

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



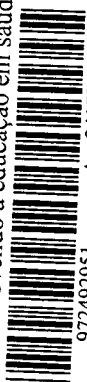
**PROMOVENDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE À
PUÉRPERA, RECÉM-NASCIDO E SUA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE CASUARINA**

FLÁVIA ROCHA RODRIGUES
RENATA PACHECO
STELA CANDIDO CHIODELLI

N.Cham. TCC UFSC ENF 0400

Autor: Rodrigues, Flávia

Título: Promovendo a educação em saúde à



972492951

Ac. 241732

Ex.1 UFSC BSCCSM CGSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0400
Ex.1

Florianópolis, fevereiro de 2003.

**FLÁVIA ROCHA RODRIGUES
RENATA PACHECO
STELA CÂNDIDO CHIODELLI**

**PROMOVENDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE À PUÉRPERA , RECÉM-
NASCIDO E SUA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BIGUAÇU**

**Relatório de estágio de conclusão de
curso da disciplina Enfermagem
Assistencial Aplicada, da VIII
Unidade Curricular do Curso de
Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa
Catarina.**

Orientadora: Ivonete T. B. Heidemann

Supervisora: Giseli dos Santos

Florianópolis, fevereiro de 2003.

AGRADECIMENTOS

À Deus...

Pela vida, por estar sempre conosco guiando e iluminando nossos caminhos.

Aos nossos pais: Silvio e Bia, Antônio e Neide, Odalgir e Iara...

Pelo amor incondicional, estímulo, ânimo e fé. Por todo apoio, pelo desejo de nos ver "grandes e vencedoras". Vocês são parte do nosso sucesso.

Aos nossos irmãos: Jana e Ju, Quel, Gabi e Fefo...

Pelo incentivo, pela certeza da mão estendida, pela paciência e palavra amiga. Obrigada!

Aos amores: Emanuel, Glauco e Guilherme...

Obrigada pelo companheirismo, por estar ao meu lado, pelo carinho ao ouvir o chamado, pelo amor e pela cumplicidade que nem se explica, apenas se vive...

Aos amigos...

Por serem amigas e companheiras nas horas alegres e tristes, pelos momentos que passamos juntas, momentos que farão com que estejamos presentes uns para os outros, na memória e no coração.

À nossa orientadora Ivonete...

Pela amizade, incentivo, por compartilhar conosco suas alegrias e angústias, conhecimentos e experiências, dando coragem para continuar a caminhada.

À nossa supervisora Giseli...

Pelo carinho, disponibilidade em ajudar e pelas valiosas contribuições. Obrigada por vivenciar e compartilhar conosco essas experiências.

À Eliana Farias...

Por ter disponibilizado o campo de estágio, pelas significativas contribuições ao nosso trabalho, pelo apoio e estímulo.

À Unidade Mista de Saúde...

Pela receptividade e carinho que sempre nos receberam, pela compreensão, paciência e confiança depositada.

Às famílias...

Por compartilharem seus saberes e vivências, por depositarem em nós confiança e enriquecerem nossas vidas. Vocês são responsáveis pela concretização do nosso trabalho.

RESUMO

Este trabalho trata-se de um relatório de estágio de conclusão de curso de graduação em enfermagem, desenvolvido na Unidade Mista de Saúde do município de Biguaçu, suas maternidades de referência e domicílio das famílias que vivenciam o período pós-parto. Teve como objetivo promover o atendimento à puérpera, recém-nascido e sua família a partir do primeiro encontro nas maternidades de referência do município de Biguaçu, baseados nos princípios de educação em saúde, contribuindo na diminuição da mortalidade infantil, permitindo que a saúde seja reconhecida como um direito à cidadania. Utilizamos o referencial teórico de Paulo Freire, por tratar-se de um processo educativo em que o saber se constrói juntos, educando e educador, que ocorre a partir da situação presente. Este estudo favoreceu-nos perceber que as transformações familiares desta etapa de vida, vão além de modificações anátomo-fisiológicas, compreendendo o contexto político, social, cultural e econômico, que estes indivíduos pertencem. O exercício de realizar educação em saúde como forma de cuidado, permitiu que percebêssemos a dimensão do trabalho de enfermagem enquanto prática social. A enfermagem tem um papel fundamental no cuidado à puérpera, recém-nascido e sua família, devendo ser este, realizado de forma partilhadora, respeitando a individualidade do outro, crenças e valores das famílias atendidas.

SUMÁRIO

Resumo.....	05
1 INTRODUÇÃO.....	08
2 OBJETIVOS PROPOSTOS.....	10
2.1 <i>Objetivo Geral</i>	10
2.2 <i>Objetivos Específicos</i>	10
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
3.1 <i>A Estratégia Gera Bebê Cidadão</i>	11
3.1.1 <i>Como Surgiu a Proposta</i>	11
3.1.2 <i>A Estratégia Gera Bebê Cidadão e o SUS</i>	12
3.1.3 <i>Passos da Estratégia Gera Bebê Cidadão</i>	17
3.1.4 <i>A História da Estratégia Gera Bebê Cidadão</i>	18
3.1.5 <i>A Estratégia Gera Bebê Cidadão e sua Articulação com a Estratégia de Saúde da Família</i>	19
3.1.6 <i>Dificuldades e Conquistas da Estratégia Gera Bebê Cidadão</i>	20
3.1.7 <i>Nossa Percepção sobre a Estratégia Gera Bebê Cidadão</i>	21
3.2 <i>Saúde da Família</i>	21
3.3 <i>Puerpério</i>	22
3.3.1 <i>Manifestações do Pós-Parto Imediato</i>	22
3.3.2 <i>Cuidado e Educação no Puerpério Imediato</i>	24
3.4 <i>A Amamentação em atenção primária a Saúde</i>	25
3.4.1 <i>Benefícios do Aleitamento Materno</i>	25
3.4.2 <i>Duração Recomendada</i>	26
3.4.3 <i>Cuidado e Educação na Amamentação</i>	27
3.4.4 <i>Dificuldades no período da Lactação</i>	28
3.4.5 <i>Início, Duração e Alternância das Mamadas</i>	31
3.5 <i>Acompanhamento da Puérpera/Recém nascido e sua Família em Atenção primária a Saúde</i>	32
3.6 <i>Planejamento Familiar</i>	32
3.6.1 <i>Métodos Contraceptivos Apropriados para a Nutriz</i>	33
3.7 <i>Período Neonatológico</i>	35
3.7.1 <i>Características Físicas e Fisiológicas do Recém Nascido</i>	35
3.7.2 <i>Avaliação Física do Recém Nascido</i>	44
3.7.3 <i>Cuidados com o Recém Nascido em Domicílio</i>	48
4 O REFERENCIAL TEÓRICO.....	50
4.1 <i>Um pouco da História de Paulo Freire</i>	50
4.2 <i>O método de Paulo Freire</i>	51
4.3 <i>Conceitos</i>	52
4.4 <i>O Itinerário</i>	54
4.5 <i>Trabalhando com Paulo Freire</i>	55
4.6 <i>Sete Teses sobre Educação para a Participação</i>	56
4.7 <i>Educação e Saúde</i>	60
4.8 <i>Visita Domiciliária</i>	61
5 METODOLOGIA APLICADA.....	64
5.1 <i>Aspectos Gerais do Campo de Estágio</i>	64
5.1.1 <i>A Unidade Mista de Saúde</i>	67

5.2 População Alvo.....	69
5.3 Percurso Metodológico.....	69
5.4 Ética.....	70
6 PLANO DE AÇÃO.....	72
6.1 Objetivo 1.....	72
6.2 Objetivo 2.....	73
6.3 Objetivo 3.....	74
6.3.1 O momento do Acolhimento nas Maternidades.....	74
6.3.2 O Momento da Visita Domiciliar.....	76
6.3.3 Refletindo sobre o Processo de Educação e Saúde das Visitas Domiciliares.....	78
6.4 Objetivo 4.....	81
6.5 Objetivo 5.....	82
6.6 Objetivo 6.....	82
6.7 Objetivo 7.....	82
6.8 Atividades Complementares.....	83
7 CRONOGRAMA.....	85
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS.....	89
APÊNDICES.....	92
ANEXOS.....	146
PARECER FINAL DO ORIENTADOR	

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde adotado em qualquer sociedade reflete, de modo geral, como compreendemos a saúde. Pensando nisto, optamos pela realização do trabalho de conclusão de curso, no município de Biguaçu, considerando que, o sistema de saúde neste local, prioriza ações de promoção, prevenção, informação e educação em saúde, sem deixar de estender as ações de cura e reabilitação.

Outro aspecto que nos levou a optar por este município, foi a receptividade e acolhimento que tivemos pelos profissionais de saúde, demonstrando envolvimento e interesse com a realização do trabalho.

Percebemos por meio de nossas experiências e práticas durante o período da Graduação em Enfermagem, a necessidade de focalizar ações efetivas dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), no cuidado com as puérperas, recém-nascidos e suas famílias, pois durante a realização de estágio curricular em maternidades, sentimos a necessidade de dar maior atenção à puérpera, principalmente nos cuidados com o recém-nascido e nas transformações biopsicossociais que o processo de nascimento reflete.

Segundo Chiesa & Veríssimo (2001, p.35), a ESF constitui-se numa estratégia de reorganização do modelo assistencial, estruturado a partir do fortalecimento da atenção à saúde, da ênfase na integralidade da assistência, no tratamento do indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade, do aumento da capacidade resolutiva da rede básica de atenção, da vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade, e da perspectiva de promover uma atenção intersectorial.

Este mesmo autor afirma que, nesta visão, as ações educativas admitem um novo caráter, mais adepto aos princípios e diretrizes do SUS¹, destacando-se o Direito à Saúde como eixo norteador e a capacidade de escolha do cliente torna-se uma condição indispensável.

¹ Os princípios fundamentais e básicos do SUS são assim conceituados:

- *Universalidade* - garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a toda e qualquer serviço de saúde, seja ele público ou contratado pelo Poder Público.
- *Equidade* - garantia de acesso de qualquer pessoa em igualdade e condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema, assim como a garantia de que as ações coletivas serão dirigidas por prioridades ampla e publicamente reconhecidas.
- *Integralidade* - cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade; as ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação de saúde, da mesma forma, constituem-se em um todo, não podendo ser compartimentalizadas; as unidades constitutivas do sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral.

Sob esta nova ótica, desenvolvemos cuidados e educação em saúde da puérpera, recém-nascido e famílias, a integralidade das ações previstas pelo SUS/PSF dentro da Estratégia Gera Bebê Cidadão. Esta Estratégia visa ações dirigidas ao RN, acolhimento à vida, começando já durante a gravidez, com atendimento qualificado à mulher numa relação dialógica, garantindo à mesma, sua consulta pós-natal e atendimento especial à criança no seu primeiro ano de vida, nas unidades de saúde e no domicílio.

Segundo Esmeraldino (1998, p.20), a utilização de um referencial teórico torna-se uma direção no desenvolvimento da prática assistencial educativa de enfermagem. Assim, com intuito de compreender as questões educativas que compõem o papel do enfermeiro, na busca de uma prática de ação e reflexão voltada para a transformação da realidade, consideramos o referencial de Paulo Freire o método mais apropriado, acreditando que neste processo educativo, o educador se constrói junto com o educando, no qual ambos caminham juntos.

A realização do trabalho deu-se no período de 25 de setembro à 20 de dezembro, na Unidade Mista de Saúde do município de Biguaçu e Maternidades Carmela Dutra, Hospital Regional e Hospital Universitário.

Os recursos utilizados para o alcance dos objetivos propostos, foram o acolhimento precoce à puérpera e seu bebê na maternidade. Este acolhimento visa oferecer suporte e apoio necessários neste período, coletando dados do RN, assim como marcação da primeira consulta da puérpera e bebê; visita domiciliar no pós-natal à família; primeira consulta à puérpera e RN; vacinação do RN no período neonatal; Teste do Pezinho.

Assim, este relatório de estágio de conclusão de curso de graduação em enfermagem retrata o trabalho desenvolvido no município de Biguaçu, com as puérperas, recém-nascidos e suas famílias, inseridos na comunidade.

2.OBJETIVOS PROPOSTOS

2.1 Objetivo Geral

Promover o atendimento à puérpera, recém-nascido e sua família a partir do primeiro encontro nas maternidades de referência do município de Biguaçu, baseados nos princípios de educação em saúde, contribuindo na diminuição da mortalidade infantil, permitindo que a saúde seja reconhecida como um direito à cidadania.

2.2 Objetivos Específicos

1. Conhecer a realidade do contexto social e familiar das puérperas e seus bebês em conjunto com a equipe de saúde e agentes comunitários do município de Biguaçu.
2. Adquirir habilidades para a realização da assistência de Enfermagem à puérpera e seu bebê.
3. Desenvolver cuidado e educação em saúde à puérpera, recém-nascido e sua família, a partir dos princípios do SUS/PSF e Estratégia Gera Bebê Cidadão.
4. Aprofundar o conhecimento sobre os temas abordados no projeto, e os que emergirem durante o desenvolvimento da prática.
5. Compartilhar os resultados do trabalho com a Secretaria de Saúde de Biguaçu, equipe de saúde e Agentes Comunitários de saúde.
6. Contribuir na elaboração do Cartão de Acompanhamento da Criança do município de Biguaçu.
7. Contribuir na elaboração de um roteiro "dicas" a ser utilizado no momento do atendimento mãe/filho, durante o acolhimento nas maternidades e visitas domiciliares.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O nascimento, na espécie humana, concretiza-se e se estrutura na relação entre o homem e a mulher e, em função disto, se estabelece os papéis paternos, maternos, filiais, fraternos, entre outros. Frente a isto, é prioritário que os enfermeiros que atuam na assistência à saúde considerem em suas ações e intervenções o contexto familiar, as funções desempenhadas para cada membro que compõe a família, bem como a dinâmica própria nela estabelecida. O nascimento é um fator desencadeante de mobilização e transformação do contexto familiar, levando, quase sempre a uma nova ordem familiar e, por isso, deflagrador de crises de transformação em todos os seus membros (SILVA & KIMURA, 2001, p.74).

Optamos por abordar a assistência de Enfermagem no período pós-parto, destacando seus protagonistas principais, a mulher/puérpera/mãe e seu recém-nascido/filho, em suas dimensões biológicas; acolhendo e buscando soluções junto à mãe, recém-nascido, família e comunidade para as questões afetivas, culturais, econômicas e sociais que fazem parte do contexto da atenção à saúde no período pós-parto, pois estes interferem no desenvolvimento saudável da família em fase de aquisição. Assim, é imprescindível a habilidade comunicativo-educacional por parte do profissional de saúde, além da capacitação técnica no manejo clínico do trinômio mãe/filho/família.

Nesta revisão, iremos expor conteúdos pertinentes à realização da educação em saúde da puérpera, recém-nascido e sua família, sob a ótica do Programa Gera Bebê Cidadão, que caminha junto à Estratégia Saúde da Família.

3.1 A Estratégia Gera Bebê Cidadão

3.1.1 *Como surgiu a proposta*

A Estratégia Gera Bebê Cidadão (EGBC)² iniciou em 15 de maio de 2002, sendo fortalecida em Chapecó quando a secretária da saúde de Biguaçu Eliana Farias realizou consultoria de acolhimento. Observou nesse município, o Programa "Controle Nascer em Chapecó, e outras experiências no país que apresentam importantes resultados na diminuição da mortalidade infantil, aumento da cobertura vacinal, adesão das mães ao

² *Através de entrevista realizada com a Secretária Municipal de Saúde de Biguaçu, no período de outubro a novembro de 2002, foram coletados dados referentes a história, filosofia, objetivos, passos, de como está sendo estruturada a Estratégia Gera Bebê Cidadão.*

aleitamento exclusivo, pelo até aos seis meses de idade, o qual é realizado pela Vigilância Epidemiológica, e visa ações voltadas à gestante, recém-nascido, puérpera e sua família, com o acompanhamento destes, desde o pré-natal até o pós-natal. Este Programa inclui durante o acolhimento nas maternidades às puérperas e seus bebês, a aplicação das vacinas, garantindo um aumento da cobertura vacinal neste período.

A idéia surgiu da própria secretária de saúde de Biguaçu, de acordo com a avaliação de três indicadores epidemiológicos: alta mortalidade infantil, baixa cobertura vacinal e baixa cobertura do pré – natal, conforme dados do DATASUS. (www.datasus.com.br)

Assim, a EGBC foi pensada com o objetivo de reverter estes índices, assistindo e acompanhando a mãe, o bebê e sua família no pré-natal e no período pós-natal.

3.1.2 *A Estratégia Gera Bebê Cidadão e o SUS*

A EGBC está fundamentada nos princípios de vigilância epidemiológica e vigilância da saúde que propõe o Sistema Único de Saúde (SUS).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em Brasília, em março de 1986, teve por temática o direito à saúde como parte da cidadania, o financiamento setorial e a reorganização do setor em um Sistema Único de Saúde, consagrando-se uma visão ampla de saúde, a saúde coletiva, entendida como resultante das condições de vida e trabalho dos cidadãos.

A saúde, em seu sentido mais abrangente, foi considerada como "resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas". (Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987, p.382)

O financiamento do setor, conforme esta Conferência, deverá ser constituída um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos Fundos Sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituíram o Fundo Único Federal de

Saúde. A nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira análoga.

O conceito de saúde e a necessidade de reestruturação do setor com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional, separando saúde de previdência, com estatização progressiva através de uma ampla Reforma Sanitária, foram avanços na perspectiva de acumular forças para a efetivação desta reforma.

Segundo Neto (1991), embora tenha representado um marco importante para o avanço de uma proposta comum aos setores que defendiam a perspectiva da seguridade social, as resoluções aprovadas na VIII Conferência pouco foram implementadas na prática. A Comissão Nacional da Reforma Sanitária foi progressivamente esvaziada refletindo a debilidade do projeto progressista frente aos grupos liberais.

Com a promulgação da Constituição, em outubro de 1988, o SUS é instituído nos artigos 196 e 200, no capítulo da Ordem Social, que conceitua saúde como:

A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal, 1988, art. 196)

A Constituição aprovada em 1988 resgatou as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado posteriormente pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) n.o 8.080 e n.o 8.142 de 1990. Por essas leis, foram consagrados os princípios fundamentais já incluídos na Constituição: a saúde como direito civil, ou seja, direito do cidadão e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde, considerando a sua determinação social, a construção do SUS, assegurando os princípios da universalidade, igualdade e integralidade; direito à informação sobre sua saúde; a participação popular; a descentralização político-administrativo, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.

Segundo Santos (1998, p.29), baseados nos preceitos constitucionais, os princípios básicos fundamentais na delimitação do SUS foram assim conceituados:

- **Universalidade** - garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a toda e qualquer serviço de saúde, seja ele público ou contratado pelo Poder Público.

- **Equidade** - garantia de acesso de qualquer pessoa em igualdade e condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema, assim como a garantia de que as ações coletivas serão dirigidas por prioridades ampla e publicamente reconhecidas.
- **Integralidade** - cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade; as ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação de saúde, da mesma forma, constituem-se em um todo, não podendo ser compartimentalizadas; as unidades constitutivas do sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral.

De acordo com Santos (1998, p.30), quanto a lógica organizativa, o SUS deve se basear nas seguintes diretrizes:

Regionalização e Hierarquização – os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Devem oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um grau ótimo de resolutividade. O acesso da população à rede deve se dar através dos níveis primários de atenção, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas. Os demais deverão ser referenciados aos serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Resolutividade – é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente, esteja capacitado tecnicamente e habilitado político-administrativamente para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência. Isso significa que um serviço de nível primário, não deve ser de baixa qualificação, mas apenas de baixa incorporação tecnológica e que deva estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde.

Descentralização – é entendida como uma redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é da alçada de um município deve ser de

responsabilidade do governo municipal, o que abrange um estado deve estar sob a responsabilidade do governo estadual, e o que for de abrangência nacional é de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde: é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde, diretamente voltadas aos seus cidadãos.

Participação dos cidadãos – é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participa do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde federal até local. Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde com representação partidária de usuários e governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços. Outra forma de participação são as Conferências de Saúde periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições oferecerem as informações e os conhecimentos necessários a que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.

Complementariedade do setor privado – a Constituição definiu que, quando for necessário contratar serviços privados por insuficiência do setor público, isso deve se dar sob algumas condições: a celebração de contrato conforme as normas de direito público, ou seja, o interesse público prevalece sobre o particular, e a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios de universalidade e equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, a atua em nome deste.

A promulgação da lei 8.080, que instituiu, em 1990, o Sistema Único de Saúde - SUS, teve importantes desdobramentos na área de vigilância epidemiológica. O texto legal manteve o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - SNVE, oficializando o conceito de vigilância epidemiológica como "um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos". Embora essa definição não modifique a essência da concepção até então adotada pelo SNVE, ela faz parte de um contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, que prevê a integralidade preventivo-assistencial das ações de saúde, e a consequente eliminação da

dicotomia tradicional entre essas duas áreas que tanto dificultava as ações de vigilância. Além disso, um dos pilares do novo sistema de saúde passou a ser a descentralização de funções, sob comando único em cada esfera de governo - federal, estadual, municipal o que implica no direcionamento da atenção para as bases locais de operacionalização das atividades de vigilância epidemiológica no país.

Dessa forma, a orientação atual para o desenvolvimento do SNVE estabelece, como prioridade, o fortalecimento de sistemas municipais de vigilância epidemiológica dotados de autonomia técnico-gerencial para focar os problemas de saúde próprios de suas respectivas áreas de abrangência. Espera-se, assim, que os recursos locais sejam direcionados para atender, prioritariamente, às ações demandadas pelas necessidades da área, em termos de doenças e agravos que lá sejam mais prevalentes. Nessa perspectiva, a reorganização do SNVE deve pautar-se nos seguintes pressupostos, que resultaram de amplo debate nacional entre os técnicos da área, com base nos preceitos da reforma sanitária instituída e implementação no país:

- heterogeneidade do rol de doenças e agravos sob vigilância no nível municipal, embora apresentando, em comum, aquelas que tenham sido definidas como de interesse do sistema nacional e do estadual correspondente;
- distintos graus de desenvolvimento técnico, administrativo e operacional dos sistemas locais, segundo o estágio de organização da rede de serviços em cada município;
- incorporação gradativa de novas doenças e agravos - inclusive doenças não transmissíveis - aos diferentes níveis do sistema;
- fluxos de informações baseados no atendimento às necessidades do sistema local de saúde, sem prejuízo da transferência, em tempo hábil, de informações para outros níveis do sistema;
- construção de programas de controle localmente diferenciados, respeitadas as bases técnico-científicas de referência nacional.

“A vigilância da saúde é uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde”(MENDES, 1999).”

A vigilância da saúde, como prática sanitária, resposta social organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, organiza os processos de trabalho em

saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção. Essas estratégias resultam da combinação de três grandes tipos de ações:

- **A promoção da saúde:** saúde como produto social e como fonte de riqueza de um viver cotidiano deve ter a ação comunitária no controle do próprio destino. (Carta de Ottawa, 1986)
- **A prevenção de enfermidades e acidentes:** organiza-se como modo de olhar e estruturar intervenções, prevenindo e atuando sobre problemas específicos ou sobre grupo deles, de modo a alcançar indivíduos ou grupo em risco de adoecer ou acidentar.
- **A atenção curativa:** destinada a cura ou cuidado dos doentes, prolongamento da vida para a diminuição das dores e para a reabilitação das seqüelas (mais especificamente nos indivíduos do que grupos).

A prática sanitária de vigilância a saúde deve estar fíncada em três pilares básicos:

- **O território:** transcende à superfície-solo, para instituir-se como território de vida pulsante, de conflitos de interesses, de projetos e de sonhos.
- **O problema de saúde:** o enfoque por problema implica em considerar dois pontos: a diferença entre problema e paisagem, onde o processo de análise da situação de saúde, não pode ser compreendido como a realidade aparente do cotidiano das condições de vida, mas visualizar na sua essência. Outro ponto é o enfoque de problemas por programas. É o enfoque dos problemas de saúde por doenças (hanseníase, tuberculose, hipertensão), por categorias profissionais (enfermagem), por atividades sanitárias (vigilância sanitária e epidemiológica), por inserção no mercado de trabalho (saúde do trabalhador) ou por grupos étnicos (saúde do índio).
- **A intersectorialidade:** exige a ação de distintos setores. A ação intersectorial implica tomar problemas concretos, de gente concreta, em territórios concretos. A intersectorialidade, não será, nunca, instituída nos gabinetes, em mesas de reunião distanciada dos problemas que emergem na concretude dos territórios.

3.1.3 *Passos da EGBC*

A Estratégia Gera Bebê-Cidadão prevê quatro passos:

1. Captar precocemente a gestante no domicílio a partir das indicações dos agentes comunitários de saúde.

2. Garantir um pré-natal adequado, oferecendo à mãe condições de uma gestação isenta de riscos e condições de ser e gerar um filho cidadão e saudável, com a proteção da mãe e estímulos da equipe para a proteção e manutenção da saúde.

3. Garantir um parto humanizado. Apesar do município de Biguaçu não possuir uma maternidade, ele dá garantia de acesso a um parto humanizado nas maternidades de referência de Biguaçu: Hospital Regional, Maternidade Carmela Dutra e Hospital Universitário.

4. Acolhimento nas maternidades. Permite que a família perceba que tem direito à saúde. Assegura a mãe e sua família o agendamento da primeira consulta do binômio mãe-bebê, o teste do pezinho e a vacinação, estimulando a percepção da família quanto a importância do acompanhamento em saúde.

Após o acolhimento realizado ao binômio nas maternidades, as informações são repassadas para a vigilância epidemiológica e para as equipes de saúde da família, responsáveis pela comunidade a qual os mesmos estão inseridos.

A equipe espera que a mãe e o recém-nascido venham até a unidade de saúde para realizar o teste do pezinho, a primeira consulta do RN e da puérpera e a vacinação, caso isso não ocorra é agendado uma visita domiciliar para esta família.

3.1.4 A história da EGBC

Segundo relato de Faria, a idéia da implantação da EGBC, no município de Biguaçu começou já em 2001, mas somente em 2002 teve seu início.

Desde o início, contou-se com um veículo da vigilância epidemiológica para transportar os funcionários responsáveis pelo acolhimento nas maternidades. A primeira pessoa que realizava o acolhimento era uma funcionária da vigilância epidemiológica, que tinha conhecimentos de sala de vacina e epidemiologia.

No momento do acolhimento nas maternidades é preenchida uma ficha (anexo 1), que foi elaborada pela Secretária de Saúde do município de Biguaçu e por uma funcionária da vigilância epidemiológica. Esta ficha foi sendo implementada por outras pessoas a partir das necessidades sentidas.

De acordo com Farias, 2002, o primeiro contato com as maternidades de referência de Biguaçu não foi um processo fácil, havendo alguns empecilhos administrativos para a realização da tarefa proposta pela EGBC na maternidade: acolhimento.

Conforme relata Farias, 2002, inicialmente, levava-se até a maternidade somente à vontade de acolher a mãe e o bebê, de forma humana e ética. Depois presenteou-se a mãe com uma lembrança e posteriormente buscou-se a colaboração de patrocinadores para a confecção de uma bolsa, contendo gazes, álcool 70%, cotonetes e toalha de boca. Esta bolsa é simbólica, o importante é que a família saiba do direito à saúde, e quanto mais próximo da sua casa possível. A partir do trabalho que vinha sendo desenvolvido com a EGBC, formou-se um grupo de voluntárias que confeccionam o enxoval do bebê, para doar às famílias mais carentes.

Os personagens mais importantes da EGBC são:

- O técnico da vigilância epidemiológica,
- A equipe de enfermagem que acolhe no pré e pós-natal: médico, enfermeira, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde.
- O sistema de informação do município, que é um elemento importante para o gestor planejar e tomar decisões políticas de saúde adequadas.

3.1.5 *A EGBC e sua articulação com a ESF*

A Estratégia Gera-Bebê-Cidadão está articulada com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que realiza captação precoce das gestantes no domicílio, consulta de pré-natal, consulta puerperal e pediátricas, vacinação, teste do Pezinho, visitas domiciliares, articula-se também com outros serviços oferecidos nas Unidades de Saúde, como consultas com outros profissionais que não pertencem a equipe da Estratégia Saúde da Família e marcação de exames. Assim, a EGBC e a ESF, caminham juntas, garantindo à comunidade de Biguaçu, o direito à saúde, ao ser saudável e a possibilidade do exercício de sua cidadania.

O Ministério da Saúde, em 1994, implantou a Estratégia Saúde da Família – ESF, com o intuito de reorientação do modelo brasileiro vigente, que valorizava os princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia a integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo a participação da comunidade.

Somente a partir de 1995, que a ESF passa a ser incorporado pela Secretaria de Assistência à Saúde e iniciou uma trajetória importante para sair da condição “periférica” no MS, e que o levou a ocupar hoje um espaço de prioridade.

A ESF vem sendo implantado em todo o Brasil, como importante estratégia para reordenação da atenção básica em saúde e reorientação do SUS. Prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua.

O objetivo da ESF é melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência voltado para a comunidade, conforme os princípios do SUS. Esta Estratégia, faz com que a família passe a ser o principal objeto de atenção, entendida a partir de seu ambiente social e cultural onde vive.

Para maiores esclarecimentos sobre a história, objetivos e princípios da Estratégia Saúde da Família, segue as informações no anexo 2.

3.1.6 Dificuldades e conquistas da EGBC

Para Farias, 2002, algumas dificuldades ainda são percebidas na implantação efetiva da EGBC, como: a realização de ultra-sonografias, já que as empresas não querem se credenciar ao SUS, impossibilitando o adequado pré-natal; garantia do parto humanizado, fugindo da governabilidade do município de Biguaçu, devido a não existência de maternidades neste; e falta de recursos financeiros para impulsionar e efetivar a EGBC.

Apesar desta estratégia ainda estar em implantação, já obteve resultados significativos na saúde, como a cobertura de 90% dos recém-nascidos captados nas maternidades, com a garantia no agendamento das consultas, aumento da cobertura vacinal e Teste do Pezinho, engajamento da equipe de VE e ESF, e reforço do vínculo entre os munícipes e os serviços de saúde oferecidos, segundo informações obtidas na Secretaria de Saúde de Biguaçu. Os dados dos óbitos, conforme DATASUS, indicam que houve uma melhora no atendimento pré-natal, especialmente depois da implantação da estratégia Gera Bebê Cidadão, além da Estratégia Saúde da Família.

Óbitos por Ano do Óbito segundo Idade < 1 Ano					Tipo de Óbito: Não Fetal
Município Resid: Biguacu					
Idade < 1 Ano	2000	2001	2002	Total	Período 2000-2002
TOTAL	12	14	7	33	
< 7 dias	9	9	3	21	
7-27 dias	1	1	2	4	
28d-<1ano	2	4	2	8	

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade-SIM

Farias, 2002, refere que, a Estratégia Gera-Bebê-Cidadão, está em processo, sendo aprimorado a cada passo que se dá, a partir das necessidades encontradas, é preciso “fazer o caminho caminhando”.

3.1.7 Nossa Percepção sobre a Estratégia Gera Bebê Cidadão

Percebemos que a Estratégia Gera Bebê Cidadão, ainda não é conhecida pelos profissionais de saúde em todo seu conteúdo. A maioria pensa que esta estratégia refere-se apenas ao acolhimento realizado nas maternidades, não sabendo realmente o que ela prevê. Sugerimos que para o engajamento dos profissionais de saúde, e completo sucesso dos objetivos propostos com esta estratégia, seja dialogado com estes a respeito do Gera Bebê Cidadão, expondo sua finalidade, objetivos, passos, filosofia e dificuldades. Para que então, com a equipe mais envolvida com a proposta, possam juntos tentar solucionar problemas e sanar dificuldades.

Acreditamos na importância da Estratégia Gera Bebê Cidadão, principalmente pelo significado que ela representa às famílias acolhidas e nas possíveis alterações nos índices epidemiológicos, como a diminuição da mortalidade infantil e materna, aumento da cobertura vacinal, aumento da realização do Teste do Pezinho, assim como uma maior adesão das mães ao aleitamento exclusivo, até aos seis meses de idade. Esta estratégia, promove um vínculo entre as famílias que vivenciam o período pós-parto e a rede primária de saúde, promovendo um viver saudável à comunidade.

3.2 Saúde da família

Saúde da família tem sido descrita como um estado ou processo da pessoa como um todo, em interação com o ambiente, sendo que a família representa um fator significativo no ambiente. A análise da saúde da família deve incluir simultaneamente saúde e doença, além de indivíduo e coletivo. Algumas definições de saúde da família incluem a saúde individual dos membros da família e o bom funcionamento da família na sociedade, que envolve muito mais do que saúde física. É por isso que saúde da família também se refere ao funcionamento da família. (ANGELO & BOUSSO, 2001, p. 14)

Devemos compreender a família como a mais constante unidade de saúde para seus membros. Devido a sua proximidade e familiaridade com rotinas e convivência, a família

tem melhores condições para detectar e acompanhar processos de saúde e doença de seus membros, que muitas vezes possam passar despercebidas aos outros.

A família não pode ser vista apenas como aquela que cumpre as ações determinadas por profissionais de saúde, e sim, como membro ativo na busca de soluções aos agravos a que estão acometidos, considerando suas crenças, opiniões e dúvidas. Com base nas informações obtidas, o profissional deve utilizar seu conhecimento juntamente com a família, e assim, adequar a melhor forma de cuidado e assistência possível.

Apresentaremos na continuidade desta revisão bibliográfica, o contexto biológico da situação vivenciada pelas puérperas, recém-nascidos e suas famílias, já que é um período em que ocorrem muitas modificações anátomo-fisiológicas, além daquelas sociais, políticas, culturais e econômicas. Para tanto, buscamos embasamento teórico sobre o assunto, para que no momento do diálogo e troca tivéssemos suporte teórico a cerca das transformações ocorridas neste período.

3.3 Puerpério

Para Rezende (1995) o puerpério, também chamado de sobre-parto ou pós-parto, é um período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna, que perduram até o retorno do organismo às condições vigentes antes da gravidez. A importância e extensão desses processos são proporcionais às transformações gestativas experimentadas e diretamente subordinadas à duração da gravidez.

Vokaer apud Rezende (1995), admite como tempo normal de duração do puerpério o período de seis a oito semanas que se sucede ao parto, dividido nos seguintes períodos:

- 1) Puerpério imediato: do 1º ao 10º dia após o parto.
- 2) Puerpério tardio: do 11º ao 45º dia após o parto.
- 3) Puerpério remoto: além do 45º dia após o parto.

3.3.1 Manifestações do pós-parto imediato

De acordo com Rezende (1995), no pós-parto imediato domina a crise genital; prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas da gravidez.

A poucas horas de distância do parto começam a retornar as vísceras à disposição anatômica habitual. O útero deve manter sua porção corporal firmemente contraída.

Para Cranley (1985), a involução uterina tem como causa principal a repentina queda dos níveis de estrogênio e progesterona, que desencadeia a liberação de enzimas proteolíticas no endométrio. Essas enzimas através de um processo de autólise transformam o material protéico das células endometriais em substâncias que são absorvidas e eliminadas na urina. A quantidade das células é preservada durante a involução uterina, mas há uma redução do seu volume. Em geral, a altura do fundo uterino diminui em média 0,7 a 1,5 cm por dia. Até o 10º dia o útero é um órgão abdominal, depois, retorna à cavidade pélvica, retomando sua posição original e suas dimensões anteriores à gestação.

A hemostasia da ferida placentária é assegurada pela retração e contração do miométrio. O elemento primordial da hemostasia é, no útero de consistência firme, chamado globo de segurança, que permite as ligaduras vivas de Pirnad, a constrição dos vasos parietais pelo miométrio bem contraído, fenômeno inaugurado com saída da placenta.

A vulva da recém-parida apresenta-se, pelo geral, edemaciada, anotando-se o apagamento dos pequenos lábios. Observam-se, amiúdes, pequenas rasgaduras, sobre tudo na comissura inferior. A vagina, além do edema, mostra-se muito congestionada pelo dobrada repleção de seus plexos venosos, em consequência à isquemia sofrida durante a permanência mais ou menos longa da apresentação fetal.

É também o ânus comprometido pelo estado congestivo, que invade todo o períneo, vendo-se comumente botões hemorroidários que tendem à regressão espontânea.

Na lactente, a involução uterina é mais rápida por exacerbarem-se, retração e contratilidade uterina, a cada amamentação. É o reflexo utero-mamário, pelo qual a estimulação dos mamilos e da árvore galactófora são despertadas as contrações uterinas, acusadas pela paciente como cólicas.

O processo de involução e regeneração da ferida placentária, da caduca parietal e das demais soluções de continuidade sofridas pela genitália no parto, vincula-se à produção e eliminação de considerável quantidade de exudato e transudato, os quais, de mistura com elementos celulares descamados e sangue, são conhecidos pela designação de lóquios.

De acordo com Cranley (1985), nos primeiros 3 a 4 dias, a secreção é de cor vermelho vivo, consistindo em grande quantidade de sangue e é então chamado de *lóquios*

rubros. Após 3 dias, é de cor rosada e serosa e é chamada *lóquios serosos*. Se a involução é normal, ao décimo dia, a cor passa a ser amarelada ou esbranquiçada, e é chamada de *lóquios brancos*. O odor normal característico dos lóquios assemelha-se ao do sangue menstrual, sendo o mau cheiro sugestivo de infecção.

