

UNIVERSIDADE DO CONTESTADO – UnC
PÓS GRADUAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA

BEATRIZ HELENA DE ARAÚJO GRANDES

**A PERCEPÇÃO DAS MÃES/PUERPERAS SOBRE OS CUIDADOS COM O BEBÊ
NO PERÍODO PERINATAL**

MAFRA
2016

BEATRIZ HELENA DE ARAÚJO GRANDES

**A PERCEPÇÃO DAS MÃES/PUERPERAS SOBRE OS CUIDADOS COM O BEBÊ
NO PERÍODO PERINATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado exigência para obtenção de título de Especialista em Gestão de Saúde Pública do Curso de Pós-Graduação, ministrado pela Universidade do Contestado- UnC, Campus Mafra, sob orientação da Professora: Msc Eliz Cristine Maurer Caus. Pesquisa financiada pelo FUMDES

MAFRA

2016

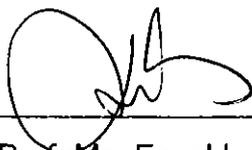
Beatriz Helena de Araújo Grandes

**A PERCEPÇÃO DAS MÃES/PÚERPERAS SOBRE OS CUIDADOS
COM O BEBÊ NO PERÍODO PERINATAL**

Esta Monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Especialista em Gestão de Saúde Pública

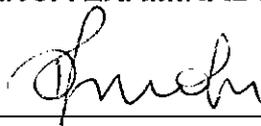
E aprovada na sua versão final em 07 de maio de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade do Contestado e Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Gestão de Saúde Pública.



Prof. Ms. Eivaldo Antunes

Coordenador do Curso de Pós-graduação em Gestão de Saúde
Pública

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Renata Campos

(Orientador)



Prof. Ms. Eivaldo Antunes

(Avaliador)



Prof. Orientadora Msc Eliz Cristine Maurer Caus
(Avaliador)

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quanti-qualitativa, despertada a partir da prática assistencial que busca compreender de que forma a mãe está preparada para cuidar do recém-nascido, principalmente o curativo no coto umbilical, apontar as dificuldades, orientações recebidas e que significados atribuem ao cordão umbilical; questionando-se: como as mães cuidam de seus bebês no primeiro mês de vida? Foi realizada em um bairro populoso de uma cidade do Planalto Norte Catarinense, atendida por três Estratégias de Saúde da Família; em março e abril aplicou-se um questionário semi estruturado à 20 puérperas que tiveram seus filhos em dezembro 2015 e janeiro 2016. Em seguida os dados foram organizados por meio de estatística simples e análise de conteúdo de Bardim resultando em três categorias, sendo I: A ajuda nos cuidados foi bem-vinda, pois eu estava muito dolorida e fraca; II: O cordão umbilical é por onde o bebê respira dentro de nós e III: Higienizar o coto umbilical significa evitar infecção. Assim, para esse grupo de mães experientes não houve dificuldade em cuidar do bebê e poucas não estavam bem orientadas para realizar corretamente o curativo umbilical; para elas a presença do familiar nos cuidados ao recém-nascido foi bem-vinda, sendo apoiada pelo marido, mãe e sogra; atribuem que o cordão umbilical é vital para manutenção da vida e crescimento do feto. Conclui-se, que é necessário fortalecer as ações educativas, estabelecendo a abordagem adequada, no momento oportuno, visando o fortalecimento da mulher enquanto cuidadora de seu bebê.

Palavras-chave: Enfermagem perinatal; Período pós-parto; Educação em Saúde.

ABSTRACT

This is a descriptive research with quantitative and qualitative approach, awakened from care practice that seeks to understand how the mother is prepared to take care of the newborn, especially the healing umbilical stump, pointing out the difficulties, received guidance and meanings attributed to the umbilical cord; questioning: how mothers care for their babies in the first month of life? It was held in a populous neighborhood of a city in the North Plateau of Santa Catarina, attended by three Health Strategies Family; in March and April was applied a semi structured questionnaire to 20 mothers who had their children in December 2015 and January 2016. Then the data were organized through simple statistics and Bardim content analysis resulting in three categories, I: help us care was welcome because I was too sore and weak; II: The umbilical cord is where the baby breathes within us and III: Clean the umbilical stump means avoiding infection. Thus, for this group of mothers experienced no difficulty in taking care of the baby and a few were not well-targeted to properly perform the umbilical dressing; for them the presence of the family in the care of newborn was welcome, and supported by her husband, mother and mother in law; attach the cord is vital to sustaining life and growth of the fetus. In conclusion, it is necessary to strengthen the educational actions, establishing the appropriate approach at the appropriate time, aiming at the empowerment of women as caregivers of their baby.

Keywords: perinatal nursing; postpartum period; Health Education.

SUMÁRIO

RESUMO	3
ABSTRACT	4
1 INTRODUÇÃO	6
1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA.....	6
1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA	7
1.3 OBJETIVO GERAL.....	8
1.4 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO.....	9
2.2 PRÉ-NATAL	14
2.2.1 Orientações no Pré-natal	16
2.3 PERÍODO PUERPERAL.....	20
2.4 EQUIPE DE SAÚDE X VISITA DOMICILIAR.....	21
2.5 SAÚDE DA CRIANÇA.....	22
2.6 O CUIDADO COM O COTO UMBILICAL DO RECEM NASCIDO.....	23
2.7 ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL	23
3 METODOLOGIA	26
3.1 TIPO DA PESQUISA.....	26
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	26
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	26
3.4 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO DE COLETA.....	27
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
3.6 CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA.....	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
4.1 PERFIL DAS PARTICIPANTES.....	29
5 CONCLUSÃO	46
REFERENCIAS	47
APÊNDICES	50

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

O puerpério é o nome dado ao período que compreende o pós-parto, em que a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas, nesta fase a mulher é chamada de puérpera (BRASIL, 2012).

A primeira infância, especialmente o período perinatal, que vai do nascimento ao 7º dia de vida é a fase mais crítica na vida do ser humano, e, portanto, deve ser cercado de cuidados, alimentação adequada, afeto a fim de satisfazer as necessidades físicas e psicoafetivas do indivíduo.

Por outro lado, tem se uma mulher vivenciando um período de grande fragilidade física e emocional, na qual a atenção humanizada e respeitosa dos profissionais de saúde faz toda a diferença. O medo de lidar com o bebê que possui o coto em fase de desidratação representa no imaginário popular uma situação de risco fazendo-os evitar tocar, molhar, prejudicando muitas vezes a higienização.

O pós-parto pode ser caracterizado por sentimentos ambivalentes tais como euforia e alívio; experiência do parto e nascimento do filho, aumento da autoconfiança; desconforto físico- inerente ao tipo de parto; medo de não conseguir amamentar, ansiedade quando o leite demora a aparecer e ingurgitamento das mamas; sentimento de decepção com o filho, pelo sexo ou aparência física, medo de não ser capaz de cuidar e responder as necessidades do bebê e não ser uma boa mãe (MALDONATO, 2000).

A equipe de saúde bem como o enfermeiro é o profissional que atua na assistência direta às mulheres e crianças no âmbito hospitalar e comunitário, tendo papel importante na promoção e proteção à saúde da criança, entre elas o aleitamento materno, por meio do fortalecimento de ações comunitárias, reorientação dos serviços de saúde, orientações às gestantes e puérperas e na formação e articulação de redes de apoio a esta prática. (MONTESCHIO, et al, 2005).

Após sair da maternidade toda mulher que deu à luz deverá receber uma visita domiciliar da equipe de saúde entre sete e dez dias, nesta ocasião deverá

receber orientações específicas sobre os cuidados que deve tomar consigo mesma e com o bebê. (BRASIL, 2012)

Temos ainda as grandes dificuldades envolvendo mitos, crenças, diversidade de informações, a presença de pessoas leigas, dentre outras relacionadas aos cuidados com o bebê, faz-se necessário discutir com as puérperas e os cuidadores quanto à maneira adequada dos cuidados com estas crianças no referido período (D'ÁVILA; GONÇALVES, 2003).

O coto umbilical necessita de cuidados essenciais para prevenir infecções, hemorragias e acelerar a mumificação do mesmo. Devendo este cuidado ser realizado pelos profissionais de saúde e explicado ao cuidador do recém-nascido, pois será ele que continuará com este cuidado principalmente após a alta hospitalar sendo que tal procedimento deverá ser realizado em cada troca de fraldas até a queda do coto. (GOMES; LOUREIRO; GONÇALVES, 1990)

A antissepsia do coto umbilical é o cuidado de higiene realizado no recém-nascido, em cada troca de fraldas este deverá ser realizado com um cotonete embebido em álcool 70% no coto umbilical, para promover o seu secamento. O cordão umbilical é colonizado por uma rica flora de micro-organismos (cocos gram-positivos logo após o nascimento e, mais tarde, uma limitada quantidade de organismos fecais) (NADER; PEREIRA, 2004, p.144).

Os esclarecimentos da realização deste procedimento deverão ser prestados há todos os envolvidos no cuidado do RN, tanto no meio hospitalar como na unidade de Saúde, devendo estes serem muito bem prestados, evitando assim qualquer índice de infecção (D' AVILA; GONÇALVES, 2003)

A equipe de enfermagem desempenha papel importantíssimo neste momento do ser humano, acompanhando desde o nascimento até sua morte. Com isso, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, precisam utilizar os métodos de comunicação seja com o paciente adulto ou recém-nascido. Os Médicos, Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem devem, então, orientar os pais em relação ao cuidado umbilical adequado com o mesmo (LUCILLE; DONNA, 1989, p.174).

Um dos cuidados essenciais que a equipe de enfermagem deverá orientar a mãe é sobre a cuidadosa lavagem das mãos para manusear o RN (ARMELLI, MARINO, 1995)

1.4 OBJETIVOS DA PESQUISA

1.4.1 Objetivo Geral

Conhecer como as mães cuidam de seus bebês no período neonatal em um município do Planalto Norte Catarinense.

1.4.2 Objetivo Especifico

Avaliar se as mães encontram dificuldades na realização do curativo do coto umbilical do RN;

Verificar se houve ou não orientação da realização deste procedimento, durante o pré-natal, puerpério ou visita domiciliar;

Investigar a utilização do álcool 70 % no curativo ou outras substâncias recomendadas;

Verificar a qualidade do serviço público prestado a mãe/filho no período neonatal precoce na visão da mãe.

Identificar o conhecimento das mães sobre o significado do coto umbilical;

Verificar quais cuidados efetivamente são realizados pela mãe no período neonatal;

Apontar a quem e quais cuidados ao bebê a mãe delega.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

A gestação, o parto e o puerpério constituem um forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam (BRASIL, 2001). São momentos em que a mulher vivencia uma gama de sentimentos (RIOS e VIEIRA, 2007).

A gravidez representa biologicamente uma função primária do sistema reprodutor feminino e é considerada como um processo normal. Sua duração é variável, mas podemos dizer que da época da concepção até o nascimento dura, aproximadamente, 267 dias ou 38 semanas; se levarmos em conta a data da última menstruação, a gestação dura 280 dias ou 40 semanas (BARROS, 2009).

A mulher, ao sentir os sinais e sintomas da gestação, procura um serviço de saúde para a sua confirmação e segundo Barros (2006, 2009), esses sinais e sintomas são evidenciados devido a alterações endocrinológicas, fisiológicas e anatômicas. Podem ser agrupados tradicionalmente em três grupos: de presunção, de probabilidade e de certeza (MONTENEGRO e REZENDE FILHO, 2008).

Sintomas como a amenorreia, as náuseas, congestão mamária e polaciúria são considerados sinais de presunção; a amenorreia após 10 a 14 dias, o aumento do volume e alteração da consistência e da forma do útero e o aumento do volume abdominal são denominados de sinais de probabilidade (MONTENEGRO e REZENDE FILHO, 2008).

