

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

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

FLORIANÓPOLIS, 1999

**SIMONE FARIA
CIBELE SCHIEFFELBEIN
KARINA DOS SANTOS WOLFF**

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

*Trabalho de conclusão do curso de graduação
em Enfermagem da UFSC apresentado
à disciplina "Enfermagem Assistencial Aplicada".*

N.Cham. TCC UFSC ENF 0426

Autor: Faria, Simone

Título: Do hospital ao domicílio : cont



972492126 Ac. 241817

Ex.I UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0426
Ex.I

**Orientadora: Prof^ª Olga Regina Zigelli Garcia
Supervisora: Enfermeira Edith Ilza Pfaffenzeller Esquivel**

Florianópolis, 1999

DEDICATÓRIA

*"Dedicamos este
Trabalho aos nossos pais
por alimentarem nossos
ideais e nos incentivarem
a trilharmos esse
caminho."*

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à **DEUS** que com sua suprema sabedoria e bondade nos concedeu forças para concluirmos mais uma etapa de nossas vidas.

Agradecemos em especial a nossas mães: **Zair, Marli e Marta**, que nos transmitiram no decorrer desta estrada, sabedoria, amor, confiança, mostraram-se pacientes e dedicados durante os momentos difíceis.

Ao pai **Santiago** pela presença marcante, pela confiança sincera, pelo apoio constante, pelo amor dedicado, pela paciente espera; meu eterno obrigado por você ter sido sempre o meu pai. (Cibele).

Aos nossos pais **José e Placidino** que por motivos alheios à nossa vontade, mas por vontade de **Deus**, já não fazem mais parte deste mundo, o nosso profundo respeito, amor e agradecimento, pelo que nos transmitiram em sua permanência em nossa vida. Vocês se foram num adeus inevitável, mas aqui estão lembrados, presentes, eternos... (Simone e Karina).

Aos nossos filhos **Alex, Nicolas, Camilla, Luã e Vinícius** por retribuírem com sorrisos e afagos as horas em que estivemos distantes.

Aos nossos maridos **Carlos, André e Adilson**, que nos concederam apoio, conselhos, assistência, amor e entenderam nossas ausências durante esta etapa de nossas vidas.

Aos **irmãos e amigos**, que acreditaram em nós, ajudando-nos a transpor obstáculos e nos encorajando nesta etapa de nossa vida.

À querida **Vó Neco**, pelo amor e confiança dedicado. (Cibele)

À **Olga Regina Zigelli Garcia**, nossa orientadora, por sua dedicação, paciência, sabedoria, confiança e incentivo constante durante o caminho trilhado.

À **Edith Ilza P. Esquivel**, nossa supervisora, pela transmissão dos conhecimentos que nos foram de grande importância em nossa passagem pela maternidade Carmela Dutra.

À **Vitória P. Gregório**, pela lição de saber, pela dedicação e por repartir suas experiências de vida, nosso respeito e afeto.

Às **clientes** que vivenciaram esta etapa conosco e colaboraram para a formação do nosso projeto em realidade.

À **espiritualidade** que revitalizou nossas forças constantemente.

RESUMO

Trata-se de um projeto assistencial desenvolvido no período de 09/11/98 a 18/12/98 entre o Centro Obstétrico da Maternidade Carmela Dutra e o domicílio de 06 parturientes, com o objetivo de desenvolver o cuidado de Enfermagem ao binômio mãe-filho, na iniciação do rito de passagem do nascimento, do ambiente hospitalar ao domiciliar, fundamentado no modelo teórico de Madeleine Leininger, inserindo o pai no processo de cuidar. No período do desenvolvimento do projeto, foram realizados levantamento de dados com o objetivo de identificar as diversidades e universidades culturais do cuidado das mesmas. Além dessas, as acadêmicas acompanharam em conjunto 06 clientes, sendo realizada uma média de 04 visitas para cada uma. O uso do modelo teórico de > Madeleine Leininger, proporcionou as acadêmicas uma visão ampla da cliente e do ser humano. Observou-se que apesar das diversidades encontradas, no levantamento de dados efetuados junto à 30 parturientes, o apoio psicológico por parte dos profissionais de saúde no processo de partir, é elemento chave como uma das formas de proporcionar o parto humanizado, uma vez que a hospitalização inibe as expressões culturais da cliente, que passa a responsabilidade do processo de cuidar a equipe de saúde, atrasando do estabelecimento do vínculo mãe-filho. Observou-se ainda que o rito de passagem do nascimento é um momento de intenso movimento em que a ordem anterior da cliente sofre transformações e exige portanto, cuidados, pois este processo contém uma oportunidade de saúde através da abertura à transformação. As maiores dúvidas apresentadas pelas puérperas à domicílio foram cuidados com o coto umbilical, cuidados com o banho, cuidados com a amamentação, e a intervenção da enfermagem propiciou a orientação voltada às dúvidas apresentadas, através da educação para a saúde. Conclui-se portanto, que o acompanhamento domiciliar da puérpera foi necessário e importante, constituindo-se num trabalho psicoprofilático, prevenindo complicações e facilitando a promoção da criação de um vínculo saudável entre a mãe e o bebê, ampliando a disposição familiar para o desafio do crescer junto. As metas estabelecidas foram alcançadas, ou seja, a promoção da saúde do binômio mãe-filho no rito de passagem do nascimento.

SUMÁRIO

1. INTRODUZINDO O TEMA	08
2. ESTABELECENDO OS OBJETIVOS	13
2.1. OBJETIVO GERAL	13
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3. REVISANDO A LITERATURA	15
3.1. NASCIMENTO COMO UM RITO DE PASSAGEM	15
3.1.1. <i>Ritos de Passagem</i>	15
3.1.2. <i>Ritos de Passagem e Nascimento</i>	15
4. O REFERENCIAL TEÓRICO	19
4.1. MARCO CONCEITUAL	19
4.2. ALGUNS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E PESSOAIS	20
4.3. CONCEITOS	23
4.4. PROCESSO DE ENFERMAGEM	26
4.4.1. <i>Processo de Cuidar</i>	26
4.4.1.1. <i>Conhecendo a situação</i>	27
4.4.1.2. <i>Refletindo sobre o cuidado do cliente</i>	28
4.4.1.3. <i>Planejando e fazendo o cuidado</i>	28
4.4.1.4. <i>Avaliando o cuidado</i>	29
5. ESTABELECENDO AÇÕES METODOLÓGICAS	30
5.1. DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO	30
5.2. POPULAÇÃO ALVO	32

5.3. PLANO DE AÇÃO	32
6. FAZENDO O CRONOGRAMA	36
7. DESCRREVENDO O RESULTADO	37
7.1. ATIVIDADES PROPOSTAS	37
7.1.1. <i>Objetivo nº 1</i>	37
7.1.2. <i>Objetivo nº 2</i>	40
7.1.3. <i>Objetivo nº 3</i>	74
7.1.4. <i>Objetivo nº 4</i>	76
7.1.5. <i>Objetivo nº 5</i>	77
7.1.6. <i>Objetivo nº 6</i>	77
7.1.7. <i>Objetivo nº 7</i>	78
7.1.8 <i>Objetivo nº 8</i>	78
8. FAZENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
9. FAZENDO AS RECOMENDAÇÕES	82
10. RELATANDO A BIBLIOGRAFIA UTILIZADA	85
11. RELATANDO AS PERCEPÇÕES INDIVIDUAIS DAS ACADÊMICAS	87
11.1. SIMONE	87
11.2. KARINA	88
11.3. CIBELE	89
12. ANEXOS	90

1. INTRODUZINDO O TEMA

A gravidez é o destino quase inevitável das mulheres. Na cultura cristã, elas são preparadas para a maternidade como se houvesse uma equação linear:

casamento → maternidade → filhos → felicidade.

Observa-se que normalmente, durante a gravidez, a mulher é o alvo das atenções, a “receptora” de todos os cuidados e orientações que visam estimular o auto cuidado para a promoção da saúde do binômio mãe-filho.

No passado, quando acontecia a gravidez, o sentimento predominante era de ganho. Mas hoje, a mulher vê inicialmente, as perdas no seu corpo, na sua liberdade e no seu poder de atração sexual sobre o companheiro. Sente-se como se tivesse caído numa armadilha (Montgomery, 1997).

O próprio parto, segundo Arruda (1989), era um acontecimento social no passado. A mulher era cercada pela família e pela vizinhança no momento da dor e na celebração da renovação da espécie. Hoje, continua o autor, com o avanço tecnológico e a modernidade incansavelmente progressiva, isso ocorre com pouquíssima frequência.

É como se a mulher fosse orientada e preparada para um fim específico: o parto.

Segundo Montgomery (1997), Apud Bunn e Azevedo (1998), independente da cultura e do nível social, a gravidez desperta sensações e sentimentos antagônicos. No

filho que vai chegar, está em jogo a vida pelo renascimento, esperança, ganhos, e a morte pelas perdas, divisão, medo, frustração.

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

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

Segundo Noronha (1993), em relação ao corpo, há uma alteração violenta na imagem corporal na auto imagem. A relaboração do corpo durante a gravidez, acontece gradativamente. No pós-parto é um choque: a criança nasce, a barriga some, esvazia. Os tecidos tornam-se flácidos e desorganizados. A vagina sangra. Cortes sempre há, no abdome ou no períneo. A mama túrgida, com eventuais fissuras, pode provocar dor. A depressão pós parto pode estar rondando podendo aparecer logo após o parto, seis meses depois ou no intervalo de dois anos.

Durante a hospitalização há quem “cuide” da mãe e do bebê, há quem oriente, esclareça, devidas as angústias.

Ao voltar para casa, a menina que virou mulher-mãe vê-se sozinha com seu bebê, às vezes conta com o seu companheiro e sabe que esta criança necessita dela para sobreviver. Passa então, a ser a “provedora” de cuidados e sente-se, via de regra, a única responsável pela vida da criança.

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

Em meio a todos os conflitos e alterações, somadas as dúvidas de como cuidar do recém-nascido, a mulher precisa reorganizar sua vida social, sexual, voltar a trabalhar,

enfim necessita equalizar-se enquanto mãe-mulher. Mas como? Quando? Definitivamente esta mulher precisa de ajuda, pois vivência uma situação nova e desconhecida.

Nossa afinidade pela área da obstetrícia já era grande desde o começo da faculdade, mas intensificou-se após a realização do estágio em obstetrícia e neonatologia da sétima unidade curricular. Economicamente neste estágio da sétima fase encontramos Bunn e Azevedo que estavam realizando uma parte do seu projeto na sala de parto da maternidade Carmela Dutra. Durante as conversas que tínhamos nos períodos de estágios, elas colocaram como era o projeto assistencial delas, a partir deste momento, tivemos certeza de dar continuidade a este mesmo projeto, porque, concordamos com Bunn e Azevedo que esta área nos permite trabalhar com a vida no seu início, envolvendo emoções e situações que exijam cuidados especiais propiciando o desenvolvimento saudável do “novo ser” e daqueles que o cercam.

Por compartilharmos com Gonçalves e Frazon (1997), Bunn e Azevedo (1998), da crença de que a enfermagem, enquanto profissão de cuidado pode, nesta fase tão crucial prestar auxílio, amparo ou capacitação para o binômio mãe-filho, no sentido de aperfeiçoar sua nova condição de vida, optamos por desenvolver o cuidado de enfermagem ao binômio mãe-filho na iniciação do rito de passagem do nascimento do ambiente hospitalar ao domiciliar, dando continuidade ao projeto desenvolvido pelas autoras em 1997 e 1998 nos quais foram acompanhadas da maternidade ao domicílio 14 puérperas com a média de 10 (dez) visitas domiciliares a cada cliente, entre outras atividades.

Vale ressaltar que as autoras constataram durante o desenvolvimento de seu trabalho que as “mães chegam em casa com muitas dúvidas, referindo muita falta de orientação no período de hospitalização e concluem ser de primordial importância acompanhamento domiciliar da puérpera.”

Para fundamentar a nossa prática de cuidar utilizaremos o mesmo modelo teórico usado por Gonçalves e Franzon (1997), Bunn e Azevedo (1998), porque além de corresponder nossas crenças e valores enquanto seres humanos e profissionais em enfermagem, mostrou-se adequado a proposta do trabalho.

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

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

Segundo a autora da teoria da Diversidade, a enfermagem tem como uma obrigação ética de preparar profissionais para que eles trabalhem eficazmente com indivíduos de origens diferentes, valorizando os valores populares respeitando os valores de vida de cada um deles ou de seu grupo.

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

Acredita-se que a saúde seja estendida como algo universal a todas as culturas, embora definida no âmbito de cada uma, refletindo suas crenças valores e práticas. Assim, a saúde é também universal e diversificada.

Vale lembrar que Leininger (1995), permite ao enfermeiro trabalhar tanto com a realidade contextual do indivíduo quanto a redistribuição do sabor do acordo com MINATTI et al (1997), acreditamos que falta ao profissional de saúde, muitas vezes compreender o indivíduo como um “ser único” que traz consigo toda uma bagagem cultural.

Em nossa proposta de trabalho pretendemos prestar cuidado ao binômio mãe-filho, desde o pré parto até o puerpério domiciliar, envolvendo em todo o contexto a figura do pai, pois como diz Montgomery (1997. pg. 163). “No pós parto é fundamentado apoio do companheiro que valorize a mulher como ser social, que seja afetivo.

Esperamos ao dar continuidade ao projeto de cuidar do binômio mãe-filho, do hospital ao domicílio, possibilitar que o rito de passagem do nascimento deixe de ser uma

responsabilidade feminina, permitindo que a mãe, seu bebê e o pai se conheçam e se cuidem na busca da preocupação de sua saúde total.

2. ESTABELECENDO OS OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Continuar a prática do desenvolvimento para o cuidado de enfermagem ao binômio mãe-filho na iniciação do rito de passagem do nascimento, do ambiente hospitalar ao domiciliar, inserindo o pai no processo de cuidar, fundamentado no modelo teórico de Madeleine Leininger.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- ◆ Conhecer a estrutura física, operacional e normativa do Centro Obstétrico e Unidade de internação puerperal, integrando com a equipe de saúde.

- ◆ Identificar as diversidades e universalidades culturais de cuidado às parturientes.

- ◆ Desenvolver o cuidado de enfermagem ao binômio mãe-filho do ambiente hospitalar ao domiciliar, buscando identificar as diversidades e universalidades

culturais da iniciação do nascimento como rito de passagem, inserindo o pai no processo de cuidar, baseado no referencial teórico de Madeleine Leininger.

- ◆ Contribuir para a implementação dos 8 passos da Maternidade Segura e manutenção do projeto Hospital Amigo da Criança.

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

- ◆ Avaliar periodicamente as atividades desenvolvidas no estágio.

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

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

3. REVISANDO A LITERATURA

3.1 O NASCIMENTO COMO UM RITO DE PASSAGEM

3.1.1 Ritos de Passagem

De acordo com Da Matta Apud Monticelli (1997, p. 23), o rito é “um fenômeno dotado de certo conjunto de significados uma visão estrutural fundamentada em princípios organizatórios, dos quais as necessidades de incorporar o novo, reduzir incertezas e realizar a passagem de posição, num deslocar constante, é fundamental”

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

3.1.2 Ritos de Passagem e Nascimento

Em seu livro intitulado “Nascimento como um rito de passagem” Monticelli (1997), faz um rastreamento da visão do nascimento em diversas culturas sobre várias perspectivas, indicando a grande diversidade mundial na representação do mesmo. A autora afirma que o nascimento, portanto, é visto de diversas formas, de acordo com os valores, atitudes e crenças de cada cultura. Para a cultura Navaho, por exemplo, o nascimento é uma experiência natural da vida. Em contra partida, na cultura chinesa e em alguns lugares do México, a menstruação, gravidez e o parto são considerados doenças.

Para Monticelli (1997, p. 399) “na perspectiva sócio-cultural, o nascimento é encarado como o rito de passagem, como um rito final, admitindo a mulher sua feminilidade.”

A autora ainda afirma que de modo geral, o que se percebe, é que os trabalhos desenvolvidos envolvendo cultura/ nascimento são muito mais sistemáticos em outros países do que no Brasil e em nível nacional, não são encontrados trabalhos que envolvam a perspectiva do nascimento como um rito de passagem, havendo grande espaço de conhecimento a ser preenchido principalmente pelos profissionais da saúde, que atuam junto ao processo de nascimento.

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

Segundo Monticelli (1994), antigamente a gravidez, o parto e os cuidados posteriores com a mãe e a criança transcorriam em família onde as pessoas estavam ligadas por fortes vínculos humanos que constituíam seus suportes sociais. Hoje estes mesmos fenômenos transcorrem em instituições hospitalares onde os vínculos passaram a ser meros contatos superficiais. Isto leva a um sentimento de solidão e de

desenvolvimento e, segundo Climent Apud Monticelli (1994), não deve surpreender que as mulheres seus maridos e famílias “membros solitários e isolados de uma sociedade atomizada” sejam fácil presa de manipulação das maternidades, encarados como meras empresas que tem verdadeiro poder de decisão.

