas finalizamos a ordenha, o tempo extenso foi devido à intensa dor e a necessidade de fazer algumas paradas para a mesma relaxar e descansar um pouco durante todo o processo de retirada do leite. Durante a ordenha conseguimos retirar 10ml de leite materno e fornecer ao RN. Não conseguimos esvaziar completamente a mama, em decorrência da dor, mas fizemos junto com Ametista um plano de cuidados relacionados à ordenha, sendo que a mesma descansaria neste momento e por volta das 11:30 horas iniciariamos novamente os cuidados da ordenha manual. Ficamos muito preocupados com a dor sentida por Ametista e pensamos a cada momento em uma maneira de poder fazer esta sofrer menos. Este sofrimento de Ametista poderia muito contribuir para o desmame precoce, porém percebemos que era vontade da mesma amamentar sua filha; e esta forma tínhamos fazer algo para ajudá-la aliviando a dor e garantir uma amamentação menos traumática para a mesma. Então durante a visita médica conversamos

com o acadêmico de medicina e a médica obstétrica responsável por Ametista e expomos todo o problema que estava ocorrendo com a puérpera-adolescente, das fissuras, ingurgitamento, secreção amarelada que saia do mamilo esquerdo e a dor sentida pela mesma. A obstetra examinou Ametista e percebeu também que o mamilo esquerdo apresentava uma secreção amarelada, a mesma perguntou sobre alguma infecção anterior ao parto e Ametista respondeu que não teve nenhuma doença em sua gestação. A equipe médica decidiu tomar a conduta de utilizar um analgésico intra-muscular antes das ordenhas ou mamadas para o alívio da dor; e posteriormente avaliaria o quadro da cliente no dia seguinte observando sua evolução. Após a visita médica Ametista relatou:

“Eu tô mais aliviada que não vou embora, eu queria ir para casa, mais lá eu não tenho tanta gente para ajudar, a minha mãe tem que cuidar da minha avó, dos meus irmãos e da casa, e pelo menos aqui eu tenho vocês”.

Então orientamos Ametista para descansar e quando esta tivesse a necessidade nos procurasse no posto de enfermagem que estaríamos dispostos a ajudar.

Após prescrito, Ametista recebeu um analgésico e foi descansar.

Às 11:40 horas Ametista se dirigiu ao posto de enfermagem e perguntou-nos se poderíamos começar a ordenha. Respondemos positivamente e a acompanhamos ao CIAM. Ao iniciar a ordenha realizamos uma limpeza nos mamilos com água destilada, pois os mesmos estavam com secreção amarelada. Posteriormente realizamos a ordenha, por mais ou menos uma hora. Durante a ordenha Ametista relatou estar sentindo menos dor. Ordenhamos 17ml de leite materno que foi oferecido ao RN. Levamos Ametista ao quarto e nos despedimos deste dia de assistência.

No quarto dia de internação durante a passagem de plantão a enfermeira responsável relatou que Ametista estava conseguindo amamentar, ainda com expressão de

dor, mas o RN não estava precisando receber complemento. Ficamos muito ansiosos com este relato e logo após a passagem de plantão nos dirigimos ao quarto. Chegando lá cumprimentamos as puérperas e começamos a conversar com Ametista. A mesma referiu estar contente por ter conseguindo amamentar:

“Agora que tô mais tranqüila, tô bem feliz, ...dói um pouco agora ...mais no início... mas agora eu to amamentando”.

Falamos para Ametista sobre sua coragem em enfrentar todos estes problemas, que a recompensa deste sofrimento seria mesmo a amamentação efetiva, e que com o passar dos dias sem ansiedade ela conseguiria amamentar sua filha. Ao iniciarmos o exame físico observamos: mucosas coradas e hidratadas, diminuição do ingurgitamento mamário, mamilos apresentavam hiperemia e regressão das fissuras. Ametista utilizava ainda a concha de silicone, como forma de proteção da região, pois referia dor ao toque da roupa. Apresentava útero eutônico em regressão abaixo da cicatriz umbilical. Mostrava-se bastante motivada para amamentar. Durante a mamada observamos que Ametista segurava o bebê em uma posição confortável para ambos, mas ainda não conseguia projetar grande parte da aréola na boca do RN, e o lábio inferior do bebê ainda ficara muito próximo do mamilo. Ametista demonstrou perceber que a pega da aréola que o bebê fazia ainda não estava correta, mas necessitava de auxílio para corrigir. Durante todo o dia acompanhamos Ametista e realizamos orientações referentes à alta hospitalar. Porém Ametista referiu que não tinha ninguém que pudesse vir buscar ela neste dia no período da tarde, que sua mãe teria uma consulta médica e seu padrasto trabalhava no período da tarde e chegava somente após às 22 horas. Aos poucos durante a conversa percebemos que Ametista estava com receio ainda de voltar para casa. Embora estivesse conseguindo amamentar, ela sentira dor e ainda apresentava fissuras; e talvez estivesse se sentindo mais protegida no ambiente hospitalar. Perguntamos a Ametista se poderíamos marcar com a mesma uma visita domiciliar para acompanhá-la em casa. Aparentemente no primeiro momento Ametista não demonstrou muita vontade na realização

desta visita, mas respondeu que poderíamos fazer a visita. Então combinamos com Ametista que ligaríamos para ela para saber da necessidade e interesse da visita. Ficou então previamente estabelecido um contato telefônico para posterior realização da visita. Após todas as orientações e explicações fornecidas neste dia, no despedimos de Ametista e desejamos a mesma um bom retorno para sua casa, já que este quarto dia de internação era uma sexta-feira. Ligamos no domingo para o Alojamento Conjunto para saber o que tinha ocorrido com Ametista, se esta tinha recebido alta ou estava ainda no hospital. Soubemos então que Ametista tinha ficado no hospital até aquele domingo e recebeu alta amamentando e apresentava regressão das fissuras.

Na segunda-feira então retornamos ao Alojamento Conjunto e contamos a todas as funcionárias da unidade e do CIAM que acompanharam o caso de Ametista, que a mesma tinha retornado para casa amamentando. Todos demonstraram felicidade com a notícia. Neste dia então fizemos o contato telefônico para marcar a visita. Ametista atendeu o telefone disse estar muito feliz por estar amamentado, e quando perguntada sobre a necessidade da realização da visita demonstrou bastante interesse. Então a visita ficou agendada para o dia 29/04/2004, oito dias após o parto.

➤ NO DOMICÍLIO

Descreveremos no objetivo 4 o controle da assistência domiciliar (visitas domiciliares) realizadas com Ametista.

OBJETIVO 4

Realizar visitas domiciliares ao ser-puérpera-adolescente, a partir dos déficits de competência para o autocuidado identificados, visando a manutenção do aleitamento materno efetivo.

Consideramos alcançado este objetivo, por termos realizado cinco (5) visitas domiciliares às puérperas-adolescentes e suas famílias.

As Visitas Domiciliares (VD) foram realizadas às puérperas-adolescentes e famílias, as quais identificamos algum déficit de competência para o autocuidado referente à amamentação quando da alta hospitalar. Priorizamos as puérpas-adolescentes que residiam na área de abrangência do HU.

Observamos que as maiores dificuldades encontradas por essas puérperas-adolescentes, estavam relacionadas ao manejo clínico da lactação (posição pega sucção e ordenha manual). A família, quando presente, sempre interagiu, fazendo questionamentos mediante suas dúvidas mais comuns. Todas as visitas domiciliares propostas foram realizadas.

Para as puérperas-adolescentes com maior dificuldade quanto ao manejo clínico da lactação, colocávamo-nos à disposição para uma visita domiciliar, com intuito de acompanhar e auxiliar nas dificuldades encontradas, estimulando sempre o autocuidado.

Descreveremos a seguir as visitas domiciliares que realizamos com as puérperas-adolescentes selecionadas: Ametista e Rubi. Optamos em transcrever suas visitas domiciliares, pois Ametista e Rubi tiveram destinos diferentes após o atendimento domiciliar.

⇒ Visitando Ametista

Nossa próxima descrição da visita é referente a puérpera-adolescente Ametista da qual descrevemos o processo de enfermagem anteriormente. Como já vimos, no pós-parto de Ametista no hospital, ocorreram diversos problemas relacionados à amamentação. Por vivenciar esta trajetória, percebemos que Ametista precisaria de uma continuidade da assistência no âmbito domiciliar, não só para suprir os déficits de autocuidado identificados ainda na alta hospitalar, mas para o acompanhamento de como todo o processo vivenciado no hospital poderia influenciar a decisão de amamentar, bem como a continuidade deste aleitamento materno.

Visita 1

A primeira visita a Ametista aconteceu no dia e horário previamente agendados (29/04/04 às 13:30horas).

Era um dia ensolarado e quente. Nossa preocupação quando nos dirigimos à casa, era se encontraríamos sua residência, pois não conseguíamos encontrar o endereço que coletamos do prontuário. Subíamos um morro, subíamos outro morro e não encontrávamos o endereço. Pensamos então que estávamos com o endereço errado e decidimos ligar para Ametista e saber onde estávamos, pois naquele momento estávamos perdidos. Paramos na frente de uma casa e ligamos. Após uma conversa breve, Ametista descreveu sua casa e quando olhamos para nossa frente, percebemos estávamos em frente a sua casa.

Planejamos esta visita a partir do déficit de competência para o autocuidado ainda encontrado no hospital e desenvolvemos assim um plano de ação. O déficit encontrado no momento da alta estava relacionado ao posicionamento correto para proporcionar uma pega

completa da aréola e sucção eficiente do RN e o aspecto motivacional para amamentar alterado relacionado a dor decorrente das fissuras mamilares.

Chegamos à casa de Ametista, situada no bairro Trindade, Florianópolis – SC. A residência era de alvenaria, com rede de abastecimento de água e energia elétrica, possuía cinco cômodos (três quartos, cozinha e banheiro). Fomos recepcionados pela mãe de Ametista que já aguardava-nos no portão. Fomos bem recepcionados. Ametista estava acompanhada da mãe e a avó, que sua mãe cuida, pois a mesma é dependente. Ametista nos convidou para ver seu bebê em seu quarto e começamos a conversar informalmente e perguntamos como Ametista estava se sentindo agora em casa. Ametista referiu que agora estava bem melhor, ainda sentia um pouco de dor no início, mas esta era suportável. Relatou também ter levado sua filha para fazer o Teste do Pezinho e as vacinas.

Sua mãe que estava presente na conversa perguntou se Ametista poderia tomar suco natural, pois ela estava fazendo para os outros filhos, mas Ametista estava tomando água. Durante toda a conversa com Ametista a mãe estava muito presente e referiu que nosso trabalho com Ametista foi muito bom para ela:

“Nossa se na minha época tivessem pessoas assim interessadas com certeza eu tinha amamentado. A gente não sabia o que fazer, eu tentei, mais a rachadura era demais e o leite empedrou mesmo. Eu comprei uma lata de NAN, quando eu soube que a L. (bebê) tava recebendo na maternidade. Mas até já guardei, porque eu tinha muita vontade que a minha filha amamentasse. Nossa é muito bom. O meu pequeno (filho de cinco anos) tomou NAN e agora é magro e vive doente, graças a Deus a minha filha vai poder amamentar”.

Neste momento o RN acordou e Ametista colocou-o para mamar. Ametista saiu do hospital com os protetores e ficamos responsáveis por pegá-los para devolve-los ao hospital posteriormente. Observamos quando a mesma expôs as mamas que Ametista estava utilizando os protetores e as fissuras estavam em regressão. Durante a mamada observamos que Ametista não conseguia estabelecer uma boa posição se curvando nas sucções iniciais do bebê

decorrente da algia durante a pega. Também não conseguia projetar a aréola para a boca do bebê e o lábio inferior ainda ficava muito próximo ao mamilo. Sua mãe durante a mamada dizia: *“Não se curva minha filha, pode parar de descer o leite”* e Ametista respondia: *“Mãe mas não dá, dói mãe, dói”*.

Orientamos sobre a influencia da dor e do estresse na ejeção láctea e novamente reforçamos as orientações referentes ao tratamento das fissuras mamilares. Perguntamos se Ametista estava fazendo o banho de sol, a mesma respondeu que estava fazendo mas era meio difícil, pois em seu quarto não entrava sol durante o dia. Perguntamos também se Ametista ainda via a necessidade de utilizar o protetor. Ametista relatou que ainda sentia dor e preferia usar. Explicamos que este contato com a roupa era necessário para tornar o mamilo mais resistente, então Ametista perguntou se poderia entregar o protetor na próxima visita, sem mesmo antes mencionarmos sobre o assunto.

Durante nossa visita duas amigas de Ametista, uma juntamente com um filho de seis meses, vieram conhecer a RN. Começamos a conversar informalmente com todos. No decorrer da conversa ficamos sabendo que uma dessas amigas estava amamentando seu filho somente com leite materno e já tinha sido doadora do Banco de Leite da Maternidade Carmela Dutra. Esta também nos relatou que o período mais difícil para ela foi quando chegou em casa e as mamas começaram a ingurgitar, pois ela produzia muito leite e o bebê não mamava muito. Então esta procurou a maternidade e começou a fazer a ordenha.

No decorrer da conversa as amigas de Ametista perguntaram se o pai da criança já a tinha visita. Ametista respondeu que somente visitou na maternidade e que também não se importava com esse assunto.

“Ele foi ver na maternidade mais sabe aquela coisa assim, ele olhou mesmo foi para a L. (bebê). Não dei também muita conversa”.

Sua mãe então se virou para nós e percebemos que a mesma estava justificando a atitude de Ametista:

“Sabe o que é, é que ele vivia aqui em casa. Era melhor namorar aqui em casa do que na rua né. Quando minha filha ficou grávida e eu liguei para a sogra ela disse que a culpa era minha, por ter colocado ele dentro da minha casa, olha só agora o filho dela ta na rua, usa drogas. E o que nós queremos é que ele reconheça a filha. Mas a mãe dele já disse que quer o DNA, olha só. Nos vamos entrar com um advogado para pedir o dinheiro para o sustento da menina, eu acho que é o mínimo que ele tem que fazer. Mas eu tenho muito medo é que o juiz, por exemplo, permita que ele fique com a L (bebê) depois, porque isso não pode ele usa drogas, mas agente não pode provar né, agente vê, mas levar prova pro juiz fica difícil”.

Durante todo o depoimento de sua mãe, Ametista permaneceu calada e depois de muito conversar, perguntamos como ela se sentia frente a esta situação e Ametista então disse:

“Eu queria que ele só registrasse, porque eu não quero mais nada com ele”.

Após discutirmos sobre o assunto avaliamos juntamente com Ametista sua trajetória no hospital, seus déficits e nos propomos a realizar outra visita. Ametista se mostrou muito interessada e combinamos de realizar a próxima visita no dia 06/05/2004 no mesmo horário da presente visita.

Nos despedimos e sua mãe nos levou até a porta, quando estávamos saindo esta disse:

“Muito obrigada por vocês terem vindo ver como esta minha filha, eu achei que ela não iria amamentar, mas com o apoio de vocês tudo fica mais fácil, até a próxima, vão com Deus”.

Agradecemos e fomos embora.