Os testes hormonais também constituem um parâmetro para o diagnóstico da gravidez e são realizados com base na gonadotrofina coriônica humana (hCG) produzida pelo corpo feminino. Esses testes são divididos em quatro tipos: biológicos, imunológicos, rádio imunológicos (RIA) e enzima imunológicos (ELISA) (MONTENEGRO e REZENDE FILHO, 2008).

Mas apenas os sinais de certeza podem confirmar a gestação, são eles a ausculta dos batimentos fetais, pela percepção dos movimentos do feto pelo examinador, do Sinal de Puzor e através da ultrassonografia. (BARROS 2006, 2009).

O diagnóstico da gravidez, segundo Brasil (2006), deve ser analisado através de um fluxograma baseado na história da mulher, do exame físico e pelos testes laboratoriais. A mulher, ao chegar a um serviço de saúde referindo atraso ou irregularidade menstrual, náuseas, aumento do volume abdominal, ou outra queixa, precisa ser avaliada por um profissional quanto ao seu ciclo menstrual, a data da última menstruação e atividade sexual. Se for atraso menstrual em mulheres maiores de 10 anos com atividade sexual, deve-se solicitar teste imunológico de gravidez (BRASIL, 2006).

Se resultado do teste der negativo deve-se repetir o teste imunológico de gravidez após 15 dias; se novamente o resultado for negativo e persistir a amenorreia, a mulher deve ser encaminhada para avaliação clínico-ginecológica. Mas se o resultado for positivo, a gestação é confirmada. Com isso, através da consulta médica ou de enfermagem, deve iniciar o acompanhamento da gestante (BRASIL, 2006).

Após a confirmação da gravidez, a gestante e sua família podem experimentar diferentes reações diante da novidade, podendo ser positivas (alegria, euforia, felicidade) ou negativas (tristeza, medo, desespero) (BARROS, 2006). Essas reações influenciam no seu dia-a-dia; por isto, é preciso reconhecer essas mudanças para vivê-las de forma ativa e saudável, com harmonia e prazer (BRASIL, 2008).

A equipe de saúde deve buscar compreender esses múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, pois de acordo com Brasil (2000a), o contexto é que vai determinar o desenvolvimento da gestação, assim como a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança a partir das primeiras horas após o nascimento, interferindo também, no processo de amamentação e cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, assim como condições básicas para o desenvolvimento saudável do ser humano (BRASIL, 2000a).

Para Brasil (2006), ao longo da gestação, algumas mudanças emocionais podem ser percebidas de acordo com o período gestacional em que a mulher está. No primeiro trimestre a mulher pode apresentar sentimento de ambivalência (querer e não querer a gravidez), medo de abortar, oscilações do humor levando a um aumento da irritabilidade, desejos e aversões por determinados alimentos. No segundo trimestre pode ocorrer introspecção e passividade por parte da gestante,

alteração no desejo e no desempenho sexual, alteração da estrutura corporal que, para uma gestante adolescente, tem uma repercussão ainda mais intensa. E no terceiro trimestre as ansiedades intensificam-se com a proximidade do parto, manifestam-se mais os temores do parto (medo da dor e da morte) e aumentam as queixas físicas (BRASIL, 2006).

Além das mudanças emocionais, o organismo materno sofre uma série de adaptações fisiológicas, atribuídas aos hormônios da gravidez e à pressão mecânica decorrente do aumento do útero e de outros tecidos. Essas modificações podem ser locais, principalmente no útero e nas mamas, ou gerais, no sistema cardiovascular, renal, respiratório, entre outros, assim como a postura e a deambulação (BARROS, 2006; MONTENEGRO e REZENDE FILHO, 2008, p.78).

Brasil (2000) afirma que "a gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências". Mas, algumas gestantes que, por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo, possuem maiores probabilidades de evoluir de forma desfavorável, tanto o feto como a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de "gestantes de alto risco" (BRASIL, 2000).

Essas gestantes estabelecem necessidades de cuidados distintos, que vão desde o mínimo, para aquelas de baixo risco ou baixa probabilidade de apresentar esse dano, até o máximo, necessário para aquelas com alta probabilidade de sofrer danos à saúde (BRASIL, 2000).

As necessidades de saúde do grupo de baixo risco são resolvidas, de maneira geral, com procedimentos simples no nível primário de assistência. As do grupo de alto risco, geralmente requerem técnicas mais especializadas. Assim, o controle pré-natal da gestante de baixo risco será diferente daquela de alto risco, seja em objetivos, conteúdos, número de consultas pré-natais e tipo de equipe que presta a assistência (BRASIL, 2000).

Além dos cuidados realizados no pré-natal, deve-se ter atenção na escolha da via de parto, pois depende das condições clínicas e obstétricas maternas e fetais (BARROS, 2009). O objetivo principal é o de se obter ao fim da gestação, um recém-nascido saudável, com plena potencialidade para o desenvolvimento biológico e psicossocial futuro; e também uma mulher/mãe com saúde e não traumatizada pelo processo de nascimento que acabou de experimentar (BRASIL, 2001).

Para algumas gestantes, o parto é um momento bastante temido, pois ele pode ser associado com a morte e com outras complicações. As mulheres, dessa maneira, necessitam de um preparo, em que sejam considerados os procedimentos técnicos, os aspectos emocionais e culturais (SHIMIZU e LIMA, 2009).

É consenso que o parto normal é o vaginal, sendo mais seguro para a mulher e a criança. Mas o tipo de parto apresenta uma série de implicações em termos de necessidade e indicação, riscos e benefícios, dependendo de cada situação, tempo de realização, complicações e repercussões futuras. A cesárea é um procedimento cirúrgico e que quando bem indicado, tem papel como redutor da morbidade e mortalidade perinatal e materna (BRASIL, 2001).

Assim como a gravidez, o parto causa modificações no organismo da mulher. O período em que as modificações locais e sistêmicas retornam à situação do estado pré-gravídico é chamado de puerpério, cujo início se dá uma a duas horas após a saída da placenta e não tem previsão para o término, pois enquanto a mulher amamentar estará sofrendo modificações da gestação, o que faz seu ciclo menstrual não retornar completamente ao normal (BRASIL, 2001).

O período puerperal, segundo Montenegro e Rezende Filho (2008), pode ser dividido didaticamente em três etapas, o imediato corresponde do 1º ao 10º dia após o parto, o tardio do 10º ao 45º dia, e o remoto além do 45º dia.

Durante este momento, o corpo da mulher passa novamente por alterações anatômicas e fisiológicas, mas, como em todos os outros, deve ser vista como um ser integral, não excluindo seu componente psíquico. Alterações do humor, com labilidade emocional, são comuns no puerpério; entretanto, o estado psicológico da mulher deve ser observado, para que quadros de profunda apatia ou sintomas de psicose puerperal sejam identificados precocemente (BRASIL, 2001).

Após o parto, a puérpera pode apresentar ligeiro aumento da temperatura axilar, ocorrendo ainda calafrios; tem seu padrão respiratório restabelecido e a volta das vísceras abdominais à sua situação original, além da descompressão do estômago, o que promove um melhor esvaziamento gástrico. Os esforços desprendidos no período expulsivo agravam as condições de hemorroidas já existentes e traumas podem ocorrer à uretra ocasionando desconforto à micção e até mesmo retenção urinária. O útero atinge a cicatriz umbilical após o parto e posteriormente regride em torno de um centímetro ao dia, embora de forma irregular.

Inicialmente surgem os lóquios sanguíneos (até o 5º dia), em volume variável, semelhante a uma menstruação (BRASIL, 2001).

A atenção nesse momento é fundamental para a saúde materna e neonatal, visto que, boa parte das situações de morbimortalidade da mulher e de seu filho acontece nas primeiras semanas após o parto (BRASIL, 2006).

Assim, a revisão puerperal tem o objetivo de avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido; orientar e apoiar a família para a amamentação; cuidados básicos com o mesmo, planejamento familiar; avaliar interação da mãe com o bebê; identificando situações de risco ou intercorrências e intervindo (BRASIL, 2006).

No puerpério imediato, o profissional de saúde deve estar atento às necessidades tanto físicas, como psíquicas da mulher; ela deve ser tratada com respeito e atenção (BRASIL, 2000a). Nos momentos iniciais após o parto, a relação mãe-filho não está ainda bem elaborada; portanto, não se deve concentrar todas as atenções apenas à criança (BRASIL, 2006).

Ainda no hospital, deve-se estimular a deambulação o mais precoce possível, assim como a higienização. Em relação às mamas, deve ser orientada a utilização de sutiã por proporcionar melhor conforto à mulher. Podem ocorrer deformidades nos mamilos, ou presença de fissuras, ocasionadas por pega inadequada ao peito, podem ocorrer mastites e abscessos, que necessitam de atenção especial, não sendo motivos para se desencorajar o aleitamento exclusivo (BRASIL, 2000).

O colostro já está presente no momento do parto. A descida do leite, no entanto, ocorre entre o 1º e 3º dia pós-parto, embora a colocação da criança ao peito deva ser feita logo após o nascimento para que ocorra liberação de prolactina e ocitocina, com consequente produção e liberação do leite (BRASIL, 2000).

Brasil (2000a) diz que, após a alta hospitalar, a mulher deve procurar atendimento em uma unidade de saúde para realizar a revisão puerperal precoce, de 7 a 10 dias após o parto. Deve-se ouvir suas queixas, realizar um exame físico adequado e orientá-la, após o atendimento precoce, deve-se orientar a puérpera para retornar a revisão tardia, entre o 30º e o 42º dia pós-parto.

O mesmo autor refere que, nesta ocasião, podem-se liberar os exercícios físicos, além de oportunizar às puérperas completarem seus esquemas de vacinação e realizarem o exame preventivo para câncer cervical (BRASIL, 2000).

Para Serruya, Cecatti e Lago (2004, p.102):

A assistência à mulher na gestação só deve ser considerada como concluída após a consulta puerperal. O seguimento clínico após a gestação é imperativo por diferentes razões, como o estabelecimento de condutas para garantir o adequado intervalo interpartal, que protege a mulher e melhora os resultados perinatais, com a orientação para a introdução de método contraceptivo, assim como avaliação que permita detectar importantes alterações como a anemia e os estados depressivos.

É fundamental que haja uma discussão com o casal sobre o retorno às atividades sexuais, assim como o planejamento familiar. A escolha do método contraceptivo deve ser sempre personalizada, pois deve ser considerado 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, 2000).

2.2 PRÉ-NATAL

Até década de 1980 o atendimento à mulher pelo sistema de saúde era limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal e, mesmo assim, de forma deficiente (BRASIL, 1984).

Em 1983 surgiu o PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, anunciando uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher. Porém, o Ministério da Saúde divulgou oficialmente o programa em 1984, através do documento preparado pela referida comissão: "Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática". Dessa forma, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério (OSIS, 2008).

Após a implantação do PAISM, houve estímulo ao desenvolvimento de várias atividades de cunho informativo/educativo nas unidades de saúde, levando a promoção do autoconhecimento e da autoestima das mulheres, em que se incluíram oficinas e outros tipos de abordagens grupais com enfoque participativo (MOURA e RODRIGUES, 2003, p.98).

Em 2000, através da Portaria nº 569 de 1/6/2000, foi criado e implantado o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), que tem

como objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000).

O programa se baseia no direito de cidadania, ou seja, direito ao acesso, por parte das gestantes e dos recém nascidos, à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestação de baixo como de alto risco, através da adequada organização dos serviços de saúde, assegurando que a assistência seja de forma integral e com investimentos e custeios necessários, gerando assim, a redução das altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal no país (SANTOS NETO et al., 2008).

