

*Ministério da Saúde*

# *P*rofissionalização de *A*uxiliares de *E*nfermagem

*Cadernos do Aluno*



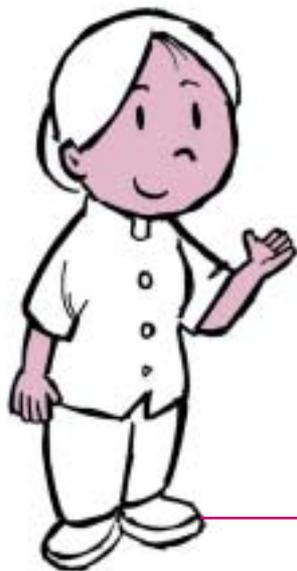
**SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA  
E DO ADOLESCENTE**

Brasília - DF

8

# **P**rofissionalização de **A**uxiliares de **E**nfermagem

*Cadernos do Aluno*



SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA  
E DO ADOLESCENTE

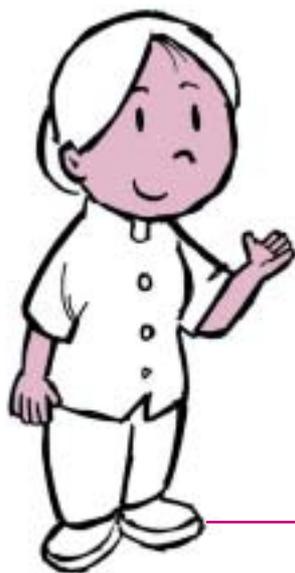


*Ministério da Saúde  
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
Departamento de Gestão da Educação na Saúde  
Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem*

# **P**rofissionalização de **A**uxiliares de **E**nfermagem

**Cadernos do Aluno**

Série F. Comunicação e Educação em Saúde  
2ª Edição  
1 Reimpressão



SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA  
E DO ADOLESCENTE



Brasília - DF  
2003

©2001. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 2.<sup>a</sup> edição - 1.a reimpressão - 2003 - 100.000 exemplares

**Elaboração, distribuição e informações:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 7.º andar, sala 733

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Tel.: (61) 315 2993

**Fundação Oswaldo Cruz**

**Presidente:** Paulo Marchiori Buss

**Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública:** Jorge Antonio Zepeda Bermudez

**Diretor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio:** André Paulo da Silva Malhão

**Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem**

**Coordenação - PROFAE:** Leila Bernarda Donato Göttems, Solange Baraldi

**Coordenação - FIOCRUZ:** Antonio Ivo de Carvalho

**Colaboradores:** Ana Márcia Marques Oliveira, Angela Maria la Cava de Souza, Leila Bernarda Donato Göttems, Glória Regina Gomes da Silva, Inah Maria de Queiroz, Lucia Helena Penna, Luciane Marques de Araujo, Luiza Mara Correa, Maria de Fátima Hasek Nogueira, Maria Regina Araujo Reicherte Pimentel, Marta de Fátima Lima Barbosa, Sandra Ferreira Gestó Bittar, Maysa Ludovice Gomes, Sandra Teixeira de Araujo Pacheco, Silvéria Maria dos Santos, Tania Ward Abdala, Vânia de Carvalho Ferreira

**Capa e projeto gráfico:** Carlota Rios, Adriana Costa e Silva

**Editoração eletrônica:** Carlota Rios, Ramon Carlos de Moraes

**Ilustrações:** Marcelo Tibúrcio, Maurício Veneza

**Revisores de português e copidesque:** Lilian Rose Ulup, Monica Camuniti Ron-Ren

**Apoio:** Abrasco

Impresso no Brasil/ *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.

Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. - 2. ed., 1.a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

160 p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0550-2

1. Educação Profissionalizante. 2. Auxiliares de Enfermagem. 3. Saúde da Mulher. 4. Saúde Infantil. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. III. Título. IV. Série.