Visita 2

Na segunda visita realizada no dia 06/05/2004 às 14 horas, chegamos e fomos recepcionados por Ametista e por sua mãe. Iniciamos a conversa informalmente e perguntamos como estava Ametista e sua amamentação. Ametista relatou que ainda estava com fissura no mamilo direito e que durante este intervalo das visitas apresentou temperatura elevada e muita dor para amamentar na mama esquerda, referiu que sentia esta mama muito quente. Então procurou a emergência para buscar um tratamento, o médico relatou que ela estava com mastite e foi receitado antibiótico e um antitérmico.

A mãe de Ametista relatou também que teve que complementar com NAN porque elas observaram que L. (bebê) sentia fome. Mas a mesma relatou que pretende dar complemento para a criança somente enquanto sua filha estiver amamentando na mama direita.

“Eu tive que dar o NAN porque só o leite era muito pouco. Mas nós vamos dar o leite até a minha filha ficar melhor, porque tá muito caro, eu não tenho condições de comprar NAN toda semana”.

Perguntamos como Ametista fornecia o NAN para o bebê e a mesma responde que estava utilizando a mamadeira. Orientamos sobre todos os malefícios da mamadeira para o estabelecimento da lactação (confusão de bicos), saúde do bebê (respiração bucal) entre outros. Porém a mesma referiu que não tinha habilidade para fornecer o leite em copinho.

“Nós estamos dando de mamadeira porque no copo agente tem medo que ela engasgue”.

Ametista relatou estar melhor e ansiosa para poder amamentar. Explicamos a Ametista que ela poderia amamentar também como a mama esquerda, mas a mesma não se mostrou disposta, pois referia muita dor.

Ametista relatou que não estava mais utilizando os protetores e disse que antes de ter este problema estava conseguindo amamentar muito bem.

Durante nossa visita o bebê se encontrava dormindo e não pudemos acompanhar uma mamada.

Sugerimos então uma nova visita para acompanhamento e observação do déficit de competência para o autocuidado ainda existente na visita superior. Ametista se demonstrou interessada e então marcamos a próxima visita para dia 18/05/2004.

Visita 3

Nesta terceira visita chegamos à casa de Ametista no dia proposto (18/05/2004 às 13 horas). Fomos bem recepcionados por Ametista e sua mãe que estavam lavando a louça do almoço. As mesmas nos convidaram a entrar.

Começamos uma conversa informal sobre os trabalhos que Ametista tem que fazer relacionados ao colégio. Posteriormente Ametista perguntou se queríamos ver sua filha, e então dirigimo-nos ao seu quarto. Perguntamos então como estava sua recuperação e a amamentação.

Ametista então referiu que não conseguia mais amamentar com a mama esquerda alegando que o leite é “fraco” e estava somente amamentando com a mama direita. Mas a criança após mamar chorava muito, então iniciou a amamentação com mamadeira. Ametista está fornecendo 90ml de leite NAN.

“Depois que eu tomei o antibiótico o leite secou e minhas mamas não encheram mais. Depois de a L (bebê) mamar ela chora muito, eu acho que o leite ta fraco, por isso nos fomos obrigados a dar mamadeira”.

Durante o relato de Ametista sua mãe também referiu a adoção do leite em pó devido a “constipação” do bebê.

A L. (bebê) também tava chorando muito, pois não conseguiu fazer cocô à dez dias, então levamos num pediatra, só que não deu tempo de ela atender a L (bebê), pois já era tarde, então perguntamos o que ela iria fazer se atendesse a L. (bebê), ela disse então que daria um supositório, saímos de lá e compramos na farmácia, porque ela tava chorando muito, não tinha uma coisa para fazer. E depois que nós demos o NAN ela faz cocô todos os dias e dorme muito bem...Só o único problema e que ta muito caro. Assim não vai dar, agente vai ter que pedir a pensão para ajudar”.

Orientamos novamente sobre todos estes problemas referidos: a produção do leite está relacionada com a sucção, então como a criança não estava sugando provavelmente a produção diminuiu; o leite materno não era fraco e talvez a criança não estava sugando o leite posterior que é rico em gordura e determina o apetite; a absorção do leite materno é maior do que o leite artificial, por isto a evacuação não é constatada quando amamentada com leite materno; geralmente a criança que recebe leite artificial dorme mais, pois o mesmo leva um tempo maior para ser digerido.

Após estas orientações Ametista e sua mãe disseram que estavam ainda tentando dar de mamar, mas o leite artificial neste momento era “melhor opção”.

Perguntamos para Ametista se ela tinha vontade de amamentar. Com a resposta positiva orientamos então Ametista a continuar estimulando a mama direita e colocar a criança a mamar também na esquerda, estimulando novamente a produção de leite.

Durante a visita não observamos a mamada, pois a criança estava dormindo e não acordara no período que estávamos presentes.

Propomos então entrar em contato telefônico para saber da evolução de Ametista e vermos a necessidade da realização de outra visita. Nos despedimos Ametista agradeceu e sua mãe disse:

“Muito obrigado por tudo mesmo. Vocês vão ser bons enfermeiros. Sorte na carreira de vocês. Muito obrigado de novo”.

Sáimos desta visita cabisbaixos e calados. Discutimos sobre assunto. Em um primeiro momento pensamos “O que fizemos de errado?”, diante desta situação éramos impotentes. Logo percebemos que a nossa assistência foi importante sim fornecemos todas as orientações relevantes para Ametista, proporcionamos a mesma o atendimento domiciliar e incentivamos o aleitamento materno, como era nossa proposta assistencial. Porém lá realmente percebemos que o sucesso da amamentação não depende unicamente da vontade do profissional e promover o aleitamento materno, mas este sucesso depende de diversos fatores que estão além de nossa vontade e um deles é a percepção que a nutriz possui da amamentação. Sua vontade é na verdade um elemento fundamental.

Após um contato telefônico ficamos sabendo que Ametista tinha parado de amamentar e estava fornecendo somente o leite em pó para a criança.

Os resultados destas duas histórias de visitas foram diferentes, porém a assistência, a observação dos déficits de competência de autocuidado, o planejamento das ações, a provisão e implementação dos cuidados foram semelhantes obedecendo o propósito de nosso trabalho e a individualidade das participantes.

Porém percebemos o quanto à visita domiciliar foi importante para firmação de pacto de confiança entre nós e as famílias para incentivar e apoiar o aleitamento materno exclusivo.

Fomos sempre bem recebidos nos domicílios das puérperas-adolescentes, onde houve bom *feedback* entre nós. A felicidade em nos receber era estampada através dos sorrisos espontâneos de todas. Travava-se uma conversa informal, descontraída, onde observávamos que os déficits de competência para o autocuidado, aos poucos, iam sendo supridos. A conversa, por vezes, tomava outro rumo, mas procurávamos trazer os exemplos da vida real à própria realidade das puérperas-adolescentes.



Ametista amamentando



Visita domiciliar dos acadêmicos

⇒ Visitando Rubi

Rubi é uma puérpera-adolescente de 18 anos de idade, submetida a parto normal. Possui uma união estável, reside em Florianópolis, mas é natural de Curitiba. Sua gestação foi planejada e realizou oito consultas no pré-natal. Rubi não possui muito contato com sua família, que reside em Lages. Também não conseguiu estabelecer uma boa relação com sua sogra. Permaneceu na maternidade sem acompanhante. Recebia visita de seu marido durante à noite, pois o mesmo era autônomo e trabalha pela manhã e a tarde.

Apresentava déficits de competência para o autocuidado que foram descritos em seu processo (APENDICE C), mas um destes déficits persistiu até a alta hospitalar, sendo este relacionado ao estabelecimento de uma posição adequada para uma boa pega e uma sucção eficiente do RN. Apresentou sempre uma boa interação com o bebê. Os déficits foram sendo supridos a cada dia de internação. Rubi foi sempre calma, atenciosa com o bebê, e sempre prestava atenção nas orientações fornecidas a partir do planejamento realizado. No último dia

de internação então explicamos da necessidade da realização da visita domiciliar, para o acompanhamento deste déficit de competência que ainda existia. Rubi aparentemente ficou feliz com nossa sugestão. Marcamos então a visita para o dia 16/04/04, no período da tarde, seguindo a disponibilidade de ambas as partes.

Visita 1

A visita de Rubi ocorreu no dia e no período previamente agendado (dia 16/04/04 às 13 horas). Era um dia ensolarado com um céu bem azul. Nossa preocupação quando nos dirigimos à casa era se Rubi estaria em casa, se encontraríamos sua residência e se seríamos bem recepcionados.

Anteriormente a visita fizemos um planejamento a partir do déficit de competência para o autocuidado ainda encontrado quando ocorreu a alta hospitalar e desenvolvemos assim um plano de ação. O déficit encontrado na alta estava relacionado ao posicionamento correto para proporcionar uma pega completa da aréola e sucção eficiente do RN.

Chegamos à casa de Rubi, situada no bairro Pantanal, Florianópolis – SC. A residência era de alvenaria, com rede de abastecimento de água e energia elétrica, possuía cinco cômodos (dois quartos, sala, cozinha e banheiro). Fomos recepcionados por Rubi que estava sozinha com o RN, já aguardava-nos para a visita segundo a mesma. Fomos bem recepcionados. Começamos a conversar sobre sua volta para casa, como a mesma estava se sentindo. Rubi relatou que agora o RN está mamando mais tempo (30 a 40 minutos), ela está ordenhando, principalmente durante à noite, quando sente que as mamas estão “cheias”. Rubi referiu durante nossa conversa que recebeu a visita de uma agente comunitária de saúde que fez alguns comentários como ela não poder segurar o bebê em pé para arrotar, porque poderia ocorrer “arca caída” e que Rubi não poderia estar fazendo as atividades domésticas, pois está

de resguardo. Rubi perguntou para nós o que era arca-caída e porque a mesma não podia fazer as atividades de casa.

“Eu até levei um susto, porque eu estava segurando meu filho, e ela (agente comunitária de saúde) entrou e disse: - Não, não segura ele assim porque pode dar arca-caída. Eu tava varrendo a cozinha, dando um jeitinho na casa e ela disse que também não podia fazer aquilo, sei lá achei meio estranho”.

Orientamos Rubi que a posição que ela colocava o bebê estava correta, arca-caída é uma crença popular e que na verdade ela poderia fazer as atividades de acordo com a sua necessidade e a resposta de seu corpo, fazendo as atividades de forma gradativa, sempre lembrando que a hora de descanso tem que estar presente nesta etapa de vida.

Rubi então nos convidou para ir ao quarto para mostrar o RN, pois o bebê estava dormindo: *“Vocês querem dar uma olhadinha nele, ele é preguiçoso só fica dormindo”.*

Rubi tentou acordá-lo, pois segundo a mesma ele só tinha mamado após o banho que foi em torno das 10 horas. Colocou-o então para mamar e durante esta mamada observamos que Rubi estabelecia uma boa posição, conseguia projetar a aréola para dentro da boca do bebê, e o RN conseguia pegar toda a aréola. As fissuras já estavam em regressão quase total. Rubi relatou que o RN dorme bastante durante o dia e durante a noite fica mais tempo acordado, ela e o marido ficam acordados boa parte da noite:

“Ele é danadinho dorme o dia inteiro e à noite quando o meu marido chega, aí ele não dorme fica acordado e no outro dia o meu marido fica muito cansado, eu não sei o que fazer”.

Orientamos Rubi a tentar fazer com que o RN perceba que durante o dia ele pode ficar mais acordado e durante a noite dormir, tentar deixar a luminosidade do dia entrar pelo quarto, conversar mais com ele pela manhã, tentar trocar o horário do banho para tarde, com o quarto bem aquecido. Durante a mamada Rubi perguntou se estava fazendo tudo certo; devolvemos a pergunta, e a mesma referiu que achava que estava fazendo tudo certo, que aos

poucos está aprendendo. Rubi relatou que nossa ajuda no hospital foi muito importante, pois ela não sabia como cuidar de um bebê ou como amamentar, e se sente muito feliz por poder estar fazendo tudo como ensinamos.

“Eu acho que agora eu to conseguindo, eu não sabia nada, ainda bem que vocês estavam por lá para ajudar, por que se não, eu nem sei”.

Conversamos com Rubi sobre os déficits que ela apresentava na internação hospitalar e como foi se desenvolvendo com o decorrer do tempo. Rubi relatou que sentia muita dificuldade no começo, mas acha que agora muita coisa ela aprendeu corretamente. Dissemos a Rubi que os déficits já tinham sido superados, que a evolução do primeiro dia de internação para hoje estava excelente e perguntamos se a mesma queria marcar uma outra visita domiciliar. Rubi disse que sim e agendamos a próxima visita para o dia 28/04.

Em nossa avaliação profissional a visita era indispensável, apesar dos déficits já terem sido supridos, a expressão de tranquilidade e felicidade de Rubi transpareceu quando demos os parabéns por conseguir suprir estes déficits e cuidar tão bem de si e de seu filho.

Depois de duas horas nos despedimos de Rubi que disse: *“Muito obrigado por ter vindo, nossa pode vir quando quiser, é muito bom a presença de vocês. Até a visita que vem”.*

Visita 2

Na segunda visita dia (28/04/2004 às 13 horas) fomos novamente bem recepcionados, Rubi estava sozinha com o RN, que estava dormindo. Começamos a conversar informalmente, perguntamos se Rubi ainda estava amamentando, como estava a duração, se o bebê estava mais tranquilo durante a noite. Rubi referiu que estava amamentando, o RN agora estava ficando aproximadamente 30 a 40 minutos na mama, mas a mesma ainda não tinha

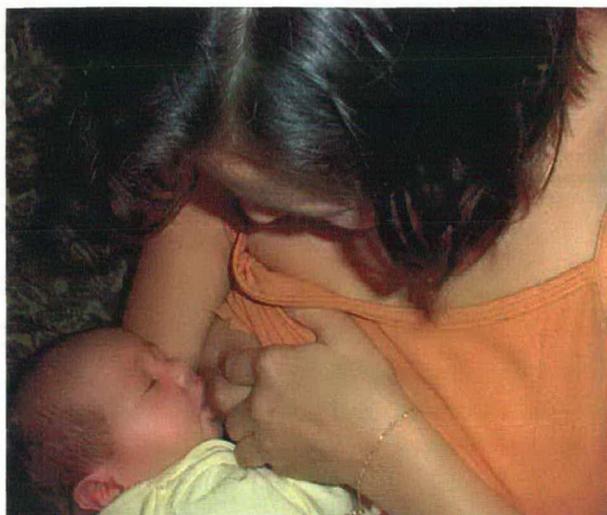
conseguido fazer o bebê ficar acordado mais durante o dia do que durante a noite. Rubi relatou que o marido não estava mais agüentando ficar acordado durante todas as noites e nem ela, e a mesma estava pensando em comprar uma chupeta para colocar.

“Meu Deus ele mama bastante, às vezes quando eu dô de mama a outra mama começa a pingar, eu tenho bastante leite mesmo. Só não consigo é fazer ele dormir a noite. Eu não queria mais é impossível, eu acho que vou ter que dar bico, o meu marido e eu não agüentamos mais, ele é safadinho, depois que ele mama eu sinto que ele só suga para ficar na boca”.