A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram como uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais (BRASIL, 2007).

Brasil (2008) afirma que a maioria das mulheres tem uma gravidez e parto normal, sem problemas de saúde. Mas o acompanhamento pré-natal também é importante, porque permite prevenir, identificar e tratar problemas de saúde que possam acontecer no período da gestação. Porém, cerca de 10% a 20% das mulheres têm complicações na gravidez e precisam ser cuidadas de forma mais constante, para que mãe e bebê fiquem saudáveis (BRASIL, 2008).

Conforme o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, para que se possa realizar um adequado acompanhamento pré-natal, deve-se desenvolver modalidades assistenciais, como a realização da primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação, garantir a realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento, realização exames laboratoriais, a aplicação de vacina antitetânica, realização de atividades educativas e classificação de risco gestacional, além de, garantir às gestantes classificadas

como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2000).

Brasil (2006) acrescenta que, para a gestante receber um pré-natal de qualidade, deve ser realizado uma escuta ativa da mulher e de seus (suas) acompanhantes, assim como o esclarecimento de dúvidas e informações sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas.

De acordo com o mesmo autor, é imprescindível que sejam realizadas atividades educativas em grupo ou individualmente, com uma linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias; estimular a gestante a realizar parto normal e resgatar o parto como ato fisiológico, realizar anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante; fazer a avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional); realizar prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama; realizar o tratamento das intercorrências da gestação; registrar em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação (BRASIL, 2006).

Trevisan et al. (2002) diz que, não se pode garantir a qualidade de um pré-natal apenas analisando isoladamente o número de consultas realizadas; deve-se incluir o início dessas consultas e o que foi realizado, como exames de rotina e as orientações fornecidas.

2.2.1 Orientações no Pré-natal

O primeiro passo a ser dado na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudanças de hábitos e transformação no modo de viver é através da educação em saúde (BRASIL, 2000a). Na gestação não é diferente, através da troca de experiências e conhecimentos entre o profissional e a gestante é que promovemos a compreensão do processo gestacional (BRASIL, 2006).

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação (RIOS e VIEIRA 2007).

As orientações já devem iniciar no momento em que for diagnosticada a gravidez; a gestante já deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento pré-natal, sendo a sequência das consultas médica e de enfermagem, visitas domiciliares e reuniões educativas. Deverá ser fornecido o seu cartão de gestante preenchido com sua identificação e orientá-la sobre o mesmo, também orientar sobre o calendário de vacinas, solicitação de exames e a participação nas atividades. (BRASIL, 2000a; 2005)

Trevisan et al. (2002) confirma a importância da realização de atividades educativas durante o acompanhamento pré-natal. Ainda assim, mais que a metade dos números de entrevistadas em seu estudo negou ter recebido informações de caráter educativo durante a gravidez. Além disto, menos ainda confirmaram ter participado de atividades do tipo "grupos de gestantes" durante o pré-natal.

Para Feliciano e Kovacs (2003, p.28), "embora a dimensão educativa se constitua em uma parte essencial das práticas de saúde há pouca valorização dessas atividades na atenção pré-natal".

Durante as consultas de pré-natal, as informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. É necessário que o setor saúde esteja aberto para as mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde (BRASIL, 2006). Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem assumir postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério. Por este motivo, Rios e Vieira (2007) afirmam que o período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar.

Moura e Rodrigues (2003) asseguram que as atividades de comunicação/informação em saúde dirigidas às gestantes são realizadas no transcorrer das consultas de enfermagem podendo ser individual ou em grupo.

Existem diferentes formas de realizar um trabalho educativo em grupo, pode ser através de discussões, dramatizações ou dinâmicas; qualquer que facilite a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo, onde o profissional de saúde atua como um facilitador (BRASIL, 2006).

Para Moura e Rodrigues (2003, p. 116):

É necessário introduzir a prática dessas atividades (individual e grupal), de maneira a sobrepor as consultas, com a proposta de reversão do modelo tradicional biomédico (voltado à doença) para o modelo atual, que tem como foco a promoção da saúde e que, portanto, traz a democratização do saber em saúde e a avaliação de impacto sobre a qualidade de vida das pessoas como principal meta.

Mesmo que as gestantes sejam o foco principal, não se pode deixar de atuar o processo de aprendizagem, também, entre companheiros e familiares (BRASIL, 2005). Entende-se que para a gravidez transcorrer de modo satisfatório são necessários cuidados da própria gestante, do companheiro (quando houver) e de sua família (DUARTE E ANDRADE, 2006).

Para Feliciano e Kovacs (2003):

Em geral, o processo educativo é restrito ao fornecimento pelo médico, durante a consulta, de informações sobre alguns aspectos relacionados com a gravidez, o parto e os cuidados com o bebê. Como a consulta médica é o único momento interativo direto das mulheres com os profissionais, a dimensão educacional fica diluída no conjunto de práticas voltadas para a detecção e o controle de fatores de risco biológicos, tais como, a anamnese dirigida, o exame físico e a solicitação de exames para seguimento da gestação (FELICIANO e KOVACS, 2003, p.179).

Os mesmos autores em seu estudo titulado "As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV" observaram a busca por parte dos profissionais em favorecer a compreensão do conteúdo transmitido, mas não foi feita a tentativa de introduzir no trabalho uma dinâmica de "conversa", incorporando a participação das mulheres (FELICIANO e KOVACS, 2003).

Moura e Rodrigues (2003) concluem a respeito do desenvolvimento de atividades de comunicação/informação em saúde na assistência ao pré-natal, que merecem ser priorizadas, planejadas e desenvolvidas com vistas a gerar mudanças

de comportamentos, pela adoção de práticas sistemáticas e participativas por todos os profissionais.

Segundo Brasil (2000), alguns aspectos podem ser abordados na educação em saúde como, por exemplo, a importância do pré-natal, sexualidade, orientações de higiene e alimentação, o desenvolvimento da gestação, as modificações corporais e emocionais que ocorrem com a gestante, os sinais e sintomas do parto, a importância do planejamento familiar, informações acerca dos benefícios legais a que a gestante tem direito, o impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, parto e puerpério, a importância da participação do pai durante a gestação, importância do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança; aleitamento materno, importância das consultas puerperais, cuidados com o recém nascido, importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente) (BRASIL, 2000).

Moura e Rodrigues (2003) acrescentam também a importância de orientar as gestantes sobre uso de medicamentos, combate ao tabagismo, realização de atividades físicas, uso de vestuário adequado e da importância do contato com o bebê ainda no útero.

No entanto, Oliveira e Simões (2007) dizem que não se deve estar atento apenas às questões ginecológicas e obstétricas, mas também aos aspectos psicológicos com o objetivo de ajudar e orientar as gestantes na resolução de conflitos e problemas que podem, em graus variados, influenciar na evolução gestacional.

Concordo com Rios e Vieira (2007) que expõem que está havendo uma falha nas ações educativas durante o pré-natal, pois parece paradoxal que a mulher, ao passar por uma gestação sem complicação e frequentando o pré-natal, chegue ao último mês demonstrando falta de conhecimento sobre alterações advindas da gravidez e despreparo para vivenciar o parto.

Os mesmos autores também afirmam que a carência de informações, ou informações inadequadas sobre o parto, o medo do desconhecido, bem como os cuidados a serem prestados ao recém-nascido nos primeiros dias são os fatores mais comuns de tensão da gestante, que influenciam negativamente durante todo o processo. Neste sentido, devem ser valorizados as emoções, os sentimentos e as

histórias relatadas pela mulher e seu parceiro de forma a individualizar e a contextualizar a assistência pré-natal (RIOS E VIEIRA, 2007).

2.3 PERÍODO PUERPERAL

O pós-parto é uma fase crítica para a mulher, pois neste período ocorrem violentas mudanças nas taxas hormonais, além de todo o estresse que o parto implica. O autor Souza (2011, p.76), afirma que:

Este período refere-se ao puerpério no qual a autoconfiança da mulher encontra-se em crise. Tornar-se mãe é um ritual de transição e envolve uma reorganização de todos os papéis que integram o autoconceito da mulher. Comentam que diversos sentimentos estarão se mesclando no decorrer dos dias; entre eles pode-se colocar a euforia, o medo, o alívio, a ansiedade, entre outros.

Com base em tais afirmações do autor supracitado, entende-se que a assistência prestada à mulher no período pós-parto deve-se considerar a singularidade da vivência em tal período; tendo em vista situações particulares de vida da pessoa; lembrando sempre que as mulheres se esforçam para buscar o ajustamento neste novo papel, e que toda vulnerabilidade as torna mais acessíveis para receberem ajuda.

Neste sentido, a assistência deve englobar os aspectos físicos, emocionais e relacionais. Para Gonçalves (2001), após o parto, a alta hospitalar representa, para a puérpera e sua família, um momento de muita ansiedade e expectativa, pois a partir deste momento a puérpera não contará com a assistência, ajuda e segurança oferecida pela instituição e pelos profissionais de saúde. É a partir deste momento que a mãe assume a total responsabilidade do cuidado com o filho, contando, às vezes, apenas, com a ajuda de familiares e amigos (BRASIL, 2001).

No entanto, a enfermagem tem atuado diretamente nesta área e diante da permanência do risco de morbimortalidade materna e neonatal, tem buscado aprimorar seus conhecimentos técnicos e científicos para a formulação de estratégias que contribuam para uma melhora qualitativa da assistência. Portanto, para a diminuição dos riscos, o enfermeiro precisa ter conhecimentos específicos de

várias áreas como fisiologia, anatomia, fisiopatologia, entre outras, porém seria de grande valia que além destes, os enfermeiros pudessem expandir seus conhecimentos na área da obstetrícia (RAVELLI 2008).

2.4 EQUIPE DE SAÚDE X VISITA DOMICILIAR

São vários os programas desenvolvidos no ESF (Estratégia da Saúde da Família), e nas (UBS) Unidades Básicas de Saúde, cada indivíduo deve ser avaliado em conjunto, sendo o indivíduo e sua família de uma forma integral, observando seu meio de vida cultural e religioso, mantendo o equilíbrio de cada necessidade, devendo-se obter o maior número de informações sobre todos os integrantes desta família (FIGUEIREDO 2005).

A missão da Unidade de Saúde, independente da estratégia de sua organização, é desenvolver ações e serviços no sentido de intervir no processo de saúde-doença da população, ampliar a participação da população, além de promover a sua qualidade de vida.

Todo local de saúde tem seu território, o qual chamamos de área de abrangência, onde existem agentes comunitários de saúde que são responsáveis pelas famílias desta área (FIGUEIREDO 2005).

Os profissionais de enfermagem, deveriam em suas intervenções ao combate dos sintomas e de suas causas, se preocupar com os outros fatores que pudessem provocar alterações no processo de saúde/doença, devendo lembrar que no estado de saúde das pessoas estão ligados o emocional, social e psíquico, acabando assim consolidando a maneira fragmentada de tratar e de cuidar dos problemas de saúde (RIZZOTTO, 1999, p.204).

É papel do enfermeiro promover um ambiente livre de riscos para reprodução, crescimento e desenvolvimento, além do bem-estar e da recuperação da doença, devendo desenvolver atividades tanto na unidade de saúde quanto na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho de sua equipe (FIGUEIREDO, 2005).

No Brasil, as visitas domiciliares foram introduzidas no início do século XX, por meio de práticas sanitárias trazidas da Europa, em especial por Oswaldo Cruz,

Emílio Ribas e Carlos Chagas. A Visita Domiciliar constituiu estratégia no combate às doenças transmissíveis daquela época (LAGRANGE, 2007).

