

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DANIELE MOREIRA DE LIMA

O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO CIRÚRGICO: APLICAÇÃO DE
UM MODELO DE CUIDADO

CURITIBA
2013

DANIELE MOREIRA DE LIMA

O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO CIRÚRGICO: APLICAÇÃO DE
UM MODELO DE CUIDADO

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall

CURITIBA
2013

Lima, Daniele Moreira de

O cuidado de enfermagem no puerpério cirúrgico: aplicação de um modelo de cuidado / Daniele Moreira de Lima – Curitiba, 2013.

144 f. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Marilene Loewen Wall
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013.

Inclui bibliografia

1. Cuidados de enfermagem. 2. Puerpério. 3. Cesárea. I. Wall, Marilene Loewen. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 618.20231

TERMO DE APROVAÇÃO MESTRADO

DANIELE MOREIRA DE LIMA

O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO CIRÚRGICO: APLICAÇÃO DE UM MODELO DE CUIDADO

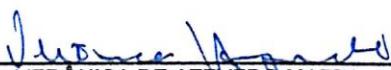
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa "Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem", do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a): 

Profa. Dra. MARILENE LOEWEN WALL
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Profa. Dra. TELMA ELISA CARRARO
Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC



Profa. Dra. VERÓNICA DE AZEVEDO MAZZA
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 27 de NOVEMBRO de 2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às puérperas que participaram do meu estudo, que me permitiram seguir com elas nesta caminhada. Espero que estejam bem, com saúde e felizes na companhia de seus familiares.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida, pela saúde e pelas tantas bênçãos recebidas em minha vida.

À meus pais, Sebastião e Eunice, pela educação e pelo imenso incentivo na conquista de meus sonhos.

À meu amado esposo Emerson, pelo amor, carinho, incentivo e apoio durante o mestrado. Obrigada por me fazer feliz!

Às minhas colegas de turma, especialmente às minhas amigas Ana Paula e Albimara. Obrigada pelo companheirismo! Vocês tornaram essa caminhada mais leve e divertida.

À minha querida amiga Ana Cristina, pelo carinho, paciência e ajuda.

Ao Departamento de Enfermagem da UNICENTRO pelo apoio, e as minhas colegas das disciplinas de Saúde da Mulher e Criança e Saúde Coletiva, por me compreenderem e me apoiarem durante o mestrado.

À minha Professora Orientadora, Dra. Marilene Loewen Wall, obrigada pela paciência, carinho, incentivo e pelos ensinamentos, profissionais, acadêmicos e pessoais, que me ajudaram tanto nestes últimos dois anos.

Às Professoras Dras. Telma Elisa Carraro e Verônica de Azevedo Mazza, componentes da minha banca de qualificação e defesa. Obrigada pelas correções e sugestões neste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR e demais professores, pelos dois anos de aprendizado, e pela oportunidade de estudar nesta instituição.

“Diante de uma crise ou de um desfecho potencialmente ruim, acrescente uma mistura de carinho e serenidade a sua capacidade técnica”.

RICCI

RESUMO

LIMA, D. M. **O Cuidado de Enfermagem no Puerpério Cirúrgico**: Aplicação de um Modelo de Cuidado. 2013. 144 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall.

O puerpério é um período de transição, de adaptações, transformações físicas, biológicas e emocionais. Em virtude disso, a puérpera necessita de cuidados que contemplem essas dimensões. O puerpério cirúrgico, aquele decorrido após a cesariana, por se tratar de uma cirurgia, pode expor a mulher a maiores chances de alguns riscos, como hemorragia, infecção, dificuldades no aleitamento materno e na construção do vínculo entre mãe e bebê, além de aumentar o tempo de recuperação no pós-parto. Dessa forma, a enfermagem precisa lançar mão de instrumentos, como os modelos de cuidado, que possibilitem cuidar de mulheres no puerpério cirúrgico, capaz de visualizá-las e considerá-las em todas as suas dimensões, garantindo-lhes um cuidado integral e humanizado. Neste sentido, desenvolveu-se esta pesquisa, que teve como objetivo descrever o cuidado de enfermagem prestado à puérperas submetidas à cesárea, a partir do Modelo de Cuidado de Carraro. Esta foi uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, que utilizou como referencial teórico e metodológico o Modelo de Cuidado de Carraro (MCC, 1994). Foi realizada em uma maternidade, localizada no interior do estado do Paraná, e fizeram parte do estudo nove mulheres que se encontravam no puerpério imediato após a cesariana. Com base no referencial teórico utilizado, essas mulheres foram cuidadas pela pesquisadora durante o internamento, e para aquelas que se fazia necessário, foram realizadas visitas domiciliares. Os dados foram coletados nos meses de março, abril e maio de 2013, e a análise dos mesmos aconteceu sob a perspectiva da última etapa do Modelo de Cuidado proposto por Carraro: acompanhando a trajetória. Assim evidenciou-se que o MCC fornece ao enfermeiro condições e ferramentas necessárias para cuidar de mulheres e suas famílias no puerpério cirúrgico. Este garante a interação e criação de vínculo entre cuidadora e ser humano cuidado. Propicia o reconhecimento e a prevenção de riscos de infecção hospitalar que a puérpera está exposta. Possibilita reconhecer e estimular as fontes de apoio que a mulher possui para percorrer pelo puerpério, além de identificar os fatores que contribuem para potencialização e/ou enfraquecimento de seu poder vital, e por fim, proporciona a execução de cuidados de enfermagem de acordo com as suas necessidades. Por meio da pesquisa, compreendeu-se que o cuidado de enfermagem realizado à mulher no puerpério cirúrgico por meio do MCC, objetiva controlar e promover a recuperação do corpo físico após a cirurgia, porém, vai além dessa possibilidade, pois perpassa a dimensão biológica do ser, culminando em um cuidado múltiplo, composto por várias facetas, no qual as dimensões social, cultural e espiritual devem ser consideradas, refletindo em um cuidar humanizado. É necessário cuidar de mulheres no puerpério cirúrgico respeitando suas particularidades, bem como as visualizando na sua integralidade, princípios norteadores para o cuidar em enfermagem.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Puerpério. Cesárea.

ABSTRACT

LIMA, D.M. **The Nursing Care in the Puerperium Sugical**: Applying a Model of Care. In 2013. 144 f. Dissertation [Nursing Master] – Federal University of Paraná, Curitiba. Advisor: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall.

The puerperium is a transitional and an adaptation period with physical, biological and emotional transformation. As a result, the woman who has recently given birth needs care to behold these dimensions. Surgical postpartum period, which elapsed after cesarean section, may expose women to greater chances of some risks, such as bleeding, infection, difficulties in breastfeeding and building the bond between mother and baby, as well as increasing recovery time postpartum. In this way, nursing needs to make use of instruments as the models of care which allow taking care of women in puerperium. These instruments must be able to view and consider women in all their dimensions, guaranteeing them full and humanized care. Thus, this research was developed with the aim of describe the nursing care provided to postpartum women undergoing cesarean section, from the Model of Care of Carraro. This was a descriptive and qualitative study, which used as a theoretical and methodological framework the Model of Care of Carraro (MCC, 1994). The research was performed in a maternity, placed within the state of Paraná, and nine postpartum after cesarean women were recruited. Based on the theoretical framework used, these women were cared for by the researcher during hospitalization and for those who needed, home visits were made. Data were collected in the months of March, April and May 2013, and their analysis came from the perspective of the last stage of the model proposed by MCC: accompanying the trajectory. Thus it became clear that MCC provides nurses the conditions and tools which are necessary to care for women and families in the surgical postpartum. This ensures interaction and creating a bond between caregiver and human care and also provides recognition and prevention of risk of nosocomial infection that postpartum is exposed. Makes it also possible to recognize and encourage the sources of support that the woman has to go through the postpartum period, and identify the factors that contribute to improving and/or weakening of its vital power, and finally provides the implementation of nursing care in accordance with the their needs. Through this research, it was understood that nursing care is carried out to women in the surgical postpartum through MCC, aim to monitor and promote the physical recovery of the body after surgery, however, goes beyond this possibility, it pervades the biological dimension of being, culminating in a careful manifold, composed of several facets, in which social, cultural and spiritual dimensions must be considered, reflecting a humanized care. It is necessary to care for the surgical postpartum women respecting their particularities, as well as viewing in its entirety, guiding principles for nursing care.

Keywords: Nursing Care. Puerperium. Cesarean.

LISTA DE SIGLAS

AC	- Alojamento Conjunto
BCF	- Batimento Cardíaco
CC	- Centro Cirúrgico
CME	- Central de Materiais Esterilizados
DHEG	- Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DIP	- Desaceleração Intra Parto
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MCC	- Modelo de Cuidado de Carraro
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OS	- Occipito Sacro
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	- Programa de Humanização do Parto e Nascimento
RN	- Recém-nascido
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAS	- Sistema de Assistência à Saúde
SMS	- Short Message Service
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.2 O CUIDADO.....	17
2.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	21
2.3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO.....	24
2.3.1 O Puerpério e suas Adaptações Biofisiológicas.....	27
2.3.2 O Puerpério e suas Adaptações Psicoemocionais.....	31
2.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO CIRÚRGICO.....	35
2.5 MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	41
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	47
3.1 MODELO DE CUIDADO DE CARRARO (MCC, 1994).....	47
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	57
4.1 PESQUISA DESCRITIVA.....	57
4.2 ABORDAGEM QUALITATIVA.....	57
4.3 O ESPAÇO DA PESQUISA.....	58
4.4 AS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	59
4.5 A COLETA E O REGISTRO DOS DADOS.....	60
4.6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	62
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO.....	63
5 APRESENTANDO A TRAJETÓRIA QUE VIVENCIEI E AS ETAPAS DO MCC (1994).....	64
5.1 CONHECENDO-NOS.....	66
5.2 RECONHECENDO A SITUAÇÃO.....	77
5.3 DESENHANDO O TRAJETO E SELECIONANDO AS ESTRATÉGIAS....	82
5.4 SEGUINDO E AGINDO.....	85
6 ACOMPANHANDO A TRAJETÓRIA.....	90
6.1 CONHECENDO-NOS.....	91
6.2 RECONHECENDO A SITUAÇÃO.....	94
6.3 DESENHANDO O TRAJETO E SELECIONANDO AS ESTRATÉGIAS....	106
6.4 SEGUINDO E AGINDO.....	108

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
REFERÊNCIAS.....	116
ANEXOS.....	127
APÊNDICES.....	140

INTRODUÇÃO

A maternidade é um evento único, recoberto de sentidos diferenciados para cada mulher e família. Independente de seu significado ou vivência é uma situação expressiva, que envolve o entrelaçamento de diversos aspectos.

A consolidação do processo de maternidade acontece realmente após o parto, no chamado puerpério. Para Araújo (2012), no período puerperal, o organismo da mulher passa por profundas modificações a fim de retornar ao estado anterior à gestação e ao parto, ou seja, ao estado pré-gravídico. Este período inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e seu término é imprevisível, pois enquanto durar o período de amamentação, fisiologicamente a mulher continua a sofrer modificações.

Rezende e Montenegro (2013) dividem o puerpério em três etapas: imediato, considerado do 1º ao 10º dia depois do parto; tardio, do 10º ao 45º dia e remoto, considerado além do 45º dia. No primeiro, predominam os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas e hiperplasiadas durante a gestação; no segundo, surge um período de transição em que as funções maternas começam a ser influenciadas pela lactação; e por último o período remoto, com duração não delimitada. No entanto, considera-se que estas fases têm limites imprecisos e são cronologicamente variáveis de mulher para mulher.

Durante o puerpério, porém, não ocorrem somente modificações biológicas, como as referidas acima, acontecem também modificações e adaptações psicológicas que expõem a mulher a certa vulnerabilidade. Conforme enfoca Branden (2000), neste momento, a mulher fica susceptível a certas intercorrências, tais como hemorragias, infecções, agravos relacionados à lactação, depressão puerperal, entre outras. É considerado, segundo Cabral (2007) um período crítico e de transição e sua complexidade pode ser conferida pelo entrelaçamento de aspectos biológicos, psicológicos, emocionais, comportamentais, relacionais, socioculturais, econômicos e por questões de gênero.

Neste sentido, percebe-se que a chegada de um bebê, tenha sido ele planejado ou não, altera toda a dinâmica de vida das mulheres, agora mães, e também de suas famílias. As novas demandas da maternidade exigem da mulher

organização, adaptação e discernimento para gerenciar sua rotina pessoal e também de sua família.

Além de todas essas alterações e adaptações que a mulher puérpera está exposta, ainda existe a possibilidade de a mesma encontrar-se em um puerpério cirúrgico, ou seja, a via de parto escolhida, por ela ou pelo profissional que a assistiu, ter sido a cesariana.

A cesariana é definida como o “nascimento do feto mediante incisão nas paredes abdominais”. Essa técnica tem feito parte da “cultura oriental e ocidental desde tempos remotos” (MARTINS-COSTA *et al.*, 2006, p. 282), tornando-se um dos procedimentos cirúrgicos mais conhecidos e executados na atualidade, devido ao aumento progressivo de suas taxas, variando entre países, regiões e subpopulações. (GULLO *et al.*, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), a cesariana, além de aumentar o tempo de recuperação da puérpera, ainda apresenta os riscos do próprio ato cirúrgico, tais como a anestesia, incisão, e de toda a complexidade que envolve uma cirurgia. Isso tudo pode contribuir para o aumento das taxas de mortalidade materna, principalmente se considerado o risco de adquirir infecção e hemorragia.

Medeiros e Souza (2010) enfatizam que a cesárea, por se tratar de um procedimento cirúrgico e invasivo, tem associado em seu pós-operatório um grande número de complicações, das quais se pode citar além do risco de hemorragia, infecção de parede abdominal, endometriose e tromboflebite.

As afirmações acima feitas referentes à cesariana, não tem por finalidade entrar no mérito da discussão, presente no âmbito da atenção gravídica puerperal, sobre a real e correta indicação da via de parto, bem como suas vantagens e desvantagens, mas sim demonstrar o entrançamento dos vários aspectos que envolvem o período puerperal, a mulher e sua família, tornando-se mais complexo quando se trata de um puerpério cirúrgico.

É importante reforçar que, com a implantação do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 (BRASIL, 1984), muito se tem investido na atenção à saúde feminina, o que disso resulta uma indiscutível evolução nas demandas relativas ao ciclo gravídico puerperal. Porém, mesmo com essa notável evolução, percebe-se que a assistência à saúde no que diz respeito ao período puerperal ainda é deficiente.

Farias (2008) afirma que, comparando com outras fases do período gravídico puerperal, no puerpério as mulheres ficam mais desassistidas, caracterizando esse período como o período esquecido pelas entidades de assistência à saúde. Frequentemente a mulher vivência seu puerpério sozinha, sendo reconhecida como mãe e nutriz, visualizada apenas como um ser biológico, tornando-se pouco valorizada como mulher ou ainda vista como ser que dispensa atenção para adaptar-se a nova realidade.

Conforme aponta Stefanello (2005), a consulta puerperal até o 10º dia ainda não é prioridade nos serviços de saúde, e quando acontece, tem seu enfoque voltado para o controle da involução das modificações gravídicas e indicação de métodos contraceptivos, dirigindo a atenção da consulta para o controle do processo reprodutivo e da fecundidade, ou mesmo, reafirmando o sentido da maternidade, realizando orientações sobre aleitamento materno e cuidados com o bebê.

Ainda, há de se considerar, que durante o pré-natal e parto exista uma carência de orientações a essa mulher, dessa forma, a mesma retorna para seu domicílio, especialmente nas duas primeiras semanas, repleta de dúvidas e inseguranças, pois com a medicalização e expropriação do corpo feminino, as mulheres ficaram a mercê do discurso médico científico para exercerem o cuidado à saúde, o que as faz sentirem-se sem potencial e menos confiantes em si mesmas para desempenhar o cuidado de si e do bebê, reduzindo sua auto-estima e aumentando sua insegurança. (STEFANELLO, 2005).

Nesse sentido, ressalta-se a necessidade que a assistência à mulher no período pós-parto englobe os aspectos físicos, emocionais e relacionais, considerando toda a singularidade deste momento. Dessa forma, destaca-se a importância do profissional enfermeiro na atenção ao puerpério.

Para que o enfermeiro consiga visualizar a mulher puérpera em todas as suas dimensões, satisfazendo suas necessidades de cuidado, e prestando uma assistência de maneira integral, é necessário que este sistematize o cuidado, pois a enfermagem não pode mais basear sua prática em tradição, em crenças ou intuitivamente, como era nos primórdios dessa profissão, período este anterior à Florence Nightingale, e que muito tem evoluído ao longo do tempo. Dessa forma, existem métodos que facilitam a sistematização da prática do profissional enfermeiro, como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e os Modelos de Cuidados.

A SAE é uma metodologia científica, que confere maior autonomia aos enfermeiros e maior segurança aos clientes, além de melhorar a qualidade da assistência prestada. Permite que os profissionais apliquem seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência, tendo respaldo científico, segurança e direcionamento para as atividades realizadas, aumentando a credibilidade e a visibilidade da enfermagem. (TANNURE e PINHEIRO, 2011; COREN, 2009).

Com o mesmo intuito da SAE, os modelos de cuidado nos auxiliam a perceber que a prática de nossa profissão não é somente uma “ordenação de procedimentos mais ou menos constantes (...), é um procedimento dinâmico, mutável e criativo, (...) processo conhecível, objetivo, programável e decifrável”. (CARRARO, 2001, p. 12).

Wall (2008), define Modelo de Cuidado de Enfermagem como

Um conjunto teórico, representado em um diagrama, formado pelos quatro conceitos centrais da Enfermagem (Enfermagem, meio ambiente / sociedade, ser humano e saúde/doença) e por pressupostos baseados em teorias. Tal modelo, cuja função é nortear o processo de cuidado de Enfermagem sistematizando suas ações, tem fundamentação filosófica e está sustentado por uma estrutura teórica, que inter-relaciona os pressupostos, os quatro conceitos básicos de Enfermagem e uma metodologia de cuidado. Um modelo de cuidado de Enfermagem ainda pode trazer em sua concepção outros conceitos que se façam necessários. (WALL, 2008, p. 121).

Carraro (2001, p.12) enfatiza que, quanto mais claro e definido estiver o suporte teórico do modelo aplicado, “maior será a segurança e a realização profissional do Enfermeiro, maior será o direcionamento da equipe de Enfermagem” resultando em uma “assistência de Enfermagem adequada às necessidades apresentadas pelo ser humano assistido”.

Baseado nas exposições acima, e conforme os objetivos propostos para este estudo utilizou-se como referencial teórico metodológico o Modelo de Cuidado de Carraro (CARRARO, 1994; WALL, 2008), concebido à luz de um suporte teórico já definido, qual seja, Florence Nightingale.

O interesse em desenvolver este estudo, emergiu de uma realidade observada na prática profissional, enquanto enfermeira obstétrica, atuante em serviços de assistência à saúde da mulher, e também como docente nesta mesma área. Desde a graduação encanto-me com a obstetrícia, especialmente com a consolidação do processo de maternidade, o puerpério.

Como mulher e enfermeira, mesmo ainda não sendo mãe, entendo que o puerpério é um momento sublime, transformador, envolto em particularidades e peculiaridades de cada ser que o sente. Compreendo também, que este período é caracterizado como um período de transição e de adaptações, não somente devido às questões biológicas e físicas, mas também de ordem emocional e/ou psicológica, podendo deixar a mulher feliz ou triste, vulnerável ou empoderada para transcorrer e viver este momento.

Na minha prática diária, noto que para muitos profissionais da área obstétrica, depois do decorrer do parto, a mulher fica isenta de cuidados. Após este momento, as atenções se voltam em torno do bebê, seus cuidados, vacinas, amamentação, exigindo da puérpera que esta desempenhe seu papel materno, sem compreender sua singularidade e suas necessidades inerentes ao período.

Isto pode ter reflexos diretos na realidade brasileira referente a mortalidade materna, a qual poderia ser evitada em 92% dos casos, pois em sua maioria estão associadas a qualidade da atenção dispensada na gestação, parto e puerpério. (CARRENO, 2012). E mesmo que não seja a morte, resulta também em morbidades e agravantes, como hemorragias, infecção puerperal, depressão pós-parto dentre outros, que interferem no processo saudável e fisiológico da maternidade.

Compreendo também que quando se trata de um pós-parto de cesárea, por ser considerado um procedimento cirúrgico, a mulher tem suas necessidades de cuidados intensificadas, pois a dependência de outras pessoas, especialmente no puerpério imediato, tais como dificuldade de amamentar, de cuidar de si, de lidar com afazeres domésticos, dor, desconfortos, dúvidas, bem como mitos e tabus podem torná-la susceptível, carecendo de uma equipe, especialmente equipe de enfermagem, que a cuide embasado em um referencial teórico/filosófico humanista.

Desta forma, através do exposto anteriormente, reconheço o puerpério cirúrgico como um momento envolto em particularidades, singularidade e também de riscos, o que justifica o meu interesse pela temática e o desenvolvimento deste estudo.

Assim, com o intuito de buscar subsídios e contribuir com os avanços do corpo de conhecimentos dos cuidados de enfermagem dispensados a puérpera, esse estudo possui a seguinte questão norteadora: qual o cuidado de enfermagem prestado à puérperas submetidas à cesárea, a partir do Modelo de Cuidado de Carraro?

Para responder a esta questão, traçamos como objetivo, descrever o cuidado de enfermagem prestado à puérperas submetidas à cesárea, a partir do Modelo de Cuidado de Carraro, o qual norteou a presente pesquisa e o processo de cuidado da pesquisadora às participantes do estudo, sistematizando suas ações.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta revisão de literatura, foram abordados quatro assuntos principais: O primeiro teve como foco o cuidado, sua origem, suas acepções e características; Posteriormente, ainda no mesmo capítulo, discorre-se sobre o cuidado de enfermagem, seus objetivos e forma de concretização.

Na sequência, abordou-se sobre o cuidado de enfermagem no período puerperal, esclarecendo seus significados, e a importância deste período ser compreendido pela enfermagem como um momento peculiar para cada mulher e sua família que o vivencia. Ainda, tratou-se neste capítulo sobre as adaptações biofisiológicas e psicoemocionais desta fase.

Em seguida, explanou-se sobre a cesariana, seu histórico, indicações e epidemiologia e os cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o puerpério cirúrgico. Por fim, finalizou-se esta revisão destacando alguns aspectos da estrutura do conhecimento da Enfermagem, enfocando os Modelos de Cuidado.

2.1 O CUIDADO

O cuidado é essencial à vida. É ele que nos faz existir, por isso nesta revisão de literatura torna-se importante buscar a compreensão de seu significado.

A palavra cuidado significa *cura = coera* em latim, usada no âmbito das relações humanas como sinônimo de amor e de amizade. Também deriva de *cogitare-cogitatus*, cujo sentido se refere a cogitar e pensar no outro, colocar a atenção nele e demonstrar interesse. Está ligado a uma atitude de desvelo, de preocupação pela pessoa amada ou por algum objeto estimado. (BOFF, 2005).

Normalmente, o cuidado manifesta-se na preservação do potencial saudável das pessoas, além de depender de uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso. Por ser um conceito amplo, carrega consigo diversos significados: “Ora quer dizer solidarizar-se, evocando relacionamentos compartilhados entre cidadãos em comunidades, ora, dependendo das

circunstâncias e da doutrina adotada, transmite uma noção de obrigação, dever e compromisso social”. (SOUZA *et al.*, 2005, p. 267).

Indiferente a isso, o cuidado existe desde que há vida humana na terra, e é por meio deste que a vida se mantém ao longo do tempo. No início das civilizações, o homem, além de curar ferimentos, cuidava do território, das mulheres, das crianças, dos idosos e dos seus pertences, procurava manter a ordem social do grupo e garantir os suprimentos por meio da caça. As mulheres, por sua vez, eram responsáveis pelo cuidado para manter a vida humana, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de problemas e de cura. (NASCIMENTO *et al.*, 2006; BECERRIL *et al.*, 2010).

Então, por anos o termo cuidado não era associado a nenhuma profissão ou ofício, tendo apenas uma intrínseca relação com o gênero feminino, devido ao papel que as mulheres desempenhavam frente ao parto. (COELHO; FONSECA, 2005). Assim como os animais, a mulher lambia, nutria e alimentava, protegia e higienizava suas crias, além do ato de tocar, cheirar e afagar. (WALDOW, 2001). Elas cuidavam do “recém-nascido e do seu desenvolvimento, de outras mulheres na puberdade, gestação e parto, de adultos, idosos e moribundos”. (COELHO; FONSECA, 2005, p. 215).

Nos primórdios da existência humana, o cuidado era organizado em dois pólos: em um primeiro, o *corpo* era lugar de expressão da vida individual e coletiva, *templo da alma, sopro de vida*; em um segundo, tudo o que contribui para o abastecer, para o restaurar: *o alimento*. (COLLIÈRE, 1999). Porém, nesta época, a morte era presente e assustadora, e no instinto para defender a vida, o cuidar a afastava, criando-se os primeiros discursos sobre o mal e o medo.

Frente à isso, a metafísica surge diferenciando as práticas do bem e do mal, apontando forças benéficas e forças maléficas ameaçadoras presentes no universo. Dessa forma, entre coisas proibidas e permitidas, houve uma nova organização do cuidado, culminando em rituais confiados à Igreja católica, na figura do padre. (COELHO; FONSECA, 2005).

Para os autores supracitados, essa nova organização do cuidado fez com que se desprezassem as práticas tradicionais de cuidado, rompendo a “unidade corpo e espírito em relação com o universo”. Nessa nova concepção era dado valor ao espírito, e o corpo passou a ser visto como fonte de impurezas, fornicções e

malefícios, culminando em um saber baseado na doutrina de padres e clérigos. (COELHO; FONSECA, 2005, p. 215).

Com o advento da hospitalização, essa realidade veio parcialmente a ser modificada, especialmente após o nascimento da clínica, na qual os médicos assumiram o lugar de especialistas. Paulatinamente, os cuidados nascidos das experiências empíricas passam a ser substituídos pelas experiências científicas. Segundo Collière (1999) o objeto do cuidado agora se torna isolado, fragmentado, fendido, separado de outras dimensões, como o coletivo e social, no qual cuidar é simplesmente tratar e curar a doença.

Dessa forma, as práticas primitivas de cuidado com a vida, com a preservação da saúde e a cura das doenças, se transformaram com o passar do tempo, em função dos novos descobrimentos da ciência e tecnologia, das mudanças sociais, políticas, culturais e econômicas, da globalização e internacionalização da oferta de bens e serviços e da chamada revolução científica ou era do conhecimento. (COLLIÈRE, 1999; BECERRIL *et al.*, 2010).

Para Nascimento *et al.* (2006, p. 388), o processo de cuidado do ser humano acontece pelo cuidado popular e pelo profissional e “com o advento da racionalidade e a penetração cada vez maior do estilo científico na esfera social, o cuidado passa para o plano da profissão no que se refere a saúde dos indivíduos e é acomodado pelos profissionais”.

Ademais, o avanço tecnológico, fez com que o aperto de mão, o afago, o apoio e suporte, ou até mesmo o olhar carinhoso e amigo, fossem substituídos pela máquina, que passou a realizar o cuidado, e o cuidador voltou seus olhos para o manejo e controle desta máquina, esquecendo o ser humano que a ela está conectado. (WALDOW, 2001).

Diante do exposto acima, busca-se na atualidade, resgatar os sentidos do cuidar, defendendo-se um cuidar pensado, sentido e exercido de forma contextualizada, que integra o singular, o particular e o estrutural, alicerçado nas condições objetivas e subjetivas de quem cuida e de quem é cuidado. (COELHO; FONSECA, 2005).

Segundo Boff (1999, p. 91), cuidado significa “desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato” e “a atitude de cuidado pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade”, uma vez que a pessoa que cuida se sente envolvida afetivamente com o outro. Para este autor, “cuidar é mais que um

ato; é uma atitude. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. (BOFF, 1999, p. 33).

Nascimento *et al.*, (2006), inferem que a palavra cuidado traz a concepção de realizar uma ação por meio da atenção, de fazer algo, denotando preocupação, simpatia amor, carinho e dedicação para com alguém.

Para Boff (1999), o cuidado se atina na raiz primeira do ser humano, está presente em tudo, caracteriza como um modo de ser essencial, pois sem o cuidado ele deixa de ser humano, conquanto que se uma pessoa não receber cuidado desde o nascimento até a morte, acaba por se desestruturar, definhar e morrer, antes de completar seu ciclo de vida. (BOFF, 1999).

Com este pensamento, Boff (1999), nos leva a refletir que a principal característica do ser humano é colocar cuidado em tudo o que projeta e faz, pois o cuidado entra na constituição deste ser. “O cuidado constitui uma presença ininterrupta, em cada momento e sempre, na existência humana. Cuidado é aquela energia que continuamente faz surgir o ser humano”. (BOFF, 2005, p. 34).

Sendo assim, tem-se a compreensão de que o ser humano têm necessidade de se cuidar e de ser cuidado, portanto, o cuidar é considerado um ato de vida. Cada pessoa cuida de si mesma e cuida de quem depende dela, como crianças, idosos, enfermos e incapacitados. (BECERRIL *et al.*, 2010).

Para Souza, Sartor e Prado (2005, p. 267) cuidar implica colocar-se no lugar do outro, diante das mais diversas situações, quer na dimensão pessoal, ou na social. “É um modo de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais, dentre estas, o nascimento, a promoção e a recuperação da saúde e a própria morte”.

O cuidado refere-se às diversas ações oferecida ao outro ou praticadas por ele mesmo, podendo este ser previamente orientado pelo ser cuidador, sendo este muitas vezes um dos integrantes da equipe de enfermagem, levando em consideração o respeito às crenças e valores de quem é cuidado. Tendo em vista a promoção do bem estar do ser cuidado, permitindo-se entregar integralmente à assistência, dessa forma proporcionando uma estreita relação, na qual é possível observar atitudes como amor, carinho, simpatia, atenção (NASCIMENTO *et al.*, 2006, p. 396).

Neste sentido, baseado nos conceitos e inferências feitas acima, percebe-se que o cuidado apresenta uma estreita relação com a enfermagem, pois essa profissão o cultiva como foco central de sua essência, assunto abordado a seguir.

2.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM

A ligação da enfermagem com o cuidado remonta de tempos antigos, e no decorrer do desenvolvimento desta profissão, vários paradigmas influenciaram essa ligação. Carneiro (2008), remete que inicialmente o cuidar de enfermagem sofreu fortes influências religiosas, sendo centrado na disciplina e na obrigação em realizar tarefas. Nesta fase, a atenção dedicada aos doentes tinha o intuito de alcançar a vida eterna das cuidadoras. (KRUSE, 2006).

Essa prática, centrada na religião, começou a ser modificada com Florence Nightingale na segunda metade do século XIX. Nesta época, o cuidado na enfermagem começou a trilhar um novo caminho, realizado dentro de uma visão holística do ser, que considerava a influência do ambiente no comportamento humano. (NASCIMENTO *et al.*, 2006; SILVA, 1997).

O Modelo Nightingeliano se espalhou pelo mundo, e por anos influenciou os cuidados realizados pela enfermagem. Após Florence, já em meados do século XX, surgiram e se consolidaram mundialmente outros referenciais que afirmavam ser o cuidado a essência da profissão. (NASCIMENTO *et al.*, 2006). Na atualidade, existem diversos autores que se aprofundam em estudar o cuidado, inclusive enfermeiros, buscando defini-lo e esclarecê-lo, a fim de compreender seu significado.

O cuidado é considerado o foco central ou a essência da enfermagem, é o objeto de trabalho desta profissão. O cuidado é visto como o resultado do processo de cuidar, como experiências vividas entre as pessoas e como forma de interação entre enfermeira e ser cuidado. (WALDOW, 1992; PETERSON; ZDERAD, 1988).

Entretanto, com a evolução científica e tecnológica, em detrimento da valorização de aspectos humanísticos do cuidado, a enfermagem incorporou em sua prática técnicas e procedimentos, passando a seguir normas e regras para exercê-lo. Assim, a prática passou a ser centrada na cura da doença e não mais no sujeito. (BUENO; QUEIROZ, 2006).

Este modelo de cuidado, focalizado na doença, na técnica, e nos aspectos biológicos das pessoas influencia até hoje na formação e na prática da enfermagem, transformando o sujeito em objeto, visualizado em partes, com tratamento

mecanizado, sem considerar a individualidade do ser, constituindo o chamado modelo biomédico. (VIANNA; CROSSETTI, 2004).

A enfermagem, assim com as demais profissões que constituem a área da saúde apresentam reflexos deste “padrão” de cuidado. O enfermeiro tem-se distanciado dos cuidados diretos ao ser humano, priorizando outras atividades, tais como a de supervisão e administrativas, que também fazem parte de seu processo de trabalho diário. (NELSON, 2007).

Waldow (2001) descreve o cuidado não como uma tarefa ou atividade, mas como uma forma de expressão, de relacionamento consigo, com os outros e com o mundo, não podendo ser prescrito, nem seguir regras, mas sim, que este deve ser vivido, sentido, experimentado.

A compreensão mais ampla do paciente e de suas demandas não se esgota no domínio de uma técnica, mas implica a necessidade de uma formação mais ampla nas ciências humanas, o que vai se expressar nas atitudes, posturas e condutas nessa relação (SUCUPIRA, 2007, p. 626).

Para a enfermagem, cuidar consiste em empregar esforços transpessoais de um ser humano para outro, objetivando promover, proteger e preservar a humanidade, auxiliando o ser humano a encontrar significados no sofrimento, na dor, na doença e na existência humana. Significa ajudar outra pessoa à auto cura, controle e conhecimento, quando um sentimento de harmonia interior é renovado, independente de fatores externos. (WALDOW; LOPES; MEYER, 1998).

Outrossim, o cuidado de enfermagem “promove e restaura o bem estar físico, psíquico e o social e amplia as possibilidades de viver e prosperar” da pessoa humana. Nessa perspectiva, o cuidar em enfermagem se revela na prática como “um conjunto de ações, procedimentos, propósitos, eventos e valores que transcendem ao tempo da ação”. (SOUZA *et al.*, 2005, p. 04).

