

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO

**JAMILE MARIA PRADO GANDIN
SHIRLENE ULMAR PEREIRA LIMA**

A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR PUERPERAL

BAURU

2008

JAMILE MARIA PRADO GANDIN
SHIRLENE ULMAR PEREIRA LIMA

A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR PUERPERAL

Trabalho de conclusão do curso de enfermagem apresentado ao Centro de Ciências da Saúde, sob orientação da Prof^a Ms. Elisabeth de Oliveira Soares.

BAURU

2008

Gandin, Jamile Maria Prado
G1959i A importância da visita domiciliar puerperal / Jamile Maria Prado Gandin, Shirlene Ulmar Pereira Lima – 2008.
51f.
Orientadora: Profa. Ms. Elisabeth de Oliveira Soares.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Sagrado Coração - Bauru - SP.
1. Pré natal. 2. Parto. 3. Puerpério. 4. Visita domiciliar. 5. Orientação. 6. Projeto Babymater. I. Lima, Shirlene Ulmar Pereira II. Soares, Elisabeth de Oliveira. III. Título.

JAMILE MARIA PRADO GANDIN
SHIRLENE ULMAR PEREIRA LIMA

A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR PUERPERAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof^ª. Enf^ª. Ms. Elisabeth de Oliveira Soares.

Banca examinadora:

Prof^ª. Enf^ª. Ms. Elisabeth de Oliveira Soares

BAURU
2008

Dedico ao meu irmão Dr. José Roberto Prado Gandin que está ao meu lado sempre, me apoiando. A ele todo meu respeito, carinho, admiração e eterna gratidão por tudo que fez e faz por mim.

Jamile

Dedico esse projeto a minha filha Valentina e ao meu esposo Edson por terem aceito se privar de minha companhia pelos estudos, concedendo a mim a oportunidade de me realizar ainda mais.

Shirlene

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre presente na minha vida, compreendendo meus anseios e dando coragem para alcançar meus objetivos.

Aos meus pais, Pedro e Jarlene, que me deram a vida e ensinaram a vivê-la com dignidade e foram amigos, confidentes, incentivando-me e guiando-me.

A minha irmã, avó, demais familiares e amigos, que sempre me apoiaram.

Sou profundamente grata ao meu irmão Beto, companheiro e dedicado, que contribuiu financeiramente com meu curso e com sua experiência profissional na área da saúde, orientando-me em várias oportunidades. Que Deus o abençoe sempre!

A todos os professores que me transmitiram seus conhecimentos e experiências profissionais, especialmente a Professora Ms Márcia Gatti, um anjo que sempre esteve ao meu lado, em todos os momentos, interferindo diretamente no meu crescimento pessoal e profissional, algumas vezes fazendo papel de mãe.

A Professora Rita que foi amiga, companheira, confidente e acreditou em mim. Deixo à ela, meu reconhecimento e admiração.

A Professora Lisa que orientou e colaborou intensamente na elaboração do meu TCC, com sabedoria, dedicação e experiência profissional.

A Professora Evete, sempre presente e pronta a compartilhar seus conhecimentos profissionais.

Aos colegas que estivei comigo nesses anos de estudo e cultivaram uma amizade que o tempo amadureceu e que, agora, quando cada um vai, buscando seu próprio caminho, não se apague o brilho do companheirismo e respeito.

Aos funcionários da USC que sempre me atenderam prontamente.

A todos que fizeram e fazem parte da minha vida, meu respeito e consideração.

Jamile

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem Ele, nada seria possível e não estaríamos aqui reunidos, desfrutando, juntos, destes momentos que nos são tão importantes.

Aos meus pais Ana e Miguel, a minha irmã, amigos de faculdade, pois além de terem me acolhido durante todo o curso, compartilharam comigo os momentos de tristezas e também de alegrias, nesta etapa, em que, com a graça de Deus, está sendo vencida.

A todos os professores que contribuíram para a minha formação profissional e pessoal ,em especial a professora Elisabeth, que teve muita paciência, dedicação e disponibilidade de tempo, contribuindo assim para a elaboração desse projeto.

Shirlene

RESUMO

Esta pesquisa tratou de um estudo retrospectivo, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, objetivando traçar o perfil epidemiológico das puérperas e identificar a prevalência de algumas variáveis a partir dos formulários do Projeto Babymater que receberam a visita domiciliar no período de março a novembro de 2007. Os resultados mostraram que dentre as puérperas atendidas houve predomínio de adolescentes, cor branca, nível do ensino fundamental incompleto e solteira. Detectou-se que a maioria das puérperas (82%) havia realizado o pré-natal, prevalecendo o índice de (22%) que realizaram entre 9 e 10 consultas. Entre os exames realizados os mais evidenciados foram teste glicemia, HT – HB e VDRL. O tipo de parto mais freqüente foi o vaginal, com realização de episiotomia. Em relação ao RN predominou o sexo masculino, com índice de apgar 10, e boas condições na alta hospitalar. Cerca de 82% das puérperas ofereciam o leite materno como única fonte de alimentação, apresentando pega correta. A maioria das puérperas apresentava leite, mamas túrgidas e mamilos protusos. Realizou-se 156 orientações sobre o puerpério, com maior índice quanto aos cuidados com a episiorrafia, prevenção do ingurgitamento mamário, curativo do coto umbilical e planejamento familiar. Reafirmou-se que o objetivo da visita domiciliar colabora com esclarecimentos de dúvidas de forma satisfatória a partir da realidade de cada puérpera, sendo o projeto Babymater uma alternativa significativa para a assistência puerperal puerpério.

Palavras-chaves: Pré-natal, parto, puerpério, visita domiciliar, orientação, projeto Babymater.

ABSTRACT

This study dealt with a retrospective study, exploratory and descriptive, with quantitative approach, to trace the epidemiological profile of the women and identify the prevalence of some variables from forms Project Babymater who received a home visit from March to November, 2007. The results showed that among the mothers answered there was a predominance of adolescents, white, the primary school level and single. 82% of the women had had pré-birth care, the largest percentage of those consultations was held between 9 and 10 consultations, between the tests were the most pointed test blood glucose, HT - HB VDRL.O and type of delivery was the most frequent vagina, with completion of episiotomy. Regarding the prevalence of male infants with Apgar index of 10, and good conditions in the hospital. Around 82% of the women offered breast milk as the sole source of nutrition, showing pulls incorrect. Most of the women had milk, swelling breasts and nipples protusos. It took place 156 postpartum on the guidelines, with highest regard to the suturing of the perineum care, prevention of breast ingurgitation, dressing the umbilical stump and family planning. Reaffirmed that the goal of home visits collaborates with clarifications of questions in a satisfactory way from the reality of each given birth, and the project Babymater a significant alternative to the assistance puerperal puerperium.

Key words: Pre-birth, childbirth, puerperium, home visits, guidelines, project Babymater.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Idade das puérperas que receberam visita do projeto Baby Mater	21
Figura 2 – Cor das puérperas que receberam visita do projeto Babymater.....	22
Figura 3 – Escolaridade das puérperas que receberam visita do projeto Babymater.	23
Figura 4 – Condição marital das puérperas que receberam visita do projeto Babymater	24
Figura 5 – Percentual de puérperas que realizaram o pré-natal.....	25
Figura 6 – Número de consultas pré-natais realizadas.....	26
Figura 7 – Exames realizados pelas puérperas durante a gestação	27
Figura 8 – Percentual de mulheres que receberam a vacina anti-tetânica	28
Figura 9 – Tipo de parto realizado pelas puérperas atendidas pelo programa Baby Mater	29
Figura 10 – Percentual de puérperas que realizaram episiotomia.....	31
Figura 11 – Sexo dos recém-nascidos	32
Figura 12 – Índice de Apgar dos recém-nascidos	33
Figura 13 – Peso dos recém-nascidos ao nascimento e alta hospitalar.....	34
Figura 14 – Condições da alta hospitalar dos recém-nascidos	35
Figura 15 – Características mamárias das puérperas atendidas pelo programa Baby Mater	36
Figura 16 – Características mamilares das puérperas atendidas pelo projeto Babymater	37
Figura 17 – Características perineais das puérperas atendidas pelo projeto Babymater	38
Figura 18 – Alimentação dos recém-nascidos	39
Figura 19 – Percentual de recém-nascidos que realizaram a pega correta durante a amamentação.....	40
Figura 20 – Orientações realizados sobre o período puerperal.....	41
Figura 21 – Orientações realizados sobre o recém-nascido	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO / REVISÃO DE LITERATURA	11
1.1 Visita Domiciliar no Puerpério	12
1.2 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento	13
1.3 Pré-Natal.....	14
1.4 Puerpério	14
1.5 Pacto de redução da mortalidade materna, neonatal e o projeto Baby Mater	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 Geral	18
2.2 Específico	18
3 METODOLOGIA	19
3.1 Amostra	19
3.2 Coleta de dados.....	19
3.3 Procedimento ético	19
3.4 Análise dos resultados	20
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	21
4.1 Variáveis maternas.....	21
4.1.1 Faixa etária materna	21
4.1.2 Cor das puérperas	22
4.1.3 Escolaridade	23
4.1.4 Situação Marital	24
4.2 Variáveis em relação ao pré-natal	25
4.2.1 Realização do pré-natal.....	25
4.2.2 Número de consultas de pré-natal	26
4.2.3 Exames realizados durante o pré-natal	27
4.2.4 Vacinação antitetânica	28
4.3 Variáveis em relação ao parto	29
4.3.1 Tipo de parto	29
4.3.2 Realização de episiotomia	31
4.4 Variáveis em relação ao recém-nascido.....	32
4.4.1 Sexo	32
4.4.2 Índice de Apgar	33
4.4.3 Peso	33
4.4.4 Condições da alta hospitalar	35
4.5 Variáveis em relação ao puerpério	35
4.5.1 Características mamárias.....	35
4.5.2 Características mamilares.....	36
4.5.3 Características perineais	38
4.5.4 Alimentação do recém-nascido	39
4.5.5 Amamentação	40
4.5.6 Orientações sobre o puerpério	41
4.5.7 Orientações sobre o recém-nascido.....	42
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXOS	48
ANEXO A – Formulário de Visita Domiciliar	49
ANEXO B – Ficha de Cadastramento Social.....	51
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (RES. CONEP 196/96)...	52

1 INTRODUÇÃO / REVISÃO DE LITERATURA

A Atenção Domiciliar, também denominada Assistência Domiciliar (AD) é praticada desde a antiguidade de diversas formas e motivada por diferentes princípios, mas todas as formas, entretanto, são caracterizadas pelo atendimento prestado no domicílio, por parte de profissionais que integram a equipe de saúde (Coelho et.al. 2006).

Segundo Coelho et.al. (2006), o Serviço de Assistência Médica Domiciliar (SAMDU) criado em 1949 provavelmente foi à primeira experiência de abordagem domiciliar ligado ao Ministério do trabalho e incorporado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967.

Outra experiência refere-se à Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), criada em 1960 e extinta em 1990, que desenvolvia, entre outras atividades: oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade; abordagem integral da família; visita domiciliar, realizada por visitador sanitário e auxiliar de saneamento para atividades de promoção, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de risco; e vigilância sanitária.

Entre as atividades dos visitadores sanitários, destacam-se as visitas domiciliares a puérperas e recém-nascidos.

De acordo com Coelho et al. (2006), a Organização Mundial da Saúde (OMS) define Assistência domiciliar como a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna.

Os serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo prazo e cuidados paliativos.

A Visita Domiciliar é um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade e deve ser realizada com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência e apesar de antiga, traz resultados inovadores, possibilitando conhecer a realidade do cliente e sua família in loco e contribuindo para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer os vínculos cliente – terapêutica – profissional (SOUZA et. al., 2004).

O contexto de educação em saúde contribui para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente, promove a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde garantindo atendimento holístico por parte dos profissionais,

sendo, portanto, importante à compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos da clientela assistida (SOUZA et. al., 2004).

O profissional da saúde busca contribuir com o seu conhecimento técnico e prático que são necessários para promover, proteger e apoiar as mulheres durante o período puerperal. (GIUGLIANI, 2004).

1.1 Visita Domiciliar no Puerpério

A assistência da enfermagem vem ao longo do tempo incorporando a sua prática à saúde da mulher, no ciclo gravídico-puerperal, apesar das diversas conotações, que variam desde a abordagem puramente tecnicista até aquela que envolve uma prática individualizada e humanizada (RODRIGUES et. al. 2006).

De acordo com Rodrigues et al. (2006), essa abordagem que tem em vista a promoção do bem-estar e a prevenção de complicações, focalizado nas mulheres, refere-se ao âmbito obstétrico e contempla o acompanhamento diário através do exame físico, privilegiando os aspectos psicológicos e espirituais e o respeito às crenças religiosas e seu significado para a saúde dessa mulher, visto que no puerpério a atenção, o carinho e outros cuidados especiais poderão ser fundamentais, por auxiliarem na superação de dificuldades e encorajarem a verbalização de dúvidas e ansiedades.