Quando a mulher está deitada, os lóquios acumulam-se na porção baixa do útero e na vagina e são expelidos quando ela fica em pé. Deve ser esperado um aumento nas perdas vaginais logo que a puérpera retome suas atividades.

3.3.2 Cuidado e educação no puerpério imediato

A assistência de enfermagem no puerpério deverá levar em consideração a história de vida da puérpera e sua família, o tipo de parto, suas experiências, valores culturais, crenças e costumes.

O processo educativo deverá ser alicerçado no contexto sociocultural das famílias. Um dos pressupostos de Paulo Freire, segundo Brandão (1981 p. 21,22), é a idéia de que ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho. A educação deve ser um ato coletivo, solidário, um ato de amor, não pode ser imposta. Deve ser uma troca entre pessoas e nunca feita por um sujeito isolado, que supõe que possui todo o saber sobre aquele que, do outro lado, é obrigado a pensar que não possui nenhum. De lado a lado se ensina e se aprende.

Deverá ser dialogado com a família e puérpera sobre os cuidados a serem observados:

- Medidas higiênicas: de acordo com Rezende (1995 p.309), deve-se orientar a puérpera para que esta mantenha sempre a região perineal e vulvar limpa e seca, principalmente após cada micção e eliminações intestinais.

- Atividades físicas: deve-se encorajar a paciente a mover-se livremente no leito, logo após o secundamento e a exercitar, com freqüência, os membros inferiores. É aconselhável o levantar precoce entre períodos de repouso. A movimentação ativa a circulação e constitui a melhor profilaxia da síndrome tromboembólica, permitindo fácil escoamento dos lóquios, além de contribuir para que as funções vesicais e intestinais normalizem-se mais rapidamente. Deve-se estimular a puérpera para que realize exercícios físicos, visando recuperar o tônus da musculatura abdominal e perineal.

- Características fisiológicas e patológicas dos lóquios;

- Amamentação;
- Planejamento familiar;
- Consulta pediátrica e puerperal entre o 7º e o 10º dia;
- Imunização do bebê;
- Retorno da atividade sexual.

3.4 Amamentação em Atenção Primária à Saúde

De acordo com Carvalho & Tamez (2002), no Brasil, a alta da maternidade costuma ser precoce nos partos sem intercorrências, em geral, antes de a amamentação estar completamente estabelecida. As gestantes e mães permanecem durante muito mais tempo sob a influência da rede básica de saúde do que da rede hospitalar. Assim, constitui-se na principal responsável por acompanhar as gestantes no pré-natal e o binômio mãe-filho nos primeiros anos de vida do bebê, podendo desempenhar um papel importante no restabelecimento do hábito cultural da amamentação.

3.4.1 Benefícios do aleitamento materno

De acordo com Monticelli et al (2002), muitos benefícios do leite materno, como a proteção contra infecções, são mais evidentes se a amamentação for exclusiva nos primeiros meses, diminuindo os riscos de diarreia, infecções gastrintestinais e doenças respiratórias, pelo seu efeito protetor. Além disto, é importante do ponto de vista nutricional. A suplementação com outros alimentos e líquidos, diminui a ingestão de leite materno, o que pode ser desvantajoso para a criança, já que muitos alimentos e líquidos oferecidos são menos nutritivos que o leite materno, além de interferir com a biodisponibilidade de nutrientes chaves do leite materno, como o ferro e o zinco, e reduzir a duração do aleitamento materno.

Carvalho & Tamez (2002) afirmam que, o leite materno também reduz o risco de enterocolite necrotizante nos recém-nascidos e alergias, já que o trato gastrintestinal desenvolve-se mais rapidamente quando a amamentação é exclusiva, sem a introdução de proteínas estranhas no seu organismo.

Conforme estes mesmos autores, a amamentação exclusiva está associada a um coeficiente de inteligência mais elevado, menor incidência de morte súbita no berço, menor

risco de desenvolver diabetes, câncer e infecções de ouvido na infância; melhor resposta a vacinações e capacidade de combater doenças mais rapidamente; melhor desenvolvimento psicomotor emocional e social; além de diminuir a chance de vir a desenvolver problemas ortodônticos e dentais causados pelo uso de mamadeiras.

O componente emocional está intimamente ligado à amamentação, pois o contato entre o bebê e a mãe é consideravelmente maior, determinada por um processo de interação proporcionado por estímulos sensoriais, auditivos, táteis, visuais e emocionais.

Conforme Santos (2002), a amamentação é considerada tecnicamente natural, de fácil aprendizagem, higiênica e prática, economicamente barata e praticamente isenta de custos. Entre estas vantagens, também benefícios fisiológicos para a saúde da mulher que amamenta, como os fenômenos regressivos do puerpério (loqueação e involução uterina), que ocorre com a maior rapidez graças ao efeito do ocitocina, que age sobre a musculatura do útero, previne também a atonia uterina, hemorragia no pós-parto imediato; a amamentação reduz os riscos da mulher contrair anemia, câncer de mama e ovário, osteoporose e esclerose múltipla na pré-menopausa.

A amamentação exclusiva atrasa a volta da menstruação e ajuda a proteger o casal de uma nova gravidez.

Oferece a vantagem adicional de diminuir os custos da família dos estabelecimentos de saúde e da sociedade em geral, ao eliminar os gastos com leites artificiais e mamadeiras, e ao reduzir os episódios de doenças nas crianças e, como consequência, as faltas ao trabalho dos pais por doenças da criança.

Por todas as vantagens citadas, a promoção do aleitamento materno e em especial o exclusivo, é considerada uma das estratégias de maior custo/benefício.

3.4.2 Duração recomendada

A OMS recomenda amamentação exclusiva por 6 meses, pois traz benefícios para a mãe e o filho, sem prejudicar o crescimento da criança.

O principal argumento quanto à introdução precoce de alimentos diferentes do leite materno é o aumento da morbi-mortalidade, especialmente em locais com condições precárias de higiene. O consumo precoce de alimentos diminui a ingestão de leite materno e, conseqüentemente a oferta de fatores de proteção contra infecções existente no mesmo. Além disso, os alimentos podem ser uma

importante fonte de contaminação das crianças. (Carvalho & Tamez, 2002, p.12).

3.4.3 Cuidado e educação na amamentação

- Exame das mamas:

Examinar as mamas detalhadamente a fim de não só detectar alterações do parênquima mamário, como nódulos ou adenopatias, mas também verificar se existem má formações nos mamilos que possam impedir ou dificultar a sucção e ejeção do leite.

Observar o desenvolvimento e as modificações ocorridas nas mamas, comuns à gestação, quais sejam: crescimento dos Corpúsculos de Montgomery, alongamento e escurecimento da aréola; exacerbação da rede venosa das mamas (rede de Haller); explicar à paciente, cada modificação, bem como a fisiologia da lactação; enfatizar que a produção de leite é diretamente proporcional à sucção do complexo mamilo-areolar.

Sabe-se que a exposição dos mamilos ao sol, repetidas vezes e por tempo curto, torna-os mais resistentes às fissuras. Deve-se orientar a mãe que a higiene dos mamilos deve restringir-se ao momento do banho, evitando usar sabonetes que provoquem o ressecamento dos mesmos, bem como enfatizar o não uso de álcool e ou quaisquer substâncias que removam a camada protetora de gordura natural, que pode predispor assim, os mamilos a contaminações posteriores.

Indicar o uso contínuo de porta seios adequados, que englobem toda a mama, bem ajustados, porém não apertados, dando preferência a tecidos naturais (algodão, cotton) e cores claras, para que não retenham o calor e facilitem a transpiração.

- Ordenha manual

De acordo com Silva & Kimura (2000, p.72), a ordenha manual tem como objetivo limitar a pega e sucção realizada pelo RN, não oferecendo pressão sobre os mamilos e nem causando danos ao tecido papilar.

Deve ser realizada colocando os dedos indicador e polegar na borda areolar; pressionar delicadamente o polegar e o indicador, a fim de comprimir os seios lactíferos retroareolares; repetir o procedimento mudando a posição de pega da aréola, de modo que todas as ampolas lactíferas sejam drenadas.

- Avaliação da mamada

O que devemos observar segundo Silva & Kimura (2000, p.72):

- Posição materna – qualquer que seja a posição, a mãe deverá sentir-se confortável e segura para manter o bebê em seus braços durante o tempo da mamada.
- Posição do RN – o corpo da criança deverá estar voltado para o corpo da mãe, com seu tórax e abdome de frente para o peito materno, de forma que seu rosto esteja de frente para a mama e a boca no nível e de frente ao mamilo; apoiar o lactente com auxílio de travesseiro; manter os apoios do braço e mãos maternas nos ombros e quadril da criança; deixar o bebê livre para movimentar pernas, braços e cabeça.
- As mamas devem estar macias e os mamilos flexíveis
- Padrão de busca e apreensão do RN – estimular que o lactente abocanhe o conjunto mamilo-areolar; observar posicionamento dos lábios e aconchego do queixo na mama; estimular a manutenção da apreensão.
- Frequência e ritmo de sucção – quando o RN está mamando adequadamente, ele não apresenta encovamento de bochecha e mantém o lábio colado ao seio materno.
- Sinais de irritabilidade do bebê – choro alto e contínuo, movimento de pernas, braço e laterais da cabeça, denuncia algum desconforto da criança, que podem estar ocorrendo por uma posição inadequada no colo materno, por roupas apertadas ou desconfortáveis, por odores fortes. Observar a obstrução nasal.
- Comportamento materno – é importante a mãe manter-se calma e disponível para amamentar, o ambiente também deverá estar calmo, pois os sentimentos maternos em geral, são sentidos pelo bebê, que por sua vez, interfere no sucesso da amamentação.

3.4.4 Dificuldades no período da lactação

A paciente deve ser esclarecida quanto a dificuldades que poderão surgir no período da lactação, porém que serão todas contornadas, quando tratadas adequadamente, não impedindo que a amamentação prossiga. Conforme Carvalho & Tamez (2002), são elas:

Ingurgitamento mamário: aumento súbito e doloroso das mamas, que ocorre 2 ou 3 dias após o parto. É mais comum em primíparas devido o aporte sanguíneo aumentado e pelo edema da mama. Pode ser evitado com o início precoce da amamentação e maior

freqüência das mamadas, manutenção das mamas firmes e elevadas com porta seios bem ajustados, compressas frias entre as mamadas, para reduzir a vascularização, ou compressas mornas, ou duchas de água morna antes das mamadas, para facilitar a saída do leite.

• **Mamilos doloridos:** são muito comuns no início da amamentação, principalmente em mulheres de pele clara e primigestas. Causa um desconforto e é um dos motivos do abandono da amamentação. Curam-se espontaneamente à medida que se insiste com a amamentação. Não se recomenda o uso de intermediários mamilares, pois apenas protelam a cura definitiva, como também, não se recomenda o uso de cremes e pomadas, pois há necessidade de remover a medicação tópica usada, e com esse procedimento remove-se também os elementos protetores naturais, propiciando o estabelecimento de fissuras e infecções.

Rachaduras e fissuras: as rachaduras são lesões superficiais que atingem somente a epiderme. Quando se aprofundam, alcançando a derme, são chamadas de fissuras. Observadas nos primeiros dias de lactação, são geralmente precedidas de um quadro de ingurgitamento mamário, que leva à distensão da região areolar, causando geralmente erro de sucção, pois o recém-nascido, aplica a força de sua boca na região mamilar, invés de aplicá-la na região areolar, provocando traumatismo, tornando a pele mais tênue e friável. É bastante doloroso, podendo culminar com interrupções da amamentação. Pode ser evitado com as seguintes orientações:

- Manter mamilos sempre secos, não usar cremes nem pomadas, nem sabonetes adstringentes antes e após as mamadas;
- Expor as mamas ao sol ou ao foco de luz;
- Após as mamadas, ordenhar algumas gotas de leite e passar nos mamilos;
- Não lavar o complexo-papilar antes ou depois das mamadas, pois pode debilitar a pele quanto à sua integridade e resistência, retirando seus fatores de proteção;
- Evitar o ingurgitamento mamário, incentivando mamadas freqüentes e expressão manual;
- Introduzir o dedo na boca do RN (recém-nascido) quando houver a necessidade de interromper a mamada.

As mães devem ser orientadas a procurar assistência quando surgir trauma nos mamilos. Se, porém, mesmo assim, surgirem fissuras, e estas forem suficientemente dolorosas a ponto de pôr em risco a amamentação, recomenda-se mudar as posições das

mamadas. Em tal situação, deve-se efetuar o esvaziamento manual ou com bomba, da mama comprometida, após cada mamada na mama contra lateral.

• **Mastite puerperal:** é processo inflamatório agudo de origem infecciosa, mais freqüente entre a segunda e a quarta semana após o parto, geralmente unilateral. Na sua etiopatogenia estão envolvidos o ingurgitamento mamário e as fissuras mamilares, sendo esta última a porta de entrada para os agentes patogênicos. Ocorre a estase do leite, que leva à distensão constante do parênquima mamário, causando o extravasamento do leite através das paredes celulares, para os capilares e tecidos conjuntivos, determinando a resposta auto-imune do tipo “corpo estranho”. Clinicamente manifesta-se por sinais flogísticos (hiperemia, aumento da temperatura local, dor e edema), febre, tremores e calafrios, que comprometem o estado geral da nutriz. A profilaxia consiste em evitar a estase da mama e as rachaduras ou fissuras mamilares. O tratamento compreende o esvaziamento da mama, através da amamentação que não deve ser interrompida, devendo esta ser iniciada pela mama contra-lateral e, após o reflexo da ejeção, passa-se para a mama afetada na tentativa de amenizar a dor. Deve ser feito calor local várias vezes ao dia, sob a forma de compressas quentes. Com o tratamento adequado, a amamentação volta ao normal na grande maioria das vezes.

• **Hipogalactia:** é a diminuição da produção de leite. É a razão mais freqüente para a introdução da alimentação suplementar e para o desmame. O “pouco leite” ou “leite fraco” é uma queixa freqüente entre as mães, geralmente está associada a insegurança ou inexperiência da nutriz, que pensa que o choro do seu bebê e as mamadas freqüentes são sinais de fome. Com a introdução da mamadeira ocorre menor estimulação dos mamilos, com conseqüente menor produção de leite, mamadas reduzidas, e finalmente a interrupção da amamentação. Causas mais comuns da hipogalactia:

- Má técnica de amamentação (posicionamento e pega).
- Suplementação líquida, saciando a criança e fazendo-a espaçar mais as mamadas, com conseqüente diminuição da sucção do complexo mamilo-areolar.
- Uso de chupetas que podem funcionar como um substituto para as mamadas freqüentes.
- Uso de protetores dos mamilos, interferindo nos reflexos, produzidos pela sucção.

- Horários fixos das mamadas, dificultando o ajuste da produção do leite à demanda da criança.
- Mamadas infreqüentes, muito curtas ou num só seio, gerando pouco estímulo.
- Fadiga, ou tensão materna interferindo no reflexo de descida do leite.
- Uso de drogas que interferem na produção do leite (anticoncepcionais orais, nicotina em excesso, bromocriptina).

Tratamento consiste em aumentar a freqüência das mamadas, com esvaziamento completo das mamas e suporte psicológico.

A profilaxia da hipogalactia deve ser iniciada no pré natal com orientação adequada quanto a higiene, dieta, ingestão de líquidos em quantidade satisfatória, ensino da técnica adequada para amamentação, apoio emocional como motivação, autoconfiança e tranqüilidade, além de bom acompanhamento durante o trabalho de parto, evitando intercorrências que levem a hemorragias e conseqüente isquemia da hipófese.

3.4.5 Início, duração e alternância das mamadas

Carvalho & Tamez (2002) afirmam que o ideal é que o RN esteja em contato pele-a-pele com sua mãe na primeira meia hora após o parto, independentemente de amamentar ou não, como recomenda a IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança), se as condições da mãe e do bebê permitirem. A amamentação não deve obedecer a um horário rígido; deve ser em regime de livre demanda.

A mãe deve ser esclarecida de que, nos 2 a 3 primeiros dias, as mamas produzem o colostro, com baixa concentração de vitaminas hidrossolúveis, gordura e lactose, sendo rico em proteínas, principalmente globulinas; tem aspecto amarelado, devido a elevada concentração de caroteno. Em seguida a esta fase pré-láctea, existe uma fase de transição até a formação do chamado leite maduro (duas primeiras semanas após o parto), quando se observa gradual aumento de gordura e lactose, com a conseqüente elevação do valor calórico, ao mesmo tempo em que ocorrem diminuição das globulinas e do total das proteínas.

Deve-se permitir à criança sugar a mama até que a mesma tenha se esvaziado por completo, sem a preocupação com o tempo da mamada, após o qual deve haver uma pausa para eructação, antes de oferecer a outra mama. O aleitamento deve ser iniciado pela mama que foi sugada por último, na mamada anterior, favorecendo o esvaziamento de ambas as

mamas. Se, após a mamada de ambas as mamas, o RN demonstrar sinais de fome, fica evidenciado que ele interrompeu a sucção por estar cansado, mas não saciado, devendo ser levado novamente a mamar, para completar a mamada.

3.5 Acompanhamento da puérpera, recém-nascido e sua família em Atenção Primária à Saúde

A implementação de visitas de Enfermagem domiciliares no puerpério é também importante para assegurar uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domiciliar, auxiliando nos ajustamentos psicológicos e fisiológicos que ocorrem neste período. O serviço de visita de enfermagem domiciliar é um método preventivo que promove um binômio mãe-filho e sua família mais saudável, evitando internações hospitalares posteriores frequentes.

Durante as visitas domiciliares, existe uma grande oportunidade para dialogar e trocar informações com a puérpera, sua família e a equipe de saúde. Estas visitas domiciliares nas primeiras semanas do puerpério, acima de tudo são benéficas para as mães que amamentam, pois sem o apoio e suporte durante esses primeiros dias críticos, as mães podem sentir-se desencorajadas com alguma dificuldade que apresentem, levando a descontinuação da amamentação. Durante as visitas domiciliares, a enfermeira pode ajudar a mãe a ter êxito no processo de amamentação, buscando soluções junto à família, para as dificuldades comuns neste período de transição.

3.6 Planejamento familiar

De acordo com Carvalho & Tamez (2002), a discussão do planejamento familiar deve ser feita de modo geral desde o pré-natal, esclarecendo a gestante e seu companheiro sobre os métodos contraceptivos que não interferem na amamentação. Uma boa oportunidade, além das consultas no pré-natal, são as orientações durante as consultas com o casal e visitas domiciliares no pós-natal.

A lactação exerce poder anticoncepcional variável de acordo com a fase e a duração da mesma. Os altos níveis de prolactina, que ocorrem na fase inicial da lactação, exercem ação inibitória sobre o estrogênio e progesterona, e conseqüente anovulação e amenorréia. Estas são estimuladas pela sucção do complexo mamilo-areolar.

Este efeito inibidor se mantém até em torno do 6º mês, a partir do qual os níveis sanguíneos de prolactina voltam gradativamente aos níveis pré-gravídicos, reativando as funções gonadais ocorrendo a ovulação, antes mesmo do retorno à menstruação. Este fenômeno, no entanto não altera a produção e ejeção de leite.

O profissional de saúde deve ter em mente a necessidade de reforçar junto à mãe e a família a importância máxima da amamentação. A escolha do método contraceptivo deve ser feita, portanto, priorizando o programa de aleitamento materno para que o casal não se utilize métodos que possam interferir negativamente sobre a amamentação.

Os anticoncepcionais combinados devem ser evitados devido a sua interferência na produção de leite, causando inibição da lactação, e pela passagem desses hormônios para o leite materno.

A laqueadura tubária e a vasectomia são métodos seguros e eficazes, porém definitivos. A grande preocupação neste caso é o "arrependimento"; portanto a orientação quanto a este método e suas características peculiares devem ser muito bem esclarecido.

3.6.1 Métodos contraceptivos apropriados para a nutriz

Método de amenorréia lactacional

Segundo Carvalho & Tamez (2002), é um método eficaz nos 6 primeiros meses pós-parto (eficácia de 98%) quando utilizado corretamente. Baseia-se em três critérios:

1º Amamentação exclusiva ou quase exclusiva, com complementação de no máximo 10% da quantidade de alimento; frequentemente, sem horário, à demanda espontânea do bebê; diuturnamente, com intervalos noturnos abaixo de 6 horas; sem água ou chás.

2º Amenorréia (ausência de menstruação). O sangramento que ocorre após o parto chama-se lóquio, não sendo menstruação. A parada do lóquio por mais de dois dias, seguida de retorno de sangramento vermelho-vivo, é considerado menstruação.

3º Até os seis meses pós-parto.

Caso alguns destes itens acima não sejam cumpridos, o método perderá sua eficácia, devendo-se optar por outro método.

Método de barreira

A eficácia deste método (94%), depende de seu uso correto e consistente, ou seja, utilizá-la em todas as relações sexuais, respeitando as instruções de seu uso.

Os preservativos masculinos devem ser preferencialmente lubrificados, pois os primeiros meses pós-parto, são acompanhados de ressecamento vaginal ou lubrificação escassa, devido ao hipoestrogenismo.

O diafragma e o preservativo feminino só devem ser utilizados a partir da 6ª semana pós-parto, já que sua eficácia depende da correta localização na vagina, a qual só retorna a sua anatomia pré-gravídica após este período.

Dispositivo intra-uterino

Quando usado no pós-parto, é considerado método seguro, eficaz e conveniente (eficácia de 99,2 % a 99,4%), sendo menor a queixa de dor a inserção, e sangramento, se a paciente estiver amamentando.

Pode ser inserido imediatamente após a dequitação da placenta ou durante a cesárea; também pode ser inserido até 48 horas após o parto, antes da alta hospitalar. Após este período, é recomendada a inserção após a 6ª semana, quando então os riscos de expulsão e os procedimentos de inserção serão os mesmos do período não puerperal.

Método hormonal somente com progestogênio

O uso de anticoncepcionais somente com progestogênio ou minipílula, não parece afetar a amamentação, leite e/ou o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. No entanto, como uma pequena quantidade de hormônio pode ser encontrada no leite, passando para o recém-nascido, recomenda-se que seu uso seja postergado até a 6ª semana, quando o sistema hepático do RN está mais desenvolvido. Esta preocupação é maior nos casos de prematuridade.

Os orais, por serem de dosagem bastante baixa, devem ser ingeridos diariamente, e preferencialmente no mesmo horário. Sua eficácia (99 a 99,5%) aumenta quando combinados à amamentação. É aconselhável trocar o método quando ocorre o desmame ou a restauração da menstruação.

Os injetáveis em implantes são métodos de alta eficácia (99,7%), independentes da amamentação, e podem ser continuados após o desmame.

3.7 Período Neonatológico

Silva & Kimura (2001, p.73) afirmam que o período neonatal tem início no nascimento, estendendo-se até o 28º dia de vida da criança. A adaptação do RN ao ambiente extra-uterino é crítico, porque depende das condições gestacionais, de nascimento, biológicas e comportamentais da própria criança, da assistência prestada pelos profissionais de saúde que atenderam e dos familiares responsáveis pelo cuidado e sobrevivência da criança.

De acordo com estes mesmos autores, três grupos de recém-nascidos apresentam maior vulnerabilidade e susceptibilidade para desenvolver complicações: os nascidos com peso inferior a 1500g, com idade gestacional abaixo de 33 semanas, os que apresentam asfixia ao nascimento e aqueles com malformações que necessitem de correção cirúrgica. Os RNs em geral, mesmo que tenham nascido em boas condições, apresentam características singulares próprias, que, se agregados aos fatores mencionados anteriormente, os tornam vulneráveis ao desenvolvimento de intercorrências clínicas.

Conforme Silva & Kimura (2001, p.73), cerca da metade das mortes ocorridas no primeiro ano de vida no Brasil, acontecem no período neonatal, o que justifica uma atenção e monitoramento cuidadoso da saúde deste segmento populacional.

3.7.1 Características físicas e fisiológicas do recém-nascido

Aparelho respiratório:

Whaley & Wong (1999) afirmam que, a perda da placenta, responsável pelas trocas gasosas até o nascimento, implica em alterações radicais e imediatas que permitem aos pulmões desempenharem tal função.

Conforme estes mesmos autores, o início da respiração pulmonar constitui a mudança psicológica mais crítica e imediata no RN. Os estímulos que ajudam a iniciar a respiração são principalmente químicos e térmicos. As alterações químicas no sangue – oxigênio baixo, dióxido de carbono alto, pH baixo – iniciam os impulsos que excitam o centro respiratório na medula. O principal estímulo térmico é o súbito estremeamento da criança ao sair de um ambiente aquecido e entrar em uma atmosfera relativamente fria.

Esta mudança brusca origina impulsos sensoriais na pele que são transmitidos ao centro respiratório.

Cada respiração que se segue à respiração inicial requer menos esforço porque os alvéolos já estão parcialmente expandidos devido ao surfactante.

As respirações nos neonatos devem ser calmas e não acompanhadas por dispnéia ou cianose.

A frequência respiratória média é de aproximadamente 40 resp/min. A respiração do bebê normal é regular em ritmo e sem retração torácica, embora possa ocasionalmente, sem fugir a normalidade, apresentar curtos períodos de irregularidade no ritmo, períodos momentâneos de apnéia e leves sinais de retração.

Os movimentos respiratórios no neonato são desempenhados pelo diafragma e pelos músculos abdominais.

Aparelho circulatório:

As alterações no sistema circulatório ocorrem abruptamente ao nascimento, mas nenhuma delas se completa imediatamente.

De acordo com Ziegel & Cranley (1985), ao nascimento, quando a circulação placentária cessa e as trocas gasosas do bebê precisam ser desempenhadas pelos pulmões, o padrão circulatório deve alterar-se do tipo fetal para o adulto. As alterações no sistema circulatório incluem um complexo aumento na circulação pulmonar, término do fluxo sanguíneo através dos vasos umbilicais e da placenta e o fechamento do ducto arterioso, do forame oval e do ducto venoso.

A transição para um padrão de circulação adulta no bebê normal a termo completa-se geralmente em poucos dias, quando o fechamento funcional das estruturas fetais torna-se suficientemente efetivo.

Para Whaley & Wong (1999), o coração do RN é relativamente grande ao nascimento, localizado numa posição mais acima no tórax e mais horizontal do que a que apresentará mais tarde na vida. Sopros cardíacos transitórios, que desaparecem em poucos dias não têm significado patológico. Alguns desses sopros são uma evidência de retardo no fechamento dos orifícios fetais.

A variabilidade na frequência do pulso é uma característica do neonato. A frequência do pulso é afetada por estímulos e, portanto, fica menos sujeita a influência

ambiental quando verificada durante o sono. É geralmente rápida, com uma média de 120 a 140 bpm com choro ou outra atividade, e cair para cerca de 80 a 90 bpm durante o sono.

As modificações circulatórias ocorrem mais gradualmente e são resultado das variações de pressão do coração e grandes vasos pelo aumento sanguíneo sistêmico e vascular sistêmica.

Sistema Hematopoético:

De acordo com Zieguel e Cranley (1985), o bebê nasce com grande número de hemácias, aproximadamente cinco milhões/mm de sangue. O nível de hemoglobina ao nascimento é alto variando de 14 a 19g/100ml de sangue. Já para Whaley & Wong (1999), este valor varia de 16 a 18g/100ml.

Zieguel & Cranley (1985) afirmam que o RN também possui hematócrito elevado, variando de 48 a 60mm/100ml de sangue. Para Whaley & Wong (1999), este valor vai de 45 a 50mm/100ml. A contagem de células brancas é ao redor de 20.000/mm.

Equilíbrio hidroeletrólítico:

De acordo com Whaley & Wong (1999), durante a transição da vida fetal para a vida pós-natal, ocorrem modificações no volume total de água corporal, no volume de líquido extracelular bem como no volume de líquido intracelular. Ao nascimento, 73% do peso total da criança correspondem à água, comparado com 58% no adulto. O RN tem um grau proporcionalmente mais elevado de líquido extracelular que o adulto, e conseqüentemente um nível mais elevado de Na e cloreto corporal total e um nível mais baixo de potássio magnésio e fósforo.

Todos os bebês perdem peso durante os primeiros de vida. A perda ponderal varia de 5% a 10% do peso do nascimento. Essa diminuição do peso corporal é causada por uma perda dos excessos de fluido dos tecidos corporais e por uma ingesta relativamente pequena de alimentos e de líquidos, o que significa que o bebê utiliza suas próprias reservas corporais durante os primeiros dias. De acordo com Zieguel e Cranley (1985), o peso normalmente estaciona no 3^o ou 4^o dia de vida e, depois começa a aumentar.

Termorregulação:

Para Whaley & Wong (1999), a capacidade do RN para produzir calor é adequada. Entretanto, o calor não é produzido por tremores e atividade muscular voluntária. A produção de calor no RN ocorre a partir da oxidação de gordura, particularmente da gordura marrom. Essa gordura tem a capacidade de produção de calor. É encontrada entre as escápulas, em torno do pescoço e atrás do esterno. A localização da gordura marrom

pode explicar porque a parte posterior do pescoço parece freqüentemente mais aquecida do que o restante do corpo da criança. O calor gerado pela gordura marrom é distribuído às outras partes do organismo pelo sangue.

Em virtude de sua grande superfície corporal que favorece uma rápida perda de calor, e do escasso isolamento provido de pela fina camada gordurosa de subcutâneo, os RNs perdem calor mais depressa do que são capazes de produzir.

Sistema Gastrointestinal:

De acordo com Whaley & Wong (1999), a capacidade do RN para digerir, absorver e metalizar os alimentos é limitada. As enzimas são adequadas para utilizar proteínas e carboidratos simples (mono e dissacarídeos) porém a produção deficiente de amilase pancreática prejudica a utilização de carboidratos complexos (polissacarídeos). A deficiência de lipase pancreática limita a absorção de gorduras na ingestão de alimentos com alto teor de gorduras saturadas, como o leite de vaca.

O fígado é o mais imaturo dos órgãos intestinais. A atividade da enzima glicoronil-transferase é reduzida, o que afeta a conjugação de bilirrubina com ácido glicurônico e contribui para a icterícia fisiológica do RN. O fígado armazena menos glicogênio do que posteriormente na vida. Conseqüentemente, o RN apresenta tendência a hipoglicemia, a qual pode ser prevenida mediante alimentação precoce.

A capacidade gástrica é limitada à cerca de 90ml; por isso, o RN necessita de alimentações pequenas e freqüentes. O tempo de esvaziamento é curto, cerca de duas e meia a três horas, e o peristaltismo é rápido. Estes dois fatores aumentam o tempo de trânsito do alimento entre o estômago e cólon. Durante as primeiras semanas de vida, o RN pode evacuar após cada alimentação.

Os mesmos autores ressaltam que ao longo do esôfago ocorrem rápidas ondas não peristálticas simultâneas. Essas ondas, combinadas com uma cárdia imatura e relaxada, fazem com que a regurgitação seja uma ocorrência comum.

Modificações progressivas nas fezes indicam um funcionamento adequado do trato gastrintestinal. A primeira evacuação do RN é o mecônio preto-esverdeado e pegajoso, composto de restos intra-uterino, pigmentos biliares, células epiteliais, ácidos gordurosos, muco, sangue e líquido amniótico. A saída de mecônio deve ocorrer dentro das primeiras 36 horas.

As fezes de transição aparecem geralmente no terceiro dia após o início da alimentação. Essas são marrom-esverdeadas e marrom-amareladas, menos pegajosas e

podem ter alguns coágulos de leite. Nas crianças em aleitamento materno as fezes são amarelo-ouro, pastosas e de odor peculiar similar ao leite azedo. Já nas crianças alimentadas com leite de vaca, as fezes são amarelo-palido a marrom-claro, mais consistente e de odor mais ofensivo.

As crianças em aleitamento materno geralmente evacuam mais que as crianças em aleitamento artificial

- **Regurgitações e Vômitos**

O vomito pode ocorrer durante os primeiros 2 a 3 dias de vida; pode ser causado por secreções maternas que o bebê tenha engolido durante a passagem pelo canal de parto. A frequência do vomito deve diminuir rapidamente.

O bebê também pode vomitar o alimento se o ar que engoliu durante a alimentação não for eructado imediatamente após a mamada. Se o ar deixar o estomago após o bebê ter sido colocado no berço, pode trazer consigo alguma quantidade de alimento.

Um achado comum na boca do RN são as Perolas de Epstein, que são cistos epiteliais pequenos e brancos localizados ao longo de ambos os lados da linha média do palato duro. Não tem significado e desaparecem em algumas semanas.

Sistema Renal:

Para Whaley & Wong (1999), no final da primeira semana o volume total de urina em 24 horas é cerca de 200 a 300ml. Entretanto, a bexiga esvazia voluntariamente quando dilatada por um volume de 15ml, resultando em muitas eliminações por dia (aproximadamente 20). O primeiro esvaziamento vesical deve ocorrer dentro das primeiras 24 horas. A urina do neonato é incolor e inodora.

Sistema Tegumentar:

Segundo Whaley & Wong (1999), logo após o nascimento, a pele apresenta uma coloração avermelhada ou rosada escura passando a uma rosada mais clara em uma a duas semanas.

A vernix caseosa, um material gorduroso branco das glândulas sebáceas e inclui células epiteliais e lanugem, recobre a pele ao nascimento. É geralmente espesso nas dobras e pregas da pele e entre os lábios da vulva. É absorvido retirado com o atrito de roupas ou pode ressecar e soltar-se no primeiro dia, com exceção da que se acumula nas dobras.

A lanugem, um revestimento penugento que começa a desenvolver-se no feto durante o 4^o mês de gestação e a desaparecer após o oitavo mês lunar de vida intra-uterina,

pode estar ainda presente em certas partes do corpo, especialmente sobre as costas, ombros, lóbulos da orelha e testa. A maior parte da lanugem desaparece durante a primeira semana do período neonatal.

Uma distribuição ampla de gordura subcutânea dá ao bebê a termo uma pele macia e de textura elástica. A epiderme descama-se em flocos durante a primeira semana de vida e a descamação pode ser generalizada. Durante esse período, a pele pode tornar-se muito ressecada.

Millius, manchas brancas do tamanho da ponta de um alfinete sob a epiderme, podem ser observadas sobre as duas semanas iniciais de vida. São resultados da consolidação de material sebáceo que ficou retido nos canais das glândulas sebáceas.

A pele do neonato é muito sensível. Alguns bebês apresentam erupções benignas e autolimitadas denominadas eritema tóxico. Em alguns bebês elas aparecem e desaparecem periodicamente durante os primeiros dias de vida, freqüentemente precedida por pequenas irritações provocadas por roupas e banhos ou após um período de choro. A etiologia é desconhecida. Ziegel e Cranley (1985) afirmam que, não existe nenhum sintoma sistêmico aparente relacionado, é o tratamento é desnecessário.

Sistema Musculoesquelético:

Segundo Whaley & Wong (1999), ao nascimento o esqueleto contém mais quantidade de cartilagem do que osso.

Os ossos são moles, devido à pequena quantidade de depósitos minerais, e as articulações são muito elásticas, especialmente durante a primeira semana de vida. A grande mobilidade das articulações, que torna o corpo do bebê bastante flexível, oferecer vantagens mecânicas durante o parto, e a flexibilidade do esqueleto permite que os ossos se curvem em vez de se quebrarem, quando submetidos à pressão.

Comparados com a cabeça, o tórax e a pelve do RN são pequenos. O abdome é proeminente, devido à fragilidade muscular e aos órgãos abdominais relativamente grandes.

Perímetro cefálico = 34,2cm variando de 32,1 a 36,1cm nas meninas e variando de 32,1 a 36,4cm nos meninos. O perímetro cefálico é aproximadamente 2cm maior que o perímetro torácico. O perímetro abdominal é de aproximadamente 32cm e apresenta cerca de 2cm menor que o perímetro cefálico.

A fontanela anterior é composta por dois ossos parietais e dois ossos frontais. Apresenta largura de 2 a 3cm e comprimento de 3 a 4cm. A fontanela posterior tem

formato triangular. Fica localizada entre os ossos occipitais e parietais, é menor, e pode estar fechada, quase fechada ou aberta.

Cefalohematoma – é um extravasamento subperiosteal de sangue, decorrente da ruptura de um vaso sanguíneo e do subsequente sangramento sob o periosteio de um dos ossos cranianos, geralmente um dos ossos parietais. Não regride facilmente e pode requerer semanas para sua completa absorção.

Bossa serosanguinolenta – é decorrente de um edema produzido pela diferença de pressão nos tecidos que são diretamente pressionados contra a cervice e nos que se apóiam sobre o canal dilatado. A circulação é impedida na região do couro cabeludo que se apresenta sobre o orifício cervical dilatado. Esse edema é completamente absorvido em um ou dois dias.

Sistema imunológico

A criança nasce com muitas defesas contra a infecção:

- pele e membranas mucosas que protegem o organismo de agentes invasores.
- sistema retículo endotelial, produz vários tipos de células capazes de atacar uma patogenia.

- formação de anticorpos específicos para um antígeno. Até o início do 2º mês de vida a criança geralmente é incapaz de produzir suas próprias gamaglobulinas, porém recebeu considerável imunidade passiva, sob a forma de IgG, da circulação materna. Desta forma ela está protegida contra a maioria das doenças da infância, por cerca de três meses entre elas, difteria, sarampo, poliomielite, hepatite infecciosa e rubéola.

