

Alessandra Coelho Santana
Débora Padilha
Karina Patrícia dos Passos

O CUIDADO DO RECÉM NASCIDO: ORIENTAÇÃO ÀS PUÉRPERAS INTERNADAS EM
UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO NORDESTE DE SANTA CATARINA

JOINVILLE, 2012

Alessandra Coelho Santana
Débora Padilha
Karina Patrícia dos Passos

Relatório do Projeto de Ação Comunitária
apresentado ao
Curso de Enfermagem, do Instituto Federal de Educação,
Ciência e Tecnologia de Santa Catarina
Campus Joinville, no semestre 01/2012

Orientadora: Prof^a. Ms. Ondina Machado de Marichal

Joinville, 2012

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	6
3 METODOLOGIA.....	8
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	21
5 CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICES.....	32
APÊNDICE A - Entrevista com as puérperas do AC na MDV.....	33
APÊNDICE B - Entrevista sobre desenvolvimento da equipe.....	34
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	35
ANEXOS.....	36
ANEXO 1 - Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa.....	37
ANEXO 2 - Autorização para Pesquisa.....	38

1 INTRODUÇÃO

Este projeto foi realizado em uma maternidade pública do nordeste de Santa Catarina, em um alojamento conjunto e teve o intuito de tornar as puérperas aptas no cuidado do recém nascido, proporcionou assim, uma melhor qualidade de vida para o bebê e a sua mãe, estendendo-se a sua família.

A ocasião da alta hospitalar de uma maternidade causa muitos desconfortos, aborrecimentos que podem ser evitados com a orientação e a capacitação dessas mães.

Há muitas dúvidas das mães, em relação aos seus filhos, que não são esclarecidas no local em que nasceram resultando em aumento da ansiedade e levando as mães a cuidar de seu recém-nascido (RN) de forma inadequada ou ainda que possam trazer prejuízos para a criança.

Utilizamos esse momento para capacitá-la por meio de orientações, demonstrações na prática sobre os cuidados com o recém-nascido sobre higiene e conforto do RN, higiene do coto umbilical, o cuidado com a troca de fraldas, dermatites de contato na região genital, amamentação e refluxo, alívio das cólicas, exames (triagem auditiva e ocular) e os mitos referentes ao cuidado do RN.

Para FARIA e outros (2010): “O sistema de Alojamento Conjunto (AC) consiste em um princípio hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento permanece ao lado da mãe 24 horas por dia, em um mesmo ambiente até a alta hospitalar.” Considerando que a mãe e o filho permanecem juntos durante toda a permanência na instituição.

Aproveitando a permanência no alojamento conjunto, em que a puérpera e o recém nascido estão juntos e estão vivenciando essa nova situação do nascimento, a mulher torna-se mais interessada a receber as orientações e mais participativa no cuidado do recém nascido, facilitando o processo de aprendizagem.

Segundo os mesmos autores “Tal sistema de internação possibilita ao binômio mãe-filho estabelecer laços afetivos e, ainda, receber incentivos ao aleitamento materno, orientações de cuidados de mãe para filho e prevenção de infecções.”

Entre as vantagens do sistema de alojamento conjunto, destacamos que permite o aprendizado materno sobre como cuidar do RN, visando esclarecer às dúvidas da mãe e incentivá-la nos momentos de insegurança; reduzir a ansiedade da mãe (ou pais) frente às experiências vivenciadas.

Levando em conta as dúvidas das puérperas, fizemos a seguinte pergunta: *“como as orientações de enfermagem no puerpério podem ajudar a estabelecer conforto e segurança*

nos cuidados com o binômio mãe – recém-nascido?”

A história pessoal das usuárias, bem como suas ansiedades e necessidades de se sentirem seguras, não são consideradas relevantes pelos profissionais de enfermagem (FARIA e outros, 2010).

Como estudantes de enfermagem, contribuímos para a mudança dessa realidade. Ouvimos as suas dificuldades, ansiedades e orientamos o que achamos pertinente para torná-las aptas a cuidar de seu filho.

KENNER (2001, p. 102) diz que “Muitos pais novos têm dúvidas quanto à sua capacidade de cuidar de um ser tão dependente.” Trabalhamos para deixar as puérperas mais seguras em relação aos cuidados básicos com o neonato, tornando-se de suma importância para as primíparas, já que as dúvidas após o nascimento da criança tornam-se mais frequentes.

A importância do projeto deu-se a fim de sanar as dúvidas no puerpério, esclarecendo questões referentes ao neonato, já que as dificuldades prevaleciam e o cuidado de forma correta foi fundamental para a saúde, a qualidade de vida e a sobrevivência da criança, também o cuidado de si da mãe. Assim, a participação dos profissionais de enfermagem deve ser constante. Conforme Kenner (2001, p. 102) “os cuidados de enfermagem precisam englobar toda a família – não apenas o recém nascido.” Quando orientamos essa puérpera aproveitamos também para trabalhar com aqueles familiares que estiveram naquele momento junto com ela.

Este trabalho justificou-se pela relevância na busca de dados que possam auxiliar a equipe de enfermagem a reorganizar a assistência no alojamento conjunto, proporcionamos orientação adequada às mães quanto à importância do aleitamento materno, e, esclarecemos sobre o auto cuidado e o cuidado com o recém-nascido, promovendo, assim, segurança e melhor qualidade de adaptação da criança à vida extra-uterina.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O NEONATO

Recém nascido é o termo utilizado à criança desde o dia em que nasce até o 28º dia de vida. Quando a criança nasce, seu peso e tamanho podem variar de acordo com o estilo de vida da mãe, do tempo em que permaneceu no útero e demais fatores relacionados à gestação.

Antes de tudo, a interação de pais e recém-nascido faz-se muito importante, e avaliar o nível de conhecimento dos pais sobre os cuidados, cabe ao profissional de enfermagem fazê-lo antes da ida para casa com o bebê.

Quando a equipe torna-se modelo de ensino para os pais, tal educação pode ser melhorada, fornecendo um reforço aos pais na hora de cuidar do bebê. A ligação pode começar antes mesmo da alta do filho. A educação continuada é parte essencial na alta do bebê.

“As técnicas de cuidados neonatais básicos incluem banho, troca de fraldas, cuidados com o cordão umbilical...” (KENNER, 2001, p. 104). Englobam ainda tais assuntos como a amamentação e o refluxo gastroesofágico. Incluindo também a prevenção das cólicas abdominais e o alívio disponível quando acontecerem.

“Essas medidas garantem o bem-estar do seu bebê. Elas lhe darão a chance de aprender sobre o seu bebê e a se relacionar com ele através de um contato próximo.” (KENNER, 2001, p. 104)

2.2 O BANHO DO RN

Muitas dificuldades surgem na hora do banho. Mas é importante a calma da mãe, pois se não houver esta, trará também impaciência ao bebê, o que tornará a situação mais difícil. “Geralmente, na maternidade, uma enfermeira ensina os pais a dar o banho no recém-nascido, mas, mesmo assim, quando se chega em casa, sempre ocorre uma certa insegurança neste momento.” (GONÇALVES, 2011).

Tudo deve estar organizado antes do banho, para não ocorrerem imprevistos. Preparar o ambiente onde se dará o banho, com uma temperatura agradável, onde não haja corrente de ar. Também providenciar os materiais para a higiene do bebê, como a toalha, o sabonete e as roupas colocadas em ordem de vestir o recém nascido. “Use apenas sabonete sem perfume e sem fármaco. Um sabonete forte pode alterar a superfície da pele e limitar a sua capacidade de proteção contra infecções.” (KENNER, 2001, p. 104).

A quantidade de água deve ser a metade da capacidade da banheira. Coloca-se primeiro a água fria e depois a água quente, mas nunca com o RN já dentro da banheira.

Segundo Marichal (2012) “Para evitar queimaduras no bebê, a temperatura da água deve estar em temperatura tépida, ou seja, não arder na face interna do antebraço da pessoa que estiver dando o banho”. O recém-nascido deve ser despido e envolto em uma fralda de algodão ou coeiro do pescoço para baixo. Assim, embrulhado, para Marichal (2012)

“posicionar o recém nascido com a palma da mão dominante de quem estiver dando o banho, no ombro da criança, abrir o dedo indicador e polegar, colocando-os sobre as orelhas da criança – evita escorregar e a entrada de água nos ouvidos e a outra mão em sentido contrário no quadril”

Segurando firmemente colocá-la vagarosamente na água, e durante o banho, ir abrindo aos poucos o tecido embrulhado, deixando-o cair no fundo da banheira.

A forma de segurá-lo dentro da banheira deve ser confortável para ele e para a mamãe. Conforme diz Kenner (2001, p. 104), o bebê deve ser segurado com firmeza e nunca deixado solto, assim se evita que ele escorregue e afunde na banheira, ou possa cair. A banheira deve estar em uma altura que não force a coluna da mãe e previna riscos para a criança.

Deve ser banhado de cima para baixo. Começar a limpeza pelos olhos, sem sabonete. Utiliza-se uma fralda de algodão, uma peça de roupa da criança, ou a própria mão do cuidador. Umedecer com água e passar delicadamente, quantas vezes for necessário, da porção externa da pálpebra para o canto interno do ducto lacrimal.

O neonato deve permanecer em posição supina para lavar a cabeça, esta deve ser distendida para trás, utilizando sabonete neutro ou xampu que não cause irritação nos olhos do bebê. Manter os dedos indicador e polegar sobre as orelhas da criança, um em cada orelha, para evitar que entre água nos ouvidos do bebê.

Após, deve ser feita a higiene das orelhas, limpar o pavilhão auricular. A limpeza deve ser superficial, nunca devem ser colocados cotonetes dentro do ouvido do bebê.