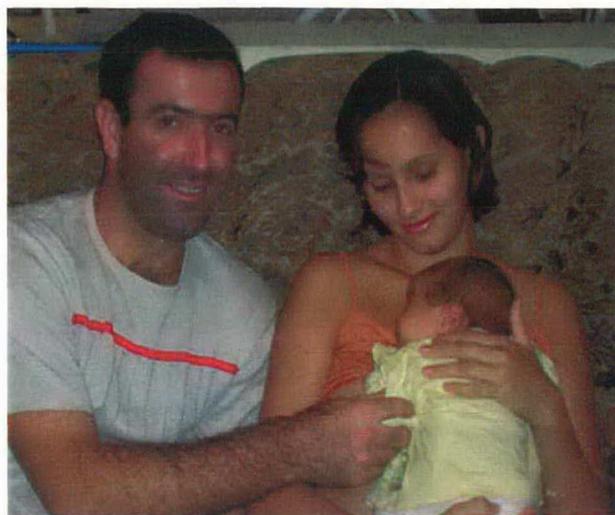
Explicamos para Rubi de todo o malefício que a chupeta pode trazer para a amamentação e para o bebê. Rubi disse que não queria dar a chupeta, mais sabia que o RN estava utilizando o bico do peito somente para fazer de chupeta, ele mamava, mas depois ficava horas utilizando o bico do peito como chupeta. Explicamos que alguns bebês possuem uma necessidade de sucção forte, mas deixamos Rubi decidir sobre o uso ou não de chupetas. Todas as desvantagens foram repassadas, mas a decisão final cabe á mãe. Rubi nos contou posteriormente que foi fazer as consultas, vacinas e teste do pezinho com o bebê.

Rubi trouxe o RN, que estava dormindo no quarto, para a sala para dar de mamar. O RN estava já bem desenvolvido na verdade bem diferente desde a última visita, nos impressionamos com seu crescimento. Durante a mamada observamos estabelecimento de boa posição, pega completa da aréola e excelente produção láctea. Rubi disse estar muito satisfeita em estar amamentando. Quando questionada sobre alguma dificuldade, a mesma referiu que estava bem sem nenhuma dúvida ou problemas relacionados à amamentação e puerpério. Após duas horas nos despedimos de Rubi que agradeceu e nos convidou a retornarmos quando quisermos à sua casa.

“Nossa vocês foram ótimos comigo, podem sempre voltar quando quiserem”.



Rubi amamentando



Visita domiciliar dos acadêmicos

OBJETIVO 5

Aprofundar conhecimentos teóricos a respeito de temas: alojamento conjunto, aleitamento materno, puerpério, mãe-adolescente e a teoria do autocuidado.

Consideramos esse objetivo alcançado, por termos realizado boa revisão de literatura; participado dos eventos propostos: Curso de Manejo e Promoção do Aleitamento Materno do HU, Encontro Estadual de Mortalidade Materna, VIº Encontro de Gestantes do Município de Florianópolis – Programa Capital Criança; e pela troca de informações obtidas junto aos profissionais do alojamento conjunto e CIAM do HU.

A revisão literária, completa e abrangente, realizada já no projeto do presente trabalho, forneceu maiores subsídios, aumentando conhecimentos quanto aos cuidados e orientações

fornecidas às puérperas-adolescentes e família, em âmbito hospitalar e domiciliar.

De acordo com as necessidades que surgiam durante a prática assistencial, procuramos revisar e buscar conhecimentos nas bases de dados bibliográficas: bireme, medline, pergamum (Biblioteca Universitária) entre outros sites relacionados aos temas abordados neste trabalho.

A participação do Curso de Aleitamento Materno do HU foi de suma importância para fortalecer nossa confiança acerca dos temas que estávamos vivenciando no campo. Observamos neste curso que o conhecimento do assunto aleitamento materno que dominávamos e achávamos que a maioria dos profissionais já conheciam, se tornaram questionamentos de muitos presentes. Muitas foram às condutas que causaram discussão dos profissionais presentes, não chegando a nenhum consenso. Por isso, há pontos de vistas diferentes e as discussões tornam-se necessárias.

Nossa participação como monitores no Iº Encontro Estadual de Mortalidade Materna também foi de fundamental importância, pois tivemos a oportunidade de conhecer melhor o assunto em âmbito federal, estadual e pelo depoimento dos representantes das Regionais do Estado. Este Encontro até despertou certo interesse de participar de alguma Comissão de Mortalidade Materna futuramente, acrescentado novas possibilidades para nossa vida profissional e pessoal. Percebemos neste Encontro que nossa profissão pode fazer muito a diferença, instituindo as comissões de mortalidade materna, combatendo a mesma e assegurando os direitos da gestante à vida e qualidade de atendimento.

Também, participamos, como co-monitores da Oficina para profissionais de saúde, intitulada: “Orientação e Aconselhamento em Aleitamento Materno” coordenada pela professora Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, no Encontro Municipal de Gestantes/Programa Capital Criança, que se realizou no dia 09/06/04, no Centro-sul, em

Florianópolis(SC). Este encontro foi realizado após o período de estágio, mas por ser um programa consolidado em Florianópolis e modelo para muitas outras prefeituras, achamos de extrema relevância nossa participação. A oficina trouxe, em resumo, apresentação e debates sobre os conhecimentos atuais relacionados ao aconselhamento, proteção, promoção e manejo clínico da lactação.

Todas as atividades realizadas foram de extrema importância, pois nos guiaram aos caminhos da busca pelos conhecimentos e experiências sobre amamentação materna. Nosso interesse, porém, não cessa ao término deste trabalho de conclusão; é somente uma alavanca de impulso às novas pesquisas e aprofundamento desse assunto.



Acadêmicos com professora Vanda

OBJETIVO 6

Respeitar os princípios éticos do exercício profissional de enfermagem (resolução COFEN nº 240/00) e os direitos do adolescente instituídos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, lei nº 8,069/90)

A preocupação com os aspectos éticos da profissão sempre esteve presente em nossa consciência e trabalho. Acreditamos, pois, ter alcançado, com êxito, este objetivo. O respeito e a dedicação às puérperas-adolescentes serviam de combustível que alimentavam nossa tarefa de orientação nas ordenhas e/ou nos exames físicos, aos quais as puérperas-adolescentes eram submetidas. Nossa preocupação foi sempre manter a integridade das pacientes.

Com o objetivo de assegurar uma assistência humanizada e de qualidade, no decorrer do estágio tomou-se à preocupação de chamar a puérpera-adolescente pelo seu nome; respeitar seus valores, crenças e cultura; valorizar experiências e emoções; tentar suprir os déficits de autocuidado apresentados; medos; e, a partir disso tudo, propor ações de autocuidado. Além, é claro, de assegurar o anonimato nos trabalhos e publicações, utilizando-se nomes fictícios, de forma a não expor a pessoa da puérpera-adolescente.

Acreditamos ter prestado assistência com competência, de forma ética e responsável, sempre interagindo com a puérpera-adolescente de maneira sincera e honesta, cumprindo com os compromissos acordados com a mesma pela equipe de trabalho da unidade hospitalar.

No transcorrer do estágio, cumprimos nossas ações baseadas no Código de Ética de Enfermagem - Resolução 240/00, do COFEN e Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, lei nº 8,069/90).

7. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E NÃO PLANEJADAS

7.1. CURSO DE CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GASPAR

Durante a realização do projeto assistencial pensamos como poderíamos repassar um pouco dos conhecimentos adquiridos em nossa experiência acadêmica para pessoas que interagissem com a comunidade fortalecendo as ações de promoção do aleitamento materno.

Percebemos através das visitas domiciliares, que as puérperas sentem dificuldades em relação ao manejo da lactação, sendo que muitas não possuem familiares ou amigos para ajudá-las ou mesmo desconhecem como tratar dos problemas que podem eventualmente acontecer.

Em um município com rede de suporte como CIAM e Banco de Leite Humano o trabalho de conscientização e ajuda para manutenção do aleitamento materno enfrenta obstáculos. Então, pensamos como seria problemático esta assistência para pessoas que não possuem este suporte nas suas localidades. Pensamos o quanto seria interessante fornecer estes conhecimentos aos agentes comunitários, pois estes estão em contato direto com a

comunidade e assim poderiam auxiliar e promover ações de autocuidado referentes ao aleitamento materno.

Então propomos a Enfermeira coordenadora do PACS (Programa dos Agentes Comunitários de Saúde), Cátia Droppa Pereira, a apresentação de nosso trabalho para os agentes comunitários. Escolhemos Gaspar por ser uma cidade com um único hospital e que não possui ainda o título de Hospital Amigo da Criança.

Realizamos então no dia 21/05/2004 esta proposta. O primeiro encontro se deu com 25 agentes comunitários de saúde no período matutino, (09 às 12 horas). Primeiramente oferecemos um conhecimento sucinto do nosso trabalho e explicamos o porquê de nossa proposta. Posteriormente abordamos os assuntos relacionados, que já havíamos revisado no projeto, como: histórico do aleitamento materno; Iniciativa Hospital Amigo da Criança; dez passos para o sucesso do aleitamento materno; recomendações da OMS/MS; constituição do leite; práticas que interferem no aleitamento materno exclusivo; importância da amamentação para o bebê; vantagens da amamentação para o RN, mãe e família; riscos da alimentação artificial; crenças e tabus; causas do desmame precoce; primeira alimentação; anatomia e fisiologia da lactação; como avaliar uma mamada; problemas relacionados às mamas; ordenha manual; planejamento familiar; visita domiciliar; como tornar sua comunidade amiga da criança; como os serviços de saúde podem apoiar a amamentação; e cuidados com o puerpério.

No período vespertino (14 às 18 horas) também estavam presentes 25 agentes comunitários e tratamos dos mesmos assuntos citados acima.

Pela manhã foram poucos os questionamentos e dúvidas, mas as mesmas surgiam com o decorrer da apresentação. Fizemos também uma dinâmica quando abordamos o assunto referente a ingurgitamento mamário e ordenha manual: “*a dinâmica do balão*”. Todos os

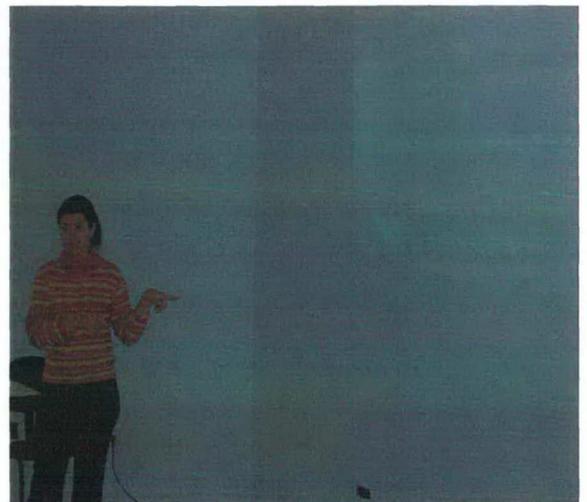
agentes participaram enchendo os balões e se divertiram com nossa explicação sobre o quanto era difícil do bebê mamar em uma mama “cheia” (balão totalmente cheio) e em uma mama mais flácida “menos cheia” (balão parcialmente cheio).

No período da tarde muitos foram os questionamentos, principalmente relacionados aos assuntos referentes ao desmame precoce. Orientamos sobre nosso papel enquanto profissionais e o que os agentes comunitários poderiam fazer: falar das vantagens, benefícios; porém a decisão de amamentar ou não é da mulher. Outros pontos importantes de nossa palestra foi a discussão dos tabus e crenças relacionados ao aleitamento materno, onde discutimos os mitos que cercam o presente assunto.

No final de cada palestra os agentes comunitários vinham-nos cumprimentar e agradecer por nossa iniciativa e apresentação. Tivemos a sensação de dever cumprido, pois este era nosso objetivo quando pensamos sobre o assunto: repassar o nosso conhecimento para que estes agentes comunitários fornecessem apoio às mulheres que estão amamentado no domicílio, podendo contribuir para a amamentação materna exclusiva até o sexto mês e continuada até os dois anos de idade.



Acadêmicos realizando dinâmica



Acadêmicos apresentando temática

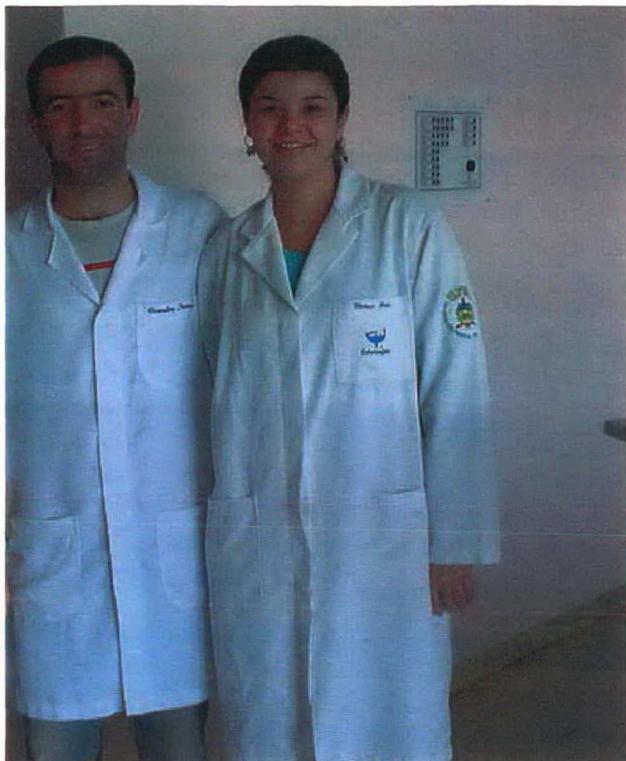
7.2. VISITAS ÀS MATERNIDADES DE OUTROS MUNICÍPIOS DE SANTA CATARINA

Durante a preparação da apresentação dos assuntos para o curso de capacitação para os agentes comunitários de saúde do município de Gaspar, SC, pensamos em fazer algumas visitas em outros hospitais que possuíssem maternidade, observando o trabalho da equipe deste hospital e o uso de metodologia de enfermagem. Pensamos sobre assunto, pois sabemos que vivenciamos uma realidade diferente da grande maioria dos hospitais do Estado, que possuem poucos profissionais para a assistência e não utilizam uma metodologia para nortear os seus trabalhos.

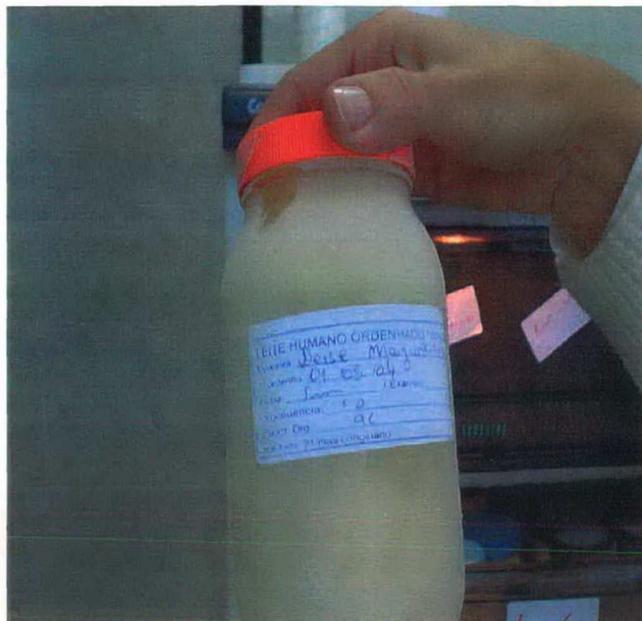
Realizamos então no dia 20/05/2004, um dia anterior a apresentação para os agentes comunitários de Gaspar SC, visitas a diversas maternidades de hospitais nos municípios de Blumenau e Gaspar; e também a um Banco de Leite Humano (em Blumenau).

