

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO D GRADUAÇÃO E ENFERMAGEM  
ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

**CRISTIANE SOARES**  
**VANESSA DELFES JACQUES VARELA**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO EM UNIDADE DE  
ATENÇÃO BÁSICA: INCENTIVANDO O AUTOCUIDADO**

Florianópolis, SC

2007

CRISTIANE SOARES  
VANESSA DELFES JACQUES VARELA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO EM UNIDADE DE  
ATENÇÃO BÁSICA: INCENTIVANDO O AUTOCUIDADO**

Relatório da Prática Assistencial referente ao Trabalho de Conclusão de Curso elaborado para a Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, da 8ª unidade curricular do Curso de Graduação de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Enfermeiro.

Professora responsável pela disciplina:  
Profa. Dra. EDILZA MARIA RIBEIRO

Orientadora:  
Profa. Dra. ELZA BERGER SALEMA COELHO

Supervisora  
Enfa. ADRIANA D'SANDRI SUTIL

Florianópolis, SC  
2007

CRISTIANE SOARES  
VANESSA DELFES JACQUES VARELA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO EM UMA  
UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA: INCENTIVANDO O  
AUTOCUIDADO**

Este Trabalho de Conclusão da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, desenvolvida na 8ª UC do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora

Profª. Dra. ELZA BERGER SALEMA COELHO  
Orientadora



Enfª. ADRIANA D'SANDRI SUTIL  
Supervisora



Profª. Dra. FÁTIMA BUCHELE  
Membro da Banca



Florianópolis, 11 de Julho de 2007

## RESUMO

Este trabalho é um relato da prática assistencial desenvolvida como requisito da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, da 8ªUC do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, que integraliza o referido Curso. Foi elaborado por Cristiane Soares e Vanessa Jacques Varela no Núcleo de Atenção À Mulher –Balneário Camboriú/SC de 16/04/07 a 20/06/07. A escolha e interesse pelo tema, surgiram durante a realização de um dos estágios curriculares do Curso no qual acompanhamos mulheres no puerpério imediato, onde observamos que muitas puérperas demonstravam pouco conhecimento sobre os benefícios da amamentação para si e até mesmo para o seu bebê, insegurança e muitas dúvidas, as quais podem ser minimizadas ou esclarecidas através de uma assistência adequada no puerpério. Teve como objetivo geral prestar assistência de enfermagem às mulheres no período puerperal, usuárias dos serviços de saúde do Núcleo de Atenção à Mulher, fundamentada na teoria de Dorothea E. Orem, visando a promoção do autocuidado. Como aspectos mais importantes da Prática Assistencial desenvolvida destaca-se a consulta puerperal, a identificação de déficits para o autocuidado e a intervenção de enfermagem. Desta experiência concluímos que para prestar assistência adequada e efetiva é necessária a busca contínua pela atualização do conhecimento, contribuindo imensamente para a nossa formação profissional já que entendemos que o autocuidado é algo aprendido e que o Enfermeiro pode ser um agente de formação e transformação em sua atuação profissional.

**Palavras-chave:** mulher; puerpério; autocuidado;

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>07</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>09</b>
<b>2.1 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>09</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>09</b>
<b>3. MARCO CONCEITUAL .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 A TEÓRICA.....</b>	<b>10</b>
<b>3.2 TEORIA GERAL DE OREM .....</b>	<b>11</b>
<b>3.2.1 TEORIA DO AUTOCUIDADO.....</b>	<b>11</b>
<b>3.2.2 TEORIA DOS DÉFICITS DE AUTOCUIDADO .....</b>	<b>12</b>
<b>3.2.3 TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>13</b>
<b>4. PRESSUPOSTOS TEÓRICO-FILOSÓFICOS .....</b>	<b>14</b>
<b>4.1 PRESSUPOSTOS DE OREM .....</b>	<b>14</b>
<b>5. INTERRELAÇÃO DOS CONCEITOS .....</b>	<b>15</b>
<b>6. CONCEITOS ESPECÍFICOS DA TEORIA DE OREM.....</b>	<b>18</b>
<b>7. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>21</b>
<b>7.1 PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER .....</b>	<b>21</b>
<b>7.2 PUERPÉRIO.....</b>	<b>22</b>
<b>7.2.1 FENÔMENOS PUERPORAIS.....</b>	<b>23</b>
<b>7.2.2 MODIFICAÇÕES LOCAIS.....</b>	<b>25</b>
<b>7.2.3 MODIFICAÇÕES GERAIS.....</b>	<b>25</b>
<b>7.2.4 ASPECTOS EMOCIONAIS DO PUERPÉRIO.....</b>	<b>27</b>
<b>7.2.5 ALIMENTAÇÃO NO PUERPÉRIO.....</b>	<b>29</b>

7.2.6 CONSULTA PUERPERAL DE ENFERMAGEM .....	29
7.2.7 ALEITAMENTO MATERNO .....	30
7.2.8 PLANEJAMENTO FAMILIAR .....	33
8. METODOLOGIA.....	38
8.1 CARACTERÍSTICAS DO CAMPO DE ESTÁGIO.....	38
8.1.1 LOCAL DE ESTÁGIO .....	38
8.1.2 POPULAÇÃO ALVO .....	39
8.2 PLANO DE AÇÃO.....	40
8.2.1 IMPLEMENTAÇÃO DOS OBJETIVOS .....	40
9. DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE AÇÃO.....	43
9.1 IMPLEMENTANDO OS OBJETIVOS .....	43
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS .....	59
APÊNDICES .....	65
ANEXOS .....	79

## 1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste no relatório da Prática Assistencial, desenvolvido durante estágio curricular obrigatório, sendo parte integrante da disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação de Enfermagem da UFSC.

A prática assistencial foi desenvolvida com mulheres que utilizam o serviço de saúde do Núcleo de Atenção à Mulher para atendimento de ações relacionadas ao puerpério, com o objetivo de promover o autocuidado das mesmas.

Nosso interesse pelo tema, surgiu no momento em que realizamos o estágio curricular acompanhando mulheres no puerpério imediato, onde percebemos, ao prestar a assistência de enfermagem, que muitas puérperas não haviam realizado o Pré-natal ou compareceram em metade das consultas preconizadas, demonstrando pouco conhecimento sobre os benefícios da amamentação para si e até mesmo para o seu bebê, insegurança e muitas dúvidas, as quais podem ser minimizadas ou esclarecidas através de uma assistência adequada no puerpério.

A Política Nacional de Políticas para as Mulheres prevê que a mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal, incluindo o aborto, mesmo não aparecendo entre as dez primeiras causas de óbito feminino, representa um grave problema, que pode ser evidenciado quando chamada a atenção para o fato de que a gravidez, incluindo todos os períodos perinatais, “é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos as mortes maternas são evitáveis” (BRASIL, 2004, p. 26).

Período puerperal é compreendido como o período “que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinadas pela gestação no organismo materno retornam às condições normais” (SANTOS, 2002, p. 117). Neste período ocorrem adaptações fisiológicas e comportamentais complexas nas mulheres caracterizadas pelos fenômenos involutivos, pelo estabelecimento da lactação, pela adaptação psicológica da mãe e pelo estabelecimento da relação mãe-filho e familiares. Ao considerar tais modificações e adaptações vivenciadas pela mulher no puerpério, acredita-se na importância de prestar uma atenção bastante peculiar e específica a este período, reconhecendo a individualidade e visando assim um atendimento humanizado concordando com o que preconiza o Ministério da Saúde que “a mulher neste momento, como em todos os outros, deve ser vista como um ser integral, não excluindo seu componente psíquico” (BRASIL, 2001, p. 175).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2005) a principal preocupação da mulher, como também dos profissionais de saúde, no período pós-parto está relacionada com o recém-nascido, sua avaliação e a vacinação. “Isso pode indicar que as mulheres não estão suficientemente informadas para compreenderem a importância da consulta puerperal” (BRASIL, 2005, p. 5). De acordo com esta situação, percebe-se que há a necessidade de esforço coletivo, para a melhoria da qualidade tanto da atenção pré-natal e como da puerperal de modo geral em todo o País.

Segundo Mendes (2003) a mulher é o centro das atenções do estado gestacional ao parto, estando ela em estado de plenitude e poder. No entanto, no pós-parto, o foco da atenção é voltado para a criança, ficando a mulher num “segundo plano”.

No pós-parto, especialmente nos primeiros dias, a puérpera vive um período de transição, estando vulnerável a qualquer tipo de problema, sente-se ansiosa ao ter que assumir maiores responsabilidades relacionadas ao filho e a casa, contando assim com uma rede de cuidadores, compreendida pela sua família e os serviços de saúde, através de seus profissionais. Este período é também envolvido de cuidados com aspectos culturais que implicam em mitos e tabus (ALMEIDA, 2000).

Para conduzir a assistência a ser prestada, optamos por utilizar a teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem. De acordo com Orem (apud George, 1993) o autocuidado diz respeito a condutas de caráter social, afetivo e psicológico, que promovem a satisfação das necessidades básicas do ser humano, significando uma estratégia de promoção da saúde e prevenção de futuro. O profissional de enfermagem funciona no autocuidado como um regulador, faz pelo indivíduo o que ele não pode fazer, ensina, orienta e promove o desenvolvimento das capacidades do mesmo para que ele possa tornar-se independente da assistência de enfermagem, assumindo o autocuidado.

Os serviços de saúde, por meio de seus profissionais, influenciam, gerando novas práticas de saúde, ainda que as mulheres/puérperas mantenham condutas decorrentes de sua cultura específica. “Estimular o autocuidado para essas mulheres lhes possibilitará poder discernir suas ações no contexto puerperal com o intuito de prevenir danos à sua saúde física e promover a sua saúde psicossocial” (MENDES, 2003 p. 109).

Ao desenvolver esta atividade, pretendemos colaborar com o trabalho que vem sendo realizado pela equipe multidisciplinar, especialmente a Enfermagem, evitando que seja acarretado algum ônus a esta instituição de saúde.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Prestar assistência de enfermagem às mulheres no período puerperal, usuárias dos serviços de saúde do Núcleo de Atenção à Mulher, fundamentada na teoria de Dorothea E. Orem, visando a promoção do autocuidado.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Integrar-se à equipe multiprofissional do Núcleo de Atenção à Mulher – NAM, para juntos desenvolver ações relacionadas ao puerpério.
- Realizar consultas de enfermagem, com foco na consulta puerperal, promovendo o autocuidado.
- Identificar e prestar assistência de enfermagem relacionada aos déficits de competência para o autocuidado apresentados pelas mulheres no puerpério.
- Ampliar conhecimentos teóricos e práticos relativos ao puerpério, consultas de enfermagem e outros assuntos específicos que se fizerem necessário à prestação da assistência.
- Apoiar o aleitamento materno.
- Acompanhar e estimular interação da mãe com o recém-nascido.
- Desenvolver atividades sobre o planejamento familiar no puerpério.

### 3. MARCO CONCEITUAL

Marco de referência é um conjunto de conceitos e pressuposições derivadas de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas de conhecimento, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem, para a utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, atendendo as situações gerais ou específicas na área de assistência, administração ou ensino de enfermagem. Marco conceitual, modelo ou sistema conceitual “é o conjunto de conceitos e proposições abstratas e gerais, intimamente inter-relacionadas. Muito mais abrangentes que a teoria” (SILVA; ARRUDA, 1993, p. 85).

O marco conceitual é de grande importância para a fundamentação da atuação profissional, ajudando a alcançar mais precisa e rapidamente aos objetivos propostos, permitindo auxílio na análise e conclusão de todo e qualquer dado levantado sem desviar do ponto inicial de referência (SILVA; ARRUDA, 1993).

Nesta prática assistencial foi optado por um marco conceitual fundamentado na Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem, com a finalidade assistir ao ser mulher em período puerperal. Para tanto, segue uma breve apresentação e descrição da teórica e sua teoria.

#### 3.1 A TEÓRICA

Dorothea Elizabeth Orem, considerada uma das mais destacadas teóricas de enfermagem norte-americana, nasceu em Baltimore, Maryland, em 1914 estando portanto hoje com 92 anos de idade.

Iniciou seus estudos de enfermagem na Escola de Enfermagem do Providence Hospital, em Washington, DC. Concluiu a graduação em enfermagem em 1930 e em 1939 o bacharelado em Ciências da Educação para a Enfermagem. No ano de 1945, obtém o título de mestre em enfermagem na área de docência pela Catholic University of América, USA.

Durante sua carreira profissional atuou em hospitais públicos e privados, docência, foi Diretora da Escola de Enfermagem do hospital da Providência e do Serviço de Enfermagem do Hospital de Detroit (1940 - 1949), ocupou cargos públicos, participou de projetos de treinamento em Enfermagem e desenvolvimento de currículo de Enfermagem. Foi assessora de Serviços Institucionais do Conselho de Saúde do Estado de Indiana (1949 - 1957). Juntamente com outras enfermeiras fundou o Comitê Modelo de Enfermagem (1965);

participou do Grupo de Conferências para o desenvolvimento da Enfermagem – NDCG (1968). A partir de 1970 dedica-se a sua firma de consultoria, Orem & Shields.

Em 1971 Orem publicou suas idéias sobre o seu modelo geral de enfermagem, propondo três teorias articuladas: a teoria dos déficits de autocuidado, a teoria do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (MARTINS, LEOPARDI E WOSNY, 1999). E em 1985 inclui em sua teoria as unidades multipessoais formada por três construtos teóricos: autocuidado, déficit de autocuidado e sistemas de enfermagem.

Em 1991 publica um novo livro que traz uma preocupação com a definição das características concretas da prática de enfermagem (FOSTER E JANSSENS, 1993).

### **3.2 TEORIA GERAL DE OREM**

De acordo com Orem, citada por Foster e Janssens

a enfermagem tem como especial preocupação a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo, e o oferecimento e controle disso, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doença ou ferimento e compatibilizar-se com seus efeitos (2000, p. 91).

#### **3.2.1 TEORIA DO AUTOCUIDADO**

Esta teoria engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado, a exigência terapêutica de autocuidado e também requisitos para o autocuidado.

“Autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento humano” (OREM apud GEORGE, 1993, p.84).

Santos (1991) citando Orem diz que fatores como a idade, experiência de vida, orientação sócio-cultural, saúde e recursos disponíveis condicionam as capacidades dos indivíduos para as atividades do autocuidado, devendo estas serem levadas com grande consideração, sustenta ainda que a totalidade das ações de autocuidado que devem ser executadas durante um tempo para atender a exigência terapêutica do autocuidado

constituem-se por meio do uso de métodos válidos e conjuntos de ações e operações. De acordo com a Teoria de Orem, o autocuidado efetivamente executado contribui com a integridade, o funcionamento e desenvolvimento de ser humano.

Orem apresenta três categorias que constituem requisitos do autocuidado que classifica em: universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde. Os requisitos universais são aqueles que constituem as atividades do cotidiano, são comuns a todos os seres humanos, porém não necessariamente em qualidade e quantidade iguais. Estão associados aos processos da vida e da integridade humana, como por exemplo, alimentar-se ou vestir-se (SANTOS, 1991).

Os requisitos desenvolvimentais ou de desenvolvimento, são as demandas que ocorrem durante as adaptações relacionadas às situações normais ou crises durante o ciclo vital, como as fases de infância, adolescência, adulta e velhice, situações de casamento, divórcio e/ou mudança do curso de vida (SANTOS, 1991).

Os requisitos de autocuidado nos desvios de saúde são exigidos em condições como de doença e ferimento. Quando as pessoas não reagem diante de eventos de perda de capacidade, ou não controlam suas funções e potenciais de autocuidado. Exemplos disso: na busca de assistência médica adequada; compreensão de diagnóstico médico e execução da terapêutica; aceitação de si mesmo como estando em um estado particular de saúde e necessitando de formas específicas de autocuidado à saúde (SANTOS, 1991).

O atendimento dos requisitos para o auto cuidado universal, de desenvolvimento e de desvios de saúde depende da competência do indivíduo para o autocuidado.

### **3.2.2 TEORIA DOS DÉFICITS DE AUTOCUIDADO**

De acordo com Foster e Janssens (1993), a teoria dos déficits de autocuidado constitui a essência da teoria geral de enfermagem de Orem, uma vez que delimita quando há necessidade de alguma intervenção da enfermagem. Considerando que a enfermagem passa a ser uma exigência quando uma pessoa acha-se incapacitada ou limitada para promover seu autocuidado continuamente e de forma eficaz. Orem identifica cinco métodos de ajuda, com os quais o enfermeiro pode ajudar o indivíduo, utilizando-se de qualquer um ou de todos, de modo a oferecer assistência com autocuidado:

1. Agir ou fazer para o outro.
2. Guiar o outro.

3. Apoiar o outro (física ou psicologicamente).
4. Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação.
5. Ensinar o outro.