Dessa forma, os enfermeiros devem buscar em sua prática diária, além dos cuidados técnicos e biológicos, o interesse em valorizar a dimensão existencial do ser cuidado, desenvolvendo em si uma atitude humanística (SILVA; DAMASCENO, 2005), podendo essa estratégia ser eficaz para uma prática baseada no ser humano como um todo. (PINHO; SANTOS, 2007).

Este componente humanístico está na amplitude do cuidado de enfermagem, pois promove a continuidade da espécie humana saudavelmente

humanizada, incluindo as futuras gerações. Além do aspecto humanístico, insere-se também no âmbito da liberdade e da autonomia, do individual e do coletivo, pois o “cuidado de enfermagem deve ser um suporte para viver bem, promovendo condições para uma vida saudável e em benefício do bem comum”, bem como da construção da cidadania. (SOUZA *et al.*, 2005, p. 04).

Diante disso, nota-se que o cuidado de enfermagem é complexo, e para compreender o seu valor requer reflexões sob uma concepção ética, na qual contemple a vida como um bem valioso, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro, bem como suas escolhas, inclusive a escolha da enfermagem como uma profissão. (SOUZA; SARTOR; PRADO, 2005).

A forma, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o “fazer com”, a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença, a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a visão do outro como único, a percepção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano e o sorriso, são elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado (FIGUEIREDO; MACHADO; PORTO¹, 1995 *apud* SOUZA *et al.*, 2005, p. 269).

É com este pensamento que os profissionais de enfermagem, devem entender e praticar o cuidado. “É necessária mudança no modo de ser, pensar e agir do enfermeiro, para então conseguirmos transformar nosso cotidiano, e fundamentar nossa prática no cuidar do outro, respeitando sua individualidade”. (MONTEIRO, 2011, p. 22).

Nesta perspectiva, no período puerperal, a mulher, o bebê e família apresentam necessidades de cuidados próprios, podendo ser satisfeitas pelo profissional ou por membros de seu clã familiar, como verificado adiante.

¹ FIGUEIREDO, N.M.A.; MACHADO, W.C.A.; PORTO, I.S. Dama de Negro X Dama de Branco: o cuidado na fronteira vida /morte. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 139-49, 1995.

2.3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO

A história demonstra que o cuidar sempre esteve presente nas diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer, mesmo antes do surgimento das profissões. No que se refere à enfermagem, enquanto profissão, esta tem em seu foco central de ação o cuidado, considerado de grande abrangência e com várias finalidades, dentre elas, a possibilidade de desenvolver atitudes e comportamentos que visem aliviar o sofrimento, mantendo o bem estar do ser humano. (BORGES; SILVA, 2010).

O cuidado em enfermagem é complexo e dinâmico, fundamentado em conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político e psicoespiritual, com intuito de promover, manter ou recuperar a saúde, a dignidade e a totalidade humana. (ROCHA *et al.*, 2008).

Dessa forma, o cuidado no que se refere ao período puerperal é múltiplo, devido suas especificidades. Esse cuidado requer da equipe de enfermagem uma visão voltada para as características próprias de cada indivíduo (ALBUQUERQUE; NOBREGA; FONTES, 2008), se concretizando em uma atenção humanizada e individualizada, centrada na totalidade do ser humano.

No puerpério, é importante que a enfermagem compreenda “como se processa o cuidado no pós-parto e seus significados no contexto familiar, ao mesmo tempo em que se deve integrá-los aos cuidados assistenciais, pois isso é fundamental para a prática da profissão”. (STEFANELLO, 2005, p. 33).

Esta fase é recoberta de crenças e tabus aceitos cultural e socialmente como facilitadores para uma boa recuperação da mulher. No corpo da mãe acontecem as proibições e as recomendações que podem repercutir sobre a saúde do recém-nascido. (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Segundo Carraro (1998), o puerpério,

é um tempo de restauração, de mudanças, de encontro, de interação, de troca... É um tempo que traz consigo uma grande carga cultural, quando várias crenças, costumes e mitos se salientam. Esta carga cultural, que muitas vezes colide com o conhecimento científico, precisa ser considerada e respeitada a fim de que o cuidado seja efetivo (CARRARO, 1998, p. 38).

De acordo com Stefanello (2005, p. 109), “a assistência no período puerperal não pode deixar de contemplar as mulheres em sua história, seu meio afetivo, social e econômico, considerar suas próprias experiências de vida e incorporar a família como parte integradora desse processo”.

Nesta perspectiva, para que a enfermagem desenvolva cuidados individualizados e humanizados, necessita focar seu olhar para a totalidade da puérpera e do bebê a partir de suas necessidades biofisiológicas, psicossociais e culturais. (ROGRIGUES *et al.*, 2006).

O período que a mulher permanece hospitalizada durante a fase puerperal vem diminuindo nos últimos anos. Porém, é importante que a enfermagem aproveite esse momento e desenvolva ações referentes à prevenção, avaliação e tratamento da dor; exame físico diário, com o intuito de avaliar as alterações fisiológicas no corpo da mãe e identificar e intervir precocemente complicações comuns que eventualmente podem acontecer, como hemorragias e infecção. (ALMEIDA; SILVA, 2008).

Referente à atenção à saúde durante o período puerperal, algumas questões que a enfermagem deve abordar em seu cuidado com a puérpera inclui a reorganização familiar, psíquica e social; as vivências e experiências das mulheres e de suas famílias referentes à maternidade; o cuidado de si, do bebê e da própria família; os aspectos culturais, espirituais e socioeconômicos, bem como a rede de apoio familiar e comunitária na qual a mulher se insere. (SOUZA *et al.*, 2008).

Igualmente, ligadas às práticas comuns que os profissionais de saúde realizam durante o puerpério encontram-se: a amamentação, com prioridade no aleitamento materno exclusivo; à orientação para evitar o uso de chupetas e mamadeiras; às orientações sobre relação sexual durante o pós-parto e métodos anticoncepcionais; às recomendações relacionadas à alimentação da mulher; e às orientações relativas à higiene corporal da puérpera, ao banho do bebê e ao apoio psicossocial. (MENDES; COELHO; CALVO, 2006).

Dessa forma, faz parte do cuidado de enfermagem à puérpera, a educação em saúde, na forma de orientações, pois há neste momento uma maior necessidade de aproximação, de diálogo e de suporte com as puérperas, em razão das dificuldades com as quais elas podem se deparar. (ROGRIGUES *et al.*, 2006). É necessário que a equipe de Enfermagem valorize as orientações para promoção da

saúde da puérpera e se sensibilize quanto a prevenção de dificuldades e possíveis complicações. (BULHOSA; SANTOS; LUNARDI, 2005).

Entretanto, para as que as orientações sejam realmente efetivas, é importante haver aproximação entre o profissional de saúde e a puérpera. Isso possibilita ao enfermeiro conhecer o universo cultural da mulher e de sua família, ao mesmo tempo em que compartilha crenças e tabus, focando seus cuidados nas reais necessidades de saúde da mãe e sua família. (MENDES; COELHO; CALVO, 2006).

Alves *et al.* (2007), complementa ao falar que a criação de um vínculo de suporte confiável entre a puérpera e enfermeiro é imprescindível, pois isto, favorece o fato das mulheres exporem seus temores, dúvidas, angústias, dificuldades e expectativas ao profissional que a cuida (ALVES *et al.*, 2007).

Assim, o cuidado de enfermagem que focaliza a prevenção de complicações, o conforto físico e emocional e ações educativas que auxiliem a puérpera a cuidar de si e de seu filho tornam-se essenciais. Isso deve ser realizado por meio do uso da escuta sensível e da valorização das especificidades das demandas femininas. (ALMEIDA e SILVA, 2008).

Sendo assim, no puerpério se faz preciso que o enfermeiro, bem como outros profissionais de saúde, visualizem a mulher puérpera “na sua inteireza, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos e o ambiente em que vive, estabelecendo uma relação entre sujeito e sujeito e valorizando a unicidade e individualidade de cada caso e de cada pessoa”. (BRASIL, 2006b, p. 35).

A seguir, serão tratadas sobre algumas das importantes alterações biológicas que o organismo feminino enfrenta no período puerperal, em especial imediatamente logo após o parto. Essas alterações se referem especialmente ao retorno das funções corpóreas que antecederiam a gestação. Apesar de tratar-se de adaptações fisiológicas, se faz importante o conhecimento do enfermeiro sobre as mesmas, uma vez que ocasionalmente podem acarretar agravos à saúde materna.

2.3.1 O Puerpério e Suas Adaptações Biofisiológicas

O puerpério é também conhecido como período pós-parto, resguardo ou dieta. Mello e Neme (2005, p. 195) o conceitua como “o período do ciclo gravídico puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, imprimidas pela gestação no organismo materno, retornam ao estado pré-gravídico”.

De acordo com Carvalho (2002), a palavra puerpério deriva do latim e significa *puer* = criança e *parere* = parir. O período puerperal tem significados diferenciados conforme cada mulher, família e comunidade, pois tem sua importância ligada às questões culturais, educacionais, socioeconômicas e políticas de cada sociedade. (PINELLI; ABRÃO, 2009).

Referente ao seu início existe unanimidade entre os autores, no qual este começa logo após a dequitação, ou saída da placenta. Porém, em relação ao seu término, não existe uniformidade de conceitos, variando de seis semanas até um ano e meio ou enquanto durar o período de amamentação. (PINELLI; ABRÃO, 2009).

Como já citado anteriormente, o puerpério pode ser dividido nos seguintes estágios: pós-parto imediato (1º dia ao 10º dia após a parturição), pós-parto tardio (10º dia até o 45º dia) e pós-parto remoto (a partir do 45º dia). Essa divisão foi estabelecida, ao levar em consideração as diversas mudanças fisiológicas que acometem o organismo da mulher puérpera a fim de retornar ao estado anterior à gestação. (REZENDE; MONTENEGRO, 2013).

Logo após o parto, o organismo feminino dá início ao processo de restabelecimento das condições pré-gravídicas. Esse processo quando relacionado ao sistema reprodutor é denominado de modificações locais, e ocorrem em diversos órgãos, tais como útero, colo uterino, endométrio, vulva, ânus e mamas; quando relacionado aos demais sistemas do corpo, dos quais pode-se citar o sistema cardiovascular, hematológico, endócrino, renal, tegumentar, gastrintestinal, neuromuscular e sensorial, é chamado de modificações sistêmicas. (PINELLI; ABRÃO, 2009).

Em seguida à dequitação, a placenta deixa no útero uma área cruenta, medindo em torno de 7 a 9 cm de diâmetro, com os seios venosos abertos. A própria contração dos vasos age como tampão para impedir perda considerável de sangue.

Por volta de 14 dias, essa superfície regride e mede perto de 35 milímetros de diâmetro. (PINELLI; ABRÃO, 2009; BURROUGHS, 1995).

O útero sofre uma rápida redução de tamanho e peso. Posterior a dequitação inicia-se o processo de retração e contração deste órgão, deixando-o em forma de pêra achatada com consistência firme. Seu peso inicial logo após o parto é de aproximadamente 1 kg, altura de 15 a 18 cm, 12 cm de largura e de 8 a 10 cm de espessura. A esse formato nomeia-se globo de Segurança de Pinart, que tem grande significado para manutenção da hemostasia. (PINELLI; ABRÃO, 2009).

Nos primeiros dias depois do parto, este órgão diminui de 0,5 a 1 cm ao dia. Após a segunda semana, atinge 320 gramas e encontra-se intrapélvico, de difícil palpação e, no final da oitava semana pesa entre 60 a 80 gramas. A velocidade da diminuição uterina varia conforme o tamanho do recém-nascido e o número de gestações anteriores da mulher. Esse processo, de regressão uterina, denomina-se involução, e tem como principal causa a queda repentina de estrogênio e progesterona, desencadeando a liberação de enzimas proteolíticas no endométrio. (CARVALHO, 2002; BURROUGHS, 1995).

Nas puérperas que amamentam, a involução uterina ocorre de forma mais rápida, pois o reflexo útero mamário leva a liberação de ocitocina, proporcionando sensações de cólicas, o que favorece a involução do órgão. (PINELLI; ABRÃO, 2009).

Ainda no puerpério, especialmente no período imediato, o colo uterino encontra-se em processo de restauração e de neoformação de fibras musculares, ao mesmo tempo em que é flácido, edemaciado e, em 71% dos casos, lacerados. (CARVALHO, 2002). De acordo com Pinelli e Abrão (2009), além disso, encontra-se friável, alongado e em muitas situações com hematomas. Mede em torno de 1 cm de espessura e de 3 a 6 cm de comprimento. Por volta de três dias está anatomicamente reconstituído e, em torno de 4 semanas o orifício externo torna-se uma pequena fenda transversal.

Outra modificação fisiológica no organismo da mulher no período puerperal são os lóquios, o que segundo Burroughs (1995, p. 211) é “a perda vaginal após o parto”. Esse autor, afirma que essa perda “contém sangue do local da placenta, partículas de decídua necrosada e muco”.

Para Mello e Neme (2005), denomina-se lóquios, o produto de exsudatos, transudatos, de descamação e sangue que advém da ferida placentária, do colo

uterino e do canal vaginal. Diferenciam-se conforme a cor em lóquios rubros ou sanguinolentos, serossanguinolento e flava. O primeiro, presente entre o primeiro e quarto dias, é formado pela eliminação de exsudato, elementos celulares descamados e sangue. O segundo, de cor acastanhada persiste do quarto ao décimo dia, e o terceiro, do décimo dia em diante de cor mais clara, amarelada ou branca. (PINELLI; ABRÃO, 2009; MELLO; NEME, 2005).

De acordo com Pinelli e Abrão (2009), a loquiação normal deve perdurar até por volta do vigésimo dia após o parto. Este deve ter odor característico de menstruação, quando houver mau cheiro, pode ser sugestivo de infecção, pois quando existe um processo infeccioso, há alteração de odor, aspecto e quantidade, tornando a secreção fétida e purulenta.

Ressalta-se que às puérperas advindas de um parto cesáreo apresentam fluxo loquial menos profuso e duradouro do que as mulheres que deram a luz por parto vaginal. De acordo com Branden (2000, p. 396), isso ocorre porque “alguns dos fragmentos uterinos encontrados nos lóquios foram retirados manualmente durante o parto cesáreo”.

No puerpério imediato, após um parto vaginal, a vulva também apresenta alterações. Normalmente apresenta-se edemaciada, com fissuras, especialmente na comissura inferior. Os pequenos lábios podem sofrer lacerações e congestão próximo ao hímen, e estas posteriormente constituem as carúnculas himenais ou mitiformes. A região anal também pode sofrer fissuras e ser acometida por hemorróidas. Ainda no períneo, existe a possibilidade de episiorrafia, que em torno de 20 dias costuma finalizar seu processo de cicatrização. (PINELLI; ABRÃO, 2009).

As mamas também sofrem evolução após o parto. De acordo com Carvalho (2002), entre 48 a 72 horas após o nascimento do bebê, ocorre a apojadura ou descida do leite e, dessa forma, o aumento da prolactina inibe a ovulação, fazendo com que o aleitamento materno exclusivo atue como forma de prevenção de nova gravidez.

Logo após o parto vaginal, a mulher puérpera sente-se cansada devido aos esforços despendidos no processo de expulsão do feto. Dessa maneira, é comum sentir-se exausta, com sudorese, pele úmida, sonolência e com calafrios. (PINELLI; ABRÃO, 2009; MELLO; NEME, 2005).

Os sinais vitais também passam por um estágio de instabilidade, como a pressão arterial que imediatamente após o parto pode sofrer um declínio; a

temperatura elevar-se discretamente nas primeiras 24 horas; o pulso pode apresentar-se diminuído e a respiração com o esvaziamento do útero e descompressão do diafragma, deixa de ser costal e passa a ser costo abdominal. Todas essas alterações devem ser investigadas através de um exame físico detalhado, pois apesar de caracterizarem um quadro fisiológico, em situações exacerbadas podem indicar perda de sangue grave ou desnutrição. (PINELLI; ABRÃO, 2009).

No puerpério, os demais sistemas do organismo também são afetados por modificações fisiológicas, a fim de restabelecerem suas funções ao estado pré-gravídico. As alterações cutâneas, como o cloasma gravídico e linha nigra, desaparecem; normalizam-se as funções gastrointestinais; a diurese é escassa nos primeiros dias, tornando-se abundante após o segundo dia, eliminando o líquido acumulado durante o período gestacional; desaparece a dificuldade respiratória, o diafragma retorna ao seu estado original; a pressão arterial e a frequência cardíaca diminuem e as varizes nos membros inferiores regridem; Aumentam plaquetas, a velocidade de hemossedimentação, bem como os fatores plasmáticos de coagulação, o que eleva o risco de trombose e embolia. (CARVALHO, 2002).

No entanto, no puerpério à mulher não está exposta somente as alterações e adaptações biológicas acima citadas, mas também àquelas de ordem psicológicas. Além disso, esse período se apresenta repleto de significados diferenciados para cada puérpera e família, variando conforme o contexto social, cultural e educacional no qual estão inseridos.

Frente a isso, se faz relevante, como já dito anteriormente, que o cuidado de enfermagem à mulher e família nesta fase perpassa os aspectos meramente biologicistas, mas sim que contemple a singularidade e o seu significado para cada ser que o vivencia. Afinal, “o puerpério não é igual para todas as mulheres, como também não é igual entre uma gestação e outra, entre um parto e outro de uma mesma mulher, uma vez que o seu momento de vida é outro”. (KUNZLER, 2006, p. 21).

Neste contexto, no subtítulo seguinte serão abordadas as principais alterações e adaptações de cunho emocionais que a mulher está exposta no período puerperal.

2.3.2 O Puerpério e suas Adaptações Psicoemocionais

Na atualidade, os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério são amplamente reconhecidos, uma vez que a maioria dos estudos converge para o fato de que esse período “é um tempo de grandes transformações psíquicas, de que decorre importante transição existencial”. (BRASIL, 2006, p. 35).

Segundo o Ministério da Saúde, a evolução científica e o conhecimento dos fenômenos físicos na obstetrícia proporcionaram habilidades fundamentais aos profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, possibilitando uma prática que gera confiança nos cuidados prestados. No entanto, as condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes. É necessário compreender outros processos que permeiam o período gravídico puerperal. (BRASIL, 2006).

No puerpério, vários são os fatores emocionais que se mal conduzidos podem afetar o desenvolvimento do papel materno, interferindo na saúde da mãe e conseqüentemente a do bebê e da nova família que está se constituindo. Esses fatores podem ser desde o rápido declínio hormonal da progesterona e do estrogênio, o conflito sobre o papel materno, a insegurança, a situação econômica da família, abortos e mortes fetais anteriores, dores e desconfortos, ingurgitamento mamário e o cansaço. (BURROUGHS, 1995).

Ademais, segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 38), o puerpério é um “estado de alteração emocional essencial, provisório, em que existe maior vulnerabilidade psíquica”. É um importante processo de mudança existencial na vida da mulher, na qual a relação entre mãe e bebê, é pouco estruturada, predominando a comunicação não verbal, o que a torna acentuadamente emocional e mobilizadora.

Destaca-se que a maioria das puérperas, ao tornar-se mãe, “expressa satisfação e sentimentos positivos; contudo, algumas têm sentimentos ambivalentes, que podem indicar conflitos que poderiam comprometer a adaptação no período pós-parto”. (BRANDEN, 2000, p. 483).

Outrossim, a chegada do bebê desperta sentimentos de ansiedade e com isso, sintomas depressivos tornam-se comuns; o bebê agora já não é mais idealizado e sim real e por vezes diferente da imaginação materna durante a gestação; as necessidades do bebê são priorizadas em detrimento das

necessidades da mãe, bem como a puérpera continua a precisar de amparo e proteção neste período. (BRASIL, 2006).

Para Evans (2010), o desenvolvimento do papel materno inicia durante a gestação e continua no início do período pós-parto. A autora enfatiza que não importa o quanto a mulher e a família tenham se preparado para a chegada do bebê, “a realidade da maternidade e da paternidade constitui uma mudança significativa”. (EVANS, 2010, p. 736), valendo tanto para os pais de primeiro filho, quanto para aqueles já tem outros filhos.

Essas mudanças incluem transtornos comportamentais, emocionais e cognitivos, como frente a qualquer processo de transição. Geralmente, segundo a literatura, os homens tem maior facilidade para se adaptarem ao papel paterno em relação às mulheres à maternidade, além do fato que o casal pode sofrer declínio na satisfação conjugal, especialmente ligadas às questões da sexualidade. (PINELLI; ABRÃO, 2009).

Diante disso, Edwards (2002) cita a existência de três fases quando se refere a adaptação da mulher ao papel materno. A primeira, chamada de dependente, é a fase de adaptação e dura em média de um a dois dias, na qual a puérpera tem o foco em si mesma, e nas necessidades básicas de conforto, como repouso, proximidade e nutrição, sente-se excitada e falante e relembra constantemente a experiência do parto.

A segunda fase, conhecida como fase dependente-independente, dura de dez dias a várias semanas, e é caracterizada pelo foco no cuidado com o bebê, a mulher demonstra competência e assume o papel materno, necessita de nutrição, busca aceitação, vontade de aprender e praticar, trabalha com os desconfortos físicos e emocionais e tem riscos de desenvolver a melancolia pós-parto. (EDWARDS, 2002).

Ainda, conforme o autor supracitado, na terceira e última fase, denominada de interdependente, concretiza-se a resolução dos papéis individuais dentro da família, com a reafirmação do relacionamento com o companheiro e a retomada da atividade sexual do casal.

Quando as etapas referentes a adaptação ao papel materno não são adequadamente vivenciada pela puérpera, podem causar desequilíbrios emocionais, como alterações de humor, comprometendo o desempenho da função de mãe.

Dentre essas alterações, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) elenca o *baby blues* e a depressão.

O *baby blues*, disforia ou melancolia pós-parto é frequente, acometendo até 70% das puérperas. “É um estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no terceiro dia pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas”. Seus sintomas comuns são “fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade”. (BRASIL, 2006, p. 38; ARAÚJO, 2012; EDWARDS, 2002).

A depressão pós-parto (DPP), é definida como transtorno do humor que inicia, normalmente, nas primeiras quatro semanas após o parto, com intensidade leve e transitória, até desordem psicótica grave (CRUZ, SIMÕES, FAISAL-CURY, 2005), ocorrendo geralmente nas primeiras quatro semanas do puerpério. (ARAÚJO, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 38), a DPP é menos frequente quando comparada ao *baby blues*, revelando-se em 10 a 15% das puérperas. Caracteriza-se por “perturbação do sono, do apetite, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição do bebê”.

Edwards (2010, p. 738) explica que “não existe um conjunto absoluto de sintomas que todas as mulheres vivenciam; a combinação de sentimentos e emoções de cada mulher é única”. Este autor enfatiza ainda que, além do *baby blues* e depressão, a mulher puérpera pode sofrer por outros problemas psicológicos, como psicose e transtornos de ansiedade.

Ressalta-se que os cuidados e as demandas com o bebê requerem tempo e trabalho, acompanhados, de distúrbios do sono, cansaço e agitação. Essa sobrecarga de responsabilidades, além do desgaste físico e mental pode ocasionar eventualmente um quadro de depressivo. (MATTAR *et al.*, 2007; EVANS, 2010).

Frente a isso, é importante que a mulher possa contar com algumas fontes de apoio, para que vivencie seu puerpério sem prejuízos a ela, ao bebê e sua família. Dessa forma, o cuidado familiar e profissional é reconhecido como fundamental nesta fase.

Martins, Ribeiro e Geraldez (2011) apontam que o cuidado profissional de destaque é aquele prestado pelo enfermeiro. Neste período fica evidente a necessidade da criação e fortalecimento do vínculo entre profissional-puérpera, que

propicia liberdade à mulher e facilita a comunicação e a expressão desta para com o profissional, favorecendo a resolução de dúvidas, minimizando os sentimentos de angústia e insegurança próprios deste momento.

A sensibilidade e qualidade de percepção do profissional enfermeiro, contribui para identificar e intervir precocemente em situações de DPP por exemplo. Muitos dos sinais e sintomas podem ser percebidos durante a gestação, ao se investigar história de eventos traumáticos na vida ou no decorrer do período gestacional, além da ausência de suporte social, ou presença de transtornos de humor prévios. (ARAÚJO, 2012).

Ademais, algumas mulheres possuem sensibilidade à alterações hormonais desde a menarca, o que aumenta sua vulnerabilidade aos estressores ambientais, psicológicos e fisiológicos durante a menacme (período da vida da mulher caracterizado por atividade menstrual). Em mulheres suscetíveis, esses estressores “desencadeiam a alteração de um estado já vulnerável para a manifestação de um transtorno de humor especificamente feminino em momentos de altas flutuações hormonais, tais como no parto”. (ZINGA, PHILLIPS e BORN, 2005, p. 02).

A enfermagem deve observar o comportamento da puérpera, seu estado emocional e os aspectos referentes à família, à interação com o bebê, o apego ao filho e ao processo de amamentação, além de estimular a mulher a expressar seus sentimentos em torno da experiência de ser mãe, para então planejar os cuidados necessários e intervir em quadros de desordens emocionais. (BRANDEN, 2000; PINELLI; ABRÃO, 2009).

Além disso, no puerpério, este profissional deve reconhecer a família como uma unidade de cuidado, fornecendo-lhe apoio emocional e instrumental. A situação de nascimento e puerpério, acarreta à mulher, ansiedades e dificuldades em suas atividades diárias. Isso pode também ter reflexos significativos na estrutura e dinâmica familiar. Neste sentido, em virtude do parto e nascimento criam-se outras demandas de tarefas, as quais as famílias procuram adaptar-se. Dessa forma, recomenda-se que este período seja compartilhado pelo clã familiar, e que estes cooperem nos cuidados ao recém-nascido e a puérpera. (OLIVEIRA; BRITO, 2009).

Diante disso, o pai da criança é reconhecido como apoio imprescindível à mulher nesta fase. O suporte que fornecem à puérpera e os cuidados que têm com o bebê propiciam interação precoce entre ambos, além de proporcionar segurança à mulher, e à criança, um crescimento saudável. (OLIVEIRA; BRITO, 2009).

Para os autores citados acima, além do pai, ainda surgem outras fontes de apoio à mulher no puerpério, como cunhadas e vizinhas, além das avós. Estas últimas, em muitas vezes contribuem com a ajuda diária nos cuidados com o bebê, amamentação e afazeres domésticos, e também são reconhecidas em não raras situações como fonte de ajuda financeira.

Sendo assim, ressalta-se que nos primeiros dias após o parto é fundamental que a puérpera “receba atenção, carinho e cuidados especiais que representem um suporte no restabelecimento do equilíbrio psicoemocional e auxiliem na superação das dificuldades” (PINELLI; ABRÃO, 2009, p. 252), especialmente frente ao puerpério advindo de uma cesariana, ou como denominamos neste trabalho de “puerpério cirúrgico”, temática abordada em seguida.

2.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO CIRÚRGICO

A cesariana, cesárea ou tomotocia é definida como “ato cirúrgico que consiste em incisar o abdome e a parede do útero gestante para libertar o conceito ali desenvolvido” (REZENDE; MONTENEGRO, 2013). Ao contrário do que se acredita, o parto cirúrgico é uma prática muito antiga, mesmo que realizado de uma forma primitiva. A origem do termo cesariana não é exatamente esclarecida, mas existem pelo menos três propostas que tentam explicá-la.

Na primeira delas, conforme a lenda, Júlio César teria vindo ao mundo dessa forma, por isso o nome cesariana. Porém, diversas linhas de pensamento contradizem essa versão, pois na época em que Júlio César nasceu e até bem depois, por volta do século XVII, o procedimento era considerado potencialmente fatal, não havendo registros de seu acontecimento, tanto em pessoas vivas como em mortas, até na idade média (REZENDE; MONTENEGRO, 2013).

A segunda versão, referente a origem do nome e do procedimento advêm de quando o Rei de Roma promulgou uma lei, na qual todas as mulheres grávidas mortas com mais de sete meses de gestação, deveriam ter o ventre aberto para a retirada do feto, pois com o feto em seu útero estas não poderiam ser enterradas. Essa lei era conhecida pelos imperadores como “*lex caresareai*”. (ZIEGUEL;

CRANLEY, 2008).

A explicação acima reflete a única finalidade da cesariana nesta época: retirar um feto vivo de uma mãe já em óbito. De acordo com Martins-Costa *et al.* (2006), o procedimento era a última tentativa no intuito de salvar a vida da criança ou por razões de cunho religioso, enterrar mãe e filho separadamente.

A terceira e última explicação é a de que o termo cesárea deriva da idade média e do latim, *caedere*, que significa cortar. Para Rezende e Montenegro (2013), essa é a explicação mais plausível para a origem do termo, porém, exatamente quando o primeiro procedimento foi realizado no mundo não se tem conhecimento.

Entretanto, o primeiro caso relatado aconteceu na Suíça no ano de 1500 d.C. No Brasil a primeira cesariana foi realizada por José Correia Picanço em Pernambuco no ano de 1822. Contudo, não existem registros sobre a sobrevivência ou não do feto e da mãe. Em 1855, na mesma cidade, têm-se a primeira notícia de um feto nascido vivo por meio de uma cesariana realizada por Luiz da Cunha Feijó. Entretanto, a mãe teria falecido dias depois do procedimento, sem registros da causa da morte (REZENDE; MONTENEGRO, 2013).

Com o desenvolvimento tecnológico da medicina, a cesariana passou a ser um procedimento muito comum no Brasil e em todo o mundo. Com isso, nas últimas décadas, um procedimento criado para salvar vidas saiu do controle, tornando-se um problema de saúde pública para o país. Muitas cesarianas são realizadas por indicações inadequadas, ultrapassando a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que preconiza a taxa de 10 a 15% do número total de partos. (FABRI *et al.*, 2002).

Segundo Martins-Costa *et al.* (2006), no início do século XIX, as mortes maternas relacionadas a cesariana estavam em torno de 65 a 75% de todos os casos de morte no mundo relacionadas ao parto. No final deste mesmo século com a introdução de técnicas assépticas mais rigorosas, aperfeiçoamento da anestesia e da sutura, esse índice reduziu para 5 a 10%. Atualmente esta taxa gira em torno de 0,05%.

Desde essa época, o valor da cesariana é indiscutível, pois este procedimento salva vidas e previne sequelas neonatais, comuns em tempos remotos, especialmente aquelas advindas de partos distócicos. Entretanto, o aumento de sua incidência nos últimos anos, vai além dos limites do seu benefício,

aumentando taxas de morbidades e de custo para a saúde. (MARTINS-COSTA *et al.*, 2006).

Para Netto e Sá (2007), esse procedimento é o recurso mais poderoso e eficiente que o médico obstetra possui para lidar com as complicações emergenciais do parto, ou mesmo utilizada quando existe a necessidade de intervenção eletiva da gravidez, a fim de garantir a saúde do binômio mãe-filho. Porém, como a morbimortalidade é maior na cesariana do que no parto pela via vaginal, a sua indicação deveria ser precisa e criteriosa, levando-se em consideração seus riscos e benefícios.

A cesárea de urgência, aumenta cerca de sete vezes o risco da mulher morrer em relação ao parto vaginal. Já quando eletiva não existem comprovações científicas que esta difere em termos de índices de morte materna. Referente a morbidade, seja o procedimento eletivo ou de urgência, é consideravelmente maior em comparação a via de parto vaginal. (NETTO; SÁ, 2007).

Em relação à epidemiologia, atualmente as estatísticas globais apontam grande variação na ocorrência de cesarianas. Tais variações podem acontecer de uma região para outra ou mesmo em uma única região ou país. Na América Latina, por exemplo, constata-se taxas baixas como em um hospital haitiano (1,6%), e altas (40%) como no Chile, e acima de 50% na maioria dos hospitais privados latino-americanos. Os índices dos Estados Unidos, Reino Unido e China giram entre 20 a 25%. No geral, os países africanos são os que registram as menores taxas: 0,3% na Nigéria e 1,05% no Quênia. (MARTINS-COSTA *et al.*, 2006).

Netto e Sá (2007) referem que em países com boa qualidade na assistência de saúde, esses índices não ultrapassam 25 ou 28%, independente do perfil da clientela. No Brasil, a incidência de cesarianas no sistema público de saúde varia em torno de 30 a 40%, enquanto que em hospitais privados esse procedimento chega a 90% dos partos.

Dessa forma, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontam que a média de cesáreas no país ultrapassou no ano de 2010 a taxa de 50% de todos os partos realizados (52%), ou seja, mais da metade dos nascimentos aconteceram por esta via, colocando o Brasil em primeiro lugar no ranking mundial de realizações de cesarianas no mundo. (IBGE, 2010).

As regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste do Brasil concentram as maiores taxas de cesarianas, chegando a 55%. Enquanto que as regiões Norte e Nordeste,

não ultrapassam os índices de 45%. (IBGE, 2010). A Organização Mundial da Saúde (OMS) baseando-se em países que tem baixas taxas de mortalidade perinatal, definiu índice máximo de 15% do total de partos, demonstrando por meio dessas estatísticas que o Brasil encontra-se bem acima da taxa preconizada.

De acordo com Netto e Sá (2007), a indicação da cesariana é um processo complexo e controverso da assistência obstétrica, daí consiste a relevância em analisar criteriosamente cada caso, avaliando seus riscos e benefícios. Normalmente ela pode ser indicada para manter o bem estar materno ou fetal, ou para o bem estar de ambos.

Para os autores supracitados as indicações comumente realizadas seriam diante de placenta prévia, sofrimento fetal agudo, prolapso de cordão e prematuridade (NETTO; SÁ, 2007), além de apresentação pélvica, gestação gemelar, macrossomia fetal, apresentações anômalas, descolamento prematuro de placenta, malformações congênitas, herpes genital, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), cesarianas prévias e desproporção céfalo-pélvica. (REZENDE; MONTENEGRO, 2013).

Independente de suas indicações questionáveis, vantagens e desvantagens, o pós-parto que se segue após uma cesariana, exige da equipe de saúde cuidado e atenção com a mulher puérpera e seu bebê.