Hoje as visitas domiciliares vêm ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década (LAGRANGE, 2007).

De acordo com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário (BRASIL, 2006).

2.5 SAUDE DA CRIANÇA

O cuidado com a saúde do recém-nascido é importantíssimo para a redução da mortalidade infantil, que ainda é muito elevada no Brasil, sendo que ocorrem 25% especialmente nos primeiros dias de vida, sendo este o período neonatal que é um período de grande vulnerabilidade na vida, concentra-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais (LANSKY, 2008)

A promoção de qualidade de vida inicia-se ainda durante a gestação, pois os hábitos irão influenciar após o nascimento e assim serão melhoradas as condições de vida do bebê e de toda família, a prevenção e assistência à saúde dos recém-nascidos e de suma importância pois influenciam as condições de saúde dos indivíduos, desde o período neonato até a vida adulta (LANSKY, 2008)

Um acompanhamento adequado no pré-natal possibilita a identificação dos problemas de risco em tempo oportuno para intervenção, a qualidade do atendimento beneficia a mãe e o bebê, melhorando as taxas de mortalidade (VILLAR, 2005).

Em meados dos anos setenta, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Saúde Materno-Infantil, onde o planejamento familiar figurava discretamente sob o nome de paternidade responsável (BRASIL, 2005). Em 22 de

fevereiro de 2006, foi divulgado o Pacto pela Saúde, que está disposto na portaria GM/399. Onde o modelo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde foi adotado pelos Estados e Municípios com vistas a organização dos serviços de atenção básica baseados na promoção e prevenção em saúde.

2.6 O CUIDADO COM O COTO UMBILICAL DO RECEM NASCIDO

O coto umbilical é um dos locais que deve ser bastante observado e cuidado, no recém-nascido, as inspeções devem ser periódicas, a higiene deve ser realizada com álcool 70% a cada troca de fralda, sendo esse um fator de proteção contra infecção (BRASIL, 2011).

Na inspeção deve-se ainda observar a hiperemia transitória da pele, esses procedimentos não apresentam riscos ao recém-nascido, inicialmente o aspecto é gelatinoso, mumificando-se do 3º ou 4º dia, e costuma-se desprender-se em torno do 5º ao 15º dia (BRASIL, 2011).

As infecções no coto costumam ser graves, necessitando de assistência especializada e prolongando o período de internação. A onfalite (infecção do coto umbilical) constitui uma das principais causas de mortalidade neonatal em populações carentes. Habitualmente o cordão umbilical apresenta duas artérias e uma veia. A presença de uma artéria umbilical única pode estar associada a anomalias renais ou problemas genéticos, principalmente a trissomia do 18. É importante pesquisar a presença de secreções na base do coto umbilical ou de eritema da pele ao redor da implantação umbilical (BRASIL, 2011).

2.7 ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL

A enfermagem tem se tornado uma profissão empenhada num despertar social para além das práticas curativas e consolida sua relevância na colaboração para a reversão de indicadores de saúde caóticos. Muitas são as dimensões com as quais o enfermeiro está comprometido, pois no cuidado ele previne, protege, trata, recupera, promove e produz saúde (DUARTE, 2006).

Após a implantação do PAISM, houve um estímulo à participação dos enfermeiros nas ações de saúde da mulher, especialmente na assistência pré-natal. De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Decreto n.º

94.406/87 e o Ministério da Saúde, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira (RIOS E VIEIRA, 2007).

Tal decreto regulamenta a Lei nº 7.498/86 que diz caber ao enfermeiro a realização da consulta de Enfermagem e prescrição da assistência de Enfermagem; prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido, participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco (BRASIL, 1987).

De acordo com Brasil (2000a), cabe ao enfermeiro orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, preparo para o parto, entre outros; realizar consulta de pré-natal de gestação de baixo risco; solicitar exames de rotina e orientar tratamento conforme protocolo do serviço; encaminhar gestantes identificadas como de risco para o médico; realizar atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera; fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta e realizar coleta de exame citopatológico.

O enfermeiro elabora o plano de assistência de enfermagem na consulta de enfermagem pré-natal e, de acordo com as necessidades identificadas e priorizadas, estabelece as intervenções, orientações e encaminhamentos a outros serviços, promovendo a interdisciplinaridade das ações, principalmente com a odontologia, medicina, nutrição e psicologia (DUARTE e ANDRADE, 2006).

Para Duarte e Andrade (2006), a intervenção de enfermagem inicia-se muitas vezes quando a mulher procura o serviço de saúde com medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade de saber se está grávida. Na consulta de enfermagem, devem ser valorizadas as queixas referidas, ou seja, a escuta à gestante, visto que possibilita a criação de ambiente de apoio por parte do profissional e de confiança pela mulher.

Conforme Shimizu e Lima (2009, p.127):

A consulta de enfermagem é um instrumento de suma importância, pois sua finalidade é garantir a extensão da cobertura e melhoria da qualidade pré-natal, principalmente através da introdução das ações preventivas e promocionais às gestantes. Além disso, tal procedimento é visto como um espaço de acolhimento, onde se possibilita o diálogo, com livre expressão de dúvidas, de sentimentos,

e de experiências, estreitando o vínculo entre a enfermeira e a gestante.

As atividades em grupo são uma das metodologias utilizadas pelo enfermeiro que atua com o intuito de estimular a inserção das gestantes no pré-natal, uma vez que este espaço de discussão permite a continuidade da consulta de enfermagem (DUARTE e ANDRADE, 2006).

Rios e Vieira (2007) afirmam que "conhecer as necessidades de aprendizagem das gestantes no período do pré-natal é considerar a importância da cliente na determinação de seu autocuidado". Sendo assim, no pré-natal o enfermeiro deve ficar atento para interpretar a percepção que a gestante tem com relação a sua experiência da maternidade no contexto mais amplo (ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e sociais) por ser essa uma experiência única. O profissional não deve impor seus conhecimentos e desconsiderar a realidade do cliente; se isso acontecer, as orientações dadas poderão não ser adotadas por incompatibilidade com essa realidade (RIOS e VIEIRA, 2007).

Oliveira e Simões (2007) destacam a importância da assistência de enfermagem no pré-natal com qualidade, na medida em que se constitui em um momento de educação em saúde num amplo espectro, como o de orientar e promover a conscientização das gestantes sobre as possíveis implicações de hábitos não recomendáveis na gestação. Este, deve ser aproveitado para implementação de programas educativos, como discussões em grupo, dramatizações de situações cotidianas, relato de experiências, entre outros, com o fim maior de promover a saúde das gestantes por meio da educação e aconselhamento.

A comunicação dialógica representa um pilar na relação enfermeira-gestante, principalmente para favorecer à gestante compreensão desse complexo processo, empoderando-a para enfrentá-lo com mais tranquilidade. Pois as orientações recebidas pelas gestantes permitem ampliar o conhecimento não apenas do processo gestacional, mas também do parto, que é um momento bastante temido. A consulta de enfermagem contribui para que a gestante enfrente esta etapa da vida com mais tranquilidade, pois lhe permite compreender e expressar os diversos sentimentos vivenciados (SHIMIZU e LIMA, 2009).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, exploratória, de natureza básica.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada no bairro mais populoso de uma cidade do Planalto Norte Catarinense, neste bairro temos 03 Estratégias de Saúde da família e 01 unidade Básica de Saúde em Santa Catarina, sendo que tivemos um montante de 30 nascimentos nos meses de dezembro 2015 e janeiro 2016.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os sujeitos participantes foram 20 mães que vivenciaram o período puerperal nos meses de dezembro 2015 e janeiro 2016 Os dados foram coletados nos primeiros quinze dias de fevereiro 2016. Para tanto a amostra foi composta por 20 mães que estavam no período puerpério ou recentemente saído deste período, o qual era identificado durante a aplicação da pesquisa em entrevista com as mães.

Dessa forma pretendeu-se compreender como a nova mãe lida com os cuidados a seu filho, qual o significado que a mesma atribui ao coto umbilical, que apoio a mulher recebe neste período e que influências sofre.

Assim foi aplicado uma entrevista com questões norteadoras aplicadas pela própria pesquisadora no próprio domicílio da mãe em data e local confortável e privativo foi aplicado um questionário já elaborado com perguntas abertas e fechadas a cada uma das entrevistadas.

Posteriormente os dados foram organizados por semelhança nas respostas tendo como método a Análise Temática de Bardin.

Os diálogos foram transcritos fidedignamente e posteriormente acrescentados às descrições das observações e as impressões da pesquisadora contidas nos registros dos diários de campo.

Para análise dos dados foi utilizado a técnica da análise temática. Assim, após a transcrição das respostas, o material será lido na íntegra, iniciando-se a pré-análise e exploração dos dados. Em seguida, os achados foram organizados sistematicamente. Em seguida procedeu-se à categorização que consiste em isolar os elementos do discurso e impor certa organização às mensagens, investigando o que cada um tem em comum com o outro.

O desenvolvimento do estudo obedeceu aos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP Nº 50655315.2.0000.0117) e iniciará após a aprovação. As mães que concordarem em participar desta pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Serão informados dos objetivos da mesma, tipo de participação e que poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, se assim o desejassem. Tiveram também garantia de anonimato e sigilo quanto às informações prestadas.

Foram excluídas as mães que estão em acompanhamento de seus filhos fora da unidade e que não moram mais na área de abrangência, também serão excluídas as crianças que ficaram internadas em UTIs, onde as mães não realizaram os curativos dos RN.

3.4 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO DE COLETA

Nesta pesquisa a coleta de dados deu-se através de um formulário com questões semiestruturado aplicado pela pesquisadora, no qual constará perguntas objetivas e subjetivas. Este formulário foi distribuído pela própria pesquisadora às entrevistadas. Por meio de visitas, as participantes foram orientadas sobre a natureza da pesquisa, a forma de abordagem em relação à entrega do questionário aos participantes, sobre a necessidade da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e prazos para a entrega dos mesmos.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade do Contestado (UnC) para apreciação. Após a aprovação do CEP foram iniciadas as atividades programadas. As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa, após esclarecidas sobre o projeto, destacando os objetivos. Após esclarecidas as dúvidas das participantes foram entregues os termos de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitando a assinatura dos mesmos em duas vias, que após lido e assinado uma via ficou com a pesquisado e outra com o pesquisador.

3.6 CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

A pesquisa contribuiu para se apontar possíveis falhas na rede de estratégia para correta orientação as mulheres e aos cuidadores dos recém-nascidos sobre os cuidados a cerca da realização do coto umbilical, possibilitando assim estabelecer novas estratégias que possam ser compreendidas por todas as mulheres e os cuidadores que estejam passando por esta fase da vida e que tenha alguma dúvida na realização do curativo no coto umbilical.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a coleta de dados, aqueles que se referem ao perfil dos participantes do estado, foram tabulados e tratados segundo percentual simples e os dados qualitativos foram transcritos e após exaustiva leitura e releitura foram organizados e agrupados por meio da análise temática de Bardin. Assim obteve-se três categorias sendo: Categoria I: A ajuda nos cuidados foi bem-vinda, pois eu estava muito dolorida e fraca; Categoria II: O cordão umbilical é por onde o bebê respira dentro de nós; Categoria III: Higienizar o coto umbilical significa evitar infecção.

