

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO
VIVÊNCIAS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA GESTAÇÃO AO
PUERPÉRIO**

**AMANDA GONÇALVES PEREIRA
MARIA EDUARDA NETO SANTOS
WEMERSON RAFAEL ROMÃO**

**LAVRAS-MG
2019**

**AMANDA GONÇALVES PEREIRA
MARIA EDUARDA NETO SANTOS
WEMERSON RAFAEL ROMÃO**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO
VIVÊNCIAS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA GESTAÇÃO AO
PUERPÉRIO**

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, curso de graduação em Enfermagem.

ORIENTADORA

Prof^ª. Me. Karla Lauriane Coutinho

PRESIDENTE DE BANCA

Prof^ª. Estefânia Aparecida de Carvalho Pádua

**LAVRAS-MG
2019**

Ficha Catalográfica preparada pela Seção de Processamento Técnico da
Biblioteca Central do Unilavras

V857 Vivências da assistência de enfermagem da gestação ao
puerpério / Amanda Gonçalves Pereira [et al.];
orientação de Karla Lauriane Coutinho. -- Lavras: Unilavras,
2019.
70 f. ; il.

Portfólio apresentado ao Unilavras como parte das
exigências do curso de graduação em Enfermagem.

1. Gestação. 2. Amamentação. 3. Placenta prévia. 4.
Acretismo. I. Santos, Maria Eduarda Neto. II. Romão,
Wemerson Rafael. III. Coutinho, Karla Lauriane. (Orient.).
IV. Título.

Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS

Portfólio intitulado “**Vivências da assistência de enfermagem da gestação ao puerpério**”, de autoria dos graduandos Amanda Gonçalves Pereira, Maria Eduarda Neto Santos, Wemerson Rafael Romão, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes profissionais.

Karla Lauriane Coutinho

Prof^a. Me. Karla Lauriane Coutinho – UNILAVRAS (orientadora)

Estefânia

Prof^a. Estefânia Aparecida de Carvalho Pádua – UNILAVRAS (presidente da banca)

DEDICATÓRIAS

Dedico esse Portfólio a Deus, a minha família, ao meu namorado e aos meus Mestres.

AMANDA GONÇALVES PEREIRA

Dedico esse Portfólio primeiramente a Deus, pois sem os braços dele para sustentar-me não teria chegado até aqui. Aos meus avós, José Machado e Maria Cândida, por todo ensinamento e amor. A minha mãe, Marilene pois, mesmo acompanhando minha luta de longe sempre torceu por mim. Ao meu namorado, pelo companheirismo e amor.

MARIA EDUARDA NETO SANTOS

Dedico este Portfólio, primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida e autor do meu destino. Ao meu pai que está olhando por mim de onde estiver, a minha mãe por me encorajar em todos os momentos do meu curso e aos meus irmãos pelo apoio e incentivo.

WEMERSON RAFAEL ROMÃO

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me amparado durante toda a minha trajetória, me dando sabedoria e discernimento para seguir meu caminho da melhor maneira possível sem desistir.

Aos meus pais que sempre me incentivaram e fizeram o possível e o impossível para que eu conseguisse realizar os meus sonhos.

Aos professores e toda a equipe do Centro Universitário de Lavras, que não medem esforços para verem os alunos apreendendo e crescendo, vocês abrilhantaram essa minha jornada e me fizeram uma pessoa melhor.

Aos colegas de sala pelo apoio e companheirismo.

E a todos aqueles que de alguma forma fizeram parte dessa minha trajetória.

AMANDA GONÇALVES PEREIRA

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, pela sua bondade infinita, seu amor sem limites, sem Ele eu nada sou e não teria chegado até onde cheguei.

Agradeço aos meus queridos e amados avós, José Machado e Maria Cândida, meus motivadores, sem a ajuda deles não seria possível concluir esse sonho de ser enfermeira, foram eles que estenderam as mãos nos momentos que eu mais precisei. Obrigada por cada incentivo e orientação, pelas orações em meu favor, pela preocupação para que estivesse sempre andando pelo caminho certo.

Aos meus pais, mesmo de longe sei que torceram pela minha vitória. Aos meus tios, Eduardo e Elder, que sempre estiveram presentes. Ao meu namorado, por todo amor, carinho, paciência e compreensão que tem me dedicado.

A professora Karla Coutinho, que com muita paciência, sabedoria e atenção, foi uma excelente mestra fazendo despertar o amor pela enfermagem obstétrica, a zelar sempre por uma assistência humanizada e uma escuta qualificada e também dedicou seu valioso tempo para me orientar em cada passo deste trabalho.

MARIA EDUARDA NETO SANTOS

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais que sempre me apoiaram, principalmente minha mãe, Joana Darc Romão, por todo carinho e compreensão.

Aos meus irmãos e familiares que sempre estiveram ao meu lado e aos meus amigos e colegas da universidade que torceram por mim, me ajudaram e que sempre estiveram presentes nos momentos difíceis.

Aos professores, que desempenharam com dedicação sempre dispostos em ajudar e contribuir para um melhor aprendizado.

À orientadora Prof.^a Karla Lauriane Coutinho por gentilmente ter me ajudado e guiado no decorrer deste trabalho, dando todo o suporte necessário.

Por fim, agradeço também ao Centro Universitário de Lavras pela chance e por todas as ferramentas que me permitiram chegar hoje ao final deste ciclo de maneira satisfatória.

WEMERSON RAFAEL ROMÃO

“Não fui eu que lhe ordenei? Seja forte e corajoso! Não se apavore, nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar.” (Josué 1:9)

MARIA EDUARDA NETO SANTOS

*Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és.
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.
(Fernando Pessoa)*

WEMERSON RAFAEL ROMÃO

LISTA DE FIGURAS

Imagem 1: Caderneta da Gestante	16
Imagem 2: O pré-natal	17
Imagem 3: Vacinas preconizadas na gestação	19
Imagem 4: A importância do monitoramento pressórico na gestação.	21
Imagem 5: Esclarecimento em relação a via de parto.....	23
Imagem 6: Busca ativa das gestantes faltosas.	24
Imagem 7: Grupo de gestantes.	25
Imagem 8: Inserção fisiológica da placenta e placenta prévia.	28
Imagem 9: Tipos de placenta prévia: central (A), parcial (B), marginal (C) e baixa (D).	29
Imagem 10: Anomalias da inserção da placenta: acreta, increta e percreta.	30
Imagem 11: Placenta percreta.	31
Imagem 12: Instrumental cirúrgico.	32
Imagem 13: Útero após cirurgia de histerectomia total	34
Imagem 14: Assistência de enfermagem.	34
Imagem 15: Vantagens do leite materno.....	38
Imagem 16: O aleitamento na primeira hora após o parto “Golden Hour”.....	39
Imagem 17: Fisiologia da lactação.	41
Imagem 18: Posição tradicional da amamentação, e os sinais da pega correta da bebê no seio materno.....	43
Imagem 19: Variedades na posição do aleitamento materno, posição invertida.....	44
Imagem 20: Variedades na posição do aleitamento materno, posição de cavalo.	44
Imagem 21: Amamentação na gemelaridade.....	47
Imagem 22: Mamas com ingurgitamento mamário, uma das principais intercorrências mamárias.....	49
Imagem 23: Mama com mastite.	51
Imagem 24: Mamilo com fissura.....	53
Imagem 25: Ordenha manual.....	55
Imagem 26: Importância da enfermagem na promoção do aleitamento materno	57
Imagem 27: Importância do apoio familiar na promoção do aleitamento materno.	59

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AB	Atenção básica
BCF	Batimentos cardíacos fetais
DPP	Descolamento prematuro da placenta
HPP	Hemorragia pós-parto
HPP	Histerectomia pós-parto
OCI	Orifício cervical interno
OI	Orifício interno
PNAR	Pré-natal de alto risco
PP	Placenta prévia
RN	Recém-nascido
RNM	Ressonância magnética
US	Exame ultrassonográfico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	DESENVOLVIMENTO.....	15
2.1	DESENVOLVIMENTO DE AMANDA GONÇALVES PEREIRA, ANALISE DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ NATAL.....	15
2.1.1	Caderneta da Gestante	16
2.1.2	Pré Natal.....	17
2.1.3	Vacinas preconizadas na gestação	19
2.1.4	A importância do monitoramento pressórico na gestação	21
2.1.5	Esclarecimento em relação a via de parto.....	23
2.1.6	Busca ativa das gestantes faltosas.....	24
2.1.7	Grupo de gestante	25
2.2	DESENVOLVIMENTO DE WEMERSON RAFAEL ROMÃO, SÍNDROMES HEMORRÁGICAS	27
2.2.1	Placenta prévia.....	28
2.2.2	Histerectomia obstétrica	32
2.2.3	Assistência da enfermagem na hemorragia obstétrica.....	34
2.3	DESENVOLVIMENTO DE MARIA EDUARDA NETO SANTOS, A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NA VIDA DA CRIANÇA E DA MÃE E A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO	36
2.3.1	Vantagens do leite materno.....	38
2.3.2	Aleitamento na primeira hora após o parto.....	39
2.3.3	A fisiologia da lactação	41
2.3.4	Posição tradicional da amamentação, e os sinais da pega correta da bebê no seio materno.....	43
2.3.5	Variedades na posição do aleitamento materno, posição invertida.....	44
2.3.6	Variedades na posição do aleitamento materno, posição de cavalinho	44
2.3.7	Amamentação na gemelaridade.....	47

2.3.8	Mamas com ingurgitamento mamário.....	49
2.3.9	Mama com mastite	51
2.3.10	Mamilo com fissura.....	53
2.3.11	Ordenha manual.....	55
2.3.12	Importância da enfermagem na promoção do aleitamento materno	57
2.3.13	Importância do apoio familiar na promoção do aleitamento materno	59
3	AUTO-AVALIAÇÃO	61
4	CONCLUSÃO	63
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
	ANEXOS.....	70

1 INTRODUÇÃO

Nossa caminhada no curso de Enfermagem no Centro Universitário de Lavras teve seu início no ano de 2015 e desde então estamos trilhando o caminho da Enfermagem buscando cada dia mais conhecimento e veiculando nosso aprendizado teórico com as vivências práticas, e através do nosso Trabalho de Conclusão de curso tivemos a oportunidade de mais uma vez colocar em prática o que foi apreendido na teoria durante nossos anos de graduação. E por meio deste trabalho, nós graduandos do nono e décimo período de enfermagem retrataremos nossas vivências em portfólios acadêmicos.

São três vivências de três alunos, orientados pela professora Karla Coutinho. E em comum acordo optamos realizar a experiência com enfoque na Saúde da Mulher, escolhendo alguns temas a serem abordados como a Atuação do Enfermeiro na Atenção Básica em relação o pré-natal que será explicado pela aluna Amanda Gonçalves Pereira; A importância do pré-natal para prevenção de complicações tanto na gestação, quanto na hora do parto, principalmente em gestantes estratificadas como alto risco e/ou com fatores de risco evidentes que será esclarecido pelo aluno Wemerson Rafael Romão e a Influência da enfermagem na prática da promoção do aleitamento materno no puerpério que será explanado pela aluna Maria Eduarda Neto Santos.

Escolhemos alguns campos para efetivação do nosso trabalho, como em Unidades de Estratégia de Saúde da Família para retratar o pré-natal de baixo- risco; a Instituição Hospitalar que mostra o parto em gestantes de alto risco em especial a placenta prévia e o domicílio da puérpera para abordagem da promoção do aleitamento materno e prevenção das principais intercorrências mamárias.

Todas as vivências são retratadas por meio de imagens obtidas durante a experiência, sendo correlacionadas com as disciplinas estudadas e interligadas com argumentados científicos e manuais preconizados pelo Ministério da Saúde.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 DESENVOLVIMENTO DE AMANDA GONÇALVES PEREIRA, ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ NATAL

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1986), com a Carta de Ottawa foi afirmado a importância da promoção à saúde, em relação aos aspectos sociais sobre a saúde da população. Sua principal característica era capacitar a sociedade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde.

A Promoção à Saúde teve seu início por volta dos anos 70 e desde então tornou-se um marco na Saúde pública e é um modelo de ação em saúde (PADILHA et al, 2018). De acordo com Lemos (2016) foi através da Promoção à Saúde que surgiu a Educação em Saúde e a Educação Continuada, que são um dos pilares para a Atenção Básica em Saúde Pública.

Segundo a definição dada pelo Ministério da Saúde (MS), “Educação em Saúde é o conjunto de todas as ações e atividades desenvolvidas no domínio do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2007, p.4). Tais atividades e ações desempenham papel importante relacionando a transmissão de informações com o uso de estratégias para conscientizar um público alvo em relação a alguma problemática de saúde (MOTA et al., 2014).

Junto com os termos Educação em Saúde e Promoção a Saúde começou a ser discutido o atendimento integral, definido como ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, que busca ter uma visão holística do paciente dentro da Atenção Básica (AB) (SILVA et al., 2017).