Para Piotrowski (2002), várias complicações podem acontecer à mãe e recém-nascido no parto cesáreo. Para esta autora, intercorrências maternas podem ocorrer em até 50% dos partos por esta via, destacando-se a aspiração, embolia pulmonar, infecção e deiscência na ferida operatória, tromboflebite, hemorragia, infecção do trato urinário, lesões à bexiga e ao intestino, e ainda complicações relacionadas à anestesia.

No que se refere às complicações para o bebê, este corre o risco de nascer prematuro, caso a idade gestacional não tenha sido corretamente determinada, além de sofrer lesões durante a cirurgia e taquipnéia transitória, levando o recém-nascido à um quadro de síndrome da angústia respiratória. (RICCI, 2008).

No puerpério cirúrgico, é possível que algumas mulheres apresentem sentimentos que interfiram em seu autoconceito adequado. Piotrowski (2002) cita, dentre estes, o medo, a frustração como já apontado anteriormente, além de perda da autoestima relacionada à mudança da imagem corporal e com a suposta incapacidade de dar a luz de forma natural.

O autor supracitado enfatiza ainda que, eventualmente a capacidade de interação entre mãe e bebê fica prejudicada devido aos desconfortos e dificuldades após a cirurgia. Refere que, estas mães tem menos probabilidade de amamentar, sentem-se menos satisfeitas em relação ao parto, e se queixam de fadiga e mau funcionamento físico durante os dias que se seguem à alta hospitalar, além do fato de muitas considerarem a cicatriz cirúrgica como uma mutilação, refletindo em perdas no que se refere ao desempenho sexual. (PIETROWSKI, 2002).

Frente à isso, os cuidados de enfermagem à puérpera após a cesariana incluem cuidados pós-operatórios e de pós-parto. Leva-se em consideração que a mulher foi anestesiada e passou por uma cirurgia abdominal de grande porte. (WATTS, 2010; ZIEGUEL e CRANLEY, 2008). Os cuidadores devem salientar que a mulher é, “em primeiro lugar, uma nova mãe, e uma paciente cirúrgica em segundo lugar”. (PIOTROWSKI, 2002, p. 729). Essa atitude ajuda a mulher a considerar-se com as mesmas necessidades e problemas de mães que passaram pelo parto vaginal.

No pós-operatório imediato, é importante que a enfermagem inclua em seus cuidados o grau de recuperação dos efeitos da anestesia, o estado pós-operatório e pós-parto, e o grau da dor da puérpera. Segundo Watts (2010), os sinais vitais e o fluxo de lóquios devem ser verificados pelo enfermeiro a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora, e se o quadro da puérpera for estável de 04 em 04 horas no período que se segue.

Além disso, Ricci (2008), afirma que os cuidados de enfermagem imediatos após a cesariana devem incluir a avaliação do nível de consciência da cliente, monitoração do retorno da sensibilidade às pernas, estimulação da mulher à tossir e realizar exercício de respiração profunda, inspeção do curativo abdominal, bem como o registro e descrição de suas condições, assim como o monitoramento do débito urinário e balanço hídrico.

Nas próximas horas em que a puérpera encontra-se na unidade de alojamento conjunto, é importante que a enfermagem realize cuidados de enfermagem ao instruir quanto à higiene perineal; administre analgésicos conforme prescrição, e promova medidas de conforto, como troca de posição e movimentação no leito, auxílio durante os cuidados rotineiros de higiene, compressão da ferida cirúrgica com travesseiros e técnicas de relaxamento. (RICCI, 2008, PIOTROWSKI, 2002).

Ademais, a enfermagem deve verificar a permeabilidade de acesso venoso, estimular precocemente o contato com o bebê a fim de favorecer criação de vínculo afetivo, realizar exame físico diariamente, enfocando a avaliação da condição das mamas, auxiliando-a no aleitamento materno, fornecendo apoio individual quando necessário; se faz relevante avaliar a distensão abdominal, e incentivar a deambulação precoce, bem como é pertinente avaliar a percepção do casal acerca da experiência do parto, tais como desapontamentos e frustrações pela impossibilidade de parto normal, ou gratidão pelo recém-nascido ter nascido sadio e com segurança. (WATTS, 2010; RICCI, 2008, PIOTROWSKI, 2002).

Piotrowski (2002), afirma que é papel da enfermagem auxiliar a puérpera a planejar o cuidado, incluindo o gerenciamento de visitas em excesso, a fim de que esta tenha períodos satisfatórios de repouso. A autora enfatiza ainda que, o enfermeiro deve fornecer informações à mulher referente aos cuidados com o bebê, ajudando-a a adaptar-se ao papel materno. (PIETROWSKI, 2002).

Outrossim, compete a enfermagem promover orientações para a alta da puérpera e bebê. Dessa forma, é necessário que o enfermeiro avalie as necessidades de informação da puérpera. De uma maneira geral, as orientações para a alta incluem informações sobre a dieta, o repouso adequado e as restrições de atividades, os cuidados com as mamas, a atividade sexual e a contracepção, os medicamentos, os sinais de complicações (como febre acima de 38° C, micção dolorosa, lóquios abundantes, vermelhidão, vazamento e/ou separação das bordas da ferida cirúrgica e dor abdominal intensa), além dos cuidados e orientações referente ao bebê. (WATTS, 2010; PIOTROWSKI, 2002).

Dessa forma, o foco do cuidado de enfermagem após a cesariana, deve ser centrado na família, e não apenas na cirurgia. Deve-se evitar a separação do neonato, do pai e da mãe. A puérpera preocupa-se consigo, mas também com seu bebê. O enfermeiro deve utilizar de contato físico e visual, comunicação terapêutica e envolvimento, para proporcionar a família uma experiência de parto positiva, independente da via que este aconteceu. (RICCI, 2008).

Diante disso, o enfermeiro possui habilidades e competências, que se bem desenvolvidas podem propiciar à mulher percorrer pelo período puerperal e suas adaptações e transformações de forma saudável, contribuindo para o bem estar da puérpera, bebê, família e sociedade, especialmente quando se trata de um puerpério cirúrgico, no qual, além dos cuidados inerentes as demandas do pós-

parto, também existem os relacionados ao pós-operatório.

Para isso, a enfermagem pode se utilizar de ferramentas que a subsidiem neste processo, como por exemplo, os modelos de cuidado, abordado na sequência.

2.5 MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

Segundo Carraro, os profissionais de Enfermagem agem de acordo com um método, com algum modo, seguem um modelo. Este método, ou modelo, ou modo visa organizar e direcionar o desempenho destes profissionais. “A sistematização do cuidado embasada cientificamente leva-nos ao fazer reflexivo, a estar sempre buscando a melhoria do cuidado prestado”. (2005, p. 153-4).

Diante disso, para compreender o que são modelos de cuidado de Enfermagem, é relevante entender outras dimensões desta disciplina, que não seja apenas a prática. É necessário conhecer também sua estrutura teórica, a qual forma sua unidade de conhecimento.

O ser humano é um agente de transformação, pois vive, se relaciona e observa o mundo que o cerca conforme seu ponto de vista, fruto de suas experiências e vivências. Cada pessoa tem suas concepções e interpretações acerca de situações e acontecimentos da vida que são reflexos de sua formação, experiências profissionais, crenças, valores e cultura. A “Enfermagem, como ciência e profissão, também desenvolveu algumas visões compartilhadas que definem como avaliamos nosso cliente e a situação na qual ele se encontra”. (WALL, 2008, p. 14).

Na enfermagem, essa perspectiva é claramente definida pelos constructos históricos pelos quais a profissão passou ao longo do tempo. Ao voltarmos o olhar para o início da história da enfermagem destaca-se a enfermeira Florence Nigthingale, no século XIX, como precursora da enfermagem moderna mundial. Antes dela, a prática de enfermagem era desenvolvida sem um referencial, com um fazer meramente intuitivo em detrimento do fazer reflexivo, no qual as pessoas que a exerciam não eram preparadas para a profissão. (ANDRADE, VIEIRA, 2010).

Entretanto, mesmo com a posição firme de Florence sobre a enfermagem, os rumos da saúde vigente na época a levaram a adotar e seguir o modelo

biomédico, o qual sustenta a prática desta profissão até os dias atuais, mesmo não dando conta das demandas de saúde existentes. (CARRARO, 2001).

Porém, mesmo sendo desta forma, Nightingale definiu que a profissão da enfermagem deveria se basear em um conhecimento direcionado às condições em que a pessoa vive, e como este ambiente pode influenciar na sua saúde. (NIGHTINGALE, 2010).

Florence a idealizou uma profissão embasada em questionamentos sobre o paciente, em conhecimentos científicos diferentes do modelo vigente. Fuly, Leite e Lima (2008) relatam que o trabalho dessa enfermeira (1820-1910) mobilizou os princípios e indicadores de qualidade, identificando padrões de assistência, para poder melhorar os serviços disponibilizados aos seus pacientes.

Desde os tempos de Florence, a enfermagem passou por profundas transformações e evolução. Ao compreender seu desenvolvimento teórico passado, é possível entender sua fase atual de desenvolvimento. Segundo Wall (2008, p. 21), “ao observarmos esse conhecimento hoje, percebemos que ele traz sombras do passado e visões para o futuro”.

Assim, na atualidade, a atuação desta profissão está embasada em princípios científicos, e não é de hoje, uma vez que desde a década de 50 do século passado as enfermeiras começaram a “ênfatisar a aplicação de princípios científicos nos seus procedimentos”. (ANDRADE, 2007, p. 97). Nos anos 60 começaram a surgir modelos conceituais e teorias de enfermagem, para descrever e caracterizar os elementos dos fenômenos da área; explicar e esclarecer o significado e as causas ou motivos dos fatos e suas relações.

Nesta época, em especial as enfermeiras norte americanas, organizaram-se e iniciaram discussões sobre as necessidades relativas à profissão. Esse período foi caracterizado pela busca da identidade própria e fez com que as estudiosas e profissionais da área verificassem a necessidade de conhecimentos específicos e organizados, além do papel social que desempenhavam. (TANNURE E GOLÇALVES, 2009).

Entendeu-se a necessidade que a enfermagem tem de realizar pesquisas, estudos, desenvolvendo estruturas teóricas para que o conhecimento desta profissão seja instigado, “formando assim o domínio, ou seja, o cerne de nossa disciplina, com limites de fundamentos teóricos e práticos”. (WALL, 2008, p.14).

Dessa forma, de acordo com Wall (2008), a partir da década de 80 do século passado vários autores trouxeram à tona a estrutura teórica do conhecimento da Enfermagem, tais como Alligood e Tomey (2006), Walker e Avant (2005), Leddy e Pepper (1993), e Rieh e Roy (1980).

Fawcett (2005, 1998) propõe uma estrutura teórica do conhecimento da Enfermagem, afirmando que nela existem vários níveis de abstração, seguindo de um nível maior para um menor. É composta pelos seguintes elementos: metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, as grandes teorias, as teorias médias e indicadores empíricos. (WALL, 2008).

Para Fawcett (2005, citado por Wall, 2008), o metaparadigma é o elemento mais abstrato, não oferecendo direção para atividades concretas, tanto na pesquisa quanto na prática, mas precisa englobar todos os fenômenos dessa disciplina, assim como as proposições que descrevem esses conceitos e as que estabelecem a relação entre eles. Compreende as quatro unidades centrais/metaparadigmas da Enfermagem: ser humano, ambiente, saúde e Enfermagem.

Referente ao segundo componente, a filosofia, Fawcett (2005, p. 11), a define como: “afirmações epistemológicas sobre como o fenômeno vem a ser conhecido e afirmações éticas sobre os valores aceitos pelos membros da disciplina”. Segundo Fitzpatrick² (1992, citado por Wall, 2008, p. 29), Florence via a pessoa de “forma integral, considerando os aspectos físico, intelectual, emocional, social e espiritual. Ela cuidava dando ênfase à pessoa doente e não à doença; sobre tais valores e atitudes é que o caminho filosófico da Enfermagem que seguimos até hoje foi construído”.

O terceiro componente da estrutura teórica do corpo de conhecimento da Enfermagem trazidos por Fawcett³ (2005, citado por Wall, 2008, p. 30) é o modelo conceitual. Este se refere a “um conjunto de conceitos relativamente abstratos e

² FITZPATRICK, J.J. Reflections on Nightingale's perspective of nursing. In: NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing**: what it is, and what it is not. Commemorative Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1992. p. 18-22.

³ FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge**: analysis and evaluation of nursing models and theories. 2. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005.

gerais, que identificam o fenômeno central de interesse da disciplina, as proposições que descrevem esses conceitos amplamente e as proposições que identificam relativamente às abstrações e as relações gerais entre dois ou mais conceitos”.

O componente seguinte da estrutura é a teoria, definida como “uma ou mais conceituações relativamente concretas e específicas, derivada de um modelo conceitual e de suas proposições, com afirmações concretas e relações específicas entre dois ou mais conceitos”. (FAWCETT³, 2005, *apud* WALL, 2008, p. 30). Para a autora, a teoria é menos abstrata do que seu modelo conceitual anterior, podendo ser classificadas como “Grandes Teorias” e “Teorias de Middle-Range”. (FAWCETT, 2005).

Para Fawcett³ (2005, citado por Wall, 2008, p. 31), o último elemento que compreende a estrutura do conhecimento da enfermagem são os indicadores empíricos, definidos como “instrumento atual, uma condição experimental ou um procedimento usado para observar ou mensurar conceitos de teorias de médio porte”. Eles são “condições experimentais que ou procedimentos que orientam o profissional quanto às atividades a serem realizadas”.

Diante disso, os modelos de cuidado de Enfermagem também fazem parte da estrutura do conhecimento da disciplina. Assim como as teorias, eles têm fundamentação filosófica e científica, porém, elas (teorias) são mais complexas, mais amplas e mais abstratas, trazendo conceitos, proposições e pressupostos, tendo função descritiva e prescritiva. Os modelos por sua vez são estruturas formadas por conceitos e pressupostos e trazem uma metodologia para implementação e evolução do cuidado prestado. (WALL, 2008).

Sendo assim, os modelos de cuidado de enfermagem possuem baixo nível de abstração, e por isso, grande imediação com a prática. Como já citado neste trabalho, Wall (2008, p. 34-35), baseado e inspirado em leituras nacionais e internacionais, os define como

um conjunto teórico formado pelos quatro conceitos centrais da Enfermagem e por pressupostos baseados em teorias, cuja função é guiar o cuidado de Enfermagem por meio da sistematização das ações, representado num diagrama. Entendemos que o modelo de cuidado de Enfermagem tem uma fundamentação filosófica e está sustentado por uma estrutura teórica formada por pressupostos inter-relacionados com os quatro conceitos básicos: Enfermagem, meio ambiente / sociedade, ser humano e saúde/doença. Apresenta uma metodologia de cuidado na qual as ações de Enfermagem estão apontadas. O modelo de cuidado tem a função de nortear o processo de cuidado de Enfermagem para uma situação de

cuidado. Além dos quatro conceitos básicos utilizados na Enfermagem, um modelo de cuidado de Enfermagem também pode trazer outros conceitos que se façam necessários em sua concepção. (WALL, 2008, p. 34-35).

Para Carraro (2001, p. 08), os modelos servem para “facilitar o raciocínio dos conceitos e das relações existentes entre eles, ou ainda, para delinear o processo de assistência de enfermagem”. Ainda para esta autora, um modelo, embasado cientificamente contribui para a garantia de melhora na qualidade da assistência de enfermagem prestada, pois conduz o profissional a um fazer reflexivo, em detrimento da realização de atividades apenas como cumprimento de rotinas, de maneira empírica. Eles fundamentam a prática do profissional enfermeiro, que muitas vezes necessita ser modificada.

Estes modelos fornecem à enfermagem a possibilidade de não compreender esta profissão apenas como

uma ordenação de procedimentos mais ou menos constantes, dependendo da situação. Ela é um processo dinâmico, mutável e criativo, mas nem por isso deixa de ser um processo conhecível, objetivo, programável e decifrável. Desta forma, quanto mais claro estiver o referencial teórico do modelo aplicado, maior será a segurança e a realização profissional do Enfermeiro, maior será o direcionamento da equipe de Enfermagem, culminando com uma assistência de Enfermagem adequada às necessidades apresentadas pelo ser humano assistido (CARRARO, 2001, p.12).

Ademais, os modelos são “como uma atividade intelectual deliberada, pela qual a prática de Enfermagem é implementada, de forma sistemática e ordenada, sendo uma tentativa de melhorar a assistência”. (TEIXEIRA; NITSCHKE, 2008, p. 184). Para Rocha, Prado e Carraro (2007), os modelos de cuidado de Enfermagem são um suporte para o cuidado, uma vez que provê a sistematização e o conhecimento.

Outrossim, é fundamental que enfermeiros, mesmo teóricos ou assistenciais, trabalhem juntos, no sentido de desmitificar a ideia da desarticulação entre teoria e prática. Como enfermeiros, é necessário escolher e decidir qual referencial é apropriado para direcionar pesquisas, ensino, administração e cuidado. (WALL, 2008).

Segundo a autora supracitada, é necessário “identificar teorias, marcos conceituais e modelos de cuidado efetivos, que possibilitem explorar alguns aspectos da prática ou guiar um projeto de pesquisa, comparar e contrastar

diferentes explicações de um mesmo fenômeno”, aumentando o potencial de mudanças construtivas.

Dessa forma, como referencial teórico e metodológico para subsidiar o presente estudo, utilizamos o Modelo de Cuidado de Carraro (1994), descrito adiante.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico se torna essencial em uma pesquisa, pelo fato de que proporciona sustentação ao problema de estudo, à sua interpretação, à análise e discussão dos achados, dando ênfase para a necessidade de harmonia entre o marco e o tema pesquisado, e por representar o suporte em cada fase do trabalho. (TRENTINI e PAIM, 2004).

Outrossim, o referencial teórico apresenta “um ou mais ensinamentos formulados a respeito de um assunto específico, e que ao ser construído para fundamentar uma pesquisa, deve estar relacionado à mesma e bem definido, consistindo em uma base que servirá para sustentar a temática abordada”. (BERNARDI, 2011, p. 42).

Assim sendo, neste estudo utilizou-se como referencial teórico, bem como referencial metodológico o Modelo de Cuidado de Carraro (MCC, 1994), descrito adiante.

3.1 MODELO DE CUIDADO DE CARRARO (MCC, 1994)

Em 1994, em sua dissertação de mestrado, Telma Elisa Carraro propôs uma metodologia de cuidado de Enfermagem, que em sua formulação original foi desenvolvida e aplicada dentro do contexto hospitalar com seres humanos que vivenciavam as mais diversas situações cirúrgicas.

Para a formulação desta proposta de cuidado, a autora acima citada elaborou um marco conceitual, baseado nos escritos deixados por Florence Nightingale e também em sua própria experiência profissional.

No ano de 2008, essa proposta de cuidado foi validada por Wall (2008) em sua tese de doutorado, sendo então, denominada como um modelo de cuidado, devido suas características apresentadas, avaliada a partir do “modelo de avaliação de teorias proposto por Meleis”. (1999,1997).

A proposta de cuidado de Enfermagem de Carraro (1994), e posteriormente o Modelo de Cuidado de Carraro, tem sido utilizada desde a década passada, por

pesquisadores, na íntegra ou adaptado, como referencial teórico e/ou metodológico em vários estudos de graduação, e também de pós-graduação, como os abaixo descritos, demonstrando que este modelo pode ser aplicado no processo de cuidar. (WALL, 2008).

Estudos desenvolvidos na Graduação

- “O cuidado domiciliar às mulheres puérperas e suas famílias enfatizando o cuidado de si”. Autoras: Aline Gonçalves e Ariane Thaise Frello. Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal de Santa Catarina, 2007. (GONÇALVES e FRELLO, 2007).
- “A Enfermagem atuando como facilitadora na potencialização do poder vital da puérpera”. Autoras: Fabrícia Martins Silva, Jane Cristina de Matos, Viviane Brambati. Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. (SILVA, MATOS e BRAMBATI, 2006).
- “A vivência do climatério na atualidade”. Autora: Melissa Alessandra Macarini. Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Centro Universitário FEEVALE, 2006. (MACARINI, 2006).
- “Uma caminhada com Florence Nightingale: cuidado de mulheres gestantes / puérperas e suas famílias em busca do fortalecimento de seu poder vital”. Autoras: Andréa Mocellin, Ingrid Gonçalves Rodriguez, Milena Machado Justino. Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. (MOCELLIN, RODRIGUEZ e JUSTINO, 2005).
- “Resgatando as orientações às puérperas durante o cuidado de Enfermagem por meio da aplicação de uma metodologia da assistência”. Autora: Andreia Cardoso de Souza, Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal do Paraná, 2003. (SOUZA, 2003).
- “A Trajetória da Enfermeira Junto à Mulher com Diagnóstico de Câncer Uterino Submetida ao Procedimento de Braquiterapia Ginecológica”. Autora: Sheila Ribeiro da Silva, Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal do Paraná, 2003. (SILVA, 2003).
- “Cuidado é o bem que se quer: aplicação de uma metodologia da assistência de Enfermagem a um grupo de mulheres voluntárias” Autora: Vilma Martins Serra.

Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal do Paraná, 2002. (MARTINS, 2003).

- “A Trajetória da Enfermeira Junto ao Ser Humano Oncológico Traqueostomizado e sua Família”. Autora: Michele Jankovski Piloni Hervis. Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal do Paraná, 2002. (HERVIS, 2002).
- “Caminhada assistencial junto ao doente renal durante o período de hemodiálise”. Autora: Irene Elisabete Jung. Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal do Paraná, 2001. (JUNG, 2001).
- “Vivenciando e refletindo sobre a prática profissional do enfermeiro ao aplicar a metodologia da assistência de Enfermagem na promoção à saúde da gestante”. Autora: Patrícia Bueno Gross. Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal do Paraná, 2001. (GROSS, 2001).

Estudos desenvolvidos na Pós-Graduação

Doutorado

- “Características da proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro a partir da avaliação de Teorias de Meleis. Autora: Marilene Loewen Wall. Tese de Doutorado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. (WALL, 2008).

Mestrado

- “Poder Vital de puérperas no domicílio: A Enfermeira utilizando o Modelo de Cuidado de Carraro”. Autora: Mariely Carmelina Bernardi. Dissertação de Mestrado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina, 2011. (BERNARDI, 2011).
- “Fisioterapia no cuidado e conforto da puérpera em ambiente hospitalar à partir do Modelo de Cuidado de Carraro. Autora: Daysi Jung da Silva Ramos. Dissertação de Mestrado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina, 2011. (RAMOS, 2011).
- “O cuidado às mulheres no puerpério de alto risco: aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro, fundamentado em Florence Nightingale”. Autora: Ilse Kunzler. Dissertação de Mestrado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. (KUNZLER, 2006).
- “O cuidado ao familiar cuidador de portadores de transtornos de humor na rede básica de atenção a saúde”. Autora: Carolina Mazzucco Portela. Dissertação de Mestrado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. (PORTELA, 2006).

- “A Enfermagem promovendo a saúde no cuidado a pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca”. Autora: Patricia de Gasperi. Dissertação de Mestrado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. (GASPERI, 2005).
- “Uma trajetória com mulheres-puérperas: do alojamento conjunto ao domicílio, vivenciando o Modelo de Cuidado de Carraro”. Autora: Ingrid Elizabeth Bohn Bertoldo, Dissertação de Mestrado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. (BERTOLDO, 2003).
- “Metodologia da Assistência: Um Elo entre a Enfermeira e a Mulher-Mãe”. Autora: Marilene Loewen Wall, Dissertação de Mestrado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina, 2000. (WALL, 2000).

Especialização

- “Promoção à saúde da mulher no período gestacional: um enfoque multiprofissional”. Autora: Cíntia Mazur. Monografia de conclusão de Curso de Especialização. Universidade Federal do Paraná, 2004. (MAZUR, 2004).

O MCC (1994) possui como componentes estruturais nove pressupostos e a definição de quatro conceitos/metaparadigmas da disciplina enfermagem: ser humano, meio ambiente, saúde-doença e enfermagem. Os seus pressupostos foram baseados num olhar filosófico humanista, e contemplam pressuposições sobre Enfermagem, comportamento humano, vida, saúde e doença. Referente aos conceitos, estes abordam definições de poder vital, família e infecção hospitalar (WALL, 2008).

Por ter sido elaborado inicialmente como uma metodologia de cuidado, este modelo tem imensa imediação com a prática, diminuindo a distância entre o grande nível de abstrações das teorias de enfermagem com a prática diária desta profissão. Desta forma, os pressupostos e conceitos deste marco, descritos por Carraro (1994, p. 28-31):

Pressupostos:

- A saúde do ser humano e sua família está relacionada com o meio ambiente.
- A enfermagem, assim como toda equipe de saúde, tem o direito e o dever de conhecer medidas de biossegurança e conforto, e o dever de proporcioná-las ao ser humano e sua família.

- O ser humano e sua família têm o direito de conhecer as medidas de prevenção e controle de infecções. Compete à enfermagem e à equipe de saúde, através de estratégias educativas, compartilhar seu conhecimento a respeito.
- A prevenção de infecções hospitalares na situação cirúrgica, está baseada em ações básicas que devem permear o cotidiano da enfermagem, do ser humano e de sua família.
- A instalação de infecção hospitalar coloca em risco a integridade do ser humano e de sua família.
- O ser humano possui poder vital que pode ser fortalecido no processo saúde-doença.
- A mobilização do meio ambiente e a potencialização do poder vital do ser humano requerem princípios de conduta bioética.
- A prevenção de infecções hospitalares possui duas interfaces: a mobilização do meio ambiente através de medidas preventivas e o aumento da resistência do organismo do ser humano.
- A família é ponto de apoio ao ser humano na vivência da situação cirúrgica. Nesta, é fundamental a atuação da família a fim de proporcionar ao ser humano condições de biossegurança.

Conceitos:

Ser humano

O ser humano é um ser singular, integral, indivisível, insubstituível, pleno na sua concepção de interagir com o mundo; interage com o meio ambiente, onde são expressas crenças e valores que permeiam suas ações. Estas ações, sob qualquer forma de expressão, podem ser caracterizadas enquanto saudáveis ou não. A potencialidade manifesta deste ser, até pela sua singularidade, apresenta diversificações, atributos, aptidões, sentimentos e outros valores, que podem se aproximar ou não daqueles apresentados por outros seres humanos. Destaca-se aqui que, segundo Florence, em 1859, o ser humano possui poder vital, usado para vivenciar o processo saúde-doença.

Entendo poder vital como uma força inata ao ser humano. Esta força tende para a vida, projeta-o para a vida. No processo saúde-doença o poder vital age contra a doença quando canalizado para a saúde.

O ser humano se relaciona com outros seres humanos, individualmente ou em grupos, e na sociedade como um todo. Um dos grupos de que ele participa é a família, entendida como um grupo de pessoas que se percebe como tal e partilha um meio ambiente familiar.

Junto ao ser humano e sua família, a enfermagem atua mobilizando o meio ambiente a fim de proporcionar condições favoráveis à saúde.

Neste estudo, o ser humano é a mulher puérpera que fez um parto cesárea pela primeira vez.

Meio ambiente

Meio ambiente é o contexto que permeia e afeta a vida do ser humano e sua família. Envolve condições e influências internas e externas a estes e apresenta infinita diversidade.

Ao envolver condições e influências que afetam a vida e desenvolvimento do ser humano e sua família, o meio ambiente propicia meios de prevenção e contribui para a saúde ou para a doença (Florence, 1859). É com o meio

ambiente que o ser humano e sua família vivenciam o processo saúde-doença.

O meio ambiente proporciona ao ser humano relacionar-se com outro ser humano, com grupos e com a sociedade como um todo.

Consciente que o meio ambiente é tudo isto, e muito mais do que sou capaz de registrar no meu imaginário, neste marco ele abrange a situação cirúrgica vivenciada pelo ser humano e sua família. Neste contexto a enfermagem atua com o intuito de proporcionar ao ser humano e sua família condições favoráveis à saúde e à potencialização do poder vital.

Neste estudo, o meio ambiente é o puerpério e a situação cirúrgica vivenciada pela mulher puérpera.

Saúde-Doença

Saúde-Doença é um processo dinâmico e influenciável pelas particularidades do ser-humano e do meio ambiente. Segundo Florence (1859), doença é um processo restaurador que a natureza instituiu. Sob este prisma a saúde não é vista apenas como o oposto de doença, não é somente estar bem, mas inclui ser “capaz de usar bem qualquer poder que nós temos para usar” (Florence, 1882 b/1954, p.334-335, apud Reed Zurakowski, 1983, p.15).

A este processo saúde-doença, o ser humano e sua família estão constantemente expostos, e para viverem de forma saudável devem usar os recursos disponíveis no meio ambiente.

Na vivência do processo saúde-doença, o ser humano pode encontrar-se em situações cirúrgicas, nas quais estará exposto a riscos que comprometam a sua saúde e a sua vida, um deles é o de contrair infecções hospitalares. Infecção hospitalar “é qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifeste durante a hospitalização”(Leme, 1990, p.25). Portanto, no processo saúde-doença, a enfermagem deve estar alerta para mobilizar o meio ambiente, propiciando ao ser humano e sua família condições favoráveis à saúde, à potencialização do poder vital e à prevenção de infecções.

Neste estudo, entende-se por saúde-doença, os riscos que todo o período puerperal cirúrgico pode expor a mulher, seu bebê e sua família.

Enfermagem

Enfermagem é uma profissão que articula ciência e arte. Ciência porque reúne conhecimentos científicos teóricos e práticos organizados e validados; arte face a usar criatividade, habilidade, imaginação e sensibilidade e outros recursos ao aplicar a ciência na sua prática assistencial.

A potencialização do poder vital através da assistência de enfermagem, requer a observação de princípios bioéticos, tais como: o reconhecimento e o respeito a crenças, valores, sentimentos, capacidades e limitações do ser humano e sua família; o princípio de não lhes causar danos e esclarecer-lhes os riscos e benefícios a que estão expostos e a consciência de que a prioridade é a vida.

O objetivo da enfermagem, segundo Florence (1859), é propiciar ao ser humano as melhores condições a fim de que o poder vital possa ser potencializado para um viver saudável. Para tanto a enfermagem utiliza estratégias para a prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde, conforto, apoio, educação à mobilização junto ao meio ambiente.

O enfermeiro é um ser humano com todas as suas peculiaridades, portador de uma formação universitária que lhe concede o título de profissional diante da lei e da ética. Possui direitos e deveres e está comprometido com o desenvolvimento da enfermagem. Relaciona-se com os outros seres humanos, trabalha em equipe, compartilha conhecimentos, observa princípios bioéticos e mobiliza o meio ambiente, proporcionando ao ser humano e sua família condições favoráveis à saúde.

O MCC (1994) compreende cinco etapas que se articulam entre si, se complementam e podem ocorrer simultaneamente, são elas: “conhecendo-nos, reconhecendo a situação, desenhando o trajeto e selecionando as estratégias, seguindo e agindo e, acompanhando a trajetória”. Ressalta-se que os anexos elaborados por Carraro (1994), para desenvolver seu estudo e citados a seguir nas etapas do modelo, encontram-se anexos a este estudo, na seguinte ordem:

O Anexo 1 da proposta de Carraro, intitulado “Operacionalização do marco conceitual”, encontra-se no Anexo 1 deste trabalho, tratando-se de quatro quadros, cada um correspondendo a um dos conceitos utilizados nesta proposta, ou seja, um para ser humano, outro para meio ambiente, outro para saúde / doença e o último para enfermagem. Em cada um estão listados os elementos que compõem cada um dos conceitos, seguidos de uma lista de tópicos do que é importante se conhecer e como é possível conhecê-los. Resumindo, podemos dizer que se trata de um guia para que o enfermeiro operacionalize o marco conceitual.

O instrumento proposto por Carraro (1994), intitulado “Roteiro para coleta de informações”, encontra-se no Anexo 2 deste estudo. Trata-se de um instrumento para coleta de dados e informações sobre o paciente e sua família. O Anexo 3 desenvolvido por Carraro, denominado “Riscos de Infecção Hospitalar”, encontra-se

no Anexo 3 deste estudo. Trata-se de uma lista de fatores a serem considerados pelo enfermeiro e sua equipe como um risco de infecção hospitalar para esse paciente.

O Anexo 4 da proposta de Carraro, que ela denomina “Variáveis que interferem do Poder Vital”, encontra-se no Anexo 4 do presente trabalho. São as variáveis tanto subjetivas quanto objetivas a serem observadas pelo enfermeiro, pois interferem no poder vital do paciente. O instrumento desenvolvido por Carraro (1994), intitulado “Diário de Campo”, encontra-se no Anexo 5. Trata-se de uma ficha para registro das etapas da trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família durante a situação cirúrgica, sendo elas: reconhecendo a situação, desenhando o trajeto e selecionando as estratégias, seguindo e agindo e acompanhando a trajetória.

A seguir, descreve-se na íntegra as etapas propostas por Carraro (1994), bem como a representação esquemática referente às mesmas encontra-se no anexo 6 (CARRARO, 1994, p. 36-40).

1 – Conhecendo-nos:

Sendo a primeira etapa da Trajetória, configura o início do meu relacionamento como ser humano, sua família e o meio ambiente da situação cirúrgica. Tem por finalidade buscar conhecer e conseguir informações que possibilitem a continuidade deste processo. De maneira informal, minha apresentação à equipe de saúde dos diversos setores, engloba algumas informações sobre minha história profissional e o porquê do meu interesse nesse tipo de assistência. Ainda consta da apresentação do anteprojeto para a Prática Assistencial. Da mesma forma, no que tange ao cliente e sua família, penso ser de fundamental importância a minha apresentação esclarecendo “quem sou” e como pretendo atuar junto com eles. Observando os princípios bioéticos cabe aqui o esclarecimento ao cliente / família sobre os objetivos e o teor do trabalho, e sobre os seus direitos de participar ou não desta assistência, assim como da possibilidade de interrompê-la quando desejarem. Para que a etapa se desenvolva de maneira efetiva, é fundamental que seja bem explorada no sentido de subsidiar a continuidade do processo. Esse fato não significa que o conhecimento aqui proposto deva ser esgotado num primeiro momento, mas que deve ser um processo contínuo a permear todo o trajeto. É fundamental, principalmente neste momento, que haja interação entre as pessoas envolvidas no processo assistencial. Acredito que a assistência e o diálogo são elementos desencadeadores dessa interação e que, juntamente com a observação e a consulta à documentação disponível, subsidiem a Trajetória no que concerne às informações necessárias ao seu desenvolvimento. No meu entendimento, teoria – Marco Conceitual – e prática – aplicação da Metodologia para Assistência – precisam estar interligadas para que as ações de Enfermagem transcorram de modo congruente. Ao fazer esse elo teórico-prático, operacionalizo o Marco Conceitual de forma a guiar a etapa Conhecendo-nos (Anexo 1). Com a finalidade de nortear essa etapa, elaborei um Roteiro Básico para Coleta de Informações (Anexo 2) o qual não é um instrumento encerrado, podendo ser

aperfeiçoado sempre que houver necessidade. As informações são registradas em diário de campo.

