



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**ACOMPANHANDO A MULHER-MÃE EM SEU PROCESSO DE
MATERNIDADE: VIVENCIANDO O CUIDADO CULTURAL.
RELATÓRIO DO ESTÁGIO**

Florianópolis, agosto de 1998.



ELEINE MAESTRI

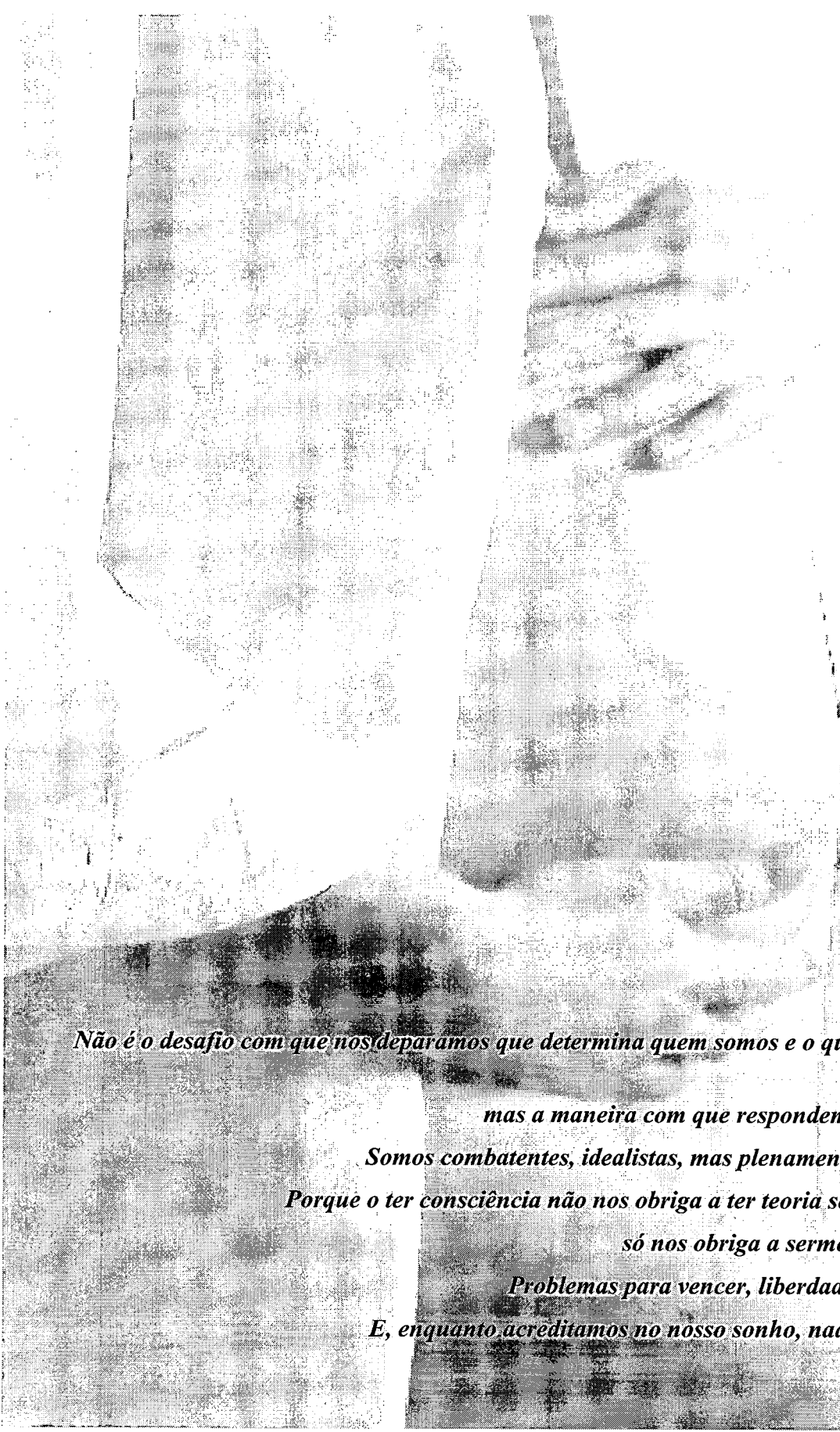
SUIAN DE LIZ

**ACOMPANHANDO A MULHER-MÃE EM SEU PROCESSO DE
MATERNIDADE: VIVENCIANDO O CUIDADO CULTURAL.
RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
RELATÓRIO DO ESTÁGIO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM APRESENTADO A DISCIPLINA "ENFERMAGEM ASSISTENCIAL
APLICADA" ALOCADA NA VIII UNIDADE CURRICULAR.**

**ORIENTADORA: PROF.^a ILCA KELLER ALLONSO
SUPERVISORA: ENF.^a MISSOURI HELENA KAMATU PAIXÃO**

Florianópolis, agosto de 1998.



*Não é o desafio com que nos deparamos que determina quem somos e o que estamos nos tornando,
mas a maneira com que respondemos ao desafio.
Somos combatentes, idealistas, mas plenamente conscientes.
Porque o ter consciência não nos obriga a ter teoria sobre as coisas:
só nos obriga a sermos conscientes.
Problemas para vencer, liberdade para provar.
E, enquanto acreditamos no nosso sonho, nada é por acaso.*

(Henfil)

N.Cham. TCC UFSC ENF 0446
Autor: Maestri, Elaine
Título: Acompanhando a mulher-mãe em seu



972492791 Ac. 241867

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0446
Ex.1



AGRADECIMENTOS

À **Deus**, que com seu poder supremo, nos deu força, sabedoria e tantos outros dons que se fizeram indispensáveis para trilharmos nossa caminhada.

Aos nossos pais, Ermentino e Alcy... **Saudades...** As lembranças são de um tempo que não volta mais e alguma coisa aperta nossos corações...

Às nossas mães, Maria e Zulma, que mesmo distantes, alimentaram nossos ideais. Sabemos que todo o tempo do mundo não seria suficiente para expressarmos todo o **amor** que sentimos por vocês.

As nossas famílias “adotivas”: Tio Chico (saudades), Tia Dilza, Mi, Teco, Edi, Natal, Dinho, Nice e Zica; Padrinho Chiocca, Madrinha Mila, Silvia e Filipe. Aprendemos com vocês o verdadeiro significado da palavra **compartilhar**.

Aos nossos irmãos Kátia, Karla, Andreia e Karin; Jane Mary e Beto, por iluminarem nossos caminhos com afeto e amizade para que prosseguíssemos seguras e cheias de esperança.

Aos nossos amores Jean e Júnior, por corresponderem nossas ausências e distâncias com amor, estímulo e carinho no afago dos seus abraços.... **Amamos vocês**.

À Missouri e Ilca pela lição de saber, pela dedicação e renúncias pessoais, por repartirem suas experiências de vida, nosso **respeito e afeto**.

Aos funcionários do CS II Ribeirão da Ilha, Berna, Dona Pretinha, Léo, Devaldi, Dona Alice e Gean pelo interesse, apoio, entusiasmo, valorização de nosso trabalho e, principalmente, pela maneira como nos acolheram.

As mulheres-mães e à comunidade do Ribeirão da Ilha, pela dignidade, simplicidade, atenção e carinho com que compartilharam conosco seu valioso **saber cultural**.

A Marivone e Dejanira, que desde as primeiras linhas, estiveram constantemente presentes à nossa frente. Este trabalho não seria o mesmo se não fossem vocês.

E àqueles, que acreditaram em nós, ajudando-nos a transpor obstáculos e acima de tudo pela coragem e dedicação, muito obrigada.

RESUMO

Trata-se de um projeto assistencial de enfermagem, desenvolvido no período de 30 de março a 05 de junho de 1998, na comunidade do Ribeirão da Ilha, Florianópolis - SC, com mulheres-mães que vivenciaram o Processo de Maternidade, atendendo a uma exigência acadêmica, no desenvolvimento da disciplina de Prática Assistencial Aplicada, na 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem. Esta proposta assistencial foi implementada junto as mulheres-mães na trajetória entre o **CS ↔ Domicílio ↔ Maternidade ↔ Domicílio ↔ CS**, e foi fundamentada na Teoria das Diversidades e Universalidades do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Assistindo a estas mulheres-mães verificamos que há uma lacuna assistencial a ser preenchida nesta trajetória por elas percorrida no processo de maternidade, que se encontra no período entre a alta da maternidade e seu retorno ao CS, geralmente em torno do 7º dia. Na visita domiciliar, realizada por nós justamente nesse período, encontramos as mulheres-mães com muitas dúvidas e dificuldades que necessitaram intervenções imediatas. Nossa atuação neste momento fez com que elas se sentissem seguras e aptas a cuidarem de si e de seus bebês, além de minimizar e até mesmo solucionar situações, que ao chegarem no CS já estariam classificadas como "problemas". O modelo do processo de enfermagem adotado foi inspirado no Processo de Cuidar de Santos, Saucedo e Stuep (1997) que contempla as seguintes etapas: **Conhecendo a Situação, Refletindo sobre a Situação, Planejando e Fazendo o Cuidado e Avaliando o Cuidado**. O uso deste marco teórico direcionou a assistência de enfermagem no sentido de percebermos as mulheres mães como seres humanos, que no particular momento da vida em que experienciam o processo de maternidade, vivenciam a prática do seu cuidado e do bebê, sob a influência das suas culturas, do seu meio social, político e econômico. Assim, construímos a assistência de enfermagem fundamentada teoricamente, com a participação ativa e determinante de **traços culturais** nossos e de nossas clientes.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. NOSSOS OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
3.1 O PROCESSO DE GERAR.....	16
3.2 O PROCESSO DE GESTAR.....	17
3.2.1 Aspectos Psicológicos.....	17
3.2.2 Aspectos Fisiológicos.....	19
3.2.3 Aspectos Nutricionais.....	22
3.2.4 Sinais de presunção / de confirmação / de certeza.....	23
3.2.5 Aspectos Assistenciais.....	26
3.3 O PROCESSO DE PARIR.....	34
3.4 O PROCESSO DO PUERPERIO.....	36
3.4.1 Involução uterina.....	37
3.4.2 Vulva perineo e vagina.....	38
3.4.3 Ovários.....	38
3.4.4 Loquição.....	39
3.4.5 Sistema cardiovascular.....	39
3.4.6 Sistema sanguíneo.....	40
3.4.7 Sistema respiratório.....	40
3.4.8 Sistema urinário.....	41
3.4.9 Sistema digestivo.....	41
3.4.10 Pele.....	42

3.4.11	<i>Vida sexual</i>	42
3.4.12	<i>Higiene corporal</i>	43
3.4.13	<i>Aspectos psicológicos</i>	43
3.4.14	<i>Aspectos Assistenciais</i>	44
3.5	O RECÉM NASCIDO - CARACTERÍSTICAS, CUIDADOS E CRENÇAS	45
3.6	ALEITAMENTO MATERNO	51
3.6.1	<i>Anatomia da Glândula Mamária</i>	52
3.6.2	<i>Fisiologia da Lactação</i>	55
3.6.3	<i>Composição do Leite Materno</i>	58
3.6.4	<i>Importância e Vantagens</i>	59
3.6.5	<i>Preparo da Mulher-Mãe para o Aleitamento</i>	62
3.6.6	<i>Fatores que Interferem no Aleitamento Materno</i>	71
3.6.7	<i>Lactância Amenorréica como Método - LAM</i>	76
3.7	ASPECTOS CULTURAIS DO PROCESSO DE MATERNIDADE	77
3.7.1	<i>Influências Culturais</i>	77
3.7.2	<i>O cuidado cultural na assistência de enfermagem</i>	79
4.	O REFERENCIAL TEÓRICO	83
4.1	MARCO CONCEITUAL	83
4.2	ALGUNS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E PESSOAIS	84
4.3	CONCEITOS	86
4.4	PROCESSO DE ENFERMAGEM	88
4.4.1	<i>O Processo de Cuidar</i>	89
5.	METODOLOGIA	92
5.1	LOCAL DE ESTÁGIO	92
5.2	POPULAÇÃO ALVO	93
5.3	PLANO DE AÇÃO	93
6.	CRONOGRAMA	97
7.	DESCREVENDO OS RESULTADOS OBTIDOS NOS OBJETIVOS PROPOSTOS	99
7.1	OBJETIVO N.º 1	100
7.1.1	<i>CONHECENDO O RIBEIRÃO DA ILHA</i>	102
7.2	OBJETIVO N.º 2	109
7.3	OBJETIVO N.º 3	109
7.4	OBJETIVO N.º 4	130
7.5	OBJETIVO N.º 5	131

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
9. BIBLIOGRAFIA	138
10. APÊNDICES	141
11. ANEXO	142

1. INTRODUÇÃO

A execução do Projeto Assistencial de Enfermagem foi desenvolvida e implementada durante o estágio curricular obrigatório e será apresentada neste relatório, como parte da proposta de desenvolvimento da disciplina “Enfermagem Assistencial Aplicada” da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

Desenvolvemos o Projeto Assistencial no Centro de Saúde II Ribeirão da Ilha e em sua respectiva comunidade, pertencente ao município de Florianópolis, no período de 30 de março de 1998 a 05 de junho de 1998.

Concordamos com Monticelli (1994, p.3) que *“a relação de ensino-aprendizagem necessita de um salto qualitativo que busque compreender a cultura popular em todos seus meandros para que, ao compreendê-la os profissionais de saúde possam respeitá-la e considerá-la em toda sua plenitude.”* Esta autora revela ainda, que *“a enfermagem intervém no processo de saúde-doença, portanto necessita aprofundar não somente os aspectos clínicos dessa relação, mas também se aproximar mais da cultura das mulheres com as quais ela interage profissionalmente, para ampliar sua visão de mundo e seu papel social.”* (ibidem, p.9)

Neste sentido, quando optamos por trabalhar com mulheres, que trazem consigo um leque de crenças, valores, costumes e tradições, que dão um significado ímpar ao cuidado, consideramos que o caminho seguido na nossa prática assistencial, possibilitou a compreensão e valorização da **cultura** destas mulheres bem como da nossa cultura pessoal e profissional.

A história revela que desde o início dos tempos, todos os fenômenos relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério eram tratados quase que exclusivamente pelas mulheres. Como estes fenômenos fazem parte da vida da maioria das mulheres, grande parte da assistência prestada a elas acontecia através do saber empírico e popular. Mulheres comuns, e ao mesmo tempo especiais, obtinham, e obtém até hoje, a maioria dos conhecimentos acerca do processo de maternidade por meio de suas vivências pessoais, dos meios de comunicação e do que lhes é transmitido através de suas culturas.

Mesmo com a constante evolução dos conhecimentos científicos e com o crescente aumento do número de profissionais ligados a área da saúde, fica evidente a falta de informação e a desvalorização daquilo que chamamos de “conhecimento popular” por parte destes profissionais. Isto contribui significativamente para o decréscimo da qualidade da assistência; cria barreiras no relacionamento entre o cliente e o profissional da saúde e não favorece que práticas de cuidado popular sejam estudadas e difundidas entre as culturas.

Para Leininger apud Santos, Saucedo e Stuepp (1997, p.5), *“desde o surgimento da espécie humana, o cuidado tem sido essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos”*. Sendo assim, consideramos de fundamental importância a implementação de nossa prática assistencial voltada para o cuidado à mulher, que vivencia o processo de maternidade, oportunizando-lhe e experienciando com elas as práticas de cuidado cultural.

Desta forma, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger veio de encontro às nossas expectativas e premissas, nos serviu de base para a construção do marco conceitual, iluminou nossa prática assistencial de enfermagem e serviu de base para a análise desta experiência, neste relatório.



2. NOSSOS OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Prestar cuidado de enfermagem através da implementação da assistência de enfermagem à mulher em seu processo de maternidade na comunidade do Ribeirão da Ilha, utilizando a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar reconhecimento geográfico e cultural da comunidade onde está inserida a mulher-mãe;
- Interagir com a equipe de enfermagem e multidisciplinar do CS II - Ribeirão da Ilha, acerca de nossa proposta assistencial;
- Implementar o **Processo de Cuidar** com base nas universalidades e diversidades culturais do cuidado à mulher no seu processo de maternidade;

- Aprofundar nossos conhecimentos teóricos e práticos relativos ao cuidado à mulher-mãe e também relativos à Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.
- Manter uma postura profissional ética frente às diversidades e universalidades culturais do cuidado, na implementação da assistência de enfermagem.





3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O PROCESSO DE MATERNIDADE.

Para Ziegler e Cranley (1985), a gravidez é um evento especial na vida da mulher, onde ocorrem alterações fisiológicas, emocionais e psicológicas intensas, além das perceptíveis como as da silhueta e aspectos físicos. Essas alterações possuem percepções diferentes por parte da mulher-mãe, que dependem de fatores como: o planejamento da gravidez, seus relacionamentos familiares, o número de filhos que já possui, o seu modo habitual de se ajustar as alterações, etc. As mudanças atingem não só a mulher-mãe, mas também a família e o meio social em geral, uma vez que o novo ser ocasiona mudança de papéis sociais na gestante e àqueles com ela envolvidos.

3.1 O PROCESSO DE GERAR

A gravidez para ser viável, envolve o sistema reprodutor masculino e feminino e seus hormônios.

Para Guyton (1988), os órgãos masculinos são os testículos, epidídimo, os canais deferentes, as vesículas seminais, a próstata e o pênis. A testosterona, hormônio sexual masculino, é secretada pelas células intersticiais de Leydig, do testículo. Esse hormônio é responsável pelo desenvolvimento das características corporais masculinas típicas, entretanto, na fase inicial da gravidez, a testosterona secretada pelo embrião é responsável pela diferenciação dos órgãos sexuais masculinos.

Moore (1993), descreve o ciclo reprodutor da mulher composto por ovários (secretam hormônios como estrógeno e progesterona), Tubas uterinas, vagina e glândulas mamárias, além de atividades do hipotálamo e hipófise cerebral responsáveis pela liberação dos hormônios gonadotróficos (foliculoestimulante e luteinizante). Durante o ciclo menstrual os hormônios gonadotróficos promovem mudanças nos ovários, ao passo que os ovarianos causam mudanças na estrutura e função do endométrio.

Ziegel (1985), relata que os eventos no processo reprodutor feminino são cíclicos e todos interrelacionados integrando o hipotálamo, os hormônios gonadotróficos da hipófise anterior e os hormônios ovarianos, à maturação do óvulo, ovulação e a preparação do endométrio para a fecundação.

Quando o óvulo é fecundado pelo espermatozóide surge a amenorréia e há liberação contínua de progesterona a fim de evitar a expulsão do embrião e manter a fixação endometrial. A liberação contínua de progesterona ocorre devido a ação de um hormônio chamado gonadotrofina coriônica humana (HCG), liberado inicialmente pelo blastocisto e a partir da quinta semana de gestação pela placenta.

3.2 O PROCESSO DE GESTAR

3.2.1 Aspectos Psicológicos X

A gravidez, para a mulher-mãe é uma etapa em sua vida caracterizada não só por alterações fisiológicas, mas também modificações psicológicas, adquirindo uma nova identidade, que influenciará todas as inter-relações em seu meio cultural.

Deutsch et al, apud Ziegel (1985, p.218), relata que durante o processo de maternidade, independente do meio cultural, há tarefas e objetivos comuns a toda mulher-mãe e descreve estas tarefas da seguinte forma:

- *“Aceitação da gravidez como uma simbiose com o feto e, seguida, aceitação da criança como um indivíduo distinto dela própria em preparação para a separação física do parto;*
- *Garantia de aceitação da criança que está gerando;*
- *Procura de uma evolução segura para si e seu filho durante a gravidez, trabalho de parto e parto;*
- *Aceitação do papel de mãe.”*

Maldonado (1985), ressalta que nem todos os aspectos são vivenciados por todas as mulheres, e que a intensidade com que são sentidos é muito variável.

Concordamos com Maldonado, no que se refere as diferentes percepções psicológicas do processo de maternidade, visto que uma vez inserida em uma cultura, a mulher-mãe é alvo de experiências, tradições, tabus e crenças marcantes e muitas vezes consideradas indispensáveis para cada cultura.

Quando sinais e sintomas como amenorréia, náuseas, vômitos e fadiga surgem indicando uma possível gravidez, aparecem os primeiros aspectos psicológicos. Há

necessidade de compartilhar esta dúvida com pessoas íntimas e procurar uma confirmação clínica da gravidez. O sentimento de ambivalência afetiva, entre o querer ou não querer o filho se dá devido as grandes mudanças que o processo de maternidade traz, envolvendo ganhos e perdas. Este questionamento faz com que a mulher-mãe tenha uma maior sensibilidade emocional e as mudanças de humor são constantes, passando da depressão à euforia, chorando e rindo facilmente.

Para Ziegel (1985), ao final do primeiro trimestre quando se completam dezesseis semanas de gestação, a mulher-mãe já extinguiu o sentimento de ambivalência, incorporando a idéia de estar grávida.

O segundo trimestre que vai da décima sexta à vigésima oitava semana é considerado por Maldonado (1985), o mais estável emocionalmente. Este período poderá trazer alívio à mulher-mãe por sentir os movimentos fetais ou ansiedade por não percebê-los num período de dois dias. Neste período a identidade de ser mulher e mãe se intensifica, sendo explícito o interesse em aprender coisas a respeito de gravidez, nascimento e recém-nascidos. A gestante lê livros, conversa com amigas e há uma maior aproximação com sua própria mãe, com o intuito de buscar referências e apoio.

A partir da vigésima oitava semana a mulher-mãe torna-se mais dependente e vulnerável, exigindo mais atenção e delicadeza.

Maldonado (1985), observa que com a aproximação da quadragésima semana há aumento da ansiedade devido as mudanças de rotina após a chegada do recém-nascido e aos temores, medos e dúvidas em relação ao parto (risco de morte, dar à luz a um filho deficiente, se a vagina não voltar ao normal, etc.). As mudanças de rotina trazem à tona novamente sentimentos de ambivalência, como a vontade de ter o filho nos braços logo ou prolongar a gestação.

"Sua conduta no trabalho de parto poderá parecer como uma condensação das emoções e condutas de toda gravidez. É como se fizesse um intenso resumo de todo o processo de evolução da criança, de tal modo que ela está pronta para começar a próxima etapa da maternidade." (Ziegel, 1985 p. 220)

3.2.2 Aspectos Fisiológicos X

Ziegel (1985) atribui as modificações profundas que ocorrem no corpo da mulher-mãe à carga fisiológica aumentada desde a primeira semana de gestação.

Guyton (1988), explica que as alterações fisiológicas ocorrem devido a modificações acessórias em seus órgãos reprodutivos e em suas mamas para assegurar o desenvolvimento do feto e a nutrição da criança após o nascimento; todas as suas funções metabólicas ficam aumentadas para suprir nutrição uma suficiente para o feto em crescimento e a grande produção de determinados hormônios pela placenta, durante a gravidez, produzindo então certos “efeitos colaterais”.

Estas modificações são relatadas como **locais e sistêmicas**.

3.2.2.1 Modificações locais.

As alterações locais referem-se àquelas mudanças dos órgãos reprodutores que ocorrem durante o processo de maternidade. Envolvem basicamente útero, cérvix, vagina, períneo e vulva.

Com o crescimento do feto há estiramento e hipertrofia dos ligamentos uterinos, fazendo com que haja um acentuado e gradativo aumento de tamanho do útero. Este ocupa cada vez mais espaço no abdome, empurra o intestino e outros órgãos para cima e para os lados. As contrações surgem e aumentam à medida que a gravidez avança.

Na cérvix há aumento da vascularização e edema, tornando-a mais macia, elástica, com coloração azulada e secreções aumentadas. O canal cervical permanece tamponado com muco (que funciona como uma barreira frente a agentes patógenos) que é expelido no início do trabalho de parto.

O tecido conjuntivo da vagina, vulva e períneo torna-se mais frouxo, preparando a musculatura para a distensão que deverá sofrer durante o parto. A vascularização aumenta

fazendo com que haja mudança na coloração, antes rósea agora vermelho-vinho, e aparecimento de varizes vulvárias. Há aumento das secreções ácidas que agem como barreira protetora de bactérias patogênicas.

3.2.2.2 Modificações sistêmicas.

Essas mudanças, apesar de trazerem algumas manifestações por vezes desagradáveis à mulher-mãe, devem ser consideradas como completamente normais durante a gravidez.

No sistema cardiovascular constata-se um aumento variável de meio litro no volume sanguíneo. A pressão arterial sofre queda no segundo trimestre, retornando aos níveis pré-gravídicos no terceiro trimestre. Pode haver hipotensão, lipotímia ortostática, edema de membros inferiores, varicosidades e hemorróidas devido o aumento da pressão venosa. Há aumento do volume globular diminuindo as concentrações do hematócrito e de hemoglobina causando anemia fisiológica da gestação. O volume de hemácias e leucócitos fica elevado normalizando-se até o sexto dia pós-parto.

Há um aumento do fluxo sanguíneo especialmente nas mãos e nos pés com o propósito de eliminar o calor do corpo, dissipando o calor gerado pelo feto e pelo metabolismo ampliado. O maior fluxo sanguíneo é provocado pela vasodilatação periférica e também por um certo acréscimo no número de capilares, por isso, desenvolvem-se aranhas vasculares e o eritema palmar. Há aumento da pigmentação da linha alva do (ou alba do abdome linha nigra), da vulva, das aréolas mamárias e da face (cloasma). É habitual o aparecimento de estrias, maior perspiração e oleosidade da pele e couro cabeludo.

Com o aumento do fluxo plasmático renal, o índice de filtração glomerular também aumenta, conseqüentemente, a excreção de água e sódio se eleva principalmente durante à noite. Uma retenção maior de sódio está presente na gravidez para suprir as necessidades especiais do feto e as dos líquidos extracelulares aumentados da mãe, mantendo-se assim a isotonicidade. Poderá ocorrer a glicosúria. Geralmente a partir da trigésima semana uma

quantidade anormal de líquido é retida, caracterizando o edema de membros inferiores ou também na face e nas mãos.

Com a expansão do útero, o diafragma eleva-se e o tórax alarga-se tornando a respiração mais diafragmática e taquipnéica. A deficiência respiratória é uma queixa comum na mulher-mãe que apresenta dispnéia como um esforço consciente para respirar.

O aumento de peso total na gravidez é em média de 9 a 12,5 Kg. O aumento de peso de apenas 1 Kg por mês não é considerado adequado, e o aumento de 3 Kg por mês pode ser excessivo.

Segundo Ziegel (1985), o ganho de peso se dá devido o peso do feto, da placenta, do líquido amniótico, do crescimento dos músculos uterinos, do tecido glandular mamário, maior volume de sangue materno e o aumento do líquido extra-celular.

As glândulas endócrinas aumentam a produção de alguns hormônios (progesterona, cortisol, aldosterona, etc.) necessários para acompanhar alterações físicas ou fisiológicas que estão ocorrendo com a mulher-mãe; outros liberados apenas durante o processo de maternidade como a gonadotrofina coriônica humana, somatotropina coriônica humana e lactogênio placentário humano são responsáveis pela manutenção da gravidez. Ocorre hipertrofia da tireóide no quinto ou sexto mês resultando em um engrossamento do pescoço.

O feto só utiliza glicose e aminoácidos da mulher-mãe para o seu crescimento. Como os ácidos graxos livres não atravessam a placenta, os períodos de jejum materno alteram o metabolismo da mulher pois o feto continua a extrair as mesmas taxas de glicose e aminoácidos, isto traz a hipoglicemia ao passo que para contrabalançar este quadro as células beta do pâncreas aumentam a produção de insulina, causando as vezes a hiperglicemia. A concentração de ácidos graxos cresce no plasma devido às necessidades de conservação de glicose para o feto e para o próprio sistema nervoso materno.

Os transtornos do sistema digestivo representam modificações marcantes e constantemente presentes no dia-a-dia. Náuseas e vômitos surgem principalmente no primeiro trimestre. As gengivas estão comumente edemaciadas, hiperêmicas e sangram com facilidade. O relaxamento do tônus muscular de todo o tubo gastrointestinal faz com que o alimento

permaneça no estômago por mais tempo que o habitual aumentando a regurgitação e provocando pirose (azia). A constipação intestinal se deve ao relaxamento do tônus intestinal e diminuição do tônus dos músculos abdominais. Conseqüentemente surgem as hemorróidas.

As mamas aumentam consideravelmente de tamanho, os mamilos apresentam-se salientes e eréteis, e aréolas tornam-se maiores e mais escuras. As glândulas sebáceas crescem evidenciando os Tubérculos de Montgomery. A vascularização aumenta gradativamente sendo representada na rede de Haller.

O sistema músculo-esquelético apresenta cartilagens e articulações pélvicas mais móveis. Com o intuito de manter o equilíbrio, a mulher-mãe empina o ventre surgindo a lordose da coluna lombar. A marcha anserina é devido a base de sustentação alargada e maiores ângulos que formam os pés com a linha mediana.

Todas estas modificações representam alterações importantes para o desenvolvimento fetal adequado. Em geral, pode-se dizer que as respostas na mulher-mãe trabalham para facilitar o crescimento e o desenvolvimento do feto e resguardar o bem-estar materno através de cuidados culturalmente aceitos por ela.

3.2.3 Aspectos Nutricionais

Neste período há necessidade de maiores quantidades de todos os nutrientes. Para a mulher-mãe que começa a gestação em um estado de boa nutrição e está acostumada com uma dieta bem equilibrada, a mudança não será grande. Todavia, se seus hábitos forem deficientes, todo o esforço deverá ser feito para repadronizar estes cuidados. Hábitos alimentares freqüentemente são de longa duração e difíceis de serem mudados, porém, a mulher-mãe em geral está altamente motivada a melhorar sua dieta para proporcionar as melhores oportunidades de crescimento e desenvolvimento ao filho.

Uma dieta ideal, consiste na ingestão diária de leite e/ou derivados, carne, vegetais, frutas, cereais e água. Para as mulheres que não gostam de leite pode-se sugerir a utilização deste nos alimentos ou misturado a cereais ou iogurte. Os pães e cereais devem ser feitos com

farinha enriquecida ou integral para acrescentar vitaminas, fibras e minerais. Os vegetais devem ser verde-escuros com folhas ou amarelos, para complementar o suporte de ferro. Isso aumentará a quantidade de vitaminas A ingerida. As frutas cítricas aumentarão o conteúdo de vitamina C da dieta.

Uma nutrição adequada possui um impacto positivo importante nos resultados da gravidez, especialmente o peso do recém-nascido, morbidade e mortalidade neonatal e a recuperação da puérpera, entretanto, ao orientar a mulher-mãe sobre a nutrição consideram-se seus hábitos, suas preferências e sua situação econômica.

3.2.4 Sinais de presunção / de confirmação / de certeza X

O processo de maternidade vivenciado por várias mulheres do meio cultural e social, mostra que a gravidez é um processo biologicamente normal, o que se constitui como uma etapa na vida da mulher. No entanto, a confirmação da gravidez se faz de forma diferente em cada mulher, sendo que esta vivenciará dependente de variáveis únicas em cada gestação.

Tradicionalmente autores como Ziegel (1985) e Rezende (1995) classificam os sinais e sintomas da gravidez em: **sinais de presunção, de confirmação e de certeza.**

Os **Sinais de Presunção** são em grande parte subjetivos e observados pela própria mulher e que podem ser experimentados em períodos variados. Não necessariamente indicam gravidez, porém se dois ou mais ocorrerem concomitantemente, provavelmente se confirmam as suspeitas de gravidez. São eles: amenorréia, náuseas, vômitos, alterações nas mamas, polaciúria, aspecto púrpura ou azul escuro da mucosa vulvar e vaginal e fadiga.

Os **Sinais de Confirmação** são os que indicam provável gravidez quando associados a dois ou mais sinais de presunção. Geralmente são descobertos no exame clínico, sendo eles: aumento do abdome, alterações uterinas, palpação de contornos fetais e testes de gravidez positivos.

Apenas a palpação do contorno não dá certeza, uma vez que um tumor poderia simular a cabeça ou outras partes fetais. Os testes de gravidez são baseados na presença de gonadotrofina coriônica humana (HCG), que aparece na urina ou no sangue de 8 a 12 dias após a fecundação, dependendo do exame, entretanto, o teste de gravidez é fortemente positivo em condições anormais como *mola hidatiforme* e *carcinoma*.

Os **Sinais de Certeza** são dados pela presença do concepto como ausculta e contagem dos batimentos cardíofetais, percepção de movimentos fetais ativos e visualização fetal por ultra-sonografia.

Após confirmada a gestação faz-se necessário o cálculo da **Idade Gestacional (IG)** e **Data Provável do Parto (DPP)**.

Como na maioria das vezes não se conhece a data da ovulação e nem da fecundação, os cálculos baseiam-se na data da última menstruação (DUM). A identificação correta da idade gestacional é fundamental e deve ser feita o mais precocemente possível.

Segundo a Regra de Naegele (Rezende, 1995) deve-se somar 7 dias ao 1º dia da última menstruação e subtrair 3 meses para o cálculo do dia da DPP, e somar 1 para o ano.

Um dos métodos utilizados para o cálculo da idade gestacional é a mensuração da altura do fundo uterino. A regra diz que a distância em centímetros da borda superior da sínfise púbica ao topo do fundo quando medida com uma fita métrica comum é aproximadamente a mesma que o número de semanas de gravidez.

A DPP é em média 280 dias após o primeiro dia da última menstruação. Isso corresponde a 40 semanas de 7 dias podendo-se utilizar este método para cálculo de idade gestacional e data provável do parto. No entanto existe grande variação dentro da normalidade, sendo qualificadas gestações a termo aquelas compreendidas entre 37 semanas completas a menos de 40 semanas completas (259 a 280 dias). Os bebês que nascem antes deste período são considerados pré termo e os que nascem depois, pós termo.