Esse contato com as instituições e com profissionais de saúde fizeram com que os indivíduos e famílias passassem a incorporar também em suas práticas populares, os conhecimentos da chamada “medicina científica”. Inúmeros são os estudos que têm rastreado para esta questão, porém, são em menor número os que tem aprofundado o fenômeno sob o ponto de vista dos participantes populares de todo esse processo, particularmente o que diz respeito ao processo do nascimento.

O que se observa que durante o estudo das ações desenvolvidas pela família durante o processo do nascimento, desde a concepção até o período pós parto e que as práticas de saúde não são estanques, nem nos domicílios e nem nas instalações hospitalares. Neste sentido o cuidado é tanto desenvolvido pelos profissionais da saúde, quanto pelas famílias (Leininger. 1979; 1991; Nitschke. 1991; Patrício. 1990; Boehs.1990; Marcon. 1989; Cartana. 1988; Eles. 1994). Existe uma preocupação bastante grande, principalmente por parte dos enfermeiros que desenvolvem práticas assistenciais em conhecer, considerar e valorizar crenças, valores e práticas populares de saúde para que a assistência possa ser compartilhada.

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

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

Boehs (1990) realizando seu trabalho com famílias de recém-nascidos dentro de uma perspectiva transcultural afirma que o nascimento de um novo membro da família

inicia um novo ciclo desenvolvimento, ocasionando variações culturais que irão influenciar em como esta irá se organizar, como cuidará de seus filhos, como manterá relações com os outros membros da família.

De acordo com Duvall Apud Bochs (1990), a família passa por diferentes etapas durante seu processo de viver, dentre elas, está o que considera família em expansão, o que é caracterizada pelo nascimento de outro ser.

Para possibilitar uma melhor compreensão e embasamento teórico a respeito da proposta do presente estudo, julgamos necessária uma breve revisão de literatura abordando temas como: o parto normal, parto cesáreo e o puerpério do ponto de vista biológico e psicossocial, assim como do recém-nascido. O recém-nascido e a puérpera serão destacados somente por questões didáticas. Ressaltando-se que estão em constante interação dentro de um sistema, ou seja, o sistema familiar. Até o início do estágio, pontuaremos a revisão de literatura nos seguintes tópicos: parto normal, parto cesáreo, puerpério normal, modificações locais, modificações gerais, cuidados de enfermagem, lactação, aleitamento materno, puerpério patológico, aspectos psicológicos vivenciados durante a gravidez, o parto vivenciado como fenômeno psicossomático e o recém-nascido.

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 Dudd e Giffin Apud Monticelli (1994, p. 42) “pressuposto são significados assumidos arbitrariamente ou aceitos, que são até certo ponto verdades”.

Para elaboração dos conceitos deste marco considerados alguns pressupostos de Leininger, de outros autores que trabalham 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 cuidados 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, estilo 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 cuidados 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 Geprge, 1993).
- O cuidado é a assistência da enfermagem, mas não é exclusivo dela. A família também cuida, baseada em suas próprias experiências, fruto tanto de conhecimento 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 cuidados 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 base 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 que 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 apenas gestos, mas um sistema simbólico que tem validade compartilhada (Leopardi, 1989)

4.3 CONCEITOS

Este marco conceitual foi elaborado 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 em suas diferenças e similares nas diversas culturas do Universo e demonstra as inter-relações dos conceitos em sua teoria. O Modelo Sol Nascente apresenta quatro níveis de focalização que vão da estrutura cultural e social, passando indivíduos, famílias, grupos e instituições em diversos sistemas de saúde, até decisões e ações de cuidado em enfermagem que são, a preservação cultural do cuidado acomodação e repadronização.

Os conceitos com os quais trabalhamos são:

Ser Humano: são pessoas, provedoras de cuidado e capazes de preocupar-se 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).

Mulhe-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 (Maestri e Liz, 1998). Consideramos mulher-mãe, aquela que está vivenciando o processo de parir e cuidar de si e do seu recém-nascido.

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

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

Cultura: refere-se aos valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, apreendidos compartilhados e transmitidos que orienta o pensamento, as decisões e ações de maneira 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 à 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. (Maestri e Liz, 1998)

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

Família: é uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Seus membros estão unidos por laços consangüíneos, de interesse e/ou afetividade. Esta família vive em um ambiente físico, sócio econômico, político e cultural, interagindo com outras famílias, pessoas, profissionais e 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 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 do “Processo Criador”, utilizado por Santos, Saucedo e Stuepp (1997), por acreditarmos ser método que o melhor contempla nossas expectativas com o foco voltando 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, contemplado 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 dará no decorrer de sua trajetória:

Centro Obstétrico→ Alojamento Conjunto→ Domicílio

Como forma de registro do Processo de Cuidar, será utilizada a ficha individual criada por Maestri e Liz (1998), 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 participante, antes de desenvolver o cuidado (Monticelli, 1994).

Para realização desta etapa utilizaremos o instrumento criado por Maestri e Liz (1998) que inclui uma série de perguntas à qualquer mãe e as percepções da enfermeira (anexo II)

4.4.1.2 Refletindo sobre a situação do cliente:

Esta etapa consiste em reflexões, compressões 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 a 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 existentes. 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 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 foram mantidos, adaptados ou repadronizados. A enfermeira deve dispor de sensibilidade e atenção para identificar (quando possível) a necessidade de se retomar o processo para **replanejar** o cuidado.

5. ESTABELECENDO AÇÕES METODOLÓGICAS

5.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO

O estágio será desenvolvido no Centro Obstétrico da Maternidade Carmela Dutra, entre os dias 09/11 à 18/12/98. A Maternidade Carmela Dutra é uma instituição pública integrante da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, localizada à Rua: Irmã Benwarda, 208 - Florianópolis.

Desde 1955, presta atendimento à mulheres dos mais variados níveis sociais, proveniente de municípios vizinhos em situações de saúde/doença, estando ou não relacionados com as fases do ciclo com a Universidade Federal de Santa Catarina e com outras Instituições assistenciais e de ensino.

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

Anualmente, na Maternidade Carmela Dutra, nascem aproximadamente 5.000 bebês, sendo responsável por 70% dos atendimentos obstétricos de Florianópolis.

Dispõe ainda do serviço de neonatologia e de ambulatório, desenvolvendo principalmente ações de nível primário, secundário e terciário como saúde do

adolescente, planejamento familiar, pré-natal de baixo e alto risco, cirurgia ginecologia, mastologia, patologia cervical, oncologia ginecológica, climatério e sexualidade.

Possui um sistema de alojamento conjunto para os recém-nascidos normais, onde esses permanecem ao lado de suas mães durante toda a internação.

Conta também com o Serviço de Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno, implantado em 1979, dando novo impulso às atividades de promoção, proteção e apoio à amamentação. Em média são atendidas 5.000 mulheres por ano e coletados e distribuídos aproximadamente 1.000 (um mil) litros de leite por ano.

Portanto, torna-se necessário ressaltar que na área do aleitamento, importantes passos foram dados, transformado a Maternidade Carmela Dutra no 3º Hospital Amigo da Criança de Santa Catarina, 47º no Brasil e 4001º no mundo.

O Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde reconhecendo estas atuações, elegeram em março de 1992, a Maternidade Carmela Dutra como “Centro de Referência Estadual em Saúde da Mulher”. Recentemente a instituição está trabalhando para implantar os 08 passos para a Maternidade de Segura.

A enfermagem tem o projeto de implantação da metodologia na maternidade.

O Centro Obstétrico da Maternidade compõem-se de 02 vestiários e de 01 lavabo para entrada de funcionários, pré parto com 05 leitos individuais (separados por box), 04 banheiros, 02 salas de parto, posto de enfermagem com lavabo, sala para primeiros cuidados aos recém-nascidos, 03 leitos também individuais para pós parto (separados por box), rouparia, sala para orientações à parturiente, bem como de troca de roupas e uma sala restrita com 02 leitos no caso de parto prematuro, feto morto, inibição do parto e pré-eclâmpsia.

Atualmente, o Centro Obstétrico apresenta em seu quadro de funcionários, um total de 36 profissionais da área de enfermagem sendo que 03 são enfermeiros, 06 técnicas de enfermagem, 14 auxiliares de enfermagem, 01 auxiliar de serviços obstétricos, 01 escriturário e 06 atendentes de enfermagem.

5.2. POPULAÇÃO ALVO

A clientela a ser atendida neste trabalho, será composta preferencialmente por primíparas admitidas no centro obstétrico, residente em Florianópolis, que demonstrem aceitação e interesse em participar do projeto, das quais 06 (seis) serão selecionadas para acompanhamento domiciliar.

5.3 PLANO DE AÇÃO

Neste estudo foram planejadas as seguintes estratégias, na tentativa de alcançar os objetivos mencionados:

Objetivo nº 01 - *Conhecer a estrutura física, operacional e normativa do Centro Obstétrico e Unidade de internação puerperal, integrando com a equipe de saúde.*

Estratégia Operacional:

* Percorrer a área física e conhecer os funcionários e as normas e rotinas do Centro Obstétrico e unidades de Internação Puerperal.

* Apresentar o projeto à equipe, buscando parceria.

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

Objetivo nº 02 - *Identificar as diversidades e universalidades culturais de cuidado às parturientes.*

Estratégia Operacional:

* Selecionar as parturientes a serem cuidados no C.O.

* Levantar dados através do método da observação participante, procurando conhecer o mundo simbólico das parturientes, seus hábitos, modo de vida, sentimentos, comportamentos e opiniões.

* Adaptar o roteiro para a coleta de dados de Minatti et al (1997) buscando um melhor conhecimento da cultura das parturientes e aplicá-los às mesmas.

* Identificar o momento adequado para orientações à parturientes.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se cada aluna aplicar a estratégia a no mínimo 10 parturientes.

Objetivo nº 03 - *Desenvolver o cuidado de enfermagem ao binômio mãe-filho, do ambiente hospitalar ao domiciliar, inserindo o pai no processo de cuidar, buscando identificar as diversidades e universalidades culturais na iniciação do nascimento como o rito de passagem, baseado no referencial teórico Madeleine Leininger.*

Estratégia Operacional:

* Selecionar de acordo com os critérios pré estabelecidos na população alvo, no mínimo 02 clientes para cada aluna, para o desenvolvimento do cuidado.

* Acompanhar a clientela selecionada durante a fase de hospitalização e à domicílio, visando a manutenção, acomodação e/ou reorganização do cuidado, enquanto for necessário

* Incentivar o pai a participar do nascimento como rito de passagem e envolvê-lo nos cuidados domiciliares ao recém-nascido.

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

Objetivo nº 04 - *Contribuir para a implementação dos 08 passos da Maternidade Segura e para a manutenção dos 10 passos do Aleitamento Materno.*

Estratégia Operacional:

* Buscar informações junto à instituição das normas e rotinas estabelecidas em relação ao objetivo comprometendo-se com a manutenção e divulgação das mesmas.

* Buscar a sensibilização da equipe de saúde para a entrada do acompanhante na sala de parto.

* Explicar o documento para identificar percepções e sentimentos do pai, da parturiente e da equipe de saúde quanto a presença ou ausência do pai no C.O. por ocasião do nascimento dos filhos (elaborado por Gregório, 1998), aliada num destes, em todos os partos acompanhados por acadêmicos.

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

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

Estratégia Operacional

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

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

.

Objetivo nº 06 - *Avaliar periodicamente as atividades desenvolvidas no estágio*

Estratégia Operacional:

* Reunir-se de 10 em 10 dias com a enfermeira supervisora e orientadora para a discussão e andamento do projeto.

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

Objetivo nº 07 - *Buscar aprofundamento teórico-prático dos temas pertinentes ao cuidado do binômio mãe-filho durante o nascimento como rito de passagem.*

Estratégia Operacional:

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

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

* Buscar na literatura conteúdos teóricos-práticos referente ao tema.

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

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

Estratégia Operacional:

* Utilizar técnicas de dinâmica de grupo e outras alternativas, entre as acadêmicas e em conjunto com a enfermeira supervisora e orientador, quando necessário

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se for feita entre as acadêmicas, reflexão acerca das experiência vivenciadas uma vez por semana no decorrer do estágio

6. FAZENDO O CRONOGRAMA

O estágio será desenvolvido no período de 09/11/98 à 18/12/98. das 07:00 às 13:00 hs, de 2^a à 6^a feira, das 07:00 às 18:00 hs às 3^{as} feiras e das 07:00 às 13:00 hs em um sábado, perfazendo um total de 220 horas, seguindo o cronograma abaixo:

Atividades por Semana	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Elaboração do Projeto						
Apresentação do Projeto	x					
Entrevista com a banca		x				
Início do estágio						
Obj. 01 - Conhecer a estrutura física, operacional e normativa do C.O. e U.I.P., interagindo com a equipe de saúde		x				
Obj. 02 - Identificar as diversidades e universalidades culturais de cuidado às parturientes.		x	x			
Obj. 03 - Desenvolver o cuidado de Enfermagem ao binômio mãe-filho do ambiente hospitalar ao domiciliar, buscando identificar as diversidades e universalidades culturais da iniciação do nascimento como rito de passagem, inserindo o pai no processo de cuidar, baseado no referencial teórico de Madeleine Leininger.		x	x			
Obj. 04 - Contribuir para a implementação dos 8 passos da Maternidade Segura e manutenção do projeto Hospital Amigo da Criança.		x	x			

7. DESCRIVENDO O RESULTADO

7.1. ATIVIDADES PROPOSTAS

Conforme proposto realizamos 220 horas de estágio que alternaram-se nos turnos matutino e vespertino conforme a necessidade.

Estas 220 horas foram desenvolvidos junto ao C.O., Unidade de Internação Puerperal da M.C.D. e nos domicílios de 06 clientes localizados nos bairros Jardim Atlântico (1), Procasa (1), Campinas (1), Agrônômica (1), Morro da Cruz (1), Coqueiros (1).

Além dos 06 clientes atendidos à domicílio, foram atendidos na M.C.D. 50 clientes e seus respectivos recém-nascido, com os quais desenvolvemos diversas atividades.

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

7.1.1 Objetivo nº 01

Conhecer a estrutura física, operacional e normativa do Centro Obstétrico e Unidade de internação puerperal, integrando com a equipe de saúde.

A partir da 1ª semana de estágio fizemos um reconhecimento da Área física do C.O., assim como um conhecimento das normas e rotinas dos mesmos, interação com os funcionários e equipe. Nesta ocasião apresentamos nossa proposta de trabalho buscamos parceria.

Gostaríamos de salientar que a equipe multiprofissional da Unidade Puerperal e principalmente no Centro Obstétrico foi bastante receptiva, acreditando em nosso potencial, o que nos fez sentir parte integrante da equipe de saúde, sendo tal aspecto foi de fundamental importância para o alcance de nossos objetivos.

A seguir, descreveremos a estrutura operacional do Centro Obstétrico, já que a estrutura física encontra-se descrita nas ações metodológicas.

Ao chegar na maternidade Carmela Dutra, a cliente que procura atendimento de emergência dirige-se ao setor chamado “admissão”. Neste local, ela recebe atendimento médico, que avaliará a necessidade ou não da internação.

Caso a decisão tomada for a de internar a cliente, ali mesmo ela é submetida à tricotomia a enema.

Ela mesma, ou um responsável munido com seus documentos deverá dirigir-se à portaria e providenciar a internação.

Após a parturiente dirige-se ao Centro Obstétrico acompanhada por um funcionário da admissão. Ao chegar, tocam a campainha e um funcionário vem recebê-la.

Assim que entra no Centro Obstétrico, a futura mãe é levada a uma pequena sala, onde recebe uma camisola, toalha e propés, e posteriormente é encaminhada para o banho. Suas roupas e todos os seus pertences são embalados e identificados, assim como os do bebê, ficando guardados na pequena sala.

Depois que esta etapa foi cumprida, um funcionário mostra-lhe a sala de parto, dando-lhe as primeiras orientações de como deverá agir no momento do parto.

Feito isto, é levada para o ambiente chamado de “pré-parto”, onde ficará até que o médico encaminhe para a Sala de Parto Normal ou Centro Cirúrgico, onde transcorrerá o nascimento do bebê.

Logo em seguida, é levada por maca ou caminhando, ao local chamado de “Puerpério Imediato”, onde ficará até estar com o quadro estável e receber alta para ir à unidade.

Quando isto acontece, chama-se por telefone o pessoal do “Posto 1”, que vem buscar a puérpera e a levam na maca junto com o recém-nascido à unidade em que ficará internada por quarenta e oito horas, no caso de Parto Normal.

Caso haja indicação de cesárea, a cliente é conduzida do Pré-Parto ao Centro Cirúrgico, onde é recebida pelo pessoal do setor que passam a ser responsáveis pela mesma. Após a cesárea, ela fica por um período de aproximadamente duas horas na sala de recuperação, quando, então, terá alta do Centro Cirúrgico. O pessoal do “Posto 1” é chamado e segue-se roteiro descrito acima, porém, a alta da cliente dar-se-á num período de setenta e duas horas.

No caso de parto normal, após o nascimento o bebê é colocado num berço aquecido que fica dentro da sala de parto onde recebe a primeira parte dos cuidados imediatos (secar, aspirar, pinçar o coto umbilical e identificar). Em seguida é levado ao colo materno e incentivado o aleitamento. O bebê fica mamando até que “largue o seio” ou resfrie muito.