2 – Reconhecendo a Situação:

Essa etapa da Trajetória caracteriza-se pela reflexão sobre as informações obtidas na etapa anterior, fazendo uma ponte entre o teórico apreendido, o prático vivido, o teórico a apreender e o prático a viver. Essa reflexão conduz ao reconhecimento de como a situação cirúrgica se desenvolve, principalmente no que se refere ao processo saúde-doença e à prevenção de infecções. Optei em embasar o Reconhecendo a Situação no processo saúde doença, por entender que este permeia o desenvolvimento da Situação Cirúrgica, e que é nele que se processa a prevenção de infecções. Compreendo ainda que, ao focar o processo saúde-doença, estou trabalhando de forma interligada como os demais conceitos do Marco Conceitual. A partir dessa compreensão destaco três pontos fundamentais para o reconhecimento da situação, com vistas à prevenção de infecções hospitalares. São eles: os riscos de infecção hospitalar, os recursos disponíveis e a reação do poder vital. Esse reconhecimento não ocorre de forma estanque; porém, para que haja melhor entendimento e para orientar essa etapa, tentei organizar aqui o que abrange cada um desses itens. Reconhecendo os Riscos de Infecção Hospitalar a que o paciente está exposto na situação cirúrgica, considerando “a probabilidade de algum evento indesejado” (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1989, p.126) e levando em consideração o que alguns estudiosos da Prevenção e Controle de Infecções citam como fatores de risco para pacientes cirúrgicos, elaborei um instrumento para facilitar a etapa Reconhecendo no que se refere a Riscos de Infecção Hospitalar (Anexo 3). Identificando os Recursos Disponíveis para facilitar a recuperação e proporcionar medidas de conforto, de educação à saúde, de apoio, de biossegurança e de potencialização do poder vital. Percebendo a Reação do Poder Vital à situação cirúrgica, observando como o cliente está se projetando para a vida e reagindo frente a doença. Através de observações subjetivas, tais como sua motivação, seus planos para o futuro, seu sentimento em relação à cirurgia, seu relacionamento com os outros pacientes, família e equipe; e ainda através de dados objetivos, por exemplo: sinais vitais, exames laboratoriais, reação medicamentosa, cicatrização. Visando facilitar esse reconhecimento, sistematizo as variáveis que interferem no poder vital (Anexo 4). O Reconhecimento da situação pode ser retomado a qualquer momento em que se faça necessário, pois é ele que subsidia a etapa subsequente. Os registros referentes ao Reconhecendo a Situação são feitos no diário de campo e sistematizados no Anexo 5.

3 – Desenhando o Trajeto e Selecionando Estratégias:

Tendo iniciado o Conhecimento e o Reconhecimento da Situação Cirúrgica, esta etapa se caracteriza pelo Desenho do trajeto a ser percorrido. Nesta ocasião, ciência e arte se salientam e se complementam. A arte oferece subsídios para desenhar o trajeto; a ciência oferece o embasamento teórico-científico. Desta forma programamos a assistência tendo sempre em mente que o ser humano é um ser singular, integral e indivisível. É também neste momento que os princípios bioéticos sobressaem, principalmente no que se refere à mobilização do meio ambiente com vistas a proporcionar condições favoráveis à saúde. A programação, ou Desenho do Trajeto, pode ser realizada pelo enfermeiro, pelo enfermeiro / paciente e sua família, pelo enfermeiro e a família do paciente, e / ou pelo paciente sua família, conforme a situação se apresentar. Concomitantemente ao Desenho do Trajeto, dá-se a Seleção das Estratégias para as ações da Enfermagem, do ser humano e da sua família. Essa seleção acontecerá de acordo com as

possibilidades de cada pessoa integrante deste processo. A atuação de cada um é singular e deve ser analisada no momento da programação do trajeto e da escolha de estratégias. Destas, algumas passíveis de utilização são: cuidado direto ao paciente, medidas de prevenção de infecções, educação à saúde, conforto, apoio, reuniões com a família e / ou equipe de saúde e visitas domiciliares. Os registros desta etapa são realizados no diário de campo e no Anexo 5.

4 – Seguindo e Agindo:

Esta etapa da Trajetória proporciona à Enfermagem seguir com o ser humano e sua família na vivência da Situação Cirúrgica. É neste momento que se dá a implementação das estratégias selecionadas. As ações seguem o Desenho do Trajeto e são executadas pelo enfermeiro, pela equipe, pelo paciente e por sua família, de acordo com a habilidade de cada um e com a competência exigida pela estratégia escolhida. O seguimento desta etapa é registrado no diário de campo e no Anexo 5.

5 – Acompanhando a Trajetória:

Esta etapa é desenvolvida de maneira dinâmica, interligada e contínua através do acompanhamento da trajetória, e didaticamente dividida em 4 fases, que se seguem: 1- Apreciando as etapas: compreende a apreciação de cada etapa. Proporciona subsídios para a sequência do trajeto se existe interligação entre as mesmas; 2- Observando o decorrer da Trajetória e comparando-o com as observações prévias: compreende a observação e comparação de informações, com vistas a avaliar a evolução do cliente no que concerne à situação cirúrgica; 3- Estimando a implementação das estratégias: compreende a avaliação da escolha de estratégias e de sua implementação, bem como se as ações de Enfermagem são congruentes com o desenho proposto; 4- Retroalimentando a Trajetória: embasados nas avaliações realizadas, compreende a retroalimentação da trajetória com a finalidade de introduzir inovações necessárias. Essa etapa forma o elo entre as demais, reforçando a articulação entre as mesmas. É fundamental que permeie toda a Trajetória, subsidiando o seu desenvolvimento, retroalimentando-a e estimulando sua preservação, bem como os ajustes que se fizerem necessários. Seus registros são realizados no diário de campo e no Anexo 5 (CARRARO, 1994, p. 36-40).

Frente ao referencial teórico acima exposto, no presente estudo, por meio do MCC (1994) realizou-se o cuidado à mulher no puerpério cirúrgico simultaneamente ao pesquisar.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O objeto de estudo do presente trabalho é o cuidado de enfermagem à mulheres no puerpério cirúrgico. Desta forma, como percurso metodológico adotou-se a pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, que utilizou como referencial teórico e metodológico o Modelo de Cuidado de Carraro (1994).

4.1 PESQUISA DESCRITIVA

As pesquisas descritivas, segundo Figueiredo (2009, p. 94), tem como principal objetivo descrever as “características de determinada população ou fenômeno”, ou ainda estabelecer relações entre “variáveis obtidas por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionários e a observação sistemática”.

Para este autor, as pesquisas descritivas pretendem descrever com exatidão os fatos e fenômenos de dada realidade, exigindo por parte do pesquisador uma série de informações do que se deseja pesquisar, tais como a “população, a amostra, os objetivos do estudo, as hipóteses/pressupostos e as questões de pesquisa”. (TRIVIÑOS⁴, 1987 *apud* FIGUEIREDO, 2009, p. 94).

Esse tipo de pesquisa, bem como as pesquisas exploratórias, são as que normalmente realizam os pesquisadores das ciências sociais, que demonstram-se preocupados com a atuação prática. (GIL, 2002).

4.2 ABORDAGEM QUALITATIVA

⁴ TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

Segundo Minayo (2004), abordagem qualitativa surge diante da impossibilidade de investigar e compreender, por meio de dados estatísticos, alguns fenômenos voltados para a percepção, a intuição e a subjetividade. Desta forma, está direcionada para a investigação dos significados das relações humanas, em que suas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos aflorados diante das situações vivenciadas no dia a dia.

As pesquisas qualitativas trabalham com dados não quantificáveis, coletam e analisam materiais pouco estruturados e narrativos, que não necessitam tanto de uma estrutura, mas em compensação, requerem o máximo de envolvimento por parte do pesquisador. Desta forma, este tipo de pesquisa produz grandes quantidades de dados narrativos, dispensando grandes amostras, visto que o pesquisador qualitativo tem de evitar controlar a pesquisa, para que o estudo permaneça no contexto naturalista. (FIGUEIREDO, 2008, p. 96).

Desta forma, nas pesquisas qualitativas considera-se que há um relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, busca a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzido em números, na qual a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicos neste processo. (GIL, 2002).

4.3 O ESPAÇO DA PESQUISA

O espaço físico elegido pelas pesquisadoras para a coleta de dados foi a maternidade de um hospital filantrópico, localizado numa cidade da região centro sul no estado do Paraná, mediante prévia autorização. (ANEXO 7).

Este hospital foi fundado em 02 fevereiro de 1913 por um grupo de pessoas da comunidade. Hoje, com mais de 8.000 m² de área construída, conta com 154 leitos ativos (sendo 110 conveniados ao Sistema Único de Saúde), divididos em: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Psiquiatria, Obstetrícia, Neurologia, Quimioterapia, Pronto-Socorro, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral, Pediátrica e Neonatal.

O atendimento do Hospital se estende a toda população da cidade que o sedia, bem como serve de referência para o atendimento de média e alta complexidade à outros municípios paranaenses que circundam a cidade.

A maternidade, situada nas dependências deste hospital, possui o sistema de alojamento conjunto implantado, dispondo de quinze leitos adultos e quinze berços para recém-nascido (RN), estes conveniados ao Sistema Único de Saúde. Comporta ainda, seis leitos adultos e seis berços para RN, destinados às clientes particulares ou outros convênios. Além disso, conta com dois leitos adultos em um quarto destinado ao pré-parto.

Possui atualmente os seguintes recursos humanos: 8 médicos obstetras que se revezam em plantões presenciais de 12 ou 24 horas; 07 pediatras; 04 enfermeiras, e uma equipe de 22 técnicas e auxiliares de enfermagem divididos em turnos de 12 horas; e três técnicas de serviços gerais com carga horária de 12 horas diárias cada uma. (DADOS INSTITUCIONAIS).

Em 2013, ano corrente à realização da pesquisa, houve no setor o internamento de 2.167 mulheres. Destas, 677 internaram para realização de partos normais, 994 realizaram cesárea, 378 para tratamentos, como infecções urinárias e doença hipertensiva específica da gestação (DEHG), e 118 para realização de curetagem. (DADOS INSTITUCIONAIS).

A maternidade supracitada foi escolhida para a realização do estudo pela familiaridade da pesquisadora com o local, pelo fato de ser esta, local de prática nas aulas da graduação ministradas pela mesma, e também pela possibilidade e necessidade de avanços técnico-científicos no tocante ao cuidado de enfermagem à mulher no ciclo gravídico puerperal.

4.4 AS PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes do estudo foram mulheres, maiores de 18 anos, que se encontravam no puerpério imediato após a cesariana. A amostra foi estabelecida pelas pesquisadoras devido às próprias características, objetivo e metodologia da pesquisa, as quais concordam que não se “estabelece critérios rígidos para a seleção da amostra”, isto porque neste tipo de pesquisa não se valoriza o princípio da generalização, mas sim a “representatividade referente à profundidade e diversidade das informações”. Com isso, o número de participantes foi definido de

forma a “garantir uma amostragem de adequação das informações”. (TRENTINI e PAIM, 2004, p.75).

Dessa maneira, no decorrer desta trajetória, nove mulheres que se encontravam no puerpério imediato após a cesariana foram cuidadas e fizeram parte da pesquisa, número este necessário e satisfatório para colocar em prática e retroalimentar o Modelo de Cuidado utilizado como referencial teórico e metodológico deste trabalho.

Assim, como Carraro (1994), as pesquisadoras entendem que “o ser humano é um ser singular, integral, indivisível, insubstituível, pleno de sua concepção de interagir com o mundo; interage com o meio ambiente, onde são expressas crenças e valores que permeiam suas ações”. (CARRARO, 1994, p. 28).

Entretanto, compreende-se também que o puerpério, independente de seu significado, é um período expressivo, no qual se entrelaçam aspectos físicos, emocionais e relacionais, culminado em necessidades de cuidado de enfermagem semelhantes entre as mulheres puérperas.

4.5 A COLETA E O REGISTRO DOS DADOS

Os dados foram coletados nos meses de março, abril e maio de 2013. Durante os três meses, o dia da semana priorizado para início da coleta foi a quinta feira. Neste dia, a pesquisadora responsável adentrava no setor no momento da troca de plantão noturno para o matutino, e através do censo hospitalar daquela unidade, prontuários das pacientes e apoio da equipe de enfermagem do setor selecionava as participantes, conforme critérios de inclusão da pesquisa.

Definiu-se que a coleta aconteceria com no máximo duas puérperas simultaneamente, pelo fato de que além do cuidado, existia também a intenção da pesquisa. Dessa forma, por semana, cuidou-se no máximo de duas puérperas.

A seleção da amostra acontecia baseada em três critérios. Primeiro: gestantes que já haviam sido admitidas e aguardavam pela cesárea, a qual poderia acontecer naquele turno ou não, mas onde o primeiro contato entre pesquisadora e participante acontecia antes da cesárea; segundo: puérperas que haviam realizado a cesárea no plantão anterior; e terceiro: gestantes que eram admitidas no setor

durante este turno, mesmo que o procedimento cirúrgico fosse realizado no período da tarde ou em outro dia, onde o primeiro contato entre pesquisadora e participante acontecia também preferencialmente antes do procedimento cirúrgico, mas que na sucessão deste procedimento, seria cuidada pela pesquisadora.

Esses critérios foram seguidos de forma a se obedecer a sequência estabelecida, ou seja, diante da inexistência de puérperas que se enquadravam no primeiro critério, optava-se pelo segundo. Frente à ausência de puérperas que pertencessem ao segundo critério, elegia-se o terceiro. Sendo assim, por duas vezes se selecionaram duas puérperas simultaneamente e em outras nenhuma puérpera foi selecionada, devido a não adequação dos critérios de inclusão do estudo e por não pertencerem aos critérios estabelecidos.

Desde que se enquadrassem no estudo e após breve explanação da pesquisadora sobre o estudo, as puérperas eram convidadas a participar. Deixava-se claro que, caso não concordassem, nenhum prejuízo haveria a elas e aos respectivos bebês em relação aos cuidados de rotinas do setor. Se manifestassem interesse em participar, a partir daquele momento, durante o período matutino, as puérperas seriam cuidadas além da equipe do setor, também pela pesquisadora. Esta última baseando seu cuidado num olhar filosófico humanista do Modelo de Cuidado de Carraro (1994).

Em relação ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), priorizou-se que as participantes do estudo o assinassem após o segundo dia que a pesquisadora as tivesse cuidando, e não necessariamente no primeiro contato realizado. (APÊNDICE 1).

Definiu-se desta forma, pelo fato de que no primeiro contato, a maioria das puérperas participantes encontravam-se impossibilitadas de assiná-lo devido a posição pós-anestésica. Além do mais, era importante que estas entendessem no primeiro dia de cuidado a dinâmica da pesquisa, e assinassem o TCLE após estarem certas de sua participação no estudo.

Com a intenção de sistematizar o cuidado às puérperas, as pesquisadoras adaptaram instrumentos baseado nas cinco etapas propostas por Carraro (1994), bem como em seus próprios instrumentos, disponibilizados em sua dissertação de mestrado. Para a etapa *Conhecendo-nos* existe um modelo específico. (APÊNDICE 2). Após cada contato com a mulher puérpera, conforme sua necessidade de cuidado, a pesquisadora realizava os devidos registros no instrumento elaborado,

evidenciando os pontos chaves do cuidado prestado, a fim de que no final do dia isso facilitasse o relato completo em um diário de campo. (APÊNDICE 3).

4.6 A APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram apresentados da forma como aconteceram na prática, ou seja, seguindo-se as etapas do MCC (1994), foram exibidos os relatos do cuidado realizado com cada puérpera.

Optou-se por apresentá-los desta forma, pois acredita-se que o MCC (1994) trata de um processo contínuo e simultâneo, com ou as etapas articuladas e complementares entre si, visando apreender a realidade tal como se apresenta ao pesquisador, enquanto reflete sobre a mesma baseada no referencial teórico. (WALL, 2000).

Em virtude da quantidade de informações que o processo de cuidar e posteriores relatos propiciaram às pesquisadoras, pois são resultado de um cuidado integral que perdurou pelas 48 de internamento de cada puérpera e seu bebê (no período matutino), bem como nas visitas domiciliares que se fizeram necessárias, optou-se no presente trabalho em resumir cada relato, frisando os pontos importantes de cada um deles, porém, não deixando de expressar a singularidade com que cada puérpera se apresentou frente aos olhos da pesquisadora.

Concordamos com Lathlean (2006), o qual refere que o processo de análise de dados qualitativos não é linear e não existe um único caminho para fazê-lo, mas sim que esta depende da visão teórico-filosófica do pesquisador, bem como da profundidade com que investiga seus dados.

Para Morse (2003), o real processo de análise de dados está pouco descrito, Para esta autora, em todos os métodos qualitativos quatro processos cognitivos se apresentam: compreender, sintetizar, teorizar e recontextualizar.

Dessa forma, as informações abstraídas dos relatos, foram analisadas sob a perspectiva da última etapa do Modelo de Cuidado de Carraro “Acompanhando a Trajetória”, ou seja, nessa etapa realizou-se a análise dos dados, com reflexões e teorizações à luz do MCC (1994), bem como da literatura.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

A presente pesquisa faz parte de um projeto intitulado “O Cuidado no Puerpério: Aplicação de um Modelo de Cuidado de enfermagem”, proposto pela Professora Doutora Marilene Loewen Wall, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, aprovado pelo CEP/HC/UFPR sob o número do Parecer 120.892. (ANEXO 8).

A fim de preservar o sigilo e anonimato das participantes do estudo, nesta pesquisa seus nomes foram substituídos por pseudônimos, os quais elas tiveram a possibilidade de escolher.

5 APRESENTANDO A TRAJETÓRIA QUE VIVENCIEI E AS ETAPAS DO MCC (1994)

Como já descrito na metodologia deste trabalho, o cerne desta caminhada aconteceu no setor de alojamento conjunto da maternidade de um hospital filantrópico, em uma cidade da região centro sul do estado do Paraná.

Neste hospital, o alojamento conjunto e o centro obstétrico, destinado à partos normais encontram-se no andar térreo. As cesarianas ocorrem no centro cirúrgico convencional, no segundo andar, e após o término dessas, as puérperas recém-operadas retornam ao alojamento conjunto.

A maternidade foi reformada no ano de 2011. Desta forma, possui um ambiente claro, limpo e organizado, pintada de cores claras e com todo mobiliário novo, deixando sua aparência agradável.

Na Unidade, os prontuários são informatizados, e a SAE, na forma do Processo de Enfermagem ou outra metodologia não é realizada, apesar do sistema disponibilizá-la.

Este setor não é para mim totalmente desconhecido, pois como docente, é um dos campos onde supervisiono estágio. Porém, mesmo assim, senti a necessidade de seguir com os tramites legais para adentrar desta vez com outro objetivo, o da pesquisa.

Desta forma, antecipadamente, garanti a autorização formal da direção geral do hospital (ANEXO 7), bem como a autorização informal da enfermeira responsável técnica da Unidade, com a qual me sinto à vontade e confortável nas dependências daquele setor devido sua acessibilidade. Ambas as instâncias não fizeram objeções.

A seguir, neste capítulo apresento minha trajetória com as nove puérperas que participaram comigo. Para isso, utilizo-me das etapas propostas por Carraro (1994). Primeiramente, faço uso das quatro primeiras etapas: Conhecendo-nos, Reconhecendo a Situação, Desenhando o Trajeto e Selecionado as Estratégias e, Seguindo e Agindo. Nessas, descrevo aquilo que foi vivenciado com cada puérpera cuidada.

Neste capítulo, não descrevo a última etapa proposta por Carraro (1994), Acompanhando a Trajetória, pois no capítulo seguinte essa etapa norteou o processo de análise das informações que os relatos propiciaram à pesquisa. No

entanto, é importante salientar que no processo de cuidado das nove puérperas participantes do estudo, esta última etapa desenvolveu-se de maneira interligada, dinâmica e contínua, permeando cada trajetória, articulando-se com cada uma das demais etapas.

Então, apesar de apresentar as etapas separadamente e em sequência, ao aplicá-las na prática, estas acontecem de forma articulada, simultaneamente ou não. Isto é possível, pois o MCC (1994), é aberto e dinâmico, atento as necessidades com que cada ser cuidado se apresenta.

Assim, o texto adiante descrito, no qual retrato minha vivência com as puérperas participantes do estudo, é fruto de minhas anotações, pois refletem o cuidado que prestei à essas mulheres e sua família. Ao término de cada plantão, eu fazia os registros em um diário de campo conforme os cuidados prestados, utilizando-me do instrumento específico (APÊNDICE 3). Após isso, realizava o relato detalhado com base no MCC (1994).

Assim, desse material, extraí a síntese e fiz posterior análise. Procurei enfatizar a singularidade e circunstâncias que se destacaram no cuidado a cada puérpera. Ao conhecer as peculiaridades com que cada uma vivenciou esse período, é que foi possível percorrer pelas etapas propostas por Carraro (1994), o que acredito ter feito a diferença no cuidado prestado.

Importante destacar que por tratar-se de mulheres no puerpério cirúrgico imediato, os cuidados de enfermagem, inerentes ao pós-operatório e pós-parto se fizeram presentes, como cuidados pós-anestésicos, adoção de medidas de biossegurança e prevenção de infecções, auxílio no banho, medicações, curativos, exame físico, promoção de conforto, primeiros cuidados do recém-nascido (RN) e higiene, teste do pezinho, orientações em relação aos cuidados de si da puérpera e do bebê.

Porém, acredito que os cuidados acima citados, assim como os que destacados e citados no texto que se segue, fazem parte do processo de cuidar do enfermeiro, e desta forma indispensáveis a este período. Entretanto, não os salientei no texto abaixo, porém, esclareço que se fizeram presentes em todas as caminhadas, visto que foram desempenhados por mim em conjunto com a equipe do setor.

5.1 CONHECENDO-NOS

A etapa conhecendo-nos é a primeira etapa da trajetória, e “configura o início do relacionamento com o ser humano, sua família e o ambiente da situação cirúrgica”. Esta objetiva conhecer e conseguir informações que permitam a continuidade da caminhada. (CARRARO, 1994, p. 36).

Dessa forma, iniciei minha caminhada com **Luíza**, 35 anos, ensino superior completo, policial militar, união estável, segunda gestação, 39 semanas e primeira cesariana. Conheci Luíza e seu esposo P na sala de exames da maternidade, momento que tivemos pouca oportunidade de nos falarmos, pois, assim que examinada pela médica obstetra foi imediatamente levada para cesárea. Queixava-se de dor, segundo ela, como se fossem contrações. Sua bolsa amniótica havia rompido e apresentava mecônio espesso.

No caminho até o centro cirúrgico (CC), Luíza, apesar de nervosa conversava conosco, nos contando sobre sua atual gestação, a qual se sucedeu sem intercorrências. Esperava por um menino, que teria o mesmo nome do pai. Contou-nos de sua filha mais velha de doze anos, a qual dera a luz de parto normal. Achava que este também o seria, mas que não iria reclamar por isso. Luíza entendia que se tratava de uma questão de emergência, e nesta hora a cesárea era o que garantiria o bem estar dela e de seu bebê. Agradecia a Deus por isso.

O esposo de Luíza nos acompanhava, aparentava preocupação com a situação. Acreditava que conseguiria assistir o nascimento de seu filho, o que infelizmente não foi possível. Imaginei de início que poderia ser pelo fato de se tratar de uma cesárea de emergência, mas depois entendi, que a aceitação do pai e/ou outro acompanhante durante o parto neste estabelecimento de saúde, variava conforme a negociação prévia com o obstetra que assistia a parturiente.

Luíza ficou internada pelo Sistema de Assistência à Saúde (SAS), e dessa forma seu esposo teve a possibilidade de permanecer com ela durante todo o período de internamento. Minha identificação com o casal foi imediata, se mostraram receptivos e abertos durante todo o tempo.

No segundo dia após a cesárea seu bebê, devido a um quadro de icterícia precoce necessitou ser assistido na unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal. Este fato por algum tempo desestabilizou o casal emocionalmente, o que me fez

perceber que precisavam de apoio e ajuda, especialmente por não terem informações suficientes a respeito do agravo que havia acometido seu bebê, além das dificuldades que se apresentaram frente a esta situação, como as referentes ao aleitamento materno e a criação de vínculo entre pais e RN.

Durante esta caminhada evidenciou-se que o casal se relacionava bem, e diante da intercorrência pelo qual passaram, um fortalecia o outro. Pelo que transpareceu, valorizavam a família, bem como eram esclarecidos em relação à importância do cuidado com a saúde, além de serem receptivos em relação às orientações e sugestões que lhes propiciava.

Minha caminhada seguiu com **Margarida** e **Laura** simultaneamente, ambas internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Chegando ao quarto a fim de conhecê-las e iniciar meu trabalho, encontro ambas deitadas, com a cabeceira do leito totalmente reta, amamentando ou tentando amamentar. Neste momento, e durante todo o período de internamento nenhuma das duas contou com a ajuda de acompanhantes.

Margarida possuía 43 anos, segundo filho e sua primeira cesárea. Era costureira, casada e estudou até a quinta série. No prontuário constava que a indicação para a realização da cesárea era por bolsa rota e distócia cervical, apesar de que quando indagada, Margarida não sabia responder o motivo de sua cesárea, apenas lhe disseram que não poderia ter parto normal e deveria realizar o procedimento cirúrgico.

Recordo-me que Margarida teve grandes dificuldades em amamentar seu bebê, pois além da demora no processo de apojadura, a mesma era obesa e tinha as mamas volumosas e mamilos planos. Além disso, Margarida desenvolveu durante a gravidez atual um quadro de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), e com isso vinha fazendo uso contínuo de medicamentos.

Outra questão preocupante, era que segundo ela, na sua gravidez e pós-parto anterior havia sofrido com depressão. De acordo com o que me disse, isso aconteceu devido às condições financeiras que o casal vivenciava no momento daquela gravidez. Margarida me referiu que durante o pré-natal realizou apenas as consultas médicas e desconhecia se existia grupos ou outras formas de atividades educativas na unidade de saúde que frequentava.

Margarida aparentou ser caprichosa, responsável, amigável em suas relações e, apesar do pouco contato que tive com seu esposo e com sua família percebi que estes a apoiavam nesta fase.

Laura por sua vez, possuía 18 anos, primeira gravidez, garçonete. Porém, desde que ficou sabendo que estava gestante deixou o trabalho. Segundo ela, permanecia muito tempo em pé e isso não era bom para uma mulher grávida.

Laura, assim como Margarida não sabia exatamente o porquê havia se submetido à cesárea. Segundo ela, não esperava por isso, acreditava que teria parto vaginal, como sua mãe a teve, assim como a seus irmãos. Apenas referia que a médica obstetra lhe disse que infelizmente ela não poderia ter parto normal. Mais tarde, ao consultar seu prontuário constava que a indicação para o parto operatório foi por “apresentação occipto sacro (OS) e desaceleração intra parto 1 (DIP1)”.

Inicialmente, Laura me pareceu tímida, somente respondia minhas perguntas. Entretanto, com o passar das horas que convivíamos, nossa interação se fortalecia e Laura foi se sentindo aos poucos mais à vontade com a minha companhia.

A gestação de Laura havia transcorrido sem intercorrências, e diferente de Margarida, no pós-parto, Laura não teve problemas em relação à amamentação.

Recordo-me da primeira vez que Laura levantou-se após a cirurgia, a fim de tomar banho. Sentiu-se mal, referiu tontura, fraqueza, empalideceu, fez sudorese, tive que sentá-la no banheiro, e auxilia-la até que o mal estar passasse. Quando a indaguei a respeito de seu conhecimento referente ao aleitamento materno e cuidados com bebê, Laura me disse que não possuía. Suas consultas eram muito rápidas, “apenas verificavam minha pressão, peso, e o médico auscultava meu bebê e media minha barriga”. Em relação à grupos de gestante, Laura não tinha conhecimento se existiam na unidade de saúde a qual pertencia.

Contou-me que achava importante amamentar, e tudo o que sabia à respeito do parto e pós-parto advinha de sua mãe. Dessa forma, quando desenhei o trajeto para os cuidados de Laura, julguei pertinente que informações sobre aleitamento materno, cuidados com o bebê e cuidados de si deveriam constar nele. Lembro-me da primeira troca de fraldas e do primeiro banho que realizamos em seu bebê juntas, a qual Laura, apesar de nunca tê-lo feito participou ativamente.

Recordo-me de sua mãe me falando que havia ficado muito preocupada quando soube que Laura havia se submetido à cesariana, “achei que algo tinha

acontecido com ela ou com o bebê, e ainda não me davam notícias nunca, fiquei muito preocupada”. Além disso, lembro-me da primeira visita que o esposo de Laura realizou a ela e ao bebê. Temia pegar o recém-nato, nunca o tinha feito antes, e com meu apoio e ajuda o segurou durante todo o tempo da visita.

Em sua alta, Laura demonstrava-se independente em relação aos cuidados de si e do bebê. Despedimo-nos, trocamos telefones e Laura me agradeceu, referindo que fui muito importante para ela durante o internamento. “Sem você comigo, teria sido tudo muito difícil, é muito bom ter alguém que a gente confia e que nos ajudar num lugar que não se conhece ninguém”. Em sua casa, Laura contaria com o auxílio do esposo e de sua mãe para transcorrer pelo período puerperal.

Na semana seguinte, continuando minha trajetória, cheguei até **Elisa**, 39 anos, moradora de um Município vizinho à cidade que sediou a pesquisa, segundo grau completo, internada pelo SAS, casada, bibliotecária, quarta gestação e primeira cesárea. O esposo de Elisa, assim como o de Luíza também teve a possibilidade de acompanhá-la durante todos os dias de internamento.

O casal aparentou ser muito receptivo. Elisa era simpática e comunicativa, em pouco tempo de contato conseguimos excelente interação. Elisa e o esposo estavam felizes com a chegada do bebê, pois este era o primeiro menino do casal.

Elisa e seu esposo mostraram durante o período que estiveram internados, ativos e independentes, demonstrando que possuíam habilidades em relação aos cuidados de Elisa e do bebê. “Temos boa experiência com bebês”, afirmava o casal.

A gestação de Elisa, segundo ela e pelo que constava em seu prontuário, havia transcorrido fisiologicamente. Elisa me referiu que tinha duas filhas, uma de nove anos e outra de dois anos de idade. E que ha quatro anos atrás havia perdido dois meninos gêmeos.

O casal acreditava que depois da primeira filha não teriam mais filhos, e que quando engravidou de gêmeos ficaram muito contentes. “estava tudo pronto, o quarto, os carrinhos, as roupas”, quando perdi os dois. “Depois disso, havíamos decidido que não queríamos mais filhos”.

Pelo que me contou, Elisa entrou em trabalho de parto prematuro e os bebês tinham uma síndrome chamada “feto transfusor transfudido”, mas que nenhum médico havia falado sobre isto para ela, o “pré-natal estava transcorrendo normal”. Quando entrou em trabalho de parto foi encaminhada à Curitiba. Chegando lá, um bebê já havia morrido e outro viveu apenas por dois dias. “Foi muito triste, depois

meu esposo me deixou lá em Curitiba e teve que voltar velar os bebês, foi horrível. Mas Deus sabe o que faz, decerto não era pra ser mesmo”.

Percebi na fisionomia do casal que lembrar deste fato os deixava triste. Depois disso, Elisa engravidou sem desejar da segunda filha e agora planejaram a última gestação. O casal já havia decidido que o esposo de Elisa faria vasectomia nos próximos dias. Referiam se sentir felizes com os três filhos.

No decorrer de nossa interação, percebi que o casal era bem estruturado financeiramente e que havia cumplicidade entre ambos. Durante o internamento, o esposo de Elisa a ajudava em tudo, afirmando que em casa também era assim. Que com as outras meninas já havia sido dessa forma, “ele dá banho, troca, faz comida, é um super pai”, contava Elisa.

Notava, por meio dos telefonemas de felicitações que Elisa recebia pela chegada do bebê, que cultivava muitos relacionamentos interpessoais com familiares e amigos.

Durante o internamento, o casal sempre falava de suas outras duas filhas com muito carinho, e demonstravam preocupação, especialmente com a mais nova, visto que tinha ficado com a vó, e nunca havia ficado longe dos pais.

Apesar de bem ativa e pouco queixosa, Elisa me afirmou várias vezes que a recuperação pós-cesárea é muito mais difícil que o parto normal. “Ainda bem que meu esposo e você estiveram comigo estes dias, caso contrário não sei como faria, é muito difícil”.

A quinta caminhada de minha trajetória aconteceu com **Ana**, 27 anos, união estável, funcionária pública da rede estadual de ensino (secretaria), primeira gestação, sem intercorrências.

Conheci Ana, enquanto estava na maternidade cuidando de Elisa. Ela e o esposo (L) também eram de uma cidade vizinha, e tinham optado por ter o bebê na cidade onde foi realizada a pesquisa, por acharem que essa dispunha de mais condições caso o RN ou Ana precisassem de alguma intervenção “mais precisa” durante o parto, uma UTI por exemplo, apesar de se tratar de uma gestação de baixo risco.

No dia em que os conheci, o casal queria conhecer as acomodações da maternidade, e escolher o quarto em que iriam ficar durante o período de internamento. Por coincidência eu os recebi e apresentei o setor. A cesárea estava

agendada exatamente para dali uma semana. Neste período Ana permaneceria na casa de sua sogra, a qual residia na cidade onde seria realizado o parto.