### **3.2.3 TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM**

O planejamento pelo profissional de um sistema de enfermagem é baseado nos requisitos de autocuidado e nas capacidades do indivíduo para a execução de atividades de autocuidado. Orem identifica e classifica os sistemas de enfermagem em:

- Sistema de enfermagem totalmente compensatório: o indivíduo é incapaz de empenhar-se nas ações de autocuidado. O enfermeiro ajuda ou faz por ele; já que estes clientes são socialmente dependentes de outros para continuar sua vida e seu bem estar.
- Sistema de enfermagem parcialmente compensatório: é quando o indivíduo apresenta algum déficit de competência para atender seus requisitos de autocuidado. Então, tanto o paciente como o enfermeiro pode exercer o papel principal na execução de medidas de cuidados.
- Sistema de suporte educativo: é quando o indivíduo requer a intervenção da enfermagem para adquirir habilidade, poder decisório e comportamento de controle em relação aos seus requisitos de autocuidado. A pessoa executa ou deve aprender a executar autocuidado terapêutico embora não consiga realizar tal medida sem auxílio. O papel da (o) enfermeira (o) é de promover o indivíduo a tornar-se um agente do autocuidado.

## 4. PRESSUPOSTOS TEÓRICO-FILOSÓFICOS

### 4.1 PRESSUPOSTOS DE OREM

Para o desenvolvimento da prática assistencial selecionamos alguns dos pressupostos de Orem apud Santos (1991) de acordo com nossas crenças e valores. São eles:

- Autocuidado é uma necessidade universal dos seres humanos.
- Autocuidado é uma ação deliberada que possui propósito padrão e seqüência, que busca metas e resultados.
- As atividades de autocuidado são aprendidas de acordo com as crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida cultural do grupo ao qual o indivíduo pertence.
- As maneiras de encontrar as necessidades de autocuidado (processos, tecnologia e práticas de autocuidado) são elementos culturais e variam com os indivíduos e grupos sociais maiores.
- Os fatores individualizados de saúde, idade, estágio de desenvolvimento, conhecimento e habilidades, valores e metas, motivação e o padrão estabelecido para responder a estímulos internos e externos, influenciam as decisões e ações ao autocuidado.
- Fatores como ambiente, hereditariedade, conhecimento sobre saúde, valores, atividades, crenças e comportamentos, influem na saúde do indivíduo.
- A enfermagem é um serviço de ajuda.

## 5. INTERRELAÇÃO DOS CONCEITOS

### **Ser humano**

De acordo com a concepção de Orem, ser humano é “uma unidade funcionando biologicamente, simbolicamente e socialmente. O funcionamento do ser humano está ligado ao seu ambiente, e juntos, ser humano e ambiente, formam um todo integrado ou sistema” (OREM apud SANTOS, 1991, p. 98). Esta autora, segundo Santos (1991) acredita que o ser humano é um ser que tem necessidade de autocuidado e que o mesmo é responsável e possui habilidades para cuidar de si próprio assim como de seus dependentes.

Em relação a sua natureza, Orem acrescenta que o ser humano se diferencia de outros seres vivos por ser capaz de refletir sobre si mesmo e o mundo que o cerca, assim como de simbolizar suas experiências e de usar criações simbólicas por meio do pensamento da comunicação e da ação, tanto em seu próprio benefício como no de outrem (SANTOS, 1991).

Em nosso estudo/ prática assistencial, os seres humanos a serem considerados são mulheres que procuram um serviço de Atenção Básica Especializado no atendimento à mulher, sendo que estas têm suas próprias crenças, valores, expectativas, conhecimentos próprios, necessidades, déficits para o autocuidado, ou seja, cada qual com sua história de vida.

Foster e Janssens (2000, p. 96), citando Orem, afirmam que o conceito de ser humano da mesma inclui ainda aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais. Todos estes fatores, bem como a individualidade de cada ser humano, devem ser criteriosamente observados e identificados sendo dado a eles a devida consideração pelos profissionais enfermeiros.

### **Meio ambiente**

Para Orem, em sua proposta teórica o conceito de meio ambiente por si só, isolado, tem sido considerado relativamente insignificante. Já que no conceito de ser humano, Orem entende que o ser humano e o meio ambiente estão intimamente ligados de modo a formar um sistema integrado tendo estreita relação com o autocuidado. Sendo ainda que

dentro desta teoria meio ambiente e ser humano são identificados como uma unidade caracterizada por trocas humanas-ambientais e pelo impacto de que uma exerce sobre a outra. As alterações ou influências em qualquer um dos componentes do sistema (ser humano/meio ambiente), podem afetar o funcionamento do indivíduo no desempenho das atividades de autocuidado. O meio ambiente é controlado pelo

ser humano através da utilização de tecnologias, a fim de satisfazer suas necessidades. Cabe ao ser humano, portanto, escolher o curso de ação que ele julga ser bem-sfício para seu próprio funcionamento e promover a integração com o meio ambiente (OREM apud SANTOS, 1991, p. 100).

De acordo com o que diz Santos (1991) o meio ambiente refere-se ao conjunto de elementos que constituem o meio físico, geográfico e o contexto sócio-cultural onde se está inserido.

### **Saúde / Doença**

Ao definir saúde Orem apóia a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo “o bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de enfermidade ou doença”, diz ainda que “os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da saúde são indispensáveis no indivíduo” (Foster e Janssens, 1993, p.96).

O conceito de saúde implica também na integridade estrutural e funcional do ser humano dirigindo-se a níveis cada vez mais altos de integração entre mecanismos biológicos, psicológicos, interpessoais e sociais. Saúde, portanto, consiste na capacidade do ser humano de viver seu potencial máximo (OREM apud SANTOS 1991, p. 120).

Orem não define explicitamente um conceito de doença, segundo Santos (1991), a mesma considera que qualquer alteração da estrutura normal ou funcionamento constitui-se em ausência de saúde no sentido de totalidade ou integridade do ser humano.

Segundo George (1993), Orem apresenta a saúde com base no conceito de cuidado preventivo de saúde. Esse cuidado inclui a promoção e a manutenção da saúde (prevenção primária), o tratamento da doença ou lesão (prevenção secundária) e a prevenção de complicações (prevenção terciária).

Sendo o conceito saúde-doença relativo e variante para cada indivíduo, neste estudo considera-se como uma "sensação" de bem estar físico, mental e social, independente da real condição clínica de cada ser humano, sendo cada indivíduo procura/busca obter de alguma forma.

### **Enfermagem**

Citada por Santos (1991), na visão de Orem, a enfermagem é "serviço, arte e tecnologia". Enfermagem como serviço no sentido de auxiliar os seres humanos por meio de ações previamente determinadas e selecionadas desenvolvida por profissionais enfermeiros

com objetivos de ajudar indivíduos e/ou grupos sob seus cuidados visando manter ou mudar as condições em si mesmos ou em seus meios.

Enfermagem como arte, “na habilidade e assistir outros no planejamento, provisão e gerência dos sistemas de autocuidado para desenvolver ou manter o funcionamento humano num certo nível de efetividade” (Orem apud Santos, 1991, p. 114). Implicando a arte em qualidade, cabe aos profissionais enfermeiros atuar ainda de forma criativa diante das situações encontradas, visando alcançar objetivos definidos dentro de um sistema de assistência a indivíduos e/ou grupos.

A enfermagem como tecnologia conforme Orem apud Santos (1991, p.114-115) refere-se “ao conjunto de informações sistematizadas sobre o processo ou método para a obtenção de resultados desejados através de um empenho prático deliberado com ou sem o uso de materiais e instrumentos”.

Segundo Orem apud Foster e Janssens (1993, p. 97), enfermagem é definida como: Serviço humano [...] um modo de auxiliar homens, mulheres e crianças e não um produto que pode ser tocado. Enfermagem é ação voluntária... uma função da inteligência prática dos enfermeiros,... de causar condições humanamente desejáveis nas pessoas e seus ambientes... A enfermagem difere de outros serviços humanos [...] pela maneira como focaliza os seres humanos. As habilidades especializadas que capacitam [enfermeiros] a prover cuidados [de enfermagem] a indivíduos ou unidades multipessoais, quando conceitualizadas como uma unidade, denominam-se atividade de enfermagem”.

#### Orem apud Santos

a condição que justifica a existência da enfermagem para o indivíduo adulto é a ausência da capacidade de manter continuamente aquela quantidade e qualidade de autocuidado que é terapêutica na manutenção de vida e da saúde, na recuperação da doença ou dano ou na maneira de enfrentar seus efeitos. Para a criança a condição [...] decorre da inabilidade dos pais e responsáveis em manter continuamente para a criança aquela quantidade e qualidade de cuidado que é terapêutica (1991, p. 113-114).

Em concordância com a visão de Orem que a enfermagem é, serviço, arte e tecnologia, a definição de enfermagem neste estudo é uma profissão (serviço) que intervém nos déficits de autocuidado do ser humano mulher, promovendo/ desenvolvendo sua capacidade de auto-cuidar-se em favor da promoção, manutenção, prevenção e recuperação do estado de bem estar.

## 6. CONCEITOS ESPECÍFICOS DA TEORIA DE OREM

A seguir são descritos alguns conceitos específicos adotados pela teórica na construção de sua teoria.

### **Autocuidado**

A prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem estar. Consiste no cuidado desempenhado pela própria pessoa para si mesma, quando ela atinge um estado de maturidade que a torna capaz de realizar uma ação propositada, consistente, controlada e eficaz (OREM apud SANTOS, 1991, p.103).

Três são os tipos de requisitos de autocuidado identificados pela teórica e adaptados por Santos (1991):

**Requisitos de autocuidado universais:** comuns a todos os seres humanos durante os estágios do ciclo vital, ajustados à idade, estado de desenvolvimento, fatores ambientais e outros fatores.

**Requisitos de autocuidado relativos ao desenvolvimento dos indivíduos:** associados com processos desenvolvimentais humanos e com condições e eventos que ocorram durante vários estágios do ciclo vital e eventos que possam afetar adversamente o desenvolvimento.

**Requisitos de autocuidado relativos aos desvios de saúde:** associados com defeitos genéticos, constitucionais e desvios estruturais e funcionais humanos, com os seus efeitos e com medidas de diagnóstico e tratamento médico.

### **Demanda terapêutica do autocuidado**

A demanda terapêutica do autocuidado consiste na totalidade das ações de autocuidado requeridas pelo indivíduo em determinado período de modo a satisfazer estes requisitos de autocuidado. A demanda terapêutica constitui-se na prescrição de ações contínuas de autocuidado, através do qual os requisitos de autocuidado podem ser satisfeitos dentro de um certo grau de efetividade (OREM apud SANTOS, 1991, p. 105-106).

### **Competência do indivíduo para o autocuidado**

Para Orem apud Santos (1991, 108) competência ou potencial do indivíduo para o autocuidado é um símbolo para uma característica humana, uma capacidade para uma forma

de ação que começa a se desenvolver na infância, atinge um grau de perfeição como adulto e declina com o avançar da idade. A mesma é usada no sentido um meio, para exercer poder, habilidade.

A competência do indivíduo para o autocuidado como ação deliberada tem as seguintes capacidades ou habilidades: a) incorporar ou excluir coisas específicas a partir da compreensão do significado do autocuidado; b) compreender as necessidades de mudar ou regular sua situação atual; c) adquirir conhecimento sobre o curso de ação a ser seguido por esta regulação; d) decidir o que fazer; e) agir para alcançar a mudança ou regulação (OREM apud MAIA, 1991, p.14).

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

### **Competência ou poder da enfermagem para agenciar o autocuidado**

A competência ou poder da enfermagem para agenciar o autocuidado refere-se à capacidade ou potencial que a enfermagem tem para desempenhar ações de autocuidado para, pelo e com o indivíduo. A competência de enfermagem é desenvolvida e exercida para o benefício e bem-estar de outros e a competência do indivíduo para o autocuidado é desenvolvida e exercida para o benefício e bem-estar da própria pessoa (OREM apud SANTOS, 1991, p.117).

Conforme Orem apud Maia (1991, p.26-27) A atuação da enfermagem junto ao cliente justifica-se na medida em que o enfermeiro seja capaz de determinar os déficits de competência dos indivíduos na execução das medidas de autocuidado necessárias à manutenção da saúde e bem estar.

O profissional de enfermagem juntamente com o cliente, deve identificar déficits da capacidade para o atendimento de suas necessidades individuais de autocuidado, procurando desenvolver nestes indivíduos os potenciais já existentes para a prática do autocuidado. O profissional de enfermagem atua no autocuidado como elemento regulador do sistema.

Os sistemas de enfermagem totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de suporte educativo, são os três tipos de sistemas estabelecidos por Orem já citados anteriormente. “A determinação dos sistemas de assistência de enfermagem

relacionados ao autocuidado, indica que espécie de método o profissional de enfermagem deve utilizar para instituir e manter a assistência ao cliente” (SANTOS, 1991, p.118).

## **7. REVISÃO DA LITERATURA**

Para a elaboração do projeto e desenvolvimento da prática, recorreremos à revisão na literatura de alguns temas que se fizeram essenciais ao prestar assistência de enfermagem adequada e de qualidade à população alvo com a qual nos propusemos trabalhar.

Os temas revisados foram: Programa de Saúde da Mulher; puerpério e fenômenos puerperais, modificações locais, aspectos emocionais do puerpério, alimentação no puerpério, consulta puerperal de enfermagem, aleitamento materno, planejamento familiar.

### **7.1 PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER**

#### **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi elaborado pelo Ministério da Saúde em 1984, sendo marco, principalmente, de uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. Esse novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, paralelamente, quando se concebia a base conceitual para a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma o processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM (BRASIL, 2004).

#### **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**

Considerando que a saúde da mulher é uma prioridade, o Ministério da Saúde juntamente com outras parcerias, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” para o período de 2004 a 2007. Este documento tem como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde com enfoque no gênero e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e

reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico.

Algumas diretrizes da PNASM relevantes para este estudo (BRASIL, 2004, p.63 e 64):

- A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).
- A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).
- A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.

## 7.2 PUERPÉRIO

Período puerperal é compreendido como o período “que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinados pela gestação no organismo materno retornam às condições normais” (SANTOS, 2002, p. 117). Neste período ocorrem adaptações fisiológicas e comportamentais complexas nas mulheres caracterizadas pelos fenômenos involutivos, pelo estabelecimento da lactação, pela adaptação psicológica da mãe e pelo estabelecimento da relação mãe-filho e familiares.

Sendo dividido o puerpério em três fases: imediato, tardio e remoto. A primeira fase corresponde ao período compreendido do 1º ao 10º dia pós-parto, durante o qual se desenrolam todas as modificações necessárias ao retorno do funcionamento do organismo da mulher ao estado anterior à gravidez; o tardio que vai do 11º ao 25º, onde se desenrolam todas as manifestações involutivas de recuperação e regeneração da genitália materna, e seguido do remoto, com término impreciso, na dependência da lactação, normalmente em torno de 6 semanas, permeados por processos físicos, sociais e psicológicos, inerentes à maternidade (REZENDE, 1995).

Ao considerar tais modificações e adaptações vivenciadas pela mulher no puerpério, acredita-se na importância de prestar uma atenção bastante peculiar e específica a este período, reconhecendo a individualidade e visando assim um atendimento humanizado concordando com o que preconiza o Ministério da Saúde que “a mulher neste momento, como em todos os outros, deve ser vista como um ser integral, não excluindo seu componente psíquico” (BRASIL, 2001, p. 175).

Canella e Maldonado apud Mendes (2003), afirmam que o puerpério traz consigo vínculos muito peculiares que necessitam ser abordados com atenção. Da mesma forma como na gestação a função do profissional de saúde não deve estar restrita aos procedimentos para avaliação física; na consulta puerperal a ação do profissional não deve consistir apenas em na realização de exame físico, como examinar a incisão da episiotomia, ou da cesárea e receitar remédios. “Também tem como função prestar assistência adequada às necessidades emocionais da mulher, perguntando: ‘como está’, ao invés de perguntar com a afirmativa ‘tudo bem com você, não é?’ ” (p. 39). Este tipo de atuação é necessário para que se possibilite um clima de liberdade, onde a mulher sinta-se à vontade, podendo dessa forma expressar o que de fato sente, o que vivencia neste período.

A mulher, vivenciando o puerpério, tem necessidade tanto de atenção física, como psicossocial, não devendo a concentração das atenções estar apenas no bebê, pois há o risco de que isso seja interpretado pela puérpera como descaso às suas necessidades; o foco da atenção, nesse momento, deve ser a mulher. Ao prestar cuidados à puérpera, deve-se estar atento e disponível para perceber a necessidade de cada mulher em ser ouvida (MENDES, 2003).

Em nossa prática assistencial atenderemos as puérperas na primeira consulta pós-parto e o retorno para consulta até 42 dias pós-parto, de acordo com o que recomenda o Ministério da saúde, conforme demanda da unidade.