Higienizar externamente o nariz, removendo quaisquer crostas ou secreções nasais da superfície das narinas. Lavar a face, mãos e braços, o pescoço, o tórax e o abdome. Se ainda estiver com o coto umbilical, lavá-lo muito bem. Lavar as pernas e os pés.

Para lavar as costas, com cuidado deve-se girá-lo, colocar a outra mão no peito da criança e lavar as costas.

Em seguida, lavar delicadamente os genitais. A limpeza deve ser feita de frente para trás

para evitar infecção urinária.

Terminado o banho, o recém-nascido deve ser retirado da banheira, colocado sobre a toalha seca estendida, embrulhado e secar sem desembrulhar, principalmente as dobras, como o pescoço, as axilas, e a região inguinal.

E vestir o recém nascido iniciando-se pela fralda, camiseta, pijama, macacão e meias, conforme a temperatura. Segundo Matos (2011) “o banho deve ser breve para evitar que o bebê sinta frio, é normal que a criança chore durante o ato”.

Antes de iniciar o banho, deve-se retirar qualquer material fecal das nádegas e região anal.

2.3 O COTO UMBILICAL

Sobre o cordão umbilical Marichal (2012, p. 2) diz

O cordão umbilical é uma exclusividade dos mamíferos. É o elemento de ligação entre o feto e a placenta materna. É composto normalmente por duas artérias e uma veia, (estruturas que garantem a nutrição e respiração do embrião) . A veia é mais larga, de parede mais fina e por isso, mais frágil. As artérias são mais estreitas e têm paredes mais espessas. Também um tecido gelatinoso chamado de geléia de Wharton, envolvidos por uma membrana. Esta geléia não só mantém os canais juntos como os protege e impede que entrem em colapso.

O cordão umbilical não possui células nervosas, assim, não há sensação dolorosa nele (não dói). Nunca se ouviu falar que durante o corte do cordão umbilical uma mãe ou um recém nascido tenha gritado de dor. É preciso tirar essa cultura, esse mito de que não se pode tocar no coto umbilical. (Marichal, 2012).

“O coto umbilical seca gradualmente durante a primeira semana, depois cai.” (KENNER, 2001, p. 104). A região deve ser limpa enquanto ainda houver o coto ali, quando ele cai, e depois de cair é interessante que se faça a limpeza ainda dez dias após. O local deve permanecer sempre seco, para agilizar o processo de cicatrização e evitar possíveis infecções.

Para fazer a limpeza do coto, é necessário que o eleve, afastando-o do corpo. Conforme (OLIVEIRA, 2010) “Nunca puxe o coto para que este se desprenda, mesmo que esteja quase a cair.”

Realiza-se a higiene do coto umbilical, como afirma Marichal (2012, p.21) “com a ponta da fralda de algodão ou gaze com pouco álcool a 70% – evitar que escorra o álcool

para os genitais, e cause queimaduras”. Se limpa bem a base onde o coto insere-se no abdome, esta é a área mais propensa a infecção. O uso de cotonete deve ser evitado, primeiro, por não ser estéril, segundo porque inadvertidamente a pessoa pode passar o cotonete no coto e depois molhar normalmente no frasco de álcool.

Deve ser retirada qualquer secreção presente. Se limpa o coto até que o objeto utilizado para a limpeza (gaze, ponta da fralda de algodão) apresente-se sem secreção. A limpeza deve ser feita de baixo para cima. Frisa Kenner (2001, p. 104), “pus ou secreções podem indicar uma infecção, por isso na presença destes, deve-se comunicar o médico”.

O coto umbilical deve ser higienizado no mínimo três vezes ao dia, fazendo uso de álcool 70%, ou outra solução prescrita pelo pediatra, sempre após o banho e a cada troca de fralda

Na hora do banho, pode ser feita normalmente a limpeza do coto com água e sabão, depois deve ser secado com a toalha e feita a antisepsia com álcool a 70%.

Nenhum tipo de faixa deve ser colocada por cima do coto, de modo que o pressione ou dificulte a entrada de ar no local. Se possível colocar o coto umbilical para cima, evitando molhar com a urina da criança, permanecer úmido e demorar ainda mais a queda.

2.4 A TROCA DE FRALDAS

Por mais simples que pareça ser, a troca de fraldas também torna-se um problema para as mães, principalmente as primíparas, por não ter tido nenhuma experiência antes e ser tudo tão novo para elas. Mas, por mais complicado que pareça ser, é fácil quando a mãe pega prática e é devidamente orientada pelos profissionais de enfermagem, da maneira mais fácil e de melhor compreensão.

Inicialmente a mãe deve preparar o material e ter perto de si tudo o que irá utilizar na limpeza, dependendo das eliminações da criança, na fralda. Separar a fralda limpa, os lenços umedecidos, são recomendados a partir de trinta dias do nascimento. Então, do nascimento aos trinta dias utilizar fralda de algodão e água tépida. Para facilitar pode-se colocar água morna dentro de uma garrafa térmica de uso exclusivo da criança.

Retirar as vestes de baixo do bebê, soltar as tiras da fralda, levantando a parte da frente e descansando-a na parte de baixo entre as pernas da criança.

Evitar juntar e levantar as pernas do neonato, o que poderá causar problemas na musculatura e coluna do bebê. Então, lateralizar o recém nascido, fazer a remoção da sujidade em sentido descendente, de cima para baixo, para evitar infectar o meato uretral com fezes, causando infecção urinária.

A fralda suja deve ser afastada da criança, com cuidado, até retirá-la totalmente. Enrolá-la e colá-la com suas próprias fitas. Observar se ainda há resíduos de sujidade, não havendo, enxugar a pele do bebê com a fralda de pano, para evitar que fique úmida.

Colocar a fralda limpa, sempre com os lados da fita na parte posterior do corpo. Uma dica é usar a cintura do bebê como referência para ajustar a posição adequada.

Passar a pomada prescrita pelo pediatra na região das dobras e outras áreas sujeitas à dermatites de contato. Usar as fitas adesivas da fralda para fixá-la. Deve-se tomar cuidado para não apertar demais ou deixá-la muito solta, neste último, para evitar que venham a vazar as eliminações na roupa da criança (deixar as franjas da fralda para fora). Kenner diz “Se a fralda não estiver bem ajustada, pode haver vazamento de fezes ou da urina, sujando o bebê e a cama e possivelmente causando resfriamento.” (KENNER, 2001, p.105). Vesti-la adequadamente e descartar a fralda suja.

2.5 AS DERMATITES DE CONTATO (ASSADURAS)

A dermatite de fralda, popularmente conhecida como assadura, é um comprometimento da pele que ocorre na raiz da coxa, nas nádegas, na porção baixa do abdômen e na região genital, exatamente na área coberta pelas fraldas.

Ela se manifesta pelo aparecimento de vermelhidão, inchaço discreto da pele, e pode evoluir com pequenas erosões na pele, bolhas, ulcerações (feridas), causando mal estar e desconforto e dor para o bebê.

A assadura está ligada aos cuidados na troca de fraldas, e principalmente à umidade. “Se o bebê desenvolver uma assadura após usar fraldas descartáveis, pense na possibilidade de trocar para fraldas de tecido. O tecido permite que o ar alcance a pele e cicatrize a assadura.” (KENNER, 2001, p. 105). Pode-se pensar também na possibilidade de trocar a marca da fralda descartável de melhor qualidade.

As eliminações dos recém-nascidos são frequentes. O tipo de fralda, e o poder de sua absorção interferem no aparecimento da dermatite e as calças plásticas facilitam o aparecimento dela. Se a troca de fralda demorar muito, é certo que haverá assaduras. Mas o problema pode aparecer mesmo com trocas frequentes de fraldas e todo o cuidado, dependendo da sensibilidade da pele.

A alimentação e a estação do ano também têm influência no aparecimento de assaduras. No verão pela transpiração e no inverno pela dificuldade de saber se a criança urinou ou evacuou. “o calor favorece a transpiração, principalmente onde o elástico da fralda aperta. O suor e a fricção podem levar a uma dermatite.” (AGMONT, 2011).

Para evitar as assaduras nas dobrinhas do bebê, recomenda-se que a troca de fraldas seja efetuada frequentemente nos primeiros meses de vida, por ser o período em que o bebê urina e evacua com mais frequência. É um método eficaz para prevenir ou pelo menos, evitar que a assadura presente se agrave.

O não tratamento da assadura pode provocar micose, candidíase e infecção bacteriana.

O talco em pó deve ser evitado pelo fato de que o talco vem de uma rocha moída e pode causar alergias e ocluir as glândulas sudoríparas. Poderá levar a criança a uma doença respiratória.

2.6 AS CÓLICAS DO RN

A cólica é muito comum nos primeiros três a quatro meses de vida da criança e pode ocorrer já na primeira semana do nascimento do bebê. Em alguns casos, a cólica pode ficar menos frequente no primeiro mês de vida.

Quando o choro da criança é referente à cólica, é quase impossível acalmá-lo, o choro é intenso, ele encolhe as pernas, arqueia as costas para trás, se encolhe em resultado da dor e pode soltar gases enquanto chora.

As cólicas acontecem pelo intestino da criança ainda ser imaturo, pela dificuldade da criança em expelir gases e pelo ar que engole enquanto mama.

Para diminuir a dor do bebê, dependendo do motivo que levou a cólica, cuidados simples podem ser realizados. Deixar o bebê em posição vertical, bater suavemente nas costas, fazendo eructar a cada mamada, prevenindo assim a cólica. A mãe também pode fazer algumas mudanças em sua alimentação, para que as substâncias do leite diminuam os gases na criança, embora não tenha comprovação científica acerca desse assunto. Alguns barulhos rítmicos ajudam a acalmar o bebê. Massagear a região abdominal suavemente, no sentido horário, em volta do umbigo, estimula os movimentos peristálticos, levando a evacuação e saída de gases, assim como fazer movimentos de bicicleta com as perninhas do bebê.