Recordo-me, que neste encontro, o casal estava bem curioso em saber como era a rotina da unidade, onde aconteceria a cesárea, se o esposo de Ana poderia assistir o parto, onde e com quem o bebê ficaria após a cesárea. Ambos tinham medo que houvesse troca do bebê, pois “sempre ouviam histórias que isso acontecia”.

O casal demonstrava ser bem esclarecido. Estavam ansiosos pela chegada do bebê, pois este, segundo eles, havia sido planejado com muito carinho. Nossa interação aconteceu neste primeiro contato, me pareciam ser abertos e logo já me chamavam pelo nome. Acredito que este primeiro encontro foi fundamental para a criação do vínculo entre nós, e pelas conversas via rede social que tivemos no decorrer da semana, entendi que depositaram confiança em mim.

Destaco que momentos antes da cirurgia, Ana me perguntava como era o centro cirúrgico, se ela dormiria durante o procedimento, como era a anestesia, dentre outras dúvidas. Procurei esclarecê-las, pois imaginei que estas poderiam produzir ansiedade.

Lembro-me que o esposo de Ana estava ansioso. Ele assistiria o parto, já havia combinado com a obstetra há algumas semanas. Questionava-me sobre suas roupas, o que usaria dentro do CC, se também teria que trocar de roupa.

Desta caminhada, impossível esquecer a emoção do esposo de Ana, quando saiu do CC e veio em minha direção, onde o abraço entre nós foi inevitável. Estava eufórico, dizia sentir uma sensação muito estranha, algo que nunca havia sentido antes. Estava deslumbrado, se emocionava (chorava) e tremia ao me contar sobre o bebê, ao mesmo tempo em que tentava localizar os vídeos e fotos para me mostrar, além de ligar para seus pais contando sobre o nascimento, aliás tratava-se do primeiro neto, tanto dos pais de Ana, como dos pais de (L).

Impossível esquecer também, de sua chateação quando a funcionária que me acompanhava nos primeiros cuidados de seu bebê, pediu para que ele se retirasse da sala e aguardasse no quarto.

Durante o pós-parto, Ana não apresentou maiores dificuldades em relação aos cuidados de si e do bebê. Por vezes referia dores e desconfortos abdominais. Seu esposo permaneceu durante todo o internamento com ela, sendo que outros familiares (avós e tios) realizavam visitas nos horários destinados para isto.

No segundo dia após a cesárea, recorde-me que assim que cheguei ao quarto, Ana me referiu que havia dormido pouco, pois o bebê tinha muita fome. Contou-me que por duas vezes, uma funcionária do período noturno havia proposto para que ela desse complemento ao RN, o qual Ana rejeitou. “Não acho certo, como você falou ontem, meu leite está descendo e não precisa de complemento”.

Ana e seu esposo me referiram que durante o pré-natal, não haviam recebido orientações de nenhum profissional em relação aos cuidados com o bebê. As informações que conheciam vinham de parentes e amigos, e também da internet.

Minha trajetória com **Paula e Eva** aconteceu simultaneamente, assim como de Margarida e Laura. Paula tinha 20 anos, internada pelo SUS, solteira, trabalhava como caixa em uma lotérica da cidade, ensino superior incompleto, morava com os avós maternos, primeira gestação e primeira cesárea, a qual foi indicada, segundo seu prontuário, por distócia cervical. Paula me referiu que não sabia exatamente o motivo da cesárea a qual havia sido submetida.

Lembro-me de chegar ao quarto e encontrar Paula deitada em seu leito, e seu bebê no berço ao lado, chorando com fome. Já havia passado às seis horas após a anestesia e mesmo assim, Paula, por falta de orientação e ajuda continuava deitada, e, além disso, não conseguia pegar seu bebê para amamentá-lo. De acordo com o que eu havia ouvido na passagem de plantão, a madrugada foi bem agitada, e isso em partes, me fez compreender Paula estar nesta situação.

Seu internamento havia ocorrido no dia anterior. Segundo Paula, estava tendo dores, em uso de ocitocina, porém seu parto não evoluiu, e acabou sendo levada para cesárea durante a madrugada. Recorde-me de que quando entrei no quarto, me referiu estar muito faminta, não comia desde o almoço do dia anterior.

Durante os dias de internamento que se seguiram, Paula manteve-se relativamente independente em relação aos cuidados de si e de seu bebê, apenas queixou-se algumas vezes de ardência na cicatriz cirúrgica. Diferente das outras puérperas que cuidei, Paula havia frequentado um grupo de gestantes na unidade de saúde que pertencia. Segundo ela, não havia faltado em nenhuma reunião do grupo durante a gravidez.

Constatarei que a gestação de Paula, segundo seus relatos e por meio de seu prontuário havia sido tranquila, exceto pelo fato de uma queda no sexto mês de gestação, após a qual veio para o hospital e precisou ficar uma tarde em observação.

Durante os dias que convivemos me pareceu que Paula não era muito falante, demonstrava ser bem agitada, porém, interagimos de maneira satisfatória. Paula demonstrava ser uma mulher bem esclarecida, lembro disso quando me falou da impossibilidade de ter um acompanhante durante seu internamento: “sei que é um direito meu, mas não vou pegar briga aqui, aliás eu preciso daqui”.

Paula havia perdido o pai quando ainda era criança. Não mantinha um bom relacionamento com sua mãe, especialmente depois que esta (mãe) se casou sem o seu apoio. Por isso, fazia oito anos que morava com seus avós. “É muito chato isso, sempre fui rebelde, mas amo minha mãe, agora também sou mãe, preciso entender o lado dela. É ela que vai me ajudar em casa com o bebê”.

Notei que Paula se entristecia quando falava sobre seu pai e de sua relação com a mãe. Disse-me que estava tentando melhorar e eu incentivei essa atitude.

Em relação ao pai do bebê, no início, Paula evitava falar. Nos dias que se seguiram Paula me contou sua história. “Éramos namorados, aí terminamos, e depois de uns dois meses descobri a gravidez, mas não dá mais certo, ele é muito galinha, quero só que assuma o bebê”. E continuou: “o máximo que pode acontecer é eu ter que criar meu bebê sozinha”.

Na maternidade, Paula recebeu visitas de sua mãe, do pai do bebê, amigas de trabalho e da faculdade. Com a mãe e o ex namorado era visível a indiferença com que os tratava. Paula manteve-se com seu poder vital fortalecido para percorrer o período puerperal.

Ainda no primeiro dia que cuidava de Paula, cheguei até Eva, com quem realizei minha sétima caminhada. Eva e Paula dividiram o quarto durante o período de internamento, se relacionaram bem e trocaram experiências.

Tive a possibilidade de conhecer Eva enquanto aguardava no quarto pela sua cesárea. Possuía 25 anos, união estável, ensino superior incompleto, segunda gestação e segunda cesárea, mas apesar disso, era nítida sua preocupação e ansiedade em relação à cirurgia. Mantinha-se com um “rosário” na mão durante o período que antecedia sua cesárea.

Eva me contou e pude observar pela sua caderneta de pré-natal, que sua pressão arterial oscilou durante a gestação, porém, não chegou a fazer uso de medicamentos para controle da mesma. Esse fato me fez ficar atenta durante o período que a cuidei.

Ademais, durante o pós-operatório, especialmente primeiro e segundo dia, Eva estava queixosa. Referia dor na incisão cirúrgica e desconfortos no abdome, além de apresentar dificuldades em deambular e dúvidas para desempenhar o cuidado de si, bem como de seu bebê.

Segundo ela, não havia participado de reuniões para gestantes e não tinha conhecimento se isso existia na unidade que frequentava. “Sempre fui lá muito rápido, apenas para as consultas, ninguém nunca me informou de nada”.

Além disso, Eva teve dificuldades frente ao processo de aleitamento materno. Me contara que não havia conseguido amamentar seu filho mais velho, e desta vez as dificuldades novamente se apresentavam.

Eva possuía colostro, porém, seu bebê não conseguia fazer boa pega, o que exigiu de nós duas paciência e perseverança. Recordo-me de sua chateação quando depois de uma tarde de tentativas, algum tempo após minha saída do setor foi dado complemento ao bebê.

Por várias vezes durante o internamento, Eva lembrou-se de sua mãe, falecida há alguns anos, devido a um câncer de mama. “Ela poderia estar comigo agora, coitada, não conheceu nenhum dos netos, era muito jovem quando morreu, foi muito triste”.

Porém, falava muito do apoio de seu marido, de uma irmã e de sua sogra, a qual morava do lado de sua casa, afirmando que esta era sua nova mãe, que trocavam ajuda quando precisavam uma da outra, o que pude constatar durante as visitas que Eva recebeu na maternidade e por meio de uma visita domiciliar que realizei a família.

Minha oitava caminhada aconteceu com **Rose**, que conheci quando ainda cuidava de Ana. Rose pertencia a uma cidade vizinha, era cardiopata, fazia uso de várias medicações (anticoagulante, diuréticos e psicotrópicos), além de pouco tempo atrás ter se submetido a uma cirurgia do coração, e por isso considerada uma gestante de alto risco. Dessa forma, Rose realizava seu pré-natal no Município que foi realizada a presente pesquisa, o qual é referência neste tipo de atendimento para os municípios menores, pertencentes à regional de saúde sediada nesta cidade.

Estava internada pelo SUS, possuía 37 anos, união estável, segundo grau incompleto, não possuía vínculo empregatício, segunda gestação e primeira cesárea, a qual “aproveitaria” para fazer ligadura tubária. Internou na maternidade

duas semanas antes da cirurgia para troca de anticoagulante. Durante toda sua gestação, além do médico obstetra, Rose foi acompanhada por um cardiologista.

Há dois anos, Rose descobriu um problema no coração, fez cirurgia e colocou uma válvula. Desde então, já havia sido orientada que uma gravidez era totalmente contraindicada. Porém, segundo ela, fazia uso de dispositivo intrauterino (DIU), e acabou engravidando por “acidente”. “Foi um susto muito grande, sempre soube do risco que eu corro, mas graças a Deus até aqui tem dado tudo certo”. A espiritualidade de Rose, por várias vezes transpareceu durante o tempo que a cuidei.

Nos primeiros dias de internamento, seu esposo pôde acompanhá-la e ficar com ela na maternidade, porém devido ao grande fluxo de internamentos e necessidades de leitos nos dias que se seguiram, isso não foi mais possível. Sendo assim, no dia em que conheci Rose e nos dias em que a cuidei, seu esposo se alojou em uma casa abrigo próxima ao hospital, vindo vê-la em todos os horários de visita.

O filho mais velho do casal tinha seis anos, e durante o período de internamento era cuidado por uma comadre. Em uma de minhas conversas com Rose que antecederam o parto, ela me disse estar muito preocupada e com saudades de seu filho, não via a hora de fazer a cesárea e voltar para casa.

Pelo que me contou, Rose não participou de nenhuma atividade educativa durante a gravidez. Mesmo antes de ter o bebê tinha conhecimento de que não poderia amamentá-lo devido ao uso contínuo de medicamentos.

Rose havia sido alertada pelos médicos, que tinha grandes chances após o parto, necessitar ser assistida na UTI. Entretanto, de acordo com ela isso não a deixava chateada, já havia ficado neste setor após a sua cirurgia cardíaca. “Se for para sairmos daqui bem, fico lá o tempo que for necessário”.

Apesar de aparentemente Rose ser uma mulher tranquila, várias vezes durante nossas conversas que antecederam o parto, ela demonstrou medo, insegurança e expectativas. O seu esposo, também demonstrava preocupação com a situação. Aparentava ser um homem simples, não muito falante, mas simpático e acessível.

Impossível esquecer sua reação de alegria quando foi informado que a cesárea havia corrido bem. Rose e o bebê, após o parto voltaram para a

maternidade, como as demais puérperas que cuidei. No entanto devido as medicações que fazia uso, não poderia amamentar.

Rose, felizmente permaneceu internada após o parto, por mais dois dias, como qualquer outra puérpera que não apresenta riscos. Durante o internamento, manteve-se ativa e disposta ao realizar os cuidados com o bebê e também os cuidados de si.

Minha nona e última caminhada, aconteceu com **Lia**, 26 anos, solteira, internada pelo SUS, primeira gestação e primeira cesárea, cuja indicação ocorreu por amniorrexe prematura. Lia, também era de um Município vizinho, e por isso, no período que a cuidei, infelizmente não tive a possibilidade de conhecer nenhum de seus familiares, mas justamente por isso, acredito que meus cuidados foram fundamentais no puerpério imediato de Lia.

De todas as puérperas que cuidei, Lia foi a mais introspectiva, pouco comunicativa, apresentava um sorriso discreto no rosto, parecia tímida e reservada. Inicialmente aparentava pouco interesse nos cuidados com o bebê e nos dela também, além de certa tristeza em seu semblante, o que me deixava preocupada.

Lia, com 33 semanas de gestação, havia internado no setor no dia anterior. Inicialmente foi induzido parto normal, sem sucesso. Dessa forma, no plantão anterior durante a madrugada, Lia havia sido submetida à cesárea.

Devido à prematuridade e baixo peso do bebê, este foi levado para UTI neonatal desde a hora do nascimento. Quando cheguei ao quarto para conhecê-la, encontrei Lia deitada e sob efeito anestésico. Queixou-se de fraqueza, sono, frio e apresentava-se pálida. Verifiquei seus sinais vitais e lóquios, os quais estavam fisiológicos. Providenciei cobertas e a deixei repousar.

Inicialmente, cuidar de Lia me parecia um desafio, pois supostamente achava que estava tendo pouca abertura com ela. Entretanto, conforme os dias passaram, nosso vínculo aumentava, e através da história de vida de Lia, pude entender o porquê de sua personalidade reservada.

Lia morava com o pai e um irmão na zona rural de seu município. Era uma família de cinco irmãos. Os mais velhos já eram casados e moravam todos por perto. Lia não se lembrava de sua mãe, ela os abandonara quando ainda eram muito pequenos, e depois ninguém mais a viu.

Ela cuidava dos afazeres domésticos, do pai e do irmão. Não trabalhava formalmente e havia abandonado os estudos. Seu pai aceitou sua gravidez, mas

havia ficado muito chateado, “ele queria que eu tivesse casado como minhas irmãs fizeram, mas fazer o que, aconteceu. Passei bem nervoso na minha gravidez por isso”.

Em sua caderneta de pré-natal e em seu prontuário constava, que Lia fez episódios de infecção urinária durante a gravidez, e provavelmente isso havia desencadeado o rompimento das membranas amnióticas. Além do mais, apresentou um quadro de anemia, com tentativas de tratamento sem sucesso.

Ao que me referiu, Lia não participou de atividades educativas durante a gestação. Apresentou várias dúvidas, bem como mitos e tabus em relação aos cuidados com o bebê e cuidados de si.

Durante o internamento, algumas vezes falamos sobre o pai de seu filho. Lia meio retraída, inicialmente, me dizia que seu filho não tinha pai. “Vou criar ele sozinha com a ajuda da minha família”.

Segundo ela, não iria nem registrá-lo no nome “dele”, aliás “ele provavelmente não faz questão disso”. Com o passar dos dias, Lia me contara que o pai de seu bebê tinha outra família. Durante a gestação nunca compareceu para ver se ela precisava de algo, e agora ele não seria avisado que o bebê já havia nascido. Notei que este assunto deixava Lia nervosa, por isso evitávamos falar sobre.

A partir do segundo dia de pós-operatório, Lia se sentia fisicamente melhor. Seu bebê permanecia na UTI neonatal. Seu estado não era crítico, porém mantinha alimentação via sonda oro gástrica, fato que retardou um pouco as iniciativas de aleitamento materno.

Ao longo do período que convivemos conseguimos boa interação. Lia se fortaleceu, sua fisionomia melhorou, e me contava sobre as suas expectativas em relação ao futuro: “quero voltar a estudar, quero trabalhar, preciso ter meu dinheiro e dar uma vida melhor para meu filho”.

5.2 RECONHECENDO A SITUAÇÃO

A etapa reconhecendo a situação caracteriza-se pela “reflexão das informações obtidas na etapa anterior”. Esta reflexão, por sua vez, nos conduz para o entendimento de como a situação cirúrgica se desenvolve para o ser humano

cuidado, especialmente no que se refere ao processo saúde-doença e a prevenção de infecções. (CARRARO, 1994, p. 37).

Diante disso, Carraro (1994), propõe três pontos essenciais para o reconhecimento da situação. São eles: os riscos de infecção hospitalar, os recursos disponíveis e a reação do poder vital.

Desse modo, **Luíza**, no que diz respeito aos riscos de infecção hospitalar, destaco a hospitalização prolongada, pois necessitou permanecer internada por mais dois dias do que o preconizado na instituição (48 horas); e o estado psicológico alterado, relacionado ao fato de seu bebê necessitar ser assistido em uma UTI neonatal; e a lesão da pele relacionada à incisão cirúrgica, bem como ao acesso venoso.

Referente aos recursos disponíveis, Luíza pode contar com apoio de seu esposo, que a acompanhou durante todos os dias de internamento. Além disso, o fato de ser comunicativa, espontânea e ter acesso à informações sobre o quadro de seu bebê promovia sua autonomia e confiança de que logo este melhoraria. Ademais me reconheci como fonte de apoio e ajuda e desta forma, como um recurso disponível. Seu esposo, sua confiança e expectativas pós a alta de seu bebê, além de mim, e da equipe que cuidava de seu filho, contribuíam para fortalecimento de seu poder vital.

O fato de Luíza compreender que sua cesárea era de emergência, colocando em risco, especialmente a vida do bebê, enfraquecia seu poder vital, bem como se somava a isso o medo do desconhecido relacionado ao ambiente da situação cirúrgica, e o fato de seu marido não poder assistir o nascimento de seu filho. Outro ponto que o enfraqueceu, foi quando Luíza soube que seu bebê necessitaria ser assistido em uma UTI neonatal, sem saber exatamente a razão disso.

Por vezes, as tentativas frustradas de aleitamento materno dentro da UTI neonatal também contribuíam para o enfraquecimento do poder vital de Luíza.

Margarida, por sua vez, apresentava os seguintes fatores de risco para infecção: obesidade, o que dificultava inclusive a amamentação, pelas suas mamas volumosas; seu estado psicológico, pois em sua gestação e puerpério anterior desenvolveu depressão pós-parto; e lesão da pele pela incisão cirúrgica e acesso venoso.

Margarida possuía como recursos disponíveis para o enfrentamento desta fase dentro da unidade de Alojamento Conjunto, eu, enquanto cuidadora, bem como a equipe de enfermagem do setor. Em domicílio, Margarida contaria com o apoio de seu esposo e sua mãe. Estes quando a visitavam na unidade fortaleciam seu poder vital, bem como suas companheiras de quarto, as quais trocavam experiências.

As dificuldades frente ao aleitamento materno, a ausência de um acompanhante para auxiliá-la durante todo o período de internamento, a falta de conhecimento sobre os motivos da cesárea, o quadro de DHEG instalado durante a gestação e as lembranças do quadro depressivo que a acometera anteriormente contribuíam para o enfraquecimento de seu poder vital.

Em minha caminhada com **Laura**, identifiquei o estado psicológico como fator de risco de infecção hospitalar, isso, por entender que se tratava de seu primeiro bebê, e necessitava adaptar-se ao papel materno; a lesão na pele, pela incisão cirúrgica e acesso venoso; e a imunidade deficiente, relacionado a perda sanguínea durante a cirurgia.

Relacionado aos recursos disponíveis, Laura possuía a mim, enquanto cuidadora e a equipe de enfermagem do setor, bem como suas colegas de quarto, seu esposo e familiares que vinham visitá-la consistiam como recursos disponíveis, além de contribuírem para o fortalecimento de seu poder vital.

Ademais, a falta de conhecimento sobre os cuidados de si e do bebê, a falta de informações sobre as indicações de sua cesárea, a ausência de um acompanhante, o mal estar que apresentou após a primeira vez que levantou após a cesárea contribuíam para o enfraquecimento do poder vital de Laura.

Elisa apresentou como riscos de infecção hospitalar: lesão da pele, devido à incisão cirúrgica e ao acesso venoso. Seu marido bem como a percepção de bons relacionamentos interpessoal servia como fonte de recursos disponíveis.

Em relação à seu poder vital, este manteve-se a maior parte do internamento fortalecido. Sua alegria pela chegada do menino tão esperado, sua habilidade e segurança em relação aos cuidados do bebê contribuíam para isso. Em alguns momento percebi que este se fragilizava, como por exemplo o casal lembrava-se de seus filhos gêmeos que perderam há tempos atrás, e devido a preocupação com sua filha de dois anos que estava em casa com a vó, e pela primeira vez longe dos pais.

Para **Ana**, os fatores de risco para infecção hospitalar que se apresentaram foram como os de Laura: o estado psicológico por tratar-se de seu primeiro bebê, e a necessidade de adaptar-se ao papel materno, bem como suas preocupações em relação ao por vir desconhecido; e a lesão na pele, pela incisão cirúrgica e acesso venoso.

Como recursos disponíveis para enfrentamento desta fase, destaco o esposo de Ana, o qual permaneceu com ela durante todo o período de internamento, e sua família que a visitavam, a alegria e emoção de verem o bebê tão esperado, além de mim, enquanto cuidadora. Esses também contribuíam para o fortalecimento de seu poder vital. Sua força vital fortalecida permitiu a recusa em dar leite complementar ao seu bebê, pois acreditava que não havia necessidade, reconheceu que o dela era suficiente.

O medo do ambiente cirúrgico desconhecido, o medo de trocar ou roubar o bebê, o fato de não ter sido permitido a presença do esposo de Ana nos primeiros cuidados ao RN, enfraqueciam o poder vital do casal.

Paula por sua vez, apresentou como riscos para infecção hospitalar, os mesmo fatores de Ana e Laura: o estado psicológico, devido a adaptação ao seu novo papel; e a lesão da pele e mucosas, relacionados respectivamente à incisão cirúrgica e acesso venoso periférico.

Em relação aos recursos disponíveis que possuía, reconheci o fato de ser uma mulher instruída e segura quanto aos cuidados de si e do bebê, apesar de tratar-se de uma primípara. Isto, provavelmente foi reflexo do grupo de gestantes do qual Paula participou durante a sua gravidez. Além do mais, Paula contava comigo, com a equipe de enfermagem da unidade e com suas colegas de quarto, as quais trocavam experiências, bem como seus avós e sua mãe que a ajudaria em domicílio.

A reação do poder vital de Paula se manifestava positivamente frente ao nascimento de seu bebê, assim como o conhecimento prévio que tinha em relação cuidados consigo e com o RN.

Porém, outros fatores contribuíam para o enfraquecimento de seu poder vital, como a ausência de acompanhante (especialmente em nosso primeiro contato, quando cheguei e encontrei Paula deitada e seu bebê chorando no berço, ao lado de sua cama, sem que essa pudesse pegá-la ou alguém que pudesse alcançá-lo), e a lembrança de seu pai falecido há algum tempo, a relação conturbada com sua mãe até então, e a falta de confiança em seu ex namorado, pai do bebê.

Acredito que o fato de Paula ter conhecimento de seus direitos, como ter um acompanhante durante o internamento, e mesmo assim não se manifestar, demonstrava sua submissão aos serviços do hospital, enfraquecendo seu poder vital.

Em relação à **Eva**, identifiquei como riscos de infecção hospitalar, dentro do que foi proposto por Carraro (1994): o estado psicológico alterado, devido a ansiedade prévia em relação ao processo cirúrgico; e a lesão da pele e mucosas, devido ao corte cirúrgico e acesso para infusão venosa.

Os recursos disponíveis que se apresentaram relacionados à Eva foram: as colegas de quarto, a minha presença com ela, a equipe de enfermagem do setor e sua família, na figura de seu esposo, sogra, e irmã. Esses também contribuíam para o fortalecimento de seu poder vital.

As dores que Eva referia após a cesárea, dificuldades em amamentar, deambular e desempenhar o cuidado de si e do bebê relacionadas ao processo cirúrgico anestésico, somado a falta de informações no pré-natal sobre esses cuidados, bem como as lembranças de sua mãe falecida e a sua desmotivação quando após um período de tentativas ao aleitamento materno, a equipe de enfermagem ofereceu complemento ao RN, contribuíram para o enfraquecimento de seu poder vital.

Rose apresentou como fatores de risco para infecção hospitalar a hospitalização prolongada, visto que internou duas semanas antes da realização da cesárea; insuficiência em um ou mais órgãos e uso de prótese, pois havia realizado uma cirurgia cardíaca há algum tempo, necessitando colocar uma válvula; além desses, cito também seu estado psicológico, relacionado à ansiedade prévia a cirurgia já que era envolta de riscos para ela e seu bebê, e provavelmente após a realização desta, Rose tinha possibilidades de precisar ser assistida na UTI; e lesão da pele e mucosas, ligadas à incisão cirúrgica, administração de anticoagulantes por via subcutânea e ao acesso venoso periférico.

Enquanto cuidei de Rose, reconheci como recursos disponíveis: seu esposo, que mesmo não podendo estar internado com ela no AC, permaneceu hospedado em uma casa abrigo próxima ao hospital; eu, e a equipe de enfermagem enquanto cuidadores; e o médico cardiologista que a acompanhou durante a gestação e inclusive durante o parto.

A reação do poder vital de Rose manteve-se na maioria das vezes positiva. Seu esposo, sua espiritualidade, suas perspectivas e motivação em relação ao futuro, bem como o enfrentamento de sua doença contribuíam no sentido de fortalecê-lo. Em contrapartida, sua ansiedade e medo em relação ao momento da cirurgia, preocupações com seu filho mais velho e a hospitalização prolongada o enfraqueciam.

Dentre os riscos de infecção a qual **Lia** estava exposta, elenco o estado psicológico, relacionado a tristeza que aparentava inicialmente, a sua história de vida e ao fato de seu bebê nascer prematuro, com baixo peso e encontrar-se em uma UTI neonatal; a lesão da pele, ligada a incisão cirúrgica e acesso venoso; e a sua imunidade deficiente, pois vinha com um quadro de anemia gestacional e seguidos episódios de infecção urinária.

Lia, contou comigo como recursos disponíveis, enquanto sua cuidadora, bem como com a equipe de enfermagem do AC e da UTI neonatal. Apesar de não ter conhecido os familiares de Lia, esta, em domicílio contaria com o apoio dos mesmos.

Inicialmente, Lia apresentou-se com seu poder vital enfraquecido devido à alguns fatores, tais como seu pai ter demorado a aceitar sua gestação, pelo fato do pai de seu filho não se importar com ela e com o bebê e ter outra família, pela preocupação de seu filho estar em uma UTI neonatal, pela falta de orientações e informações referentes ao cuidado de si e do bebê, bem como seu estado nutricional deficiente, e devido ao próprio processo cirúrgico anestésico.

Conforme nos inteirávamos sentia a reação do poder vital de Lia se fortalecendo, quando demonstrava esperanças e expectativas em relação ao futuro dela e de seu filho, bem como demonstrava-se disposta a enfrentar a situação difícil que vivenciava no momento.

5.3 DESENHANDO O TRAJETO E SELECIONADO AS ESTRATÉGIAS

Esta etapa se caracteriza pelo desenho do trajeto e seleção das estratégias, com base no que foi conhecido e reconhecido.

Carraro (1994, p. 39) enfatiza que aliado ao desenho do trajeto ocorre “a seleção das estratégias para as ações da equipe de enfermagem, do ser humano e da sua família”. Esta seleção acontecerá de acordo com as possibilidades de cada pessoa integrante deste processo, pois a atuação e participação de cada um acontece de maneira singular

Dessa forma, com **Luíza**, em nosso primeiro contato, desenhamos o trajeto baseado em duas situações principais, a primeira, relacionado à preocupação do casal pela cesárea de emergência, e a segunda pelo fato do esposo de Luíza não poder assistir o nascimento de seu filho.

Como seu esposo pôde acompanhá-la durante todo o período de internamento, tive a possibilidade de incluí-lo no planejamento. Entretanto, precisamos modificar o desenho do trajeto de Luíza em seu segundo dia de internamento, quando seu bebê necessitou ser assistido na UTI neonatal, devido a um quadro de icterícia precoce. As estratégias que selecionamos a partir deste dia, diziam respeito às prioridades que se apresentavam, como a necessidade de esclarecimento sobre o agravo que acometera seu filho, a promoção de vínculo entre pais e bebês e referente ao aleitamento materno.

Margarida, por sua vez, apresentou-se com grandes dificuldades para conseguir amamentar seu bebê, não possuía acompanhante para auxiliá-la e não possuía informações sobre o motivo de sua cesárea. Além do mais, em sua gravidez anterior sofreu de depressão, e na gestação atual foi acometida por DHEG. Dessa forma, precisamos desenhar o trajeto e seguir baseado nessas particularidades, inclusive nos programarmos para uma visita domiciliária.

Laura, diferente de Margarida não teve dificuldades frente ao processo de aleitamento materno. Entretanto, por se tratar de seu primeiro bebê, tinha dúvidas em relação aos cuidados com o RN. Durante a gestação, segunda ela, foi desprovida de informações profissionais. Seu marido, em uma das visitas que realizou a Laura durante seu internamento temia pegar o bebê, pois nunca tinha feito isto antes.

Além do mais, Laura teve uma perda sanguínea considerável durante a sua cirurgia, o que a fez sentir-se mal e fazer hipotensão durante seu primeiro banho após o parto. Não contou com presença de acompanhante, bem como tinha dúvidas em relação as indicações de sua cesárea, já que esperava por um parto normal. Assim, essas constatações fizeram parte do desenho do trajeto para com Laura.

No desenho do trajeto com **Elisa**, houve a possibilidade de incluir seu esposo, visto que esse a acompanhava no AC durante os dias de internamento. Apesar de demonstrarem-se independentes e experientes, necessitavam de fortalecimento do poder vital ao lembrarem dos filhos gêmeos que haviam perdido tempos atrás, além das preocupações com a filha de dois anos que havia ficado com a avó, e pela primeira vez longe dos pais.

Recordo-me de **Ana** e seu esposo, e suas preocupações com a troca de bebês, e depois a impossibilidade do mesmo assistir os primeiros cuidados de seu filho. Além disso, no momento que antecedeu a cirurgia estavam ansiosos em relação ao desconhecido por vir. Ademais, não possuíam informações profissionais quanto aos cuidados com o bebê. Assim, essas particularidades precisaram ser consideradas ao desenhar o trajeto e seguir e agir com Ana, incluindo uma visita domiciliar à família.

Paula demonstrou-se independente em relação aos cuidados de si e do bebê após a cesárea. Exceto, em nosso primeiro contato que a encontrei deitada e seu bebê chorando ao lado de sua cama. Além do mais, Paula não possuía um bom relacionamento com sua mãe e nem com o pai de seu bebê. De posse desse conhecimento, precisei incluir esta situação no desenho do trajeto e no seguindo e agindo com Paula.

Eva apresentava-se ansiosa em relação à cirurgia que seria submetida, e após essa, assim como Margarida enfrentou sérias dificuldades em relação ao aleitamento materno. Outrossim, apresentou grandes dificuldades após a cesárea para cuidar de si e de seu bebê, devido aos desconfortos advindos do procedimento cirúrgico, o que nos fez programar seus cuidados de acordo com essas necessidades, inclusive a visita domiciliar após sua alta.

Ao desenhar o trajeto com **Rose**, precisei levar em consideração sua ansiedade e o receio ante a cirurgia, e a possibilidade de ter que ser assistida na UTI após o procedimento. No puerpério imediato, precisei me manter atenta nas perdas sanguíneas de Rose, e também ao fato da impossibilidade de amamentar devido ao uso contínuo de medicamentos.

Meu primeiro contato com **Lia** foi breve. A encontrei deitada, referindo fraqueza, frio e sono. Demonstrava-se desmotivada, fraca, com pouco interesse em cuidar de si e do bebê. Possuía poucas informações sobre isso, além de mitos e tabus que poderiam ser prejudiciais. Referia não ter tido esse tipo de orientações no

pré-natal. Além do mais, por ter engravidado solteira, sua gestação não havia sido bem aceita pelo seu pai, e o pai do bebê não demonstrou interesse por ela e pelo seu filho.

Seu bebê, devido a prematuridade extrema necessitou ser levado de imediato para a UTI neonatal após o nascimento e Lia não contava com apoio de nenhum acompanhante, além do que, recebeu poucas visitas durante os dias que permaneceu internada. Frente à isso, o manejo dessas situações tiveram que ser incluídas no desenho do trajeto e no seguir e agir com Lia.

5.4 SEGUINDO E AGINDO

Nesta etapa, são implementadas as ações ou estratégias selecionadas na etapa anterior. As ações que se seguem podem ser executadas “pelo enfermeiro, pela equipe, pelo paciente e por sua família, de acordo com a habilidade de cada um e com a competência exigida pela estratégia escolhida” (CARRARO, 1994, p. 39).

Sendo assim, para **Luíza**, inicialmente, em virtude da preocupação e ansiedade que apresentavam frente à cesárea de caráter emergencial, busquei tranquilizá-los, realizando ausculta dos batimentos cardíacos (BCF) e demonstrando que este encontrava-se dentro dos parâmetros ideais (120 a 160 BCF). Frente a impossibilidade de seu esposo assistir o nascimento do bebê, o convidei para que me acompanhasse enquanto realizava os primeiros cuidados do RN.

A partir do segundo dia de internamento, quando o bebê de Luíza passou a ser assistido na UTI neonatal, no nosso seguir e agir foi necessário trabalhar com o casal no sentido de promover esclarecimentos sobre o que consistia o agravo que havia acometido seu bebê, bem como outras orientações sobre os cuidados com o bebê em domicílio e com Luíza também, além de buscar fortalecer o poder vital dos pais.

A partir disso, compreendi a necessidade de envolvê-los nos cuidados ao RN dentro da UTI neonatal, para construção e fortalecimento de vínculo, além do incentivo ao aleitamento materno.