NLM WY 18.8

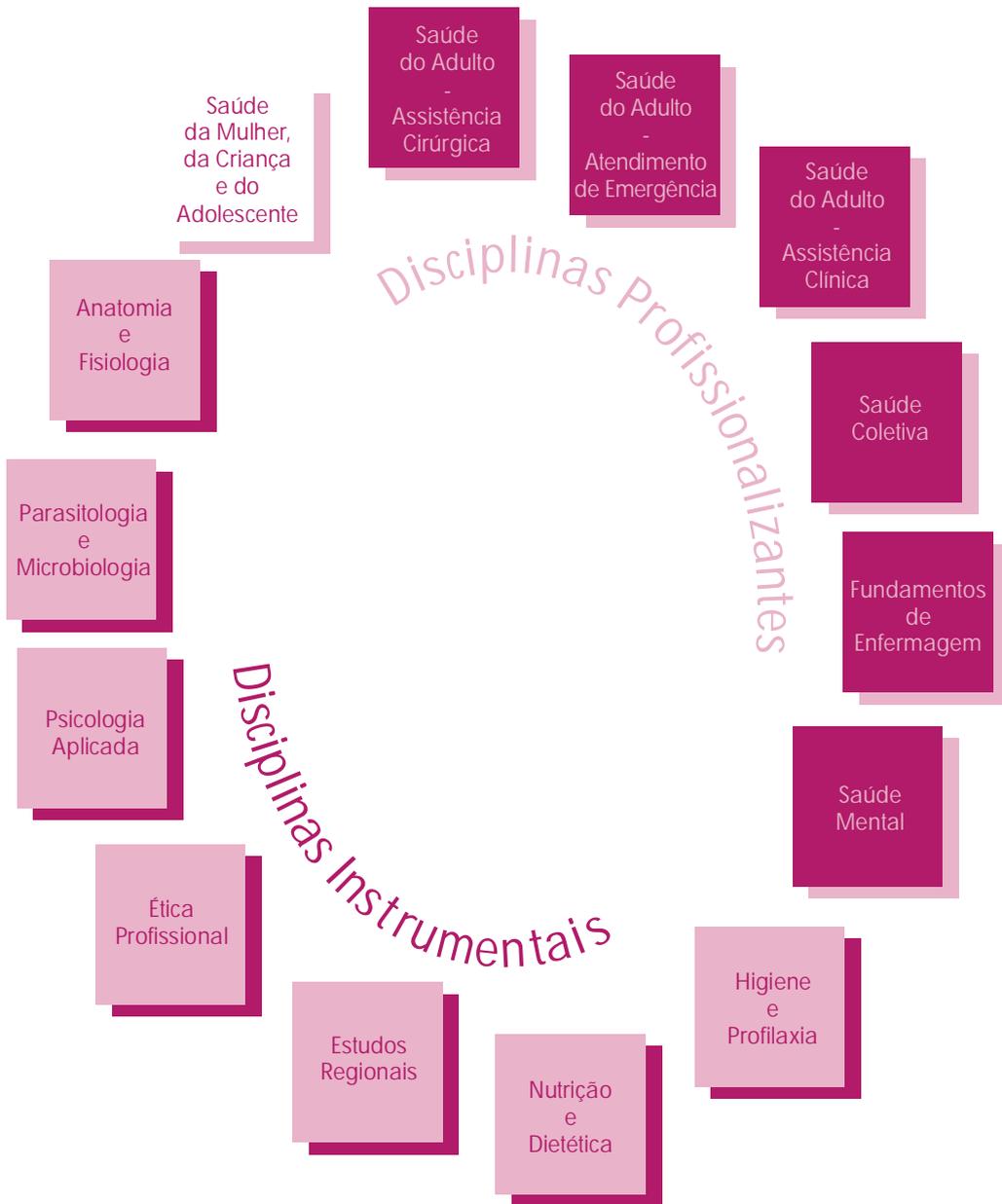
---

Catálogo na fonte - Editora MS

## SUMÁRIO

1 *Apresentação* — *pág 7*

2 *Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente* — *pág 9*



## MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ENFERMAGEM

O processo de construção de Sistema Único de Saúde (SUS) colocou a área de gestão de pessoal da saúde na ordem das prioridades para a configuração do sistema de saúde brasileiro. A formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde, a regulamentação do exercício profissional e a regulação e acompanhamento do mercado de trabalho nessa área passaram a exigir ações estratégicas e deliberadas dos órgãos de gestão do Sistema.

A descentralização da gestão do SUS, o fortalecimento do controle social em saúde e a organização de práticas de saúde orientadas pela integralidade da atenção são tarefas que nos impõem esforço e dedicação. Lutamos por conquistar em nosso país o Sistema Único de Saúde, agora lutamos por implantá-lo efetivamente.

Após a Constituição Federal de 1988, a União, os estados e os municípios passaram a ser parceiros de condução do SUS, sem relação hierárquica. De meros executores dos programas centrais, cada esfera de governo passou a ter papel próprio de formulação da política de saúde em seu âmbito, o que requer desprendimento das velhas formas que seguem arraigadas em nossos modos de pensar e conduzir e coordenação dos processos de gestão e de formação.

Necessitamos de desenhos organizacionais de atenção à saúde capazes de privilegiar, no cotidiano, as ações de promoção e prevenção, sem prejuízo do cuidado e tratamento requeridos em cada caso. Precisamos de profissionais que sejam capazes de dar conta dessa tarefa e de participar ativamente da construção do SUS. Por isso, a importância de um "novo perfil" dos trabalhadores passa pela oferta de adequados processos de profissionalização e de educação permanente, bem como pelo aperfeiçoamento docente e renovação das políticas pedagógicas adotadas no ensino de profissionais de saúde.

Visando superar o enfoque tradicional da educação profissional, baseado apenas na preparação do trabalhador para execução de um determinado conjunto de tarefas, e buscando conferir ao trabalhador das profissões técnicas da saúde o merecido lugar de destaque na qualidade da formação e desenvolvimento continuado, tornou-se necessário qualificar a formação pedagógica dos docentes

para esse âmbito do ensino. O contato, o debate e a reflexão sobre as relações entre educação e trabalho e entre ensino, serviço e gestão do SUS, de onde emanam efetivamente as necessidades educacionais, são necessários e devem ser estruturantes dos processos pedagógicos a adotar.