A assistência ao ciclo gravídico-puerperal, como preconizada pelo Ministério da saúde, envolve ações exercidas pelo gestor municipal na garantia de uma gestação sem envolvimento de riscos para mãe e bebê, efetivando garantias para um pré-natal de qualidade, de um parto assistido e de um puerpério acompanhado, com especial ênfase no fato de que em todas essas “etapas” o atendimento seja integral e resolutivo. (ARAÚJO e SILVA 2004).

No início do século XX, foi incorporado às políticas nacionais de saúde programas que tinham uma visão restrita das mulheres, baseado somente em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. (BRASIL, 2004).

Mas, segundo BRASIL (2004), esse quadro começou a mudar na década de 80 quando houve no Brasil a formulação da proposta de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cujo objetivo geral é reduzir a morbi-mortalidade da mulher em todas as fases da vida, tendo acesso à serviços de saúde de diferentes complexidades a partir da unidade sanitária local. O PAISM tem ainda como objetivos específicos à ampliação da cobertura e melhoria da

qualidade das ações do pré-natal parto e puerpério e a realização de ações de educação participativa em todas as etapas da vida.

Conforme o Ministério da Saúde (1998), o Programa de Atenção Integral à Saúde Materna – PAISM, atua nas diferentes fases da vida da mulher, prestando assistência ao ciclo gravídico puerperal, realizando intervenções em relação ao pré-natal de baixo e alto risco, parto e puerpério; assistência a mulheres com historia de abortamento; assistência à concepção e anticoncepção; prevenção do câncer de colo uterino e detecção do câncer de mama; assistência ao climatério; assistência às doenças ginecológicas prevalentes; prevenção e tratamento das DST / AIDS; assistência à mulher vítima de violência.

Segundo Serruya (2006), o PAISM apresentou um deslocamento de olhar na atenção à saúde da mulher, obrigando os serviços e gestores a pensarem de forma mais ampla sobre a questão, com isso em junho de 2000 o Ministério da Saúde tomou a decisão de lançar uma estratégia onde a questão da humanização e dos direitos aparece como princípio norteador e instituiu o Programa de Humanização no Pré natal e Nascimento(PHPN).

1.2 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN têm como enfoque a atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada com o envolvimento de forma articulada dos estados, municípios e das unidades de saúde nestas ações (BRASIL, 2000). Ele tem como objetivo o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.

A humanização possui dois aspectos fundamentais, primeiro como sendo dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido com atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organizar a instituição promovendo um ambiente acolhedor e adotando condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher; o segundo aspecto consta de adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando intervenções desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000).

O PHPN foi Instituído pelo Ministério da Saúde, pela Portaria / GM n.º69, de 1/6/2000, e baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, concentrando esforços e reduzindo as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas que assegurem a melhoria do

acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal, ampliando as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, incrementando o custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2000).

Todas essas ações visam diminuir a morbi-mortalidade materna e melhorar os resultados pré-natais.

1.3 Pré-Natal

LOUREIRO, 2007 afirma ser de fundamental importância que o pré-natal inicie tão logo que a gravidez seja detectada para que ocorra uma gravidez tranquila, segura e sem riscos a gestante.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso ao serviço de saúde de qualidade com as ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção, e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. Além disso, temos ressaltado a importância da realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no segundo trimestre de gestação.(BRASIL, 2006).

AQUINO (2007), em análises das políticas propostas pelo Ministério da Saúde, refere que este propõe a realização de alguns exames para verificação do estado de saúde da gestante, dentre os quais temos como obrigatórios o hemograma, para detectar quadros de anemia; glicemia, para detecção, prevenção e tratamento do diabetes gestacional; grupo sanguíneo e fator Rh; VDRL (sífilis); HbSAg (hepatite B); HIV (AIDS); sorologia para toxoplasmose; sorologia para rubéola e urina I.

1.4 Puerpério

O puerpério não se revela apenas como um período unicamente biológico, mas um acontecimento de vários fatores fisiológicos, psicoemocionais e sociais. Consiste num período

de recuperação pós-parto, no qual o organismo retorna as condições pré-gravídicas. As orientações e o ensino de cuidados específicos do período puerperal podem garantir tranquilidade, qualidade e sucesso no autocuidado, no aleitamento materno e nos cuidados com o RN (ALMEIDA et al. 2007).

Segundo Zagoneli (2003), neste período evidenciam-se três fases, a fase dependente, a fase dependente-independente e a fase interdependente, como segue:

As características da fase dependente estão relacionadas à habilidade de adaptar-se, o que leva em média vinte e quatro horas ou até dois dias, cujo enfoque é em si mesma e no preenchimento das necessidades básicas de conforto, repouso, proximidade e nutrição do filho, constitui um período de grande excitação em que necessita explicitar a experiência da gestação e parto.

A segunda fase dependente-independente se inicia no segundo ou terceiro dia e dura dez dias a várias semanas. O enfoque está no cuidado do bebê e competência em desempenhar ou direcionar este cuidado. A fase interdependente, diz respeito a retomada da atividade sexual com o companheiro, um esforço constante de adulto para fortalecer o relacionamento familiar.

Conforme Zagoneli (2003), neste momento a mulher também tem necessidade de aceitação da nova realidade as ser vivenciada, bem como a ânsia em aprender e praticar o cuidado materno, além de lidar com desconfortos físicos e mudanças emocionais. Este período é ideal para a realização de orientações em decorrência das inúmeras situações experimentadas.

Com a alta hospitalar puerperal e do recém nascido, a atuação do enfermeiro no âmbito domiciliar assume uma dimensão ainda maior, haja vista, que ocorre uma transição da condição de dependência para a de independência onde ela deverá sentir-se autoconfiante o suficiente para desempenhar satisfatoriamente o papel materno. Assim, é notada a grande importância da equipe de enfermagem no sentido de atender as expectativas dos cuidados junto às puérperas, minimizando suas dúvidas, seus anseios e suas dificuldades. (MEDEIROS, 2006).

1.5 Pacto de redução da mortalidade materna, neonatal e o projeto Baby Mater

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi criado pelo Ministério da Saúde em 2004 com o objetivo de reduzir em 15% os índices de mortalidade materna e neonatal até o fim de 2006, e em 75% até 2015. O Ministério quer mudar a

realidade do Brasil, que registra, em cada 100 mil nascidos vivos, a ocorrência de 74,5 mortes de mulheres em decorrência do parto. No caso das crianças, a cada mil nascidos vivos, 18,3 morrem nos primeiros 28 dias de vida.

Em um ano e dez meses de Pacto, firmado pela União, Estados, municípios e sociedade civil, foram realizados seminários de qualificação de maternidades na atenção obstétrica e neonatal humanizadas, sendo que a meta é alcançar, até o fim de 2006, 420 instituições das 27 capitais brasileiras e dos 51 municípios com maiores índices de mortalidade materna e neonatal. Até dezembro de 2005, 120 maternidades em todo o país participaram dos seminários de qualificação e 21 Estados, mais o Distrito Federal, aderiram às ações estratégicas do pacto (BRASIL, 2006).

Durante o processo sócio-vital, a mulher encontra-se em situação de riscos e exigências aumentadas nos planos biológico, psicológico e social, e os agravos mais comuns à saúde da mãe e do bebê que possuem grande vulnerabilidade às ações dos serviços de saúde. Mas, para cumprir realizar plenamente esta sua potencialidade os serviços devem assumir para si a tarefa de integrar as informações e ações necessárias para isto, monitorando-as e avaliando-as, e buscando práticas capazes de tornar o cuidado com este momento uma experiência agradável e rica. Não enfrentar esta tarefa significa perder parte da efetividade das ações realizadas, ou mesmo provocar custos ou danos desnecessários à clientela assistida (BRASIL, 2006).

Diante desta constatação surgiu o projeto Baby Mater com o objetivo geral de oferecer atendimento domiciliar às primíparas, usuárias do SUS, na primeira semana após a alta hospitalar; orientar sobre os cuidados consigo e com o recém-nascido; incentivar e orientar sobre o aleitamento materno; promover o planejamento familiar; orientar sobre o Programa Nacional de Imunização; orientar sobre a importância da assistência nas Unidades Básicas de Saúde.

O projeto visou à criação de alguns meios que aprofundem a integração da assistência hospitalar/domiciliar, objetivando genericamente incrementar a qualidade da atenção oferecida à nossa população ao longo deste delicado processo sócio-vital. Incide particularmente sobre o momento do puerpério e procura oferecer meios mais adequados para que nossas puérperas lidem com as dificuldades, ansiedades e fantasias ligadas a esse momento.

O Baby Mater esta sendo desenvolvido pela Associação Hospitalar de Bauru, mantenedora do Hospital e Maternidade Santa Isabel, em parceria com os cursos de Graduação em Enfermagem da Universidade do Sagrado Coração (USC), Universidade

Paulista (UNIP), Faculdade Anhangüera educacional – Faculdade Fênix e Organização não Governamental Fundação “Luis Fernando Maia”, para as primíparas do município de Bauru/SP, usuárias do Sistema Único de Saúde, desde novembro de 2006. A Fundação é provedora do transporte e demais necessidades materiais, cabendo as escolas executarem, com seus docentes e alunos, as visitas domiciliares, segundo protocolo estipulado (ANEXO A).

Portanto, a atenção à mulher no pós-parto e ao recém-nascido (RN) nas primeiras semanas de vida é fundamental para a saúde materna e neonatal uma vez que boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontece na primeira semana após o parto. Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato para instituir o cuidado previsto para a “Primeira Semana de Saúde Integral” (BRASIL, 2005).

Diante destas constatações, preocupadas e atentas às necessidades do binômio mãe e filho, propôs-se o presente estudo com o intuito de identificar as intercorrências mais prevalentes encontradas durante as visitas domiciliárias realizadas dentro do projeto Baby Mater, visando atendimento às primíparas, usuárias do SUS, na primeira semana após a alta hospitalar, orientando sobre os cuidados consigo mesma e com o recém-nascido, incentivando e orientando sobre o aleitamento materno, promovendo o planejamento familiar e o Programa Nacional de Imunização.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Traçar o perfil epidemiológico das puérperas e identificar a prevalência de algumas variáveis a partir dos formulários do Projeto Babymater que receberam a visita domiciliar no período de março a novembro de 2007.

2.2 Específico

- Identificar a prevalência de algumas variáveis a partir dos formulários do Projeto Babymater inerentes ao:
 - Pré-natal: realização do pré-natal; número de consulta; exames realizados; estado imunológico;
 - parto: tipo de parto; realização de episiotomia;
 - puerpério: alterações do períneo; características das mamas e mamilos;
- Identificar a prevalência de algumas variáveis do recém-nascido: peso ao nascer e no momento da alta hospitalar; estatura; sexo; apgar; condições da alta; tipo de alimentação; amamentação;
- Verificar a prevalência das principais dúvidas e orientações as puérperas e RN durante as visitas domiciliares do Projeto Babymater.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa tratou de um estudo retrospectivo, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa.

3.1 Amostra

A amostra constou de 55 puérperas que deram a luz na Maternidade Santa Isabel, no município de Bauru-SP, atendidas pelo SUS no período de março a novembro de 2007, atendidas pelo projeto Babymater.

3.2 Coleta de dados

Foram consideradas elegíveis todas puérperas atendidas dentro dos critérios de inclusão do citado projeto: primíparas que atendiam as seguintes variáveis:

- Renda familiar de até 01 salário mínimo;
- Ter tido alta hospitalar juntamente com o recém-nascido;
- Ter submetido a parto vaginal ou parto cesárea;
- Independente da idade cronológica.

No entanto, os formulários (ANEXO A) foram escolhidos de forma aleatória, onde foram retiradas as variáveis estabelecidas neste estudo, seguido da transcrição das mesmas em planilha criada no Excel.

3.3 Procedimento ético

O projeto BabyMater incluiu puérperas nos critérios acima citados; esta recebeu orientação da Assistente Social da maternidade Santa Isabel onde foi explicado à mulher ou ao seu responsável a proposta do projeto, sendo assinado o termo de consentimento. Para tanto foi utilizada uma ficha de cadastramento social indicando a necessidade da visita domiciliar (ANEXO B). Após a adesão voluntária, foi assinado o Termo de Consentimento (ANEXO C) pela puérpera ou seu responsável.

3.4 Análise dos resultados

Os dados coletados foram organizados e tabulados em planilha eletrônica do Microsoft Excel. Foi utilizada estatística descritiva em forma de frequência relativa, absoluta e apresentados na forma de figuras.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos serão apresentados na forma de figura e discutidos em 5 grupos, conforme o agrupamento das variáveis estudadas.

No primeiro grupo, a população em estudo foi descrita em função das variáveis pessoais das mães, biológicas e sociais; no segundo grupo foram descritas as variáveis relacionadas ao pré-natal; no terceiro as variáveis relativas ao parto; no quarto grupo as variáveis do puerpério e no quinto as do RN.

4.1 Variáveis maternas

4.1.1 Faixa etária materna

Entre as puérperas assistidas pelo projeto Babymater no referido período da pesquisa, houve prevalência de mães adolescentes, conforme figura 1.