Testes de gravidez e a época em que os movimentos fetais e ruídos cardíacos são sentidos e auscultados pela primeira vez servem também para a estimativa da idade

gestacional e por conseqüente da DPP. Os movimentos fetais são perceptíveis com aproximadamente 18 semanas de gestação e a ausculta a partir de 12 semanas pelo Sonar-Doppler.

O exame ultrassonográfico permite estimar, com precisão a idade gestacional. No primeiro trimestre, através do diâmetro médio do saco gestacional e do comprimento cabeça-nádega do embrião. No segundo trimestre, através da medida biparietal e/ou a do comprimento do fêmur.

Certos termos são usados para designar a experiência anterior e atual da mulher-mãe durante seu processo de maternidade:

- **Pré-natal:** período anterior ao nascimento.
- **Grávida:** refere-se a gravidez independente da duração.
- **Para (P):** é o número de gestações passadas que atingiram o período de viabilidade fetal.
- **Gesta (G):** é o número de gestações que a mulher-mãe já teve sem considerar os resultados. Inclui a gestação atual.
- **Primigesta ou Primigrávida:** é a mulher-mãe grávida pela primeira vez.
- **Multigesta ou Multigrávida:** é a mulher que já vivenciou antes o processo de maternidade por uma ou mais vezes.
- **Nuligesta:** Mulher-mãe que nunca engravidou.
- **Primípara (para I):** mulher-mãe que deu a luz a uma criança viável.
- **Multípara (para II, para III, etc.):** Mulher-mãe que já deu a luz a dois ou mais filhos, ou está em trabalho de parto pela segunda vez.
- **Nulípara:** mulher-mãe que nunca deu a luz a um feto viável.
- **Parturiente:** é a mulher-mãe em trabalho de parto.

- **Viabilidade:** é a capacidade do feto viver fora do útero (a partir de 28 semanas de gestação)

A numeração utilizada sempre será em **números romanos**.

3.2.5 Aspectos Assistenciais

Maldonado (1988) considera a gestação juntamente com a adolescência e o climatério, como um período de transição crítico, mas que faz parte de processo normal de desenvolvimento; relata que para cuidar da mulher-mãe no processo de maternidade, é necessário muito esforço e criatividade.

Lemos (1994) cita a grande preocupação dos profissionais durante o pré-natal, para as intercorrências obstétricas, ofuscando muitas vezes aspectos psicossociais e somáticos que envolvem a mulher-mãe em sua totalidade nesta fase da vida. Desta forma o pré-natal ainda apresenta deficiências para proporcionar o cuidado à gestante como um todo integrado.

Segundo Taylor apud Freitas et al (1993), o atendimento pré-natal teve início quando enfermeiras da Associação de Enfermagem de Boston, realizaram visitas à gestantes. Devido ao grande sucesso obtido por estas profissionais, os médicos decidiram adotar este princípio de acompanhamento à mulher-mãe durante a gestação.

Cunningham apud Freitas et al (1993) sugere que o cuidado pré-natal consista de e consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais até a 36ª semana e semanais até a 42ª semana.

O Programa Capital Criança implantado no município de Florianópolis, Santa Catarina, em abril de 1997, preconiza que sejam realizadas na rede básica de saúde, o mínimo de 1 consulta mensal até a 38ª semana e a partir daí, uma consulta quinzenal ou semanal, até iniciar o trabalho de parto, quando será então encaminhada para atendimento especializado nas maternidades do município. Essas consultas são realizadas pela enfermeira, clínico geral ou gineco-obstetra no pré-natal de baixo risco, e somente pelo gineco-obstetra quando for gravidez de alto risco.

O período pré-natal envolve mudanças psicológicas complexas e ajustamentos emocionais para a mulher-mãe. Estas mudanças não somente envolvem a gestante como também sua família e os indivíduos significativos para ela em sua cultura. Qualquer que seja o resultado desta gravidez será de suma importância para todos os envolvidos. Os cuidados de saúde neste período incluem a avaliação de saúde física e mental da mulher-mãe e avaliação do desenvolvimento e saúde do feto.

O cuidado pré-natal tem como principal objetivo reduzir a perimortalidade e morbidade, ao mesmo tempo em que se reflete sobre as necessidades de cuidado sociais, psicológicas e clínicas da mulher-mãe.

3.2.5.1 A primeira consulta

A metodologia adotada para a realização das consultas de pré-natal está de acordo com a proposta do Programa Capital Criança, sendo a esta inserida nossa própria metodologia assistencial.

A primeira consulta inicia-se pela anamnese que abrange se a gravidez foi planejada, história patológica pregressa, história familiar, história gineco-obstétrica, alergia a medicamentos e hábitos como etilismo, tabagismo entre outros.

A anamnese é talvez mais importante método de coleta de dados. Uma história cuidadosamente colhida proporcionará não somente fatos e objetivos, mas também a informação valiosa sobre as crenças e sentimentos da mulher e sobre as formas em que ela prefere ser cuidada.

Ao indagar se a atual gestação foi ou não planejada, obtém-se informações sobre as práticas contraceptivas. Isso será útil na tomada de decisões nessa área durante o puerpério.

A história patológica pregressa e familiar não deve se limitar a um histórico de doenças passadas da mulher-mãe. Deve se estender a investigações como doenças

hereditárias ou crônico-degenerativas na família, informações sobre medicamentos usados e a experiência anterior com a dor e a hospitalização.

A história gineco-obstétrica volta-se principalmente para as intercorrências que poderiam se repetir na próxima gestação, atentando para os medos e mitos que porventura possam ter ficado de uma antiga gravidez.

O exame físico deverá ser completo tendo-se em mente que a adaptação fisiológica da gravidez pode mimetizar uma série de patologias. Deve-se determinar o peso, a altura e o estado nutricional da mulher-mãe. Verificar seus sinais vitais: pressão arterial (nunca em decúbito dorsal após o segundo trimestre), frequência cardíaca e respiratória e temperatura. É importante a palpação da tireóide, a ausculta cardiopulmonar, o exame de membros inferiores e a verificação da presença de edema.

Calcula-se a percentagem de peso em relação ao peso ideal para a altura, usando o normograma da seguinte maneira: marca-se o número correspondente à altura na primeira coluna, passando pelo número equivalente ao peso encontrado na segunda coluna, até chegar ao percentual do peso correspondente na terceira coluna. Finalmente, marca-se no gráfico o ponto correspondente ao percentual encontrado e à idade gestacional. A posição desse ponto no gráfico indica o estado nutricional da gestante. Nas consultas subsequentes, ligam-se os pontos marcados. A inclinação da linha mostra a adequação (subida) ou não (descida) do ganho ponderal durante a gravidez.

Melhor que o simples controle do ganho ponderal é a avaliação do estado nutricional da gestante através do normograma, que visa identificar as gestantes com déficit nutricional ou sobrepeso no início da gestação; detectar gestantes com ganho de peso pequeno ou excessivo para a idade gestacional, em função do estado nutricional prévio; e orientar condutas adequadas e encaminhamentos visando melhorar o estado nutricional materno.

À inspeção das mamas mostra-as aumentadas de volume, em consequência da hipertrofia e das modificações que gradativamente vão ocorrendo para prepará-las à amamentação. Observa-se também a presença dos Tubérculos de Montgomery, da Rede de

Haller, da aréola secundária, aumento da pigmentação e a secreção de colostro pode aparecer por volta do 5º mês de gravidez.

Na parte gineco-obstétrica, examina-se abdome (altura uterina, circunferência e palpação dos contornos fetais), BCF, palpação de gânglios inguinais, inspeção dos genitais externos, exame especular com inspeção da secreção vaginal e coleta de material para exame citopatológico (caso não tenha realizado nos últimos 6 meses).

A altura uterina é estimada tendo-se o cuidado de reconhecer a resistência óssea da borda superior da sínfise púbica e delimitar, sem comprimir o fundo do útero com a borda cubital da mão. A fita métrica mede o arco uterino, o que permite, além de calcular a idade gestacional, acompanhar o crescimento fetal, suspeitar de gemelaridade e o excesso de líquido amniótico. A circunferência abdominal é avaliada ao nível da cicatriz umbilical.

Outro aspecto importante a ser avaliado no exame obstétrico são as relações útero fetais. Neste sentido, consideramos **Atitude** a relação entre as diversas partes do feto com ele mesmo. Sua atitude é: flexão da coluna vertebral para diante; flexão da cabeça e coxa rebatida no abdome. O feto tem a configuração de um ovóide e esta atitude é genética e característica da espécie. No final da gestação a coluna fica mais ereta e os braços se abraçam.

A **Situação** é a relação entre o maior eixo uterino e o maior eixo fetal. Pode ser: **longitudinal** (o sentido do crescimento uterino é o mesmo que o do feto), **transverso** (maior eixo fetal e o eixo do útero formam um ângulo de 90°) e **oblíqua** (transição)

A parte da região fetal que se encontra no estreito superior da bacia e ali vai se insinuar designa a **Apresentação** do feto, que poderá ser: **cefálica, pélvica e córmica**.

A **Posição** é a relação do dorso do feto com relação ao lado da mãe, que poderá ser **esquerda ou direita**

No seu transcurso através do canal pélvico, impulsionado pela contractilidade uterina e pela contração da parede abdominal, o feto é compelido a executar um certo número de movimentos passivos que procuram adaptá-lo às diferentes formas do canal. Com eles os diâmetros fetais se reduzem e se acomodam aos pélvicos.

Os tempos de mecanismo não são independentes uns dos outros, mas solidários, antes de terminar um já começa o seguinte, fundindo-se todos em um movimento harmônico de espira que propulsa e faz rodar a cabeça fetal. São eles:

1º Encaixamento ou insinuação;

2º Descida;

3º Rotação Interna da Cabeça;

4º Desprendimento da Cabeça;

5º Rotação Externa da Cabeça simultânea com a rotação interna das espáduas;

Desprendimento das Espáduas.

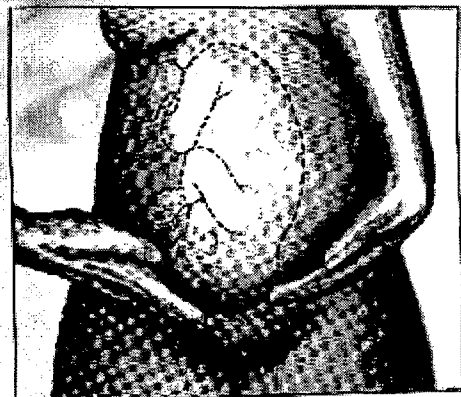
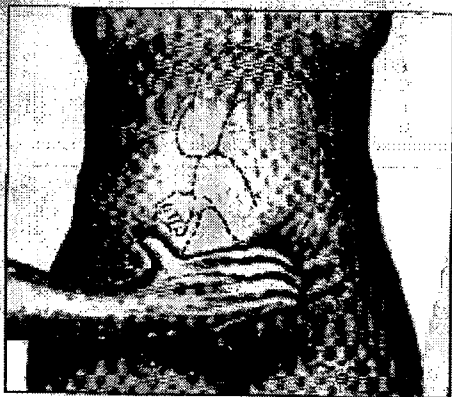
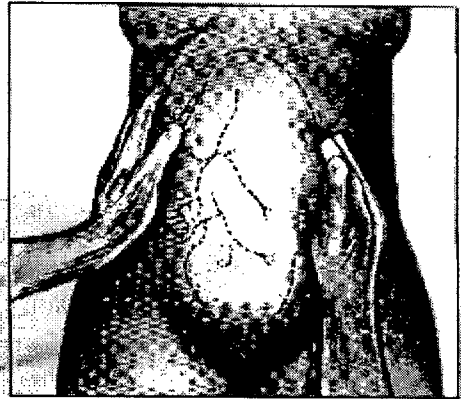
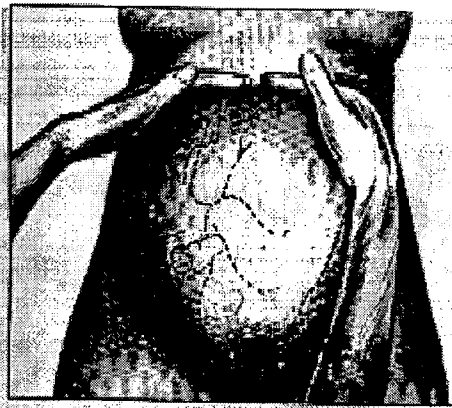
O método palpatório do abdome visa o reconhecimento do feto nele contido, sua apresentação e posição. Sistematizamos a técnica de Leopold Zweifel considerando os 4 tempos:

1º Tempo: Delimitação do fundo do útero. Com ambas as mãos deprime-se a parede abdominal reconhecendo a parte fetal que a ocupa.

2º Tempo: Exploração do dorso. Identificam-se as pequenas partes ou membros e o dorso fetal, de um ou outro lado do útero.

3º Tempo: Exploração da mobilidade cefálica (Leopold ou Pawlick). Apreende-se o pólo cefálico entre os dedos polegar e médio imprimindo-lhe movimentos de lateralidade que indicam o grau de penetração da apresentação na bacia.

4º Tempo: Exploração da escava. Investiga-se a apresentação fetal. É considerada apresentação cefálica quando a escava está completa de forma lisa, consistente e irreductível, e pélvica com a escava incompleta de forma amolecida, irregular, deixando-se reduzir. Quando a apresentação for córmica a escava está vazia.



Manobras de Leopold - (Ziegel - 1986)

Os batimentos fetais possuem frequência que oscila entre 120 e 160 bpm. Pela apresentação pode-se diagnosticar o local de ausculta e vice-versa. Na apresentação cefálica o foco se encontra nos quadrantes inferiores do abdome, na apresentação pélvica o foco estará nos quadrantes superiores e na cônica a ausculta será na linha média.

As genitálias externas sofrem influência hormonal e mecânica, mostrando-se hiperpigmentadas (de rosada torna-se cianosada, violácea e até azulada) e tumefeitas. Essas alterações são percebidas muito precocemente no vestibulo e nas proximidades do meato urinário e se intensificam à medida em que progride a gestação.

São solicitados os seguintes exames laboratoriais: hemograma completo, parasitológico de fezes, tipagem sanguínea, fator Rh, VDRL (repetir no segundo trimestre), rubéola, AgHBs, colpocitologia oncótica, ultra-sonografia obstétrica em torno da 20ª semana, glicemia de jejum se a paciente for obesa ou do grupo de risco para diabetes, teste de tolerância à glicose entre a 24ª e 28ª semana e Coombs indireto. O Coombs é solicitado

quando a mulher-mãe é Rh negativo e o parceiro Rh positivo, ou se o fator Rh for desconhecido; deverá ser repetido mensalmente a partir da 24ª semana e se o resultado positivizar, encaminhá-la para o atendimento pré-natal de alto-risco.

Os resultados dos exames laboratoriais, tanto na primeira consulta como nas subsequentes devem ser anotados na ficha pré-natal (Cartão da Gestante – anexo I) com a data da realização dos mesmos.

A mulher-mãe é orientada quanto a hábitos de vida, dieta, higiene e vestuário, cuidados com o corpo, atividade sexual, exercícios físicos e respiratórios, hábitos de fumo e álcool, importância do aleitamento materno, sinais de risco (sangramento vaginal, contrações e perda de líquido amniótico) e vacinação anti-tetânica.

O esquema da vacina anti-tetânica depende da situação da mulher-mãe. Se nunca foi vacinada recebe três doses a partir da 20ª semana com intervalo de 60 dias entre a 1ª e 2ª doses e 180 dias entre a 2ª e 3ª doses. Caso esteja com a vacinação incompleta, completar as três doses a partir do 5º mês. Se o esquema foi completo com a última dose há mais de 5 anos aplica-se uma dose de reforço e quando o esquema se completou em menos de 5 anos considera-se a mulher-mãe imunizada. Para o tétano neonatal são necessárias 2 doses antes do parto, sendo que a segunda dose deve ser feita até 20 dias antes do parto.

3.2.5.2 Consultas subsequentes

Nas consultas subsequentes, a atenção dirige-se especialmente à parte obstétrica, devendo-se ficar atento para o surgimento de fatores de risco. Atualiza-se a anamnese, calcula-se a idade gestacional e repete-se o exame físico. É obrigatória a determinação do peso e estado nutricional, verificação da pressão arterial e medida da altura uterina, a ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF), a pesquisa de edema e a palpação das mamas. A anamnese está dirigida para a evolução do processo de maternidade, levantando e discutindo com a mulher-mãe os sinais e sintomas de cada fase do processo de gestar, observando seu estado emocional

frente a gravidez e ao parto. Deve-se estimular a mulher-mãe para participar ativamente do seu processo de maternidade identificando suas práticas de cuidado cultural.

São dadas orientações quanto a hábitos de sono, práticas sexuais, funcionamento intestinal e urinário, alimentação, trabalho, repouso, lazer, exercícios físicos, preparo das mamas para o aleitamento e sinais de alerta (sangramento, contrações uterinas, perda de líquido amniótico, cefaléia súbita e persistente com distúrbios visuais e parada dos movimentos fetais).

Nas últimas consultas, as orientações estão voltadas principalmente para os sinais e sintomas do trabalho de parto, o parto, analgesia, anestesia e episiotomia, estadia hospitalar e alojamento conjunto, aleitamento materno, cuidados com o bebê e retorno para a consulta puerperal.

3.2.5.3 Visita Domiciliar

O primeiro contato com a mulher-mãe no Centro de Saúde, gera uma necessidade de conhecê-la melhor em seu domicílio. A abordagem da mulher-mãe em seu domicílio permite conhecer melhor sua família, condições ambientais e principalmente suas práticas de cuidado para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A visita domiciliar, como método de trabalho apresenta muitas vantagens:

- proporciona o conhecimento da mulher-mãe dentro de seu contexto, caracterizado pelas condições de vida e pelas relações afetivo-sociais entre os vários membros da família, que são alguns dos mais importantes fatores a serem identificados para a prestação de cuidado integral à saúde;
- facilita a adaptação do planejamento do cuidado de enfermagem de acordo com os conhecimentos, práticas culturais e recursos que a família dispõe;

- proporciona melhor relacionamento da enfermeira com a mulher-mãe, por ser um método sigiloso e menos formal em relação aos utilizados nas atividades internas dos serviços de saúde;
- proporciona maior liberdade para a mulher-mãe expor seus problemas, porque o tempo dedicado à ela é bem maior do que o das atividades internas dos serviços de saúde.

Em linhas gerais, os principais objetivos da visita domiciliar, como método de trabalho da enfermagem são:

- conhecer e avaliar as práticas de cuidado adotadas pela mulher-mãe, bem como identificar as influências do meio cultural em que está inserida;
- prestação de cuidados no domicílio, bem como adequação destes cuidados ao meio cultural em que a mulher-mãe está inserida;
- coleta de informações sobre as condições sociais, econômicas, sanitárias e culturais da mulher-mãe e sua família, por meio de entrevista e observação.

3.3 O PROCESSO DE PARIR

“O trabalho de parto como um processo fisiológico pelo qual o útero grávido expulsa os produtos da concepção após a 20ª semana de gestação. Caracteriza-se por contrações uterinas regulares de intensidade e frequência crescente e, sob o ponto de vista motor, eficazes para produzir apagamento e dilatação da cérvix uterina.” (Sklovsky et al apud Freitas et al. 1993, p.23)

Os fatores mecânicos relacionados com o processo de nascimento segundo Zampieri (1996) são constantemente referidos como **motor, objeto e trajeto**.

O **motor** que conduz o feto através do canal do parto é alimentado por contrações da musculatura uterina abdominal. O **objeto** é o feto. O **trajeto** é a pelve materna pela qual o feto se movimenta durante o parto.

O trajeto duro é representado pela pelve materna que é formada pela bacia (canal ósseo constituído de 2 ossos ilíacos, o sacro e o cóccix com as respectivas articulações - sínfise púbica, sacro ilíacas e sacrococcígeas).

O trajeto mole ou bacia mole é formado pelos diafragmas pélvico e urogenital. O diafragma pélvico é formado pelo levantador do ânus e músculo isquiococcígeo. Na linha mediana temos uma fenda onde passa a uretra, vagina e reto. O diafragma urogenital é formado pelo septo músculo fibroso, constituído do transverso profundo e músculo esfinteriano. No septo ainda temos os músculos bulbocavernoso, bulboesponjoso e transverso superficial. Com a dilatação do colo, da vagina e períneo forma-se o canal do parto.

Algumas manifestações precedem o início do trabalho de parto sendo conhecidas como **Sinais e Sintomas Prodrômicos do Trabalho de Parto**.

Segundo Rezende (1995), é fato comprovado que o diagnóstico do real início do trabalho de parto nem sempre será estabelecido facilmente. Há de se considerar como "síndrome", pois isoladamente, os elementos que o compõe não tem valor absoluto.

Sklovsky et al apud Freitas et al (1993) aponta critérios para diferenciar o trabalho de parto verdadeiro e o falso trabalho de parto.

	VERDADEIRO	FALSO
Contrações	Regulares	Irregulares
Intervalos	Gradativamente decrescentes	Sem diminuição
Duração	Aumento gradativo	Sem alterações
Intensidade	Aumento gradativo	Sem alterações
Alterações Cervicais	Dilatação e apagamento progressivo	Sem alterações
Descida da apresentação	Progressiva - a parte apresentada permanece fixa entre as contrações	Sem alterações - a parte apresentada pode retroceder entre as contrações
Efeitos da sedação	As contrações não se interrompem	As contrações se interrompem
Localização da dor	Costas e abdome	Apenas no abdome

Havendo dúvidas em relação ao diagnóstico, a mulher-mãe deve ser reavaliada após duas horas; o verdadeiro trabalho de parto provocará alterações cervicais diagnosticadas pelo toque.

O processo de parir costuma ser dividido em 4 períodos:

Dilatação, expulsão, dequitação e período de Greenberg.

O primeiro período(dilatação) abrange o intervalo de tempo desde o início das contrações uterinas regulares, com modificações plásticas do colo, até a completa dilatação deste. Ele é subdividido em duas fases: *fase latente* caracterizada pela lenta dilatação do colo até os 3 cm (em primigestas, ocorre primeiro o apagamento, seguindo-se a dilatação, enquanto que, nas múltipara, os dois processo são simultâneos); *fase ativa* ou período de dilatação rápida composto pelas fases de aceleração, linear de inclinação máxima e fase de desaceleração.

O segundo período (expulsão) começa com a dilatação completa da cérvix e termina com o desprendimento do feto.

O terceiro período (dequitação) inicia após o desprendimento do feto e vai até a expulsão da placenta.

O quarto período (Greenberg) é o intervalo de tempo da primeira hora após a expulsão da placenta.

3.4 O PROCESSO DO PUERPERIO

O puerpério é o período que segue o término da gestação até 6 ou 8 semanas após o parto. Nele se desenrolam todas as manifestações fisiológicas para a involução da gravidez.

Para Ziegel (1985) essa é uma fase do processo de maternidade dinâmica e de desafio para a mulher-mãe e sua família: Mudanças fisiológicas marcantes ocorrem muito

rapidamente no seu corpo. Após as experiências do processo de gestar e parir, há uma reavaliação sobre o processo de cuidar com os outros filhos e com toda a família. É um tempo feliz, divertido e de intimidade; por outro lado é também um tempo de perda de sono, frustração e irritabilidade.

Montgomery (1993) trata o apoio emocional prestado a mulher-mãe no puerpério como um cuidado. Este cuidado é vital para que ela possa cuidar de si mesma, falar de seus sentimentos, dúvidas, dificuldades, constrangimentos, compreender, conquistar maior tranquilidade e bem estar, o que repercute visivelmente no bebê.

Rezende (1995), classifica o puerpério em **imediate** (do 1º ao 10º dia), **tardio** (do 11º ao 45º) e **remoto** (a partir do 46º dia).

No puerpério ocorre rapidamente a involução das mudanças que se processaram de forma lenta durante o processo de gestar. É um período de grandes transformações tanto orgânicas como emocionais.

3.4.1 Involução uterina

O útero no final da gestação atinge um volume interno de 5 litros e quase 2 quilos de peso. No puerpério imediate, involui de forma rápida às custas de poderosas contrações e, principalmente, pela diminuição do volume das células uterinas. Nas primeiras 12 horas de pós-parto, as contrações são fortes, regulares e coordenadas; à medida que as horas passam, estas contrações diminuem de força e de intensidade. No primeiro dia, o fundo uterino está na altura da cicatriz umbilical; ao final da 1ª semana, está a meio caminho da sínfise púbica ao umbigo e, no final do 1º mês, já não é mais palpável pelo abdome. Com 3 meses de puerpério, o útero está menor do que era ao iniciar a gestação. A involução uterina ocorre devido a um processo de autólise do constituinte protéico uterino, que é absorvido e eliminado pela urina. Está comprovada a relação entre o funcionamento das mamas e do útero durante o puerpério. A involução de um modo geral progride com maior rapidez em mulheres-mães que amamentam seus filhos.

O colo uterino, que permitiu a passagem do feto, fecha-se lentamente. Até uma semana, permite a passagem de um dedo, após, só permite a passagem de instrumentos. No entanto jamais retornará à situação pré-parto, pois o orifício externo passa de uma abertura redonda e regular a uma fenda ligeiramente irregular e transversa.

3.4.2 Vulva períneo e vagina

Esses órgãos, que se dilataram até a passagem do feto, podem apresentar pequenas lacerações, equimoses e às vezes edema. A cicatrização se processa rapidamente devido a grande vascularização. À medida que os dias passam, a espessura da mucosa vaginal e vulvar torna-se mais delgada, pois falta estímulo hormonal. Estas mucosas tomam a cor avermelhada semelhante a cor na pós-menopausa. O edema é rapidamente absorvido. As lacerações perineais cicatrizam e os restolhos do hímen tomam a forma de nódulos fibrosos que recebem o nome de *carúnculas mirtiformes*. Podem permanecer botões hemorroidários e sobras do tecido perineal.

3.4.3 Ovários

As gônadas femininas, que permaneceram latentes durante quase toda a gestação, retomam gradativamente sua função endócrina por ação das gonadotrofinas hipofisárias. Na mulher-mãe que não amamenta, os ovários podem iniciar a produção hormonal em 30 dias, e a primeira menstruação em 45 dias de pós parto. As mulheres-mães que amamentam seus filhos apresentam um adiamento do retorno da menstruação, uma alta incidência de ciclos anovulatórios e uma baixa taxa de fertilidade.

3.4.4 Loquiação

O sangramento puerperal conhecido como **lóquios** representa a eliminação dos produtos do trato reprodutivo que se hipertrofiaram e se hiperplasiaram durante a gestação por ação dos hormônios placentários e que, agora, subitamente, perderam este suporte hormonal. Consistem em secreções uterinas e vaginais, sangue e revestimento uterino que são expelidos no puerpério.

Segundo Ziegel (1985), nos primeiros dias a secreção é de cor vermelho vivo, chamada de **lóquios rubros**. Após 3 dias é de cor rosada e serosa sendo chamada de **lóquios serosos** (roséos). Se a involução é normal, ao 10º dia a cor passa a ser amarelada ou esbranquiçada e é chamada de **lóquios brancos** (albos).

Os lóquios possuem odor característico lembrando o sangue menstrual. Alterações das características destas secreções como na cor, quantidade ou odor sugerem infecções.

A mulher-mãe que amamenta possui loquiação mais intensa durante as primeiras mamadas, porém, tem perda total menor do que as que não amamentam.

A cessação dos lóquios pressupõe a repitelização completa da cavidade endometrial e do canal cervical.

3.4.5 Sistema cardiovascular

A expulsão do feto e da placenta instaura importantes variações hemodinâmicas. O diafragma desce imediatamente, e o coração, que sofrera moderado deslocamento horizontal, reassume a posição habitual. A retração do útero modifica aspectos circulatórios periféricos, pois no final da gestação o útero e placenta albergavam cerca de 1 litro de sangue, com fluxo de 500 a 750ml por minuto. O débito cardíaco aumenta cerca de 10 a 13% no puerpério, permanecendo assim por uma semana. A pressão venosa dos membros inferiores diminui drasticamente e as varizes das pernas ou da vulva atenuam-se consideravelmente.

Desaparecem edemas e hipertensão. A volemia acompanha de perto o débito cardíaco, eventualmente ligado às perdas de sangue.

As alterações hemodinâmicas são menores nas puérperas que se submeteram ao parto com analgesia e menores ainda nas mulheres cesariadas antes do início do trabalho de parto. Os maiores reajustes hemodinâmicos ocorrem no puerpério imediato, porém a volta aos valores iniciais se dá em 5 dias. Neste período, as adaptações são devido ao aumento da resistência vascular uterina e ao incremento temporário do volume plasmático.

3.4.6 Sistema sangüíneo

Ocorre um aumento na série branca, principalmente nos granulócitos neutrófilos, onde a mulher-mãe apresenta leucocitose entre 20.000 e 25.000. Isto se dá provavelmente devido ao esforço físico do parto, voltando ao normal durante a primeira semana. Neste período a quantidade de células brancas não é indicativa de infecção, como seria em outra ocasião.

A velocidade de hemossedimentação aumenta nos primeiros dias, regularizando-se entre a 5ª e a 7ª semana. A concentração do plasma e células vermelhas volta a níveis não gravídicos em 6 semanas após o parto. Os fatores de coagulação aumentam expondo a mulher-mãe a um maior risco de trombozes e embolias.

3.4.7 Sistema respiratório

Desaparece a dificuldade respiratória, retornando o diafragma para a sua posição primitiva. Desaparece a alcalose respiratória.

3.4.8 Sistema urinário

A mucosa vesical permanece edemaciada e hiperemiada devido ao trabalho de parto e ao parto, durante o puerpério imediato. É freqüente a super-distensão e o esvaziamento incompleto da bexiga com presença de urina residual, pois está com sua capacidade aumentada e a sensibilidade a pressão reduzidas. A presença de urina residual expõe a mulher-mãe a um alto risco de infecção do trato urinário. Muitas puérperas referem aumento do volume urinário, com diminuição da freqüência das micções. Isto é relatado como grande alívio, comparado com a grande freqüência miccional no final da gravidez.

3.4.9 Sistema digestivo

O apetite e a sede da mulher-mãe aumentam após o parto e persistem por dois ou três dias. Devido a amamentação, as necessidades nutricionais são consideravelmente aumentadas. A dieta deve nutrir adequadamente e ajudar na produção de leite. As nutrizes precisam receber principalmente mais calorias, proteína e cálcio, assim como acréscimos de minerais, vitaminas e líquidos. A produção de leite não será boa se houver carência acentuada de ingesta protéica e calórica. Se a mulher-mãe for capaz de manter uma boa produção de leite em presença de deficiências nutricionais, o fará em seu próprio prejuízo.

Há uma perda inicial de peso de 5 a 6 quilos, resultantes da expulsão do conteúdo uterino. Durante o puerpério há eliminação de líquidos normalmente acumulados nos tecidos durante a gestação, maior diurese, secreção láctea e eliminação loquial, fazendo com que a mulher-mãe volte ao seu peso normal entre a 6^a e 8^a semana.

Não existem proibições nem razões para dietas especiais. De um modo geral, a mulher-mãe pode comer qualquer alimento que lhe agrade. O que se sugere é que ela observe as reações do bebê e suspenda a ingesta do alimento caso ache que seu filho está sendo prejudicado. A crença de que certas substâncias como cebola, repolho, nabo, alho, chocolate e outros alimentos cítricos e ácidos, sejam excretadas pelo leite materno e atrapalhem a digestão do bebê não tem fundamentação teórico-científica.

A tendência à constipação intestinal é atribuída à súbita perda da pressão intra-abdominal, ao relaxamento dos músculos abdominais e à morosidade intestinal adquirida pela gravidez. Além disso, a mulher-mãe às vezes tem medo de romper os pontos, ou de que a evacuação seja extremamente dolorosa. De um modo geral o funcionamento fisiológico dos intestinos é restaurado no 3º ou 4º dia de puerpério.

3.4.10 Pele

As estriações do abdome e das mamas, quando presentes, perdem a cor vermelho-arroxeadas e ficam pálidas, transformando-se em algumas semanas nas estrias branco-nacaradas. Regridem as modificações de implantação dos pêlos pubianos, as hiperpigmentações da pele do rosto, do abdome e das mamas.

3.4.11 Vida sexual

O reinício da atividade sexual após o nascimento de um filho é extremamente variável e depende da sexualidade de cada indivíduo e de cada casal. O casal está liberado para a relação sexual com penetração quando a cicatrização estiver completada e isso acontece mais ou menos 2ª semana de puerpério.

No entanto Rezende (1995), coloca que a resposta sexual, 6 a 8 semanas após o parto, ainda não é satisfatória devido a: congestão vascular lenta, turgência da vulva, lubrificação excessiva da vagina e constrição muscular da vagina.

A amamentação, devido aos níveis elevados de prolactina, pode ter ação inibidora do apetite sexual. Entretanto, há respostas fisiológicas comuns à cópula e à lactação como a ereção do mamilo, a dilatação venosa e a temperatura elevada da mama, as contrações uterinas, o aumento da lubrificação vaginal e a turgência do clitóris.

3.4.12 Higiene corporal

Apesar de estarem presentes de forma marcante algumas crenças como não lavar os cabelos ou não cortar as unhas, não existe contra-indicação para estas medidas higiênicas. O banho deve ser diário, com água corrente incluindo a lavagem da cabeça, pois durante os primeiros dias de puerpério ocorre uma perspiração profusa de odor forte especialmente à noite.

3.4.13 Aspectos psicológicos

Para Freitas (1993), o puerpério é um dos momentos mais críticos da vida de uma mulher, ou seja, é nesta ocasião que ela se encontra com um dos motivos biológicos da existência: a reprodução. É no puerpério imediato que a mulher-mãe toma conhecimento do filho, e que se fundem os maiores laços afetivos que podem unir dois seres vivos. A gestação, tão longamente elaborada e fantasiada, é interrompida pelo parto. As mudanças súbitas do corpo, como a “perda da barriga”, podem ser vivenciadas como mutilação. Algumas mulheres sentem-se frustradas com a necessidade da cesariana, permanecendo a dúvida acerca da sua capacidade de ser mulher.