2.7 O ALEITAMENTO MATERNO

2.7.1 INTRODUÇÃO

Aleitamento materno é a capacidade da mãe de alimentar o seu filho, através da mama, com o leite materno. Apesar de muitas mães não terem a vontade de amamentar seu

bebê, precisam ser instruídas de que “O leite materno é o mais perfeito e completo alimento para o bebê, contém todos os ingredientes necessários ao seu crescimento e desenvolvimento saudável” (TEZZA, 2002, p. 217). É através dele que a criança recebe proteção, auxilia na formação do apego com a mãe e fortalecimento dos ossos e músculos da face e arcada dentária, ao realizar o exercício de sucção do leite.

A amamentação torna-se bem mais fácil quando as mães têm informações sobre a importância do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida da criança.

Amamentar o bebê, desde o nascimento, cria laços de mãe e filho, torna a criança mais segura, tornando-se afetuosa pelo contato que mantém com a pessoa que lhe amamenta. Não existe leite fraco, cada mãe tem os nutrientes necessários que o filho precisa. O que muda é a aparência do leite durante as fases da amamentação. No começo é chamado colostro, pois é concentrado e em pequena quantidade, bastante nutritivo e rico em anticorpos. “O leite do início mata a sede e protege o bebê, o do final engorda” (BRASIL, 2007). O leite materno é o leite que possui mais vitaminas e proteínas que o bebê precisa, e deve ser dado em todas as vezes que a criança sente fome, sem pressa, sem hora, dando tranquilidade ao bebê enquanto sua fome é saciada.

A criança deve ser amamentada exclusivamente até os seis meses de idade, mas fica claro que é muito mais saudável levar a amamentação até mais de um ano de idade. TEZZA (2002) comenta que estudos realizados trazem a comprovação de que é mais inteligente e resistente à doenças a criança que mama no peito, do que a criança que é alimentada à base de leite ou alimentos artificiais. “Se todas as mães de nossa comunidade amamentarem seus filhos com leite materno, teremos uma geração mais inteligente, mais forte, mais amorosa e, portanto, certamente mais feliz (TEZZA, 2002, p.218). Assim, podemos contribuir para uma sociedade menos violenta.

Até os seis meses, o único alimento suficiente para a criança é o leite materno, a partir deste período, e possível intercalar outros alimentos na vida da criança, mas sem abandonar a amamentação.

A troca do seio pela mamadeira é desaconselhada, pois há um risco maior de o leite ser contaminado e contrair doenças. Além de diminuir o contato entre a mãe e o filho.

O uso de chupetas é ponto negativo também, seu uso atrapalha no aleitamento e o bebê torna-se confuso na hora de sugar o leite, pode prejudicar a fala e os dentes, além de fazer a criança respirar pela boca, tornando-se uma respiradora bucal.

2.7.2 Anatomia da mama

As mamas são glândulas exócrinas, em sua composição possui 20 unidades lactíferas, as quais são envoltas por tecido conjuntivo. Vasos, tanto sanguíneos quanto linfáticos. A lactação envolve o sistema nervoso – nervos. Sistema endócrino – glândulas – e aspectos psicológicos.

A parte fisiológica da mama estende-se em quatro estágios:

- Mamogênese – Desenvolvimento da glândula mamária da puberdade ao climatério (transição do período reprodutivo da mulher, ao não reprodutivo).
- Lactogênese – Período em que se inicia a lactação.
- Lactopoesse – Manutenção da lactação.

O leite forma-se no momento das mamadas, assim ocorre o armazenamento do leite de uma mamada à outra. A mama e o cérebro estão envolvidos na produção de leite.

A estrutura da mama, tende-se a formar pelos alvéolos (pequenos capilares sanguíneos), onde ocorre a produção do leite; ductos e seios lactíferos, responsáveis pelo transporte do leite; aréola, que denomina-se a parte escura da mama e os mamilos, que é por onde o leite flui para a boca do bebê.

Segundo Tezza (2002) na alimentação do recém-nascido, a criança deve abrir bem a boca, para que o leite flua com mais facilidade. A boca do bebê deve compreender a aréola, pois assim, ele “espreme” os reservatórios de leite, estimulando assim, a produção. Quanto mais leite for consumido pelo bebê, mais leite será produzido pelas glândulas mamárias.

A produção de leite começa na hipófise, uma glândula situada no cérebro, é dela que são liberados os hormônios prolactina, que estimula a produção de leite e o aumento das mamas e a ocitocina, responsável pelas contrações musculares uterinas no parto e, neste caso, por ejetar o leite durante a amamentação.

Quando o bebê realiza a sucção do leite, as células produtoras são espremidas por músculos em forma de anel, fazendo com que o leite saia por canais entre essas células, formando um caminho de passagem. Conforme o uso do leite, o cérebro recebe novos comandos de que precisa ser produzido mais leite.

2.7.3 VANTAGENS PARA O BINÔMIO

O leite da mãe é poderoso na vida da criança. Além de evitar infecções para esta, contém a quantidade e qualidade adequadas e necessárias que a criança precisa para uma boa nutrição.

Diferente das mamadeiras, a criança não corre o risco de se asfixiar com o leite, por não conseguir sugá-lo tão depressa. Não causa desnutrição, que pode ser proveniente de

diarréia, efetivamente causada por amamentar a criança artificialmente. Produz completo crescimento, protege contra alergias, reduz riscos de diabetes e outras doenças crônicas que afetam as pessoas.

Por ser fácil de digerir, o leite materno não sobrecarrega o intestino nem os rins da criança, por isso suas fezes são aguadas e a urina clara e constante. “Como o leite materno é de digestão mais fácil, às vezes a criança quer mamar mais vezes.” (BRASIL, 2007). Com certeza, pode-se dizer que o leite materno é prático e saudável, já é pronto e não precisa misturar, aquecer ou se quer coar.

Amamentar, não é apenas alimentar, nutrir, é participar de um momento proveitoso e mágico com a criança, dando-lhe todo o amor e tranquilidade que precisa, daquela, que a alguns meses, ou dias, o carregava em seu ventre.

Além de proporcionar vantagens ao bebê, a mãe também recebe pontos positivos nas etapas da amamentação. É um período maravilhoso, pois ao amamentar, a mulher automaticamente, tem menos chances de desenvolver câncer de mama, ovário e reduz a possibilidade de uma hemorragia pós-parto. A incidência de depressão pós-parto, também é reduzida. Apesar disto, a mãe ainda pode desfrutar de um momento dela com o seu filho, um período em que estão apenas os dois, onde tranquilamente, a puérpera pode ter certeza de que está oferecendo o alimento certo, o melhor alimento para o seu filho.

Evita despesas para a família e protege a mãe contra anemia, pois impede que ela menstrue.

A primeira mamada do bebê deve ocorrer já na primeira meia hora após o parto, para que se possa ter sucesso no aleitamento materno. Não deve ser feito controle de horário, a criança escolhe a hora em que deseja alimentar-se ao sentir fome, o chamado livre demanda.

O período de amamentação varia, nas primeiras vezes é maior, conforme o tempo, o bebê seguirá um ritmo específico. O ideal é que a criança seja alimentada apenas com o leite materno até os seis meses de vida e, após estes, já se pode introduzir outros alimentos no cardápio do bebê conforme orientação médica. A amamentação deve ser seguida até os dois anos de idade, isso faz com que o bebê cresça saudável e a mãe proteja-se contra doenças.

Os mamilos e a aréola devem ser observados antes da amamentação, pois devem estar macios, ao contrário disto, ficarão endurecidos e durante a sucção, poderá haver fissuras. A mulher não deve fazer uso de cremes nas mamas, apenas passar um pouco do próprio leite, já mantém as aréolas macias.

É necessário que a mãe, ao notar que as mamas estão com excesso de leite, faça a

ordenha manual e massageie a mama, para evitar abscessos, chamados de mastite. Após a massagem, com o uso dos dedos indicador e polegar, a mulher deve apertar suavemente um dedo contra o outro na linha que divide a aréola do restante da mama. O leite primeiramente sairá em gotas, após em pequenos jatos. As duas mamas devem ser oferecidas a cada ato de amamentação, se o bebê quiser, começando por aquela que estiver mais cheia.

No ato da amamentação, o corpo do bebê deve estar encostado ao da mãe, de frente para ela 'barriga com barriga' o braço inferior da criança deve passar na cintura da mãe, colocado para trás, o queixo deve encostar na mama e a boca deve estar aberta, cobrindo toda a aréola ou grande parte dela. O lábio inferior deve ficar virado para fora. Para que o bebê pegue o local certo do seio, deve-se encostar o mamilo entre a boca e o nariz da criança, para que ela procure e posicione a boca no local correto.

Para evitar dor no mamilo é ideal o correto posicionamento do bebê na mama. Para retirá-lo, depois de saciado, a mãe deve colocar o dedo mínimo na boca da criança, desprendendo-a sem causar danos a mama. Geralmente a criança larga sozinha o peito, isto serve em casos em que seja preciso a mãe retirá-lo.

Depois de retirado do peito, o bebê deve ser colocado no colo em pé, com a cabeça encostada no ombro da mãe ou outro que a segura, e leves massagens (tapinhas) devem ser feitas em suas costas, facilitando o 'arroto', a saída de ar engolido durante ou antes da mamada.

O momento em que o bebê suga o leite deve estar acompanhado em seguida pelo som do bebê deglutindo, para que a mãe esteja segura de que o bebê não esteja se afogando com o leite.