As ações de educação em saúde às gestantes, no âmbito da AB, podem ser desenvolvidas por meio de grupos ou de forma individualizada, até mesmo na consulta de pré-natal. De acordo com o MS e com respaldo da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem a consulta de pré-natal de baixo risco pode e deve ser realizada pelo enfermeiro (RAGAGNIN et al., 2017).

Entretanto no campo de estágio onde a vivência para o portfólio foi desenvolvida, o pré-natal era realizado somente pelo médico da instituição. Sendo

assim, cabia a enfermagem realizar a triagem das gestantes, desenvolver com as mesmas ações de educação em saúde, realizar a busca ativa de faltosas e atentar-se ao calendário vacinal.

2.1.1 Caderneta da Gestante

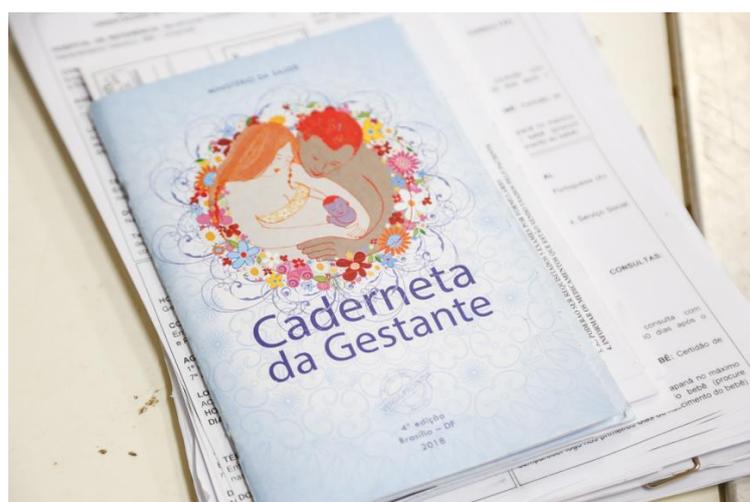


Imagem 1: Caderneta da Gestante
Fonte: Autor (2019)

Assim que a gestante inicia seu acompanhamento pré-natal na instituição, ela recebe a caderneta da gestante ou como é conhecido, o cartão de pré-natal. Neste consta as principais informações sobre o decorrer da gestação, assim como do desenvolvimento do feto. A caderneta é considerada um documento completo onde consta tudo sobre a gestação, desde exames à vacinas realizadas.

Essa imagem tem correlação com as disciplinas de Saúde da Mulher, Atenção Básica a Saúde da mulher e Saúde Coletiva I e II.

De acordo com Gonzalez e Cesar (2019) em 1988 foi criado o primeiro “documento” da gestante, que era denominado de Cartão da Gestante, onde havia informações sobre características maternas, histórico obstétrico e registros de alguns exames laboratoriais e de imagem. Em 2015 foi criado a Caderneta da Gestante, um documento rico em informações sobre uma gravidez mais saudável, o desenvolvimento do bebê e os direitos da gestante.

Todos os exames solicitados durante o pré-natal, diagnósticos, orientações, prescrições e até mesmo o reagendamento da próxima consulta, devem ser transcritos para o Caderneta da Gestante, assim como o exame físico e obstétrico realizados nas consultas (BRASIL, 2013).

Independente se o acompanhamento gestacional for realizado na rede privada ou pública o preenchimento efetivo da caderneta da gestante deve ser realizado. A Resolução Normativa nº 398 de 2016 afirma que é obrigatório o preenchimento do cartão com todos os registros durante o pré-natal e ressalta que esse é o documento da gestante (Brasil, 2016a).

Quando o profissional de saúde deixa de registrar os dados na Caderneta durante o pré-natal, pode haver uma falha na comunicação e até mesmo comprometer a continuidade do cuidado à gestante. É de suma importância que todas as consultas, procedimentos, exames realizados sejam anotados de maneira clara, para que todo o profissional que tiver contato com o documento consiga esclarecer suas dúvidas e dar continuidade no atendimento (LIMA, 2018).

2.1.2 Pré Natal



Imagem 2: O pré-natal
Fonte: Autor (2019)

No campo de estágio quem realizava o pré-natal das gestantes era o médico da ESF, o enfermeiro realizava a triagem, anotava as queixas e alguma novidade relatada pela gestante. Porém de acordo com a Lei do exercício profissional o Enfermeiro pode realizá-lo na sua integralidade e/ou em consultas intercaladas com o médico.

Essa imagem relaciona com as disciplinas Saúde Pública I e II, Saúde da Mulher e Atenção Básica a Saúde da Mulher.

O ciclo gestacional deve ser acompanhado nas suas três fases: gravidez, parto e puerpério. O acompanhamento do pré-natal no Brasil tem o intuito de assegurar o desenvolvimento gestacional, favorecendo assim um nascimento mais saudável diminuindo a chance de impactos negativos para a saúde materna e fetal, com uma abordagem psicossocial, atividade educativas e preventivas (BRASIL, 2012).

O pré-natal de uma gestação cujo seu risco é habitual é realizado na Atenção Básica a Saúde. Sendo assim essas gestantes são atendidas nas ESF por uma equipe de multiprofissionais que contribuem para um desfecho materno e perinatais favoráveis e assistido mais de perto (DOMINGUES et al., 2012).

De acordo com o MS, Portaria nº 650 de 2011 foi instituído no Brasil o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) preconizando diversos critérios para um melhor atendimento durante o acompanhamento gestacional, visando um cuidado de qualidade e integral, diminuindo os possíveis riscos à mãe e ao filho.

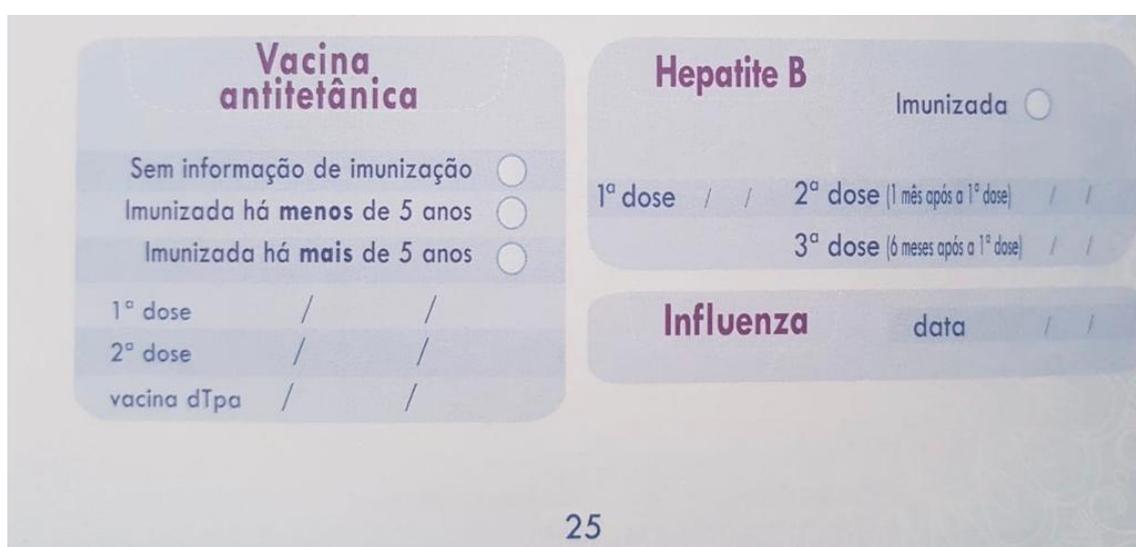
Observa-se no Brasil uma crescente cobertura na assistência ao pré-natal, de 1994 a 2011 houve uma considerável intensificação com a implantação da Rede Cegonha e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, alcançando 97% dos valores em mulheres de diferentes características demográficas, contextos socioeconômicos e reprodutivas, por ampliar o acesso a atenção primária a saúde (ROSA, 2014).

Entretanto, mesmo com todos esses avanços a adequação assistencial é baixa, 43% das gestantes iniciam o pré-natal após a 16ª semana de gestação,

fazendo com que não alcance o número mínimo de consultas, seis, prevista para o acompanhamento gestacional (RAMOS, 2018).

Tais irregularidades denotam um sério problema de saúde pública e requer intervenções eficazes, sabendo que o estado de saúde da mãe está vinculado diretamente com a saúde do bebê que ainda está em formação. (ANDERSON; HAY, 2017)

2.1.3 Vacinas preconizadas na gestação



Vacina antitetânica		
Sem informação de imunização	<input type="radio"/>	
Imunizada há menos de 5 anos	<input type="radio"/>	
Imunizada há mais de 5 anos	<input type="radio"/>	
1ª dose	/	/
2ª dose	/	/
vacina dTpa	/	/

Hepatite B		
Imunizada <input type="radio"/>		
1ª dose	/ /	2ª dose (1 mês após a 1ª dose) / /
		3ª dose (6 meses após a 1ª dose) / /

Influenza		
data	/	/

25

Imagem 3: Vacinas preconizadas na gestação
Fonte: Autor (2019)

Esta imagem foi registrada da Caderneta da Gestante, onde fica o calendário vacinal preconizado na gestação, essas vacinas são realizadas na própria instituição, e cabe ao enfermeiro conscientizar a mulher em relação a importância da imunização tanto pra ela quando para o bebê.

E a mesma está relacionada com as disciplinas Saúde da Mulher, Atenção Básica a Saúde da Mulher, Saúde Coletiva I e II e Epidemiologia.

De acordo com Louzeiro (2014) as vacinas administradas durante a gestação protegem tanto a mãe quanto o recém-nascido, pelo transporte transplacentário dos anticorpos e também pela amamentação, o que é fundamental para a proteção do recém-nascido nos primeiros meses de vida, onde há uma maior vulnerabilidade à infecções e patógenos.

O MS juntamente com o Programa Nacional de Imunizações (PNI) recomenda que sejam realizadas quatro vacinas durante o período gestacional: a dupla adulto (difteria e tétano - dT); difteria, tétano e coqueluche (dTpa); a Hepatite B e influenza (BRASIL, 2014).

Atualmente, cerca de 180 mil recém-nascidos morrem de tétano a cada ano no sul da Ásia e África. Porém essa realidade não se enquadra na real situação brasileira, mas na década de 70 o tétano neonatal era um gravíssimo problema na saúde brasileira, atingindo principalmente zona rural e periferias. (MURAHOVSKI, 2008). De acordo com Mattos (2008) só foi possível mudar esse cenário nacional devido a imunização pela vacina, já que a imunidade não é naturalmente adquirida. A imunização contra a difteria e tétano é realizada em duas doses, com o intervalo de 60 dias entre elas (BRASIL, 2014).

A dTpa (tríplice bacteriana acelular do adulto) entrou para o calendário vacinal da gestante devido a contaminação de recém-nascidos com a bactéria, que tem alta taxa de letalidade nos primeiros meses de vida. A idade gestacional recomendada para a imunização desta vacina é acima de 20 semanas (FEBRASGO, 2015).

A vacina contra a hepatite B pode ser administrada em gestante que apresentaram sorologia negativa para Antígeno de Superfície da Hepatite B (HBsAg) e para o anticorpo Anti-HBs que é marcador de imunização. O vírus da Hepatite B (HBV) pode causar a doença hepática crônica nos recém-nascidos de mães contaminadas (PACHECO, 2011).

Já a vacina monovalente contra a cepa pandêmica a (H1N1) foi oferecida no Brasil, a partir de abril de 2010, para todas as gestantes gratuitamente na rede pública, independentemente do período da gestação. Essa medida foi baseada em dados epidemiológicos obtidos durante a pandemia de 2009. As gestantes representaram grupo de elevada morbidade e letalidade no nosso país, com 189 óbitos confirmados pelo vírus pandêmico em gestantes no ano de 2009 (BRASIL, 2010).

2.1.4 A importância do monitoramento pressórico na gestação



Imagem 4: A importância do monitoramento pressórico na gestação.
Fonte: Autor (2019).

Essa imagem foi registrada com uma gestante que estava no segundo semestre da gestação, e sua pressão arterial no momento da triagem estava sem alterações. Porém na sua história obstétrica consta alterações dos níveis pressóricos em gestação anterior e segundo relato da gestante o diagnóstico foi pré-eclâmpsia. Sendo assim sua gestação atual é considerada de risco, e o acompanhamento gestacional é feito tanto na atenção primária quanto na secundária. Diante do histórico da gestante a atenção no acompanhamento pré-natal é redobrada quanto aos valores pressóricos durante o momento da triagem.

A mesma está relacionada com as disciplinas Saúde Coletiva I e II, Saúde da Mulher e Atenção Básica a Saúde da Mulher.