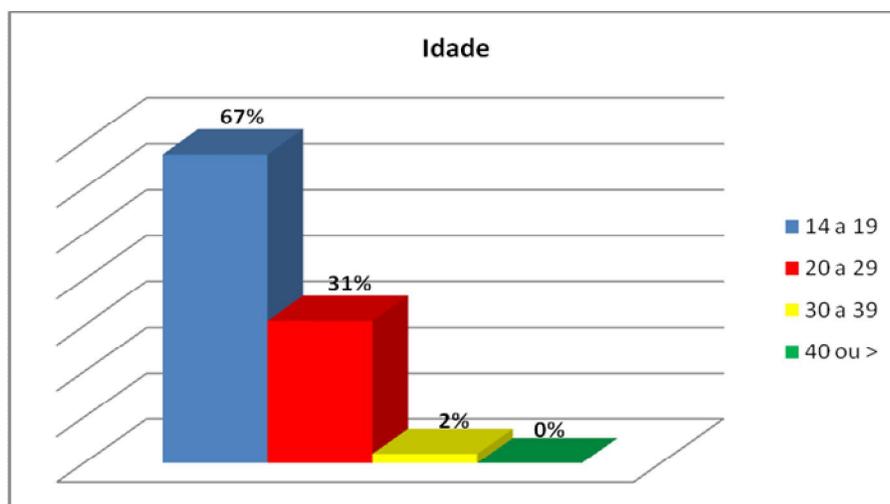


Figura 1 – Idade das puérperas que receberam visita do projeto Baby Mater

Observa-se que dentre as 55 puérperas estudadas prevaleceu às adolescentes (67%) entre 14 a 19 anos; 31% tinham a idade compreendida entre 21 a 29 anos e apenas 2% tinham 30 a 39 anos. Entre a população estudada, não houve nenhuma puérpera com faixa etária igual ou superior a 40 anos de idade.

Comparando o atual estudo com o de Brasil (2003), observa-se que foi encontrado valor superior ao detectado por ele entre mães adolescentes, ou seja, mais da metade,

contrapondo com 24,6% das internações obstétricas do Sistema Único de Saúde (SUS). O autor ainda afirma que, a gravidez na adolescência é um fator preocupante, o qual ultimamente vem aumentando. Os dados estatísticos demonstram que cerca de 40% dos filhos de adolescentes muitas vezes são fruto de uma gravidez indesejada, podendo inclusive gerar conseqüências indesejáveis para a mãe, para a criança e para a família. Atualmente, ela é considerada como sendo biologicamente desvantajosa somente para o feto. Para as mães as são apontadas prejuízos sociais, como o abandono da escola e o aumento das pressões sociais. Tais riscos empregam-se também à falta de condições adequadas para o acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a desinformação, a nutrição deficiente.

4.1.2 Cor das puérperas

Na figura 2 observa-se uma prevalência maior para as mulheres de cor branca.

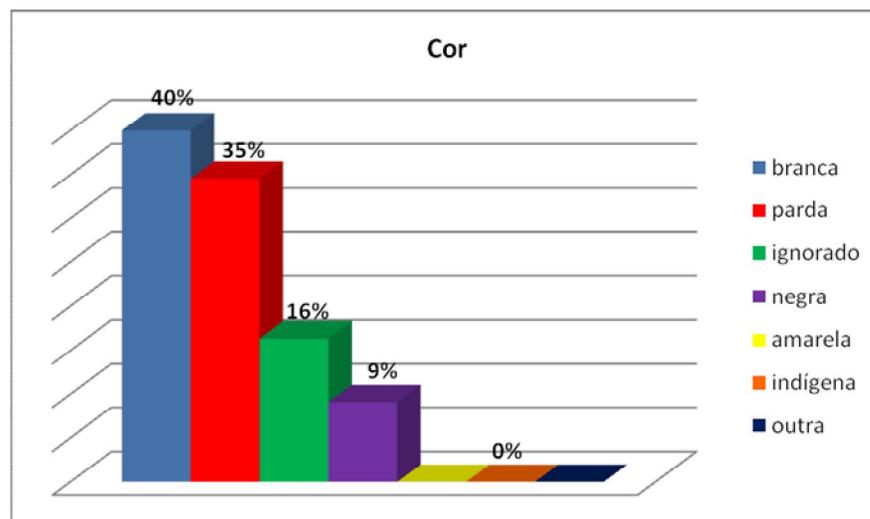


Figura 2 – Cor das puérperas que receberam visita do projeto Babymater

Em relação à cor, as mulheres brancas sobressaíram com uma prevalência de 40%; 35% eram pardas, 16% não continha esta informação e 9% eram da cor negra; ressalta-se que não houve atribuições para mulheres amarelas e indígenas .

Costa (2005) em seu estudo classificou o grupo de puérperas quanto a cor de brancas e não brancas, encontrou uma prevalência superior ao deste (73%) de mulheres de cor branca e 27% de não brancas e evidencia ainda uma associação de nascidos a termo com mães de cor

branca. Ressalta-se que neste trabalho esta associação não foi analisada por não constar nos objetivos deste estudo.

4.1.3 Escolaridade

Quanto ao nível escolar observa-se que todas possuíam algum grau de instrução. Figura 3.

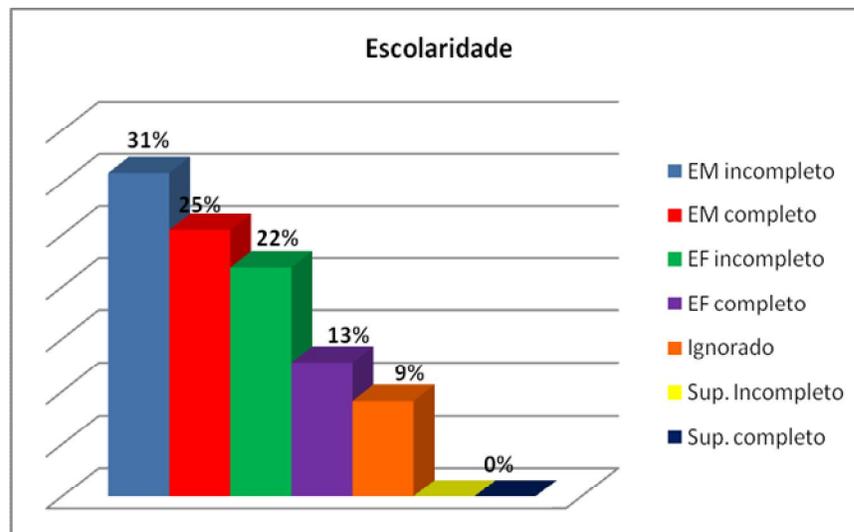


Figura 3 – Escolaridade das puérperas que receberam visita do projeto Babymater

Quanto à escolaridade, 31% afirmaram ter o ensino médio incompleto, seguindo por aquelas que concluíram o ensino médio (25%); o ensino fundamental incompleto foi contemplado por 22% das puerperas e ensino fundamental completo 13%. Nenhuma das mulheres cursaram ou estavam cursando o ensino superior e 9% não continham a informação do nível de escolaridade.

Observa-se que Abrão e Marton (2001), em sua pesquisa junto às puérperas no município de São Paulo apresentaram valores que diferem de nossa realidade em dois aspectos, primeiramente estes encontraram um percentual maior de mulheres que realizaram o ensino fundamental completo (40%), em relação ao ensino fundamental incompleto houve semelhança nos achados, entretanto, detectaram que 2% da população estavam cursando ou haviam concluído o ensino superior.

Acredita-se que o grau de instrução seja uma variável importante por acreditar que, com um melhor nível de educação, as mães possam ter uma melhor compreensão no conhecimento e comportamento frente aos cuidados a serem realizados junto ao neonato, bem

como, sanar prováveis dúvidas que possam surgir maior probabilidade do surgimento de dúvidas.

O fato da maior parte das pesquisadas serem adolescentes, talvez justifique o número elevado de mulheres que não chegaram a concluir o ensino fundamental e médio, em virtude da gestação e nascimento do filho, o que interfere em suas rotinas e estilo de vida, como é apresentado por diversos autores na literatura pesquisada.

4.1.4 Situação Marital

Em relação à condição marital detecta-se prevalência entre puérperas solteiras, conforme aponta a figura 4.

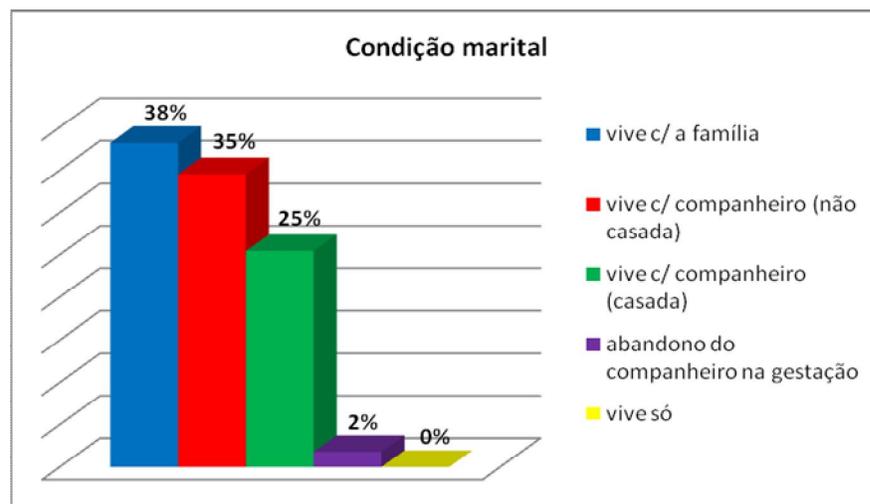


Figura 4 – Condição marital das puérperas que receberam visita do projeto Babymater

Constata-se que 38% das puérperas são solteiras e vivem com a família; 35% vivem com o companheiro, porém, não são casadas; 25% estavam casadas até o momento deste estudo e viviam em companhia com seus esposos; apenas um pequeno percentual (2%) de mulheres foi abandonado pelo companheiro durante a gestação. Nenhuma referiu viver só.

Em outras pesquisas, a condição marital esteve associada ao estado civil da puérpera, como na pesquisa de Abrão e Marton, (2001), cuja população revelou ser em sua maioria solteira (49,5%), com ou sem companheiro, enquanto que , 43% eram casadas, valor este superior ao detectado neste trabalho.

Os indicadores relacionados à condição marital, o estado civil, e o relacionamento familiar são indispensáveis para uma avaliação puerperal de qualidade, visto que, possibilita

identificar eventuais dificuldades e necessidades de maior apoio frente aos cuidados com o bebê. A família e/ou companheiro são extremamente importantes durante o período do pré-natal, parto e puerpério, os quais atribuem apoio e segurança à mulher em todas essas etapas.

O índice de mulheres que vivem com a família foi maior em relação às outras variáveis, o que pode ser justificado pela alta prevalência de adolescentes dentre a população estudada.

4.2 Variáveis em relação ao pré-natal

4.2.1 Realização do pré-natal

Em relação à realização do pré-natal detecta-se que a maioria realizou a consulta pré-natal. Figura 5.

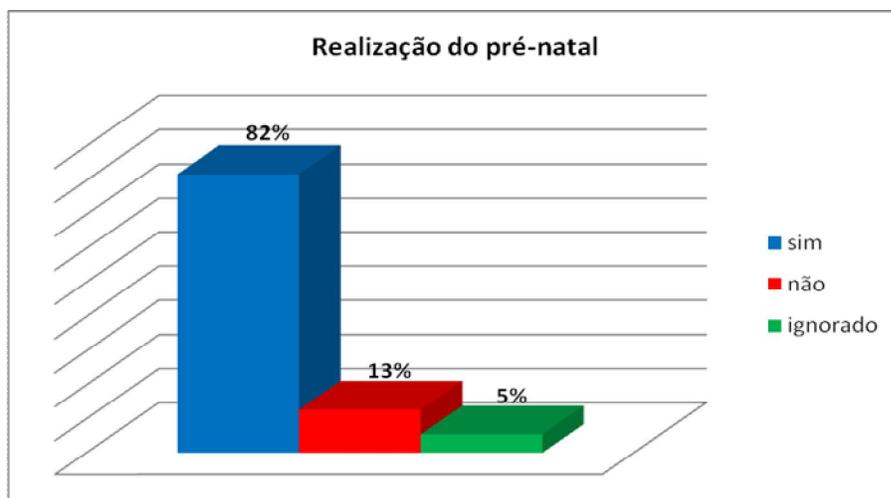


Figura 5 – Percentual de puérperas que realizaram o pré-natal

Entre as puérperas 82% destas afirmaram ter realizado o pré-natal, 13% não realizaram e para 5% não foram encontradas respostas.

Conforme Brasil (2005), uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade é fundamental para a saúde materno-infantil. Durante a consulta puerperal, o acolhimento da mulher e do recém-nascido deve ser efetivado. Neste período ocorrem diversas modificações, e com elas sentimentos e dúvidas que se atrelam à ansiedade e preocupação frente ao cuidado com o bebê. Os esclarecimentos nesta fase contribuem com a melhor adequação às novas necessidades, refletidas pelo ato da amamentação, das condições pós-parto e do recém-nascido, o retorno as atividades físicas, alimentação e planejamento familiar. Além disso,

deve-se realizar uma análise minuciosa dos aspectos clínicos, como desenvolvimento mamário e involução uterina, e psicossocioemocionais, como tensões e aspectos socioeconômicos desfavoráveis. A avaliação ginecológica também se faz necessária, como também as características da episiorrafia, eventuais edemas, higiene, dentre outras ações que contemplam a assistência puerperal. (SANTOS et al. 2006).