## **7.2.1 FENÔMENOS PUERPORAIS**

### **a) Involução uterina**

Após a expulsão da placenta, a manutenção da contractilidade uterina promoverá a involução do útero, bem como a hemóstase do sítio de inserção placentária, tornando-se endurecido e globoso (globo de segurança de Pinard), que será sucedido pela trombose local dos vasos (fase de trombotamponagem) (REZENDE, 1995; SANTOS, 2002).

Em algumas horas o útero alcança a cicatriz umbilical e permanece por 24 a 48 horas, apresentando-se de consistência firme. A altura do fundo uterino diminui em média 0,7 a 1,5 cm por dia, de modo que no 10º dia do puerpério não é palpável acima da sínfise púbica, retomando a sua posição original (cavidade pélvica) e seu peso que inicialmente era de aproximadamente 1.000g estará reduzido a menos da metade, sendo que o processo de involução continuará por cerca de cinco a seis semanas (SANTOS, 2002).

A cavidade uterina por sua vez sofre um processo de necrose e eliminação da decídua parietal, passando a regenerar-se pela proliferação do epitélio glandular, por ação estrogênica, após duas a três semanas. O sítio de inserção placentária será regenerado progressivamente a partir do endométrio vizinho por um período que se prolonga até o puerpério remoto (SANTOS, 2002).

A causa principal da involução uterina é a queda repentina dos níveis de estrogênio e progesterona. A velocidade desse processo involutivo varia de acordo com determinadas condições, podendo ser mais lento em situações como: grandes distensões durante a gestação, pós-cesárea, puérperas não lactantes e em casos de infecções puerperais (MELLO e NEME, 1995). Sendo mais rápida a involução uterina nas puérperas lactantes, pela ação da ocitocina liberada pelo estímulo da glândula mamária, acionando as contrações uterinas, manifestadas por cólicas nas puérperas (SANTOS, 2002).

### **b) Loquiação**

O fluxo genital decorrente da drenagem uterina puerperal denomina-se lóquios. São secreções que resultam da produção de exsudatos e transudatos misturados com elementos celulares de descamação e sangue, precedentes da ferida placentária, do colo uterino e da vagina (SANTOS, 2002).

De início o fluxo é sangüíneo (lochia rubra) de volume variável, normalmente não ultrapassando o de um fluxo menstrual, já a partir do 5º dia de puerpério tornam-se acastanhados (lochia fusca), tornando-se, gradativamente serrossangüíneos (lochia flava) por volta do 10º dia, e finalmente tornam-se apenas serosos (lochia alva). O odor é característico e depende da flora vaginal da mulher, podendo tornar-se fétido quando da ocorrência de infecção (MARTINS, 1982).

## 7.2.2 MODIFICAÇÕES LOCAIS

### a) Colo uterino

Logo após o parto o colo apresenta-se com bordos edemaciados, limites imprecisos e com pequenas lacerações que terão resolução espontânea. A regressão do diâmetro cervical é progressiva, e por volta do 10º dia já se apresenta impérvio, com orifício em fenda na maioria das mulheres que tiveram parto vaginal (SANTOS, 2002)

### b) Vagina

No pós-parto imediato a vagina encontra-se edemaciada, congesta, e com grande relaxamento das paredes vaginais, algumas alterações que regridem após os dois primeiros dias, a partir de três semanas começa a reassumir a aparência do estado anterior à gestação. Ocorre nas primíparas, lacerações do hímen, que após cicatrizado, constituirão as carúnculas mirtiformes.. Ocorre a atrofia da mucosa vaginal resultante do hipostrogenismo, é a crise vaginal, que inicia sua recuperação por volta do 15º dia, fato comum às que tiveram parto vaginal ou cesáreo (REZENDE, 1995,; SANTOS, 2002).

### c) Vulva

Logo após o parto apresenta-se edemaciada com apagamento dos pequenos lábios, retornando à normalidade rapidamente, lacerações pequenas são freqüentes e cicatrizam espontaneamente (REZENDE, 1995).

## 7.2.3 MODIFICAÇÕES GERAIS

Nos primeiros dias pós-parto, conforme o tipo de parto (fácil ou difícil, vaginal ou cesárea) entre outros fatores individuais, a puérpera poderá passar por alguns desconfortos físicos e emocionais.

### Sistema Hematopoiético

Segundo Santos (2002, p.125-126), ocorrem importantes alterações sanguíneas e plasmáticas após o parto no organismo materno, destacando:

- declinação do volume sanguíneo em função de sangramento provocado pela dequitação, retornando ao normal com cerca de seis semanas;
- diminuição do número de hemáceas nos primeiros dias para se normalizar progressivamente;
- observação de leucocitose (15.000-20.000 mm), retornando ao normal durante a primeira semana pós-parto;
- elevação das plaquetas nos três primeiros dias, retornando logo ao normal;
- queda da taxa de hemoglobina, que prossegue declinando;
- diminuição do hematócrito logo após o parto, retornando ao normal após o quinto dia;
- elevação da hemossedimentação nos primeiros dias de puerpério, normalizando dentro de três a cinco semanas;
- aumento da atividade fibrinolítica devido ao estresse da parturiente;
- aumento nas primeiras semanas após o parto, dos fatores de coagulação já presentes na gestação, o que predispõe à tromboflebite e embolia.

### **Sistema Digestivo**

Com o retorno progressivo das vísceras abdominais ao seu sítio anatômico de origem, favorecendo o esvaziamento gástrico torna-se mais rápido e também tende a normalizarem-se as funções gastrintestinais. No entanto, neste período, a obstipação intestinal é freqüente e causada principalmente devido: ao relaxamento da musculatura abdominal e perineal; a episiotomia e hemorróidas; morosidade intestinal estabelecida durante a gestação; repouso relativo e dieta da puérpera (SANTOS, 2002)

### **Sistema Urinário**

Nos primeiros dias de puerpério a bexiga puerperal fica com a capacidade aumentada e pode reter grandes volumes de urina, por conta do edema e lesões traumáticas do trígono vesical e da uretra. Incontinência urinária, não muito freqüente, devido a lesões traumáticas ou atonia esfinteriana pode ocorrer nos primeiros dias de puerpério e raramente perpetuar-se. A maior capacidade vesical, a retenção urinária e a cateterização vesical predispõem à ocorrência de infecção nesse período. A dilatação ureteral e sua posição anatômica tendem à normalidade num período de seis a doze semanas (SANTOS, 2002; REZENDE 1995).

### **Sistema Tegumentar**

Os fenômenos de hiperpigmentação da face, das mamas e do abdome tendem a regredir rapidamente, podendo ser de duração mais longa ou deixar alterações definitivas na coloração da pele. As estrias avermelhadas tornam-se brancas e diminuem seu tamanho. Com freqüência ocorre em puérperas, queda acentuada de cabelo, sudorese e unhas quebradiças.

### **Sistema Endócrino**

No puerpério ocorre a queda dos níveis plasmáticos de estrogênio e progesterona. A diminuição de estradiol e de progesterona permite a ação lactogênica da prolactina e ocitocina. Nas mulheres não lactantes o restabelecimento dos ciclos menstruais se dá por volta de seis semanas após o parto, nas lactantes este período é variável, vai depender da frequência e da duração do estímulo da sucção ou ordenha manual (SANTOS, 2002; MELLO e NEME, 1995)

### **7.2.4 ASPECTOS EMOCIONAIS DO PUERPÉRIO**

A assistência não deve ser baseada somente nos aspectos físicos, necessita e pode ser potencializada especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que envolvem o período puerperal (BRASIL 2006).

Nesse sentido, e considerando a assistência integral à Saúde da Mulher, torna-se necessário que o profissional de saúde, ao prestar assistência à puérpera também leve em consideração a sua história de vida, os seus sentimentos e o ambiente em que vive estabelecendo uma relação de confiança e que valorize a individualidade de cada mulher.

O manual técnico “Pré-natal e Puerpério” do Ministério da Saúde coloca que

muitos dos sintomas físicos manifestos mascaram problemáticas subjacentes. Por isso, em vez de fazer uma série de rápidas perguntas, específicas e fechadas, é importante encorajar a mulher a falar de si. Essa abordagem é chamada de “entrevista centrada na pessoa”. Saber ouvir é tão importante quanto saber o que dizer, pois essa habilidade pode ser crucial para a elaboração de um diagnóstico correto (BRASIL 2006, p. 35).

Atualmente, os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério são amplamente reconhecidos, havendo uma convergência da maioria dos estudos para a idéia de que esse período é um tempo de grandes transformações psíquicas. Faisal-Cury e Menezes (2006, p.172) destacam que “o puerpério parece ser período de maior risco para o surgimento ou piora de distúrbios ansiosos, que nesta fase apresentam características particulares e causam problemas específicos”, como por exemplo, efeito negativo sobre a galactopoese e sobre a qualidade do vínculo mãe-bebê devido à ansiedade materna.

A seguir são citados alguns desses aspectos emocionais listados pelo Ministério da Saúde referentes ao puerpério para os quais se deve estar atentos durante a consulta:

- estado de alteração emocional essencial, provisório, em que existe maior vulnerabilidade psíquica, tal como no bebê, e que, por certo grau de identificação, permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptando-se ao contato com ele e atendendo às suas necessidades básicas. A puérpera adolescente é mais vulnerável ainda, portanto necessita de atenção especial nessa etapa.
- A relação inicial entre mãe e bebê é, ainda, pouco estruturada, com o predomínio de uma comunicação não-verbal e, por isso, intensamente emocional e mobilizadora.
- A chegada do bebê desperta muitas ansiedades, e os sintomas depressivos são comuns.
- O bebê deixa de ser idealizado e passa a ser vivenciado como um ser real e diferente da mãe.
- As necessidades próprias da mulher são postergadas em função das necessidades do bebê.
- A mulher continua a precisar de amparo e proteção, assim como ao longo da gravidez.
- As alterações emocionais no puerpério manifestam-se basicamente das seguintes formas:
  - materno ou baby blues: mais freqüente, acometendo de 50 a 70% das puérperas. É definido como estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no terceiro dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas. Caracteriza-se por fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade;
  - depressão: menos freqüente, manifestando-se em 10 a 15% das puérperas, e os sintomas associados incluem perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê;
  - lutos vividos na transição entre a gravidez e a maternidade;
  - perda do corpo gravídico e não retorno imediato do corpo original;
  - separação entre mãe e bebê.
- Amamentação:
  - medo de ficar eternamente ligada ao bebê;
  - preocupação com a estética das mamas;
  - “e se não conseguir atender às suas necessidades?”;
  - “o meu leite será bom e suficiente?”;
  - dificuldades iniciais sentidas como incapacitação.
- Puerpério do companheiro: ele pode se sentir participante ativo ou completamente excluído. A ajuda mútua e a compreensão desses estados podem ser fonte de reintegração e reorganização para o casal.
- Se o casal já tem outros filhos: é bem possível que apareça o ciúme, a sensação de traição e o medo do abandono, que se traduz em comportamentos agressivos por parte das outras crianças. Há a necessidade de rearranjos na relação familiar.
- No campo da sexualidade, as alterações são significativas, pois há necessidade de reorganização e redirecionamento do desejo sexual, levando-se em conta as exigências do bebê, as mudanças físicas decorrentes do parto e da amamentação (BRASIL 2006 p.38-39).

O Ministério da Saúde prevê ainda que é importante que o profissional de saúde:

- esteja atento a sintomas que se configurem como mais desestruturantes e que fujam da adaptação “normal” característica do puerpério;
- leve em conta a importância do acompanhamento no pós-parto imediato e no puerpério, prestando o apoio necessário à mulher no seu processo de reorganização

psíquica quanto ao vínculo com o seu bebê, nas mudanças corporais e na retomada do planejamento familiar (BRASIL 2006 p.39).

### **7.2.5 ALIMENTAÇÃO NO PUERPÉRIO**

Tanto na gestação como no puerpério e lactação, há mudanças que interferem na vida da mulher, modificações relacionadas ao corpo, sua fisiologia e metabolismo. São fases de vulnerabilidade e que requerem prioridade na assistência.

BAIÃO & DESLANDES (2006, p.246) afirmam que no Brasil estudos realizados em diferentes regiões revelam que “as práticas alimentares de mulheres, mesmo em estados fisiológicos de grande importância, sob o ponto de vista nutricional, tais como gestação, puerpério e lactação, são permeadas por crenças, prescrições e proibições”. Com isso, alguns alimentos de grande valor nutricional são suprimidos e excluídos da dieta alimentar por serem considerados “fortes” e perigosos para a saúde da mãe e da criança.

No que se relaciona com a alimentação da puérpera, levando-se em consideração a amamentação, não há segredos ou alterações, deve-se comer alimentos da dieta habitual, atentando para que seja uma dieta balanceada e tomar muito líquido.

Não existe alimento proibido na amamentação. A mãe precisa comer frutas, verduras, carnes, miúdos, legumes, feijão e arroz, que possuem os nutrientes e vitaminas de que ela precisa. A mãe deve beber bastante líquido: chás, água, sucos ou leite. Isso ajuda a produzir leite. A mãe não deve consumir álcool, fumo e outras drogas, nem tomar medicamentos sem receita médica (UNICEF).

### **7.2.6 CONSULTA PUERPERAL DE ENFERMAGEM**

O Ministério da Saúde preconiza que o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, deve ser entre 7 a 10 dias após o parto, devendo ser incentivado já durante o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar (BRASIL, 2006). A consulta de puerpério também está inserida dentro do SisPreNatal.

Seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde, a puérpera deve ser bem acolhida, isso inclui apresentar-se e chamá-la pelo nome, atendendo com respeito e gentileza.

Durante a consulta, escutar o que a mulher tem a dizer, incluindo possíveis queixas, estimulando-a a fazer perguntas; informar sobre os passos da consulta e esclarecer dúvidas.

Os objetivos da consulta puerperal visam (BRASIL, 2006; ALMEIDA, 2004):

- avaliação do estado de saúde da mulher (e do recém-nascido) e retorno às condições pré-gravídicas;
- orientação e apoio á amamentação;
- avaliação da interação da mãe com o recém-nascido;
- identificação de situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- orientação sobre o planejamento familiar;
- complementação ou realização de ações não executadas no pré-natal;
- e ainda, orientação sobre os cuidados básicos com o recém-nascido.

A consulta puerperal segue algumas etapas, ou seja, ações com relação à puérpera realizadas durante o atendimento. No **apêndice A** segue a descrição das ações relacionadas à puérpera contidas no manual técnico – “Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada” do Ministério da Saúde.

A consulta de até 42 dias do pós-parto deve ser agenda na 1ª consulta puerperal, o **apêndice B** contém ações relacionadas a esta consulta descritas no manual técnico do Ministério da Saúde.

### 7.2.7 ALEITAMENTO MATERNO

O tema aleitamento materno até pouco tempo não era foco de pesquisas de estudiosos e clínicos. Era considerado de pouca importância, apesar de ser sinônimo de sobrevivência para neonato e direito inato (ICHISATO & SHIMO,2002).

Hoje existe uma grande quantidade de informações e dados a respeito do aleitamento materno graças ao avanço tecnológico e científico das últimas décadas no campo da saúde, inclusive saúde da mulher. Tal avanço foi estimulado pela necessidade de melhorar a qualidade de vida do mundo, principalmente dos países em desenvolvimento. Diversos conhecimentos sobre a prática do aleitamento natural e seus benefícios têm sido amplamente descritos por vários autores (SANTOS, 2002).

Tem-se observado uma maior consciência sobre a superioridade e importância nutricional, bioquímica e imunológica do leite humano. Os conhecimentos relacionados à

prática do aleitamento natural vêm se difundindo pela humanidade, além de inúmeras vantagens que têm sido descritas por vários estudiosos sobre o assunto, em especial os estudos sobre os benefícios maternos do aleitamento (SANTOS, 2002).

Mesmo assim, com todo o conhecimento em relação às vantagens do aleitamento materno para mãe e bebê, a incidência do desmame precoce em nosso meio, ainda é muito elevada, dentre as múltiplas causas para esse comportamento destaca-se a desinformação sobre a função biopsicológica do ato de amamentar, tanto da população em geral como dos profissionais da área da saúde (SANTOS, 2002).

Maldonado apud Zampieri, (2005) afirma que a amamentação não deve ser considerada apenas como um processo fisiológico, pois envolve um padrão mais amplo de comunicação, entre a mãe e o bebê, de comunicação psicossocial.

Para a puérpera, o sucesso de suas funções como mãe, a torna capaz de manter e fazer aumentar, a cada dia, o vínculo afetivo que nasce por meio da interação mãe e filho mediante o aleitamento. (SANTOS, 2002).

### **Vantagens do aleitamento materno**

Além das vantagens do aleitamento materno conhecidas para o recém-nascido, há também e de mesma relevância, inúmeros benefícios específicos para a mulher que utiliza o método natural de amamentação.