Há um tipo de hipertensão que é induzida pela gestação, esta é classificada genericamente como síndromes hipertensivas da gestação, que inclui hipertensão

gestacional quando a elevação da pressão sanguínea for após 20 semanas de gestação, tiver ausência de alterações sistêmicas e após o nascimento os valores pressóricos retomam à normalidade. (REZENDE, 2017)

Ainda de acordo com Rezende (2017) hipertensão na gravidez é classificada em apenas 4 categorias: 1 - pré-eclâmpsia, hipertensão que ocorre após a 20ª semana, acompanhada por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas. Associados ou não com proteinúria; 2 - hipertensão crônica (de qualquer causa), é aquela que antecede a gravidez; 3 - hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superajuntada, surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal; e 4 - hipertensão gestacional, é a elevação da pressão sanguínea após 20 semanas de gestação, na ausência de proteinúria ou das alterações sistêmicas. Transitória=> PA normaliza até 12 semanas após o parto e Crônica=> persiste além de 12 semanas.

Segundo Rodrigues (2018) atualmente no Brasil as Síndromes Hipertensivas na Gestação merecem destaque em termos de saúde pública, pois são principais causas de mortalidade materna no país, seguido das hemorragias. Frequentemente é um dos principais temas abordados com as gestantes em educações em saúde, devido ao alto índice de gestantes que em algum momento da gestação apresentaram uma elevação na pressão arterial. Esclarecer as gestantes em relação ao assunto é fundamental.

2.1.5 Esclarecimento em relação a via de parto



Imagem 5: Esclarecimento em relação a via de parto
Fonte: Autor (2019).

Essa imagem retrata a dúvida da gestante em relação a via de parto. As dúvidas são: em relação ao direito de escolha sobre a via de parto, pois muitas das vezes a gestante ouve dizer que é necessário que seja uma cesariana; dúvidas se parto normal pode prejudicar o neném e até quantas semanas pode esperar caso não inicie o processo de trabalho de parto.

A mesma está relacionada com as disciplinas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Atenção Básica a Saúde da Criança.

O nascimento é considerado um evento natural, criando significados diferentes em várias culturas e contextos sociais, significados tais que podem influenciar na hora da tomada de decisão em relação a via do parto. Ao longo dos anos a assistência ao parto sofreu inúmeras mudanças, o parto fisiológico foi perdendo seu espaço para o uso/abuso de medicações e intervenções que na sua grande maioria são desnecessárias. (PIMENTEL, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008) o número de cesarianas cresceu muito de 1996 até 2008, elevando-se de 40,2% para 50%. Atualmente o Brasil é um dos países com a maior taxa de cesariana no mundo. Entre todos os partos realizados no país, a porcentagem de cesarianas foi de 57% em 2014; com uma discreta melhora em 2015, chegando a 55% (GRISOLI, 2018).

Em relação à assistência às gestantes no Brasil, em 2011 foi criada a Rede Cegonha. Trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde que objetiva estabelecer uma rede de cuidados para garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e também assegurar às crianças o direito a um nascimento seguro (SOUZA, 2018).

Nascimento (2015) afirma que é direito da mulher poder escolher sua via de parto, tanto a cirurgia cesariana quanto o parto normal, desde que ela seja informada sobre os riscos e benefícios de ambas vias, tanto para a saúde da própria mulher, quanto para a do bebê., Sendo assim a mulher deve ser, ainda no pré-natal, informada pelos profissionais de saúde sobre suas opções, direitos e deveres, por meio de informações claras e completas a respeito dos cuidados e tratamentos.

2.1.6 Busca ativa das gestantes faltosas



Imagem 6: Busca ativa das gestantes faltosas.
Fonte: Autor (2019).

Essa imagem foi registrada na casa de uma gestante com 4 meses de gestação que não comparecia na instituição para seu acompanhamento de pré-natal. Nesses casos é necessário que um profissional de saúde entre em contato com essas pacientes e explique a importância do acompanhamento para uma gestação mais saudável e conseqüentemente um parto mais tranquilo e seguro.

Essa imagem está relacionada com as disciplinas de Saúde da Mulher, Atenção Básica da Saúde da Mulher e Saúde coletiva I e II.

De acordo com as citações das imagens anteriores a ESF foi implantada para abranger a qualidade da Atenção Básica à Saúde. É imprescindível que as gestantes façam todo o seu acompanhamento nas instituições, pois é uma forma de ser assistida integralmente acolhendo melhor suas necessidades.

Carli (2014) afirma que a visita domiciliar é uma das ferramentas usadas pelas equipes da ESF de fundamental importância para a continuidade do cuidado à saúde, pois proporciona o acesso da equipe de saúde ao espaço familiar realizando a busca ativa e também compreendendo o contexto psicossocial que a(o) usuária está inserida.

Atualmente a proteção, a promoção e o suporte ao pré-natal é uma prioridade em relação à saúde da mulher gestante. O enfermeiro, o médico, assim como todos os membros da equipe multidisciplinar, tem o dever de veicular informações sobre a importância do acompanhamento da gestante. (ANDREUCCI, 2011).

2.1.7 Grupo de gestante



Imagem 7: Grupo de gestantes.
Fonte: Autor (2019).

Essa imagem foi registrada durante um dia de educação em saúde por meio do “Grupo de Gestantes” realizado no campo de estágio. Nesse grupo deixamos aberto para que as gestantes perguntassem o que elas tinham mais dúvidas durante a gestação. As principais dúvidas foram em relação a via de parto, aleitamento materno, calendário vacinal e alimentação adequada durante a gravidez.

Essa imagem está relacionada com as disciplinas de Saúde da Mulher, Atenção Básica a Saúde da Mulher e Saúde Coletiva I e II.

A formação de um grupo de gestantes é um importante recurso para que seja promovido um atendimento integral das necessidades que as mulheres grávidas apresentam, juntamente com seu parceiro e as demais pessoas que convivem com a gestante (LEAL, 2010).

De acordo com Domingues et al (2018) uma grande vantagem da promoção dos Grupos para Gestantes é a carga que cada mulher leva para os encontros, uma vez que cada uma delas tem histórias de vida distintas e interesses semelhantes, fazendo assim desses momentos uma troca de experiências. É nesses grupos que o profissional de saúde vai ter a oportunidade de desenvolver ações educativas, reflexões sobre saúde e estimular mudanças de hábitos.

Sendo assim é de suma importância que na Atenção Primária seja desenvolvidos Grupos de Educação em saúde, nesse caso em específico Grupo de Gestantes, para sanar as principais dúvidas e incentiva-las à uma gestação mais saudável.

2.2 DESENVOLVIMENTO DE WEMERSON RAFAEL ROMÃO, SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

A hemorragia é a principal causa de mortalidade materna no mundo. Um percentual entre 10 a 15% das gestações apresentam hemorragias antes ou após o parto, sendo que 50% das hemorragias no pós-parto imediato levam a mortalidade materna (DE LEÃO; CRUZ, 2018; FILHO et al., 2009).

As síndromes hemorrágicas durante a gravidez caracterizam-se segundo o tempo de ocorrência do sangramento e classificam-se em hemorragias no período gestacional e pós-parto. São síndromes hemorrágicas comuns na primeira metade da gestação: abortamento, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional e descolamento corioamniótico (BRASIL, 2012; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017; ZUBAIG; FRANCISCO, 2016).

Placenta prévia, descolamento prematuro da placenta (DPP), rotura uterina, vasa prévia, distúrbio de coagulação e traumas, são exemplos de causas de hemorragias no período gestacional, especificamente na segunda metade da gestação. Estas são uma das principais causas de internação de gestantes no período anteparto e estão diretamente relacionadas com o aumento da morbimortalidade materna e perinatal e do aumento das taxas de cesarianas, pois são indicações reais para a cirurgia (AMARAL et al., 2017; DE LEÃO; CRUZ, 2018; FILHO et al., 2009).

Dentre as hemorragias da segunda metade da gestação, as causas mais prevalentes, com cerca de 50% dos casos, são as placentas prévias e o descolamento prematuro da placenta (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

A hemorragia pós-parto (HPP) é definida quando a perda sanguínea excede 500 ml após o parto vaginal ou 1.000ml após a cirurgia cesariana. O quadro de HPP também é caracterizado quando o sangramento após o parto, independente da via de nascimento, causa instabilidade hemodinâmica na mulher (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017; ZUGAIB; FRANCISCO, 2016).

As hemorragias pós-parto são classificadas em HPP primária, quando acontece nas primeiras 24 horas após o parto e HPP secundária, quando ocorre

entre 24 horas e seis semanas após o parto (AMARAL et al., 2017; DE LEÃO; CRUZ, 2018; FILHO et al., 2009).

2.2.1 Placenta prévia

A placenta prévia (PP) consiste na implantação total ou parcial da placenta no segmento inferior do útero, podendo ou não recobrir o orifício cervical interno (OCI) (BRASIL, 2012a; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

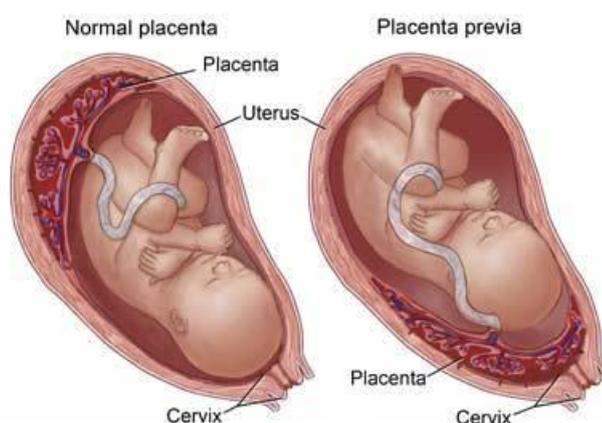


Imagem 8: Inserção fisiológica da placenta e placenta prévia.
Fonte: Google imagens.

Disciplinas Relacionadas: Saúde da mulher, Processo de enfermagem, CTI, Avaliação clínica e Anatomia humana.

A placenta prévia possui classificações de acordo com a proximidade da placenta com o orifício interno (OI) do colo do útero, são elas: a) Centro-total, onde o OIC é totalmente obstruído; b) Centro-parcial, onde parte do OIC é obstruída; c) Marginal, onde margeia a borda do OIC; e d) Lateral, onde a distância do bordo da placenta ao IOC é menor que 20 mm (Figura 2) (DE LIMA et al., 2015; PEREIRA;CAMPOS, 2013).

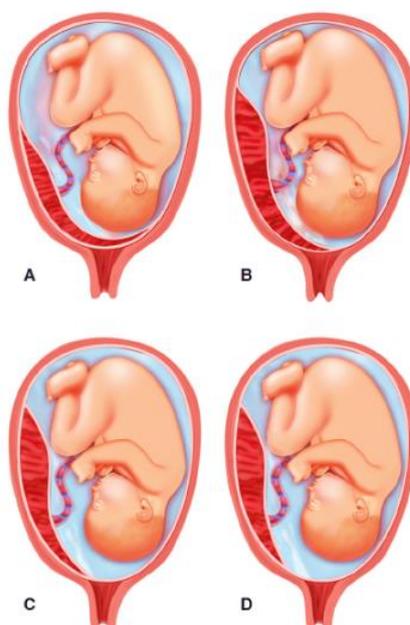


Imagem 9: Tipos de placenta prévia: central (A), parcial (B), marginal (C) e baixa (D).
Fonte: MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017.

Disciplinas Relacionadas: Saúde da mulher, Processo de enfermagem, CTI, Avaliação clínica e Anatomia humana.

A etiologia da PP não está totalmente esclarecida, em gestações a termo, a mesma é encontrada em proporções variáveis de 0,4 a 1,7%. Alguns fatores de risco incluem placenta prévia em gestação anterior, multiparidade, interrupção de gravidez ou cirurgias uterinas, idade materna avançada, cicatrizes uterinas, antecedente de abortamento, gravidez múltipla, curetagem uterina repedida, uso de drogas ilícitas, tabagismo (AMARAL et al., 2017; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Clinicamente, é relatado pela gestante sangramento vaginal indolor no final do segundo trimestre ou início do terceiro. Podendo ocorrer em intervalos cada vez menores e com intensidade progressiva maior (AMARAL et al., 2017; DIAS et al., 2010).

Geralmente, o diagnóstico da PP é feito por meio do exame ultrassonográfico (US) transabdominal, porém, o US transvaginal é um método mais eficaz, uma vez que o mesmo permite a visualização da placenta, e a avaliação de acretismo placentário. É de extrema importância o acompanhamento pré-natal em centros de referência para gestação de alto risco para que em casos de suspeita de PP e/ou

acretismo, a gestante possa ter uma cesárea com segurança de procedimentos de emergência como histerectomia e transfusão sanguínea (AMARAL et al., 2017; DIAS et al., 2010; PEREIRA; CAMPOS, 2013).

O tratamento baseia-se no tempo de gestação da paciente. Nos casos onde é diagnosticado a PP antes da 37ª semana gestacional, onde há perda sanguínea geralmente em menor quantidade, recomenda-se a internação da gestante aguardando o amadurecimento do feto. É indicado a cerclagem a fim de continuar a gestação e o uso de corticoides para o amadurecimento do pulmão fetal. Após o amadurecimento fetal há indicação da interrupção da gravidez, a equipe deve estar preparada para a realização de hemotransfusão e cesárea (GASPARETTO, FERNANDES, 2015).