Constatamos que falta ainda conscientização, por parte dos profissionais da área, em incentivar, apoiar e promover o aleitamento materno. Das quatro maternidades visitadas, somente uma possuía o título de "Amiga da Criança".

As visitas serviram para nos conscientizar da importância da ação orientadora e que nossa tarefa não se encerra aqui. Temos muito por fazer, pela amamentação em nosso estado catarinense.



Visitas aos Hospitais de Blumenau-Gaspar



Visita a um Banco de Leite Humano de Blumenau

7.3. REUNIÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS DISCUSSÃO DO PROGRAMA DO ADOLESCENTE

Participamos a convite da professora e nossa orientadora Evangelina, de uma reunião da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, no dia 23/04/04, às 14:00 horas, no Centro de Saúde da Agrônômica. A reunião tinha como pauta a discussão da Implementação do Programa para Adolescentes.

Diversos representantes da prefeitura estavam presentes, dentre eles: o Secretário Municipal de Saúde, a Coordenadora do Programa Capital Criança e diversos profissionais enfermeiros e psicólogos dos Centros de Saúde do Município. A reunião possuía como

convidado: Dr. Júlio Javier Espíndola - Consultor/Promoção de Saúde da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e OMS (Organização Mundial de Saúde).

Diversas propostas foram discutidas pelos presentes como: gravidez na adolescência, prevenção da segunda gravidez e inclusão do pai no processo.

Na ocasião foram discutidas algumas medidas que estão sendo implantadas para evitar a segunda gravidez, bem como a participação do *homem* no programa de prevenção da gravidez precoce. Foram discutidos diversos aspectos relacionados a gravidez precoce e sobre a orientação nas escolas e centros de saúde (que trabalham com saúde primária), chegando-se à conclusão que isso deverá ser revisto para ampliar a conscientização para o problema. Foi sugerido que "Educação Sexual" entrasse como disciplina oferecida nas escolas, também visando uma maior conscientização do fato.

Levantou-se a questão da saúde dos adolescentes e não somente a preocupação da gravidez. O papel dos profissionais se reveste em informar o quê se preconiza como uma melhor qualidade de vida. Enfim, o encontro proporcionou momento de reflexão sobre um tema, às vezes, esquecido pela comunidade, lideranças e profissionais de saúde.

7.4. AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Participamos no dia 25/05/04 às 09:00 horas no Plenarinho da Assembléia Legislativa de uma audiência pública coordenada pela Deputada Ana Paula Lima.

Os assuntos discutidos nesta assistência seriam relacionados à gravidez na

adolescência, mais especificamente foram discutidos: aumento dos índices de gravidez dos 15 aos 19 anos, prevenção da segunda gravidez, preocupação com a saúde mental dos adolescentes, Fórum Permanente para saúde do adolescente, criação do dia do adolescente. Os temas foram discutidos por vários profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e psicólogos. A coordenadora do Fórum Permanente da saúde dos adolescentes colocou algumas propostas do fórum: Disk saúde adolescente, Ênfase da paternidade, Gravidez desejada ou indesejada?.

A audiência foi estendida a toda a comunidade de Santa Catarina com convite enviado para as prefeituras. Os municípios que estavam representados eram: Blumenau, Laguna, Itajaí, Siderópolis, São José e Florianópolis.

Percebemos através dos dados apresentados, que o início da atividade sexual gira em torno dos 14 a 15 anos para as meninas e a partir dos 8 para os meninos. Foi proposto para que a educação sexual seja uma disciplina nas escolas, com o propósito de fortalecer a conscientização e promover uma verdadeira educação sexual.

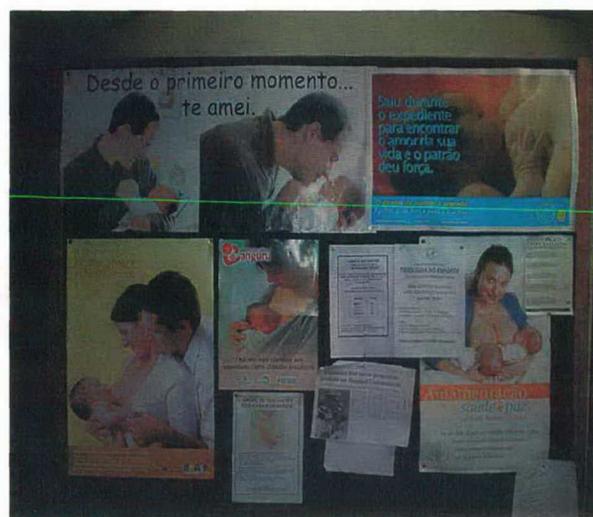
A parceria entre as áreas da educação e saúde é vista de modo muito positivo para efetivar uma verdadeira educação relacionada ao problema da gravidez precoce.

O encontro proporcionou uma visão ampla (técnica e política) sobre o assunto onde chegou-se a conclusão que a gravidez na adolescência torna-se um risco social maior do que biológico, devido muitas vezes ao abandono escolar, dificuldade de estabelecer um padrão de vida satisfatório devido a pouca capacitação que os adolescentes podem ter, refletindo assim em toda a sua trajetória de vida.

7.5. INTERAÇÃO COM O CIAM

Tivemos a oportunidade de obter a contribuição das profissionais que trabalham no CIAM podendo acompanhá-las nas visitas às pacientes e condutas realizadas. Contamos também com material didático disponibilizado como: folder informativo e fitas de vídeo onde assistimos no próprio CIAM.

À medida que surgiam procedimentos novos relacionados à ordenha manual ou outros atendimentos, as funcionárias do CIAM sempre oportunizaram nossa participação nestas atividades, contribuindo para a vivência prática do aleitamento materno.



7.6. INTERAÇÃO COM EQUIPE DO ALOJAMENTO CONJUNTO

A receptividade positiva da equipe sempre ajudou e impulsionou nosso trabalho. Houve momentos de muito trabalho e também de descontração.

A participação da equipe facilitou a compreensão da dinâmica e rotinas da unidade. O bom relacionamento propiciou troca de experiências e conhecimentos que levaremos conosco sempre.

O bom relacionamento com a equipe contribuía e refletia na interação que estabelecemos com todas as puérperas-adolescentes atendidas

8. FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS

8.1.FACILIDADES ENCONTRADAS

Primeiramente relatamos que a ótima receptividade da equipe do AC e CIAM foram grandes aliados para desenvolvermos nosso estágio. A disposição em colaborar com nosso trabalho foi algo que marcou bastante. Não nos sentimos intrusos e sim colaboradores e aliados para desenvolvermos uma ótima assistência.

A disponibilidade e paciência dispensada pelas puérperas-adolescentes possibilitaram desenvolver as atividades planejadas com sucesso. Sabe-se que por ser um hospital escola passam pela unidade diversos acadêmicos de diferentes cursos e a compreensão das pacientes foi fundamental. Mas, mesmo assim, o direito da clientela em negar a participação em nosso estudo foi respeitado. Entretanto, não houve recusa de atendimento na questão da amamentação intra-hospitalar ou no domicílio.

O apoio recebido das supervisoras e da professora orientadora foi indispensável para nos entusiasmar sobre o assunto e concretizar nosso trabalho.

8.2.DIFICULDADES ENCONTRADAS

Uma das dificuldades encontradas durante os 44 dias de estágio no AC do HU foi à quantidade de adolescentes que realizavam o parto no final de semana e recebiam alta hospitalar na segunda-feira, quando geralmente iniciávamos nosso estágio. Não tivemos assim a oportunidade de conhecer mais profundamente algumas puérperas-adolescentes atendidas.

Nossa proposta sempre foi priorizar a qualidade na assistência de enfermagem, a respeito do aleitamento materno e não a quantidade de atendimentos. Por este motivo acreditamos ter obtido sucesso nos atendimentos prestados ao ser-puérpera-adolescente.

Em relação à teoria, a dificuldade encontrada foi no momento do registro da evolução de enfermagem, na forma de SOAP, utilizando a terminologia de Orem. Devido a utilização constante da teoria das Necessidades Humanas Básicas, estávamos condicionados a descrever de forma seqüencial estas necessidades, avaliando mais o aspecto biológico. Mas esta dificuldade limitou-se apenas aos primeiros dias, sendo que aos poucos fomos incorporando a teoria do autocuidado e registrando conforme preconizado por Orem.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização deste trabalho proporcionou-nos grande conhecimento e crescimento pessoais. Tanto no aspecto pessoal quanto profissional o estudo desenvolvido com as puérperas-adolescentes, na questão do aleitamento materno, baseado na teoria de Dorothea Orem, trouxe uma contribuição importante, pois o ato de autocuidar-se ou de cuidar de outrem, a partir dos déficits de competência para o autocuidado identificados, torna-se importante para as vivências do cotidiano.

Observamos que as puérperas-adolescentes e suas famílias necessitam de orientações a respeito do manejo clínico da lactação, mesmo tendo experiências do processo de amamentar. É um tema bastante difundido, mas que precisa ser enfatizado e estudado cada caso de modo individual e específico.

O fato de ser puérpera-adolescente não impossibilita de amamentar e nem minimiza os cuidados consigo mesma e com o recém-nascido. É importante lembrar da conscientização e trazer a adolescente para a realidade. Como se diz: "Filho é pra vida toda".

Notamos que há muita diferenciação entre as puérperas-adolescentes na questão do manejo clínico da lactação. A idade não foi um dado que concluísse quem prestaria um melhor autocuidado. Caracterizado pelas ações de autocuidado de uma puérpera-adolescente

de 16 anos ser melhor desempenhada, do que de uma puérpera de 18 anos de idade acompanhadas por nós. Acreditamos ser o próprio instinto materno que comanda as atividades e habilidades da adolescente.

No decorrer do estágio percebemos que a visita domiciliar foi marcante e importante para o incentivo da amamentação. Muitas dúvidas surgem após a alta hospitalar e as puérperas-adolescentes ficam sem saber exatamente que providências tomarem. Enquanto estão no hospital elas possuem todo o amparo que necessitam através dos profissionais. No domicílio as dificuldades e os déficits se apresentaram com maior nitidez, observados durante nossa visitas, pois estas puérperas-adolescentes não possuem um acompanhamento diário, surgindo a insegurança.

O trabalho focou o ser-puérpera-adolescente como sendo a grande responsável pelo sucesso da amamentação, pois é dela a decisão: querer ou não amamentar. Entretanto, cabe aos profissionais orientar, de maneira adequada e clara, difundindo as verdadeiras vantagens para mãe, bebê e família do aleitamento materno.

A partir desta vivência do ato de amamentar das puérperas-adolescentes, gostaríamos de fazer algumas sugestões:

- A família deve ser vista como sendo suporte fundamental, o alicerce para o sucesso da amamentação efetiva e exclusiva até o sexto mês de vida do bebê.
- As visitas domiciliares devem se fazer presentes em todos os casos que houver necessidade de reforçar as orientações, observando a realidade de cada família e da puérpera-adolescente.
- Orientar quanto ao uso de chupetas e mamadeiras

- Incentivar sempre a livre demanda

Sugerimos também que outros estudos abordem a continuidade da assistência à puérpera-adolescente em âmbito domiciliar, procurando integrar o atendimento entre o nível primário e terciário, promovendo a continuidade da amamentação materna exclusiva.

Com relação a teoria utilizada gostaríamos de enfatizar que a mesma representou aquilo que realmente pretendíamos trabalhar: as dificuldades de autocuidado relacionadas ao aleitamento materno. A teoria do autocuidado de Orem promove e incentiva a superação dos déficits de autocuidado contribuindo para uma melhor qualidade de vida da puérpera-adolescente e família, sendo a mesma importante tanto em nível hospitalar como domiciliar.

Percebemos durante o estágio que nosso apoio, incentivo e as orientações prestadas em relação ao aleitamento materno foram fundamentais para a conscientização das puérperas-adolescentes e de seus familiares para a manutenção efetiva do aleitamento materno exclusivo.

10. REFERÊNCIAS

AKRÉ, J. **Alimentação infantil: bases fisiológicas**. 2ª ed., São Paulo: WABA/UNICEF. Brasil, SOH/DIA, 1997.

ASSMANN, H. **Reencantar a educação: Rumo à sociedade aprendente**. 2ª ed., Editora. Vozes, 1998.

BRASIL, Lei 8.069/ de 16 de julho de 1990. **Estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial da União, Brasília, p.013563, coluna 2.

BRASIL, Portaria nº 1016, 26 agosto 1993. **Normas básicas para alojamento conjunto disponível em:** <http://www.aleitamento.org.br/aloja1.htm>. Acesso em 09 de março de 2004.

BUB, M.B.C. **Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem**. Florianópolis, 2001, Tese de Doutorado em Enfermagem. Departamento de enfermagem – UFSC.

CAMPESTRINI, S. **Aleitamento materno e alojamento conjunto: como fazer?** 3ª ed. São Paulo. IBASA, 1992, 162p.

CAVALCANTI, A.P.L.S. et al. **Aspectos Psicossociais de adolescentes gestantes atendidas em um serviço público da cidade do Recife**. RAMOS, F. R. S; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro, Brasília, v.01, p.112-118. Edição especial.

COFEN, Lei 240 de 30 de agosto de 2000. **Estabelece o Código de ética dos profissionais de enfermagem**.

CORREA, A C. de P. **A enfermagem brasileira e a saúde do adolescente**. In RAMOS, F. R. S; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro, Brasília, v 01, p.63-67, 2000. Edição especial.

CLARK, C. **O livro do aleitamento materno**. 2ª ed. São Paulo: Mande, 1994.

D'ÁVILA, D; KOETTKER, J G. **Uma viagem cultural e humanística do processo de parir**. Florianópolis, 2000. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem – UFSC.

ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994. 195p.

FERREIRA, A B de H. Dicionário de língua portuguesa. 3ª edição. Rio de Janeiro: ed. Nova Fronteira, 1993.

FOSTER, P C ; JANSSENS, N P. Dorothea Orem. In GEORGE, JULIA B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Trad. De Regina Machado Graces. 3ª edição. Porto Alegre: ed. Artes Médicas, 1993. p 90-105.

GELAIN, I. **Deontologia e enfermagem**. 3ª ed. São Paulo: EPU, 1998.

GIUGLIANI, E R.J.. **Amamentação: como e porque promover**. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v.70, n.3, p.138-151, julho/agosto1994.

IBFAN BRASIL. **Atualidades em Amamentação**. Nº 27/28; 2002.

ICHISATO, S. M.T.; SCHIMO, A.K.K..**Aleitamento materno e as crenças alimentares**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto: v. 9, n. 5. Setembro 2001.

___**Revisitando o desmame precoce através dos recortes da história**. Revista-Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto: v. 10, n. 4. Julho/Agosto 2002, p.578-85.

KING, F. S. **Como ajudar as mães a amamentar**. 4ª ed. Brasília: MS, 2001, 189p.

← LEOPARDI, M. T; WOSNY, A. de M; MARTINS, M L. Dorothea Orem – teoria do autocuidado. In LEOPARDI, M T. **Teorias de Enfermagem**. Florianópolis: Papa-Livro, 1999. p. 74-80

LEVIN, A.L. **Iniciativa cuidado neonatal humanizado**. Acta Paediatr. IBFAN, 1999, v. 88, p. 353-55.

LUNA, S V de. **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. 6ª ed. São Paulo: EDUE, 2002.