Além disso, as crianças em aleitamento materno podem adquirir imunidade temporária contra doenças como caxumba, influenza e varicela.

O leite materno é rico em IgA e contém grande numero de macrófagos, bem como pequeno numero de linfócitos principalmente linfócito B com um componente menor de linfócito T.

Segundo Ziegel & Cranley (1985), a criança possui anticorpos virais contra o sarampo, a varíola, a caxumba, a poliomielite e provavelmente contra outras doenças infecciosas. Passam da mãe para o filho através da placenta, quando a mãe possui imunidade à doença.

A vida média usual das imunoglobulinas IgG transferidas passivamente é de cerca de 20 a 30 dias. Sua concentração no soro cai rapidamente a partir desse período

(hipogama globulenemia fisiológica) e atinge um nível baixo entre dois a quatro meses de idade.

Não existe nenhuma imunidade contra os muitos organismos com os quais o neonato tem maior possibilidade de entrar em contato; por exemplo, o estafilococos e o vírus da gripe e do resfriado, tornando a assepsia ao RN um aspecto essencial.

Sistema endócrino

Para Ziegel & Cranley (1985), intumescimento mamário, sangramento uterino e hipertrofia vulvar e prostática podem ocorrer nos órgãos genitais do RN. Essas alterações são produzidas por hormônios placentários maternos (esteróides maternos – estrogênio) que tenham sido transmitidos pela placenta e se achem temporariamente presentes.

O sistema endócrino do RN é adequadamente desenvolvido, mas suas funções são imaturas. Por exemplo, o lobo posterior da hipófise produz quantidades limitadas de hormônios antidiuréticos (ADH) ou vasopressina; que inibe a diurese. Isto torna o RN altamente suscetível a desidratação.

Whaley & Wong (1999), ressaltam que o efeito dos hormônios sexuais maternos são particularmente evidentes no RN porque causam uma puberdade em miniatura. Os lábios estão hipertrofiados e as mamas ingurgitadas, secretam leite durante os primeiros dias de vida. Os recém-nascidos do sexo feminino às vezes têm pseudomenstruação devido a uma queda súbita no nível de progesterona e estrogênio.

Sistema Neurológico

Conforme Ziegel & Cranley (1985), o cérebro do RN acha-se em um período de crescimento rápido por ocasião do nascimento. Já para Whaley & Wong (1999), a maioria das funções neurológicas corresponde a reflexos primitivos.

- Funções sensoriais

- Visão está incompleta ao nascimento. Os músculos ciliares são imaturos, limitando a capacidade de acomodação e de fixação dos olhos. As glândulas lacrimais geralmente não começam a funcionar até que o neonato tenha duas a quatro semanas de idade.
- Audição, é provável que o bebê tenha acuidade auditiva similar à do adulto, uma vez que o líquido amniótico tenha drenado de seus ouvidos.
- Olfato, o recém-nascido reage a odores fortes virando a cabeça.
- Paladar, o RN tem capacidade de distinguir sabores.
- Tato, o RN percebe sensação tátil em qualquer parte do corpo.

Conforme Whaley & Wong (1999), o bebê nasce com certos reflexos que devem ser avaliados como evidência do desenvolvimento normal.

Reflexo de moro: movimentação súbita ou perda do equilíbrio provoca extensão e abdução das extremidades e separação dos dedos, com o indicador e o polegar formando a letra C, seguida de flexão e abdução das extremidades, as pernas podem estar levemente fletidas, a criança pode chorar. É um reflexo que demonstra uma consciência de equilíbrio. Desaparece no 3º ou 4º mês.

Susto ou sobressalto: um ruído súbito ou intenso provoca abdução dos braços com flexão dos cotovelos, as mãos permanecem cerradas. Desaparece aos 4 meses.

Tônico – cérico: ao virar rapidamente a cabeça da criança para um lado, haverá extensão dos membros desse lado e flexão do braço e da perna para o lado oposto, a postura assemelha-se à posição de esgrimista.

Reflexo de marcha: ao sustentar a criança de forma que a planta dos pés toque uma superfície dura, haverá flexão e extensão recíproca das pernas, simulando marcha. Desaparece de 3 a 4 semanas.

Reflexo de engatinhar: ao posicionar a criança sobre o abdome ela fará movimentos de engatinhar com os braços e pernas. Desaparece em 6 semanas.

De acordo com Ziegel & Cranley (1985), o reflexo de sucção está bem desenvolvido no RN a termo, este consegue sugar seu punho ou polegar imediatamente após o nascimento, os movimentos de sucção são estimulados sempre que qualquer coisa lhe toca o lábio.

Reflexos protetores: muitas reações do RN são de natureza protetora ou defensiva. Entre outras são descritas a capacidade de bocejar, soluçar, limpar o trato respiratório com a tosse ou o espirro, piscar quando os olhos são expostos a luz intensa, estremecer com o frio, resistir a imobilização, fugir de objetos que provoquem dor e chorar quando perturbados pela dor ou outro desconforto.

Sono e vigília

Segundo Whaley & Wong (1999) os estados do sono são:

1. Sono profundo com respiração regular, olhos fechados.
2. Sono leve com os olhos fechados rápidos movimentos oculares.
 - a. Estados de vigília:
3. Sonolento ou semi-adormecido, os olhos podem estar abertos ou fechados, pálpebras trêmulas.

4. Atento, com olhar satisfeito, parece totalizar sua atenção no ponto de estimulação.
5. Olhos abertos, atividade motora considerável com movimento de extensão das extremidades.
6. Choro, caracterizado por choro intenso, difícil de interromper com a estimulação.

3.7.2 Avaliação física do recém-nascido

De acordo com Silva & Kimura (2001, p.73), através do exame físico do RN, do levantamento de informações obtidas na entrevista com a mãe e familiares acerca das reações comportamentais do RN, das formas dispensadas no cuidado do recém-nascido e dos contextos socioeconômico e cultural em que a família está inserida é possível estabelecer os diagnósticos e as intervenções, que visam a prevenção e a promoção da saúde.

Segundo Whaley & Wong (1999), o recém nascido requer observação completa e especializada. A avaliação física após o parto pode ser dividida em quatro fases: a avaliação inicial onde se emprega a avaliação de Apgar; a avaliação de transição, durante os períodos de reatividade; a avaliação da idade gestacional e a avaliação periódica através do exame físico sistemático. Cabe a nós dar enfoque ao exame físico que é um aspecto essencial dos cuidados ao recém nascido. Além disto, a enfermeira deve estar atenta aos comportamentos que sinalizam o vínculo estabelecido entre o recém nascido e os pais. A avaliação da idade gestacional é um importante critério, sendo que está relacionada à incidência de morbidade e a mortalidade perinatais. O peso do recém nascido ao nascimento também se correlaciona com estas incidências.

De acordo com Monticelli et al (2002 p.83), ao exame físico completo umas séries de sinais deverão ser observadas, como tônus muscular, atividade espontânea, postura e fâcies, tiragens, estridores, gemidos, características do choro, vômitos e regurgitações, sangramentos, convulsões, eliminações, distensão abdominal, salivação e sopros cardíacos, além de avaliar seus reflexos. Para a realização do exame físico, é necessário manter o RN em um local tranqüilo e aquecido.

Whaley & Wong (1999), afirmam que, algumas mensurações são importantes quando comparadas entre si e também quando comparadas ao longo do tempo em um gráfico. No recém nascido a termo, o perímetro cefálico mede em torno de 33 e 33,5 cm. O perímetro torácico é de 30,5 a 33 cm. O perímetro cefálico é de 2 a 3 cm maior que o

perímetro torácico. O comprimento cabeça-calcanhar também é medido, tendo como comprimento médio de 48 a 53 cm. O comprimento vértice-nadega mede aproximadamente 31 a 35 cm, quase igual ao perímetro cefálico. O peso do NR é obtido logo após o nascimento, normalmente, o neonato perde cerca de 10% do peso de nascimento em torno de 3 a 4 dias de vida, devido à perda de líquido extracelular em excesso e de mecônio e também pela ingesta alimentar limitada. A maioria dos lactentes pesa de 2.700 a 4.000g, sendo em torno de 3.400g o peso médio. Os pesos de nascimento e comprimentos fornecem uma linha basal para avaliação do crescimento.

Outra categoria de mensurações é composta pelos sinais vitais. A temperatura axilar varia de 36,5 a 37,5 C. A frequência cardíaca e a respiração variam de acordo com o comportamento do recém nascido, ambas devem ser contadas em um minuto visando detectar irregularidades na frequência e no ritmo. A frequência cardíaca é auscultada a nível apical com estetoscópio, varia de 120 a 140 batimentos por minuto. A frequência respiratória varia de 30 a 60 movimentos respiratórios por minuto. A pressão arterial fornece dados basais úteis e pode indicar problemas cardíacos, é avaliada com mais facilidade e exatidão com o uso de oscilometria sendo de 65/41 com 1 a 3 dias de vida.

Quanto ao aspecto, no neonato a termo, a postura é de flexão completa. A maioria dos recém nascidos possui apresentação de vértice. A coluna vertebral também se apresenta flexionada.

Deve-se pesquisar na pele quanto a sua coloração, textura, presença de descamação, vernix caseoso, lanugem, edema (ao redor dos olhos, face, pernas, dorso das mãos, pés e bolsa escrotal ou grandes lábios), acrocianose, presença de icterícia neonatal, milium sebáceo, eritema tóxico, manchas mongólicas.

A observação geral da cabeça é importante pela modelagem que ocorre em quase todos os partos vaginais. A alteração no formato ocorre porque os ossos do crânio não estão fundidos, com isso pode ocorrer o cavalgamento das bordas destes ossos, visando a acomodação no canal de parto. O crânio deve ser palpado em busca de todas as suturas e fontanelas, observando o tamanho, a modelagem ou o fechamento anormal. Devem ser inspecionadas as fontanelas a fim de detectar a presença de abaulamento ou depressões, as fontanelas devem ser achatadas, macias e firmes. Deve ser rastreadas a presença de cefalohematoma, suturas e fontanelas alargadas, suturas fundidas, caput succedaneum.

Segundo Monticelli et al (2002, p.85), nos olhos deve-se verificar se há presença de edema palpebral e transparência ou opacidade do cristalino, podem ocorrer hemorragias

conjuntivais, mas estas são inócuas para o RN. As pupilas devem ser verificadas quanto ao reflexo pupilar em resposta a luz. Nas orelhas além de observar a implantação, é importante que sejam pesquisadas as anormalidades de pavilhão auditivo, pois estes podem estar relacionados à malformação renal ou anomalias microssômicas, além de outras.

Para Whaley & Wong (1999), a capacidade auditiva é avaliada fazendo-se um ruído agudo e alto próximo à cabeça do RN, e observando a presença do reflexo de estremezimento ou a contração das pálpebras.

Monticelli et al (2002, p.85) fala que o nariz normalmente possui a base achatada, ponta arredondada e está localizado um pouco mais alto na face. Devido ao acúmulo de secreções nos estreitos orifícios nasais podem ocorrer obstruções discretas, mas coriza em excesso pode ser indicativo de Lues Congênito ou de filhos de mulheres tratadas com reserpina.

Para Whaley & Wong (1999), a inspeção da boca e faringe deve ser cuidadosa, o palato deve estar intacto com arqueamento elevado. É comum encontrar pérolas de Epstein, elas são insignificantes e desaparecem após algumas semanas.

O pescoço deve ser observado quanto à amplitude de movimento, ao formato e quaisquer massas anormais. É necessário palpar as clavículas afastando dúvidas da presença de fraturas.

O tórax deve ser inspecionado quanto ao seu formato e simetria. As mamas são observadas quanto ao seu formato, tamanho e formação do mamilo, localização e numero. As mamas podem apresentar-se ingurgitadas. As respirações devem ser observadas quanto à frequência e profundidade, estas são principalmente abdominais. A frequência cardíaca deve ser auscultada e varia de 120 a 140 batimentos/min.

O abdome deve ser inspecionado quanto á seu contorno, verificando se não há distensão abdominal, veias distendidas e a presença dos ruídos intestinais. O fígado deve ser palpado (2-3 cm abaixo da borda costal direita), o baço (tem sua extremidade palpável no termino da primeira semana de vida, 1 cm do rebordo costal esquerdo), os rins (palpáveis 1-2 cm acima do umbigo).O cordão umbilical deve ser examinado visando determinar a presença das duas artérias e uma veia, a presença de sangramentos e secreções.

Conforme Silva & Kimura (2001, p.74) a mumificação do coto ocorre por volta do terceiro dia de vida e o desprendimento entre a 1º e a 3º semana de vida.

De acordo com Whaley & Wong (1999), o pulso femoral deve ser verificado, estes devem ser vigorosos e iguais em ambos os lados.

Os mesmos autores afirmam que na genitália feminina deve-se examinar os pequenos lábios, os grandes lábios e o clitóris, que normalmente apresentam-se edemaciados, para detectar qualquer evidência de genitália ambígua ou de outras anomalias. Pode ser notada durante a primeira semana de vida a presença de secreção vaginal e o vérvix caseoso pode estar presente entre os lábios. Um hiato himenal é ocasionalmente visível a partir da abertura posterior da vagina, em geral desaparece após algumas semanas.

Na genitália masculina o pênis é inspecionado pra localização do meato uretral, a abertura pode estar totalmente coberta pelo prepúcio, que recobre a glânde do pênis, ele não deve ser retraído com força, exceto para localizar o meato urinário. Pode se encontrar ao redor da glânde do pênis, sob o prepúcio, uma substância branca chamada esmegma. Os testículos devem ser palpados em cada lado da bolsa escrotal, o escroto comumente é grande, edemaciado, caído e coberto de rugas.

A coluna deve ser observada se não há aberturas, massas ou curvas proeminentes. A assimetria das dobras glúteas deve ser observada, a assimetria pode estar evidenciando luxação congênita de quadril.

Os membros são avaliados quanto à simetria, à amplitude de movimento e aos reflexos. Os dedos devem ser contados a fim de pesquisar sindactilias, polidactilias ou clinodactilias. Os quadris são girados para identificar uma luxação congênita de quadril, através da manobra de Ortolani. Os pulsos braquiais devem ser verificados. Dois reflexos devem ser realizados, o de preensão e o de Babinski.

A avaliação do sistema neurológico é uma parte muito importante do exame físico, deve-se avaliar se os membros mantêm algum grau de flexão, a extensão de um membro seguida pela posição anterior de flexão, quando em decúbito ventral apresenta capacidade de virar a cabeça de um lado para o outro e possui a capacidade de amparar a cabeça em linha horizontal com as costas, a abertura das pernas enquanto sentado, mas com capacidade momentânea de manter a cabeça ereta.

Conforme Whaley & Wong (1999), outra área importante de avaliação é a observação do comportamento do neonato, pois este ajuda a dar forma ao seu ambiente, e sua capacidade de reagir a vários estímulos. As principais áreas de comportamento para os recém-nascidos são o sono, a vigília e atividades, como o choro.

A avaliação do estabelecimento do vínculo é uma das mais importantes áreas de avaliação, pois é a observação dos comportamentos que supostamente indiquem a formação das ligações emocionais entre o recém-nascido e sua família. Estes comportamentos incluem a posição de escriba; despir e tocar o bebê; sorrir, beijar, abraçar, conversar, com o neonato; embalar e acariciar a criança próxima ao corpo. As enfermeiras podem influenciar positivamente o vínculo dos pais com o bebê, a primeira etapa é reconhecer as diferenças individuais e explicar aos pais que as características apresentadas pelo bebê são normais. É necessário compreender a singularidade de cada neonato, compreender que a vigília do neonato faz parte do seu ritmo biológico e não consiste em um reflexo de pais inadequados pode ser essencial para favorecer a ligação pais-filho saudáveis. Orientações sobre como estimular o desenvolvimento do neonato durante os períodos de vigília também são aspectos que podem auxiliar os pais. Algumas sugestões simples podem tornar mais estimulante a vida para o neonato e muito mais agradável para os pais: o neonato prefere objetos animados e com ruídos; o neonato gosta de novidades, objetos novos; o neonato prefere olhar cores de média intensidade, gosta de formas geométricas; luzes e superfícies refletoras, como espelhos, são interessantes; mas, apesar de tudo, nada é tão fascinante quanto a face e a voz humana.

O vínculo é um processo complexo que se desenvolve gradativamente e é influenciado por vários fatores, um dos quais é o tipo de contato inicial entre o recém-nascido e seus pais, mas embora a ligação inicial seja possível, não quer dizer que se não houver essa ligação inicial não ocorrerá mais, durante todo o ciclo de vida, haverá múltiplas oportunidades para o desenvolvimento da ligação pais-filho.

3.7.3 Cuidados com o recém-nascido em domicílio

Algumas orientações serão necessárias para os cuidados domiciliares do recém-nascido. Segundo Moticelli et al (2002, p.109), toda e qualquer orientação acerca dos cuidados com RN deverá ter um caráter educacional. É imprescindível que a puérpera e o pai do RN sejam participantes ativos tanto no planejamento quanto na realização dos cuidados do bebê.

A maneira como o banho do neonato será realizado vai depender da escolha da mãe, poderá ser utilizada a técnica do banho de imersão ou ainda a técnica de higiene corporal, com uso de panos macios ou gases umedecidas. O banho geral deverá ser dado

uma vez por dia, pois além de remover as sujidades, ele proporciona proteção cutânea e estimula a circulação sanguínea e o relaxamento do bebê. O banho também proporciona um maior contato e interação do RN com os pais.

A água do banho deverá estar numa temperatura adequada para as características do recém-nascido (de 34 a 36 C). Para ensaboar o RN deve-se usar sabão neutro ou soluções anti-sépticas de pH ácido, para prevenir infecções cutâneas. Aconselha-se manter a temperatura do ambiente em torno de 24 a 26 C durante o banho para evitar resfriar o bebê. O RN deverá ser enxugado com delicadeza, sobretudo nas regiões das pregas, na região perineal e no coto umbilical.

A troca de fraldas deverá ser realizada sempre que o RN urinar ou evacuar, promovendo a higiene, conforto e bem-estar, prevenido irritações cutâneas.

Para Monticelli et al (2002, p.113), o curativo do coto umbilical deverá ser realizado todos os dias, podendo ser feito logo após o banho diário do bebê. Deve-se proceder à anti-sepsia do coto com substância apropriada (álcool a 70%). Durante o procedimento, é importante dar atenção à área de inserção e ao coto propriamente dito, pode-se envolver o coto com uma gase estéril ou deixa-lo descoberto.

De acordo com Silva & Kimura (2001, p.75), deve-se estar atento para as características da secreção e presença de sinais de infecção.

Deve-se incentivar o aleitamento materno, respeitando a demanda espontânea do RN. Na impossibilidade, retirar o leite materno e oferecê-lo em copinho ou colher, ou leite artificial sob prescrição e acompanhamento do serviço de saúde.

Visando prevenir problemas na pele deve-se evitar soluções alcoólicas para a higienização, lavar separadamente as roupas do RN usando sabão neutro ou de coco.

Devemos também, reforçar a importância de manter o esquema vacinal atualizado, dialogando sobre os benefícios da vacinação. Em anexo 3, o esquema vacinal atualizado.

4. O REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Um pouco da história de Paulo Freire

Paulo Reglus Neves Freire nasceu no dia 19 de setembro de 1921, no Recife, Pernambuco, uma das regiões mais pobres do país, onde logo cedo pode experimentar as dificuldades de sobrevivência das classes populares. Filho de Joaquim Temístocles Freire, e de Edeltrudes Neves Freire.

Realizou seus estudos secundários no Colégio Oswaldo Cruz, em Recife. Aos 22 anos de idade, ingressou na Faculdade de Direito do Recife (GADOTTI 1996, p.30).

Casou-se, em 1944, com a professora primária Elza Maia Costa Oliveira, com quem teve 5 filhos. Após a morte de sua primeira esposa, casou-se com Ana Maria Araújo Freire, uma ex-aluna.

Trabalhou inicialmente no SESI (Serviço Social da Indústria) e no Serviço de Extensão Cultural da Universidade do Recife.

Sua filosofia educacional expressou-se primeiramente em 1958 na sua tese de concurso para a Universidade de Recife, e, mais tarde, como professor de história e filosofia da educação daquela universidade, bem como suas primeiras experiências de alfabetização como a de Angicus, Rio Grande do Norte, em 1963.

A coragem de por em prática um autêntico trabalho de educação que identifica a alfabetização com um processo de conscientização, capacitando o oprimido tanto para a aquisição dos instrumentos de leitura e escrita quanto para sua libertação, fez dele, um dos primeiros brasileiros a serem exilados.

Em 1969, trabalhou como professor na Universidade de Harvard, em estreita colaboração com numerosos grupos engajados em novas experiências educacionais, tanto em zonas rurais como urbanas. Durante os 10 anos seguintes, foi Consultor Especial do Departamento de Educação do Mundial das Igrejas, em Genebra (Suíça). Neste período, deu consultoria educacional junto a vários governos do Terceiro Mundo, principalmente na África. Em 1980, depois de 16 anos de exílio, retornou ao Brasil, para “reaprender” seu país. Lecionou na Universidade Estadual de Campinas e na Pontifícia Universidade de São Paulo.

Em 1989, tornou-se Secretário de Educação do Município de São Paulo. Durante seu mandato, fez um grande esforço na implementação de movimentos de alfabetização, de revisão curricular e empenhou-se na recuperação salarial dos professores.

A metodologia por ele desenvolvida foi muito utilizada no Brasil em campanhas de alfabetização, e por isso, foi acusado de subverter a ordem instituída, sendo preso após Golpe Militar de 1964. Depois de 72 dias de reclusão foi convencido a deixar o país. Exilou-se primeiro no Chile, onde, encontrando um clima social e político favorável ao desenvolvimento de suas teses, desenvolveu, durante 5 anos, trabalhos em programas de educação de adultos no Instituto Chileno para a Reforma Agrária. Foi então, que escreveu a sua principal obra: *Pedagogia do Oprimido*.

Foi reconhecido mundialmente pela sua práxis educativa através de numerosas homenagens. Além de ter seu nome adotado por muitas instituições, é cidadão honorário de várias cidades no Brasil e exterior.

A Paulo Freire foi outorgado o título de doutor Honoris Causa por vinte e sete universidades. Por seus trabalhos na área educacional, recebeu vários prêmios.

No dia 10 de abril de 1997, lançou seu último livro, intitulado “*Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*”. Paulo Freire faleceu no dia 2 de maio de 1997, em São Paulo, vítima de um infarto agudo do miocárdio.

4.2 O método de Paulo Freire

Optamos por trabalhar com Paulo Freire, por acreditarmos no processo educativo em que o saber se constrói juntos, educando e educador, que ocorre a partir da situação presente.

O método de Paulo Freire é, fundamentalmente, um método de cultura popular: conscientiza e politiza. Não absorve o político no pedagógico, mas também não põe inimidade entre educação e política. Distingue-as, sim, mas na unidade do mesmo movimento em que o homem se historiciza e busca reencontrar-se, isto é, busca ser livre. (FREIRE, 1996, p.21)

4.3 Conceitos

HOMEM – Segundo FREIRE (1993, p.17), o homem é um ser comprometido “ que é capaz de sair do seu contexto, de distanciar dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para, objetivando-o, transformá-lo, e transformando-o, saber se transformado pela sua própria viação; um ser que é está sendo no tempo que é seu, um ser histórico.” É entendido com “ser inconcluso”..., que é e está sendo no tempo que é seu, , um ser histórico, vocacionado a ser mais.

Em nossa prática assistencial, o homem, é a puérpera, o recém-nascido e sua família do município de Biguaçu, que estão inseridos em uma sociedade pertencentes a um grupo cultural, onde compartilham valores, crenças e atitudes, possuindo seu próprio saber e potencialidades para aprender.

DIÁLOGO – É entendido por Paulo Freire como um importante componente do processo educativo. “É o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado.” É um ato de fé no seu poder de fazer e refazer. De criar e recriar. Fé na sua vocação de “ser mais”, que não é privilégio de alguns eleitos, mas direito dos homens. (FREIRE, 1993, p.79,81)

Mas o diálogo pode estabelecer-se de duas formas:

- a) Dialógica: ocorre a partir do momento em que uma pessoa entende o que a outra está dizendo e admite opiniões diferentes. (PEY, 1988) Este tipo de relação dialógica, “proporciona o desenvolvimento de cada um, na qual a individualidade, as crenças, características pessoais, linguajar são respeitadas, e o homem se reconhece no outro, com as mesmas possibilidades de ser mais”. (SAUPE, 1998, p.253)
- b) Autoritária: onde se percebe a ignorância “sempre no outro e nunca em mim” (FREIRE, 1981, p.95). Logo, não há uma interlocução entre os participantes do processo, pois apenas uma pessoa exerce o domínio exclusivo do conhecimento, anulando o saber do outro e tornando o discurso acrítrico/neutro. (PEY, 1988)

EDUCAÇÃO – é percebida como um processo de caráter permanente, dinâmico e inacabado de descoberta, no qual o homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Uma educação que perceba que não há saber nem ignorância absoluta. Uma educação em

que o educador se coloque na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo (FREIRE, 1993).

É compreendida como uma tarefa que deve corresponder a vocação do homem de ser sujeito e ser mais, “ajudando a desvelar a realidade que o cerca, a dominar os conhecimentos que esclarecem, a libertar-se pela tomada de consciência das coisas do mundo, a participar efetivamente da vida social, compreendendo o que acontece ao seu redor”. (CUNHA apud ESMERALDINO, 1998, P.22).

Paulo Freire propõe uma “educação problematizadora ou libertadora”, na qual “o educador não é apenas o que educa, mas o que, enquanto educa, é educado em diálogo com o educando que, ao ser educado também educa”. (FREIRE, 1988, p.78)

CONSCIENTIZAÇÃO – é o “desenvolvimento crítico da tomada de consciência”. É um ir além da “esfera espontânea da apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica”. (FREIRE, 1980, p.26) “É um olhar mais crítico possível da realidade, que a desvela para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganarem e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante” (FREIRE, 1980, p.29)

É uma “peregrinação por uma estrada pavimentada pelas velhas formas do pensar, pelos antigos hábitos de agir, pois o nascimento de uma nova consciência não significa o rompimento total com o passado. O passado acompanha o presente, perseguem as novas formas de entender o mundo, rumo a liberdade” (SAUPE apud ESMERALDINO, 1998, p.23)

TRANSFORMAÇÃO – é entendida como “resultado da ação e reflexão dos homens sobre a realidade para a criação de um novo mundo, ou seja, a ação voltada para o ato de criar e recriar o mundo, modificando a realidade”. Logo, “através da práxis do homem conscientizado, acontecerá a transformação da realidade” (SAUPE apud ESMERALDINO, 1998, p.23)

AÇÃO-REFLEXÃO – entende-se como um “binômio inseparável que atua no contexto da práxis, ocorrendo com frequência, a predominância de um desses pólos, na relação dialética que mantém”. (SAUPE apud ESMERALDINO, 1998, p.23)

4.4 O itinerário

O método Paulo Freire propõe uma seqüência de passos, que vão se inter-relacionando, num movimento de construção que avança e retroage conforme sinaliza a situação existencial vivida no Círculo de Cultura. (SAUPE apud ESMERALDINO, 1998, p.24) O Círculo de cultura é uma unidade de ensino que substitui a escola tradicional. É formada por um grupo de pessoas que se reúnem para discutir seu trabalho, a realidade local e nacional, sua vida familiar, etc. Nele não há lugar para professor tradicional, que tudo sabe e nem para o aluno que nada sabe. Assim, ao mesmo tempo, que aprende a ler e a escrever, o educando aprende a “ler”, isto é, analisar sua prática e atuar sobre ela. (GADOTTI, 1991, p.147)

É um método que se constrói a cada vez em que ele é usado dentro do círculo de cultura de educadores e educandos, dando a idéia de uma “ação dialogal”. Tem como objetivo buscar uma ação e reflexão, autênticas sobre a realidade seja ela coletiva ou individual.

Os passos propostos são: levantamento de temas geradores, codificação, descodificação e desvelamento crítico.

➤ LEVANTAMENTO DE TEMAS GERADORES

Segundo Esmeraldino (1998, p.24) o objetivo desta etapa é surpreender a maneira como uma realidade social existe na vida e no pensamento de seus participantes, servindo para criar um momento comum de descoberta. São os pensamentos-linguagens das pessoas, que a seu modo, desvelam o mundo.

Em geral, são evidenciados através de encontros informais, onde são captados preocupações cotidianas e elementos de cultura, que se constituirão em temas problemáticos que determinam a ação.

Procurar o tema gerador é procurar o pensamento do homem sobre a realidade e a sua ação sobre essa realidade que está em sua práxis. Na medida em que os homens tomam uma atitude ativa na exploração de suas temáticas, nesta medida sua consciência crítica da realidade se aprofunda e anuncia essas temáticas da realidade. Captar estes temas é compreendê-los e compreender, portanto, aos homens que se encarnam e a realidade à qual se referem. A procura temática converte-se assim, numa luta comum por uma consciência da realidade,

e uma consciência de si, que fazem dessa procura, o ponto de partida do processo de educação e da ação cultural do tipo libertador. (FREIRE, 1980, p.32,33)

➤ CODIFICAÇÃO

Freire (1993, p.109) ressalta que, as codificações, de um lado, são a mediação entre o “contexto concreto ou real”, em que se dão os fatos, e o “contexto teórico”, em que são analisados; de outro, são o objeto cognoscível sobre que o educador-educando, e os educandos-educadores, como sujeitos cognocentes, incidem sua reflexão crítica.

É a fase onde os participantes expõem seu entendimento sobre o tema, na busca de uma compreensão significativa através do diálogo. Novos temas geradores são descobertos, relacionados ao inicialmente levantados.

➤ DESCODIFICAÇÃO

É a análise crítica da ação codificada, ou seja, onde é realizada a leitura da prática do indivíduo, passando a entender a prática social que o constitui.(FREIRE, 1991)

É a análise e conseqüente reconstituição da situação vivida, passando a transformar a realidade e a consciência de mundo, vislumbrando de uma forma translúcida a objetividade.

➤ DESVELAMENTO CRÍTICO

Nesta fase ocorre ida e vinda do concreto para o abstrato e do abstrato para o concreto, volta-se ao concreto problematizador. Descobrem-se os limites e as possibilidades das situações existenciais concretas captadas na primeira etapa. (GADOTTI, 1991, p. 40)

4.5 Trabalhando com Paulo Freire

Trabalhar com referencial teórico de Paulo Freire, não foi tarefa fácil durante o caminhar das práticas assistenciais do Trabalho de Conclusão de Curso. Requer para tanto, treino e disciplina.

O processo dá-se, no trabalhar a percepção e respeitar o espaço do outro, saber ouvir, sem julgar, sem preconceituar, aceitando hábitos, culturas e estilo de vida diferentes, restringindo-se a somente passar a informação e sim, trocar e partilhar ações e saúde, adequando a educação em saúde a partir das necessidades vivenciadas por cada ser, sendo únicas e exclusivas.

A dificuldade mais sentida pelo grupo foi de não se impor em momentos onde julgávamos necessário uma intervenção.

Na formação acadêmica trabalhamos dentro de uma educação bancária. A partir da 8ª fase entramos em contato com este referencial com uma perspectiva libertadora, o que nos fez refletir e analisar a cerca da realidade, onde tanto o educador quanto o educando eram parte do processo ensino/aprendizagem e isto muitas vezes fugia de nossa prática cotidiana, já que refletir sobre nossas ações era difícil.

4.6 Sete teses sobre educação para a participação

Briceño-Leon (1990) propõe sete teses sobre a relação entre educação sanitária e participação em saúde. Considera importante para compreender o que ocorre nesta relação e contribuir a uma melhor educação e participação das pessoas.

Tese I

A educação não é só o que se dá em programas educativos, mais em toda a ação sanitária.

Pode-se dizer que há dois tipos de educação sanitária. A primeira é a formal, é a que se imagina quando pensa na educação: uma conferência, um filme, um folheto, slides... Mas há outro tipo de educação informal que se desenvolve na ação de todos os dias dos programas de controle, que se desenvolve quando se executam os programas sanitários.

Todas as ações que se fazem num programa de controle está se gerando uma ação educativa e que, em conseqüência, deve se ter em conta a dimensão educativa sem efeito das ações cotidianas intencionais que realizam os programas de saúde.

Do ponto de vista social, deve-se estudar os efeitos das ações e não as intenções dos atores que as executam. Duas conclusões derivam-se desta tese: uma conclusão evidente é que devem estudar-se as formas de aplicação das políticas sanitárias em geral e ver qual é o

tipo de mensagem e qual é o tipo de ação educativa que daí desprende-se. Trata-se de uma sorte de investigação operacional, mas referida aos efeitos comunicacionais e educativos das ações não intencionalmente comunicacionais nem educativas. E outra conclusão é que deve preparar-se a todo o pessoal comprometido nas campanhas sanitárias desde o ponto de vista educativo e não exclusivamente a aqueles que por sua função ou sua designação de cargo corresponda-lhes esta tarefa.

Tese II

A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado.

Existe a crença geral que a ignorância é um vazio que deve ser preenchido, pois a gente não sabe e deve saber. A educação entende-se então como um processo de transmissão de informação na qual pretende-se preencher um vazio. Desde uma perspectiva global esta corrente tem feito a pensar a educação sanitária como propaganda sanitária. No caso da propaganda sanitária se presume que há uma transmissão de informação de um lado cheio e outro vazio, porque se presume que no outro o que existe é uma carência de informação (Freire, 1970).

Este tipo de pensamento considera igualmente que a ação dos indivíduos deriva de uma ausência de conhecimentos e é assim que se têm formado o modelo que conhecemos como CAP (Conhecimentos, Atitudes e Práticas), que sustenta que os conhecimentos levam as atitudes e que as atitudes levam as práticas, Segundo isto, o proporcionar a informação, mudará as atitudes das pessoas e, posteriormente, estas atuarão distintas.

A ignorância então não é um vazio que deve ser preenchido. O indivíduo, presumidamente ignorante, tem muitos conhecimentos, têm crenças, têm opiniões, que um pode considerar como “más”, “tradicionais” ou “incorretas”, mas que são as que o indivíduo tem e as que guiam normalmente seu comportamento. Estamos trabalhando com pessoas que têm uma perspectiva e uma visão geral do mundo. Trata-se então de conhecer quais são os conhecimentos, as crenças e os hábitos que os indivíduos têm para poder trabalhar sobre eles e tentar gerar uma transformação dos mesmos em saberes novos, crenças modificadas, hábitos trocados.

O objetivo da educação nesta perspectiva não é então o preencher o vazio da ignorância, mas transformar os cheios cognitivos e condutuais previamente existentes no

indivíduo. Por isso, é muito importante conhecer os saberes e práticas prévias, para identificar com clareza a matéria prima sobre a qual deve-se desenvolver o trabalho educativo.

Tese III

Não há um que saiba e outro que não saiba, e sim dois que sabem coisas distintas.

O processo educativo não deve ser unidirecional, supõe que se os dois sabem, os dois devem dizer algo. O processo educativo é bidirecional e ambas partes geram um compromisso de transformação de seus próprios saberes. Quando dizemos transformação de ambos, o haverá em toda sua significação. A educação é, um compromisso para transformar os saberes e o mundo.

O educador, como agente externo, pode motivar, mas se as pessoas não querem mudar, não querem educar-se, não se vai atingir nada.

Tese IV

A participação deve ser dialógica e participativa.

Se ambos sabem, o processo educativo é então um processo de diálogo entre saberes. Um processo de diálogo na qual ambos comprometem-se a ouvir e transformar-se. Mas um processo de diálogo é um processo participativo e a educação deve ser participativa em si mesma; não é possível ensinar ou induzir a participação sem que o processo mesmo seja participativo, deve ter participação da comunidade e dos trabalhadores em todo momento, inclusive, desde o início do projeto e dos programas.

Um programa dialógico e participativo em saúde implica que todos atuem por igual, embora com papéis diferenciados. Um processo participativo implica confrontação de perspectivas e prioridades, tão legítimas e válidas as da equipe de saúde como as da comunidade. O que se há de procurar, então, é dialogar e trocar é tentar confrontar os saberes sem dominação e sem submeter-se.

Tese V

A educação deve reforçar a confiança da pessoa em si mesma.

Quando iniciamos uma ação não podemos saber com certeza, quais serão os resultados, mas sempre fazemos uma previsão do que resultará de nosso proceder. E é esta previsão ou expectativa de resultado o que leva a nos comportarmos de uma determinada maneira. Só se assumirmos que os resultados serão de acordo com o desejado daremos início a nossa atividade.

Se a participação da comunidade em saúde é, como diz a declaração de Alma-Ata, um dever e um direito, a meta da educação e a ação sanitária empreendida pelo Ministério de Saúde, ou pelos educadores, deve-se reforçar a confiança dos indivíduos em buscar e cobrar uma efetiva participação nos programas. Confiança em que cada indivíduo pode e deve fazer algo para manter sua saúde.

Tese VI

A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço-obtido.

A ação educativa deve estar acompanhada de lucros que se obtenham através de esforços. Lucros obtidos, a partir de traçar algumas metas que o indivíduo possa cumprir, metas redatoras que signifiquem um estímulo à inteligência, que não sejam tão fáceis como que sejam considerados superficiais, nem tão difíceis como para que possam induzir o fracasso de antemão. Se o indivíduo trabalha, participa e obtém lucros, reforça-se assim sua idéia conectiva do esforço e o lucro. Ele aprende que pode fazer algo por sua própria saúde, aprende com fatos. Aprende que o trabalho pode levar a lucros e que sua ação pode levar satisfação e saúde (Romero García, 1985).