Dessa forma, nossos encontros estenderam-se durante os dois dias que Luíza esteve internada no setor de alojamento conjunto (AC), e por mais cinco dias que seu bebê continuou no hospital (três dias na UTI e dois dias no setor de médio risco). Após a alta de Luíza, nos horários de visita ao RN me programava para encontrar com o casal no hospital. Às vezes em que isso não foi possível, Luíza me mantinha informada sobre o estado de saúde de seu bebê via Short Message Service (SMS).

Margarida por sua vez, por não possuir acompanhante, foi necessário seguir e agir no sentido de incentivar e promover o aleitamento materno, pois apresentou sérias dificuldades frente ao mesmo. Inicialmente, acreditei que isto acontecia pelo fato da posição pós-anestésica em que se encontrava, porém, persistiram durante os dias que se seguiram.

Assim, até que a amamentação acontecesse foi preciso introduzir leite complementar ao RN de Margarida. Além do mais, o fato de ter tido depressão pós-parto anteriormente e DHEG durante a gestação me fez entender que precisávamos ficar atentas e manter controle de pressão arterial rigoroso.

Devido às condições que referi acima, foi necessário incluir no desenho do trajeto de Margarida uma visita domiciliar, a qual tive a possibilidade de incluir o seu esposo no seu processo de cuidar.

Algumas orientações também fizeram parte do meu seguir e agir com Margarida, como a importância da dieta equilibrada, da deambulação com períodos de repouso durante o puerpério, da ingestão de líquidos, aleitamento materno, cuidados com a incisão cirúrgica e reconhecimento de sinais flogísticos, planejamento familiar e consulta de puerpério, bem como com os cuidados do bebê, como curativo do coto umbilical, puericultura e vacinas.

Fez parte do seguir e agir com **Laura**, o esclarecimento sobre a indicação de sua cesárea conforme constava em seu prontuário (apresentação occipito sacro – OS e desaceleração intra parto 1 – DIP 1), já que esta esperava por um parto normal.

Em virtude do quadro de hipotensão que fez em seu primeiro banho, precisei me manter atenta em seu primeiro dia de pós-operatório quanto ao controle dos sinais vitais, bem como do fluxo de lóquios, ainda mais que Laura não possuía acompanhante consigo.

Referente à carência de orientações em seu pré-natal quanto aos cuidados de si e do bebê, foram englobadas no seguir e agir com Laura. Assim, “distribuí” as orientações entre os dias que a cuidei. Além disso, a partir do seu segundo dia pós-parto, incluí Laura nos cuidados do bebê, como no banho, troca de fraldas, curativo do coto umbilical, a qual seguir e agir participou ativamente.

Infelizmente, não consegui fazê-lo com seu esposo, pois este apenas vinha vê-la nos horários de visitas. Mesmo assim, aproveitava este momento, para propiciar vínculo entre pai e bebê.

Com **Elisa**, seguimos e agimos incluindo seu esposo neste processo. O casal apresentou-se durante os dias de internamento bastante independentes em relação aos cuidados de Elisa e de seu bebê. Assim, referente às lembranças dos filhos gêmeos que haviam perdido, procurava ouvi-los e valorizar o sentimento que tinha em relação a isto, ao mesmo tempo que buscava fortalecer o poder vital do casal, enfatizando sobre os outros três filhos que possuíam.

Durante os dois dias que cuidei de Elisa, essa fez alguns telefonemas às suas filhas. No segundo dia, as duas vieram visitá-la na maternidade.

Por ser a primeira cesárea de Elisa, abrangei em seu seguir e agir os cuidados que deveria ter com esta em domicílio, como em relação ao curativo, ao reconhecimento de sinais de infecção, à retirada de pontos, o repouso, a deambulação e a alimentação.

No seguindo e agindo com **Ana**, as estratégias selecionadas e as ações implementadas seguiram-se de acordo com o reconhecido na situação. Em relação a ansiedade e as curiosidades do casal no dia que os conheci (uma semana antes do parto), apresentei o setor e procurei esclarecê-las. Referente a este sentimento antes de iniciar a cirurgia, os acompanhei até a entrada do CC. Com seu esposo entrei até a área irrestrita a fim de orientá-lo quanto ao uso do uniforme, propés, gorro e máscara.

Outrossim, quando a funcionária não permitiu a entrada do esposo de Ana para acompanhar os cuidados do bebê, eu já tinha o entendimento de que isso fazia parte da filosofia da instituição, porém, tão logo o realizamos eu o chamei para que ficasse com seu filho. Conversei com ele sobre o ocorrido, e então combinamos que o banho seguinte faríamos juntos, bem como as trocas de fraldas, e assim seguimos e agimos.

Também se fizeram necessárias orientações a respeito dos cuidados de Ana e de seu bebê em domicílio. Priorizei os cuidados com a incisão cirúrgica, o repouso, o aleitamento materno, a dieta, as vacinas e puericulturas do RN.

Segui com Ana pelos dois dias de internamento e mais duas visitas domiciliares, necessárias especialmente pelo auxílio no banho do bebê.

Com **Paula**, além dos cuidados de rotina realizados no pós-operatório de uma cesariana, segui e agi no sentido de fortalecer seu poder vital frente ao fato de sentir submissa à equipe por não ter a possibilidade de ter acompanhante. Conversei com ela e com suas colegas de quarto sobre este assunto, o qual as demais desconheciam ser um direito. Apesar dessa atitude não ter mudado a situação de Paula e de suas colegas naquele momento, chegamos à conclusão de que em um futuro breve isso vai acontecer.

Em relação às desavenças que possuía com sua mãe, Paula já estava trabalhando com isso em seu interior, pois seria ela que a cuidaria em domicílio. Posicionei-me no sentido de ouvi-la, conduzindo Paula a reconhecer as qualidades que sua mãe possuía, bem como da importância de um vínculo positivo entre pais e filhos, já que agora ela também tinha seu bebê.

Seguimos e agimos da mesma forma em relação ao sentimento que possuía sobre o pai de seu filho.

Eva, frente a ansiedade que apresentou previamente a cirurgia, me fez incluir em seu seguir e agir estratégias a fim de reduzir esse sentimento, como a conversa que tivemos sobre sua cesárea anterior, bem como com um pouco de insistência de minha parte, seu marido pôde entrar no AC e permanecer com ela por um bom período.

Ademais, após a cirurgia precisei seguir e agir motivando e auxiliando-a frente a sua primeira grande dificuldade: o aleitamento materno. Nos dias que estive internada, em virtude do processo cirúrgico anestésico, Eva mostrou-se bastante dependente de mim e da equipe de enfermagem do setor. Segui e agi ajudando-a nos cuidados de si e do bebê, além de lhe fornecer-lhe as orientações pertinentes para a recuperação pós-operatória, e daquelas, as quais Eva não teve durante o pré-natal.

Diante disso, após sua alta, agendei uma visita domiciliar à Eva. Nesta, tive a possibilidade de incluir no seguir e agir para seu cuidado seu esposo, sua sogra e uma irmã.

O seguindo e agindo com **Rose**, ficou por conta de tranquilizar ela e seu esposo no período que antecedia sua cirurgia. Utilizávamos para isso, a espiritualidade que possuíam. Após a cesárea, priorizei para Rose, o controle rigoroso de seus sinais vitais, do fluxo de lóquios, da involução uterina, e do incentivo à deambulação tão cedo pudesse.

Outra situação que me manteve atenta foi referente à não lactação no seio materno, proibida em virtude de suas medicações. Rose não precisou de cuidados especiais para isso (como esgotar as mamas ou utilização ataduras), apenas fez uso de medicação para inibir a produção láctea.

Em função do que relatei acima, necessitei incluir no seguir e agir de Rose, os cuidados que deveria ter com leites artificiais que ofereceria ao bebê, assim como os cuidados de higiene com a mamadeira que utilizaria. Ademais, realizei orientações sobre os cuidados com a incisão cirúrgica e reconhecimento de sinais flogísticos, dieta alimentar, repouso intercalados com deambulação, bem como os cuidados com o RN (curativo do coto umbilical, puericultura e vacinas).

Com **Lia**, em nosso primeiro contato me detive no seguir e agir satisfazendo as necessidades que se apresentavam, como verificar sinais vitais, promover calor, controlar fluxo de lóquios e involução uterina.

Posteriormente, nos dias seguintes de seu internamento, motivava-a para o fortalecimento de seu poder vital. Para isso, utilizei de estratégias como incentiva-la a falar de sua vida e de suas perspectivas em relação ao futuro, e ao mesmo tempo ouvi-la sem julgamentos. As orientações sobre as dúvidas e anseios que possuíam contribuíram para aumentar a confiança em si enquanto mãe (sobre cuidados de si e do bebê).

Além disso, fez parte do seguindo e agindo, o investimento no fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê, incentivar aleitamento materno, bem como providenciei junto a chefia de enfermagem do setor, local para que Lia ficasse no hospital após sua alta (pois seu bebê ainda permanecera internado), assim como realizei a contra referência com a clínica da mulher e da criança de seu município de origem.

No capítulo seguinte, utilizando-se da etapa Acompanhando a Trajetória, proposta por Carraro (1994), realizamos a análise e reflexões sobre as informações obtidas nos relatos anteriormente descritos.

6 ACOMPANHANDO A TRAJETÓRIA

A etapa acompanhando a trajetória, segundo Carraro (1994, p. 40), “é desenvolvida de maneira dinâmica, interligada e contínua”. É composta de quatro fases: apreciando as etapas; observando o decorrer da trajetória e comparando-o com as observações prévias; estimando a implementação das estratégias; e retroalimentando a trajetória.

De acordo com Carraro (1994), no processo de cuidado é essencial que esta etapa permeie toda a trajetória, formando um elo entre as demais, ao mesmo tempo em que reforça a articulação entre as mesmas. Por meio dela, é possível subsidiar e retroalimentar o desenvolvimento da caminhada, bem como realizar os ajustes que forem necessários.

Além do processo de cuidado, devido a intenção da pesquisa, utilizamos desta etapa e de suas fases concomitantemente para realizar a análise e a reflexão sobre as informações obtidas nas etapas anteriores à luz do MCC (1994) e da literatura, pois como descrevemos na metodologia deste estudo, acreditamos que o processo de análise de dados qualitativos não é linear e não existe um único caminho para fazê-lo, mas sim que esta depende da visão teórico-filosófica do pesquisador. (LATHLEAN, 2006).

Ao apreciar as etapas do MCC (1994), as quais me guiaram no desenvolvimento desta trajetória, bem como ao observá-las, estimá-las e retroalimentá-las entendi que ao percorrer com as nove puérperas participantes deste estudo, no meu andar com cada uma delas, permeei por todas as etapas que Carraro (1994) propôs.

Por vezes, no desenvolvimento das anotações, encontrava dificuldades em registrá-las de maneira sequencial, pois possuem alto poder de articulação e simultaneidade, ou seja, na prática, enquanto estava na etapa conhecendo-nos, seguia e agia, ao mesmo tempo em que reconhecia a situação, desenhava o trajeto e acompanhava a trajetória.

No entanto, no intuito de facilitar a compreensão da leitura, analiso e reflito sobre cada etapa separadamente.

6.1 CONHECENDO-NOS

Por meio da etapa conhecendo-nos, foi possível garantir a minha aproximação, o conhecimento e interação com cada puérpera, bem como de sua família, tais como esposos, outros filhos, pai, mãe, irmãos, cunhadas e amigos que vinham visitá-las ou que as acompanhavam durante os dias de internamento, além daqueles que tive a oportunidade de conhecer nos encontros domiciliares que se fizeram necessários, como Margarida, Eva e Ana.

Carraro (1994, p. 36), aponta que esta etapa configura o início do relacionamento com o “ser humano, sua família e o meio ambiente da situação cirúrgica”, ou seja, na caminhada desenvolvida por mim, esta caracterizou o início do elo que estabeleci com cada mulher e sua família que vivenciavam o puerpério cirúrgico imediato.

No entanto, esta etapa não foi essencial apenas para o momento inicial da interação entre mim e as participantes do estudo. Foi fundamental e esteve presente durante todos os dias que as cuidava e permeou toda a caminhada. Por meio dela era possível reconhecer a situação e nortear o desenho do trajeto necessário para assisti-las, pois, em todos os momentos, mesmo que fosse no último dia de internamento ou durante as visitas domiciliares, conhecia novos nuances da vida de cada mulher e também de sua família.

Esta etapa, por representar o início da interação e envolvimento entre enfermeira e puérpera, é preciso ser bem explorada, como forma de subsidiar a continuidade da trajetória. Por meio dela, se desencadeia possibilidades de coleta de informações, não somente em um, mas em diferentes momentos do estudo e do cuidado realizado. (BERNARDI, 2011; CARRARO, 1994).

Bernardi (2011, p. 66) esclarece que nesta etapa é o “momento em que a enfermeira se aproxima e convida a mulher para compartilharem dados e informações a respeito da situação que está sendo vivenciada”, como a mulher se coloca, como se sente e que conhecimentos possui sobre o momento vivido.

Por vezes, em minha trajetória, este “conhecimento” me levava, a saber, de coisas importantes e delicadas da vida de cada puérpera, como as relações pessoais e familiares conturbadas e/ou outros momentos difíceis pelos quais passaram anteriormente, como Lia, ao me contar que seu pai não queria aceitar sua

gestação, ou que o pai de seu filho tinha outra família e não ligava para ela e seu bebê, ou Paula que não era a favor do casamento de sua mãe, e por isso não se entendiam, e que o pai de seu filho era um “galinha” segundo ela.

Saber dessas particularidades me fez acreditar que por meio do referencial que utilizei ao cuidá-las, nossa relação se alicerçava em confiança e respeito, além da empatia e do envolvimento emocional, atitudes fundamentais para o desenvolvimento do relacionamento terapêutico. Segundo Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008), esses são necessários para que o enfermeiro compreenda o mundo do outro, a fim de que o cuidado possa acontecer de modo individualizado, respeitando culturas, crenças e valores.

Ademais, foi possível permear pela etapa Conhecendo-nos por meio de várias estratégias que me forneciam informações, como o diálogo, a observação, o exame físico, as anotações retiradas de prontuários, a equipe e a família. Essas estratégias, além de permitir nossa interação, também possibilitavam a mim e a equipe da unidade realizar o cuidado às puérperas durante os dias de internamento, bem como no domicílio daquelas que se fazia necessário a visita.

Carraro (1994) refere que é imprescindível a existência de interação entre as pessoas envolvidas com o processo de assistência. A autora acredita que a assistência, o diálogo, a observação e a consulta à documentação disponível são elementos que desencadeiam a interação entre enfermeira e ser humano cuidado, e isto subsidia as informações necessárias para o desenvolvimento da trajetória.

O cuidado de enfermagem deve ser visto como um “momento de interação que ocorre entre aquele que cuida e aquele que é cuidado, com o objetivo de despertar e/ou fortalecer a energia vital para que o processo restaurador possa acontecer”. (SEBOLD, 2008, p. 33).

Corroboro com Waldow (1992) e Patterson e Zderad (1998), as quais enfatizam que o cuidado é visto como o resultado do processo de cuidar, como experiências vividas entre as pessoas e como forma de interação entre enfermeira e ser cuidado, ou seja, para que o cuidado seja executado em sua plenitude antes disso deve haver interação entre as pessoas.

A fim de que exista interação entre enfermeiro e ser humano cuidado, crucial a continuidade da caminhada, Carraro (1994, p. 118) propõe que não basta apenas “saber coisas” sobre o paciente e sua família, é essencial que o cuidador também deixe-se conhecer.

Para que isto aconteça é necessário que o enfermeiro não se coloque apenas como profissional, mas também enquanto ser humano que é. Essa atitude de minha parte propiciou a inter-relação e a criação de vínculo, fundamental para viabilizar e subsidiar a trajetória.

Diante disso, concordo com um texto de Horta⁵ (1976, p.III) citado por Carraro (1994, p. 118), no qual esclarece sobre a relação entre enfermeiro e cliente:

Como enfermeiros não deixamos de ser gente, membros do humano rebanho que habita a terra. Temos nossas fraquezas e fortalezas, nossas dores, nossas tristezas e alegrias, nossas gratificações e frustrações, estamos sujeitos à toda problemática que envolve o ser humano a que nos propusemos a assistir” (HORTA, 1976, p. 03).

Dessa maneira, conforme a interação com cada puérpera aumentava, se interessavam em saber sobre a minha vida pessoal. Manifestavam-se em relação ao meu estado civil, o desejo que tenho de ter filhos, minha cidade natal, minha família e minha vida profissional. Com aquelas mais comunicativas e autônomas como Luíza, Elisa Andrea e Ana, essa troca de informações acontecia já no primeiro contato. As demais necessitavam de um tempo, até entenderem que a minha proposta era uma troca, que deveríamos caminhar juntas, e que eu não me encontrava em posição superior a delas.

Frente a isso, em todas as oportunidades que se apresentavam buscava colocar fatos sobre a minha vida que eram comuns às delas, como por exemplo, os afazeres domésticos, a conciliação entre estudos *versus* trabalho e o cuidado com minha família.

Além disso, Carraro (1994) nos instiga a observar os princípios bioéticos referentes à pesquisa, esclarecendo ao cliente e sua família os objetivos desta e sua contribuição para a enfermagem, deixando claro sobre os direitos de participar ou recusar fazer parte do trabalho, ou ainda da possibilidade de interromper a participação quando quiserem. (CARRARO, 1994, p. 36).

Segundo Bernardi (2011, pag. 66), para que a interação entre cuidador e ser cuidado aconteça de forma efetiva, inicialmente é necessário que o cuidador, neste caso, a “enfermeira se apresente, explique o motivo e os objetivos do estudo, e com

⁵ HORTA, V.A. **Gente que Cuida de gente** (editorial). Enfermagem em novas dimensões. São Paulo, v.2, n.4, p.3, set./out., 1976.

o desenrolar do mesmo, é importante que se deixe conhecer como possibilidade de viabilizar e tornar a trajetória do estudo mais produtiva e inter-pessoal”.

Neste sentido, não necessariamente no primeiro contato que fazia com as puérperas, mas tão breve isso fosse possível, julgava fundamental esclarecer quem eu era e o que pretendia. Muitas vezes, fiquei apreensiva, achando que algumas delas poderiam ter consentido de imediato, por medo ou por acreditarem que poderiam sofrer prejuízos referentes aos cuidados recebidos dentro da unidade caso não concordassem, apesar de sempre esclarecer sobre isso em minha fala, e deixar o termo de consentimento para ser assinado após o segundo dia da trajetória.

Por isso, buscava nos dias que se seguiam e sempre que tinha oportunidade, falar sobre a minha pesquisa e sobre a participação delas neste processo. Algumas vezes, em menor proporção, a conversa sobre este assunto partia das participantes. Assim, esclareço que na minha caminhada, todas as puérperas convidadas, sem exceção, concordaram em serem cuidadas por mim e participar do meu estudo.

Luíza, por exemplo, quando falei sobre meus interesses, me referiu que seria um prazer colaborar comigo, com meus estudos e com a enfermagem. Paula rindo, me disse que seria ótimo ter uma enfermeira particular, acreditava que ficaria sozinha na unidade, e julgou ser bom ter alguém para ajudá-la, especialmente no primeiro dia após a cesárea.

6.2 RECONHECENDO A SITUAÇÃO

A etapa *reconhecendo a situação* “caracteriza-se pela reflexão sobre as informações obtidas na etapa anterior”. Ao realizar essa reflexão, é possível reconhecer como “a situação cirúrgica se desenvolve, principalmente no que se refere ao processo saúde-doença e a prevenção de infecções”. (CARRARO, 1994, p. 37).

Ao analisar essa etapa, compreendo que refletir sobre as informações obtidas na etapa anterior exigiu de mim atenção e sensibilidade. Dessa forma, considerei que a mulher ao passar por uma cesárea, enfrenta um procedimento

cirúrgico altamente complexo, recoberto de medos e anseios, que tem associado, no decorrer e após o período operatório várias complicações.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a cesariana, além de aumentar o tempo de recuperação da puérpera, ainda apresenta os riscos do próprio ato cirúrgico, tais como a anestesia, incisão, e de toda a complexidade que envolve uma cirurgia.

O puerpério que se segue após uma cesariana, está intimamente associado a vários agravantes à saúde da mãe e do bebê, das quais pode-se citar respectivamente o risco de hemorragia, infecção de parede abdominal, endometriíte, tromboflebite, embolia pulmonar (MEDEIROS E SOUZA, 2010), prematuridade iatrogênica e maior frequência da síndrome da angústia respiratória. (MARTINS-COSTA, 2006).

Com este pensamento, considereirei por saúde-doença os riscos que o período puerperal cirúrgico pode expor a mulher, seu bebê e também sua família.

Frente a isso, na etapa *Reconhecendo a Situação*, Carraro (1994), com vistas à prevenção de infecções hospitalares na situação cirúrgica destaca três pontos: os riscos de infecção hospitalar, os recursos disponíveis e a reação do poder vital.

Referente ao primeiro item, Carraro (1994) nos instiga a reconhecer os riscos de infecções hospitalares que o cliente cirúrgico está exposto. Desta forma, a autora acima citada, elaborou um instrumento elencando os “fatores de riscos de infecção hospitalar na situação cirúrgica”.(ANEXO 3).

Diante disso, ao passo que considereirei a cesariana uma cirurgia de alta complexidade, entendi que no puerpério após esta via de parto, a mulher está exposta à vários dos riscos de infecção citados pela autora proponente deste modelo de cuidado, como a hospitalização prolongada, no caso de Luíza, Rose e Lia, que devido as situações que se apresentaram necessitaram permanecer por mais tempo dentro do ambiente hospitalar.

Cito também, a imunidade deficiente, relacionado às demandas metabólicas da gravidez, ou daquelas com diagnóstico de anemia nessa fase, além das perdas sanguíneas durante a cirurgia, como aconteceu com Lia e Laura;

O estado psicológico alterado, por entender que o puerpério trata-se de um período de adaptação e de mudanças, especialmente quando se trata de uma

puérpera primípara, ou no caso de Margarida por já ter histórico de depressão pós-parto.

Além do mais, a necessidade de cuidados em unidades de terapia intensiva para com os bebês, como Luíza e Lia vivenciaram, bem como a ansiedade e medo prévios à cirurgia, como se passou com Luíza, Eva, Ana e Rose contribuíram para potencializar a exposição a esse fator de risco.

A lesão da pele apresentou-se como risco de infecção para todas, pois obviamente todas elas possuíam a ferida cirúrgica e acesso venoso para infusão de medicamentos. A obesidade se destacou em Margarida. Rose apresentou a insuficiência em um ou mais órgãos e o uso de próteses.

Os achados acima descritos vão ao encontro do que a literatura aponta como fatores de risco para o desenvolvimento de infecções no puerpério. Benincasa *et al.* (2012), enfatizam que dentre esses fatores está o parto cesariano, traumas cirúrgicos, manipulação vaginal excessiva, amniorrexe e/ou trabalho de parto prolongado, desnutrição ou obesidade, más condições de assepsia, debilidade imunológica e retenção de restos ovulares. Segundo esses autores, além do parto cesáreo aumentar o risco de infecção puerperal, o local da incisão também tem possibilidades de infeccionar. (BENINCASA *et al.*, 2012).

Ademais, em um grande estudo de caso controle sobre os fatores de risco para sítios de infecção cirúrgica, constatou-se que 5% de 1.605 incisões das cesáreas realizadas tornaram-se infectadas (BERGHELLA, 2011). Dessa forma, a cesariana, por se tratar de um grande procedimento cirúrgico, dentre seus riscos, contribui para o aumento dos índices de infecção, inclusive infecção puerperal. (BENINCASA *et al.*, 2012).

As taxas de infecção puerperal relacionada aos partos cesáreos é cerca de 4,4 vezes maior em relação aos partos normais (GUIMARÃES; CHIANCA; OLIVEIRA, 2007). Acredita-se que este evento aconteça devido à incisão cirúrgica, ao maior tempo de cirurgia e à maior perda sanguínea. (BENINCASA *et al.*, 2012).

Outrossim, em meu estudo identifiquei outras situações que poderiam contribuir para o risco de infecção hospitalar e/ou infecção puerperal, como a cesárea realizada dentro de um centro cirúrgico convencional, inclusive onde são realizadas cirurgias com alto potencial de contaminação; a estrutura física do centro cirúrgico, pois o fluxo do material contaminado em direção à central de materiais esterilizados (CME) é inadequado, este passa pela área de recepção dos pacientes; além de

bolsa rota maior que oito horas e presença de mecônio, situações vivenciadas por algumas das puérperas que cuidei.

Conforme nos refere Carraro (1999, p. 57), o puerpério é um “tempo de riscos, quando se deve estar alerta, especialmente nos seus primeiros dias, que são críticos”. Para a autora, é preciso que a enfermagem que cuida de mulheres no ciclo gravídico puerperal inclua em seu domínio de atuação conhecimentos sobre os riscos de infecções puerperais, permanecendo-se alerta para a prevenção e ocorrência das mesmas.

No tocante ao segundo ponto destacado por Carraro (1994, p. 38), recursos disponíveis, a autora nos propõe uma reflexão sobre os recursos que o cliente dispõe para facilitar a sua “recuperação e proporcionar medidas de conforto, de educação em saúde, de apoio, de biossegurança e de potencialização do poder vital”.

Assim, os recursos disponíveis que se apresentaram às puérperas participantes de minha trajetória foram vários. A maioria deles comuns à todas elas.

Destes, o pai do bebê foi a figura que se destacou para aquelas que tinham a oportunidade de contar com a presença de um acompanhante, como Luíza, Elisa Andrea e Ana. Entretanto, mesmo para as que não contavam com o apoio de um acompanhante, a família, mesmo que fosse durante as breves visitas ou durante o cuidado no domicílio foi reconhecida como recurso disponível para potencialização do poder vital das puérperas.

Segundo Kalinowski (2011), normalmente a puérpera e o bebê recebem “ajuda de membros da família para a adaptação à nova fase, como também para a realização dos cuidados, sejam eles referentes ao bebê, à própria puérpera, ao domicílio ou a outras pessoas da família”. (KALINOWSKI, 2011, p. 26).

Em minha caminhada, o suporte que vinha da família se configurava na maioria das vezes pelo esposo, outras vezes pela mãe, a irmã, a sogra, os avôs, e outros filhos. Estes últimos, serviam também para incentivar o desejo da puérpera querer se recuperar rapidamente para voltar a cuidar dos mesmos que haviam ficado com outros membros da família. Percebi isso na vivência com Luíza, Margarida, Elisa Andrea e Rose.

No caso de Lia, não tive a possibilidade de conhecer seus familiares, pois moravam em outra cidade, vindo poucas vezes visitá-la, além de ser em horários

que eu não me encontrava presente no setor. Entretanto, em domicílio seriam eles que a ajudariam percorrer pelo período puerperal.

Entendo, assim como Martins *et al.* (2008), que o evento puerperal é compartilhado pelos membros do clã familiar como forma de cooperação à puérpera e ao recém-nascido. O envolvimento da família é importante no sentido de apoiar a mulher, desde a gestação até o puerpério. Portanto, é fundamental o enfermeiro se aproximar e interagir com pessoas do convívio da puérpera, a fim de reconhecer os recursos disponíveis que esta possui para percorrer por este período.

Além do mais, a personalidade ativa e participativa, o bom humor, o cultivo de boas relações interpessoais como Elisa Andrea e Ana, o acesso a informação, segurança e autonomia nos cuidados de si e do bebê, especialmente demonstrados por Elisa Andrea, Paula e Rose eram visivelmente recursos que disponibilizavam para enfrentar esse período.

Ademais, a troca de experiências com as colegas de quarto, como Margarida, Laura, Eva, Paula, Rose e Lia, bem como a equipe de enfermagem do AC e da UTI neonatal, a disponibilidade de um médico cardiologista acompanhar Rose, minha presença enquanto cuidadora e estimuladora da potencialização do poder vital de cada uma, bem como a espiritualidade de Luíza, Elisa Andrea, Eva e Rose, foram considerados em meu estudo como recursos disponíveis fundamentais às puérperas.

Corroboro com a afirmação de Pinelli e Abrão (2002, p. 252), é fundamental que durante os primeiros dias de pós-parto a mulher puérpera “receba atenção, carinho e cuidados especiais que representem um suporte no restabelecimento do equilíbrio psicoemocional e auxiliem na superação das dificuldades” inerentes ao período puerperal imediato (PINELLI; ABRÃO, 2002, p. 252).

Em relação ao terceiro item, proposto por Carraro (1994), com o intuito de prevenir infecções hospitalares e reconhecer a situação, é a reação do poder vital do ser humano.

Carraro (1994, p. 29) entende que poder vital “é uma força inata ao ser humano”, ou seja, uma energia interior intrínseca e latente, que pode ser direcionada tanto para a vida quanto para a morte. (KUNZLER, 2006).

Sendo assim, para perceber a reação do poder vital, Carraro (1994), nos instiga a observar como o cliente se projeta para a vida e como reage frente à doença. Para isso, deve-se considerar variáveis subjetivas e objetivas. (ANEXO 4).

Em meu estudo, as variáveis subjetivas que contribuíram para fortalecimento do poder vital das puérperas foram às relações interpessoais, percepção e enfrentamento da doença (puerpério cirúrgico), os planos para o futuro, os sentimentos como o amor, esperança e confiança, e a motivação. Relacionadas às variáveis objetivas identifiquei o ambiente externo e a equipe de saúde.

Acredito que todo ser humano possui poder vital. Em minha caminhada, observei a reação deste nas mulheres que cuidei, visto que oscilava conforme as situações e vivências que se apresentavam.

Deste modo, os recursos disponíveis que possuíam para percorrer pela vivência do puerpério cirúrgico, anteriormente demonstrados foram facilmente reconhecidos como potencializadores do poder vital de cada mulher.

No puerpério, o poder vital é uma força a ser fomentada positivamente e voltada à específica transição que ocorre durante esse período, podendo ser realizada pela família, e até mesmo pela enfermeira. (BERNARDI, 2011).

Assim, a família, as colegas de quarto, equipe de enfermagem do AC e também da UTI neonatal, meus cuidados, a informação, segurança e autonomia sobre os cuidados de si e do bebê, como Paula, que os possuía por frequentar um grupo de gestante durante sua gravidez, ou Elisa Andrea, pela experiência com filhos anteriores, e a espiritualidade de algumas previamente à cirurgia serviram como recursos disponíveis por contribuírem para o fortalecimento da força vital dessas mulheres.

Aliás, a religião e a espiritualidade são fontes de conforto e esperança. Essas duas se destacam como uma das formas mais utilizadas pelas pessoas para expressar os sentimentos advindas de situações que os expõe à riscos, como a situação cirúrgica. (VÉRAS; VIEIRA; MORAIS, 2010).

Além do mais, a felicidade com a chegada do bebê e as expectativas que possuíam em relação ao futuro delas e de sua família, sentimentos apresentados por todas, foram claramente evidenciados como fortalecedores do poder vital. Recordo-me de Lia e de Ana. A primeira, conforme nos conhecemos e nos inteirávamos, conseguiu expressar estes sentimentos até então escondidos pela sua timidez. Ana, após minhas orientações sobre as vantagens do aleitamento materno fortaleceu seu poder vital e recusou o complemento oferecido ao seu bebê pela equipe de enfermagem da unidade.

Para (1994), o objetivo da enfermagem é propiciar ao ser humano as melhores condições para que a potencialização do poder vital culmine em um viver saudável. Dessa forma, contar com uma rede de cuidadores, que fazem parte da sua família ou dos serviços de saúde, pode auxiliar a puérpera a enfrentar o período puerperal da melhor forma possível. (BARBOSA *et al.*, 2005; MENDES; COELHO; CALVO, 2006).

Em contrapartida, todas apresentaram em algum momento no período que as cuidei, seu poder vital enfraquecido, necessitando ser estimulado. Dentre as variáveis subjetivas que interferiram negativamente no poder vital dessas mulheres destaque: as relações interpessoais e os sentimentos como o medo, a ansiedade, tensão e as preocupações relacionados à vários fatores, descritos posteriormente, e ainda a falta de incentivo/motivação e o estado emocional abalado. Em relação às variáveis objetivas cito a hospitalização, o processo cirúrgico anestésico, o ambiente externo e a equipe de saúde.

Ligadas às relações interpessoais, recordo-me da relação conturbada que Paula possuía com sua mãe e com o pai de bebê, esta última também identificada em Lia, que além disso, sofria com a falta de aceitação da gestação pelo seu pai.

O sentimento de preocupação identificados em Luiza, Margarida, Elisa Andrea e Rose, atribuída ao fato dos filhos mais velhos ficarem em casa com outros membros da família, ao mesmo tempo em que este fator servia como um recurso disponível.

Corroboro com Stefanello (2005, p. 109), a qual enfatiza que “a assistência no período puerperal não pode deixar de contemplar as mulheres em sua história, seu meio afetivo, social e econômico, considerar suas próprias experiências de vida e incorporar a família como parte integradora desse processo”, afinal a mulher não abandona estas experiências quando se torna mãe.

Em relação aos sentimentos de medo e ansiedade previamente à cesariana, relaciono ao ambiente desconhecido da situação cirúrgica, que pude vivenciar com Luíza, Eva, Ana e Rose, assim como a cesariana de emergência, pelo conhecimento de que esta significa risco de morte para o bebê, como aconteceu com Luíza.

A situação cirúrgica é reconhecidamente vista como algo assustador, gerando, especialmente no período que a antecede, medo e ansiedade àqueles que a ela se submetem. De acordo com Kruse *et al.* (2009), a experiência cirúrgica, devido ao receio pelo que é desconhecido e pela desinformação, independente do

grau de complexidade, é causadora de medo e ansiedade para o cliente, assim como para sua família.

O medo da anestesia, da invalidez e da morte são geradores de angústias e inseguranças ao paciente cirúrgico. Inclusive, dependendo da forma como ele enfrenta essa situação de crise pode interferir no curso do procedimento e na sua recuperação, pois sabe-se que alterações no estado emocional do ser humano repercutem em sua saúde física, incluindo em seu sistema imunológico. (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

Frente à cesariana, essa situação não é diferente. Constatei isso em meu trabalho quando tive a possibilidade de conhecer algumas das mulheres que percorreram comigo antes do procedimento cirúrgico.