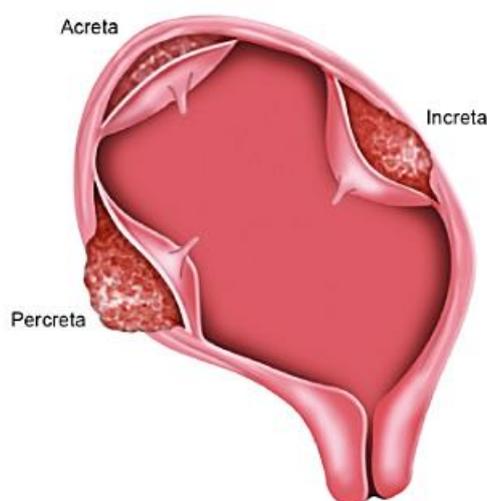


Imagem 10: Anomalias da inserção da placenta: acreta, increta e percreta.
Fonte: MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017.

Disciplinas Relacionadas: Saúde da mulher, Processo de enfermagem, CTI, Avaliação clínica e Anatomia humana.

Uma das principais complicações da PP é o acretismo placentário, o mesmo é caracterizado pela invasão excessiva do trofoblasto no miométrio, resultando em hemorragia (ZUGAIB; FRANCISCO, 2016).

Durante o processo gestacional, a decídua endometrial é responsável por impedir que a proliferação do trofoblasto invada o miométrio. Quando o desenvolvimento decidual sofre alguma falha, pode acontecer da placenta se aderir

diretamente ao miométrio, o que é definido como placenta acreta. Quando a placenta invade o miométrio é chamada de placenta increta e quando perfura o peritônio e atinge órgãos adjacentes como bexiga e os paramétrios é definida como placenta percreta (Figura 3) (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017; SANTANA, MAIA FILHO, MATHIAS, 2010).



Imagem 11: Placenta percreta.
Fonte: O autor (2019).

Disciplinas Relacionadas: Saúde da mulher, Processo de enfermagem, CTI, Avaliação clínica e Anatomia humana.

A figura acima retrata o desfecho de um caso que foi vivenciado no campo de estágio da disciplina Saúde da Mulher, onde a paciente A. C. C., 43 anos, G5P2A2, deu entrada no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Lavras, acompanhada pelo esposo relatando sangramento vaginal. Além do sangramento, a paciente apresentava alguns dos fatores de risco para placenta prévia e acretismo placentário, como a idade avançada, multiparidade, histórico de abortamentos espontâneos e procedimentos uterinos anteriores, o que levou a sua internação.

A gestante relatou que na sua primeira gestação, em 2007, apresentou bolsa rota com idade gestacional (IG) de 29 semanas, sendo encaminhada para Belo Horizonte ao Hospital Sofia Feldman para ser avaliada, onde foi realizada cirurgia cesárea com 33 semanas de gestação.

Na segunda gestação, em 2015, relatou ter apresentado abortamento precoce com 11 semanas de gestação. Devido sangramento vaginal, procurou médico pré-

natalista, onde os batimentos cardíacos fetais (BCF) apresentavam-se inaudíveis, sendo direcionada ao procedimento de curetagem.

A terceira gestação desenvolveu-se sem intercorrências, com IG 41 semanas pelo US, foi realizado cirurgia cesariana. A quarta gestação, em 2017, apresentou abortamento com IG de 12 semanas, assintomática na consulta de pré-natal, BCF inaudível, realizado procedimento de curetagem.

Na gestação atual, com IG de 24 semanas, através do exame de US a paciente foi diagnosticada com placenta prévia total, colo fechado, BCF 140 bpm, sangramento uterino moderado e foi orientada a procurar auxílio hospitalar em caso de aumento do sangramento.

Com IG de 34 semanas, apresentou sangramento vaginal, sendo hospitalizada para tratamento clínico. Onde foi solicitada a ressonância magnética (RNM) pelo plantonista. Com IG de 35 semanas e 5 dias a paciente foi diagnosticada com acretismo na porção antero-latero à esquerda, permanecendo em tratamento clínico fazendo o uso de corticoides para amadurecimento pulmonar fetal. Com 37 semanas de gestação foi realizada a sua terceira cesariana com indicação de histerectomia total devido o seu diagnóstico de acretismo placentário e o risco de hemorragia.

2.2.2 Histerectomia obstétrica



Imagem 12: Instrumental cirúrgico.
Fonte: O autor (2019).

Disciplinas Relacionadas: Saúde da mulher, Processo de enfermagem, CTI, Avaliação clínica e Anatomia humana.

A imagem retrata a mesa de instrumental cirúrgico para a realização da cesariana seguida de histerectomia total do caso vivenciado.

A histerectomia pós-parto (HPP) é uma prática cirúrgica frequentemente utilizada em condições obstétricas em que o tratamento conservador é incapaz de cessar a hemorragia pós-parto, ameaçando a vida da mulher (RAMILO et al., 2015).

Estudos recentes apontam a placentação anômala, especialmente a placenta acreta, como a indicação mais comum para a cirurgia de histerectomia. Tal fato pode estar relacionado ao crescente aumento de cesarianas em países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, a principal indicação de HPP seria a rotura uterina, seguida da placenta prévia e do acretismo placentar (COSTA, COSTA, 2017; RAMILO et al., 2015).

Existem três principais tipos de histerectomia, são eles: a) Histerectomia radical; b) Histerectomia total; e c) Histerectomia subtotal. Na primeira técnica é retirado todo o útero, assim como os tecidos e ligamentos ao redor do mesmo, do colo e da parte superior da vagina. Esse tipo de técnica é indicado, principalmente em casos de neoplasia maligna. A histerectomia total, indicada em casos de neoplasia e infecção uterina, consiste na remoção completa de todo o útero, incluindo o corpo e seu colo. Já a histerectomia subtotal, há preservação do colo uterino supra cervical (MENDONÇA, 2018; STAHL, 2017).



Imagem 13: Útero após cirurgia de histerectomia total
Fonte: O autor (2019).

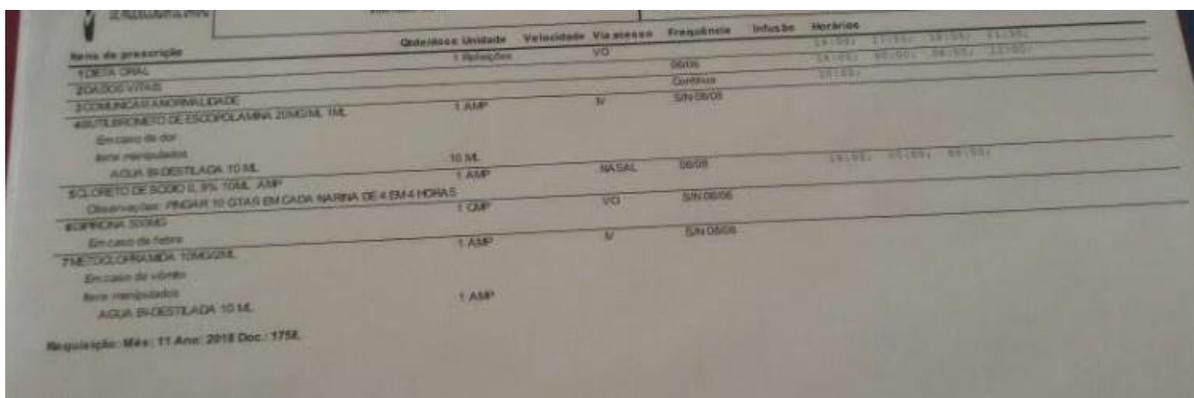
Disciplinas Relacionadas: Saúde da mulher, Processo de enfermagem, CTI, Avaliação clínica e Anatomia humana.

A figura acima retrata o útero após a cirurgia de histerectomia total do caso acompanhado no estágio. Onde a paciente com IG de 37 semanas foi submetida à histerectomia total devido o diagnóstico de acretismo placentário e o risco de hemorragia.

Existe também a divisão segundo a via de execução, são elas: histerectomia abdominal, vaginal e laparoscópica. A histerectomia abdominal é a técnica mais utilizada, e é realizada através de um corte no abdômen, por onde o útero da paciente é retirado (STAHL, 2017).

A vaginal baseia-se na remoção do útero através do canal vaginal, diminuindo a dor pós-operatória, o tempo de internação e o tempo de recuperação. E na técnica laparoscópica, um tubo fino com uma câmera é inserido em pequenos cortes próximo ao umbigo e a região inguinal, permitindo assim, a visualização completa da cavidade abdominal da paciente. A retirada do útero é feita, geralmente, pelo canal vaginal, o que torna a recuperação pós-operatória da paciente mais rápida (STAHL, 2017).

2.2.3 Assistência da enfermagem na hemorragia obstétrica



Nome da prescrição	Quantidade	Unidade	Velocidade	Via/essa	Frequência	Início	Horários
TORON ORAL	1	Medicação		VO	60ts	14:00	11:00 - 11:00
20000 VIAL					Contínua	14:00	14:00 - 24:00
30000 VIAL					SINUS	11:00	
40000 VIAL							
50000 VIAL							
60000 VIAL							
70000 VIAL							
80000 VIAL							
90000 VIAL							
10000 VIAL							
11000 VIAL							
12000 VIAL							
13000 VIAL							
14000 VIAL							
15000 VIAL							
16000 VIAL							
17000 VIAL							
18000 VIAL							
19000 VIAL							
20000 VIAL							
21000 VIAL							
22000 VIAL							
23000 VIAL							
24000 VIAL							
25000 VIAL							
26000 VIAL							
27000 VIAL							
28000 VIAL							
29000 VIAL							
30000 VIAL							
31000 VIAL							
32000 VIAL							
33000 VIAL							
34000 VIAL							
35000 VIAL							
36000 VIAL							
37000 VIAL							
38000 VIAL							
39000 VIAL							
40000 VIAL							
41000 VIAL							
42000 VIAL							
43000 VIAL							
44000 VIAL							
45000 VIAL							
46000 VIAL							
47000 VIAL							
48000 VIAL							
49000 VIAL							
50000 VIAL							

Imagem 14: Assistência de enfermagem.
Fonte: O autor (2019).

Disciplinas Relacionadas: Saúde da mulher, Processo de enfermagem, CTI, Avaliação clínica e Anatomia humana.

Devido ao alto índice de morbimortalidade materna associado às hemorragias obstétricas, é de grande importância que o profissional que acompanha a gestante durante o ciclo gravídico-puerperal, esteja sempre em estado de alerta e tenha conhecimento sobre as principais condutas utilizadas no controle dessa complicação obstétrica. Promovendo assim, o bem-estar da mãe e do feto, como também prolongando o tempo de gestação para o amadurecimento fetal (DUARTE et al., 2015; VIEIRA et al., 2018).

Durante o acompanhamento gestacional, recomenda-se a orientação constante no pré-natal, para que a gestante esteja ciente das possíveis complicações tanto na gestação, quanto na hora do parto, principalmente em gestantes estratificadas como de alto risco e/ou com fatores de risco evidentes. Além disso, deve-se orientar quanto à importância da adesão e adequação ao acompanhamento pré-natal (GASPARETTO; FERNANDES, 2015).

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, que é regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, respalda que “o profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde” (BRASIL, 2012b, p.49).

A gestante uma vez diagnosticada com alguma Síndrome Hemorrágica é classificada como gestação de alto risco e seu acompanhamento pré-natal passa a ser compartilhado com as equipes do Pré-Natal de Alto Risco (PNAR). É imprescindível que essa gestação continue sendo acompanhada da Atenção Básica (AB) com ações voltadas às atividades educativas, maior frequência das visitas domiciliares, orientações quanto à importância da adesão aos tratamentos e suporte emocional (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2016).

A consulta de enfermagem no pré-natal é referenciada pelas gestantes como um atendimento humanizado e com alto grau de satisfação no que se refere à acolhida, à escuta ativa, ao respeito, ao exame físico, às orientações, à resolubilidade das condutas e ao envolvimento da própria gestante no processo de identificação de seus agravos de saúde (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

2.3 DESENVOLVIMENTO DE MARIA EDUARDA NETO SANTOS, A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NA VIDA DA CRIANÇA E DA MÃE E A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO

O presente estudo foi realizado no domicílio da puérpera que acompanhei, na cidade de Lavras, Minas Gerais. Ressaltam-se entre as atividades realizadas, práticas de promoção, prevenção e tratamento através do acompanhamento da mulher no pós-parto em situações que requerem a atuação do profissional de enfermagem, correlacionando o referencial teórico aos conhecimentos adquiridos por meio das diversas disciplinas abordadas na graduação de enfermagem, como fisiologia humana, anatomia humana, atenção básica à saúde da mulher, saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, atenção básica à saúde da criança e do adolescente e enfermagem em neonatologia e supervisionado I.

Sabendo que o desmame precoce é um problema psicossocial com características biológicas, socioculturais e psicológicas, o presente trabalho tem como objetivo apontar a importância das orientações de enfermagem no período do puerpério, apresentando as vantagens do aleitamento materno, os benefícios que ele pode trazer tanto para criança quanto para a mãe e sanar as dúvidas recorrentes sobre o processo de amamentação.