Tese VII

A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

A participação comunitária não deve significar uma dissolução da responsabilidade individual, ao contrário, uma boa política de estímulo à participação deve fomentar o interesse e o compromisso de cada indivíduo como pessoa, com as metas de saúde. Mas a

ação individual não é tão difícil de obter, pois é possível relacionar o que se faz com os benefícios obtidos, difícil é atingir a ação coletiva onde os benefícios diluem-se entre todo um conglomerado de pessoas, e quem participa e se esforça pode obter as mesmas vantagens do saneamento ambiental que quem nada ou muito pouco têm feito (Olson, 1965).

4.7 Educação em Saúde

"A educação em saúde é um campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculo entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população".(VASCONCELOS, 1999, p.25)

A perspectiva de compreensão da "educação e saúde como práticas sociais de organização da vida cotidiana implica na compreensão da sociedade além da sua produção, incorporando elementos da subjetividade humana, resultante das experiências sociais de cada corpo e de cada consciência em relação aos outros e ao mundo". (SILVA apud ESMERALDINO, 1998, p.16)

Não há atores privilegiados na luta pela saúde, há uns que sabem mais, outros que sabem menos. Há uns que têm mais responsabilidade e outros que têm menos; há uns a quem lhes pagam, e há outros a quem não lhes pagam para obter a saúde para todos.

A educação como arte de usar os conhecimentos implica um trabalho que deve deliberadamente buscar a participação dos indivíduos para assim obter e poder sustentar as metas da saúde. Para fazê-lo, é necessário conhecer ao ser humano e suas circunstâncias e buscar considerar a ele ou ela para todas as ações de saúde.

A educação não pode modificar muitas das condições objetivas, mas sim pode obter a maneira como os indivíduos encaram as condições objetivas. Sua ação pode ser, intencionalmente ou não, positiva no sentido de favorecer a participação e a responsabilidade individual, ou negativa no sentido de incentivar a passividade.

"Devemos então ter consciência clara que, só com um povo trabalhando ativamente e com consciência é possível tornar realidade a idéia de saúde para todos". (Briceño-Leon, 1993).

4.8 Visita domiciliária

Fracolli & Bertolozzi (2001, p.7), afirmam que na esfera familiar, o PSF nos propicia maior proximidade com as pessoas e seus modos de “levar a vida”, principalmente através das visitas e dos atendimentos domiciliares, elencados como práticas importantes dos profissionais que atuam junto ao programa. Fazer uso desta tecnologia de assistência, de forma a operacionalizar a concepção de determinação social do processo saúde-doença, significa buscar compreender as relações entre os indivíduos que compõe uma família e a maneira como essas relações contribuem para a existência de processos protetores ou de desgaste para a saúde e a doença.

A visita domiciliar (VD) é um instrumento que possibilita à equipe identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros que a compõem, como essas formas são socializadas entre os membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no contexto familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros.

De acordo com Takahashi & Oliveira (2001, p.43) além de buscar a identificação dessa funcionalidade familiar, a sua prática busca entender as funções sociais, econômicas, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade. Facilita ainda o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe. Pode também contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, pois a VD é interpretada, freqüentemente, como uma atenção diferenciada advinda do serviço de saúde.

Os pressupostos que orientam a VD são:

- Nem toda ida ao domicílio do usuário pode ser considerada uma VD;
- Para ser considerado uma VD, tal atividade deve compreender um conjunto de ações sistematizadas, que se iniciam antes e continuam após o ato de visitar o usuário em domicílio;
- A sua execução pressupõe o uso das técnicas de entrevista e de observação sistematizada;
- A realização da VD requer um profissional habilitado e com capacitação específica;
- Na elaboração dos objetivos da VD é necessário considerar os limites e possibilidades do saber específico do profissional que a executará.
- A relação entre o profissional e o usuário deve estar pautada nos princípios da participação, da responsabilidade compartilhada, do respeito mútuo (crenças e valores relacionados ao processo saúde-

doença) e da construção conjunta da intervenção no processo saúde-doença;

- Podem existir diferenças socioculturais e educacionais entre os profissionais e os usuários do serviço de saúde, que devem ser considerados no planejamento e execução da VD;
- A intervenção do processo saúde-doença pode ou não ser uma ação integrante da VD.” (TAKAHASHI & OLIVEIRA, 2001, p. 43-44)

A técnica de VD compreende as seguintes etapas:

- Planejamento,
- Execução,
- Registro de dados,
- Avaliação do processo.

Planejamento da VD

Takahashi & Oliveira (2001, p.44) recomendam para que a VD tenha sua finalidade alcançada, o profissional atinja o rendimento previsto para realização das atividades, e tenha clareza e segurança no que irá fazer durante a visita.

O planejamento inicia-se com a seleção das visitas, segundo os critérios estabelecidos pela equipe de saúde. Em seguida, deve-se estabelecer os objetivos da VD, que irão orientar a revisão de conhecimentos necessária para embasar a entrevista com o usuário e a observação do domicílio.

Posteriormente inicia-se a captação da realidade de vida e saúde da família através da leitura do prontuário e troca de informações com profissionais que já tiveram contato com algum membro da família.

A cada etapa realizada preencher o impresso utilizado (roteiro "dicas") na realização da VD, o qual será construído no decorrer das atividades.

Execução da VD

Após contato preliminar de identificação do profissional e exposição dos objetivos da visita, deve-se iniciar a entrevista, segundo o proposto para a VD.

O profissional deve realizar a observação da dinâmica da família e ao término, deve resgatar os seus objetivos e fazer uma síntese do que foi realizado.

Relatório da VD

O profissional deverá elaborar um relatório escrito sobre a VD, pois este é essencial para que as informações coletadas através da entrevista ou da observação sejam compartilhadas com os membros da equipe, subsidiando a continuidade da assistência à família.

O relatório deve ser claro, objetivo, sintético, ter seqüência lógica e ser iniciado com as informações colhidas, seguidas das observações feitas, e por fim, as intervenções realizadas. Ainda no relatório deve-se informar as necessidades da família, e registrar, se houver, aspectos que precisam ser explorados no próximo contato.

Avaliação do processo da VD

A avaliação é realizada para que a equipe possa traçar um novo plano na assistência da família visitada, identificar se os objetivos propostos foram cumpridos e se os pressupostos da VD foram contemplados.

5. METODOLOGIA APLICADA

5.1 Aspectos gerais do campo de estágio

O município de Biguaçu dista 16 quilômetros de Florianópolis, capital de Santa Catarina, , levando-se em média 15 minutos de carro e 30 minutos de ônibus coletivo. Está localizado ao longo da BR 101. Segundo o IBGE, o município conta com uma população (estimada para 2003) de 51.729mil habitantes distribuídos nos 302 quilômetros quadrados.

Tabela 1: Número e percentagem por faixa etária, da população residente no município de Biguaçu no ano de 2001.

Faixa etária	População residente	%
Menor de 1 ano	964	2.06
1 a 4 anos	4.005	8.6
Menores de 5 anos	4.969	10.66
5 a 9 anos	5.037	10.78
10 a 14 anos	5.000	10.70
5 a 14 anos	10.37	21.48
15 a 19 anos	4.630	10
20 a 29 anos	8.735	18.7
30 a 39 anos	7.818	16.73
40 a 49 anos	4.835	10.34
15 a 49 anos	26.018	55.77
50 a 59 anos	2.658	5.68
60 a 69 anos	1.711	3.66
70 a 79 anos	841	1.8
80 anos e mais	334	0.71
60 a 80 e mais	2.886	6.17
Idade ignorada	153	0.32
Total	46.721	100

Fonte: IBGE - Censo demográfico/estimativas, 2001.

Como pode ser observada na Tabela 1, a maioria da população encontra-se em idade produtiva (45.77%), considerando apenas as idades entre 20 e 49 anos. Pode-se dizer, em termos demográficos que a população do município de Biguaçu encontra-se dentro da pirâmide populacional “jovem”.

Quanto à população, de acordo com a zona de residência, estima-se que 5.154 habitantes residam na área rural, 10 mil na área urbana e os demais na área suburbana.

A subsistência do município é variada, a atividade agrícola é basicamente de plantio de arroz, leguminosas e de cultivo de insumos de jardinagem. Possui algumas fábricas, especialmente de plástico e um terminal de gás cozinha (gasoduto da Petrobrás). A atividade de comércio é pouco significativa, fazendo com que a população se desloque freqüentemente para a cidade de Florianópolis.

Possui uma Universidade privada – pólo da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, e tem vários bancos. O turismo (especialmente veraneio) também é insignificante. É uma cidade que poderíamos chamar de “cidade dormitório”, pois a maioria da sua população que trabalha, o faz fora, em municípios vizinhos. Com a atual conjuntura, o número de desempregados é elevado, favorecendo a ampliação de bolsões de pobreza, apresentando o município algumas áreas de risco.

O numero de casas particulares é de 10.485 (www.saúde.sc.org.com,2001).

A maioria das famílias tem o homem como chefe de família, entretanto, aproximadamente 17% das famílias são de responsabilidade das mulheres. A média de habitantes por família é de 3.81, segundo estimativas do censo 2000, para o ano de 2001.

Ocorrem no município em torno de 180 casamentos por ano.

A cidade de Biguaçu é cortada pela BR 101, rodovia de grande tráfico de automóveis, ônibus e caminhões, conhecida como a estrada da morte.

O município não conta com um sistema de tratamento de esgoto, os males da saúde, do meio ambiente e da população é eminente, necessitando um trabalho contínuo de educação para a saúde.

Em muitas comunidades o consumo de água para beber vem de nascentes de morros sem nenhuma proteção, do próprio ambiente, da canalização e reservatórios que são improvisados pelos moradores até chegar aos domicílios.

É no município de Biguaçu que se localiza o aterro sanitário para o lixo de vários municípios vizinhos, inclusive o seu próprio.

A coleta de lixo, embora existente, não chega aos morros, ocasionando o despejo em valas, em ruas a céu aberto, trazendo vários danos a saúde das pessoas que ali vivem.

Existem comunidades que se erguem em áreas de mangue, como é o caso do Bairro Saveiro onde o lençol freático está quase ao nível da superfície da terra e como o bairro está próximo ao mar, com maré cheia os resíduos sólidos colocados em fossas caseiras sobem tornando o meio ambiente propício para inúmeras doenças. Tanto o rio Biguaçu como o mar estão absolutamente poluídos.

Do ponto de vista epidemiológico, os indicadores apontam para uma situação desfavorável, caracterizando uma complexa rede causal dos eventos de saúde.

Segundo dados do sistema de informações da Secretaria de Estado da Saúde - a maioria das causas de morte no primeiro ano de vida estão relacionadas as causas perinatais, caracterizando-se como um problema no que diz respeito a atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Esta situação não é diferente de outras regiões do país e do estado de Santa Catarina, exigindo a compreensão de outros fatores geradores de tal situação, no caso de Biguaçu, especial atendimento pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Em Biguaçu implantou-se o "Gera Bebê Cidadão", que significa, dentre outras ações dirigidas ao recém-nascido, o acolhimento a vida, começando já durante a gravidez, com atendimento qualificado a mulher, garantindo a mesma, a sua consulta pós-natal e o atendimento especial a criança no seu primeiro ano de vida, seja em domicílio como nas unidades de saúde.

O controle da mulher grávida pelo ACS em parceria com a Equipe da Saúde da Família é peça chave na diminuição da mortalidade infantil e materna.

Do total das comunidades do município de Biguaçu, 18 são da área rural, igualmente 18 na área suburbana e 5 na área urbana. O maior risco para a saúde está na área suburbana, caracterizando como área de pobreza em que os condicionantes da saúde, deixam bastante a desejar, são exemplos: água não tratada, esgoto que em muitos lugares corre a céu aberto, coleta de lixo insuficiente, habitação inadequada, transporte insuficiente, crianças fora da escola, dentre outros.

Com relação ao consumo de água não tratada, realizou-se uma análise laboratorial da mesma, e constatou-se um número elevado de coliformes fecais, imediatamente medidas educativas foram tomadas junto a população, para buscarem a melhor solução.

Na zona rural o maior perigo para saúde, além dos problemas de água, destino inadequado dos dejetos e a coleta de lixo, há o uso indiscriminado de agrotóxicos que

sistematicamente vem poluindo o meio ambiente e afetando a qualidade de vida das pessoas que vivem nestas regiões.

No município de Biguaçu a esperança de vida ao nascer é de 68.5 para o sexo masculino e de 75.5 para o sexo feminino.

Do total de óbitos ocorridos no município, 6.1% ocorrem em menores de um ano, 1.5% entre 1 e 4 anos, 1% entre as idades de 5 – 14 anos, 23.4% para as idades entre 20 – 49 anos, 21.4% para as idades entre 50 e 64 anos e 46.4% para as idades acima de 65 anos (www.saude.sc.gov.com, 2001).

Um dos grandes problemas que se percebe em Biguaçu diz respeito a cobertura vacinal, na zona urbana há apenas um posto de vacinação para aproximadamente 41 mil habitantes e dois postos na zona rural para 5 mil habitantes, merecendo atenção especial.

O município não dispõe de internação hospitalar, apenas um pronto atendimento de 12 horas diárias. Os atendimentos de média e alta complexidade se dão através de marcação de consultas, de encaminhamentos direto aos hospitais, aos centros de diagnósticos de Florianópolis e São José.

5.1.1 A Unidade Mista de Saúde

Esta unidade foi construída há 15 anos atrás e é nela que se encontram a maioria da atenção dos munícipes assim como a maioria dos trabalhadores, recursos tecnológicos e materiais. Oferece atenção pediátrica, ginecológica, obstétrica, clínica geral e pronto atendimento 12 horas, que foi reinaugurado recentemente. Oferece também serviços de psicologia, odontologia, assistência social e de enfermagem. É nesta unidade que funciona a assistência laboratorial e farmacêutica.

Conta com programas especiais tais como: vacinação (esquema completo), DST/AIDS, Saúde da Criança, SVE, Saúde do Idoso e Saúde da Mulher, sendo esta, referência para todo município, principalmente para os Centros de Saúde que não possuem programas específicos.

A UMS conta com três estratégias: Estratégia de Saúde da Família, Estratégia Gera Bebê Cidadão e Acolhimento.

* Quanto a estrutura física, a instituição conta com:

- sala de esterilização;
- almoxarifado odontológico;

- sala de DST/AIDS;
- laboratório DST/AIDS;
- sala da telefonista;
- sala do PSF;
- 3 almoxarifados;
- sala da direção;
- sala de pequenas cirurgias;
- 1 consultório de psicologia;
- 8 consultórios médicos;
- sala de coleta de sangue;
- sala de controle de laboratório;
- 1 consultório de enfermagem/médico;
- sala de preventivo;
- 1 consultório de enfermagem;
- sala de reuniões;
- 4 banheiros funcionários;
- sala de recepção;
- sala de vacina;
- sala de curativo;
- sala de marcação de consultas e exames;
- sala de espera;
- sala de acolhimento;
- sala da assistência social;
- farmácia;
- laboratório;
- 3 consultórios odontológicos;
- lavanderia;
- cozinha/refeitório;
- sala de passagem/secagem;
- 2 banheiros públicos;
- dispensa da cozinha;
- 1 emergência.

5.2 População alvo

Foi constituída por mulheres em puerpério remoto, bebês em período neonatal (0 a 30 dias) e suas famílias, residentes no município de Biguaçu, pertencentes à área de abrangência da Unidade Mista de Saúde de Biguaçu.

5.3 Percurso metodológico

Durante o desenvolvimento do estágio, o grupo fez reflexões teórico-práticas das atividades realizadas. O trabalho também foi registrado diariamente em um caderno de campo, bem como foram fotografadas algumas das atividades e famílias após seu consentimento. Em apêndice 1, o modelo do consentimento informado.

A Estratégia Gera Bebê-Cidadão prevê quatro passos:

1. Captar precocemente a gestante no domicílio a partir das indicações dos agentes comunitários de saúde.
2. Garantir um pré-natal adequado, oferecendo à mãe condições de uma gestação isenta de riscos e condições de ser e gerar um filho cidadão e saudável, com a proteção da mãe e estímulos da equipe para a proteção e manutenção da saúde.
3. Garantir um parto humanizado. Apesar do município de Biguaçu não possuir uma maternidade, ele dá garantia de acesso a um parto humanizado nas maternidades de referência de Biguaçu: Hospital Regional, Maternidade Carmela Dutra e Hospital Universitário.
4. Acolhimento nas maternidades. Permite que a família perceba que tem direito à saúde. Assegura a mãe e sua família o agendamento da primeira consulta do binômio mãe-bebê, o teste do pezinho e a vacinação, estimulando a percepção da família quanto a importância do acompanhamento em saúde.

Optamos por seguir nesta prática assistencial, o passo 4 da EGBC, além de realizar a visita domiciliar às famílias no período pós-parto, embora não esteja previsto na EGBC.

Para a realização do acolhimento e das visitas domiciliares utilizamos roteiros "dicas", que foram construídos durante o estágio, a partir das necessidades das famílias no período pós-parto. Em apêndice 2, os roteiros-dicas no cuidado com a puérpera e seu bebê.

Após o acolhimento e visita domiciliar realizamos um registro dos dados coletados, em forma de SOAP (método Weed).

Os registros de dados têm por objetivo favorecer e orientar a continuidade do trabalho. Neste sentido, deve-se considerar alguns princípios:

- Deve ser claro e escrito em letras legíveis;
- Deve mostrar continuidade com relação a relatórios anteriores, para que sirva de instrumento de avaliação do trabalho realizado com a família;
- Deve ser resumido e ter seqüência lógica. Para isso, o registro deverá seguir a padronização adotada pelo serviço: o método Weed de registro (SOAP).

O método Weed organiza a evolução de Enfermagem sob a forma de SOAP (Dados Subjetivos, Objetivos, Análise, Planos).

Os dados da evolução serão obtidos através do acolhimento nas maternidades, das visitas domiciliares, pela observação direta, no diálogo com familiares, de informações obtidas de outras profissionais e do prontuário.

* Dados subjetivos são as informações e observações do paciente (família, amigos ou responsáveis) sobre ele mesmo, ou seja: o que o paciente sente, observa e/ou acredita ser.

* Dados objetivos são observações ou dados mensuráveis, obtidos por elementos da equipe de saúde e/ou enfermagem, tais como observações clínicas (sinais, sintomas) resultado de exames que requerem ações de enfermagem, resultados da execução de cuidados, tratamentos, orientações, etc.

* A análise explica e interpreta o significado dos dados objetivos e subjetivos. Aqui o profissional registra a sua opinião sobre como definir o problema num grau de maior previsão. Avalia ao mesmo tempo a evolução da conduta adotada e a identificação de novo problemas. Devem estar incluída as razões para manter, mudar ou abandonar uma conduta.

* O plano representa a decisão para tomar uma conduta específica baseada em novos dados e na análise.

Após a realização dos registros, do acolhimento e visita domiciliar, em forma de SOAP, as fichas de registro eram anexadas nos prontuários respectivos às puérperas e seu bebês. Em apêndice 3, modelo das fichas de registro do acolhimento e visita domiciliar.

5.4 Ética

A ética se constitui na preocupação pelas conseqüências que tem as ações de um sobre o outro, e adquire sua forma desde a legitimidade do outro como um ser, com o qual um configura um mundo social (Maturana apud Figueroa, 1998, p.10).

No campo educativo em saúde, este ponto de vista é importante se ter presente, já que em muitas ocasiões, tende-se a exigir a manifestação de condutas no usuário, que levam a negar sua existência. Para que a ética se manifeste e tenha sentido, é preciso que haja respeito por si mesmo e respeito pela presença e legitimidade do outro, no convívio que emerge e se cria a partir do mundo social.

Conforme Baez apud Figueroa (1998), nas últimas décadas, se tem enfatizado a conveniência de reverter o enfoque biomédico para chegar ao biopsicossocial, o que tem permitido tornar realidade a estratégia de Promoção da Saúde, na qual a Educação tem sua máxima expressão. A enfermagem desenvolve um rol educativo relevante em seu quefazer, o que a conduz a levar em consideração um forte compromisso em relação à educação, promoção da saúde e aos aspectos bioéticos envolvidos.

Para Figueroa (1998, p.07), soma-se ao anterior, a importância dos avanços apresentados na bioética, nos últimos anos, os quais tem enfatizado a necessidade de humanizar a atenção em saúde, de centrar a atenção na pessoa e de responder, entre outras, à pergunta de como chegar a uma atenção respeitosa e digna.

6. PLANO DE AÇÃO

Nosso projeto assistencial foi desenvolvido nas maternidades de referência de Biguaçu, no domicílio de famílias pertencentes a este município e na Unidade Mista de Saúde de Biguaçu, buscando desenvolver educação em saúde à puérpera, recém-nascido e sua família.

Descreveremos a seguir, os objetivos propostos, seu desenvolvimento, e sua avaliação.

6.1 Objetivo 1

Conhecer a realidade do contexto social e familiar das puéperas e seus bebês em conjunto com a equipe de saúde e agentes comunitários do município de Biguaçu.

Para o alcance deste objetivo, realizamos oito visitas domiciliares. Estas visitas foram agendadas com o objetivo de conhecer a puérpera no seu contexto familiar, nos bairros pertencentes a Biguaçu, tendo como referência a Unidade Mista de Saúde: São Miguel, Saveiro, Saudade, Cachoeiras, Rio Caveiras. Desta forma, reconhecemos o contexto social e familiar das puéperas e seus bebês a partir do diálogo com as famílias que expunham suas dificuldades acerca de sua situação de moradia, de saneamento básico, transporte, financeira e de saúde. Antes de cada visita domiciliar agendada, conversávamos com a enfermeira do PSF responsável por aquela área, a fim de trocar informações sobre a atual situação familiar, além de consultas ao prontuário.

Após as visitas domiciliares, dialogávamos com as enfermeiras de PSF da Unidade Mista de Saúde e repassávamos as informações colhidas sobre a família. Após a realização do SOAP da visita domiciliar, estas eram anexadas no prontuários da puérpera e seu bebê, para servir como mais uma fonte de informações, e guiar a assistência das famílias visitadas. Em apêndice 4, o registro em forma de SOAP dos acolhimentos e visitas domiciliares e respectivos consentimentos informados.

Participamos também de reuniões realizadas na sexta feira com as equipes de PSF de Biguaçu, na qual eram tratados assuntos relativos ao bom funcionamento dos serviços de assistência nos Centros de Saúde, assim como, palestras para capacitação em saúde das equipes.

6.2 Objetivo 2

Adquirir habilidades para realização da assistência de enfermagem à puérpera e seu bebê.

Como estratégia para o alcance deste objetivo, pensávamos em realizar visitas domiciliares acompanhadas da Equipe de Saúde da Família, como forma de adquirir habilidades na assistência de enfermagem à puérpera e seu bebê. Porém, a Estratégia Gera Bebê Cidadão, não visa a visita domiciliar às famílias no pós-parto. Assim, esta ação para o cumprimento deste objetivo não ocorreu, visto que, não poderíamos acompanhar as visitas domiciliares às puérperas e suas famílias, já que esta não era uma prática estabelecida pela EGBC.

Refletimos e chegamos a conclusão, que este fato não prejudicou o bom andamento da prática assistencial, visto que mesmo realizando as visitas domiciliares sem a presença de outros profissionais da Equipe de Saúde da Família, esta ocorreu de forma satisfatória. Além disto, as visitas foram pensadas e planejadas em conjunto com as enfermeiras da Unidade Mista de Saúde, favorecendo a troca e sucesso do cuidado e educação em saúde nas visitas domiciliares.

Como estratégia para também cumprir este objetivo nos propusemos a colher documentos que nos mostrassem a filosofia da instituição, assim como as normas e rotinas. Podemos perceber durante a busca, que estes dados não existiam na Unidade Mista de Saúde de Biguaçu.

Para que uma equipe de saúde desenvolva um trabalho coletivo e não individualizado ou compartimentalizado, é necessário que os profissionais que a integram discutam profundamente as questões de cunho filosófico ligados diretamente ao processo assistencial, buscando uma linha teórico-metodológico, fazendo desta filosofia, um norte para o cuidar.

Sugerimos que tal Instituição, adote junto aos seus profissionais, as normas e rotinas, a fim de definir os princípios de ação e a descrição sistematizada dos passos, estabelecendo informações qualitativas e quantitativas do serviço de enfermagem.

Buscando aprimorar nossas habilidades no cuidado na Atenção Primária de Saúde, realizamos outras atividades na UMS, com o auxílio de outros profissionais de saúde, que não previam em nossos objetivos, tais como: 6 Testes do Pezinho, 8 Preventivos de Câncer de Colo de Útero, 9 educação no Auto Exame das Mamas.

6.3 Objetivo 3

Desenvolver cuidado e educação em saúde à puérpera, recém-nascido e sua família, a partir dos princípios do SUS/PSF e Estratégia Gera Bebê Cidadão – EGBC.

6.3.1 O momento do acolhimento nas maternidades

O acolhimento às puérperas, recém-nascidos e sua família, nas maternidades de referência do município de Biguaçu: Hospital Regional – São José, Maternidade Carmela Dutra e Hospital universitário, ambas em Florianópolis, ocorriam no período vespertino.

Nos encontrávamos às 13:30 horas na UMS de Biguaçu com o motorista do veículo da vigilância epidemiológica e a funcionária responsável pelo acolhimento nas maternidades.

Nas maternidades, dirigíamo-nos ao alojamento conjunto e verificávamos os prontuários das puérperas e RNs, observando quais pertenciam ao município de Biguaçu. Enquanto a funcionária do acolhimento preenchia a ficha com dados do binômio para o município de Biguaçu (anexo 1), colhíamos as informações pertinentes para o preenchimento da ficha de registro do acolhimento elaborada por nós (apêndice 3).

Nos dirigíamos ao quarto do binômio, e dialogávamos com as famílias a cerca do novo processo de saúde, trocando informações e vivências baseadas nas necessidades referidas. A maioria das informações trocadas eram sobre amamentação, cuidados com o coto umbilical e períodos de sono e vigília do bebê. Neste momento, também agendávamos a primeira consulta à puérpera e ao recém-nascido, e estimulávamos a família a realizar o teste do pezinho e vacinações. Entregávamos a bolsa de Biguaçu, explicando a utilidade dos materiais contidos nesta.

Somente às famílias que tinham como referência a UMS, era preenchida a ficha de registro do acolhimento, conforme acima citada. Expúnhamos os objetivos do nosso trabalho, e conversávamos sobre a possibilidade da realização de uma visita domiciliar. Se a família consentisse, agendávamos a visita domiciliar para 3 a 4 dias pós-parto, onde acreditamos que o período de maiores dúvidas dá-se justamente após o parto, em consequência das modificações físicas, sociais e psicológicas por que passam a família.

O diálogo ocorrido no acolhimento, somente era registrado em forma de SOAP, quando eram agendadas visitas domiciliares às famílias.

Acolhimento na maternidade da Família "Orquídea"³

O acolhimento da Família "Orquídea", ocorreu no dia 6 de novembro de 2002, no Hospital Regional. A puérpera e seu bebê não estavam acompanhados de familiares durante a hospitalização. Referiu que o parto de seu primeiro filho foi sem muita dor, porém, sentiu medo por ser desconhecido. Diz estar ansiosa para retornar à sua casa, pois conta com a ajuda das cunhadas para os cuidados com o RN, e assim, poderá dormir durante a noite, já que sente-se cansada e o RN "troca o dia pela noite". O grupo dialogou com a puérpera sobre os períodos de sono e vigília do bebê nos primeiros dias de vida.

Contou-nos que, devido a cesárea, sente medo de evacuar, pois teme romper os pontos da incisão. Relatou que as mamas estão com "algumas rachaduras" que doem ao amamentar. Dialogado sobre a importância da exposição das mesmas ao sol, em horários benéficos, hidratar a aréola e mamilo com o leite materno após as mamadas e do posicionamento do bebê ao amamentar. Quanto ao cuidado com o bebê, apenas observou como é feito o curativo no coto umbilical, dizendo sentir medo de tocar no local. Conversado sobre a realização do curativo umbilical utilizando álcool 70% e gazes e demonstrando com material educativo de curativo do coto umbilical.

Acolhimento na maternidade da Família "Violeta"³

O acolhimento da Família "Violeta", ocorreu no dia 6 de novembro de 2002, na Maternidade Carmela Dutra. A puérpera e seu bebê estavam acompanhados do marido durante a hospitalização.

A puérpera relatou que foi seu primeiro parto cesáreo já que seus outros dois filhos nasceram de parto normal. Diz ter sido uma gravidez não planejada e teve duas internações no decorrer desta gestação. Relatou que o RN nasceu com 8 meses por ter tido descolamento de placenta. Contou não ter problemas com a amamentação, mas sente um pouco de medo de realizar o curativo do coto umbilical. Dialogamos sobre os cuidados com o coto umbilical e tranquilizamos os pais sobre a inexistência de sensação de dor do RN durante a realização do curativo no coto umbilical.

³ Este nome foi escolhido de forma aleatória, a fim de preservar a identidade das famílias trabalhadas.

No início, o acolhimento nas maternidades representou para o grupo um momento de ansiedade, pelo pequeno número de bebês nascidos no período que nos propusemos a realizar tal atividade (terça a sexta), e com isso, o alcance dos nossos objetivos tornavam-se dificultosos. Sendo que, o desenvolver de nossa prática assistencial dependia principalmente do acolhimento, pois a partir deste é que iríamos dar continuidade a assistência à puérpera e sua família, seja em ambiente domiciliar ou no centro de saúde. Porém, nosso processo de formação é fruto de uma educação bancária, que condiciona muitas vezes a realização de ações sem uma maior reflexão sobre a realidade. Tínhamos certa dificuldade de analisar a própria dinâmica do serviço de saúde, uma vez que preocupávamos com o cumprimento dos objetivos propostos.

Concordamos que a educação em saúde refere-se a não somente às famílias acolhidas, mas também aos profissionais que acompanharam nosso trabalho. A partir da utilização de nosso referencial teórico de Paulo Freire, utilizávamos uma abordagem às famílias que diferia daquela que estava sendo praticada pelos profissionais no momento do acolhimento. Esperávamos que a partir do nosso processo de acolher, os profissionais observassem a importância do diálogo, visto que, esta era uma necessidade das próprias puérperas e suas famílias. Acreditamos que esse processo dá-se de forma gradual, porém, nos preocupamos se houve realmente uma percepção dos profissionais da importância do diálogo e troca de vivências e do que o trabalho estava representando para as famílias.

Creemos que, o trabalho realizado nas maternidades foi presenciado e visto de forma positiva pelos profissionais, porém, aqui fica uma dúvida se este novo olhar sobre as necessidades das famílias foi sentido e incorporado por aqueles que darão continuidade ao processo de acolher.

6.3.2 O momento da visita domiciliar

A visita domiciliar às puérperas e sua famílias durante o puerpério imediato, somente está previsto na Estratégia Gera Bebê Cidadão, se estas não comparecerem na primeira consulta do bebê, Teste do Pezinho e vacinação, conforme agendadas no momento do acolhimento nas maternidades. Para tanto, verifica-se mais uma vez a articulação entre EGBC e ESF, já que quem realiza as visitas domiciliares são as equipes de Saúde da Família.

Optamos porém, por incluir esta atividade de visita domiciliar em nossa prática assistencial, por concordarmos que o ambiente familiar propicia maior proximidade com os profissionais e buscando compreender a dinâmica das relações familiares.

De acordo com Takahashi & Oliveira (2001, p.43) além de buscar a identificação dessa funcionalidade familiar, a sua prática busca entender as funções sociais, econômicas, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade. Facilita ainda o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe. Pode também contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, pois a VD é interpretada, frequentemente, como uma atenção diferenciada advinda do serviço de saúde.

Antes da realização das visitas domiciliares, dialogávamos com a enfermeira responsável pela área onde a família residia, trocando informações a cerca das condições de saúde familiar, além de consultas ao prontuário.

Na data e horário combinado com a família, realizávamos a visita domiciliar. Como já havíamos tido um primeiro contato nas maternidades e estabelecido um vínculo, de modo geral, nossa presença em meio familiar, era esperada e bem aceita.

O diálogo e troca de vivências com as famílias baseavam-se principalmente, nas necessidades sentidas com o cuidado em saúde que envolviam aquele momento.

Realizamos oito visitas domiciliares, nos bairros: Saudade, Rio Caveiras, Saveiro, Cachoeira e São Miguel.

A participação na Estratégia Gera Bebê Cidadão, possibilitou a realização da visita domiciliar, conseqüentemente oportunizou uma integração com a família através do processo educativo realizado nesta atividade.

Sugerimos que neste processo às famílias com maiores dificuldades, sejam priorizadas atividades de visita domiciliar no período do puerpério, independente se comparecerem na consulta, teste do pezinho ou vacinação no Centro de Saúde, conforme prevê a Estratégia Gera Bebê Cidadão.

Por outro lado, percebemos que as equipes de enfermagem que fazem parte da ESF, e que foram inseridas na Unidade Mista de Saúde estão envolvidas em várias atividades tais como: consultas de forma geral, acolhimento, preventivos, imunizações e outros, dificultando a realização de visitas domiciliares pela grande sobrecarga de trabalho. Além disto, observamos a dificuldade das equipes de saúde, no acesso aos veículos que

transportam até os domicílios, constituindo-se em mais um obstáculo para a realização das visitas domiciliares.

6.3.3 Refletindo sobre o processo de educação em saúde das Visitas Domiciliares

A reflexão do processo educativo em saúde com as famílias do município de Biguaçu, durante as visitas domiciliares, deu-se baseada no diálogo com as mesmas, onde se inseriam a puérpera e seu bebê. Optamos por escolher duas famílias para refletir a cerca de sua educação em saúde, condições familiares, sociais, econômicas e de saúde, por representar a realidade vivida por todas as demais famílias visitadas. Pensamos que, este fato ocorreu, pelas semelhanças do processo por que passam as famílias durante o período pós-parto. Observou-se que as dúvidas, questionamentos e inseguranças eram as mesmas entre as famílias durante este período. Porém, as condições de educação em saúde, diferem entre si, refletindo a presença ou não de um suporte familiar e o modo como cada família vivencia o pós-parto.

Visita Domiciliar na família de “Orquídea”

A visita domiciliar na família de “Orquídea”, foi realizada no dia 12 de novembro de 2002, pelo grupo, no bairro Saveiro. Ao encontrarmos a casa, nos apresentamos à família que já estava a nossa espera.

Percebemos que as condições de moradia e higiene eram precárias; a casa possuía apenas 2 cômodos: cozinha e quarto, o banheiro era em ambiente externo, não havia geladeira e presenciemos um grande número de insetos. A casa estava em desordem, com sujidades no chão e pouco arejada e iluminada.

Estavam presentes durante a visita, a puérpera, o RN, a irmã da puérpera e seu filho de 3 anos. O marido, apesar de convidado, não participou do diálogo, apenas observou a nossa visita, consentindo e agradecendo a troca de informações ao final.

A puérpera foi receptiva e comunicativa. Referiu sentir-se bem, porém insegura por ser seu primeiro filho, sendo uma situação nunca vivenciada.

Foi dialogado com a família sobre os benefícios da exposição das mamas ao sol e métodos para evitar rachaduras, revezamento das mamas no momento da amamentação, ordenha manual e processo de armazenamento, já que esta era uma dúvida sentida pela

puérpera que disse estar com dores nos mamilos ao iniciar a mamada e que o bebê estava sugando melhor na mama direita. Preocupava-se também com o armazenamento do leite materno, pois não possuía geladeira em sua casa.

A puérpera relatava sentir coceira e dor em um ponto central da incisão, pedindo que o grupo observasse a cicatriz. Ao observar a incisão, percebemos que esta estava limpa, em processo de cicatrização, apresentando, porém, um ponto central avermelhado; caso não cessasse a coceira e dor, pedimos para que a puérpera procurasse a Unidade Mista de Saúde.

Dialogamos sobre métodos contraceptivos apropriados para a nutriz, considerando que a puérpera manifestou dúvidas e por concordarmos que este é um assunto de importância para a família, já que neste período as atenções estão voltadas para o bebê, ficando a mulher em segundo plano ocorrendo então, retorno da atividade sexual, podendo até ocorrer uma gravidez indesejada por desconhecimento do risco.

A família apresentava-se preocupada com o coto umbilical do RN, relatando que este “já caiu e está com um ponto esbranquiçado”, colocando óleo de cozinha e faixinha para proteger o local. Tranquilizamos a família sobre os aspectos do coto umbilical e dialogamos sobre os cuidados com o umbigo do RN.

Presenciamos a troca de fraldas do bebê, e o modo como a puérpera realizava a higiene perianal: sentido anal-vaginal. Para tanto foi necessário conversarmos com a família da importância de realizar a higiene deste local no sentido vaginal-anal.

Durante a realização desta visita domiciliar, percebemos realmente a necessidade de uma visita neste momento, em que as dúvidas permeiam as novidades deste período, principalmente pela carência de vivências e experiências anteriores, já que era o primeiro filho do casal.

Concordamos que o diálogo estabelecido com a puérpera e sua família conta com uma gama substancial de informações compartilhadas. Assim, constatamos que para o sucesso da educação em saúde, esta deve ocorrer de forma gradual e contínua, como um processo.