Num segundo momento, é levado para a sala de primeiros cuidados do recém-nascido afim de receber a segunda parte dos cuidados imediatos (pesar, realizar medidas antropométricas, banho) e aí fica até que esteja aquecido, quando é vestido e levado para junto da mãe, que deverá já estar no “puerpério imediato”. Mãe e filho juntos, novamente se incentiva a amamentação. Daí em diante, o recém-nascido deverá permanecer, em tempo, junto a mãe.

Se o parto for cesárea, após o nascimento o recém-nascido é mostrado rapidamente à mãe e levado para outra sala com berço aquecido, onde é examinado pelo pediatra e recebe a primeira parte dos cuidados imediatos. Depois, ele é levado para o Centro Obstétrico, onde, na sala de primeiros cuidados do recém-nascido receberá os cuidados de rotina. Quando estiver “pronto”, liga-se o Centro Cirúrgico a fim de saber se a puérpera está em condições de receber o recém-nascido. Se a resposta for positiva,

leva-se o bebê à mãe na sala de recuperação, onde é colocado para sugar, ou num berço ao lado da mãe. Quando, em condições, seguem para a unidade, juntos.

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

7.1.2 Objetivo nº 02

Identificar as diversidades e universalidades culturais de cuidado às parturientes.

7.1.2.1 Perfil das parturientes selecionadas

Tabela 1 - Distribuição das parturientes selecionadas segundo a faixa etária.

MCD - Florianópolis-SC, Novembro/Dezembro 1998

Faixa Etária	Frequência	%
15 - 25 anos	15	50
26 - 35 anos	12	40
36 - 40 anos	03	10
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

Tabela 2 - Distribuição das parturientes selecionadas segundo a procedência.

MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro 1998

Procedência	Frequência	%
Florianópolis	20	67
São José	04	13
São Pedro de Alcântara	02	07
Antônio Carlos	01	03
Palhoça	03	10
Santo Amaro da Imperatriz	01	03
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio.

Tabela 3 - Distribuição das parturientes selecionadas segundo a escolaridade.

MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro 1998

Escolaridade	Frequência	%
Analfabeta	01	03
Primeiro Grau Incompleto	05	17
Primeiro Grau Completo	10	33
Segundo Grau Incompleto	06	20
Segundo Grau Completo	05	17
Nível Superior	03	10
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

Tabela 4 - Distribuição das parturientes selecionadas segundo a etnia.

MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro 1998

Etnia	Frequência	%
Branca	22	73
Negra	08	27
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período do estágio.

Tabela 5 - Distribuição das parturientes selecionadas segundo a paridade.

MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro 1998

Paridade	Frequência	%
Primípara	13	43
Secundípara	10	33
Multípara	07	23
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período do estágio.

Tabela 6 - Distribuição das parturientes selecionadas segundo o Estado Civil.

MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro 1998

Estado Civil	Frequência	%
Casada	20	67
Solteira	05	17
Amasiada	05	17
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período do estágio.

Tabela 7 - Distribuição das parturientes selecionadas segundo a profissão/ocupação
MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro 1998.

Profissão/Ocupação	Frequência	%
Administradora	01	03
Babá	02	06
Balconista	03	10
Comerciária	01	03
Costureira	01	03
Dentista	01	03
Do Lar	20	67
Faxineira	01	03
Total	01	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período do estágio.

Tabela 8 - Distribuição das parturientes selecionadas segundo a religião.
MCD - Florianópolis - SC - Novembro/Dezembro 1998

Religião	Frequência	%
Católica	17	57
Batista	02	07
Evangélica	08	27
Espírita	03	10
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

Tabela 9 - Distribuição das parturientes selecionadas segundo o tipo de parto.

MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro 1998.

Tipo de Parto	Frequência	%
Parto Normal	20	67
Parto Cesáreo	10	33
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

Tabela 10 - Descrição do comportamento das parturientes com a roupa que está.

MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro 1998.

Comportamento	Frequência	%
Mantém-se coberta	10	33
Segura a camisola com a mão	08	27
Indiferente	12	40
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

COMENTÁRIOS

Tabela 10 -

A grande maioria dos clientes (33%) mantém-se coberta e/ou segura a camisola com a mão afim de que a mesma não abra. Ressalta-se que este comportamento se mantém até o início do período expulsivo, provavelmente em função do extress característico deste período. Isto ratifica para nós, a importância de se preservar a privacidade da cliente como forma de diminuição de sua agressão emocional.

Tabela 11 - Descrição da expressão da linguagem não verbal das parturientes selecionadas.

MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro 1998.

Expressão	Frequência	%
Dor	21	70
Ansiedade	03	10
Inquietação	06	20
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

Tabela 12 - Descrição do comportamento verbal associado a expressão facial das parturientes selecionadas.

MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro 1998.

Comportamento Corporal e Expressão Verbal	Frequência	%
Chora	02	07
Grita	02	07
Geme	11	37
Tenta levantar da cama	03	10
Coloca a roupa na boca	01	03
Tampa a boca com as mãos	02	06
Morde os Dedos	01	10
Tranqüila	01	10
Pede Ajuda	04	13
Quer andar	03	10
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

Tabela 13 - Descrição da expressão verbal referida pela parturientes selecionadas antes do período expulsivo propriamente dito.

MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro 1998.

O que refere	Frequência	%
Eu quero minha mãe	02	06
Fica comigo	05	17
Tô com medo	01	03
Que demora	05	17
Que dor	08	27
Eu não vou agüentar	06	20
Não verbaliza	03	10
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

COMENTÁRIOS

Tabela 11, 12 e 13 -

A expressão de dor, o gemido, a verbalização de expressão como fica comigo “que demora”, “eu não vou agüentar”, foram os comportamentos mais observados, o que nos leva a constatar a importância de continuar lutando pelo parto humanizado onde afetividade e apoio psicológico por parte da equipe de saúde são imprescindíveis. Os dados destas tabelas nos levam ainda, a afirmar que a presença de um acompanhante neste momento é de grande importância na medida em que proporciona suporte emocional e maior segurança para parturiente que estaria neste momento especial de sua vida, acompanhada de alguém a quem está afetivamente vinculada, não passando pela angústia da solitária insegurança em meio a um grupo de desconhecidos.

Tabela 14 - Descrição da expressão verbal referida pela parturiente durante o período expulsivo.

MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro 1998

Expressão	Frequência	%
Não verbalizar	03	10
Vêm neném	01	03
Quando o neném nascer passa a dor?	01	03
Que Dor	07	24
Não consigo fazer mais força	04	13
Me ajuda meu Deus	05	27
Que Demora	03	10
Geme	06	20
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

COMENTÁRIOS

Tabela 14 -

Durante o período expulsivo as expressões mais utilizadas pelas parturientes foram: “me ajude meu Deus” 27%, “que dor” 24%, “gemidos” 20%, “não consigo mais fazer força” 13%, tais dados ratificam que o trabalho de parto é um estressor para a mulher com alto nível de desconforto que gera reações diferentes, ratificando na nossa percepção além da importância do parto humanizado, a necessidade de o enfermeiro tratar cada cliente como um ser único.

Tabela 15 - Descrição da expressão verbal referida pela parturiente depois do período expulsivo.

MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro 1998.

Expressão	Frequência	%
Graças à Deus !	09	30
Ele está bem?	09	30
Porque não chorou?	02	07
Que alívio	04	13
E menino ou menina	02	07
É perfeito?	03	10
Sorri	01	03
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

COMENTÁRIOS

Tabela 15 -

Após o nascimento a maioria das mulheres preocupam-se com o estado do recém-nascido e agradecem à Deus o fato de ter dado tudo certo e de ter acabado aquele momento, em função dos meios de diagnósticos naturais poucas se preocupam em saber o sexo do recém-nascido, pois já chegam na maternidade sabendo do mesmo.

Tabela 16 - Descrição da reação das parturientes selecionadas em relação ao recém-nascido.

MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro 1998

Reação da mãe	Frequência	%
Beija-o	08	27
Coloca no seio	04	13
Acaricia	10	33
Chora	05	17
Não verbaliza	01	03
Fala com o bebê	02	07
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

COMENTÁRIOS

Tabela 16 -

A maioria das clientes demonstrou comportamento de afetividade em relação ao recém-nascido que inclui: beijar e acariciar, sendo em que o choro este presente em 17% das clientes, estes comportamento refletem a história de vida de cada mulher, assim como, a representação da maternidade para ela, o que vai ao encontro da bibliografia, que coloca o nascimento único na vida de cada membro, cabendo ao enfermeiro respeitar a individualidade de cada um.

Tabela 17 - Descrição da relação das parturientes selecionadas com os profissionais da Saúde.

MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro, 1998

Reação da Paciente	Frequência	%
Ajuda no processo	18	60
Agressiva	01	03

Demonstra medo	03	10
Demonstra confiança	08	27
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

COMENTÁRIOS

Tabela 17 -

60% das mulheres ajudam no processo do cuidado durante o trabalho de parto, provavelmente, porque tem “pressa” em sair da situação de desconforto gerado pelo mesmo.

Tabela 18 - Descrição da relação entre os profissionais de Saúde e as parturientes selecionadas.

MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro 1998.

Reação dos Profissionais de Saúde	Frequência	%
Afetividade	10	33
Agressividade	01	03
Autoridade	02	07
Valorização das atitudes	17	57
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

COMENTÁRIOS

Tabela 18 -

Durante o período expulsivo o comportamento da equipe de Saúde foi: Valorização das atitudes 57% e afetividade, o que segundo a nossa vivência tranquiliza bastante a parturiente resgatando a sua parceria no trabalho de parto, porém, é importante salientar que no pré parto, é bastante comum a equipe de Saúde demonstrar comportamento de indiferença e falta de sensibilidade para com a queixa da mulher, não sendo raro que as mesmas verbalizassem sensação de abandono, o que condiz com o comportamento evidenciados na tabela 11, 12 e 13 pelas parturientes com gemidos, expressão de dor inquietação, solicitação de “fica comigo”, medo, etc...

Tabela 19 - Valores costumes e crenças relacionados ao processo de parir.

MCD - Florianópolis - SC , Novembro/Dezembro - 1998.

Com relação a placenta	Frequência	%
Sabe o que é ! Conhece	02	07
Sabe o que é! Não Conhece	13	43
Quer guardar	01	03
Não sabe o que é	01	03
Não questiona	08	27
Pergunta se foi tirada toda	03	10
Pergunta se vai ser feito	02	07
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

COMENTÁRIOS**Tabela 19 -**

A maioria das parturientes sabe o que é a placenta, mas não conhece e não questionam nada em relação a mesma durante o processo de nascimento.

Tabela 20 - Com relação aos primeiros cuidados com o recém-nascido.

MCD - Florianópolis - SC, Novembro/Dezembro - 1998.

Refere algo sobre	Frequência	%
Aspiração	05	17
Banho	03	10
Não comenta	20	67
Vérnix	02	06
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos durante o período de estágio.

Tabela 21 - Com relação ao primeiro banho do recém-nascido no Centro Obstétrico.

MCD - Florianópolis -SC, Novembro/Dezembro , 1998.

Primeiro banho	Frequência	%
Não quer que seja colocado na água	02	07
Não se importa	18	60
Que as estagiárias executem-no	04	13
Quer que acompanhem	06	20
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

COMENTÁRIOS

Tabela 20 e 21 -

67% das mulheres não questionam os primeiros cuidados com o recém-nascido e 60% não se importam com o primeiro banho do recém nascido dado no C.O.

Assim concordamos com Gonçalves e Franzon (1997) e Bunn e Matos que estes dados podem levar a três hipóteses:

1º - As clientes confiam plenamente na equipe de saúde.

2º - Houve pouca interação com a cliente fazendo com que ela não se sintasse com liberdade para verbalizar suas dúvidas.

3º - A cliente está cansada que julga já ter cumprido “sua parte” no processo de parir e os primeiros cuidados com o recém-nascido não competem a ela.

Estas hipóteses levam a inferir que a hospitalização inibe as expressões culturais da cliente, “que passa” a responsabilidade do processo de cuidar do recém-nascido à equipe profissional, o que por muitas vezes atrasa o estabelecimento do vínculo mãe-filho. Isto reforça ainda mais a importância do estabelecimento do alojamento conjunto o mais precocemente possível.

Tabela 22 - Referem-se as crenças

MCD - Florianópolis SC. Novembro/Dezembro, 1998.

Crenças	Frequência	%
Referiram as crenças	03	10
Não referiram as crenças	27	90
Total	30	100

Fonte - Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

COMENTÁRIOS

Tabela 22 -

90% das parturientes não referiram-se crenças e/ou valores, o que vem a confirmar a possível falta de interação da equipe saúde/cliente, além de ser um efeito do parto hospitalar, fazendo com que a mesma não sinta liberdade de expressá-las, o que provavelmente aconteceria em um parto domiciliar. Das crenças 10%, que referiram crenças as mais citadas foram:

- Usar roupa amarela na criança
- Não dar banho no bebê antes de cair o umbigo.

7.1.3 Objetivo nº 03 -

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

Foram selecionadas, conforme planejado, 06 clientes para o acompanhamento durante a fase de hospitalização e no domicílio. Estas clientes eram primíparas e aceitaram participar do projeto.

As 06 clientes acompanhadas à domicílio foram visitadas sempre pelas 03 acadêmicas em conjunto. Optamos por esta metodologia por entendermos que a experiência de cada uma seria maior, refletindo-se num melhor aprendizado. Neste sentido, realizamos 21 visitas domiciliares numa média de 4 por cliente.

Uma das clientes morava em local de alta periculosidade, colocando em risco nossa segurança pessoal. Apesar disto, realizamos com esta cliente uma visita e após relatá-la para a orientadora do projeto, fomos pelas mesma orientadas a não prosseguir com o acompanhamento, ficando desta forma 05 clientes acompanhadas à domicílio.

A seguir, passaremos a relatar uma visita com cada cliente, que para ter sua individualidade preservada, foram denominadas com nome de pedras preciosas ressaltando que as maiores dúvidas surgidas foram:

- cuidado com o coto
- cuidado com a amamentação
- cólicas
- banho do recém-nascido
- cuidado com o vestuário
- cuidado com a alimentação da nutris

Salientamos que estas dúvidas apresentadas à domicílio são alvo de orientação à nível hospitalar no alojamento conjunto, porém, na nossa percepção a puérpera recebe muitas informações num tempo reduzido, o que associado ao novo, provavelmente impede que ela consolide os novos conhecimentos.

CLIENTE 01 (HEMATITA)

LOCAL : SALA DE PARTO

Chegando na Maternidade Carmela Dutra 7:15hs, me dirigi ao centro obstétrico, encontrei minhas colegas, trocamos de roupa e entramos no pré-parto. Havia 2 pacientes, uma era primípara e a outra não era, a Primípara não aceitou nossa proposta alegando morar muito longe, e que a mãe ajudaria na criação do filho, ficamos um pouco frustradas, com tanta boa intenção achamos que seria fácil conseguir primíparas para a proposta do projeto.

Achando então que não seria fácil achar as clientes, continuamos a fazer as tarefas rotineiras da sala de parto. Mais tarde paramos de fazer o lanche e logo após a sineta toca fomos atender, era uma gestante em trabalho de parto com 5 cm. Conversamos muito com ela.

Eu - Oi, como é seu nome?

Ela - Hematita

Me respondeu com a voz trêmula.

Eu - Você está muito nervosa pelo que me parece?

A moça vestia trajes simples, era curta em suas respostas, parecendo muito envergonhada.

Ela - Tô com medo, as dores tão fortes.

Eu - Tente ficar calma Hematita, aqui tem uma equipe grande que vai ajudá-la, e auxiliá-la neste momento difícil, mas lindo.

Nesse momento deu uma risadinha positiva e foi para o banho.

Fizemos o que era de rotina no centro obstétrico com Hematita como: coleta de sangue, assepsia do períneo, etc, estando então no pré-parto, observamos o residente o toque e BCF. Estando tudo dentro da normalidade Hematita, já estava com 6 cm. de dilatação, e percebemos que sentia muitas dores.

Ela - Ah! Meu Deus, eu não vou agüentar tanta dor.

Começa mais uma contração e Hematita acaba vomitando, alcancei rapidamente a cuba rim, segurei forte seu braço e passei a outra mão carinhosamente em sua cabeça.

Eu - Calma Hematita estou aqui do seu lado, sua dilatação está se encaminhando perfeitamente e logo terá seu bebê contigo, procure ficar do lado esquerdo, pois assim, sentirás melhor e passarás mais oxigênio para seu bebê.

Hematita se acalmou por um tempo maior, e neste momento achei que seria a hora certa de falar a ela sobre o projeto, sua intenção, sua proposta. Ela prontamente aceitou, fiquei feliz e agradei e nesse instante uma nova contração.

Eu - Hematita respire fundo e tente manter a calma.

Ela - Não consigo, a dor é demais!

Eu - Quando vier a contração ao invés de gritar faça força para baixo como se estivesse fazendo cocô. Desse modo estarás ajudando o seu bebê a nascer mais rápido.

Deste momento Hematita começou a contribuir com o processo da parir, e logo, foi levada para a mesa para ganhar seu bebê, Ajudamos no processo de parir dando auxílio ao residente e ajudando a enfermeira da unidade a prestar os cuidados imediatos do bebê, tudo aconteceu dentro da normalidade. Quando observamos o relógio já estava na hora de irmos embora, me despedi de Hematita.