4.2.2 Número de consultas de pré-natal

A partir da figura 6, analisou-se o número de consultas de pré-natal realizadas pelas puérperas, como segue.

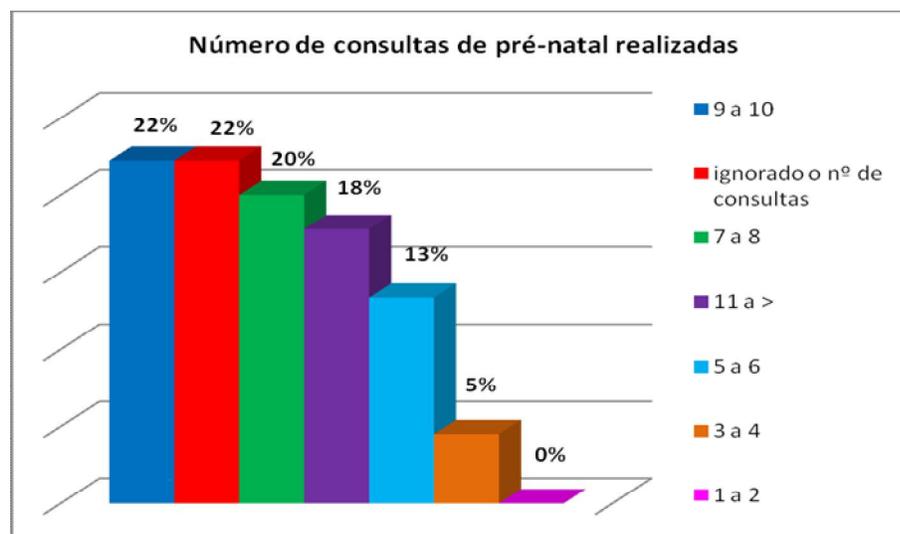


Figura 6 – Número de consultas pré-natal realizadas.

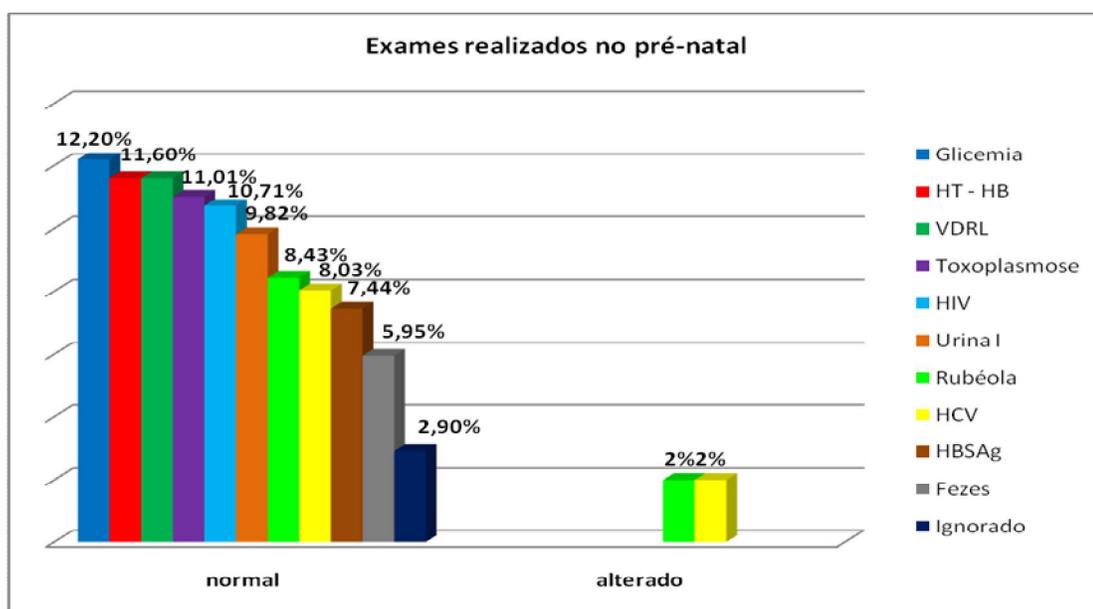
A partir da questão anterior, verificou-se o número de consultas de pré-natal realizadas pela população estudada, observa-se que 22% realizaram entre 9 a 10 consultas, 20% realizaram entre 7 a 8 consultas, 18% realizaram 11 ou mais consultas, 13% realizaram entre 5 a 6 consultas, e 5% realizaram entre 3 a 4 consultas. Verifica-se que 22% realizaram o pré-natal, porém, não apresentaram a carteira de pré-natal no momento da visita alegando que o documento não estava em seu poder ou que o hospital não havia entregado a carteira no momento da alta.

A assistência pré-natal objetiva as vivências durante a gestação, parto e o nascimento saudável do bebê. Ele é um direito constituído por lei e firma a necessidade da realização de pelo menos seis consultas ao longo dos três trimestres gestacionais, permitindo identificar

problemas ou intercorrência. O pré-natal deve ser oportunizado e estimulado, visto que é através deste que se realizam as orientações e abordagem de informações importantes para o conhecimento da gestante em relação ao desenvolvimento fetal e mudanças que ocorrem ao longo deste processo. Minimizar desconfortos e estimular o autocuidado através de ações educativas, incluindo análise e registros no cartão da gestante, a motivação de hábitos saudáveis, de alimentação e higiene, análise do calendário vacinal, relacionamento afetivo, sono e repouso da gestante, processo da amamentação, preparo das mamas, bem como ações ligadas ao parto, desvendando mitos e dúvidas em relação à gestação (BRASIL, 2003).

4.2.3 Exames realizados durante o pré-natal

A figura 7 demonstra os percentuais de exames realizados pelas puérperas durante o período gestacional.



**Foram respondidas mais de uma opção*

Figura 7 – Exames realizados pelas puérperas durante a gestação

Verifica-se a realização de 338 exames pelas puérperas durante o pré-natal, e a partir dos resultados apresentados pelo gráfico acima, observa-se que dentre estes, o exame com maior percentual em relação à sua realização durante o período gestacional foi o teste para glicemia, com 12,20%, seguindo pelo HT – HB e VDRL, ambos com 11,60% cada; toxoplasmose, com 11,01%; e sorologia para HIV, com 10,71%. Os exames que apresentaram

menor incidência em quantidade de realização pela população estudada foram às sorologias para hepatite B e C (5,95% e 8,03%), e exame de fezes, com o menor percentual (2,90%). Somente 2% da amostragem total apresentaram resultados alterados, os quais correspondem aos exames de rubéola e hepatite C.

De acordo com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, é critério fundamental para o acompanhamento pré-natal a solicitação dos seguintes exames: grupo sanguíneo e fator Rh (quando não realizado anteriormente), sorologia para sífilis (VDRL), urina tipo I, hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), glicemia de jejum, teste anti-HIV com aconselhamento pré-teste e consentimento da mulher, sorologia para hepatite B (HBsAg), se disponível, sorologia para toxoplasmose, se disponível, e colpocitologia oncótica, quando indicada (BRASIL, 2005). Na gestação, a mulher tem garantido a realização de exames laboratoriais de rotina. Estes exames devem ser realizados no 1º e 3º trimestre de gravidez, objetivando avaliar as condições de saúde da gestante, detectando problemas, prevenindo seqüelas, complicações e a transmissão de doenças ao recém-nascido (BRASIL, 2003).

4.2.4 Vacinação antitetânica

Também verificou-se o número de mulheres que receberam a vacina anti-tetânica, como segue no gráfico abaixo.

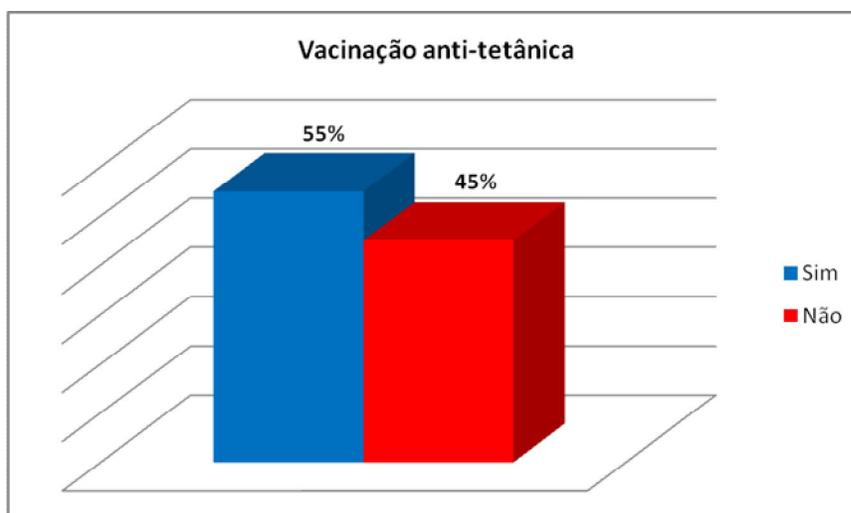


Figura 8 – Percentual de mulheres que receberam a vacina anti-tetânica

Houve prevalência de 55% de puérperas imunizadas pela vacina anti-tetânica, isto demonstra que, mais da metade das puerperas estavam com uma cobertura vacinal satisfatória, portanto, seus bebês estavam protegidos contra o tétano neonatal.

BRASIL (1998, 2005), referem que a vacinação contra o tétano (dupla adulto – dT ou toxóide tetânico - TT) da gestante é realizada para a prevenção do tétano no recém-nascido, além de proteger a gestante. Para as gestantes não vacinadas, o esquema básico consta de três doses, com intervalo de dois meses nas duas primeiras doses, e seis meses a partir da segunda para administração da terceira dose. O reforço ocorre a cada dez anos, porém se a gestante tiver esquema vacinal completo, antecipa-se esta dose quando a gestação teve seu desenvolvimento em cindo ou mais anos depois da última dose recebida. Para as gestantes que foram vacinadas com uma ou mais doses da vacina contra o tétano, deverão ser aplicadas mais uma ou duas doses da vacina dupla adulto – dT ou toxóide tetânico – TT, completando assim o esquema básico.

4.3 Variáveis em relação ao parto

4.3.1 Tipo de parto

Em relação ao tipo de parto, verifica-se que o parto vaginal foi a via escolhida para a maioria dos nascimentos. Figura 9.

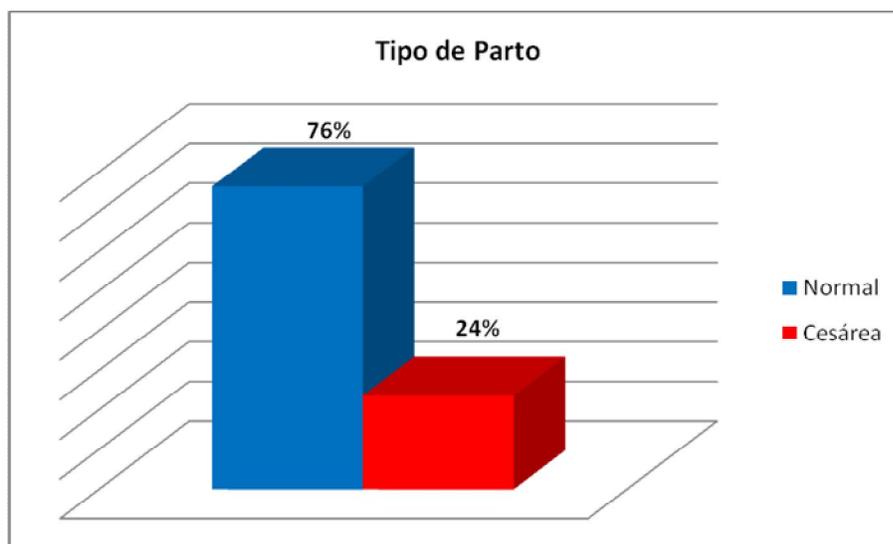


Figura 9 – Tipo de parto realizado pelas puérperas atendidas pelo programa Baby Mater

Detecta-se que houve prevalência (76%) de parto normal (vaginal), contrapondo com 24% de partos via cesariana. Entre os partos vaginais observa-se que a maioria das mães não souberam informar se houve necessidade de indução do parto. Figura 10.