Não por outro motivo, o Ministério da Saúde, já no primeiro ano da atual gestão, criou uma Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que passa a abrigar o Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) em seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Dessa forma, o conjunto da Educação Profissional na Área da Saúde ganha, na estrutura de gestão ministerial, nome, lugar e tempo de reflexão, formulação e intervenção. As reformulações e os desafios a serem enfrentados pela Secretaria repercutirão em breve nas políticas setoriais federais e, para isso, contamos com a ajuda, colaboração, sugestões e críticas de todos aqueles comprometidos com uma educação e um trabalho de farta qualidade e elevada dignidade no setor da saúde.

O Profae exemplifica a formação e se insere nesta nova proposta de educação permanente. É imprescindível que as orientações conceituais relativas aos programas e projetos de formação e qualificação profissional na área da saúde tenham suas diretrizes revistas em cada realidade. Essa orientação vale mesmo para os projetos que estão em execução, como é o caso do Profae. O importante é que todos estejam comprometidos com uma educação e um trabalho de qualidade. Esta compreensão e direção ganham máxima relevância nos cursos integrantes do Profae, sejam eles de nível técnico ou superior, pois estão orientadas ao atendimento das necessidades de formação do segmento de trabalhadores que representa o maior quantitativo de pessoal de saúde e que, historicamente, ficava à mercê dos "treinamentos em serviço", sem acesso à educação profissional de qualidade para o trabalho no SUS. O Profae vem operando a transformação desta realidade. Precisamos estreitar as relações entre os serviços e a sociedade, os trabalhadores e os usuários, as políticas públicas e a cidadania e entre formação e empregabilidade.

Sabe-se que o investimento nos recursos humanos no campo da saúde terá influência decisiva na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Por isso, a preparação dos profissionais-alunos é fundamental e requer material didático criterioso e de qualidade, ao lado de outras ações e atitudes que causem impacto na formação profissional desses trabalhadores. Os livros didáticos para o Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, já em sua 3ª edição, constituem-se, sem dúvida, em forte contribuição no conjunto das ações que visam a integração entre educação, serviço, gestão do SUS e controle social no setor de saúde.

*Humberto Costa*  
Ministro de Estado da Saúde

# Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente



## ÍNDICE

<b>1</b>	<i>Apresentação</i>	15
<b>2</b>	<i>Saúde da Mulher, um Direito a ser Conquistado</i>	16
	2.1 <i>A enfermagem e a consulta clínico-ginecológica</i>	17
	2.2 <i>Afecções ginecológicas</i>	19
<b>3</b>	<i>Planejamento Familiar</i>	26
	3.1 <i>Assistência aos casais férteis</i>	27
	3.2 <i>Assistência aos casais portadores de esterilidade e infertilidade</i>	42
<b>4</b>	<i>Conhecendo o Processo de Gestação</i>	43
	4.1 <i>Diagnosticando a gravidez</i>	45
	4.2 <i>Assistência Pré-natal</i>	47
<b>5</b>	<i>Assistência de Enfermagem em Situações Obstétricas de Risco</i>	64
	5.1 <i>Abortamento</i>	65
	5.2 <i>Placenta Prévia (PP)</i>	67
	5.3 <i>Prenhez ectópica ou extra-uterina</i>	67
	5.4 <i>Doenças hipertensivas específicas da gestação (DHEG)</i>	68
	5.5 <i>Sofrimento fetal agudo (SFA)</i>	71
<b>6</b>	<i>Parto e Nascimento Humanizado</i>	72
	6.1 <i>Admitindo a parturiente</i>	74
	6.2 <i>Assistência durante o trabalho de parto</i>	74
<b>7</b>	<i>Assistência de Enfermagem Durante o Parto Cesáreo</i>	79
<b>8</b>	<i>Puerpério e suas Complicações</i>	81
<b>9</b>	<i>Classificação dos Recém-nascidos (RNs)</i>	86
	9.1 <i>Classificação de acordo com o peso</i>	86
	9.2 <i>Classificação de acordo com a IG</i>	86
	9.3 <i>Classificação de acordo com a relação peso/IG</i>	87

<b>10</b>	<i>Características Anatomofisiológicas dos RNs</i>	89
<b>11</b>	<i>Assistência de Enfermagem nos Cuidados Imediatos e Mediatos ao RN</i>	94
<b>12</b>	<i>Assistência de Enfermagem ao RN no Alojamento Conjunto</i>	100
	12.1 Amamentação	101
<b>13</b>	<i>Humanização da Assistência ao RN de Baixo Peso</i>	104
	13.1 Atendimento à família em unidades neonatais	104
	13.2 Método Canguru	106
<b>14</b>	<i>Assistência de Enfermagem ao RN Portador de Patologias Prevalentes no Período Neonatal</i>	109
	14.1 Prematuridade	109
	14.2 RN filho de mãe diabética	116
	14.3 RN com hiperbilirrubinemia	117
<b>15</b>	<i>Procedimentos de Rotina Utilizados no Atendimento ao Recém-Nascido</i>	118
	15.1 Cuidados com a pele do RN	118
	15.2 Coleta de sangue periférico	120
	15.3 Administração de medicamentos, fluidos e soluções	121
<b>16</b>	<i>Enfermagem e a Saúde Integral da Criança e do Adolescente</i>	123
	16.1 Aspectos históricos	123
	16.2 O papel da família: cuidados na atenção à criança e ao adolescente	124
	16.3 A criança/adolescente no processo saúde-doença	126
	16.4 A hospitalização da criança e da família	126