Os fenômenos regressivos do puerpério como a loqueação e a involução uterina, por exemplo, ocorrem mais rapidamente devido a ação da ocitocina, hormônio reponsável pela contração uterina e que é liberado durante as mamadas para ajudar na ejeção do leite da mama. Uma vez que há ocitocina circulante nos vasos sanguíneos, também há a prevenção da atonia uterina e de hemorragias no pós-parto imediato (SANTOS, 2002).

O fato de a mulher amamentar reduz os riscos de contrair câncer de mama e de ovário, anemia, osteoporose, artrite reumatóide, esclerose múltipla na pré-menopausa, além de auxiliar na recuperação de peso pré-gestacional (REA, 2004; NEWCOMB. apud SANTOS, 2002).

Outro benefício à puérpera que amamenta exclusivamente ao peito, com frequência e enquanto permanecer amenorreica, é a garantia de um de prevenção contra uma nova gestação nos primeiros seis meses após o parto (ALDRIGHI, 2004; BRASIL, 2002; SANTOS, 2002;).

A perda de peso pode chegar até a 500g por semana entre o primeiro e o terceiro mês após o parto, o que não diminui a qualidade do leite e também não prejudica o crescimento dos bebês (REA, 2004; SANTOS, 2002).

Do ponto de vista econômico, o leite materno é praticamente livre de custos, está disponível na temperatura e composição adequadas para o bebê, evitando, dessa forma, gastos com: energia elétrica, gás de cozinha, água, açúcar, leites artificiais ou de animais, mamadeiras e outros utensílios. O corte de gastos permite a compra de melhores alimentos para a mãe e a família.

Além de tudo isso, há economia de tempo e esforço, o aleitamento materno dispensa gastos de energia com o preparo das mamadeiras e higienização das mesmas, estando sempre pronto para ser consumido, em qualquer hora ou local, nunca estraga e é, sem dúvida, extremamente conveniente para mamadas noturnas e viagens.

### **Outras considerações**

Percebe-se que a fácil disponibilização das novas informações sobre o tema aleitamento materno à população reflete uma expansiva tomada de consciência da população e dos profissionais da saúde sobre a importância dos benefícios bioquímicos, nutricionais e imunológicos do leite humano. Porém, mesmo com o reconhecimento das vantagens obtidas com a prática do aleitamento materno e da qualidade do leite humano para a nutrição dos lactentes, a duração e a prevalência da amamentação continua distante do ideal preconizado pela OMS (SANTOS, 2002).

Tendo em vista a necessidade de estimular o aleitamento materno, o Ministério da Saúde implantou programas para incentivar a prática de aleitamento materno. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) nas unidades de saúde, foi uma delas.

Trata-se de uma importante campanha mundial, criada pela OMS e a UNICEF em 1989 e lançada em 1990. Desde sua implantação, este programa é desenvolvido tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento visando proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. O programa consiste em um meio de incentivo às instituições que ofereçam serviços obstétricos e cuidados a recém-nascidos de colocar em prática dez mandamentos preconizados pelas instituições criadoras. Esses mandamentos são rotinas hospitalares que devem ser tomadas para o melhor atendimento à puérpera e recém-nascido pelos profissionais da saúde atuantes na área quanto aos cuidados necessários para o sucesso do aleitamento materno. (SANTOS, 2002)

A enfermagem, além de outros profissionais da equipe interdisciplinar, tem função relevante quanto ao manejo e apoio clínico ao aleitamento materno nas diferentes fases do puerpério. Inúmeras são as atitudes que o profissional enfermeiro pode tomar para auxiliar na lactação da puérpera. Porém, se requer deste profissional o preparo e o conhecimento prévio sobre aspectos fisiológicos e anatômicos; preventivos e curativos de complicações no período de lactação; e importância do seu papel na educação da puérpera (SANTOS, 1991).

Os profissionais devem estar preparados para orientar também quanto aos aspectos com a técnica de amamentação, técnica de extração manual do leite e técnica correta de armazenamento de leite. Devem estar ao lado da mãe, orientando-a no início do aleitamento materno e ajudando-a na busca de soluções para suas dúvidas quanto ao aleitamento materno (ALMEIDA, 2004).

### **7.2.8 PLANEJAMENTO FAMILIAR**

O direito ao planejamento familiar está consagrado no §7 do Art. 226 da Constituição Federal de 1988. No entanto, sua aprovação se deu pela Lei n 9263 de 12 de janeiro de 1996, que declara: "entende-se Planejamento Familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal". Esta mesma lei assegura ainda que "para o exercício do direito ao Planejamento Familiar, serão oferecidos todos os métodos de concepção e contracepção aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção". Considerando isto, Coelho coloca que

o planejamento familiar trata da opção livre e consciente da mulher ou do casal em relação ao número de filhos, quando tê-los e a escolha do melhor método, enquanto um conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, pela mulher, pelo homem ou pelo casal, como, ainda ter acesso aos métodos de concepção e contracepção aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas (2000, p.53).

Pinto, ao falar sobre o planejamento familiar e suas finalidades afirma,

“do ponto de vista médico-social o planejamento familiar ao permitir a limitação do número de filhos e/ou um maior espaçamento entre as gestações, contribui para uma substancial melhoria da saúde do grupo materno-infantil; reduz enormemente a incidência de gestações indesejadas e, com conseqüência, reduz também a ocorrência do aborto provocado. Proporciona, ainda, sensível redução na incidência da gravidez de risco, em especial a que ocorre nos extremos da vida reprodutiva.

Finalmente, numa visão microssocial, permite que cada família possa compatibilizar o número de seus filhos com suas reais perspectivas de proporcionar-lhes alimentação, educação e cuidados de saúde adequados” (PINTO, 1993, p. 627).

Considerando que esta prática assistencial está voltada para a mulher no período puerperal concordamos com Melo e Filho (1997) ao afirmarem que os métodos de planejamento familiar devem ser discutidos, de modo geral, desde o início da gestação e durante o pré-natal, sendo esta a primeira e mais importante oportunidade de fazê-lo. O segundo momento mais apropriado para este aconselhamento e fornecimento dos métodos contraceptivos poderá ser durante o período de internação para o parto. Há ainda a terceira oportunidade, que seria no retorno para a consulta puerperal; onde a mulher deve receber atenção integrada de: planejamento familiar, orientação sobre amamentação e puericultura, o que seria ideal, pois facilitaria sua vida.

Lindner (2006) coloca que, “a aceitação do método, o grau de confiança que nele se tem, a motivação para o seu uso e uma correta orientação do profissional de saúde” (p. 204), são fatores de grande importância para que haja sucesso do método escolhido.

### **Uso de método anticoncepcional durante aleitamento**

A escolha do método contraceptivo deve ser sempre individualizada. Ao orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, devem-se levar em consideração algumas questões como: o tempo pós-parto, o padrão da amamentação, o retorno ou não da menstruação, os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente (BRASIL, 2006).

A seguir uma breve descrição dos métodos contraceptivos citados pelo Ministério da Saúde no manual técnico de atenção pré-natal e puerpério (2006).

#### Lactação e amenorréia – LAM

O efeito contraceptivo da lactação e amenorréia (LAM) no puerpério tem como princípios, o estado de amenorréia das mulheres e a amamentação exclusiva dos seus filhos até a idade de seis meses para o bebê, sendo, portanto um método temporário, com a probabilidade de ocorrer uma nova gravidez nesse período menor do que 2%. Este método contraceptivo é uma alternativa a mais de escolha, especialmente quando outros métodos anticoncepcionais não são de fácil acesso ou não têm boa aceitação (CECATTI et al, 2004, ALDRIGHI, 2004).

Cecatti afirma ainda que “a comprovação da eficácia da LAM como método anticoncepcional nos primeiros seis meses pós-parto já é consenso em todo o mundo” (p.160), sendo universalmente aceito e de baixo custo.

De acordo com o Ministério da Saúde o efeito de contraceção “deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e/ou quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê, o que ocorrer primeiro” (BRASIL, 2006, p. 85).

No entanto, quando o efeito anticoncepcional produzido pelo LAM deixa de ser eficiente (complementação alimentar ou retorno das menstruações) ou então, quando a mulher deseja utilizar um outro método associado ao LAM, deve-se escolher um método que não interfira na amamentação. Dessa forma, consideram-se primeiro os métodos não hormonais: DIU (dispositivo intra-uterino) e métodos de barreira (preservativos) (BRASIL, 2006).

#### Dispositivos intra-uterinos – DIU

O DIU é uma pequena peça de plástico recoberta com cobre que é colocado dentro do útero. “O desempenho do DIU depende essencialmente da inserção adequada” (ALDRIGHI, 1993, p. 645).

Este método é tão eficiente quanto à pílula e indicado em pacientes que desejam um anticoncepcional eficaz, prático, de longa duração e prontamente reversível, bastando, para isso, a sua simples retirada (SOUZA, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, no Manual técnico sobre pré-natal e puerpério (2006), o DIU pode ser inserido imediatamente após o parto, ou a partir de quatro semanas pós-parto, sendo o DIU contra-indicado para os casos que sofreram infecção puerperal, pelo menos até três meses após a cura.

#### Contraceção oral e amamentação – minipílulas

Durante a amamentação se deve dar preferência às minipílulas, pois os anticoncepcionais hormonais orais (ACOs) combinados alteram a qualidade e quantidade do leite e os hormônios são excretados no leite (ROSSI et al, 1999). O seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto (BRASIL, 2006).

A minipílula é composta exclusivamente por progestogênios, sendo utilizadas diariamente sem pausa (MELO et al, 2000). Com relação ao mecanismo de ação, baixas doses de progestogênio têm ação predominante nos órgãos reprodutivos, sem bloquear a ovulação, faz com que o mucocervical se torna grosso e impermeável à passagem dos espermatozoides.

O endométrio, por sua vez, sofre involução com desenvolvimento irregular das glândulas, tornando-se hostil à implantação do ovo.

O índice de falha oscila entre 2,1 a 3,1 gestações/100 mulheres ano e a incidência de gravidez ectópica parece estar aumentada. No puerpério, a segurança do uso e a não interferência com a lactação permitem o uso já imediatamente após o parto (ROSSI et al, 1999).

#### Anticoncepcional injetável trimestral

Indicado pelo Ministério da Saúde o anticoncepcional injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg/ml) pode ser utilizado pela mulher que está amamentando e seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto (BRASIL, 2006).

Tem a vantagem de não inibir a lactação, além de que há estudos que afirmam haver maior produção de leite, sem interferência na sua composição (ALDRIGHI, 1993).

#### Métodos de Barreira

Os métodos de barreira, em especial o condom masculino, oferecem uma alta proteção anticoncepcional, além de proteger contra as doenças sexualmente transmissíveis. A eficácia desses métodos depende de seu uso correto e consistente, portanto o usuário deve estar consciente da necessidade de utilizá-los em todas as relações sexuais, respeitando as instruções sobre seu uso. Os preservativos lubrificados são os mais indicados, já que a amamentação pode provocar falta de lubrificação vaginal no período pós-parto mais precoce. Os preservativos e os espermaticidas podem ser utilizados em qualquer período do pós-parto e amamentação (MELO e FILHO, 1997).

O uso do diafragma só pode ser iniciado seis semanas de pós-parto já que sua eficácia depende de uma correta localização anatômica na vagina, que geralmente só é possível após este período, quando a anatomia genital da mulher retorna ao seu estado não gravídico.

#### Outros métodos contraceptivos

O anticoncepcional hormonal oral combinado e o injetável mensal são métodos que não devem ser utilizados em lactantes, pois estes interferem na qualidade e quantidade do leite materno e podem afetar adversamente a saúde do bebê (BRASIL, 2006).

Os métodos comportamentais – tabelinha, muco cervical, temperatura basal entre outros – são de difícil uso durante o período da amamentação, pois são baseados nas

mudanças fisiológicas da mulher durante o ciclo menstrual, sendo que no período de amamentação, estes sinais podem estar ausentes ou pouco perceptíveis. Esses métodos só poderão ser usados após a regularização do ciclo menstrual (BRASIL, 2006; MELO e FILHO, 1997).

## 8. METODOLOGIA

### 8.1 CARACTERÍSTICAS DO CAMPO DE ESTÁGIO

Aqui são descritas as características do local onde foi desenvolvida a prática assistencial e identificada a população alvo com a qual se propôs aplicar o projeto.

#### 8.1.1 LOCAL DE ESTÁGIO

O Núcleo de Atenção à Mulher (NAM), localizado no bairro das Nações no município de Balneário Camboriú, foi inaugurado em 22 de julho de 1997 e oferece atenção a saúde da mulher no âmbito biopsicossocial

O NAM faz parte da Rede de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Município de Balneário Camboriú. Voltado essencialmente para a saúde da mulher, esta Unidade de Saúde da rede básica desenvolve ações de assistência, prevenção e educação em saúde com a população feminina.

São realizadas atividades com base nas diretrizes do Programa Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (MS), Programa de Prevenção do Câncer de Colo e de Mama, SisPreNatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (MS), SisCOLO - Sistema de Informação Laboratorial do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino (MS), Programa de Planejamento Familiar da Secretaria Municipal de Saúde entre outros. É unidade de referência para gestação de alto risco, mastologia e patologia cervical, com atendimento pré-natal, prevenção ao câncer, planejamento familiar e apoio ao climatério (menopausa) e puerpério (pós-parto).

O NAM conta ainda com as especialidades médicas de ginecologia, obstetrícia e mastologia, além do atendimento de psicólogos, serviço de nutrição, onde são agendadas todas as gestantes e demais mulheres que necessitam de orientação e acompanhamento nutricional. Funciona também nesta unidade um serviço de patologia cervical (colposcopia).

A enfermagem realiza papel importante na área atividade educativa, além das consultas de enfermagem. Quinzenalmente acontece reunião com as gestantes incluindo visitas à maternidade.

O atendimento no NAM é diário, de 2ª a 6ª feira das 7:00 as 19:00 horas, contando com um adequado espaço físico para prestar atendimento à comunidade. Atende a comunidade através de demanda espontânea com marcação de consultas, captação pelo PSF e outros encaminhamentos (Unidades Básicas de Saúde e Central de Saúde).

A unidade conta com uma equipe de saúde constituída por 04 médicos, 05 enfermeiras, 02 psicólogos, 04 auxiliares de enfermagem, 02 técnicos administrativos e 01 auxiliar de serviços gerais. Sendo a unidade coordenada por uma das enfermeiras.

A estrutura física é composta por recepção; farmácia; sala de vacina; sala de pré-consulta, onde são verificados peso, estatura e pressão arterial (de todos na 1ª consulta); 04 consultórios, sendo um dele exclusivo para o atendimento de enfermagem e outros três comuns para consultas médicas e de enfermagem; mais 03 consultórios para psicologia, nutrição e outros profissionais; auditório com capacidade para até 45 pessoas, equipado com TV e DVD; sala de esterilização, estufa; lavanderia, rouparia e cozinha; 02 banheiros.

### **8.1.2 POPULAÇÃO ALVO**

O presente projeto foi aplicado as puérperas que utilizam os serviços do Núcleo de Atenção à Mulher, no Município de Balneário Camboriú/SC.

A captação destas mulheres para o acompanhamento do puerpério é feito pela marcação de consulta no final do pré-natal, agendada pela enfermeira para aproximadamente 15 dias após o parto.

## 8.2 PLANO DE AÇÃO

Os objetivos propostos e as estratégias estabelecidas previamente, durante a elaboração do projeto desta prática assistencial, estão listados a seguir. Em seguida descrevemos como se deu o desenvolvimento destes objetivos.

### 8.2.1 IMPLEMENTAÇÃO DOS OBJETIVOS

**Objetivo 1:** *Integrar-se à equipe multiprofissional do Núcleo de Atenção à Mulher – NAM, para juntos desenvolver ações relacionadas ao puerpério.*

#### **Estratégia**

- Apresentar a proposta de trabalho à equipe de saúde da instituição.
- Interagir com os profissionais do NAM, compartilhando experiências e sugestões para a realização das ações no puerpério.
- Participar das ações e discussões realizadas pela equipe do NAM referentes ao puerpério e Saúde da Mulher.

**Avaliação:** este objetivo será alcançado, se as acadêmicas desenvolverem ações voltadas ao puerpério, integradas à equipe de saúde, auxiliando na promoção dos serviços prestados.

**Objetivo 2:** *Realizar consultas de enfermagem, com foco na consulta puerperal, promovendo o autocuidado.*

#### **Estratégias**

- Interagir com as puérperas durante a consulta, compartilhando informações.
- Orientar as puérperas atendidas quanto aos cuidados para a vivência do período puerperal.
- Acompanhar o retorno às condições pré-gravídicas por meio do exame físico da puérpera.

**Avaliação:** o objetivo será alcançado se for estabelecida uma relação entre as acadêmicas e a mulheres, para que haja interação entre ambas, que possibilite a realização de orientações sobre o autocuidado, e, quando as acadêmicas ao realizarem o exame físico da puérpera e interagirem com a mesma identificarem os fenômenos puerperais.