O trabalho de parto demorado, exaustivo e doloroso, com complicações inesperadas tanto para a mãe como para o bebê, pode conduzir as situações de transtorno emocional. Para uma grande parte das mulheres-mães, a internação na maternidade constitui a primeira vez que entram em contato com um hospital, o que pode despertar fantasias desagradáveis.

O encontro com o filho pode ser motivo de muita alegria como também ser motivo de frustração e apreensão, principalmente nos nascimentos prematuros ou de bebês com alguma anomalia.

O relacionamento com os familiares e em especial com o marido, pode ocorrer de maneira imprevisível.

O puerpério é conhecido tradicionalmente como um momento de crise e nestes momentos que podem aflorar desequilíbrios emocionais insuspeitados.

3.4.14 Aspectos Assistenciais

3.4.14.1 A consulta

De acordo com o Programa Capital Criança de Florianópolis, a mulher-mãe tem atendimento assegurado de puerpério na Rede Básica de Saúde com duas consultas. A primeira entre o 7º e 10º dia pós parto, já agendada na maternidade e realizada pela enfermeira. A segunda no 45º dia pós-parto devendo ser realizada por um ginecologista ou clínico geral.

A primeira consulta puerperal abrange anamnese com informações sobre as intercorrências do parto, condições do aleitamento materno, alimentação e eliminações. O exame físico compreende a retirada de pontos quando for parto cirúrgico; avaliação dos genitais em caso de queixa, verificação dos sinais vitais, exame das mamas e medidas antropométricas.

As orientações visam estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, avaliar o esquema vacinal contra o tétano e rubéola se necessário, orientar quanto aos exercícios físicos e atividade sexual, algumas investigações sobre o planejamento familiar e principalmente estimular a afetividade e vínculo mãe e filho. Neste dia o bebê também será avaliado pelo pediatra ou clínico geral, serão realizados Teste do Pezinho e iniciado o esquema vacinal. Será agendado o retorno da mulher-mãe para a avaliação ginecológica, no 45º dia pós parto.

3.4.14.2 A visita domiciliar

A saída da maternidade para o domicílio é esperada com certo grau de ansiedade pela maioria das mulheres-mães. O retorno às suas atividades em casa exige agora algumas adaptações, pois além das tarefas anteriormente desempenhadas, a mulher-mãe precisa incluir os cuidados dispensados à ela mesma e ao bebê nesta nova rotina. É comum neste período também, que a mulher-mãe sinta-se ainda um pouco insegura em relação a esta nova fase que está enfrentando. Seu corpo está sofrendo várias modificações para que se adapte novamente ao estado não-gravídico e o bebê também passa por diversas adaptações, até que se estabeleça um ritmo considerado normal para atender suas necessidades. Diversos são os imprevistos que podem acontecer nessa fase e a mulher-mãe, apoiada em outras mulheres ou em seu próprio conhecimento, tenta resolver estas situações, porém, muitas vezes a resolução destes pode ser adiada possibilitando então o aparecimento de alguns “problemas”.

A presença da enfermeira no domicílio serve como um elo de ligação entre os acontecimentos relacionados ao seu parto e a 1ª consulta de puerpério. No domicílio, a enfermeira tem a chance de presenciar os aspectos de cuidado culturalmente aceitos pela mulher-mãe e a forma como esta conduz as orientações recebidas durante o pré-natal e na maternidade, na ocasião do parto. Desta forma, a visão da enfermeira sobre a mulher-mãe amplia-se, à medida em que conhece melhor o contexto no qual ela está inserida.

3.5 O RECÉM NASCIDO - CARACTERÍSTICAS, CUIDADOS E CRENÇAS

Consideramos recém-nascido o bebê de 0 a 28 dias. O nascimento de uma criança é uma experiência fisiológica intensa e emocional exaustiva, tanto para a mulher-mãe como para o recém-nascido. É necessário que o bebê suporte modificações extremas, pois sai de um ambiente aquático, termoe estável, para adentrar em um ambiente totalmente diferente, que exige profundas transformações fisiológicas e adaptações físicas. Tais transformações iniciam

imediatamente após seu nascimento e o período até o 28º dia de vida é fundamental. O papel da enfermeira é de apoiar a mulher-mãe e seu bebê atendendo suas expectativas e necessidades, de forma a promover o vínculo entre eles.

O cuidado de enfermagem deve sempre levar em consideração a experiência da mulher-mãe e influência da cultura familiar sobre ela. Ela tem sempre uma pessoa de referência para ajudar: a mãe, a irmã, a sogra, a vizinha, etc. Com uma bagagem rica de crenças, costumes, valores e tabus elas conhecem uma forma de diagnóstico, medidas preventivas e de cura e níveis de gravidade de problemas que possam afetar o bebê.

Algumas situações são “comuns” entre os recém-nascidos, ou parte de suas características, porém, despertam ansiedade e dúvidas nas mulheres-mães. Relatamos a seguir alguns questionamentos freqüentes relatados pela nossa clientela, que necessitam intervenção ou apenas informação.

“É perigoso mexer no umbigo antes que ele caia.”

O **coto umbilical** começa a descolorir e a “encolher” logo após o nascimento; dentro de poucos dias, o coto mumifica e escurece. Em média, por volta do 7º ou 10º dia o coto desprende-se, deixando uma pequena área granulosa que cicatriza completamente ao término da outra semana.

Segundo Ziegel (1985), os vasos sanguíneos na base do cordão umbilical são selados pela formação de trombos, mas a cicatrização definitiva não ocorre senão no final do período neonatal, quando os trombos são absorvidos e os vasos transformam-se em cordões fibrosos. Até o fechamento anatômico se completar os vasos sanguíneos são portas de entrada para microorganismos patogênicos.

Não se coloca curativo sobre o coto do cordão umbilical, porém, ele e a área circundante devem ser mantidos secos e limpos. As preocupações consistem em lavagem cuidadosa das mãos antes de ministrar os cuidados; em reduzir a umidade ao redor do cordão e em aplicar álcool 70% na base do coto, a cada banho e troca de fralda.

Depois que o coto cai, a mulher-mãe poderá notar um pouco de sangue na roupa por um ou dois dias.

O banho deverá ser de imersão com água e sabão mesmo antes da queda do coto umbilical, porém, a secagem do coto deve ser criteriosa.

“Meu bebê chora muito, acho que é de cólica.”

Para Whaley e Wong (1985), a **cólica** é descrita como dor ou câibras abdominais paroxísticas, que se manifestam por choro alto, inconsolável e retração das pernas sobre o abdome.

No período neonatal a cólica se constitui na grande causa do choro. Neste caso, a criança chora, pára, chora e pára e quando levada no peito, mama, porém, logo desiste e chora novamente. Outros sinais são o abdome distendido e aspecto esverdeado nas fezes.

É aconselhável para o alívio da cólica medidas como: colocar o bebê de bruços sobre o próprio colo, massagear o abdome e fazer exercícios de bicicleta e vai-e-vém com as pernas do bebê (que estimulam o funcionamento intestinal), colocar o bebê para eructar após as mamadas, colocar compressas quentes sobre o abdome do bebê, entre outros.

“Costumo usar roupinhas amarelas, para puxar o amarelão”

A **icterícia fisiológica** caracteriza-se pela cor amarelada que inicia nas conjuntivas passando para a face, tronco e membros do bebê. O aumento da bilirrubina sérica que produz a icterícia fisiológica resulta de um comprometimento temporário da capacidade do fígado para retirar a bilirrubina do plasma, e de uma carga aumentada de bilirrubina nas células hepáticas. A diminuição da capacidade do fígado para retirar a bilirrubina do plasma no início do período neonatal é o resultado de vários fatores: da captação defeituosa nos primeiros dias do período neonatal; de uma deficiência na atividade da enzima glicorunil-transferase ao

nascimento e, possivelmente, de uma deficiência na excreção, se a carga de bilirrubina se tornar maior.

A icterícia fisiológica ocorre após 48 horas do nascimento, não persistindo por mais de uma semana, no caso do bebê a termo, ou por duas semanas no caso de bebês prematuros.

Alguns cuidados são necessários como o banho de sol, manter o bebê na claridade natural ou artificial o maior tempo possível e mamadas mais freqüentes, além da observação do estado geral da criança.

“Apareceram umas espinhas na pele dele.”

O **eritema tóxico**, conhecido como dermatite em “picada de pulga”, é uma erupção benigna, auto limitada que aparece nos primeiros dias de vida. As lesões variam em número e aspecto podendo ser pápulas e pústulas de 1 a 3mm de diâmetro, uniformes, de amarelo-pálidas a brancas sobre uma base eritematosa ou simplesmente um eritema difuso.

Localiza-se mais comumente na face, nas posições próximas das extremidades do tronco e nádegas sendo mais evidente durante o choro. A causa é desconhecida devendo os pais serem tranqüilizados quanto a natureza benigna e transitória do eritema.

“Ele tá com brotoeja, meus outros filhos também tiveram”

A **miliária rubra**, é uma lesão de pele provocada pelo excesso de calor e umidade sobre o local afetado. Com o calor, as glândulas sudoríparas do bebê ficam obstruídas, provocando uma erupção formada por várias manchas, pápulas, pequenas bolhas e prurido. Essas lesões aparecem no pescoço, tronco e região das fraldas.

As mães são orientadas para evitarem o excesso de roupas, darem banhos refrescantes com aveia, amido de milho ou permanganato de potássio, e usarem sobre a pele glicerina, óxido de zinco, loção de pasta d’água.

“...com essas crostas até deixei de pentear os cabelinhos dele com medo de machucar ainda mais...”

A **dermatite seborréica**, também chamada de **ermo**, é uma doença crônica, recorrente e inflamatória da pele de causa desconhecida. As lesões são róseas ou amareladas, com aspecto de escamas ou crostas de gorduras, sendo por isso conhecida como cascão ou crosta de leite. Ocorre mais comumente no couro cabeludo, mas pode ocorrer nas pálpebras, canal auditivo externo, pregas nasolabiais e região inguinal

O tratamento do ermo consiste em aplicação de Vaselina ou Óleo Mineral sobre o couro cabeludo por duas vezes ao dia, fazendo com que as “crostas” se desprendam facilmente. A cabeça do bebê deve ser lavada duas horas após a aplicação do óleo.

“Isso é sapinho!”

A **monilíase** é uma doença causada por um fungo chamado *Candida albicans*. Caracteriza-se pela presença de placas brancas e aderentes na língua, palato e parte interna das bochechas, parecendo grumos de leite coalhado. As lesões podem disseminar-se para laringe, traquéia, brônquios, pulmão e ao longo do trato gastrointestinal.

A monilíase pode ser adquirida de uma infecção materna durante o parto, por transmissão pessoa-pessoa, mãos contaminadas, mamadeiras, mamilos ou durante o uso de antibióticos (flora oral alterada).

O tratamento consiste em aplicação tópica de Nistatina, Violeta de Genciana a 1% ou Bicarbonato de Sódio.

“Não sei mais o que fazer com essas assaduras.”

A **dermatite amoniacal** consiste no aparecimento de lesões na pele em contato íntimo com a fralda (superfícies convexas das nádegas, face interna das coxas, monte pubiano ou escroto). É causada pelo contato repetido e prolongado com algum, irritante principalmente a urina, fezes, sabões e detergentes.

No início, a pele, aparece apenas mais avermelhada e a maceração ocorre pela umidade contínua. A seguir, ocorrem outras manifestações como pápulas, vesículas, erosões, fissuras e secreção. A secreção torna-se amarela, com crostas melicéricas indicando infecção piogênica. Na infecção secundária por *cândida albicans* pode-se encontrar lesões satélites além das áreas avermelhadas bem delimitadas.

O tratamento consiste na aplicação de pomadas de Óxido de Zinco e Violeta de Genciana 1%, banhos com Permanganato de Potássio e exposição da região afetada ao sol.

Quando a assadura for por *cândida albicans* usar nistatina tópica.

“O pernelongo mordeu e daí ficou assim.”

O **impetigo** é uma infecção de pele, geralmente secundária à reação inflamatória à picada de insetos ou pequenos ferimentos. Essa infecção tem como agentes etiológicos os estreptococos do grupo A ou estafilococos (causa o impetigo bolhoso).

As lesões se iniciam como pequenas máculas vermelhas e a seguir tornam-se vesículas de paredes finas, que logo se rompem e são cobertas por uma crosta castanha. Essas crostas com pus, melicéricas são removíveis e por baixo delas encontra-se uma superfície úmida, avermelhada, lisa e brilhante; sobre a qual novas crostas logo se desenvolvem. As áreas mais frequentes de aparecimento dessas lesões são a face, as mãos, o pescoço e as extremidades.

É contagioso e pode ser disseminado a outros locais da pele ou a outros membros da família através da “coçadura”, ou contato com toalhas e roupas que foram contaminadas com o exsudato das lesões.

O tratamento consiste no uso de Permanganato de Potássio na pele, pomada à base de Neomicina e nos casos mais graves a administração de Penicilina Benzatina.

“Meu bebê mama pouco e tem cocô mole.”

A capacidade gástrica do bebê é limitada acerca de 90ml, necessitando assim de mamadas freqüentes, porém, curtas. O tempo de esvaziamento é curto, cerca de 2,5 horas, e o peristaltismo é rápido. Esses dois fatores aumentam o tempo de trânsito do alimento entre o estômago e cólon. Durante as primeiras semanas de vida, o bebê pode evacuar após cada mamada.

As fezes de transição, presentes após a saída do mecônio, são marrom-esverdeadas e marrom-amareladas, menos pegajosas que o mecônio, e podem ter alguns coágulos de leite. No 4º dia inicia-se a eliminação das fezes definitivas, de coloração amarelo-ouro, pastosas e de odor peculiar, similar ao de leite azedo. O padrão das evacuações pode variar amplamente; assim, 6 evacuações por dia podem ser normais para um bebê, enquanto que uma evacuação a cada 2 dias pode ser normal para outra.

3.6 ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é o alimento ideal para o bebê. Além das propriedades nutricionais, traz consigo propriedades imunológicas e psicológicas fundamentais para o crescimento e desenvolvimento do bebê, bem como fortalece o vínculo afetivo estabelecido entre a mãe e seu filho.

Para a OMS (1989), o aleitamento materno é um modo insubstituível de fornecer o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento saudáveis de lactentes tendo, também, uma influência biológica e emocional inigualável sobre a saúde, tanto das mães como de seus bebês. Há uma importante relação entre o aleitamento materno exclusivo e o espaçamento das

gestações. As propriedades imunológicas do leite humano conferem à criança proteção indispensável contra doenças infecciosas durante seus primeiros meses de vida.

No Brasil, dados da pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN/INAN, 1989) demonstra que apesar de 97% dos bebês terem mamado após o nascimento, o desmame é intenso e precoce.

“A mediana do aleitamento exclusivo encontrada foi de 134 dias e do aleitamento predominante (acrescido de água e chás) foi de 72 dias. A região nordeste apresentou a mais baixa mediana de aleitamento materno exclusivo - 41 dias.” (Ministério da Saúde, 1997. P-7)

Montgomery (1994), contextualiza o aleitamento materno a uma estreita e íntima ligação com a história de vida das mães, sendo assim, fatores sociais, antropológicos e principalmente culturais são uma espécie de pano de fundo, ou seja, uma referência que a mulher-mãe traz em relação ao aleitamento materno.

Silva (Boletim IHAC, jan.-mar. 1997 p6 coluna 1) sustenta que para que haja uma melhora no relacionamento mãe/recém-nascido e mais altos índices no aleitamento materno; os profissionais deveriam contemplar a avaliação e compreensão das condições contextuais da mulher-mãe no aspecto social, cultural e familiar, os quais influenciam na percepção e atribuição do significado que para ela tem o ato de amamentar.

Cientes da realidade e engajadas com a campanha mundial de conscientização e incentivo ao aleitamento materno, encaramos este assunto como prioritário, que mereceu nossa especial atenção durante a prática. Para tanto, tornou-se necessário o aprofundamento sobre o assunto, que engloba desde aspectos anatômicos até problemas práticos do dia-a-dia de quem amamenta.

3.6.1 Anatomia da Glândula Mamária

As mamas são consideradas órgãos reprodutivos acessórios. Na mulher, as glândulas mamárias estão simetricamente localizadas uma a cada lado do tórax, se estendem

verticalmente da segunda à sexta costela e transversalmente da margem do esterno até a linha médio axilar. São ricamente vascularizadas e nutridas por ramos perfurantes da artéria torácica interna e por diversos ramos da axilar, estando embebidas em um tecido adiposo e conjuntivo. A forma, o tamanho e a consistência variam com a idade nos diferentes indivíduos de acordo com a etnia, biotipo e grau de adiposidade, entre outros fatores. Na mulher jovem, nulípara, o corpo mamário é proeminente, coniforme, discoidal ou hemisférico, com consistência elástica firme. Conforme o número de gestações e com o passar da idade torna-se mais flácido e pendular. Toda estrutura arquitetônica da glândula mamária está imersa em um tecido conjuntivo, colágeno e adiposo, constituindo o que denominamos **estroma**.

O **estroma** é responsável pela consistência e característica da mama. De acordo com o formato das mamas é possível classificá-las da seguinte forma:

Mama Globosa: diâmetro ântero-posterior é igual ao diâmetro da base.

Mama Periforme: diâmetro ântero-posterior é menor que o diâmetro da base

Mama Discóide ou plana: diâmetro ântero-posterior é menor que a metade do diâmetro da base.

Mama Pendente: arco do ângulo inferior ultrapassa a base de implantação em mais que 2,5cm.

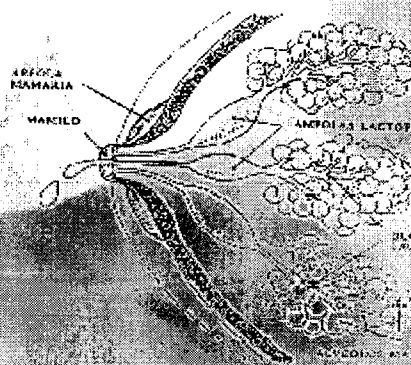
O **parênquima** constitui a porção secretória, ou seja, a porção funcional da mama. Pode ser descrito como um sistema canalicular com forma semelhante a uma couve-flor, composto por 15 a 20 glândulas alveolares (lobos), cada qual com um ducto lactífero excretor independente. Os ductos possuem dilatações sobre a base do mamilo denominadas de ampolas, seios galactófaros ou reservatórios de leite, cuja finalidade consiste em armazenar parte do leite que é produzido entre as mamadas. Cada lobo por sua vez, consiste de muitos lóbulos com variados números e tamanhos e cada um possui de 3 a 100 (ou mais) alvéolos ou ácinos que se representam atetados por camadas de células produtoras de leite que estão ricamente providos de células mioepiteliais contráteis e vasos sanguíneos em sua parede.

A pele que reveste as mamas é macia e está constituída de glândulas sudoríparas e sebáceas, sem particularidades especiais exceto nas **aréolas**.

As **aréolas** são áreas pigmentadas que circundam os mamilos e medem de 2,5 a 10cm, sendo que na gravidez a aréola secundária aparece devido ao escurecimento destas. Nesta área e nos mamilos localizam-se as glândulas areolares ou mamas acessórias chamadas **Tubérculos de Montgomery**, responsáveis pelas proeminências modulares da superfície, que na gravidez crescem até o diâmetro de 2,5mm e produzem a secreção lipóide, cuja função consiste em lubrificar os **mamilos**.

Os **mamilos** situam-se na porção apical de cada uma das mamas, no centro das aréolas. Medem aproximadamente 10 a 15mm. de comprimento com diâmetro variável, sendo constituído de tecido erétil, cilíndrico, de alta sensibilidade, determinada pelas terminações nervosas sensoriais.

As **papilas dérmicas altas** e as **fibras musculares lisas circulares e transversais** tornam os mamilos mais rígidos e salientes especialmente durante o período menstrual e durante o processo de maternidade.



Anatomia da glândula mamária (Ministério da Saúde - 1997)

Podemos classificar anatomicamente os mamilos de acordo com seu grau de protrusão:

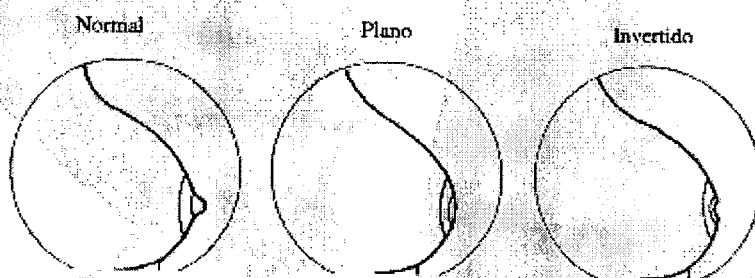
Mamilo Normal: apresenta-se protruso, e caracteriza-se pela existência de um ângulo de 45° entre o mamilo e a aréola. É extremamente elástico e de fácil apreensão. Os mamilos normais podem apresentar-se *semi-protrusos*, sendo discretamente salientes, que se protraem com certa dificuldade após estímulo manual.

Mamilo Plano: Situa-se no mesmo nível da aréola sendo praticamente imperceptível um ângulo entre os dois. Devido à existência de tecido conetivo torna o tecido aderente e de difícil elasticidade.

Mamilo Invertido: o tecido epitelial é totalmente invertido ocasionando o desaparecimento completo do mamilo. Frequentemente o tecido não é elástico e é de difícil protrusão e apreensão. Pode ser chamado de umbilicado, malformado, retraído ou afundado.

Mamilo Pseudo-invertido: aparentemente é semelhante ao invertido, porém, pode haver protrusão após alguns exercícios.

Atelia: ausência de mamilos.



Tipos de Mamilo (Ministério da Saúde - 1997)

3.6.2 Fisiologia da Lactação

Durante o processo de maternidade as glândulas mamárias se preparam para lactar principalmente através da ação dos hormônios **estrogênio** e **progesterona**, entretanto, o hormônio responsável pela produção de leite é a **prolactina**. Rezende (1995), expõe que a fisiologia da lactação está diretamente ligada ao sistema neuroendócrino e pode ser dividida em 3 processos: **mamogênese, lactogênese e lactopese**.

A **mamogênese** é a fase de desenvolvimento da glândula mamária. Durante a gestação o crescimento é acelerado, porém, este processo tem seu início na puberdade, pois durante os primeiros ciclos menstruais, o hormônio **estrogênio** exerce efeitos proliferativos dos canais

mamários, enquanto que a progesterona, em atuação conjunta, produz o crescimento e expansão dos alvéolos.

Além dos estrógenos, outros hormônios participam da diferenciação completa do tecido funcional da mama. Estes hormônios constituem o complexo lactogênico: prolactina, hormônio do crescimento (somatotropina), cortizol, tireoxina, tireotropina e insulina.

Na gestação acentua-se o crescimento de estruturas glandulares principalmente, devido à ação dos hormônios estrogênio e progesterona segregados pela placenta e ainda pelos hormônios lactogênicos.

Segundo Spinoff (1991), por volta da 8ª semana de gestação os níveis de prolactina começam a subir de 10 - 25ng/ml (níveis normais em não gestantes) para até 200 - 400ng/ml no final da gestação, porém, sua função permanece inibida pelo PIF (Fator Inibidor da Prolactina) que está sob ação da progesterona e do estrogênio, até o momento do parto.

Por volta do 5º mês de gestação as mamas já atingiram o máximo de seu crescimento e começam então a secretar pequenas quantidades de colostro, pois somente após o parto, quando caem os níveis de estrogênio e progesterona é que a prolactina exerce sua ação estimulando as células mamárias à produção de leite.

Esta então é a segunda etapa chamada **lactogênese**, que segundo Santos (1989) é a fase da lactação responsável pela produção e ejeção do leite.

Tourris apud Gonçalves e Franzon (1997), diz ser este o período de “subida do leite” e delimita o início deste no parto com seu final até no 4º dia de puerpério.

Durante os primeiros dois dias após o parto ocorrem poucas transformações nas mamas, havendo apenas secreção de colostro, que já existia durante a gravidez. Pelo 3º ou 4º dia de pós parto porém, ocorre o aumento da consistência das mamas, que se tornam pesadas, congestionadas e dolorosas, é o que chamamos de **apojadura** ou “subida do leite”.

O bebê ao sugar estimula terminações nervosas existentes no mamilo que enviam uma ordem à hipófise para liberar os hormônios **prolactina** (hipófise anterior) e **ocitocina** (hipófise posterior). A este fenômeno chamamos **reflexo neuroendócrino de sucção**.

A **prolactina** estimula as células glandulares dos alvéolos a sintetizarem os constituintes do leite (gordura, lactose, e proteínas) a partir de componentes derivados do sangue. A gordura do leite surge na base da célula alveolar em forma de gotículas associadas ao ergatoplasma que, dirigindo-se ao ápice celular, aumentam de tamanho até serem completamente envolvidos pela membrana da célula, que ao se romper liberam-nas, fazendo-as cair no interior dos alvéolos. Dos alvéolos, o leite é armazenado nos canalículos, canais e ampolas galactófaras.

A ocitocina liberada com o reflexo de sucção parece desempenhar ação inibidora do PIF (Fator Inibidor da Prolactina). Associada ao momento do parto, que provoca grande descarga de ocitocina o desaparecimento dos hormônios placentários determina uma grande liberação de prolactina que desencadeia o início da lactação.

Após iniciada a lactogênese, esta é mantida pelo reflexo neuroendócrino de sucção, pelo esvaziamento constante dos alvéolos e pela ação dos hormônios, a isto chamamos **lactopoesse**.

A prolactina mantém a secreção láctea e a ocitocina age nas células mioepiteliais e musculares situadas respectivamente ao redor dos alvéolos e dos canais intralobulares determinando a contração destes com a conseqüente **ejeção láctea**. A solicitação repetida do mamilo e o constante esvaziamento dos alvéolos resulta na intensificação da produção de leite; esta produção se dará no intervalo das mamadas de forma a ficar armazenado na glândula mamária.

A quantidade normal de leite produzida varia de acordo com a mulher e as necessidades do bebê. A OMS (Organização Mundial da Saúde) estima que 850ml (600 Kcal) por dia é um valor médio satisfatório nos 6 primeiros meses de amamentação. Contudo a melhor maneira de avaliar a lactação adequada é pelo crescimento do recém-nascido, que

deverá ganhar de 800g \pm 20% ao mês durante os 6 primeiros meses de vida ou a duplicação do peso do nascimento no 4º mês.

3.6.3 Composição do Leite Materno

O colostro presente durante a gestação e nos primeiros dias de pós parto tem uma coloração amarelada, rico em proteínas, anticorpos (especialmente IgA secretória) e leucócitos, sendo portanto, a primeira proteção contra doenças que o bebê recebe ao nascer. Tem ainda ação levemente laxativa facilitando a eliminação do mecônio e ajudando a evitar a icterícia.

Na 2ª semana de puerpério surge o leite de transição e o leite maduro aparece aproximadamente após a 3ª semana. Aparentemente é mais diluído que o colostro, o que não significa que seja mais fraco, pois cobre todas as necessidades nutricionais do bebê nos primeiros 6 meses de vida, inclusive de água.

O leite maduro também possui características distintas, sendo que o do início da mamada é rico em proteínas, lactose, vitaminas, sais minerais e água. Já o leite do final da mamada é rico em gordura o que conseqüentemente resulta em energia e vitalidade ao recém-nascido. Isto reforça a orientação de que as mulheres-mães, ao amamentarem devem certificar-se de que ambas ou ao menos uma das mamas se esgotaram, isso significa que o bebê recebeu o leite em quantidade e qualidade adequadas ao seu desenvolvimento.

O quadro a seguir mostra a superioridade do leite materno comparado ao leite bovino confirmando a tese de que o leite humano é a única e melhor fonte de alimentação ao recém-nascido.

Comparação entre o Leite materno e o Leite Bovino

	MATERNO	BOVINO
Contaminação bacteriana	ausente	possível
Substância anti-infecciosas	Anticorpos	Não ativos

	Leucócitos Lactoferrina Fator Bífido	
Proteína total	1%	4% - excesso
Caseína	0,5%	3% - excesso
Lactoalbumina	0,5%	0,5%
Aminoácidos: Cistina e Taurina	Suficiente para o cérebro em desenvolvimento	Insuficiente
Gorduras: Total	4,2% (média)	4%
Saturação de ácidos graxos	Suficiente insaturado	Excesso de saturado
Ácido linoléico (essencial)	Suficiente	Insuficiente
Colesterol	Suficiente	Insuficiente
Lipase para digerir gorduras	Presente	Ausente
Lactose	7% - suficiente	3 a 4% - insuficiente
Sais (mEq/l)		
Sódio	6,5 – adequado	25 - excesso
Cloro	12 – adequado	29 - excesso
Potássio	14 – adequado	35 - excesso
Minerais (mg/l)		
Cálcio	350 – adequado	1400 - excesso
Fosfato	160 – adequado	900 - excesso
Ferro	Pequena quantidade e bem absorvido	Pequena quantidade e mal absorvido
Vitaminas	Suficiente	Insuficiente
Água	Suficiente - não necessita extra	Insuficiente

Fonte: Manual de Promoção do Aleitamento Materno - Ministério da Saúde - 1997.

3.6.4 Importância e Vantagens

Inúmeras são as vantagens do aleitamento materno sobre qualquer outro tipo de alimentação infantil, tanto para a mulher-mãe e o bebê, quanto para sua família e sociedade.

O leite materno é produzido sob custo zero, o que não acarreta à família qualquer tipo de ônus em relação à alimentação do bebê, além de ser produzido livremente sem nenhum tipo de esforço muito menos qualquer técnica de preparo. É um alimento que não produz

nenhum dano à natureza, pois não necessita embalagens, transporte e técnicas de armazenamento especiais.

Selecionamos a seguir algumas das principais vantagens da prática do aleitamento materno.

3.6.4.1 Proteção contra infecções

Os bebês amamentados têm menos diarreia, infecções gastrointestinais e infecções respiratórias. Uma substância chamada *fator bifidus* auxilia o crescimento de bactérias especiais no intestino do bebê impedindo o crescimento de outras bactérias nocivas. Dezenas de agentes anti-inflamatórios reduzem os danos causados por inflamações fora de controle. Os linfócitos e macrófagos presentes em grande quantidade no leite ajudam a combater agentes patogênicos. Os anticorpos de doenças as quais a mulher-mãe esteve exposta estão presentes no leite e protegem o bebê. Os fatores de crescimento do leite acentuam o desenvolvimento do bebê e a maturação do seu sistema nervoso central, sistema imunológico e de órgãos como a pele. Enzimas digestivas como a lipase e lactase, além de muitas outras enzimas importantes, protegem os bebês nascidos com sistemas enzimáticos imaturos ou defeituosos. A lactose ajuda a prevenir o raquitismo e estimula a absorção do cálcio e o desenvolvimento cerebral.

3.6.4.2 Proteção contra alergias

O trato gastrointestinal do bebê desenvolve-se mais rapidamente quando ele é amamentado com leite materno, sem a introdução de proteínas estranhas no seu sistema, logo, uma menor exposição a proteínas estranhas cria tolerância ao invés de respostas alérgicas. Nutrientes como o zinco e ácidos graxos polinsaturados de cadeia longa auxiliam o desenvolvimento da resposta imunológica do bebê.

3.6.4.3 Outras vantagens para o bebê

Estatisticamente têm-se comprovado que bebês amamentados exclusivamente no seio são associados a um coeficiente de inteligência mais elevado; uma menor incidência de morte súbita no berço (Síndrome da Morte Súbita do Bebê); menor risco de desenvolver o 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 é claro, de diminuir drasticamente a chance de vir a desenvolver problemas ortodônticos e dentais causados pelo uso de mamadeiras e chupetas. O componente emocional está intimamente ligado à amamentação, pois o contato entre o bebê e a mulher-mãe é consideravelmente maior. A partir desse contato o bebê reconhece sua mãe através de seu cheiro, sua voz e sua imagem (os bebês recém-nascidos enxergam com nitidez a uma distância média de 23cm., distância aproximada dos olhos do bebê posicionado no colo para mamar, ao rosto da mulher-mãe).

3.6.4.4 Vantagens para a mulher-mãe

A ocitocina liberada durante a amamentação contrai o útero, promove a involução uterina, prevenindo a hemorragia pós-parto. Essa é uma das razões pelas quais o aleitamento deve ser iniciado imediatamente após o nascimento e mantido com frequência. O aleitamento frequentemente atrasa a menstruação o que ajuda a mulher a proteger-se de uma nova gravidez. Neste processo as reservas de ferro são preservadas. Há um menor risco da mulher-mãe desenvolver o câncer de mama e de ovários. A depressão pós-parto é reduzida. A recuperação física pós-parto é mais rápida. A ligação afetiva é estimulada uma vez que o tempo de permanência da mulher-mãe com seu bebê aumenta sensivelmente. O aleitamento materno torna conveniente e facilita as mamadas noturnas, durante passeios e viagens, pois dispensa qualquer tipo de preparo.

3.6.4.5 Vantagens para a sociedade

O custo de alimentar um bebê somente no seio é zero. Não há necessidade de comprar sucedâneos do leite materno, além de equipamentos como mamadeiras, aquecedores portáteis, economizando ainda luz, gás, água, gasolina, etc. A família pode aproveitar de outra maneira o tempo que seria gasto com o preparo de mamadeiras e as possíveis visitas aos serviços de saúde, pois as mães e os bebês ficam mais saudáveis. O Aleitamento Materno é considerado ainda um ato ecológico, pois o único lixo que ele produz é totalmente biodegradável: as fezes do bebê.

3.6.5 Preparo da Mulher-Mãe para o Aleitamento

“A herança social das nutrizas e respectiva comunidade (costumes, ritos, tabus e crenças) é fator interferente na amamentação. A maneira pela qual a pessoa enfrenta suas necessidades de auto-cuidado não é instintiva, pelo contrário, é um comportamento aprendido e baseado no seu próprio passado.” (Santos, Stuepp e Saucedo, 1997, p.85)

Para se obter êxito na amamentação, muitos são os fatores que irão influenciar nos resultados.