<b>17</b>	<i>Aspectos do Crescimento e Desenvolvimento</i>	129
	17.1 <i>Infância</i>	130
	17.2 <i>Puberdade e adolescência</i>	131
	17.3 <i>Sexualidade</i>	132
	17.4 <i>Gravidez na adolescência</i>	133
<b>18</b>	<i>A Atuação Governamental nas Diretrizes para a Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente</i>	134
	18.1 <i>Estatuto da Criança e do Adolescente</i>	134
	18.2 <i>Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)</i>	135
	18.3 <i>Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)</i>	137
	18.4 <i>Programa de Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional</i>	138
	18.5 <i>Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) e Projeto Acolher: um compromisso da enfermagem com o adolescente brasileiro</i>	138
	18.6 <i>Programa Saúde da Família (PSF)</i>	139
<b>19</b>	<i>Os Agravos à Saúde da Criança e do Adolescente</i>	140
	19.1 <i>Distúrbios respiratórios</i>	140
	19.2 <i>Diarréia e desidratação/Terapia de Reidratação oral</i>	143
	19.3 <i>Desnutrição proteico-calórica</i>	148
	19.4 <i>Principais problemas hematológicos</i>	149
	19.5 <i>HIV/AIDS</i>	151
	19.6 <i>Administração de medicamentos em pediatria</i>	152
<b>20</b>	<i>Agravos Sociais</i>	154
	20.1 <i>Álcool e outras drogas</i>	154
	20.2 <i>Maus Tratos e violência doméstica</i>	155
<b>21</b>	<i>Referências Bibliográficas</i>	156

# Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente



## 1- APRESENTAÇÃO

**O** presente trabalho, direcionado ao processo de qualificação de auxiliares de enfermagem, abrange os conteúdos de enfermagem relacionados à saúde da mulher, da criança e do adolescente.

Em sua concepção, procura-se contextualizar a mulher como um ser total, cuja saúde é um direito a ser conquistado, seja no que se refere à sua promoção, seja no que diz respeito à sua prevenção.

Aborda também o planejamento familiar como uma responsabilidade do casal, além de discutir todo o processo gravídico-puerperal, bem como a assistência de enfermagem desenvolvida junto ao recém-nato, considerando todos os aspectos do crescimento, do desenvolvimento e agravos à saúde desde a infância até a adolescência.

A ênfase deste material didático está em discutir com os auxiliares de enfermagem a importância da realização de um trabalho educativo pela equipe de saúde como um todo, visando a aprofundar questões que possibilitem reflexões a serem transformadas em ações concretas de uma assistência humanizada.



## 2- SAÚDE DA MULHER, UM DIREITO A SER CONQUISTADO

O mundo feminino é cheio de detalhes próprios, que precisam ser analisados de maneira sensível, com um olhar de mulher. Muitas famílias hoje são chefiadas por mulheres, que possuem uma dupla jornada de trabalho – pois, além de trabalhar fora, dão conta de todas as tarefas domésticas. Entender que mulheres e homens são diferentes, não só do ponto de vista físico e biológico, mas também na forma como entendem o mundo, como apresentam suas necessidades e como querem ser aceitos (as), valorizados (as) e entendidos (as), significa analisar estas questões sob a ótica do gênero.

Faz-se necessário, portanto, compreender, sob vários aspectos, as questões que estão relacionadas com as ações preconizadas para atender às demandas de saúde da mulher. A maior parte dos adultos que procuram os serviços de saúde são mulheres que apresentam diversas necessidades, esperando que sejam atendidas. É importante ressaltar que o índice de abandono dos tratamentos de saúde é significativo e relaciona-se com a dificuldade em receber atendimento e a forma como os profissionais atendem as pacientes, muitas vezes de forma desinteressada e desrespeitosa.

Inúmeras são as causas que levam a mulher ao adoecimento e à morte o que chamamos morbimortalidade feminina. Estas causas estão diretamente relacionadas às condições e hábitos de vida. Como exemplo, podemos dizer que as mulheres, por terem adquirido o hábito de fumar, associado ao estresse, ao longo dos anos foram aumentando o número de casos de doenças do coração, como infarto do miocárdio e outros problemas ligados à circulação sanguínea, que eram mais frequentes nos homens. Por isto, para compreendermos os seus problemas de saúde é importante pensar como as mulheres vivem atualmente e os novos hábitos que vêm adquirindo.

Em busca de reconhecimento e valorização do seu trabalho, de suas necessidades de saúde, as mulheres, de forma organizada, através do chamado Movimento de Mulheres, vêm participando da formulação das políticas públicas, cobrando ações que sejam coerentes com o que precisam para sua saúde.