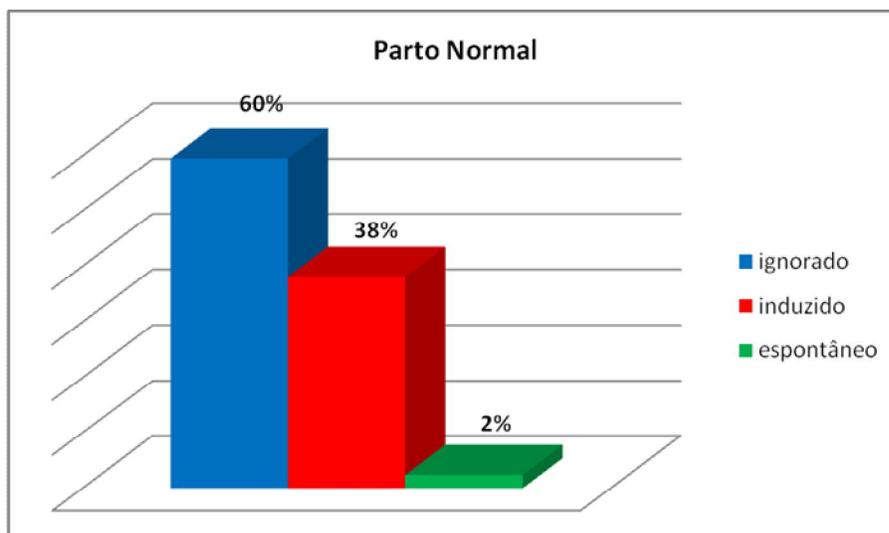


Figura 10 – Parto normal realizado pelas puérperas atendidas pelo programa Baby Mater

Verifica-se que 60% dos partos não especificavam tal informação. Consta-se que dentre os demais, 38% dos partos foram induzidos e 2% espontâneos.

O parto objetiva o atendimento das parturientes de forma holística e humanizada. O cuidado junto às gestantes visa diminuir a ansiedade, possibilitando melhor relacionamento. O diálogo acerca do tipo de parto permite a autonomia da parturiente, a qual é admitida de forma ativa nesse processo (INABA et al. 2006). Beck et al. (2004) afirmaram que o plano de parto é uma ação desenvolvida junto com a mulher e familiar, considerando as condições para a efetivação do processo, seja vaginal ou cesárea. A discussão deve assegurar a gestante o conhecimento de todos os benefícios envolvidos em cada processo, bem como os riscos. Cada uma, diante das possibilidades receberá os cuidados mediante ao parto a ser vivenciado, o qual se inicia desde a primeira consulta do pré-natal, realizando abordagens sobre a temática, e sua recapitulação durante as consultas seguintes até próximo ao nascimento do bebê.

BRASIL (2003), afirma que a Organização Mundial da Saúde – OMS estima que apenas 10 a 20% dos partos têm indicação cirúrgica, através do procedimento cesariano. Isso representa que a indicação deste procedimento destinar-se-ia apenas às mulheres que apresentam problemas de saúde, ou naqueles casos em que o parto normal traria riscos ao recém-nascido ou a mãe. Apesar disso, verifica-se a existência de um sistema de saúde

voltado para a atenção ao parto e nascimento pautado em rotinas de intervenções, que favorece e conduz ao aumento de cesáreas.

Conforme Milanez (2005), o parto e o seu desenvolvimento está intimamente ligado a fatores sócio-econômicos e o estilo de vida materno, envolvendo ainda as variáveis sócio-demográficas, a idade materna, a escolaridade e o grau de instrução, os quais geralmente associam-se às prevalências de parto prematuro e baixo peso ao nascer.

4.3.2 Realização de episiotomia

A figura 11 demonstra a prevalência da necessidade realização ou não da episiotomia, como segue.

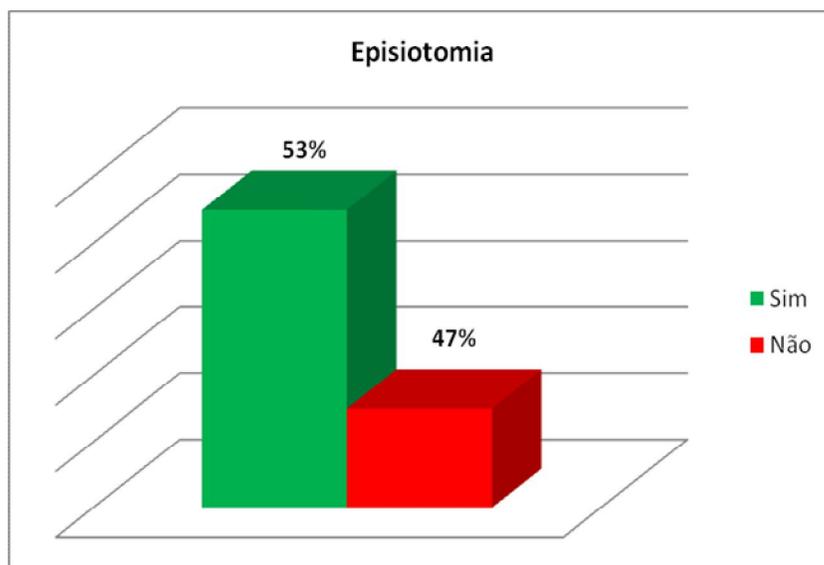


Figura 11 – Percentual de puérperas que realizaram episiotomia

Observa-se que 53% das puérperas tiveram a necessidade de realizar episiotomia durante o período expulsivo, enquanto 47% não apresentaram a necessidade deste procedimento durante o parto.

A episiotomia é uma incisão cirúrgica realizada na região perineal da mulher durante o período expulsivo, dentre as quais englobam a perineotomia médio-lateral e lateral. A sutura é feita com fio cirúrgico absorvível pelo organismo, sendo denominada de episiorrafia. Este procedimento cirúrgico auxilia a mulher no período expulsivo, preserva a musculatura pélvica e do intróito vulvar, evita rupturas ou lacerações, sendo recomendada quando se constata a

necessidade da ampliação do trajeto vaginal para a passagem do bebê (TOMASSO, 2002; TORTORA, 2003 apud BENTO e SANTOS, 2006).

4.4 Variáveis em relação ao recém-nascido

4.4.1 Sexo

Em relação ao recém-nascido, analisaram-se algumas variáveis, as quais serão apresentadas a seguir. A primeira variável analisada foi o sexo dos recém-nascidos, conforme figura 12.

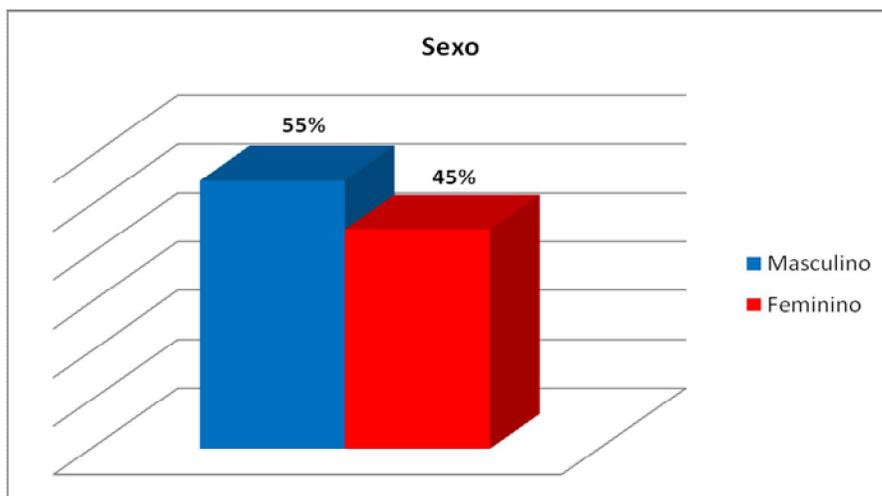


Figura 12 – Sexo dos recém-nascidos

Verifica-se que 55% dos recém-nascidos foram do sexo masculino, e 45% do sexo feminino.

Atualmente vivenciam-se diversas alterações sobre o quadro populacional, com pequenas variações quanto ao nascimento relacionado ao sexo dos bebês. As pesquisas trazem valores semelhantes, apresentando ora o aumento de nascimento de bebês do sexo feminino, ora do sexo masculino, como na pesquisa de Abrão e Marton (2001), que apresentou em suas pesquisas maior percentual de nascimentos do sexo feminino (55%), contra 45% para o sexo masculino. Essa variação é observada, visto que nesta pesquisa evidenciou-se maior percentual de bebês do sexo masculino.

4.4.2 Índice de Apgar

O índice de apgar foi analisado a partir da seguinte figura 13.

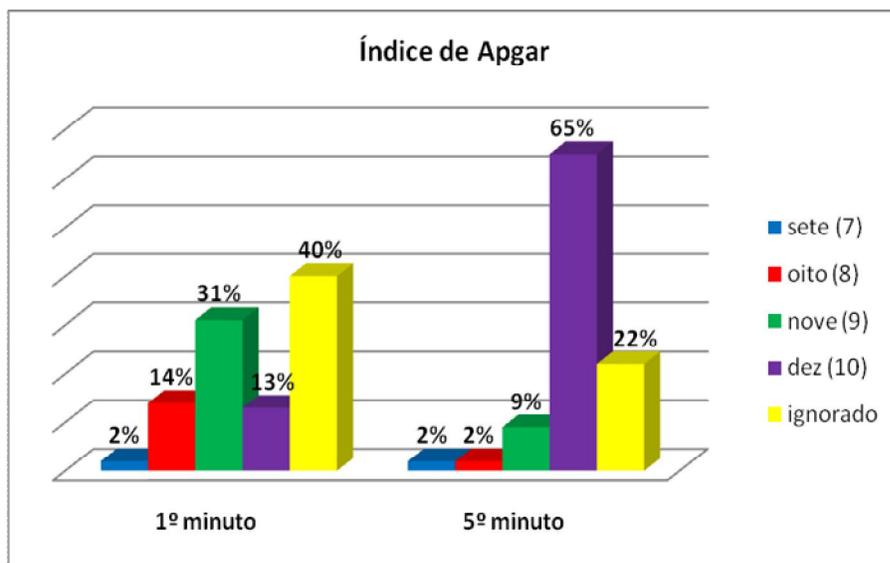


Figura 13 – Índice de Apgar dos recém-nascidos

Verifica-se uma variação do Apgar do RN no primeiro minuto de vida e após o quinto minuto pós-nascimento. No primeiro minuto de vida predominou uma ausência ou não constava nas anotações a da verificação do Apgar; 31% dos RN obtiveram uma nota igual a 9; 14% nota 8; 2% nota 7 e a nota máxima foi obtida por 13%. No quinto minuto após nascimento este panorama se modifica como é esperado. Observa-se que mais da metade dos Rn (65%) melhoram as suas condições vitais, obtendo uma nota máxima; dos 40% de dados ignorados, a prevalência cai para 22%; a nota 9 foi obtida por 9% dos RN e apenas a 2% foram atribuídas nota 7 e 8.

A Escala de Apgar é um instrumento utilizado no momento do nascimento na qual se avalia cinco sinais vitais: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor, realizada no primeiro e quinto minuto de vida.

4.4.3 Peso

A figura 14 demonstra os resultados em relação ao peso dos recém-nascidos ao nascer e no momento da alta, como segue abaixo.

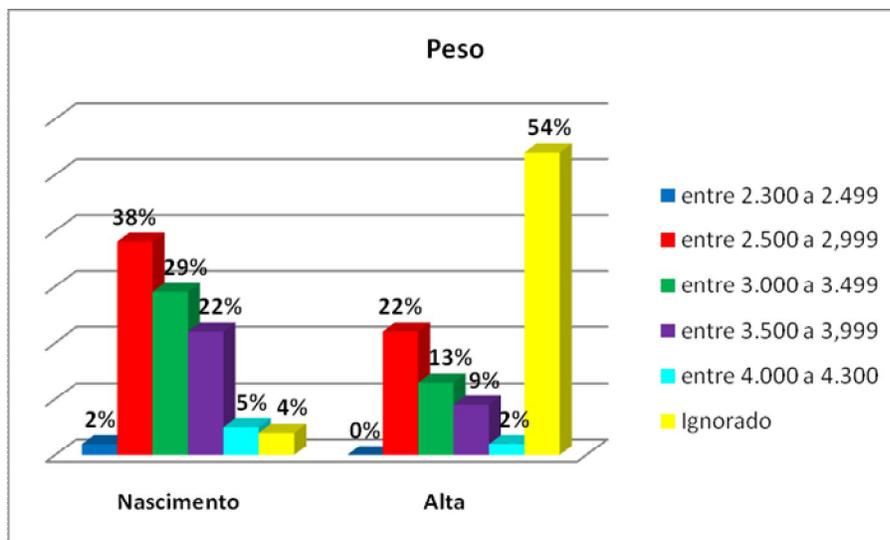


Figura 14 – Peso dos recém-nascidos ao nascimento e alta hospitalar

Ao nascimento, 2% apresentavam um peso de 2.300 a 2.499g; 38% de 2.500 a 2.999g; 29% entre 3.000 a 3.499g; 22% entre 3.500 a 3.999g; 5% entre 4.000 a 4.300g; e 4% ignoraram tal informação. Na ocasião da alta hospitalar detecta-se que mais da metade dos RN (54%) não foram pesados, ou as mães não foram informadas, ou não sabiam dizer sobre o valor do peso de seu filho ao deixar a maternidade; 22% pesaram estavam com o peso de 2.500 a 2.999g; 13% entre 3.000 a 3.499g; 9% entre 3.500 a 3.999 kg; 2% entre 4.000 a 4.300g.

O bebê com baixo peso ao nascer é aquele que pesa menos de 2.500 gramas, os quais têm maior risco de desenvolver morbidades no período neonatal precoce, com desenvolvimento de problemas físicos ou de desenvolvimento motor. Apesar disso, os cuidados devem ser efetivos, assegurando ao neonato condições que lhe permitam se adequar ao novo ambiente. Durante esse processo, os bebês enfrentam diversas influências do meio, acarretando a perda de peso (BECK et al. 2004).