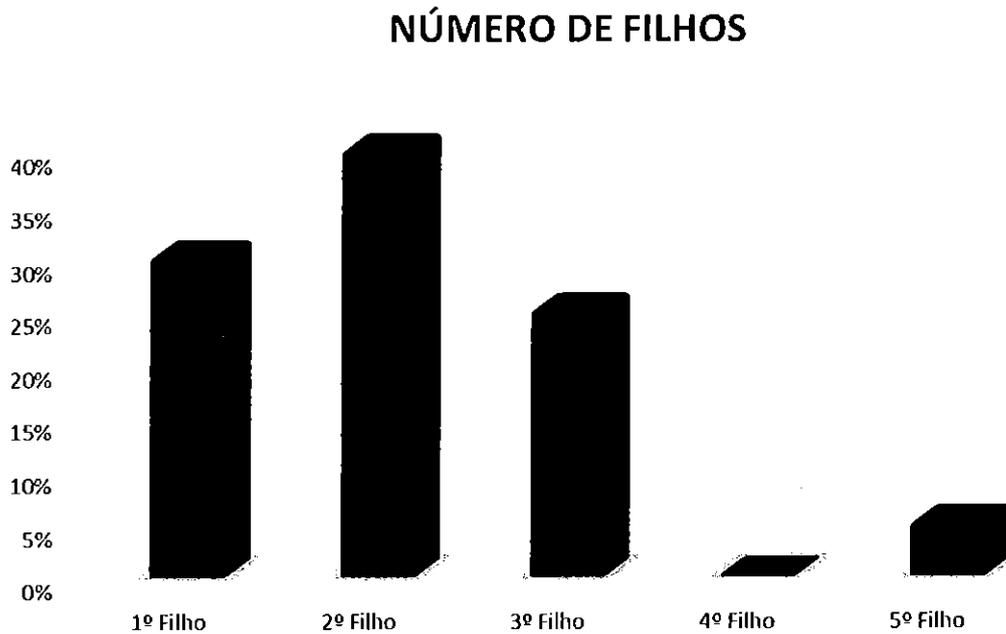
A análise dos resultados foi obtida com base na literatura consultada, para posteriormente ser desenvolvida uma conclusão em acordo com a realidade verificada e o alcance dos objetivos conforme pode ser averiguado após será realizada uma análise dos resultados obtidos com base nas literaturas, para posteriormente ser desenvolvida uma conclusão em acordo com a realidade verificada e o alcance dos objetivos conforme pode ser averiguado nas respostas dos quadros abaixo:

4.1 PERFIL DAS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 20 puérperas que haviam parido no mês de dezembro de 2015 e janeiro de 2016, moradores de uma área atendida por 3 Estratégias Saúde da Família de um município do Planalto Norte Catarinense.

O referido município conta com serviço hospitalar de obstetrícia de risco habitual, na qual as mães foram atendidas. A seguir apresentaremos o perfil sócio demográfico e cultural das participantes do estudo:

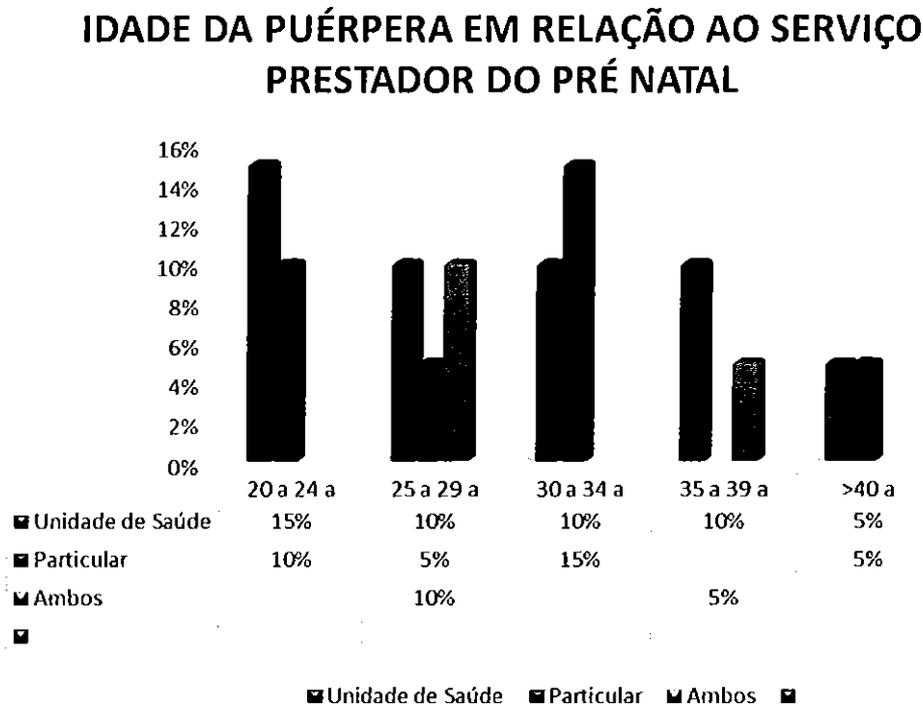
GRAFICO 01 : NÚMERO DE
FILHOS



FONTE DADOS DA PESQUISA (2016)

No gráfico 1 percebemos que 40% (8) das mães entrevistadas já tinham a experiência de um filho anterior, 30% (6) viviam a sua primeira maternidade 25% (5) estavam no terceiro filho e 5% (1) seu quinto filho, dessa forma temos uma amostra de mulheres muito experientes na vivencia da maternidade.

GRAFICO 02: IDADE DA PUERPERA EM RELAÇÃO AO SERVIÇO PRESTADOR DO PRÉ-NATAL



FONTE DADOS DA PESQUISA (2016)

No gráfico 2, vemos que em relação ao local da realização do pré-natal 50% (10) entrevistadas fizeram no sistema público de saúde, 30% (7) buscaram o serviço privado e 15% (3) realizaram o pré-natal no serviço público e privado simultaneamente.

A idade das mães que buscam o sistema público e daquelas que buscam o privado não diferencia significativamente, pois o que provavelmente conta nesta opção são as condições financeiras o que percebemos naquelas que fazem o pré-natal em ambos os serviços, economizando no custo dos exames, por exemplo, no entanto é importante refletir porquê, 15% das mães não creditaram somente ao pré-natal do Sistema Único de Saúde.

Conforme o autor Rodrigues (2011), em se tratando de faixa etária e decisão na hora do casal querer ter um filho, o autor afirma que todos os casais deveriam ter bastante cuidado quando pensam em ter filhos. Talvez esses devessem se beneficiar de uma ajuda profissional, para discernirem aquilo que realmente querem, para que o casal

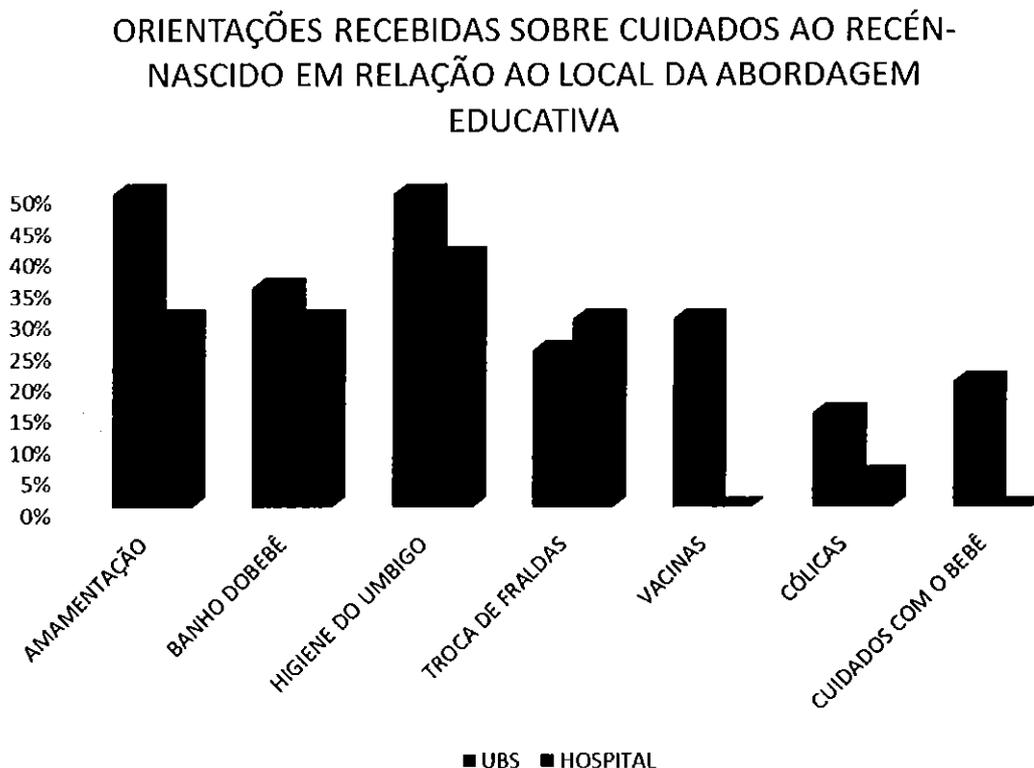
possa caminhar afinado em suas decisões com maturidade para encarar esta nova realidade.

Rodrigues (2011) afirma que repensar a atenção ao pré-natal envolvendo os profissionais de saúde pressupõe um novo olhar sobre o processo de trabalho em saúde e organização do serviço, onde através da instituição de protocolos, se valorize a competência técnico-científica de cada membro da equipe multiprofissional, oferecendo assim uma assistência de qualidade e humanizada à gestante.

A atenção de qualidade pode também contribuir com a redução da mortalidade infantil, especialmente o componente neonatal, visto que esse reflete as condições da gravidez, do parto e da assistência perinatal (RODRIGUES, 2011).

As entrevistadas afirmam em sua totalidade que a credibilidade e segurança na saúde e assistência às gestantes é oferecida pelo SUS com muito profissionalismo e segurança.

GRAFICO 03: QUAIS ORIENTAÇÕES VOCÊ RECEBEU DURANTE O PRÉ NATAL SOBRE OS CUIDADOS COM O RECÉM NASCIDO? ONDE FOI ORIENTADA?



FONTE DADOS DA PESQUISA (2016)

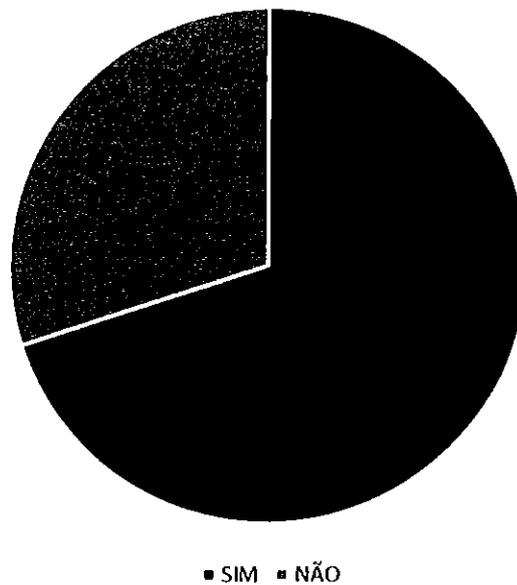
No gráfico 3, observamos que as entrevistadas, de um modo geral, foram orientadas sobre o banho do recém-nascido, higiene do coto umbilical e troca de fraldas e amamentação, que são lições práticas naturais do ambiente hospitalar, da assistência obstétrica e neonatal. Levando-se em consideração que a instituição hospitalar possui o sistema Alojamento em Conjunto pode-se aferir que as orientações estão ocorrendo e sendo reforçadas a nível secundário também.

No entanto deve-se levar em conta que não tivemos 100% referindo os cuidados tanto a nível básico como hospitalar o que nos leva a refletir sobre a existência da orientação ou sobre o esquecimento de relatar e até registrar as orientações, pois afinal, são tantas mudanças, adaptações ocorrendo na vida da mulher que não se pode confiar fidedignamente nas respostas. Além disso, o valor que a mulher dá às orientações fornecidas pela equipe de saúde variam, dependem do seu nível de alerta, sua capacidade cognitiva, seu interesse e, as vezes pelo fato de já ter filho dar mais ou menos atenção às mesmas.