Santos, Stuepp e Saucedo (1997), relacionam o desmame precoce a vários motivos, que vão desde as origens e classe social em que esta mulher-mãe está inserida até seu estilo de vida, nível de informação e conhecimento.

Na sociedade atual a mulher transformou seu papel de cuidadora; no lugar da mãe de família, dona de casa, surgiu uma mulher atarefada, que divide seu tempo entre o trabalho profissional, quase sempre longe de casa, e os afazeres domésticos. Cabe agora à família dividir e assumir estes afazeres. Logo, toda a magia dos primeiros cuidados de seu bebê se perde em meio a necessidade de voltar ao trabalho (pois nem sempre a mulher-mãe está amparada pela lei), de arrumar quem tome conta do novo membro da família e o aleitamento materno passa a ser mais um detalhe e muitas vezes, fonte de preocupação.

Durante as consultas de pré-natal se faz necessário a abertura de espaços para conhecer o contexto em que se desenvolve o processo de maternidade, a fim de que juntos, profissional e mulher-mãe, encontrem alternativas frente a futuras e possíveis dificuldades.

Quanto ao manejo da amamentação, destacamos algumas práticas de cuidado pré-natal e de puerpério para que o aleitamento transcorra da forma mais natural possível.

3.6.5.1 O preparo das mamas

Durante o pré-natal as mamas da mulher-mãe devem ser examinadas sempre. Proporcionar a mulher-mãe o auto-conhecimento através do toque e observação das mamas a tornará mais segura, capaz de cuidar-se e até mesmo identificar precocemente problemas que possam surgir.

A seguir estão contemplados algumas orientações básicas que fizeram parte da consulta pré-natal e que são reforçadas no puerpério.

Os banhos de sol são indicados, cerca de 15 minutos diários, de preferência entre as 8 e 10 horas da manhã, isso ajudará a fortalecer a pele das mamas. A ação dilatadora dos raios infravermelhos age sobre os vasos e capilares, atuando no sistema canalicular favorecendo a ejeção do leite. O sol tem ainda ação germicida e bactericida e ativa a reparação dos tecidos favorecendo a cicatrização. Se a mulher-mãe tornar o banho de sol um hábito, após o nascimento essa prática ajudará a evitar as fissuras mamilares e servirá de tratamento caso elas ocorram. Os raios ultravioleta provocam inicialmente eritema e pigmentação, mas sua ação diz respeito a proteção e resistência do tecido epitelial.

De modo geral, a mulher-mãe deve evitar o uso de sabonetes, cremes ou qualquer tipo de substância, principalmente nas aréolas e mamilos. O uso dessas substâncias, geralmente alcalinas, determinam a desidratação do tecido através da ação físico-química, retirando a lubrificação natural e diminuindo a acidez da epiderme, o que resulta no ressecamento da aréola e favorece o aparecimento de fissuras. Durante o banho, usar somente a água e, após o

nascimento, a mulher-mãe deverá usar entre as mamadas o próprio leite materno para higiene das aréolas e mamilos.

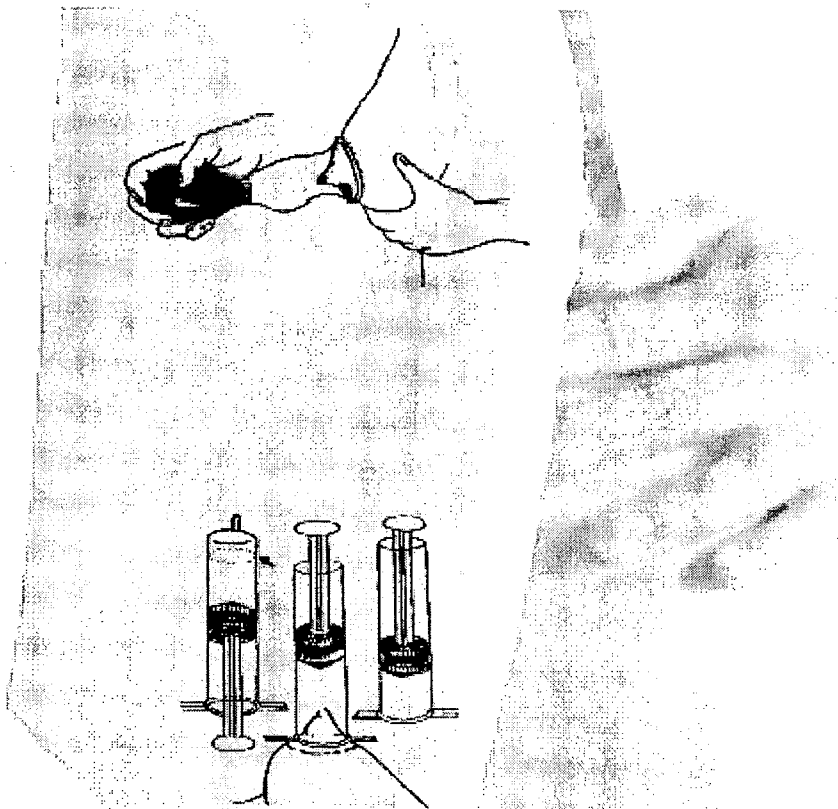
As massagens durante o banho são benéficas, de preferência com uma esponja levemente áspera ou buchas vegetais; para secar pode-se usar toalha felpuda, isso tudo resultará no fortalecimento da pele, melhorando assim sua resistência.

Nos casos de mamilos semi-protrusos, planos, invertidos e pseudo-invertidos é importante ensinar a gestante exercícios e massagens para a formação do mamilo.

Estas massagens podem ser feitas da seguinte forma:

- sustentar a mama com uma das mãos, apreender o mamilo entre os dedos polegar e indicador e fazer movimentos giratórios para a esquerda e para a direita, como se estivesse girando um botão.
- usando ambas as mãos posicione os dedos indicadores a cada lado do mamilo sobre a pele da aréola, movimentando-os juntos de dentro para fora, sobre toda a circunferência areolar.

Estes exercícios devem ser feitos no mínimo 3 vezes ao dia durante o pré-natal. Após o nascimento do bebê, além destes exercícios podem ser usadas outras técnicas, como a bomba de sucção ou a seringa plástica.



Formação do Mamilo com bomba de sucção e com seringa durante o processo de gestar (Ministério da Saúde - 1997)

Após o nascimento do bebê todos os cuidados anteriormente citados devem ser reforçados.

Dá-se atenção especial neste momento à forma como o aleitamento materno está inserido à nova rotina da mulher-mãe.

Os primeiros dias de puerpério são decisivos para o sucesso ou fracasso do aleitamento materno.

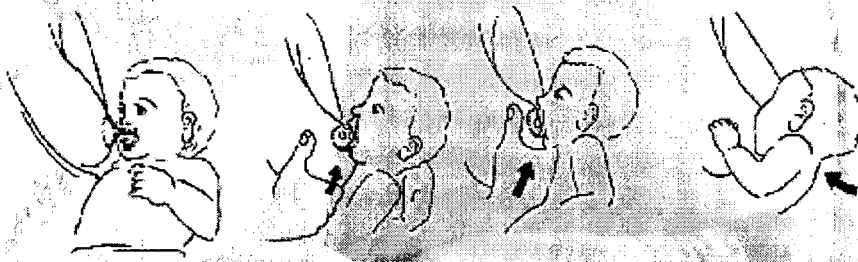
A Grande Florianópolis possui 4 maternidades de médio a grande porte, sendo que a Maternidade Carmela Dutra e a Maternidade do Hospital Universitário obtiveram o título de Hospital Amigo da Criança, o que faz com que trabalhem em defesa, promoção e proteção do aleitamento materno. Ainda na maternidade muitos são os esforços da equipe de saúde para que o aleitamento transcorra sem dificuldades. As orientações são transmitidas no alojamento

conjunto e incluem a pega correta, como extrair manualmente o leite, formas de evitar o ingurgitamento mamário e fissuras, entre outras.

Cientes da necessidade de reforçar estas orientações, na 1ª visita domiciliar de puerpério o aleitamento é abordado de forma especial identificando principalmente a prática e levantando as dificuldades. Muitas são as dúvidas e questionamentos e a participação de outras mulheres neste momento ocorre de forma efetiva e crucial. Experiências tanto positivas como negativas vêm à tona e influem decisivamente no destino do aleitamento.

As principais orientações sobre o aleitamento materno, além das citadas no pré-natal, são as seguintes:

Para se estabelecer uma boa pega, a criança normal e a termo e os prematuros maiores nascem com três tipos de reflexos que as auxiliam a mamar: o reflexo da busca ou procura (conforme a figura), o de sucção e o de deglutição.



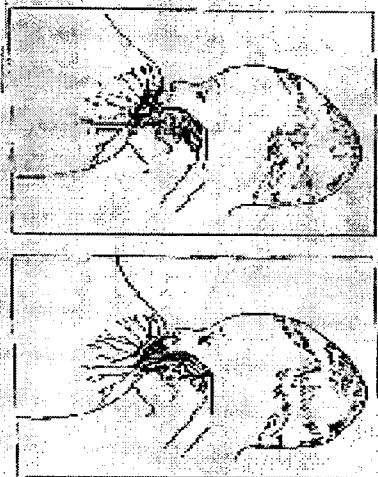
Reflexo de busca ou procura (Ministério da Saúde - 1997)

O ato de sugar compreende duas etapas:

- Tração do tecido mamário para formar um bico: a criança deve pegar não apenas o mamilo, mas abocanhar a aréola e o tecido mamário subjacente onde estão os ductos lactíferos. A tração deste tecido forma um bico comprido, em que o mamilo só, constitui apenas um terço deste bico.

- Pressão do tecido tracionado contra o palato com a língua, que se coloca por baixo deste "bico" e realiza, da ponta para a base, movimentos em onda (do tipo peristáltico),

pressionando o leite para fora dos ductos lactíferos até a boca da criança, na altura da garganta, de modo que ela possa deglutir.



O ato de sugar (Ministério da Saúde - 1997)

A posição do bebê também irá interferir na pega da aréola. O bebê deve estar com o corpo encostado no da mãe (estômago do bebê - barriga da mãe), de modo que não precise virar a cabeça para pegar a mama. No caso do bebê ser muito pequeno, a mãe deve apoiar com o braço por baixo do bebê, não apenas seu pescoço e parte superior do tronco, mas também suas nádegas com a mão. A cabeça pode ficar livre para se quiser pender levemente para trás. Bebês maiores devem ser apoiados pelo braço da mãe no pescoço e parte superior do tronco. Seu rosto deve estar próximo da mama de modo que o queixo possa tocá-la. A boca deve estar bem aberta para abocanhar grande parte da aréola. O lábio inferior deve estar voltado para fora e cobrir quase toda porção inferior da aréola, enquanto a parte superior da aréola é a que deve aparecer mais. Pode-se observar o bebê tranquilo, engolindo em ritmo regular, devagar e em goles profundos. A mulher-mãe não se queixa de dor.

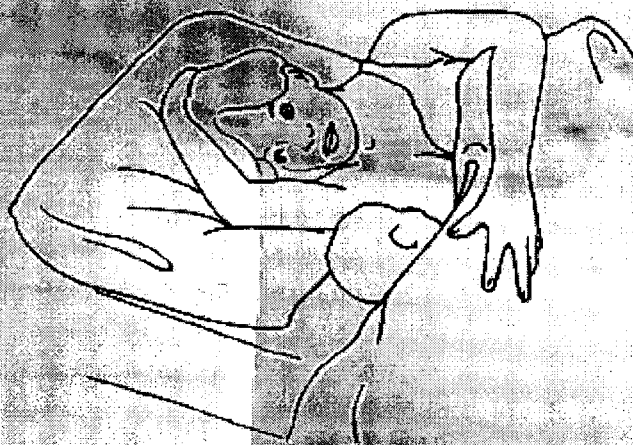
Antes de dar o peito, tentar esvaziar a aréola (tubos lactíferos subjacentes), para amolecer o mamilo e facilitar a saída do leite, deixando que o próprio bebê pegue o peito. A mulher-mãe pode orientar, colocando o mamilo na bochecha do bebê para estimular o reflexo da busca, mas nunca colocar o mamilo na boca do bebê. Para tornar a mama mais firme, pressioná-la contra a parede torácica, segurando-a com a mão oposta, colocando por baixo, os quatro dedos juntos, incluindo o indicador, e o polegar por cima da aréola (pega em C ou

palmar). Não há necessidade de afastar a mama do nariz do bebê, ele mesmo aprende a fazer isto.

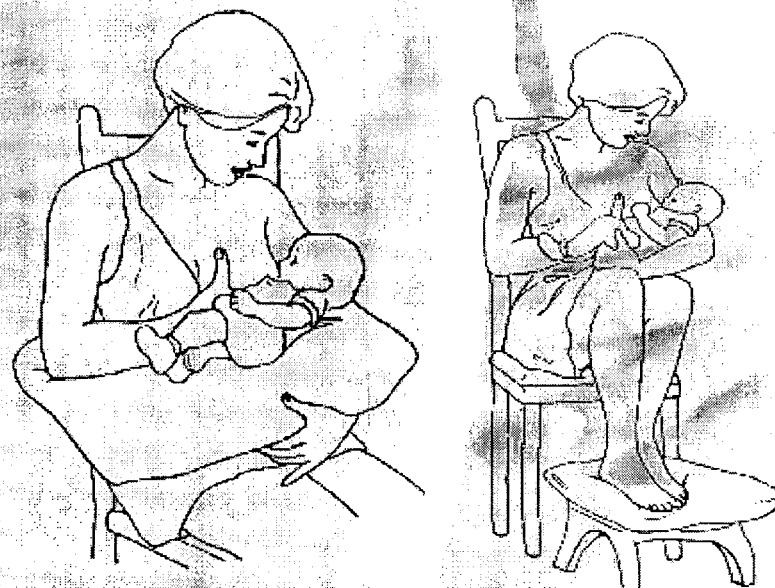


Pega correta do mamilo - (Ministério da Saúde - 1997)

Existem algumas posições para a mulher-mãe amamentar. Ela pode deitar-se de lado, apoiando a cabeça e costas em travesseiros para ficar mais à vontade. Com o braço ela apoia os ombros do bebê e com a outra mão aproxima o bico do peito na boca do bebê, deixando que ele próprio pegue o peito. Ela pode também amamentar sentada ou recostada na cama. Esta posição permite que cruze as pernas e use travesseiros sobre as coxas ou ainda, coloque os pés em um pequeno banco, para que o corpo do bebê fique apoiado e não canse os braços da mulher-mãe com seu peso.

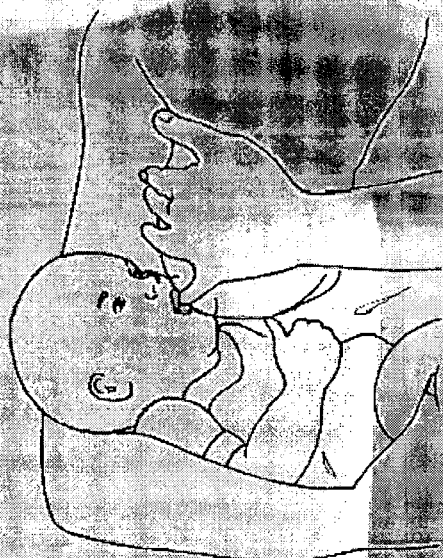


Posição deitada (Ministério da Saúde - 1997)



Posição sentada (Ministério da Saúde - 1997)

Para terminar a mamada o ideal é que o bebê solte o peito espontaneamente. Se não largar, a mulher-mãe pode colocar a ponta do dedo mínimo na boca do bebê, para romper o vácuo e ele soltar o peito sem machucar. O bebê deverá ser colocado para eructar em posição de pé, com a cabeça apoiada no ombro da mãe, que pode fazer uma leve massagem nas suas costas.



Como finalizar a mamada sem traumatizar o mamilo (Ministério da Saúde - 1997)

Após o final da mamada pode ser necessário a retirada manual do leite que permaneceu nas mamas. A mulher-mãe deverá inspecionar as mamas a fim de localizar pontos ainda túrgidos que indicam que a mama não foi esgotada completamente. Para retirar o leite manualmente é importante que a mulher-mãe sinta-se tranqüila, capaz, segura e confiante. A retirada do leite do peito pode ser feita com a mão ou com o auxílio de bombas (manuais ou elétricas). A extração manual é a maneira menos traumatizante, menos dolorosa, mais econômica e eficaz de retirar o leite do peito. Esta maneira também é mais conveniente, pois pode ser feita a qualquer hora e em qualquer lugar. Somente alguns cuidados são necessários para que este leite possa ser armazenado e oferecido ao bebê, tais como higiene das mãos e unhas, uso de frascos limpos e evitar conversar enquanto extrai o leite para que não haja contaminação com a saliva. Procede-se colocando o dedo polegar e indicador em forma de C sobre a aréola, de modo que o polegar fique na parte acima do mamilo e o indicador abaixo. A expressão é feita para dentro, em direção ao tórax, apertando firme todos os reservatórios de leite localizados sob a aréola (em cima, em baixo e nas laterais).



Ordenha manual (Ministério da Saúde - 1997)

Após retirado, o leite poderá ser armazenado em frascos de vidro previamente fervidos; em temperatura ambiente por até 6 horas, no refrigerador por 24 horas, no congelador por 10 dias, no freezer por 15 dias e se for pasteurizado armazena-se no freezer por 3 meses. Quando este leite for utilizado, deve-se aquecê-lo em banho-maria e oferecê-lo

em copo, colher, xícara ou seringa, pois os bicos artificiais podem confundir a sucção do bebê além de facilitar a contaminação por bactérias.

3.6.6 Fatores que Interferem no Aleitamento Materno

O aleitamento materno não deve ser dolorido. Para Santos (1989), especialmente do 1º ao 15º dia de puerpério, quando o ritmo das mamadas ainda não estabeleceu uma frequência regular é comum que apareçam alguns problemas. Se estes forem logo identificados, medidas simples podem resolvê-los sem que interfira o manejo do aleitamento materno. É um período em que a mulher-mãe requer o máximo de conhecimento sobre estes problemas além da firmeza, paciência e apoio dos familiares e profissionais de saúde.

A inspeção diária dos mamilos feita pela própria mulher-mãe, por seu companheiro e ainda por familiares, tornará possível a identificação precoce de alterações nas mamas tornando mais rápidas e efetivas as intervenções necessárias. Os problemas mais comuns que surgem nas nutrizas são os seguintes:

3.6.6.1 Ingurgitamento mamário

As mamas apresentam-se túrgidas, quentes, endurecidas, com seu tamanho aumentado e extremamente doloridas. A Rede de Haller é visível e saliente devido à congestão venosa. A mulher-mãe pode ainda sentir calafrios, cefaléia e mal estar geral.

As causas do ingurgitamento mamário são atribuídas ao esvaziamento incompleto das glândulas mamárias que ocorrem devido à sucção deficiente, não esgotamento das mamas através da ordenha manual ou ainda pelo desequilíbrio entre a produção e ejeção da secreção láctea.

A medida em que o leite desce, uma quantidade maior de sangue e linfa é trazida para o peito. O ingurgitamento ocorre pelo congestionamento venoso e linfático da mama e pela estase láctea em qualquer das porções do parênquima mamário. Entre o 3º e 8º dia de

puerpério, devido a pressão exercida pelo leite no sistema canalicular é comum que ocorra o ingurgitamento. Se a retirada do leite (pelo bebê ou pela ordenha manual) for infreqüente e/ou insuficiente o ingurgitamento permanece e se agrava, o que pode provocar um bloqueio do fluxo de leite aumentando mais ainda o volume das mamas. Logo que identificado, a mulher-mãe deve seguir alguns passos, que se bem observados, dentro de 24 a 48 horas o problema desaparece.

Como forma de prevenção deve-se dar atenção especial à técnica da pega e da ordenha manual para que ocorra o completo esvaziamento das glândulas mamárias.

Algumas orientações e medidas servem para aliviar bem como prevenir o ingurgitamento:

- Verificar o posicionamento da mulher-mãe para garantir uma boa pega da aréola;
- Verificar se está ocorrendo limitação da freqüência e duração das mamadas, caso positivo incentivá-la a oferecer o seio sob livre demanda sempre que o bebê desejar;
- Orientar o uso de sutiã adequado de modo que os seios fiquem firmes e suspensos sem, contudo, provocar o garroteamento da rede venosa e linfática;
- Sugerir a retirada de um pouco de leite antes da mamada a fim de que amacie a aréola e proporcione melhores condições para a pega;
- Sugerir a aplicação de compressa quente na aréola, pouco antes da mamada para estimular o fluxo do leite;
- Sugerir a aplicação de compressas frias nas mamas entre as mamadas, que aliviam a dor;
- Orientar para que ambos os seios sejam oferecidos nas mamadas;
- Orientar para que somente o seio seja oferecido ao bebê, pois a oferta de água e outros líquidos irá interferir na produção de leite e na aceitação do bebê;
- Orientar que faça a ordenha manual sempre que sentir necessidade;

- Orientar a diminuição da ingestão hídrica, pois a quantidade de líquido interfere na quantidade de leite produzido;
- Ensinar a técnica da garrafa quente, que consiste em colocar o mamilo no gargalo de uma garrafa previamente aquecida com água quente. A medida em que a garrafa esfria, cria-se um vácuo suave que puxa a mama para dentro dela e retira o leite.
- Oferecer o último peito na mamada seguinte.

3.6.6.2 Fissura mamilar

A fissura mamilar, popularmente conhecida como “rachadura” ou “calor de figo” (pois a casca do figo abre rachaduras devido à exposição ao sol), consiste na ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo. Essas rupturas são de profundidade e extensão variáveis podendo ser superficiais ou profundas e ainda sangrar e acumular pus. Podem ser circulares, ao redor do mamilo e verticais na porção papilar do mamilo. Em geral, são extremamente dolorosas. Ocorre com mais frequência em mulheres de pele clara, idosas, primíparas e com mamilos planos ou invertidos.

Alguns fatores predis põe a mulher-mãe à fissura mamilar como: sucção ineficiente, que faz com que o bebê fique por muito tempo sugando; uso de lubrificantes, responsáveis pela remoção de células superficiais da aréola tornando a região susceptível a lesões; uso de medicamentos tópicos, que destroem a flora bacteriana normal e favorecem o crescimento da flora bacteriana patológica, além de ressecarem a pele; higiene excessiva e uso de cremes e sabonetes que removem a lubrificação natural, e por fim, a falta de preparo dos mamilos no pré-natal.

Associado a estes fatores predisponentes estão os fatores que determinam o aparecimento da fissura mamilar. São eles:

Sucção inadequada (pega incorreta): Devido a inexperiência e a falta de orientação para a mulher-mãe estabelecer a boa pega do bebê. Isso pode ocorrer também devido ao

ingurgitamento, quando a pega fica dificultada em decorrência da tensão aumentada causada pela estase láctea.

O uso de bombas manuais e elétricas permanecem sob discussão. Sabe-se que a bomba provoca uma pressão negativa exercida artificialmente sobre o mamilo, o que pode provocar a ruptura do tecido, porém, muitas mulheres-mães, frente ao ingurgitamento e mesmo frente a necessidade de esvaziamento das mamas se adaptam melhor ao uso de bombas do que ordenha manual. Vale ressaltar às mães que o uso de bomba pode provocar a fissura e ficará a seu critério o uso destas. Nos casos em que já está instalada a fissura, o uso da bomba é contra-indicado.

As formas de evitar o aparecimento da fissura mamilar devem estar relacionadas aos fatores predisponentes e determinantes da fissura, ou seja: promover a pega correta da aréola, evitar o uso de lubrificantes e medicamentos, evitar higiene excessiva, evitar o ingurgitamento e principalmente, preparar as mamas no pré-natal.

Caso ocorra a fissura mamilar algumas medidas são tomadas como forma de tratamento. Deve-se incentivar a mulher-mãe a não interromper e nem diminuir a frequência das mamadas. O uso de raios infravermelhos diretamente nos mamilos determina uma boa cicatrização e involução da fissura. No domicílio, pode-se utilizar o suco de cenoura sobre os mamilos, concomitantemente ao banho de sol; o tratamento com o raio infravermelho pode ser através das lâmpadas especiais e através dos banhos de sol conforme descrito anteriormente.

A ingestão de alimentos ricos em vitamina A nesta fase é especialmente indicada devido a sua ação anti-infecciosa e epitelizante. Além da boa pega, deve-se ensinar a retirada do bebê do seio a fim de evitar fissuras pelo trauma físico.

3.6.6.3 Mastite puerperal

Segundo Ziegel (1985), a mastite é causada pela invasão de organismos patógenos no tecido mamário. O agente patógeno mais freqüente é o *estafilococcus aureus* que pode ser

trazido para a mama através das mãos (da própria mulher-mãe ou de sua cuidadora) ou mesmo pelo bebê.

A infecção pode ser causada ainda por bactérias normalmente presentes nos ductos lactíferos mas que não invadem o tecido, até que ele esteja lesado. Os mamilos fissurados permitem que as bactérias entrem através dos linfáticos subcutâneos. O traumatismo da mama por massagem ou acidental, predispõe à infecções e permite que as bactérias já presentes nos ductos lactíferos invadam os tecidos mais profundos. O ingurgitamento por si só, não causa mastite, mas pode lesar, levar às fissuras e permitir a invasão de bactérias.

Pode ocorrer em qualquer momento durante a lactação, e mais freqüentemente entre a primeira e quarta semana de puerpério.

A mulher-mãe pode sentir calafrios, febre alta (39,4°C a 40°C) e freqüência cardíaca aumentada. Um dos lobos da mama torna-se vermelho, doloroso e endurecido à palpação. Pode haver necessidade de drenagem.

Está classificada de acordo com a localização e pode ser **parenquimatosa**: lobular, lobar, ampolar e glandular; **areolar**: com secreção purulenta junto ao leite ou **intersticial**: onde somente o leite é liberado.

Evitar que a mastite ocorra consiste necessariamente em evitar o ingurgitamento e fissuras além de orientar a higiene das mãos ao manipular as mamas.

Após instalada a mastite, deve-se proceder coleta de material para a realização de cultura a fim de identificar o agente infeccioso e tomar medidas adequadas. Não se deve inibir o processo de lactopoesse, estimulando o funcionamento normal da glândula através da sucção ou extração manual do leite da mama afetada, e ainda observar evolução ou regressão do abscesso, a fim de avaliar as condições de funcionamento da glândula mamária.

Os casos de mastite necessariamente devem ser acompanhados por um médico pois necessitam de solicitação e avaliação de exames e prescrição de medicamentos.

Além dos fatores anteriormente citados, outros podem interferir decisivamente no aleitamento materno. Sabendo que a prolactina é um hormônio produzido pela hipófise,

algumas situações que determinam a interferência na produção deste hormônio irão interferir diretamente na produção do leite. Em situações de estresse ocorre a liberação de dopamina que causa diminuição da produção de prolactina e conseqüentemente a diminuição na produção do leite.

Muitos são os fatores que podem levar a mulher-mãe a situações de estresse. Cabe a enfermeira estar atenta a estas fontes de preocupação e manter um diálogo franco e aberto com a mulher-mãe. Neste momento, os costumes, os mitos, valores e crenças estão especialmente elucidados e dependendo da situação podem estar contradizendo alguma orientação recebida, o que certamente irá gerar conflitos e dúvidas na mulher-mãe. Conversar, ouvir, trocar idéias e sobretudo informar a mulher-mãe, sua família e as pessoas com quem convive, contribui significativamente para evitar o aparecimento de fatores que podem interferir no aleitamento.

O ato de amamentar é fisiológico e natural, para tanto a mulher-mãe deve estar em perfeita sintonia com seu bebê, sem permitir que estímulos ou situações contrárias interfiram neste ato.

3.6.7 Lactância Amenorréica como Método - LAM

O aleitamento materno não é por si só, um método anticoncepcional eficiente, mas efetivamente diminui a fertilidade da mulher.

Freitas et al, (1993) confere o aleitamento como método contraceptivo natural e sua eficácia se traduz na forma como o aleitamento é conduzido, ou seja, somente será eficaz se o aleitamento for exclusivo. *“Recentes trabalhos mostram que a prolactina é um hormônio de largo espectro com outras funções de grande importância incluindo o espaçamento de filhos, conservação de água, alterações de comportamento materno e ação de outros órgãos-alvo incluindo os ovários, rins e possivelmente o cérebro”* (Jellife apud Freitas, 1993).

Segundo a UNICEF (1993) o LAM tem uma taxa de eficácia de 98% **somente se as três suposições abaixo forem afirmativas.**

- O bebê tem menos de seis meses.
- Não há sangramento vaginal após 56 dias de pós-parto.
- O aleitamento é exclusivo.

Se a mulher-mãe desejar usar o aleitamento materno como método contraceptivo recomenda-se que:

- Amamente sempre que o bebê desejar;
- Amamente num peito até o bebê largá-lo espontaneamente, depois ofereça o outro;
- Amamente à noite, sempre que o bebê acordar;
- Amamente no mínimo 10 a 20 vezes em 24 horas, sem intervalos de mais de seis horas entre as mamadas;
- Deixe o bebê sugar somente o peito sem oferecer-lhe chupetas ou bicos artificiais.
- Amamente exclusivamente até o sexto mês;
- Logo que apareça o sangramento, após os 56 dias procurar imediatamente o ginecologista para a adoção de um novo método.

3.7 ASPECTOS CULTURAIS DO PROCESSO DE MATERNIDADE

3.7.1 Influências Culturais

De maneira geral, a maioria dos autores prefere abordar aspectos biológicos e obstétricos que caracterizam clinicamente a gestação, fazendo pouca ou nenhuma alusão à questão feminina, social e cultural em que se circunscreve esse processo, na prestação da

assistência à saúde; esta visão dificulta a compreensão desta etapa da vida das mulheres como um “**processo de maternidade**”.

O processo de maternidade faz com que a mulher-mãe assuma o cuidado de saúde próprio e futuramente o cuidado de saúde de seu filho. Para responder a esta responsabilidade a mulher-mãe lança mão do saber popular dentro de sua cultura. Estes conhecimentos são transmitidos pela rede feminina de apoio, composta por mulheres (geralmente mais velhas, mães, benzedeiras, parteiras, comadres, irmãs, avós, etc.) que fazem parte de seu convívio social, bem como conhecimentos adquiridos por outras fontes, como por exemplo, os meios de comunicação.

O conhecimento popular fundamenta a prática do cuidado popular. Nas experiências vividas no cotidiano, o cuidado popular traz respostas significativas frente a situações de cuidado em todas as etapas da vida, que se acumulam e passam de geração em geração e permitem às mulheres cuidarem de si mesmas também durante o processo de maternidade.

Malinowski apud Lemos (1994), considera que os valores conferidos à mulher e à maternidade não são atrelados a interesses de ordem social, política ou ideológica dominante, e sim, às raízes culturais profundas, historicamente perpetuadas pelos costumes e rituais praticados.

Historicamente o processo de maternidade citado por Lemos (1994) apresenta situações em que as mulheres engravidavam, davam a luz e criavam seus filhos sem necessariamente contar com a ajuda de um profissional. Com a evolução da civilização, mais e mais mulheres assumiram o papel de cuidadoras, e na maioria das vezes os profissionais da saúde desconsideram as suas expectativas e seus valores enquanto “cuidadoras”, na vivência deste processo.

Marcon (1989), situa o surgimento das parteiras por volta de 2.900 AC. As parteiras eram mulheres, comumente mais velhas, parte da mesma cultura, preocupadas em acudir, através de conselhos e práticas diversas. Este auxílio era dirigido especialmente às estreates na arte do parto, com a intenção de ajudá-las na retirada da criança, além de transmitir toda sua experiência no cuidado ao recém-nascido e nova mulher-mãe. Vale ressaltar que com o

passar do tempo, e com o crescente número de filhos, a mulher-mãe ia adquirindo a prática, as habilidades e os saberes que a possibilitava a participar dos partos de outras mulheres junto às parteiras e até mesmo tornar-se uma delas. O próprio saber popular adquirido ao longo do tempo, através de suas próprias vivências era o que a capacitava para essa incumbência.

Para Ziegel e Granley (1985), a gravidez é um fenômeno de desenvolvimento e maturação, sendo um evento especial na vida da mulher, distinto de outros períodos, que envolve alterações fisiológicas, emocionais e psicológicas intensas, exigindo da gestante algumas adaptações especiais de modo a promover a sua saúde e a do concepto.

Ora, se para gestar, parir e criar, a mulher-mãe necessita de adaptações, estas ocorrem principalmente dentro de seu âmbito familiar e grupo social, sendo a cultura a principal norteadora destas adaptações.

Para Richards apud Dias(1996), o processo de maternidade envolve necessidades de reestruturação e reajuste em vários aspectos, como mudanças de identidade e de papéis. Os sentimentos sofrem profundas transformações que necessitam de amparo e este poderá advir de suas próprias concepções, bem como da estrutura familiar e cultural em que a mulher-mãe está inserida.

A principal conclusão de Marcon (1989) acerca do processo de maternidade é de que este se dá inserido em um contexto e é influenciado por este, o que reforça nossa concepção de que as mulheres que vivenciam este processo, encaram-no como único. Este acontecimento se soma à experiências culturais e cognitivas que envolvem não apenas o acontecimento biológico, mas também o conjunto de ambiente físico, psicológico, familiar, social, econômico, histórico, político e cultural.

3.7.2 O cuidado cultural na assistência de enfermagem

Para Madureira (1994), a enfermeira raramente procura saber o que a mulher conhece, qual sua maneira de enfrentar situações que requeiram cuidado, o que estas situações representam para ela, o que a impede de colocar em prática o saber de que dispõe e quem ela

busca para auxiliá-la quando se depara com uma situação nova de cuidado. Isto desvaloriza a mulher-mãe como ser-humano, capaz de cuidar.