Se voltarmos um pouco, à década de 70, vamos encontrar propostas de programas para dar assistência à saúde da mulher, que eram destinadas à mulher-mãe, obedecendo a uma tradicional visão onde a maternidade era a única forma da mulher ser reconhecida socialmente



**Ações preconizadas** - São ações estabelecidas pelo governo nos diferentes programas, com o objetivo de unificar o atendimento aos problemas apresentados por uma determinada clientela. Por exemplo, um grande número de mulheres morrem anualmente, e a causa é o câncer de mama. Ações são implementadas para que o diagnóstico seja precoce, o tratamento eficiente e a cura alcançada. Para isto, preconizam-se trabalhos educativos que estimulem e ensinem a mulher a realizar o auto exame. Para os profissionais da área, é necessário promover treinamentos específicos, ter disponível medicações e exames complementares.

**Morbimortalidade feminina** – É a taxa de adoecimento e morte de mulheres.

**Movimento de Mulheres** - Manifestações sistemáticas contra a discriminação feminina, iniciando-se com a luta das mulheres pelo direito de votar. Movimento que vai gradualmente tendo visibilidade e organização na virada do século XIX para o XX, acontecendo, nas décadas de 60 e 70, uma grande movimentação com reivindicações por maior representação na vida pública, oportunidades de estudo e acesso às profissões entre outros.

e conseqüentemente receber benefícios. Daí vem a definição de área materno-infantil, que se preocupava com a mãe e a criança, não havendo uma igual preocupação com outros problemas relacionados à mulher.

Com a influência do movimento das mulheres, em 1983, foi formulado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que propõe fornecer uma assistência integral clínico-ginecológica, com controle das doenças transmitidas sexualmente (DST), do câncer cérvico-uterino (colo do útero) e mamário, a assistência para concepção e contraceção, uma melhor assistência pré-natal, do parto e do puerpério, abordando os problemas desde a adolescência até a terceira idade. Destacando uma importante ação para todos os profissionais, oferece assistência à mulher através da educação em saúde, nem sempre muito valorizada.

Desta forma, o PAISM propõe novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde e as usuárias dos serviços, sendo baseado no respeito mútuo. Tem como objetivos reconhecer a mulher como cidadã dotada de direitos e como um pessoa inteira, onde a história do seu corpo e de sua vida tem importância fundamental, para que ela possa expressar o que sente e, a partir deste fundamento, possa ser ouvida e compreendida nas suas necessidades. Assegura à clientela o conhecimento necessário para que ela tenha um maior controle sobre sua saúde.

## 2.1 A enfermagem e a consulta clínico-ginecológica

Quando recebemos uma mulher na Unidade de Saúde, é importante valorizar suas queixas e perceber com que urgência suas necessidades precisam ser atendidas. O exame preventivo deve ser feito anualmente e após dois resultados negativos consecutivos o intervalo deverá ser de 3 anos<sup>1</sup>. Porém a mulher deve procurar a unidade de saúde, caso sinta qualquer sinal ou sintoma diferente em seu corpo.

A consulta clínico-ginecológica tem por objetivo identificar o mais precocemente possível distúrbios que afetam especialmente os órgãos reprodutores femininos e as mamas, além de olhar para a saúde da mulher de uma maneira geral.

Os principais sintomas ginecológicos que levam as mulheres a buscarem atendimento são: a dor, as modificações dos ciclos menstruais, as hemorragias e o corrimento vaginal.

A **dor** é um sintoma muito freqüente em ginecologia, quase sempre subjetiva e inconstante. É importante identificar a origem, o tipo, a intensidade e em que momento ou situação ocorre.

As **modificações ou perturbações dos ciclos menstruais** podem se caracterizar em diferentes formas:



Concepção - É quando o casal quer engravidar, mas apresenta dificuldades e não consegue.

Contraceção - É quando o casal quer evitar a gravidez.



Em 1984, foi iniciada a implantação deste programa, que, por ser tão amplo e inovador, ainda permanece como norteador da assistência à mulher. Também não podemos considerá-lo totalmente implantado em nosso país.

1 Ministério da Saúde, 1994.

- a) Alterações no volume: hipermenorréia (aumento do volume sangüíneo) ou hipomenorréia (diminuição do volume sangüíneo).
- b) Período dos ciclos: polimenorréia (ciclos menstruais freqüentes), oligomenorréia (diminuição dos ciclos menstruais) ou amenorréia (ausência de menstruação). As amenorréias podem ser primárias quando aparecem na adolescência, e secundárias, quando presentes em mulheres ou adolescentes que já menstruaram e cujos ciclos se interromperam por pelo menos três meses.
- c) A menorragia representa o aumento quantitativo dos sangramentos menstruais, com alongamento freqüente da duração das menstruações. As menorragias se diferenciam da metrorragias, que são sangramentos que aparecem fora dos ciclos menstruais.
- d) A dismenorréia ou menstruação dolorosa pode surgir antes, no desencadeamento ou durante o ciclo menstrual. Em seu mecanismo estão presentes fenômenos espasmódicos, vasculares, congestivos e, com freqüência, também psicológicos.