O interesse pelo tema: "Assistência de enfermagem na prática da promoção do aleitamento materno", surgiu durante o curso da Disciplina de Saúde da Mulher, pois em campo de estágio foram realizadas orientações de enfermagem sobre a importância da amamentação e seus benefícios para a criança e para a mulher no puerpério, onde as mesmas se mostraram surpresas com as inúmeras vantagens da amamentação.

É de fundamental importância os profissionais de saúde terem conhecimentos de certas definições utilizadas em aleitamento materno, como:

“Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou extraído da mama), independente de receber ou não outros alimentos. Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite humano, diretamente da mama ou extraído , sem adição de qualquer outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, sais de reidratação oral, minerais e medicamentos. Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe, além de leite materno, água ou bebidas à base de água, sucos de frutas.

Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer outro alimento sólido ou semissólido com finalidade de complementá-lo, mas não de substituí-lo. Aleitamento misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.”(CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016, p. 10).

No leite materno está presente tudo que o bebê necessita para sua nutrição e defesa. Pois é rico em células de defesa, proteína, gorduras e todos os demais nutrientes necessários. (CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016).

Várias mulheres ficam preocupadas com o aspecto do leite. Acreditam que, por ser transparente em algumas ocasiões e acham que o leite humano é fraco e não satisfaz a criança. É fundamental que as mulheres saibam que a coloração do leite varia ao longo de uma mamada e com a dieta da mãe. (BRASIL, 2009).

O leite no início da mamada, nomeado de leite anterior, possui alto teor de água, porém é rico em anticorpos. Já o leite do meio da mamada tende a ter uma coloração branca opaca, pertinente a concentração de caseína. E o leite do final da mamada, chamado de leite posterior, é amarelado devido a presença de betacaroteno, pigmento lipossolúvel presente na cenoura, abóbora e vegetais de cor laranja, oriundo da dieta da mãe. (BRASIL, 2009).

De acordo com Bullon et al. (2009), no leite humano encontra-se potássio, cálcio, fósforo, cloro, sódio, ferro, cobre, manganês, portanto deve ser ofertado exclusivamente o leite materno até aos seis meses de vida, para posteriormente serem introduzidos alimentos saudáveis na dieta do infante.

2.3.1 Vantagens do leite materno



Imagem 15: Vantagens do leite materno
Fonte: Google imagens (2019).

A imagem em questão apresenta os benefícios do aleitamento materno, está relacionada com as disciplinas atenção básica à saúde da mulher, saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, atenção básica à saúde da criança e do adolescente e enfermagem em neonatologia.

Por meio de estudos científicos, certificou a superioridade do leite materno sobre os leites de outras espécies, são inúmeras alegações em favor do aleitamento materno. (BRASIL, 2009).

O aleitamento materno exerce um papel fundamental nos aspectos fisiológicos da mulher, contribui com o fortalecimento do binômio mãe-filho, possui potencialidade de defender a criança de infecções, pois os anticorpos maternos são passados para o filho através da amamentação, é prático e é um método que não tem custo financeiro. (SILVA et al., 2014).

O aleitamento materno favorece a involução uterina mais precoce, devido o efeito da ocitocina, que permite a contração do útero, protegendo assim a mulher de atonia uterina no pós-parto imediato, além do mais atua diminuindo a probabilidade de incidência de cânceres de mama e útero e a lactação age como método anticoncepcional, mas desde que seja aleitamento materno exclusivo. (LEVY, BÉRTOLO, 2012).

A prática do aleitamento materno também traz benefícios psicológicos para o bebê e par mãe. O contato direto do binômio mãe-filho fortalece os laços afetivos, pois promover a intimidade, troca de afetos e sentimentos de segurança, autoconfiança, proteção na criança e realização na mulher. (CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016).

O aleitamento materno evita mortes infantis, diarreias, infecções respiratórias, reduz o risco de alergias e hipertensão arterial. Tem um impacto positivo sobre a inteligência, minimiza o risco de obesidade e proporciona melhor qualidade de vida. (PONTES et al. 2013).

Os movimentos realizados pelo lactente durante a sucção do leite materno (para baixo, para a frente, para cima e para trás) proporciona o crescimento harmônico da face do bebê. (BRASIL, 2009).

2.3.2 Aleitamento na primeira hora após o parto



Imagem 16: O aleitamento na primeira hora após o parto “Golden Hour”.
Fonte: O autor (2019).

A foto acima mostra a recém-nascida amamentando na primeira hora após o parto e a imagem está relacionada com disciplina saúde da mulher II, enfermagem em neonatologia e saúde da criança e do adolescente.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2018) o aleitamento materno na primeira hora de nascimento protege os bebês de infecções e salvam vidas. As crianças correm maior risco de morrer por diarreia quando amamentadas parcialmente ou não são amamentadas. O aleitamento materno também melhora o QI, o desempenho e a frequência escolar e reduz o risco de câncer de mama nas mães.

Os bebês que nascem a termo, de parto normal e que são colocados para sugar logo após o parto, têm maior chance de organizar seus movimentos mais precocemente, devido os reflexos de sucção serem mais amadurecidos. Os bebês de parto normal nascem mais alertados do que os que nascem de cesárea. Quando sugam logo após o nascimento, dentro na primeira hora de vida, os bebês têm maior chance de fazer um registro melhor da mamada e repeti-la depois. (CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016).

São inúmeras vantagens do aleitamento materno exclusivo logo após o parto. Para o bebê, o colostro conhecido como “primeira vacina” garante a capacidade contra infecções, por exemplo, infecções do trato gastrointestinal e respiratória, alergias, septicemia e meningite e está sempre na temperatura ideal para a criança. O aleitamento materno imediato após o parto também é benéfico para a mãe, já que o ato de sucção estimula a liberação de ocitocina endógena, que provoca a contração a contração uterina, prevenindo de hemorragias puerperais. (HERGESSEL; LOHMANN, 2017).

O contato pele a pele, na primeira hora de vida, proporciona o vínculo mãe-filho, estabelecendo benefícios físicos e psíquicos para ambos. Com este contato, o bebê se mantém aquecido por meio do calor do corpo da mãe, evitando a hipotermia, auxiliando na adaptação da transição fetal-neonatal e favorece a colonização do intestino do RN por microorganismos da flora cutânea materna, oferecendo o neonato maior imunidade. (HERGESSEL; LOHMANN, 2017).

O contato precoce entre o binômio mãe e filho também oferta a capacidade para amar do ser humano que se dá logo após o nascimento, este período curto traz benefícios a longo prazo. O primeiro contato ficará marcado por toda vida na vida da mulher, onde vai se sobressair a sua prática de aleitamento, devendo ser realizada de maneira a gerar experiências positivas. (LEITE et al. 2016).

2.3.3 A fisiologia da lactação

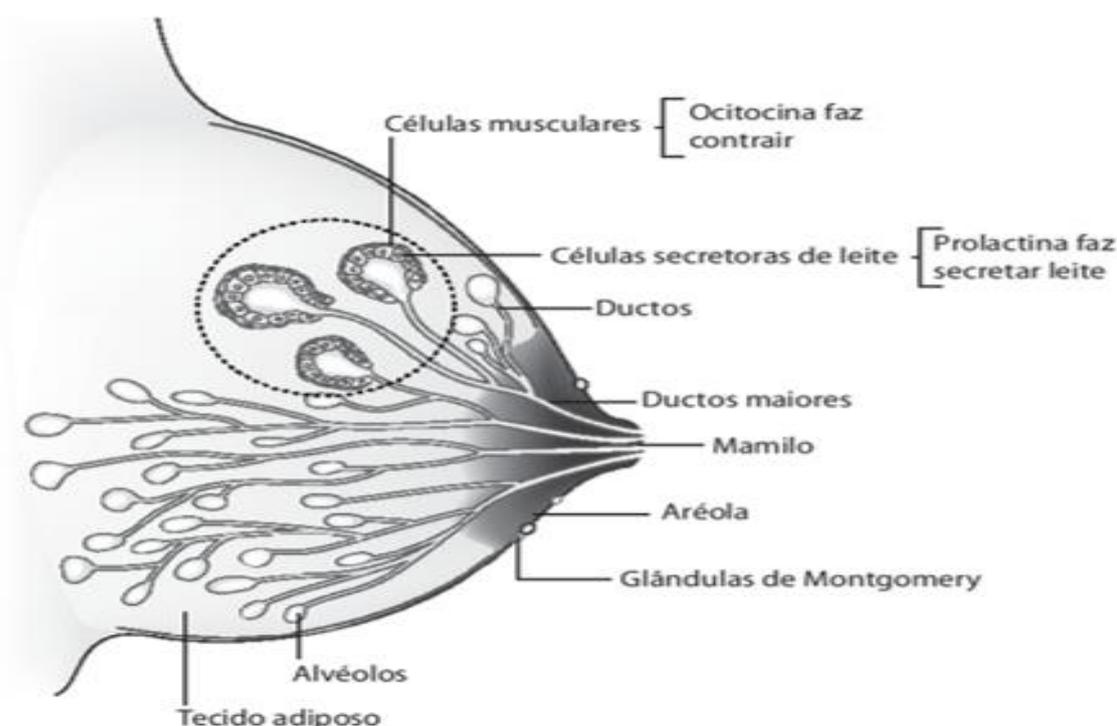


Imagem 17: Fisiologia da lactação.
Fonte: MANUAL DE ALEITAMENTO MATERNO (2012).

A imagem três representa a fisiologia da lactação, está relacionada com a disciplina fisiologia humana, anatomia humana, saúde da mulher, fisiologia humana e enfermagem em neonatologia.

Por meio de estudos científicos, certificou a superioridade do leite materno sobre os leites de outras espécies, são inúmeras alegações em favor do aleitamento materno. (BRASIL, 2009).

O aleitamento materno exerce um papel fundamental nos aspectos fisiológicos da mulher, contribui com o fortalecimento do binômio mãe-filho, possui potencialidade de defender a criança de infecções, pois os anticorpos maternos são passados para o filho através da amamentação, é prático e é um método que não tem custo financeiro. (SILVA et al. 2014).

O aleitamento materno favorece a involução uterina mais precoce, devido o efeito da ocitocina, que permite a contração do útero, protegendo assim a mulher de atonia uterina no pós-parto imediato, além do mais atua diminuindo a probabilidade de incidência de cânceres de mama e útero e a lactação age como método anticoncepcional, mas desde que seja aleitamento materno exclusivo. (LEVY, BÉRTOLO, 2012).

A prática do aleitamento materno também traz benefícios psicológicos para o bebê e par mãe. O contato direto do binômio mãe-filho fortalece os laços afetivos, pois promover a intimidade, troca de afetos e sentimentos de segurança, autoconfiança, proteção na criança e realização na mulher. (CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016).

O aleitamento materno evita mortes infantis, diarreias, infecções respiratórias, reduz o risco de alergias e hipertensão arterial. Tem um impacto positivo sobre a inteligência, minimiza o risco de obesidade e proporciona melhor qualidade de vida. (PONTES et al. 2013).

Os movimentos realizados pelo lactente durante a sucção do leite materno (para baixo, para a frente, para cima e para trás) proporciona o crescimento harmônico da face do bebê. (BRASIL, 2009).

2.3.4 Posição tradicional da amamentação, e os sinais da pega correta da bebê no seio materno



Imagem 18: Posição tradicional da amamentação, e os sinais da pega correta da bebê no seio materno

Fonte: O autor (2019).

Nas fotos a bebê está sendo amamentada na posição conhecida como tradicional, onde a mãe está sentada posicionando a bebê em seu colo e a barriga da bebê apoia-se na barriga da mãe. A cabeça da bebê encosta na porção proximal do antebraço materno e a mãe tem uma das mãos livres para sustentar o seio com a pega em “C” caso seja necessário.

Na foto também é possível observar a pega correta da bebê, considerada quando seus lábios estão curvados para fora, formando um lacre e quando a boca da bebê consegue abocanhar grande parte da aréola.

2.3.5 Variedades na posição do aleitamento materno, posição invertida.



Imagem 19: Variedades na posição do aleitamento materno, posição invertida.
Fonte: O autor (2019).

A posição invertida uma mão da mãe sustenta o pescoço da bebê, enquanto a outra sustenta o corpo da lactente. Esta posição é ideal para as mães que estão com os seios muito cheios, fissurados ou ingurgitados. (BRASIL, 2009).

2.3.6 Variedades na posição do aleitamento materno, posição de cavalo



Imagem 20: Variedades na posição do aleitamento materno, posição de cavalo.
Fonte: O autor (2019).

A lactente está mamando na posição de cavalinho, a mãe está apoiando a cabeça do bebê com uma mão e com a outra está posicionado a mama.

As fotos estão relacionadas com as disciplinas saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente e enfermagem em neonatologia.

Segundo Silva et al. (2014) a interrupção precoce da amamentação tem sido relacionada a falta de conhecimento das gestantes acerca das vantagens do aleitamento materno, ao despreparo dos profissionais de saúde em orientar as mulheres, assistência inadequada na presença de complicações, além da maior atuação da mulher no mercado de trabalho.