Já Cartana (1988), em seu estudo, percebe a enfermagem como uma profissão interessada e preocupada com o indivíduo de forma integral. Para ela, assim como para nós, compreender a forma como as pessoas vivem, os valores que carregam consigo e suas percepções acerca do seu mundo, facilita, torna eficiente e contribui para que as ações sejam implementadas em benefício do cliente.

Estes estudos, cada um a sua maneira revelam a importância da cultura e da participação popular no processo de educar em saúde “fermentando” lenta e gradualmente este processo de transformação que o profissional enfermeiro vivencia.

Estes trabalhos apresentam a mulher-mãe no complexo desempenho de seus diversos papéis sociais e não unicamente como genitora. Assim, a enfermeira tem o papel de compartilhar as vivências e saberes culturais com estas mulheres, possibilitando o aperfeiçoamento do seu cuidado.

De acordo com Lemos (1994), assistir a gestante com visão exclusivamente direcionada aos aspectos biológicos e obstétricos sempre foi motivo de insatisfação e inquietude. Além da gravidez, existem outras dimensões humanas da mulher que precisam ser atendidas. Desta forma, acreditamos que o processo da maternidade extrapola as questões biológicas e faz emergir essencialmente as questões culturais. Nesta etapa da vida há um enfoque especial às práticas de cuidado cultural da mulher; práticas estas que precisam ser conhecidas, e por que não, estudadas, pelos profissionais da saúde a fim de garantir uma assistência voltada às suas reais necessidades.

Se a enfermeira que vivenciar este processo junto à mulher-mãe, estiver consciente da importância dos valores culturais nela inculcidos, certamente atuará como uma facilitadora neste profundo processo de transformação.

Acreditamos que se o planejamento da assistência de enfermagem contempla a presença da mulher-mãe e considera que ela (singular e unicamente), está vivenciando o processo de maternidade, culturalmente amparado por diversos significados, o caminho

percorrido por ambas (enfermeira/mulher-mãe) será harmonioso e este caminhar será compartilhado lado a lado.

Na maioria das vezes a assistência no processo de maternidade caracteriza-se pelo diagnóstico e tratamento de intercorrências clínicas, as quais, muitas vezes são apenas exacerbadas pelo estado gestacional. Além disso, esse tipo de assistência visa identificar algumas perturbações físicas, morfológicas, etc., que possam estar ocorrendo. Muitas vezes, investigações com explicações insuficientes e sem referência à mulher como pessoa, causam confusão e angústia. (Baseado em Marcon, 1989)

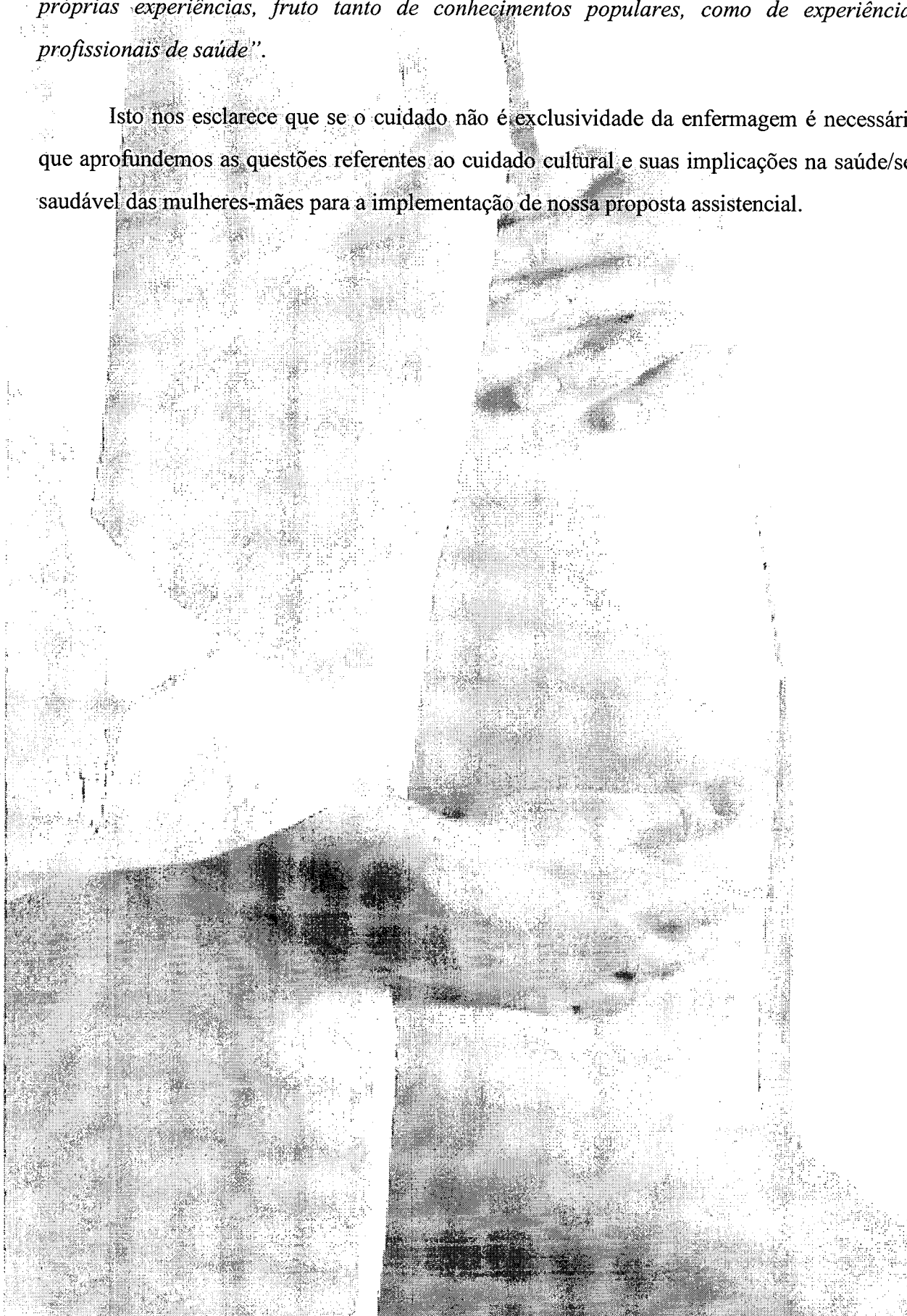
Lenardt (1996), refletiu sobre a idéia de que o modelo bio-médico de assistência é centrado na fisiopatologia, não baseado na compreensão pessoal. Este modelo verticalizado, autoritário, não dá espaço ou pouco considera as dimensões sociais e culturais, e ainda desconsidera a realidade do cliente e suas capacidades pessoais. Após o término do estudo, a autora concluiu que o cuidado cultural estimulou o cliente a dizer o que realmente sente e a revelar verdadeiramente seu cotidiano; postura nem sempre percebida quando eram desenvolvidas outras metodologias de assistência.

Não é nossa intenção questionar qualitativamente a propriedade ou validade das mais diversas formas metodológicas de assistir a mulher. Desejamos refletir e discutir sobre o fato de que os componentes culturais das pessoas parecem estar sempre dissociados do trabalho profissional. Concordamos com Marcon (1989) e acreditamos que a enfermeira deve prestar assistência às mulheres-mães, estando voltada a prestar esclarecimentos, a informar, a deixar saber com antecedência o que poderá acontecer, a discutir possibilidades, a ouvir, a descobrir novos valores e práticas de cuidado. Deve ainda contribuir para que a mulher deixe de ser passiva em relação ao processo que está vivenciando e que passe a ser **agente ativo**, o **sujeito** do mesmo, alguém capaz, de muito mais que apenas conceber e servir de instrumento para o desenvolvimento de um novo ser; mas também capaz de, conhecendo, pensar e agir sobre tudo o que incide em seu próprio corpo.

Um dos pressupostos de Bohes (1990) é de que *“o cuidado é a essência da enfermagem, mas não é exclusivo da enfermagem. A família também cuida, baseada em suas*

próprias experiências, fruto tanto de conhecimentos populares, como de experiências profissionais de saúde”.

Isto nos esclarece que se o cuidado não é exclusividade da enfermagem é necessário que aprofundemos as questões referentes ao cuidado cultural e suas implicações na saúde/ser saudável das mulheres-mães para a implementação de nossa proposta assistencial.



4. O REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 MARCO CONCEITUAL

Entendemos que o marco conceitual deve servir de “luz”, ou seja, de guia para a prática assistencial.

Assim, esta base teórica deve permear todos os momentos desta prática, atuando como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o cliente, além de proporcionar uma organização para reflexão e interpretação do que está sendo vivenciado (Nitschke apud Monticelli, 1994).

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

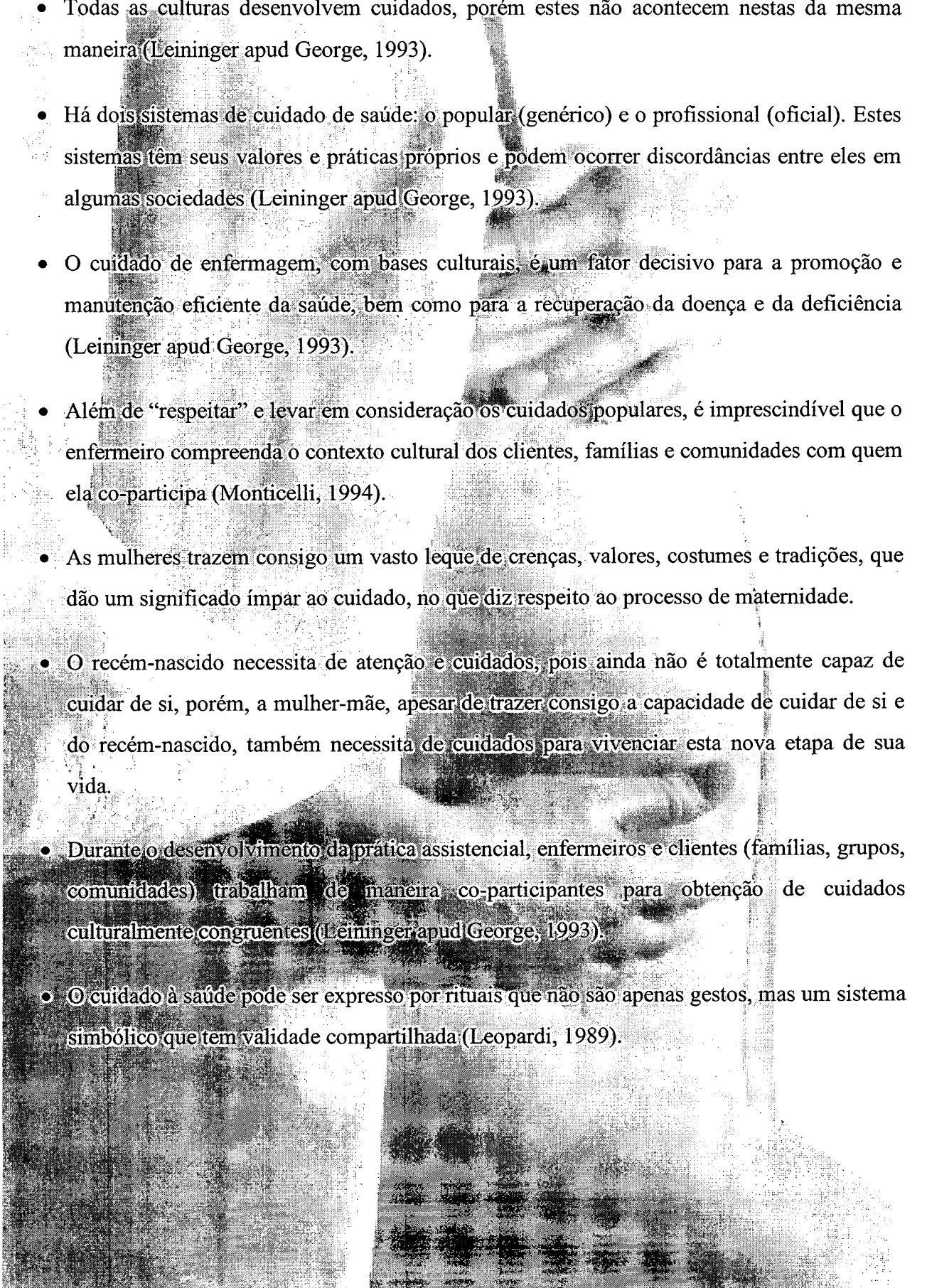
Acreditamos que o marco conceitual serve de “porto seguro” para que se possa compreender o cuidado sob uma ótica mais ampla e humana e que se tenha condições de assumir uma postura profissional de acordo com aquilo que acreditamos ser “enfermeiro”.

4.2 ALGUNS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E PESSOAIS

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

Para a elaboração dos conceitos deste marco consideramos alguns pressupostos de Leininger, de outros autores que trabalharam com a Teoria das Diversidades e Universalidades do Cuidado Cultural, bem como nossos conceitos pessoais, que são expostos a seguir:

- Culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo (Leininger apud George, 1993).
- Os seres humanos são seres culturais e capazes de sobreviver ao passar do tempo, através de sua capacidade de prestar cuidado a outros, de todas as idades, em vários ambientes, e de muitas maneiras (Leininger apud George, 1993).
- O cuidado humano é universal em todas as culturas, o cuidado pode ser demonstrado por meio de expressões, ações, padrões, estilos de vida e sentidos diferentes (Leininger apud George, 1993).
- O cuidado cultural é “o mais amplo meio de conhecer, explicar, justificar e prever fenômenos de cuidado em enfermagem e de orientar as atividades de cuidado de enfermagem (Leininger apud George, 1993).
- A enfermagem é uma profissão que envolve o cuidado cultural (Leininger apud George, 1993).
- O cuidado é a essência da enfermagem, mas não é exclusivo dela. A família também cuida, baseada em suas próprias experiências, fruto tanto de conhecimentos populares, como de profissionais de saúde (Bohes, 1990).

- 
- Todas as culturas desenvolvem cuidados, porém estes não acontecem nestas da mesma maneira (Leininger apud George, 1993).
 - Há dois sistemas de cuidado de saúde: o popular (genérico) e o profissional (oficial). Estes sistemas têm seus valores e práticas próprios e podem ocorrer discordâncias entre eles em algumas sociedades (Leininger apud George, 1993).
 - O cuidado de enfermagem, com bases culturais, é um fator decisivo para a promoção e manutenção eficiente da saúde, bem como para a recuperação da doença e da deficiência (Leininger apud George, 1993).
 - Além de “respeitar” e levar em consideração os cuidados populares, é imprescindível que o enfermeiro compreenda o contexto cultural dos clientes, famílias e comunidades com quem ela co-participa (Monticelli, 1994).
 - As mulheres trazem consigo um vasto leque de crenças, valores, costumes e tradições, que dão um significado ímpar ao cuidado, no que diz respeito ao processo de maternidade.
 - O recém-nascido necessita de atenção e cuidados, pois ainda não é totalmente capaz de cuidar de si, porém, a mulher-mãe, apesar de trazer consigo a capacidade de cuidar de si e do recém-nascido, também necessita de cuidados para vivenciar esta nova etapa de sua vida.
 - Durante o desenvolvimento da prática assistencial, enfermeiros e clientes (famílias, grupos, comunidades) trabalham de maneira co-participantes para obtenção de cuidados culturalmente congruentes (Leininger apud George, 1993).
 - O cuidado à saúde pode ser expresso por rituais que não são apenas gestos, mas um sistema simbólico que tem validade compartilhada (Leopardi, 1989).

4.3 CONCEITOS

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

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

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

Mulher-Mãe: ser humano inserido em uma família, e que em algum momento de sua vida passa a desenvolver o papel de mãe, desempenhando o cuidado a si mesma (como cidadã, mulher, esposa, trabalhadora) e ao novo ser humano recém nascido, experimentando então a vivência deste novo papel de acordo com as crenças, valores e atitudes comuns à sua cultura. Consideramos mulher-mãe, aquela que está vivenciando qualquer uma das etapas do processo de maternidade.

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

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

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

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

Cuidado: refere-se à assistência realizada pela enfermeira a mulheres-mães, durante a vivência do processo de maternidade, buscando a saúde/ser saudável respeitando e conhecendo o significado do cuidado cultural, e também participando efetivamente desse processo.

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

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

4.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM

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

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

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

O modelo do processo de enfermagem por nós adotado foi inspirado no “Processo de Cuidar”, utilizado por Santos, Saucedo e Stuepp (1997), por acreditarmos ser o método que

melhor contempla nossas expectativas com o foco voltado à assistência da mulher-mãe na comunidade.

4.4.1 O Processo de Cuidar

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

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

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

Centro de Saúde ↔ Maternidade ↔ Domicílio/Comunidade ↔ Centro de Saúde

Como forma de registro do Processo de Cuidar, foi criada uma ficha individual (apêndice I), na qual constam: o conhecimento, as reflexões, o planejamento, as ações e avaliações acerca das situações de cuidado.

4.4.1.1 Conhecendo a Situação

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

A enfermeira preocupa-se em fazer observações e ouvir atentamente a cliente, obtendo desta maneira uma ampla visão da situação. Assim, gradualmente vai conhecendo a mulher, com maiores detalhes, sempre tendo em mente o foco de estudos e objetivos propostos. Esta fase é importante, porque permite à enfermeira iniciar e continuar a compreensão do que está

ocorrendo antes de intervir na situação como uma participante, antes de desenvolver o cuidado. (Monticelli, 1994)

Para a realização desta etapa elaboramos um instrumento que inclui uma série de perguntas à mulher-mãe e também as percepções da enfermeira. (apêndice II)

4.4.1.2 Refletindo sobre a situação do cliente:

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

4.4.1.3 Planejando e fazendo o cuidado

Nesta fase, a enfermeira e a cliente buscam caminhos para a obtenção conjunta de cuidado, de acordo com a situação existente. Procuram no diálogo, **manter, adaptar ou repadronizar** os cuidados.

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

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

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

Fazendo o cuidado consiste em colocar em prática as ações e decisões propostas durante o planejamento. Fazer o cuidado pode ser: comprometer, ter sensibilidade, trocar idéias e experiências, esclarecer, informar, orientar, fazer favor, ouvir atentamente, gentilezas, amar, confortar, prevenir, contornar, adotar, coordenar, reforçar, demonstrar interesse, empenhar-se, valorizar, estar presente, proteger, respeitar, aceitar, lutar, estimular desafiar, socorrer, amparar, supervisionar, executar ações técnicas e físicas, compreender, calar, meditar, limitar, aliviar, fazer por, dedicar-se, promover conhecimentos, vigiar, tocar, acariciar, abraçar, tratar, demonstrar confiança, auxiliar na busca de recursos, etc. (Patrício, 1994)

4.4.1.4 Avaliando o cuidado

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

5. METODOLOGIA

5.1 LOCAL DE ESTÁGIO

O estágio foi desenvolvido no Centro de Saúde II Ribeirão da Ilha, no período de 30 de março a 05 de junho de 1998, num total de 268 horas.

O Centro de Saúde localiza-se na Rodovia Baldicero Filomeno - Freguesia do Ribeirão da Ilha, município de Florianópolis. É uma instituição pública pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Sua estrutura física está situada dentro do Centro Comunitário da comunidade, dispondo de 03 consultórios (sendo 02 com banheiro), 02 salas de procedimentos de enfermagem, 01 sala de espera anexa à recepção, 01 farmácia e 01 cozinha (utilizada pelos funcionários do Centro de Saúde e pelos funcionários do Centro Comunitário). Oferece à comunidade os seguintes serviços: consulta médica (geral, pediátrica e acupuntura), consultas de enfermagem, atendimento odontológico, Programa Nacional de Imunização, Programa Capital Criança e procedimentos básicos de enfermagem (curativos, nebulizações, retirada de pontos, entre outros). O quadro de funcionários é composto por: 01 enfermeira, 01 dentista, 01 pediatra, 01 clínico geral, 03 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar administrativo, 01 auxiliar de dentista e 01 auxiliar de serviços gerais.

5.2 POPULAÇÃO ALVO

Este projeto teve como público alvo a mulher-mãe, preferencialmente primigesta, de baixo risco, residente na área de abrangência do CS, que estivesse realizando seu pré-natal no CS e que aceitasse participar do projeto.

A seleção se deu independente da idade, estado civil, grau de escolaridade, etnia e nível sócio econômico. Levou-se em conta somente a idade gestacional, dando preferência às gestantes a partir do 8º mês de gestação.

Durante os primeiros dias de estágio, acompanhamos as consultas de pré-natal realizadas pela enfermeira; quando ocorreu nosso primeiro contato com as mulheres-mães da comunidade. Neste momento, fizemos a triagem da clientela, de acordo com os critérios acima citados. A partir daí, implementamos o Processo de Cuidar nas consultas de pré-natal, visitas domiciliares, visita na maternidade e consulta de enfermagem no puerpério. O momento do parto das mulheres-mães não foi acompanhado na íntegra, visto que este é um acontecimento, na maioria das vezes imprevisível, o que dificultou a possibilidade de agendamento prévio.

5.3 PLANO DE AÇÃO

Neste estudo, propomos as seguintes estratégias para a implementação dos nossos objetivos.

OBJETIVO	PLANO DE AÇÃO	AVALIAÇÃO
<p>Realizar o reconhecimento geográfico e cultural da comunidade onde está inserida a mulher-mãe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obter informações sobre os setores censitários da área de abrangência do CS II Ribeirão da Ilha no IBGE. • Realizar “passeios” pela comunidade observando condições gerais de saneamento, tipo de construções existentes, escolas, igrejas, etc. • Conhecer e conversar com pessoas antigas da comunidade, benzedeiros, representantes de grupos folclóricos e religiosos, líderes comunitários e demais moradores. • Buscar bibliografia regional que explique a cultura local. 	<p>O objetivo será alcançado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseguirmos delimitar o CS dentro dos setores censitários do IBGE e reconhecer sua área de abrangência. • Contextualizarmos as práticas de cuidado cultural dentro da cultura local

OBJETIVO	PLANO DE AÇÃO	AVALIAÇÃO
<p>Interagir com a equipe de enfermagem e multidisciplinar acerca de nossa proposta assistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o projeto à equipe de saúde do CS. • Buscar junto à equipe informações e sugestões sobre as situações de cuidado cultural da mulher-mãe. • Proporcionar encontros com a equipe, a fim de compartilhar as vivências e experiências. 	<p>O objetivo será alcançado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O projeto for apresentado à equipe de saúde com data previamente marcada. • Os encontros forem agendados e realizados com a participação da equipe no que se refere ao desenvolvimento do Projeto Assistencial.

OBJETIVO	PLANO DE AÇÃO	AVALIAÇÃO
<p>Implementar o Processo de Cuidar com base nas universalidades e diversidades culturais, do cuidado da mulher no seu processo de maternidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar instrumento para conhecer a situação da mulher-mãe. • Selecionar 06 mulheres que estão vivenciando o processo de maternidade, a partir do 8º mês de gestação, que realizam consulta pré-natal no CS II Ribeirão da Ilha. • Aplicar o Processo de Cuidar através de consultas de enfermagem e visitas domiciliares, acompanhando a trajetória da mulher-mãe: CS II ↔ Maternidade ↔ Domicílio/comunidade ↔ CS II • Dialogar com a mulher-mãe sobre as práticas de cuidado cultural e as possibilidades de manutenção, acomodação ou repadronização dos cuidados apresentados. • Assegurar o cuidado de enfermagem, respeitando os valores culturais de cada mulher mãe. • Buscar junto aos profissionais de saúde, à supervisora, à literatura e à orientadora do projeto, conhecimentos científicos acerca das nossas dificuldades de compreensão frente às práticas de cuidado identificadas. 	<p>O objetivo será alcançado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forem atendidas as mulheres-mães que aceitarem participar do projeto. • O instrumento proposto fornecer respostas que satisfatoriamente contemplem os aspectos culturais do cuidado. • as acadêmicas conseguirem, a partir da reflexão sobre a etapa “Conhecendo a Situação”, implementar as etapas seguintes do processo de cuidar. • O planejamento e implementação do processo for construído com a participação ativa da mulher-mãe.

OBJETIVO	PLANO DE AÇÃO	AVALIAÇÃO
<p>Aprofundar nossos conhecimentos teóricos e práticos relativos ao cuidado à mulher-mãe e relativos à Teoria das Diversidades e Universalidades do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer revisão bibliográfica referente ao processo de maternidade. • Verificar a adequação dos conceitos e da linha teórica de Leininger realizando estudos e discussões a respeito desta prática. 	<p>O objetivo será alcançado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • durante o estágio as acadêmicas realizarem leituras e discussões sobre o processo de maternidade e concluírem a revisão bibliográfica proposta. • Se as acadêmicas aplicarem o Processo de Cuidar com domínio do referencial teórico.

OBJETIVO	PLANO DE AÇÃO	AVALIAÇÃO
<p>Manter postura profissional ética frente às universalidades e diversidades culturais do cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rever e praticar os princípios éticos que regem o exercício da profissão durante todos os momentos de nossa prática. 	<p>O objetivo será alcançado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As acadêmicas prestarem cuidado com base nos princípios éticos da profissão.

ATIVIDADES	ABRIL																													
	Q	Q	S	T	Q	Q	S	T	Q	Q	S	T	Q	Q	S	T	Q	Q	S	T	Q	Q	S	T	Q	Q	S	T	Q	Q
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Aplicação do Processo de Cuidar	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Contatos para integração com a equipe de saúde	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Contatos com representantes da comunidade	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Avaliação da aplicabilidade do Marco teórico	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Respeitar o código de ética	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Reunião com Orientadora	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Treinamento Capital Criança	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Revisão Literária	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T

ATIVIDADES	AGOSTO															
	S	T	Q	Q	S	S	T	Q	Q	S	S	T	Q	Q	S	S
Entrega do Relatório (1ª versão)	03	04	05	06	07	10	11	12	13	14	17					
Respeitar o Código de Ética	M															
Entrevista com a Banca Examinadora	I	J	U	I	I	I	I	I	I	I	I					
Apresentação dos Relatórios																
Entrega do Relatório Final					T	T	T	T								M

Legenda:

M = Manhã

T = Tarde

I = Manhã / Tarde

Observação: Este cronograma apresenta alterações em função da greve das Instituições Federais ocorridas no decorrer do semestre. Os períodos de elaboração, apresentação e entrega do relatório foram definidos conforme o novo calendário escolar definido pela UFSC.

7. DESCREVENDO OS RESULTADOS OBTIDOS NOS OBJETIVOS PROPOSTOS

No desenvolvimento da nossa proposta assistencial, buscamos o alcance dos objetivos propostos no seu planejamento; no entanto, além destas atividades, devido à necessidade e demanda excessiva no Centro de Saúde, desenvolvemos cuidados de enfermagem e atividades administrativas, com o propósito de colaborar com a instituição, com nosso crescimento profissional e até mesmo promover nossa integração com os funcionários do CS e também com a comunidade. Foram realizadas atividades como triagem, imunizações, curativos, aplicação de injeções, nebulizações, verificação de Pressão Arterial, orientações acerca dos cuidados prestados, marcação de consultas, marcação de exames, entrega de medicamentos e consultas de enfermagem à gestantes e crianças.

A seguir descreveremos como foram desenvolvidos os objetivos propostos.

7.1 OBJETIVO N.º 1

Realizar o reconhecimento geográfico e cultural da comunidade onde está inserida a mulher-mãe.

Consideramos que este objetivo foi plenamente alcançado pois:

- Realizamos visita ao IBGE, que nos forneceu informações satisfatórias para a identificação dos setores censitários pertencentes à área de abrangência do CS II Ribeirão da Ilha;
- Optamos por caminhadas para nos deslocarmos ao CS e aos domicílios das clientes. Nestes trajetos observamos detalhadamente a estrutura física e arquitetônica da comunidade e ocorreram encontros ocasionais com os moradores, o que enriqueceu nosso conhecimento acerca da cultura local;
- Tivemos a oportunidade de presenciar algumas reuniões e comemorações entre os moradores da comunidade como ensaios de canto, missas, Festa do Divino, encontro de rendeiras, Grupo da 3ª Idade, além de visitas informais à moradores antigos da comunidade, benzedeiros e líderes religiosos e comunitários; o que enriqueceu o nosso contato com a cultura local. Em uma destas situações, visitando dona D., 58 anos, ela comentou sobre os cuidados relacionados ao puerpério (resguardo):

“...hoje já tem muita mulher que não se cuida, o certo é se ganhou menino fica de resguardo 40 dias e se foi menina é 30 dias... no resguardo a gente não corta as unhas, nem do pé e nem da mão pois o metal da tesoura e do cortador são frios, não se lava os cabelos, não pode pegar friagem, isso tudo pode “suspender” o sangue, sabe né, assim... sobe pra cabeça e daí a mulher fica tola... pra se acertar co marido só depois do resguardo e ele sabe disso... deve cuidar também das comidas, o parati e a curvina são peixes frios, a banana também é, tem uma porção de alimento frio que pode suspender a menstruação, requenta a comida nem pensar, a mulher que ganhou nenê come sempre comidinha da hora...”

Também Dona Z., 75 anos, nos falou sobre suas crenças e costumes à respeito do “resguardo”:

“...a minha filha vai se cuidar como eu me cuidei, que foi minha mãe que me ensinou, e nunca tive problema de doença nas coisas de mulher...sou sãzinha por dentro!”

Já Dona H., 74 anos, se referiu aos cuidados culturais relacionados ao bebê:

“...a tiriça se trata com alho, faz uma puserinha com 7 dentes de alho e coloca no nenê, cada dia tira um dente do alho que sai bem amarelinho, porque puxa a tiriça da criança. Quando o nenê chega em casa, da maternidade, a gente tem que oferecer ele prá lua, que vai protegê ele prá se criá bem. Diz assim: Lua, luar, beija meu filho e deixa criar! Depois joga uma fralda dele no telhado... Antes disso a lua não pode ver o nenê e nem as roupinha dele, se acontecê ele não vinga...”

Da mesma forma, Dona S., 63 anos, também nos contou sobre seus hábitos:

“...quando tá rasgando os dentinho a gente faz uma simpatia: pendura no pescoço dele, uma semente da amendoera, que vai descascando, descascando até terminá de rasgá os dente, se a semente descasca o nenê não fica amoadinho e birrento...mas tem que ficá em contato com a pele do nenê, senão não funciona...”

- Construímos um breve histórico da comunidade do Ribeirão da Ilha, através de algumas bibliografias regionais e dos conhecimentos adquiridos com os moradores e líderes locais.

7.1.1 CONHECENDO O RIBEIRÃO DA ILHA

O Distrito do Ribeirão localiza-se na parte meridional, costa oeste da ilha de Florianópolis, Santa Catarina. Sua superfície territorial é de aproximadamente 131,93 Km².

Entre os extremos norte-sul mede 21 Km (em linha reta), variando sua largura entre 8 e 1,5 Km, formando um traçado sinuoso, contornado oeste-sul, pelo mar interno da Baía Sul, a leste por um conjunto de elevações (morros) e, pelo norte, fazendo limites com o Distrito da Capital demarcados pelos rios Tavares e Fazenda. Limita-se ainda com os distritos da Lagoa e do Pântano do Sul.

Dentro de seu território está o ponto mais alto da Ilha de Florianópolis, o Morro do Ribeirão, onde nasce o rio do mesmo nome, do qual originou-se o nome do distrito.

Possui uma única via de acesso, uma estrada costeira, de ida e volta, com 32 Km (Rodovia Baldicero Filomeno).

O mapa em anexo (anexo III) ilustra o Distrito do Ribeirão, bem como define a área em que trabalhamos, correspondente aos setores censitários 1, 2, 3, 4, 5 e 6, demarcados pelo IBGE, obedecendo teoricamente* a área de abrangência do CS II Ribeirão da Ilha (*a área de abrangência do CS II não está oficialmente definida devido à dificuldade e deficiência de atendimento dos outros Centros de Saúde próximos). Dentro destes setores estão as seguintes micro-áreas: Alto Ribeirão, Zeca do Candonga ou Canto do Rio, Pedregal, Barro Vermelho (antigo Simplício), Freguesia - Sede, Costeira do Ribeirão, Caiacanga-açu e Tapera do Sul.

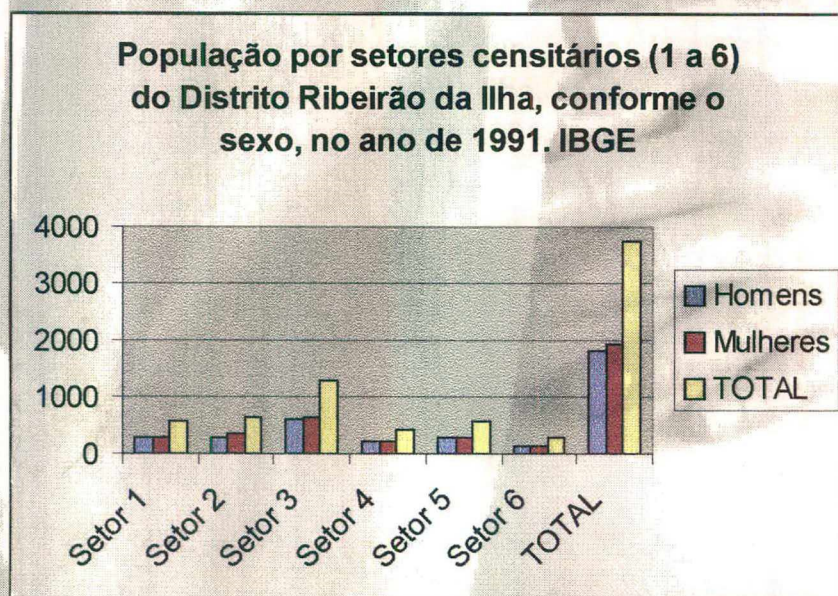
Segundo o Censo realizado pelo IBGE em 1991, a população total destes seis setores censitários era de 3.759 habitantes, sendo predominante a população feminina (51,4%).