Os recém-nascidos podem ser classificados de acordo com o peso, idade gestacional ou pela relação entre as duas variáveis. Tal classificação é de suma importância, pois visa o planejamento dos cuidados e tratamentos específicos a cada bebê. O peso destes é influenciado por diversas condições associadas à gestação, tais como fumo, uso de drogas, paridade e alimentação materna. Além disso, frente às adaptações ambientais, apresentam durante os cinco primeiros dias de vida uma diminuição de 5 a 10% do seu peso ao nascimento, chamada de perda ponderal fisiológica, decorrente da grande eliminação de

líquidos e redução da ingestão, o qual se recupera entre o 8º e 15º dia pós-natal (COSTA, 2005; BRASIL, 2003).

4.3.4 Condições da alta hospitalar

Quanto às condições da alta, verifica-se a maioria dos RN apresentavam em boas condições de saúde, conforme aponta a figura 15.

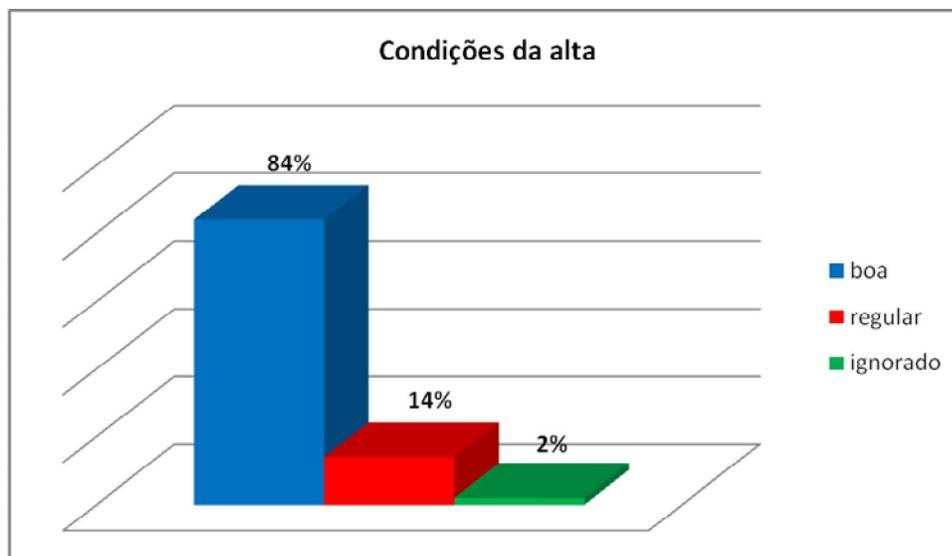


Figura 15 – Condições da alta hospitalar dos recém-nascidos

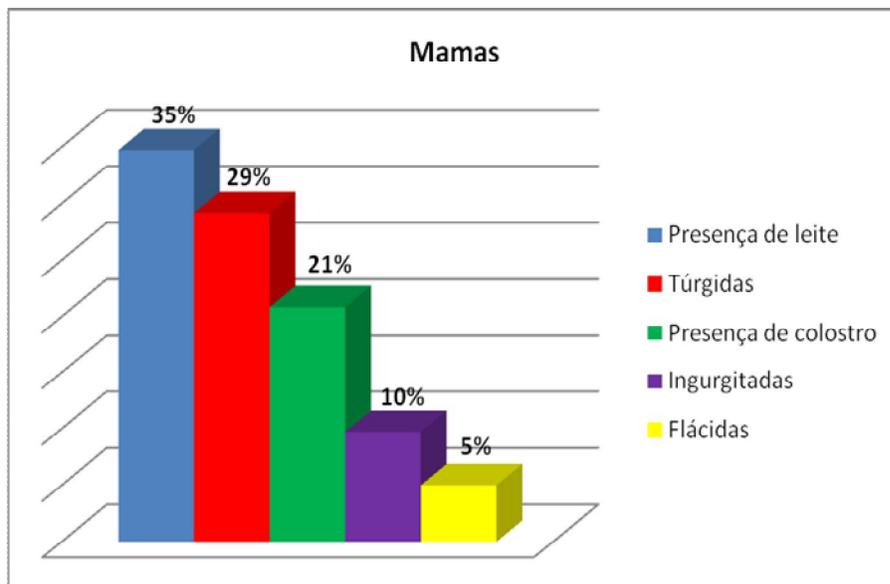
Observa-se que neste estudo, a maioria dos bebês teve alta hospitalar em boas condições (84%), representando que os cuidados neonatais imediatos e mediatos foram efetivos, além de apresentarem boas condições no nascimento, com índices de apgar satisfatórios na maioria dos casos.

As condições da alta hospitalar estão ligadas diretamente aos cuidados com o bebê, as avaliações realizadas após o nascimento, análises de indicadores como o de apgar, e outras ações que assegurem a boa adaptação do neonato.

4.5 Variáveis em relação ao puerpério

4.5.1 Características mamárias

As condições mamárias das puérperas também foram investigadas e são apresentados figura 16.



**Foram respondidas mais de uma opção*

Figura 16 – Características mamárias das puérperas atendidas pelo programa

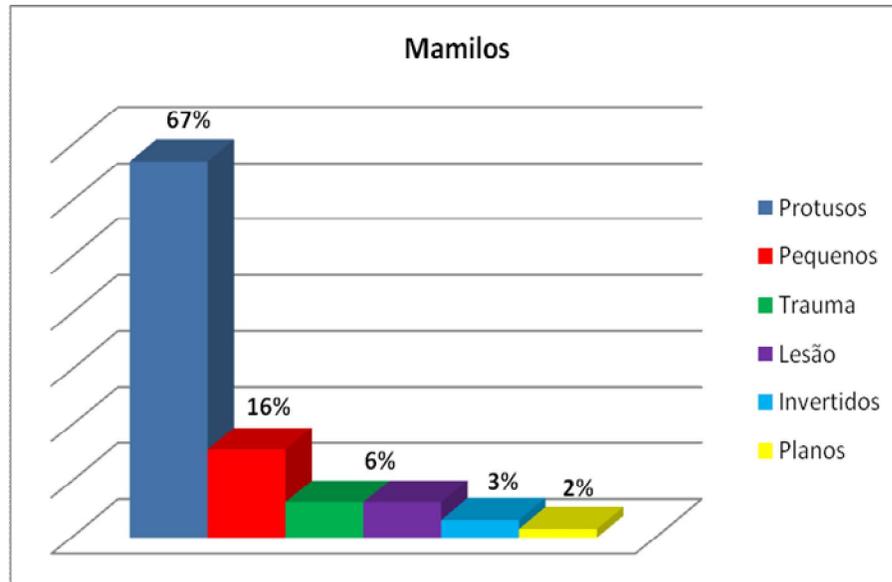
Em relação às mamas, verifica-se que 35% das puérperas apresentavam leite, e 21% apresentavam colostro. 29% das pesquisadas tinham as mamas túrgidas, 10% ingurgitadas, e 5% flácidas.

De acordo com Brasil (2003), o ingurgitamento mamário pode ocorrer em torno do 3º ao 7º dia pós-parto, com a constante produção láctea. As rachaduras e/ou fissuras podem aparecer nos primeiros dias de amamentação, levando a nutriz a parar de amamentar, carecendo de orientações sobre como proceder frente à tais problemas e da necessidade de amamentar.

O colostro é o primeiro leite que sai do peito, sendo produzido nos primeiros dias após o parto. Ele é produzido em menor quantidade, de coloração clara ou amarela, grossa ou rala. É rico em anticorpos, e contribuem com as defesas imunológicas do recém-nascido (BRASIL, 2005).

4.5.2 Características mamilares

Dentre as características mamilares verificadas, observou-se o tamanho, a expressão do bico mamilar, a inversão e eventuais traumas e lesões, como segue na figura 17.



**Foram respondidas mais de uma opção*

Figura 17 – Características mamilares das puérperas atendidas pelo projeto Babymater

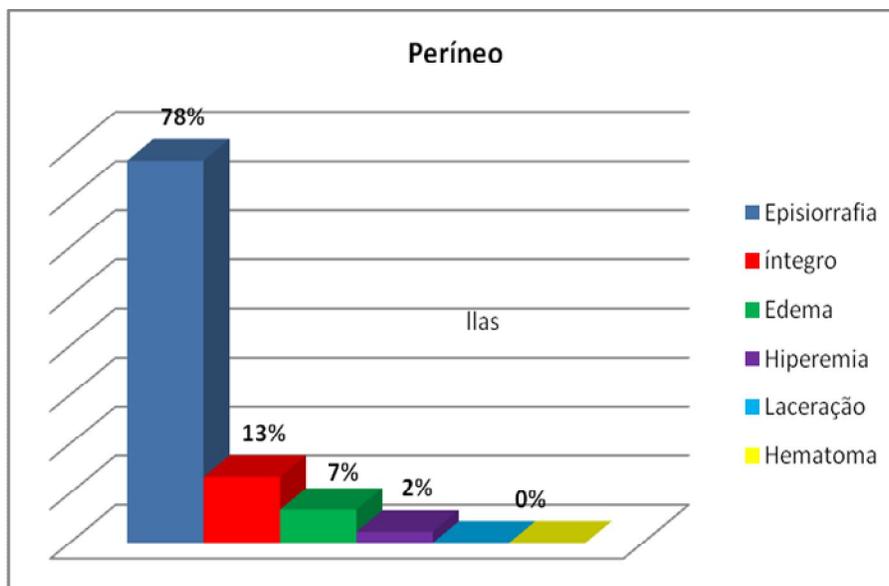
Verifica-se que 67% das mulheres apresentavam mamilos protusos, 16% mamilos pequenos, 6% apresentavam traumas ou lesões, 3% apresentavam mamilos invertidos e 2% planos.

De acordo como Núcleo de aleitamento materno da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – NALMA (1997), os mamilos invertidos é resultado de uma aderência na base do bico mamilar levando a uma dificuldade de exteriorização dos mesmos. Algumas manobras ajudam a garantir a sua exteriorização e o sucesso do processo da amamentação, porém, deve ser empregada a partir do segundo trimestre da gestação. Os exercícios de exteriorização ou de Hoffman deverão ser executados várias vezes durante o dia.

As rachaduras e outras lesões na mama e mamilo ocorrem devido ao acúmulo de leite, ou ao posicionamento e a pega do bebê de forma inadequada. Para se evitar tais problemas, se devem manter as mamas secas, evitando que fiquem cheias em demasia, o que provoca maior sensibilidade, além de atentar para a pega correta. A amamentação não deve doer, e na medida em que são corrigidos tais aspectos, a dor tende a cessar. O melhor tratamento é a ordenha do peito, o qual trata dentre outras manifestações o ingurgitamento mamário, e prevenção de abscessos e mastites. Vale considerar a contra-indicação do uso de sabonetes, cremes ou pomadas, tratando-os somente com o próprio leite materno (BRASIL, 2005).

4.5.3 Características perineais

Nas características do períneo foram abordados aspectos como: presença de episiorrafia, integridade do períneo, presença de edema, hiperemia, laceração e hematoma figura 18.



**Foram respondidas mais de uma opção*

Figura 18 – Características perineais das puérperas atendidas pelo projeto Babymater

Constatou-se que 78% apresentaram a episiorrafia, 7% edemas e 2% hiperemia. Apenas 13% da amostragem apresentaram períneo íntegro, e nenhuma mulher apresentou lacerações ou hematomas.

Dentre as ações realizadas no puerpério, a observação do períneo é estritamente necessária. Esta prática permite avaliar a integridade do local, possíveis edemas e condições da episiorrafia, a qual deve permanecer limpa, seca e com boa evolução cicatricial. Nos casos de cesárea, atentar para todos os cuidados de um parto normal e mais os cuidados de um pós-operatório, observando as características do curativo operatório, possíveis hemorragias e queixas de desconforto e dor (BRASIL, 2003).

4.5.4 Alimentação do recém-nascido

Quanto aos questionamentos relacionados à alimentação e o processo do aleitamento materno, verificou-se a presença do aleitamento materno exclusivo, misto e ou artificial, conforme dados da figura 19.