Neste momento, percebemos a dificuldade de trabalhar com o referencial teórico de Paulo Freire nesta família. Representou para nós um obstáculo a ser transposto, principalmente pela nossa própria educação bancária e vertical durante a academia.

Apesar da dificuldade de utilizar este marco teórico, necessitando de uma constante vigilância pessoal durante o processo educativo, acreditamos ser a melhor estratégia de

promover a educação em saúde, baseado no diálogo e respeito dos saberes e vivências de cada família. Desta forma, é possível perceber o sucesso nas visitas domiciliares, pois os valores e crenças de cada ser são compartilhados com o grupo, ocorrendo uma educação horizontal, baseado no respeito e troca.

Visita Domiciliar na família de “Violeta”

A visita domiciliar na família de “Violeta”, foi realizada no dia 12 de novembro de 2002, pelo grupo, no bairro Saveiro.

Ao chegarmos na casa da família, encontramos a puérpera, seus três filhos, uma amiga dos filhos, e a avó, reunidos na cozinha, a conversar.

A moradia era arejada, limpa, construção de madeira, com dois quartos, cozinha, banheiro interno e área de serviço.

A puérpera levou-nos até o quarto do RN para que pudéssemos dialogar. Esta referiu estar sentindo-se bem, não tendo problemas com a amamentação, relatando desejar iniciar o desmame após quatro meses, pois voltará a trabalhar. Contou que realizou a laqueadura na Maternidade Carmela Dutra. A família está participando dos cuidados com o bebê e nas atividades diárias, oferecendo à puérpera períodos de descanso e mais tempo para dedicar-se ao RN.

A família relatou que o RN dorme bastante, sendo que é necessário acordá-lo para mamar. Está sugando bem o leite materno e sua pega e apreensão são completas. A puérpera referiu que aproveita o período em que leva o RN para tomar o banho de sol (entre 8 e 9 horas da manhã), para também expor suas mamas ao sol, para prevenir rachaduras e torná-las mais fortes.

O coto umbilical já havia caído, contando a puérpera que realizava o curativo com álcool 70% e gases, conforme demonstrado no acolhimento na maternidade.

Observamos na realização desta visita domiciliar as diferentes percepções, valores, crenças em educação em saúde, principalmente devido a história familiar que envolve experiências anteriores, apoio familiar que ocorre quando comparada com a visita na casa de “Orquídea”. Mesmo estas duas famílias estando em períodos de vidas e condições sociais similares e pertencendo a uma mesma micro-área, a questão “saúde” é vivenciada de maneira diferente.

Concordamos porém, que apesar da família "Violeta" não referir dificuldades a cerca da situação de saúde que vivencia, faz-se necessário a continuidade nas visitas domiciliares a esta família, pois, o vínculo de confiança para a troca mútua, pode não estabelecer-se no primeiro contato, seja ele na maternidade ou no próprio ambiente domiciliar.

6.4 Objetivo 4

Aprofundar os conhecimentos sobre os temas abordados no projeto e os que emergirem durante o desenvolvimento da prática.

Procuramos enriquecer nossos conhecimentos para prestar um cuidado qualitativamente melhor no que diz respeito à saúde das puérperas, recém nascidos e suas famílias e também as atividades realizadas por nós acadêmicas na UMS de Biguaçu.

No decorrer das práticas assistenciais buscamos novas informações a medida que necessidades de um aprendizado surgiam, como busca de materiais bibliográficos sobre Teste do Pezinho (anexo 4) e cuidados com a puérpera portadora de HIV + e seu bebê (anexo 5).

Participamos do evento - Curso Aleitamento Materno Pré Semana Mundial do Aleitamento Materno, que nos forneceu subsídio valioso para ampliar nosso aprendizado a cerca do cuidado das puérperas, RN e suas famílias (30 de novembro). Em anexo 6, certificados do evento. Também buscamos mais informações sobre o assunto no evento – XII Seminário de Iniciação Científica da UFSC – 2002, através da observação de painéis sobre o assunto.

A fim de atualizarmos nossos conhecimentos a cerca das normas da ABNT, participamos do Curso de Atualização sobre Disseminação de Informações em Saúde, no dia 02 de dezembro de 2002. Em anexo 7, certificados da participação do curso.

Tivemos reuniões com a Secretária de Saúde de Biguaçu para aprofundar, discutir e esclarecer sobre a Estratégia Gera Bebê Cidadão, conforme descrito no capítulo 3.

6.5 Objetivo 5

Compartilhar os resultados do trabalho com a Secretaria de Saúde de Biguaçu, equipe de saúde e agentes comunitários de saúde.

Durante as reuniões realizadas nas sextas feiras com as equipes de PSF percebemos que não encontraríamos espaço adequado para expôr o desenvolvimento de nosso trabalho. Assim, ao final da apresentação do TCC à banca examinadora, convocaremos uma reunião com as equipes de PSF de Biguaçu, Secretaria de Saúde e demais interessados para demonstrarmos os resultados obtidos com a prática assistencial e repassar às equipes, as informações colhidas através de entrevista com a Secretaria de Saúde de Biguaçu sobre a Estratégia Gera Bebê Cidadão.

6.6 Objetivo 6

Contribuir na elaboração do cartão de acompanhamento da criança do município de Biguaçu.

O cartão de acompanhamento da criança do município de Biguaçu não foi elaborado, pois no decorrer do trabalho surgiu a oportunidade do município adotar o cartão de acompanhamento da criança do estado de Santa Catarina.

6.7 Objetivo 7

Contribuir na elaboração de um roteiro “dicas” a ser utilizado no momento do atendimento mãe/filho, durante o acolhimento nas maternidades e visitas domiciliares.

Este roteiro “dicas” (apêndice 2) foi elaborado a partir das necessidades referidas pelas puérperas e suas famílias no momento do acolhimento e visitas domiciliares. Os questionamentos em saúde referiam-se principalmente sobre cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno e cuidados com a puérpera.

Sentimos também, a dificuldade com o Planejamento Familiar, visto que durante a maioria das visitas domiciliares, eram levantadas dúvidas e questionamentos sobre o assunto.

Sugerimos que, o Planejamento Familiar seja mais efetivo neste município, principalmente às famílias que vivenciam o pós-parto, uma vez que, durante esta fase a atenção é direcionada ao bebê, ficando a mulher em segundo plano ocorrendo então, retorno da atividade sexual, podendo ocorrer uma gravidez indesejada por desconhecimento deste risco.

Fica evidente a preocupação quanto a natalidade, uma vez que na maioria das famílias visitadas, as puérperas apresentaram desejo de não terem outros filhos, manifestando a vontade de utilizar métodos eficientes para não engravidar.

Em relação ao Planejamento Familiar, é preciso que este seja amplamente dialogado com as puérperas e suas famílias, uma vez que, se esta não deseja outra gravidez, todos os esforços da equipe de saúde devem ser dirigidos para assegurar uma decisão consciente e tornar disponíveis todos os métodos contraceptivos.

6.8 Atividades Complementares

A atividade educativa que será descrita, não estava incluída em nossos objetivos iniciais, porém, foi planejada a partir de uma necessidade sentida pelos agentes comunitários de saúde do Jardim Janaína.

Esta atividade foi inserida num Trabalho de Capacitação de Agentes Comunitários de Biguaçu, organizado por acadêmicos de enfermagem UFSC – Jardim Janaína.

Foi realizada no dia 10 de dezembro de 2002, às 10 horas no Centro de saúde Jardim Janaína, com duração de aproximadamente duas horas. Estavam presentes nesta atividade, os agentes comunitários do Jardim Janaína, acadêmicos de enfermagem da UFSC, que realizam a prática assistencial neste Centro de Saúde e o nosso grupo.

Após apresentação do grupo, e exposição dos objetivos daquela atividade educativa, propomos que os participantes relatassem o que sabiam sobre a Estratégia Gera Bebê Cidadão. Para dar continuidade ao diálogo, realizamos um resgate teórico da estratégia, esclarecendo dúvidas que o grupo referia. Ressaltamos o papel e importância dos agentes comunitários dentro da Estratégia Gera Bebê Cidadão.

Sugerimos a realização de uma dinâmica com o grupo, onde cada participante escrevia em um papel algumas dúvidas que apresentavam sobre a saúde das puérperas e seus bebês, ou possíveis dúvidas que as mães poderiam apresentar. Em seguida os papéis preenchidos com as dúvidas foram colocados em uma caixa. Fizemos a brincadeira da “batata quente”, com uma música de fundo que ao parar, a pessoa que estava com a caixa na mão iria pegar um dos papéis e ler para os participantes, tentando junto com estes, a partir do diálogo, responder as perguntas.

As perguntas que surgiram foram:

- ✓ Uma senhora que teve 02 cesáreas pode ter parto normal?
- ✓ Com bico rachado, além de aplicar leite próprio e sol, o que a mãe pode usar?
- ✓ Como se faz o curativo do umbigo? Pode dar banho mesmo que o umbigo não tenha caído?
- ✓ Qual o tempo certo para cair o umbigo?
- ✓ O que se faz quando o RN fica com mal funcionamento do intestino (constipação)?
- ✓ Como a mãe deve se cuidar para não ter mais filhos?
- ✓ Pode usar a maquininha para tirar leite do peito?
- ✓ Porque a criança nasce com amarelão?
- ✓ O que fazer quando a mãe diz que vai dar mamadeira porque seu leite é fraco?
- ✓ O que fazer se o umbigo estiver sangrando?
- ✓ Quando o peito está empedrado o que fazer?

Percebemos a importância de tal atividade, visto que, a aprendizagem foi mútua e significativa ao grupo. A interação e o interesse puderam ser observados principalmente pelo fato do grupo identificar-se com o assunto, externando suas vivências pessoais e aquelas expressadas na comunidade local. Desta forma, a riqueza de dados e troca de informações baseados no diálogo e partilhar foi efetiva e satisfatória. Levou a concretude da educação e saúde não só para o grupo envolvido na atividade mas também à comunidade, a partir da disseminação de informações em saúde que seguiu os princípios de uma educação libertadora.

7. CRONOGRAMA

Atividades	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Fevereiro			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboração do projeto					★															
Entrega do projeto à banca examinadora						★														
Entrevista com a Banca Examinadora							★													
Apresentação do Projeto							★													
Início do Estágio							★													
Objetivo 1								★	★	★	★	★	★	★						
Objetivo 2								★	★											
Objetivo 3								★	★	★	★	★	★	★						
Objetivo 4								★	★	★	★	★	★	★						
Objetivo 5								★	★	★	★	★	★	★						
Objetivo 6								★	★	★	★	★	★	★						
Objetivo 7								★	★	★										
Entrega do relatório final para a SSDS de Biguaçu																				★
Encerramento do Estágio															★					
Entrega do relatório à Banca																			★	
Entrevista com a Banca																				★
Apresentação do relatório																				★
Entrega da versão final do relatório																				★

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito..."

"Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser, mas graças à Deus, não somos o que éramos."

(Martin Luther King)

Percebemos ao final deste trabalho, a importância do mesmo em nossas vidas, não se restringiu a somente ampliar e aprimorar nossos conhecimentos, mas também, contribuiu para nosso processo de ser e de viver, no que se refere ao nosso conhecimento pessoal e profissional.

Quando idealizamos o projeto desta prática assistencial, focalizamos nossa revisão bibliográfica em uma visão biologicista da puérpera e do recém-nascido. Porém, durante a prática desenvolvida junto às famílias, inseridas na comunidade do município de Biguaçu, passamos a perceber que as transformações familiares desta etapa de vida, vão além de modificações anátomo-fisiológicas, deixando de compreender a puérpera e o recém-nascido como seres isolados, compreendendo o contexto político, social, cultural e econômico, que estes indivíduos pertencem. No decorrer do curso de graduação em enfermagem, obteve-se uma visão muito superficial e fragmentada da complexidade que envolve a saúde coletiva. Através deste trabalho, conseguimos reconhecer o universo que caracteriza a saúde comunitária.

Com este estudo percebemos que faz-se necessário refletir e analisar a nossa assistência, que muitas vezes a ansiedade de querer fazer o melhor, nos tornam donos do saber, impondo cuidados sem valorizar os da cliente.

Presenciamos a importância da Estratégia Gera Bebê Cidadão, principalmente pelo significado que ela representa às famílias acolhidas e alterações constatadas nos índices epidemiológicos, como o aumento na cobertura do pré-natal, a diminuição da mortalidade infantil e materna, aumento da cobertura vacinal, aumento da realização do Teste do Pezinho no período recomendado pela OMS, assim como uma maior adesão das mães ao aleitamento exclusivo, até aos seis meses de idade. Esta estratégia, promove um vínculo entre as famílias que vivenciam o período pós-parto e a rede primária de saúde, promovendo um viver saudável à comunidade.

Descobrimos a importância de ter seguido um marco referencial para direcionar a prática. Seguir o referencial teórico de Paulo Freire, exigiu muitas vezes grande esforço, já que estamos acostumadas a receber uma educação bancária e verticalizada, opondo-se ao que apregoa o referencial utilizado: uma educação libertadora, dialógica e participativa. O cuidar, fazendo do diálogo partilhador de saberes e experiências seu principal instrumento, várias vezes nos trouxe momentos de dúvidas, inseguranças, alegrias, desesperanças, onde pudemos perceber claramente nossas limitações e potencialidades.

O compartilhar informações e conhecimentos, foi de grande valor para o aprendizado, pois possibilitou o envolvimento com o grupo que se mostrou prazeroso e produtivo. Fomos impulsionadas por pessoas que permitiram durante a caminhada o incentivo, apoio, companheirismo e amizade, os quais foram decisivos para o sucesso deste trabalho.

Em nossa trajetória, nos deparamos com fatores que impulsionaram e facilitaram este desafio. Foram eles:

- O interesse das autoras pela saúde pública, com enfoque na mulher/recém-nascido/família;
- O incentivo e bom relacionamento com a equipe multiprofissional da Unidade Mista de Saúde de Biguaçu;
- O sempre presente estímulo da supervisora e orientadora;
- A receptividade das famílias para o partilhar, proporcionando o enriquecimento deste trabalho;
- A escolha de um referencial teórico adequado para o trabalho, possibilitando um crescimento pessoal e profissional;
- A oportunidade de termos realizado estágio na Unidade Mista de Saúde, junto à Estratégia Gera Bebê Cidadão, proporcionando uma visão mais ampla da saúde comunitária;
- O apoio da Secretaria de Saúde de Biguaçu, e de todos os profissionais que lá atuam;
- O entrosamento e amizade entre as acadêmicas, possibilitando momentos descontraídos, de incentivo e compreensão durante esta jornada.

Algumas dificuldades foram vivenciadas no decorrer da caminhada, foram elas:

- A dificuldade muitas vezes de seguir a teoria de Paulo Freire, por ter sido nosso primeiro contato com a mesma;

- A dificuldade de acesso às casas das famílias para realização das visitas domiciliares, já que necessitávamos de um veículo para o transporte;
- Pouca adesão e talvez até incompreensão do nosso trabalho pelos profissionais de saúde, pelo fato de não termos no início do estágio realizado uma apresentação do nosso projeto para a prática assistencial à toda a equipe;
- O pouco conhecimento dos profissionais de como funciona efetivamente a Estratégia Gera Bebê Cidadão, dificultando o engajamento desses nas atividades que a Estratégia prevê;

Neste contexto final, podemos dizer que o exercício de realizar educação em saúde como forma de cuidado, permitiu que percebêssemos a dimensão do trabalho de enfermagem enquanto prática social.

A enfermagem tem um papel fundamental no cuidado à puérpera, recém-nascido e sua família, devendo ser este, realizado de forma partilhadora, respeitando a individualidade do outro, crenças e valores das famílias atendidas.

9. REFERÊNCIAS

- ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem - Programa Saúde da Família**. São Paulo: USP, 2001. p.15.
- BRANDÃO, Carlos R. **O que é método Paulo Freire**. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- CARVALHO, Marcus R. de; TAMEZ, Raquel N. **Amamentação – bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. R.. A educação em saúde na prática do PSF. In: Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem - Programa Saúde da Família**. São Paulo: USP, 2001. p.34.
- ESMERALDINO, Alessandra de Q. **Propondo um trabalho educativo em conjunto com as familia de crianças desnutridas em uma comunidade de Florianópolis**. Florianópolis: UFSC, 1998. Trabalho de conclusão de curso em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.
- FIGUEROA, A. A. **A bioética e sua presença na educação para saúde**. Florianópolis: UFSC, 1998. Tese de doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.
- FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem - Programa Saúde da Família**. São Paulo: USP, 2001. p.7.♣
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Vigésima segunda edição. São Paulo (Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993).
- _____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo (Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997).
- GADOTTI, Moacir. **Paulo Freire: uma bibliografia**. São Paulo: Cortez. Instituto Paulo Freire, Brasília, DF: Unesco, 1996.
- KENNER, Carole. **Enfermagem Neonatal**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001 p.181, 328.
- LÉON, Roberto B. **Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participacion comunitaria**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: v.12, n.1, p.7-30, jan/mar. 1996.
- MONTICELLI, Mariza; OLIVEIRA, Maria Emília de; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. **Enfermagem obstétrica e neonatológica – textos fundamentais**. Segunda edição. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

- NITSCHKE, R. G. **Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável.** Florianópolis: UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- PAIM, Lygia. **Problema prescrição e planos: um estilo de assistência de Enfermagem.** Brasília.. Cadernos Científicos ABEn, nº 1, 1978. P. 23-24.
- PIMENTEL, Marcos E. C. Normas da ABNT: Estrutura de Apresentação do Trabalho. In: **Mepel DIGITUS**, 2000. (<http://www.mepel.8m.com>)
- REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia.** Sétima edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- SANTOS, Evanguelia K. A. dos. **A mulher como foco central na prática do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na teoria do autocuidado de Orem.** Florianópolis:UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- SANTOS, Rosilda. **Saúde da Família: possibilidades e limites para a viabilização do PSF da região do Monte Cristo.** Florianópolis :UFSC, 1998. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social. p.29-31.
- SILVA, I. A.; KIMURA, A. F. O período pós-natal: a assistência ao binômio mãe-filho. In: Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem - Programa Saúde da Família.** São Paulo: USP, 2001. p. 70-75.
- TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. In: Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem - Programa Saúde da Família.** São Paulo: USP, 2001. p.43-45.
- VASCONCELLOS, E. M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde.** Terceira edição. São Paulo: Hucetec, 1997.
- ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem obstétrica.** Oitava edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.
- WHALEY, L.F.; WONG, D.L. **Enfermagem Pediátrica.** Quinta edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- www.paulofreire.org/pfreire.htm
- www.saude.sc.org.com.2001
- www.datasus.org.com.br

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Modelo do Consentimento Informado



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9346 - Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

Declaração de Consentimento Livre Esclarecido

Eu, _____ e minha família, residentes na rua _____ bairro _____, no município de Biguaçu, fomos esclarecidos sobre os benefícios da visita domiciliar, e troca de informações sobre cuidados em saúde, e concordamos em receber as acadêmicas de enfermagem da 8ª fase da UFSC: Flávia Rocha Rodrigues, Renata Pacheco e Stela Cândido Chiodelli, em nossa casa, autorizando-as a fazer uso de nossa imagem e/ou fala para fins acadêmicos; sendo que estes poderão ser publicados.

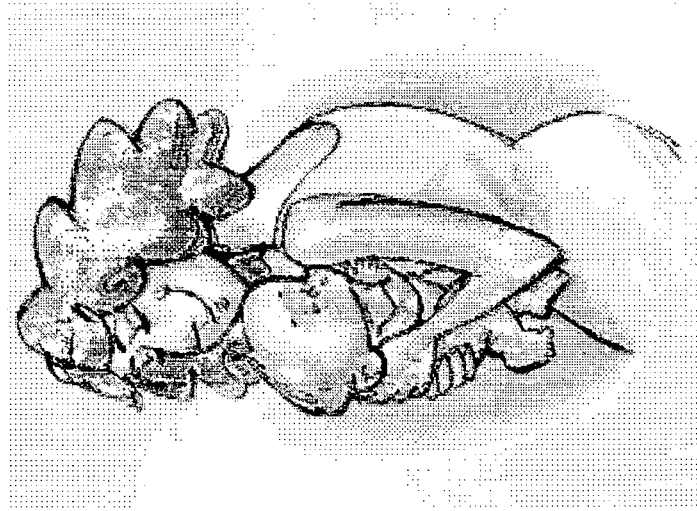
Assinatura do responsável

Florianópolis, _____ de _____ de 2002.

APÊNDICE 2

Roteiros-dicas no cuidado com a puérpera e seu bebê

MAMÃE, CUIDE-SE TAMBÉM



ELABORAÇÃO:

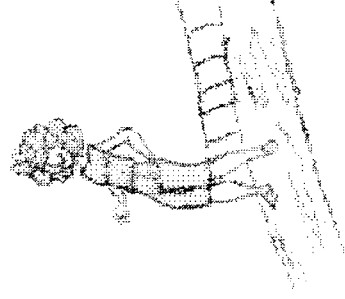
ACADÊMICAS DA 8ª FASE DO CURSO
DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
UFSC/2002

FLÁVIA R. RODRIGUES
RENATA PACHECO
STELA C. CHIODELLI

ATIVIDADE FÍSICA

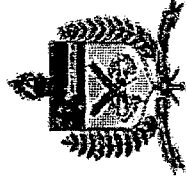
Os exercícios de forma moderada devem ser realizados, como caminhadas ao ar livre todos os dias. Isto lhe ajudará a regularizar seu intestino, ativar sua circulação e escoar seu sangramento. Evite erguer peso e permanecer por muito tempo em pé.

Procure descansar sempre que puder!



**ESTRATÉGIA GERA BEBÊ
CIDADÃO**

SECRETARIA DE SAÚDE DE
BIGUAÇU



CUIDADOS DE HIGIENE

Mamãe, não é necessário alterar seus hábitos de higiene. Mesmo após o parto, você poderá tomar banho de chuveiro, incluindo a lavagem da cabeça.

Deve-se realizar a higiene íntima, principalmente após as evacuações, mantendo a região sempre limpa e seca.

Mantenha suas calcinhas bem limpas, passando com ferro bem quente.

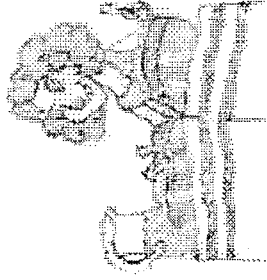


Se seu parto for normal, os pontos não precisarão ser retirados, eles caem sozinhos.

Se for cesariana, os pontos deverão ser retirados por volta do 7º dia pós-parto, conforme orientação médica.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

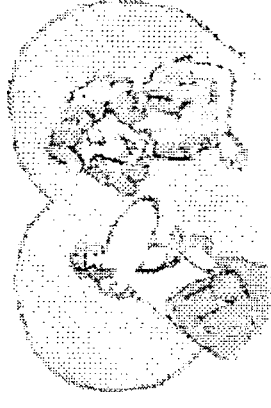
Você pode comer de tudo! Não existe proibições no que se refere a mulher que amamenta.



Procure comer alimentos saudáveis: carne (gado, peixe, porco, frango...), ovos, frutas, verduras, legumes e grãos.

Não esqueça de tomar bastante líquido, como água, chá, suco, etc.

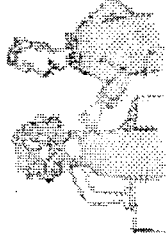
ATIVIDADE SEXUAL



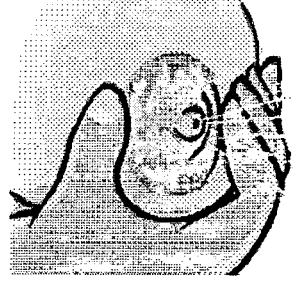
O retorno da atividade sexual dependerá de como você está sentindo. Um aspecto importante considerado é a cicatrização de pontos e a quantidade de sangue que você apresentar.

A CONSULTA NO CENTRO I SAÚDE DE BIGUAÇU

Não esqueça!
Você tem
consulta marc
com a enferm
entre o 7º e o
dia pós-parto.



Como retirar o seu leite



Procedimentos:

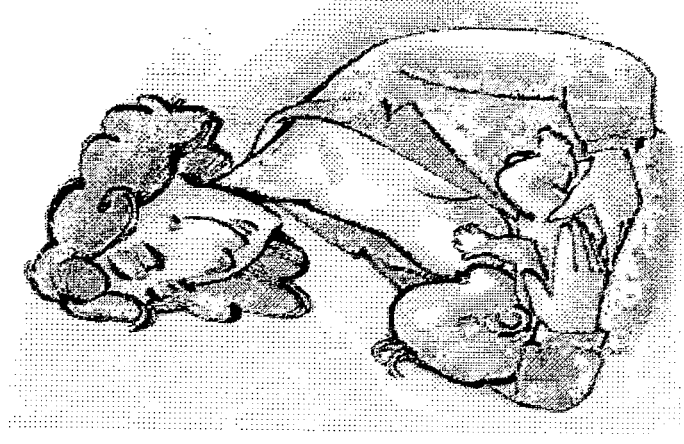
- ↳ Lavar bem as mãos antes de iniciar a retirada;
- ↳ Colocar o dedo polegar na parte superior da aréola e o indicador abaixo, de modo a formar a letra C;
- ↳ Sem tirar os dedos do lugar faça pressão para dentro em direção ao tórax e para fora em direção ao mamilo. Continue realizando este movimento em cima, embaixo e nas laterais.

ELABORAÇÃO:

ACADÊMICAS DA 8ª FASE DO CURSO
DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
UFSC/2002

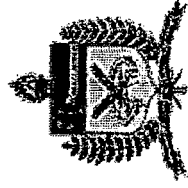
FLÁVIA R. RODRIGUES
RENATA PACHECO
STELA C. CHIODELLI

AMAMENTANDO SEU BEBÊ



ESTRATÉGIA GERA BEBÊ CIDADÃO

SECRETARIA DE SAÚDE DE
BIGUAÇU



DEZ MOTIVOS PARA AMAMENTAR SEU BEBÊ

1. O leite materno é o melhor e mais completo alimento que existe para o bebê.
2. Até os seis primeiros meses de vida, o bebê não precisa de nenhum outro tipo de alimento. Basta o leite materno.
3. A criança que mama no peito cresce e se desenvolve melhor. Lembre-se: os seis primeiros meses de vida são os mais importantes para o desenvolvimento do bebê.
4. A digestão do leite materno é mais fácil: diminui a chance de enjões e cólicas.
5. O leite materno previne infecção, obesidade, colesterol alto, diabetes. O bebê cresce mais forte e sadio.
6. Está comprovado que bebês alimentados somente com o leite materno nos primeiros seis meses de vida ficam menos sujeitos à alergia.
7. O leite materno é de graça, está sempre pronto, e na temperatura ideal.
8. Amamentar previne hemorragias maternas no pós parto.
9. Amamentar diminui o risco de câncer de mama e de ovário.

10. Além de tudo, amamentar é um ato de amor e carinho tanto para a mãe quanto para o bebê. Observe como seu filho fica mais tranqüilo quando você o amamenta.

Ministério da Saúde.

COMO RETIRAR O BEBÊ DO SEIO

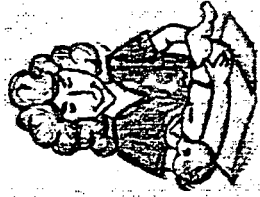


Quando for retirar o bebê do seio, para não machucar seus mamilos, coloque seu dedo mínimo no canto da boca do bebê. Libere a sucção antes de puxar o bebê.



Após o bebê mamar não esqueça de colocá-lo para arrotar. Coloque-o de pé e segure-o bem juntinho ao seu corpo. Depois de arrotar deite-o de lado e nunca de barriga para cima.

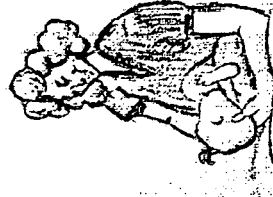
POSIÇÕES PARA AMAMENTAR SEU BEBÊ



Sentada, apóie a cabeça do bebê sobre a dobra de seu braço. A barriga do bebê deve ficar de frente para a da mãe.



Deite de lado, com a barriga do bebê de frente para a da mãe. Eleve o seio de modo que o bebê possa abocanhar o mamilo.



Sentada, apóie o bebê sobre um travesseiro. Eleve com sua mão a cabeça do bebê, aproximando-a até seu seio. Coloque os dedos da outra mão acima e abaixo do mamilo.

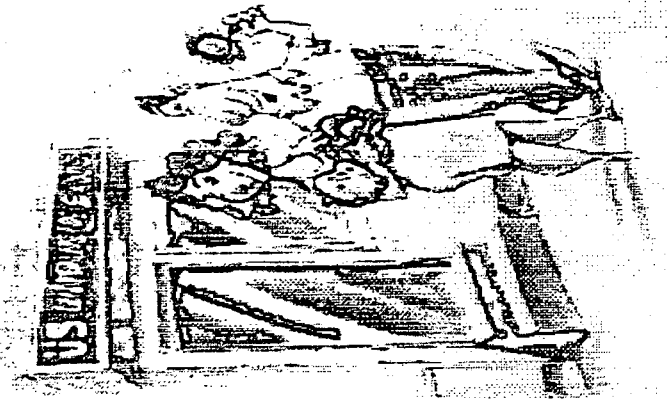
O BANHO DE SOL

O bebê pode começar a tomar seus banhos de sol assim que chegar em sua casa. Isso é muito importante para o seu crescimento e desenvolvimento.



- Alguns cuidados são fundamentais:
- ↳ O horário bom é das 8 às 10 h, e das 16 às 18 h.
- ↳ Se o bebê estiver dentro de casa, os vidros da janela devem estar abertos, para que ele receba sol diretamente na pele.
- ↳ De 1 a 6 meses, o banho de sol deve durar 15 min. Depois dos 6 meses, o banho fica mais prolongado chegando a 30 minutos.

CUIDADOS COM SEU BEBÊ



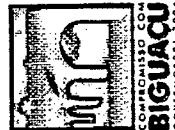
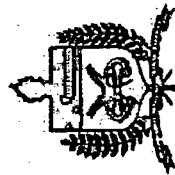
ELABORAÇÃO:

ACADÊMICAS DA 8ª FASE DO CURSO
DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
UFSC/2002

FLÁVIA R. RODRIGUES
RENATA PACHECO
STELA C. CHIODELLI

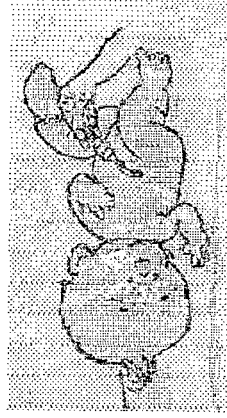
**ESTRATÉGIA GERA BEBÊ
CIDADÃO**

SECRETARIA DE SAÚDE DE
BIGUAÇU



OS CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL

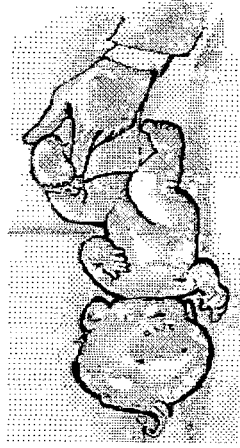
O coto umbilical seca e cai dentro de 2 semanas. Deve-se mantê-lo sempre seco e limpo. O curativo deve ser feito a cada troca de fraldas e após o banho, com álcool 70%. Antes de realiza-lo, deve-se lavar bem as mãos.



Como fazer o curativo:

- Levante o coto umbilical, afastando-o do corpo, não tenha medo, o bebê não sentirá dor.
- Limpe a base com cotonetes molhados em álcool 70%.
- Proteja a pele do bebê com gaze, para que o álcool não resseque a pele.
- Pingue o álcool 70% em toda extensão do coto umbilical, principalmente na base.
- Entrole uma gaze ao redor do coto, colocando-o para cima ou para o lado.

O TESTE DO PEZINHO

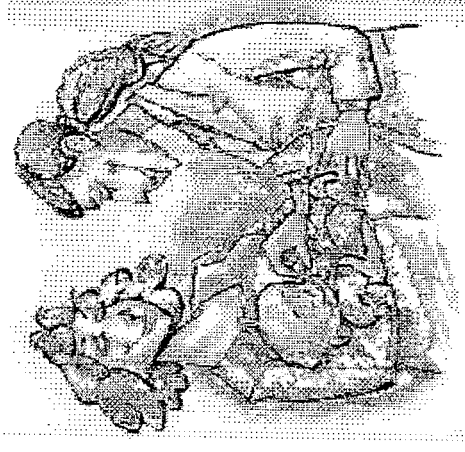


O Teste do Pezinho é realizado nas Unidades de Saúde do município de Biguaçu. Este Teste é gratuito e muito simples. Entre o 5º e o 7º dia de vida, são retiradas algumas gotas de sangue do calcanhar do bebê. Com essas gotinhas, podem ser detectadas doenças graves.

Não esqueçam: o Teste do Pezinho é mais uma garantia de saúde para o seu bebê.

A VACINAÇÃO DO SEU BEBÊ

A vacinação é essencial para manter seu filho saudável. Ela é a única proteção eficaz para proteger o seu bebê contra doenças graves, como paralisia infantil, sarampo, difteria, tétano, coqueluche, tuberculose, caxumba, hepatite B, rubéola, e doenças provocadas pelo *Haemophylus influenzae B* (otite meningite, etc.). Mesmo com gripe, febre baixa ou outros sintomas de menor gravidade, a vacina pode ser aplicada. Quem pode avaliar a situação é a equipe de saúde.



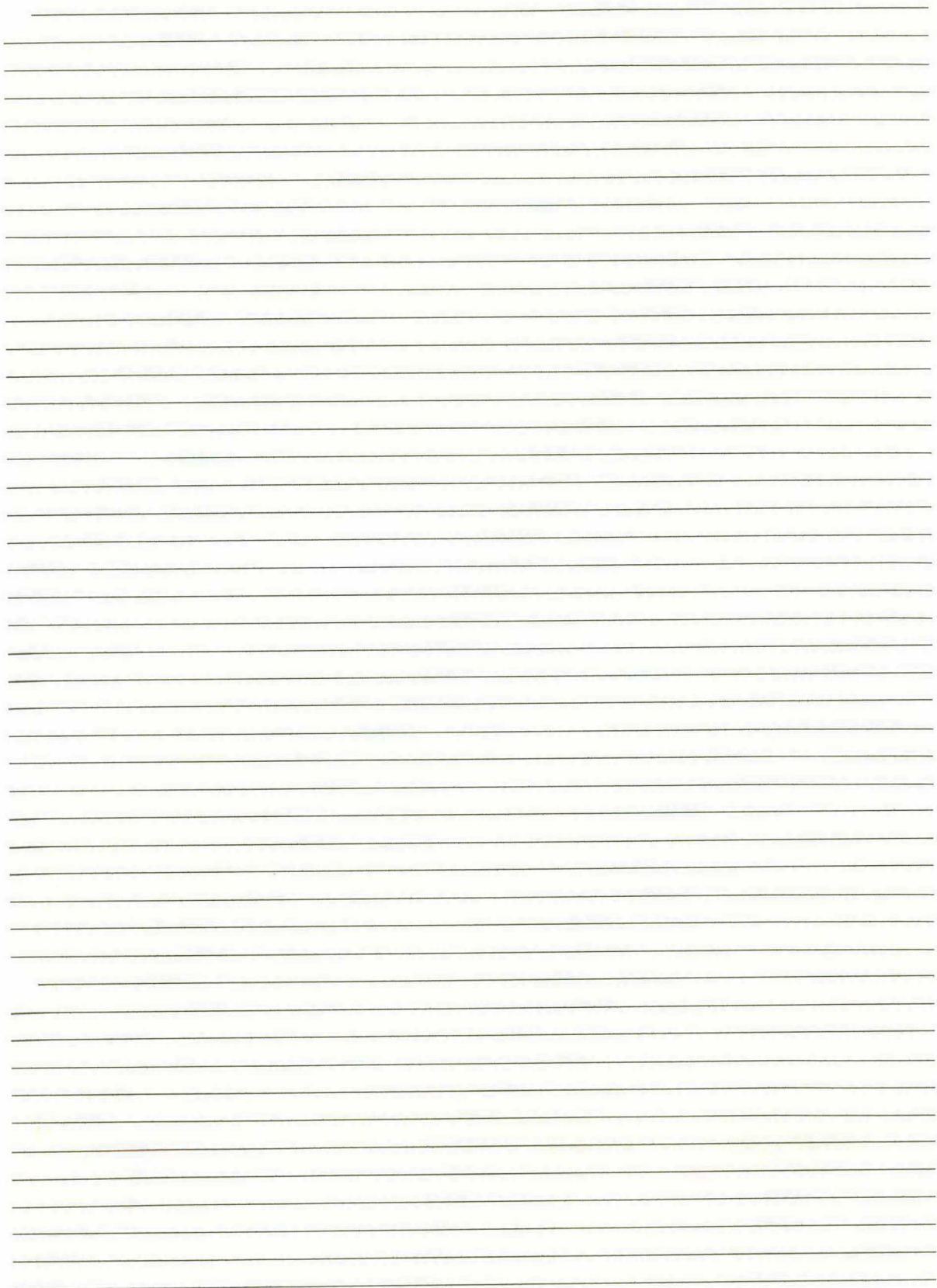
A vacinação é gratuita, e pode ser realizada nas Unidades de Saúde do município de Biguaçu.