As **hemorragias genitais** podem ser provenientes de qualquer ponto do aparelho genital, mas geralmente procedem do útero e de seus anexos e através do canal vaginal exteriorizam-se na vulva. Têm valor diagnóstico muito grande. Por isso, deve-se especificá-las considerando principalmente as características abaixo relacionadas:

- Cor vermelho vivo ou escurecido, com ou sem coágulos;
- Volume;
- Associação com outros sintomas, notadamente dores, leucorréias e menstruação;
- Tempo de aparecimento, duração e periodicidade;
- Associação com outras doenças;
- Existência de outros elementos, como as secreções purulentas, urina (no caso de fistulas vesico-uterinas) e/ou tecido necrótico ou embrionário.

O **corrimento vaginal**, chamado leucorréia, é representado pela saída de secreção de coloração e abundância variável. A leucorréia fisiológica é uma secreção normalmente produzida pelas mucosas vulvares, endocervical, ectocervical e sobretudo vaginal que pode ocasionar corrimento sem dar motivo para inquietação e/ou tratamento. As leucorréias patológicas estão ligadas a inflamações vulvovaginais, e pela sua relevância e freqüência devem ser diagnosticadas e tratadas.

## 2.2 Afecções Ginecológicas

### 2.2.1 Vulvovaginites

Considera-se como vulvovaginites todas as manifestações inflamatórias e/ou infecciosas, de caráter agudo ou crônico que podem acometer a vulva, vagina ou o colo uterino, podendo atingir também a bexiga, ureter, ânus e face interna das coxas.

As vulvovaginites manifestam-se por meio de leucorréias de aspectos e consistências distintas, segundo as características do agente infeccioso, do grau de infestação e das condições clínicas do hospedeiro (mulher). O corrimento pode se apresentar associado a um ou mais dos seguintes sintomas: prurido contínuo no canal vaginal e vulva, dor ou ardor local e/ou ao urinar e sensação de desconforto pélvico; os pequenos lábios, o clitóris e o intróito vaginal podem apresentar edema e hiperemia, como também escoriações devido ao prurido.

É imprescindível o tratamento do parceiro nas vulvovaginites recidivantes. O tratamento, depois de iniciado, não deverá ser interrompido mesmo durante a menstruação. É importante o uso de preservativos durante a relação sexual, enquanto permanecer o tratamento

Dentre as vulvovaginites mais comuns, temos:

- Vaginoses bacterianas - caracterizadas por um desequilíbrio da flora vaginal normal, devido a um aumento exagerado de bactérias, em especial as anaeróbias (*Gardnerella vaginalis*), adquiridas através da relação sexual ou hábitos precários de higiene (limpeza inadequada da genitália, não lavagem das mãos antes e após as eliminações, não troca freqüente da roupa íntima, uso de roupa íntima de outra pessoa). O diagnóstico é feito através da anamnese, que identifica a queixa de prurido vulvar acompanhado de corrimento amarelado e odor fétido. A confirmação do diagnóstico ocorre através da leitura de uma lâmina de esfregaço vaginal. O tratamento deverá ser do casal na forma sistêmica e poderá estar associado a um bactericida tópico.
- Candidíase vulvovaginal - infecção da vulva e canal vagina causada por um fungo que habita a mucosa vaginal, a *Candida albicans*. A relação sexual é considerada a principal forma de transmissão; outros fatores, como gravidez, diabetes melitus, obesidade, antibióticos, corticóides, uso de anticoncepcional hormonal também são fatores predisponentes da candidíase vulvovaginal. A sintomatologia dependerá do grau de infecção e da localização do tecido inflamado, podendo apresentar-se como prurido vulvovaginal, ardor ou dor à micção, corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso (leite coalhado), hiperemia, edema, fissuras e maceração da vulva, dispareunia (dor à relação sexual). O diagnóstico é confirmado



Nas crianças, as vulvovaginites desenvolvem-se basicamente por higiene precária, parasitas (oxiúrus) e presença de corpo estranho.



Prurido – Termo técnico que significa coceira.

Vulvovaginites recidivantes – São aquelas que reaparecem após tratamento, tendo com causas o não tratamento do parceiro, higiene precária, baixa imunidade.



Recidiva – Reaparecimento da doença após algum tempo.



Disúria – É o ardor ao urinar.

Polaciúria – É o aumento do número de micções.



São frequentes as associações das vulvovaginites e as diferentes DST. Destaca-se, atualmente, a relação entre a presença de DST e o aumento do risco de infecção pelo HIV.



Glândula de Bartholin - É uma glândula par, situada à direita e a esquerda na metade posterior dos grandes lábios. É responsável pela umidificação vaginal facilitando o ato sexual.

pelo exame laboratorial do conteúdo vaginal em que se visualiza a presença do fungo. O tratamento é tópico, com o uso de creme antimicótico, podendo também ser prescrito terapêutica sistêmica nos casos de recidivas.