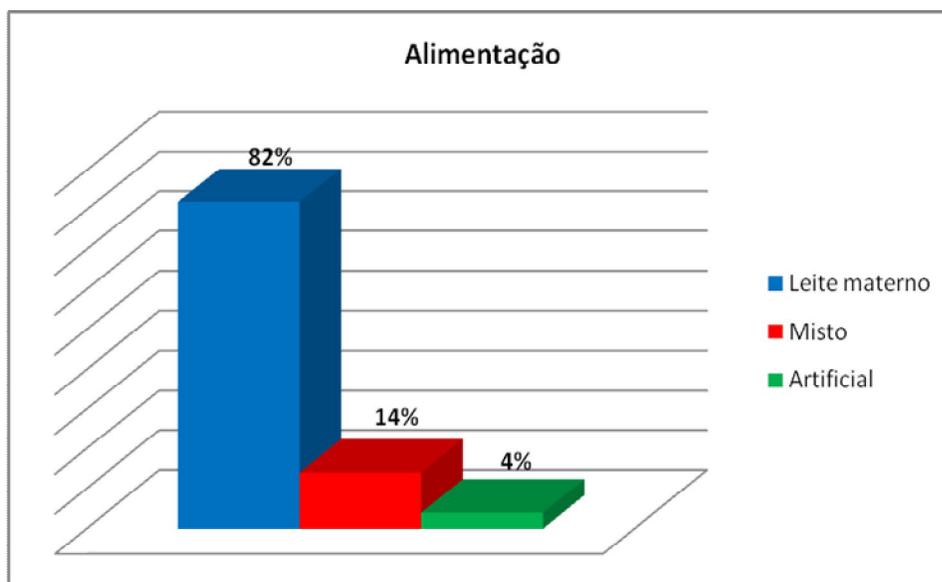


Figura 19 – Alimentação dos recém-nascidos

Constata-se que 82% dos recém-nascidos consumiam apenas o leite materno de forma exclusiva, 14% possuíam uma alimentação mista, ou seja, usufruíam do leite materno, mas com complemento de outras formulas lácteas e 4% consumiam apenas formulas lácteas. Dentre os alimentos artificiais introduzidos na dieta dos recém-nascidos, foram citados o leite NAN e chá de camomila.

De acordo com Brasil (2005), a amamentação materna favorece o bom desenvolvimento, em virtude de o leite conter vitaminas, minerais, gorduras, açúcares, proteínas e demais componentes para uma boa nutrição, além de anticorpos que contribuem com a formação imunológica. O leite humano é de fácil digestão e promove maior laço afetivo entre a mãe e o filho. A oferta equilibrada destes elementos é suficiente para suprir as necessidades do neonato, e, portanto, reflete a desnecessidade de se oferecer inicialmente outros alimentos durante o aleitamento materno, o qual deve ser exclusivo até os seis meses de vida do bebê. Nos primeiros meses de vida não havendo a necessidade de oferecer água ou chás ao bebê.

As vantagens também se aplicam às mães, as quais, durante o ato de “sugar” realizado pelo bebê, têm o estímulo e liberação da prolactina, que aumenta a produção de leite, e da ocitocina, que dentre outras funções auxilia no processo de involução uterina, diminuindo sangramentos, e colabora como método para controle do planejamento familiar, extremamente importantes no período puerperal (BRASIL, 2005).

4.5.5 Amamentação

Em relação à amamentação, se analisou a pega no seio realizada pelos bebês durante a amamentação, como pode ser observado na figura 20.

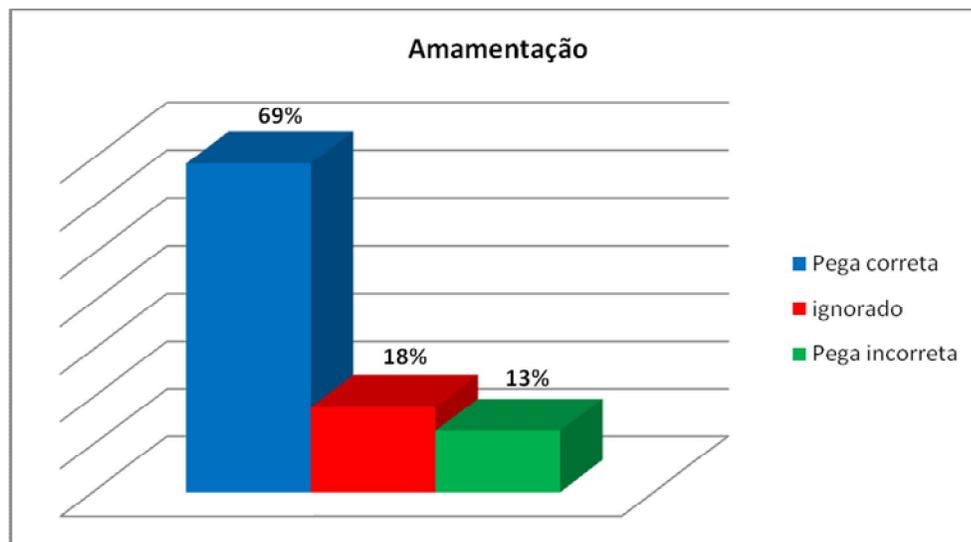


Figura 20 – Percentual de recém-nascidos que realizaram a pega correta durante a amamentação

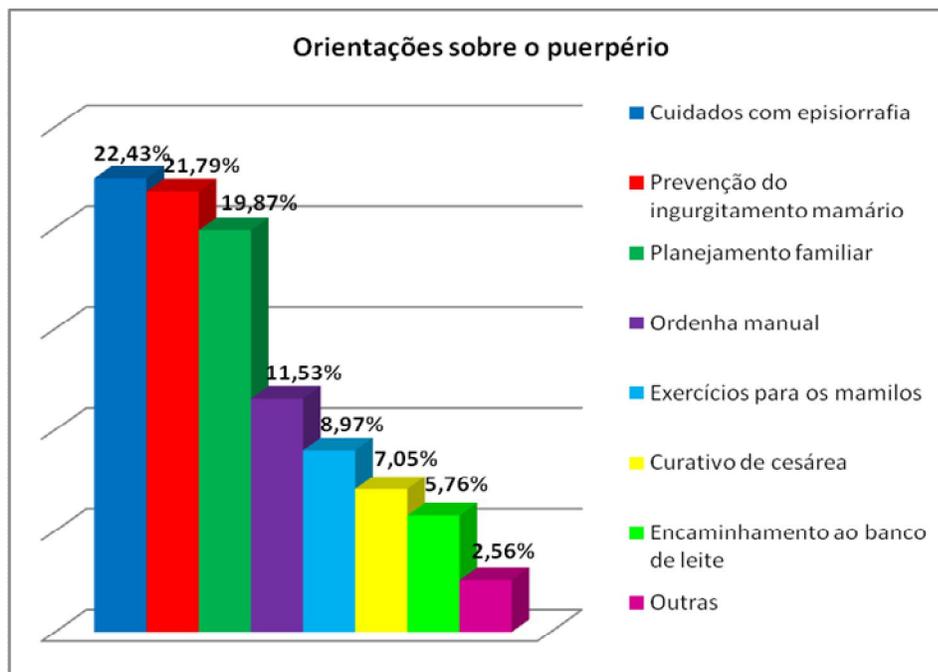
Constata-se que de 69% dos recém-nascidos realizavam a pega correta durante a amamentação, enquanto 18% não foi informado e 13% dos RN realizavam a pega de maneira incorreta.

BRASIL (2005), afirma que a posição da mãe durante a amamentação é extremamente importante, a qual pode permanecer deitada, sentada ou em pé, sempre apoiando o tronco do bebê, enquanto o aproxima de seu corpo e do bico do peito. O bebê deve estar inteiramente voltado para a mãe, e abocanhar a maior parte da aréola, com o queixo apoiado sobre a mãe. Quando estas etapas são respeitadas e não há dor durante a mamada, indica-se que a pega está correta, e a amamentação é efetiva.

4.5.6 Orientações sobre o puerpério

Junto a essa questão, foram realizadas algumas orientações sobre o processo da amamentação, dentre as quais envolveram informação sobre como promover a pega correta, como proceder quando o bebê não pega o peito, como adquirir o leite no banco de leite, como realizar a ordenha manual, quando o bebê está dormindo e durante a internação hospitalar.

O gráfico a seguir demonstra outras orientações realizadas sobre o puerpério.



*Foram respondidas mais de uma opção

Figura 21 – Orientações realizados sobre o período puerperal

Durante as visitas domiciliares no período puerperal, realizou-se um total de 156 orientações sobre o puerpério, das quais obteve maior índice os cuidados com a episiorrafia (22,43%), a prevenção do ingurgitamento mamário (21,79) e planejamento familiar (19,87%). Outros assuntos abordados foram: ordenha manual (11,53%), exercício para os mamilos (8,97%), curativo de cesárea (7,05%), e encaminhamento ao banco de leite (5,76%).

Reafirma-se que o objetivo da visita domiciliar dentro do projeto esta em orientar sobre os cuidados consigo, incentivar e orientar sobre o aleitamento materno e promover o planejamento familiar. A maioria das puérperas relatou dor na episiorrafia, com desconforto para sentar, dificultando a amamentação. Após o exame do local, foi constatado que a dor era proveniente de constipação intestinal causada pelo medo de evacuar. Duas puérperas tiveram

que ser encaminhadas à maternidade para avaliação médica, pois apresentavam deiscência na episiorrafia e loquiação fétida.

Observa-se que houve dúvidas em relação à alimentação do RN, pois, as dificuldades apontadas estavam diretamente ligadas a problemas/dúvidas com as mamas. Ressalta-se que todas essas dúvidas e/ou preocupações são inerentes, pois, para elas é uma experiência nova nunca vivida, sendo a amamentação um momento ímpar na vida de toda mulher. Destaca-se que todo esse problema/ dúvida apresentados por estas mães se não sanados podem interferir diretamente no ato da amamentação, pois, dificulta a pega pelo bebê, causando lesões e/ou traumas mamilares na mulher, além, de impedir uma ingestão adequada do leite pela a criança, gerando problemas de saúde para esta criança.

Constata-se também que um pouco mais da metade das mulheres estudadas demonstravam preocupação em relação à prevenção de uma nova gravidez, fato este, bastante pertinente neste momento. As orientações foram norteadas pela ética e direitos destas, sendo enfocados os recursos e métodos apropriados para o atual momento.

4.5.7 Orientações sobre o recém-nascido

Além das orientações realizadas sobre o período puerperal especificamente, constatou-se algumas abordagens em relação aos cuidados com o recém-nascido, como segue:

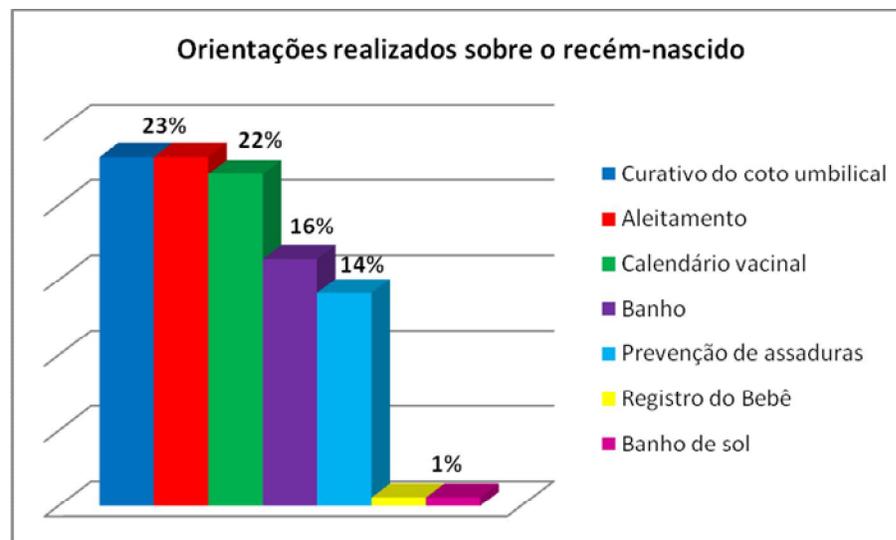


Figura 22 – Orientações realizados sobre o recém-nascido

A maioria das puérperas apresentava dificuldade nos cuidados com o recém-nascido. O curativo do coto umbilical (23%) foi a maior dúvida destas, sendo a maioria, realizado por outra pessoa da família (mãe, avó, irmã), pois a puérpera relatava que tinha medo em realizar o procedimento. Foi necessário demonstrar, para a maioria das mães, como fazer a limpeza do coto umbilical, pois foi verificado que apresentavam secreção ou higiene inadequada. No momento da orientação incluímos os familiares presentes para serem colaboradores no cuidado. Os cuidados com o coto umbilical visam evitar que o recém-nascido tenha tétano ou alguma infecção. As mães foram orientadas a não utilizar faixas, curativos ou substâncias que possam gerar contaminação da região, incluindo o risco de morte neonatal e septicemia (BRASIL, 2003).

Outras dúvidas foram apontadas como: aleitamento (23%); calendário vacinal (22%); banho do RN (16%); prevenção de assaduras (14%); registro do bebê e banho de sol (1 %).

Dentre as orientações a serem realizadas durante o pré-natal e puerpério temos o ressalve da importância do aleitamento materno e suas vantagens, alimentação da parturiente, as técnicas para o manejo do aleitamento e eventuais dificuldades, informações que estimulem a opção pelo parto normal, cuidados neonatais, ordenha do peito e exercícios mamilares, dentre outros assuntos. Os aspectos mais relevantes de cada puérpera também devem ser valorizados, assim como abordagens quanto ao planejamento familiar e a prevenção de doenças, como o câncer cérvico-uterino (BRASIL, 1998).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu traçar o perfil epidemiológico das puérperas e identificar a prevalência de algumas variáveis a partir dos formulários do Projeto Babymater que receberam a visita domiciliar no período de março a novembro de 2007.