**Objetivo 3:** *Identificar e prestar assistência de enfermagem relacionada aos déficits de competência para o autocuidado apresentados pelas mulheres no puerpério.*

**Estratégias**

- Realizar consultas de enfermagem levantando questões específicas do autocuidado.
- Buscar informações junto às puérperas contextualizando suas vivências no período.
- Orientar quanto aos déficits identificados na consulta de enfermagem e negociar soluções juntamente com a puérpera.

**Avaliação:** este objetivo será alcançado se houver interação e troca de informações entre as acadêmicas e a puérpera e se a mulher manifestar entendimento da orientação dada pelas acadêmicas.

**Objetivo 4:** *Ampliar conhecimentos teóricos e práticos relativos ao puerpério, consultas de enfermagem e outros assuntos específicos que se fizerem necessário à prestação da assistência.*

**Estratégias**

- Realizar revisão de literatura sobre Saúde da Mulher e puerpério, entre outros temas que se fizerem necessário.
- Participar de eventos relacionados ao tema, caso ocorra, durante o período do desenvolvimento da disciplina.

**Avaliação:** o objetivo será alcançado quando os questionamentos relativos ao tema forem superados nas consultas bibliográficas e durante as consultas de puerpério.

**Objetivo 5:** *Apoiar o aleitamento materno.*

**Estratégia**

- Realizar consulta de enfermagem à puérpera acompanhada de seu bebê.
- Observar como se dá o processo de amamentação.
- Dar suporte educativo e estimular o aleitamento materno, dando enfoque aos benefícios do mesmo.

**Avaliação:** este objetivo será alcançado se as acadêmicas puderem observar como se dá o processo de amamentação, identificando necessidades de interferir no manejo da mesma e educando a puérpera sobre os benefícios do aleitamento materno para mãe e para o bebê.

**Objetivo 6: *Acompanhar e estimular interação da mãe com o recém-nascido.*****Estratégia**

- Realizar consulta de enfermagem à puérpera acompanhada de seu bebê.
- Observar como se dá a relação mãe e filho, principalmente ao que é relativo à amamentação.
- Estimular o aleitamento materno, já que favorece a interação mãe-filho.

**Avaliação:** este objetivo será alcançado se as acadêmicas interagirem com a puérpera observando a amamentação e as atitudes da mãe em relação ao seu filho.

**Objetivo 7: *Desenvolver atividades sobre o planejamento familiar no puerpério.*****Estratégia**

- Desenvolver e realizar atividade educativa, em grupo ou individual, sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos.

**Avaliação:** este objetivo será alcançado com a realização de atividades educativas com as puérperas sobre planejamento familiar.

## **9. DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE AÇÃO**

Conforme proposto pela disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada foram desenvolvidas 220 horas/aula de estágio no Núcleo de Atenção à Mulher- NAM, localizado na Rua México S/N do Bairro das Nações em Balneário Camboriú, no período de 18 de Abril a 21 de junho de 2007.

No transcorrer da prática assistencial, utilizamos algumas estratégias para alcançar os objetivos propostos estabelecidos na elaboração do projeto e outras que se fizeram necessárias no decorrer do estágio. As atividades não se desenvolveram de modo programático, mas conforme demanda na Unidade de Saúde e do público alvo.

Este projeto foi colocado em prática com mulheres no puerpério mediante consulta de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde, com o objetivo de detectar déficits no autocuidado e educá-las com relação às práticas de promoção de saúde.

A seguir, descrevemos as ações desenvolvidas durante a prática assistencial de acordo com os objetivos específicos por nós propostos.

### **9.1 IMPLEMENTANDO OS OBJETIVOS**

**Objetivo 1 – Integrar-se à equipe multiprofissional do Núcleo de Atenção à Mulher – NAM, para juntos desenvolver ações relacionadas ao puerpério.**

No primeiro dia de estágio a proposta era apresentar o projeto à equipe de profissionais do Núcleo de Atenção à Mulher pela supervisora de estágio e coordenadora da Unidade de Saúde, a enfermeira Adriana D’Sandri Sutil, e à medida que éramos apresentadas, nosso projeto era divulgado a cada funcionário da instituição. Ao longo da primeira semana, fomos conhecendo melhor os colaboradores e conversando a respeito da prática que seria desenvolvida durante o período de estágio. Ficamos disponíveis aos funcionários para esclarecer suas dúvidas e explicar o desenvolvimento de nossa atividade sempre que necessário.

Procuramos nos integrar nas atividades realizadas no local, como agendamento de pacientes, digitação do SISPRENATAL, discussões de casos, coleta de preventivo, consulta de pré-natal, participação em reuniões de gestantes, reuniões de planejamento familiar,

observação de colposcopia. O objetivo de participarmos de tais atividades era o de conseguir uma maior abertura dos funcionários, para que pudéssemos trocar informações e experiências.

Aos poucos, nos integramos à equipe do NAM, conquistamos nosso espaço e fomos fortemente estimuladas pelos profissionais a dar início ao trabalho com as puérperas da unidade. Por diversas vezes fomos elogiadas pelo trabalho que nos dispusemos a fazer no local e solicitadas para que desempenhássemos a função real de uma enfermeira dentro de uma Unidade Básica de Saúde, dando explicações e aconselhamento de enfermagem.

Em nossa percepção, a abertura foi conquistada deve-se também devido ao fato de estudarmos na Universidade Federal de Santa Catarina, éramos sempre encorajadas pelo grande reconhecimento de nossa universidade. Isso nem sempre acontecia nos locais de estágio na cidade onde se localiza a UFSC e por isso, nos sentimos com uma responsabilidade ainda maior de fazer valer a boa reputação da nossa universidade no local de estágio.

Acreditamos que esse objetivo tenha sido alcançado com sucesso mediante ao tratamento que recebemos por parte de todos da equipe de profissionais no campo de estágio no período em que estivemos no local, fazendo com que fosse possível desenvolvermos as ações voltadas ao puerpério integradas à equipe de saúde da unidade. Acreditamos que esta prática tenha auxiliado na promoção dos serviços prestados pela unidade. Ficamos satisfeitas por nossa ação e atividade na unidade que nos proporcionou excelente recepção e valorizou tanto o projeto quanto as acadêmicas. Isso pôde ser comprovado no último dia de estágio quando fomos presenteadas pela equipe da unidade com flores.

## **Objetivo 2: Realizar consultas de enfermagem, com foco na consulta puerperal, promovendo o autocuidado.**

Durante a primeira semana acompanhamos as consultas puerperais realizadas pelas enfermeiras da unidade, o que nos forneceu subsídio prático e segurança para posteriormente realizarmos as consultas. A partir da segunda semana realizávamos as consultas em dupla, uma das acadêmicas conduzia e a outra dava suporte, dessa forma fomos adquirindo maior segurança para, a partir da terceira semana cada acadêmica realizava as consultas sozinha.

Iniciamos nossa atividade no Núcleo de Atenção à Mulher primeiramente atendendo a demanda espontânea da unidade que se baseava em consultas agendadas, para as enfermeiras, para aproximadamente dez dias após o parto. No decorrer do estágio, com a

autorização da coordenadora da unidade e nossa supervisora, abrimos uma agenda própria, ou seja, atendemos pacientes previamente agendadas para nossa agenda.

As consultas foram realizadas com abordagem de diversos aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos e sociais. Procuramos individualizar cada atendimento, sempre utilizando de questões abertas para que as mulheres pudessem se expressar e obtermos informações confiáveis, procurando estabelecer boa interação com as mulheres. O tempo de cada consulta variava de 30 a 45 minutos, conforme a necessidade de cada situação.

Durante as consultas procuramos promover ambiente acolhedor, mantendo o ambiente limpo e organizado, nos apresentando a cada encontro e nos disponibilizando a ouví-las, esclarecer dúvida que tivessem, fornecendo orientações referentes ao período puerperal com ênfase para o autocuidado.

Quanto às necessidades biológicas foram abordados: o tipo de alimentação que a puérpera estava seguindo, ingesta hídrica, eliminações vesicais e intestinais, tempo e qualidade do sono, queixa de dor ou desconforto.

Quanto ao exame físico realizávamos observação da coloração e hidratação de mucosa ocular; a palpação de gânglios supra-claviculares; observação, palpação e expressão das mamas; involução uterina, exame de abdômen, observação de características da loquiação, cicatrização de pontos em parto normal e retirada de pontos em puérperas que realizaram parto cesáreo. Por meio do exame físico acompanhamos o retorno às condições pré-gravídicas das puérperas.

Quanto aos aspectos psicológicos deixávamos a mulher livre para expressar seus sentimentos no pós-parto, observávamos o vínculo afetivo do binômio mãe-bebê, estimulávamos a presença do companheiro e seu auxílio na consulta, investigávamos se a puérpera tinha apoio com as tarefas domiciliares para poder cuidar de si. No início nossa percepção com relação ao estado emocional das mulheres era restrita, à medida que fomos tendo experiências durante as consultas, sentimos mais facilidade em conduzir e observar questões relativas aos aspectos psicológicos das puérperas.

Quanto às questões sociais, os assuntos abordados foram às condições econômicas da família e nível de instrução da puérpera. Esses fatores foram observados para que fizéssemos uma abordagem adequada a cada puérpera, dando informações e orientações sobre autocuidado de forma compreensível a todas as mulheres que chegassem até nós.

Cada mulher atendida possui um prontuário na unidade, no qual a cada consulta realizada fazíamos uma evolução de enfermagem contendo os dados do parto, informações

fornecidas pela paciente de seu estado, dados observados no exame físico e orientações dadas durante a consulta.

Desde o início de nossa pesquisa para o campo de estágio e em nossas visitas ao local antes de iniciar a prática do nosso projeto, fomos informadas de que as puérperas eram a grande maioria das pacientes faltosas do NAM. Para ajudarmos a mudar esse quadro, trabalhamos arduamente na busca dessas mulheres faltantes por meio de telefonemas para remarcação de consulta. Dessa forma conseguimos trazer algumas mulheres para a unidade para realizar a consulta enquanto ainda estava em tempo de acompanhar o retorno das condições pré-gravídicas e fornecer informações importantes para o seu autocuidado no período puerperal. Também para tentarmos aumentar o número de consultas de puerpério, nos foi proposto pela supervisora de estágio que fôssemos diariamente ao Hospital Santa Inês, onde se realizava a grande maioria dos partos das gestantes do NAM. Lá, agendávamos a primeira consulta do pós-parto, dávamos algumas orientações sobre autocuidado no puerpério.

Com relação ao número de consultas puerperais realizadas durante o período de estágio, procuramos dividir igualmente o número de atendimentos entre as acadêmicas, de modo cada uma pode desenvolver pelo menos 20 consultas, considerando que realizamos algumas consultas em dupla, chegamos ao total de 35 consultas.

As principais orientações dadas durante as consultas eram: sobre alimentação no período de amamentação, grande parte das mulheres atendidas tinha dúvidas com relação a este tema, que discutiremos com mais detalhes no objetivo 3; cuidados com as mamas e manejo da amamentação, encontramos muitas mulheres com déficits nesta área; alguns cuidados com o bebê como vacinas, teste do pezinho, teste da orelhinha, coto umbilical, a consulta de puericultura, percebemos que para as mulheres era muito importante falar alguma coisa sobre o seu bebê e os primeiros cuidados com o mesmo; além de orientação sobre retorno das atividades sexuais; anticoncepção, cuidados com a cicatriz de incisão cirúrgica e de higiene da região perineal. Além disso, também foram incluídas nas consultas orientações referentes à realização periódica do exame preventivo de Ca de colo uterino, grande parte das mulheres não estava com este exame em dia.

Consideramos o objetivo alcançado, pois nas consultas conseguimos interagir com as mulheres e estabelecer uma relação que nos possibilitou a realização de orientações sobre o puerpério e as ações de autocuidado. Além disso, por meio da realização do exame físico em todas as mulheres atendidas e a interação com as mesmas, foi possível a identificação dos fenômenos puerperais.

**Objetivo 3: Identificar e prestar assistência de enfermagem relacionada aos déficits de competência para o autocuidado apresentados pelas mulheres no puerpério.**

A consulta de enfermagem no puerpério tem por finalidade identificar situações de risco e intercorrências no período pós-parto. Essas situações encontradas, quando problemáticas devem ser conduzidas a uma solução pelo profissional de saúde. Durante nossas consultas, por meio da anamnese, exame físico e observação do comportamento da puérpera no consultório pudemos identificar alguns déficits no autocuidado.

Baseadas na teoria dos déficits de autocuidado de Orem, que delimita quando há necessidade de alguma intervenção da enfermagem, considerando os casos em que há limitação para a pessoa prover o seu autocuidado de forma eficaz, utilizamos o método de ajuda no qual o enfermeiro ensina o outro.

De acordo com o sistema de suporte educativo, levando em consideração que as puérperas requeriam a intervenção da enfermagem para adquirir habilidade, poder decisório e comportamento de controle em relação aos seus requisitos de autocuidado, assumimos o papel de promover o indivíduo a tornar-se um agente do autocuidado, fornecendo as informações necessárias e nos certificando de que houvesse compreensão por parte das mulheres, solicitando que nos falassem como haviam entendido o que falávamos a elas.

Durante as consultas, no que se relaciona às necessidades biológicas podemos destacar que encontramos de forma geral nas puérperas atendidas, déficits para o autocuidado relacionados com a alimentação e informações sobre os hábitos alimentares durante a amamentação. A grande maioria das mulheres traz consigo uma bagagem de informações cheia de mitos e crenças, com muitas proibições e restrições, tendo influência do meio e das pessoas com as quais convivem.

Outros déficits encontrados foram os relacionados à amamentação, que eram percebidos por nós por meio das informações coletadas junto as puérperas durante exame físico. Muitas mulheres apresentaram mamas engurgitadas e/ou mamilos fissurados. Mediante a essas situações abordamos durante as consultas de enfermagem, o cuidado no tratamento das mamas, principalmente quando apresentavam alterações.

Ao exame físico, encontrávamos mamas tensas, túrgidas e geralmente dolorosas, característicos de engurgitamento mamário. Para as mulheres que apresentavam mamas engurgitadas o foco foi a explicação do conceito do problema apresentado e seu tratamento. Informando que, o engurgitamento ocorre devido à pressão exercida nos canalículos pela congestão venosa ou linfática da mama ou pela estase do leite em qualquer porção do

parênquima mamário. Geralmente está associado ao incompleto ou mau esvaziamento das mamas (SANTOS, 2002).

O tratamento do engurgitamento mamário é o esvaziamento completo do peito, mesmo após as mamadas, até que desapareçam os pontos dolorosos e, de preferência com a ordenha manual do leite. Pode-se também aplicar calor com banho de sol ou compressa quente e massagear a região mamilo areolar, no caso de difícil ejeção do leite, pois o calor estimula a vasodilatação dos canais e canalículos, a massagem estimula liberação de ocitocina, ambos favorecem a melhor ejeção do leite. Orientamos as puérperas para diminuir a ingestão de líquidos até que se estabelecesse o equilíbrio entre a produção e consumo do leite, pois a quantidade de líquidos ingerida pela puérpera influencia indiretamente na quantidade da produção láctea (SANTOS, 2002).

Algumas orientações para o autocuidado foram dadas no que se refere à profilaxia do engurgitamento mamário com o intuito de que as mulheres, conhecendo a causa do problema passassem viessem a evitá-las e mudar de atitudes a fim de evitarem um dos problemas mais comuns em mamas de lactantes, e que pode preceder outras complicações. Reforçávamos algumas orientações do aleitamento materno como: a boa pega e posição, que melhoram a transferência de leite da mama para a criança (SANTOS, 2002); o uso de sutiã adequado que sustentasse a mama aumentada de tamanho por causa da gestação e puerpério, porém que não provocasse o garroteamento da rede venosa, linfática ou canalicular da mama; a alternância das mamas e esvaziamento completo das mamas a cada mamada, essa prática favorece grandemente ao não aparecimento do engurgitamento (SANTOS, 2002).

Com relação à fissura mamilar, déficit comum as puérperas atendidas, orientamos sobre as principais causas, o que fazer para prevenir e para tratar esse tipo de lesão. A fissura mamilar trata-se da rachadura ou rompimento do tecido epitelial correspondente ao recobrimento do mamilo e a sua causa pode estar associada a fatores como a pega inadequada e sucção ineficiente. Uma prática bastante comum na gestação é a utilização de cremes lubrificantes ou hidratantes na região da mama para prevenir o surgimento de estrias, porém, as gestantes e puérperas acabam utilizando tais cremes na região mamilo-areolar e esses produtos tem a função de remover células da superfície da aréola, o que pode tornar a região susceptível às lesões. A higienização excessiva praticada pela maioria das mães acaba por fim, removendo a ação da lubrificação natural da pele e a falta de preparo do mamilo no pré-natal com exercícios para tornar a pele do mamilo mais resistente são alguns fatores que predispõem o aparecimento das fissuras mamilares (SANTOS 2002). Em nossa prática

podemos verificar com frequência a associação da fissura mamilar com os fatores acima descritos.