Portanto esta questão aponta para serviços que atendem as mães acerca das orientações sobre os cuidados com os Recém-nascidos de maneira pouco conclusiva.

GRAFICO 04: RECEBEU VISITA DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SEU BAIRO?

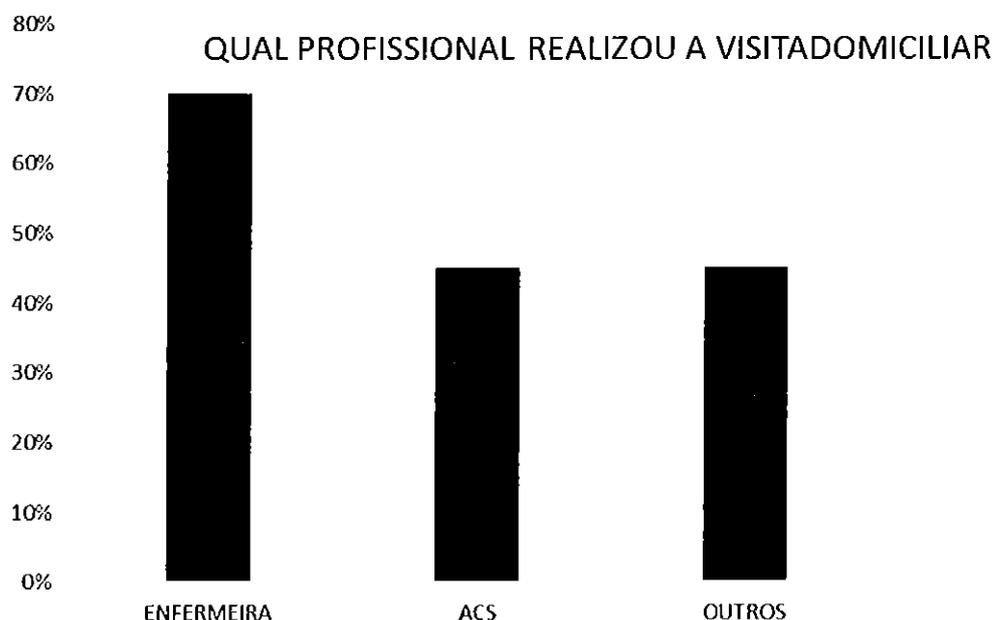
RECEBEU VISITA DOMICILIAR PELOS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE SAÚDE



FONTE DADOS DA PESQUISA (2016)

No gráfico 4, abordamos a realização ou não, e qual profissional realizou a visita domiciliar ao recém-nascido e puérpera: observamos que 30%(6) das mães não receberam visita, as outras 70%(14) das mães receberam visita domiciliar como preconiza o Ministério da Saúde,

GRAFICO 5: QUAL FOI O PROFISSIONAL QUE REALIZOU A VISITA DO MICILIAR



FONTE DADOS DA PESQUISA (2016)

No gráfico 5, temos o resultado das visitas realizadas as mães por quais profissionais de saúde, sendo que destas a enfermeira realizou 70%(14) das visitas, outros profissionais visitaram 45%(9), as entrevistadas puderam optar por mais de um profissional.

Sabemos que cabe ao enfermeiro prestar assistência integral aos indivíduos e famílias na Unidade Saúde da Família, incluindo o domicílio em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (BRASIL, 2007).

As visitas domiciliares, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde devem ser realizadas entre o quinto e o décimo dia após o parto, a puérpera deve ser tratada com respeito e atenção por meio de avaliação clínica rigorosa e exame físico completo da puérpera e do RN. Nela, deve-se informar e esclarecer as dúvidas sobre amamentação, involução uterina e a ferida cirúrgica (caso de cesariana) e demais cuidados, bem como, verificar a interação mãe e bebê, cuidados básicos com o RN; esclarecer sobre o planejamento familiar e identificar situações de riscos

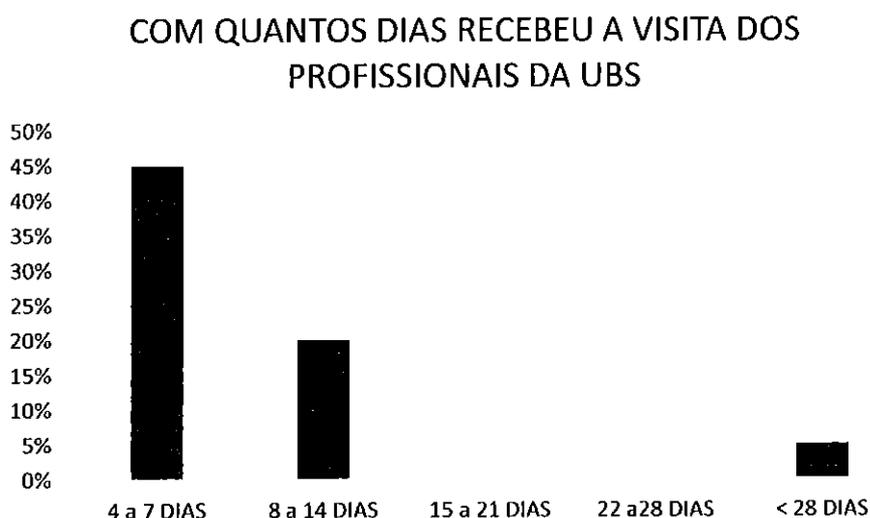
ou possíveis problemas, para que se possam adotar medidas adequadas (BRASIL, 2006).

A visita domiciliar proporciona o conhecimento das condições socioeconômicas e a estrutura familiar da puérpera, bem como, as práticas de cuidados e higiene de seu domicílio.

Atenção ao recém-nascido é muito importante programar consultas domiciliares para a atenção ao recém-nascido que devem ser realizadas até 28 dias depois do nascimento. Se a mãe e família manifestarem preocupação com o bebê ou se houver algum problema, a visita deverá ocorrer com mais frequência.

Durante essas consultas deve-se avaliar o bebê e a mãe para ver se há problemas; elogiar a família pelo bom cuidado com o bebê e continuar a instruir e a aconselhar a mãe e a família sobre os cuidados a ter com o bebê

GRAFICO 6: Com quantos dias o Recém-nascido estava quando receberam a visita.

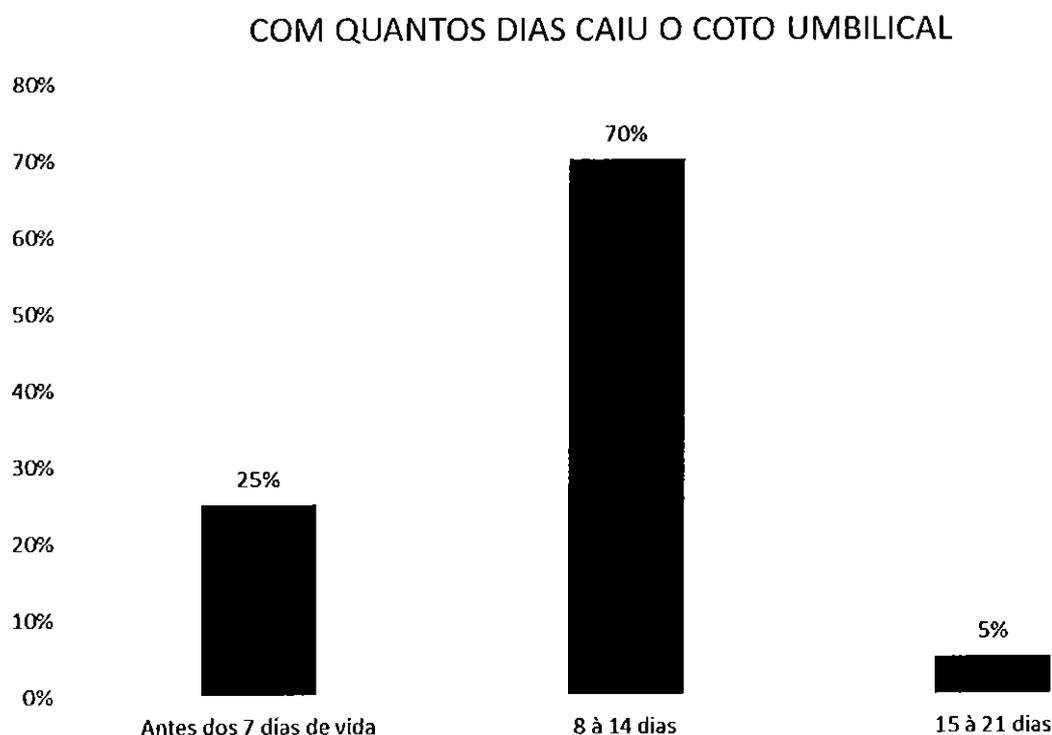


FONTE DADOS DA PESQUISA (2016)

Gráfico 6, conforme a preconização do Ministério da Saúde em realizar a visita na primeira semana de vida obtivemos um percentual de 45% (9) que receberam a visita no tempo preconizado e 20% (4) até a segunda semana de vida e apenas 5% (1) nos 28 dias de vida.

Essas ações têm como objetivo as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dirigidas à gestante e ao RN e têm grande importância, pois influenciam a condição de saúde dos indivíduos, desde o período neonatal até a vida adulta. Cada vez mais, vem sendo salientada a relação determinante entre a vida intrauterina, as condições de saúde no nascimento e no período neonatal e os problemas crônico-degenerativos na vida adulta, como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, saúde mental, entre outros (RODRIGUES, 2011).

GRAFICO 7: COM QUANTOS DIAS CAIU O COTO UMBILICAL?



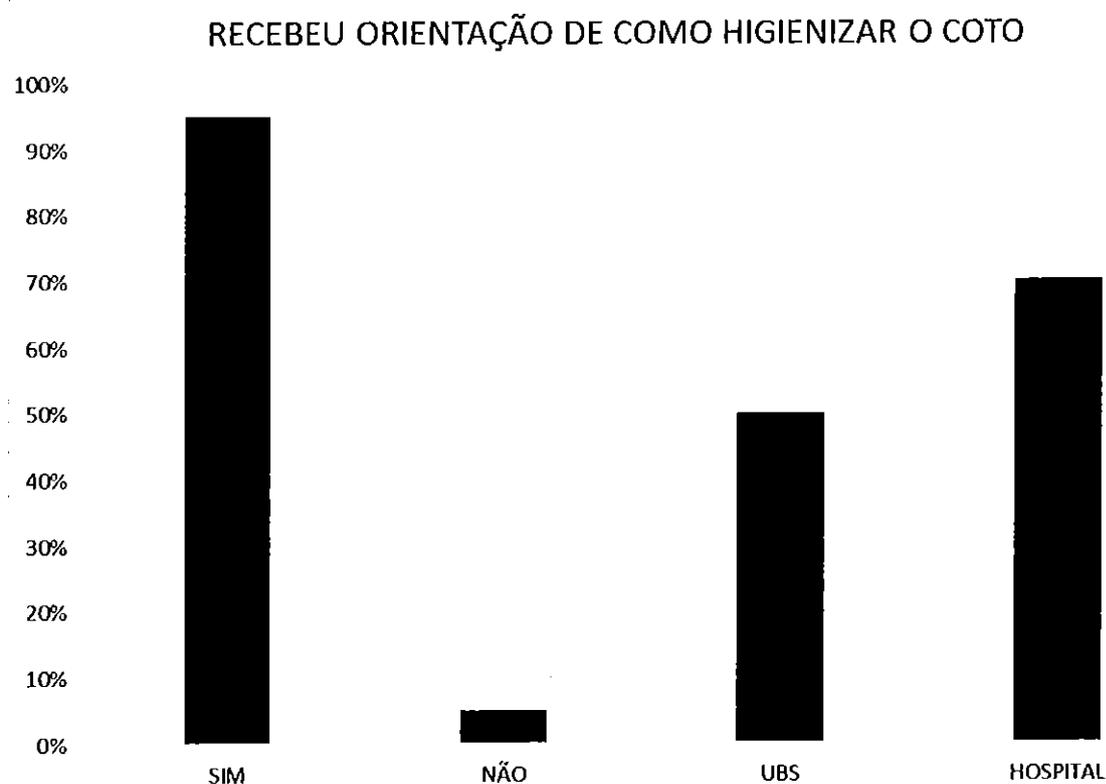
FONTE DADOS DA PESQUISA (2016)

No gráfico 7 observamos que o coto caiu adequadamente no tempo previsto e que Todas as mães entrevistadas além de esclarecer com quantos dias houve a queda do cordão umbilical, como podemos observar no gráfico 6, também afirmaram que estavam cientes de que o coto umbilical tem de ser mantido limpo e seco para evitar infecções. Bactérias que vivem naturalmente em nossa pele podem provocar infecções no coto.