MARTINS F., J. **Como e porque amamentar**. 2ª ed., São Paulo, ed. Sarvier, 1987, 220p.

MEDRADO, B; LYRA, J. A Adolescência “desprevenida” e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. In: SHOR, N; MOTA, M do S F.; BRANCO, V C (org). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999, p. 230-248.

MINOTI, F; MENEZES, J, KLEIN, P A, MELO, S de. **O Processo de Parir: Uma Proposta de Implementação do Cuidado de Enfermagem, Baseada na teoria Transcultural de Madeleine Leininger**. Florianópolis, 1997. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem – UFSC.

MIRANDA, A T.C. de; UNGERE, R L.S. **História do Alojamento Conjunto**. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro: v.75, n1, p.5-10, Janeiro/fevereiro 1999.

— OMS. **Informe Saúde**. Brasília: ed. Texto e Imagem. Ano IV, n. 69, Julho 2000.

— **Saúde reprodutiva de adolescentes: Uma estratégia para ação: uma declaração conjunta OMS/FNUP/UNICEF**. Genebra, 1989.

— **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno; tradução Maria Cristina Gomes do Monte**. Brasília: OPAS/OMS, 2001, 131p.

PEREIRA, C dos S. **Amamentação: Desejo ou sina? Ensinando e aprendendo com as mulheres**. Florianópolis, 1999. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem – UFSC.

PRADO, M L do; GELBKE, F L. Catálogo 1982-1997: **Trabalhos de conclusão – Curso de graduação em enfermagem**. Florianópolis. UFSC/CCS, 1999, 179p.

PRIMO, C.C.; CAETANO, L.C.. **A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe**. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro: v.75, n. 6, jan/fev 1999, p.449-55.

RAMOS, C. V; ALMEIDA, J. A. G de. **Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno-infantil de Teresina- Piauí** .Revista brasileira de saúde materno-infantil; São Paulo:V 3, n 3, p 315 – 321, jul-set 2003.

___**Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo.** Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro: v. 79, n. 5, Junho 2003 p.385-90.

REA, M F. **Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: v. 19, n. 1, p. 37-45, Janeiro 2003.

REA, M F.; TOMA, T S. **Proteção à maternidade para mulheres que trabalham.** In: Atualidades em amamentação. São Paulo: IBFAN Brasil, n. 25, Julho de 2002.

___**A duração ótima da amamentação exclusiva.** In: Atualidades em amamentação. São Paulo: IBFAN Brasil, n. 27/28, Dezembro de 2000.

___**Proteção do leite materno e ética.** Revista de Saúde Pública. São Paulo: v. 34, n. 4, jan 2002, p. 388-95.

REZENDE, M A. et al. **O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno.** Revista-Latino Americana de Enfermagem. São Paulo: v. 10, n. 2, Março/Abril 2002, p. 234-38.

— REZENDE J de; MONTENEGRO, C A. B. **Obstetrícia Fundamental.** 7ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 209-217.

↙ RICCO, R G. Aleitamento natural. In: WOISKI, Jacob Renato. **Nutrição e dietética em pediatria.** 4ª ed. Rio de Janeiro. Ed. Atheneu, 1994.

RODRIGUES, M. R.V; SANTOS, M. M dos. **A importância do aleitamento materno na visão das mães.** Revista Enfermagem Brasil; São Paulo: V.2, n 4, p 212 – 218. julho/agosto 2003.

↙ SANTOS, E K A. dos. **A mulher como foco central do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na teoria do autocuidado de Orem.** Florianópolis, 1991. Dissertação de mestrado de Enfermagem – Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

SANTOS, E K A. dos. Promoção do aleitamento materno. In OLIVEIRA, M E. de; MONTICELLI, M; BRÜGGEMANN, O M. **Enfermagem Obstétrica e Neonatológica; textos fundamentais**. 2ª edição. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. (p 134-176)

___Puerpério normal. In OLIVEIRA, M E. de; MONTICELLI, M; BRÜGGEMANN, O M. **Enfermagem Obstétrica e Neonatológica; textos fundamentais**. 2ª edição. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. (p 134-176)

___Alojamento conjunto. In OLIVEIRA, M E. de; MONTICELLI, M; BRÜGGEMANN, O M. **Enfermagem Obstétrica e Neonatológica; textos fundamentais**. 2ª edição. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. (p 134-176)

— SANTOS, R V dos; GARCIA, M I. **Cuidando da puérpera/recém-nascido buscando conhecer o saber popular: uma proposta para o cuidado humanizada**. Florianópolis, 2002. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem – UFSC.

SCHUER, C; MADRUGA, G; VAZ, S I; FREYGANG, T C. **Uma abordagem cultural no processo de parir**. Florianópolis, 2003. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem – UFSC.

SILVA, A L; ARRUDA, E P. **Referências com base em diferentes paradigmas: modalidades ou solução para a prática de enfermagem**. *Revista texto e contexto de enfermagem*. Florianópolis, v. 2, n.1, p. 82-92, janeiro/junho 1993.

SILVA, C I da; MINA, D L. **Cuidados de enfermagem à grávida com base na teoria do autocuidado**. Florianópolis, 1999. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem – UFSC.

SILVA, I A. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantias benéficos**. São Paulo: Ed. Robe, 1997, 265p.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. de C. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família**. Brasília: MS, 2000.p. 43-46.

TAKIUTI, A D. Mitos e tabus da gravidez adolescente. In: Costa, Moacir. **Amor e sexualidade a revolução dos preconceitos**. São Paulo: Gente, 1994 p. 21- 29.

TRENTINI, M. **Relação entre teoria, pesquisa e prática**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo: v.21, n.2, ago 1987, p. 135-144.

VIEIRA, M L.F. et al. **A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferente das de filhos de mães adultas?** Jornal de Pediatria. São Paulo, v. 74, n.4, Maio 2003, p. 317-24.

ZIEGEL, E E.; CRANLEY, M S.. **Enfermagem obstétrica.** 7ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Interamericana, 1980, p.404-478.

APÊNDICE

APÊNDICE A

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este termo de consentimento, declaro que fui informada que o acadêmico Evandro Isensee e a acadêmica Viviane Brito, do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estão realizando o Trabalho de Conclusão de Curso com puérperas adolescentes internadas no Alojamento Conjunto do Hospital Universitário (HU), onde será realizada assistência de enfermagem e visitas domiciliares com as puérperas-adolescentes que autorizarem a participação.

De forma livre e espontânea, concordo em participar da presente proposta, sendo assegurado o sigilo e o anonimato, bem como a retirada deste consentimento em qualquer fase da prática sem penalização alguma. Também estou de acordo que as informações sejam utilizadas e divulgadas através de fotos e trabalhos científicos/ acadêmicos.

Data:

Nome do participante responsável:

Assinatura:

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO DOS DÉFICTIS PARA O AUTOCUIDADO (Baseado em Santos, 1992).

1- Levantamento de dados:

Nome da puérpera:		
Registro:	Data da admissão:	Dia do parto:
Data de nascimento:	Estado civil:	Religião:
Grau de escolaridade:	Profissão:	
Nome do Cônjuge:		
Nome de filhos:		Idade dos filhos:
Acompanhante:		Grau de parentesco:
Endereço:		
Cidade:	Referência:	Fone:

2-Requisitos de autocuidado

UNIVERSAIS

A – Manutenção da oxigenação	
Padrão respiratório (tipo, característica, frequência).	
Perfusão periférica	
Hábitos e vícios que interferem na respiração	
Conhecimento sobre os efeitos maléficos sobre: sua saúde, do RN e da lactação.	

B – Manutenção da hidratação	
Preferência	
Ingesta por dia	
Qualidade da água	
Condições de hidratação de pele e mucosas	
Conhecimento sobre a importância da ingesta líquida X produção láctea.	
Conhecimento sobre o efeito galactogênico de determinadas ervas (funcho, algodoeiro, erva-doce).	
C – Manutenção da Nutrição	
Padrão de ingesta alimentar diária	
Preferências	
Altura/ Peso	
Peso do último mês de gestação	
Conhecimento sobre o papel da nutrição sobre a lactação, saúde e bem-estar.	
Conhecimento sobre a existência de programa de auxílio nutricional	
Hábitos e tabus alimentares relacionados a alimentação durante o período puerperal e da lactação.	
D – Cuidados com Eliminações e Excreções	
Padrão de eliminação intestinal (frequência, quantidade, características)	
Padrão de eliminação vesical (frequência, quantidade, características)	
Presença de incontinência, flatulência e hemorróida.	
Problemas relacionados a eliminação	

vesical	
Conhecimento sobre a ingestão alimentar e hídrica em relação às eliminações.	
E – Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso	
Hábitos (agitação/ insônia/ horas)	
Atividades desenvolvidas (recreação/ lazer/ trabalho/ atividade física)	
Divisão do trabalho doméstico (marido/ família)	
Reconhecimento da necessidade de estabelecer e manter atividades de equilíbrio e repouso.	
F – Manutenção do equilíbrio na integração social	
Situação econômica da família	
Concepção de família	
Constelação da família (n°)	
Relação com a família	
Condições de moradia (própria/ alugada)	
G – Manutenção da higiene	
Toma banho diariamente?	
Faz higiene perineal 3X ao dia e após evacuar	
Sabe como realizar a higiene?	
H – Suporte aos processos vitais	
Gesta / Para / Aborto	
Tipo de Parto	
Espaçamento entre os partos	
Última gestação (Planejada, realizou pré-natal, álcool, fumo, drogas e	

medicamentos)	
Recebeu orientação sobre amamentação no pré-natal ou da família?	
Já amamentou ?	
Por quanto tempo amamentou último filho?	
Preparou a mama no pré-natal?	
Como pensou em amamentar seu filho (mama, mamadeira)	
Sabe das vantagens para RN e mãe?	
I – Exame Físico	
Sinais vitais (temperatura, PA, FR e FC)	
Condições do mamilo	
Características do mamilo (Protruso, Plano, Invertido, flácido, globoso, tensão glândula mamária)	
Presença de aréola secundária	
Presença de colostro/alterações	
Presença de estrias	

DESENVOLVIMENTAIS

J -Aspectos Físicos	
Posição do RN	
Pega do RN	
Faz ordenha manual?	
Amamentou logo após o parto?	
Qual a frequência das mamadas?	
L – Aspectos Motivacionais	
Como se sente ao amamentar?	
A família motiva para a prática da amamentação? Quem apóia?	
Enfrenta obstáculos para amamentar?	

Sente-se capaz de amamentar?	
Quem poderá ajudá-la, caso necessite?	
Participou de grupo de gestantes?	
M – Aspectos cognitivos	
Possui alguma crença ou valores sobre o pós-parto?	
Tem conhecimento sobre como foi a amamentação da família?	
Conhece o funcionamento da glândula mamária?	
O que a família pensa sobre a amamentação?	
O que sabe sobre: simpatias, remédios caseiros para evitar problemas na lactação?	
Até quanto tempo acha que é importante amamentar seu filho?	

DESVIOS DE SAÚDE

N – Desvios de saúde	
O que procura fazer para manter-se saudável?	
Quais os cuidados pessoais?	
Procura o serviço de saúde? Qual a frequência?	
Faz auto-exame da mama?	
Procurou ginecologista e orientação sobre planejamento familiar?	
Quais os métodos contraceptivos que você conhece?	
Você utiliza algum? Qual?	
Conhece os cuidados com RN após a	

alta hospitalar como: vacinação, teste do pezinho?	
Já tomou vacina prevenindo a rubéola e tétano?	
Conhece as rotinas sobre as consultas após a alta hospitalar?	

APÊNDICE C

PROCESSO DE ENFERMAGEM

PROCESSO DE RUBI

LEVANTAMENTO DE DADOS

Rubi, sexo feminino, 18 anos, cor branca, estudante, casada, natural de Curitiba, procedente de Florianópolis do bairro Pantanal. Chegou à unidade de internação do Alojamento Conjunto em maca, às 00:15 horas do dia 11/04/2004, acompanhada pelo marido, proveniente do Centro Obstétrico. Realizou parto normal vertical sem episiotomia no dia 11/04/2004 às 22:20 horas, foi sua primeira gestação e parto de onde nasceu um menino. Reside com seu marido, é católica, está cursando o 2º ano do 2º grau. Seus pais residem em Lages e não possui contato freqüente com os mesmos e com a família de seu marido.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

- **Manutenção da Oxigenação:** refere respirar sem problemas, nunca fumou e desconhece efeitos do cigarro sobre a lactação.
- **Manutenção da Hidratação:** prefere ingerir água, mais de dois litros por dia, utiliza água da rede de abastecimento de Florianópolis. Não conhece a relação da ingesta hídrica com a produção láctea ou o efeito galactogênico de ervas.
- **Manutenção da Nutrição:** faz geralmente quatro refeições no dia, porém refere que alguns dias acaba deixando algumas refeições de lado, e faz então lanches como: bolachas, sucos, frutas, entre outros. Pela manhã toma leite com achocolatado e pão, no almoço gosta de comer arroz, verduras e algum tipo de prato que possui frango, pois é sua preferência. Pela tarde e à noite repete os mesmos alimentos do café da manhã e almoço. Possui 1,60m e pesa 67Kg, antes da gestação pesava 56kg. Não tem conhecimento sobre o papel da nutrição na

lactação, saúde e bem-estar, desconhece existência de programa de auxílio nutricional e não possui conhecimento de alimentos que não possa ingerir durante o período puerperal e lactação, mas acredita que alguns alimentos causam cólicas.

▪ **Eliminações e Excreções:** Não evacua todos os dias, mas não refere problemas e urina várias vezes ao dia sem problemas. Teve flatulências durante a gestação, após o parto não mais a apresentou. Desconhece a relação entre ingesta hídrica e alimentar e às eliminações.

▪ **Equilíbrio entre atividade e repouso:** Geralmente acorda várias vezes durante a noite, mas refere que não dorme muito umas 6 horas por dia. Seu sono é tranquilo. Faz caminhadas 3 vezes por semana em solo plano 30 minutos e artesanatos (crochê, bordado, pintura em madeira). Relata que o marido ajuda em casa para lavar a louça. Desconhece necessidade de estabelecer equilíbrio entre atividade e repouso.

▪ **Equilíbrio na integração social:** Marido está empregado, Rubi, nunca trabalhou, reside em casa própria onde moram ela e o marido, e agora seu filho. Relata que não conseguiu estabelecer vínculo com sua família, considerando ser decorrente do fato de ser adotada, não fala muito com eles no momento. Também possui um relacionamento difícil com a família de seu marido, não falando com sua sogra.

▪ **Manutenção da Higiene:** Toma banho diariamente, não foi orientada para realizar higiene perineal 3 vezes ao dia e após evacuar. Não sabe como realizar a higiene do períneo.

▪ **Suporte dos Processos Vitais:** Gesta I, Para I, Aborto ☉. Realizou parto normal vertical com laceração de IIº grau. A gravidez foi planejada, realizou oito consultas no pré-natal, não utilizou álcool, fumo, drogas ou medicamentos durante a gestação. Ninguém a orientou sobre amamentação e preparo da mama no pré-natal. Durante a gestação pensou em amamentar seu filho com leite materno e uso de mamadeiras só para chás. Leu uma reportagem em alguma revista, que não sabe, precisar, sobre a proteção contra doenças do aleitamento materno para o bebê. Não sabe sobre as possíveis complicações que podem surgir nas mamas durante o aleitamento materno e como preveni-las.