O engurgitamento mamário é uma causa freqüente de fissura mamilar, já que o mamilo excessivamente distendido favorece a pega incorreta, pois dificulta ao bebê abocanhar uma grande área na região mamilo-areolar, fazendo com que ocorra a sucção e apreensão inadequada (SANTOS, 2002).

Dávamos orientações referentes à prevenção da fissura mamilar que eram relacionadas com a exclusão dos fatores causais como, não usar lubrificante ou hidratante; evitar higiene excessiva na região mamilo-areolar, não lavar os peitos com sabão ou sabonete, pois favorecem a desidratação da pele; oferecer o peito ao bebê com aréola macia e não distendida esvaziando previamente a mama, por meio de extração manual do leite em caso de engurgitamento mamário (SANTOS, 2002).

As orientações dadas para o tratamento da fissura mamilar foram as seguintes: corrigir a pega quando necessário, expor a região mamilo-areolar ao sol por 15 minutos entre 8 e 10 horas ou usar radiação infravermelha 3x ao dia, por até 15 minutos. Umedecer a região mamilar com gotas do próprio leite e aplicar calor seco com secador durante 2 a 3 minutos após cada mamada.

Um déficit para o autocuidado muito encontrado entre as mulheres, porém que não está relacionado diretamente com o período puerperal, mas ao qual reservamos atenção durante as consultas puerperais foi com relação à realização anual do preventivo de câncer de colo uterino. A grande maioria das mulheres atendidas não estava com o preventivo em dia, algumas nunca haviam realizado o exame. Nesse sentido as orientávamos com relação à importância de realizá-lo periodicamente, reforçando para retornarem e marcarem na própria unidade a coleta do preventivo para 4 meses após o parto.

O alcance deste objetivo foi possível através da interação e troca de informações entre nós acadêmicas e as puérperas, sendo que em cada orientação dada procurávamos confirmar o entendimento das informações por parte da mulher. Fazíamos à confirmação através de repetição de algumas perguntas, pedindo para que as puérperas demonstrassem o aprendido.

**Objetivo 4: Ampliar conhecimentos teóricos e práticos relativos ao puerpério, consultas de enfermagem e outros assuntos específicos que se fizerem necessário à prestação da assistência.**

Para alcançarmos este objetivo, recorreremos à literatura onde procuramos aprofundar os conhecimentos relativos aos temas propostos. Houve também a participação no “19º Curso de Manejo e Promoção do Aleitamento Materno do Hospital Universitário HU/UFSC” evento ocorrido no decorrer da prática assistencial, no período de 23 e 24 de Maio de 2007 com carga horária de 18 horas.

Além dos assuntos específicos relacionados ao puerpério propostos anteriormente, também participamos de outras atividades da unidade que nos forneceram informações e conhecimentos importantes relacionados à saúde da mulher como: a participação das reuniões sobre planejamento familiar, consultas de pré-natal, realização de coleta de preventivo, atendimento a mulheres com HPV e aplicação de ácido tricloroacético nas lesões, acompanhamento e realização de reuniões de gestantes com temas variados abaixo citados.

As reuniões de gestantes são programadas e organizadas pelas enfermeiras e por uma psicóloga, sendo realizadas mensalmente com a participação de profissionais de outras áreas. Nas reuniões que acompanhamos foram discutidos temas relacionados aos direitos da gestante em reunião conduzida por uma advogada; nutrição durante a gestação, palestra com a nutricionista; a importância do pré-natal, assunto discutido por enfermeira; odontopediatria com a participação de odontóloga da rede da prefeitura de Balneário Camboriú. A psicóloga que organiza as reuniões procura, distribuir presentes ou fazer sorteio de lembranças para as gestantes e seus bebês.

Realizamos ainda uma das reuniões abordando os temas de parto, puerpério e puericultura. Para realizar tal atividade tivemos que recorrer à literatura de obstetrícia e neonatologia, visto que na reunião não poderíamos deixar de abordar outros assuntos que precedem o puerpério e o cuidado com o bebê. Os detalhes discutidos e apresentados na reunião foram sinais de trabalho de parto, aleitamento materno e amamentação, cuidados básicos com o bebê, alimentação no puerpério, vacinas, teste do pezinho e teste da orelhinha.

Utilizamos de recursos audiovisuais para melhorar o entendimento do temas abordados e para demonstrar a amamentação utilizamos a boneca da unidade. A palestra ocorreu com a participação das gestantes. As mulheres nos fizeram muitas perguntas relacionadas ao tema, mesmo todas já terem tido a experiência do parto e puerpério com

outros filhos. Após o encontro foi oferecido um coffee-break para as mulheres que participaram.

Nossa conclusão sobre a reunião é de que mesmo com pouca experiência em obstetrícia, pudemos abordar com confiança os temas da palestra e conseguimos responder a as perguntas sem auxílio da supervisora. Isso nos deixa muito felizes, pois percebemos que a atualização e busca por conhecimentos da área se fizeram importantes na prática para nos dar segurança e que, sem esse conhecimento seria impossível aconselhar as gestantes respondendo seus questionamentos.

Consideramos relevante a interação com as enfermeiras da unidade, que se mostraram disposta e presentes durante grande parte das atividades acima citadas, dividindo conosco suas experiências. No desenvolvimento desta prática assistencial compreendemos o quanto é fundamental o aprofundamento teórico para a realização de uma prática eficiente. Por muitas vezes recorremos à literatura para oferecermos melhor atendimento às puérperas durante as consultas de enfermagem, que nos propiciaram acréscimo de conhecimento para o desenvolvimento da prática.

Todas essas atividades foram importantes e ampliaram conhecimentos teóricos e práticos referentes à saúde da mulher, desta forma consideramos este objetivo alcançado.

### **Objetivo 5: Apoiar o aleitamento materno.**

Apoiar o aleitamento materno foi uma das propostas feitas na qual dedicamos especial atenção, devido ao fato de que amamentar traz vantagens tanto para a mãe como para o bebê. O aleitamento materno foi por nós incentivado em todas as consultas realizadas, especialmente quando a puérpera mostrava o seu desinteresse pelo assunto.

Durante as consultas identificamos alguns déficits relacionados ao aleitamento materno como erros na pega, posição e produção láctea por meio da demonstração da amamentação pela puérpera e por meio de questões levantadas relativas ao aleitamento. À medida que elas demonstravam a amamentação juntamente com o bebê e respondiam as perguntas de modo incorreto ou apresentando algum déficit na prática do aleitamento, prontamente ensinávamos a forma correta de manejar o aleitamento materno e esclarecíamos questões pertinentes à amamentação. Por outro lado, algumas vezes o que fizemos foi elogiar a excelência na prática da amamentação de algumas puérperas.

Antes de iniciar o apoio específico ao aleitamento, pretendíamos estabelecer boa comunicação e interação com as mães. Nesse aspecto, utilizamos as lições levantadas pelo Curso de Manejo e Promoção do Aleitamento Materno do Ministério da Saúde onde ressalta a importância de sentar no mesmo nível que a mulher que será instruída, nos oferecer para ajudá-la durante a mamada, evitar palavras de julgamento, problemas ou dificuldades. E no que se refere a ajuda às mães na prática, procuramos seguir as orientações do mesmo curso, instruindo-as a aprender a responder às necessidades do bebê, ensinando-as a não interromper e não estabelecer frequência e duração das mamadas, acordando os bebês quando estavam sonolentos.

Para entendermos melhor o que se passava no dia a dia das mulheres que chegavam ao local de estágio, passamos a colocar em prática a observação das mamadas em nossas consultas. Essa prática mostrou-se grande aliada na consulta de enfermagem no puerpério, visto a importância da amamentação para a maioria das mulheres atendidas.

Para observar uma mamada foi necessário estabelecermos os critérios que seriam observados. Um dos principais enfoques dessa observação foi à pega do bebê, que é frequente causa de insucesso na amamentação (SANTOS, 2002). A pega correta possibilita a sucção do leite eficiente e, conseqüentemente, previne contra engurgitamento mamário, mamilos doloridos e fissura mamilar (BRASIL, 1993). A boa pega deve apresentar a boca do bebê bem aberta, queixo do bebê encostando-se à mama da mãe, os lábios devem estar virados para fora, a deglutição deve se tornar audível, o bebê deve sugar, pausar e sugar novamente com sucções lentas e fortes, as bochechas do bebê devem permanecer arredondadas (BRASIL, 1993).

Defrontamos-nos com o fato de que uma considerável parte das mulheres apresentava problemas com a sucção do bebê. Muitas delas nunca ouviram falar da importância da boa pega para o estímulo de produção de leite e prevenção de problemas com a mama (BRASIL, 1993). Para melhor entendimento das mães, mediante os problemas de pega, por várias vezes interferimos na mamada do bebê, corrigindo a posição dos lábios, da boca e percebendo como se fazia a sucção do leite. Para estimular a sucção, ensinávamos as puérperas a tocar ao redor da boca do bebê, quando a boca estivesse bem aberta ela deveria levar o bebê até o peito e não o peito até a boca do bebê, ajudamos a verificar se o bebê pegou grande parte da aréola (BRASIL, 1993).

Outro aspecto observado foi à posição da mãe e do bebê na hora da mamada. Esse aspecto era importante ser observado, pois dificuldades na manutenção da amamentação poderiam surgir devido ao desconforto causado pelo mau posicionamento da mãe e do bebê.

Principalmente as primíparas apresentaram dificuldades em estabelecer boa posição para facilitar a amamentação, para essas pacientes utilizamos de recursos como a demonstração de possíveis boas posições. Foram dadas orientações às puérperas quanto a: permanecer relaxadas em posição confortável, com a coluna apoiada; corpo do bebê totalmente virado para a barriga da mãe; cabeça do bebê alinhada com o restante do corpo; bebê não estar chorando; ao a mãe auxiliar a colocação do mamilo na boca do bebê, não pressionar com os dedos próximos a região areolar, evitando bloquear a passagem do leite (BRASIL, 1993).

Muitas dúvidas surgiram durante as consultas com relação à baixa produção de leite. A crença de que o leite é fraco foi questionada por grande quantidade de mulheres. O medo das mães ocorre porque as crianças normalmente perdem 10% do peso que nasceram nos primeiros dias de vida devido à perda de fluidos armazenados na vida uterina. Em torno de duas a três semanas o bebê deve recuperar o peso ao nascer (BRASIL, 1993). Essa recuperação de peso foi um dos focos analisados na consulta de enfermagem com relação à qualidade do leite produzido, bem como a observação de aspectos que podem alterar a produção de leite como o fato do bebê estar recebendo outros alimentos ou bebidas; a utilização de bicos e mamadeiras confundindo a sucção o bebê; mamadas não frequentes ou ineficientes, ou seja, a mama não era bem esvaziada e isto fazia com que o leite se acumulasse nas mamas, o que se torna um fator inibidor da produção láctea; interrupção das mamadas noturnas precoce, que interrompe o estímulo necessário para resposta à prolactina; o bebê pode não ter estabelecido boa pega; o bebê pode estar sendo retirado do peito apressadamente, não conseguindo receber o leite posterior; a mulher pode estar utilizando anticoncepcionais combinados, que contém estrógeno e progesterona ou outras drogas que afetam a produção láctea (BRASIL, 1993).

Avaliados todos esses aspectos acima citados, ainda nos restava à interpretação de que a puérpera poderia apresentar baixa auto-estima. Esse foi o fator que por vezes ocorreu com as puérperas. Não apresentavam problemas com pega, posição, mamas e mamilos ou problemas de saúde, mas insistiam em acreditar que o leite não estava sendo o suficiente para alimentar o bebê. Nesses casos reforçávamos quanto aos inúmeros benefícios do leite materno para o lactente e nutriz, na tentativa de convencer sobre a superioridade do leite humano comparado a outras formas de nutrição.

Outra prática bastante relevante em nossas consultas com relação ao apoio ao aleitamento foi à orientação de retirada e armazenamento do leite materno para as nutrizas que trabalhavam fora de casa. Nenhuma puérpera sabia como retirar, armazenar e alimentar o bebê com o leite ordenhado. Nossos esforços nesse sentido se voltaram para a orientação da

ordena manual primeiramente. Orientamos as mulheres como sentar em posição confortável, colocar máscara ou pano para evitar a contaminação do leite com gotículas de saliva, lavar as mãos e cortar unhas, prender cabelos ou usar toca, utilizar frasco limpo, fervido e com boca larga, pressionar a aréola para dentro com o dedo indicador (no limite inferior) e polegar (no limite superior) em forma de pinça, apertar os dois dedos um contra o outro por várias vezes em torno da aréola, desprezando os primeiros jatos de leite. Explicamos que no início, o leite demora um pouco a sair ou sai pouca quantidade, com o estímulo da ocitocina ao toque do mamilo o leite sai facilmente, deve-se congelar imediatamente após a retirada (BRASIL, 1993).

Realizamos no Núcleo de Atenção à Mulher, dia 18 de Junho de 2007, atividade educativa que abordou o tema manejo do aleitamento materno. O intuito com essa atividade foi de instruir os agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem e enfermeiros de uma unidade local de saúde próxima ao NAM sobre técnicas e novidades relacionadas ao aleitamento, para se tornarem multiplicadores das informações no aconselhamento de mulheres na sua área de abrangência. Essa necessidade foi levantada a partir do momento que a equipe de enfermagem desta unidade enviou mulheres lactantes para que nós e a equipe do NAM ajudássemos a orientá-las quanto aos problemas com as mamas. Percebemos juntamente com a supervisora que devíamos fazer algo para orientar os profissionais e ACS deste local.

Nessa atividade foram abordados aspectos relevantes sobre o leite materno como propriedades nutricionais, imunológicas, biológicas e químicas, cuidado com as mamas, prevenção de problemas com as mamas, demonstração de técnica da amamentação (posição, pega), ordenha manual, armazenamento do leite retirado. Os participantes se mostraram muito interessados e fizeram muitos questionamentos. Acreditamos que tenha sido de grande valia para os participantes e para a comunidade, visto que o objetivo era de esclarecer possíveis dúvidas referentes ao aleitamento materno, “quebrar” mitos que existem sobre o leite materno e fazê-los mais confiantes para passar tais informações à comunidade que atendem.

Referente ao objetivo apoiar o aleitamento materno consideramos que foi satisfatoriamente alcançado, pois com todas as puérperas atendidas o tema foi amplamente abordado e esclarecemos inúmeras dúvidas. Realmente apoiamos o aleitamento materno enfatizando seus benefícios e sempre nos esforçando para fazer com que as puérperas atendidas saíssem das consultas bem orientadas, demonstrando satisfação por terem apresentado progresso no manejo do aleitamento materno. Ficamos contentes quando a equipe de enfermagem da unidade local de saúde próxima do local de estágio nos enviou puérperas

para atendermos, isso significou que o nosso trabalho foi reconhecido tanto pelas puérperas como pelos demais serviços da comunidade.

### **Objetivo 6: Acompanhar e estimular interação da mãe com o recém-nascido.**

Mesmo sendo a mãe o centro da atenção durante a consulta, é impossível não remeter a atenção ao bebê em algum momento, uma vez que, a consulta puerperal faz parte da atenção à mulher no processo de nascimento. Além disso, as preocupações relacionadas ao bebê fazem com que as mulheres esqueçam de si e das ações que envolvem o seu autocuidado.

A boa interação da mãe com o bebê faz com a ela conheça seu bebê e aprenda a responder às suas necessidades de sono, alimentação, eliminações. A puérpera, ao reconhecer os reclames do bebê passa a se sentir mais confiante e consegue dar atenção a outros assuntos.

Nas consultas observamos o vínculo que havia se formado entre mães e bebês, fazíamos tentando focar indiretamente, observando carícias da mãe no bebê, a forma de se referir a ele, as palavras de carinho ou não, o jeito de segurar no colo, o acompanhamento do bebê na consulta.

Dessas consultas concluímos que de forma inegável as mulheres têm profunda preocupação com seus bebês. Elas se tornam totalmente mães ao invés de tentar ser concomitantemente uma puérpera que também precisa de cuidados. Durante as consultas tivemos que reforçar a importância da manutenção da saúde delas e da família para que o bebê pudesse crescer num ambiente saudável. Tentávamos orientá-las a manter qualidade de vida, e percebíamos que isso as fazia refletir nas suas relações e conflitos emocionais. Porém, algumas puérperas não compareciam com os bebês.

No que se refere ao acompanhamento da interação da mãe com o recém-nascido, este objetivo foi alcançado com as puérperas que estavam com os bebês, as demais, não sendo possível à observação direta de como se dava a relação mãe-filho, especialmente com a amamentação. Nestes casos recorremos às informações dadas pelas mães, incentivando o aleitamento materno, que favorece a interação mãe-filho.