2.7.4 O REFLUXO GASTROESOFÁGICO

O refluxo, chamado refluxo gastroesofágico, é a volta do alimento sólido ou líquido do estômago para o esôfago. O esôfago é um tubo muscular que conduz os alimentos até o estômago. Entre o esôfago e o estômago, existe um esfíncter que se abre para a entrada de alimentos no estômago e se fecha após a entrada. O refluxo geralmente acontece, quando o esfíncter conhecido como cárdia ou esfíncter esofagiano inferior está imaturo ou é muito fraco. A imaturidade é o principal problema na regurgitação dos alimentos do estômago em direção à boca da criança, o que pode provocar sérios problemas até o afogamento do bebê pelo leite materno.

Quando o alimento é ingerido pelo bebê e ocorre o refluxo, o risco de a criança

broncoaspirar o leite, é grande e pode gerar uma parada respiratória, ou pneumonia aspirativa, pois no pulmão, apenas deve conter o ar para as trocas gasosas, o que tornaria o leite, um corpo estranho, podendo levar a criança à pneumonia e a óbito.

Os cuidados com a criança que sofre de refluxo devem ser seguidos à risca. Estes cuidados englobam: deixar a criança em pé no colo durante aproximadamente após a amamentação para arrotar; fracionar a alimentação para não distender o estômago fazendo com que o refluxo não aconteça, também é importante. A criança deve ser alimentada em menos quantidade e mais vezes ao dia; manter a cabeceira do berço do bebê elevada, juntamente com a criança deitada em decúbito dorsal, para que ocorra facilmente o esvaziamento gástrico e diminuam as regurgitações.

A principal preocupação dos pais certamente é a de a criança se afogar com o leite. O principal sinal e sintoma apresentado é a dificuldade de respirar e de chorar. Pode-se observar também, se há cianose em mucosas e face. A desobstrução das vias aéreas deve ser feita da seguinte forma:

- Deitar o bebê de bruços no antebraço, apoiar a cabeça e queixo da criança na mão e deixá-la com a cabeça mais baixa que o corpo.
- Usar a parte inferior da mão 'calcanhar da mão' e dar cinco golpes suaves entre as escápulas, localizadas na parte superior das costas.
- Se o corpo estranho não for removido, deve-se virar a criança e deixá-la em posição dorsal, ainda com a cabeça mais baixa do que o corpo, e fazer cinco compressões com dois ou três dedos na região medial do tórax.
- Enquanto o corpo estranho não for removido ou a criança não começar a chorar, deve-se alternar os golpes suaves entre as escápulas e as compressões no tórax.

A mãe, ou qual for a pessoa a realizar a desobstrução das vias aéreas do bebê, deve manter a calma para realizar a técnica corretamente, não colocando a vida da criança a maior risco. Não se deve esquecer também de acionar socorro médico, caso a desobstrução seja sem sucesso e uma reanimação cardíaca precise ser feita.

2.8 EXAMES QUE DEVEM SER REALIZADOS ANTES DA IDA DO BEBÊ PARA CASA

Os exames logo feitos após o nascimento do neonato ajudam a detectar possíveis problemas. Alguns dos exames feitos antes da ida para casa são:

2.8.1 O TESTE DO OLHINHO - REFLEXO VERMELHO

Realizado com o auxílio de um oftalmoscópio, um aparelho que emite luz e produz

cor avermelhada e contínua em olhos saudáveis, mostrando a inexistência de cataratas ou tumores. Não é obrigatório, mas aconselha-se solicitá-lo se não for oferecido, evitando danos futuros. Não costuma ser cobrado.

O importante, é que a mãe, juntamente com o pai da criança mantenham-se informados sobre exames realizados e não realizados para detecção de possíveis anormalidades encontradas na criança, com tempo de ainda serem revertidas. Cabe ao responsável, informar-se e solicitar todo o exame e qualquer cuidado que for necessário à criança, pois é direito desta ser avaliada integralmente, para que não sofra danos em seu desenvolvimento, acarretando dificuldades sociais e emocionais no decorrer de sua vida.

Normalmente esse exame é realizado no recém nascido por um pediatra.

2.8.2 TESTE DA ORELHINHA OU TRIAGEM AUDITIVA

Equipamentos utilizados verificam se o bebê escuta perfeitamente. Quando detectadas cedo as deficiências auditivas são reabilitadas mais rápido e facilmente, inclusive a aquisição de fala, que pode ser ocasionada por problemas de audição, como a surdez, esta que na maioria das vezes é concomitante com a impossibilidade de fala. É obrigatório nos hospitais públicos e oferecido nos privados.

É realizado pela fonoaudióloga.

3 METODOLOGIA

Os objetivos deste projeto foram: orientar e ensinar às puérperas os cuidados com o recém-nascido, tornando-as aptas a cuidar de seu filho, assim estabelecendo devido conforto e segurança para ambos.

Foi executado o projeto de sete a onze de maio de dois mil e doze, no horário das 07:00 às 11:30 horas, de segunda a sexta feira, durante cinco dias.

As componentes da equipe foram distribuídas individualmente nos quartos com três puérperas cada, no setor B do Alojamento Conjunto.

Esclarecemos que não realizamos nenhum procedimento de enfermagem invasivo, com a puérpera e com o recém nascido.

3.1 Contextualizando a pesquisa

A execução do projeto foi realizada no município de Joinville, sendo município mais populoso de Santa Catarina, é o polo econômico e tecnológico do Estado, tendo um grande parque industrial que conta com as maiores empresas no ramo Metal-mecânico do Brasil. Atualmente o município tem uma população de 515.250 habitantes em 2010, segundo dados do IBGE, sendo a terceira maior cidade do sul do Brasil.

O município apresenta alta taxa de natalidade, com 8.214 nascidos vivos em 2008, conforme dados do IBGE. Estes nascimentos ocorreram em três maternidades da região, sendo somente uma a atender gratuitamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2 Apresentação das participantes do projeto

As participantes do projeto foram mulheres puérperas de parto natural, internadas durante o período de execução do projeto, atendidas no setor B da Maternidade Darcy Vargas, que é referência nacional em atendimento e credenciada no Sistema Único de Saúde (SUS).

3.3 O delineamento do projeto

A proposta desta pesquisa foi seguir uma abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação utilizando como técnica de execução a orientação e o atendimento pessoal e individual.

Concordando com Franco (2005) “Se alguém opta por trabalhar com pesquisa-ação,

por certo tem a convicção de que pesquisa e ação podem e devem caminhar juntas quando se pretende a transformação da prática”.

Ouvimos as dúvidas das mães e anotamos na entrevista semi-estruturada. Demonstramos as técnicas do banho do RN, antissepsia do coto umbilical e a troca das fraldas. Esclarecemos as dúvidas quanto à higiene corporal. Falamos sobre as principais causas da cólica no recém nascido e demonstramos a maneira de aliviar. Esclarecemos as dúvidas das puérperas sobre a amamentação. Descrevemos as medidas de segurança para evitar o refluxo, e no caso deste orientamos o que deve ser feito. Esclarecemos sobre os mitos citados pelas puérperas. Falamos da triagem auditiva e ocular.

3.4 Estratégia para a Coleta e Registro dos Dados

A forma escolhida para a coleta dos dados, nesta pesquisa, foram a entrevista semi-estruturada e o diário de campo.

Antes das entrevistas serem realizadas, foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como explicado o objetivo do projeto de pesquisa às entrevistadas e o direito em não participar do mesmo. Também, era garantido o sigilo absoluto dos nomes das entrevistadas. A coleta só foi realizada com as puérperas que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevista semi-estruturada individual, envolvendo dois questionários. O primeiro foi apresentado antes de realizadas as orientações, com perguntas amplas e focadas no número de mães atendidas, idade, número de filhos, em relação a higiene e conforto do RN, antissepsia do coto umbilical, amamentação, cólicas e refluxo gastroesofágico (APÊNDICE A).

Foram realizadas as demonstrações e orientações e depois foi aplicado o segundo questionário (APÊNDICE B), que tratava dos seguintes assuntos: antes e durante a internação, já teve orientações sobre o cuidado com o RN. Se houve, quem fez as orientações e se conseguiu reter as informações apresentadas pela equipe da pesquisa e se foi importante o auxílio da equipe nos cuidados oferecidos.

3.5 Procedimentos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HRHDS. Aprovado em 25 de abril de 2012, CEP nº 002/12 (Anexo 1). E esteve de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, contidas na

Resolução CNS 196/96.

Para atender as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE C).

Foi garantido o esclarecimento, antes e durante a pesquisa, sobre a metodologia, assim como o direito do sujeito em se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Com a realização desse projeto tivemos a oportunidade de oferecer a trinta e uma puérperas de parto natural, um cuidado individualizado, o auxílio adequado, a supervisão na realização das técnicas e a orientação necessária num momento importante de suas vidas, que influenciará o comportamento positivo no comportamento de seus filhos, e também ter reflexos na sociedade.

No período de execução foram entrevistadas, orientadas, demonstradas as técnicas e encorajado as mães a realizar as técnicas, sob a supervisão das autoras.

Apresentamos a seguir os gráficos contendo as informações contidas nas entrevistas realizadas durante a execução do projeto (APÊNDICE A) com as puérperas atendidas.

Na figura 1 apresentamos a faixa etária das puérperas contempladas no projeto.

