

1 INTRODUÇÃO

Uma abordagem ao puerpério e os cuidados inerentes a ele, principalmente no que diz respeito ao binômio mãe-filho, deve ser fruto de profunda reflexão e discussão, por parte dos trabalhadores da saúde, tendo em vista o objetivo final, a promoção da saúde na família e, como consequência, da sociedade de uma forma geral (CHAIN, 2000).

O interesse pelas necessidades educativas no puerpério, originou-se de minha experiência como enfermeira do Programa Saúde da Família, há um ano, no Centro de Saúde Andradas – Venda Nova, onde identifiquei as dificuldades da puérpera em lidar com as transformações fisiológicas sofridas durante o puerpério, bem como com os cuidados com o recém-nascido e a amamentação.

“O bebê se desenvolve por causa da mãe e para ela, da mesma forma que ela se desenvolve como mãe por causa dele e para ele” (BRASIL,2002).

“Sabemos que um bebê depende inteiramente de outra pessoa para se desenvolver, que na maioria das vezes é sua mãe. Sem ela (ou sem seu substituto), o recém-nascido, ao contrário de outros animais, não é capaz de ir à busca do seu alimento. Ou seja, se um bebê não tem quem dele cuide, converse e o deseje, ele morre. Assim como durante a gestação consideramos o feto como parte da mãe, após o parto, precisamos continuar pensando que a mãe é experimentada pelo bebê, como parte dele. Se o bebê mama, não é só porque está com fome ou por instinto de sobrevivência, mas, sobretudo, porque a mãe assim o deseja e a ele se oferece. Assim agindo, a mãe proporciona ao bebê uma sensação de proteção, conforto e sustentação, tanto física como emocional” (BRASIL, 2002).

O crescimento e o desenvolvimento devem ser vistos como pontos estratégicos na atenção à saúde da criança, e seu acompanhamento deve ter como foco diminuir a morbimortalidade infantil. A dedicação da mãe, com o apoio da equipe de saúde é fundamental para que o bebê receba todos os cuidados de que necessita (BRASIL,2002).

“Aproximadamente 70% das mortes de recém-nascidos ocorrem por causas evitáveis, entre elas, falta de atenção adequada à mulher durante a gestação, no parto e também ao bebê. Além desses fatores, a mortalidade infantil também está associada à educação, ao padrão de renda familiar, ao acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à oferta água tratada e esgoto e ao grau de informação das mães” (BRASIL, 2010).

O primeiro ano de vida do bebê é o momento que mais apresenta crescimento e desenvolvimento, logo, maior exposição aos riscos. Daí importância de realizar uma assistência pré-natal, parto, e acompanhamento ao recém-nascido além do puerpério, mas também no período subsequente de qualidade. Uma vez que essa atenção e assistência, tanto por parte do cuidador, como por parte da equipe de saúde evita exposições a riscos e problemas de saúde desnecessários, já que muitos poderiam ser evitados. Sendo assim, o acompanhamento de óbitos ocorridos durante esse período é considerado um dado epidemiológico de grande importância, por estes muitas vezes, estarem ligados à qualidade de assistência prestada à puérpera e ao recém-nascido. A assistência ideal no parto contribui para a redução da mortalidade infantil neonatal e materna, porém, ao contrário dos óbitos ocorridos no período pós-neonatal que os fatores são correlacionados principalmente aos hábitos e qualidade de vida e de saúde, eles estão tão associados à qualidade de atenção da equipe de saúde quanto a fatores biológicos. Para sua redução, investimentos hospitalares de alta tecnologia deveriam ser realizados, além de investimentos em ações educativas e de saúde pública. (WEIRICH, DOMINGUES, 2001; BRASIL, 2002; NABHAN, 2009).

Rutstein (1976) conceitua como mortes evitáveis aquelas mortes que poderiam ter sido evitadas (em sua totalidade ou em parte) pela presença de serviços de saúde efetivos, pela adequada atenção à saúde.

Puerpério é o período que vai desde o término do parto até o retorno do organismo materno às condições pré-gravídicas. Sua duração é imprecisa, embora a maioria dos autores apontem o prazo de 6 a 8 semanas após o seu término (REZENDE, 1998).