▪ **Exame Físico:** Sinais vitais: temperatura= 36°C, Pressão arterial= 120X80mmHg, Frequência cardíaca= 92bpm e Frequência respiratória= 20mm. Mama globosa, flácida, simétrica; mamilos protrusos e íntegros, presença de colostro à expressão e aréola secundária. Altura de fundo uterino abaixo da cicatriz umbilical. Presença de estrias no abdome e lóquios rubros, sem alterações.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DESENVOLVIMENTAL

▪ **Aspectos Físicos:** Não consegue colocar o RN para amamentar sozinha necessitando de auxílio, prefere amamentar o RN deitada na cama. Não fez ordenha manual. Não amamentou após o parto, somente no Alojamento Conjunto. Oferece as mamadas quando o RN acorda e chora, num espaço de 3/3 horas. O RN ainda não consegue abrir a boca para pegar o peito e posicionar o lábio inferior bem abaixo do mamilo, sem auxílio. RN possui bom poder de sucção, mas faz intervalos muito longos para mamar quando está na mama e acaba dormindo muito só despertando após muita insistência.

▪ **Aspectos Motivacionais:** Relata sentir muita satisfação e bem-estar quando está amamentando. O marido sempre desejou que ela amamentasse conversando várias vezes sobre o assunto ainda na gestação. Sempre se sentiu capaz de amamentar e refere que acha que tudo no início é difícil, mas depois com a prática se aprende. Não participou de grupo de gestantes e não possui alguém que pode ajudá-la caso necessite após a alta hospitalar.

▪ **Aspectos Cognitivos:** não relata possuir alguma crença relacionada ao pós-parto, já escutou falar de algumas como não poder realizar os serviços da casa, mas não acredita acha que poderá fazer de tudo após a alta hospitalar. Não conhece o funcionamento da glândula mamária e fisiologia da lactação, e não sabe relatar como foi a experiência de outros familiares na amamentação. Desconhece simpatias para evitar problemas com a lactação. Acredita ser importante amamentar seu filho até 2 anos de idade, pois depois ele pode ficar muito “acostumado”.

DESVIOS DE SAÚDE

Rubi relata que tenta alimentar-se bem comendo frutas, verduras, ingerindo água e fazendo caminhadas regulares. Não é muito vaidosa. Procura como serviço de saúde geralmente o Centro de Saúde do Córrego Grande, onde realizou o pré-natal. Não faz auto-exame de mama regularmente. Nunca foi a ginecologista e para evitar uma gestação indesejada tomava anticoncepcional oral, indicado por uma vizinha. Conhece também outros métodos contraceptivos como camisinha feminina e masculina e o anticoncepcional oral. Conhece os cuidados de vacinações e teste do pezinho para o RN após a alta hospitalar. Já realizou duas doses da vacina do tétano e da rubéola não, pois já teve a doença. Não conhece as rotinas de consulta para mãe e RN após a alta hospitalar.

DÉFICITS DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO:

- 1) Desconhece a relação da ingesta hídrica com a produção láctea.
- 2) Desconhecimento sobre o papel da nutrição na lactação e a verdadeira influência de alimentos no aparecimento de desconfortos abdominais no RN.
- 3) Desconhece existência de programa de auxílio nutricional.
- 4) Desconhecimento da relação entre ingesta hídrica e alimentar nas eliminações.
- 5) Desconhece necessidade de estabelecer equilíbrio entre atividade de sono e repouso.
- 6) Dificuldade de relacionamento familiar e relações sociais restritas.
- 7) Desconhecimento da realização da higiene perineal.
- 8) Desconhecimento das vantagens do aleitamento materno para a mãe e para o RN.
- 9) Despreparo para posicionar RN para a amamentação.
- 10) Desconhecimento do funcionamento da glândula mamária e fisiologia da lactação.
- 11) Déficit de conhecimento da importância da realização do auto-exame de mama e consulta ginecológica.
- 12) Desconhecimento da importância do planejamento familiar orientada por profissional habilitado.
- 13) Desconhecimento das rotinas de consultas para mãe e RN após a alta hospitalar.
- 14) Falta de conhecimento das possíveis causas de complicações que podem surgir nas mamas durante o aleitamento materno e como preveni-las.
- 15) Déficit de conhecimento da realização da ordenha manual.

CLASSIFICAÇÃO:

Requisitos Universais de Autocuidado: **1,2,3,4,5,6,7,9,14**

Requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado: **8,10,15.**

Requisitos de Desvio de Saúde: **11,12,13**

SISTEMAS DE ENFERMAGEM:

- Sistema de Suporte Educativo: **1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14.**
- Sistema de Compensação Parcial: **14.**

PLANO DE ASSISTÊNCIA E OBJETIVOS DE SAÚDE

1,2,3,4⇒ Adquirir conhecimento a cerca do efeito da ingesta hídrica e alimentar sobre a produção do leite e influencia da alimentação em desconfortos abdominais de RNs.

5⇒ Adquirir conhecimento sobre as questões referentes à influência dos fatores físicos e psíquicos estressantes na produção láctea, relacionado com a necessidade de sono e repouso.

6 ⇒ Promover o estabelecimento de um ambiente familiar e social que promova: maior interação e participação na esfera pública; comunicação dos sentimentos e maior aproximação com relação à maior aproximação com relação à família de origem.

7⇒ Adquirir conhecimentos sobre a necessidade e realização da higiene perineal.

8,9,11,15,16⇒ Adquirir conhecimento sobre as vantagens da amamentação para RN e mãe, anatomia da glândula mamária e fisiologia da lactação, bem como o manejo clínico da amamentação.

12, 13,14⇒ Adquirir conhecimento sobre auto-exame de mamas, consulta ginecológica, planejamento familiar e consultas para mãe e bebê após a alta hospitalar.

PROVISÃO/IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM

1,2,3,4⇒ Orientar sobre a importância da ingestão hídrica e alimentar durante a lactação. Explicar que a amamentação leva a um desgaste calórico, havendo a necessidade de repor estas perdas. Ingerir líquidos, principalmente água, em abundância, explicando a esta que quanto maior a ingestão hídrica maior será a produção láctea. Lembrar a mesma que quando a produção láctea estiver maior que a demanda (necessidade do RN), então deve-se diminuir um pouco esta quantidade ingerida. Explicar que quanto maior a diversificação de sua alimentação em proteínas, vitaminas e outros, mais enriquecido destes componentes o leite materno será. Principalmente ingerindo alimentos em quantidades fracionadas de todas as qualidades.

Em relação aos desconfortos abdominais que o RN poderá vir a apresentar, orientar sobre a observação deste fenômeno e sua ingestão alimentar, diminuindo ou excluindo um pouco a ingestão do alimento que pode estar relacionado ao desconforto abdominal apresentado pelo RN. Orientar sobre a tendência dos alimentos ácidos e condimentos provocarem desconforto alterando a característica do leite materno.

Orientar também sobre a existência de um programa nutricional em Florianópolis o SISVAN, e sua utilização, quando for necessário. Informar também que a ingestão alimentar e hídrica está relacionada com as eliminações, uma alimentação rica em fibras, verduras e frutas e uma ingestão líquida abundante favorece o padrão de eliminações urinária e fecal.

5⇒ Orientar sobre a necessidade de estabelecer equilíbrio entre a atividade e repouso. Procurar descansar no momento em que o RN está dormindo. Não utilizar este tempo para realizar as atividades domésticas. O acúmulo de atividades da casa e do cuidado com o bebê podem gerar uma situação de estresse e levar ao início de uma exaustão, já que o estresse físico e psíquico agem na fase galactogênica, inibindo a ejeção láctea, causando dificuldades para amamentar e mesmo familiares.

6 ⇒ Estimular para uma maior participação das atividades da comunidade, procurar conversar com os vizinhos. Estimulá-la sua aproximação com a família de origem utilizando a comunicação, expressando abertamente seus sentimentos. Enfatizar os benefícios que os contatos sociais e familiares poderão trazer para o alcance e desenvolvimento de seu potencial enquanto ser humano.

7⇒ Explicar a puérpera-adolescente como fazer a correta higiene perineal evitando a contaminação de bactérias da flora intestinal para a vaginal, se esta higiene estiver sendo feita incorretamente. Orientar que neste período em que esta se encontra com espisiotomia, é

necessário fazer a higiene perineal três vezes ao dia e após de todas as evacuações para evitar contaminação desta região.

8⇒Orientar a puérpera-adolescente sobre as vantagens (nutricionais, proteção contra-doenças, econômicas, técnicas e maternas) da amamentação para a mulher que amamenta e não somente para o RN. Enumerar estes benefícios relacionado-os às recomendações para a manutenção do aleitamento materno.

9⇒Orientar sobre o posicionamento do RN para amamentação, sendo a mesma confortável para o bebê e para a mãe, (barriga com barriga). Explicar para usar o mínimo de roupas possíveis, salientando que o contato com a mãe é muito importante para o bebê estabelecer o vínculo afetivo.

10⇒Explicar para a puérpera-adolescente, utilizando a terminologia acessível ao atendimento individual, como é a anatomia da glândula mamária e como ocorre a fisiologia da lactação. Proporcionando à puérpera adolescente manter a amamentação de forma consciente sabendo como ocorre e como funciona o processo da lactação.

11,12⇒Explicar a importância da realização do auto-exame de mamas mensalmente após o período menstrual e da consulta ginecológica para realização de exames preventivos de câncer cérvico-uterino, bem como a procura de um método contraceptivo que ela melhor se adapte, mas orientado por profissional competente, mostrando a importância da realização do planejamento familiar, evitando gestações subseqüentes.

13⇒Orientar sobre as consultas com a mãe e RN do 7º dia após a alta hospitalar e a necessidade da realização das vacinas do RN e o controle mensal de seu crescimento e desenvolvimento do Centro de Saúde.

14,15⇒ Explicar o que é ingurgitamento mamário, fissura mamilar e mastite, as causas possíveis que podem levar o surgimento destas complicações e como tratá-las e como preveni-las. Orientar também como fazer a ordenha manual, bem como os cuidados necessários para retirada do leite, demonstrando como realizá-la e quando este procedimento é necessário.

CONTROLE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

> NA MATERNIDADE:

Todo os planejamentos dos atos de enfermagem foram executados.

Quando orientamos Rubi esta ouviu atentamente estas orientações. Demonstrava bastante interesse, mas questionava pouco, era mais ouvinte em nossa conversa. Rubi ficou três dias no

Alojamento Conjunto, pois seu parto ocorreu as 22:20 horas da noite e no segundo dia de internação, quando geralmente as altas são fornecidas, Rubi ainda não tinha completado 48 horas de pós-parto.

No segundo dia de assistência recebemos o plantão de Rubi, esta estava com presença de fissuras e amamentando, sem queixas referentes a amamentação ou o puerpério. Neste dia chegando ao quarto cumprimentamos todas as puérperas e começamos a conversar sobre a noite de Rubi, a mesma colocou que não dormiu muito bem, pois acordou várias vezes durante a noite e madrugada para amamentar. Referi também que o RN mama por pouco tempo no período da manhã e a noite este então fica mais tempo na mama. Observamos que as mamas de Rubi estavam tensas, mas ainda não ingurgitadas. Sem mesmo antes perguntar Rubi relatou que estava sentindo suas mamas muito cheias e que à noite teve que retirar leite, através da ordenha, no quarto desprezando em uma fralda. Observamos também no exame físico presença de fissuras em ambos os mamilos, e durante a observação Rubi perguntou o que poderia fazer, já que aquelas “rachaduras” doíam muito na hora de amamentar. Explicamos novamente qual a causa das fissuras e como poderíamos tratá-las com a exposição dos mamilos ao sol. Rubi disse no decorrer da manhã que estava muito preocupada com seu filho, porque ele dormia a maior parte do tempo, e quando colocado para mamar ficava somente uns cinco minutos mamando e depois adormecia. Orientamos Rubi através do toque alertar o RN que a mama não é o local para dormir e sim para mamar. Esta sonolência era normal e o mesmo possuía alguma reserva após o nascimento. Rubi perguntou se poderia tentar colocar o RN para mamar. Dissemos que sim e como no primeiro dia explicamos como ela poderia fazer quanto a posição e pega da aréola pelo bebê, neste sai somente observamos. Rubi colocou o bebê em uma posição confortável para ambos, projetava a aréola para dentro da boca do bebê, mas durante a pega observamos que o lábio inferior do RN fica muito próximo do mamilo, e depois de estabelecida a pega Rubi não observava se a mesma estava correta deixando o bebê nesta posição. Foi observado que Rubi também não o despertava para mamar, e durante a mamada não conversava ou estimulava o bebê a acordar. Após nosso auxílio Rubi conseguiu corrigir o posicionamento do bebê e orientamos a mesma neste período a levar o RN para mamar bem desperto, conversando e tocando-o durante a mamada. Neste dia ainda observamos então dificuldade para posicionar o Rn para amamentar e desconhecimento do tratamento das fissuras, apesar de termos orientado no primeiro dia. O planejamento então foi realizado e implementamos as ações de enfermagem a partir dos déficits encontrados.

No terceiro dia de assistência recebemos o plantão de Rubi, esta estava com fissuras e sem problemas, aguardando a alta hospitalar. Ao chegar em seu quarto observamos que Rubi estava ansiosa com a alta hospitalar. Durante a conversa nos relatou que continuava a fazer ordenha manual e banho de sol nos mamilos, no quarto pela manhã, quando o sol irradiava sobre seu leito. Observamos no exame físico que as fissuras estavam já em processo de cicatrização. Durante todo o dia acompanhamos Rubi e durante uma mamada observamos posicionamento confortável para bebê e mãe, mas o RN sem auxílio ainda não conseguiu estabelecer a pega completa da aréola. Rubi neste dia recebeu alta hospitalar. Quando foram fornecidas as orientações para a alta hospitalar, conversamos sobre a possibilidade de realizar uma visita domiciliar para acompanharmos este déficit de competência para o autocuidado relacionado ao aleitamento materno, que ainda se fazia presente neste dia. Rubi agradeceu muito o apoio que havia recebido no hospital e aceitou a visita domiciliar. A visita então ficou agendada para o final desta mesma semana (16/04/04), no período da tarde, seguindo a disponibilidade de ambas as partes. Rubi saiu do hospital no período da tarde acompanhada pelo marido.

ANEXOS

ANEXO A

Filosofia da Maternidade do HU - Outubro 1995

Acredita-se que:

- Em se prestando assistência se ensina;
 - É direito de toda mulher - recém-nascido - família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, segundo Carter, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais;
 - A atenção à saúde da mãe, RN e família na gravidez, parto e puerpério, se considera importância do papel do pai, sua presença e participação;
 - O sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;
 - A equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher-RN-família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado;
 - As atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mulher-RN-família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência;
 - A equipe deve exercer um papel atuante na educação da mulher/acompanhante e ao grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos da saúde e planejamento familiar;
 - A parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e quaisquer exceções, ou serão adaptadas após a geração do fato;
- § O desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com elas se relacionem;
- A mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde.