**Objetivo 7: Desenvolver atividades sobre o planejamento familiar no puerpério.**

O planejamento familiar foi abordado com cada mulher individualmente durante as consultas de enfermagem. Procurávamos perguntar a cada uma delas sobre o interesse de nova gestação. A partir deste questionamento, todas as mulheres não tinham interesse de nova gestação, as orientamos sobre os métodos contraceptivos que poderiam ser utilizados para as puérperas que estavam amamentando ou não. Ao final da consulta era marcado consulta com ginecologista da unidade, quando iriam optar pelo método a ser utilizado.

Para a proposta de trabalhar em grupo, nos inserimos nas atividades da unidade, pois se desenvolve um programa da Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú para a realização de vasectomias e laqueaduras, do qual faz parte orientação sobre planejamento familiar e métodos anticoncepcionais, e deste acompanhamos algumas consultas individuais de esclarecimentos e aconselhamento e atividades de grupo. Além disso, são realizadas quinzenalmente na unidade, reuniões para orientação sobre métodos contraceptivos, da qual as mulheres que fazem o preventivo na unidade devem participar antes de marcarem a coleta.

Como já citamos anteriormente, acompanhamos reuniões que faziam parte do cronograma de atividades da unidade, na qual o planejamento familiar era abordado. Essas reuniões eram realizadas pelas enfermeiras da unidade conforme agenda.

Consideramos este objetivo alcançado, uma vez que as mulheres atendidas nas consultas puerperais receberam orientações e esclarecimentos sobre o tema.

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do projeto assistencial possibilitou maior aprofundamento dos conhecimentos teórico-práticos a cerca da saúde da mulher, mais especificamente no puerpério e promoção do autocuidado, nos proporcionando crescimento profissional.

Trabalhar com puérperas na Atenção Básica, foi uma boa e nova experiência, de modo que em nossa percepção, a prática desenvolvida foi grande relevância para as mulheres atendidas e para a equipe da unidade de saúde.

Houve receptividade e participação dos profissionais do Núcleo de Atenção à Mulher nas ações relacionadas ao puerpério, compartilhando conhecimentos e experiências, falcitando a nossa atuação ao desenvolver o projeto no local.

Com base na teoria do autocuidado desenvolvemos a prática assistencial, atuando na promoção da saúde da mulher identificando déficits de autocuidado, auxiliando as puérperas desenvolverem o seu potencial para autocuidarem-se. Evidenciamos os conceitos e pressupostos de Orem a respeito da influência de fatores individuais como crenças, valores, conhecimentos e contexto sócio-econômico-cultural sobre a capacidade das mulheres relaizarem ações para o autocuidado.

Além disso, contribuiu imensamente para a nossa formação profissional já que entendemos que o autocuidado é algo aprendido e que o Enfermeiro possui responsabilidades em cuidar e atender os requisitos para o autocuidado terapêutico da população a qual presta assistência, sendo o mesmo, um agente de formação e transformação da sociedade.

Constatamos nas consultas de enfermagem de retorno do pós-parto que as puérperas apresentam déficits de autocuidado, principalmente com relação ao conhecimento referente ao período vivenciado, necessitando de especial atenção e suporte educativo para potencializar o autocuidado.

Acreditamos que o principal objetivo deste projeto, de prestar assistência de enfermagem às mulheres no período puerperal, usuárias dos serviços de saúde do Núcleo de Atenção à Mulher, fundamentada na teoria de Dorothea E. Orem, visando a promoção do autocuidado, tenha sido plenamente alcançado.

Ao desenvolver a prática assistencial da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, acreditamos ter alcançado com êxito objetivos propostos pela disciplina de aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades, aplicar os conhecimentos

teórico-práticos ao prestar assistência assegurando a qualidade da mesma, executando todas as ações com atitudes éticas.

Afirmamos ainda, que saímos desta experiência com evidente crescimento pessoal e profissional, o que nos proporciona maior segurança e maturidade para a próxima etapa a ser vivenciada por nós, enfim, enfermeiras!

## REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, J. M.; HALBE, H. W.; FREITAS, G. da C. Planejamento familiar – classificação dos métodos: indicações e contra-indicações. In: HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 1993. cap. 67, p. 643-650.

\_\_\_\_\_, J. M.; PETTA, C. A. (Ed). **Anticoncepção**: manual de orientação. Febrasco. São Paulo: Ponto, 2004. 308 p. Disponível em: < [www.febrasco.org.br/manuais.htm](http://www.febrasco.org.br/manuais.htm) > . Acesso em: 03 Abr 2007.

ALMEIDA, F. D. de O. **O cuidado a puérpera acompanhada do familiar na maternidade e domicílio**: uma abordagem cultural. 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-graduação de Enfermagem, UFSC Florianópolis, SC.

ALMEIDA, E. do C. M. de. **Pré-Natal** [Apresentação Visual]. In: VI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2004. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/site/not/download/Pré-natal.pps> (acessado em 27/03/2007).

ALMEIDA, N. A. M., FERNANDES, A. G.; ARAÚJO, C. G. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/>. Acesso em: 02 Abr 2007.

BAIÃO, M. R. & DESLANDES, S. F. Alimentação na gestação e puerpério. **Revista de Nutrição**. 19(2):245-253, mar./abr., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília (DF). Disponível em: < [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm) > Acesso em: 05 Abr 2007.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19263.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm) >. Acesso em: 05 Abr 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2001. 199 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004. 82 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2005. 160 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manejo e Promoção do Aleitamento Materno**. Curso de 18 horas para equipes de maternidades. Passo 2. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. APOIO: OMS/OPAS/UNICEF. 1993.

CECATTI, J. G. et al. Introdução da lactação e amenorréia como método contraceptivo (LAM) em um programa de planejamento familiar pós-parto: repercussões sobre a saúde das crianças. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** 4(2): 159-169. abr/jun 2004.

COELHO, E. B. S. **A enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção**. 2000. 192 p. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa. Florianópolis, SC: 2000.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal**. (Dissertação). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

FAISAL-CURY, A. & MENEZES, P. R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2006; 28(3): 171-178

FOSTER, P. C. & JANSSENS, N. P. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J. B. Teorias de Enfermagem. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 90-105.

\_\_\_\_\_. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J. B. et al. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 90-107.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem** – Os fundamentos para a Prática Profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ICHISATO, SMT.; SHIMA, AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 10, n.4, p.578-85, 2002.

LINDNER, S. R., COELHO, E. B. S., BÜCHELE, F., SOARES, C. Direitos reprodutivos: o discurso e a prática dos enfermeiros sobre planejamento familiar. **Cogitare Enferm** 2006 set/out; 11(3):197-205

MARTINS, J. A. P. Puerpério. In: MARTINS, J. A. P. **Manual de obstetrícia: fisiologia**. São Paulo: EPU: Ed. Da Universidade de São Paulo. 1982. Parte E, p. 269-283.

MARTINS, M. L; LEOPARDI, M.T; WOSNY, A.M. Dorothea Orem: teoria do autocuidado. In: LEOPARDI, M.T. **Teorias de Enfermagem**. Florianópolis: Papa-Livro,1999.p.74-80.

MELLO, A.R. NEME, B. Puerpério: fisiologia e assistência. In: NEME, B. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Savier. Cap. 22, 1995, p. 158-165.

MELO, N. R., FILHO, A. S. P. (Ed). **Anticoncepção**: manual de orientação. FEBRASCO, 1997. Disponível em: < [www.febrasgo.org.br/manuais.htm](http://www.febrasgo.org.br/manuais.htm) > . Acesso em: 03 Abr 2007.

\_\_\_\_\_, N. R. de; POMPEI, L. de M.; GIRIBELA, A. H. G.; NEME, R M. Anticoncepção hormonal. **Rev. Brás. Méd. – Cad. Ginecol. Obstet**. v. 57, n. 8. ed Ago 2000. Disponível em: <[www.cibersaude.com.br](http://www.cibersaude.com.br)>. Acesso em: 28 Mar 2007.

MENDES, M. F. **Puerpério na atenção básica: as interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde**. 2003. 128 p. Dissertação (Mestrado em saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDAL DA SAÚDE, UNICEF. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**: o papel especial dos serviços materno-infantis. 1989.

PINTO, A. I. Saúde reprodutiva e planejamento familiar – aspectos demográficos, éticos e sociais. In: HALBE, H W. **Tratado de ginecologia**. 2ª Ed. São Paulo: Roca, 1993. Cap. 65. p. 627-635.

REA, M. F.. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**. (Rio de J.), Porto Alegre, v. 80, n. 5, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572004000700005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Abr 2007.

REZENDE, J. O puerpério. Estudo clínico e assistência. In: **Obstetrícia**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995. p. 358-369.

ROSSI, P. de; MESQUITA, A. C.; MELO, N. R. de; RIBEIRO, R. M. Pílula anticoncepcional. **Rev. Brás. Méd. – Cad. Ginecol. Obstet.** v. 56, ed Out 1999. Disponível em: [www.cibersaude.com.br](http://www.cibersaude.com.br). Acesso em: 28 Mar 2007.

SANTOS, E. K. A. **A Mulher como foco central na prática do aleitamento materno**: uma experiência assistencial fundamentada na teoria do Autocuidado de Orem. [Dissertação] Florianópolis, SC, 1991.

SANTOS, E. K. A. dos. Puerpério normal. In OLIVEIRA, E. de; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. (Org). **Enfermagem obstétrica e neonatológica**: textos fundamentais. 2ª ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002, p. 117 - 133.

SANTOS, E. K. A. dos. Promoção do Aleitamento Materno. In OLIVEIRA, E. de; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. (Org). **Enfermagem obstétrica e neonatológica**: textos fundamentais. 2ª ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002, p. 135 - 171.

SILVA, A. L; ARRUDA, E. P. Referências com base em diferentes paradigmas: modalidades ou solução para a prática de enfermagem. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.2, n. 1, p.82-92, jan./jun.1993.

SOUZA, M. A. M. de; GEBER, S. Estudo dopplerfluxométrico das artérias uterinas antes e após inserção do DIU. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032004000500009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000500009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Abr 2007.

UNICEF. **Aleitamento materno.** Disponível em: <  
<http://www.unicef.org/brazil/aleitamento.htm> >. Acesso em 29 Mar 2007.

ZAMPIERI, M. de F. M., CARTANA, M. do H. Aleitamento materno. In: VERDI, M., BOES, A. E., ZAMPIERI, M. de F. M. (organizadoras). **Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais.** Florianópolis: UFSC/NFR/SPB. 2005. Cap. 12. p. 243-267.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

## DISCIPLINA: INT 5134- ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

### Parecer final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem: Assistência de enfermagem no puerpério em uma unidade de atenção básica: incentivando o autocuidado. Teve como objetivo geral prestar assistência de enfermagem às mulheres no período puerperal, usuárias dos serviços de saúde do Núcleo de Atenção à Mulher, fundamentada na teoria de Dorothea E. Orem, visando a promoção do autocuidado. Onde adotou-se como referencial conceitual a Teoria do Autocuidado de Orem. Como aspectos mais importantes da Prática Assistencial desenvolvida destaca-se a consulta puerperal, a identificação de déficits para o autocuidado e a intervenção de enfermagem. O desenvolvimento da Prática Assistencial no Núcleo de Atenção à Mulher – NAM, pelas acadêmicas CRISTIANE SOARES e VANESSA DELFES JACQUES VARELA vai contribuir para o aprimoramento profissional e da assistência de enfermagem voltada para as necessidades de atenção a saúde da mulher. Gostaria de ressaltar aqui o desempenho das duas acadêmicas, que atuaram nesse estudo com muita responsabilidade, com entusiasmo, compromisso ético e que mesmo com um acúmulo de trabalho, atingiram os objetivos propostos, contribuindo com o tema e ressaltando importantes desafios da saúde da mulher na atenção básica em saúde.

Florianópolis, 19 de julho de 2007.

Assinatura manuscrita de Elza Berger Salema Coelho.  
Elza Berger Salema Coelho

APÊNDICES

## APÊNDICE A

**CONSULTA PUERPERAL**AÇÕES EM RELAÇÃO À PUÉRPERA**Anamnese****Verificar o cartão da gestante ou perguntar à mulher sobre:**

- condições da gestação;
- condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
- dados do parto (data; tipo de parto; se cesárea, qual a indicação);
- se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh);
- se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis ou HIV durante a gestação e/ou parto;
- uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros).

**Perguntar como se sente e indagar sobre:**

- aleitamento (frequência das mamadas – dia e noite –, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas);
- alimentação, sono, atividades;
- dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;
- planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência);
- condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros);
- condições sociais (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento de necessidades básicas).

**Avaliação clínico-ginecológica:**

- verificar dados vitais;
- avaliar o estado psíquico da mulher;
- observar estado geral: pele, mucosas, presença de edema, cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e membros inferiores;
- examinar mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
- examinar abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação;
- examinar períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios);

- verificar possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor em baixo-ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicitar avaliação médica imediata, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe;
- observar formação do vínculo entre mãe e filho;
- observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola. O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção, comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais frequentes de problemas nos mamilos. Em caso de ingurgitamento mamário, mais comum entre o terceiro e o quinto dia pós-parto, orientar quanto à ordenha manual, armazenamento e doação do leite excedente a um Banco de Leite Humano (caso haja na região);
- identificar problemas/necessidades da mulher e do recém-nascido, com base na avaliação realizada.

### **Conduitas**

- Orientar sobre:
  - higiene, alimentação, atividades físicas;
  - atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/Aids;
  - cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
  - cuidados com o recém-nascido;
  - direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).
- Orientar sobre planejamento familiar e ativação de método contraceptivo, se for o caso:
  - informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
  - explicação de como funciona o método da LAM (amenorréia da lactação);
  - se a mulher não deseja, ou não pode, usar a LAM, ajudar na escolha de outro método;
  - disponibilização do método escolhido pela mulher com instruções para o uso, o que deve ser feito se este apresentar efeitos adversos e instruções para o seguimento.
- Aplicar vacinas, dupla tipo adulto e tríplice viral, se necessário.
- Oferecer teste anti-HIV e VDRL, com aconselhamento pré e pós-teste, para as puérperas não aconselhadas e testadas durante a gravidez e o parto.
- Prescrever suplementação de ferro: 40 mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada.
- Tratar possíveis intercorrências.
- Registrar informações em prontuário.
- Agendar consulta de puerpério até 42 dias após o parto.

## APÊNDICE B

**CONSULTA PUERPERAL (ATÉ 42 DIAS)****Atividades**

Caso a mulher e o recém-nascido já tenham comparecido para as ações da primeira semana de saúde integral, realizar avaliação das condições de saúde da mulher e do recém-nascido; registro das alterações; investigação e registro da amamentação; retorno da menstruação e atividade sexual; realização das ações educativas e condução das possíveis intercorrências.

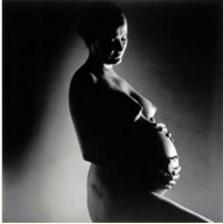
**Passos para a consulta**

- Escutar a mulher, verificando como se sente, suas possíveis queixas e esclarecendo dúvidas.
- Realizar avaliação clínico-ginecológica, incluindo exame das mamas.
- Avaliar o aleitamento.
- Orientar sobre:
  - higiene, alimentação, atividades físicas;
  - atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/Aids;
  - cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
  - cuidados com o recém-nascido;
  - direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).
- Orientar sobre planejamento familiar e ativação de método contraceptivo se for o caso:
  - informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
  - explicação de como funciona o método da LAM (amenorréia da lactação);
  - se a mulher não deseja, ou não pode, usar a LAM, ajudar na escolha de outro método;
  - disponibilização do método escolhido pela mulher com instruções para o uso, o que deve ser feito se este apresentar efeitos adversos, e instruções para o seguimento.
- Tratar de possíveis intercorrências.

Caso a mulher não tenha comparecido para consulta na primeira semana após o parto, realizar as ações previstas para a “Primeira Semana de Saúde Integral”. Idem ANEXO I.