Durante este período a mulher sofre profundas transformações anatômicas involutivas, genitais e extragenitais, bem como importantes alterações hormonais e emocionais. É uma fase de transição, mudanças fisiológicas marcantes ocorrem muito rapidamente no corpo da mulher. Embora não estando mais grávida, seu corpo ainda não voltou à condição anterior, seu útero ainda ocupa parte do abdome e ela ainda parece grávida. Em geral, sua aparência física reflete o que sente: deixou de ser gestante, entretanto ainda não sabe o que é “ser mãe”, mesmo sabendo que não está nas condições emocionais anteriores à gravidez. Além da restauração orgânica, deverá dedicar-se aos cuidados do recém-nascido,

estabelecer uma relação afetiva e promover a interação dessa criança na família. Todas estas mudanças a tornam vulnerável a agravos físicos e psíquicos, o que leva vários autores a ressaltar a necessidade de uma atenção especial na assistência à puérpera.

Apesar disso, observamos no nosso dia a dia que a assistência à saúde da mulher, tanto no puerpério como nas outras etapas do ciclo gravídico-puerperal, em nosso meio, ainda é precária, havendo um distanciamento entre a assistência preconizada e a real, tendo em vista que a complexidade do puerpério exige, cada vez mais, um trabalho cooperativo multiprofissional do tipo interdisciplinar, que rompa com a visão fragmentada da especialidade para que mãe-filho possam ser assistidos de forma integrada (NASCIMENTO, 2000).

Segundo Ziegel e Granley (1986), o período inicial de quatro semanas após o nascimento é geralmente conhecido como período neonatal, embora suas principais características pertençam às primeiras duas semanas de vida pós-natal. Durante esse período, o bebê faz as adaptações fisiológicas necessárias à transição da vida intra-uterina para a extra-uterina. As alterações mais drásticas ocorrem no momento do nascimento; muitas outras, igualmente importantes, acontecem durante o primeiro ou o segundo dia de vida, a partir daí, as alterações prosseguem em um ritmo mais lento. A maioria delas ocorre durante as duas primeiras semanas, mas algumas não se completam senão ao término de um mês ou mais. O maior índice de mortalidade na infância ocorre no período neonatal.

Além de mudanças visando à adaptação do neonato a vida extra-uterina, a mulher, no ciclo puerperal, também vivencia um período de grandes transformações fisiológicas e psicossociais, onde ela implementará toda bagagem cultural e de conhecimento adquirida durante a gravidez, por isso observa-se a importância do profissional de enfermagem no auxílio do desenvolvimento dessas habilidades. Com a alta hospitalar da puérpera e do recém nascido, a atuação do enfermeiro no âmbito domiciliar assume uma dimensão ainda maior, haja vista que ocorre uma transição da condição de dependência para a de independência onde ela deverá sentir-se auto-confiante o suficiente para desempenhar satisfatoriamente o papel materno. Percebemos assim a notável importância da equipe de enfermagem no atendimento das expectativas das puérperas aos cuidados com o recém-nascido minimizando suas dúvidas, seus anseios e dificuldades. A grande maioria das

gestantes sofre tensão pré-parto devido à insegurança ao mesmo. Essa insegurança é reflexo, muitas vezes, de uma educação em saúde falha. A mulher deve estar preparada para o parto, sendo que toda mulher deve fazer o parto normal, optando pela cesariana apenas se tiver algum problema (BRASIL, 2006).

Após o nascimento do bebê a mulher passa por transformações emocionais mais uma vez, deparando com a responsabilidade do cuidado integral a outrem. A dimensão técnica do cuidar assume a prioridade nos atendimentos às gestantes, parturientes e puérperas, deixando uma lacuna nesse processo de cuidar, que faz grande diferença para a mulher, ao término do processo gestacional, quando depara com uma série de dúvidas e dificuldades para desempenhar o papel materno. Dúvidas quanto à amamentação, banho e higiene, cuidados com o coto umbilical, o que fazer quando o bebê tiver cólica, cuidados diários do ambiente em que vive e daquilo que o compõe, e programação da vacinação. Onde reitera a importância da assistência de enfermagem, principalmente quando voltada para o processo de educação em saúde (RODRIGUES, 2006).

A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Esse acolher, ou acolhimento, é aspecto essencial da política de humanização. Implica recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2005).

O bom conhecimento do assunto pelo enfermeiro e a habilidade em usar estratégias de ensino, contribuirão para a eficácia de suas ações. Assim, o enfermeiro, ao desenvolver ações educativas com a puérpera, deverá fazê-las visando o autocuidado, a participação da puérpera nos cuidados com o recém-nascido, bem como de seu bem-estar geral.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi elaborar uma cartilha, englobando os cuidados primários da enfermagem na atenção à puérpera e ao recém-nascido para a promoção à saúde e a prevenção de agravos.