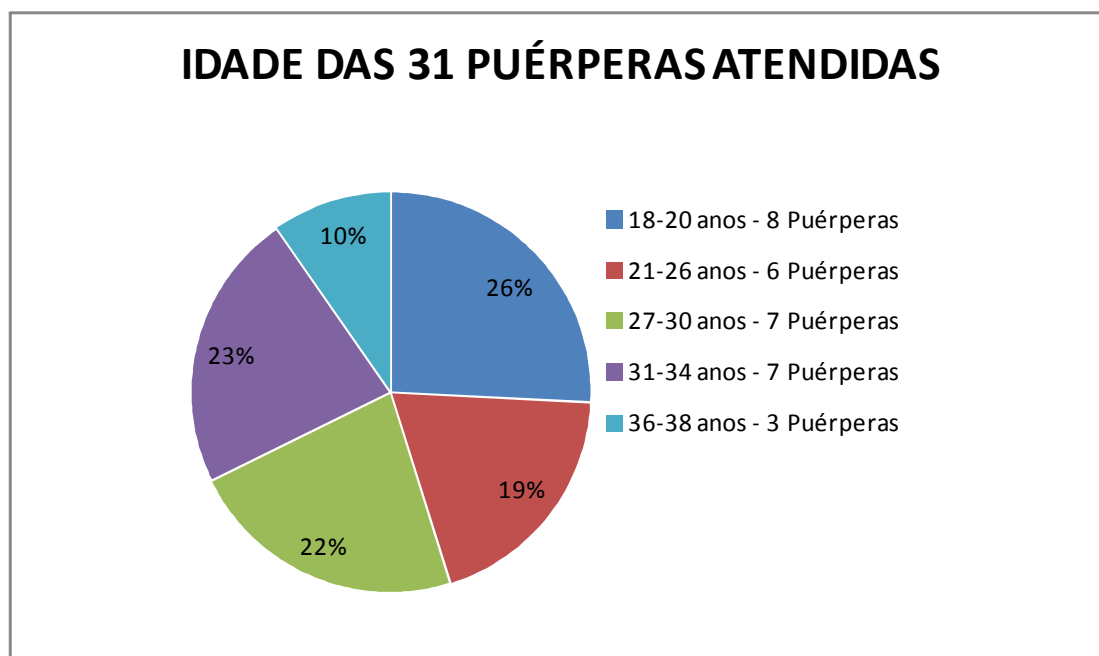
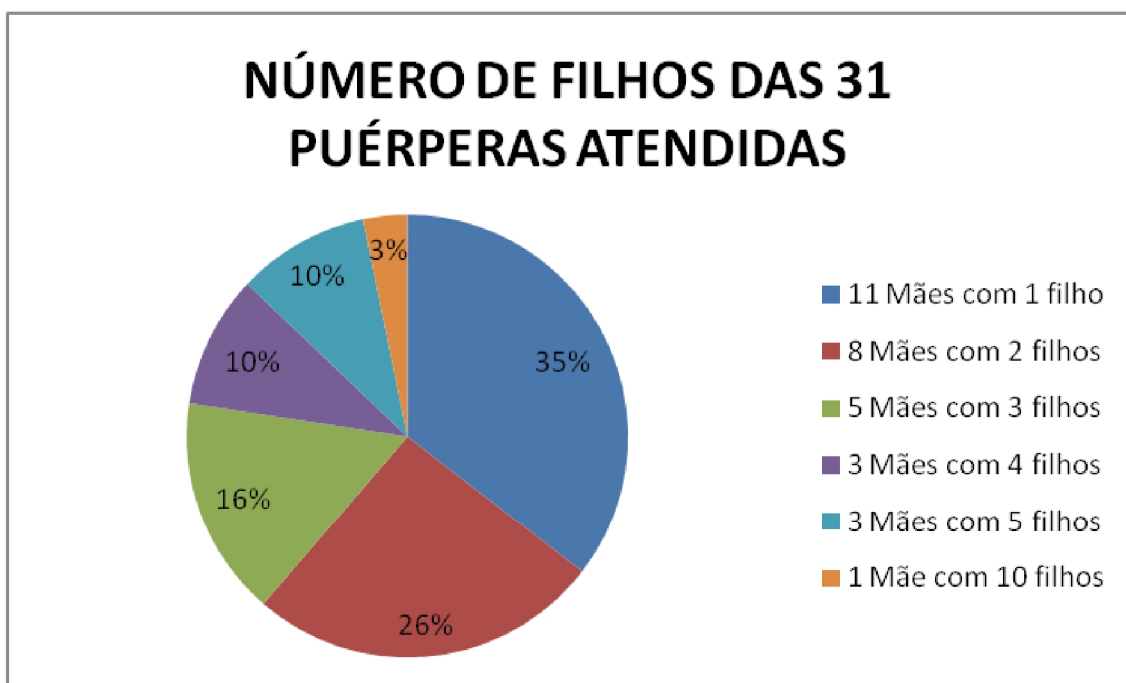


FIGURA 1 – Gráfico da Faixa Etária das Puérperas atendidas.
Fonte: Dados coletados pelas autoras.

O perfil dessas puérperas atendidas foi à faixa de idade de 18 a 38 anos. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a faixa etária recomendada para mulher ter filhos é de dezoito a trinta e quatro anos. Então, 90% das mulheres atendidas encontram-se na faixa etária recomendada para gerar filhos e 10% encontram-se acima da faixa etária recomendada, podendo gerar crianças com malformações congênitas e nascimento prematuro. A faixa etária que apresentou mais nascimentos foi dos 18 aos 20 anos, e a que apresentou menor número, dos 36 aos 38 anos.

A seguir, na figura 2 apresentamos o número de filhos das puérperas



atendidas.

FIGURA 2 – Gráfico do número de filhos das Puérperas atendidas.

Fonte: Dados coletados pelas autoras.

Observam-se na figura 2, que o maior número de mães atendidas foram as primíparas, ou seja, aquelas que tiveram seu primeiro filho. Aparece também somente uma mãe com dez filhos. Confirmando o que já acontece na sociedade, de que as mães estão reduzindo cada vez mais o número de filhos.

Na figura 3 apresentamos as dificuldades das puérperas relacionadas com a ocasião do banho do recém nascido.

AS DIFICULDADES COM O BANHO DO RN

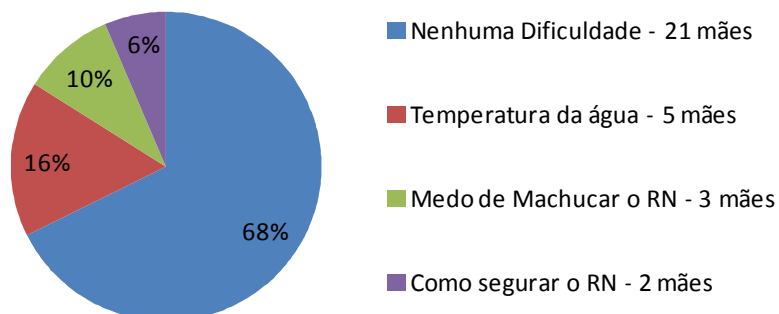


FIGURA 3 – Gráfico das dificuldades das puérperas no banho do RN.
Fonte: Dados coletados pelas autoras.

Na figura 3 observamos que 68% das mães não tinham nenhuma dificuldade em relação ao banho. 16% tinham dificuldade em ajustar a temperatura da água. Não sabiam se deveria ser mais quente ou mais fria, a orientação dada foi de que deveria ser tépida, ou seja, não arder na face interna do antebraço de quem estiver dando o banho. Outra dificuldade apresentada foi a quantidade adequada de água na banheira. Porque se for muito, pode virar ou facilitar para que o recém nascido venha a engolir água durante o banho. E se for pouca água, o banho pode ser inadequado. A orientação dada foi para que a quantidade de água fosse a metade da capacidade da banheira. Apareceu também o medo de machucar o RN, e o que menos apareceu foi como segurar o RN durante o banho.

Na figura 3, apresentamos as dificuldades das puérperas relacionadas com o coto umbilical.

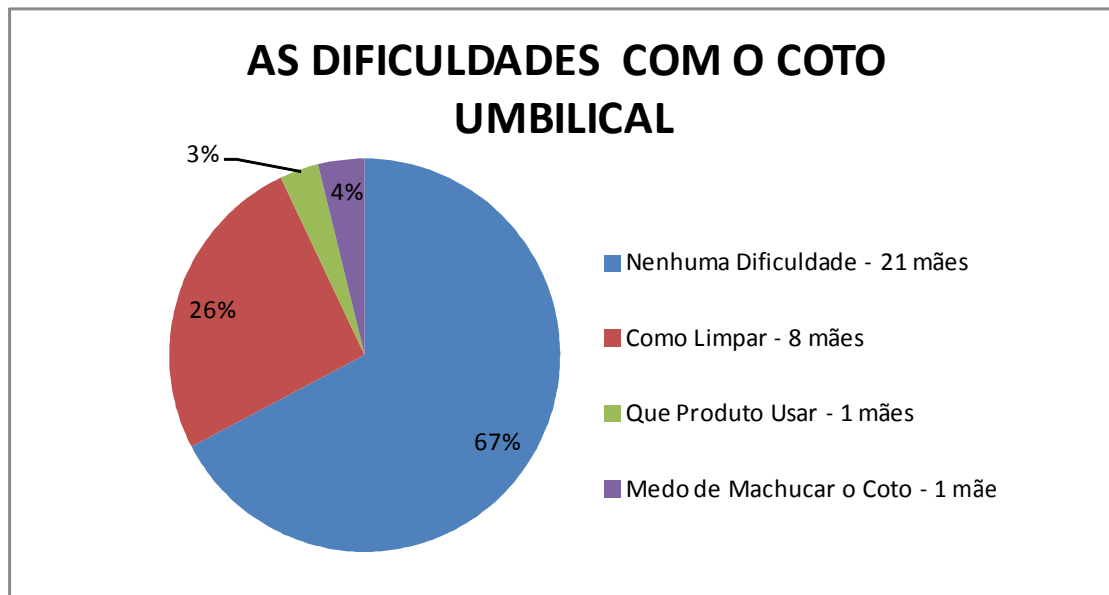


FIGURA 4 – Gráfico das dificuldades com o cuidado do coto umbilical.
 Fonte: Dados coletados pelas autoras.