CLIENTE 02 (ESMERALDA)

LOCAL: PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR

A visita estava marcada para às 15:00. A Karina e a Cibele passaram lá em casa e então fomos para a Esmeralda.

Tivemos um pouco de dificuldade de achar a casa, e o carro não chegava até lá, por isso acabamos chegando às 15:15 hs.

Um vizinho nos disse:

V - Aquela menina que ganhou neném agora? Mora aqui.

E nos apontou um porão. Para descer até lá era uma escada de madeira bem pequena e alta.

A casa estava toda fechada e tinha um cachorro bem grande na porta.

Chamamos a Esmeralda que abriu a porta e nos atendeu.

E - Oi, entrem, ela não morde.

Meio receosas, entramos na casa.

Era uma casa de 3 cômodos, bastante escura .

A Safira estava deitada na cama, dormindo.

S - Oi Esmeralda, como vai?

E - Tudo bem.

S - E a Safira?

E - A Safira tá bem, mas ainda dorme bastante.

K - Não te preocupa com isso. Aproveita essa fase pra descansar.

S - Eu sei que a vontade é de ficar o tempo todo acordada olhando pra ela, curtindo. Mas tu estás cansada do parto. Aproveita e descansa enquanto ela dorme.

E - É, eu vou fazer isso.

C - Você está sozinha, Esmeralda?

E - Tô. A mãe tá trabalhando e o meu marido também.

S - A que horas eles chegam?

E - A mãe chega às 17:00 e o meu marido só chega às 8 horas da noite.

S - A tua mãe mora aqui.

E -Ela mora em cima.

S- é bom, porque daí ela te ajuda, né?

E -É.

S- Esmeralda. Agente queria saber se você tem alguma pergunta a nos fazer. Sobre a você , ou sobre a Safira, ou qualquer duvida que você tenha.

E - Não. Por enquanto não. Ela mama bem, dorme bastante. Não incomoda.

Nesse instante a Safira acordou. Esmeralda então se preparou para amamentá-la. Percebemos novamente que ela estava fazendo direitinho, como ensinamos.

Após a amamentação, Esmeralda colocou ela na cama e pegou de dentro de uma armário, a chupeta e ofereceu à ela. Nos olhamos e a Karina falou:

K - Porque você dá a chupeta a ela?

E - Ela "respondeu com os ombros", como quem não sabia uma resposta.

S - Você sabia que o neném não tem necessidade de chupar a chupeta?

Entramos então nesse assunto. Explicamos à ela que não haveria necessidade de usar chupeta. Falamos de todas as coisas que a chupeta pode provocar.

Ela escutou atentamente, no entanto não retirou a chupeta do neném.

S - Esmeralda, como está o seu seio?

E - Há, é mesmo. Ela tá um pouco dolorido. Só o esquerdo, e tá vermelho também.

Fizemos então as orientações para o cuidado com o seio.

E - Lá na maternidade eles mandaram dar banho de sol nela. Já pode?

S - Claro que pode. Não só pode como deve, Esmeralda. Todos os dias você deve deixá-la no sol uns 15 minutos.

Expliquei à ela a importância do banho de sol e perguntei se ela tinha alguma dúvida sobre o "amarelão" do neném.

E - Não. A minha mãe me explicou e disse que é normal ficar um pouquinho. Só se ficar muito amarela, daí tem que levar no médico. Por falar em médico, já foi marcado o teste do pezinho.

S - É Esmeralda, não esquece de ir.

E - Não. Eu vou sim.

Durante um tempo ficou um silêncio dentro da casa e percebemos que Esmeralda bocejava muito. Ela havia nos falado que não dormiu à noite pois ficava olhando o neném. Resolvemos então ir embora para que ela descansasse.

K - Esmeralda, nós vamos indo, certo.

E - Tá bom. Vocês vão voltar.

S - Nos achamos necessário voltar mais alguns dias, mas você é que sabe.

E - Pode ser.

S - A gente gostaria de marcar um dia que o seu marido estivesse em casa, seria possível.

E - é meio difícil porque ele chega tarde.

S - Então tá bom. Quando marcamos?

E - Vocês é quem sabem>

S - Pode ser na terça feira, às 14:00 hs.

E - Pode.

S - Então está marcado. Tchau Esmeralda.

E - Tchau. Até terça.

CLIENTE 03 (TURQUESA)

LOCAL : SEGUNDAS VISITA DOMICILIAR

Chegamos no local na hora marcada. Turquesa estava ansiosa para ver a gente dar o banho.

T - Não sei, mas alguma coisa me diz que tô dando o banho errado. A mãe diz que eu demoro muito.

Preparamos tudo para o banho. Tirei a roupa do Cristal e comecei o banho. Turquesa olhava atentamente. Lavei, sem me demorar, o cabelinho. Cristal nem chorou.

T - Há. É assim? Primeiro a cabeça. é melhor mesmo porque daí ele não leva aquele susto. Eu tirava roupa toda e mergulhava ele direto na banheira. Ele nem chora , olha mãe! Comigo ele faz um escândalo.

Mãe_ Também, ela fica uma hora com o menino na banheira.

Expliquei à Turqueza porque o banho deveria ser rápido.

T - Nossa, mas é bem rápido e dessa maneira ele não chora. Acho que não tenho jeito é pra virar.

S - Quer tentar?

T -Quero.

Turqueza o pegou e virou direitinho. Como vi que estava demorando muito, resolvi pegá-lo para terminar o banho.

T - Olha só mãe. Eu ficava uns 20 minutos pra dar banho nele. Eu acho que é por isso que ele chorava tanto. Sinceramente, eu dava banho completamente diferente. Agora sim. Agora eu aprendi.

Arrumamos o Cristal e o botamos para mamar. percebemos que ele agora fazia uma pega excelente e sugava direitinho.

S - E a mamadeira, Turqueza.

T - Mamadeira nunca mais, se Deus quiser.

S - Turqueza, e o papai, cuida dele também.

T - Cuida. Troca a fralda, faz dormir, só não dá banho. Ele disse que queria aprender.

S - A gente pode marcar um dia que ela esteja em casa, assim a gente já dá algumas orientações á ele, tira dúvidas que ele tenha e ensina a dar o banho.

T - É legal, pode ser. Só que ele só vai estar de folga dia 09.

K - Dia 09 é quarta feira que vem.

S - Pra nós, tudo bem.

T - Então pode ser, no mesmo horário.

C- Mais alguma dúvida que você tenha, Turqueza.

T- Não. Quero agradecer de novo. é bem mais fácil dar o banho assim. Eu acho que ele ficava com muito frio, eu demorava muito, por isso ele chorava tanto.

S - realmente, deveria ser por causa disso.

K - Então, por hoje a gente encerra a visita.

T - Tá bom meninas, até semana que vem. Qualquer dúvida eu ligo para vocês.

S - Tá bom. Tchau.

CLIENTE 04 (PÉROLA)

LOCAL : PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR

Chegamos na casa da paciente que se localizava no Bairro de Campinas em São José.

Pode-se observar que o prédio se localizava em um bairro bem urbanizado e que num raio de trezentos metros existiam 3 padarias, 5 farmácias, 4 escolas particulares, 3 supermercados, água tratada e rede Coletora de esgoto, fato este que facilita o desenvolvimento saudável da criança devido as boas condições de qualidade de vida do local.

A paciente mora no “Bloco B” do condomínio citado acima no apartamento 302. não há no edificio elevador, dificultando com isto o trânsito da paciente até a Rua durante o período de recuperação.

Entrando no apartamento de Pérola pode verificar uma sala ampla bem arejada, o apartamento sendo todo em piso cerâmico e os quartos e demais peças também bem ensolarados e arejados. O estado de conservação do imóvel é bastante satisfatório muito bem organizado e limpo indicando com isto um bom grau de higiene dos pais do recém-nascido.

No quarto destinado a abrigar o bebê pode-se observar uma bela decoração com bichos de pelúcia, mobiles e um berço na cor rosa para abrigar as horas de sono do Bebê.

Meditamos aos fatos ali observados pude identificar uma ambiente de harmonia, em que os pais já estavam preparados psicologicamente para a espera do bebê.

Quando entramos, uma senhora nos acompanhou até o quarto onde estava “Pérola” que estava numa poltrona perto da janela pegando um solzinho.

Pérola - Oi meninas que bom que vocês vieram!

Eu - Tudo bem Pérola! Estas pegando um solzinho?

Pérola- Este solzinho me faz um bem me acalma, esta noite Ágata chorou demais, acho que ela estava com cólica, pois, fiz de tudo troquei a fralda, dei de mamá várias vezes, peguei no colo e não adiantou muito

Eu - Após ela mamar e arrotar coloque-a de bruços sobre suas pernas e faça e faça uma massagem nas costas dela pode também colocar um paninho quente entre suas pernas e a barriga dela. Isso geralmente resolve

Pérola - Tá bom, daqui pra frente vou tentar esta tática

Eu - Essas cólicas são normais no recém-nascido até mais ou menos os três meses, o leite materno tem tudo o que o bebê precisa, tem gordura, proteína, água, serve como vacina, contra infecções e além disso, ajuda no retorno do útero ao tamanho normal

Pérola - Minha médica já tinha me orientado de algumas vantagens do leite materno, por isso eu pretendo amamentar até os seis meses exclusivamente.

Eu - Que bom que você é bem esclarecida neste ponto

Pérola - Às vezes eu fico um pouco insegura, pois, todo mundo que vem me visitar dá seus “palpites” como Vó, tua, que vem com aquelas receitinhas caseiras, querendo que eu dê chá, água, pois, se não o neném vai morrer de sede, só que eu não dou bola pra isso, só fico um pouco irritada.

Eu - Pérola fico contente por tu não deixares se influenciar por qualquer opinião. Por isso que é bom fazer um pré natal, pois a médica esclarece algumas coisas mamãe.

Nesse instante Ágata começou a chorar e Pérola disse:

Pérola - Acho que ela quer mamar foi até o caminho onde Ágata estava e o pegou carinhosamente e colocou-a para mamar.

Eu - Pérola este momento é mágico além de matar a fome dele é a hora que ela tem o maior contato com você, procure sempre dar de mamar num local tranquilo, procure conversar com ela também.

Pérola - Nem precisa se preocupar pois isso é o que mais faço, eu estou adorando amamentar.

Eu - Você preparou o seio para amamentar?

Pérola - Sim por isso eu não tive problema com o bico do seio, eu segui as recomendações da médica. Durante a gravidez nunca passei sabonete no bico do seio, nem outro tipo de produto e também sempre esfreguei um pano nele, também para ficar resistente.

Eu - É isso mesmo, que se recomenda o banho de sol também ajuda.

Ágata mamou durante uns 15 minutos da maneira correta.

Eu - Além da amamentação com está Ágata?

Pérola - Geralmente ela acorda de 2 em 2 horas para mamar e durante à noite acorda somente de 3 vezes para mamar, outra coisa que me deixa preocupada é o umbigo, gostaria que vocês olhassem ele para mim?

Eu - Por que você tem medo?

Pérola - Tenho medo que inflame, apesar de seguir corretamente a maneira de fazer o curativo, acho um local muito delicado.

Eu - Como estás fazendo o curativo?

Pérola - Quando eu troco as fraldas, tiro a gaze velha, pingo álcool no umbigo, coloco outra limpa.

Nesse momento ela tirou a fralda de Ágata, para vermos o umbigo, e ele já estava quase caindo. Falei a ela que está tudo certinho.

Eu - E você como estás te sentindo?

Pérola - Eu estou ótima, as dores já estão passando até parece que eu não fiz uma cirurgia já lavei a cabeça, minha mãe e minha avó quase morreram, pois disseram que ia me dar uma “recaída”, mas como eu não acredito nisto e que a médica disse que eu poderia lavar a cabeça que não tinha problema nenhum, então lavei.

Eu - Você sabe me disser porque elas falam isso?

Pérola - Elas dizem que além da friagem que eu vou pegar meu sangue pode subir para a cabeça e eu morrer, vê se pode!

Eu - Antigamente Pérola as mulheres tinham que lavar as cabeças em bacias, por isso, que dava problema, pois elas tinham que baixar a cabeça para lavar e em conseqüência disto dava alguma complicação só que hoje em dia as mulheres lavam a cabeça no chuveiro e não precisam baixar a cabeça para lavar.

Eu - E o sangue como está?

Pérola - Já diminui bastante, já está até mais claro.

Conversamos mais um pouco sobre assuntos variados.

A mãe de Pérola nos ofereceu café, mas agradecemos, pois já era 17:30hs.

Marcamos uma outra data. Nos despedimos.

CLIENTE 05 (AMETISTA)

LOCAL : TERCEIRA VISITA DOMICILIAR

Chegamos no apartamento de ametista, 15 minutos adiantadas, pois imaginávamos que ela poderia precisar de alguma ajuda no banho de Topázio.

Apertamos a campainha e Ametista nos atendeu com um sorriso que indicava felicidade.

A - Bom dia, como vocês estão?

K - Bom dia, estamos bem.

S- E você como tem passado?

A - Tudo bem. Estou muito contente porque meu leite aumentou e Topázio está satisfeito.

C - Que bom Ametista. Isso é uma ótima notícia para nós, isso significa que você não vai mais dar leite artificial pra ele?

A - Agora não. Quanto mais ele mama mais leite eu tenho. Eu sinto quando o leite vai descendo.

C - Não esquece que o bebê deve ser amamentado nas duas mamas.

A - É eu faço assim.

C - Isto é chamado demanda livre. Amamentando com as duas mamas faz com que as duas mamas sejam estimuladas a cada mamada, mantendo um equilíbrio entre a produção de leite e o que o Bebê consome.

K - Outra coisa muito importante é você estimular o reflexo da saída do leite, fazendo uma pressão sobre a região do mamilo antes de começar a dar de mamar, isso faz com que o leite “desça” com mais facilidade, entendeu?

A - Acho que sim, vou fazer e vocês me dizem se está certo?

K - Tudo bem.

Ametista fez exatamente o que tinha sido orientado.

K - Muito bem Ametista, é isso mesmo.

A - Que bom estou ficando fera em amamentação.

C - Isso é tão bom para você, quanto para Topázio.

Neste momento escutamos Topázio, dando uma choradinha, era sinal que estava na hora do seu banho.

A - Vamos até o quarto enquanto eu dou banho nele, Vocês ficam olhando para ver se estou fazendo tudo certo.

S - Então tá bom, vamos lá.

Ametista fechou as janelas e colocou as roupas de Topázio em cima da cama, enquanto nós olhávamos para ver se estava fazendo tudo certo. Logo em seguida preparou a água na banheira e pediu para que ajudasse para ver se a temperatura da água estava adequada.

A - eu sempre acho que a água está fria ou quente demais.

C - Você pode resolver esta dúvida colocando o seu cotovelo dentro da água, porque estas partes são sensíveis, assim como a pele do bebê. Fazendo isso você tem noção da temperatura ideal para o banho do Topázio.

Ametista - Ah, isso é bem interessante. Fácil e eficaz. Bom agora eu vou começar o banho. Começo pela cabeça, lavo ela e seco, certo?

S- Certo.

A - Daí eu coloco ela na banheira lavo o corpinho. Só tenho dificuldade em virar ela para lavar as costas.

S - Então eu vou lhe ajudar coloque teu braço em volta das costas dele e segure o bracinho dele, assim vocês fica com mais segurança para virar. Entendeu?

A - Sim, e agora?

S - Agora vira ele e continue segurando o bracinho dele, e lava as costas e o bubum.

A - Ah ! Entendi. é bem mais fácil que parece.

S - É tudo uma questão de prática, com o tempo vocês vai ficando mais segura.

A - Agora tiro ele da banheira, enrolo na toalha e visto ele começando pela camiseta, pra ele não esfriar, né?

K - Isso mesmo vocês foi muito bem no banho.

A - Que bom, fico mais tranquila.

Após o banho Ametista, foi amamentar Topázio, e notamos que além de ser uma mãe muito carinhosa e esforçada em aprender, estava fazendo tudo corretamente. Em

relação a melhor posição para amamentar, manteve-se tranqüila e proporcionou um ambiente propício para ambos. notamos que seu mamilo estava normal, as mamas não tinham nenhuma aparência que indicasse engurgitamento mamário. Ametista, antes de colocar o bebê para mamar estimulou o mamilo com pressão para melhor saída do leite exatamente como a orientamos. Durante o período que amamentou ofereceu os dois seios, como a orientamos.

C - Sabe ametista vocês está se saindo uma mãe maravilhosa.

A - Obrigado tenho que agradecer muito a vocês por estarem comigo sempre que preciso.

C - Nos ficamos muito satisfeitas sabendo que estamos conseguindo te ajudar.

K - E nós agradecemos também por participar do nosso trabalho, vocês também está nos ajudando.

S - é uma troca de experiência que ajuda você e nós.

A - Que bom eu tenho uma coisa para falar à vocês.

K - Pode falar Ametista.

A - É que semana que vem, lá pelo dia nove de dezembro, eu vou viajar e só volto em fevereiro. Mais gostaria que vocês viessem mais uma vez aqui em casa.

K - Você está querendo dizer que nós só vamos fazer mais uma visita?