Já que o Ministério da Saúde (2007) incentiva a criatividade do profissional enfermeiro como cuidador e potencializador do cuidado prestado por terceiros, acreditamos que a proposta de criação de uma cartilha educativa para gestantes englobando os cuidados com o recém-nascido, é de grande valia e facilitadora do processo educativo, sendo de fácil compreensão e acesso às gestantes e mães. O foco aos cuidados básicos com o recém-nascido é para tranquilizar as gestantes e parturientes no processo de responsabilidade e cuidado integral com o bebê, dissimulando as dificuldades das tarefas do dia-a-dia no que tange aos cuidados com o recém-nascido (FONSECA, 2007).

2 METODOLOGIA

Para elaboração desta cartilha foi realizada uma avaliação crítica da literatura a respeito dos cuidados primários na atenção à puérpera e ao recém-nascido e sobre a importância da enfermagem nesta linha de cuidado da saúde da mulher. A pesquisa bibliográfica foi realizada em livros e materiais produzidos pelo Ministério da Saúde do Brasil e em consulta nas bases de dados Scielo e Lilacs sobre o assunto.

A busca das evidências foi realizada a partir dos seguintes descritores: educação em saúde, gestante, cuidados com o recém-nascido, mortalidade neonatal e materna, período neonatal, orientações da gestante, os primeiros dias do recém-nascido. Foram incluídos estudos entre os anos de 1978 a 2010 em língua portuguesa. A pesquisa utilizou 20 artigos científicos e 15 linhas guias do Ministério da Saúde. Utilizou-se, ainda, 10 livros textos. Também foram levantados instrumentos de educação em saúde já utilizados na prática da assistência de enfermagem. A partir disso, houve a elaboração de propostas de cartilha, que foram discutidas e revisadas por painel de profissionais do serviço, até a versão produzida.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A educação em saúde foi instituída na Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e ao Recém-Nascido com o intuito de contribuir para a promoção da saúde. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (SANTOS, 2009).

Como descrito na Lei n. 7.498 de 25 de julho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem, cabe à enfermeira realizar consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem; como integrante da equipe de saúde: prescrever medicamentos, desde que estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; oferecer assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera e realizar atividades de educação em saúde.

A carência de informações, ou informações inadequadas sobre os cuidados a serem prestados ao recém-nascido nos primeiros dias, são fatores mais comuns de tensão da gestante, que influenciam negativamente durante todo o processo (SANTOS, 2009).

A enfermeira é um elemento fundamental na assistência à puérpera, desempenhando papel de destaque em particular na orientação para o autocuidado, na prevenção e detecção precoce de complicações que possam ocorrer no período puerperal. Portanto, a função de educar na enfermagem seria conduzir o indivíduo sem prejuízo de sua iniciativa e liberdade, valorizando as pessoas como ser humano (RIOS, 2007).

Segundo Dugas (1978), em qualquer comunicação enfermeiro-paciente, os problemas, interesses, sentimentos e atividades da cliente constituem o foco principal. É preciso, portanto, que o enfermeiro, no processo educativo individual, aprenda a ouvir e dar repostas. A maneira como se mostra o enfermeiro, sua expressão facial, sua verbalização, podem ser decisivas para o sucesso ou o fracasso das ações educativas.

Um fator importante para o desenvolvimento das ações educativas é considerar o passado cultural da pessoa. As puérperas têm uma história de vida, valores e crenças. A experiência de vida da puérpera, o que pensa, o que sente a respeito das transformações no seu corpo e com relação aos cuidados com o bebê, tem que ser considerada durante o processo educativo. Outro aspecto importante é o estado de saúde da puérpera, já que a mesma possui um limiar de atenção mais curto. Por isso, as ações educativas deverão ser rápidas, objetivas e adaptadas à capacidade da participação da mesma (NASCIMENTO, 2000).

O cuidado enquanto essência da assistência de enfermagem vem, há tempos, tendo sua prática incorporada à saúde da mulher, no ciclo gravídico-puerperal, apesar das diversas conotações, que variam desde a abordagem puramente tecnicista até aquela que envolve uma prática individualizada e humanizada, centrada na totalidade do ser humano, a partir de suas necessidades biofisiológicas e psicossociais. É primordial uma interação entre ela e o(a) cuidador(a) e que o processo de cuidar seja iniciado ainda durante a gestação e fortalecido no pós-parto (RODRIGUES, 2006).