A mãe normalmente está muito atenta sobre as condições de coto umbilical, pois teme que de alguma forma, possa machucar o bebê, dessa forma percebemos o quanto as mães estavam atentas ao tempo para a queda do coto e para a maioria dos bebês ela ocorreu até 14^a dia, ou seja no tempo esperado, para 25%(5) foi precoce e 5%(1) foi tardio.

O cordão umbilical ligava o bebê à placenta dentro do útero, e era o responsável pelo transporte dos nutrientes e do oxigênio necessários à sobrevivência dele. Quando o bebê nasce, o cordão umbilical é cortado, num procedimento indolor, e um pedacinho (o coto) de 2 a 3 centímetros ainda fica ligado à barriga do recém-nascido. Entre 4 e 21 dias depois do nascimento, o coto umbilical vai secar, ficar preto e cair. No lugar dele fica uma pequena ferida, que leva de uma semana a 10 dias para cicatrizar. O dia da queda do umbigo varia muito de criança para criança. Às vezes, o cordão pode demorar até mais do que 21 dias para cair, sem que haja maiores problemas (BRASIL, 2001).

GRAFICO 8: RECEBEU ALGUM TIPO DE ORIENTAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO CURATIVO NO COTO UMBILICAL?



FORNE DADOS DA PESQUISA (2016)

No gráfico 8 observamos que 95%(19) das mães entrevistadas responderam que receberam orientação para realizar o curativo do coto umbilical, e apenas 05%(1) das mães entrevistada responderam que não, sendo que destas 50%(10) referiram que foi orientada na Unidade Básica de Saúde e 70%(14) no hospital, o que nos levou a refletir sobre a nossa prática diária, pois a orientação na unidade sobre o cuidado do curativo umbilical foi apenas citado por 50%(10) das entrevistadas.

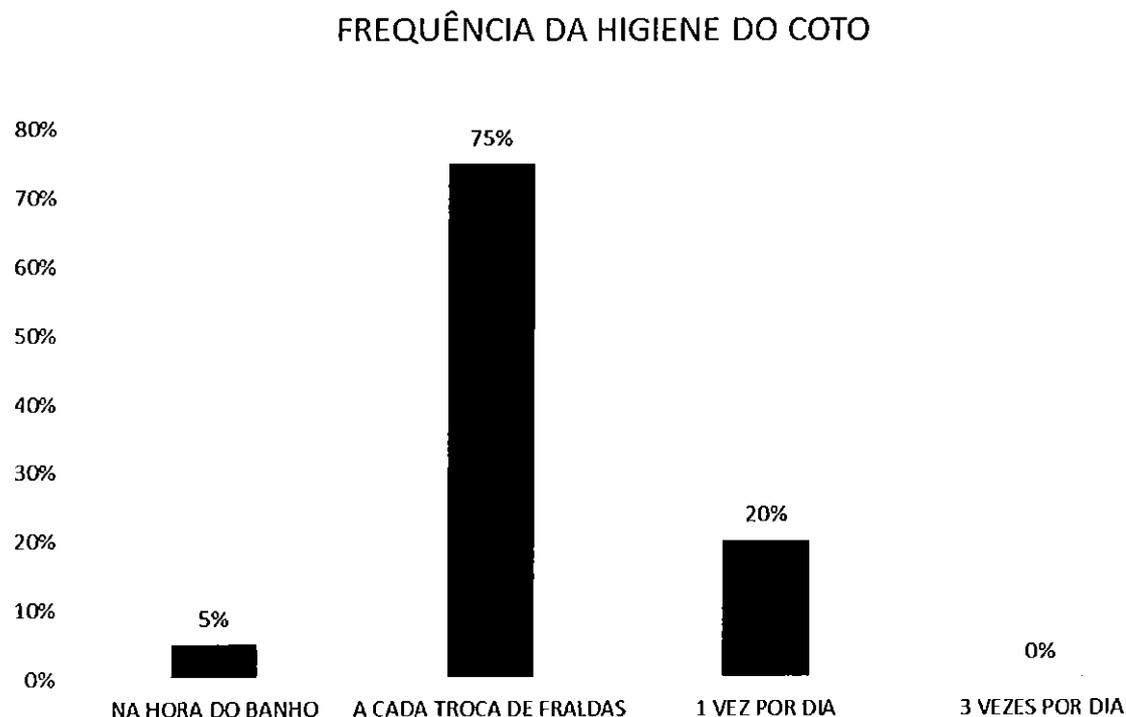
Implementando as ações educativas junto à população, e neste caso, às gestantes, podemos ajudar para que as futuras mães se sintam mais seguras e empoderadas para o cuidado do recém-nascido.

Questionadas sobre a existência de alguma intercorrência em relação ao coto umbilical, as mães relataram que não tiveram dúvidas relacionadas com o cuidado do Recém-Nascido e que não houve nenhuma complicação.

O BEBÊ TEVE ALGUMA INTERCORRÊNCIA EM RELAÇÃO AO COTO UMBILICAL?

Nenhuma das entrevistadas referiu intercorrência com coto e não tiveram dúvidas relacionadas com o cuidado do Recém-Nascido.

GRAFICO 9: QUAL A FREQUENCIA COM QUE VOCÊ REALIZOU O CURATIVO DO COTO UMBILICAL?



FONTE DADOS DA PESQUISA (2016)

No gráfico 9 diante das 75%(15) mães entrevistadas que responderam que realizavam o curativo do coto umbilical a cada troca de fraldas e das 20%(4) responderam que realizam o curativo 3 vezes por dia, podemos entender que elas estão sendo orientadas para a realização correta do curativo no coto umbilical, quanto à periodicidade.

A não realização do curativo ou a má realização do mesmo pode levar a diversas complicações um exemplo é a onfalite que consiste na infecção que acomete a superfície do coto umbilical, sendo um processo agudo e que se caracteriza pelos sinais de inflamação no local, edema, calor e aumento da sensibilidade.

Podendo ainda haver a presença de secreções purulentas, eritema e atraso na cicatrização levando a demora da queda do coto umbilical.

As infecções neonatais são contribuintes significativamente nos índices de mortalidade infantil.

CATEGORIA I: A AJUDA NOS CUIDADOS FOI BEM VINDA, POIS EU ESTAVA MUITO DOLORIDA E FRACA.

PARENTESCO	%
IRMÃ	5%
SOGRA	20%
MÃE	30%
MARIDO	45%
ELA MESMA	25%

O nascimento de um bebê é sempre um fenômeno social, na qual a família e significantes sentem-se mobilizados a visitar, ajudar e proteger aquele ser indefeso que acabou de vir ao mundo, assim em relação à ajuda obtida foi relatado que 5%(1) teve a ajuda da irmã, 20%(4) estava com a sogra apoiando, 30%(6) tinha a mãe de companheira, 45%(9) contava com o marido e 25%(5) referiram que elas mesmo assumiram os cuidados de seu bebê.

De modo geral, as entrevistadas responderam que tiveram muita ajuda principalmente dos maridos, seguido das mães, das sogras, e irmãs, apenas 25% (5) das entrevistadas que assumiram os cuidados já no início do pós-parto, a grande maioria alegou que após o parto ficaram muito doloridas e fracas. Como nas respostas a seguir:

AMETISTA: *“O pai cuidou, pois, fiz cesárea”*

ESMERALDA: *“ Meu marido, por que tive reação da anestesia pela cesárea e fiquei com dores de cabeça muito fortes. ”*

SAFIRA: *Minha sogra estava comigo e não me deixava cuidar, pois disse que eu estava fraca”.*

PÉROLA: *“ Meu marido e minha mãe cuidaram da bebê pois eu ainda estava muito dolorida”.*

RUBI: *“ O pai porque fiz parto cesárea e laqueadura e fiquei muito dolorida nos primeiros dias, por isso meu marido me ajudou. E também porque ele gosta muito de fazer parte destes momentos com nossos filhos”.*

A ligação materno-infantil bem-sucedida tem sido descrita como a capacidade da criança para despertar e ser reativa ao comportamento de tomar conta de sua mãe. Segue-se, então, que o produto mais bem-sucedido de um parto é um recém-nascido ativo, alerta e reativo e uma mãe saudável (SAMEROFF, 1978).

Depois do nascimento, os pais irão conhecendo o seu bebê à medida que cuidam dele e o bebê, por sua vez, também responde aos estímulos dos pais. Esse intercâmbio é adquirido de diferentes modos e de forma altamente individualizada.

O período de tempo para a formação do apego íntimo e recompensador varia de pais para filhos. O melhor recurso para adquirir o papel de pai ou mãe é a liberdade de conhecer a si mesmo, seguindo as próprias inclinações, e o bebê sinaliza se o caminho está certo ou não (SAMEROFF, 1978). É um longo caminho que os pais percorrem para estabelecer uma ligação afetiva sólida com seus filhos. Sendo assim, a chegada de um bebê pré-termo constitui uma quebra nesse processo, repercutindo de forma significativa no relacionamento de pais e filho.

A grande maioria das entrevistadas realizou parto cesariana, como podemos observar nos relatos, e isso é um problema de saúde pública que vem preocupando vez mais os gestores, pois além do risco que a mulher corre durante a cirurgia existem as complicações que podem ocorrer após o parto, bem como as dificuldades de poder sozinhas cuidar dos afazeres da casa e dos filhos.

Atualmente, mais da metade dos bebês brasileiros nascem de parto cesárea um índice que chega a 84,6% na rede particular, mas que na rede pública não fica tão abaixo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a taxa deveria ficar entre 10% e 15% dos partos.

Os partos por cesarianas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, cada vez mais ouvimos que os bebês nasceram de cesariana, muitas vezes são realizadas para reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal, mas a cirurgia vem acompanhada de muitas complicações no pós-parto, pois a recuperação é mais lenta do que no parto norma, os pontos internos são absorvidos, entretanto os

externos precisam ser retirados, necessitando de cuidados adequados e um retorno ao serviço de saúde primeira semana após parto, a mulher na maioria das vezes sente dores ao se movimentar e existe ainda um atraso na lactação, pois o procedimento retarda a descida do leite para a amamentação, e faz com que o bebê seja menos reativo ao nascer e tenha maior dificuldade para mamar do que os bebês que nascem de um parto normal.