Os enfermeiros devem estar preparados para desempenhar as técnicas de amamentação, que tem como pilar o posicionamento, pega e sucção efetiva. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2015).

O lactente precisa ser estimulado a abrir bem a boca. A lactante precisa tocar o lábio superior com a mão ou com a própria mama e aguardar que o bebê abra a boca e protraia a língua. No momento que isso ocorrer, a mãe deve projetar o seu mamilo para o palato da criança e trazer o bebê rápido e firmemente para a mama. (CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016).

Existem pontos chaves que indicam se o posicionamento e pega estão adequados, como: " o rosto do bebê deve estar de frente para a mama, com o nariz na altura do mamilo; corpo do bebê próximo ao da mãe; bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido); bebê bem apoiado; mais aréola visível acima da boca do bebê; Boca bem aberta; lábio inferior voltado para fora e queixo tocando a mama." (CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016, p.40).

Existem sinais indicativos de técnica inadequada de amamentação, como: bochechas da criança encovadas a cada sucção; ruídos da língua; mama aparentando estar esticada durante a mamada; mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama e dor na amamentação. (BRASIL, 2009).

Se a pega for apenas no mamilo, pode acontecer de ter fissura mamilar por fricção continuada. O lactente pode ficar agitado, soltar o peito, chorar e recusar a

mamar, pois sem pressão dos ductos lactíferos contra o palato, não existe saída adequada do leite, levando a mulher a pensar que tem “pouco leite”, sentir incômodo no ato da sucção da criança, desencadeando o processo de desmame precoce. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2015).

Quando o lactente tem uma pega satisfatória, o mamilo fica em uma posição dentro da boca da criança que o protege de fricção e compressão, sendo assim evitado lesões mamilares. (BRASIL, 2009).

A má pega dificulta o esvaziamento da mama, ocasionando uma diminuição da produção do leite. Muitas vezes, o lactente com pega incorreta não consegue ganhar o peso esperado apesar de permanecer longo tempo na mama. Isso ocorre porque, nessa situação, a criança é capaz de obter o leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais calórico. (BRASIL, 2009).

E o ideal é que o lactente solte a mama espontaneamente, se porventura isso não ocorrer, a mulher poderá colocar a ponta do dedo mínimo na boca do bebê pela comissura labial deste, para romper o vácuo e a criança soltar o peito sem machucar o mamilo. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2015).

É de suma importância todo profissional de saúde que presta assistência a mãe e a criança saber observar criticamente uma mamada.

2.3.7 Amamentação na gemelaridade



Imagem 21: Amamentação na gemelaridade.
Fonte: BRASIL (2009).

A figura está relacionada com as disciplinas saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente e enfermagem em neonatologia. O surgimento da inseminação artificial, o nascimento de múltiplas crianças se tornou contínuo. Pode-se afirmar que o nascimento de gêmeos é um grande desafio, mas pode ser bem enfrentado com a atuação de enfermagem na assistência a família, em especial a mãe. Estes devem estar preparados para aconselhar as famílias nas variadas situações envolvendo gêmeos, incluindo o aleitamento materno. (BRASIL, 2009).

O benefício da amamentação é bem definido para o lactente. A amamentação de gêmeos é benéfica proporcionando um crescimento adequado para ambas crianças. A prática de amamentar gêmeos tem aumentado nos últimos anos, devido o aumento na prevalência de aleitamento materno. A produção de leite materno é de acordo com a demanda, ou seja, quanto mais as crianças sugam, maior a produção

de leite. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2015).

Além de todos benefícios estabelecidos do aleitamento materno, a amamentação de crianças gemelares tem vantagens suplementares como: maior economia; facilita o cuidados com os gêmeos, visto que o aleitamento materno previne diversas patologias; auxiliar no atendimento das necessidades dos bebês em relação á atenção e ao afeto da mãe, pois por mais dedicação que a mãe tenha, ela não tem condições de atender as necessidades de duas ou mais crianças da mesma forma que atenderia uma apenas; contribuição para o reconhecimento das necessidades individuais de cada gêmeo, aumentando o processo de ver cada criança como um indivíduo. (BRASIL, 2009).

O suporte dos profissionais de saúde nessa fase é de suma importância. Encorajar as mães da sua capacidade de nutrir seus filhos é essencial, pois um problema comum em gestações múltiplas é o aumento da prematuridade e baixo-peso, devido a isso esses bebês precisam de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva prejudicando o aleitamento materno exclusivo á livre demanda e quando iniciam o aleitamento materno a sucção ainda é débil dificultando o ganho de peso, ocasionando introdução de leite artificial. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2015).

É importante o enfermeiro orientar á respeito da ordenha, enquanto as crianças permanecem na Unidade de Terapia Intensiva, pois as razões mencionadas pelas mulheres para introdução de suplementos enquanto estão amamentando gêmeos são: produção inadequada, ingurgitamento mamário, mamilos retraídos e doença materna e sabe-se que a ordenha pode evitar esses episódios. Os profissionais de saúde devem estar preparados para orientar e resolver as dificuldades advindas da amamentação. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2015).

É possível amamentar dois ou mais bebês, pois as mamas são capazes de atender as demandas nutricionais das crianças. Se tem duas ou mais crianças sugando o seio materno é esperado que ela produza leite suficiente para cada uma delas. O maior empecilho à amamentação de bebês múltiplos, na realidade, não é a

quantidade de leite que pode ser produzida, mas indisponibilidade da mãe. Por isso é essencial que as mães de parto múltiplo tenham suporte adicional. (BRASIL, 2009).

É viável e desejável a amamentação eficaz de múltiplas crianças. Para esse evento ocorrer é fundamental que a mãe esteja preparada e receber uma ajuda adicional. O enfermeiro pode auxiliar a mãe nessa tarefa, assistindo a mãe desde o período de pré-natal até o desmame. Saber prestar uma escuta qualificada, entender, ser empático, ofertar orientações úteis, especialmente, respeitar as opções das mães são condições imprescindíveis para o êxito do aconselhamento. (BRASIL, 2009).

2.3.8 Mamas com ingurgitamento mamário



Imagem 22: Mamas com ingurgitamento mamário, uma das principais intercorrências mamárias.

Fonte: Google (2019).

A figura está relacionada as disciplinas saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente e enfermagem em neonatologia. Os problemas mamários estão dentre os principais fatores que levam ao desmame precoce e uma dessas intercorrências é o ingurgitamento mamário. E essa alternância relacionada à mama puerperal pode ser revertida com técnicas adequadas de amamentação (OLIVEIRA et al., 2015).

No processo de produção do leite, a apojadura, conhecida como descida do leite, é um ingurgitamento fisiológico. Mas é necessário saber que existe também o ingurgitamento patológico caracterizado pela distensão tecidual excessiva, onde as mamas ficam excessivamente distendidas, o que pode gerar dor, vermelhidão no local e edema mamário. As mamas ficam brilhantes, os mamilos amassados, dificultando assim a pega do recém-nascido. E como consequência pode gerar traumas mamilares, mastite, preocupação e estresse materno. (CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016).

“Na maioria das vezes o ingurgitamento ocorre em torno do terceiro ao quinto dia após o parto, devido alguns fatores, como: a produção do leite é maior que a demanda; início tardio da primeira mamada; restrição da duração das mamadas; sucção ineficaz do bebê; mãe e filho separados (alojamento conjunto parcial, mãe ou bebê doente, entre outras situações); traumas mamilares, que têm como um dos fatores determinantes a inadequada posição da criança durante a amamentação; não esvaziamento das mamas; intervalo longo entre as mamadas; sedação materna durante e após o parto, especialmente no caso de cesariana; dor ao amamentar; fatores emocionais; bebês prematuros com problemas, pequenos para idade gestacional; mamilos mal formados ou pouco desenvolvidos; defeitos anatômicos ou obstrução dos ductos lactíferos por cirurgia; inabilidade dos profissionais que cuidam da mãe e do filho.” (CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016, p. 66-67).

Retirar o leite da mama, colocando a criança para mamar ou retirar o leite com compressões manuais, pois quando consegue retirar um pouco do leite a mama fica mais macia e o bebê consegue sugar de modo eficaz. É necessário tirar o leite quantas vezes for necessário para que as mamas fiquem menos tensas e mais confortáveis. (LEVY, BÉRTOLO, 2012).

É fundamental que o profissional de saúde, saiba acolher, manejar e aconselhar a mulher e a família e informar a lactante que deve dar de mamar em horários livres, sempre quando o bebê quiser e colocar a criança para mamar em posição correta, que esteja confortável para a mãe e o filho e verificar se está tendo uma pega correta. (LEVY, BÉRTOLO, 2012).

2.3.9 Mama com mastite



Imagem 23: Mama com mastite.
Fonte: BRASIL (2019).

A imagem está relacionada as disciplinas saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente e enfermagem em neonatologia.

As intercorrências mamárias são justificativas para o desmame precoce, devido a dor e quando não tratada precocemente pode ocasionar quadros severos de mastites, abscessos mamários podendo levar a quadros de septicemia. É fundamental orientar que o aleitamento materno não deve ser um processo doloroso, assim a lactante precisa ser alertada desde o início da amamentação para evitar o desmame precoce. Os profissionais de saúde exercem um papel essencial na prevenção e nos cuidados dessas dificuldades. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2015).

“Mastite é um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama, podendo evoluir ou não para infecção bacteriana, comumente ocorre por volta da segunda e terceira semanas após o parto. A estase do leite é o evento inicial da mastite e o aumento da pressão dentro dos ductos causado por ela leva o achatamento das células alveolares, permitindo formar um espaço entre as células, através desse espaço é possível passar alguns componentes do plasma para o leite e do leite para o tecido intersticial, ocasionando uma resposta inflamatória. O acúmulo do leite, resposta inflamatória e o dano tecidual resultante favorecem a instalação da infecção, comumente pelo *Staphylococcus (aureus e albus)* e ocasionalmente pela *Escherichia coli* e *Streptococcus*, sendo as fissuras, na maioria das vezes, a porta de entrada da bactéria (BRASIL, 2009, p.44-45)”.

A produção de leite pode ser afetada na mama comprometida, devido a diminuição de sucção do bebê na mama afetada ou dano no tecido alveolar. (BRASIL, 2009).

Alguns fatores favorecem o aparecimento da mastite, como redução súbita no número de mamadas, mamadas com horários fixos, longo período de sono do bebê à noite, não esvaziamento completo das mamas, uso de chupetas e mamadeiras, separação entre a mãe e filho. O estresse materno é um facilitador para instalação de mastite. (CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016).

Existem medidas eficazes na prevenção da mastite, como: amamentação em livre demanda precocemente, de preferência após o parto e com técnica correta e não fazer uso de complementos, por exemplo: água, chá e leite artificial. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2015).

Para um efetivo tratamento da mastite é necessário, “identificação e tratamento da causa que provocou a estagnação do leite; esvaziamento adequado da mama. Esse é o componente mais importante do tratamento. Quando há mastite, indica-se a manutenção da amamentação por não haver riscos a recém-nascido a termo sadio. A extração manual do leite após as mamadas pode ser necessária, se não houver esvaziamento adequado; Repouso da mãe, analgésicos ou anti-inflamatórios não esteróides, ibuprofeno, líquidos abundantes, início da mama não afetada e uso de sutiã bem firme; Suporte emocional, muitas vezes negligenciado, mas que é muito importante para manutenção da amamentação, pois essa condição é muito dolorosa, com comprometimento do estado geral;

Indica-se antibioticoterapia quando há sintomas graves desde o início do quadro fissura mamilar e ausência de melhora dos sintomas após 12 a 24 horas da remoção efetiva do leite acumulado. As opções são as seguintes: cefalexina 500 mg, por via oral, de seis em seis horas; amoxicilina 500 mg ou amoxicilina associada ao ácido clavulânico (500 mg/ 125 mg), por via oral, de oito em oito horas”. (CASTANHEL; DELZIOVO; ARUJO, 2016, p.81)

Conforme Brandão et al. (2012), todo profissional que atender as gestantes e nutrizes, além de conhecer as vantagens da amamentação para o binômio mãe-filho, necessita ter informações suficientes para oferecer orientações adequadas sobre prevenção e tratamento das principais complicações advindas do processo da lactação.

2.3.10 Mamilo com fissura



Imagem 24: Mamilo com fissura
Fonte: BRASIL (2009).

A imagem acima está apresentando uma fissura mamilar. A fissura mamilar faz parte dos principais problemas relacionados à amamentação.

Está relacionada as disciplinas saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente e enfermagem em neonatologia.

Nos primeiros dias após o parto, a puérpera pode sentir dor discreta ou mesmo moderada nos mamilos no começo das mamadas, devido à forte sucção deles e da aréola, sinal de maior sensibilidade do mamilo para amamentar. Essa dor pode ser considerada normal e não deve persistir além da primeira semana. Mas, ter os mamilos muito machucados e doloridos, apesar de muito comuns, não é normal e necessita de intervenção. (CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016).