A educação em saúde deve ter como objetivos: levar a população a refletir sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças, novos hábitos para a solução de seus problemas. Uma boa orientação, devidamente contextualizada ao cuidado e embasada em uma relação de confiança entre enfermeiro-parturiente, poderá repercutir não só na qualidade dos sentimentos manifestos pela mulher, mas também culminar em uma adaptação saudável da puérpera ao seu papel materno (RODRIGUES, 2006; RIOS, 2007).

A arte de educar o cliente, a família ou a comunidade deve ser compreendida como algo mais do que atividade de passar conteúdos ou proporcionar espaço temporal para a prática de procedimentos aprendidos em laboratórios simulados e fora do contexto social daquele indivíduo (RODRIGUES, 2006).

A prática educativa se insere no cuidado de enfermagem em todos os contextos de atuação do enfermeiro, uma vez que a relação enfermeira-cliente não se faz possível sem a utilização de um importante instrumento, denominado educação e comunicação (RODRIGUES, 2006).

A prática educativa se insere no cuidado de enfermagem em todos os contextos de atuação do enfermeiro, uma vez que a relação enfermeira-cliente não se faz possível sem a utilização de um importante instrumento, denominado educação e comunicação (RODRIGUES, 2006).

O bem-estar emocional da mãe também influencia de forma significativa o bem-estar do feto, embora esse tipo de influência não funcione, necessariamente, como causa direta de problemas de desenvolvimento ulteriores (BRASIL, 2002).

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2005).

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2005).

O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas após o nascimento. Contando suas histórias, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos (BRASIL, 2005).

Durante a gestação, a interação mãe-feto é a mais íntima possível, podendo inclusive influenciar o crescimento e desenvolvimento do bebê: doenças maternas, nutrição materna, hábitos, situações emocionais da gestante, por exemplo (BRASIL, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), toda grávida deve cuidar da sua saúde e da saúde do bebê que está esperando. Esse cuidado se dá através das consultas pré-natal, onde a

gestante vai prevenir e tratar qualquer problema que possa acontecer e para também tirar suas dúvidas.

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar (RIOS, 2007).

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2005).

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a tranquilidade e saúde materna e neonatal (BRASIL, 2005).

Um dos maiores desafios do Brasil para atingir os objetivos de desenvolvimento do Milênio é diminuir sua alta taxa de mortalidade perinatal. A organização da atenção integral à gestante e ao recém-nascido é premissa básica para a promoção da saúde e a redução dos agravos e mortes precoces e evitáveis de mulheres e crianças (BRASIL, 2010).

A mãe moderna tem muitas informações à sua disposição. Revistas, periódicos, livros, explicam, alertam, sinais e sintomas. Às vezes, acabam aumentando a ansiedade das mães, pois tudo parece indicar alguma anormalidade ou problema. Nesse mundo globalizado, as informações se disseminam em velocidade espantosa, trazem boas notícias, porém, novas preocupações. Os cuidados com o bebê, que são os mais simples, muitas vezes acabam não sendo abordados (SALLET, 2009).

A alimentação constitui um dos aspectos mais importantes para a saúde da criança, principalmente nos primeiros anos de vida. O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda

um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade ((BRASIL, 1986; CALDEIRA, 2008; BRASIL, 2009).

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2009).

O leite materno representa o melhor alimento para a criança nos primeiros meses de vida. Contudo, apesar da excelência do aleitamento materno e da retomada da prática nos últimos anos, o desmame precoce ainda é bastante freqüente e os índices de aleitamento observados são inferiores às recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 1986; CALDEIRA, 2008).

As causas do desmame precoce são inúmeras, a maioria ligadas às mudanças dos valores sociais e tipo de vida, como a alta taxa de urbanização, industrialização e tecnologias médicas inapropriadas (CALDEIRA, 2008).

O profissional de saúde deve saber identificar e compreender o processo do aleitamento materno verificando toda a dinâmica cultural, social, econômica, e lembrar que a assistência ao aleitamento materno é uma assistência prestada tanto ao bebê quanto à mulher que amamenta e à sua família. O profissional deve abordar os seguintes aspectos: - discussões com as mães sobre as vantagens do aleitamento materno; exame das mamas e orientação sobre a técnica correta de amamentação; manuseio das dificuldades mais comuns durante o período de lactação e crescimento e desenvolvimento da criança alimentada ao peito (BRASIL, 1986; BRASIL, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), existem cinco tipos de aleitamento materno. O preconizado é o “Aleitamento materno exclusivo”. Este se conceitua como:

“Quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de

reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos” (BRASIL, 2009).