A - É. Vocês vão ficar chateadas?

K - Claro que não Ametista, não precisa se preocupar.

A - Eu gostaria de marcar a próxima visita pro dia 7 de dezembro, segunda feira, pode ser?

C - pode ser, qual o horário?

A - De preferência pela manhã.

C - Pode ser às 10:30 hs?

A - Pode

S - Você gostaria de perguntar mais alguma coisa?

A - Não. Por hoje não tenho mais dúvidas. Sinto que estou ficando mais segura em cuidar do Topázio e isso me deixa muito contente.

S - Que bom Ametista você já tem confiança em cuidar dele.

C - Acho que já vamos indo, Ametista.

A - Tá bom.

K - Segunda feira estamos aí.

A - Então tá.

Nos despedimos e fomos embora, satisfeitas com o progresso de Ametista.

*

CLIENTE 06 (TURMALINA)

LOCAL : TERCEIRA VISITA DOMICILIAR

Chegamos em casa de Turmalina para a nossa terceira visita domiciliar.

Ela nos atendeu com Marina nos braços e nos convidou à entrar.

Sentamos todas no sofá.

K - Como tem passado?

T - Estou bem!

C - Como está bem a sua mama?

T - Melhorou muito, agora eu controlo, quando ficam muito cheias e Turqueza já está satisfeita eu sempre retiro um pouquinho, se não acontece aquilo que vocês falaram, que o seio fica grande demais e a Turqueza não consegue mamar.

K - E como você está retirando este leite?

T - Como vocês falaram para eu fazer, eu espremo assim , dentro de uma bacia pequena de plástico e joga fora.

S - Então as mamas estão bem?

T - Mais ou menos , porque o bico deste meu seio (Seio Direito), engraçado, quando não é num é no outro.

C - E o outro seio como está?

T - Como eu posso explicar... Não rachou, mas parece meio sensível.

K - E o que você está fazendo em relação a isso?

T - Eu não parei de amamentar ela, só estou passando cebo de carneiro no bico do seio, minha mãe trouxe e parece bom.

S - Você lembra o que foi ensinado na maternidade para você?

T - Elas falaram que se o bebê não pegar no seio direito vai dar rachaduras, mas não falaram o que fazer se isso ocorresse.

C - Turmalina eu queria te dizer que não é aconselhável passar nada na rachadura, nem cebo de carneiro, nem pomada, nem lubrificante. Isso tudo deixa o mamilo úmido e fica difícil para cicatrizar, sem falar que a sua filha vai acabar mamando o cebo de carneiro e se ela não gostar pode acabar largando o peito.

T - Mas eu lavo para tirar o excesso antes de dar o peito para ela.

K - Mas ainda tem o problema da umidade, ele vai ficar o tempo todo úmido por causa do cebo de carneiro.

T - Eu tenho que deixar sem nada então?

S - A gente recomenda o seguinte: Quando a Turqueza acabar de mamar você pega aquele leite que geralmente fica ao redor do mamilo ou até pode espremer como você faz para tirar o excesso, esse leite você passa no mamilo e deixa secar ali, de preferência você deve secá-lo no sol, seja nos fundos de sua casa...

T - É! Eu acho que não vai dar os vizinhos vão acabar vendo.

S - Você tem uma janela por onde entra sol e ninguém te ver?

T - Tem! Tem a janela do quarto de Turqueza, ela por enquanto está dormindo comigo, logo que ela ficar maiorzinha vou colocá-la no quarto dela, vai ser fácil, pois o quarto dela fica de frente para o meu, eu pretendo deixar as portas abertas assim quando ela chorar eu vou escutar.

K - Boa idéia esta sua.

S - Voltando ao assunto, então, você pode pegar sol nas suas mamas dessa janela?

T - Posso só que o sol não pega o dia todo.

S - Então quando bater o sol você aproveita para secar a mama, e quando não tiver sol, você passa o leite mesmo assim e deixa secar naturalmente dentro de casa, o que você não pode fazer é guardar as suas mamas úmidas, nem ficar lavando as mamas com sabonete, porque o sabonete retira a camada de oleosidade que protege o mamilo, é só continuar cuidando da pega da Turqueza e não passar mais nada que não seja o seu própria leite, logo você vai ficar nova em folha.

Turmalina sorriu.

K - Dói quando você está a amamenta com essa mama?

T - Só um pouco, mas eu não quero deixar de amamentar ela.

S - Será que a gente podia ver sua mama mais uma vez para ver como está?

T - Sim, claro.

Sem retirar Turqueza dos braços , Turmalina levantou a blusa e nos permitiu ver sua mama direita, estava bastante hiperemiada e apresentando uma pequena fissura, não apresentando sangramento.

T - Vocês querem ver a outra?

K - Seria melhor.

Turmalina passou a segurar Turqueza com o braço direito para que pudesse expor sua outra mama.

Está não apresentava fissuras, mas estava hiperemiada quase tanto quanto a mama direita, indicando a tendência de futuras fissuras.

S - Esse seio (Direito) ainda não está com rachaduras, mas realmente está sensível como você falou, ele pode acabar rachando.

T - Vou fazer o que vocês me falaram.

K - Alguém ajuda você a cuidar de sua filha?

T - Claro. minha mãe vem quase todos os dias , no começo ela me ajudava a dar banho, a trocar, e por ela para arrotar, e o meu marido também ajuda quando é necessário, já trocou ela, mas ficou uma bagunça, é que o coitado não tem experiência, mas ele ajuda, ele pega ela de noite para mamar para eu não precisar me levantar, dessa parte eu adoro.

Todas nós rimos muito.

C - A sua mãe continua vindo te ajudar?

T - Sempre que ela pode, ela fica bastante tempo comigo.

K - Você está sentindo dificuldade em cuidar dela?

T - Não. Ela é um anjinho, não me incomoda para nada, mas quando ela crescer e começar a andar eu sei que o trabalho vai ser maior.

S - Por que você diz que vai ser maior?

T - Imaginem! Ela andando por todos os lados e eu atrás até me acostumar com a situação, já estou pensando em comprar mais tarde um chiqueirinho para colocá-la enquanto eu faço as tarefas da casa, só espero que ela se acostume, nem todas as crianças ficam.

C - Tudo é uma questão de costume, é claro que sua filha for acostumada no chiqueirinho ela vai ficar bem, mas se ela for acostumada a andar em tudo vai ser difícil mantê-la no

chiqueirinho, eu acho que assim que você comprar deve deixá-la um tempo considerável, com os brinquedos dela, algo alternativo, com certeza então ela vai ficar.

T - Vou fazer bem isso, pelos menos acho que vou ficar mais tranqüila, posso deixá-la perto de mim e posso fazer as coisas.

K - Você tem mais uma dúvida que a gente possa esclarecer?

T - Não, mas eu quero agradecer a vocês. Vocês me ajudaram muito.

S - Você gostaria de marcar mais uma visita?

T - Não acho que vocês não precisam mais se preocupar.

C - Bem! Qualquer coisa você tem o nosso telefone, é só ligar se precisar esclarecer alguma dúvida, tá?

T - Pode deixar.

C - Então a gente vai indo embora.

Turmalina nos levou até o portão e es despediu de nós, agradeceu mais um pouco e garantiu que se precisar novamente de algum esclarecimento entrará em contato conosco.

A título de ilustração demonstraremos a seguir um cuidado de enfermagem executado conforme a metodologia proposta.

Identificando a(s) necessidade(s) de cuidado(s):					
Data	Conhecendo o cuidado	Refletindo sobre o cuidado	Planejando e fazendo o cuidado	Avaliando o cuidado	Percepções da Enfermeira
	Banho no recém-nascido de aproximadamente 45 minutos	O centro termo regulador do recém-nascido ainda não está maduro, o que faz com que ele perca calor com facilidade, causando danos à saúde	Demonstrar a técnica do banho em tempo hábil executando em parceria com a cliente e orientadora	Repadronizar	É importante ver o cliente o cuidado para ver o quanto ele aprendeu, pois só a orientação não basta
	Banho do recém-nascido em tempo hábil		Solicitada a demonstração do banho	Cuidado repadronizar	É Satisfatório ver o primeiro cuidado repadronizado

7.1.3. Objetivo n 03

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

Apesar de proposto, tivemos bastante dificuldade em inserir o pai no processo de cuidar por vários motivos, entre eles:

- 3 eram autônomos e não desfrutaram da licença de paternidade
- 1 eram mãe solteira

Salientamos que as visitas devem concentrar-se nos primeiros 10 dias de puerpério, principalmente na primeira semana onde surge as maiores dúvidas e existe maior chance de encontrar os pais em casa pela licença de paternidade.

Além das clientes selecionadas foram prestados cuidados de enfermagem ao binômio mãe-filho, num total de 50 clientes, no rito de passagem do nascimento em nível hospitalar.

Normalmente executamos estas atividades quando não havia demanda de nossa clientela específica.

Destacamos as atividades:

- Cuidados imediatos ao recém-nascido
- Acompanhamento da puérpera
- Admissão de clientes no Centro Obstétrico
- Orientação no Alojamento Conjunto
- Execução de técnicas de enfermagem, como: fluidoterapia, controle de sinais vitais, instalação de catéter de oxigênio
- Manutenção da higiene e conforto da paciente, coleta de sangue, coleta de urina, atuação como circulante no parto, glicemia capilar, administração de glicose à recém-nascidos
- Acompanhamento da parturiente no pré-parto: controle de dinâmica uterina, controle dos batimentos cardio-fetais (BCF), orientações sobre atuação no parto
- Encaminhamento e acompanhamento de clientes ao Centro Cirúrgico
- Levar recém-nascido ao encontro da mãe no puerpério imediato e centro Cirúrgico, incentivando amamentação
- Levar recém-nascido ao Berçário de Alto risco quando os mesmos eram encaminhados

Tínhamos como objetivo incentivar o pai a participar do nascimento como rito de passagem, mas encontramos bastante dificuldade em executar esse objetivo por esbarrarmos em barreiras fortes de resistência à procura do acompanhante no C.O., tanto por parte da equipe médica, como por parte do pessoal de enfermagem.

Apesar disto conseguimos a presença do acompanhante em 2 clientes dos 56 atendidas e esta experiência ainda que pequena, nos mostrou benefício da presença do acompanhante para a parturiente, na evolução do trabalho de parto e para o trinômio pai-mãe-filho, no estabelecimento do vínculo afetivo.

7.1.4. Objetivo nº 04

Contribuir para a implementação dos 8 passos da maternidade segura e manutenção do projeto amigo da criança.

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

Em 1994, a Maternidade Carmela Dutra recebeu o título de Hospital Amigo da Criança por cumprir os 10 passos do Aleitamento Materno.

Dentro de nossas possibilidades, procuramos seguir as normas e rotinas relativas aos 10 Passos do Aleitamento materno e os 8 Passos da Maternidade Segura. Nem sempre, porém, isto foi possível, pois alguns passos ainda não estão sendo bem aceitos. Como exemplo, o 3º passo do projeto da Maternidade segura que diz “Incentivar o parto normal e humanizado”

Assim como Gonçalves e Franzon (1997), observamos que a humanização do parto, ainda está encontrando barreiras fortes, tanto por parte médica como por parte do pessoal de enfermagem.

Verificamos que, os critérios para selecionar os pais que participam dos processos de nascimento, que são: participar do curso “casais grávidos”, ministrado na Maternidade Carmela Dutra, e/ou ter participado do pré-natal, não está sendo obedecido, e que o

critério usado é o aceite do médico de plantão (Staff), uma vez que alguns médicos não incentivam a presença do acompanhante junto a parturiente.

ótimo

7.1.5. Objetivo nº 05

Avaliar periodicamente as atividades desenvolvidas no estágio.

Para o alcance deste objetivo havíamos proposto reuniões com a enfermeira supervisora e a orientadora a cada 10 dias, para discussão do andamento do projeto.

Conversávamos a respeito do andamento do projeto com a supervisora no nosso dia-a-dia na instituição.

As reuniões com a enfermeira-orientadora durante o estágio, não ocorreram ora por impedimento da mesma, ora por nosso impedimento uma vez que as visitas domiciliares nos mantiveram bastante tempo longe da instituição.

Apesar disto mantivemos contato telefônico, sempre que necessário com a orientadora, onde sanávamos dúvidas e redirecionávamos as atividades.

Aliado a isto a supervisão contínua da enfermeira do C.O. e seu apoio constante propiciaram o desenvolvimento do estágio de forma harmoniosa.

Apesar de não termos alcançado este objetivo, não nos sentimos prejudicadas, uma vez que as alternativas encontradas foram suficiente para o bom andamento do projeto.

7.1.6. Objetivo nº 06

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

Afim de proporcionar aprofundamento teórico para fundamentar nossa prática, buscávamos na literatura, conteúdos pertinentes a nossa vivência do momento. Além

disso participamos na qualidade de expositoras do tema “Orientação e Simulação do Parto Natural” no dia nacional da Universidade, promovido pela UFSC, no shopping Beira-mar nos dias 10 e 11 de Dezembro de 1998.

Consideramos a participação no evento de suma importância para nós, no sentido de ter de socializar a saber em saúde, através da informação para um grande número de pessoas.

Pelo acima exposto consideramos o objetivo alcançado

7.1.7. Objetivo nº 07

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

Trabalhamos as vivência do grupo no desenvolvimento do nosso trabalho refletindo as experiências por nós vivenciadas e isto colaborou para reforçar a nossa já existente harmonia e integração enquanto grupo, auxiliando para o alcance de um objetivo comum.

Pelo acima exposto consideramos o objetivo alcançado.

8 . FAZENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término do desenvolvimento deste projeto, gostaríamos de tecer as mesmas considerações de Gonçalves Franzon (1997), por concordarmos com as autoras na íntegra as quais acrescentamos considerações baseadas em nossa vivência.

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

Na nossa percepção, o cuidado de enfermagem por nós desenvolvido com bases culturais foi um fator decisivo na promoção e manutenção da saúde do binômio mãe-filho, uma vez que ao trabalharmos com indivíduos diferentes, valorizamos o saber popular e buscamos respeitar os valores de vida de cada cliente.

Um dos objetivos do trabalho era o de realizar um levantamento de dados com parturientes para identificar as diversidades e universalidades culturais do cuidado.

O levantamento realizado permitiu-nos observar que o rito de passagem do nascimento é capaz de sensibilizar, fragilizar, deprimir, de produzir somatizações, ou seja, é um momento de intenso movimento, em que a ordem anterior, o que já estava estabelecido, sofre transformações. As expressões, padrões do comportamento das

parturientes neste momento, foram por nós percebidas de modo diferente em cada cliente, mostrando a influência da cultura no processo vital de cada uma.

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

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

Pudemos verificar, através das visitas domiciliares, que as “mães” chegam em casa com muitas dúvidas, e, as que mais evidenciamos foram: cuidado com coto umbilical, banho do recém-nascido e amamentação. Elas referem, que , na maternidade recebem as informações de forma ineficientes. Nem se quer são chamados pelos funcionários quando estes vão realizar a troca de fraldas e o banho do bebê, para verem como eles fazem estas atividades.

Outra dúvida que referem é com relação a amamentação. Elas dizem que recebem a visita de uma pessoa do banco de leite, mas que mesmo assim, ainda chegam em casa com dúvidas, tais como: de quanto em quanto tempo devem amamentar o recém-nascido, como saber se o bebê está satisfeito. Referem também, não ter recebido nenhuma orientação sobre como fazer com relação a amamentação, quando terminar a licença de maternidade e começarem a trabalhar.

Acreditamos que todas estas orientações possam ser repassadas para as mães durante o período de internação, nas unidades de puerpério, visando um maior vínculo mãe/bebê. Visto que, se ela souber como realizar estas atividades, evitará que outras pessoas as realizarem por ela. Outra vantagem que vimos, é a de evitar complicações, tais como: infecção do coto umbilical, fissuras e ingurgitamento mamário, e ainda o desmame precoce. Assim como Gonçalves e Franzon (1997).

Percebemos que as orientações fornecidas por nós às parturientes, quando estavam em trabalho de parto, sobre os cuidados com o recém-nascido e amamentação,

não foram bem assimiladas por elas, visto que, na unidade de internação puerperal e, quando chegam em casa referiam dívidas sobre os assuntos já abordados. Algumas mães inclusive, relatavam não lembrar das orientações que foram fornecidas por nós, a elas no pré-parto.

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

Vale lembrar que encontramos bastante dificuldade em incluir um acompanhante na sala de parto, por esbarrarmos em barreiras, fontes de resistência à presença do acompanhante no C.O., tanto por parte da equipe médica, como por parte do pessoal de enfermagem.

Entedemos que deve haver um empenho efetivo da equipe de saúde em introduzir o acompanhante na C.O. haja vista, todos os benefícios que tal fato traz para a evolução do trabalho de parto tranqüilo e para formação precoce do binômio mãe-pai-filho, já relatados no decorrer deste trabalho.

Por fim concluímos que o rito de passagem do nascimento exige cuidados. Se, como momento crítico, gera ansiedade podendo produzir o adoecer, é como crise, também que ele contém uma oportunidade de saúde, abertura à transformação, ampliação de consciência, chance de passar a limpo o passado, chance de projeto.

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

As metas estabelecidas foram, portanto, em quase sua totalidade alcançadas e nos sentimos gratificadas pelo resultados obtidos no processo de cuidar do binômio mãe-filho.