Apresentamos na figura 4 o gráfico das dificuldades do cuidado com o coto umbilical. Onde apareceu que 67% das mães não tinham nenhuma dificuldade em manusear ou higienizar o coto umbilical. Tinham dificuldade em como limpar o coto umbilical 26% puérperas. Uma mãe não sabia que produto usar no coto umbilical e a orientação dada foi o uso de álcool a 70%, padronizado pela Instituição em que foi desenvolvido o projeto e o uso da ponta da fralda de algodão ou gaze e desencorajou-se o uso de cotonete e algodão por não serem estéreis e deixar resíduos. Orientada também de que deveria lavar com água e sabonete antes de passar o álcool a 70%, Das trinta e uma puérperas, uma delas tinha medo de machucar o coto, enquanto fazia a higiene.

Na figura 5, trazemos as dúvidas das puérperas sobre a amamentação.

AS DÚVIDAS SOBRE A AMAMENTAÇÃO

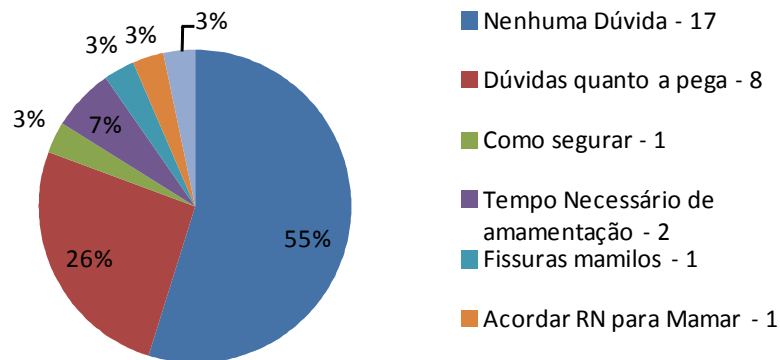


FIGURA 5 – Gráfico das dúvidas sobre a amamentação.
Fonte: Dados coletados pelas autoras.

Nas dúvidas sobre a amamentação, notamos que 55% das puérperas responderam inicialmente que não tinham nenhuma dúvida. Mas durante as orientações, percebemos que haviam muitas dúvidas e dificuldades no manejo, muitas informações que foram passadas eram novidades para elas. Como por exemplo, a pega correta, a técnica da ordenha manual, o gosto do leite materno, a causa das cólicas durante a mamada, o desconhecimento do processo da retração uterina enquanto o RN é amamentado. O tempo que a criança pode ficar sem ser amamentada, que se deve acordar o RN para amamentar e não deixar ultrapassar mais que três horas.

Disseram 26% das mães, que tinham dúvidas sobre a pega correta. Apareceram também a dificuldade de como segurar o RN para amamentar, o tempo necessário de amamentação, o manejo na presença de fissuras mamilares e como saber se o RN mamou o suficiente.

A figura 6 trás as dúvidas das puérperas atendidas no projeto sobre as cólicas abdominais típicas do RN.

AS DÚVIDAS SOBRE AS CÓLICAS ABDOMINAIS TÍPICAS DO RN

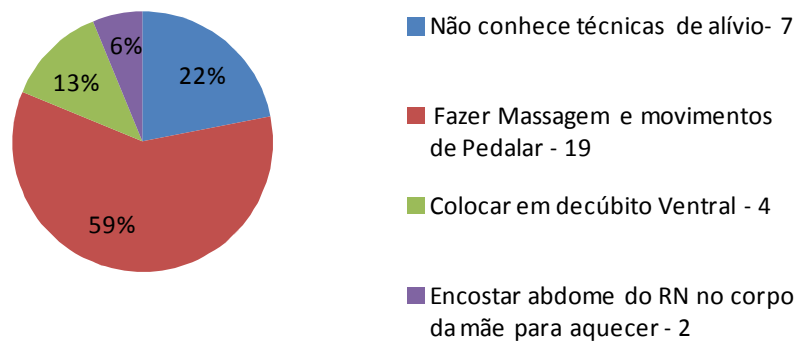


FIGURA 6 – Gráfico das dúvidas sobre as cólicas do RN.

Fonte: Dados coletados pelas autoras.

A figura 6 mostra as dúvidas das puérperas sobre as cólicas dos recém nascidos e o conhecimento das técnicas para aliviá-las. Das trinta e uma puérperas, 59% sabem fazer massagem e movimentos de pedalar na presença de manifestações de cólicas no RN. Disseram 22% que não conhecem as técnicas de alívio das cólicas abdominais típicas do recém nascido. Colocar em decúbito ventral foi resposta de 13% das puérperas e 6% relataram que encostam o abdome do RN no corpo da mãe para aquecer e com isso aliviava a cólica. Não se observou interesse em saber sobre o porquê acontece a cólica abdominal típica do recém nascido. Ainda assim, orientou-se para fazer o RN eructar, diminuindo a quantidade de ar no estomago e conseqüentemente do intestino, eliminando um dos fatores causadores da cólica abdominal típica do RN.

A figura 7 trás as dúvidas das mães referentes a asfixia do recém nascido.

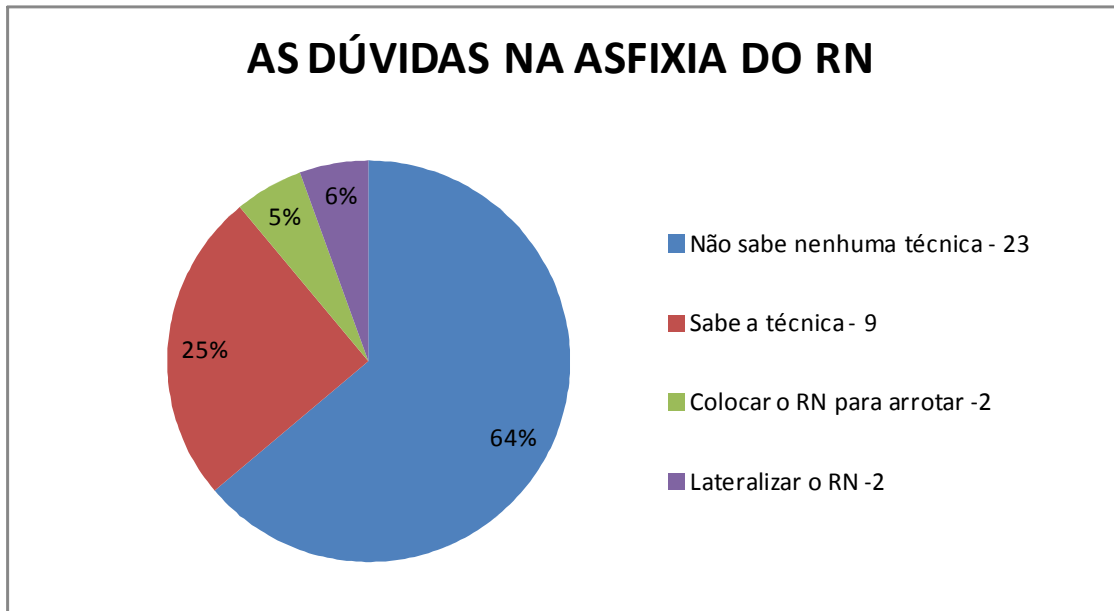


FIGURA 7 – Gráfico das dúvidas sobre asfixia do RN.
 Fonte: Dados coletados pelas autoras.

Na figura 7, mostra o gráfico das dúvidas sobre a asfixia do RN. Percebemos que 64% das mães não sabem o que fazer caso a criança se asfixie com o leite. Conhecem a técnica, 25% das puérperas atendidas. Lateralizam o RN, 6% das mães, o que não é recomendado, pois a criança deve ser deitada em decúbito dorsal. Fazem a criança eructar, 5% das mães, isso é bom, porque vai prevenir a asfixia com a saída do ar no estômago.

A figura 8 mostra o que as puérperas disseram se tinham recebido orientações anteriores sobre os cuidados com o recém nascido.

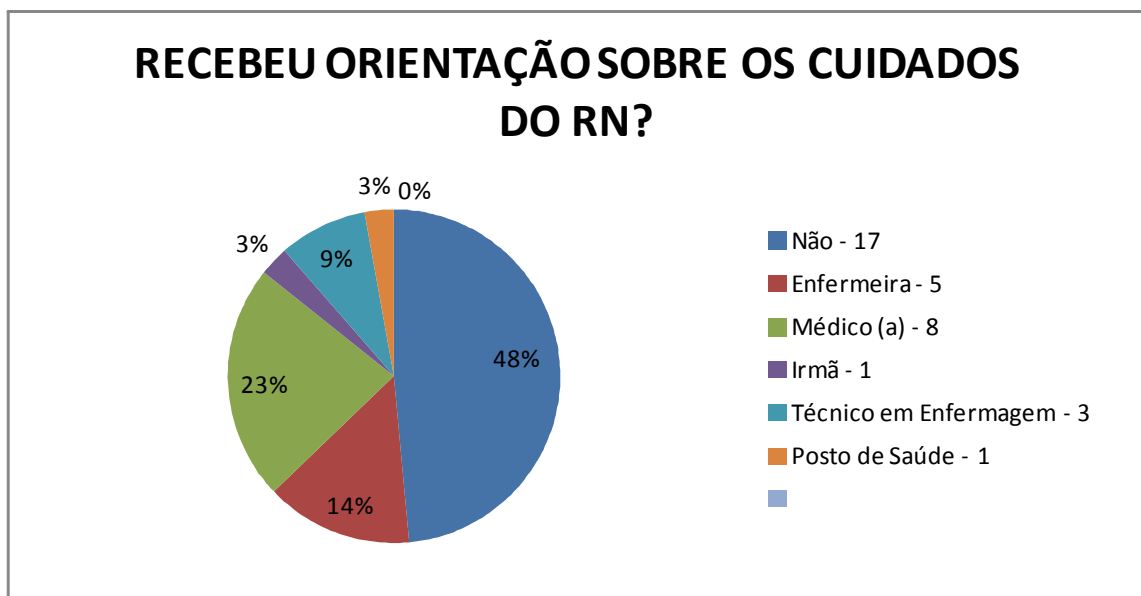


FIGURA 8 – Gráfico sobre as orientações recebidas sobre os cuidados do RN.
 Fonte: Dados coletados pelas autoras.