A OMS (2009) e o Ministério da Saúde (2009) recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais. Iniciar outros alimentos antes dos seis meses, não apresenta vantagens, podendo haver inclusive prejuízos como, episódios de diarreia; hospitalizações por doença respiratória; risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, como, por exemplo, quando os alimentos são muito diluídos; menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco; menor eficácia da lactação como método anticoncepcional; além de menor duração do aleitamento materno (BRASIL, 2009).

Se compararmos o leite materno, ou seja, humano, com o de vaca, este tem muito mais proteína que o humano, e essas proteínas são diferentes do leite humano. A principal proteína do leite materno é a lactoalbumina e a do leite de vaca é a caseína, de difícil digestão para a espécie humana (BRASIL, 2005).

Abaixo, um quadro comparativo das diferenças entre colostro e leite maduro, entre o leite de mães de prematuros e de bebês a termo e entre o leite materno e o leite de vaca:

Figura 1

Nutriente	Colostro (3–5 dias)		Leite Maduro (26–29 dias)		Leite de vaca
	A termo	Pré-termo	A termo	Pré-termo	
Calorias (kcal/dL)	48	58	62	70	69
Lipídios (g/dL)	1,8	3,0	3,0	4,1	3,7
Proteínas (g/dL)	1,9	2,1	1,3	1,4	3,3
Lactose (g/dL)	5,1	5,0	6,5	6,0	4,8

Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

As características do leite são semelhantes para todas as mulheres do mundo. Não existe “leite fraco”, apenas as com desnutrição grave podem ter o seu leite afetado na sua qualidade e quantidade. Sendo então fundamental uma alimentação equilibrada da nutriz, sendo necessário uma maior ingestão de líquidos e de calorias além do habitual ((BRASIL, 1986; BRASIL, 2009).

Não deve restringir o número da mamada, mas sim escolher a amamentação à livre demanda, onde não se estabelece tempo de duração das mamadas. O mais importante é a mãe dar tempo suficiente para a criança esvaziar adequadamente a mama. Assim ela recebe o leite posterior. Há choro no caso de sede e fome, a movimentação no berço aumenta (LAMARE, 2006; BRASIL, 2009).

Estudos comprovaram que a mamada à noite é um fator excelente. Se o bebê não solicitá-la após 30 a 60 dias, poderá ser abolida. À medida que ele crescer os intervalos de apetite ficarão mais regularizados (LAMARE, 2006).

Uma posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, resultando no que se denomina de “má pega”. A má pega dificulta o esvaziamento da mama, levando a uma diminuição da produção do leite. Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso ocorre porque, nessa situação, ele é capaz de obter o leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais calórico (BRASIL, 2009).

A má pega também pode causar rachadura ou inflamação nos mamilos. A sugestão é passar o próprio leite após as mamadas no mamilo, e não deixar as mamadas mais de vinte minutos no mesmo peito (SALLET, 2009).

Qualquer complicação ou diferença estética nas mamas a mãe deve procurar o serviço de saúde (BRASIL, 2009).

A nutriz só deve usar medicações se indicado pelo médico ou enfermeiro. A literatura identifica restrições da amamentação, como mães infectadas pelo HIV, HTLV1 e HTLV2; uso de medicamentos como antineoplásicos e radiofármacos; criança que tenha

galatosemia; infecção herpética, quando vesículas localizadas na pele da mama; varicela; Doença de Chagas; abscesso mamário e consumo de drogas de abuso. Indica também contra-indicações da amamentação: tuberculose; hanseníase; hepatite B; hepatite C; dengue; e consumo de cigarros e de álcool ((BRASIL, 1986; BRASIL, 2006; BRASIL, 2009).

A diarreia é uma doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos, resultando em um aumento da frequência e do volume das evacuações. As doenças diarreicas são as principais causas de mortalidade infantil em países em desenvolvimento. O binômio desnutrição-infecção é apontado como principal responsável pelas condições desfavoráveis de saúde que caracterizam a população infantil brasileira. É importante saber que a doença diarreica aguda é na grande maioria autolimitada, não necessitando em geral, de qualquer tratamento medicamentoso. O tratamento dos quadros é de acordo com os sinais e sintomas do paciente (BRASIL, 1993).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde é fundamental para garantir a promoção da saúde materna e infantil. Esta cartilha foi elaborada para oferecer material para potencializar a educação em saúde da mulher. Os dados levantados permitem o estabelecimento de orientações adequadas sobre as alterações e fases do puerpério, que devem ser disponibilizadas para mulheres nesta fase importante da vida feminina. Importante assinalar que a cartilha educativa, deve ser amplamente discutida pela equipe, por todos os profissionais e pessoas envolvidas na assistência ao recém-nascido, visando à assistência integral a essa população.