9 . FAZENDO AS RECOMENDAÇÕES

Ao término de mais esta passo na nossa formação profissional, gostaríamos de recomendar:

À Maternidade Carmela Dutra

- ◆ Que continue investindo para continuidade do projeto Maternidade Segura e manutenção dos 10 passos do Aleitamento Materno.
- ◆ Que continue buscando continuamente a reciclagem de sua equipe de saúde, enfocando principalmente a humanização do prazo.
- ◆ Que busque alternativas para incentivar/estimular os funcionários a participarem dos cursos de reciclagem.
- ◆ Que continue apoiado a formação de enfermeiros
- ◆ Que lute pela contratação de enfermeiro para o Centro Obstétrico no período noturno e de finais de semana.
- ◆ Que reveja as orientações dadas à cliente no Centro Obstétrico, restringindo-as ao processo de partir.
- ◆ Que estude a viabilidade de associar-se à enfermeiras treinadas e/ou Posto de Saúde para psicoprofilaxia puerperal, à domicílio.

À Equipe de Saúde do Centro Obstétrico

- ◆ Que continue recebendo com apoio e solidariedade as alunas de enfermagem.
- ◆ Que busque reciclar-se continuamente visando a humanização do parto.
- ◆ Que busque aumentar qualitativamente a afetividade, o apoio emocional e a valorização das queixas e atitudes das mulheres no período Pré-parto.
- ◆ Que continuem depositando confiança e valorizando o trabalho das acadêmicas de enfermagem, buscando a interdisciplinariedade.
- ◆ Que lutem continuamente pela humanização do parto.

Às acadêmicas de 8º fase que vão dar continuidade ao projeto

- ◆ Que busquem fazer visitas domiciliares à uma população maior, não restringindo-se somente às primíparas, nos primeiros 10 dias de puerpério, priorizando a primeira semana, onde ocorrer as maiores dúvidas e o pai está gozando de licença de paternidade.
- ◆ Que façam alteração no roteiro para a coleta de dados com a parturiente de Minatti et al, buscando um melhor conhecimento da cultura e crenças da cliente, buscando entre outros, pesquisar a reação da equipe de saúde não somente no período expulsivo, mas também no pré-parto.
- ◆ Que façam estágio extracurricular junto ao Centro Obstétrico da Maternidade Carmela Dutra, para adquirir maior destreza e segurança.
- ◆ Que passe um dia no Banco de Leite da Maternidade Carmela Dutra.
- ◆ Que “vistam a camisa” do projeto porque vale a pena!

À Orientadora do projeto

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

10. RELATANDO A BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

- 1 - ANGEMARI, Emília L.S., MENDES, Isabel A.C. Marco teórico das investigações em enfermagem: sua relação com as teorias de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.10. n02, p. 20-24. Jul. 1989.
- 2 - ARRUDA, A. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer. In: Quando a paciente é mulher. Relatório do Encontro Nacional de Saúde da mulher: um direito a ser conquistado. Brasília: Ministério da Justiça, 1989, p. 35-42.
- 3 - ATKINSON, Leite D., MURRAY, Mary Ellen. Fundamentos de Enfermagem. Introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- 4 - GARCIA, Olga R.Z., Puerpério normal. Florianópolis: UFSC (199) Mimeo.
- 5 - GARCIA, Olga R.Z., Puerpério patológico. Florianópolis:UFSC (199) Mimeo

- 6 - SANTOS, Odaléia M.B. Períodos clínicos do parto. In: MINATTI, Fabiana et al. **O processo de parir: uma experiência assistencial do cuidado de enfermagem baseado na teoria transcultural de Madeleine Leininger.** Florianópolis: UFSC, 1997. Mimeo.
- 7 - ZIEGUELL, Erna. CRANLEY, Mecca. **Enfermagem obstétrica.** 7. Ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.
- 8 - WHALEY & WONG. **Enfermagem pediátrica:** Elementos essenciais à intervenção efetiva. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogann, 1989.

11. RELATANDO AS PERCEPÇÕES INDIVIDUAIS DAS ACADÊMICAS

11.1 - SIMONE

Sinto-me feliz em chegar ao final de mais uma etapa de minha vida.

Seria difícil transmitir ao papel todos os sentimentos que estão junto à mim neste momento.

Tive dúvidas se realmente era isso que queria para minha vida no decorrer jornada, mas de acordo com o que ia vivenciando, tinha a confirmação de que estava suprindo meus anseios e minhas expectativas.

Hoje agradeço às pessoas que me incentivaram a seguir à carreira de Enfermagem.

Ao iniciar o projeto na Obstetrícia, tive também a certeza de que esta era área que mais me chamava a atenção e que tornaria a 8ª fase bastante agradável e empolgante.

O projeto foi de extrema importância para adquirir experiência e maturidade e para me sentir realizada, colaborando com o crescimento das clientes que conosco compartilharam esta fase.

A partir de agora, inicia-se uma longa caminhada, rumo a adquirir e transmitir conhecimentos que me serão úteis tanto pessoal como profissionalmente.

11. 2 - KARINA

É muito difícil descrever o que sinto nesta fase de minha vida. Fico alegre em saber que tudo acabou bem, que finalmente encontrei na obstetrícia o caminho a seguir.

A 8ª fase significou pra mim a independência, maturidade, a segurança de atuar como enfermeira.

O projeto, proporcionou-me botar em prática um sonho que minha colega Simone e eu trazíamos no decorrer do curso.

Pude sentir como foi importante o projeto para as clientes que trabalhamos e para meu crescimento como pessoa.

Eu amo a Obstetrícia!

11.3 - CIBELE

É difícil traduzir em palavras a emoção que estou sentindo. Agora que o projeto está concluído e em pouco tempo serei uma profissional sinto uma alegria e uma tranquilidade muito grande.

No decorrer do curso tive muitos obstáculos, mas tive muito apoio também, o que me deu forças para seguir em frente, certa que iria vencer, e venci.

A 8ª fase me proporcionou independência e segurança ao atuar verdadeiramente como uma futura enfermeira.

Realizar o projeto na área da obstetrícia foi muito gratificante, pois aprendi muito como futura profissional e como ser humano.

Vivenciar a dor daquelas futuras mães, apoiá-las, tranquilizá-las e após vê-las satisfeitas com seus bebês é realmente lindo!

O futuro está aí, E com ele meus sonhos de realizar muitas coisas como se uma excelente profissional, mas antes de tudo ser um ser humano realmente verdadeiro, justo e digno.

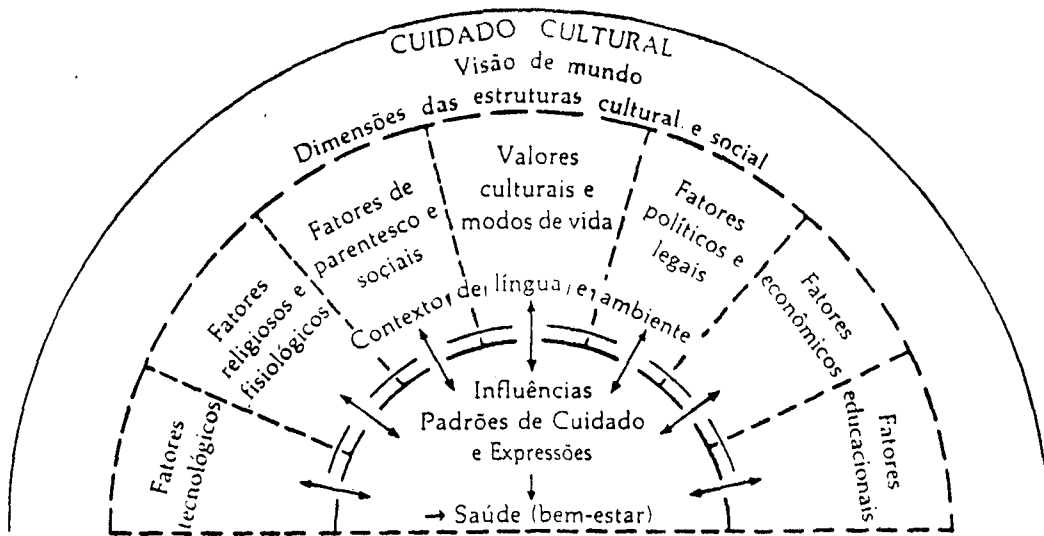
12. ANEXOS

ANEXO 1

OITO PASSOS PARA A MATERNIDADE SEGURA

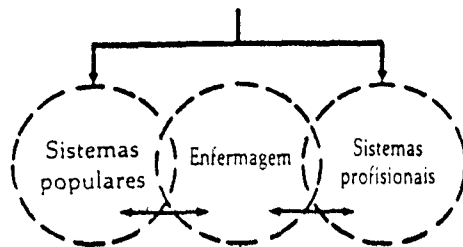
1. GARANTIR INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE REPRODUTIVA E DIREITOS DA MULHER.
2. GARANTIR ASSISTÊNCIA DURANTE A GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO, BEM COMO O PLANEJAMENTO FAMILIAR.
3. INCENTIVAR O PARTO NORMAL E HUMANIZADO.
4. TER ROTINAS ESCRITAS PARA NORMALIZAR A ASSISTÊNCIA.
5. TREINAR TODA EQUIPE DE SAÚDE PARA IMPLEMENTAR AS ROTINAS.
6. POSSUIR ESTRUTURA ADEQUADA PARA ATENDIMENTO MATERNO E PERINATAL.
7. POSSUIR ARQUIVO E SISTEMA DE INFORMAÇÃO.
8. AVALIAR PERIODICAMENTE OS INDICADORES DE SAÚDE MATERNA E PERINATAL.

ANEXO 2



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 Sunriess, 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 3

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A PARTURIENTE

1. IDENTIFICAÇÃO:	DATA: ___/___/___
NOME: _____	
DATA DE NASC.: ___/___/___	
NACIONALIDADE: _____	
PROCEDÊNCIA: _____	
ESCOLARIDADE: _____	
ETNIA: _____	
N.º DE FILHOS: _____	
IDADE DOS FILHOS: _____	
ESTADO CIVIL: _____	
PROFISSÃO/ OCUPAÇÃO _____	
RELIGIÃO: _____	

2. CULTURA (QUESTÕES CULTURAIS):

A) Como se comporta com a roupa que está?

B) O que expressa na linguagem não-verbal?

C) Comportamento corporal e expressão facial:

- Chora
- Grita
- Coloca a roupa na boca
- Tapa a boca com a mão
- Morde os dedos
- Outros (.....)

li Qual a relação dos profissionais da saúde com a parturiente:

-) afetividade
-) agressividade
-) valorização das atitudes
-) indiferença
-) deboche: ironia
-) outros (.....

3. VALORES/ COSTUMES E CRENÇAS RELACIONADAS AO PROCESSO DE PARIR.

A) Com relação a placenta:

-) sabe o que é? Conhece?
-) quer guardar?
-) quer enterrar?
-) pede para contar os noz?
-) não questiona

B) Com relação aos primeiros cuidados com o recém-nascido, refere algo sobre:

-) coto umbilical
-) aspiração
-) banho
-) características fisiológicas (vêrnix ...)

C) Com relação ao primeiro banho do recém-nascido (dentro do Centro Obstétrico):

-) não quer que seja colocado na água
-) não se importa
-) quer ver
-) outra observação: ...

D) Outros valores e crenças referidos.

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

E) O que refere durante o período expulsivo?

F) O que refere depois do período expulsivo?

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

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

H) Qual a relação com os profissionais da saúde:

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

ANEXO 4

ESTADO DE SANTA CATARINA.
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.
 MATERNIDADE CARMELA DUTRA.
 CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE DA MULHER.
 HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA.
 GERÊNCIA DE ENFERMAGEM.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

I - IDENTIFICAÇÃO :

Nome : Q / L :
 Registro Cor Idade Naturalidade
 Procedência : Profissão : Estado Civil :
 Período Expulsivo : Sim () Não () Data / Hora da Internação
 Condições da Paciente na Internação

II - DADOS CLÍNICOS DE INTERESSE PARA A ENFERMAGEM :

DUM : / / DPP : / / PARA : GESTA : Abortos : Mal formados
 Peso : g Estatura : cm Data do último parto : / /
 Grupo Sanguíneo e Fator Rh : Hematócrito : Hemoglobina : Anemia :

III - PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS :

Motivo da Internação
 Expectativas em Relação ao Parto :

Deseja Acompanhamento : No TP : Sim () Não () / No Puerpério : Sim () Não ()
 Possui Alguma Informação sobre Alojamento Conjunto : Sim () Não ()
 Nome do Acompanhante : Grau de Parentesco :
 Enfermeira : Data : / / Hora :

IV - PROBLEMAS RELACIONADOS AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS :

1 - Necessidades Psicobiológicas :

1.1 - Oxigenação.

Dispnéia na gravidez : Sim () Não ()
 Tabagismo na gravidez : Sim () Não () Quantos por dia :
 Dispnéia no momento : Sim () Não () R : mm.

1.2 - Hidratação e Alimentação :

Horário da Última Ingesta :
 Tipo de Alimento :
 Hábitos, Vícios e Tabus :

1.3 - Eliminações :

Vesical : Padrões de eliminações urinária :
 Problemas : Infecção urinária na gravidez Sim () Não ()
 Outras :

Intestinal : Padrões de eliminações intestinal.

Problemas : Infecções intestinal na gravidez Sim () Não ()
 Outras :

Drenagens / Secreção vaginal :

Perda tampão mucoso Sim () Não ()
 Sangramento vaginal na gravidez Sim () Não ()
 Sangramento vaginal no momento Sim () Não ()

Hora do Rompimento da Bolsa :
 Bolsa rotia Sim () Não () Espontânea () Artificial ()
 Características do líquido amniótico : líquido claro () líquido claro com grumos ()
 líquido meconial espesso () fluido ()
 líquido achocolatado () líquido sanguinolento ()

Náuseas e vômitos : na gravidez Sim () Não ()
 no momento Sim () Não ()

1.4 - Integridade Física :

1.5 - Regulações :

Térmica : T : °C
 Vascular : PA mmHg P bpm Varizes Sim () Não ()
 Neurológica : Tontura na gravidez Sim () Não ()
 Desmaios na gravidez Sim () Não ()
 Cefaléia na gravidez Sim () Não ()
 Convulsões na gravidez Sim () Não ()
 Hidroeletrólítica : Edemas Sim () Não () Local (is) :

1.6 - Integridade Cutâneo Mucosa :

Mamas : Tamanho : Grande () Médio () Pequeno ()
Patologias Mamárias anteriores Sim () Não ()
Cirurgia Plástica : Sim () Não ()
Mamilos : Protruso () Plano () Invertido () Pseudo Invertido () Semi Protruso ()
Colostro : Presente () Ausente ()
Abdômen : Inspiração : Forma : Globosa () Ovóide ()
Pêndulo () Outros ()
Altura uterina : cm
Estrías () Cicatrizes ()
Palpação : Situação : Longitudinal () Obliqua () Transversa ()
Posição : Esquerda () Direita ()
Apresentação : Alta e Móvel () Insinuada () Cefálica () Cômica () Pênica ()
Foco :
BCF contrações : Antes bpm Durante bpm Após bpm
Dinâmica Uterina :
Colo Uterino (toque) : Colo : Fino () Médio () Grosso ()
Polo : Cefálico () Pélvico () Plano De Lee ()
Alterações :

1.7 - Cuidado Corporal.

Hábitos e Tâbus :

1.8 - Terapêutica :

Apresenta alergia à medicamentos : Sim () Não () Orais ()
Uso de medicamentos e/ou drogas : Sim () Não ()
Nome da droga e período da gravidez : Sim () Não ()
Qual (is) e em que período da gravidez :
Recebeu Imunoglobulina Humana após o parto : Sim () Não () Neste parto () Parto anterior ()
1.9 - Outras :

2.0 - Necessidades Psicossociais e Espirituais :

2.1 - Educação para Saúde :

Pré - Natal : Sim () Não () Nº de consultas ()
Companheiro participou do pré - Natal : Sim () Não ()
Recebeu informações sobre : Parto () Aleitamento Materno () Alojamento Conjunto ()
Puerpério () Cuidados com o RN ()

2.3 - Aceitação, Auto - Estima e Realização :

Planejou a gravidez : Sim () Não ()
Métodos contraceptivos conhecidos que fez uso :
O que gostaria de usar :
Depressão pós - parto anterior (es) : Sim () Não ()
Pretende amamentar : Sim () Não ()
Amamentou o último filho : Sim () Não () Por quantos meses :

2.4 - Outras :

Enfermeira : Data : / /

2.5 - Características gerais do puerpério imediato :

Início do Parto : às hs Término do parto às hs
Tipo : Normal () Episiotomia Sim () Não () Fórceps () Circular de corcê ()
Cirúrgico () Incisão () Planestiel () Kustner ()
Intercorrências durante o parto :
Dequitação : min. após o parto mecanismo B. Shultz () B. Duncan ()
Hemorragia () Curetagem ()
Placenta Inteira : Sim () Não () Peso g
Cordão Umbilical Comprimento Inserção : Central () Paracentral () Pênica ()
Sinais de Infecção : Sim () Não ()
Condições maternas pós - parto : Globo de Segurança de Pinard Formado Sim () Não ()
T : °C PA : mmHg P : bpm R : rpm
Útero Contraído : () acima da altura da cicatriz umbilical
() ao nível da altura da cicatriz umbilical
() abaixo da altura da cicatriz umbilical
RN colocado para mamar na sala de parto : Sim () Não ()
Sugou : Sim () Não ()
RN : Peso g Sexo M () F () Apgar 1' : 5' :

Parto atendido por
Neonatalogista :
Enfermeira : Data : / / Hora :

ANEXO 5

QUESTIONÁRIO PARA A PARTURIENTE QUE NÃO TEVE
ACOMPANHANTE

1 – Identificação:

Nome completo da parturiente: _____

Idade: _____

Data: ____ / ____ / ____

Número da registro: _____

Profissão/ocupação: _____

Escolaridade: _____

Religião: _____

Instituição: _____

2 – Você gostaria de ter tido acompanhante na sala de parto?