População dos Setores Censitários 1 a 6 do Distrito Ribeirão da Ilha, conforme o sexo, no ano de 1991.

Setor Censitário	Homens	Mulheres	TOTAL
Setor 1	275	289	564
Setor 2	296	341	637
Setor 3	625	649	1274
Setor 4	202	221	423
Setor 5	295	286	581
Setor 6	133	147	280
TOTAL	1826	1933	3759

Fonte: IBGE - Censo 1991.



Levantar a história do Ribeirão da Ilha através de fontes primárias e documentais é uma tarefa consideravelmente difícil visto que a maioria dos acontecimentos são de domínio popular, salvo algumas obras publicadas como a de 1991, *Ribeirão da Ilha - Vida e Retratos*, que reúne os principais fatos referentes ao surgimento e a história do lugar, o que nos auxiliou e serviu como principal fonte bibliográfica para a elaboração deste capítulo. Como nossa proposta assistencial referencia a cultura de nossa clientela, estando esta intimamente ligada à história da comunidade, tornou-se indispensável o reconhecimento histórico do Ribeirão da Ilha. Além do livro, as conversas informais com os moradores, principalmente os mais idosos, fez com que mergulhássemos há mais ou menos 400 anos de história.

Quase tudo o que se sabe sobre o Ribeirão da Ilha tem por base a tradição oral, o velho ditado do “quem conta um conto aumenta um ponto” faz parte de todas as

histórias da comunidade, restando um bocado de estórias, lendas e criatividade popular, pairando sobretudo no que se escreve, uma cortina de dúvida e incerteza.

A história do surgimento do Ribeirão da Ilha é bastante controversa. O que se diz é que diversos foram os focos iniciais de povoamento. Um deles é o de nome Simplício, (hoje denominado Barro Vermelho) onde por volta de 1748 e 1756 os primeiros casais de açorianos fixaram residência.

Boiteux (1920), relatou em sua obra que Sebastião Cabotto, navegador veneziano, tinha como destino as Ilhas de Molucas no Pacífico, e como rota o Estreito de Magalhães, devendo por isso, necessariamente aportar na Ilha de Santa Catarina. Em 19 de outubro de 1526 aportou no Porto do Ribeirão, onde recebeu a visita de cristãos já residentes no local (náufragos de Sollis). Ao partir rumo ao seu destino, naufragou desastrosamente próximo à ilha, perdendo quase toda sua carga. Cabotto então mandou fazer um acampamento em terra, ajudado pelos indígenas (segundo o arqueólogo Padre João Alfredo Rohr, que comprovou através de fósseis a existência de índios no local há mais de 2000 anos - Museu do Homem Americano).

Na Enciclopédia dos Municípios Brasileiros (1959), consta que entre os meses de outubro e novembro de 1526 “...aportava à Baía Sul de Florianópolis. Constataram que ali viviam com os indígenas já convertidos ao catolicismo, dois espanhóis da expedição de Juan Dias de Sollis (1515), Melchior Ramires e Henrique Montez, que se haviam tornado *patriarcas dos carijós*. Constatou Cabotto a existência de 5 ou 6 tabas indígenas e outras tantas no continente fronteiro. E ali se erradicou Sebastião Cabotto mandando construir casas para náufragos de sua capitania, a Vitória, que ao enfrentar a barra sul da Ilha de Santa Catarina, naufragara... Fez montar uma carpintaria de ribeira onde se construiu uma embarcação de pequeno porte destinado à exploração do rio que desembocava no mar. Estava assim dado o início a um povoado, segundo descrições, onde hoje se ergue a vila do Ribeirão.”

Após o registro destes fatos históricos, conhecidos através dos relatos de Cabotto, até a vinda dos açorianos em 1748, pouco se sabe sobre a história do Ribeirão.

A partir de 1748 até o início do Século XIX tem-se algumas informações orais, talvez lendárias, da existência do senhor *Manoel Valgas Rodrigues*, tido como iniciador da devoção, no local do Simplício, à Nossa Senhora da Lapa, onde fora construída uma pequena capela para abrigar a imagem da santa, colocada à veneração popular. Esta capela existe até hoje, porém não mais é a sede, sendo a Igreja Matriz de Nossa Senhora da Lapa distante aproximadamente 1500m. da original, localizada na Freguesia.

Cabral (1968) referencia em sua obra apesar de conter datas diferenciadas, a existência de Valgas Rodrigues: “...conhecida dos navegantes espanhóis a sua enseada, ali se instalaram casais açorianos, depois de 1748, tendo um deles, Manoel Vargas Rodrigues (alguns autores e moradores pronunciam Vargas, outros Valgas), obtido provisão episcopal, em 1763, para instalar capela tendo Nossa Senhora da Lapa por orago...”

Em 11 de junho de 1809, foi oficialmente instituído o Ribeirão da Ilha. Atualmente a Freguesia do Ribeirão da Ilha, local onde foi construída a Igreja Matriz de Nossa Senhora da Lapa é tombada pelo patrimônio Histórico e Cultural de Florianópolis. Ao passar pela Freguesia percebe-se que seu traçado urbano foi executado de acordo com a Provisão Régia de 9 de agosto de 1747 de Dom João V, que determinava a distribuição das ruas e casas ao redor da Igreja Matriz e sua praça. As casas seguem o estilo arquitetônico açoriano, sendo que algumas permanecem com suas fachadas externas preservadas (devido ao Projeto de Preservação do Conjunto Arquitetônico da Freguesia do Ribeirão da Ilha).

Nos séculos XVIII e XIX, o Ribeirão ocupou o lugar de grande fornecedor de produtos diversos (café, mandioca, linho, produtos pesqueiros, óleo de baleia, entre outros) para o mercado catarinense (centro de Florianópolis, Laguna e Imbituba), Santos e Rio de Janeiro, porém, no início do século XX declinou rapidamente, tendo hoje perdido totalmente essa característica, ao ponto de transformar-se de fornecedor e vendedor, para consumidor e comprador.

A grande maioria da população economicamente ativa trabalha no setor terciário, principalmente setor público, que se desloca para fora do distrito, o que

transforma a área em essencialmente residencial e turística (o turismo e a pesca artesanal são as únicas, porém, pouco exploradas fontes geradoras de renda da região atualmente). O que resta da pesca, das culturas agrícolas e da pecuária são classificadas como economia de subsistência e pouco tem a ver com a economia de mercado, raras são as exceções com relação a pesca sazonal de camarão, tainha e produção de cachaça.

A religião predominante no Ribeirão da Ilha é a católica sendo a Igreja o principal ponto de encontro especialmente das mulheres. Os ensaios de cantos, as novenas, os encontros de orações das “Filhas de Maria”, a festa da Padroeira Nossa Senhora da Lapa, a Festa do Divino, as celebrações da Semana Santa, a festa e procissão de Coroação de Nossa Senhora são alguns dos eventos tradicionais que expressam a forte influência da Igreja Católica sobre os ribeironenses.

“A religiosidade do açoriano, é revivida, a cada ano, nos dois meses que seguem as festas da páscoa. A Festa do Divino Espírito Santo é o encontro de aspectos da teologia católica sobre o Espírito Santo, da história do povoamento e da sociologia contemporânea que produz um espetáculo no qual o religioso e o profano convivem em áreas impossíveis de serem delimitadas. A bandeira do Divino, a coroa, o cetro, o imperador, a imperatriz, a corte, a coroação, a procissão do séquito imperial, as novenas, as missas, os mordomos, o pagamento de promessas, os pãezinhos do Espírito Santo, as cantorias e o foliões são os personagens centrais de um espetáculo de teatro. Na coroa dos imperadores, está o símbolo do Poder Temporal; na pombinha, a presença da terceira pessoa da Santíssima Trindade; na bandeira e nas insígnias, a extensão da comunidade; no “Império”, a busca de víveres, para os pobres, e de esmolas, para a festa. Transformando o pássaro em Divindade, a coroa em Majestade e a bandeira em Comunidade, o descendente do açoriano mantém viva a História da Fé, do Império e da Comunidade.” (Sachet, 1997. P.93)

Os moradores do Ribeirão da Ilha são na sua maioria descendentes de açorianos e o que carinhosamente chamamos de *Manezinhos da Ilha* (denominação popularmente usada para definir o Florianopolitano que conservou os hábitos e principalmente o sotaque açoriano) são facilmente encontrados por aqui. Não foram

raras as vezes em que, ao caminharmos pelo Ribeirão, encontramos a “velha rendeira” sentada no chão, à porta da casa fazendo bilro e cantarolando algum verso de improviso.

“A Renda de Bilro é tecida sobre uma almofada em forma de cilindro, sobre a qual coloca-se um cartão com o desenho para o modelo desejado. Com as duas mãos agindo ao mesmo tempo, a rapidez dos movimentos dos bilros entrelaça os fios da linha e elabora o tipo de renda que foi projetado.” (Sachet, 1997. P. 92)

No mar, os barcos de pesca fazem parte deste maravilhoso cenário que é o Ribeirão. O ribeironense continua encontrando no mar um passatempo, para as horas de lazer, e um instrumento de trabalho, para as horas de dever.



Pereira (1991), descreve bem o que sentimos ao conversar com os moradores do Ribeirão “...a hospitalidade, a alegria, a paz e o bem querer são formas institucionalizadas pelo modo de vida de suas famílias. Como é gostoso e gratificante passear pelo Ribeirão, conversar com sua gente... não há riqueza material nem luxo, existem outros tipos de riqueza: o calor e a sabedoria humana...”

7.2 OBJETIVO N.º 2

Interagir com a equipe de enfermagem e multidisciplinar acerca de nossa proposta assistencial.

Consideramos que este objetivo foi alcançado, porém para isto utilizamos estratégias diferentes das propostas em nosso projeto. A grande demanda, o número reduzido de funcionários e a forma como estes estão organizados para o desempenho de suas funções no Centro de Saúde, dificultou o encontro formal com toda a equipe como havíamos planejado. Optamos, então, por conversas informais individuais ou em pequenos grupos, que ocorreram durante todo o estágio, permitindo a apresentação do projeto e troca de vivências e experiências acerca de nossa proposta assistencial. Desta maneira todos os integrantes da equipe conheceram e participaram efetivamente da nossa proposta assistencial.

7.3 OBJETIVO N.º 3

Implementar o processo de cuidar com base nas universalidades e diversidades culturais, do cuidado da mulher no seu processo de maternidade.

Consideramos que este objetivo foi plenamente alcançado pois:

Selecionamos seis mulheres-mães com idade gestacional acima do 8º mês de gestação. Uma das mulheres-mães selecionadas apresentou situação de risco (polihidrânio), sendo então encaminhada para o acompanhamento pré-natal de alto risco com especialista. As demais cinco mulheres-mães, foram por nós acompanhadas durante seu processo de maternidade conforme o proposto.

O primeiro contato com as mulheres-mães se deu no Centro de Saúde, quando compareceram para consulta de pré-natal com a enfermeira. Apresentamos nossa proposta assistencial, nossos objetivos e iniciamos a aplicação do processo de cuidar.

Percebemos em todas as mulheres-mães, receptividade e satisfação frente a nossa proposta. Na sala de espera e mesmo durante a triagem; as mulheres-mães antecipavam um breve histórico de sua gestação até o momento, suas queixas e dúvidas e expressaram verbalmente suas percepções, a respeito de nossa proposta assistencial:

“...vai ser muito bom, vou ter duas enfermeiras prá me cuidar...”

“...não é meu primeiro filho, mas sempre a gente tem dúvida, né...”

“...tenho muita azia, não sei mais o que faço... o nenê vai sê cabeludo...”

“...até aqui deu tudo bem, mas eu sei que preciso de acompanhamento...”

A partir deste “primeiro” contato, iniciamos a aplicação do **Processo de Cuidar** utilizando a ficha de registro (apêndice I). Agendamos a visita domiciliar, onde foi aplicado o instrumento **Conhecendo a mulher-mãe** (apêndice II) que contemplou parcialmente os aspectos culturais de cuidado. Nesta fase pudemos identificar a influência de outras mulheres participando do processo de maternidade. As mulheres-mães citaram algumas práticas de cuidado, porém algumas vezes, estas não corresponderam a sua realidade vivenciada no puerpério.

“...a mãe dizia que dependendo do alimento, dá cólica, mas desde a primeira gravidez, eu como de tudo prá acostumar...dos outros filhos, lavei o cabelo já na maternidade” (R. VD de pré-natal)

“...não tô comendo muito verde e feijão, estou também evitando coisas muito ácidas, para não dar cólica nele...não lavei os cabelos com medo da recaída, tive princípio de recaída no 2º filho porque não me cuidei bem...a recaída dá uma dor de cabeça horrível, parece que vai explodir a cabeça da gente, dá vontade de vomitar e uma tremura que não tem cobertor que esquente, no resguardo a mulher não pode pegar vento, sereno, fazer esforço e nem lavar o cabelo. Eu quase morri, nunca senti uma dor de cabeça tão forte, por isso nessa gravidez achei melhor me cuidar” (R. VD 4º dia de puerpério)

“...isso é coisa de mãe mesmo, a minha sogra também tem esse costume, e no fim a gente acaba fazendo também...costumo evitar comidas pesadas muito refrigerante, que pode dar cólicas no nenê...” (M. VD pré-natal)

“...continuo me cuidando, não como feijoada, carne de porco, o refrigerante, se tomo é meio copo, só de vez em quando” (M. VD 5º dia de puerpério)

Foi possível conhecer a situação da mulher-mãe em seu ambiente através da aplicação do instrumento e da transcrição das entrevistas (o que ocorreu após cada encontro), incluindo nossas percepções. Isto facilitou o planejamento e implementação dos cuidados nos encontros posteriores.

Realizamos em média 5 (cinco) visitas domiciliares entre o pré-natal e puerpério, sendo que as principais dúvidas das mulheres-mães eram em relação aos cuidados com o curativo do coto umbilical, banho do bebê, fissura mamilar, ingurgitamento mamário e práticas de cuidados relativas ao “resguardo”.

Durante as consultas solicitamos às mulheres-mães que nos avisassem por telefone quando fossem para a maternidade, para que pudéssemos acompanhá-las neste momento. Em alguns casos isto não ocorreu, mas conseguimos localizá-las através de busca por telefone nas maternidades do município. Ao localizá-las, realizamos as visitas e percebemos sua satisfação em nos receber, vivenciando esta etapa do processo de maternidade.

“Vocês não imaginam o quanto eu sofri e tive que esperar para a B. nascer. Internei aqui na quarta e só nasceu no domingo, daí eu fiquei meio assim de ligar...” (C. 2º dia de puerpério – MCD)

As visitas à maternidade foram momentos em que fortalecemos nossas relações além de observamos a mulher-mãe numa fase de intensas modificações, adaptações e estresse. Ficaram evidentes suas preocupações acerca de seu corpo e principalmente com o bebê. A partir desse momento começaram a surgir variadas situações de cuidado.

“Que bom que vocês vieram, pedi pro meu marido avisar, mas achei que ele tinha esquecido...” (M. 1º dia de puerpério – HU)

“Costumo dar banho no nenê depois que cai o umbigo, mas aqui eles dizem prá gente que não tem problema, hoje eu só olhei, amanhã sou eu que vou dar...” (M. 2º dia de puerpério – HU)

Apesar das transcrições dos encontros servirem de valioso subsídio para o registro do Processo de Cuidar e serem ricas em detalhes, percebemos ser este um método pouco prático e que necessita de muito tempo para sua execução.

A sistemática utilizada para o registro do processo de cuidar se processou da seguinte forma:

Para cada necessidade de cuidado identificada na transcrição das entrevistas, foi utilizado um único formulário de registro (apêndice I). Isso facilitou e permitiu avaliar a evolução do cuidado como um todo, desde o primeiro contato com a mulher-mãe até o término de nossa relação assistencial. O formulário de registro serviu como uma espécie de resumo das situações de cuidado, o que foi fundamental para o novo planejamento deste processo. Além de nossos registros, alguns dados foram transcritos no prontuário da cliente na forma de SOAP.

Selecionamos resumidamente algumas das transcrições dos encontros de uma das clientes que transcrevemos a seguir, para exemplificar como se desenvolveu a sistemática do registro do “Processo de Cuidar”. Os dados de identificação da cliente não foram revelados a fim de que sua identidade seja preservada, desta forma, optamos por utilizar um nome fictício para a ela.

1º Encontro - 31/03/98

Centro de Saúde.

Estamos no segundo dia de estágio. Ao chegarmos no CS percebemos a sala de espera cheia, muitas crianças à espera da consulta com o pediatra. Nossos olhos correram por toda a sala à procura de “barrigas”. Curioso! Parece que é só isso que enxergamos ultimamente. Para nossa alegria haviam duas gestantes para a consulta de

pré-natal. Nossa supervisora nos deixou à vontade para que realizássemos os atendimentos.

Apresentamo-nos e falamos sobre nossa proposta à Linda que concordou em participar do nosso projeto.

Linda - *Meu nome é Linda, tô de 8 meses, este é meu segundo filho.*

Pelo sotaque, Linda não é de Florianópolis.

Suian - *De onde você é?*

L - *Minha família é de Chapecó, mas moro aqui já faz um bom tempo, só não consigo perder o sotaque.*

Eleine - *É logo percebi.*

Ficamos preocupadas, pois tínhamos nos proposto a estudar e conhecer um pouco da cultura local, predominantemente açoriana. Esta é a segunda gestante que atendemos, a primeira também não é daqui. Linda mostrou-se um pouco calada e limitou-se a responder o que perguntávamos. Durante a consulta, conversamos um pouco sobre alimentação, pois Linda queixava-se de azia e “queimação”. Aos poucos Linda foi se descontraindo conforme conversávamos e trocávamos idéias.

L - *Quase não como muito porque já tô muito gorda e mesmo assim essa queimação continua. Acho que ele vai ser bem cabeludo...*

E - *Cabeludo?*

L - *É... (Linda sorriu), a outra quase não deu azia, e quando nasceu, meu Deus! Era quase careca!*

Perguntamos se ela conhecia algo que fizesse aliviar a azia e Linda disse que não.

L - *A queimação logo vem, mas passa.*

Explicamos à Linda que a azia se acentua quando o estômago permanece por muito tempo vazio, devido ao aumento da produção de sucos gástricos, e sugerimos que ela comesse mais vezes, porém, pequenas quantidades de alimento, dando preferência à frutas, leite, sucos e legumes.

Prosseguimos o exame obstétrico, que foi registrado no prontuário e no cartão da gestante (modelo - anexo I). Tivemos um pouco de medo de manusear “aquela barriga”, mas a supervisora nos ajudou bastante, explicando detalhadamente para que devíamos nos atentar durante o exame. Marcamos a VD para 03/04/98.

2º Encontro - 03/04/98

Visita domiciliar - Pré-natal.

Conforme o combinado durante o encontro no CS, fomos à casa de Linda no período da manhã. Aplicamos o instrumento Conhecendo a Situação da Mulher-mãe.

Linda estava acompanhada de uma vizinha que permaneceu conosco durante a visita. Pudemos sentir uma certa dificuldade de comunicação, talvez por ser a primeira vez que íamos em sua casa, ou pela presença da vizinha.

Estávamos um pouco nervosas. Por algum momento tivemos a sensação de estarmos invadindo sua vida, sua privacidade... Deu para perceber que Linda vivencia o processo de maternidade de forma harmônica, continua desempenhando seu papel de mãe (tem uma filha de 6 anos que estava na escola) e de dona de casa, no entanto apresenta alguns cuidados nesse período tais como, mais repouso e pouco esforço físico. Linda não está trabalhando e pretende ficar em casa “até que o bebê desmame”. Com relação as práticas de cuidado no processo de gestar, não conseguimos muitas informações nesta oportunidade. Esperamos no próximo encontro levantar algumas práticas sobre o repouso, bem como suas expectativas em relação ao processo que vivencia. Ficaram claras algumas práticas de cuidado em relação ao puerpério, “resguardo de 40 dias sem lavar o cabelo”, “o bebê só toma banho após a queda do umbigo”, “uso de faixinha no umbigo”.

Realmente ficamos surpresas em constatar que costumes como “não lavar os cabelos por 40 dias” ainda são preservados. Perguntamos à Linda se pretende conservar estes hábitos, e ela justificou-nos que na primeira filha foi assim, por isso “o corpo já tá acostumado”. Perguntamos ainda o que aconteceria se ela lavasse o cabelo. Linda não soube responder, apenas disse que isto é um costume das mulheres da família. Ficamos em silêncio por determinado tempo, não sabíamos ao certo como argumentar. Relatamos então à Linda que no HU e na MCD a mulher é orientada a tomar banho completo, inclusive lavar os cabelos, já no primeiro dia de puerpério. Linda ficou em silêncio e depois perguntou: *Será que não faz mal?* Argumentamos que o banho está relacionado à higiene e bem estar da mulher e que esta prática já é utilizada há bastante tempo nas maternidades, dissemos ainda que as mães que lavam os cabelos não relatam nenhum problema relacionado a isto.

Pedimos então que Linda nos contasse como e quem lhe ensinou essas práticas, dissemos também que este era um costume de nossas mães. Linda sorriu e pareceu ficar mais à vontade para falar:

L - É ... isso é coisa de mãe mesmo, a minha sogra também tem esse costume e no fim, a gente acaba fazendo também. Vocês acham que não tem problema?

Dissemos à Linda que as mulheres de modo geral seguem os costumes de suas mães e que isso também é cultural. O fato de lavar ou não os cabelos durante o puerpério está diretamente ligado ao bem estar da mulher. Assim como não há problema em lavar os cabelos, pois, fisiologicamente não irá provocar nenhuma doença, não lavá-los, também não trará problemas relacionados ao puerpério. O que está em questão é a sensação de bem estar.

Passar vários dias sem lavar os cabelos pode trazer além da sensação de estar “suja”, o aparecimento de caspas, oleosidade excessiva, etc. Linda nos indagou: “Será?...”

Agendamos a próxima visita para 08/04/98.

Saimos da casa de Linda com uma pergunta na cabeça: Por que será que ela não refere nenhum cuidado especial durante o processo de gestar além do repouso?

3º Encontro - 08/04/98

Visita domiciliar - Pré-natal

Desta vez sentimo-nos mais à vontade, Linda estava nos esperando, enquanto ajudava sua filha nas tarefas escolares. Conversamos um pouco sobre sua família. Voltamos a falar sobre o resguardo.

L - Aquele dia eu não falei mas eu fico os 40 dias do resguardo sem ter relação e ele concorda.

Dissemos a Linda que o retorno das atividades sexuais é uma decisão muito íntima do casal.

L - Tem que dar um tempo pro corpo da gente acostumar e voltar ao normal. Ali fica bem dolorido, daí a gente prefere não fazer.

Linda disse que perguntou às vizinhas sobre o cabelo, algumas lavam e outras não.

L - ...acho que vou continuar como foi da outra, o meu corpo acostumou né?

Conversamos sobre o que acontece com o corpo da mulher no puerpério (involução uterina, sangramento, aleitamento, etc.). Sentimos dificuldade em adaptar o cuidado ou repadronizá-lo, visto que esta é uma prática cultural (da higiene dos cabelos) em que as justificativas não foram explicitamente esclarecidas. Tivemos receio de estar indo contra os valores de Linda, podendo criar um certo bloqueio em nossa relação. Decidimos esperar nascimento do bebê.

Pedimos que Linda nos falasse um pouco sobre a gravidez anterior. Linda referiu que estava longe da família e somente a cunhada lhe ajudou a cuidar do bebê:

L - ...mas tinha coisa que eu já sabia... no umbigo eu usava faxinha, e mexia nele e passava mercúrio para cair logo. Minha sogra dizia que não podia mexer, mas lá na Carmela me ensinaram que podia. O primeiro banho só dei depois que o umbigo caiu. Parece que agora eles já dão banho logo depois que nasce.

Perguntamos como ela pretendia cuidar do bebê.

L - Vou continuar usando a faxinha, ela deixa o umbigo firme e limpo, daí a cicatriz fica bonita. Conheço criança que a mãe não quis usar e o umbigo fica feio, prá fora.

Relatamos à Linda que o uso da faixa propicia o crescimento de bactérias pela umidade e calor, o que facilita a infecção e dificulta a cicatrização. A substância utilizada atualmente no coto umbilical é o álcool 70%, porém, Linda reafirmou que não pretende mudar esse hábito pois troca a faixa a cada troca de fralda como fez com a outra filha.

Conversamos um pouco sobre o repouso e Linda nos relatou que às vezes os “pés incham”, mas que quando isso acontece “descansa com os pés numa cadeirinha conforme orientação da enfermeira do posto.” No momento Linda não apresenta edema de MMII

Agendamos sua próxima consulta no CS para 14/04/98.

4º Encontro - 14/04/98

Centro de Saúde - Pré-natal

Nesta ocasião conversamos sobre aleitamento materno. Linda nos relatou dificuldades com o aleitamento com sua primeira filha, pois “tinha pouco leite e o peito esquerdo não faz bico”

L - Foi difícil... tive muita dor e ela chorava... de fome... daí o médico receitou o leite da lata e eu nem tentei mais dar o peito. Agora faço umas massagens que a enfermeira me ensinou para o bico do peito e ele já tá aparecendo. Quero dar de mamar prá esse, sei que é melhor prá ele e prá mim.

Linda demonstrou-se bem orientada quanto ao aleitamento materno pois referiu os cuidados com as mamas de forma bem coerente. Reforçamos porém a idéia de que caso Linda siga as orientações a qualidade do leite será adequada às necessidades do recém-nascido.

5º Encontro - 22/04/98

Sala de Recuperação da Maternidade do HU

Recebemos o aviso de que Linda havia sido internada na maternidade do HU pela manhã. Chegamos por volta das 11 horas. Linda estava na sala de recuperação com seu bebê. Havia feito parto normal de cócoras. Estava acompanhada do marido e sorriu ao nos ver.

L - Que bom que vocês vieram. Tô cansada, veio dores fortes umas três vezes eu já não aguentava mais, acho que fiquei bastante tempo na sala de parto, mas graças a Deus ele tá aí... lindo...

Seu marido estava sorridente e relatou: *“Querida ajudar mas não sabia como, ela sofreu, só que foi forte, gostei de ver... Linda me falou muito de vocês, obrigado pelo que estão fazendo. Estamos muito felizes, hoje é um dia especial...”*

6º Encontro - 23/04/98

Alojamento conjunto - 1º dia de puerpério.

Ao chegarmos no alojamento conjunto, nos dirigimos para o quarto de Linda

L - Vocês tinham que ver a festa dele no banho, me molhou toda. As meninas daqui ajudam a gente. Hoje elas que deram banho nele, amanhã sou eu.

Linda estava com os cabelos presos e o recém-nascido com um tip-top amarelo.

L - A gente veste amarelo prá puxar e não dá a “tiriça”.

S - Sua outra filha teve?

L - Não! Guidei bem prá não dar. Quando não era o tip-top, pelo menos o pagão ou a faxinha era amarelo. Todo o dia, até cair o umbigo.

Pedimos para examinar o recém-nascido. Na verdade nossa intenção era observar como Linda usava a faixa no colo. Abrimos a roupa e constatamos que a faixa

é em volta na cintura, porém não era apertada. Além da faixa, o coto estava com a gaze. Perguntamos como ela fazia.

L - A gente faz o curativo cada vez que tem xixi e troca a faxinha também. Eles me deram o álcool. A enfermeira daqui disse que não pode usar a faxinha que vai infeccionar. Mas eu uso bem limpinha, sempre troco quando molha, igual a fralda. Não quero que o umbigo dele fique feio. Em casa costumo passar o ferro bem quente na faxinha antes de usar, prá matar os germe...É certo né?

S - Passar com o ferro quente?

L - É.

E - Isso ajuda. O calor pode matar determinados germes, outros não. E a gaze?

L - Ganhei 4 pacotes da maternidade. Acho que vai dar.

S - E se faltar?

L - Daí meu marido vai lá no posto pedir mais.

Prosseguimos nossa conversa e Linda referiu “dor nos pontos” e cólicas. À inspeção percebemos região hiperemiada e edemaciada, lóquios sanguinolentos, odor característico com quantidade moderada. Linda relatou estar usando bolsa de gelo para aliviar. Perguntamos como faria em casa:

L - Minha sogra me ensinou banho de assento com chá de malva.

E - Chá de malva...

L - Ferve as folhas com água uns 10 minutos. Põe na bacia e faz banho de assento toda noite até cair os pontos. A malva puxa a infecção e a dor diminui um pouco.

S - E a cólica?

L - Aparece quando dou de mamar.

Explicamos a Linda o porquê da cólica.

Ficamos mais tranqüilas, aos poucos Linda nos conta sobre seus costumes. Achamos que conquistamos sua confiança. Em sua casa poderemos aprofundar melhor as práticas de cuidado que Linda referiu antes do bebê nascer. Às vezes, temos a impressão de que algumas coisas Linda preferiu não nos revelar. Estamos ansiosas para irmos em sua casa.

7º Encontro - 28/04/98

Visita domiciliar - 6º dia de puerpério.

Resolvemos ir à casa de Linda mesmo sem avisar. Ficamos apreensivas, será que fica chato aparecer sem avisar? Por outro lado seria a chance de vermos como é sua rotina em casa. Chegamos por volta das 15 horas. Linda estava de boné e não deu para vermos se havia lavado os cabelos.

L - Que bom que vocês vieram. Tô com o peito dolorido e ele tem muita cólica.

Perguntamos como estava a amamentação: frequência, horários, duração, etc. Linda relatou que o bebê mama várias vezes e sempre que ele chora oferece o seio, fica em média uma hora mamando e acaba dormindo no seio. Não tem feito banho de sol devido às chuvas e está usando sebo de carneiro após a mamada, conforme orientação que recebeu no HU. A inspeção constatamos fissura no mamilo esquerdo e mamas sem sinais de ingurgitamento.

Sugerimos que suspendesse o uso do sebo por uns dias e explicamos os motivos.

L - Tô preocupada porque tem pus e ele acaba tomando. A vizinha disse que é assim mesmo. Dói muito, mas mesmo assim eu tô dando. Só que acabo oferecendo mais o direito e o esquerdo eu esgoto. Meu marido até deixou dinheiro para eu comprar a bombinha hoje.

Desaconselhamos o uso da bomba e observamos como Linda fazia a ordenha manual. A técnica da ordenha estava correta.

L - De manhã ele mamou nesse peito (esquerdo), mas a dor era demais. Será que tem problema dele mamar nesse peito?

Dissemos que não havia problema, contudo deveria manter a ordenha manual para evitar o ingurgitamento. Orientamos ainda sobre a pega correta e como interromper a mamada. Sugerimos que Linda tente manter o bebê acordado durante as mamadas.

S - Tem algum chá que ajude a curar?

L - Prá isso eu não conheço.

E - Ele tem cólica?

L - Hoje de manhã abriu umas brecha de sol, estava quente, daí tirei a roupinha dele prá ele pegar sol, tirei a faxinha também, depois disso ele começou com as cólica. Chegava se retorcer de dor.

E - Por que será?

L - Pegou friagem, não devia ter tirado a faxinha. Pois o nenê fica com gases.

Pedimos a Linda que explicasse melhor sobre a “friagem”.

L - O umbigo dele ainda não caiu; tá ali aberto ainda, ouvi dizer que não deve pegar friagem que pode dar a cólica.

S - O que é a friagem?

L - É o vento frio.

S - Por isso usa a faixa?

L - Também. Mas principalmente pro umbigo não ficar feio.

E - E quando para de usar a faixa?

L - Só quando acabar de fechar.

Ficamos intrigadas. Será que entendemos direito? O vento entra pelo umbigo e dá gases? Será que é isso que ela quis dizer? Temos a impressão que as coisas que estamos descobrindo têm uma razão de ser! A gente tem uma mania de achar explicação científica para tudo e isso às vezes nos torna um tanto céticas. Não temos o direito de dizer à ela que isso é uma bobagem. Essa é a verdade de Linda, é a sua forma de explicar as coisas, é o seu saber. De qualquer forma orientamos sobre exercícios no bebê para ajudar a eliminar gases, uso de compressas quentes e decúbito ventral.

S - E o resguardo?

Por alguns minutos o silêncio permaneceu.

L - As meninas da maternidade disseram que eu podia lavar os cabelos, mas eu não lavei, mas tô um pouco agoniada.

S - Será que vai dar algum problema se lavar?

L - Tem a recaída né?

E - Recaída?

L - É... Dores de cabeça, essas coisas. Mas hoje me deu uma dor de cabeça forte e olha que eu tô me cuidando.

S - Quem sabe se tomar um banho bem quentinho à noite, antes de deitar e secar os cabelos no secador?

Linda ficou em silêncio. Tivemos a impressão de estarmos sendo inconvenientes.

E - Linda, como já conversamos, isso é muito pessoal. Só estamos dando uma sugestão, mas quem decide o que é melhor é você.

L - Amanhã temos consulta no posto. São vocês que vão atender né?

S - É. Mas a consulta dele é com o pediatra.

Linda, que nos primeiros encontros pareceu-nos um pouco fechada está nos mostrando coisas que nem imaginávamos existir. Cada vez mais, pensamos que precisamos conhecer melhor o universo das pessoas de que trabalhamos, pois do contrário não haverá uma relação de troca como pretendemos.

8º Encontro - 29/04/98

Centro de Saúde - 7º dia de puerpério.

Linda compareceu conforme agendado, tivemos a maior surpresa!! O que achávamos ser difícil acontecer: uma repadronização do cuidado, ocorrera. Ela havia lavado os cabelos que estavam ainda molhados, soltos e bem penteados. Curioso é que nos deu um frio na barriga. “Já pensou se dá algum problema? E a tal da recaída??

L - Hoje tô ótima, o peito melhorou e nem sinal da dor de cabeça.

S - Pois é, resolveu lavar os cabelos...

L - Eu já estava agoniada. Costumo lavar os cabelos todos os dias e acho que era isso que me dava dor de cabeça.