O gráfico 8 mostra sobre as orientações recebidas dos cuidados com o RN. Não receberam nenhuma informação responderam 48% das puérperas atendidas. Os médicos orientaram 23%, as enfermeiras 14%, 9% foram orientadas pelos técnicos em enfermagem, 3% por familiar e também 3% no posto de saúde.

O número de mães que não receberam orientações sobre os cuidados com o recém nascido foi muito expressivo. Por que isto acontece? Ante a facilidade de acesso as informações na atualidade, por que estas mães não conseguiram adquirir este conhecimento? Falta de interesse? De tempo? Disposição dos profissionais de saúde? Considerando que a maioria destas mães fez o pré natal. As mães disseram que os médicos orientaram mais do que os enfermeiros. Somente 9% foram orientadas pelos técnicos em enfermagem.

Percebeu-se pouco interesse de uma forma geral das mães, pois notamos que a grande parte delas tinha sim, muitas dúvidas em relação aos cuidados com o recém nascido, mas não relataram nos questionários antes das orientações.

Após as orientações realizadas pelas autoras, as puérperas foram questionadas quanto a duvidas remanescentes sobre os cuidados com o RN e relataram não ter qualquer dúvida sobre o assunto. Questionamos sobre a importância da orientação, explicação e descrição dos assuntos abordados pelas pesquisadoras e o resultado foi 100% de aproveitamento conforme resposta das puérperas.

5 CONCLUSÃO

Quanto às orientações passadas pelas autoras, conforme o questionário as puérperas conseguiram entender e disseram estar aptas a cuidar dos filhos no domicílio. De maneira geral, realizou-se o atendimento individualizado, com a orientação dos cuidados e a preservação da segurança do RN e bem-estar da mãe.

Observou-se algumas mães com dificuldade para realizar as técnicas de higiene e conforto, amamentação, alívio de cólicas abdominais típicas do RN e a desobstrução de vias aéreas. Incentivamos a mãe a conversar com o RN durante o banho, fazendo com que a criança não se sinta sozinha e insegura e perceba a presença da mãe. Encorajamos as puérperas a tocar e higienizar o coto umbilical, este que não possui células nervosas, portanto não há presença de dor.

Notamos a dificuldade de uma das puérperas na ordenha manual, em casos de ingurgitamento mamário, dificuldades em interagir com as pesquisadoras e as puérperas que já tinham mais de um filho mostraram-se mais inseguras e desinteressadas do que as primíparas. Percebemos que ao longo dos dias as mães mostravam-se mais interessadas e confiantes no projeto. Também as autoras sentiam-se mais seguras ao longo do desenvolvimento do projeto.

Incentivamos a correta limpeza dos olhos para evitar a infecção ocular, o correto posicionamento na hora de lavar a cabeça, colocando os dedos polegar e indicador nas orelhas para evitar escorrer água. Orientamos na higiene correta dos genitais, principalmente nas meninas, pois a higiene correta pode acarretar em infecção do trato urinário e levar a complicações severas. Falamos sobre as dermatites de contato e como a mãe pode controlá-la ou evitá-la. Explicamos sobre a lateralização da criança, pois levá-la pelas pernas pode ocasionar problemas na coluna. Falamos sobre o talco, sua origem e complicações que pode ocasionar no RN, como oclusão das glândulas sudoríparas e problemas respiratórios. Como foi solicitado por algumas puérperas, orientamos sobre alguns cuidados com a mãe e sua episiorrafia, arrumamos suas camas e deixamos seus quartos em ordem, também como forma de interagir com elas.

Orientamos sobre a grande importância do aleitamento materno, suas vantagens e a manutenção adequada em casos que a mãe trabalhe fora de casa, como conservar o leite e servir para a criança quando ela sentir fome. Deixamos claro às mães, que não existe leite fraco e que o gosto do leite varia conforme o alimento que a mãe come ou o líquido que toma.

Ensinamos a técnica que deve ser realizada caso a criança se asfixie com o leite e falamos como poderia ser evitada apenas colocando a criança para eructar e

deitando-a em decúbito dorsal. Falamos sobre o exame de triagem auditiva e ocular, o primeiro que deve ser feito pela fonoaudióloga ainda na maternidade, o segundo realizado pelo pediatra.

Cuidar do recém nascido depende de cada uma das puérperas. Desenvolvemos nosso projeto com as mães que aceitaram, com o intuito de que retornassem à seus lares com um conhecimento mais amplo e que isso favorecesse na hora de cuidar.

Durante todo o do projeto as autoras enriqueceram ainda mais o conhecimento e a experiência de compartilhar do momento de felicidade da mãe, quando consegue realizar de forma prazerosa e correta os cuidados com o seu filho. Ficamos felizes junto com ela, e partilhamos de um momento maravilhoso em que podemos orientar e capacitar a mãe, não formá-la, pois o dom de ser mãe já é destinado a cada uma que carrega em seu ventre o processo de formação de um novo ser humano, que ao nascer, precisa de todo o cuidado e atenção necessários para o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis.

REFERÊNCIAS

Agmont, G. **Bebê. O que fazer quando a assadura dá as caras.** Dezembro/2011. Disponível em: <http://bebe.abril.com.br/materia/o-que-fazer-quando-a-assadura-da-as-caras>. Acesso em: 12 jan. 2012.

Baby Center Brasil. **Recém-nascido: Assaduras.** Disponível em: <http://brasil.babycenter.com/baby/recem-nascido/assadura/>. Acesso em: 10 set. 2011.

Baby Center Brasil. **Recém-nascido: Cólica no bebê.** Disponível em: <http://brasil.babycenter.com/baby/saude/colica/>. Acesso em: 25 nov. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno.** 2ª edição, revisada. Brasília: 2007. Álbum seriado. 18p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo e Promoção do Aleitamento Materno.** Curso de 18 horas para equipes de maternidades. Brasília DF: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos.** Brasília DF: 2002.

Dabus, PRF. **Guia do bebê – Recém-nascido: A água do banho.** Disponível em: <http://guiadobebe.uol.com.br/a-agua-do-banho/>. Acesso em: 06 ago. 2011.

Dabus, PRF. **Guia do bebê – O banho do bebê recém-nascido.** Disponível em: <http://guiadobebe.uol.com.br/banho-do-recem-nascido/>. Acesso em: 06 ago. 2011.

Dabus, PRF. **Guia do bebê – Recém-nascido. Cuidando do Umbiguinho.** Disponível em: <http://guiadobebe.uol.com.br/cuidando-do-umbiguinho/>. Acesso em: 20 ago. 2011.

Dabus, PRF. **Guia do bebê: Pele – Cuidados e beleza. Assaduras no bebê.** Disponível em: <http://guiadobebe.uol.com.br/assaduras-no-bebe>. Acesso em: 07 set. 2011.

Dabus, PRF. **Guia do bebê – Recém-nascido: lavando a cabeça.** Disponível em: <http://guiadobebe.uol.com.br/lavando-a-cabeca/>. Acesso em: 17 ago. 2011.

Dabus, PRF. **Guia do bebê – Recém-nascido. Segurando o bebê.** Disponível em: <http://guiadobebe.uol.com.br/segurando-o-bebe/>. Acesso em: 23 ago. 2011

Faria AC, Magalhães L, Zerbetto SR. **Implementação do Alojamento Conjunto: dificuldades enfrentadas na percepção de uma equipe de enfermagem.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010 out/dez;12(4):669-77. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a11.htm>. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6328>. Acesso em: 22 dez.2011.

FRANCO, Maria Amélia Santoro. **Pedagogia da Pesquisa-Ação.** Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a11v31n3.pdf>. Acesso em 27 dez 2011.

Gonçalves, RFF. Clínica FGO – **Cuidados com o recém-nascido.** 2011. Disponível em: http://www.clinicafgo.com.br/cuidados_recem-nascido.html. Acesso em: 10 jan.

2012.

KENNER, Carole. **Enfermagem neonatal**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001.

MARICHAL, de O M. **Enfermagem Neonatal para Técnicos em Enfermagem**. Apostila. Joinville-SC: IFSC, 2011.

MATOS, C. **Dicas para o Banho do recém-nascido**. Março/2010. Disponível em: <http://www.mamaeteama.com/blog/bebes/dicas-para-o-banho-do-recem-nascido>. Acesso em: 10 jan. 2012.

OLIVEIRA, SC. **Cuidados ao Coto Umbilical**. Janeiro/2010. Disponível em: http://www.vounascer.com/?ref=cuidados_coto_umbilical. Acesso em: 10 jan. 2012.

Bebês devem dormir de barriga para cima. In: Pastoral da criança –Disponível em: http://campanha.pastoraldacrianca.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=55. Acesso em: 27 nov. 2011.

Recém-nascido. In: Wikipédia: a enciclopédia livre. Junho/2009. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Recém-nascido>. Acesso em: 12 ago. 2011.

Rodrigues, B. **Guia do bebê – Refluxo na infância**. Disponível em: <http://guiadobebe.uol.com.br/refluxo-na-infancia/> . Acesso em: 27 nov. 2011.

TEZZA, Verônica Mattos. **Enfermagem Obstetrícia Neonatal**. Florianópolis: Bernúcia, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Entrevista com as puérperas do AC na MDV

Nome: _____

Idade: ____ anos Filhos: ____ filhos

**Projeto de Ação Comunitária: O CUIDADO DO RECÉM NASCIDO:
ORIENTAÇÃO ÀS PUÉRPERAS INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE
PÚBLICA DO NORDESTE DE SANTA CATARINA**

1. Em relação ao banho (temperatura e quantidade de água) e higiene do coto umbilical do recém-nascido, quais as dificuldades que encontra?