() Sim

() Não.

Por quê?

3 – Você não teve acompanhante na sala de parto porque:

() Não houve permissão por parte da equipe;

() Foi parto de urgência;

() Foi parto operatório;

() Não sabia que podia ter acompanhante;

() Não quis;

() Outros;

Quais?

4 – Caso você tivesse um acompanhante gostaria que fosse:

() Seu companheiro;

() Outra pessoa;

Quem?

QUESTIONÁRIO PARA A PARTURIENTE COM ACOMPANHANTE

1 – Identificação:

Nome completo da parturiente: _____

Idade: _____

Data: ____/____/____

Número da registro: _____

Profissão/ocupação: _____

Escolaridade: _____

Religião: _____

Instituição: _____

2 – Se você já teve outros filhos, a experiência do parto foi:

() Com acompanhante

() Sem acompanhante

3 – Se a resposta anterior foi sem acompanhante, você diria que a experiência atual com acompanhante no parto foi:

() Melhor

() Pior

Por quê?

4 – Na sua opinião a experiência do parto com acompanhante foi:

() Ótima

() Boa

() Regular

() Ruim

() Indiferente

() Outros

Quais?

4.1 - O que seu companheiro fez que mais lhe ajudou?

() Secou seu suor

() Segurou sua mão

() Apoiou suas costas

() Falou palavras de incentivo e conforto

() Outros

Quais?

5 - Quem você preferia que estivesse lhe acompanhando no parto?

() Seu companheiro

() Outra pessoa. Quem?

6 - Que motivos a levaram a querer ter um acompanhante na sala de parto?

7 - Utilize este espaço para comentários que achar necessários.

QUESTIONÁRIO PARA O PAI QUE NÃO ENTROU NA SALA DE PARTO

1 -- Identificação:

Nome completo da parturiente: _____

Data: ____ / ____ / ____

Número da registro: _____

Nome do acompanhante: _____

Idade: _____

Parentesco com a parturiente: _____

Profissão/ocupação: _____

Escolaridade: _____

Religião: _____

Nome da Instituição: _____

2 -- Você gostaria de ter acompanhado o parto de sua mulher?

() Sim

() Não

Por quê?

3 -- Você não assistiu o parto porque:

() Não houve permissão por parte da equipe;

() Não tinha curso de preparação para o parto;

() Porque foi parto de urgência;

() Porque o parto foi operatório;

() Por estar ausente no momento do parto;

() Porque não sabia que podia assistir o parto;

() porque não quis;

() Outros:

Quais?

4 – Utilize este espaço para comentários que achar necessários.

QUESTIONÁRIO PARA ACOMPANHAR NA SALA DE PARTO

1 – Identificação:

Nome completo da parturiente: _____

Data: ____/____/____

Número da registro: _____

Nome do acompanhante: _____

Idade: _____

Parentesco com a parturiente: _____

Profissão/ocupação: _____

Escolaridade: _____

Religião: _____

Nome da Instituição: _____

2 – Que motivos o levou a assistir o parto?

3 – O que você acha da presença do acompanhante na sala de parto junto à parturiente?

() Importante

() Sem importância

Por quê?

4 – Você recebeu algum preparo durante o pré natal para acompanhamento na sala de pré parto e parto?

() Sim. Qual?

() Não. Por quê?

5 – Você assistiu algum parto antes?

Sim. De quem?

Não

6 – Você considera que participar do pré natal ou curso para casais grávidos, prepara-o para acompanhar o parto?

Sim

Não

Por quê?

7 – A experiência de ter assistido o parto de sua mulher foi:

Ótima

Boa

Regular

Ruim

Indiferente

Outras

Quais?

8 – Na experiência de acompanhar o parto de sua mulher, hoje, você:

Colaborou com ela no que foi possível;

Não colaborou em nada;

"Matou" a curiosidade sobre o parto.

8.1 – Caso tenha colaborado, você:

Secou o suor de sua mulher;

Segurou a sua mão;

Apoiou as costas de sua mulher;

Falou palavras de conforto e incentivo;

Outros;

Quais?

9 – Considerou sua participação importante?

() Sim

() Não

Por quê?

10 – Durante o parto você:

() Sentiu alegria;

() Sentiu angustia;

() Sentiu medo;

() Sentiu tristeza;

() Pensou que podia desmaiar;

() Não sentiu nada;

() Sentiu ternura;

() Outros;

Quais?

11 – Na sua opinião, a sua presença na sala de parto foi importante para sua mulher?

() Sim

() Não

Por quê?

12 – Na sua opinião, a experiência de ter assistido o parto de sua mulher interferiu no seu modo de ver a maternidade e o relacionamento Pai-Filho?

() Sim

() Não

Em caso afirmativo, de que modo interferiu?

13 – Em relação a equipe de saúde você percebeu que a mesma foi:

- Receptiva a sua presença;
 - Indiferente;
 - Pouco receptiva;
 - Não aprovou sua presença;
 - Outros;
- Quais?

14 – Você recomendaria a outros pais que assistissem o parto?

- Sim
- Não

Por quê?

15 – Utilize este espaço para comentários que achar necessários.

ANEXO 6

**NORMAS E ROTINAS
DO SERVIÇO DO
CENTRO OBSTÉTRICO**

NORMAS DO CENTRO OBSTÉTRICO.

1) Todo recém - nascido deve ser colocado junto à mãe para sugar durante a primeira meia hora de vida, sempre que ambos estiverem em boas condições, propiciando assim os contatos olho a olho, pele a pele, entre a mãe e o recém - nascido.

2) É desejável e constitui-se em um direito o pai estar presente na sala de parto durante o nascimento do filho. Quando for solicitado e houver condições, pode-se permitir a presença do mesmo no centro obstétrico.

3) O treinamento sobre o manejo e promoção do Aleitamento Materno para funcionários novos, residentes e estagiários, deverá ser sistemático. Ao ingressarem nesta Maternidade deverão receber orientação inicial.

4) É obrigatório o uso de paramentação dentro do C.O.

NORMAS PARA O ACOMPANHANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO (C.O.)

Conforme rotina da maternidade Carmela Dutra, toda parturiente poderá ter um acompanhante (marido), nas áreas do C.O. (Admissão, pré-parto, parto e pós-parto); obedecendo os seguintes critérios e orientações:

1. Critérios:

- 1.1 Consentimento da cliente para permanência do acompanhante;
- 1.2. Interesse do acompanhante em permanecer com a cliente;
- 1.3. Tenha participado de, no mínimo, uma consulta no pré-natal;
- 1.4. Ter idade superior a 18 anos, exceto o pai;
- 1.5. O acompanhante não pode estar alcoolizado e/ou com alterações de conduta;
- 1.6. Seja aprovado pela Enfermeira do Centro Obstétrico após entrevista e orientação

2. Orientações:

- 2.1. Respeitar os profissionais, rotinas e demais parturientes do C.O.;
- 2.2. Não fumar;
- 2.3. Permanecer junto a parturiente, apoiando-a;
- 2.4. Ao sentir desconforto, mal-estar ou tontura, retirar-se da sala e comunicar a enfermagem;
- 2.5. Durante o parto o acompanhante deve permanecer na cabeceira da mesa;
- 2.6. Não tocar nos materiais e equipamentos;
- 2.7. Não oferecer qualquer tipo de alimentos ou água a parturiente;
- 2.8. Retirar-se do box sempre que for solicitado;
- 2.9. Retirar-se do C.O. em caso de qualquer intercorrência com a parturiente ou anormalidades no setor, conforme solicitação da equipe de saúde;
- 2.10. Para entrar no C.O. deve vestir: Camisa, calça, gorro e propés, próprio do Serviço do C.O.;
- 2.11. Permitir o uso de telefone celular somente no pós-parto.

Chefia do Serviço de Centro Obstétrico

**ROTEIRO PARA QUESTIONÁRIO COM FAMILIAR/
ACOMPANHANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO**

1. Identificação

Nome da parturiente:

Nº de Registro

Data:

Data do Nascimento:

Nome do acompanhante:

RG:

Parentesco com a parturiente:

Profissão/ocupação:

Religião:

Escolaridade:

2. O que acha da presença de um acompanhante no Centro Obstétrico junto a parturiente:

() Concorda

() Não Concorda

Porquê?

3. Você recebeu algum preparo durante o pré-natal para acompanhar a _____ na sala de pré-parto e parto?

() Sim

() Não Porquê?

Qual?

4. Você assistiu algum parto antes?

() Sim De quem? _____

() Não

5. Você considera que participar do pré-natal ou curso para casais grávidos, prepara-o para acompanhar o parto?

() Sim

() Não

Porquê?

6. O que você sentiu vivenciando esta experiência?

Rotina de Atendimento na Triagem Obstétrica (Admissão).

Funcionários do Registro Geral:

- Recebe a cliente e acompanhante, preenche a ficha de atendimento.
- Encaminha a cliente com apenas um acompanhante para a sala de triagem.

Cliente / Acompanhante :

- Ao chegar à recepção da sala de triagem, aguarda para ser chamada por ordem de chegada com exceção das urgências.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem :

- Recebe a cliente, orienta para esvaziar a bexiga.
- Verifica PA e se necessário temperatura.
- Registra o nome da cliente, a data, o horário, a categoria no livro de registro de atendimento.

Médico / Enfermeiro :

- Recebe e / ou avalia a cliente, fazendo encaminhamento e registros necessários. (anamnese e exame clínico obstétrico).

OBS :

* As pacientes que chegarem à Maternidade fora de trabalho de parto, sem intercorrências, não serão admitidas. Deverão receber orientação quanto ao momento de retorno.

SOFRIMENTO FETAL AGUDO.

Definição : é o sofrimento ocorrido durante o trabalho de parto, bioquimicamente caracterizado por hipóxia, acidose e hipercapnia, insuficiência feto - placentária aguda.

Rotinas Profiláticas:

- Orientar parturiente para manter decúbito lateral, preferencialmente o esquerdo, quando em repouso no leito.
- Detectar precocemente alterações da frequência cardíaca fetal (FCF) durante o trabalho de parto através da ausculta dos BCF de 30 em 30 minutos antes / durante e 20 segundos após contração.
- Controlar rigorosamente o gotejamento de ocitocina ou útero - inibidores, quando prescritos, preferencialmente com bomba de infusão.
- Controlar dinâmica uterina de 1 em 1 hora detectando precocemente alterações na atividade uterina (Hiperatividade, hipertonia...).
- Controlar sinais vitais estando atento para alterações (hipotensão materna, hipertermia...).
- Observar a cor e o odor do líquido amniótico, quando as membranas estiverem rotas.

Rotinas Curativas :

- Orientar a parturiente para manter decúbito lateral esquerdo nos casos de Dip I ou Dip II.

- Propiciar a diminuição da atividade uterina, diante das alterações do FCF, reduzindo ou retirando infusão de ocitocina ou útero - inibidores (quando prescritos).
- Administrar O₂ com catéter nasal (quando prescritos), nos casos de Dip II.
- Controlar os BCF continuamente, antes / durante e 20 seg. após contração, por mais 3 contrações consecutivas.
- Manter ambiente calmo e tranquilo, proporcionando confiança.
- Controlar sinais vitais, especialmente Pressão arterial.
- Manter a equipe informada sobre a evolução do quadro, para que sejam tomadas as condutas necessárias.
- Comunicar o neonatologista sobre o “ possível “ nascimento e evolução do quadro.

- Propiciar a diminuição da atividade uterina, diante das alterações do FCF, reduzindo ou retirando infusão de ocitocina ou útero - inibidores (quando prescritos).
- Administrar O₂ com catéter nasal (quando prescritos), nos casos de Dip II.
- Controlar os BCF continuamente, antes / durante e 20 seg. após contração, por mais 3 contrações consecutivas.
- Manter ambiente calmo e tranquilo, proporcionando confiança.
- Controlar sinais vitais, especialmente Pressão arterial.
- Manter a equipe informada sobre a evolução do quadro, para que sejam tomadas as condutas necessárias.
- Comunicar o neonatologista sobre o “ possível “ nascimento e evolução do quadro.

TRABALHO DE PARTO PREMATURO.

Definição : A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica como pré - termo o parto que ocorre após 20º e antes da 37º semana de gestação.

Rotinas :

- Assistir a parturiente de modo que seja capaz de manter equilíbrio emocional.
- Compartilhar esperanças realísticas sobre o prognóstico do feto (neonato).
- Não realizar enema na internação.
- Orientar sobre a importância do repouso no leito, em decúbito lateral, (preferencialmente o esquerdo) e supervisionar sua prática.
- Diminuir ansiedade, proporcionando ambiente calmo e confortável.
- Controlar batimentos cardíacos do feto de 30 em 30 minutos antes / durante / e 20 seg após contração.
- Realizar dinâmica uterina de 1 em 1 hora, até cessarem as contrações (caso esteja inibindo o TP).
- Administrar útero - inibidores EV., quando prescritos, controlando rigorosamente o gotejamento, quando possível usar bomba de infusão.
- Controlar sinais vitais : Pressão arterial de 1 em 1 hora, Temperatura de 4 em 4 horas, Pulso de 30 em 30 minutos. Estar atento as alterações de pulso, acima de 120 batimentos por minuto, avaliar o uso de útero - inibidores.

- Toques vaginais devem ser proscritos.
- Orientar para que a parturiente comunique a equipe na ocorrência de : aumento das contrações, rotura das membranas e sangramentos vaginais.
- Comunicar o berçário com antecedência sobre o possível parto prematuro, para que a equipe esteja preparada para atender o RN.

OBS :

* Todas as pacientes, enquanto estiverem recebendo útero - inibidores por via EV., devem permanecer no CO (sala de tratamento) até que cessem as contrações e seja iniciado o tratamento de manutenção.

ROTINA DE INTERNAÇÃO DA GESTANTE PARA TRATAMENTO.

Enfermeiro / Técnico :

- Orienta a gestante sobre a internação e encaminha o acompanhante para fazer a internação no Registro Geral.
- Verifica Sinais Vitais.
- Verifica dados antropométricos.
- Encaminha gestante deambulando para o CO ou UIO, conforme indicação, com seu acompanhante, conduzida por um funcionário do Registro.
- Entrega os pertences de valor da gestante para o seu acompanhante.
- Registra o nome da gestante no censo diário.
- Preenche os impressos necessários.
- Comunica à Unidade sobre a internação.

ENFERMEIRO :

- Inicia orientações sobre o tratamento.
- Realiza orientações quanto a rotina de acompanhante na CO e UIO.
- Avalia " condições " do acompanhante que irão permitir a entrada ou não a entrada do mesmo na CO ou UIO (de acordo com a rotina estabelecida).

ROTINA DE INTERNAÇÃO DE GESTANTES PARA REALIZAR MACRO INDUÇÃO:

A macro indução é realizada quando o tempo de gestação for maior que 12 semanas até 28 semanas, ou altura de fundo uterino até 26 cm.

A gestante será encaminhada para o C. O. se :

- A idade gestacional for de 20 semanas ou mais.
- A altura de fundo uterino estiver na cicatriz umbilical, que indica aproximadamente 20 semanas (Briquet 1939).
- Feto com peso de 500g. ou mais.

Se a gestante não corresponder aos critérios acima, deverá ser encaminhada ao posto III.

Obs: Se ocorrer nascimentos na Admissão, levar o feto para o C. O., onde será realizado os procedimentos necessários.

Rotinas de Internação da Gestante para Parto Normal ou Cesáreo.

Enfermeira :

- Realiza orientação quanto à rotina de acompanhante do CO.
- Avalia " condições " do acompanhante para permitir ou não a entrada do mesmo no CO (de acordo com rotina estabelecida).

Enfermeiro / Técnico / Auxiliar :

- Preenche impressos e realiza identificação dos polegares da parturiente em ficha própria.
- Realiza preparo da parturiente :
 - * Tricotomia perineal.
 - * Clister Glicerinado quando não for contra indicado (caso cesárea imediata, período expulsivo ..).
 - * Verificar peso.
 - * Verificar sinais vitais (PA, P e T).
 - * Encaminhar a parturiente para o Centro Obstétrico deambulando com seu acompanhante, quando não for contra indicado, conduzida por um funcionário do Registro Geral. A Enfermagem fica responsável se for necessário encaminhar a parturiente de maca para os setores.
 - * Entrega os pertences de valor da parturiente para o seu acompanhante.
 - * Solicita ao acompanhante que faça internação da parturiente no registro geral ou;
 - * Na ausência de acompanhante solicitar ao registro a internação da parturiente.