ANEXO B



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
 CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
 TELEFONE: (48) 331-9000 - TELEFAX: (48) 234-4069

CERTIFICADO

Certificamos que **EVANDRO ISENSEE** participou como participante do PROGRAMA DO "16º CURSO DE MANEJO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HU/UFSC no período de 29 a 30 de abril de 2004 com a carga horária de 18:00

Programa: Métodos e atividades didáticas. Dez passos para o sucesso do aleitamento. Incentivo ao aleitamento materno em Santa Catarina. Aleitamento materno e sobrevivência infantil. Benefícios do aleitamento materno exclusivo durante seis meses. Partes da mama envolvidas na lactação. Promovendo o aleitamento materno durante a gravidez e após o nascimento do bebê. O manejo para apoiar a prática do aleitamento precoce. Ajudando as mães com as primeiras mamadas. Eliminando praticas prejudiciais ao aleitamento materno. Posições para o aleitamento materno/Posição de bailarina. Problemas tardios nas mamas. Preparando as mães para o aleitamento no lar. Examinando as mamas e mamilos da mãe. O bebê que não consegue pegar a aréola adequadamente. Retirando e armazenando o leite materno retirado. Mantendo a lactação apesar de uma possível separação mãe e filho. Tornando a sua comunidade amiga da criança. Baixa produção de leite ou falta de autoconfiança. Tornando seu Hospital Amigo da Criança.

Florianópolis, 30 de abril de 2004


 Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
 Professor de Neurologia - www.neurologia.ufsc.br
 Presidente do Centro de Estudos - HU/UFSC

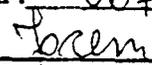
Prof. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
 Presidente do Centro de Estudos

CES/HU

Reg. n.º 063

Livro n.º 006

Fla. n.º 067



Visto



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (48) 331-9000 - TELEFAX: (48) 234-4069

CERTIFICADO

Certificamos que *Uiviane de S. Brito* participou como participante do PROGRAMA DO "16º CURSO DE MANEJO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HU/UFSC no período de 29 a 30 de abril de 2004 com a carga horária de 18:00

Programa: Métodos e atividades didáticas. Dez passos para o sucesso do aleitamento. Incentivo ao aleitamento materno em Santa Catarina. Aleitamento materno e sobrevivência infantil. Benefícios do aleitamento materno exclusivo durante seis meses. Partes da mama envolvidas na lactação. Promovendo o aleitamento materno durante a gravidez e após o nascimento do bebê. O manejo para apoiar a prática do aleitamento precoce. Ajudando as mães com as primeiras mamadas. Eliminando práticas prejudiciais ao aleitamento materno. Posições para o aleitamento materno/Posição de bailarina. Problemas tardios nas mamas. Preparando as mães para o aleitamento no lar. Examinando as mamas e mamilos da mãe. O bebê que não consegue pegar a aréola adequadamente. Retirando e armazenando o leite materno retirado. Mantendo a lactação apesar de uma possível separação mãe e filho. Tornando a sua comunidade amiga da criança. Baixa produção de leite ou falta de autoconfiança. Tornando seu Hospital Amigo da Criança.

Florianópolis, 30 de abril de 2004

Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Professor de Neurologia - www.neurologia.ufsc.br
Presidente do Centro de Estudos - HU/UFSC

Prof. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de Estudos

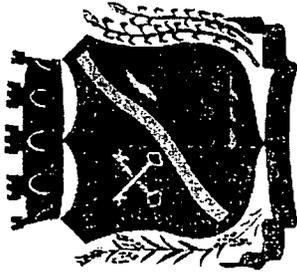
CES/HU

Reg. n.º. 064

Livro n.º. 006

Fla. n.º. 067

pcen
Visto



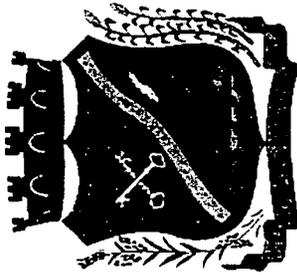
PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

CERTIFICADO

Certificamos que **EVANDRO ISENSEE** participou como palestrante da capacitação para Agentes Comunitários de Saúde, realizada na cidade de Gaspar/SC, abordando o tema “**Educação e Saúde em Aleitamento Materno**”, no dia 21 de maio de 2004, com carga horária total de 08 horas.

Cátia Droppa Pereira
Cátia Droppa Pereira
Coordenadora PACS

Julita Schramm
Julita Schramm
Secretário Municipal de Saúde e
Assistência Social



PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

CERTIFICADO

Certificamos que **VIVIANE DE SOUZA BRITO** participou como palestrante da capacitação para Agentes Comunitários de Saúde, realizada na cidade de Gaspar/SC, abordando o tema “**Educação e Saúde em Aleitamento Materno**”, dia 21 de maio de 2004, com carga horária total de 08 horas.

Cátia Droppa Pereira
Cátia Droppa Pereira
Coordenadora PACS

Julita Schramm
**Secretário Municipal de Saúde e
Assistência Social**

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMITÊ ESTADUAL DE MORTALIDADE MATERNA

ATESTADO

Atestamos que,

Evandro Isensee

participou como monitor do **I Encontro Estadual sobre Mortalidade Materna**, realizado no dia 28 de maio de 2004 com carga horária de 8 horas, em Florianópolis - SC.

Florianópolis, 28 de maio de 2004.


Katherine Beck Guerra Machado
Gerente de Programas Assistenciais

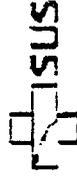



Hamide E. Leptz Martins

Presidente do Comitê de Mortalidade
Materna



Roberto Hess de Souza
Diretor de Ações de Saúde



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMITÊ ESTADUAL DE MORTALIDADE MATERNA

ATESTADO

Atestamos que,

Viviane de Souza Brito

participou como monitora do **I Encontro Estadual sobre Mortalidade Materna**, realizado no dia 28 de maio de 2004 com carga horária de 8 horas, em Florianópolis - SC.

Florianópolis, 28 de maio de 2004.

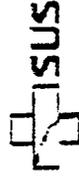

Katherine Beck Guerra Machado
Gerente de Programas Assistenciais




Haimée E. Lentz Martins
Presidente do Comitê de Mortalidade Materna



Roberto Hess de Souza
Diretor de Ações de Saúde

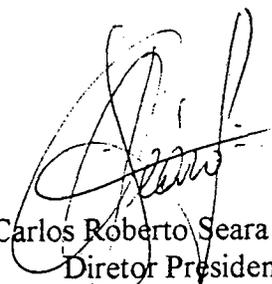




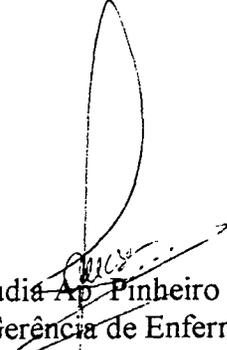
DECLARAÇÃO

Declaramos as devidos fins, que os acadêmicos Evandro Isensee e Viviane de Souza Brito, estiveram nesta instituição realizando uma visita ao setor de maternidade, afim de vivenciar a nossa realidade.

Atenciosamente,



Carlos Roberto Seara Filho
Diretor Presidente



Cláudia Ap. Pinheiro Laucsem
Gerência de Enfermagem

Blumenau, 20 de maio de 2004

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que Evandro Isensee visitou o Hospital Santa Catarina - Setor de Maternidade no dia 20/05/2004 das 15:00 às 16:00 horas.

Atenciosamente,



Lúcia Deise Altini

Capacitação & Desenvolvimento
HOSPITAL SANTA CATARINA

Blumenau, 20 maio 2004.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o acadêmico (a) Viviane de Souza Brito visitou no Hospital Santa Catarina o Setor da Maternidade no dia 20/05/2004 das 15:00 às 16:00 horas.

Atenciosamente,



Lúcia Deise Altini

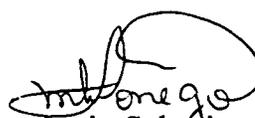
Capacitação & Desenvolvimento
HOSPITAL SANTA CATARINA

Blumenau, 20 maio 2004.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, o formando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, **EVANDRO ISENSEE**, esteve no dia 20 de maio de 2004, no período vespertino, visitando a Ala da Maternidade, Sala de Parto e Berçário do Hospital Santa Isabel.

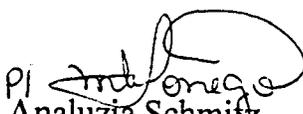
Blumenau, 20 de maio de 2004.

PI 
Ir. Analuzia Schmitz
DIRETORA GERAL

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a formanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, **VIVIANE DE SOUZA BRITO**, esteve no dia 20 de maio de 2004, no período vespertino, visitando a Ala da Maternidade, Sala de Parto e Berçário do Hospital Santa Isabel.

Blumenau, 20 de maio de 2004.


Ir. Analuzia Schmitz
DIRETORA GERAL

HOSPITAL NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO

RUA : JOSÉ KRAUSS 97

BAIRRO : SETE DE SETEMBRO

FONE : (47) 332 - 0109

FAX : (47) 332 - 0306

CNPJ - 84045830/0001-25

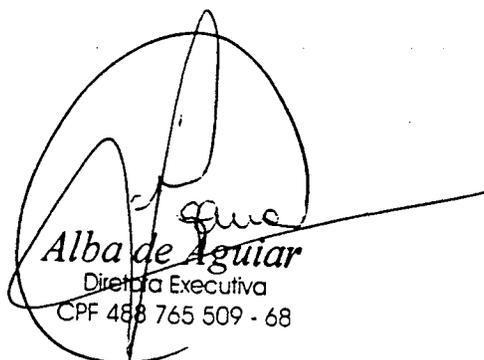
CEP : 89110-000 GASPAR - SC

E mail - hnsps@terra.com.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para todos os fins que o Sr. EVANDRO ISENSEE, esteve em visita no HOSPITAL NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO, no dia 19/04/2004.

Gaspar, 02 de junho de 2004.



Alba de Aguiar
Diretora Executiva
CPF 488 765 509 - 68

HOSPITAL NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO

RUA : JOSÉ KRAUSS 97

BAIRRO : SETE DE SETEMBRO

FONE : (47) 332 - 0109

FAX : (47) 332 - 0306

CNPJ - 84045830/0001-25

CEP : 89110-000 GASPAR - SC

E mail - hnsps@terra.com.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para todos os fins que o Sra. VIVIANE DE SOUZA BRITO, esteve em visita no HOSPITAL NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO, no dia 19/04/2004.

Gaspar, 02 de junho de 2004.



Alba de Aguiar
Diretora Executiva
CPF 488 765 509 - 68

ANEXO C

ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA O PERÍODO DE AMAMENTAÇÃO

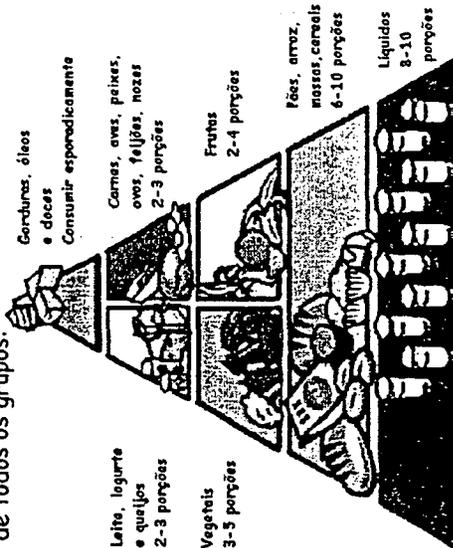


Mamãe,

É muito importante alimentar-se bem em todas as etapas da vida, especialmente agora que você acabou de ter bebê e está amamentando. Porém 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:



ATENÇÃO

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, melancia...
- ❖ **Frutos do mar:** camarão, marisco, sirri, berbigão...
- ❖ **Bebidas estimulantes:** café, chá preto, chá mate, chimarrão, refrigerantes e bebidas gasosas...
- ❖ **Frituras e alimentos gordurosos.**
- ❖ **Alimentos muito temperados.**
- ❖ **Chocolate e achocolatados.**
- ❖ **Leite, derivados e ovos.**

VOLUME DO SEU LEITE

- ☺ Quanto mais seu bebê sugar, mais leite você produzirá.
- ☺ Procure descansar sempre que possível.
- ☺ É importante também que você procure tomar uma grande quantidade de líquidos (8 a 10 copos, no mínimo), como: sucos naturais, água, água de coco e chás (principalmente de erva-doce e funcho).
- ☺ Lembre-se que seu bebê não precisa de água ou chás pois todo líquido que ele precisa já está no seu leite.
- ☺ **Não fume nem use bebidas alcoólicas** (incluindo a cerveja preta) pois contém compostos prejudiciais que passam para o seu sangue e consequentemente para o seu leite

O que conta como 1 porção?

- Pães = 1/2 unidade (25 g) ou 1 fatia
- Arroz, massas ou cereais = 1/2 xícara
- Vegetais = 1/2 xícara (crú ou coz.) ou 1 xícara de folhosos
- Frutas = 1 unid. média, 1 fatia, 1/2 xíc. salda de frutas, 10 bagos
- Leite = 1 copo 150 ml
- Iogurte = 1 copo industrializado
- Queijo = 1 fatia média (mussarela, prato) ou 2 fatias finas (minas)
- Requeijão ou ricota = 2 colheres sopa
- Carne = 1 bife pequeno ou 2 colh. sopa
- Frango = 1 coxa ou sobreco. ou 1 filé peq.
- Peixe = 1 filé ou 1 posta
- Ovo = 1 unidade
- Feijões = 1/2 concha

Comece a amamentar,

oferecendo primeiro a mama que estiver mais cheia.

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

Deixe seu filho mamar o tempo que ele quiser.

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

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

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

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

Tenha paciência!

OM O TEMPO ELE
MESMO REGULARÁ AS
MAMADAS.



Terminando de amamentar, não lave nem limpe a mama.

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

Fique nesta posição até que ele arrote.

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

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

 Você não deve usar:

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

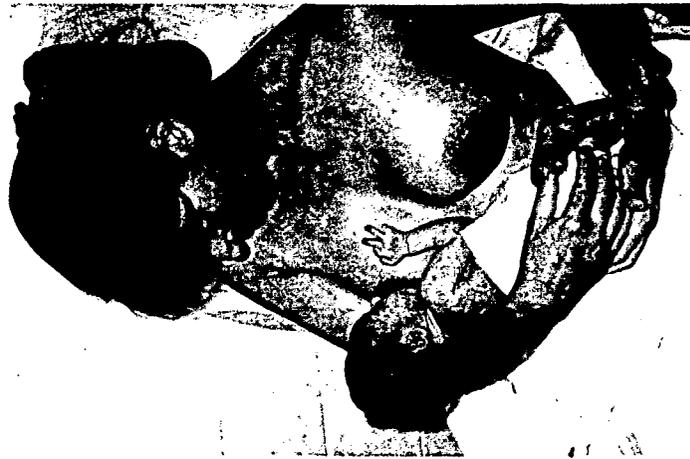
O próprio leite materno limpa o mamilo!

CIAM
33.180.19
Central de Incentivo ao Aleitamento Materno

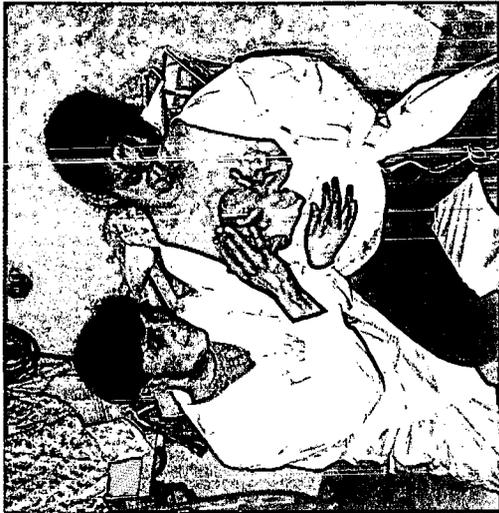
Maternidade do Hospital Universitário
☎ 224-9889 • ramal: 242
2ª a 6ª feira de 07 às 19 horas

Maternidade do Hospital Universitário

• UFSC •



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 (coloostro) 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!