- Tricomoníase genital - é uma infecção causada pela *Trichomonas vaginalis*, tendo como via de transmissão a sexual. Pode permanecer assintomática no homem e na mulher, principalmente após a menopausa. Na mulher pode acometer a vulva, o canal vaginal e a cérvix uterina. Os sinais e sintomas principais são: corrimento abundante amarelo ou amarelo esverdeado, com presença de bolhas e odor fétido semelhante a “peixe podre”, prurido e/ou irritação vulvar, dor pélvica, disúria, polaciúria e hiperemia da mucosa vaginal com placas avermelhadas. O tratamento sempre é sistêmico, podendo ser associada terapêutica tópica vaginal.

#### ● Aconselhamento

É tido como um instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das DST. Auxilia o cliente a compreender a relação existente entre o seu comportamento e o problema de saúde que está apresentando, a reconhecer os recursos que tem para evitar novas infecções.

A enfermagem poderá, através de ações educativas, orientar a clientela a partir da sua entrada na unidade de saúde quanto às formas de transmissão das DST, assim como os mecanismos de prevenção das doenças ginecológicas. Essas ações podem ser realizadas através da distribuição de folhetos informativos, pôsteres afixados nos murais de passagem da clientela, grupos de orientação nas salas de espera e utilização de vídeos educativos. Também podem ser dadas orientações individuais na pré-consulta ou na pós-consulta ginecológica.

### 2.2.2 Bartholinite

A **bartholinite** é uma infecção estritamente vulvar da glândula de Bartholin. Sua infecção é às vezes crônica e sob a forma de cisto, sendo mais freqüente a forma aguda, que caracteriza-se pela presença de rubor, calor, dor e com edema significativo, por vezes deformando a vulva.

### 2.2.3 Leiomiomatose uterina

Leiomiomatose uterina, também conhecida por miomatose uterina, é um tumor benigno sólido que com freqüência acomete as mulheres e se aloja preferencialmente no corpo do útero.

A causa da formação do mioma é desconhecida. É ligeiramente mais comum em mulheres nuligestas e nas de raça negra. Está relacionado com a produção hormonal, não apresentando crescimento com a menopausa.

Em mulheres não grávidas, os miomas podem ou não trazer problemas. Cerca de 25%, entretanto, causam sangramento uterino anormal. Algumas mulheres queixam-se de plenitude ou sensação de peso pélvico. Podem ainda causar dismenorréia, leucorréia, hipermenorréia ou menorragia. Pode ocorrer um quadro de anemia e ou de infecção. O tratamento inicial sempre é conservador, com o uso de terapêutica hormonal, mas na ausência de resposta e tratamento poderá tornar-se cirúrgico.

Em mulheres grávidas, os miomas podem causar os seguintes riscos adicionais: aborto, falta de encaixamento, trabalho de parto prematuro, dor, distocia, trabalho de parto prolongado e hemorragia pós-parto.

#### 2.2.4 Câncer de colo de útero e de mamas

A prevenção do câncer de colo de útero ou cérvix, com a colheita da citologia oncótica, e o exame clínico das mamas com orientação para o auto exame, ocupam um lugar importante na consulta.

O colo é a parte do útero que se encontra no fundo do canal vaginal e pela sua localização torna-se mais exposto ao risco de desenvolver doenças. Para a detecção precoce de fatores predisponentes do câncer de colo do útero é feito o exame de papanicolau que consiste em retirar uma pequena quantidade de material do colo do útero para análise em laboratório especializado.

O câncer cérvico-uterino, juntamente com o de mama, representaram no período de 1978 a 1986 as maiores taxas de mortalidade entre as mulheres. A distribuição de óbitos por essas duas doenças apresenta diferenças regionais, relacionando-as ao grau de desenvolvimento econômico-social. O câncer cérvico-uterino aparece com maior frequência em mulheres que moram nas regiões Norte e Centro-Oeste do país. O câncer de mama ocupa o primeiro lugar em incidência nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste de acordo com o Instituto Nacional do Câncer. Esta doença é mais frequentemente descoberta entre os 40 e 60 anos de idade. Já no câncer de colo, a faixa etária priorizada é de 25 a 60 anos, para realização do exame.

As ações de controle do câncer cérvico-uterino compõem-se de: consulta clínico-ginecológica, colheita de material para esfregaço cérvico-vaginal (colheita de preventivo), tratamento dos processos inflamatórios e neoplasias, encaminhamento para clínica especializada para dar continuidade aos tratamentos.

A etiologia do câncer cérvico-uterino ainda é desconhecida. Sabe-se que, como todo câncer, é uma doença que atinge as células do colo



O útero possui três camadas; endométrio (camada interna), miométrio (camada muscular) e serosa (camada de revestimento externo).



Nuligestação - É quando a mulher nunca engravidou.



Citologia oncótica – É o exame para identificação de células cancerígenas.

uterino, desordenando seu crescimento até formar um tumor. Porém existem fatores de risco que estão relacionados, tais como:

- Início da atividade sexual em idade precoce;
- Vários parceiros;
- História de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente decorrentes de infecções por papilomavírus e herpes vírus;
- Baixo nível socioeconômico;
- Tabagismo;
- Carências nutricionais, como a hipovitaminose A.



O câncer do colo do útero geralmente apresenta sintomas quando já está em fase avançada; a mulher não deve esperar os sintomas para se prevenir ou tratar, como acontece em muitos casos.