Foi possível concluir que:

- 67% das puérperas eram adolescentes de cor branca (40%);
- 31% tinham formação escolar em nível do ensino fundamental incompleto e (38%) solteira;
- A maioria das mães (82%) afirmou ter realizado o pré-natal, cuja prevalência de consultas foi de (22%) entre as que realizaram 9 e 10 consultas. Tais indicadores refletem que os valores encontrados são compatíveis com as recomendações do Ministério da Saúde, o qual recomenda a realização de no mínimo 6 consultas durante os três trimestres gestacionais, e que os programas de saúde-materno infantil devem continuar reunindo esforços para a ampliação da cobertura de gestantes junto a assistência pré-natal e puerperal no país.
- Um percentual muito pequeno (13%) afirmou não ter realizado nenhuma consulta;
- Observou-se que quase todas as gestantes realizaram os exames preconizados pelo Ministério da Saúde, no pré-natal entre eles os mais evidenciados foram teste glicemia, com 12,20%, seguindo pelo Ht – Hb e VDRL, ambos com 11% e 60% cada; toxoplasmose, com 11,01%; e sorologia para HIV, com 10,71%;
- Um pouco mais da metade das mulheres (55%) receberam a vacina anti-tetânica;
- Em relação ao parto, a prevalência foi de (76%) para o parto normal, sendo que destes, (38%) foram induzidos, (2%) espontâneo e (53%) das puérperas tiveram a necessidade de realizar episiotomia durante o período expulsivo, sendo que a maioria destas relatou dor, desconforto para sentar, dificultando a amamentação;
- Somente (26%) realizaram parto cesárea;
- Quanto ao recém-nascido prevaleceu (55%) o sexo masculino, e somente (45%) do sexo feminino;

- O maior índice de apgar verificados nos 1º e 5º minutos de vida foi de 13% e 65% respectivamente com pontuação 10 em ambos os momentos, com boas condições na alta hospitalar (84%);
- 35% das puérperas apresentavam leite e (21%) apresentavam colostro;
- 29% das pesquisadas tinham as mamas túrgidas, 10% ingurgitadas, e 5% flácidas, 67% apresentaram mamilos protusos, poucas apresentaram traumas ou lesões;
- Das 78% que realizaram episiorrafia, nenhuma apresentou lacerações ou hematomas;
- A maioria dos RN (82%) consumia apenas o leite materno de forma exclusiva, o leite NAN e chá de camomila foram os escolhidos entre os alimentos artificiais introduzidos na dieta dos demais recém-nascidos;
- 69% realizavam a pega correta durante a amamentação;
- 156 orientações foram realizadas no período puerperal, com prevalência maior para os cuidados com a episiorrafia (22,43%), a prevenção do ingurgitamento mamário (21,79%) e planejamento familiar (19,87%);
- Das preocupações mais evidenciadas foi em relação à prevenção de uma nova gravidez, além de dificuldades nos cuidados com o recém-nascido, principalmente quanto ao curativo do coto umbilical (23%);

As orientações realizadas no puerpério, as quais são favorecidas pela visita domiciliar refletem real importância junto à assistência materno-infantil, podendo ser reafirmado que o seu objetivo colabora com esclarecimentos de dúvidas a partir da realidade de cada puérpera, incentivando o auto-cuidado e o cuidado com o neonato de forma satisfatória.

Por fim, vale considerar que o projeto Babymater surgiu como uma alternativa incomensuravelmente significativa para a assistência no puerpério, colaborando com as ações e políticas de saúde propostas para a melhoria da qualidade de vida e desenvolvimento do recém-nascido, bem como dos cuidados maternos.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, A. C. F. V. MARTON, E. S. Perfil das puérperas e recém-nascidos atendidos no Centro de Assistência e Educação em Enfermagem na Universidade Federal de São Paulo. **Acta Paul. Enfermagem**. v. 14 n. 2. 2001.

ALMEIDA, N. A. M. et al. **Promoção de saúde à mulher e à família no período puerperal**, 2005. Disponível em: <<http://www.bvms.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 dez. 2007.

AQUINO, M. M. A. de. **Gestação - Pré-natal, atividades físicas e alimentação e ganho de peso**, 2007. Disponível em: <<http://www.saudetotal.com>>. Acesso em: 10 dez. 2007.

ARAÚJO, C. SILVA, A. L. Grávidas e puérperas de Francisco Morato: reflexos da integralidade e da regionalização. **Aprimoramento em Saúde Coletiva - Biênio 2003/2004**. Artigo de conclusão do curso. 2004.

BECK, D. et al. **Cuidados ao recém-nascido**. Save the Children Federation, 2004.

BENTO, P. A. S. SANTOS, R. S. **Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão** Esc. Anna Nery v.10 n.3 Rio de Janeiro dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 09 dez. 2008.

BRASIL. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos** / equipe de colaboração: Martha Ligia Fajardo et al. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 62p.

_____. Ministério da saúde. **Manual técnico pré- natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada** 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 dez. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Sis pré-natal / PHPN**. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2007. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 10 dez. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília: MS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno**. 2ª ed. revisada. Brasília: 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da

Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. - 2. ed., 1.a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

COELHO, E. B. S. et al. **Pré-protocolo de atenção domiciliar**. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Desenvolvimento Institucional. Florianópolis. 2006.

COSTA, A. M. N. A. **Estudo epidemiológico dos nascidos vivos pequenos para a idade gestacional (PIG) no bairro Cidade Dr. José Euclides de Sobral nos anos de 2003 e 2004**. Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Escola de Formação em Saúde da Família – EFSFVS. Curso de especialização com caráter de residência em Saúde da Família. Sobral: Ceará. 2005.

GIUGLIANI, E. R. J. **Problemas comuns na lactação e seu manejo**, 2004. Disponível em: <<http://www.portaldeginecologia.com.br>>. Acesso em: 10 dez. 2007.

INABA, P. A. et al. **O parto humanizado sob a percepção da enfermeira obstetra: revisão bibliográfica**. Monografia. Lorena –SP: Faculdades Integradas Teresa D’Ávila. 2006.

MEDEIROS, D. S. et al. **O cuidado de enfermagem recebido pela puérpera no domicílio, 2006**. Disponível em: <<http://www.sbpnet.org.br/livro/58ra/JNIC/RESUMOS/resumo-2829.html>>. Acesso em: 10 dez. 2007

MILANEZ, F. M. **Fatores de Risco para o Nascimento Prematuro no HU-UFSC em 2004**. Universidade Federal de São Carlos. 2005.

RODRIGUES, D. P. et al. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto contexto enferm.** vol.15 n.2. Florianópolis. 2006.

SANTOS, A. et al. **Protocolo de atenção à saúde da mulher**. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Atenção à Saúde: Florianópolis. 2006.

SERRUYA, S. J. A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil. **Campinas**. SP. [s.n.]. 2003.

SOUZA, C. R. de. **A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar**, 2004. Disponível em: <<http://www.proec.ufg.br>>. Acesso em: 10 dez. 2007

ZAGONELI, I. P. S. et al. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 10 dez. 2007.

ANEXOS

ANEXO A – Formulário de Visita Domiciliar

Seção 1 - Identificação da Puérpera		
01. Nome:		
Endereço:		Telefone:
Profissão:		Idade:
02. Cor	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Parda
	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Indígena
	<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Outra
03. Escolaridade	<input type="checkbox"/> EF Incompleto	<input type="checkbox"/> EM Completo
	<input type="checkbox"/> EF Completo	<input type="checkbox"/> Sup Incompleto
	<input type="checkbox"/> EM Incompleto	<input type="checkbox"/> Sup Incompleto
04. Condição Marital	<input type="checkbox"/> Vive só	<input type="checkbox"/> Vive com o companheiro (não casada)
	<input type="checkbox"/> Vive com a família	<input type="checkbox"/> Abandono do companheiro durante a gestação
	<input type="checkbox"/> Vive com o companheiro (casada)	<input type="checkbox"/> Ignorado
05. Pré-Natal		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
06. N de consultas no pré- natal:		
07. Verificar carteira do Pré-Natal e descrever os exames realizados, vacina antitetânica e as alterações encontradas.		
08. Tipo de Parto	Data:	<input type="checkbox"/> idade gestacional
	<input type="checkbox"/> Induzido	<input type="checkbox"/> Espontâneo
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Cesárea
	<input type="checkbox"/> Fórceps	Episiotomia <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Seção 02 EXAME FÍSICO DA PUÉRPERA		
01. Mamas	<input type="checkbox"/> flácidas	<input type="checkbox"/> presença de colostro
	<input type="checkbox"/> ingurgitadas	<input type="checkbox"/> presença de leite
02. Mamilos	<input type="checkbox"/> protusos	<input type="checkbox"/> planos
	<input type="checkbox"/> pequenos	<input type="checkbox"/> invertidos
	<input type="checkbox"/> trauma	<input type="checkbox"/> lesão
03. Períneo	<input type="checkbox"/> episiorrafia	<input type="checkbox"/> edema
	<input type="checkbox"/> íntegro	<input type="checkbox"/> hiperemia
	<input type="checkbox"/> laceração	<input type="checkbox"/> hematoma

Seção 3 - Identificação do Recém-Nascido	
01. Sexo	Masculino () Feminino ()
02. Peso ao nascer	Kg
03. Apgar	() 1° min () 5° min
04. Estatura	cm
05. Condições de alta	() boa () regular () ignorado
06. Peso no momento da alta hospitalar	Kg
06. Alimentação	Leite materno () Misto () Artificial () Anotar tipo de leite e quantidade oferecida <hr/> Aquisição do leite:
07. Amamentação	() pega correta () pega incorreta Orientação :

16. Consulta na UBS: _____ / _____ / _____
17. Orientações realizadas sobre puerpério <input type="checkbox"/> prevenção do ingurgitamento mamário <input type="checkbox"/> realização da ordenha manual <input type="checkbox"/> exercícios para os mamilos <input type="checkbox"/> encaminhamento ao Banco de Leite <input type="checkbox"/> cuidados com a episiorrafia <input type="checkbox"/> curativo da cesárea <input type="checkbox"/> planejamento familiar <input type="checkbox"/> Outras (descrever)
17. Orientações realizadas sobre o recém-nascido <input type="checkbox"/> banho <input type="checkbox"/> curativo do coto umbilical <input type="checkbox"/> prevenção de assaduras <input type="checkbox"/> aleitamento <input type="checkbox"/> calendário vacinal <input type="checkbox"/> Outras (descrever)

ANEXO B – Ficha de Cadastramento Social**PROJETO: BABYMATER – Humanizando a assistência à mãe e ao recém-nascido****I – IDENTIFICAÇÃO DA USUÁRIA**

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: Bauru – UF: SP

II – SITUAÇÃO ECONÔMICA DA FAMÍLIA 0 – 1 SM 5 – 9 SM 1 – 3 SM + 9 SM 3 – 5 SM**III – PRIMEIRO FILHO?** sim não**IV – PARTO** vaginal cesárea**V – DATA DA ALTA HOSPITALAR:** ____ / ____ / ____.

Esta usuária preenche os quesitos necessários para ser incluída no **Projeto BABYMATER – Humanizando a assistência à mãe e ao recém-nascido**, estando de acordo em receber visita domiciliar, conforme Termo de Consentimento assinado em anexo.

Bauru, ____ de _____ de 200 .

Serviço Social – Maternidade Santa Isabel

Responsável:

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (RES. CONEP 196/96)**BABYMATER: Humanizando a assistência à mãe e ao recém-nascido**

Associação Hospitalar de Bauru

Endereço: Rua Monsenhor Claro, nº 8-88

Centro – Bauru – SP – CEP 17.015-360

Telefone: (14) 3104-3535

Pesquisador responsável: Iara Joaquina de Souza Mattos – COREN 121.751

Local em que será desenvolvida a pesquisa: Maternidade Santa Isabel

Atenta às necessidades dos usuários do SUS e conhecedora dos Programas de Atenção à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, a Associação Hospitalar de Bauru, mantenedora da Maternidade Santa Isabel, vê a necessidade de se mobilizar de forma efetiva no atendimento às puérperas e seus recém-nascidos na primeira semana após a alta hospitalar de forma a contemplar à saúde e a qualidade de vida.

O presente projeto tem como objetivo orientar sobre os cuidados consigo mesma e com o recém-nascido; incentivar o aleitamento materno; promover o planejamento familiar; orientar sobre o Programa Nacional de Imunização; bem como a importância da assistência nas Unidades Básicas de Saúde. A visita ocorrerá na primeira semana após a alta hospitalar e será realizada por um enfermeiro docente de uma das escolas participantes (USC, UNIP e FENIX) juntamente com os alunos de graduação de enfermagem, onde será aplicado um formulário contendo a identificação da puérpera, exame físico da mãe e recém-nascido, bem como orientações de cuidados preventivos à saúde.

Eu,.....RG.....abaixo assinado, aceito participar, como voluntária, no estudo acima citado, desenvolvido pelas entidades Associação Hospitalar de Bauru, que hora representa a Maternidade Santa Isabel, Universidade Sagrado Coração (USC), Universidade Paulista (UNIP), Faculdade Fênix.

Eu entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial. Eu também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará meu tratamento hospitalar ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicada.

Eu certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei em participar deste estudo.

Bauru, ____ de _____ de 200 .

Assinatura do participante ou seu responsável

Eu certifico que expliquei ao Sr (a)....., acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei a assinatura acima.

Assinatura do responsável: _____

Data: _____ de _____ de 200 .