A etiologia mais comum de algia para amamentar se deve a lesões nos mamilos por posicionamento e pega inadequados. As outras causas incluem mamilos curtos, planos ou invertidos, sucção não nutritiva prolongada, exposição prolongada a forros úmidos, freio da língua excessivamente curtos, não interrupção adequada da sucção da criança quando for necessário retirá-la do peito, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos. (BRASIL, 2009).

O enfermeiro necessita trabalhar a prevenção da ocorrência de traumas mamilares e discutir com as mulheres alguns cuidados específicos, como: “verificar se o posicionamento e pega estão corretos; informar as puérperas a não usarem produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante; orientar sobre os cuidados para que os mamilos mantenham-se secos, expondo-os ao ar livre e à luz solar e trocando frequentemente os forros utilizados, quando houver vazamento de leite; fale sobre a amamentação em livre demanda; orientar a mulher a realizar, quando necessário a ordenha manual da aréola antes da mamada, se ela estiver ingurgitada, com finalidade de deixar a aréola e o mamilo mais flexíveis, permitindo assim uma pega adequada; instrua a mulher, se for preciso interromper a mamada, introduzir o dedo indicador ou mínimo pela comissura labial (canto da boca) do bebê, de maneira que sucção seja interrompida antes da criança ser retirada do seio” (CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016, p. 64).

Na maioria das vezes, a algia mamilar desaparece logo que a pega do lactente é corrigida. Mas algumas das alternativas de conforto para mulher, são iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso; aplicar uma gota de leite materno no mamilo e na aréola, após cada mamada e após o banho, pois facilita a cicatrização; uso de analgésicos sistêmicos por via oral, em caso de dor importante, mas desde que seja prescrito pelo médico. (LEVY, BÉRTOLO, 2012).

A prática de recomendação de tratamento seco das lesões mamilares, como banho de luz, banho de sol, procedimento muito popular nas últimas décadas, não

tem sido mais recomendado, porque evidenciou que a cicatrização das feridas mamilares é mais eficiente com o tratamento úmido, pois a umidade forma uma camada protetora que é capaz de evitar a desidratação das camadas mais internas da epiderme, por isso é recomendado o uso do próprio leite materno ordenhado nas fissuras. (BRASIL, 2009; CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016).

2.3.11 Ordenha manual



Imagem 25: Ordenha manual.
Fonte: O autor (2019).

As fotos acima está mostrando a mãe realizando a ordenha manual, que é uma medida eficaz na prevenção das intercorrências mamárias.

As imagens acima estão relacionadas com a disciplina saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente e enfermagem em neonatologia.

Por volta do segundo e terceiro dia após o parto ocorre o fenômeno conhecido como “a descida do leite” ou apojadura. E nesse momento as mamas podem ficar quentes, pesadas, duras, devido o aumento da produção do leite e a quantidade de sangue nos tecidos mamários. Pode acontecer da mãe ter um aumento da temperatura corporal e que não ultrapasse 38 graus, durante 24 horas. Geralmente o leite sai com facilidade e mãe permanece amamentando sem

dificuldade. A lactante deve continuar dando de mamar com frequência para retirar o leite ou retirá-lo manualmente. (LEVY, BÉRTOLO, 2012).

Uma maneira adequada para prevenção das intercorrências mamárias é o bebê mamar a livre demanda, ou seja, na hora que ele quiser. Não existe hora certa para o lactente alimentar, o leite materno deve ser ofertado na hora que a criança sentir fome. (CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016).

É papel da enfermagem orientar a mulher antes de iniciar a pega, palpar as mamas se estas estiverem túrgidas, brilhantes e dolorosas a lactante precisa ordenhar um pouco de leite para a pega ser facilitada. Pois algumas das vezes, especialmente quando o leite não é retirado em quantidade suficiente as mamas podem ficar ingurgitadas e pode ser difícil para retirar o leite. A aréola estando tensa é difícil para o bebê agarrar uma quantidade suficiente da mama para poder sugar e isso gera dor fazendo a mãe amamentar menos. Assim a produção do leite diminui porque a criança mama por pouco tempo, de modo ineficaz e o leite não é retirado. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2015).

O enfermeiro deve ensinar a puérpera como extrair o leite manualmente seguindo os seguintes passos:

“Lavar as mãos antes de iniciar a ordenha manual; sentir-se confortável, colocar o polegar sobre a parte superior da aréola e o indicador sob a aréola mamária e pressionar em direção ao tórax (costelas); pressione e solte em seguida, a lactante não deve sentir dor, pois se sentir é porque não está aplicando a técnica de maneira correta; o leite deve começar sair, primeiro em pequena quantidade e depois em maior quantidade; rode os dedos para massagear todos os locais; faça a expressão do leite até sentir a mama flácida”. (LEVY, BÉRTOLO, 2012, p.27).

2.3.12 Importância da enfermagem na promoção do aleitamento materno



Imagem 26: Importância da enfermagem na promoção do aleitamento materno
Fonte: O autor (2019).

A imagem mostra atuação da enfermeira no período de puerpério. A foto está relacionada com a disciplina saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, enfermagem em neonatologia, atenção básica à saúde da mulher, atenção básica à saúde da criança e do adolescente.

De acordo com Bullon (2010), sabe-se que desde o início da gestação é fundamental que os profissionais de saúde ofereçam educação em saúde as mulheres, e que identifiquem as mulheres que estejam expostas a enfrentar dificuldades no processo de amamentação.

Para o enfermeiro ter sucesso na promoção do aleitamento materno. É necessário de competências para se comunicar de modo eficiente. Essa comunicação não significa dizer a mulher o que ela deve fazer, mas ajudá-la a tomar decisões após ouvir, tentar compreendê-la e expor os benefícios da oferta do leite materno. (CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016).

Conforme Cabral et al. (2013), o suporte dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, que está envolvido na assistência é essencial para construção de uma visão positiva acerca do aleitamento materno através da

educação em saúde. É importante oferecer informações apropriadas desde o pré-natal, para que os obstáculos que possam estar presentes na prática de amamentação sejam substituídos por novos julgamentos de amamentar. O enfermeiro deve desenvolver ações de incentivo do aleitamento materno no pré-natal, nos atendimentos individuais, de grupos ou em atividades de sala de espera, conversar com as gestantes e acompanhantes sobre a intenção de amamentar, expor os benefícios da amamentação, as consequências do desmame precoce, explicar como ocorre a produção do leite, o que é necessário para manutenção da lactação e apresentar também da importância da amamentação precoce na sala de parto. (CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016).

Para Batista, Farias, Melo (2013), é fundamental que o enfermeiro realize mais visitas domiciliares, não apenas visada em aspectos de exame físico, como verificar pressão arterial, mas que crie vínculo profissional qualificado, para gerar confiança, a fim de que a população se sinta à vontade e então comunique suas dificuldades, angústias, medos e que estes possam ser enfrentados. Por fim, que a visita domiciliar seja um instrumento cotidiano para ações de promoção da saúde, na qual o enfermeiro esteja em alerta às especificidades e particularidades de cada família.

Conforme Bullon (2010), o enfermeiro pode investir em grupos de apoio e aconselhamento para incentivo e manutenção do aleitamento materno e palestras, com propósito de intensificar as ações promovidas no pós-parto hospitalar, como também assegurar que o aleitamento materno continue após o fim da licença maternidade, quando a lactante retorna a rotina de trabalho, ela precisa saber como fazer a retirada do leite, conservar, estocar e a forma de oferecê-lo à criança, para assim evitar o desmame precoce.

2.3.13 Importância do apoio familiar na promoção do aleitamento materno



Imagem 27: Importância do apoio familiar na promoção do aleitamento materno.
Fonte: O autor (2019.).

A foto acima representa a puérpera junto com sua avó que exerce um papel fundamental na promoção do aleitamento materno. A imagem acima está relacionada com a disciplina atenção básica à saúde da mulher, atenção básica à saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher e saúde da criança e do adolescente e estágio supervisionado I.

De acordo com Batista, Farias, Melo (2013) a amamentação é uma arte que necessita ser apoiada, ensinada e aprendida, não apenas pelos profissionais de saúde, mas também pela sociedade, destacando o papel da família. Sabe-se que cada família tem suas particularidades, mas para manter o processo de aleitamento materno é fundamental manter uma harmonia, é importante a troca de experiências, vivências e conhecimentos, uma harmonia de relação familiar, cujo foco principal é o sucesso do aleitamento materno.

Alguns pensamentos negativos dos maridos ou companheiros, comum após o nascimento de um filho, poderiam ser aliviados se eles recebessem informações sobre a importância do seu papel, não apenas com o cuidado do bebê, mas também com a mulher que amamenta. (CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016).

Não deve esquecer que a avó é muito presente na cultura brasileira. Elas na maioria das vezes exercem grande influência sobre as mães, o que pode favorecer ou dificultar a amamentação. Várias avós transmitem às suas filhas ou noras as suas experiências com a amamentação, que em muitos casos são opostas às recomendações atuais das práticas alimentares de crianças, pode citar como exemplo o uso de chás, água e outros leites nos primeiros seis meses. Em razão disso, é considerável incluir as avós no aconselhamento em amamentação, para que as práticas nocivas à criança não continuem sendo transmitidas às novas gerações de mães. Com informação apropriada e diálogo que permitem às avós expor suas experiências, crenças e sentimentos com relação à amamentação, elas podem desempenhar influência positiva para uma amamentação efetiva de suas filhas ou noras. (BRASIL, 2009).

Conforme Silva et al. (2014) é evidenciado a tendência dos familiares a ofertarem outros alimentos à criança, pressupondo que só o leite materno não é suficiente para alimentar e nutrir a criança. Todavia, na maioria dos casos a insegurança materna faz crer que as frequentes mamadas dos recém-nascidos presumem sinais de fome, ou seja, que o leite é fraco ou não suficiente para sustentar a criança, dessa forma, colaborando para amamentação complementada.

O enfermeiro, deve aproximar da mulher, buscar conhecer e considerar o contexto familiar, identificando crenças, mitos, tabus e valores culturais entrelaçados nesse processo, com propósito de desenvolver o papel de apoiador e incentivador da amamentação. (CASTANHEL; DELZIOVO; ARÚJO, 2016).

De acordo com Pontes et al. (2013) a presença do profissional de saúde é um fator positivo por possibilitar apoio e orientação à lactante e seus familiares, favorecendo assim o empoderamento da mulher nesse momento, permitindo-a ficar mais segura e confiante.

3 AUTO-AVALIAÇÃO

Ao finalizar esse trabalho foi possível observar o quanto a vivência fez com que fosse possível adquirir conhecimentos e praticar a atuação do Enfermeiro dentro da ESF em relação ao pré-natal e suas peculiaridades.

Foi uma experiência enriquecedora e única para minha formação quanto Enfermeira, apreciei cada momento que tive a honra de ter com as gestantes e cada dia mais foi instigada a buscar e pesquisar mais em relação ao processo gestacional.

Sendo assim, a vivencia foi de grande valia para minha formação profissional e pessoal, agregando conhecimentos e enriquecendo minha trajetória acadêmica.

AMANDA GONÇALVES PEREIRA

O sucesso da promoção do aleitamento materno foi alcançado graças as orientações de enfermagem sobre os benefícios da amamentação, pois nós profissionais de enfermagem devemos estar preparados para ensinar as técnicas de amamentação, que tem como pilar o posicionamento, pega e sucção efetiva.

No decorrer do desenvolvimento deste trabalho foram implementadas sistematizações, envolvendo desde entrevista com a lactante até medidas eficazes de prevenção para as principais intercorrências mamárias. Também foi possível demonstrar a nossa competência na inclusão dos familiares nas orientações e esclarecimento de dúvidas, pois é de suma importância o conhecimento e considerações do contexto familiar para incentivar a amamentação. No decorrer da vivência no domicílio da puérpera foi possível observar a importância do profissional de saúde no acompanhamento da lactante no puerpério para promoção do aleitamento materno.

MARIA EDUARDA NETO SANTOS

Através do estágio no setor de maternidade tive a oportunidade de me deparar com um caso clínico grave e importante na área de enfermagem obstétrica, onde, através de exames, a paciente foi diagnosticada com placenta prévia e acretismo. O estágio me proporcionou um maior conhecimento acerca do assunto, e me permitiu entender o quanto é importante uma assistência de enfermagem na prestação dos cuidados da gestação de alto risco.

Os pontos positivos no acompanhamento do caso relatado e na elaboração do portfólio foram articular a teoria vista em sala de aula com a prática em campo de estágio e conseguir a autorização da instituição hospitalar e da paciente para a coleta de dados e imagens, colaborando para a realização e construção deste trabalho com empenho e qualidade.

WEMERSON RAFAEL ROMÃO

4 CONCLUSÃO

As vivências relatadas neste portfólio foram de suma importância para nosso conhecimento prático/teórico, pois buscamos ter uma visão holística da mulher desde seus primeiros dias de gestação até o puerpério, entendemos e vivenciamos a atuação do Enfermeiro e a sua importância relacionada a saúde.