E - E o peito?

L - Tô fazendo como vocês me disseram. De ontem pra hoje já melhorou bastante. Tô usando secador também. Me lembrei que na maternidade elas disseram que o secador ajudava, mas como é que pode, a gente esquece, se não fosse vocês..

Nos primeiro dias após o parto as maternidades fornecem muitas orientações importantes a mulher-mãe relativas ao seu próprio cuidado e com o recém nascido. No entanto, a sua motivação está direcionada principalmente para o estabelecimento do vínculo com seu bebê e outras situações emergentes; fazendo com que a maioria das informações não sejam absorvidas por elas naquele momento.

A fissura havia involuído um pouco.

S - E o sebo ?

L - Ainda estou usando acho que ele ajuda... O nenê ainda tá com muita cólica, chorou essa noite inteira. Aliviou depois que ele deu uns "puns"... Eu fiz aqueles exercícios e botei fraldinha quente na barriga dele. Agora ele tá melhorzinho. Ontem eu tomei coca-cola.

S - Depois que o bebê nasceu você já tinha tomado?

L - Não. É mesmo, pode ter sido isso, mas aquela friagem ajudou.

Sugerimos que não tomasse refrigerante e observasse as reações do bebê. Voltamos a falar sobre o resguardo.

L - Meu marido me ajuda bastante, que sabe como é... não dá pra ter relação antes de 40 dias, mas ele já tá acostumado porque da outra foi assim.

S - Por que 40 dias?

L - Vocês são curiosas né?? (risos) Tem mulher que diz que faz antes, mas a mãe ensinou assim e a gente nem pergunta por quê?

E - E se fizer, o que acontece?

L - Ah! Isso eu não sei, eu me cuido e ele nem insiste.

Presenciamos a prática do aleitamento e verificamos a pega correta do bebê. Apesar de Linda seguir as orientações sobre como interromper a mamada, não ter comprado a bomba, continuar a ordenha manual, ainda persiste o uso do sebo de carneiro. Agendamos VD para 05/05/98.

9º Encontro - 05/05/98

Visita domiciliar - 13º dia de puerpério.

Linda estava com visitas, irmãs do seu marido e algumas vizinhas, achamos ser esta uma boa oportunidade para conversarmos em grupo, porém, logo elas se retiraram dizendo não querer incomodar. Mesmo com nossa insistência não conseguimos fazê-las ficar. Ficamos um pouco constrangidas, conversamos rapidamente com Linda que nos relatou estar sem problemas apesar da fissura persistir, estando agora em ambos os mamilos.

L - Tô fazendo banho de sol, suco da cenoura, secador, mas não adianta.

E - E o sebo de carneiro?

L - Continuo passando.

S - E como é que faz?

L - A gente esquenta um pouco na colher prá derreter e daí passa no bico.

E - E prá tirar?

L - Lavo com água morna.

S - Então vamos fazer diferente?

Orientamos que evitasse lavar as mamas com frequência e relatamos nossa desconfiança sobre a eficácia do sebo de carneiro, pois isto poderia estar contribuindo para retirar a oleosidade natural da aréola, retirando sua resistência natural e provocando as fissuras. Sugerimos à Linda que faça a higiene com o próprio leite antes de cada mamada e se possível, suspenda o uso do sebo pelo menos por dois ou três dias. Segundo o CIAM a prática do uso do sebo de carneiro é comum entre as mulheres que passam pelo alojamento conjunto do HU e que ainda não há pesquisas e literatura sobre os efeitos desta prática.

Marcamos a próxima VD para 12/05/98.

10º Encontro - 12/05/98

Visita domiciliar - 20º dia de puerpério.

Chegamos em sua casa por volta das 17 horas. Linda relatou ter melhorado bastante. Constatamos que a fissura estava praticamente cicatrizada.

L - Agora ele tá mamando direto nesse peito e quase não dói mais.

S - E o que fez melhorar?

Linda relatou que deixou de usar o sebo e logo as fissuras melhoraram.

Percebemos que Linda estava segura e auto-confiante.

PROCESSO DE CUIDAR - REGISTRO

Nome: Linda

Número do Prontuário: XXXXX

Identificando a(s) necessidade(s) de cuidado(s) - Higiene dos cabelos					
Data Local Fase	Conhecendo o cuidado	Refletindo sobre o cuidado	Planejando e fazendo o cuidado	Avaliando o cuidado	Percepções da Enfermeira
03/04/98 VD Pré-natal	Costuma não lavar os cabelos durante o resguardo - (40 dias)	Gintificamente, não há nada comprovado sobre doenças decorrentes do ato de lavar ou não os cabelos nesta fase. Sabe-se que mulheres mais velhas costumam não lavar os cabelos quando estão menstruadas e durante o "resguardo". Como isso é passado de mãe para filha, não se sabe ao certo o porquê. A falta de higiene capilar propicia o aumento da oleosidade, acúmulo de sujeira, caspa, aparecimento de piolhos, lêndeas e outros parasitas	Repadronizar Conversar sobre a origem e eficácia desta prática. Falar sobre a rotina do HU e MCD. Explicar o que acontece ao couro cabeludo se não lavá-lo periodicamente. Conversar sobre a fisiologia do puerpério. Sugerir uma mudança de hábito		Durante a VD, conversamos sobre o assunto e M. mostrou-se resistente à repadronização do cuidado, porém, só poderemos constatar se haverá mudança ou não após o nascimento do bebê.
03/04/98 VD Pré-natal				Não houve repadronização	Tivemos receio de criar bloqueio na relação, decidimos esperar o nascimento do bebê
23/04/98 HU 3 dia de puerpério			Decidimos abordar o assunto na próxima VD	Não houve repadronização	Precisamos replanejar
23/04/98 VD 6 dia de puerpério			Sugerimos a L. que tomasse um banho quente e secasse os cabelos com secador a noite	Não houve repadronização	
29/04/98 CS 7 dia de puerpério				Houve repadronização do cuidado	Ficamos felizes em ver que nosso processo estava dando certo

PROCESSO DE CUIDAR - REGISTRO

Nome: Linda

Número do Prontuário: XXXXXX

Identificando a(s) necessidade(s) de cuidado(s) e atividade sexual no puerpério					
Data Local Fase	Conhecendo o cuidado	Refletindo sobre o cuidado	Planejando e fazendo o cuidado	Avaliando o cuidado	Percepções da Enfermeira
08/04/98 VD - pré natal	Não tem atividade sexual durante 40 dias de puerpério, dando tempo para o corpo voltar ao normal	O casal está liberado para a relação sexual com penetração. Quando a cicatrização estiver completada, que ocorre em média com 2 semanas de puerpério, no entanto, o reinício da atividade sexual é extremamente variável e depende da sexualidade de cada indivíduo e de cada casal	Manter		Essa é uma decisão de Linda e de seu marido, pois a mesma acha necessário este tempo para sentir-se totalmente recuperada.
29/04/98 CS 7º dia puerpério				Cuidado mantido. Esta é uma decisão que aparentemente não traz conflitos para o casal	

Nome: Lúcia

Número do Prontuário: XXXXXX

Data Local Fase	Conhecendo o cuidado	Refletindo sobre o cuidado	Planejando e fazendo o cuidado	Avaliando o cuidado	Percepções da Enfermeira
28/04/98 VD 6º dia puerperio	Utiliza sebo de carneiro, faz ordenha manual, pretende utilizar bomba de sucção. bebê permanece por mais de 40 minutos no seio	As formas de evitar o aparecimento da fissura devem estar relacionadas aos fatores predisponentes e determinantes, ou seja, promover pega correta da areola, evitar o uso de lubrificantes e medicamentos, evitar o uso de medicamentos e principalmente preparar as mamas no pré-natal. Apesar do uso de sebo de carneiro ©IAM do HU constatou-se que esta prática pode estar funcionando como um fator predisponente à fissura	<ul style="list-style-type: none">• Sebo de carneiro – repadronizar Sugerir que suspenda essa prática por alguns dias, pois o sebo requer lavagens frequentes dos mamilos e pode estar removendo a oleosidade natural do mamilo além de remover células superficiais da região deixando-a susceptível à lesões. <ul style="list-style-type: none">• Ordenha manual – manter• Uso de bombas de sucção – repadronizar. Desaconselhar o uso de bombas, pois estas podem provocar ruptura do tecido. <ul style="list-style-type: none">• Tempo de permanência do bebê no seio - adaptar• Incentivar amamentação sob livre demanda, porém, orientá-la sobre a pega e retirada correta. Reforçar sobre os efeitos do uso do sebo de carneiro. Sugerir novamente que deixe de usá-lo	<ul style="list-style-type: none">• Sebo de carneiro - cuidado não repadronizado• Ordenha manual - cuidado mantido• Uso de bombas - cuidado repadronizado• Tempo de permanência no seio - cuidado adaptado• Sebo de carneiro - cuidado não repadronizado• Sebo de carneiro - cuidado repadronizado	Apesar das dificuldades devido a presença da fissura, Lúcia demonstra intenção de não interromper o aleitamento e mostra-se receptiva às orientações
29/04/98 GS 7º dia puerpério			Negociar para que faça a higiene dos mamilos com o próprio leite materno, antes das mamadas.		Percebemos a importância de nossa presença nesse momento.
05/05/98 VD 13º dia puerpério					Nem tudo a gente pode mudar
12/05/98 VD 20º dia					O tempo está ligado à relação de troca e negociação

7.4 OBJETIVO N.º 4

Aprofundar nossos conhecimentos teóricos e práticos relativos ao cuidado à mulher-mãe e relativos à Teoria das Diversidades e Universalidades do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

Este objetivo foi plenamente alcançado, pois:

- Realizamos revisão bibliográfica durante o estágio de forma que os conteúdos teóricos se interligaram com o marco teórico proposto estabelecendo relação direta com a prática.
- A aplicação do Processo de Cuidar foi realizada com domínio do referencial, uma vez que este nos serviu de guia e facilitou nossa compreensão e tolerância frente a situações de cuidado que foram de encontro às nossas próprias crenças e valores culturais.
- Enriquecemos nossos conhecimentos relativos ao Processo de Maternidade através da participação nos seguintes cursos:
 1. **Programa de Treinamento Capital Criança**, oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, ministrado entre os dias 07/04/98 a 26/05/98. (programação: anexo IV)
 2. **Encontro Fazendo Gênero 3: Gênero e Saúde**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, no período de 13 a 15 de maio de 1998. (programação: anexo V)
 3. **9º Curso de Aleitamento Materno do Hospital Universitário / UFSC**. Florianópolis, no período de 01 a 04 de junho de 1998. (programação: anexo VI)

7.5 OBJETIVO N.º 5

Manter postura profissional ética frente às universalidades e diversidades culturais do cuidado.

Consideramos que este objetivo foi plenamente alcançado, pois a construção de nossa consciência acerca do compromisso social, ético e profissional foi algo que se iniciou em nossos primeiros contatos com o exercício da profissão no curso. Durante as atividades práticas propostas pelas disciplinas curriculares tivemos a oportunidade de incorporar os princípios éticos, políticos e sociais na prestação de cuidados ao ser humano, no seu contexto e circunstância de vida.

Da mesma forma, na vivência desta prática assistencial, o respeito à ética acompanhou as atividades em todos momentos desta trajetória.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste projeto assistencial possibilitou-nos resgatar grande parte dos conhecimentos adquiridos ao longo de nossa formação acadêmica. Isto fez com que, em alguns momentos, o planejamento e execução de nossas ações estivessem voltadas para o saber técnico e científico, resultando em uma assistência fundamentada teoricamente; no entanto, tínhamos a consciência de que o cuidado de enfermagem não poderia ser unilateral e exclusivamente voltado ao saber científico. Encontramos então, no marco conceitual construído, o apoio necessário para redirecionarmos nossa prática assistencial. Conhecer o “saber” empírico e popular, não seria suficiente para que transformássemos nossa conduta profissional. Foi necessário vivenciarmos de perto estes “saberes”, tentar conhecê-los a fundo e, principalmente, compreendê-los e considerá-los em nossa prática assistencial, sedimentando-a no saber cultural, técnico e científico.

A medida em que desenvolvemos nosso projeto assistencial, tivemos o marco conceitual como uma espécie de alicerce, que sustentou nossas ações. Nos momentos em que ocorreram “confrontos” entre nosso conhecimento técnico, ou nossa própria cultura e de nossas clientes, o marco conceitual comportou-se como um mediador frente a estes conflitos, transformando-os em uma relação de troca, partilha e crescimento, o que consideramos vital para a execução dos objetivos propostos.

A prática assistencial fundamentada nesta linha teórica requer da enfermeira alguns requisitos, que vão sendo adquiridos à medida em que tem contato com esta prática, e também à medida que desenvolve a sensibilidade para permitir transformações em sua conduta profissional e até mesmo pessoal. O processo de formação acadêmica, na maioria das vezes,

tenta fortalecer na enfermeira seu potencial técnico, científico e intelectual, a fim de torná-la um ser “racional”, com um perfil um tanto distante daquele que por muito tempo predominou e perpassou à sociedade (enfermeira ↔ caridade). Ocorre que esta “racionalidade” pode ser confundida, em algum momento, com a “soberania técnica”. Passamos em média 4 anos estudando, aperfeiçoando e explicando cientificamente nossas ações. Neste sentido, nossa identidade se transforma, ao ponto de chegarmos até mesmo, em algumas situações a negar nossas convicções e verdades. As transformações de que anteriormente falamos, nada mais são, do que simplesmente, a redescoberta de nossos próprios potenciais. Se para exercermos o cuidado, necessariamente, precisamos da paciência, da perspicácia e dos recursos da comunicação; trabalhar com este marco conceitual exigiu de nós, principalmente, sensibilidade para percebermos e direcionarmos estas redescobertas, para a construção do cuidado coerente e culturalmente aceito.

A metodologia de trabalho proposta, de assistir a mulher-mãe no processo de maternidade na sua trajetória **CS ↔ Domicílio ↔ Maternidade ↔ Domicílio ↔ CS**, viabilizou a contextualização da mulher-mãe de uma forma holística, evidenciando especialmente os aspectos culturais deste momento da sua vida.

Desenvolvemos a nossa proposta assistencial no CS II Ribeirão da Ilha, inserido na Rede Municipal de Saúde de Florianópolis, e, portanto, integramos nossa proposta ao Projeto Capital Criança - modelo assistencial adotado pelo município. O projeto visa o atendimento integral à gestante, puerperal e recém-nascido, através da garantia da assistência de pré-natal, puerpério e neonatologia, normatizadas por toda a rede. Intercalamos as consultas com visitas domiciliares na fase pré-natal e também no puerpério, a fim de investigar como a mulher-mãe vivencia o processo de maternidade em seu meio, sob a influência de sua cultura e sob uma ótica ampliada e aberta, que vai além dos aspectos biológicos (comumente verificados dentro da instituição).

A comunidade apresenta fortes traços da colonização açoriana, traços estes que despertaram nossa atenção e curiosidade. Optamos em trabalhar com mulheres-mães desta comunidade por acreditarmos que a cultura local ainda não sofreu influências significativas de outras culturas e permanece em grande parte preservada e cultivada entre seus membros. O

que verificamos, porém, na prática, foram diversas culturas inseridas nesta comunidade; apesar disso, a maioria dos cuidados culturais, relativos ao processo de maternidade, são universais entre estas mulheres-mães.

Vale ressaltar que não foi possível conhecer a fundo aspectos gerais da cultura açoriana, neste breve período de tempo, e sim conhecer, refletir e compreender mais especificamente sobre práticas de cuidado cultural pertinentes à mulher-mãe, durante o processo de maternidade com o propósito de desenvolver o cuidado de enfermagem dentro de um processo participativo e coerente culturalmente.

Através da elaboração e implementação do projeto assistencial tivemos a oportunidade de aprofundar nossos conhecimentos e habilidades na área selecionada, interrelacionando a assistência a fatores físicos, psíquicos, ambientais, sociais e especialmente culturais, a partir da utilização do referencial teórico de Madeleine Leininger que contribuiu para a implementação de nosso próprio marco referencial. Procuramos contemplar os elementos administrativos e éticos durante todo o processo de planejamento e execução de nossa prática. A elaboração do projeto, a sua implementação na prática e a construção do relatório, oportunizaram o desenvolvimento de nossas habilidades para planejar, escrever e a apresentar nosso trabalho.

Vencido nosso primeiro desafio que foi escolher a área em que iríamos trabalhar, deparamo-nos com o segundo desafio: desenvolver nossa proposta de acordo com os objetivos que determinamos em nosso projeto assistencial. Por conta do Marco Referencial escolhido para nosso trabalho, logo percebemos que o nosso grande desafio seria o conhecimento do componente cultural de nossas clientes; elemento essencial para compreender e adaptar a assistência de enfermagem às crenças, valores, costumes, práticas e significados de forma coerente. Cientes disso, desde o início do estágio, dedicamos especial atenção ao lado cultural da comunidade do Ribeirão da Ilha.

Durante as visitas domiciliares realizadas no pré-natal, foi possível observar a interação da mulher-mãe com a rede cultural em que ela está inserida. Compreender estas interações foi algo que esteve intimamente ligado ao período de tempo em que nos relacionamos com estas mulheres-mães e as etapas do processo de maternidade que elas

vivenciam. Percebemos que o tempo foi o principal fator limitante para chegarmos a estabelecer uma relação de troca e confiança. As cinco mulheres-mães com quem trabalhamos interagiram conosco de forma única e diferenciada. Para cada uma delas foi necessário um determinado tempo de convivência para que nos abrissem progressivamente seu universo cultural.

Na maternidade, onde a mulher-mãe vivenciou o processo de “parir”, preocupamo-nos em prestar cuidados à ela e ao recém-nascido e acima de tudo, observar como se deram as interações dela com o bebê e principalmente com ela mesma. Muitas informações com raízes culturais começaram a aparecer neste momento; oportunidade em que estivemos ao seu lado, respeitando este momento de privacidade, introspecção e descobertas. Muitas vezes, antes de viver o processo de maternidade a mulher-mãe já tem elaborado subjetivamente práticas de cuidado cultural, que somente agora (após o nascimento do bebê) vêm à tona. Ocorre que as instituições, na maioria das vezes, ainda não perceberam o quanto estas práticas são significativas e importantes para a mulher-mãe em todo o processo de maternidade. Nos primeiros dias após o parto as maternidades fornecem muitas orientações importantes à mulher-mãe relativas ao seu próprio cuidado e com o recém-nascido. No entanto, a sua motivação esta direcionada principalmente para o estabelecimento do vínculo com seu bebê e outras situações emergentes; fazendo com que a maioria das informações não sejam absorvidas por elas naquele momento.

Ao sair da maternidade, a mulher-mãe retorna ao seu domicílio e aguarda sua consulta (agendada na maternidade) no CS entre o 7º e o 10º dia de puerpério. No intervalo entre a alta da maternidade e o retorno à consulta no CS, a mulher-mãe sente-se “solitária”, sem qualquer acompanhamento profissional; é um momento em que a rede feminina de apoio solidifica ainda mais as práticas de cuidado cultural. Estas práticas podem favorecer ou desfavorecer a solução dos problemas por ela vivenciados naquele momento, e muitas vezes, ao chegar no CS ao 7º dia estas questões podem ter sido solucionadas, muitas vezes pela aplicação do cuidado culturalmente adquirido, ou então, podem se encontrar seriamente agravados.

Por estes motivos na proposta por nós implementada, cuidamos da mulher-mãe em seu domicílio, justamente nos primeiros dias de puerpério, após a alta da maternidade e antes da

primeira consulta no CS. Encontramos com frequência situações de pega incorreta do bebê no ato de sugar o seio materno e fissura mamilar, além de dificuldades e dúvidas relativas ao cuidado próprio e com o bebê. Percebemos que, naqueles momentos, tais situações geram grande ansiedade e um sentimento de impotência e incapacidade da mulher-mãe em solucionar, sozinha, estas questões. O Processo de Cuidar permitiu-nos atuar de forma a solucionar ou minimizar tais dificuldades.

Verificamos que por melhor que seja a atuação educativa das instituições (tanto as maternidades quanto os centros de saúde), ainda há uma lacuna assistencial a ser preenchida entre o período da alta hospitalar e a 1ª consulta puerperal. Ressaltamos aqui a importância do acompanhamento domiciliar da enfermeira, para que as mulheres sintam-se amparadas e principalmente confiantes em sua capacidade de cuidar, também nesta etapa do seu processo de maternidade.

Sugerimos uma maior integração entre os níveis central (maternidade) e periférico (CS), no intuito de que haja um planejamento e uma avaliação conjunta das ações educativas fornecidas às mulheres-mães, fortalecendo assim o sistema de referência e contra-referência. O que ao nosso ver, enriqueceria e aprimoraria o trabalho desenvolvido pelos profissionais destes dois níveis.

Apesar de termos encontrado apenas um caso de persistência da fissura mamilar mesmo com o uso do sebo de carneiro e constatarmos uma significativa melhora com a retirada deste, sugerimos ao CIAM do Hospital Universitário o desenvolvimento de um estudo piloto relativo a prática do uso do sebo de carneiro nos mamilos.

Trabalhar com a Teoria de Leininger ajudou-nos a compreender o ser humano como parte das inter-relações culturais, sociais, econômicas, políticas e afetivas. Ao mesmo tempo em que estas inter-relações diferenciam elas, aproximam e promovem a identificação com os demais tornando o ser humano um reflexo destas interações. Neste sentido, também nos identificamos por entre estas diversidades e universalidades culturais, de forma que ampliamos significativamente nossa visão de mundo.

A experiência de trabalharmos juntas fez com que enriquecêssemos nosso crescimento pessoal, pois nossas dúvidas, medos, ânsias e descobertas foram compartilhadas em todos os momentos, aprimorando assim, nossa capacidade de trabalhar em grupo e compreender nossos potenciais e limitações.



9. BIBLIOGRAFIA

- AGUILA, L. Proposta de dois modelos teóricos na assistência às puérperas hospitalizadas: um estudo comparativo. Florianópolis: UFSC, 1979. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- ALTHOFF, C. Atitudes das mães ao aleitamento materno e incentivo à amamentação. Florianópolis: UFSC, 1985. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Promoção ao Aleitamento Materno. Brasília, 1997.
- BOHES, A. Prática do cuidado do recém-nascido e sua família baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- BOITEUX, L. Pequena História Catarinense. Oficinas A Eletricidade da Imprensa Oficial. Florianópolis - 1920.
- CABRAL, O. História de Santa Catarina. Secretaria da Educação e Cultura do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1968. 1 ed.
- CARTANA, M. Rede e suporte social de famílias. Florianópolis: UFSC, 1988. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina.
- DIAS, M. Os sentimentos expressos pela mulher durante a amamentação. Florianópolis: UFSC, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina.
- ELSEN, I., et al Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis, ed UFSC, 1994.
- FERREIRA, J. et al. Enciclopédia dos municípios brasileiros. BGC. Rio de Janeiro, 1959. Volume XXXII.
- FERRREIRA, S. Crenças das mães em relação à vacinação. Florianópolis: UFSC, 1983. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- FREITAS, F., et al. Rotinas em obstetrícia. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993
- GEORGE, J. Teorias de enfermagem. São Paulo: EPU, 1993.

- GONÇALVES, D.FRANZON, J. Do hospital ao domicílio: cuidando do binômio mãe e filho na iniciação do rito de passagem. Curso de Graduação em Enfermagem. UFSC, 1997
- HENCKEMAIER, L. Cuidando da família hospitalizada: uma abordagem transcultural. Florianópolis: UFSC, 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- LAKATOS, E., MARCONI, M. Fundamentos de Metodologia Científica. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- LEMO, D. As representações sociais do grupo familiar da gestante sobre a gravidez. Uma referência para melhorar a qualidade da assistência pré-natal. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- LENARDT, M. H. O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica. Curitiba: REPENSUL, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- MADUREIRA, V. Eu, você - nós: co-partípepes no educar. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- MALDONADO, M. T. Aspectos Psicológicos da Gravidez Parto e Puerpério. In: Psicologia da Gravidez. Vozes, 11 ed. 74 - 90. 1990.
- MARCON, S. Vivenciando a Gravidez. Florianópolis: UFSC, 1989. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- MONTGOMERY, M., LOPES, G., NORONHA, D. Tocoginecologia Psicossomática. São Paulo: Almed, 1993.
- MONTICELLI, M. O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina.
- PATRÍCIO, Z. A prática do cuidar/cuidando a família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio cultural. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- PEREIRA, N. et al. Ribeirão da Ilha e Vida e Retratos. Florianópolis: Fundação Franklin Cascaes, 1991.
- REZENDE, J. Tratado de Obstetria. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1991.
- SACHET, C., SACHET, S. Santa Catarina: 100 anos de história. Florianópolis: Século Catarinense, 1997.
- SANTOS, E. Aleitamento Materno. In: SCHMITZ, E. Enfermagem em Pediatria e Puericultura. São Paulo. Atheneu, 1989.
- SANTOS, A., SAUCEDO, T., STEUPP, M. Vivendo o processo de nascimento: cuidando do recém-nascido, puerpera e sua família, inseridos num contexto cultural. Curso de Graduação em Enfermagem. UFSC, 1997.
- SPINOFF, L. GLASS, R. A Mama. In: Endocrinologia e Ginecologia Clínica. São Paulo. Mamoele, 4 ed, 329 a 337, 1991.

ZIEGEL, E., CRANLEY, M. Enfermagem obstétrica. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.





10. APÊNDICES



APÉNDICE I

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

PROCESSO DE CUIDAR - REGISTRO

Nome:

Número do Prontuário:

identificando a(s) necessidade(s) de cuidado(s):

Data Fase Local	Conhecendo o cuidado	Refletindo sobre o cuidado	Planejando e fazendo o cuidado	Avaliando o cuidado	Percepções da Enfermeira



APÊNDICE II

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

CONHECENDO A SITUAÇÃO DA MULHER-MÃE

1. Conhecendo a mulher-mãe

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Naturalidade: _____

Etnia (Descendência): _____

Endereço: _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____

Religião: _____ Escolaridade: _____

2. Conhecendo seu domicílio:

Casa: () própria () alugada () cedida

Numero de peças: _____

Quais: _____

Aproveitamento do terreno: () sim () não

Caso sim descrever: _____

Animais domésticos: _____

Condições de saneamento: (lixo, água, esgoto):

Dispõe de luz elétrica: () sim () não

Infra estrutura doméstica:

Geladeira () Filtro ()

Fogão () Banheiro ()

Pia () Chuveiro ()

Televisão () Número de camas ()

Rádio ()

3. Conhecendo sua família:

- O que é família para você?

- Como está constituída sua família?

- Quem faz o que na família?

- Quem cuida da mulher-mãe na sua família?

4. Conhecendo seu corpo :

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

PA: _____ Pesquisa de Edema: _____

Exame das mamas:

Ciclo menstrual (menarca, duração, intervalo):

Uso de métodos contraceptivos:

História de DST:

Cirurgia ginecológica:

Início da vida sexual:

Dispareunia:

Inspeção dos Genitais:

Conhecendo sua gravidez:

DUM: _____ DPP _____ IG: _____

Abortos anteriores: _____

Hábitos (cigarro, álcool, tóxicos): _____

Medicamentos utilizados: _____

Altura uterina: _____ Circunferência abdominal: _____

Manobras de Leopold: _____

BCF: _____

Gravidez: () planejada () inesperada

Quando soube estar grávida, o que aconteceu

O que espera desta gravidez

O que sentiu quando percebeu os primeiros movimentos fetais

O que você já sabe sobre o processo de maternidade

O que mudou em sua vida com esta gravidez

O que é cuidado para você

De quem você cuida neste momento de sua vida

Quais os cuidados que está tendo com você neste período

Preocupações atuais

Conhecimentos e práticas relacionados ao relacionamento sexual

Conhecimentos e práticas relacionadas ao “resguardo”

Conhecimentos e práticas relacionados à amamentação

Como se sente neste novo papel de mãe

Como percebe seu corpo neste momento

Quais suas percepções a respeito de seu filho

O que representa a enfermeira para você

Expectativas atuais:



11. ANEXOS



ANEXO I

CENTRO EDUCACIONAL MARIA VARGAS
Rua: João Pereira dos Santos, 99 – Ponte do Imaruim
Palhoça – SC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que CRISTIANE CORRÊA MELO ministrou Palestra sobre a Prevenção do Câncer Ginecológico neste Centro Educacional para as turmas de 8ª série do Ensino Fundamental e para as turmas do Ensino Médio, nos dias 06/05 e 14/05 no período matutino.

Palhoça : 14/05/98.


M. Cecília Gonçalves Martins
Secretária
Autorização nº. 5119 SEE

CENTRO EDUCACIONAL MARIA VARGAS
Rua: João Pereira dos Santos, 99 – Ponte do Imaruim
Palhoça – SC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que GRAZIELA NAZARÉ NUNES ministrou Palestra sobre a Prevenção do Câncer Ginecológico neste Centro Educacional para as turmas de 8ª série do Ensino Fundamental e para as turmas do Ensino Médio, nos dias 06/05 e 14/05 no período matutino.

Palhoça : 14/05/98.


M^ª. Cecília Gonçalves Martins
Secretária
Autorização nº. 5119 SEE

CENTRO EDUCACIONAL MARIA VARGAS

Rua: João Pereira dos Santos, 99 – Ponte do Imaruim

Palhoça – SC.

Fone: (048) 242-2153



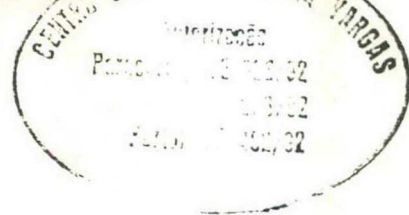
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Cinthia Regina Mendes Pereira ministrou palestra sobre a Prevenção do Câncer Ginecológico neste Centro Educacional, no dia 29/06/1998 para os funcionários deste Centro. Tendo apresentado desempenho, comprometimento e eficiência dignos de menção.

M.ª Cecília Gonçalves Martins
Secretária
Autorização nº. 5113 SEE

Palhoça, 29 de Junho de 1998

A Direção



CENTRO EDUCACIONAL MARIA VARGAS

Rua: João Pereira dos Santos, 99 – Ponte do Imaruim

Palhoça – SC.

Fone: (048) 242-2153

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Cristiane Corrêa Melo ministrou palestra sobre a Prevenção do Câncer Ginecológico neste Centro Educacional, no dia 29/06/1998 para os funcionários deste Centro. Tendo apresentado desempenho, comprometimento e eficiência dignos de menção.


M^{te}. Cecília Gonçalves Martins
Secretária
Autorização n.º 5119 SEE

Palhoça, 29 de Junho de 1998

A Direção

CENTRO EDUCACIONAL MARIA VARGAS

Rua: João Pereira dos Santos, 99 – Ponte do Imaruim

Palhoça – SC.

Fone: (048) 242-2153



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Graziela Nazaré Nunes ministrou palestra sobre a Prevenção do Câncer Ginecológico neste Centro Educacional, no dia 29/06/1998 para os funcionários deste Centro. Tendo apresentado desempenho, comprometimento e eficiência dignos de menção.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Graziela Nazaré Nunes".

Palhoça, 29 de Junho de 1998

A Direção



Sistema Único de Saúde
ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

CARTÃO DA GESTANTE

TRAGA SEMPRE SEU CARTÃO

Unidade Sanitária _____

Nome _____

Nº Matrícula	Data Matrícula	Idade

Endereço _____

FONE P/ CONTATO _____

AGENDAMENTO

Data	Atendimento	Data	Atendimento

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA A CRIANÇA
VOCÊ TEM O DIREITO DE AMAMENTAR O SEU FILHO. INFORME-SE SOBRE ESTE DIREITO.

A GRAVIDEZ NÃO É DOENÇA. NO ENTANTO, EXIJE A ATENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA EVITAR COMPLICAÇÕES, POR ISSO É NECESSÁRIO:

- IR À CONSULTA NA DATA MARCADA;
- REPETIR A CONSULTA CADA VEZ QUE SEJA INDICADA OU VOCÊ JULGUE NECESSÁRIA;
- CUMPRIR AS INDICAÇÕES FEITAS NO POSTO OU CENTRO DE SAÚDE.

SINAIS DE COMEÇO DO PARTO:

- ENDURECIMENTO DA BARRIGA, CADA VEZ MAIS FORTE E MAIS FREQUENTE, (COM OU SEM PERDA DE MUCO PELA VAGINA);
- ROMPIMENTO DA BOLSA DE ÁGUA (PERDA DE LÍQUIDO).

VOCÊ DEVE PROCURAR IMEDIATAMENTE A MATERNIDADE CASO TENHA:

- PERDA DE SANGUE OU LÍQUIDO PELA VAGINA;
- INCHAÇO DO ROSTO OU DE TODO O CORPO;
- DOR DE CABEÇA OU MANCHAS NA VISÃO;
- FEBRE OU CALAFRIOS;
- SINAIS DE COMEÇO DO PARTO, QUALQUER QUE SEJA O TEMPO DE GRAVIDEZ;
- FALTA DE MOVIMENTAÇÃO DE SEU BEBÊ POR MAIS DE 1 (UM) DIA.

DEPOIS DO PARTO:

É IMPORTANTE VOLTAR PARA CONTROLE NA DATA E LOCAL INDICADOS, TRAZENDO ESTE CARTÃO. APROVEITE, TAMBÉM, PARA LEVAR SEU FILHO AO SERVIÇO DE SAÚDE. ASSEGURE-SE DE QUE SUA CONSULTA E A DO SEU BEBÊ SEJAM MARCADAS PARA O MESMO DIA.

MÃE: ANTES DA ALTA NA MATERNIDADE, SOLICITE QUE OS DADOS DO SEU PARTO E DO BEBÊ SEJAM PREENCHIDOS.