Para o bebê temos também algumas desvantagens como por exemplo o pulmão que é comprimido durante a cesárea tendo assim maior risco de ter desconforto para respirar após o nascimento, podendo também acontecer pneumonias especialmente nas cesarianas marcadas antes do sinal de maturidade pulmonar ou seja do trabalho de parto.

CATEGORIA II: O CORDÃO UMBILICAL É POR ONDE O BEBÊ REPIRA DENTRO DE NÓS.

RESPONDEU	NÃO RESPONDEU
60%(12)	40%(8)

A concepção da função do cordão umbilical na visão leiga da mãe não foi do conhecimento de todas entrevistadas, assim 60%(12) mães souberam responder explicando na sua forma de ver o mundo que o cordão umbilical é por onde o bebê se alimenta e respira dentro de nós. Oito mães ou 40% não souberam se expressar.

Quando questionadas se sabiam do que se trata a função do cordão umbilical na vida intra-útero as mães entrevistadas de modo geral afirmaram frases como:

ESMERALDA “ É o que liga a mãe ao bebê para transmitir nutrientes e oxigênio durante toda a gestação”.

AMETISTA “Função vital é por onde nossos bebês respiram dentro de nós”.

O vínculo afetivo entre a mãe e a criança nasce a partir do momento que existe o desejo de se ter um filho, e isso já cria um laço afetivo, invisível. É o início da ligação que deve durar por toda a vida e, com o passar do tempo, se aprofundar.

Enquanto o bebê está na barriga de sua mãe é através do cordão umbilical que os dois se comunicam, este cordão é formado pelo entrelaçamento da veia umbilical com as duas artérias umbilicais, e liga a placenta ao abdome fetal, por onde penetra a veia umbilical, é através dele que a mãe alimenta seu filho com nutrientes e oxigênio. No momento do nascimento, o cordão é cortado a uns 2 centímetros da barriga do bebê.

O ser humano passa a ser afetivo justamente por conta do vínculo entre a mãe e o bebê.

CATEGORIA III: HIGIENIZAR O COTO UMBILICAL SIGNIFICA EVITAR INFECÇÃO.

Todas as entrevistadas descreveram que é para evitar a infecção, sendo essa a principal função da higiene do coto umbilical, como denota nas seguintes respostas:

ESMERALDA: " Para não contrair nenhum tipo de infecção".

RUBI: " Para não dar infecção".

PÉROLA: "Para que haja uma cicatrização melhor e para não infeccionar".

AMETISTA: " Por que é um local úmido fácil de infecções e bactérias e é por isso que devemos limpar bem"

SAFIRA: "Para diminuir a secreção e o umbigo cair".

DIAMANTE: " Para não dar infecção e não ficar com sujeiras principalmente da urina do bebê".

A região umbilical deve ser observada nos primeiros dias de vida, devendo higieniza-la adequadamente e avaliar a presença de granuloma umbilical após sua queda. Além da observação quanto a odores fétidos, vermelhidão ou secreções no local (AMARAL, 2004).

A higienização deve ser realizada em cada troca de fraldas evitando assim que o local do coto fique úmido, pois o local estando seco e impo cairá nas primeiras semanas de vida. (DEMOTT et al,2006).

Uma maneira de enfatizar a importância da higienização do coto umbilical é a realização das atividades educativas prestadas pela Unidade De Saúde durante o pré-natal e as orientações prestadas pelo hospital no pós-parto, enfatizando a importância desta higienização.

Apesar de na prática ainda se perceber o uso de faixas e relatos de uso de substâncias de nenhum benefício conforme as evidencias científicas mostram, nesta amostra não foi evidenciado nenhum relato deste tipo de prática. No entanto esse termo ainda deve ser abordado nas educações em saúde e orientações individuais prestadas pela enfermeira no dia-a-dia da saúde coletiva.

Observei nesta amostra que as entrevistadas em 100%(20) relataram utilizar apenas o álcool 70% como lhes fora instruído, sendo este o produto ideal para que haja uma boa cicatrização e a queda do coto nas primeiras semanas de vida.

Branco (2003), fala sobre alguns dos solutos mais usados no cuidado ao coto umbilical e os riscos inerentes à sua utilização. O álcool a 70%, largamente utilizado em diversos países, tem efeito antibacteriano e de secagem, maior que os outros antimicrobianos os quais atrasam a queda do cordão.

A função do álcool é orientada nas diversas instituições devido a cicatrização; sua ação antisséptica mesmo sem possuir efeito residual, além de acelerar a secagem e a queda do coto (LINHARES,2011)

5 CONCLUSÃO

Ao término da pesquisa podemos concluir que os objetivos foram atingidos, pois pode-se aferir que para esse grupo de 20 mães, cuidar de seus bebês no período neonatal não significou insegurança em relação a higiene do coto umbilical.

Devemos considerar que no perfil da amostra temos a maioria das mães com bastante experiência com filhos anteriores, e bem orientadas a partir do pré-natal e da atenção hospitalar recebida no momento do parto.

Para ela a presença do acompanhante e do familiar nos cuidados ao recém-nascido foi bem-vinda e teve no companheiro, mãe e sogra o apoio nos momentos em que se sentia fraca e sem condições de cuidar do bebê, quase sempre devido à cesariana que havia se submetido.

O significado que atribuem ao cordão umbilical é vital para manutenção da vida e crescimento do bebê intra útero. Assim sabiam quando realizar o curativo do coto umbilical, como realizá-lo e com que substância o realizar, não verbalizando crendices em relação a esse cuidado.

Em suma, a pesquisa contribuiu para se apontar que ainda é necessário fortalecer as ações educativas, estabelecendo uma abordagem num momento oportuno visando o fortalecimento da mulher enquanto cuidadora de seu bebê, assim percebeu-se possíveis falhas na rede de atenção à saúde.

REFERENCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. 1996. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm. Acesso em: 20 maio 2011.

BRASIL. Decreto n.º 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4173>> Acesso em: 12 de maio de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27p.

_____. Ministério da Saúde. Assistência Pré-natal: Manual técnico. Equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. 3ª edição. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS, 2000a. 66p.

_____. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: Manual técnico. 3. Ed. /. Brasília: Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher, 2000b. 164 p.

_____. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. 1. Ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher, 2001. 199p.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora MS, 2004. 82p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica da Criança: Crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012.

BARROS, S.M.O. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. 2.ed. São Paulo : Roca; 2009.

D'ÁVILA, C. G. C.; GONÇALVES, R. **O conhecimento de puérperas quanto ao cuidado com o coto umbilical**: considerações sobre assistência de enfermagem. São Paulo, 2003.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. **Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Apr. 2006.

FELICIANO, K. V. de O.; KOVACS, M. H. **Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da AIDS**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 2, n. 2, Aug. 2002.

GOMES, V. L. O.; LOUREIRO, M. A., GONÇALES, M. X **Manual de procedimentos: enfermagem Pediátrica**. 1 ed. Porto Alegre: Sagra, 1990.

LUCILLE, F. W.; DONNA, L. W. **Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

MS, **Estatuto da criança e do Adolescente**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. de / Rezende. **Obstetrícia Fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2008.

LINHARES, E.F **A saúde do coto umbilical**. 3ª.ed.- Jequié: UESB, 2011.

MOURA, E. R. F.; HOLANDA JR., F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, Dec. 2003.

OLIVEIRA, T. R.; SIMOES, S. M. F.. O consumo de bebida alcóolica pelas gestantes: um estudo exploratório. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, Dec. 2007.

OSIS, M. J. M. D.. **Pais: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C.. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr. 2007.

SANTOS NETO, E. T. dos et al . **Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil**. *Saude soc. São Paulo*, v. 17, n. 2, June 2008.

SIGAUD, Cecília Helena de Siqueira et al. **Enfermagem Pediátrica**. São Paulo, EPU, 1996.

Branco, M. (2003). **Cuidados com o Cordão Umbilical**. In Martins, V., Guimarães, H., Tomé, T., Albuquerque, M. (Ed.). *Boletim Informativo da Secção de Neonatologia da S.P.P.*, (2)

SCHMITZ, Edilza Maria R.et al. **A Enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo, Atheneu, 2005.

SEGRE, Conceição A.M.; ARMELLINI, Pedro Antônio; MARINO, Wanda Tobias. RN. *Sarvier*. São Paulo, 1995. 4ª edição. Pg. 468- 478, 484 e 485.

Sameroff, A. (1978). **Necessidades psicológicas da mãe nas interações materno infantis precoces**. In G. B. Avery (Org.), *Neonatologia, fisiologia e cuidados do recém-nascido*. São Paulo: Artes Médicas.

SERRUYA, S. J. ; CECATTI, J. G.; LAGO, T. di G. do. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004.

SHIMIZU, H. E; LIMA, M. G. de. **As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem.** Rev. bras. enferm. Brasília, v. 62, n. 3, June 2009.

TREVISAN, M. do R. et al. **Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, June 2002.

TOMELERI, K.R.; MARCON, S.S. Práticas populares de mães adolescentes no cuidado aos filhos. **Enfermagem**, São Paulo, junho 2009.

APENDICES

APENDICE A



UNIVERSIDADE DO CONTESTADO
PÓS GRADUAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA

QUESTIONÁRIO

1. IDADE: _____
2. NUMERO DE FILHOS _____
3. REALIZOU PRÉ NATAL NA UNIDADE DE SAÚDE OU PARTICULAR
() UNIDADE DE SAUDE () PARTICULAR () NOS DOIS
4. QUAIS ORIENTAÇÕES VOCÊ RECEBEU DURANTE O PRÉ NATAL SOBRE OS CUIDADOS COM O RECÉM NASCIDO? QUEM TE ORIENTOU?

5. QUAIS ORIENTAÇÕES VOCÊ RECEBEU DURANTE A INTERNAÇÃO NA MATERNIDADE SOBRE OS CUIDADOS COM O RECÉM NASCIDO? QUEM TE ORIENTOU?

6. RECEBEU VISITA DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SEU BAIRRO?
() SIM () NÃO

SE SIM, QUEM TE VISITOU?

QUANTOS DIAS TINHA O BEBÊ? _____

QUAIS ORIENTAÇÕES E QUESTIONAMENTOS FEZ?

7. QUEM ASSUMIU OS PRIMEIROS BANHOS DO BEBÊ?
SE FOI OUTRA PESSOA ... POR QUE?

8. QUAL A FUNÇÃO DO CORDÃO UMBILICAL NA VIDA INTRA ÚTERO?

9. POR QUE É PRECISO HIGIENIZAR ADEQUADAMENTE O COTO
UMBILICAL?

10. TEVE DIFICULDADES RELACIONADAS À HIGIENE DO BEBÊ?

() SIM () NÃO

SE SIM, QUAIS?

11. QUAL O PRODUTO ADEQUADO PARA TRATAR O COTO UMBILICAL?

12. COM QUANTOS DIAS CAIU O COTO UMBILICAL?

13. QUAL A FREQUENCIA COM QUE VOCÊ REALIZOU O CURATIVO DO COTO UMBILICAL?

() NA HORA DO BANHO () 1 VEZ POR DIA

() 3 VEZES POR DIA () CADA TROCA DE FRALDAS

14. RECEBEU ALGUM TIPO DE ORIENTAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO CURATIVO NO COTO UMBILICAL?

() Sim () Não

SE SIM, ONDE E POR QUEM?

15. O BEBÊ TEVE ALGUMA INTERCORRÊNCIA EM RELAÇÃO AO COTO UMBILICAL?

() SIM

() NÃO

SE SIM, QUAL?

17. TEM DÚVIDAS RELACIONADAS AOS CUIDADOS COM O BEBÊ?

() SIM () NÃO

QUAIS?

18. CONTINUOU HIGIENIZANDO O COTO UMBILICAL APÓS A SUA QUEDA?

() SIM () NÃO

POR QUE?