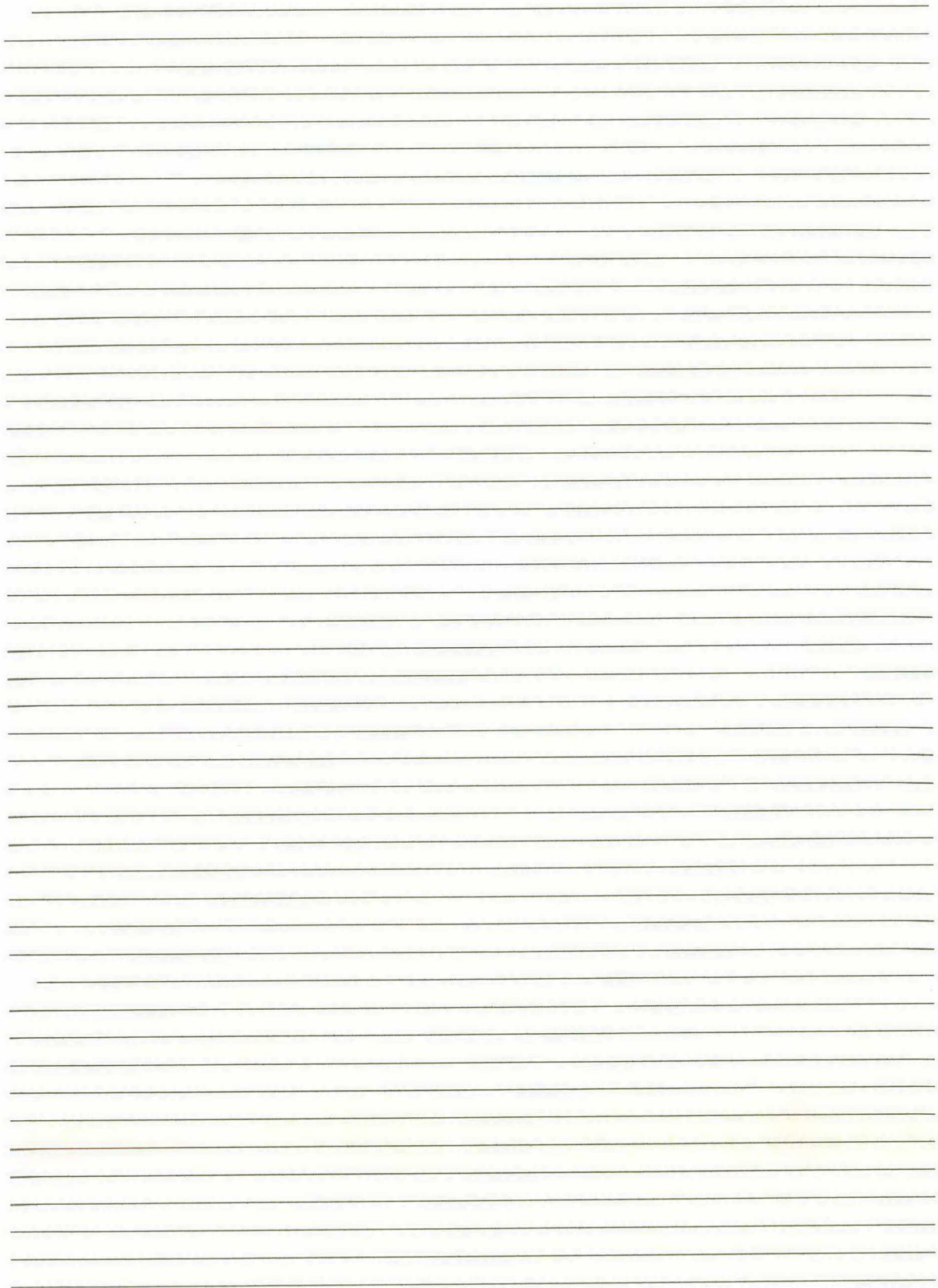
APÊNDICE 3

Modelo das fichas de registro do acolhimento e visita domiciliar

Maternidade: _____
Nome da puérpera: _____
Nome do marido/companheiro: _____
Nome do RN: _____
Bairro: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
N.o do prontuário: _____
N.o de filhos: _____ Para: _____ Cesa: _____ Ab: _____
Quantos pré-natais realizou: _____ Onde: _____
Data de nascimento do bebê: _____
Tipo de parto: Parto normal vertical () Parto normal horizontal () Cesárea ()
Realizado episiotomia: Sim () Não ()
Data da visita domiciliar: _____
Área: _____ Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): _____
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (puérpera)





APÊNDICE 4

Registro em forma de SOAP dos acolhimentos, visitas domiciliares e respectivos consentimentos informados



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9346 - Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

Declaração de Consentimento Livre Esclarecido

Eu, Joséide Alves do Amaral e minha família, residentes na rua Xingu, s/nº, bairro Savino, no município de Biguaçu, fomos esclarecidos sobre os benefícios da visita domiciliar, e troca de informações sobre cuidados em saúde, e concordamos em receber as acadêmicas de enfermagem da 8ª fase da UFSC: Flávia Rocha Rodrigues, Renata Pacheco e Stela Cândido Chiodelli, em nossa casa, autorizando-as a fazer uso de nossa imagem e/ou fala para fins acadêmicos; sendo que estes poderão ser publicados.

Joséide Alves do Amaral

Assinatura do responsável

Florianópolis, 12 de novembro de 2002.

Maternidade: Hospital Regional
 Nome da puérpera: Jesilene Alves de Amaral (17 anos)
 Nome do marido/companheiro: Carlos Lotamandro Tavares
 Nome do RN: _____
 Bairro: Janeiro
 Endereço: Rua Xingu s/nº (final da rua - subida)
 Telefone: 285 4321 oliveira favela
 N.º do prontuário: _____
 N.º de filhos: 1 Para: Ø Cesa: I Ab: Ø
 Quantos pré-natais realizou: _____ Onde: UMS
 Data de nascimento do bebê: 05/11/02
 Tipo de parto: Parto normal vertical () Parto normal horizontal () Cesárea (X)
 Realizado episiotomia: Sim () Não (X)
 Data da visita domiciliar: 12/11/02
 Área: _____ Micro-área: _____
 Nome do enfermeiro responsável (PSF): Dilian
 Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (puérpera)

06/11/2002 - Acolhimento na maternidade

P1

S- Puérpera referiu que o parto de seu 1º filho foi sem
 muita dor, porém sentiu medo por ser desconhecido. Diz
 estar ansiosa para retornar à sua casa, pois lá, tem a
 ajuda das avó e das tias para cuidar do bebê, e poderá dor-
 mir à noite, já que a avó cuida "toda a noite". Diz
 sentir-se bem, porém, devido à cesárea, sente medo de e-
 valuar. Relatou que a mama está com "algumas rach-
 aduras" que doem ao amamentar. Quanto ao cuidado
 com o bebê, apenas observou como é feito o curativo com o
 coto umbilical, relatando sentir medo de tocar no local.

O- Corada, deambulante pelo corredor, falar calmo, pouco
 comunicativa, apático jovem. Discutido sobre os cuidados
 com o coto umbilical, importância de permanecer na ma-
 ternidade até o momento da alta e tranquilizado a mãe
 sobre o comportamento do bebê nos primeiros dias.

A- Presença de fissuras nas mamas com potencial para preju-
 dicar o estabelecimento da amamentação.

- Interação prejudicada relacionada a pouca comunicação da puérpera.

- Medo, relacionado à avaliação e cuidados com o coto umbilical, provavelmente devido à carência de educação em saúde, medo do desconhecido e insegurança pela falta de vivências e experiências nesta área.

P - Prever cuidados em educação em saúde sobre: coto umbilical, cuidados com as mamas, estabelecimento da amamentação, períodos de sono e vigília do RN, planejamento familiar.

- Realizar visita domiciliar dia 12/11/2002, 10 horas.

Acadêmicas Enfermagem UFSC - Flávia R., Renata P., Stela C.

12/11/02 - Visita domiciliar

P1

5 - Puérpera relata dificuldade à movimentação devido a dor que sente no local da cicatriz cesariana. Diz sentir coceira e dor em um ponto central da mamas. Refere dor nos mamilos ao iniciar a mamada, e relata que o RN suga melhor na mama D. Relatou dúvidas qto a ordenha questionando o processo de armazenamento, já que não tem geladeira. Questionou sobre a retomada das atividades da vida diária e manifestou o desejo de voltar a estudar. Diz ter tido uma gravidez planejada, sendo que já desistiu há 8 anos. Manifestou dúvidas quanto aos métodos contraceptivos. Pretende engravidar daqui uns 8 anos.

0 - Cara de mediana, 2 quartos pequenos, pouco arjada e com presença de mexas. Puérpera comunicativa, receptiva, ambulante com dificuldade. Presença de pai do RN durante a VD. Mamas flácidas com mamilos avermelhados. Dialogado sobre os benefícios da aplicação das mamas ao sel, bem como métodos para evitar rachaduras. Incisão cirúrgica limpa, em processo de cicatrização, em ponto central avermelhado e presença de pus. Presença de loquias brancas em pequena quantidade. Dialogado sobre métodos contraceptivos, armazenamento das mamas para amamentação, ordenha manual e processo de armazenamento de LM, retomada das atividades da vida diária, cuidados com a cicatriz da cesária. Boa pega e sucção completa do leite materno.

PA = 110 x 70 mmHg.

A - Estabelecimento positivo da amamentação;

- Presença de fissuras nas mamas, provavelmente pela falta de educação em saúde;

- Vínculo familiar em processo de estabelecimento;

- manutenção da saúde em processo de estabelecimento;

- mulher em puérpério remete com o estabelecimento das demandas anatômico-fisiológicas;

- Condições de moradia e higiene precárias

P - Reforçar educação em saúde no planejamento familiar;

- Realizar visitas domiciliares.

Ac. de Inf. UFSC - Flávia R., Stela C., Renata P.

Maternidade: Hospital Regional
Nome da mãe: Jesilide Alves do Amaral (7 meses)
Nome do pai: Carlos Torando Tial
Nome do RN: _____
Bairro: Saveiro
Endereço: Rua Yangu N.º: (final da rua - cidade
Telefone: 2859.321 Oliveira favel)
N.º do prontuário: _____
Data de nascimento do bebê: 05/11/02 Sexo: (X)F ()M
Peso ao nascer: 3.050 PC: 35 PT: 35 PA: 47 Apgar: 8/9
Data da visita domiciliar: 12/11/02
Área: _____ Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): Enf.ª Lúcia
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (recém-nascido)

06/11/2002 - Acolhimento na maternidade

P

S- Mãe diz estar ansiosa para retornar à sua casa, pois lá, tem ajuda das avós para cuidar do bebê, e poderá dormir à noite, já que a criança "toca o dia pela noite". Relatou que a criança está com algumas rachaduras que doem ao amamentar. A mãe apenas observou como se feito o curativo com o coto umbilical, relatando sentir medo de tocar no local.

O- Dialogado sobre os cuidados com o coto umbilical e tranquilizado a mãe sobre o comportamento do bebê nos 1º dias.

A- Presença de fissuras nas mamas da mãe, com potencial de prejudicar o estabelecimento da amamentação.

- Medo da mãe, relacionado aos cuidados com o coto umbilical, provavelmente devido à carência de educação em saúde, medo do desconhecido e insegurança pela falta de vivências e experiências nesta área.

P- Primeira educadora em educação em saúde sobre: coto umbilical, estabelecimento da amamentação e cuidados de sono e vigília do RN.

- Realizar visita domiciliar dia 12/11/2002, 10 horas.

Acadêmicas de Enfermagem UFSC: Flávia R; Renata P; Stela B

12/11/02 - Visita Domiciliar

P₂

S- Mãe refere que o RN continua "tiscando o dia pela mãe" e está preocupada porque o bebê não aumentou de peso. Diz preocupar-se com o coto umbilical pois está "caiu" e está apurando o pente, usando quicando no umbigo, colocando vestes elus da cintura e uma faixinha para proteger.

A puérpera refere que as mamas continuam com rachaduras sentindo dor ao amamentar. Relata que o RN prefere mamar na mama Direita e questiona sobre o tempo de duração das mameadas.

O RN sugando leite materno com pega completa e boa sucção. Sonolento, apresentando face amarelada. Diálogo sobre os benefícios do banho de sol e duração e importância do redireção das mamas durante a amamentação. Umbigo em processo de cicatrização sem anormalidades. Tranquilizado a mãe a respeito do coto umbilical e conversado sobre cuidados com o umbigo. Observado a troca de fraldas, RN apresentando fezes semi-pastosas e puérpera realizando higiene com lençóis úmidos no sentido anal → vaginal. Diálogo sobre a importância de realizar uma correta higiene. Enfatizado também a importância do controle vacinal. Presença da tia e pai de RN durante a VD com troca de vivências.

T = 37,0°C

P = 120 bpm

A - Estabelecimento positivo da amamentação;

- Umbigo em processo de cicatrização;
- Desenvolvimento neuropsicomotor adequado;
- Saúde do RN possivelmente prejudicada, relacionada a baixa condutividade - canêmica e carínica em educação e saúde da família;
- Sinais vitais estáveis;
- Presença de icterícia fisiológica.

P - Continuar acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança.

Ce. de enf. Rurata, Stela, Flávia - UFSC



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9346 - Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

Declaração de Consentimento Livre Esclarecido

Eu, Elda Trindade e minha família, residentes na rua João Pereira Filho, 25, bairro Bachoeiras, no município de Biguaçu, fomos esclarecidos sobre os benefícios da visita domiciliar, e troca de informações sobre cuidados em saúde, e concordamos em receber as acadêmicas de enfermagem da 8ª fase da UFSC: Flávia Rocha Rodrigues, Renata Pacheco e Stela Cândido Chiodelli, em nossa casa, autorizando-as a fazer uso de nossa imagem e/ou fala para fins acadêmicos; sendo que estes poderão ser publicados.

Elda Trindade

Assinatura do responsável

Florianópolis, 27 de novembro de 2002.

Maternidade: Carmela Dutra
Nome da puérpera: Élda Trindade (20 anos)
Nome do marido/companheiro: Leonardo Antônio da Silva
Nome do RN: Éloira da Silva
Bairro: Baccheiras
Endereço: R. João Pereira Filho, 25 (Prôn. Ganya Aníelo Imperial)
Telefone: _____
N.º do prontuário: _____
N.º de filhos: 3 Para: III Cesa: Ø Ab: Ø
Quantos pré-natais realizou: 4 Onde: U.M.S.
Data de nascimento do bebê: 22/11/02
Tipo de parto: Parto normal vertical () Parto normal horizontal () Cesárea ()
Realizado episiotomia: Sim () Não ()
Data da visita domiciliar: 27/11/02 (11 horas)
Área: _____ Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): Enf.º Júlio
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (puérpera)

22/11/02 - Acolhimento na Maternidade

P1

5- Puérpera relata que o PN foi rápido e tranquilo, mantendo-se segura principalmente pela presença do marido durante o parto. Diz que a amamentação foi estabelecida e o bebê está sugando bem. Refere que usava creme de leite no coto umbilical dos outros filhos, e que estava rápido e caía por volta de 7 dias.

0- O marido estava presente no momento do acolhimento e mostrou-se, assim como a puérpera, interessado no diálogo e troca de informações. Dialogado sobre os cuidados com o coto umbilical e demonstrado curativo deste. Agendado uma visita domiciliar pl. dia 27/11/02 às 11:00hs.

A- Estabelecimento da amamentação em processo positivo.

- Vínculo familiar presente.

- Déficit em educação em saúde relacionado aos cuidados com o coto umbilical

P- Breve educação em saúde sobre: amamentação, cuidados com o RN e Planejamento Familiar.

- Visita domiciliar dia 27/11/02 às 11:00hs.

At. enfermagem UFSC: Flávia R.

Renata P.

Stela C.

27/11/02 - Visita domiciliar

P1

5- Puerpera relata estar se sentindo bem. Diz não ter problemas com a amamentação referindo boa pega e sucção. Até ao curativo com o coto umbilical diz não sentir mais de realiza-lo pois já é o seu 3º filho. Informa que seu sangramento reduziu bastante e que a coloração passou de vermelha para marrom como sinal de menstruação. Conta que seu parto foi normal, que seus pontos já curaram e que não sentiu desconforto algum após o parto. Foi uma gravidez não planejada, não quer ter mais filhos, pretendendo usar pílula para não engravidar. Relatou que no momento da visita seu marido estava trabalhando e que ele está muito orgulhoso pelo nascimento da sua 3ª filha.

0- Puerpera lúcida, pouco contactuante e deambulante. Casa de madeira, sem sujidades apresentando 2 quartos, sala, banheiro e cozinha. Família composta por 3 filhas, esposo e puerpera. No momento da VD encontrava-se na companhia das filhas (5 anos, 4 anos e 5 dias). Diálogo sobre os benefícios da amamentação exclusiva tanto para a mãe como para o RN, reforçado cuidados com o coto umbilical, cuidados com episíio e aspectos de sangramento nos dias subsequentes ao parto, assim como enfatizado a importância de planejamento familiar.

A- Estabelecimento positivo da amamentação:

- Cuidados de higiene no domicílio presentes;
- Vínculo afetivo familiar presente;
- Coto umbilical em processo de desidratação;
- sangramento vaginal e episíio dentro da normalidade;
- Planejamento familiar prejudicado devido a uma gravidez não planejada relacionada a carência de educação em saúde.

P- Prever VD para a continuação na educação em saúde.

ac. de enf. Flávia, Renata e Stela

Maternidade: Carmela Dutra
Nome da mãe: Eida Trindade (20 anos)
Nome do pai: Leonardo Antônio da Silva
Nome do RN: Gleiva da Silva
Bairro: Cachoeiras
Endereço: R. João Pereira Filho, 25
Telefone: → Próximo Granja Amiel
N.º do prontuário: Imperial.
Data de nascimento do bebê: 22/11/02 Sexo: F ()M
Peso ao nascer: 3.435g PC: 34 PT: 34 PA: 50cm Apgar: 8/9
Data da visita domiciliar: 27/11/02 (11 horas)
Área: _____ Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): Enf.º Jilís
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (recém-nascido)

22/11/02 - Acolhimento na Maternidade

P1

S- Puérpera relata que o PN foi rápido e tranquilo, mantendo-se segura principalmente pela presença do marido durante o parto. Diz que a amamentação foi estabelecida e o bebê está respondendo bem. Refere que colocava azeite de rosinho no coto umbilical dos outros filhos, e que saía rápido e saía por volta de 7 dias.

O- O pai estava presente no momento do acolhimento e mostrou-se, assim como a mãe, interessado no diálogo e troca de informações. Dialogado sobre as cuidados com o coto umbilical e demonstrado curativo deste. Agendado visita domiciliar p/ dia 27/11/02 às 11:00h.

A- Amamentação em processo de estabelecimento pontivo.
- Vínculo familiar afetivo presente.
- Déficit em educação em saúde relacionados aos cuidados com o coto umbilical.

D- Prever cuidados em educação em saúde sobre: a- amamentação e cuidados com o RN.

- Visita domiciliar dia 27/11/02 às 11:00h.

At. enfermagem UFSC: Flávia R.
Renata P.
Stela B.

27/11/02 - Visita domiciliar

S - Puerpera diz não ter problemas com a amamentação referindo boa pega e sucção do RN. Até às curativas com o coto umbilical refere não sentir medo de realizá-lo pois já é o seu 3º filho conta que está fazendo o curativo com álcool a 70%. Informa que seu marido estava trabalhando no momento da VD e que está muito orgulhoso e participando nos cuidados do RN.

O - Diálogo sobre os benefícios da amamentação exclusiva tanto para a mãe como para o bebê, reforçado cuidados com o coto umbilical e o uso do álcool 70%.

A - Estabelecimento positivo da amamentação;

- Vínculo familiar presente

- Coto umbilical em processo de desidrotação

P - Prever acompanhamento em forma de VD 1/1 a continuação da educação em saúde

Ac. de enf. Flávia, Renata, Stela



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9346 - Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

Declaração de Consentimento Livre Esclarecido

Eu, Mariléia Bernadete de Souza e minha família, residentes na rua 13 de maio, 2060, bairro Saudade, no município de Biguaçu, fomos esclarecidos sobre os benefícios da visita domiciliar, e troca de informações sobre cuidados em saúde, e concordamos em receber as acadêmicas de enfermagem da 8ª fase da UFSC: Flávia Rocha Rodrigues, Renata Pacheco e Stela Cândido Chiodelli, em nossa casa, autorizando-as a fazer uso de nossa imagem e/ou fala para fins acadêmicos; sendo que estes poderão ser publicados.

Mariléia B. de Souza

Assinatura do responsável

Florianópolis, 27 de março de 2002.

Maternidade: Regional
Nome da puérpera: Mariêlia Bernadete de Souza
Nome do marido/companheiro: Eliel de Jesus Barros
Nome do RN: ghnifer de Souza Barros
Bairro: Saudade
Endereço: R: 13 de maio, n° 2060
Telefone: 2433996
N.o do prontuário: 0230-06-15960
N.o de filhos: 2 Para: II Cesa: Ø Ab: Ø
Quantos pré-natais realizou: 6 Onde: UMS
Data de nascimento do bebê: 22/11/02
Tipo de parto: Parto normal vertical () Parto normal horizontal (X) Cesárea ()
Realizado episiotomia: Sim (X) Não ()
Data da visita domiciliar: 27/11/02 10:00h
Área: _____ Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): Alina
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (puérpera)

22/11/02 - Acolhimento na maternidade

P1

S- Puérpera diz estar sentindo-se bem, mas um pouco cansada. Refere que a amamentação foi estabelecida e o bebê está sugando bem.

O- Puérpera corada e bastante comunicativa. A mãe estava presente no momento do acolhimento e estavam interessadas no diálogo e realização da visita domiciliar. Dialogado sobre os cuidados com o coto umbilical do bebê e demonstrado curativo.

A- Estabelecimento da amamentação em processo positivo.

- Vínculo afetivo familiar presente.

P- Prever cuidados em educação em saúde sobre: cuidados com RN, amamentação e planejamento familiar

- Realizar visita domiciliar dia 27/11/02 às 10:00h.

At. enfermagem UFSC: Flávia R.R.

Stela C. C.

Renata P.

27/11/02 - Visita Domiciliar

P1

S- Puérpera relata estar com a mama dolorida e muito cheia. Diz que com seu 1º filho, quando isto aconteceu, retirava o leite materno com ajuda de bombinha de sucção. Seu "rangramento" diminuiu e está começando a ficar esbranquiçado. Conta que, para não engravidar

noramente, pretende utilizar-se de comprimidos anti-concepcionais. Diz estar recebendo o apoio e ajuda do marido e da mãe para cuidar do bebê em casa. Pretende voltar a trabalhar após os 6 meses e ajudar nas despesas da casa.

O - Puérpera bastante comunicativa, deambulando pelo casa. Apresenta mamas tenras e endurecidas. Conusado sobre a fisiologia da amamentação e as indicações pl a ordenha manual. Amamentação com boa pega e muiço completo. Diálogo sobre métodos contraceptivos, observando um maior interesse da puérpera pelo Dispositivo Intra Uterino (DIU)

A - Regras das modificações anatomo-fisiológicas.

- Vínculo familiar afetivo presente.
- Estabelecimento da amamentação em processo positivo.
- Risco para engurgitamento mamário
- Planejamento familiar prejudicado, provavelmente relacionado ao déficit em educação em saúde.
- Receptividade ao diálogo e troca de informações/livências, elaborando pl o núcleo da educação em saúde

P - Reforçar educação em saúde no Planejamento Familiar.

Acadêmicos de enfermagem UFSC: Flávio R.

Renata P.

Stela C. C.

Maternidade: Regional
Nome da mãe: Márcia Bernadete de Souza
Nome do pai: Eliel de Jesus Barros
Nome do RN: Geonifer de Souza Barros
Bairro: Saudade
Endereço: R: 13 de maio, nº 2060/Próximo Bar do Maurício
Telefone: 2433996
N.º do prontuário: 0230-06-58104
Data de nascimento do bebê: 22/11/02 Sexo: (X)F ()M
Peso ao nascer: 2.660 PC: 34 PT: 38 A: 48 Apgar: 8/9
Data da visita domiciliar: 27/11/2002 10:00hs
Área: _____ Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): Alina
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (recém-nascido)

22/11/02 - Acolhimento na Maternidade

P1

S. mãe refere que realizava o curativo do umbigo do seu último filho com polidine. Diz estar amamentando bem sem nenhum problema.

O. A vó estava presente no momento do acolhimento, conversado sobre os cuidados com o coto umbilical e demonstrado o curativo deste. Agendada visita domiciliar para o dia 27/11/02 às 10:00hs.

A. Vínculo familiar afetivo presente

Deficit em educação em saúde relacionado aos cuidados com coto umbilical.

Estabelecimento da amamentação em processo positivo.

P. Haver cuidados em educação em saúde sobre cuidados com RN, amamentação.

Realizar visita domiciliar dia 27/11/02 às 10hs.

Ac. enfermagem - UFSC - Stela C. Chiodelli, Flávia R. Rodrigues
Renata Pacheco.

Visita Domiciliar do dia 27/11/02

P1

S. mãe refere que o bebê dorme bem à noite, apresentando-se choroso apenas quando está com fome. Diz estar recebendo o apoio e ajuda do marido e da mãe para cuidar do bebê em casa. Conta que está realizando o curativo do coto umbilical com álcool 70% como demonstrado no acolhimento.

O. RN apresentava-se choroso durante a visita domiciliar, acalmando-se ao contato físico e verbal da mãe.

Sugando leite materno com boa sucção e pega completa.
Coto umbilical sem presença de secreção, seco, limpo, porém
com a base fixa ainda apresentando-se gelatinosa.

A. Amamentação em processo de estabelecimento positivo.

Vínculo familiar afetivo presente.

Coto umbilical em processo de mumificação.

Crescimento e desenvolvimento adequado para a idade.

P. Poder acompanhar o crescimento e desenvolvimento
do bebê.

Ac. enfermagem UFSC - Stela P. Chiodelli, Flávia R. Rodrigues
Renata Pacheco.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9346 - Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

Declaração de Consentimento Livre Esclarecido

Eu, Blandete C. Amaral Nunes e minha família, residentes na rua Praia Bento Francisco, 101, bairro São Miguel, no município de Biguaçu, fomos esclarecidos sobre os benefícios da visita domiciliar, e troca de informações sobre cuidados em saúde, e concordamos em receber as acadêmicas de enfermagem da 8ª fase da UFSC: Flávia Rocha Rodrigues, Renata Pacheco e Stela Cândido Chiodelli, em nossa casa, autorizando-as a fazer uso de nossa imagem e/ou fala para fins acadêmicos; sendo que estes poderão ser publicados.

Blandete C. Amaral Nunes

Assinatura do responsável

Florianópolis, 01 de novembro de 2002.

Maternidade: Carmela Dutra
Nome da puérpera: Blandete Catarina A. Dutra (37 anos)
Nome do marido/companheiro: _____
Nome do RN: Tais Dutra
Bairro: São Miguel
Endereço: R: Praia Bento Francisco, 101
Telefone: 2434962
N.o do prontuário: 29564
N.o de filhos: 4 Para: IV Cesa: Ø Ab: Ø
Quantos pré-natais realizou: _____ Onde: Unidade
Data de nascimento do bebê: 23/10/02
Tipo de parto: Parto normal vertical (X) Parto normal horizontal () Cesárea ()
Realizado episiotomia: Sim (X) Não ()
Data da visita domiciliar: 01/11/2002 10h.
Área: 2 Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): Júlio
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: Jolma

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (puérpera)

01/11/2002 - 10h - Visita Domiciliar
P1
S. Puérpera relata que está em casa desde o dia 25 de outubro, qdo recebeu alta da Carmela Dutra. Ao conversar sobre o tipo de parto realizado, diz que o bebê (Tais) nasceu de Parto normal, assim como seus outros filhos. Relatou o não planejamento deste filho, sendo que a grávida evitou pela troca de contraceptivos orais. Manifestou desejo de realizar laqueadura, já que não foi possível fazê-la na maternidade. Aguarda uma marcação para daqui 2 meses. Já está na UMS para a 1ª consulta pós-natal. Falou que no início, apresentou dificuldades no cuidado com o bebê e estabelecimento da amamentação, mas agora, não sente mais dificuldades. Relatou que os pontos da episiotomia já caíram. Diz estar recebendo o apoio dos filhos e do marido no cuidado com o bebê. Pretende voltar a trabalhar daqui 4 meses.
O - Ovará sem nódulos, arjada, construção de madeira,

com 1 sala, 1 banheiro, 1 cozinha e 3 quartos. Família composta por 6 pessoas: a mãe, o pai e 4 filhos (17, 15, 13 e o RN com 9 dias). Dialogado com a mãe e família sobre as modificações anatômicas fisiológicas e saúde do recém-nascido. Conversado sobre planejamento familiar com a mãe e filha de 17 anos.

A- Boas condições de moradia, higiene e saneamento.

- mulher em pré-natal remoto, com o estabelecimento das regressões anatômico-fisiológicas.
- Estabelecimento positivo da amamentação
- Vínculo familiar afetivo presente
- Educação em saúde no planejamento familiar prejudicada, provavelmente relacionada a falta de diálogo e esclarecimentos sobre o assunto.
- manutenção da saúde em processo de estabelecimento, relacionado ao acompanhamento de saúde pós-natal e (maior) educação em saúde como estratégia eficaz.

P- Reforçar educação em saúde no planejamento familiar

- Verificar se a mãe realizou a laqueadura, conforme desejo da família.

Acadêmicas de Enfermagem - UFSC: Flávia R., Renata P., Stela B.

Maternidade: Carmela Dutra
Nome da mãe: Claudete Catarina A. Dutra
Nome do pai: _____
Nome do RN: Taís Dutra
Bairro: São Miguel
Endereço: R: Praia Bento Francisco, 101.
Telefone: 2434962
N.º do prontuário: 29564
Data de nascimento do bebê: 23/10/02 Sexo: (X)F ()M
Peso ao nascer: _____ PC: _____ PT: _____ PA: _____ Apgar: /
Data da visita domiciliar: 01/11/2002 10h.
Área: 2 Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): Júlio
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: Joelma

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (recém-nascido)

01/11/2002 - 10h - Visita Domiciliar

P1

5- Mãe relatou que o parto normal realizado foi fácil e rápido. Já esteve na Unidade mista de saúde para realização das vacinas, teste do pezinho e 1ª consulta do bebê. A família refere a alegria do nascimento do bebê. Mãe dialogou sobre o bom estabelecimento da amamentação, com boa pega e mamas, e boa utilização do coto umbilical, "já está seco e quase saindo". Falou que nos primeiros dias, quando a família era mais unida, colocou uma "faixinha" na barriga do bebê, já que todos queriam pegá-lo, e assim, o deixava mais firme.

0- RN com pele íntegra e corada, alerta aos movimentos do ambiente e fala da mãe. Cabeças castanhas, cartões e s/nupidades. Orelhas sem anomalias. Observado desamarras fin d'égua em MMSS e tranquilizado a mãe sobre o assunto. Dialogado com a família sobre os cuidados com o coto umbilical, resguardando o cuidado com os outros filhos. Conversado sobre o uso da "faixinha", ressaltando as culturas e hábitos, porém, des-

salicando a importância de manter o coto umbilical limpo e seco

A - Coto umbilical em processo de mumificação.

- Presença de descamação fisiológica em ANSS.

- Desenvolvimento neuro-psicomotor adequado.

- Vínculo familiar afetivo presente.

- RN em boas condições de higiene e saúde, provavelmente pelo presença de adequada educação em saúde.

P - Continuar o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança.

Acadêmicas de Enfermagem - UFSC: Flávio R., Renata P., Stela B.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9346 - Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

Declaração de Consentimento Livre Esclarecido

Eu, maria cristina ferreira e minha família, residentes na rua Valentim Vieira nº 1999, bairro Rio Faveras, no município de Biguaçu, fomos esclarecidos sobre os benefícios da visita domiciliar, e troca de informações sobre cuidados em saúde, e concordamos em receber as acadêmicas de enfermagem da 8ª fase da UFSC: Flávia Rocha Rodrigues, Renata Pacheco e Stela Cândido Chiodelli, em nossa casa, autorizando-as a fazer uso de nossa imagem e/ou fala para fins acadêmicos; sendo que estes poderão ser publicados.

maria cristina ferreira
Assinatura do responsável

Florianópolis, 22 de novembro de 2002.

Maternidade: Maria Cristina Ferreira - 32 anos
Nome da puérpera: Carmela Dutra
Nome do marido/companheiro: Paulo Roberto Moreira
Nome do RN: Emanuelly
Bairro: Rio Caveiras
Endereço: R. Valentim Vieira n° 1999 - ao lado da auto
Telefone: 2852777 elétrica Miller
N.o do prontuário: 0230-06-04092
N.o de filhos: 2 Para: ∅ Cesa: 2 Ab: ∅
Quantos pré-natais realizou: 8 Onde: UMSB.
Data de nascimento do bebê: 18/11/02
Tipo de parto: Parto normal vertical () Parto normal horizontal () Cesárea (X)
Realizado episiotomia: Sim () Não (X)
Data da visita domiciliar: 22/11/02
Área: _____ Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): Enfª Giseli
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (puérpera)

20/11/02 - Acolhimento na maternidade

P1

S- Puérpera relata ser sua 2ª filha, ambos de parto cesárea. Diz que o leite costou a descer por causa da cesárea, mas que agora "está indo bastante leite". Refere que as mamas estão endurecidas e o mamilo avermelhado. Falou não conseguiu dormir, pois o bebê chora muito a noite. Refere sentir medo de fazer o curativo no coto umbilical do bebê, já que tem o último filho há 5 anos, e está "destru nada".

O- Puérpera corada, comunicativa, deambulante. O marido estava presente e mostrou-se interessado no diálogo e troca de informações. Conversado sobre a fisiologia da lactação e cuidados com as mamas p/ evitar fissuras e engorgitamentos. Dialogado sobre os períodos de sono e vigília do bebê. Demonstrado curativo do coto umbilical do bebê, com o auxílio da puérpera. Agendado visita domiciliar para dia 22/11/02.

A- Ansiedade e medo relacionados à realização do curativo do coto umbilical.

- Risco para ingurgitamento e fissura mamária relacionada ao déficit em educação em saúde.
- Amamentação em processo de estabelecimento positivo.
- Educação em saúde eficaz, relacionado ao curativo do coto umbilical.
- Laço afetivo familiar presente.

P- Realizar visita domiciliar dia 22/11/2002.

- Abordar Planejamento familiar na VD.
- Reforçar educação em saúde no processo de amamentação e cuidado com as mamas.

Ac. enfermagem UFSC: Flávia Rodrigues
Renata Pacheco
Stela Ghioldelli

22/11/02 - Visita Domiciliar

P₂

S- Puerpera relata estar se sentindo bem. Diz estar com as pernas, pés e mãos inchadas, dor ao amamentar devido as rachaduras nos mamilos. Está passando pomada prescrita pelo farmacêutico que no momento da ^{amamentação} retira a lava com água e passa SFQ,91. Sente ardência e dor ao movimentar-se no local da incisão. Refere retirar o leite com ajuda de bombinhas. Disse saber da importância da hidratação da mama e LM e banho de Sol. (puerpera e bebê) está realizando o curativo do coto umbilical sem medos. Falou que gostaria de dar o banho no bebê, na banheira, pois sabe os benefícios que traz.

A puerpera e o marido relataram que este fará orquiectomia, pois não planejam outro filho.

O- Puerpera com edema de MMSS/MMII ++/+++ . Diálogo sobre manobras para regressão do edema. Conversado sobre fissuras mamilares e os prejuízos que as "bombinhas" para a retirada do LM, oferece sobre as rachaduras do mamilo. Diálogo também sobre o planejamento familiar, cuidados com o coto umbilical e os benefícios da amamentação para a saúde do RN, puerpera e família.

Casa de madeira, sem ruídos, arejada, apresenta 3 quartos, 1 sala, 1 banheiro, 1 cozinha. Puerpera lúcida comunicativa, deambulante.

A- Estabelecimento positivo da amamentação;

- Cuidados de higiene e conforto do bebê e puerpera com boa educação em saúde;
- Edema de MMSS e MMII ++/+++ provavelmente relacionado a precoce retomada das atividades diárias;
- Vínculo familiar estabelecido
- mamilos e fissuras devido ao uso de bombinhas p/ a ordenha.

P- Realizar acompanhamento domiciliar em educação em saúde.

Ac. de enf. Flávia, Renata, Stela.

Maternidade: Carmela Dutra
Nome da mãe: Mario Cristina Ferreira (32 anos)
Nome do pai: Paulo Roberto Moreira
Nome do RN: Emanuelly
Bairro: Rio Cavilhas
Endereço: R. Valentin Vieira, 1999 - ao lado da Quinta Eli-
Telefone: 2852777 tuca müller
N.o do prontuário: 07
Data de nascimento do bebê: 18/11/02 Sexo: (X)F ()M
Peso ao nascer: 3905 g PC: 38 PT: 35 PA: 53 Apgar: 8/9
Data da visita domiciliar: 22/11/02
Área: _____ Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): Enf.^a Gisli
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (recém-nascido)

20/11/02 - Acolhimento na Maternidade

P1

5- Puérpera relata que o leite "costa a descer" por cau-
sa da cesárea, mas que agora "está indo bastante". Re-
feriu que as mamas estão endurecidas e o mamilo aver-
melhado. Referiu sentir medo de fazer o curativo no coto um-
bilical, já que teve o último filho há 5 anos, e está "desru-
nada".