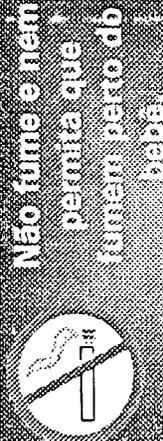
Às vezes é necessário paciência e insistir na amamentação. O seu desejo de amamentar é muito importante!

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! Precizando de mais informações não hesite em solicitá-las ao seu médico. Você também pode contar conosco do CIAM para orientá-la!



Não fume e não permita que fumem perto do bebê.

Fumar é extremamente prejudicial à sua saúde e a 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!

Como serão as oficinas?

Nas oficinas, serão oferecidas, às mulheres grávidas reunidas em grupos e aos seus companheiros, oportunidades de expressar as suas emoções, esclarecer dúvidas, aprender meios de viver melhor sua gravidez, parto e amamentação.

Cada grupo será coordenado por profissionais experientes e cada oficina terá uma temática específica.

Quem pode participar do evento?

Podem participar todas as gestantes que fazem o pré-natal nos Centros de Saúde da Prefeitura de Florianópolis, nos ambulatórios da Maternidade Carmela Dutra e do Hospital Universitário, no Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, além de todas as gestantes residentes em Florianópolis e seus companheiros.

Como participar?

Inscrivendo-se em qualquer Centro de Saúde de Florianópolis, nos ambulatórios da Maternidade Carmela Dutra e do Hospital Universitário (área C), no Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (Rua Esteves Júnior, 390, 1º andar, bloco M), nas Lojas Shanon (Rua Jerônimo Coelho, 174 e Beiramar Shopping, 1º piso), na boutique Fox-Trot (Rua Felipe Schmidt, 249 – sala 120). As inscrições são gratuitas.

Até quando vão as inscrições?

Até o dia 4 de junho.

Como ir para o local do evento?

No momento da inscrição você ganhará um ticket válido como passe de ônibus de ida. No local do evento, você receberá o ticket para a volta.

Como escolher as oficinas?

A escolha das oficinas será realizada no local e na data do evento, das 13h às 14h. É fundamental que os/as participantes apresentem seu comprovante de inscrição.

EM CADA
GESTAÇÃO,
UMA ESPERANÇA
DE PAZ.



VI ENCONTRO DE
GESTANTES DE
FLORIANÓPOLIS

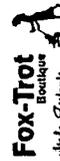
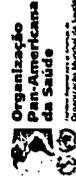
9 DE JUNHO DE 2004 - CENTRO-SUL - 14 HORAS



Realização

Secretaria
Municipal
de Saúde

Patrocínio



PROGRAMA DO VI ENCONTRO DE GESTANTES DE FLORIANÓPOLIS

Programação

13:00h – Abertura da Secretária do Encontro e Escolha das Oficinas.

14:00h – Abertura Oficial do Encontro – Prefeita Angela Regina Heinzen Amin Helou e Secretário Municipal da Saúde Manoel Américo Barros Filho.

14:30h – Atividade Interativa com as Gestantes: Show com Elisa Lucinda, atriz da Rede Globo de Televisão.

15:00h – Coffee Break.

16:00h – Oficinas:

1. Conversando sobre os Cuidados com o Bebê (120 vagas)

Monitores:

Geun Carlo da Rocha, médico, SMS/PMF.

Missouri Paixão, enfermeira, SMS/PMF.

Grace Andreani, psicóloga.

Magdã Medeiros das Neves, dentista, SMS/PMF.

Resumo da Oficina: Importância do acolhimento afetivo do recém-nascido pela família, com orientações sobre cuidados básicos de higiene, alimentação, vestuário do bebê, entre outros.

2. Conversando sobre os Cuidados com o Bebê (120 vagas)

Monitores:

Mariângela Cavallazzi, médica, SMS/PMF.

Simoni Posser Gallina, enfermeira, SMS/PMF.

Sônia Soares Caetano, psicóloga, SMS/PMF.

Rita Maria Paul de Lima, dentista, SMS/PMF.

Resumo da Oficina: Idem Oficina 1.

3. Conversando sobre os Cuidados com o Bebê (120 vagas)

Monitores:

Renata Borges, médica, SMS/PMF.

Sônia Maria Polidório Pereira, enfermeira, SMS/PMF.

Daniela O. Pereira, psicóloga, HJG.

Ana Cristina Woelje Schmidt, dentista, SMS/PMF.

Resumo da Oficina: Idem Oficina 1.

4. Tornar-se Mãe: uma Arte (35 vagas)

Monitora:

Iara Regina Schemes, psicóloga.

Resumo da Oficina: Através da arte de contar histórias e da pintura em aquarela, estaremos abordando a dimensão feminina e criativa da gestação.

5. Fisioterapia no Parto: a Arte de Nascer (40 vagas)

Monitoras:

Soraia Cristina Tonon e Mirella Dias, fisioterapeutas da Maternidade Carmela Dutra/SES.

Resumo da Oficina: Técnicas respiratórias para alívio da dor; posicionamento e massagem para alívio da tensão e da dor no período de dilatação; como ajudar a saída do bebê; o que é o cavalinho e a bola suíça e como eles podem ajudar no parto; aprenda a relaxar: o sucesso depende de você.

6. A Fala do Seu Bebê (80 vagas)

Monitoras:

Angela Bernardino Battistotti, Josiane Borges, Maria de Fátima Silva, fonoaudiólogas.

Resumo da Oficina: Nesta oficina serão abordados temas relacionados ao desenvolvimento da fala do bebê.

Oficinas para Gestantes Adolescentes

1. Adolescência, Gravidez e Sexualidade (50 vagas)

Monitora:

Carmen Lúcia Pilan, psicóloga da BEMFAM.

Resumo da Oficina: Entendendo a importância da sexualidade durante a gravidez, a adolescente pode enfrentar, cada vez mais fortalecida, as mudanças que ocorrem durante esse processo.

2. Gravidez na Adolescência: a Transformação, o Medo, a Coragem e a Descoberta (50 vagas)

Monitoras:

Maria Dolores Canella, médica ginecologista para adolescentes da Maternidade Carmela Dutra/SES.

Giseli Biz Canella, psicóloga.

Resumo da Oficina: Discutiremos os principais sinais e sintomas do pré-natal, do momento do parto, da amamentação, dos cuidados no puerpério; o binômio mãe e filho; aprendendo a amar seu bebê passo a passo; as expectativas da criança imaginada e da criança real.

Oficinas para Profissionais que Trabalham com Grupos de Gestantes

1. O Problema da Gravidez na Adolescência

Monitora:

Elizabeth Meloni Vieira, médica, professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, mestre em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da USP e doutora em Estudos Populacionais pela Universidade de Exeter, na Inglaterra.

Resumo da Oficina: Gravidez na adolescência: que problema é este e para quem? Apresentaremos e discutiremos as principais questões envolvendo a gravidez na adolescência: a criação do conceito “adolescência”, sua relatividade, a questão histórica dos casamentos precoces, a questão demográfica e o aumento da fecundidade nesta faixa etária. Questões sociais, como a valorização do papel da mãe e a falta de alternativa profissional como facilitadores da gravidez na adolescência, serão discutidas.

2. Orientação e Aconselhamento em

Aleitamento Materno

Monitora:

Evanguêlia Kotzias Atherino dos Santos, enfermeira, docente do Departamento de Enfermagem da UFSC, mestre em Assistência de Enfermagem pela UFSC, doutora em Enfermagem – área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, consultora internacional em aleitamento materno (ILCA).

Resumo da Oficina: Nesta oficina, serão apresentados e debatidos conhecimentos atuais relacionados ao aconselhamento, proteção, promoção e manejo clínico da lactação.

Atenção Mamãe!

As vacinas contra tuberculose (BCG) e hepatite B são obrigatórias e devem ser aplicadas após a alta hospitalar. Estas vacinas são encontradas no posto de saúde mais próximo de sua casa. É importante seguir o calendário de vacinação para proteger seu bebê contra várias doenças!



Outro cuidado importante é o Teste do Pezinho, que acusa doenças que podem ser combatidas ou controladas se este teste for realizado logo nos primeiros dias de vida do seu bebê. O período ideal para realizar este exame é a partir do terceiro ao décimo dia após o nascimento.

Hospital Santo Antônio

1º Hospital Amigo da Criança
do Vale do Itajaí

Em caso de dúvidas após a alta hospitalar, entre em contato com a equipe do Banco de Leite Humano pelo telefone 326-7570 ou dirija-se à Rua Itajaí, nº36 - Vorstadt

Rua Itajaí, 545 - Vorstadt

Fone: 0 ** 47 231-4000

E-mail: apoiohsa@terra.com.br

Hospital
SANTO ANTÔNIO



Aleitamento Materno

Hospital Santo Antônio



Mamãe!

O seu bebezinho precisa muito de você para crescer saudável e feliz! Você sabia que o seu leite é o melhor e mais completo alimento que existe?! Ele realmente é muito importante para a saúde do seu filho e também para a sua. Vamos agora dar algumas dicas e vantagens que devem sempre ser lembradas por você, Mamãe!



Vantagens do Aleitamento Materno

- ✓ É o melhor alimento para o seu bebê;
- ✓ Não precisa coar, ferver, nem esfriar, pois sempre está na temperatura ideal;
- ✓ É de fácil digestão;
- ✓ Protege o seu bebê contra várias doenças;
- ✓ Ajuda no desenvolvimento e crescimento, pois o gesto de amamentar transmite todo seu amor e carinho, fortalecendo ainda a relação mãe-bebê;
- ✓ É de graça;
- ✓ Reduz o risco de câncer de mama e ovário.

Antes de amamentar é importante:

- 1) Lavar bem as mãos com água e sabão;
- 2) Não é preciso limpar excessivamente as mamas, apenas o banho é suficiente. Quando for limpar a mama, use somente água.

Leia atentamente estes passos para obter Sucesso no aleitamento

- 1) Acredite! Não existe leite fraco. Todo leite materno é forte e adequado para o crescimento e desenvolvimento do seu bebê. A produção de leite no primeiro dia é pequena.

Este leite que é transparente ou amarelo tem alto valor nutritivo e chama-se Colostro. Embora esta produção inicial de leite seja pequena, ela é suficiente para atender as necessidades do bebê, agindo também como uma vacina natural.

2) Quanto mais o bebê mamar, mais leite você produzirá. Sugar o peito estimula a produção de leite. Não seja rígida com os horários das mamadas. Amamente sempre que sentir que o bebê está com fome, mesmo durante a noite. Deixe-o sugar até que fique satisfeito. A maioria dos bebês quando fica satisfeito abandona a mama e adormece.

3) Coloque o bebê na posição correta para mamar. Para que o bebê sugue bem ele deve estar em posição para abocanhar não só o mamilo (bico do peito), mas também grande parte da aréola (parte escura do peito), com o corpo totalmente junto ao da mãe (barriga com barriga).

Quando a criança pega o peito corretamente com a boca bem aberta, o leite sai em quantidade suficiente, engolindo tranquilamente

4) Cuide adequadamente das mamas.

Se aparecerem rachaduras: Exponha as mamas ao sol, antes das 10 horas, e depois das 16 horas, diariamente por cerca de 10 minutos, até cicatrizarem. Passe o próprio leite na área machucada.

Evite o uso de cremes e sabonetes nos mamilos. O próprio leite protege a pele evitando infecção. Troque o sutiã quando estiver molhado.

Ofereça sempre primeiro o peito que estiver menos rachado.

5) Retire o leite quando for necessário (ordenha)

Evite que a mama fique muito cheia. Se isso acontecer, retire o leite observando as seguintes recomendações:

- ✓ Ferva um frasco de vidro com tampa de plástico por 10 minutos, prenda os cabelos e lave bem as mãos, coloque os dedos onde termina a aréola e aperte várias vezes até o leite sair. Guarde o leite no frasco de vidro, na geladeira (12 horas), para consumo no mesmo dia, ou congelador/freezer (21 dias) ou doe a um banco de leite humano. Para aquecer o leite, use o banho-maria. O leite deverá ser dado ao bebê, de copinho ou colher, quando a mãe não estiver em casa.
- ✓ Não aplique bolsas de água quente na região dolorida. O banho quente também deve ser evitado. Isso até alivia

momentaneamente, mas depois a situação pode piorar porque o calor estimula ainda mais a produção de leite.

✓ Após a ordenha aplicar compressa fria.

✓ A retirada do alimento por **b o m b i n h a** de sucção não é indicado. Procure sempre fazer a ordenha

6) Nunca use bicos, chupetas, chuquinhas ou mamadeiras.

O uso de chupeta e bicos artificiais podem prejudicar o desenvolvimento harmonioso dos músculos da face e deformar a arcada dentária do bebê.

Pode prejudicar também a boa "pega" da aréola. Após sugar o bico artificial o bebê poderá ter dificuldade para colocar a mama na boca e sugar.

Chupetas e bicos artificiais podem causar problemas fonoaudiológicos (fala e audição), fazendo também com que o bebê largue mais cedo o peito.

7) Tome líquidos, alimente-se e descanse sempre que possível.

8) Só tome medicamento com ordem médica.

9) Continue a amamentação se possível até os 2 anos de idade ou mais.

Todo bebê deve ser amamentado exclusivamente no peito de 4 a 6 meses de vida e continuar mamando até 2 anos de idade, ao mesmo tempo em que são introduzidos os alimentos de uso da família.

10) Conheça os direitos da mãe trabalhadora.

A mãe que trabalha fora tem direito a licença maternidade de 120 dias;

Quando retornar ao trabalho, há 2 descansos

remunerados de 30 minutos por dia para amamentar seu filho, até os 6 meses de idade.

Atenção! Se por algum motivo você não puder amamentar seu filho, não ofereça o peito de outra mãe.

Procure um banco de leite ou um profissional de saúde para orientá-la, sempre que existirem dúvidas.





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

DISCIPLINA: INT 5134 – ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

A prática assistencial intitulada: "Amamentação materna: uma proposta assistencial direcionada ao ser-puerpera adolescente e sua família, fundamentada na Teoria do Autocuidado de Dorothy Orem", incluindo todas as etapas que a envolvem, tais como a elaboração do projeto, sua execução, elaboração e apresentação do relatório final (escrito e oral), desenvolvida com muito entusiasmo, competência, ética e dedicação pelos acadêmicos Evandro Isensee e Viviane de Souza, cumpre no meu entender, de maneira notória, o último requisito para que os mesmos possam obter o título de ENFERMEIRA.

Em todo o processo os acadêmicos demonstraram capacidade de articulação teórico-prática, habilidade nos relacionamentos interpessoais e domínio dos conteúdos envolvendo a área de atuação, o que contribuiu sobremaneira para seus crescimentos profissional e pessoal, transcendendo em muito os objetivos do estudo e da disciplina.

Foi muito prazeroso e um privilégio orientá-los.

Prof: Evanguêlia Kotzius Athayde
Lina dos Santos

06/07/2004