PARTO

Data: ____/____/____

Local: _____

Intercorrências: _____

Esponâneo Normal

Elétrico ou Induzido Cefálea

Epistomia Fórceps

Indicação: _____

RECÉM-NASCIDO VIVO

Patologia Sim

Malformações Sim

Especificar: _____

Puerpério na Maternidade: Hemorragia Intecção Mamas _____

Outros: _____

Sexo: _____

Peso ao nascer _____ g Comprimento _____ cm

Apagar 1º _____ 5º _____ Pré-termo _____ sem. _____

Termo _____ sem Pós-termo _____ sem

Malformações Sim Não

Condições de alta _____

Data de Alta ____/____/____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

GESTA _____ PARA _____ RN (-2500gr) _____ RN (+4000gr) _____ Nº ABORTOS _____ Nº FILHOS VIVOS _____

DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO: ___/___/___ DATA PROVÁVEL DO PARTO: ___/___/___

ESTATURA _____ CM

DATA	I.G.	PESO	PA	AU	BCF	EDEMA	APRESENTAÇÃO	Intercorrências e orientações

Alerta: _____

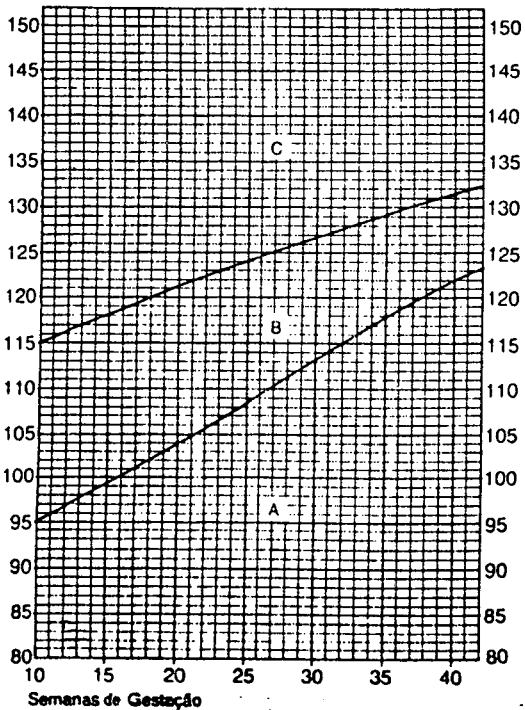
EXAMES LABORATORIAIS

Exame	Datas/Resultados	Exame	Data/Resultados
Tipo Sang.			
Hemoglobina			
V D R L			
Urina I			
Cit. Oncótica			

VACINAÇÃO ANTITETÂNICA: 1ª Dose ___/___/___ 2ª Dose ___/___/___ 3ª Dose ___/___/___ Reforço ___/___/___

CURVA DE PESO/IDADE GESTACIONAL

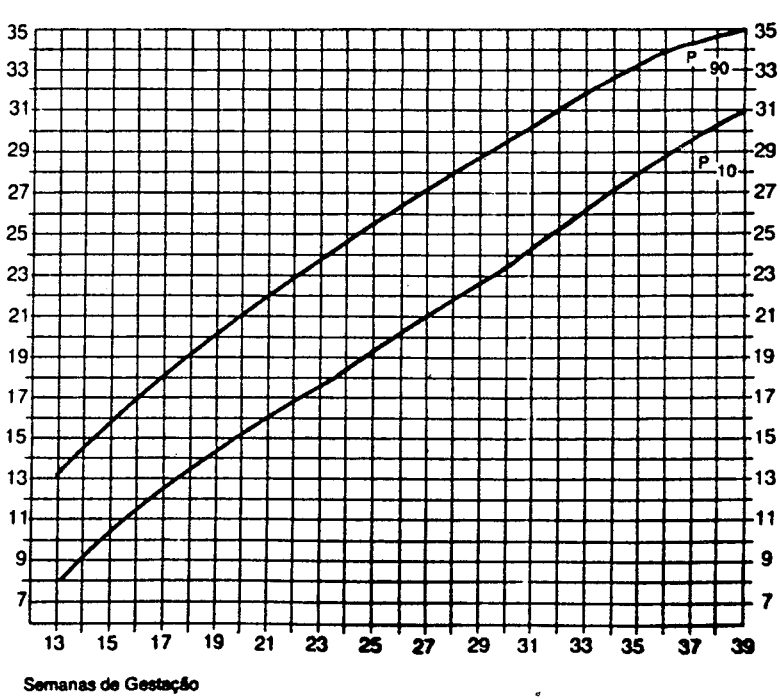
% (Porcentagem do peso materno em relação ao peso ideal/altura)



A - peso baixo B - peso normal C - sobrepeso

CURVA ALTURA UTERINA/IDADE GESTACIONAL

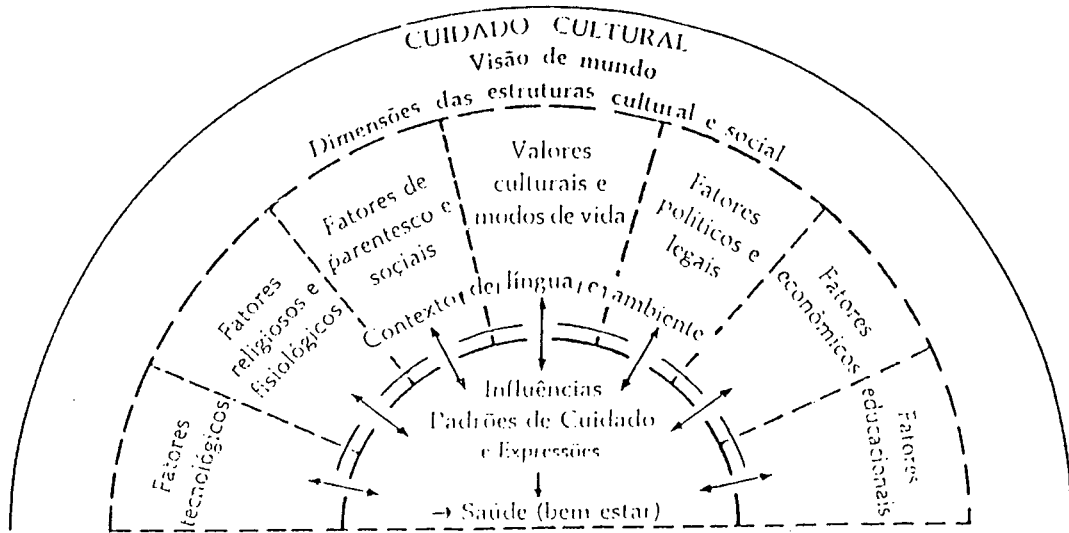
cm (Altura uterina)



Semanas de Gestação

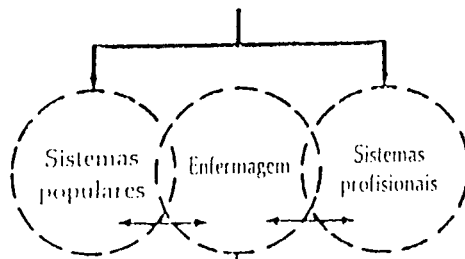


ANEXO II



de
Indivíduos, Famílias, grupos e instituições

Sistemas de saúde diversificados



Decisões e ações de cuidados de enfermagem
Preservação/manutenção cultural de cuidados
Acomodação/negociação cultural de cuidados
Repadronização/reestruturação cultural de cuidados

Cuidado coerente com a cultura

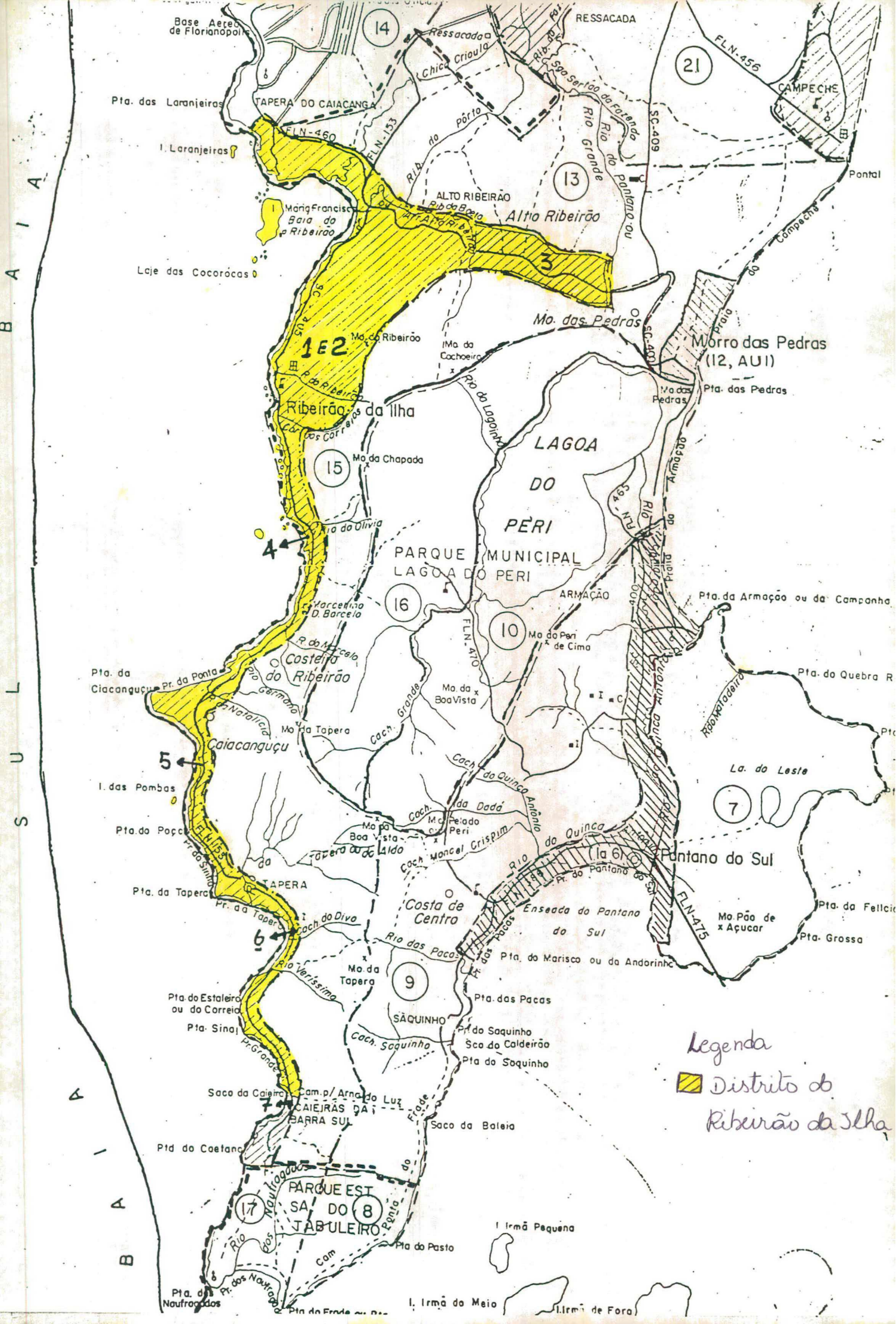
LEGENDAS


----- Influenciadores

----- Influenciadores direcionais

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

ANEXO III



Legenda
 Distrito do Ribeirão da Ilha

A halftone photograph showing a close-up of a hand holding a pen. The hand is positioned in the upper right quadrant, with the pen held between the fingers. The background is a light, textured surface. The text 'ANEXO IV' is printed in a bold, sans-serif font in the center of the image.

ANEXO IV



**I ENCONTRO CAPITAL CRIANÇA:
AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE DA
MULHER E DA CRIANÇA**



FLORIANÓPOLIS
CAPITAL DA GENTE

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Programa Capital Criança
Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social
Avenida Henrique da Silva Fontes, 6100
88036-700 Trindade Florianópolis SC
☎ 234 7111 r. 203 e 206

**I ENCONTRO CAPITAL CRIANÇA:
AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE DA
MULHER E DA CRIANÇA**

Data: 8 e 15 de Abril
7, 13 e 28 de Maio de 1998

Local: Associação Catarinense de Medicina
Rodovia SC - 401 Km 4
☎ 238 0035

8 DE ABRIL À 28 DE MAIO DE 1998
FLORIANÓPOLIS SC

Dia 08 de Abril

14:00h às 15:00h - Abertura Oficial

Tema: "Plano Municipal de Saúde e o Programa Capital Criança"

Ministrante: Dr. Manoel Américo Barros Filho
Secretário Municipal de Saúde

15:00h às 15:45h - Capital Criança: Gerência e

Operação / Normas Técnicas
Ministrantes: Alba Maria Tavares - Coordenadora
Margarete F. Mendes e Márcia Del
Castanhel - Enfermeiras

15:45h às 16:00h - Intervalo

16:00h às 16:45h - Sensibilização através de teatro
Grupo Teatral do HJJC

16:45h às 18:00h - Biosegurança

Ministrante: Vanessa Beal - Enfermeira

Dia 15 de Abril

14:00h às 15:00h - Aspectos Emocionais no

Processo do Nascimento
Ministrante: Zaira A. Custódio - Psicóloga

15:00h às 15:45h - Novos Modelos de

Maternidade/Paternidade;
Casal Grávido;
Parto Humanizado;
Maternidade Segura;
Alojamento Conjunto
Ministrante: Marcos Leite - Ginecologista

15:45h às 16:00h - Intervalo

16:00h às 16:45h - Assistência Pré - Natal :

Diagnóstico, Duração,
Modificações Gerais e Locais,

Distúrbios Gravídicos, Exames
de Rotina, Vacinação, Saúde Bucal

Ministrante: Pedro Luiz Schmidt - Clínico Geral

16:45h às 17:30h - Consulta Pediátrica Pré-Natal

Ministrante: Gean Carlo da Rocha-Pediatra

17:30h às 18:00h - Centros de Saúde Amigo da

Criança
Ministrante: Evangelina K. Santos - Enfermeira

Dia 07 de Maio

14:00h às 14:30h - Alimentação na gestação e puerpério

Ministrante: Ana Bornhausen - Nutricionista

14:30h às 15:00h - Ações educativas no pré-natal: Sala
de espera, grupo de gestante

Ministrante: Elizabeth Becker - Enfermeira

15:00h às 15:45h - Consulta pré-natal

Ministrantes: Marcos Leite - Ginecologista
Silvana Pereira - Enfermeira

15:45h às 16:00h - Intervalo

16:00h às 17:00h - Intercorrências Obstétricas e

Clínicas, Sinais de Alerta,
Quando Referenciar.

Ministrante: João Mendonça - Ginecologista

17:00h às 18:00h - HIV - Controle Vertical

Ministrante: Vanusa Beal - Enfermeira

Dia 13 de Maio

14:00h às 15:30h - Acompanhamento do

Crescimento e Desenvolvimento
Ministrante: Maria Marlene Souza-Pediatra

15:30h às 15:45h - Intervalo

15:45h às 17:15h - Acompanhamento do

Crescimento e Desenvolvimento
Ministrante: Maria Marlene Souza-Pediatra

17:15h às 18:00h - Referência e Contra Referência

Ministrante: Jane Laner Cardoso-Pediatra

Dia 28 de Maio

14:00h às 15:00h - Puerpério Normal e Patológico

Consulta Puerperal
Ministrantes: Odaléia Brüggemann e Maria de
Fátima Zampieri - Enfermeiras

15:00h às 15:45h - Planejamento Familiar

Ministrante: Silvana Pereira - Enfermeira

15:45h às 16:00h - Intervalo

16:00h às 17:00h - Imunização

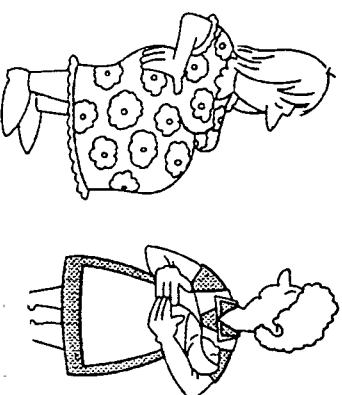
Ministrantes: Técnicos da Vigilância
Epidemiológica / SSDS

17:00h às 17:30h - Visita domiciliar

Ministrante: Marilene Jaccondino - Clínica Geral

17:30h às 18:00h - Avaliação e Encerramento

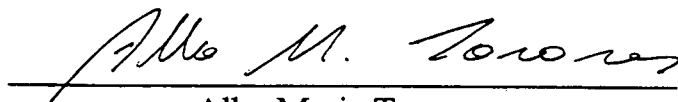
Ministrante: Alba Maria Tavares - Coordenadora
*Visita às Unidades de Referência: A combinar



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **ELEINE MAESTRI** participou do Iº ENCONTRO CAPITAL CRIANÇA/ AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA/SSDS/PMF, na qualidade de ouvinte, com carga horária de 20:00 horas, realizado na Associação Catarinense de Medicina no período de abril a maio de 1998.

Florianópolis, 30 de julho de 1998.

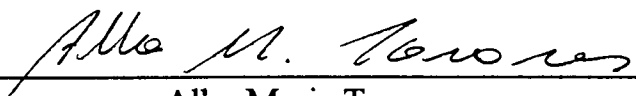


Alba Maria Tavares
Coordenadora do Programa Capital Criança

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **SUIAN DE LIZ** participou do Iº ENCONTRO CAPITAL CRIANÇA/ AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA/SSDS/PMF, na qualidade de ouvinte, com carga horária de 20:00 horas, realizado na Associação Catarinense de Medicina no período de abril a maio de 1998.

Florianópolis, 30 de julho de 1998.



Alba Maria Tavares
Coordenadora do Programa Capital Criança



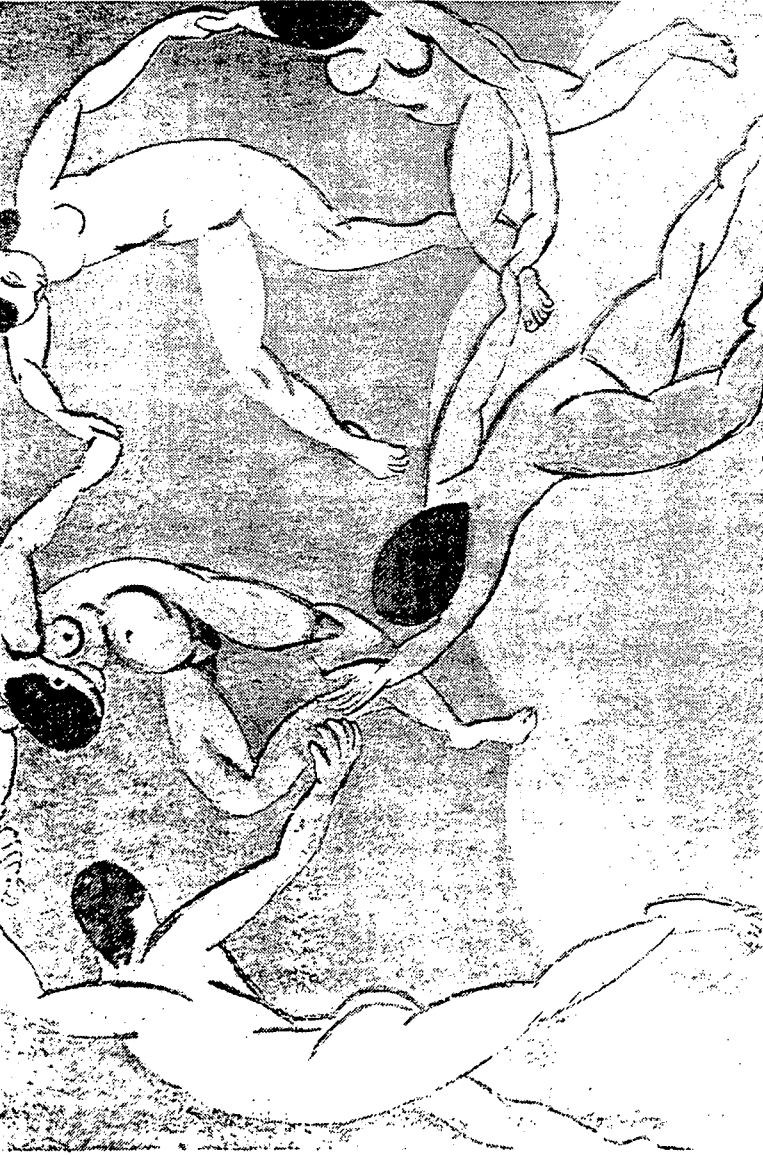
ANEXO V

FAZENDO GÊNERO 3



GÊNERO E SAÚDE

13, 14, 15 de maio de 98
Centro de Ciências da Saúde - CCS/UFSC



Saúde, corpo, sexualidade, feminismo, trabalho, AIDS, direitos reprodutivos, família, homossexualidade, imagens e representações, masculino/feminino, etnia, crianças, transformismo, maturidade. O Fazendo Gênero 3 vai discutir sobre isso e muito mais. Venha apresentar sua pesquisa ou participar dos debates de um dos campos interdisciplinares que mais têm crescido na UFSC.

Realização

Centro de Ciências da Saúde
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Centro de Comunicação e Expressão
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Informações

Pós-graduação em Enfermagem - UFSC
Centro de Ciências da Saúde - Campus da Trindade
Fone: (048) 231-9480 - Fax: (048) 231-9787

PROGRAMAÇÃO

Data: 13, 14 e 15 de maio de 1998

**Local: Centro de Ciências da Saúde
UFSC**

Campus Trindade - Florianópolis-SC

13 de maio - quarta-feira

19h - Mesa redonda: *Gênero e saúde*

Vera Sobral (UFF)

Sônia Miguel (CFEMEA)

Dagmar Esteman (URGS)

Tamara Cianciarullo (UFSC)

Local: Auditório da Reitoria

21h - Coquetel e lançamento de livros

Local: Hall da Reitoria

14 de maio - quinta

8h30min - Mesa redonda: *Gênero, feminismo, teoria e metodologia.*

Céli Pinto (URGS)

Maria Ignez Paulilo (UFSC)

Ciáudia Lima Costa (UFSC)

Alcione Leite da Silva (UFSC)

Local: Auditório da Reitoria

10h - Mesa redonda: *Textualidade e sexualidade.*

Pedro de Souza (UFSC)

Simoni P. Schmidt (UFSC)

Maria Tereza S. Cunha (UFSC)

Tânia R. O. Ramos (UFSC)

Local: Auditório do CCS

14h - Grupos de Trabalho/ Comunicações

Local: Salas Centro de Ciências da Saúde.

Auditório do CCS e do Hospital
Universitário

17h - Mesa redonda: *Corpo, sexualidade e representações.*

Ymiracy Polak (UFPR)

Maria Bernardele R. Flores (UFSC)

Sônia Maluf (UFSC)

Mara Lago (UFSC)

Local: auditório do Centro de Ciências da

Saúde.

17h - Mesa redonda: *Gênero, saúde e trabalho*

Tânia Galli Fonseca (URGS)

Marta Julia Marques Lopes (URGS)

Maria Betânia d'Ávila (Socióloga)

Maria Regina Lisboa (UFSC)

Local: auditório da Reitoria

15 de maio - sexta

8h30min - Mesa redonda: *Gênero e saúde reprodutiva.*

Margareth Arilha (ECOS/SP)

Marta Ramires (UNICAMP)

Luzinete Simões (UFSC)

Joana Pedro (UFSC).

Local: auditório da Reitoria

10h - Mesa redonda: *Maternidade e paternidade: entre práticas e representações*

Moisés Tractenberg (Psicanálise/RJ)

Maria Juracy T. Siqueira (UFSC)

Susana Funck (UFSC)

Marcos Leite (UFSC).

Local: auditório do CCS

14h - Grupos de Trabalho/Comunicações.

Local: salas do Centro de Ciências da

Saúde; Auditório do CCS e do

Hospital Universitário

17h - Mesa redonda: *Gênero e políticas públicas.*

Eva Blay (USP)

Clair Castilhos (UFSC)

Estela Leão de Aquino (UFBA)

Denise Pires (UFSC)

Local: auditório da Reitoria

20h - sessão de encerramento

Local: Hall da Reitoria.

CERTIFICADO

Universidade Federal de Santa Catarina
Fazendo Gênero 3: Gênero e Saúde
Local: Centro de Ciências da Saúde

Certificamos que ELEINE MAESTRI
participou do Encontro Fazendo Gênero 3: Gênero e Saúde, realizado em Florianópolis,
Santa Catarina, nos dias 13, 14 e 15 de maio de 1998, na qualidade de ouvinte

Luiz Carlos de Lima Sobral

p/ Comissão Organizadora

MEC/CCS/UFSC
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CERTIFICADO

Universidade Federal de Santa Catarina
Fazendo Gênero 3: Gênero e Saúde
Local: Centro de Ciências da Saúde

Certificamos que SUIAN DE LIZ

participou do Encontro Fazendo Gênero 3: Gênero e Saúde, realizado em Florianópolis,
Santa Catarina, nos dias 13, 14 e 15 de maio de 1998, na qualidade de ouvinte

Suzanne J. de A.

p/ Comissão Organizadora

MEC/CCS/UFSC
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



ANEXO VI

Suân
**PROGRAMA DO "9º CURSO DE
 ALEITAMENTO MATERNO"**

UFSC - HOSPITAL UNIVERSITARIO		Horário : 08:00 `as 12:00	
Período: 01/06/98 a 04/06/98		14:00 às 16:00	
DATA	HORA	CONTEUDO	MINISTRANTE
01/06	08:00 `as 09:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Prefácio ◆ Objetivos do curso ◆ Duração do curso ◆ Materiais do curso ◆ Resumo do curso ◆ Métodos e atividades didáticas ◆ Preparação para o curso ◆ Lição introdutória ◆ Aleitamento Materno: uma prioridade mundial. ◆ Dez passos para o sucesso do aleitamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfª Evanguelia K. A. dos Santos
01/06	09:00 `as 10:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 1: Aleitamento materno e sobrevivência infantil. ◆ Recordações atuais para o aleitamento materno. ◆ Superioridade do leite humano em relação ao leite infantil industrializado. ◆ Benefícios do aleitamento materno exclusivo durante seis meses. ◆ Medicamentos tomados pela mãe e o aleitamento. ◆ Resumo da lição 1. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nutri. Ana B. B ◆ Dr. Mauro Schuttel
01/06	10:15 `as 12:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 2: Como o leite vai do peito para o bebê. ◆ Partes da mama envolvidas na lactação. ◆ A produção do leite materno. ◆ A sucção e a pega da areola. ◆ Figura 1: Anatomia da mama. ◆ Figura 2: Pega da areola e sucção da mama. ◆ Resumo da lição 2. ◆ Lição 12 : Oferecendo um apoio permanente a nutrizes. ◆ Preparando as mães para o aleitamento no lar. ◆ Aleitamento continuado por dois anos. ◆ A lactação como método de planejamento familiar. ◆ Acompanhamento e apoio após a alta. ◆ Figura 11: A lactância Amenorréia como Método. ◆ Resumo da lição 12. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dr. Marcos Leite

DATA	HORA	CONTEUDO	MINISTRANTE
02/06	08:00 às 08:30	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 3: Promovendo o aleitamento materno durante a gravidez e após o nascimento do bebê. ◆ Mulheres em situação de risco em relação ao aleitamento materno ◆ Falando com gestantes sobre o aleitamento materno. ◆ O manejo para apoiar a prática do aleitamento precoce. ◆ Prática clínica. ◆ Resumo da lição 3. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfª Ingrid Bertoldo
02/06	08:30 às 09:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 4: Iniciando o aleitamento materno. ◆ Como orientar as mães. ◆ Ajudando as mães com as primeiras mamadas. ◆ Eliminando práticas prejudiciais ao aleitamento materno. ◆ Práticas clínicas. ◆ Resumo da lição 4. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Enfª Ingrid Bertoldo
02/06	09:00 às 09:30	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 5: Avaliando uma mamada ◆ Observando uma mamada. ◆ Avaliando a pega da areola. ◆ A sucção do bebê no peito. ◆ Prática clínica na enfermaria e CIAM. ◆ Figura 3: Pega da areola correta para sucção eficiente. ◆ Figura 4: Posições para o aleitamento materno. ◆ Figura 5: A posição da Mão de Bailarina. ◆ Resumo da lição 5. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Enfª Ingrid Bertoldo
02/06	09:30 às 10:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 6: Problemas precoces nas mamadas. ◆ Examinando as mamas e mamilos da mãe. ◆ Identificando e corrigindo mamilos invertidos. ◆ Ingurgitamento. ◆ Mamilos doloridos. ◆ Resumo da lição 6. ◆ Lição 7: Bebês que "recusam o peito". ◆ O bebê que resiste as tentativas de ser levado ao peito. ◆ O bebê que não consegue pegar a areola adequadamente. ◆ O bebê que Não consegue manter a pega da areola. ◆ O bebê que não suga. ◆ O bebê que recusa um peito. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Enfª Ingrid Bertoldo

DATA	HORA	CONTEUDO	MINISTRANTE
		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Prática clínica. ◆ Figura 6: Aleitamento do bebê com xícara. ◆ Resumo da lição 7. 	
02/06	10:15 às 11:15	◆ Amamentação - Fonoaudiologia	◆ Fonoaudióloga Helena Feiro Blasi
02/06	11:15 às 12:00	◆ Aleitamento Materno x Carie dentária.	◆ Dra. Claides Abegg
03/06	08:00 às 09:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 8: Baixa produção de leite. ◆ Padrões de crescimento de um bebê amamentado. ◆ Baixa Produção de leite ou falta de autoconfiança da mãe? ◆ Como aumentar a produção de leite. ◆ Ajudando a mãe e relactar. ◆ Figura 7: Amamentando um bebê com suplementador. ◆ Resumo lição 8. 	◆ Dr. Carlos Eduardo Pinheiro
03/06	09:00 às 09:30	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 9: Bebês que exigem cuidados especiais. ◆ Bebês prematuros ou recém nascidos de baixo peso. ◆ Amamentando mais de um bebê. ◆ Prevenção e manejo de icterícia. ◆ Condições especiais. ◆ Resumo da lição 9. 	◆ Dra Iara Regina Pacheco
03/06	09:45 às 12:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Mãe Canguru. ◆ Psicologia/Aleitamento Materno 	◆ Psicóloga Zaira Custodio.
04/06	08:00 às 09:00	◆ O aleitamento Materno e os direitos sociais.	◆ Assistente Social Viviane
04/06	09:00 às 10:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 10: Problemas tardios nas mamas. ◆ Ductos lactíferos Bloqueados. ◆ Mastite (infecção nas mamas). ◆ Amamentando quando a mãe esta doente. ◆ Razoes medicas aceitáveis para oferecer outros alimentos ao bebê, além do leite materno. ◆ Figura 8: Vista interna da mama. ◆ Resumo da lição 10. 	◆ Enfª Evangelia K. A. dos Santos

DATA	HORA	CONTEUDO	MINISTRANTE
04/06	09:00 as 10:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 11: Retirando o leite materno e alimentando o bebê com o mesmo. ◆ Mantendo a lactação apesar de uma possível separação mãe-filho. ◆ Retirando e armazenando o leite materno retirado. ◆ Prática clínica. ◆ Figura 9: Como retirar o leite materno. ◆ Figura 10: Método da garrafa quente para retirada de leite materno. ◆ Resumo da lição 11. 	◆ Enfª Evangelia K. A. dos Santos
04/06	10:15 as 11:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 13: Tornando a sua comunidade amiga da criança. ◆ Políticas Nacionais de Saúde. ◆ O Código Internacional de comercialização de sucedâneos do leite materno. ◆ Promovendo o aleitamento materno na comunidade. ◆ Prática clínica. ◆ Figura 12: Políticas Nacionais de Saúde. ◆ Resumo da lição 13. 	◆ Enfª Evangelia K. A. dos Santos
04/06	11:00 as 12:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lição 14: Tornando seu hospital amigo da criança. ◆ O papel dos funcionários das maternidades. ◆ Avaliando o hospital. ◆ Avaliando uma norma de aleitamento materno. ◆ Resumo da lição 14. 	• Enfª Evangelia K. A. dos Santos
04/06	14:00 às 18:00	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Avaliação das mamadas na enfermaria. ◆ CIAM - Armazenagem do leite materno. 	• Enfª Ingrid Bertoldo



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP 88010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (048) 234.1000

CERTIFICAMOS QUE ELEINE MAESTRI,

PARTICIPOU DO 9º CURSO DE ALEITAMENTO MATERNO DO HOSPITAL

UNIVERSITÁRIO/UFSC Membro Participante,

PERÍODO DE 1º DE JUNHO DE 1998 À 04 DE JUNHO DE 1998, COM CARGA

HORÁRIA DE 20 (VINTE) HORAS.

FLORIANÓPOLIS/SC, JUNHO DE 1998.

Beatriza Capella
PROFª. BEATRIZ BEDUSCHI CAPELLA
DIRETORA DE ENFERMAGEM
HU/UFSC

Nadia Chiodelli Salum
ENFª. NÁDIA CHIODELLI SALUM
COORD. COMISSÃO DE EDUCAÇÃO
EM SERVIÇO - HU/UFSC

CES/HU
REG. Nº. 24
LIVRO Nº. 01
FLS. Nº. 01

Marla
VISTO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP 88010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (048) 234.1000

CERTIFICAMOS QUE SUIAN DE LIZ,
PARTICIPOU DO 9º CURSO DE ALEITAMENTO MATERNO DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO/UFSC Membro Participante,
PERÍODO DE 1º DE JUNHO DE 1998 À 04 DE JUNHO DE 1998, COM CARGA
HORÁRIA DE 20 (VINTE) HORAS.

FLORIANÓPOLIS/SC, JUNHO DE 1998.



PROFª. BEATRIZ BEDUSCHI CAPELLA
DIRETORA DE ENFERMAGEM
HU/UFSC



ENFª. NÁDIA CHIODELLI SALUM
COORD. COMISSÃO DE EDUCAÇÃO
EM SERVIÇO - HU/UFSC

CES/HU
REG. N° 82
LIVRO N° 01
FLS. N° 01
Márcia
VISTO