0- O pai estava presente e mostrou-se interessado no diálogo.
Conversado sobre a fisiologia da lactação, cuidados com
as mamas, períodos de sono e vigília do RN. Demonstrado
curativo do coto umbilical do bebê, e ajuda da puérpera.
Agendado visita domiciliar pl dia 22/11/02, às 10:00hs.

A- Ansiedade e medo da puérpera relacionados à reali-
zação do curativo do coto umbilical.

- Risco pl insegurança e fúria materna relacio-
nada ao déficit em educação em saúde.

- Amamentação em processo de estabelecimento

- Educação em saúde específica, relacionada ao curativo
do coto umbilical.

P- Realizar VD dia 22/11/02

- Reforçar educação em saúde sobre amamenta-
ção e cuidados do RN.

As enfermeiras UFSC: Flávia R.

Renata P.

Stela C.

22/11/02 - Visita Domiciliar

P1

5- mãe relata estar com dor ao amamentar de-

ido as rachaduras nos mamilos. Está passando pro-
mada recitada pelo farmacêutico, que no momento
da amamentação, retira-a, lava a mama com
água e para SFO, 91. Repete retirar o leite com ajuda
de bombinha. Disse sobre a importância da hidro-
tação de LM e banho de sol p/ a mama e p/ o bebê.
Está realizando o curativo do coto umbilical sem
medos. Falou que gostaria de dar banho no bebê na
banheira, pois sabe os benefícios que traz.

O- Casa de madeira, sem supedades, 3 quartos, banheiro,
cozinha, sala. Dialogado sobre amamentação exclusiva
e benefícios da mama p/ a saúde da mãe e bebê.

Dialogado também sobre os cuidados com o coto e higiê-
ne e conforto do RN. Presença de toda a família na v.

A- Estabelecimento positivo da amamentação;

- Cuidados de higiene e conforto com a mãe e
bebê com boa educação em saúde;

- Vínculo familiar estabelecido;

P- Realizar acompanhamento domiciliar em edu-
cação em saúde.

Ac. de enf. Flávia Stela e Renata



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9346 - Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

Declaração de Consentimento Livre Esclarecido

Eu, Valdete Bernardino e minha família, residentes na rua Xinorá, 334, bairro Savino, no município de Biguaçu, fomos esclarecidos sobre os benefícios da visita domiciliar, e troca de informações sobre cuidados em saúde, e concordamos em receber as acadêmicas de enfermagem da 8ª fase da UFSC: Flávia Rocha Rodrigues, Renata Pacheco e Stela Cândido Chiodelli, em nossa casa, autorizando-as a fazer uso de nossa imagem e/ou fala para fins acadêmicos; sendo que estes poderão ser publicados.

Valdete R P Bernardino

Assinatura do responsável

Florianópolis, 12 de novembro de 2002.

Maternidade: Carmela Dutra
Nome da mãe: Valdete Bernardino (37 anos)
Nome do pai: Evandro Bernardino
Nome do RN: Eduardo R. Bernardino
Bairro: Savino
Endereço: R. Xingü, 337 (Penúltima casa à esquerda)
Telefone: 285-4097
N.º do prontuário: _____
Data de nascimento do bebê: 5/11/02 Sexo: () F. () M
Peso ao nascer: 2.390 ^{47cm} PC: 34 PT: 30 AL: 47cm Apgar: 8/8
Data da visita domiciliar: 12/11/02 11hs.
Área: _____ Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): Silvan
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (recém-nascido)

06/11/02 - Acolhimento na maternidade.
S- Puérpera relata que RN nasceu de 8 meses devido
deslocamento da placenta. Diz não ter problemas na
amamentação. Refere sentir medo ao realizar cuida-
dos com o coto umbilical.
O- Diálogo sobre cuidados com o coto umbilical
e condições de saúde da puérpera e RN.
Agendada visita domiciliar p/ puérpera, RN e sua
família.
A- Estabelecimento positivo da amamentação;
- ^{da mãe} mudança de atitude ao cuidar com o coto umbi-
lical, devido a carência em educação em saúde;
P- Prever cuidados de educação em saúde.
Realizar 1º dia 12/11/02 às 11hs

Acadêmicas de enfermagem-UFSC: Flávia R., Renata P., Stela B.

12/11/02 - Visita Domiciliar

P1

S- Puérpera refere que o RN dorme bastante, sendo que é

necessário acordá-lo para mamar. Conta que o coto umbilical já caiu e que leva o bebê para tomar banho de sol. Diz que a família está participativa no cuidado do bebê.

O - RN com pele íntegra e corada, sensível, quando leite materno com pega completa e boa sucção. Diálogo sobre cuidados em saúde do RN.

$T = 36,9^{\circ}\text{C}$, $P = 124\text{bpm}$

A - Anais vitais estáveis;

- Estabelecimento positivo da amamentação;
- Desenvolvimento neuropsicomotor adequado;
- Vínculo familiar afetivo presente;
- Boas condutas de higiene e saúde provavelmente pela presença de adequada educação e saúde.

P - Continuar o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança.

Ac. de inf. - UFSC - Flávia R., Stela C., Renata P.

Maternidade: Carmela Dutra

Nome da puérpera: Valdete Bernardino (37 anos)

Nome do marido/companheiro: Evandro Bernardino

Nome do RN: Eduardo R. Bernardino

Bairro: Saneiro

Endereço: R. Xingú, 337 (Penúltima casa à esquerda)

Telefone: 285 4097

N.o do prontuário: 0230-06-45599

N.o de filhos: 3 Para: II Cesa: I Ab: Ø

Quantos pré-natais realizou: 08 Onde: UMS/Carmela

Data de nascimento do bebê: (17:32) 5/11/02

Tipo de parto: Parto normal vertical () Parto normal horizontal () Cesárea ()

Realizado episiotomia: Sim () Não ()

Data da visita domiciliar: 12/11/02(11h)

Área: _____ Micro-área: _____

Nome do enfermeiro responsável (PSF): Lilian

Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (puérpera)

06/11/2002 - Acolhimento na maternidade

P1

S - Puérpera relata que foi seu primeiro parto cesáreo já que seus outros 2 filhos foram parto normal. Diz ter sido uma gravidez não planejada e teve 2 internações no decorrer desta gestação. Relata que o bebê nasceu a 8 meses por ter tido descolamento de placenta. Diz não ter problemas na amamentação e sente um pouco de medo de realizar o curativo do coto umbilical. Conta que achou diferente a presença do bebê 24hs com a mãe na maternidade.

O - Corada, comunicativa, presença de familiares junto à puérpera. Dialogado sobre os cuidados com o coto umbilical e condições de saúde da puérpera e RN. Agendado visita domiciliar p/ RN, puérpera e sua família.

A - Estabelecimento positivo da amamentação;
- Medo relacionado aos cuidados com o coto umbilical devido a carência em educação em saúde;

- Planejamento familiar deficiente, evidenciado por gravidez não planejada.

P- Prática cuidados de educação em saúde, planejamento familiar, cuidados com o bebê;

- Realizar VD no dia 12/11/02 às 11hs.

Acadêmicas de enfermagem - UFSC: Flávia R., Renata P., Stela B.

12/11/02 - Visita domiciliar

P₁

S- Puérpera refere estar sentindo-se bem, não tem problemas na amamentação e diz que após 4 meses iniciará o desmame pois voltará a trabalhar. Conta que a família está participando dos cuidados com o bebê. Relata ter realizado a laqueadura na maternidade Carmelo Dutra. Refere sangramento esbranquiçados em pequena quantidade.

O- Comunicativa, diambulante, curada, receptiva para o diálogo. Casa de madeira, limpa, arejada, com dois quartos. Família composta por 5 pessoas, a mãe, o pai e três filhos (7, 13, 7 dias). Diálogo sobre as condições de saúde da puérpera e RN.

1 PA - 110 x 70 mm Hg.

A- Estabelecimento positivo da amamentação;

- Vínculo familiar afetivo presente;
- Boas condições de higiene, moradia e saneamento;
- Mulher em puerpério remane, com o estabelecimento das regiões anatómicas - fisiológicas;
- Manutenção da saúde em processo de estabelecimento, relacionado a educação em saúde como estratégia eficaz.

Ac. de enfermagem Flávia R., Stela B., Renata P.

Maternidade: Hospital Regional
Nome da mãe: Alexandra Paulino de Melo
Nome do pai: Claudioano Paulino de Melo
Nome do RN: Francisco de Assis Martins de Melo
Bairro: Javeiro
Endereço: Rua Itabagi 51N - rua. antes do mercado miliano
Telefone: 2852774 (prime)
N.o do prontuário: _____
Data de nascimento do bebê: 21/11/02 Sexo: ()F (X)M
Peso ao nascer: 2970 PC: 32 PT: 31 ~~PAC~~ 48 Apgar: 8/9
Data da visita domiciliar: 26/11/02 → 10:00 hs
Área: _____ Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): Enfa Lilian
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (recém-nascido)

Acolhimento na maternidade 21/11/02

P₁

S. Puérpera diz ser seu 1º bebê mas já teve dois abortos. Relata que o recém-nascido não pode mamar no peito e diz não estar acitando bem a "chuguinha oferecida". Referir ter medo em realizar o curativo com o coto umbilical.

O. Dialogado sobre os cuidados com o coto umbilical e oferecimento de leite em copinho para o bebê e vacinação.

A. Puérpera com diagnóstico de HIV+ em uso de AZT. Medo da mãe relacionado aos cuidados do coto umbilical provavelmente pela carência de educação em saúde, medo do desconhecido e insegurança pela falta de vivências e HIV+.

P. Prever cuidados de educação em saúde sobre ^{puérperas} coto umbilical, ordenha manual, alimentação para ~~os~~ bebês com mães portadoras de HIV+, planejamento familiar.

Realizar VO dia 26/11/02.

Ac. enfermagem UFSC: Flávia R. Rodrigues,
Sílvia C. Chiodelli, Renata Pacheco.

26/11/2002 Visita Domiciliar

P₁ - A puérpera e sua família não encontravam-se em casa no horário estipulado para a visita domiciliar. De acordo com os vizinhos, estavam na casa da mãe da puérpera, no bairro Fundos, mas não sabiam informar o endereço.

Maternidade: Hospital Regional
Nome da puérpera: Alexandra Paulino de Melo
Nome do marido/companheiro: Claudio Paulo Paulino de Melo
Nome do RN: Francisco de Assis Martins de Melo
Bairro: Sarveiro
Endereço: Rua Itabogi, s/n - rua antes do mercado Miliano
Telefone: 2852774 (prime)
N.o do prontuário: _____
N.o de filhos: 1 Para: ∅ Cesa: 1 Ab: II
Quantos pré-natais realizou: 2 Onde: UM.S.B
Data de nascimento do bebê: 21/11/02
Tipo de parto: Parto normal vertical () Parto normal horizontal () Cesárea (x)
Realizado episiotomia: Sim () Não (x)
Data da visita domiciliar: 26/11/02 - 10:00 hs
Área: _____ Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): Enfª Lillian
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (puérpera)

Acolhimento - 21/11/02

P1

S - Puérpera refere que esse é seu 1º filho, porém já teve 2 abortos. Relata estar se sentindo bem, não está amamentando seu filho e diz estar ansiosa em saber como vai poder alimentá-lo. Informa que sentiu medo em realizar o curativo do umbigo e que não observou a limpeza do umbigo de seu bebê pois a técnica de enfermagem a levou para realizar a limpeza em outro local.

O - Dialogado sobre cuidados com o coto umbilical, oferecimento do leite em copinho para o bebê e eructação do bebê. Permanece com as mamas enfiadas.

Presença da mãe

A - Puérpera com diagnóstico de HIV(+) em uso de AZT; - medo da mãe relacionado aos cuidados com o coto umbilical provavelmente relacionado a carência de educação em saúde, medo do desconhecido, insegurança pela falta de vivência e diagnóstico de HIV(+).

P - Prever cuidados de educação em saúde sobre coto

umbilical, alimentação do RN ^{em mãe} portadora de HIV⁺,
planejamento familiar

- Realizar VD dia 26/11/02.

Maternidade: Carmela
Nome da puérpera: Jucilene m= Nau Junkes - 26 anos
Nome do marido/companheiro: João Silveiro Junkes
Nome do RN: Brenda Junkes
Bairro: Pindobol
Endereço: R. José Francisco Junkes n.º 61
Telefone: 2435817
N.º do prontuário: _____
N.º de filhos: II Para: I Cesa: I Ab: φ
Quantos pré-natais realizou: _____ Onde: _____
Data de nascimento do bebê: 27/11/02
Tipo de parto: Parto normal vertical () Parto normal horizontal () Cesárea ()
Realizado episiotomia: Sim () Não ()
Data da visita domiciliar: 03/12/02
Área: _____ Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): Janine
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (puérpera)

27/11/02 Acolhimento na maternidade

P₁
S. Puérpera refere ter feito cesárea poucas horas antes do acolhimento e estar sentindo dor. Relata não encontrar ainda posição confortável para amamentar e sente-se ansiosa porque seu leite ainda não desceu. Diz ser sua 1ª cesárea e que passou pela experiência de um parto normal há aproximadamente 5 anos atrás.

O. Puérpera encontrando-se no momento do acolhimento no leito, fazendo uso de sonda vesical e soro. Estavam presentes o marido e a mãe que mostraram-se participativos e interessados no diálogo. Conversado sobre a desida do leite materno após a cirurgia cesárea, curativo do coto umbilical, dor após cirurgia. Dialogado também sobre a melhor maneira para amamentar o RN e tranquilizado a puérpera sobre sua condição transitória de permanecer no leito nas primeiras horas.

A. Dor relacionado ao parto cesárea, evidenciado pelo desconforto nas mudanças de posições na cama.

Ansiedade relacionado a não desida do leite materno e dificuldade em amamentar o RN, evidenciado pela dificuldade em mudanças de posição e pelo parto cesárea.

Amamentação prejudicada relacionado a dificuldade de amamentar e a não desida do leite materno.

Vínculo afetivo familiar presente.

Bom receptividade para o diálogo

Princípios de educação em saúde: planejamento familiar; cuidados com RN.
De enfermagem UFSC - Stela C, Maria R, Renata P.

Maternidade: Camila Dutra
Nome da mãe: Jucilene Maria da Silva Junkes - 26 anos
Nome do pai: João Silveiro Junkes
Nome do RN: Brenda Junkes
Bairro: Vendaíval
Endereço: R. José Francisco Junkes nº 63
Telefone: 2435317
N.º do prontuário: _____
Data de nascimento do bebê: 27/11/02 Sexo: (X)F ()M
Peso ao nascer: 3.555 PC: 34 PT: 34 PAE: 45 Apgar: 9/9
Data da visita domiciliar: 03/12/02
Área: _____ Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): Janine
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (recém-nascido)

27/11/02 Acolhimento na maternidade

R.

S. Puérpera relata não encontrar posição confortável para amamentar e sentar-se ansiosa porque seu leite ainda não desceu. Diz que realizava o curativo do coto umbilical de sua última ^{filha} utilizando meriolate.

O. O marido e a mãe ^{da puérpera} estavam presentes e participaram do diálogo. Conversado sobre a disciplina do leite materno após o parto cesáreo, sobre a melhor maneira para amamentar o RN e sobre os cuidados com o coto umbilical.

A. Processo de estabelecimento da amamentação prejudicado relacionado a dificuldade da mãe para amamentar e a não descida do leite.

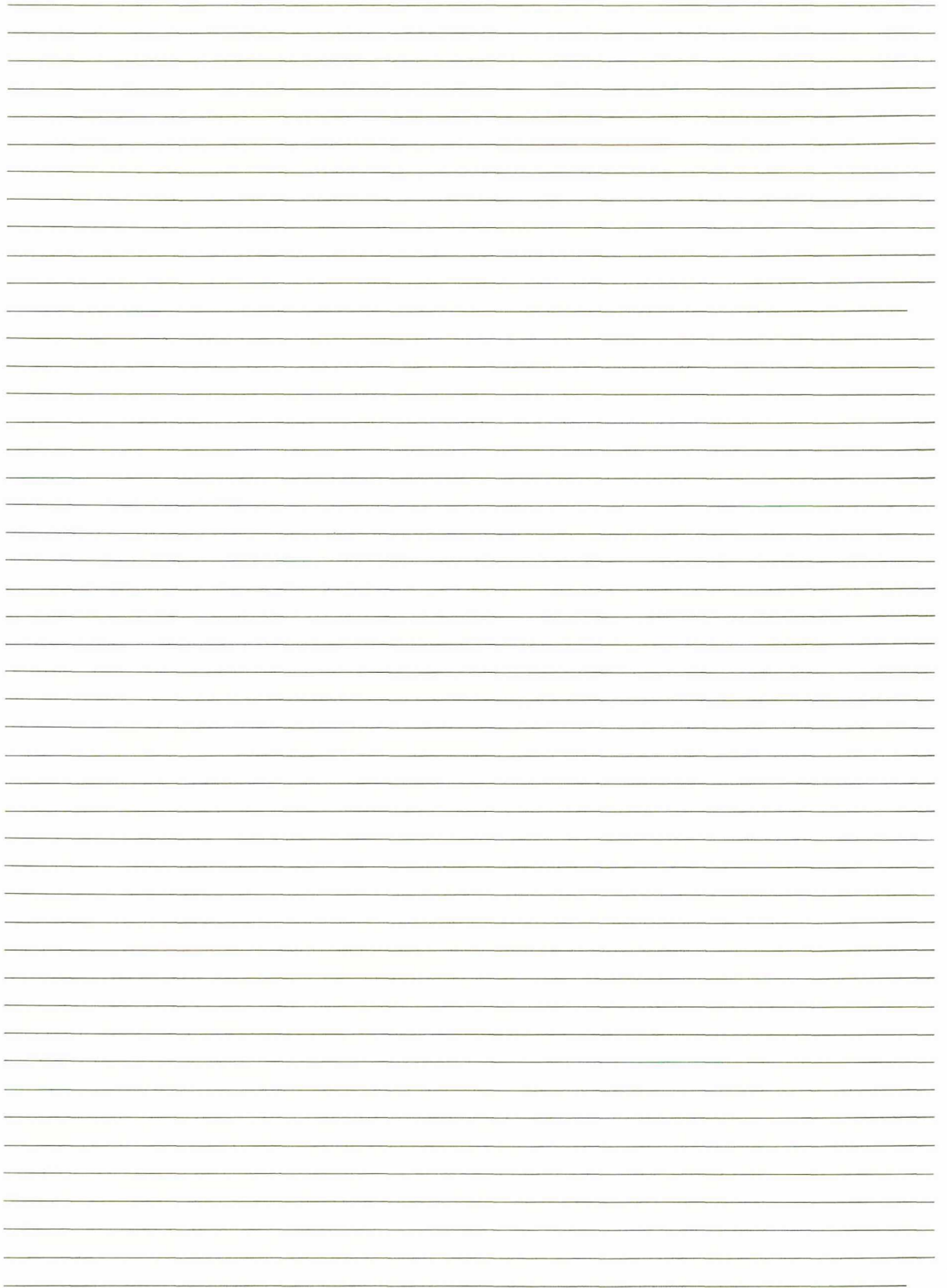
Vínculo familiar presente

Deficit em educação em saúde relacionado aos cuidados com o coto umbilical.

P. Prever cuidados de educação em saúde sobre amamentação e cuidados com RN.

Realizar visita domiciliar no dia 03/12/02 às 11.00hs.

Ac. Enfermagem UFSC: Stela C., Renata P., Flávia R.



Maternidade: Carmela
Nome da puérpera: Mareli Gomes das Almas - 30 anos
Nome do marido/companheiro: Paulo Gomes
Nome do RN: Antoni José Gomes
Bairro: B. Saudade
Endereço: R. 13 de maio n.º 1540
Telefone: 2435639
N.º do prontuário: 34236
N.º de filhos: IV Para: III Cesa: I Ab: III
Quantos pré-natais realizou: várias Onde: Carmela - Alto Risco
Data de nascimento do bebê: 26/11/02
Tipo de parto: Parto normal vertical () Parto normal horizontal () Cesárea (X)
Realizado episiotomia: Sim () Não (X)
Data da visita domiciliar: 03/11/02
Área: _____ Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): Alcina
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (puérpera)

27/11/02 - Acolhimento na maternidade

P

5. Puérpera refere estar sentindo-se bem e relatou que o bebê só quer ficar no colo. Diz não ter problemas com a amamentação e que realizava o curativo do coto umbilical de seu último filho utilizando mertiolate. Refere que é seu quarto filho, que fez sua 1ª cesárea e que teve três abortos.

0. Puérpera comunicativa, deambulante. Dialogado sobre a amamentação, os cuidados com o coto umbilical. A irmã estava presente no momento do acolhimento.

Agendado visita domiciliar para o dia 03/11 às 10:00hs

A. Estabelecimento da amamentação em processo positivo

Demonstração da puérpera de possuir experiência em educação em saúde relacionado aos cuidados com o RN, evidenciado pela comunicação verbal de experiência adquirida com seus outros filhos.

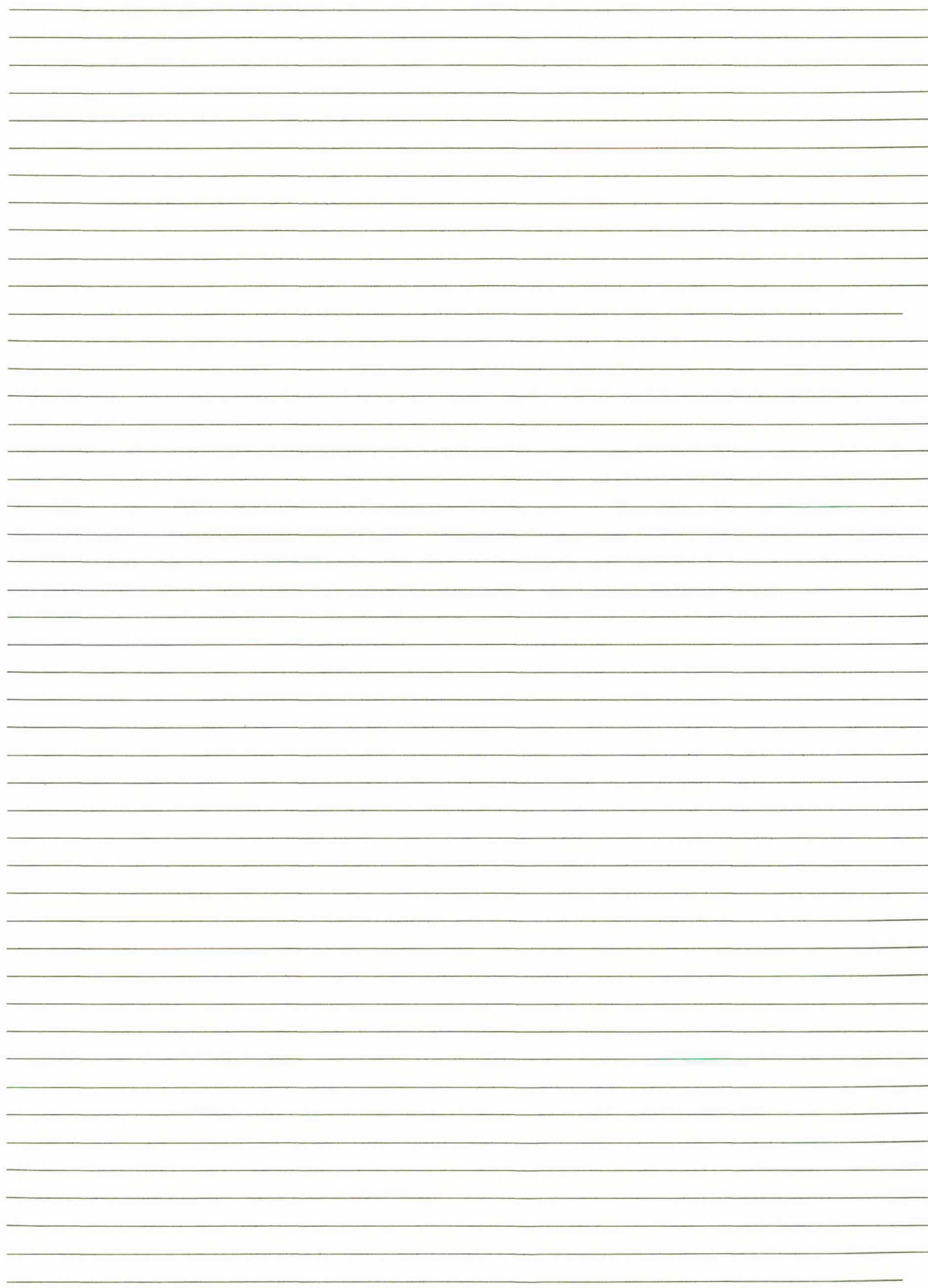
Receptividade para o diálogo e boa aceitação para a realização da visita domiciliar.

P. Realizar visita domiciliar com enfoque no planejamento familiar, efetivação positiva da amamentação e curativo do coto umbilical, dia 03/12/02 às 10:00hs

Ac. enfermagem UFSC Flávia B

Renata P.

Stela C.



Maternidade: Carmela Dutra
Nome da mãe: Mauri Gomes das Almas
Nome do pai: Paulo Gomes
Nome do RN: Antônio José Gomes
Bairro: Saudade
Endereço: R. 13 de maio n° 1540
Telefone: 2435639
N.º do prontuário: _____
Data de nascimento do bebê: 26/11/02 Sexo: ()F (X)M
Peso ao nascer: 3.610 PC: 37 PT: 36 ~~BAE~~ 50 Apgar: 3/8
Data da visita domiciliar: 29/11/02
Área: _____ Micro-área: _____
Nome do enfermeiro responsável (PSF): Alcina
Nome do agente comunitário responsável pela micro-área: _____

Registro do Acolhimento na maternidade e visita domiciliar (recém-nascido)

27/11/02 Acolhimento na maternidade
P₁
S. Puérpera relata que o bebê só quer ficar no colo. Diz que a amamentação foi estabelecida e que realizou o curativo do coto umbilical de seu último filho utilizando mentiolate.
O RN tranquilo, sem episódios de choro durante o acolhimento. Dialogado sobre a amamentação, os cuidados com o coto umbilical e agendada visita domiciliar para o dia 03/12 às 10:00hs.
A. Amamentação em processo de estabelecimento positivo. Vínculo familiar afetivo presente.
Demonstração da puérpera de possuir experiência em educação e saúde, relacionado aos cuidados com RN, evidenciado pela comunicação verbal de experiência adquirida com seus outros filhos.
P. Realizar visita domiciliar com enfoque no planejamento familiar, efetivação positiva da amamentação e cuidados com coto umbilical, dia 03/12/02 às 10:00hs.
Ac. enfermagem UFSC, Flávia R., Renata P., Stela C.

ANEXOS

ANEXO 1

Ficha elaborada pela Secretaria de Saúde de Biguaçu, para o acolhimento nas maternidades

ESTRATÉGIA GERA BEBÊ CIDADÃO

DADOS SOBRE AS CRIANÇAS CAPTADAS NA MATERNIDADE

Nº DN: _____

1. Nome e idade da Mãe: _____
2. Estado Civil: _____
3. Escolaridade: _____
4. Ocupação: _____
5. Nº de Nascidos Vivos: _____
6. Nº de Nascidos Mortos: _____
7. Data de Nascimento do RN: ___/___/___
8. Hora: ____:____
9. Local de Nascimento: _____
10. Peso: _____
11. Altura: _____
12. PC: _____
13. PT: _____
14. Apgar: _____
15. Nome/Sexo: _____
16. Raça: _____
17. Mal Formação: () Sim () Não
18. Antitetânica: () Sim () Não
19. Fez vacina da Rubéola: () Sim () Não
20. Unidade de Saúde onde realizou PN: _____
21. Fez exames: () Sim () Não
22. Fez Ultra – som: () Sim () Não
23. BCG: () Sim () Não
24. Hepatite: () Sim () Não
25. Agenda Mãe – Unidade e Médico: _____
26. Data da Consulta: ___/___/___
27. Agenda RN – Unidade e Médico: _____
28. Data da Consulta: ___/___/___
29. Filhos menores de 5 anos: ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___
DN DN DN DN DN
30. Óbitos tidos: _____
31. Renda Familiar: R\$ _____
32. Endereço Residencial: _____ Nº: _____
Bairro: _____ Fone: _____
Pontos de Referências: _____
34. Nome do Pai: _____
35. Alguém da família acompanhou o nascimento (parto)? () Sim () Não

Observação: Esta ficha deve ir para o prontuário da criança, depois que o ACS tenha pego os dados da mesma.

Assinatura do Técnico

Anexo 2

História, objetivos e princípios da Estratégia Saúde da Família

História, objetivos e princípios da Estratégia Saúde da Família

De acordo com Souza (2000, p.7), em 1991, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna. Este Programa já procurava a vinculação dos indivíduos e famílias com as Unidades Básicas de Saúde. O agente comunitário representava o “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde. Estes agentes, sendo uma pessoa da própria comunidade identificada com seus valores e costumes, passaram a contribuir no resgate e valorização do saber popular.

Mesmo com todas as suas potencialidades, este programa percorria um caminho marginal no próprio espaço institucional, e foi avaliado externamente com muitos preconceitos. No nível de execução nacional, havia um limitante importante para a continuidade e o impacto das suas ações: as unidades básicas de saúde continuavam atuando no sistema tradicional, desestruturadas, sucateadas, e sem nenhum vínculo com a população. Atuando assim, em direção oposta ao trabalho dos agentes comunitários. Expandiu-se, então a idéia de que o Ministério da Saúde precisava ampliar os investimentos, a fim de retirar o Programa desta posição marginal que se encontrava.

Na continuidade desse processo, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou a Estratégia Saúde da Família – ESF, com o intuito de reorientação do modelo brasileiro vigente, que valorizava os princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia a integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo a participação da comunidade.

Somente a partir de 1995, que a ESF passa a ser incorporada pela Secretaria de Assistência à Saúde e iniciou uma trajetória importante para sair da condição “periférica” no MS, e que o levou a ocupar hoje um espaço de prioridade.

A ESF vem sendo implantada em todo o Brasil, como importante estratégia para reordenação da atenção básica em saúde e reorientação do SUS. Prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua.

O objetivo da ESF é melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência voltado para a comunidade, conforme os princípios do SUS. Esta

Estratégia faz com que a família passe a ser o principal objeto de atenção, entendida a partir de seu ambiente social e cultural onde vive.

De acordo com Mendes apud Santos (1998, p. 50), os princípios da Estratégia Saúde da Família são:

- Impacto - O impacto relaciona-se, com a capacidade que têm os produtos da atenção primária de alterar, para melhorar os níveis de mortalidade, morbidade e incapacidade da população adscrita.
- Orientação por problemas - Esse princípio é decorrente natural do anterior, porque só identificando, descrevendo e explicando um problema, na concretude de um território de abrangência de saúde da família, é que se pode atuar, conseqüentemente, sobre suas causas para, dessa forma, impactar os níveis de saúde.
- Intersetorialidade - Os problemas de saúde, por serem complexos maldefinidos, convocam, para sua solução, outros setores, fora do âmbito dos serviços de saúde. Assim, a saúde da família deve trabalhar em estreita articulação com outros setores para que possa enfrentar, adequadamente, os problemas.
- Planejamento e programação local - A estratégia de saúde da família exige mudanças epistemológicas e metodológicas que são imprescindíveis para o resgate no território local como espaço de planejamento e programação.
- Hierarquização - Esse princípio está na própria base de existência de um nível de atenção primária e contém três subprincípios:
 - O da suficiência e da insuficiência tecnológica: o nível de atenção primária deve ter, necessariamente, uma suficiência resolutive que o justifique coerente com sua composição tecnológica. Contraditoriamente, esse nível de atenção é insuficiente tecnologicamente para atender a problemas que transcendem sua capacidade resolutive, dependendo, portanto, de nível de atenção de maior densidade tecnológica que lhe sirva de referência.
 - O da referência e contra-referência: do subprincípio anterior, decorre que a hierarquização exige um fluxo e contra fluxo de pacientes e informações, gerenciais e tecno-científicas, por meio dos diferentes níveis do sistema.
 - O da intercomplementaridade: A saúde da família, como atenção primária, guarda relação de intercomplementaridade com os outros níveis do sistema de saúde, não sendo, portanto, independente.

- Primeiro contato - A saúde da família constitui o primeiro contato com o sistema de saúde e mede-se pela extensão na qual a população utiliza os serviços de atenção primária quando deles necessita.
- Longitudinalidade - Por esse princípio, a saúde da família deve assegurar à população cuidados contínuos ao longo do tempo, de forma a superar a atenção ocasional, característica da prática da atenção médica.
- Integralidade - Implica reconhecer que os serviços de Atenção Primária envolvem ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras, providas de forma integrada, por meio da vigilância da saúde, e que as intervenções da saúde da família, conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social. Conseqüentemente, a saúde da família vai atuar em diferentes espaços sociais: no espaço primário do núcleo familiar, no domicílio; no espaço da micro-área, micro-espaço que apresenta certa homogeneidade sócio-econômico e sanitário denotada de área de exclusão ou de risco sócio-sanitário; nos espaços de vida social, lugares fundamentais para a sobrevivência e a sociabilidade da vida.
- Adscrição - deriva da organização da Atenção primária em base territorial e objetiva a responsabilidade administrativa e tecnosanitária de uma unidade de saúde da família sobre o território de sua responsabilidade, área de abrangência.
- Necessidades - na saúde da família, estabelece-se relação entre os recursos de saúde e a população adscrita, com base na responsabilidade. A equipe e a população devem criar um sentimento de parceria em busca da melhoria da saúde.
- Humanização - pretende-se valorizar a vocação humanística da prática sanitária. Para tanto, é preciso um reconhecimento recíproco das famílias e da equipe de saúde da família de tal forma que, aquelas possam expor suas demandas e condições de vida da qual emergem suas necessidades.
- Heterogeneidade - procurar-se-á garantir que a aplicação dos princípios anteriormente enunciados não se convertam em prescrições. Cada unidade de saúde da família, de acordo com sua realidade, é um processo em permanente construção.
- Realidade - a saúde da família deve ser organizada segundo as necessidades e os recursos que, em um momento, existem num lugar particular. A quantidade, a qualidade e a distribuição dos recursos existem e potenciais, confrontados com os

problemas a resolver, é que devem determinar a lógica da organização da saúde da família.

ANEXO 3

Esquema Vacinal

PREVENIR É SEMPRE MELHOR

Existem muitas formas de prevenir as doenças e manter uma boa saúde. Já conversamos sobre varias coisas neste caderno. Agora vamos falar de uma forma simples de prevenir as doenças. Não custa nada para você e sua família. Só depende de você participar da luta pela Vida. Por isso, a Secretaria Municipal de Saúde alerta a você e sua família sobre as vacinas que cada ser humano devem fazer, ao longo de sua vida. **PRESTE ATENÇÃO:**

IDADE	VACINA	PROTEGE CONTRA
AO NASCER	BCG HEPATITE B – 1 ^ª . Dose	TUBERCULOSE HEPATITE B
1 MÊS	HEPATITE B – 2 ^ª . Dose	HEPATITE B
2 MESES	SABIN – 1 ^ª . Dose TETRAVALENTE 1 ^ª . Dose	PARALISIA INFANTI DIFTERIA, TÉTANO, COQUELUCHE, MENINGITE TIPO B E OUTRAS INFECCÕES CAUSADAS POR HAEMÓPHILUS
4 MESES	SABIN – 2 ^ª . Dose TETRAVALENTE – 2 ^ª . dose.	PARALISIA INFANTIL DIFTERIA, TÉTANO, COQUELOCHE, MENINGITE TIPO B E OUTRAS INFECCÕES CAUSADAS POR HAEMÓPHILUS
6 MESES	SABIN – 3 ^ª . Dose TETRAVALENTE – 3 ^ª . Dose HEPATITE B 3 ^ª . Dose	PARALISIA INFANTIL DIFTERIA, TÉTANO, COQUELUCHE, MENINGITE TIPO B, OUTRAS INFECCÕES CAUSADAS POR HAEMÓPHILUS HEPATITE B
12 MESES	TRÍPLICE VIRAL SABIN – 1 ^º . REFORÇO TRÍPLICE BACTERIANA – 1 ^º . Reforço	SARAMPO, RUBÉOLA, CAXUMBA PARALISIA INFANTIL DIFTERIA, TÉTANO, COQUELUCHE
5 ANOS	2 ^º REFORÇO TRÍPLICE BACTERIANA	DIFTERIA, TÉTANO, COQUELUCHE
12 E MAIS ANOS (Homens e Mulheres)	TRÍPLICE VIRAL DUPLA BACTERIANA	SARAMPO, RUBÉOLA, CAXUMBA DIFTERIA E TÉTANO
GESTANTES	DUPLA BACTERIANA	DIFTERIA E TÉTANO – SÃO 3 DOSES
A PARTIR DE 6 MESES	FEBRE AMARELA	PARA AS PESSOAS QUE VIAJEREM PARA LOCAIS ONDE EXISTE A DOENÇA

COLABORADORES NA ELABORAÇÃO DESTE INFORMATIVO:

Médicos: Helio, Sálhua, Sandro, Paulo, Patrícia, Diana, Adriano

Enfermeiras: Sonia, Márcia, Sueli, Penélope, Lilian, Fernanda, Giseli, Maria Teresa e Eliana Marília Faria

Psicóloga: Elaine

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: Ise, Cristiane, Ivanor, Fabiana, Fernanda, Aline, Gisele Sodré, Gisele Fagundes, Maria Claudete, Gleice, Bianca e Sirlen

ANEXO 4

Material bibliográfico sobre Teste do Pezinho



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA - LACEN

biante 29/06/02

ORIENTAÇÕES SOBRE OS PROCEDIMENTOS GERAIS A SEREM ADOTADOS PELOS MUNICÍPIOS INTEGRANTES DO PROGRAMA TESTE DO PEZINHO

Elaboradas pelos técnicos da Sessão de Análises Neonatais do LACEN

1. COLETA

➤ Material para a coleta de amostras do Teste do Pezinho

- Os postos de coleta (unidades de saúde, maternidades, APAEs) do município participante do Programa receberão do LACEN o material utilizado para a coleta de amostras, constando de 1 envelope, 1 cartão de coleta e 1 lanceta descartável para cada criança.
- Por sua vez os postos de coleta devem providenciar um livro ou fichário para registrar os dados de todas as crianças, cujas coletas de amostras serão enviadas ao LACEN, contendo: nome da criança, nome da mãe, nome do pai, data de nascimento, hora do nascimento, data da coleta, hora da coleta, endereço completo, telefone para contato, n.º. do registro local, resultado, data da chegada do resultado.
Sugestões:

REGISTRO LOCAL:	
NOME DA CRIANÇA:	
NOME DA MÃE:	
NOME DO PAI:	
DATA DE NASCIMENTO:	HORA DO NASCIMENTO:
DATA DA COLETA:	HORA DA COLETA:
ENDEREÇO COMPLETO DOS PAIS:	
	FONE:
RESULTADOS:	DATA: / /
FAL:	
TSH:	
IRT:	
17-OHP:	

Obs.: Os cartões de coleta antes de seu uso devem ficar acondicionados em locais livres de poeira e umidade e ao abrigo do sol. Cuidar para que a parte do cartão destinada ao sangue fique protegida. Não colocar os cartões ainda não usados na geladeira.