O profissional de enfermagem deve conhecer bem o caso da paciente, para que o mesmo possa sanar o problema escolhendo as melhores estratégias e sempre orientando a gestante e seu acompanhante sobre possíveis complicações na hora do parto e sobre a importância de se fazer o acompanhamento médico durante toda a gestação.

O enfermeiro exerce um papel fundamental no acompanhamento da saúde da mulher como assistência no pré-natal de baixo risco, apoio no trabalho de parto e auxílio no período puerperal como a promoção do aleitamento materno por meio da comunicação, oferta de informações dos benefícios do leite materno, ensinamentos da posição e pega adequada que são essenciais para prevenção das principais intercorrências mamárias e sanção de dúvidas das puerpéras.

Portanto as experiências das vivências por cada um de nós, a elaboração do portfólio e ainda a relação dos assuntos escolhidos por nós acadêmicos reafirmaram que é fundamental a atuação do enfermeiro e ainda nos permitiu observar que nossa profissão oferta benefícios a curta e longa prazo para saúde da mulher. Com isso enfatiza a certeza de que nós futuros enfermeiros somos essenciais para um bom funcionamento dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, E. M. et al. **Manual de consulta rápida para os profissionais de saúde**. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. São Paulo, 2017.

ANDERSON, M.S.; HAY, W.W. **Restrição do crescimento intra-uterino e o recém-nascido pequeno para idade gestacional**. Avery neonatologia fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 448-478. 2017.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, v. 27, n. 6, p. 1053-64, out. 2011.

BARBOSA, T. L. A., GOMES, L. M. X., DIAS, O. V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 29-35, 2011

BATISTA, K. R. A; FARIAS, M. C. A. D; MELO, W. S. N. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde em debate**, v. 37, p. 130-138, 2013.

BRANDÃO, E. C.; et al. Caracterização da comunicação no aconselhamento em amamentação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 355-65, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede interagencial de informações para a saúde**. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2013b. Disponível em: <<http://tabnet2.datasus.gov.br>>. Acesso em: julho, 2019

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS publica novas regras para o parto na saúde suplementar**. Fev. 2016a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso: julho, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011 (BR) [Internet]**. Dispõe sobre os planos de ação regional e municipal da Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html
Acessado em: 13 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos PósVacinação**. Estratégia de Vacinação contra o Vírus Influenza Pandêmico (H1N1). Brasília, DF: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 320 p. (Caderno de Atenção Básica n. 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. 5a ed, Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 304 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres**. Brasília; Ministério da Saúde. p.40; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica, nº 23. **SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<https://www.bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 03/01/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretariade Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. - Brasília: Ministério da Saúde, p.160. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde da mulher**. O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 232 p

BULLON, R. B.; et all. A influência da família e o papel do enfermeiro na promoção do aleitamento materno. Universidade: **Ciências da Saúde**, v. 7, n. 2, p. 49-70, 2010.

CABRAL, P. P.; et all. Motivos do sucesso da amamentação exclusiva na perspectiva dos pais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 454-62, 2013.

CARLI, R.D.; COSTA, M.C.; SILVA, E.B.; RESTA, D.G.; COLOMÉ, I.C.S. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Texto & Contexto Enferm**. 23(3):626-32. 2014.

COSTA, J. R.; COSTA, A. Tipos e vias de abordagem cirúrgica em histerectomia e sua relação com lesão do sistema urinário. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, v. 11, n. 1, p. 46-56, 2017.

DE LEÃO, B. C. C.; DA CRUZ, M. R. Gerenciamento de crises em anestesia obstétrica: anestesia na síndrome hemorrágica. **RevMed Minas Gerais**, v. 28, n. Supl8, p. S55-S62, 2018.

DE LIMA, E.R. et al. Resultados maternos e perinatais em gestações com placenta prévia com e sem acretismo em maternidade terciária. **Revista de Medicina da UFC**, v. 55, n. 1, p. 18-24, 2015.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA. **Promoção do aleitamento materno na atenção básica**. Florianópolis, SC, 2016.

DIAS, A. P. A. et al. Placenta prévia como causa de hemorragia anteparto. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 20, n. 2, supl. 1, p. S126-S128, 2010.

DOMINGUES, R.M.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; DIAS, M.A.B.; LEAL, M.C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Publica [Internet]**. 28(3):425-37. 2012.

DUARTE, M. M. P.; FREIRE, E. E. G.; DE OLIVEIRA, J. F. B. Assistência de enfermagem à gestante em trabalho de parto prematuro. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 7, 2015.

FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – **A importância de três vacinas na gestação**. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/?p=11140>>. Acesso em: 14 ago 2019.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Aleitamento Materno**, 2015.

FILHO, A. V. L. et al. Conduas anestésicas nas síndromes hemorrágicas obstétricas. **Rev,Med de Minas Gerais**, 2009.

FREIRE, C. M. V.; TEDOLDI, C. L. Hipertensão arterial na gestação. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 93, n. 6, supl. 1, p. 159-165, 2009.

GASPARETTO, C. A.; FERNANDES, I. A. Assistência de enfermagem a gestante com placenta prévia. **Rev. Gestão & Saúde**, v. 12, p. 27-33, 2015.

GONZALEZ, T. N.; CESAR, J. A. Posse e preenchimento da Caderneta da Gestante em quatro inquéritos de base populacional. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 2, p. 375-382, 2019.

GRISOLI, N. M. L. A recente queda na epidemia de cesarianas no Brasil: uma análise sócio-demográfica. **Academus Revista Cinetífica da Saúde**, v.3, n.1, p.24-38, 2018.

HERGESSEL, N.M; LOHMANN, P.M. Aleitamento materno na primeira hora após o parto. 2017. 18f; trabalho de conclusão de curso- Centro Universitário Univates, Lajeado, 2017.

LEAL, M.C.; THEME-FILHA, M.M.; MOURA, E.C.; CECATTI, J.G.; SANTOS, L.M.P. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Rev Bras Saúde Mater Infant.** 15(1):91-104. 2015.

LEITE, M.F.F; et al. Promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido por profissionais da enfermagem. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 20, n. 2, 2016.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 21, n. 3 pp. 913-922. 2016.

LEVY, L.; BERTOLO, H. **Manual de Aleitamento Materno, comité português para a UNICEF.** Comissão Nacional, 2012. Disponível em: <<https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>>. Acesso em: 22/02/2019.

LIMA, D. S. **Procedimentos mínimos ofertados à gestante de risco habitual no pré-natal, em São Luís – MA.** Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Maranhão. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. São Luís. 2018.

LOUZEIRO, E.M.; QUEIROZ, R.C.C.S.; SOUZA, I.B.J.; CARVALHO, L.K.C.A.A.; ARAÚJO, T.M.E. A importância da vacinação em gestantes: uma revisão sistemática da literatura no período de 2003 a 2012. **Rev Interd.** 7(1):193-203. 2014.

MATTOS, L. M. B. B. DE.; CAIAFFA, W. T.; BASTOS, R. R. ; TONELLI, E. Oportunidades perdidas de imunização antitetânica de gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica [online]**. vol.14, n.5, pp.350-354. 2003.

MENDONÇA, A. S. de. **Prevalência de histerectomia pós-parto em maternidade pública do Estado de Sergipe.** 2018.

MONTENEGRO, C. A. B., FILHO, J. R. **Rezende Obstetrícia.** – 13 ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

MOTTA, M.D.C. et al. Educação em saúde junto a idosos com hipertensão e diabetes: estudo descritivo. **Revista UNINGÁ Review.** Vol. 18, n. 2, p. 48-53. 2014

MURAHOVSKI, J. Tétano dos recém-nascidos: Revisitado. **Revista Paulista de Pediatria.** São Paulo, v. 26 n. 4, p. 312-314, dez. 2008.

NASCIMENTO, R.R.P. Escolha do tipo de parto:Fatores relatados por puérperas. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. 36:119-26. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0119.pdf>>. Acesso em: 13 ago 2019

OLIVEIRA, C. S.; et all. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 16-23, 2015.

PACHECO, A. J. **Vacinação da gestante no pré-natal – revisão integrativa da literatura**. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campo Gerais/MG. f.56. 2011.

PADILHA, R. Q. al. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 23, n. 12. p. 4249-4257. 2018.

PEREIRA, M. I. B. A. **Placenta Prévia**: Classificação e Orientação Terapêutica. 2013.

PIMENTEL, T.A.; OLIVEIRA-FILHO, E.C. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. **Universitas: Ciênc Saúde [Internet]**. 14(2):187-99. 2016.

PONTES, A. M.; et al. As repercussões do aleitamento materno exclusivo em crianças com baixo peso ao nascer. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 354-361, jun. 2013.

RAGAGNIN, M.V. et al. Abordagem da equipe de enfermagem acerca do parto humanizado no pré-natal: uma visão narrativa. **Rev.Fund Care Online**, 9(4):1177-1182. 2017.

RAMILO, I. et al. Postpartumhysterectomy: 15-year review. **Acta Obstetrica e Ginecologica Portuguesa**, v. 9, p. 16-22, 2015.

RAMOS, A.S.M.S. et al. Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na atenção primária. **J Manag PrimHealth Care**, 2018.

RODRIGUES, A. S. et al. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DE CUIDADOS A GESTANTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Revista da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA**, Ariquemes, v.9, n. ed esp, p. 540-546, 2018.

ROSA, C. Q. et al. Factors associated with lack of prenatal care in a largemunicipality. **Revista Saúde Pública**, 48(6):977-84. 2014

SANTANA, D.S. N., MAIA FILHO, N. L., MATHIAS, L. **Conceito, diagnóstico e tratamento de placenta prévia acreta com invasão de bexiga: revisão sistemática da literatura.** Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ) – Jundiaí (SP), Brasil. 2010.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N. A.; MARCIENI, A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. v. 21, n. 62, pp. 589-599. 2017.

SILVA, N. M.; et al. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília. Vol. 67, n. 2 (mar./abr. 2014), p. 290-295, 2014.

SOUZA, L. C. **Expectativas de gestantes adolescentes relacionadas à assistência no pré-natal e parto.** Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Rio de Janeiro. Março, 2018.

STAHL, A. D. HISTERECTOMIA: CLASSIFICAÇÃO, VIAS DE ACESSO E INDICAÇÕES. **Revista UNIPLAC**, v. 5, n. 1, 2017.

VIEIRA, S. N. et al. Avaliação da assistência de enfermagem na hemorragia pós-parto. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 12, p. 3247-3253, 2018.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl., p. S85-S100, 2014.

WHO. World Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion.** Geneve: WHO; 1986

ZUGAIB, M., FRANCISCO, R. P. V. **Zugaib Obstetrícia.** – 3 ed. – Barueri/SP: Manole, 2016.

ANEXOS

ANEXO A – Autorização para coleta de dados, uso de imagens e observação de procedimentos.

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS, USO DE IMAGEM E OBSERVAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Por meio deste instrumento particular, dou plena autorização e consentimento ao Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), através do aluno _____ RG _____ para realizar observações de procedimentos a serem efetuados por funcionários do Hospital _____ juntamente com a coleta de dados necessários.

Declaro que tenho conhecimento do principal objetivo do aluno que é observar as técnicas de tratamento para elaboração do Portfólio do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do UNILAVRAS e que estou de pleno acordo.

Comprometo-me a fornecer informações solicitadas a fim de permitir o bom andamento da observação.

Autorizo também a utilização de imagens e informações sobre o tratamento realizado, através de fotos, vídeos ou qualquer outro meio, desde que estas tenham finalidades de ensino ou pesquisa e sejam respeitados os códigos de ética.

Declaro que conheço e aceito a observação do aluno.

A presente autorização é feita com caráter gratuito, sem qualquer ônus para o UNILAVRAS.

Lavras, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do responsável

ANEXO B – Autorização da paciente para observação de procedimentos.

AUTORIZAÇÃO PARA OBSERVAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Paciente: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ RG: _____ CPF: _____
Rua: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Tel.: _____
Nome do Responsável: _____
RG Responsável: _____ CPF: _____

Por este instrumento particular, dou plena autorização e consentimento ao Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), através do aluno _____, RG _____ para realizar observações dos procedimentos necessários ao tratamento de minha pessoa, acima qualificada, de acordo com os conhecimentos enquadrados nestas especialidades.

Declaro que tenho conhecimento do principal objetivo do aluno que é observar as técnicas de tratamento para elaboração do Portfólio do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC do UNILAVRAS e que estou plenamente de acordo.

Comprometo-me a fornecer informações solicitadas a fim de permitir o bom andamento da observação.

Autorizo também a utilização de imagens e informações sobre o tratamento realizado, através de fotos, vídeos ou qualquer outro meio, desde que estas tenham finalidades de ensino ou pesquisa, e sejam respeitados os códigos de ética.

Declaro que conheço e aceito a observação do aluno.

A presente autorização é feita em caráter gratuito, sem qualquer ônus para o UNILAVRAS.

Lavras, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do paciente