2. Relacionando a pega do bebê na amamentação quais suas dúvidas?

3. As cólicas, contrações dolorosas que afetam o intestino dos bebês, são um grande problema. Para demonstrar seu sofrimento, o neonato vai chorar seguidamente durante horas. Você conhece alguma técnica de conforto para favorecer o alívio das dores no bebê?

4. As medidas preventivas são de suma importância. Em relação ao refluxo, sabe o que fazer para evitá-lo e revertê-lo caso ocorra?

APÊNDICE B - Entrevista sobre desenvolvimento de equipe em orientação de cuidados com o RN

Nome _____

Idade: ___ anos

Projeto de Ação Comunitária: O CUIDADO DO RECÉM NASCIDO: ORIENTAÇÃO ÀS PUÉRPERAS INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO NORDESTE DE SANTA CATARINA

1. Já tem outros filhos?

() Sim () Não Quantos? ___ filho(s)

2. Antes e durante a internação, já teve orientações sobre os cuidados com o Recém-Nascido?

() Sim () Não

3. Se sim, quem fez as orientações?

3. Quanto as orientações apresentadas pela equipe de pesquisa, conseguiu reter as informações?

() Sim () Não

4. Foi importante o auxílio da equipe nos cuidados oferecidos?

() Sim () Não

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



INSTITUTO FEDERAL
SANTA CATARINA

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE
SANTA CATARINA.

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participantes Alessandra Coelho Santana, Débora Padilha, Karina Patrícia dos Passos, sob orientação da professora Ondina Machado de Marichal, do Instituto Federal de Santa Catarina, Curso Técnico em Enfermagem, estão desenvolvendo o projeto: **O CUIDADO DO RECÉM NASCIDO: ORIENTAÇÃO ÀS PUÉRPERAS INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO NORDESTE DE SANTA CATARINA** que se constituirá no Projeto de Ação Comunitária (PAC). Este projeto consiste na orientação das puérperas sobre os cuidados com o recém-nascido, tornando-as aptas a cuidar do seu filho. Esclarece-se que este projeto não oferece riscos a sua saúde integral. Este termo tem a intenção de obter o seu consentimento e/ou de seu responsável, caso menor de dezoito anos por escrito, para participar do projeto por meio da resposta aos questionários. Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não utilizaremos os nomes dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo dos questionários e os preceitos éticos da profissão. Será entregue a você uma cópia deste termo e outra ficará arquivada com o pesquisador. Se, em qualquer fase do estudo, você tiver alguma dúvida ou não quiser mais participar do mesmo, poderá entrar em contato pelos telefones abaixo relacionados. Certos de sua colaboração agradecemos a sua disponibilidade. **ATENÇÃO:** A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto os seus direitos, escreva para a Comissão de Ética em Pesquisa da Maternidade Darcy Vargas. Endereço - Rua: Miguel Couto nº 44 - Bairro – Anita Garibaldi - CEP – 89202-190 - Joinville – SC.

PESQUISADORAS:

Alessandra Coelho Santana RG 33184860-SSP-SC CPF 037136969-00
aledodudu@hotmail.com

Débora Padilha RG 54041201-SSP-SC CPF 089720969-97
deborapadilha13@hotmail.com

Karina Patrícia dos Passos. RG 5388237-SSP-SC CPF 062208399-60
karinadospassos@hotmail.com

ORIENTADORA: Ondina Machado de Marichal – RG 4.017.570-7 CPF 485.077.929-87 -

Rua Pavão 1337, Costa e Silva, Joinville - SC Telefones: (47) 3431-5641 e celular 9911-8036 - e-mail: ondina@ifsc.edu.br

Eu _____

consinto em participar desta pesquisa, desde que respeite as respectivas proposições contidas neste termo.

Joinville,/...../de 2012.

_____ Assinatura
e RG.



HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT
DIVISÃO DE ENSINO E PESQUISA
RUA XAVIER ARP, S/N – BOA VISTA
CEP 89227-680 – JOINVILLE – SC
FONE (47) 3461-5560 – FAX (47) 3461-5533



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Joinville, 25 de abril de 2012.

REGISTRO CEP/HRHDS Nº 002/2012

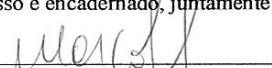
AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

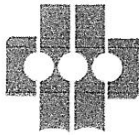
O protocolo de estudo clínico intitulado: **O Cuidado do Recém Nascido: Orientação às Puérperas internadas em uma Maternidade Pública do Nordeste de Santa Catarina**, que será realizado na Maternidade Darcy Vargas, sob a responsabilidade das Pesquisadoras **Alessandra Coelho Santana, Débora Padilha e Karina Patrícia dos Passos** e orientação de **Ondina Machado de Marichal**, foi avaliado por este Comitê de Ética em Pesquisa e considerado **APROVADO** na reunião plenária de 24 de abril de 2012.

Para tal aprovação foram seguidas as exigências das Resoluções nacionais 196/96 e 251/97, relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos. Face ao exposto fica o pesquisador responsável autorizado a iniciar o Estudo a partir da presente aprovação. Conforme o *Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa*, item III.2, pág. 105, o pesquisador responsável deverá:

- a) apresentar ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) o projeto de pesquisa completo, nos termos da Resolução 196/96 e desta Resolução.
- b) manter em arquivo, respeitando a confidencialidade e o sigilo as fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por 5 anos, após o término da pesquisa.
- c) apresentar relatório detalhado sempre que solicitado ou estabelecido pelo CEP, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) ou pela Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS/MS).
- d) comunicar ao CEP a ocorrência de efeitos colaterais e ou de reações adversas não esperadas.
- e) comunicar também propostas de eventuais modificações no projeto e ou justificativa de interrupção, aguardando a apreciação do CEP, exceto em caso urgente para salvaguardar a proteção dos sujeitos da pesquisa, devendo então ser comunicado o CEP a posteriori, na primeira oportunidade.
- f) colocar à disposição, do CEP, da CONEP e da SVS/MS toda informação devidamente requerida.
- g) proceder à análise contínua dos resultados, à medida que prossegue a pesquisa, com o objetivo de detectar o mais cedo possível benefícios de um tratamento sobre outro ou para evitar efeitos adversos em sujeitos de pesquisa.
- h) apresentar relatórios periódicos dentro de prazos estipulados pelo CEP havendo, no mínimo, relatório semestral e relatório final.
- i) dar acesso aos resultados de exames e de tratamento ao médico do paciente e ou ao próprio paciente sempre que solicitado e/ou indicado.

Em anexo segue o Relatório de Atividade Parcial do Projeto, que deverá ser preenchido e entregue na(s) data(s) estipulada(s). Observamos ainda a necessidade da entrega do Trabalho Concluído, impresso e encadernado, juntamente com uma cópia em CD.


Dr Marcos Scheidemantel
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HRHDS



HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT
RUA XAVIER ARP, S/N – BOA VISTA
CEP 89227-680 – JOINVILLE – SC
TEL. (47) 3461-5560 – FAX (47) 3461-5533



HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Joinville, 25 de abril de 2012.

REGISTRO CEP/HRHDS Nº 002/2012

PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA

O protocolo de estudo clínico intitulado: **O Cuidado do Recém Nascido: Orientação às Puérperas internadas em uma Maternidade Pública do Nordeste de Santa Catarina**, que será realizado na Maternidade Darcy Vargas, sob a responsabilidade das Pesquisadoras **Alessandra Coelho Santana, Débora Padilha e Karina Patrícia dos Passos** e orientação de **Ondina Machado de Marichal**, foi avaliado por este Comitê de Ética em Pesquisa e considerado **APROVADO** na reunião plenária de 24 de abril de 2012.

Para tal aprovação foram seguidas as exigências das Resoluções nacionais 196/96 e 251/97, relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos. No presente projeto foram devidamente enfatizados itens que correspondem aos objetivos do estudo e seu racional; antecedentes científicos justificáveis, adequação ao material e método; análise criteriosa dos riscos e benefícios; referência bibliográfica pertinente; responsabilidade dos pesquisadores na condução do estudo, bem como possibilidade de interrupção do estudo nos casos que se verifiquem riscos aos voluntários.

A história pessoal das usuárias, bem como suas ansiedades e necessidades de se sentirem seguras nos cuidados com seus filhos justifica a relevância na busca de dados que possam auxiliar a equipe de enfermagem a organizar a assistência no alojamento conjunto proporcionando uma orientação adequada as mães quanto aos cuidados com seu filho.

Melhorar a assistência de enfermagem no quesito orientação as puérperas quanto aos cuidados aos seus filhos.

Estudo prospectivo qualitativo, realizado através de questionários e orientações a puérperas. Os resultados serão apresentados de forma descritiva sem análise estatística.

Serão relacionados para o estudo puérperas internadas no alojamento conjunto dos setores A e B da MDV no período de 07 a 11 de maio de 2012. Serão excluídos puérperas internadas em outros setores da MDV.

A proposta deste projeto não incorre em riscos para os pacientes ou a Instituição.

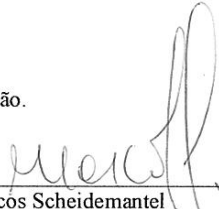
Melhorar a assistência de enfermagem no quesito orientação as puérperas.

Neste sentido, sou favorável por não ferir a ética conforme resolução 196/96

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento das Resoluções 196/96 e 251/97, a Comissão de Ética em Pesquisa deverá receber relatórios periódicos sobre o andamento do Estudo, de acordo com cronograma anexo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento desta Comissão. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo. Solicitamos que este CEP seja informado quanto da inclusão do primeiro paciente.

Face ao exposto fica o pesquisador responsável autorizado a iniciar o Estudo a partir da presente

aprovação.



Dr Marcos Scheidemantel
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HRHDS