## APÊNDICE C

## APRESENTAÇÃO UTILIZADA NA REUNIÃO DE GESTANTES

<p><b>Chegou a hora de nascer!!!!</b></p>  <p>01</p>	<p><b>1. Sinais e Sintomas de parto</b></p> <p>Alguns sintomas podem aparecer para avisar que a hora do trabalho de parto está chegando.</p> <p>a) <b>Leveza:</b> barriga baixa - o bebê se posiciona para baixo na pelve, o que dá uma sensação de compressão no baixo ventre que pode ser acompanhada de uma dor lombar;</p> <p>b) <b>O bebê mexe menos</b> ele fica menos ativo no dia anterior ao início T.P. O bebê está guardando energia para o parto;</p> <p>c) <b>Desejo de abrigar:</b> desejo de limpar a casa, arrumar o quarto do bebê;</p> <p>02</p>
<p>d) <b>O sinal:</b> tampão mucoso – significa que o colo uterino dilatou suficientemente para expelir o tampão mucoso. O T.P. pode demorar dias;</p> <p>e) <b>A bolsa d' água se rompe:</b> prestar atenção na cor e no cheiro do líquido. Vão perguntar sobre isso na maternidade;</p> <p>f) <b>Contrações uterinas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verdadeiras contrações:</b> contrações cada vez mais intensas, frequentes e com períodos regulares;</li> <li>• <b>Falsas contrações:</b> não tem regularidade e passa ao repouso ou troca da posição.</li> </ul> <p>03</p>	<p><b>Quando ir para a maternidade?</b></p>  <p>04</p>
<p>1. Quando você estiver com contrações em pelo menos 3 no período de meia hora ( 3/10' );</p> <p>1. Quando a bolsa d' água se rompe;</p> <p>2. Quando tiver sangramento, mesmo sem dor.</p>  <p>05</p>	<p><b>O que levar para a maternidade?</b></p> <p>1. Carteira de gestante ; identidade; exames ( USG se tiver);</p> <p>2. Roupas e acessórios pessoais;</p> <p>3. Roupinhas do bebê.</p>  <p>06</p>

## Maternidade



Depois de dar a entrada na maternidade você será examinada (AV, pressão, ausculta do bebê e toque vaginal para verificar dilatação do colo).

07

## Parto normal ou cesariana?

1. **Cesariana:** é uma técnica cirúrgica para partos, quando houver necessidade.



08

2. **Parto normal:** é o que toda mulher deve fazer. Você só deve fazer cesariana se tiver algum problema.

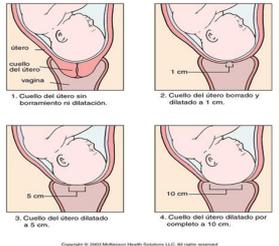


Se sujeta la cabeza del bebé con las manos mientras sale del útero. La cabeza se virará naturalmente hacia un lado.

09

## Trabalho de parto

**Borramiento y dilatación cervical durante el parto**  
(Cervical Effacement and Dilatation During Labor)



**Primeiro estágio:**  
dilatação do colo;

10

**Segundo estágio:**  
saída do bebê/episiotomia;



Cuando el cuello uterino se dilata a 10 cm, la madre experimenta una urgencia incontrolable de pujar

11

**Terceiro estágio:**  
desprendimento e descimento da placenta;

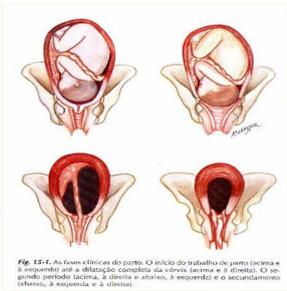


Fig. 15-7. As fases efílicas do parto. O início do trabalho de parto (setima e à esquerda) até a dilatação completa da cervix (terceira e à direita). O segundo período (doima, à direita e abaixo), à esquerda) e o terceiro período (oitavo, à esquerda e à direita).

12

<p><u>Quarto estágio</u>: período de greenberg – dura por volta de 1 hr.</p>  <p>13</p>	<p><b>O BEBÊ NASCEU E AGORA?</b></p>  <p>14</p>				
<p><b>CONSULTA PUERPERAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a condição de saúde da mãe;</li> <li>• Acompanhar o retorno das condições pré-gravídicas;</li> <li>• orientação e apoio á amamentação;</li> <li>• orientação sobre o planejamento familiar;</li> <li>• complementação ou realização de ações não executadas no pré-natal;</li> <li>• e ainda, orientação sobre os cuidados básicos com o recém-nascido.</li> </ul> <p>15</p>	<p><b>E O BEBÊ?</b></p>  <p>16</p>				
<p><b>O BEBÊ</b></p>  <table> <tbody> <tr> <td>Ao nascer</td> <td>BCG – Tuberculose Hepatite B</td> </tr> <tr> <td>1ª semana</td> <td>Fenilcetonúria Hipotireoidismo congênito</td> </tr> </tbody> </table> <p>17</p>	Ao nascer	BCG – Tuberculose Hepatite B	1ª semana	Fenilcetonúria Hipotireoidismo congênito	<p><b>FELICIDADES!!!</b></p>  <p>18</p>
Ao nascer	BCG – Tuberculose Hepatite B				
1ª semana	Fenilcetonúria Hipotireoidismo congênito				

## APÊNDICE D

## FOLFER 1 - ELABORADO PARA A REUNIÃO DE GESTANTES



Aqui vão algumas dicas para você que ainda não sabe de todos os benefícios do aleitamento materno para a mamãe e sua família

- A amamentação exclusiva ao peito e sem interrupções noturnas previne contra gravidez em 99%, por seis meses, se a mamãe permanecer sem menstruar; mas como não tem como garantir que a ovulação realmente não irá ocorrer deve-se utilizar métodos de barreira como camisinha, diafragma e outros.
- O hormônio liberado durante a sucção do leite pelo bebê auxilia na involução uterina (útero contrai para voltar à localização e tamanho anterior à gravidez);
- A amamentação por tempo prolongado pode prevenir contra o aparecimento de câncer de mama, osteoporose, anemia, esclerose múltipla na pré-menopausa;
- O leite materno não necessita gastos com gás de cozinha, água, açúcar, mamadeiras, leites artificiais ou de animais industrializados, entre outros;

**E não esqueça.... compareça sempre às consultas agendadas, elas são muito importantes para a manutenção da saúde de toda a família!!!**

Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Santa  
Catarina  
Vanessa Jacques Varela  
Cristiane Soares

## APÊNDICE F

## FOLFER 2 - ELABORADO PARA A REUNIÃO DE GESTANTES

Você acha que já sabe tudo sobre amamentação?? Se sim, provavelmente você está enganada!!!

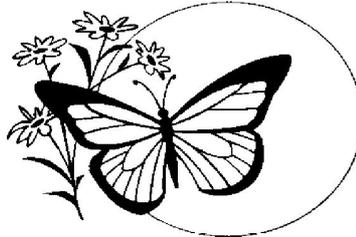
Aí vão as novidades da saúde sobre o ato de amamentar, como prevenir e corrigir problemas relacionados à amamentação...

- Não use sabonetes, álcool, água boricada no mamilo (bico) e na aréola (parte escura ao redor do bico da mama), isso pode deixar seu mamilo ressecado em demasia e aumentar o risco de fissuras (bico rachado).
- Evite o uso de cremes e bicos protetores de mamilo. Eles deixam sua pele mais sensível e o gosto do creme pode fazer com que o bebê não aceite a mama na hora da mamada.
- Tome banho de sol nas mamas diariamente tanto para prevenir quanto para cicatrizar a fissura mamilar entre 8h e 10h, por no máximo 15 minutos.
- Antes de iniciar a mamada, confira se seu mamilo está molinho e flexível, o bico macio previne contra a dor e a fissura mamilar.
- Se o mamilo não estiver flexível tente tirar um pouco do leite inicial da mamada e logo perceberá a diferença, após esse exercício seu mamilo está pronto para que o bebê abocanhe a aréola e o bico de sua mama corretamente;
- Se seu mamilo já estiver "rachado", continue tirando seu leite manualmente e dando ao bebê por meio de copinhos ou seringa....e aplique calor seco no local com um secador de cabelos por 2 a 3 minutos após cada mamada.
- Sempre esvazie a mama até o fim em cada mamada.

Acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina Vanessa  
Jacques Varela  
Cristiane Soares  
e Equipe de Enfermagem do Núcleo de Atenção à Mulher

## APÊNDICE G

## FOLFER 3 - ELABORADO PARA A REUNIÃO DE GESTANTES



A grande maioria dos casos de insucesso na amamentação e o aparecimento de problemas com as mamas está na pega do bebê, ou seja, a forma como o bebê está mamando. Então, qual a forma correta de amamentar? Nós não nascemos sabendo?

Quanto ao bebê...

- perceba se a boca do bebê está bem aberta, tentando pegar ao máximo a aréola da sua mama;
- faça com que ele encoste o queixo na sua mama, e vire os lábios do bebê para fora (boca de peixinho);
- sinta, utilizando seu dedinho, se ele utiliza a língua para sugar o leite, o bebê não deve mastigar a mama para mamar!!
- **TUDO** o corpo do bebê deve estar encostado no corpo da mãe e deve estar de frente para ela, barriga com barriga, independente da posição sentada, deitada ou em pé;

### Quanto à mamãe...

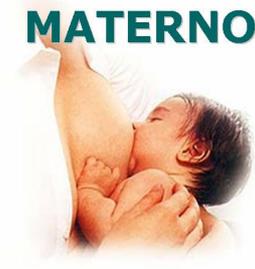
- vista roupas apropriadas e de fácil acesso às mamas;
- fique em posição confortável para conseguir observar as lições citadas acima;
- Lave muito bem as mãos antes das mamadas.

Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal  
de SC

Vanessa Jacques Varela e Cristiane soares

## APÊNDICE H

## APRESENTAÇÃO UTILIZADA NA ATIVIDADE EDUCATIVA SOBRE MANEJO DO ALEITAMENTO MATERNO

<h2 style="text-align: center;">MANEJO DO ALEITAMENTO MATERNO</h2>  <p style="text-align: center;">01</p>	<h2 style="text-align: center;">VANTAGENS PARA A MÃE</h2>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• INVOLUÇÃO UTERINA</li> <li>• AMANORRÉIA DA LACTAÇÃO</li> <li>• EMAGRECIMENTO</li> <li>• PRATICIDADE</li> <li>• ECONOMIA FAMILIAR</li> <li>• PREVENÇÃO DE: CA DE MAMA E OVARIO, ANEMIA, OSTEOPOROSE.</li> </ul> <p style="text-align: center;">02</p>
<h2 style="text-align: center;">VANTAGENS PARA O BEBÊ</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DIMINUIÇÃO DOS VALORES DE MORTE SÚBITA, OTITE, CÂNCER, DIABÉTES, ITU</li> <li>• DIMINUIÇÃO DE PROBLEMAS ORTODÔNTICOS, ORTOPÉDICOS FACIAIS, FONOAUDIOLÓGICOS</li> <li>• MAIOR RESPOSTA A VACINAÇÃO</li> </ul>  <p style="text-align: center;">03</p>	<h2 style="text-align: center;">COLOSTRO</h2>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1º LEITE</li> <li>• ATÉ 7 DIAS</li> <li>• PRESENTE DESDE O ÚLTIMO TRIMESTRE</li> <li>• RICO EM CAROTENO</li> <li>• RICO EM IMUNOGLOBULINAS</li> <li>• FACILITA O ESTABELECIMENTO DA FLORA BÍFIDA</li> <li>• FACILITA A ELIMINAÇÃO DO MECÔNIO</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>(FUNÇÕES ESPECÍFICAS DE PROTEÇÃO)</b></p> <p style="text-align: center;">04</p>
<h2 style="text-align: center;">LEITE DE TRANSIÇÃO</h2>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 - 14 DIAS</li> <li>• MENOR QUANTIDADE DE PROTEÍNAS</li> <li>• MAIOR QUANTIDADE DE LACTOSE E GORDURAS</li> </ul> <p style="text-align: center;">05</p>	<h2 style="text-align: center;">LEITE MADURO</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A PARTIR DE DUAS SEMANAS</li> <li>• PERMANECEM CARACTERÍSTICAS NUTRICIONAIS E IMUNOLÓGICAS</li> <li>• PERCEBE-SE AGORA A DIFERENÇA DO LEITE DURANTE AS MAMADAS</li> </ul>  <p style="text-align: center;">06</p>

## LEITE MADURO

A COLORAÇÃO DO LEITE PODE MUDAR, DEPENDENDO DA DIETA DA LACTANTE (ESVERDEADO, **ALARANJADO**), O QUE NÃO É NORMAL É **MARROM, INDICA SANGRAMENTO !!!**

07

## FASES DA MAMADA

- LEITE DO INÍCIO (SOLUÇÃO) – CERCA DE 70% DE ÁGUA, FUNÇÃO DE IMPERMEABILIZAR O INTESTINO DA CRIANÇA.
- LEITE DO MEIO (SUSPENSÃO) – COMPOSTOS ACIDIFICADOS PARA COMBATER BACTÉRIAS.

08

## FASES DA MAMADA

- LEITE DO FIM (EMULSÃO) – CONTÉM COMPOSTOS QUE SATURAM AS PAPILAS GUSTATIVAS PARA SACIAR O BEBÊ FÍSICA, QUÍMICA, BIOLÓGICA E PSIQUICAMENTE



09

## PROTEÍNAS DO LM

- ADEQUADO PARA O DESENVOLVIMENTO CEREBRAL DO BEBÊ
- FACILMENTE DIGERIDA
- RICO EM LACTALBUMINA



10

## LEITE VACA X LEITE HUMANO

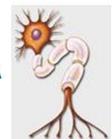
80 % CASEÍNA  
20% SORO (NADA)



40 % CASEÍNA  
60% SORO (LACTALBUMINA, LISOZIMA, LACTOFERRINA, IMUNOGLUBULINA)

## LIPÍDIOS

- FONTE ENERGÉTICA
- ÁCIDOS GRAXOS DE CADEIA LONGA, PROMOVE O DESENVOLVIMENTO DO SN.
- ÁCIDOS GRAXOS DE CADEIA CURTO, SÃO BACTERICIDAS.
- LEITE NÃO HUMANO NÃO POSSUI ENZIMA PRÉ-MAMADA, A LIPASE.



**LIPASE – AQUECER DESTRÓI ESSA ENZIMA**

11

12

## CARBOIDRATOS

- LACTOSE – PRINCIPAL AÇÚCAR
- CONTÉM 15-20% DE OLIGOSSACARÍDEOS, QUE EM CONTATO COM BACTÉRIAS TORA-SE SUSTÂNCIA BACTERICIDA.
- AJUDA NA ABSORÇÃO DO CÁLCIO, MAGNÉSIO, FÓSFORO.
- ESTIMULA O PERISTALTISMO

13

## VITAMINAS E MINERAIS

- QUANTIDADE SERÁ DETERMINADA PELO CONSUMO MATERNO.
- LEITE HUMANO MUITO MAIS VITAMÍNICO.



14

## FATORES QUE ALTERAM O ALEITAMENTO



- ANSIEDADE / MEDO
- PAI / COMPANHEIRO
- CARÁTER ERÓTICO
- BAIXO AUTO-ESTIMA
- IDADE
- ESTADO NUTRICIONAL
- HORAS DO DIA
- ESTAÇÕES DO ANO

15

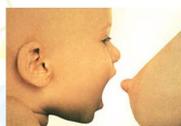
## MANEJO DO ALEITAMENTO

- **PEGA E POSIÇÃO**
- MÃE RELAXADA, COSTAS APOIADAS E CONFORTÁVEL
- BEBÊ SEM COBERTAS E MANTAS ENROLADAS
- BARRIGA COM BARRIGA



16

## MANEJO DO ALEITAMENTO



- BOCA DO BEBÊ BEM ABERTA
- BOCA DE PEIXINHO
- QUEIXO ENCOSTADO NA MAMA
- APÓS A PEGA, A MÃO DA MÃE QUE ESTÁ NA MAMA DEVE CONTER O BEBÊ NO SU COLO
- ACORDAR O BEBÊ PARA ESVAZIAR TODA A MAMA

17

## PROBLEMAS MAIS FREQUENTES DA AMAMENTAÇÃO

- **ENGURGITAMENTO MAMÁRIO** – CONSTIONAMENTO VENOSO E LINFÁTICO E ESTASE LÁCTEA



Para Silva, 2007  
Figura 14 - Mamas ingurgitadas

18

PROBLEMAS MAIS FREQUENTES DA AMAMENTAÇÃO

- **FISSURA MAMILAR** – DEVIDO PEGA INADEQUADA



19

PROBLEMAS MAIS FREQUENTES DA AMAMENTAÇÃO

- **MASTITE PUERPERAL** – INFECÇÃO PELA INVASÃO DO TECIDO MAMÁRIO POR MICROORGANISMOS PATOGENICOS



Figura 1. Mastite puerperal do tipo glandular, com embaçamento do tórax e glandula mastitica, segundo a classificação de Vitoria.

20

OBRIGADA E  
BOA TARDE!!!



ANEXOS

## ANEXO A



SERVICÓ PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476  
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
TELEFONE: (48) 3721 - 9000 - TELEFAX: (48) 3234-4069

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CENTRO DE ESTUDOS

## CERTIFICADO

Certificamos que Janessa Jaques Carela  
participou do "19º CURSO DE MANEJO E PROMOÇÃO DO  
ALEITAMENTO MATERNO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HU/UFSC",  
no período de 23 a 24 de maio de 2007, com a carga horária de 18 horas.

Florianópolis, 24 de maio de 2007.

*Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt*

Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt

Professor de Neurologia - www.neurologia.ufsc.br

Presidente do Centro de Estudos - HU/UFSC

Prof. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt

Presidente do Centro de Estudos

CBN/TH

no. n.º. 91  
ano. n.º. 07  
de n.º. 26  
\_\_\_\_\_ 2007  
M. 2007