Para Watts (2010), mesmo que a cesariana seja um procedimento eletivo, esta pode gerar ansiedade para a parturiente e sua família. Quando se trata de uma cesariana de caráter emergencial, o nível de ansiedade e estresse tende a aumentar, pois além do medo do desconhecido por vir, existe o entendimento de que se trata de uma situação de risco de morte materna ou neonatal.

Assim, compreendo que faz parte do cuidar em enfermagem a detecção das necessidades físicas e psicológicas dos pacientes submetidos a uma cirurgia, visando facilitar o enfrentamento da situação. (COSTA; SILVA; LIMA, 2010). As orientações realizadas pelo enfermeiro no período pré-operatório, devem ser realizadas de maneira individualizada, levando-se em consideração esses aspectos. (KRUSE *et al.*, 2009).

Dessa forma, a enfermagem apresenta-se como fundamental para difundir confiança e segurança ao paciente pré-cirúrgico, culminando em redução do nível de estresse, angústia e ansiedade frente ao procedimento (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

Outrossim, os sentimentos de medo e ansiedade também foram identificados quando o RN de Luíza e de Lia necessitaram ser assistidos em uma UTI neonatal.

Para os pais, a gestação e o parto são momentos empolgantes nos quais são feitos planos para o futuro. Quando o bebê apresenta problemas relacionados à sua saúde, essa experiência estimulante subitamente se altera para quadros de ansiedade, medo culpa, perda e luto. (RICCI, 2008). O Internamento do filho na UTI neonatal é uma condição que pode gerar danos emocionais para a família,

especialmente para os pais, além da interrupção na formação de laços afetivos (SCHMIDT *et al.*, 2012; ROLLER, 2005).

A fim de reduzir esses danos, a enfermagem deve dentre outras medidas, proporcionar presença física e apoio, estimular visitas frequentes ao RN hospitalizado e identificar os recursos disponíveis que a família possui para transcorrer por este momento (RICCI, 2008).

De acordo com Schmidt *et al.* (2012), como enfermeiros devemos compreender este momento particular e propiciar acolhimento aos pais. É necessário pensar em maneiras de valorizar seus sentimentos, diminuindo o impacto das sequelas emocionais.

Acredito também que a falta de informações oferecidas à puérpera quanto às indicações da cesariana, como no caso de Margarida e Laura, além da precariedade de informações e atividade educativas durante o pré-natal, identificado em Margarida, Laura, Ana, Eva, Rose e Lia, contribuem para os sentimentos de ansiedade e tensão, como em Margarida e Laura, além de fomentar a perda da autonomia da mulher durante o ciclo gravídico puerperal.

De acordo com Busanello *et al.* (2011), as decisões acerca da saúde da mulher são realizadas pelos prestadores do cuidado, ou seja, a capacidade da mulher atuar e decidir sobre seu próprio corpo é violada. Tal fato revela a importância da reestruturação do sistema vigente para uma modelo humanístico, já proposto em programas governamentais, no qual esta participa enquanto sujeito ativo das ações relacionadas à sua saúde, sendo o sujeito da atenção, garantindo e promovendo sua autonomia.

Com este pensamento, a educação em saúde se configura como uma estratégia potencializadora do cuidado nesta fase da vida, sendo capaz de promover a aderência de medidas benéficas para a saúde da mãe e do bebê, considerando a participação da mulher no processo decisório. (PROGIANTI; COSTA, 2008; SOUZA *et al.*, 2008).

O profissional enfermeiro se destaca no que concerne ao resgate dos direitos da mulher e na sua participação nas decisões durante o ciclo gravídico puerperal. (CARRARO *et al.*, 2006). Ao ampliar o conhecimento dessas mulheres, é possível favorecer sua autonomia.

Outrossim, acredito que as patologias existentes previamente ou que as acometeram durante o pré-natal, como DHEG e depressão em Margarida, a

cardiopatia de Rose, a infecção urinária e anemia de Lia contribuíram para o sentimento de tensão no período de internamento. Entendo que esses agravos, por tornarem a gestante caracterizada como de alto risco contribuem para o aumento das preocupações em relação ao parto e puerpério, e isso por vez enfraquecia o poder vital dessas mulheres.

Além disso, identifiquei que alguns obstáculos frente ao aleitamento materno, culminavam em desmotivação e este colaborava para enfraquecimento do poder vital das puérperas. Situações como a posição pós-anestésica, a demora na apojadura e as mamas grandes e volumosas de Margarida e o internamento dos bebês de Luíza e Lia na UTI neonatal, bem como a prática de introduzir leite complementar aos bebês, desmotivava, postergava e dificultava o processo de aleitamento materno.

Para algumas mulheres, o processo de aleitamento materno é a primeira dificuldade que se apresenta após o parto. Posicionar o bebê de maneira correta é considerado difícil. (RAVELLI, 2008; SILVA *et al.*, 2009). Após a cesariana a posição materna dificulta a pega do RN ao seio, e a lactogênese acontece entre 48 e 72 horas após o parto, fazendo com que estas mães tenham menos probabilidade de amamentar. (FIGUEIREDO, 2005; PIETROWSKI, 2002).

É dever da enfermagem propiciar orientações e a atuação na prática do aleitamento materno em todos os momentos do ciclo puerperal, especialmente no puerpério imediato, no qual se concretiza o primeiro contato entre mãe e bebê. Práticas inadequadas de alguns profissionais de saúde, como indicação de fórmulas artificiais contribuem para o desmame precoce do recém-nascido (SILVA *et al.*, 2009), culminando em prejuízos para o crescimento e desenvolvimento da criança.

Em relação às variáveis objetivas propostas por Carraro (1994), que podem interferir de maneira negativa no poder vital das puérperas, identifiquei a hospitalização, o processo cirúrgico anestésico, o ambiente externo e a equipe de saúde.

Entendo que com a hospitalização, ocorre uma “desestruturação do desenho familiar costumeiro, além da desorganização do todo conhecido, instigados pela angústia da morte que costuma aparecer nestes momentos”. (LUSTOSA, 2007). Percebi essa situação em minha trajetória, especialmente com Rose, que apresentava cardiopatia e vários riscos durante o parto, inclusive o de morrer.

Em relação ao processo cirúrgico anestésico, os obstáculos que se apresentaram às mulheres que cuidei foram vários, tais como a impossibilidade de levantar-se por seis horas após o procedimento, bem como as dores e desconfortos, as dificuldades de deambulação, de cuidar de si e do bebê, contribuindo para o enfraquecimento de seu poder vital.

Segundo alguns autores (ALVES *et al.*, 2007; BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008; MARTINS *et al.*, 2008; MEDEIROS; SANTOS, 2009), é possível que após o parto, além dos sentimentos de ansiedade, tristeza, privação do sono, a mulher apresente cansaço físico e emocional, presença de dor e desconforto devido ao ferimento cirúrgico da cesariana e da contração uterina estimulada pela amamentação.

Além do mais, no puerpério cirúrgico, devido aos desconfortos e dificuldades relacionados à cirurgia, eventualmente a capacidade de interação entre mãe e bebê fica prejudicada. Estas mães sentem-se menos satisfeitas em relação ao parto, e se queixam de fadiga e mau funcionamento físico durante os dias que se seguem à alta hospitalar. (PIETROWSKI, 2002).

Todas as puérperas que cuidei vivenciavam estas dificuldades no primeiro dia de pós-operatório. No entanto, do segundo dia em diante se sentiam melhores e mais independentes, exceto Eva, que permaneceu queixosa em seus dias de hospitalização.

Ligadas às variáveis ambiente externo e equipe de saúde, ambas tem a capacidade de influenciar positiva ou negativamente o poder vital das puérperas. Dessa forma, em meu estudo, várias atitudes relacionadas a estas variáveis contribuíam para enfraquecê-lo.

Desse modo, as práticas inadequadas ainda utilizadas na atenção obstétrica, por exemplo, a impossibilidade do pai assistir o nascimento de seu filho, como o esposo de Luíza e de Eva, ou por não poder acompanhar os primeiros cuidados do bebê, mesmo quando este o desejava, como o esposo de Ana. Além disso, a não permissão de acompanhante para àquelas mulheres internadas pelo SUS e a submissão frente ao serviço de saúde, identificado em Paula, pois apesar de saber que era um direito seu, não queria criar conflitos com o hospital, dependia daquele “atendimento”.

Entendo que o cuidar durante o processo gravídico-puerperal tem passado por mudanças nas últimas décadas, focadas na humanização, na valorização e na

autonomia da mulher sobre seu corpo e suas decisões. Acredito que a escassez de orientações e participação da mulher, bem como a falta de vínculo entre sujeito e profissional, e a separação da família num momento de medo, ansiedade e expectativas, colaboram para que ela tenha uma experiência insatisfatória do parto.

A presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato é um direito garantido à mulher internada pelo SUS, por meio da Lei 11.108 de 07 de abril de 2005. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), os benefícios da presença de um acompanhante de escolha da mulher é comprovadamente benéfico, pois propicia suporte psíquico e emocional, contato físico, dividem o medo e a ansiedade, somam forças para estimulá-la nos momentos difíceis, além da minimização de taxas de depressão pós-parto.

Privar a mulher e sua família desse direito é mais do que ferir a legislação federal vigente, é também um ato de violência obstétrica. Essas práticas vão de encontro aos objetivos e diretrizes das principais políticas, programas e estratégias estaduais e nacionais referentes à atenção obstétrica no país, tais como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), e mais recentemente o Mãe Paranaense e a Rede Cegonha, os quais visam as boas práticas e segurança na atenção à mulher e RN nessa fase da vida.

Assim, baseado nos fatores apresentados anteriormente, os quais interferem negativamente no poder vital da puérpera, entendo, que a enfermagem tenha condições para mobilizar o meio em que estão inseridos, e proporcionar condições favoráveis à saúde e potencialização desta força, fazendo com que o puerpério seja vivenciado pela mulher e família de maneira satisfatória. Desse modo, levei em consideração esses fatores ao desenhar o trajeto e seguir e agir com cada uma delas.

Para Carraro (1998, p. 38), o puerpério é “um tempo de restauração, de mudanças, de encontro, de interação, de troca” (...), e dessa forma é fundamental considerar e observar a potencialização ou não do poder vital da mulher durante este período, os quais requerem cuidados adequados, pois esta percepção consiste na base para escolher ações e intervenções para a melhoria dos cuidados prestados e o restabelecimento da puérpera em sua integralidade. (BERNARDI, 2011).

6.3 DESENHANDO O TRAJETO E SELECIONANDO AS ESTRATÉGIAS

A etapa Desenhando o Trajeto e Selecionando Estratégias, segundo Carraro (1994, p. 38), “se caracteriza pelo desenho do trajeto a ser percorrido. Nesta ocasião ciência e arte se salientam e se complementam”. A arte oferece subsídios para traçar o caminho a percorrer, e a ciência propicia o embasamento técnico-científico sustentando a prática.

Carraro (1994, p. 39) enfatiza que aliado ao desenho do trajeto ocorre “a seleção das estratégias para as ações da equipe de enfermagem, do ser humano e da sua família”. Esta seleção acontecerá de acordo com as possibilidades de cada pessoa integrante deste processo, pois a atuação e participação de cada um acontece de maneira singular.

No decorrer de minha trajetória, busquei desenhar o trajeto e selecionar as estratégias do cuidado às puérperas de acordo com as necessidades que apresentavam, enquanto seres únicos, integrais e indivisíveis, conforme proposto por Carraro (1994). Isto foi possível através do conhecimento e reconhecimento da situação com que cada uma se mostrava.

Desta forma, desenhei o trajeto e selecionei as estratégias das mulheres que cuidei, reconhecendo que estas foram anestesiadas e passaram por uma cirurgia abdominal de grande porte, sem esquecer que o fruto desta cirurgia era um bebê, que também precisaria ser incluído no desenho do trajeto que se fazia pertinente, além da família.

Assim, daquelas puérperas em que eu estava presente no setor imediatamente após sua volta do CC ao AC, era essencial primeiramente, nos programarmos quanto à avaliação e manutenção das funções vitais da mulher. Percebia, que no primeiro dia e nos dias que se seguiam, era prioritário nos planejarmos quanto a avaliação do estado geral de cada uma, bem como em relação aos cuidados de higiene e conforto, além do auxílio no aleitamento materno.

Com este pensamento, nesta etapa, em minha caminhada destacaram-se a programação do cuidado direto às puérperas, como a busca de propiciar conforto, as medidas utilizadas com o objetivo de prevenir infecções, a educação à saúde, e a visita domiciliar realizada à algumas mulheres e sua família, conforme necessidades apresentadas.

Sossai e Pinto (2010) salientam que a visita domiciliar se constitui em um conjunto de saberes e práticas, integrando um espaço voltado para a promoção de saúde e promoção de doenças, caracterizando-se como uma importante estratégia de educação em saúde. Em relação ao puerpério, para um cuidar efetivo nas visitas domiciliares, é fundamental a aproximação entre enfermeiro e puérpera, pautado na reflexão e na troca de experiências (BERNARDI; CARRARO; SEBOLD, 2011).

Dessa forma, no cuidado à mulher no período puerperal há que se considerar o espaço domiciliar como imprescindível para integração e implementação de ações, e que estas envolvam todas as fontes de apoio da qual a mulher necessita.

Ademais, na unidade de AC, busquei planejar nossas ações em conjunto (eu, puérpera e acompanhante quando possível), e também com a equipe de enfermagem, tendo em vista que no período da tarde e noite não estava presente. Nas visitas domiciliares realizadas, além de mim e das puérperas, também fez parte desta programação os membros do clã familiar.

Para Carraro (1994, p. 39), a “programação do desenho do trajeto pode ser realizada pelo enfermeiro, pelo enfermeiro/paciente e sua família, pelo enfermeiro e a família do paciente, e/ou pelo paciente e sua família, conforme a situação se apresentar”.

Após reconhecer na etapa anterior as particularidades com que as puérperas se mostraram, era possível desenhar o trajeto, levando em consideração os recursos disponíveis que possuíam. Nesta etapa, claramente se evidencia a necessidade de sensibilidade por parte da cuidadora em reconhecer as necessidades de cada ser, bem como selecionar as melhores estratégias para satisfazê-las.

O puerpério é um período que gera insegurança à mulher, independente de ser ou não sua primeira experiência como mãe. Desse modo, Bernardi, Carraro e Sebold (2011), referem que é importante a sensibilidade por parte do enfermeiro, pois, por meio dela é possível identificar as reais necessidades de cuidado da puérpera.

6.4 SEGUINDO E AGINDO

No seguir e agir, foram implementadas as estratégias escolhidas no desenho do trajeto. As ações que se seguiam podem ser executadas “pelo enfermeiro, pela equipe, pelo paciente e por sua família, de acordo com a habilidade de cada um e com a competência exigida pela estratégia escolhida” (CARRARO, 1994, p. 39).

Desta forma, nesta etapa, segui com cada puérpera que assisti implementando as estratégias selecionadas na etapa anterior. As ações que se seguiram ao desenho do trajeto hora foram executadas por mim, hora pela equipe de enfermagem, hora pela própria puérpera e também por seus familiares.

Em minha trajetória, buscava implementar as estratégias selecionadas com o intuito de promover a autonomia da puérpera sobre os cuidados de si e de seu bebê. No pós-operatório imediato, isto era dificultoso, no entanto tão logo fosse possível era nesse sentido que executava minhas ações.

Segundo Ricci (2008) os cuidados de enfermagem imediatos após a cesariana devem incluir a avaliação do nível de consciência da cliente, monitoração do retorno da sensibilidade às pernas, estimulação da mulher à tossir e realizar exercício de respiração profunda, inspeção do curativo abdominal, monitoramento do débito urinário e balanço hídrico, observação do grau de recuperação da anestesia e também da dor.

Assim, além dos cuidados supracitados, durante a recuperação das funções vitais da puérpera após a cirurgia, enquanto ainda permaneciam em decúbito dorsal, buscava propiciar vínculo entre mãe e bebê e auxiliar no aleitamento materno. Tão logo fosse possível, nas horas e nos dias seguintes me programava para auxiliá-las no cuidado de si e nos cuidados com o RN, além das orientações que se faziam necessárias.

Foi necessário executar ações como, o banho delas e do bebê, curativo da incisão cirúrgica e do coto umbilical do RN, medicações, avaliação de seu estado de saúde através do exame físico, manejo do aleitamento materno, educação em saúde, por meio de orientações referentes ao aleitamento materno, dieta, ingestão de líquidos, a busca pela unidade de saúde mais próxima para consulta puerperal, vacinas, puericultura, planejamento familiar, consultas ginecológica subsequente e também a visita domiciliar agendada por mim.

De acordo com Watts (2010), compete a enfermagem promover orientações para a alta da puérpera e bebê. Dessa forma, é necessário que o enfermeiro avalie as necessidades de informação da puérpera. De uma maneira geral, as orientações para a alta incluem informações sobre a dieta, o repouso adequado e as restrições de atividades, os cuidados com as mamas, a atividade sexual e a contracepção, os medicamentos, os sinais de complicações, além dos cuidados e orientações referentes ao bebê.

No entanto, os cuidados e as orientações acima citadas não foram realizados nesta ordem e nem da mesma forma para todas as puérperas que cuidei. Levei em consideração o momento adequado de fazê-los, conforme as necessidades que cada uma apresentava.

Ao refletir sobre a etapa desenhando o trajeto e selecionando as estratégias – seguindo e agindo, evidencia-se a singularidade e particularidades com que cada ser cuidado vivenciou o puerpério cirúrgico imediato. A princípio pode-se deduzir que cuidar dessas mulheres é seguir uma série de rotinas pré-estabelecidas institucionalmente. Entretanto, se as considerarmos enquanto seres individuais e singulares, percebemos que cada uma demanda cuidados específicos e diferenciados, tais como se apresentaram em minha caminhada, no reconhecimento da situação.

Segundo Albuquerque, Nobrega e Fontes (2008), o cuidado no que se refere ao período puerperal é complexo, devido suas especificidades. Esse cuidado requer da equipe de enfermagem uma visão voltada para as características próprias de cada indivíduo se concretizando em uma atenção humanizada e individualizada, centrada na totalidade do ser humano.

Nesta perspectiva, para que a enfermagem desenvolva cuidados individualizados e humanizados, necessita focar seu olhar para a totalidade da puérpera e do bebê a partir de suas necessidades biofisiológicas, psicossociais e culturais. (ROGRIGUES *et al.*, 2006).

Desse modo, a etapa **acompanhando a trajetória** esteve presente durante o meu caminhar com cada puérpera que cuidei, desenvolvendo-se de maneira interligada, dinâmica e contínua. Por meio dela, foi possível rever e avaliar cada estratégia selecionada e implementada a fim de atender e suprir as demandas de cuidados que se apresentavam à cada mulher.

Além do mais, por intermédio desta etapa, clarifica-se a articulação com que as cinco etapas propostas por Carraro (1994) acontecem na prática. Ademais, no intuito da pesquisa, essa etapa me subsidiou na realização das reflexões e inferências sobre os achados neste estudo.

As etapas propostas por Carraro (1994), propiciam ao cuidador e ser humano cuidado o favorecimento da interação e da criação de vínculo. Estas características por sua vez nos levam ao aguçamento da sensibilidade com o objetivo de perceber e reconhecer as necessidades de cuidado do ser humano que se apresenta diante do profissional de saúde, nos aproximando da enfermagem enquanto ciência e arte, salientado por Florence Nightingale.

A arte se expressa na enfermagem principalmente através da sensibilidade, da criatividade/imaginação e da habilidade, como instrumentos para a assistência de enfermagem. A **sensibilidade** nos auxilia a perceber e a externar nossos sentimentos e, por outro lado, é ela que nos possibilita perceber, entender e respeitar os sentimentos do outro. **A criatividade/imaginação** se complementam e nos conduzem a pensar, criar, inventar, figurar em espírito, com bases na sensibilidade. É nesse momento que a habilidade se configura como aptidão ou capacidade para desenvolver algo, contemplando também a inteligência e a perspicácia, que se articulam no conjunto dos componentes já explicitados na arte como um todo. A ciência se evidencia através da aplicação de conhecimentos sistematizados e instrumentalizados pela arte. (CARRARO, 2004, p. 109; CARRARO, 2001, p. 07).

Dessa forma, por meio da utilização deste modelo de cuidado, é possível realizar o cuidado à mulher no puerpério cirúrgico, garantindo-lhe um cuidado integral e humanizado, baseado nas suas particularidades, unicidade e necessidades individuais.

Ademais, o MCC (1994) neste estudo, favoreceu a pesquisadora/cuidadora a compreensão do significado do puerpério cirúrgico imediato para cada puérpera cuidada. Apesar de todas estarem vivenciando o mesmo momento, cada uma apresentava-se e enfrentava esta fase de formas diferenciadas, revelando-se na sua singularidade e peculiaridades, além do que, este período se manifesta à cada mulher de forma distinta.

Por meio do cuidado realizado, pautado no referencial utilizado, os riscos de infecção que cada puérpera possuía frente ao puerpério cirúrgico imediato se sobressaia. Esses, ao serem reconhecidos, facultavam a intervenção por meio de medidas preventivas.

Além do mais, por tratar-se de uma fase de alterações emocionais, mudanças e adaptações, é necessário que a puérpera reconheça os recursos disponíveis que possui para percorrer por esse período. Através do modelo de cuidado utilizado foi possível o reconhecimento desses, além dos fatores que contribuíam para o fortalecimento ou enfraquecimento do poder vital das puérperas.

Através do reconhecimento dessas variáveis, riscos de infecção, recursos disponíveis e reação do poder vital, era possível desenhar o trajeto que percorreria com cada mulher, selecionando as melhores estratégias para o cuidado.

Outrossim, o MCC (1994), devido ao seu baixo nível de abstração e grande imediação com a prática diária do enfermeiro, por meio de sua utilização, possibilitou aliar a prática com o desenvolvimento da pesquisa, culminando na aproximação desses dois pilares da enfermagem, que hoje ainda são vistos como dicotômicos. Segundo Paim e Trentini (2004), é possível que o enfermeiro cuide, ensine e pesquise de forma interligada. E, esta pesquisa aqui apresentada demonstra essa afirmação de forma clara e objetiva.

Este trabalho interliga o cuidado, a pesquisa e o ensino de modo harmônico e cientificamente respaldado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse em desenvolver este estudo emergiu da minha inquietação frente à prática que tenho presenciado diariamente, sobre o cuidado ofertado à mulher no puerpério, o qual é focado nas demandas e cuidados com o bebê e no biologicismo feminino.

Por compreender o puerpério como um momento de transição e adaptação da vida humana, acredito que esse período expõe a mulher, bem como a sua família a certo grau de fragilidade e risco, especialmente quando se trata de um pós-parto seguido de um procedimento cirúrgico, como a cesárea.

Dessa forma, a partir dessas inquietações, me propus a viver e a descrever o cuidado à mulher no puerpério cirúrgico, utilizando para isso, um modelo de cuidado de enfermagem.

No decorrer desta caminhada, deparei-me com algumas dificuldades e desafios. O primeiro deles foi a incorporação e introjeção do modelo de cuidado utilizado por mim como referencial teórico e metodológico na pesquisa.

Antes de iniciar este estudo, tinha conhecimento sobre a importância da utilização de referenciais teóricos, filosóficos e metodológicos para o processo de cuidar do profissional enfermeiro. Entretanto, julgava difícil aplicar na prática conceitos abstratos das teorias de enfermagem, não sabia como fazer isso, e inicialmente, o termo “modelo de cuidado” me era desconhecido.

Contudo, conforme ingressei no mestrado e visualizamos o objeto de estudo e percurso metodológico da minha dissertação, foi necessário realizar leituras e me aprofundar em relação à temática.

No primeiro semestre de aulas do mestrado, cursei a disciplina “concepções teórico-filosóficas e metodológicas para a prática profissional,” ministradas pelas professoras doutoras Marineli Joaquim Méier e Marilene Loewen Wall, minha orientadora. Nessa disciplina, tive a oportunidade de conhecer melhor os componentes da estrutura teórica do corpo de conhecimentos da enfermagem, clarificando meu entendimento sobre modelos de cuidado.

Posteriormente, o desafio seguinte foi em relação ao próprio percurso metodológico do estudo. Apesar de ter certa proximidade com pesquisas qualitativas, estava habituada até então, com propostas de coleta e análise de

dados, que utilizavam entrevistas gravadas, ou outros instrumentos semiestruturados, e não como foi neste estudo, o qual realizei o cuidado à puérpera e utilizei deste como fonte de coleta de dados.

Além do mais, após o registro e relato na íntegra do cuidado que realizava a cada puérpera, e de posse de um grande número de informações que estes geraram me vi perdida, com dúvidas e dificuldades, sem saber como seguir para o próximo passo. Porém, através de leituras de outras pesquisas realizadas dessa forma, e com o norte e condução de minha professora orientadora, consegui seguir em frente, e aos poucos fui entendendo como tudo se interligava.

Hoje, percebo que essas dificuldades e desafios me abriram horizontes e novas possibilidades em relação à pesquisa, contribuindo para meu amadurecimento e crescimento profissional.

Assim, com o desenvolvimento desta pesquisa, utilizando o Modelo de Cuidado de Carraro (1994), como referencial teórico e metodológico foi possível descrever o cuidado à mulher no puerpério cirúrgico imediato, objetivo proposto para este estudo.

Este modelo de cuidado me forneceu as condições e ferramentas necessárias para cuidar de mulheres e suas famílias que caminharam comigo frente a situação cirúrgica, bem como diante das experiências e expectativas vivenciadas com a chegada de um novo ser, dependente e frágil.

Ao findar este estudo, e ao buscar responder o objetivo dessa pesquisa, entendo que o cuidado de enfermagem à mulher no puerpério cirúrgico visa controlar e promover a recuperação do corpo físico após a cirurgia, realizar controle rigoroso de sinais vitais, monitoração dos efeitos da anestesia e sangramento, controle da dor e prevenção de infecções, através de medicações e medidas de biossegurança, promoção de higiene e conforto físico, realização de exame físico diariamente, incentivo e atuação frente ao aleitamento materno, apoio à puérpera e aos familiares, incentivo ao fortalecimento da criação de vínculo entre mãe/bebê/pai/família, e educação em saúde, além dos cuidados com o bebê.

No entanto, compreendi também que o cuidado à mulher nesta fase e por essa via de parto vai além dessas possibilidades, pois perpassa a extensão biológica do ser humano, culminando em um cuidado múltiplice, composto por várias facetas, no qual as dimensões social, cultural e espiritual devem ser consideradas, refletindo em um cuidar humanizado.

Por meio das etapas do MCC (1994), foi possível promover a interação e a criação de vínculo entre ser humano cuidado e cuidadora, bem como reconhecer as necessidades de cuidado que cada uma apresentava frente ao puerpério cirúrgico.

Por meio da criação de vínculo e interação entre ambas as partes, evidenciou-se a singularidade com que cada uma enfrentou este período. Todas vivenciavam o puerpério cirúrgico imediato, ou seja, todas passavam pelo mesmo momento do ciclo gravídico puerperal e, da mesma forma haviam passado pelo mesmo procedimento cirúrgico. Entretanto, a experiência do nascimento se mostrou peculiar a cada puérpera, visto que as demandas de cuidados também variavam conforme as necessidades que apresentavam.

Dessa forma, acredito que, além do cuidado físico, é necessário cuidar de mulheres no puerpério cirúrgico respeitando suas particularidades, bem como visualizando-as na sua integralidade, princípios norteadores para o cuidar em enfermagem, que vão ao encontro das principais políticas e programas governamentais existentes na atualidade referentes à atenção obstétrica.

Além disso, os dados obtidos com a pesquisa revelam alguns pontos que são subsídios para o cuidado à mulher no puerpério cirúrgico:

- Medos e anseios prévios a cesariana relacionado ao ambiente do centro cirúrgico e do desconhecido por vir.
- Escassez de educação em saúde à mulher durante o pré-natal sobre os cuidados de si e do bebê.
- A privação da presença de um acompanhante antes da cesárea, durante e depois, bem como da impossibilidade do pai acompanhar seu filho nos primeiros momentos de vida.
- A privação de algumas informações e direitos à mulher durante o internamento, contribuindo para minorar a autonomia da puérpera.
- A interação entre mulher e família na vivência do puerpério cirúrgico.
- A interação entre as companheiras de quarto, como possibilidade de troca de experiências e apoio umas às outras.

Dessa forma, cuidar de mulheres no puerpério cirúrgico imediato exige do enfermeiro sensibilidade e atitudes que promovam à mulher e a sua família o fortalecimento do poder vital existente dentro de cada ser, para que a vivência pelo período gravídico puerperal transcorra de maneira saudável e satisfatória. Essas características são inerentes ao cuidado de enfermagem à mulher durante o

puerpério, quando se lança mão da utilização de Modelos de Cuidado, sistematizados e baseados em referenciais filosóficos humanistas como o de Carraro (1994).

Sendo assim, sugere-se que no ensino da enfermagem seja enfatizado o conhecimento da estrutura teórica dessa profissão, para que futuros enfermeiros vejam outras possibilidades para a sistematização do processo de cuidar do ser humano, como os modelos de cuidado.

Além disso, em razão da grande imediação com a prática profissional, propõe-se se que o enfermeiro utilize-se do MCC para a realização de pesquisas futuras. Na literatura brasileira de enfermagem, existem escassas publicações que retratam o cuidado à mulher no puerpério cirúrgico, refletindo em um vasto campo a ser explorado no universo das pesquisas dessa profissão.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C.C.; NÓBREGA, M.M.L.; FONTES, W.D. Sistematização da Assistência de Enfermagem a um Binômio Mãe Lactentes utilizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e a CIPE© versão 1.0. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n.3, p. 392-398, 2008.
- ALLIGOOD, M.R.; TOMEY, A.M. **Nursing theory**: utilization & application. Missouri: Mosby, 2006.
- ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 347-354, 2008.
- ALVES, A. M. *et al.* A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. **Cogitare enferm**, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 416-27, 2007.
- ANDRADE, A.C. A. Enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Rev.bras. enferm**, Brasília, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000100018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23/06/2012.
- ANDRADE, J.S.; VIEIRA, M.J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidades de sistematização. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 58, n. 3, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a02v58n3.pdf> >. Acesso em: 20/06/2012.
- ARAÚJO, L. A. Período Puerperal. In: ARAÚJO, L. A.; REIS, A. T. **Enfermagem na Prática Materno-Neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 73-83.
- BARBOSA, R. C. M. *et al.* Rede social de apoio à mulher no período puerperal. **REME rev min enferm**, Belo Horizonte, v. 9, n.4, p. 361-366, 2005.
- BECERRIL, L.E. *et al.* **Cuidado profesional de enfermería**. Guadalajara: Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE), 2010.
- BENINCASA, B.C. *et al.* Taxas de Infecção relacionados à partos cesáreos e normais no hospital e Clínicas de Porto Alegre. **Revista HCPA**. Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 5-9, 2012.
- BERGAMASCHI, S.F.F; PRAÇA, N.S. Vivência da puérpera-adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14/06/2012.

BERGHELLA, V. Cesarean delivery: preoperative issues [Internet]. Waltham: UpToDate; 2011 [cited 2011 Dec 20]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/cesarean-delivery-preoperative-issues?view=print>

BERNARDI, M.C. **Poder vital de puérperas no domicílio**: A enfermeira utilizando o Modelo de Cuidado de Carraro. 153 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BERNARDI, M.C.; CARRARO, T.E.; SEBOLD, L.F. Visita Domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. esp.,1074-80, 2011.

BERTOLDO, I. E. B. **Uma trajetória com mulheres-puérperas**: do alojamento conjunto ao domicílio, vivenciando o modelo de cuidado de Carraro. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos*. **Inclusão social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, 2005.

BORGES, M.S.; SILVA, H.C.P. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional de enfermagem. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 5, 823-9, 2010.

BRANDEN, P.S. **Enfermagem materno-infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso. Editores, 2000.

BRASIL. Lei n 11.108, 7 de abril de 2005. **Diário Oficial [da] da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 67, p. 176, 07 abr. 1005. Seção 1, pt.1. Disponível em: < <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/core/consulta.action> > Acesso em: 14/09/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília, DF, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil**. 117^a ed. Brasília (DF); 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: Atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF, 2006b.

BUENO, F. M. G.; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 222-7, 2006.

BULHOSA, M. S.; SANTOS, M. G.; LUNARDI, V. L. Percepção de puérperas sobre o cuidado de enfermagem em unidade de alojamento conjunto. **Cogitare enferm**, Curitiba, v.10, n. 1, p. 42-47, 2005.

BURROUGHS, A. **Uma Introdução à Enfermagem Materna**. 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BUSANELLO, J. *et al*. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000400023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14/06/2012.

CABRAL, F.B. **Vulnerabilidade de puérperas: olhares de equipes do Programa Saúde da Família em Santa Maria/RS**. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CARNEIRO, T. M. Vivenciando o cuidar e o curar como familiar em um hospital. *Rev Bras Enferm.*, Brasília, v. 61, n. 3, p. 390-4, 2008.

CARRARO, T.E. **Resgatando Florence Nightingale: uma trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções**. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

_____. **Mortes maternas por infecções puerperais: os componentes da assistência de enfermagem no processo de prevenção à luz de Nightingale e Semmelweis**. 1998. 164 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 1998.

_____. **Desafio Secular: Mortes Maternas por infecções Puerperais**. Pelotas: Editora Universitária/UFPel; Florianópolis: UFSC, 1999.

_____. Enfermagem: de sua essência aos modelos de assistência. In: CARRARO, T. E; WESTPHALEN, M. E. A. **Metodologia para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia (GO): AB; 2001.

_____. Editorial. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p.153-154, abr./jun. 2005.

_____. *et al*. Cuidado e Conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 15, n esp, p. 97-104, 2006.

CARRENO, I. **Mortalidade Materna no Rio Grande do Sul, Brasil, no Período de 1999 a 2008**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CARVALHO, G.M. **Enfermagem em Obstetrícia**. EPU: São Paulo, 2002.

COELHO, E.A.C; FONSECA, R.M.G.S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 214-7, 2005.

COLLIÈRE, M. F. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Tradução de: ABECASIS, M.L.B. Lisboa: Lidel, 1999.