ASSISTÊNCIA INSTITUCIONAL AO PARTO.

(Admissão, Pré - Parto e Parto).

- 1.) Admissão da Paciente.
- 2) Assistência no Período de Dilatação.
- 3) Assistência no Período Expulsivo.
- 4) Cuidados Imediatos ao Recém - Nascido.
- 5) Assistência no Período de Dequitação.

RECEPCÃO DA PARTURIENTE NO C.O. :

- Encaminhar ao banho de chuveiro .
- Fornecer toalha e camisola da instituição.
- Colocar todos os objetos da parturiente em saco plástico com identificação.
- No caso de acompanhante oferecer a paramentação adequada do C.O.
- Encaminhar a parturiente e acompanhante para o pré - parto.

PERÍODO DE DILATAÇÃO.

Definição : é o primeiro período clínico do parto, o tempo que transcorre desde o início das contrações uterinas regulares até a dilatação completa do colo uterino (10 cm de dilatação).

Rotinas :

- Recepção da Parturiente no C.O.
- Com relação a Atividade Física.
- Posição no Leito.
- Alimentos e Líquidos.
- Cuidados com a bexiga.
- Higiene e Conforto.
- Controle de Sinais Vitais.
- Controle dos Batimentos Cardíacos do Feto.
- Controle da Dinâmica Uterina.
- Avaliação da Dilatação e Progressão Fetal.
- Atenção aos Sinais de Alerta.

PERÍODO DE DILATAÇÃO.

Rotinas :

Com relação a atividade física :

- Estimular a deambulação da parturiente, pois a mesma repercute de forma favorável sobre a dinâmica uterina, aumentando a intensidade e tomando as contrações mais regulares, diminuindo assim a incidência de alterações na contratilidade uterina e conseqüentemente menor necessidade de administrar ocitocina. Além disso, a ação da gravidade é sinérgica com as contrações.
- Orientar a parturiente para permanecer em repouso no leito quando receber drogas sedativas ou analgésicas, ou em caso de trabalho de parto prematuro, sangramento vaginal à esclarecer (suspeita de DPP e PP) entre outros.
- Respeitar a vontade da parturiente com relação a deambulação e repouso, sempre que possível, desde que não interfira no prognóstico do parto.

Posição no Leito :

- Orientar a parturiente a evitar a posição supina, esclarecendo-o sobre a contra-indicação devido os riscos de compressão da veia cava inferior e aorta abdominal pelo útero, o que poderá gerar uma redução no fluxo sanguíneo para a placenta e conseqüentemente para o feto.
- Orientar a parturiente sobre a importância do decúbito lateral, preferencialmente o esquerdo, que reduz o desconforto na região dorsal, aumenta a oxigenação fetal, aumenta a perfusão renal e uterina, aumenta a intensidade e diminui a frequência das contrações tornando-as mais eficientes.

Alimentos e Líquidos :

- Orientar a parturiente sobre a sua dieta, isto é, não receberá alimentos sólidos e líquidos durante o trabalho de parto ativo.

- Molhar a boca da parturiente com gaze embebida em água para evitar ressecamento da mucosa enquanto não puder ingerir líquidos.
- As alterações na dieta serão realizadas pela equipe do CO.

Respiração :

- Orientar a parturiente a concentrar sua atenção para a respiração no momento da contração.
- Orientar para respiração diafragmática, fazendo a inspiração do ar pelo nariz e a expiração pela boca fazendo ruídos ;
- No intervalo entre as contrações, respirar profundamente.

Cuidados com a Bexiga :

- Orientar a parturiente para urinar com frequência, evitando a distensão da bexiga. Solicitar a Enfermagem para acompanhá-la até o banheiro.
- Observar distensão vesical.

Higiene e Conforto :

- Encaminhar a parturiente ao banho de chuveiro quando necessário e não for contra-indicado a sua saída do leito.
- Estimular a parturiente a fazer sua higiene oral, lavar o rosto, pentear o cabelo.
- Trocar perineais sempre que estiverem molhados, especialmente após a rotura das membranas.
- Manter a cama da parturiente limpa e seca.

Controle dos Sinais Vitais :

- Seguir a seguinte frequência :
- * Pressão arterial - 2 em 2 hora entre as contrações.
- * Temperatura - 4 em 4 horas. E nos casos de rotura das membranas de 2 em 2 horas.
- * Pulso - 2 em 2 hora.
- * Respiração - difícil controle, realizá-lo quando houver indicação.

Controle dos Batimentos Cardíacos do Feto :

Este controle é realizado pelo Obstetra, Enfermeira ou Acadêmicos de Enfermagem ou Medicina.

- A ausculta fetal deve ser realizada de 30 em 30 minutos, antes \ durante e 20 segundos após a contração (DIP I e DIP II).

OBS :

- *Limites normais do BCF : 120 - 160 bpm.
- *Taquicardia moderada : 161 - 180 bpm.
- *Taquicardia acentuada : acima de 180 bpm.
- *Bradicardia moderada : 100 - 119 bpm.
- *Bradicardia acentuada : inferior a 100 bpm.

Controle da Dinâmica Uterina :

Este controle é realizado pelo Obstetra, Enfermeiro ou Acadêmicos de Enfermagem e Medicina.

- Verificar dinâmica uterina (DU) de 1 em 1 hora, com a parturiente em decúbito lateral. Espalmar a mão no fundo uterino durante 10 minutos, registrando-se a frequência e a duração das contrações.

Avaliação da Dilatação e Progressão Fetal :

Este controle é realizado pelo Obstetra ou Enfermeira Obstetra.

- Realizar o toque vaginal no menor número de vezes possível, não existindo regras para a frequência, a evolução clínica do parto ditará a necessidade.

- Observar os cuidados de assepsia : lavar as mãos, calçar luva esterilizada, usar anti-séptico ou vaselina.

- Orientar a parturiente e manter a sua privacidade durante o exame.

- No toque obtém-se dados como :

- * Características do colo (posição, comprimento, apagamento e dilatação).
- * Apresentação (tipo, mobilidade, variedade de posição, grau de descida nos planos de De Lee, fenômenos plásticos).
- * Bacia óssea (proporcionalidade feto-pélvica).
- * Estado da Bolsa das águas (presença, forma, tensão), quando rotas observar a característica do líquido amniótico (claro, com grumos, meconial espesso, meconial fluido, "achocolatado ", sanguinolento).

OBS :

- * Nas parturientes com bolsa rota os toques devem ser proscritos, realizar apenas quando indicado.
- * As parturientes com mais de doze horas de ruptura de membranas são consideradas com risco de infecção.

* Uso de drogas : reservar sua utilização para casos em que há precisa indicação, sob estrita vigilância, documentada pela prescrição médica.

* Apoio psicológico : prestar contínua orientação e apoio a parturiente sob o curso dos acontecimentos do trabalho de parto, envolvendo, se possível a participação da família.

* Registro : todos os procedimentos, observações serão registrados no prontuário.

Atenção aos Sinais de Alerta :

- Sangramento vaginal abundante ou hemorragia.
- Distúrbios visuais, tonturas, vômitos, dor epigástrica, inquietude e cefaléia.
- Distensão do segmento inferior do útero, alterações na dinâmica uterina (hipertonia, hiperatividade...).
- Alterações dos batimentos cardíacos do feto fora dos limites normais.

OBS :

* Na chegada ao CO a paciente e acompanhante devem ser orientados sobre as rotinas e normas do setor.

* Devem ser levadas para conhecer a sala de parto onde serão fornecidas as orientações sobre o período expulsivo e cuidados com o RN após o nascimento.

PERÍODO EXPULSIVO.

Definição : é o segundo período clínico do parto, é a fase compreendida entre a dilatação completa do colo uterino e a expulsão fetal.

Rotinas :

- O parto deverá ser assistido pelo Obstetra, Doutorando de Obstetricia ou Enfermeira Obstétrica.
- Observar sinais do período expulsivo, ou seja, abaulamento do períneo com protrusão do ânus, apagamento dos grandes lábios, abertura da vulva e " coroamento " da apresentação.
- Estar atento as queixas da parturiente como vontade de fazer força e evacuar (puxos), decorrentes da pressão exercida pela apresentação sobre as paredes vaginais, períneo e ânus no momento da contração.
- Orientar a parturiente sobre o que está ocorrendo e levá-la para a sala de parto quando a dilatação cervical se completa.
- Arrumar a mesa auxiliar com material necessário.
- Posicionar a parturiente na mesa do parto, dependendo do tipo de parto (horizontal ou vertical).
- A anti-sepsia da região perineal será executada com solução anti-séptica não alcóolica.
- Será realizada amniotomia, se necessário. Anotar no prontuário : hora, cor do líquido e odor.

- Fornecer à parturiente apoio e orientação para o aproveitamento das contrações expulsivas, ou seja, inspirar profundamente prendendo a respiração e fazer "força para baixo" na hora da contração. No intervalo das contrações respirar normalmente e preparar-se para a contração seguinte.
- Umedecer a face e secar o suor quando necessário.
- Controlar BCF a cada 5 ou 10 minutos nos casos de período expulsivo prolongado.
- Para o controle dos sinais vitais maternos durante a permanência da parturiente na sala de parto, devem ser registrados o pulso e a PA a cada 20 ou 30 minutos, quando não há sinais de comprometimento hemodinâmico ou emprego de analgesia / anestesia.
- Auxiliar o neonatologista nos primeiros cuidados com o recém-nascido e identificação, que serão realizados na sala de parto quando não houver intercorrências.
- Colocar o RN junto da mãe e estimular o início precoce do aleitamento materno nos primeiros 30 minutos após o parto.
- As parturientes que não sabem o tipo sanguíneo ou possuem fator RH negativo, providenciar a coleta do sangue do cordão.

OBS :

- * Durante o período expulsivo estimular o acompanhante da parturiente a orientá-la e encorajá-la, fornecendo o apoio necessário.
- * Caso a parturiente não possua acompanhante no CO comunicar familiares e ou acompanhante sobre o nascimento e estado da parturiente.

PERÍODO DE DEQUITAÇÃO OU SECUNDAMENTO.

Definição: é o terceiro período clínico do parto, é o estágio da parturição que se processa após o desprendimento do feto e se caracteriza pelo descolamento, pela descida e pela expulsão ou desprendimento da placenta e das membranas para fora das vias genitais.

Rotinas :

- A dequitação deve ser espontânea. Está contra - indicada a tração brusca do cordão e a expressão uterina com finalidade de acelerá-la;
- Observar os sinais de descolamento placentário relativos ao cordão e placenta;
- Observar e anotar o mecanismo de descolamento da placenta (Baudeloque Schultz e / ou Baudeloque Duncan) ;
- Verificar sinais vitais : pulso e pressão arterial após dequitação;
- Explicar à puérpera o que está ocorrendo e prepará-la para a episiorrafia quando necessário ;
- Observar aspectos clínicos do útero :
 - * Após a expulsão fetal o útero apresenta-se arredondado à nível da cicatriz umbilical;
 - * Ocorrido o descolamento, apresenta-se localizado acima da cicatriz umbilical e desviado para a direita.
 - * Após a expulsão da placenta ele encontra-se contraído abaixo da cicatriz umbilical com o globo de segurança de Pinard formado ;
 - * Manter rigorosa observação das perdas sanguíneas, que não devem ser superiores a 500 ml ;

PERÍODO DE GREENBERG

Definição : é o quarto período clínico do parto, considerando como a primeira hora após a dequitação.

Rotinas :

- Orientar a puérpera sobre o que está ocorrendo.
- A puérpera poderá ir deambulando para a sala pós - parto, se não houver contra indicação.
- A placenta deve ser pesada e examinada, observando-se a forma e aspectos ;
- Na face fetal verifica-se o local de inserção do cordão (central, paracentral ou lateral), vascularização e integridade ;
- Na face materna verifica-se a integridade do cotilédones ;
- Nas membranas (Coriônica e amniótica) verifica se sua integridade, local da rotura. procura-se reconstituir a Câmara amniocorial ;
- Cordão umbilical verifica-se o número de artérias, presença de nós.
- * Observar a formação do globo de segurança de Pinard.
- * Observar sangramento vaginal ;
- * Controlar sinais vitais : PA e pulso a cada 30 minutos, temperatura 1 / 1 hora;
- * Observar continuamente a involução uterina, altura do fundo uterino e consistência do útero;

- * Auxiliar na troca de camisola e colocação de forros perineais;
- * Colocar o RN junto à mãe e estimular o aleitamento materno, exceto puérpera com HIV⁺ confirmado ;
- * Proporcionar ambiente tranquilo no qual possa ocorrer a interação precoce mãe X bebê X pai (quando presente);
- * Estar alerta para os sinais de risco : sangramento vaginal abundante, útero amolecido e aumentado de tamanho, sudorese, queda da pressão arterial e aumento do pulso.

SALA DE PRIMEIROS CUIDADOS.

- Todo recém - nascido ao chegar na sala de primeiros cuidados será colocado em berço aquecido, onde receberá os primeiros cuidados (curativo umbilical, credeização, antropometria e temperatura retal).
- Deverá ser conferida a identificação e colocado mais uma pulseira.
- Deverá ser feito abertura de prontuário com caderneta de saúde, relatório de enfermagem, prescrição médica e registro em livro e censo.
- Quando o recém - nascido estiver aquecido e com condições de vitalidade ele receberá o banho e voltará mais alguns minutos para um novo aquecimento e em seguida será vestido e encaminhado para a sala de recuperação (quarto período) para junto de sua mãe, ou para o alojamento conjunto onde permanecerá com sua mãe, durante 24 horas ou 72 horas no caso de cesareana.
- Favorecer contato do RN - Mãe - Pai.
- Comunicar o pediatra se RN pesar menos de 2.500 Kg e mais de 4.000 Kg.

OBS :

* Curativo Umbilical : $\left[\begin{array}{l} - Rh - \text{ Soro Fisiológico.} \\ - Rh + \text{ Chloroexidina.} \end{array} \right.$

* Credeização - **PARTO NORMAL** : Uma gota de nitrato de prata em cada olho e uma gota " nos genitais " (sexo feminino).

* Antropometria :-Perímetros $\left[\begin{array}{l} \text{Cefálico.} \\ \text{Torácico.} \\ \text{Abdominal.} \end{array} \right.$
-Peso.
-Altura.

Toda Alteração de Escala (troca) envolvendo hora P, deve ser anotado ao lado ex: (hora P) para que no final do mês fosse encaminhada alteração para o setor de pessoal.

ROTINAS :

- O sangue coletado para o Banco de Sangue deve ser colocado no vestilário acompanhado do pedido.
- Material do parto sujo deve ser encaminhado para o CME como estava sendo feito no C.C. O pacote deve ser fechado, passar pelo C.C. e sempre que possível levá-lo após o parto.
- O acompanhante por enquanto não está autorizado a entrar.
- A roupa das pacientes devem ficar na 2ª sala onde é o vestiário.. Os objetos das pacientes que forem para cesariana, o Posto ! vem buscar.
- Na sala de parto deverá ficar somente material para um parto, o qual deverá estar sempre pronto para uso.
- Todos devem entrar no C.O. devidamente paramentados. As bolsas devem ficar no vestiário.
- Paciente para cesariana pode subir pela escada se não houver contra indicação.
- O C.C. encaminha o RN da cesárea para o banho. Logo após o banho o C.O. encaminha - o até a mãe na sala de recuperação.
- O registro encaminha as pacientes para os setores.
- A admissão só levará as pacientes quando forem de maca e procurar deixar sempre uma maca no C.C.
- As pessoas que precisarem entrar no C.O. por curta permanência, deverão colocar a roupa branca por cima, com gorro e propés.
- Manter todas as janelas fechadas do C.O.
- Por favor observar o horário da escala para receber o plantão.
- A paciente pode sair andando da mesa de parto quando não houver sangramento intenso.
- Temos disponíveis no C.O. sabonetes infantil cortados, estes devem ser utilizados individualmente para cada R.N..
- As máscaras de O₂ devem ser colocadas em solução de hipoclorito de sódio a 0,02 %. Rotinas estão fixadas no recipiente.
- Paciente em Trabalho de Parto Prematuro deve ser encaminhada para realizar o parto no C.C.

ANEXO 7



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (5548) 331.9480 - 331.9399 Fax (5548) 331.9787
<mailto:pen@nfr.ufsc.br>

Florianópolis, 03 de dezembro de 1999. Ofício Circular 26/PEN/99

De: Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Sub-Coordenadora da PEN/UFSC

Para: Discentes dos cursos de Mestrado e Doutorado da
PEN/UFSC

Prezado(a) Aluno(a),

Como é de seu conhecimento, estamos coletando os dados para elaboração do Relatório da CAPES e necessitamos dos dados relativos a sua produção científica/técnica e de ensino de graduação e pós-graduação, desenvolvida no ano de 1999. Desta forma contamos com seu apoio, enviando-nos o relatório da GED/99.

Solicitamos o envio destes dados até o dia 15 de dezembro.

Certos de sermos atendido, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

UFSC - Curso de Pós-Graduação
em Enfermagem


Prof.ª Dra. Maria Itayra C. S. Padilha
Sub-Coordenadora