➤ Procedimentos para a coleta de amostras

PERÍODO ADEQUADO PARA A COLETA DE AMOSTRAS

Uma amostra de sangue adequada para o Teste do Pezinho é aquela coletada entre o 3º dia e o 5º dia de vida

✓ *Por que a coleta só deve ser feita com três (03) de vida do recém nato?*

R – A coleta de sangue para o Teste do Pezinho não deve ocorrer antes dos três dias de vida da criança porque:

- existe a ocorrência de elevação fisiológica dos níveis de TSH (quantificado para o diagnóstico precoce do Hipotireoidismo Congênito) e do 17-OH Progesterona (quantificado para o diagnóstico precoce da Hiperplasia Adrenal Congênita) imediatamente após o nascimento;
- para o diagnóstico da Fenilcetonúria (FAL) é necessário que o metabolismo protéico da criança já se encontre em plena atividade. Isto acontece após alimentação adequada à base de leite de qualquer natureza. Se este prazo não for obedecido poderemos ter resultados falsos positivos e falsos negativos.

✓ *Por que a coleta deve ser feita até o 5º dia de vida?*

R – A coleta de sangue para o Teste do Pezinho deve ocorrer até o 5º dia de vida da criança porque:

- nos portadores de Hipotireoidismo Congênito o tratamento deve ser iniciado até o 14º dia de vida para evitar retardo mental;
- nos portadores de Hiperplasia Adrenal Congênita, 1/3 dos casos não tratados precocemente (a partir de 14 dias de vida) evoluem para insuficiência supra renal (crise de perda de sal) e risco de óbito nas primeiras semanas de vida. O diagnóstico precoce é também importante para evitar a virilização progressiva (meninas com genitália ambígua) e identificação errônea do sexo;
- nos recém-nascidos portadores de Fibrose Cística o nível da Tripsina Imunoreativa (IRT) se eleva imediatamente após o nascimento, diminuindo com o passar dos dias. Como a IRT é quantificada para o diagnóstico precoce da Fibrose Cística, se o 1º teste der positivo, uma segunda coleta deve ser feita até a 4ª semana de vida, para confirmação do diagnóstico laboratorial e encaminhamento ao médico para o teste do suor. Uma coleta retardada poderá nos dar um resultado falso negativo.

PREENCHIMENTO DOS CARTÕES

1. Preencher os dados solicitados no cartão com letra de forma e legível.
2. Cada letra deve corresponder a um espaço.
3. Deixar um espaço em branco após cada palavra.
4. Na falta de espaço abreviar o sobrenome do meio.
5. Preencher completamente os círculos do cartão de coleta com sangue e garantir que o sangue ocupou todo o círculo, tanto na frente quanto no verso do cartão. Não fazer camadas superpostas de sangue. (Ver página 08)

ACONDICIONAMENTO DOS CARTÕES COM AMOSTRAS DE SANGUE.

Após a coleta, secar os cartões somente em temperatura ambiente, na posição horizontal, por no mínimo 2 horas evitando-se o contato das amostras com qualquer superfície. Não utilizar nenhuma forma artificial de secagem, tais como estufa, ventilador, ar condicionado, nem expor ao vento ou a raios solares.

Estando completamente seco, os cartões com o sangue coletado devem ser embalados em papel alumínio e colocados em saco plástico bem vedado, e mantidos sob refrigeração até o momento da remessa ao LACEN.

Todos os cartões podem ser embalados em um mesmo papel alumínio, contanto que sejam sobrepostos desencontrando os círculos para não haver contaminação de amostras.

OBS.: Nunca enviar cartões molhados. Eles tendem a criar fungos prejudicando o resultado dos exames.

ENVIAR AS AMOSTRAS DIARIAMENTE PARA O LACEN

REMESSA DAS AMOSTRAS PARA O LACEN

A remessa das coletas ao LACEN, pode ser feita dentro de um envelope grande comum e não há necessidade do papel alumínio e do saco plástico, observando o desencontro dos círculos. Estes materiais podem ser reaproveitados pelo posto de coleta para guardar na geladeira as próximas amostras.

Os cartões deverão ser enviados DIARIAMENTE ao LACEN, pois o objetivo é diagnosticar precocemente as doenças para evitar seqüelas.

Os cartões enviados ao LACEN devem vir acompanhados de uma lista em duas vias, contendo o nome dos bebês, n.º de registro local e nome do município. Uma via devidamente conferida será devolvida ao município.

Os municípios devem enviar mensalmente para o LACEN quatro envelopes tamanho 265mm X 360mm devidamente endereçados ao posto de saúde para o envio dos resultados.

A remessa de cartões para o LACEN, bem como o retorno dos resultados dos exames dos municípios podem ser feitas através dos seguintes malotes: via Correio, via SES (através das Regionais de Saúde) ou em mãos, diariamente.

OBS.: Salientamos a responsabilidade dos postos de coleta na retenção dos cartões com amostras. Por estarmos trabalhando com diagnóstico precoce, um dia no atraso para o envio da amostra poderá implicar também atraso no tratamento da doença e possíveis seqüelas.

2 – RECONVOCAÇÃO

Ocorrem determinadas situações em que precisamos repetir a coleta. A solicitação de uma outra coleta, chamamos de RECONVOCAÇÃO.

A reconvocação será sempre feita por telefone e acontecerá quando:

- a 1ª coleta for mal feita: só um círculo preenchida de sangue, sangue de um só lado do cartão, cartão manchado ou contaminado com álcool ou outros interferentes.
- quando para algumas situações, os resultados estiverem fora dos padrões de normalidade.

Existem casos em que temos resultados falsos positivos, principalmente para a Fibrose Cística, em que a dosagem da IRT não é específica para o diagnóstico desta patologia.

NÃO ESQUECER AS ANOTAÇÕES NO VERSO DO CARTÃO

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 2ª COLETA | <input type="checkbox"/> 3ª COLETA |
| <input type="checkbox"/> 4ª COLETA | <input type="checkbox"/> AMOSTRA CONTROLE |
| <input type="checkbox"/> FAL | <input type="checkbox"/> TSH |
| <input type="checkbox"/> IRT | <input type="checkbox"/> 17-OHP |

A RECONVOCAÇÃO SERÁ SEMPRE FEITA POR TELEFONE PARA O POSTO DE SAÚDE. PORTANTO NO CASO DA COLETA OCORRER NA MATERNIDADE É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA QUE ESTA COLOQUE NO VERSO DO CARTÃO A UNIDADE SAÚDE (POSTO) NA QUAL A CRIANÇA IRÁ SER ATENDIDA.

OBS:

O MUNICÍPIO É RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE, ALIMENTAÇÃO E HOSPEDAGEM QUANDO NECESSÁRIOS, DAS CRIANÇAS POSITIVAS PRESUNTIVAS E DAS DIAGNOSTICADAS POSITIVAS E DE SEU ACOMPANHANTE, PARA CONSULTA COM MÉDICO ESPECIALISTA OU TESTE DE SUOR EM FLORIANÓPOLIS.

3. VALORES DE REFERÊNCIA

Hipotireoidismo Congênito

TSH → até 15,00uU/ml em sangue total para crianças até 7 dias de vida

até 10,00uU/ml em sangue total para crianças após 7 dias de vida

Fenilcetonúria

FAL → até 3,00 mg/dl em sangue total

Sujeitos a reconvocação → valores acima de 2,1 mg/dl em sangue total

Hiperplasia Adrenal Congênita

17-OHP → até 9,90 ng/ml em sangue total para crianças com peso acima de 2.000g

→ até 19,80ng/ml em sangue total para crianças com peso até 2000g

Fibrose Cística

IRT → até 56,00 ng/ml em sangue total

Um resultado positivo não faz o diagnóstico, mas indica que há possibilidade de Fibrose Cística.

4 – ENVIO DOS RESULTADOS:

Os resultados de exames cujos valores estão dentro dos padrões de referência, serão enviados através de uma listagem geral contendo o nome do município, números de registro local e do LACEN, nome da criança, data de nascimento, data de coleta, data de chegada no LACEN e os resultados das dosagens de TSH, IRT, 17-OHP e FAL caracterizados pela palavra NORMAL.

Os casos que exigem uma 2ª coleta, serão enviados na listagem geral com as observações cabíveis.

Os resultados com valores suspeitos e/ou positivos que exigem uma reconvocação (uma 2ª coleta) serão emitidos separadamente contendo os valores expressos em números, para a avaliação do pediatra.

As listagens recebidas devem ser arquivadas e seus resultados devem ser devidamente anotados no livro ou fichário de registro do município.

Os resultados dos exames enviados na listagem devem ser anotados na Caderneta de Saúde da criança, página que diz exames especializados.

Recomenda-se a confecção de um carimbo para a uniformização do resultado dos exames, como mostra o exemplo (ou modelo a critério do município):

Teste do Pezinho	
N.º _____	
N.º _____	
FAL: _____	
TSH: _____	
17-OHP: _____	
IRT: _____	
Data da Coleta: _____	

- registro LOCAL
- registro do LACEN
- escrever a palavra NORMAL(ou valor numérico)
- escrever a palavra NORMAL(ou valor numérico)
- escrever a palavra NORMAL(ou valor numérico)
- escrever a palavra NORMAL(ou valor numérico)
- data da coleta

Este procedimento permite que a criança tenha o esquema de vacinação e o resultado do Teste do Pezinho devidamente registrados em sua Caderneta de Saúde.

Nos casos de resultados que exigem uma 2ª coleta, anotar na Caderneta o que diz na observação.

Quando o município receber o resultado da 2ª coleta, fazer a devida anotação na caderneta.

Os resultados com valores suspeitos e ou positivos emitidos separadamente, deverão ser entregues aos pais e também anotados na Caderneta de Saúde para ficarem registrados.

Pedimos que prestem bastante atenção nos casos que exigem uma 2ª coleta para que nenhuma criança fique com seus exames incompletos ou deixe de ser diagnosticada em caso de resultado positivo.

Obs.: Os resultados quantitativos das dosagens de TSH, FAL, IRT e 17-OHP permanecerão registrados em nossos arquivos e se encontram à disposição dos pediatras e outros profissionais de saúde que deles necessitam para alguma avaliação.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Será assegurado à toda criança portadora de Fenilcetonúria ou Hipotireoidismo Congênito ou Fibrose Cística ou Hiperplasia Congênita das Supra Renais, amplo acompanhamento médico e laboratorial, sendo o acompanhamento médico dispensado por:

Dra. Gisele de Luca - Geneticista
Dra. Marilza Leal Nascimento - Endocrinologista
Dr. Genoir Simoni - Endocrinologista
Dr. Paulo César Alves da Silva - Endocrinologista
Dr. Edson Cechinel - Endocrinologista
Dr. Norberto Ludwig - Pneumologista
Dr. Cristiano Marques - Pneumologista
Dr. Luís Alberto Gastaldi - Gastroenterologista
Dra. Nilza Perin - Gastroenterologista

A criança portadora de Fenilcetonúria terá o direito de receber o leite especial para a sua dieta fornecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

É de responsabilidade dos Municípios o transporte, alimentação e hospedagem quando necessárias, das crianças positivas presuntivas e das diagnosticadas positivas, e de seu acompanhante para consulta em médico especialista em Florianópolis.

6 – SESSÃO DE ANÁLISES NEONATAIS DO LACEN:

CORPO TÉCNICO

Léa Ruhland - Bioquímica
Igara Edite Noceti e Vieira - Bioquímica
Maria Janete da Silva Sousa - Técnica em Atividades de Saúde
Ely Gasstmann - Agente em Atividades de Saúde

CORPO ADMINISTRATIVO

Lauzimar Terezinha Mello - Técnica em Enfermagem
Rosita Machado - Auxiliar de Enfermagem
Roberto Luís de Amorim - Agente de Atividades Administrativas
Rosilene Bernardes Veras - Agente de Atividades Administrativas
Rosângela Brognolli de Andrade - Digitadora

Em virtude de um convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina conta também com:

5 Estagiárias

A Sessão de Análises Neonatais coloca a disposição de seus usuários os telefones: 0**48-2517844 e 0**48-2517845 das 7:00 horas às 19:00 horas de segunda à sexta-feira para quaisquer dúvidas ou informações.

TÉCNICA PARA UMA COLETA CORRETA

Enquanto a mãe prepara a criança para a coleta (deixa o pezinho da criança descoberto) o executor da técnica preenche os dados solicitados no cartão.

A criança deve ficar de pé no colo de um adulto, de frente para esta, pois:

- ficando próxima se sentirá mais segura/protegida
- facilitará um maior fluxo sanguíneo na área da coleta, pela posição vertical.

1. ÁREA DA COLETA -

- Preferencialmente no pezinho, nos bordos inferiores/laterais. Em situações excepcionais, o sangue poderá ser coletado em outro local.

2. PUNCÃO

- O executor deve lavar as mãos e colocar luvas.
- Massagear a área da coleta para ativar a circulação local.
- Limpar da área com algodão seco.

ATENÇÃO: não utilizar o álcool. Em caso de sujidades, lavar com água e sabão. Para a punção, a área deve estar seca.

- Com uma mão o executor segura delicadamente, mas com firmeza o pezinho da criança, com o intuito de promover uma maior segurança tanto na punção quanto no manuseio para a coleta.
- A lanceta deve ser descartável, e aberta no momento da punção.
- Se uma punção não for suficiente, esta deve ser repetida até que seja conseguido sangue suficiente. Não havendo contaminação, pode ser usada a mesma lanceta.
- A primeira gota de sangue deve ser desprezada, utilizando-se de um algodão seco.
- Encostar o círculo de coleta do cartão no local da punção (sem esfregar) até que o sangue preencha totalmente o círculo, inclusive passando para o outro lado do papel.
- Esta operação deverá ser realizada em pelo menos **3 (três) círculos**.
- Deve ser evitado o contato da mão do executor com os círculos de coleta, o que pode ocasionar alterações do resultado.

- **SANGUE DEVE SATURAR O PAPEL FILTRO E O CÍRCULO DEVE FICAR COMPLETAMENTE PREENCHIDO, TANTO NA FRENTE COMO NO VERSO DO CARTÃO.**
- **NÃO FAZER CAMADAS SUPERPOSTAS DE SANGUE.**

HIPERPLASIA CONGÊNITA DE SUPRA RENAIIS (HCSR)

A HCSR é uma doença familiar autossômica recessiva. Nessa forma clássica mais comum, determina genitália ambígua nas meninas e em ambos os sexos pode levar a morte a partir da 2ª semana de vida, por desidratação por crise de perda de sal.

Clinicamente as meninas predominam devido a genitália ambígua que alerta para o diagnóstico, e os meninos morrem sem diagnóstico.

A incidência varia de 1:5.000 a 1:20.000 recém-nascidos.

A triagem neonatal para HCSR, forma clássica em recém nascidos, é a única forma de identificar meninos afetados, sem uma história familiar de HCSR antes do desenvolvimento dos sintomas de perda de sal e desidratação. A triagem também identifica um significativo número de meninas enormemente identificadas como sendo do sexo masculino.

A triagem neonatal deve ser realizada através da dosagem de 17 β -HIDROXIPROGESTERONA em amostra de sangue seco, colhido em papel filtro por punção do calcanhar, entre o 2º e 5º dia de vida, para que se tenha o resultado e se possa estabelecer o diagnóstico e iniciar o tratamento até o 14º dia de vida, pois a partir daí portadores das formas graves da doença já correrão risco de vida.

O tratamento é feito com hormônios supra renais sintéticos (hidrocortisona e acetato de florinefe), por via oral.

A dose das medicações é adaptada de acordo com o seguimento clínico e laboratorial dos portadores.

O tratamento é para toda a vida.

HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO (HC)

O HC ocorre em aproximadamente 1:3000 a 1:4000 recém-nascidos, e é uma das causas previsíveis mais comuns de retardo mental, desde que seja diagnosticado e iniciado o tratamento precocemente.

A maioria dos casos de HC são esporádicos, então não é possível identificar as gestações de alto risco. A maioria dos bebês afetados não tem características clínicas específicas, sendo que menos de 5% são diagnosticados pelo exame físico após o nascimento, por esta razão se instituiu a triagem neonatal.

A triagem deve ser realizada através da dosagem de TSH (hormônio tireo estimulante) em amostra de sangue seco colhido em papel filtro por punção do calcanhar, entre o 2º e 5º dia de vida, para que se possa ter o resultado do exame, estabelecer o diagnóstico e iniciar o tratamento o mais breve possível.

Atualmente se considera idade ideal para iniciar o tratamento até 14 dias de vida, para que todas as crianças independente da gravidade do HC tenham chance de ter um desenvolvimento normal.

O HC é uma condição clínica resultante da falta de ação dos hormônios tireoideanos nos vários tecidos do organismo. A ausência dos hormônios tireoideanos é surtida em maior ou menor grau por todos os tecidos do organismo. Sintomas como icterícia, letargia, constipação intestinal, sucção débil, dificuldade na deglutição, extremidades feias, retardo no desenvolvimento neuro-psicomotor e no crescimento físico são os mais freqüentemente encontrados.

O tratamento é feito com hormônio tireoideano sintético (Levotiroxina – T4), por via oral diariamente em jejum. A dose de Levotiroxina é adaptada de acordo com o seguimento clínico e laboratorial da criança. O tratamento é para toda a vida.

FENILCETONÚRIA

É uma doença hereditária, de herança autossômica recessiva (ou seja, com risco elevado para futura gestação), gerada pela ausência ou diminuição da atividade de uma enzima do fígado – Fenilalanina Hidroxilase, impedindo a metabolização do aminoácido FENILALANINA presente nas proteínas ingeridas na alimentação.

As conseqüências advindas desta doença são as seguintes:

- não havendo condições de metabolizar este aminoácido, o organismo terá no sangue níveis elevados de FENILALANINA, geradores de metabólitos extremamente nocivos ao desenvolvimento do cérebro da criança, causadores de deficiência mental irreversível, que poderá ser muito grave.

Sua incidência varia de 1:12.000 à 1:15.000

O diagnóstico clínico é bastante difícil porque aparentemente a criança é normal, porém durante o transcorrer do primeiro ano de vida instala-se atraso no desenvolvimento neuro-psico-motor.

Os sintomas clínicos comumente observados são:

- Deficiência mental
- Irritabilidade infantil
- Movimentos propositais
- Reflexos tendinosos profundos aumentados
- Convulsões
- Formação de mielina defeituosa
- Vômitos neonatais

É essencial o diagnóstico laboratorial através da coleta de sangue no 3º dia de vida, após a criança ter sido alimentada. No caso de crianças com alta precoce, com menos de 48 horas, é fundamental que tenham sido alimentadas com leite no berçário, para que na amostra colhida já possa ser detectada alteração sangüínea dos níveis da fenilalanina, usando-se o método FLUOROMÉTRICO.

Através do TESTE DO PEZINHO os pacientes podem ser identificados por meio de alteração bioquímica, antes dos sinais de danos cerebrais surgirem.

O tratamento da fenilcetonúria consiste em **DIETA ALIMENTAR ESPECÍFICA**, com controle da ingestão diária de fenilalanina, completada por fórmula de aminoácidos, especialmente elaborada para esta doença. A criança é acompanhada por equipe multidisciplinar.

As dificuldades encontradas no tratamento são as seguintes:

- Aceitação da doença
- Baixo poder aquisitivo
- Inexistência de produtos específicos
- Nível cultural / compreensão

O sucesso do tratamento encontra-se na educação nutricional e freqüência às consultas.

FIBROSE CÍSTICA

É a doença genética letal, mais comum entre os brancos. De herança autossômica não relacionada com herança determinante do sexo, e recessiva, ou seja, depende de ambos os pais (Portadores) para que a doença apareça nos filhos.

O defeito genético está no braço longo do cromossoma 7 onde se codifica uma Proteína que é um regulador de transporte de membrana das células com 1480 aminoácidos. Na fibrose cística falta do aminoácido Fenilalanina na posição 508. Em 70 a 90% dos doentes há essa mutação (delta F 508).

As conseqüências advindas desta doença são as seguintes:

- a proteína defeituosa afeta o transporte de cloro e secundariamente sódio e água;
- origina secreções espessas e obstrução progressiva de canalículos de vários órgãos;
- a doença é generalizada e afeta os epitélios secretores (camada de células que forra os canais do corpo) dos pulmões, pâncreas, intestino, fígado, seios da face, aparelho reprodutor masculino;
- as manifestações clínicas mais evidentes são do trato respiratório e digestivo.

Sua incidência varia de 1:2.500 à 1:3.000.

O diagnóstico é feito através de:

- Teste da Tripsina Imunoreativa – (Rastreamento precoce)
- Teste de Eletrólitos no suor – (3 testes positivos confirmam)
- Teste Genético: Teste com mutação (ou defeito) nos dois alelos = Doença
Teste com mutação (ou defeito) em um dos alelos = Portador

O tratamento da Fibrose Cística consiste em:

- Diagnóstico precoce
- Alimentação adequada + suplementação de Enzimas Pancreáticas e Vitaminas
- Prevenção e combate enérgico às infecções
- Aconselhamento Genético
- Terapêutica

Abordagem diagnóstica em Santa Catarina:

- Rastreamento da doença com Teste da Tripsina Imunoreativa (IRT) incluído no Teste do Pezinho
- As crianças com teste positivo repetirão o exame entre a 4ª e 6ª semana de vida
- As crianças que continuarem com teste positivo serão encaminhadas à centros de referência para Teste de Suor
- As crianças com teste de suor positivo deve ser incluídas no Programa de Tratamento Específico no hospital Infantil Joana de Gusmão e ingressar na Associação dos Fibrocísticos
- Elaboração de trabalho Científico de avaliação da casuística
- Planejamento de Estratégia definitiva para o diagnóstico da doença no Estado de Santa Catarina

ANEXO 5

Material bibliográfico sobre cuidados com a puérpera portadora de HIV

Cuidados com a puérpera portadora de HIV+ e seu bebê

De acordo com Kenner (2001, p.181), o HIV é um retrovírus que se liga as superfícies das células e em seguida penetra na célula. O HIV pode ser contraído por via transplacentária em várias épocas da gestação, no parto pelo contato com o sangue e secreções maternas e no período pós-natal através do leite materno. Devido a imaturidade do sistema imunológico do RN (mesmo no neonato a termo), há uma capacidade diminuída de produzir uma resposta imune eficaz. Portanto, os sintomas de HIV e o avanço para AIDS em geral são mais rápidos e graves que no adulto. O neonato com HIV geralmente tem um dismorfismo facial distinto e sofre de problemas com pneumonia intersticial, hepatoesplenomegalia, infecções recorrentes, desvio de comportamentos e anormalidades neurológicas. Em muitos casos, o neonato com HIV é pequeno para a idade gestacional e tem dificuldade para se desenvolver. Como 80% de todos os casos pediátricos de HIV estão relacionados com a transmissão vertical da mãe para o feto, o único tratamento eficaz é a prevenção. Novos estudos clínicos usando zidovudina (AZT) ou outros medicamentos em combinação com AZT, administrados no período pré-natal e durante o período intra-parto estão diminuindo a incidência de HIV neonatal.

Kenner (2001, p.328), ressalta que para cuidar do bebê que tem AIDS é necessário tomar certas precauções. Devido um sistema imunológico deficiente, o bebê está mais propenso a infecções por germes do que a maioria das crianças pode combater. Embora a AIDS não se dissemine através do contato ocasional, os familiares devem evitar entrar em contato direto com o sangue e os líquidos orgânicos do bebê. Algumas precauções podem ser tomadas a fim de ajudar a garantir a segurança do bebê e sua família. São elas:

- Lavar as mãos antes das refeições e após usar o banheiro;
- Preparar a mamadeira com leites e derivados do leite pasteurizado, usar produtos comerciais já misturados, visando evitar que o bebê pegue uma infecção intestinal. Não colocar o bebê para dormir com a mamadeira de leite ou suco, pois os germes se proliferam rapidamente nesses líquidos;
- Não alimentar o bebê diretamente do pote do alimento, pois os germes da boca podem estragar o alimento que fica no pote. Colocar o pote que foi aberto na geladeira e usá-lo dentro de 24 horas.

- Cozinhar ou descascar as frutas e legumes. Cozinhar bem a carne antes de oferecer ao bebê;
- Usar máquina de lavar louça ou lavar a louça com água quente e sabão;
- Se possível, usar fraldas descartáveis. Ao trocar as fraldas, usar luvas descartáveis; colocar as fraldas descartáveis usadas em um saco plástico lacrado; após a troca, limpar a superfície onde as fraldas foram trocadas, com solução de água sanitária a 1:10;
- Ter toalhas e esfregões de banho separados para o bebê;
- Lavar os artigos contaminados com sangue e líquidos orgânicos do bebê, separados da roupa da família, usando água quente com sabão;
- Jogar a urina e fezes do bebê no vaso sanitário. Manter o lixo do bebê em um recipiente plástico fechado. Colocar agulhas e seringas e outros objetos cortantes em um recipiente hermeticamente fechado;
- Manter a urina e fezes de animais de estimação longe do bebê. Não permitir que animais que possam morder ou arranhar se aproximem do bebê.

ANEXO 6

**Certificados do evento de Curso Aleitamento Materno Pré Semana Mundial do
Aleitamento Materno**



Certificada

Nutrição Infantil

VII SEMANA CIENTÍFICA DA DIVISÃO DE
PEDIATRIA DO HU/UFSC
XXII SEMANA CIENTÍFICA DE GUSMÃO
INFANTIL JOANA DE NUTRIÇÃO
III CICLO DE ESTUDOS EM NUTRIÇÃO

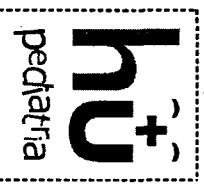
de 30 de outubro
a 1º de novembro 2002
Florianópolis - SC

Certificamos que

Flávia Rocha Rodrigues

participou do **Curso Aleitamento Materno Pré-Semana Mundial do Aleitamento Materno** realizado na VII Semana Científica da Divisão de Pediatria do HU/UFSC, XXII Semana Científica do Hospital Infantil Joana de Gusmão e III Ciclo de Estudos em Nutrição em Pediatria, na qualidade de

Participante



João Carlos Xikota

João Carlos Xikota
Presidente da Semana Científica

Maria Marlene de Souza Pires

Maria Marlene de Souza Pires
Presidente da Comissão Científica



Certificado

Nutrição
Infantil

VII SEMANA CIENTÍFICA DA DIVISÃO DE
PEDIATRIA DO HU/UFSC
XXII SEMANA CIENTÍFICA DE GUSMÃO
INFANTIL JOANA DE NUTRIÇÃO
III CICLO DE ESTUDOS EM NUTRIÇÃO

Certificamos que

Renata Pacheco

de 30 de outubro
a 1º de novembro 2002

Florianópolis - SC

participou do **Curso Aleitamento Materno Pré-Semana Mundial do Aleitamento Materno** realizado na VII Semana Científica da Divisão de Pediatria do HU/UFSC, XXII Semana Científica do Hospital Infantil Joana de Gusmão e III Ciclo de Estudos em Nutrição em Pediatria, na qualidade de

Participante



João Carlos Xikota
Presidente da Semana Científica

Maria Marlene de Souza Pires
Presidente da Comissão Científica



Certificada

Nutrição Infantil

VII SEMANA CIENTÍFICA DA DIVISÃO DE
PEDIATRIA DO HU/UFSC

XXII SEMANA CIENTÍFICA DE GUSMÃO
INFANTIL JOANA DE NUTRIÇÃO

III CICLO DE ESTUDOS EM NUTRIÇÃO

Certificamos que

de 30 de outubro
a 1º de novembro 2002

Florianópolis - SC

Stela Candido Chiodelli

participou do **Curso Aleitamento Materno Pré-Semana Mundial do Aleitamento Materno** realizado na VII Semana Científica da Divisão de Pediatria do HU/UFSC, XXII Semana Científica do Hospital Infantil Joana de Gusmão e III Ciclo de Estudos em Nutrição em Pediatria, na qualidade de

Participante

hü
pediatria



João Carlos Xikota

Presidente da Semana Científica



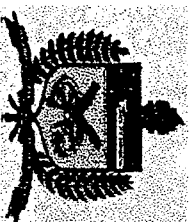
Maria Marlene de Souza Pires

Presidente da Comissão Científica



ANEXO 7

Certificados da participação do Curso de Atualização em Disseminação de Informações em Saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

CERTIFICADO

Certificamos que, Flávia Rocha Rodrigues participou do Curso de Atualização sobre Disseminação de Informações em Saúde, dos temas: "Apresentação de Trabalhos Científicos – Nova Normatização da ABNT"; "Referência e Citação Bibliográfica – Nova Normatização da ABNT" e Busca de Informações On-Line" totalizando 06 horas.

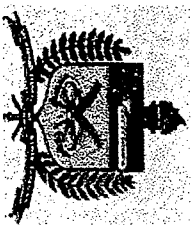
Florianópolis, 04 de dezembro de 2002.

Assinatura manuscrita de Vera Radlitz.

Profª Drª Vera Radlitz
Chefe do Departamento de Enfermagem
Presidente do Colegiado do Curso de
Graduação em Enfermagem

Assinatura manuscrita de Denise Elvira Pires de Pires.

Profª Drª Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

CERTIFICADO

Certificamos que, **Renata Pacheco** participou do Curso de Atualização sobre Disseminação de Informações em Saúde, dos temas: "Apresentação de Trabalhos Científicos – Nova Normatização da ABNT"; "Referência e Citação Bibliográfica – Nova Normatização da ABNT" e Busca de Informações On-Line" totalizando 06 horas.

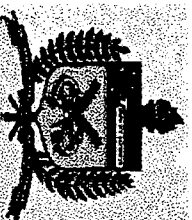
Florianópolis, 04 de dezembro de 2002.

Assinatura manuscrita de Vera Radtunz.

Profª Drª Vera Radtunz
Chefe do Departamento de Enfermagem
Presidente do Colegiado do Curso de
Graduação em Enfermagem

Assinatura manuscrita de Denise Elvira Pires de Pires.

Profª Drª Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

CERTIFICADO

Certificamos que, **Stela Candido Chiodelli** participou do Curso de Atualização sobre Disseminação de Informações em Saúde, dos temas: "Apresentação de Trabalhos Científicos – Nova Normatização da ABNT"; "Referência e Citação Bibliográfica – Nova Normatização da ABNT" e Busca de Informações On-Line" totalizando 06 horas.

Florianópolis, 04 de dezembro de 2002.



Profª Drª Vera Radtuz

Chefe do Departamento de Enfermagem
Presidente do Colegiado do Curso de
Graduação em Enfermagem



Profª Drª Denise Elvira Pires de Pires

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem

ANEXO 8


Certificados da realização da atividade educativa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COORDENADORIA DE ESTÁGIOS



Certificado

Certificamos que **Flávia Rodrigues** realizou atividade educativa com a temática “Gera bebê Cidadão” realizado na Unidade de Saúde Jardim Janaína do município de Biguaçu, no dia 10 de dezembro de 2002, com carga horária de 02h.




Prof^{ma} Olga Regina Zigelli Garcia
Coord. de Estágios do NFR-CCS-UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COORDENADORIA DE ESTÁGIOS



Certificado

Certificamos que **Renata Pacheco** realizou atividade educativa com a temática “Gera bebê Cidadão” realizado na Unidade de Saúde Jardim Janaína do município de Biguaçu, no dia 10 de dezembro de 2002, com carga horária de 02h.


Prof.^a **Olga Regina Zigelli Garcia**
Coord. de Estágios do NFR-CCS-UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COORDENADORIA DE ESTÁGIOS



Certificado

Certificamos que **Stela Candido Chiodeli** realizou atividade educativa com a temática “**Gera bebê Cidadão**” realizado na Unidade de Saúde Jardim Janaína do município de Biguaçu, no dia 10 de dezembro de 2002, com carga horária de 02h.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Olga Regina Zigelli Garcia', written over a horizontal line.

Profª Olga Regina Zigelli Garcia
Coord. de Estágios do NFR-CCS-UFSC

ANEXO 9

Fotos

ILUSTRANDO AS VIVÊNCIAS...



Foto 1: Atividade educativa com agentes comunitários do bairro Jardim Janaína – o momento do diálogo e apresentações.

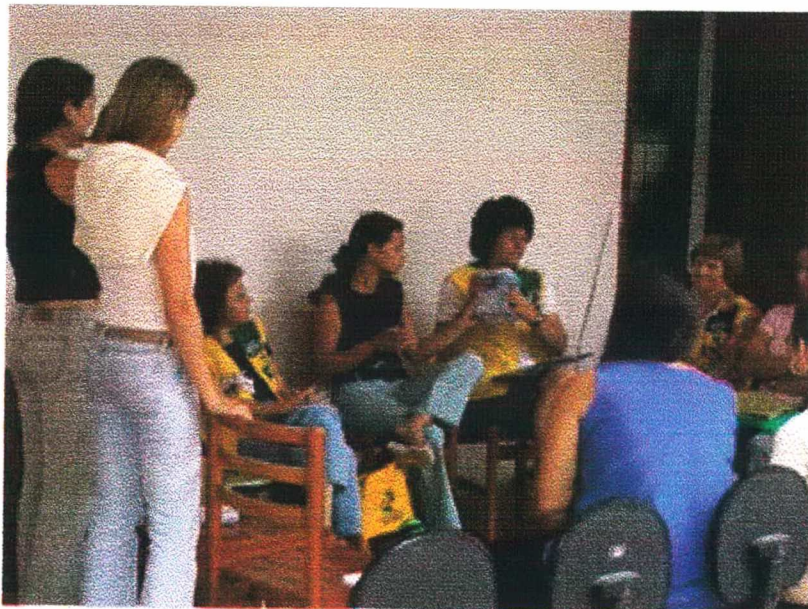


Foto 2: Atividade educativa com agentes comunitários do bairro Jardim Janaína – o momento da dinâmica.



Foto 3: A Unidade Mista de Saúde do município de Biguaçu.



Foto 4: Trocando informações sobre o município com a Secretária de Saúde de Biguaçu.



Foto 5: O momento do acolhimento nas maternidades



Foto 6: O momento do acolhimento: partilhando a chegada do bebê na família.



Foto 7: O momento do acolhimento – ser mãe, ser filho e ser avó.



Foto 8: Confraternização na Unidade Mista de Saúde ao final do estágio: vivenciando a saúde...



Foto 9: O grupo com as enfermeiras da Unidade Mista de Saúde: vivenciando o apoio e trocas.



Foto 10: O grupo com a supervisora: vivenciando o momento do partilhar saberes e práticas.



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

No trabalho das alunas Flávia F. Rodrigues, Renata Pacheco e Stela C. Christelli foram acatadas as sugestões da banca examinadora, tais como:

- Na metodologia foram pontuados os 4 pontos fundamentais da E.G.B.C. - Estratégia Gás Bêse Cidades do município de Biguaçu;
- Revisão ortografia e Pátuas;
- Atualizado dados de população no IBGE.
- No objetivo 2 foram introduzidos as estratégias para o desenvolvimento de mesmo;

- Nas considerações finais foi reforçada a importância da E.G.B.C, dando ênfase o aumento da cobertura do pré-natal e vacinal e diminuição da mortalidade infantil e perinatal.
- Enfatizado nas conclusões, a importância de maior ênfase e estímulo dos profissionais sobre a E.G.B.C.

Paula