COSTA, V.A.S.F.; SILVA, S.C.S.; LIMA, V.C.P. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acesso em 9 de outubro de 2013.

CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 27, n. 4, p. 181-8, 2005.

EDWARDS, L.D. Adaptação à Paternidade/Maternidade. In: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 457-495.

EVANS, R. Quarto Estágio do Trabalho de Parto e Período Pós-parto. In: ORSHAN, S.A. **Enfermagem na Saúde das Mulheres, das Mães, e dos Recém-Nascidos: O Cuidado ao Longo da Vida**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FABRI, R.H. *et al.* Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público-universitário e um Hospital privado. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 2, n. 1, p.29-35, 2002.

FARIAS, D.H.R. **Vivências de cuidado da mulher**: a voz das puérperas. 85 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio grande, 2008.

FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge**: analysis and evaluation of nursing models and theories. 2. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005.

_____. **Konzeptuelle modele der pflege im überblick**. 2. ed. Bern: Hans Huber Verlag, 1998.

FIGUEIREDO, N. B. A. **Ensinando a cuidar da mulher, do homen e do recém-nascido**. Rio de Janeiro: Yendis, 2005.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. São Caetano do Sul, São Paulo: YENDS EDITORA, 2008.

FULY, P.S.C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B.S. Correntes de Pensamento Nacionais sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 883-7, 2008.

GASPERI, P. **A enfermagem promovendo a saúde no cuidado a pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, A.; FRELLO, A.T. **O cuidado domiciliar às mulheres puérperas e suas famílias enfatizando o cuidado de si**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

GROSS, P. B. **Vivenciando e refletindo sobre a prática profissional do enfermeiro ao aplicar a metodologia da assistência de enfermagem na promoção à saúde da gestante**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

GUIMARÃES, E.E.; CHIANCA, T.C.; OLIVEIRA, A.C. Puerperal infection from the perspective of humanized delivery care at a public maternity hospital. **Rev Lat Am Enfermagem.**, v. 15, p. 536-42, 2007.

GULLO, C.E. *et al.* Cesárea Eletiva no Brasil: Imposição da Autonomia da Mulher ou do Poder Médico. **Rev. Enfermagem Brasil**, v. 10, n. 6, 2011.

HERVIS, M.J.P. **A trajetória da enfermeira junto ao ser humano oncológico traqueostomizado e sua família**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.

IBGE. Pesquisa de informações básicas municipais, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/default.php>>. Acesso em: 20/08/2013.

JUNG, I. E. **Caminhada assistencial junto ao doente renal durante o período de hemodiálise**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

KALINOWSKI, L.C. **Vivência do cuidado pela puérpera primípara no contexto domiciliar: olhar da enfermeira**. 2011. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

KRUSE, M.H.L. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 59, n. especial, p. 403-10, 2006.

KRUSE, M.H.L. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 3, p. 494-500, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a05.htm>> Acesso em: 15/08/2013.

KUNZLER, I. M. **O cuidado às mulheres no puerpério de alto risco**: aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro, fundamentado em Florence Nightingale. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

LATHLEAN, J. Qualitative analysis. In: GERRISH, K; LACEY, A. **The research process in nursing**. Fifth Edition. Great Britain: Blackwell, 2006. p.417-33.

LEDDY, S.; PEPPER, J.M. **Conceptual basis of professional nursing**. Third Edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1993.

LUSTOSA, M.A. A família do paciente internado. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, 2007.

MACCARINI, M.A. **Vivência do climatério na atualidade**. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Centro Universitário FEEVALE, 2006.

MARTINS, B.A.; RIBEIRO, J.; GERALDES, S.Z.A. Proposta de exercícios físicos no pós-parto: Um enfoque na atuação do enfermeiro obstetra. **Invest. educ. enferm**, v 29, n 1, 2011. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000100005&lng=en. Acesso em: 05/07/2012

MARTINS, C.A. *et al.* Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. **Rev eletrônica enferm**, Goiânia, v.10, n.4, p. 1015-25, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a13.htm>>. Acesso em: 04/10/11.

MARTINS-COSTA S. H. *et al.* Cesariana. In: FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 282-301.

MATTAR, R. *et al.* A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032007000900006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14/06/2012.

MAZUR, C. **Promoção à saúde da mulher no período gestacional**: um enfoque multiprofissional. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

MEDEIROS, C.R.G.; SANTOS, B.R.L. As vivências da família no retorno ao lar com o primeiro filho. **Rev Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 16-24, 2009.

MEDEREIROS, G.O.; SOUZA, L.M. Proposta de criação de protocolo de enfermagem para o cuidado de pacientes com abscesso de parede pós-cesária. **Com. Ciências Saúde**, v. 21, n. 1, p. 1-20, 2010.

MELEIS, A. I. **Pflegetheorien**: gegenstand, entwicklung und perspektiven des theoretischen denkens in der pflege. 3. ed. Bern: Hans Huber Verlag, 1999.

_____. **Theoretical nursing** – development and progress. Third Edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1997.

MELLO, A.R.; NEME, B. Puerpério: Fisiologia e Assistência. In: NEME, B. Neme: **Obstetrícia Básica**. São Paulo: SARVIER, 2005. p. 195-204.

MENDES, M. F.; COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M. O puerpério na atenção básica: interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidado de saúde. In: COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M.; COELHO, C. C. **Saúde da mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006. p. 181-204.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MOCELLIN, A.; RODRIGUEZ, I.G.; JUSTINO, M.M. **Uma caminhada com Florence Nightingale**: cuidado de mulheres gestantes/puérperas e suas famílias em busca do fortalecimento de seu poder vital. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MONTEIRO, L.C. **Representações sociais de puérperas sobre o cuidado de si e o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto**. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos e Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

MORSE, J.M. Emerger de los datos: los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. In: MORSE, J. M. Editora. **Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa**. Colombia: Universidad de Antioquia, Colección Contus, 2003. p.29-52.

NASCIMENTO, K. C. *et al.* Conceitos de cuidado sob a perspectiva de mestrandas de enfermagem. **Rev gaúch enferm**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 386-397, 2006.

NELSON, S. Ciência: o grande segredo da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 1, p. 110-1, 2007.

NETTO, H.C.; SÁ, R.A.M. **Obstetrícia Básica**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

NIGHTINGALE, F. **Notas Sobre a Enfermagem**: Um Guia para Cuidadores na Atualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

OLIVEIRA, E.M.F.; BRITO, R.S. Ações de Cuidado Desempenhadas pelo Pai no Puerpério. **Esc Anna Nery. Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 595-601, 2009.

PATERSON, J.G; ZDERAD, L.T. **Enfermeira humanística**. México: Limusa; 1988.

PINELLI, F.G.S.; ABRÃO, A.C.F.V.; Adaptação Materna e Neonatal. In: BARROS, S.M.O. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica**: Guia para a Prática Assistencial. 2 ed. São Paulo: ROCA, 2009.

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A. O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 12, n. 3. p. 377-85, 2007.

PIOTROWSKI, K.A. Risco no Parto e no Nascimento. In: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 699-745.

PORTELA, C.M. **O cuidado ao familiar cuidador de portadores de transtornos de humor na rede básica de atenção à saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

PROGIANTI, J.M.; COSTA, R.F. A negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na casa de parto. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 789-92, 2008.

RAMOS, D.J.S. **Fisioterapia no cuidado e conforto da puérpera em ambiente hospitalar à partir do Modelo de Cuidado de Carraro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

RAVELLI, A. P. X. Consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. **Rev gaúch enferm**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 54-59, 2008.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Rezende Obstetrícia**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

RICCI, S.S. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIEHL, J.P.; ROY, S.C. Theory and models. In: RIEHL, J.P.; ROY, S.C. **Conceptual models for nursing practice**. Second Edition. Norwalk: Appletom-Century-Crofts, 1980. p. 3-18.

ROCHA, P.K., *et al.* Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-6, 2008.

ROCHA, P.K.; PRADO, M.L.; CARRARO, T.E. Nursing Care Model for Children Victims of Violence. **Australian Journal of Advanced Nursing**, v. 25, p. 456-462. 2007.

RODRIGUES, D.P. *et al.* O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 277-286, 2006.

ROLLER, C.G. Getting to know you: mother's experiences of Kangaroo care. **JOGNN**, v. 34, n. 2, p. 210-217, 2005.

SCHMIDT, K.T. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 73-81, 2012.

SEBOLD, L. F. **Acadêmicos de enfermagem: o cuidar de si para promoção da saúde e evitabilidade do sobrepeso**. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SILVA, A.L. **Cuidado Transdimensional: um paradigma emergente**. Pelotas: UFPEL; 1997.

SILVA, F.M.; MATOS, J.C.; BRAMBATI, V. **A enfermagem atuando como facilitadora na potencialização do poder vital da puérpera**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SILVA, L. A. *et al.* Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 48-56, 2009.

SILVA, L. F.; DAMASCENO, M. M. C. Modos de dizer e fazer o cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica: reflexão para a prática. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 258-65, 2005.

SILVA, S.R. **A Trajetória da enfermeira junto à mulher com diagnóstico de câncer uterino submetida ao procedimento de braquiterapia ginecológica**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

SOUZA, A.C. **Resgatando as orientações às puérperas durante o cuidado de enfermagem por meio da aplicação de uma metodologia da assistência**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

SOUZA, K. V. *et al.* A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. **Rev gaúch enferm**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 175-181, jun. 2008

SOUZA, M.L. *et al.* O Cuidado em Enfermagem – Uma Aproximação Teórica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-70, 2005.

SOUZA, M.L.; SARTOR, V.V.B.; PRADO, M.L. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 75-81, 2005.

SOSSAI, L.C.F.; PINTO, I.C. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Ciênc Cuidado Saúde**, v. 9, n. 3, p. 569-76, 2010.

STEFANELLO, J. **A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães.** 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Setor de Ciências da Saúde, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 275-281, 2008.

STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. **Enfermagem Psiquiátrica e suas dimensões assistenciais.** Barueri – SP: Manole, 2008.

SUCUPIRA, A. C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** v. 11, n. 23, p. 619-35, 2007.

TANNURE, M.; GOLÇALVES, P.A.M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático.** Rio de Janeiro. Guanabara koogan, 2009.

TEIXEIRA, M.A.; NITSCHKE, R.G. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 183-91, 2008.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem.** 2 ed. Florianópolis, Insular, 2004.

VÉRAS, R.M.; VIEIRA, J.M.F.; MORAIS, F.R.R. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 325-332, 2010.

VIANNA, A. C. A.; CROSSETTI, M. G. O. O movimento entre cuidar e cuidar-se em UTI: uma análise através da Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 56-69, 2004.

WALL, M.L. **A metodologia da Assistência: um elo entre a enfermeira e a mulher-mãe.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

_____. **Características da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro a partir da Avaliação de Teorias de Meleis.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

WALDOW, V.R. Cuidado: uma revisão teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 29-35, 1992.

_____; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

_____. **Cuidado Humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WALKER, L.O.; AVANT, K.C. **Strategies for theory construction in nursing.** Fourth Edition. New Jersey: Pearson Education, 2005.

WATTS, N. Trabalho de Parto e Parto de Alto Risco. In: ORSHAN, S.A. **Enfermagem na Saúde das Mulheres, das Mães e dos Recém-Nascidos: O Cuidado ao Longo da Vida.** Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 651-692.

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem Obstétrica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 27, n. 2, p. 56-64, 2005.

ANEXO 1

ANEXO 1

OPERACIONALIZAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL 1ª ETAPA

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
S E R H U M A N O	<p>ser singular, integral, indivisível, insubstituível;</p> <p>- se relaciona e interage com o meio ambiente;</p> <p>- expressa crenças e valores que permeiam suas ações, saudáveis ou não;</p> <p>- apresenta aptidões, sentimentos, atributos;</p> <p>- possui poder vital usado para vivenciar o processo saúde/doença;</p> <p>- participa de grupos, sendo, um deles, a família;</p>	<p>- o ser humano e sua família ao vivenciarem a situação cirúrgica;</p> <p>- como está ocorrendo o relacionamento / interação com o meio ambiente;</p> <p>- quais são suas crenças e seus valores;</p> <p>- suas ações são saudáveis ou não;</p> <p>- seus sentimentos em relação à situação cirúrgica;</p> <p>- suas expectativas na situação cirúrgica;</p> <p>- receptividade para aprendizagem de ações saudáveis;</p> <p>- suas aptidões;</p> <p>- sua auto-imagem;</p> <p>- nível de confiança e esperança;</p> <p>- aceitação da situação cirúrgica;</p> <p>- seus planos para o futuro;</p> <p>- suas ligações afetivas;</p> <p>- composição da sua família;</p> <p>- seu relacionamento com a família</p>	<p>- assistência direta;</p> <p>- diálogo informal com o cliente e/ou sua família, e com a equipe de saúde;</p> <p>- consulta ao prontuário;</p> <p>- observação.</p>

Adaptado de Monticelli, 1994.

(CARRARO, 1994)

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
M E I O A M B I E N T E	<ul style="list-style-type: none"> - envolve condições e influências internas e externas; - propicia meios de prevenção; - contribui para a saúde ou para a doença; - abrange a situação cirúrgica vivenciada. 	<ul style="list-style-type: none"> - condições e influências internas; - resistência e imunidade; - reação ao tratamento; - auto-imagem; - conforto interno; - relacionamentos; - forças interiores; - crenças; - condições e influências externas; - conforto físico; - prevenção; - contribuições para a saúde; - biossegurança; - assepsia; - preocupações da equipe de saúde com o cliente e com a prevenção de infecções. Riscos: <ul style="list-style-type: none"> de infecções de vida cirúrgico anestésico - condições cirúrgicas; - condições para recepção de visitas; - envolvimento da família na situação cirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> - observação; - diálogo; - assistência.

Adaptado de Monticelli, 1994.

(CARRARO, 1994)

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
S A Ú D E D O E N Ç A	<p>- processo dinâmico e influenciável pelo ser humano e meio ambiente;</p> <p>- Saúde é ser capaz de usar bem qualquer poder que nós temos;</p> <p>- para viver de forma saudável é necessário usar os recursos disponíveis no meio ambiente;</p> <p>- pode ocorrer uma situação cirúrgica com risco de infecção hospitalar.</p>	<p>- quais as influências do meio ambiente sobre o processo saúde/doença;</p> <p>- quais as influências do ser humano sobre o processo saúde-doença;</p> <p>- como o ser humano está usando o seu poder vital;</p> <p>- está reagindo ou se entregando ao processo;</p> <p>- tem esperança;</p> <p>- está colaborando com o tratamento;</p> <p>- como o organismo está reagindo;</p> <p>- está utilizando os recursos disponíveis/oferecidos para sua recuperação;</p> <p>- como está evoluindo a situação cirúrgica;</p> <p>- quais os riscos de infecção hospitalar.</p>	<p>- observação</p> <p>- assistência</p> <p>- consulta ao prontuário</p> <p>- diálogo</p>

Adaptado de Monticelli, 1994.

(CARRARO, 1994)

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
E N F E R M A G E M	<ul style="list-style-type: none"> - Articula Ciência e Arte; - observa princípios bioéticos; - objetiva propiciar ao ser humano as melhores condições a fim de que o poder vital possa ser potencializado para um viver saudável; - utiliza estratégias. 	<ul style="list-style-type: none"> - embasamento científico na assistência; - aplicação de sensibilidade, imaginação/criatividade e habilidade ao prestar cuidados; - existência de respeito ao cliente quanto a seus valores, crenças, sentimentos, capacidades e limitações; - existência de esclarecimento sobre riscos e benefícios a que o cliente está exposto; - existência de prioridade pela vida; - se a enfermagem propicia condições para potencialização do poder vital do cliente: <ul style="list-style-type: none"> - baixando sua ansiedade; - aumentando sua confiança; - melhorando sua auto-imagem; - propiciando-lhe motivação; - quais as estratégias utilizadas para prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde; - existência de preocupação com o conforto do cliente; - desenvolvimento de educação à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - observação - diálogo - conhecimento de normas e rotinas - consulta aos prontuários

Adaptado de Monticelli, 1994.

(CARRARO, 1994)

ANEXO 2

ANEXO 2
ROTEIRO BÁSICO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES - 1ª ETAPA

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:.....
 Endereço:.....
 Como gosta de ser chamado:.....
 Unidade/leito:..... Registro:.....
 Data de nascimento: ___ / ___ / ___ Idade:
 Estado Civil:..... Religião:.....
 Ocupação:..... Grau de instrução:.....
 Sexo:..... Posição na Família:.....

Familiar Próximo

Ligação:.....
 Nome:.....
 Endereço:.....

Tipo de Admissão

Data ___ / ___ / ___ Data da cirurgia ___ / ___ / ___
 Diagnóstico
 Inicial:.....
 Cirurgia proposta:..... Cirurgia realizada:.....
 Anestesia proposta:..... Anestesia realizada:.....
 Equipe Cirúrgica:
 Cirurgião..... 1º assistente.....
 2º assistente..... 3º assistente.....
 Anestesiologista:..... ASA.....
 Tempo de cirurgia..... Prótese.....
 Antibiótico () profilático () terapêutico () não utilizado

Entendimento do cliente sobre a situação:.....

Entendimento da Família sobre a situação:.....

História de Saúde/Doença relevantes no passado:.....

Alergias/Doenças
Infecciosas:.....
Medicamentos que toma no domicílio:.....
Hospitalização Anterior:.....
Cirurgia Anterior:.....
Anestesia Anterior:.....

2. RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- * Família
- * Amigos
- * Visitas
- * Pacientes
- * Equipe de saúde

3. VIVÊNCIA DA SITUAÇÃO CIRÚRGICA

- * Diagnóstico
- * Cirurgia-Anestesia
- * Expectativas
- * Riscos
- * Prevenção
- * Família
- * Planos para o futuro
- * Hospitalização

4. CONDIÇÕES DO MEIO AMBIENTE (HOSPITAL/DOMICÍLIO)

- * Recursos
- * Riscos
- * Aprendizagem
- * Biossegurança
- * Conforto

5. EQUIPE DE SAÚDE

- * Interesse
- * Riscos
- * Aprendizagem
- * Princípios bioéticos
- * Forças
- * Biossegurança

6. FAMÍLIA

- * Aceitação
- * Expectativas
- * Necessidades
- * Recursos

7. DEIXANDO-ME CONHECER

- * Apresentando-me
- * Compartilhando e colocando-me à disposição para deixar-me conhecer
- * Explicando o que estou desenvolvendo
- * Contando sobre meu curso e meu trabalho
- * Falando sobre minha família e minha cidade
- * Falando sobre meu processo saúde-doença

Estudo baseado em Pearson e Vaughan

ANEXO 3**ANEXO 3****FATORES DE RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR NA SITUAÇÃO CIRÚRGICA**

- 1- Classificação** do potencial de contaminação da cirurgia
- 2- Duração** da cirurgia (acima de 2 horas ou do cut point*)
- 3- ASA**3, 4 ou 5**
- 4- Hospitalização** prolongada (pré e/ou pós-operatória)
- 5- Extremos de vida**
- 6- Obesidade**
- 7- Malnutrição**
- 8- Diabetes** melittus não controlado
- 9- Poitraumatismos**
- 10- Insuficiência** em um ou mais órgãos
- 11- Lúpus** eritematoso
- 12- Artrite** reumatóide
- 13- Câncer** terminal ou em fase de quimioterapia e/ou radioterapia
- 14- Estado** psicológico
- 15- Lesão** de pele e/ou mucosas
- 16- Imunidade** deficiente
- 17- Uso** de prótese
- 18- Hospital** escola (residentes, doutorandos, estagiários)

*Cut Point: corresponde ao valor em horas do tempo cirúrgico máximo de 75% das cirurgias analisadas no estudo NNISS.

**ASA: estado físico do paciente a ser anestesiado

Autores consultados: Starlig et al.; Zannon e Neves; Oniboni; Gaynes.

ANEXO 4

ANEXO 4

VARIÁVEIS QUE INTERFEREM NO PODER VITAL DO SER HUMANO

SUBJETIVAS:

Relações Interpessoais (família, amigos, equipe de saúde, companheiros de hospitalização, companheiros de trabalho,...)

Percepção e enfrentamento da doença

Estado emocional

Crenças e Valores

Auto-imagem

Planos para o futuro

Sentimentos (amor, esperança, afeto, medo, tensão, ansiedade, preocupações,...)

Incentivo/Motivação

OBJETIVAS:

Hospitalização

Processo cirúrgico-anestésico (cirurgia, anestesia, exames complementares, reação medicamentosa, sinais vitais, ingestã, excreta, cicatrizaçã, complicações,...)

Riscos de Infecção Hospitalar

Ambiente externo

Equipe de saúde

Estado nutricional

Sono e repouso

Sono e repouso

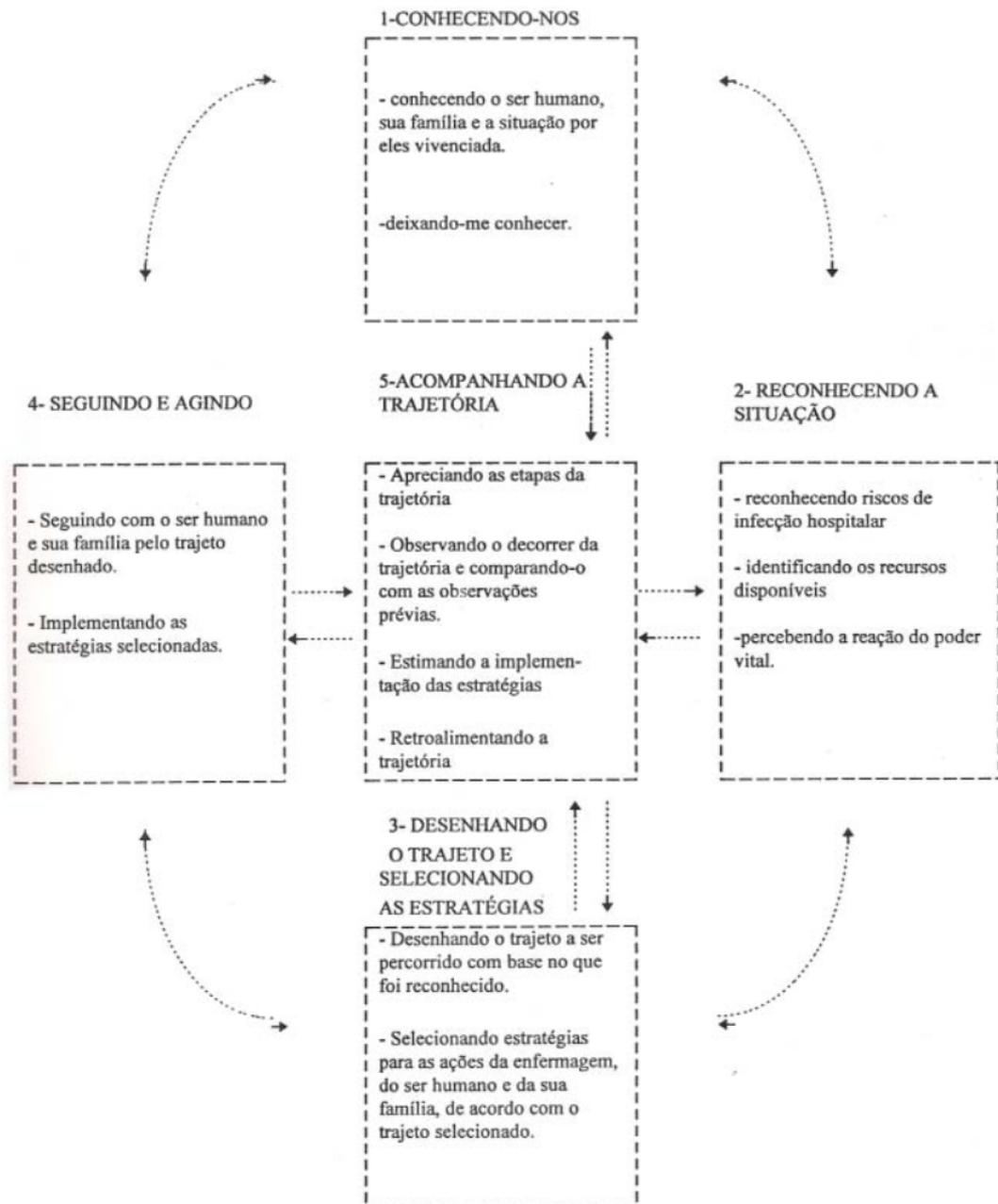
ANEXO 5

ANEXO 5

FICHA PARA REGISTRO SISTEMATIZADO - 2ª, 3ª, 4ª E 5ª ETAPAS

RECONHECENDO	DESENHO/ ESTRATÉGIAS	SEGUINDO E AGINDO	ACOMPANHANDO (Avaliando)
a) Risco de Infecção Hospitalar			
b) Recursos Disponíveis			
c) Poder Vital			

ANEXO 6



(CARRARO, 1994)

ANEXO 7

Ilma. Sra. Profa. Dra. Claudia Seely Rocco
MD Coordenadora do CEP/SD

Senhora Coordenadora

Declaramos que nós do Hospital [redacted] estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "O Cuidado de Enfermagem no Puerpério Cirurgico" sob a responsabilidade da Mestranda Daniele Moreira de Lima e da Prof^a. Dr^a Marilene Loewen Wall da Universidade Federal do Paraná, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em março de 2013.

Estamos cientes que os sujeitos de pesquisa serão puérperas de cesariana, bem como de que o presente trabalho deve seguir a resolução 196/96 do CNS e complementares.

Sendo o que se nos apresenta para o momento, enviamos nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,

[redacted]
Provedor do

ANEXO 8



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO NO PUERPÉRIO: APLICAÇÃO DE UM MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Marilene Loewen Wall

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 08200912.1.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 120.892

Data da Relatoria: 16/10/2012

Apresentação do Projeto:

Conforme já relatado no parecer nº 117137 de 29 de setembro de 2012.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme já relatado no parecer nº 117137 de 29 de setembro de 2012.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme já relatado no parecer nº 117137 de 29 de setembro de 2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme já relatado no parecer nº 117137 de 29 de setembro de 2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme já relatado no parecer nº 117137 de 29 de setembro de 2012.

Recomendações:

Incluído nos TCLEs o contato do CEP.

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência atendida, projeto considerado aprovado.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

CURITIBA, 11 de Outubro de 2012


Assinador por:
Renato Tambara Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Camero, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

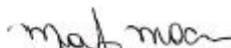
E-mail: cep@hc.ufpr.br

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PUERPERA

Eu, Marilene Loewen Wall, pesquisadora da Universidade Federal do Paraná, estou convidando você que teve seu bebê por meio de cesárea ou parto normal, a participar de um estudo intitulado "O Cuidado no Puerpério: aplicação de um modelo de cuidado", ou seja, o cuidado de enfermagem no pós parto de cesárea ou parto normal. A pesquisadora entende que após a cesárea ou parto normal, e com a chegada de um novo bebê, a mulher passa por profundas transformações e adaptações. Desta forma, se faz necessário, os cuidados de enfermagem.

- a) O objetivo desta pesquisa é descrever o cuidado de enfermagem prestado à mulheres após a cesariana ou parto normal.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que assine este termo de consentimento, e que nos permita acompanhá-la e cuidá-la após a sua cesárea ou parto normal, aqui dentro do ambiente hospitalar e se necessário em sua casa, após seu retorno ao seu lar.
- c) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: constrangimento ou desconfortos.
- d) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: contribuir com o corpo de conhecimentos da Enfermagem, visando melhorias no atendimento de mulheres após a cesárea. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- e) A pesquisadora Marilene Loewen Wall Profª Drª da Universidade Federal do Paraná – email: _____, responsável por este estudo poderá ser contatada para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Para obter informações de aspecto legal você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HC, pelo telefone 3360-1041.
- f) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. Somente em casos específicos acrescentar: A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.


MARIA JOSÉ MOCELIN
 Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
 em Seres Humanos do HC/UFPR
 Matrícula 1462

Rubricas:
 Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____
 Pesquisador Responsável _____
 Orientador _____ Orientado _____

- g) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, tais como: orientador, médico, enfermeiros da Unidade e do Hospital. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.**
- h) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, tais como impressos, não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____, li, ou leram para mim, este termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu cuidado no hospital.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

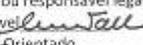
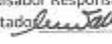
(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)

Local e data

Assinatura das Pesquisadoras:



Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____
 Pesquisador Responsável 
 Orientado  Orientado _____



APÊNDICE 2

Apêndice 02 Roteiro Básico para Coleta de Informações - 1ª etapa

Data: ___/___/___ Nome: _____ como gostaria de ser chamada: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

DN: ___/___/___ Idade: ___ Cidade: _____ escolaridade _____ Religião _____
Estado Civil _____ Profissão: _____ Renda familiar: _____

Tipo de Moradia: () casa própria () alugada () alvenaria () madeira () com saneamento básico () sem saneamento básico
() Água encanada () Luz elétrica () Esgoto () área urbana () área rural () Outros _____

Indicação para cesárea? Sim () Não ()

Qual? _____

HISTÓRICO DE SAÚDE

Chegou na unidade: () deambulando () maca () cadeira de rodas

Indicação para a cesárea: _____

Queixas: _____

Doenças e internações anteriores: _____

Cirurgias anteriores: _____

Alergias (medicamentos, alimentos, outros): _____

VACINAÇÃO: () em dia () atrasada _____

GESTAÇÃO E PARTO

() criança desejada () não planejada **Consultas de Pré-natal** () Sim Quantas _____ () Não

Doenças da mãe durante gestação: _____

Nº Gestações _____ Filhos vivos: _____, mortos _____, Aborto _____

causa da morte _____

IG: _____ DUM: _____ Outros: _____

HÁBITOS

Alimentação: _____

Atividade Física () sim _____ () Não

Dorme ___ horas por noite. () Sono agitado () Tranquilo () Acorda durante a noite _____

Eliminações Urinária: _____ Eliminação Intestinal: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES Doenças crônicas/ patologias anteriores:

SSVV: PA _____ mmhg R _____ mrpm P _____ bpm m

Exame Físico:

Cabeça: () inalterada () alterações. Quais: _____

Acuidade visual () preservada. () diminuída () Olho Esquerdo _____ () Olho Direito _____

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose () Fotorreagentes () Outros _____

Acuidade Auditiva () preservada. () diminuída () Ouvido Esquerdo _____ () Ouvido Direito _____

Nariz e boca: () inalterado () alterações. Quais _____

Pele: () sem alterações () anasarca () cianose () icterícia () descolorado () reações alérgicas

() lesões de pele _____ **Turgor:** () Normal () Aumentado () Diminuído

Mucosas: () sem alterações () hipocoradas () cianóticas () ressecamento () outros _____

Tórax: Respiração: () eupneico () dispneico () taquipneico

Mama Direita: () flácida () túrgidas () ingurgitadas () nódulos () Retração **Mamilo Direito** _____

Mama Esquerda: () flácida () túrgidas () ingurgitadas () nódulos () Retração **Mamilo Esquerdo** _____

Colostro: () presente Quantidade _____ () ausente

Outros: _____

Ausculta Pulmonar: () murmúrios vesiculares () estertores () subcrepitantes () crepitantes

() roncos () sibilos () atrito pleural () estridor **Formato:** () chato () tonel () funil () peito de pombo () abaulamentos () retrações.

Gastrointestinal: () Náuseas () Vômitos () Diarréia () Pirose () Obstipação () Incontinência () Indigestão () indolor () doloroso. **Apresentação** () plano () escavado () distendido () globoso () flácido () timpânico () RHA + () RHA - () RHA diminuídos. **Hérnia:** () sim () não Cicatriz/Estrias/local: _____
 () Abaulamentos () Retrações. **Evolução Uterina:** ____dedos/cm () acima Cicatriz Umbilical () abaixo da cicatriz Umbilical
 Incisão Cirúrgica: () Sim () Não Sinais Flogísticos: () Rubor () Edema () Dor () Secreção
 aspecto: _____
 Obs: _____

Gênito Urinário: Lóquio: () Rubra () Fusca () Alba () Flava. **Períneo:** () Íntegro () Episiotomia () laceração
Micção: () espontânea () disúria () oligúria () anúria () SVD () perda urinária. **Outros** _____

Função Neuromuscular: MMSS : () Sem Dor () dor (____/10+) () Sem edema () edema (____/5+)

MMII: () Sem Dor () dor (____/10+) () Sem edema () edema (____/5+) () Tremores () Deambula
 () Andar Prejudicado () Fraqueza () hematoma/Local: _____
 () Varizes () Sinal de Homan _____ () Sinal de Bandeira: _____
 () Outros _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Lúcido () Sonolento () Confuso () Desorientado **HUMOR:** () Relaxado () Agitado
 () Outros _____

MEDICAMENTOS UTILIZADOS:

1. RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- Família;
- Amigos;
- Visitas;
- Pacientes;
- Equipe de Saúde

2. VIVÊNCIA DA SITUAÇÃO CIRÚRGICA

- Diagnóstico;
- Cirurgia-anestesia;
- Expectativas;
- Riscos;
- Prevenção;
- Família;
- Planos para o futuro;
- Hospitalização;

3. CONDIÇÕES DO MEIO AMBIENTE (HOSPITAL/DOMICÍLIO)

- Recurso;
- Riscos;
- Aprendizagem;
- Biossegurança;
- Conforto;

4. EQUIPE DE SAÚDE

- Interesse;
- Riscos;
- Aprendizagem;
- Princípios bioéticos;
- Forças;
- Biossegurança;

5. FAMÍLIA

- Aceitação;
- Expectativas;
- Necessidades;
- Recursos;

6. DEIXANDO-ME CONHECER

- Apresentando-me;
- Compartilhando e colocando-me à disposição para deixar-me conhecer;
- Explicando o que estou desenvolvendo;
- Contando sobre meu curso e meu trabalho;
- Falando sobre minha família e minha cidade;
- Falando sobre o meu processo saúde-doença.

APÊNDICE 3

Ficha para Registro Sistematizado - Diário de Campo

Data: ____/____/____ Hora: _____

Encontro: _____

Conhecendo-nos	Reconhecendo a Situação	Desenhando o Trajeto e Selecionando as Estratégias	Seguindo e Agindo

Adaptado de Carraro (1994)