A criação da cartilha evidencia o compromisso em oferecer uma solução concreta para os problemas da vida real. Seu conteúdo deve expressar a realidade, abordando com propriedade as principais situações que as mães passam nos primeiros dias em casa.

Visa servir não somente como orientação, mas também como fonte de alívio quando a lerem e verem que não precisam entrar em pânico com os cuidados com o recém-nascido.

Resume em linguagem fácil e dinâmica, com escrita e ilustrações os assuntos abordados, atingindo todas as mães, independente de grau de instrução escolar.

Possibilita o retorno do conhecimento produzido para a sociedade: a ponte entre a ciência e os problemas do cotidiano

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame**. Brasília:MS, 1986. p.6-10.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materno-Infantil. **Assistência e controle das doenças diarréicas**. Brasília: MS, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimentos para vacinação**. Elaboração ARANDA, M. C. S. S. *et al.* 4. ed. Brasília: MS,; 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: MS, 2002.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Agenda da gestante**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderneta da criança**. Brasília: MS, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: MS, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Triagem neonatal**. Disponível em: <www.saude.gov.br> . Acesso em: 05 jun. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Passo a passo da triagem neonatal**. Disponível em: <www.saude.gov.br> . Acesso em: 05 jun. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Teste do pezinho: o que é triagem neonatal**. Disponível em: <www.saude.gov.br> . Acesso em: 05 jun. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da saúde. Indicadores de Saúde. **Mortalidade infantil**. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 13 jun. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cartilha de materiais educativos para saúde da criança**. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em: 15/05/2010.

CHAIN, A. P. N. **Puerpério, autocuidado e cuidados com o recém nascido: um relato de experiência**. Novo Cruzeiro, UFMG: 2000: 24p.

CALDEIRA, E. P.; FAGUNDES, G. C.; AGUIAR, G. N. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.6, São Paulo, dez. 2008.

DUGAS, B. W. **Enfermagem prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978. 526p.

FONSECA, L. M. M.; LEITE, A. M.; VASCONCELOS, M. G. L.; CASTRAL, T. C.; SCOCHI, C. G. S. Cartilha educativa *on line* sobre os cuidados com o bebê pré-termo: aceitação dos usuários. **Rev Ciências Cuidados Saúde**, n.6, v.2, p.238-244, abri-jun. 2007.

LAMARE, R. **A vida do bebê**. São Paulo: Ediouro, 2006. p.16-49.

BRASIL. Lei n.º 7.498 de 25 de julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. 165º da Independência e 98º da República. José Sarney. Almir Pazzianotto Pinto. Senado Federal. Subsecretaria de Informações.

NABHAN, S. S.; OLIVEIRA, R. Z. Óbitos infantis, características maternas e de assistência em município da região noroeste do Paraná, Brasil, 1999 a 2006. **Acta Scientiarum, Health Sciences Maringa**, v.31, n.1, p. 71-76, 2009.

NASCIMENTO, J. C. M. Ações educativas direcionadas à puérpera. Belo Horizonte: UFMG, 2002: 22p.

REZENDE, M. C.. **Manual de assistência de enfermagem em ginecologia e obstetrícia: uma experiência positiva**. Campos de Jordão: Vertente, 1998. 92p.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, n.12, v.2, p.477-486, 2007.

RODRIGUES, D.,P.; FERNANDES, A.,F.,C.; SILVA, R. M.; RODRIGUES, M. S. P. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Rev Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.2, p.277-86, abr-jun. 2006.

RUTSTEIN, D. D.; BERENBERG, W.; CHALMERS, T. C.; CHILD, C. G.; FISHMAN, A. P.; PERRIN, E. B. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **N Engl J Méd**, v.294, n.11, p.582-588, 1976.

SALLET, C. G.. **Mãe... e agora?**. São Paulo: Ediouro, 2009 p.6-73.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enfermagem**. V.18, n.4, Florianópolis.out./dez. 2009.

SERTÓRIO, S. C. M.; SILVA, I. A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.2, p.156-162, 2005.

ZIEGEL, E. A; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**: assistência de enfermagem durante o período puerperal. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

WEIRICH, C. F.; DOMINGUES, M. H. M. S. Mortalidade neonatal um desafio para os serviços de saúde. **Rev Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>.