De acordo com o Ministério da Saúde<sup>2</sup>, as variáveis acima descritas caracterizam o comportamento de risco de câncer-cérvico uterino e devem ser consideradas na determinação da população-alvo do programa. As peculiaridades regionais e a incidência por grupo etário podem determinar um perfil diferenciado.

O processo de instalação do câncer de colo demora muitos anos (10 a 20 anos) e as alterações celulares são facilmente detectadas através do exame citológico. Por isso, as possibilidades de cura são de 100% se a mulher fizer o exame periódico e seguir o tratamento adequado.

Para o exame é necessário o preparo do ambiente para que a cliente não se sinta constrangida e favoreça a colheita adequada. O ambiente deverá propiciar privacidade e especialmente segurança.

Os materiais para a realização do exame são: espéculos vaginais (descartáveis ou não) de tamanhos adequados com relação à idade e à paridade (número de filhos) da cliente; campo estéril, espátula de madeira (tipo ayre ou similar), escovinha Campos da Paz, swab de cabo longo (para colheita em mulheres virgens), lâmina, frasco, fixador, foco de luz e biombo.

Para garantir a boa qualidade do exame, o auxiliar de enfermagem deve orientar a mulher quanto a alguns cuidados importantes antes da realização do mesmo, como: não realizar o exame no período menstrual ou de sangramento, não ter relações sexuais por 24 horas e não utilizar duchas, lavagens e medicamentos via vaginal por 48 ou 72 horas que antecedem o exame.

Ao proceder o preparo da cliente na unidade de saúde, devemos orientá-la a urinar, pois o esvaziamento vesical permite um maior relaxamento. Devemos oferecer uma camisola com a abertura voltada para a frente e um local para que a cliente retire toda a roupa com total privacidade.

Ao colocar a cliente na mesa em posição ginecológica, as nádegas devem estar na borda da mesa e os pés no local próprio para apoio. Atentar para que apenas a área que será examinada deva permanecer exposta. Durante o exame, visando proporcionar relaxamento à clien-

2 Ministério da Saúde, 1994, p. 14

te, é importante orientá-la sobre o procedimento, mostrando que todo o material a ser utilizado é descartável e/ou esterilizado e estimulá-la a inspirar e expirar profundamente.

Faz parte do exame ginecológico a inspeção da vulva, do canal vaginal e do colo uterino. Durante o exame, deve-se atentar para sinais de inflamação (dor, calor e rubor), sangramento ou alterações locais da pele e mucosa, como a presença de lesões e parasitas. No canal vaginal e no colo uterino, deve-se observar a coloração da mucosa, a presença de secreções, lesões e corpo estranho, encaminhando ao enfermeiro ou médico, nos casos de anormalidade.

As ações de controle do câncer de mama são: auto-exame das mamas, exame clínico das mamas e exames complementares. Estas ações têm como principal objetivo a detecção precoce de alterações que podem sugerir ou constituir uma neoplasia.

Aqui vamos priorizar o exame clínico das mamas e o auto-exame, citando os exames complementares.

O câncer de mama geralmente apresenta-se como um nódulo. Leva aproximadamente de seis a oito anos para atingir um centímetro de diâmetro. Esta lenta evolução possibilita a descoberta ainda cedo destas lesões, se as mamas são periodicamente examinadas. As primeiras metástases comumente aparecem nos gânglios linfáticos das axilas.

A doença é descoberta entre os 40 e os 60 anos de idade e os fatores de risco envolvidos são: menarca antes dos 11 anos; primeiro parto após os 30 anos; nuliparidade; menopausa após os 55anos; história pessoal ou familiar de câncer de mama.

Existem fatores de risco que podem ser controlados, pela própria mulher desde que orientada a não ingerir dieta rica em gordura e pobre em fibras e vitaminas; evitar exposição a radiações.

O que se sabe hoje sobre o câncer de mama ainda não é o suficiente para a utilização de medidas que evitem o aparecimento da doença (prevenção primária). Os esforços para o controle são direcionados para a detecção precoce (descoberta de pequenos tumores).

Aproximadamente, 80% dos tumores são descobertos pela própria mulher, tocando sua mama incidentalmente. Portanto, é muito importante que o exame das mamas seja feito pela mulher e pelo profissional de saúde na consulta

O auto-exame das mamas é um procedimento que permite à mulher participar do controle de sua saúde. Recomenda-se que ele deve ser realizado mensalmente, uma semana após a menstruação, período em que as mamas não apresentam edema. As mulheres que não tem mais menstruação devem fazer o exame no mesmo dia de cada mês, para evitar o esquecimento.



Neoplasia – É a formação de um novo tecido, podendo ser normal (cicatrização) ou patológico (tumoração).

Neoplasia maligna – É outra denominação dada ao câncer.



Nódulo – Popularmente denominado “caroço”, é uma pequena solidificação do tecido mamário.

Metástase - É a presença de células malignas provenientes do tumor, atingindo outros órgãos.

Menarca - É a ocorrência da 1ª menstruação.

Menopausa – É a cessação da menstruação.

Nuliparidade - É quando a mulher nunca entrou em trabalho de parto.



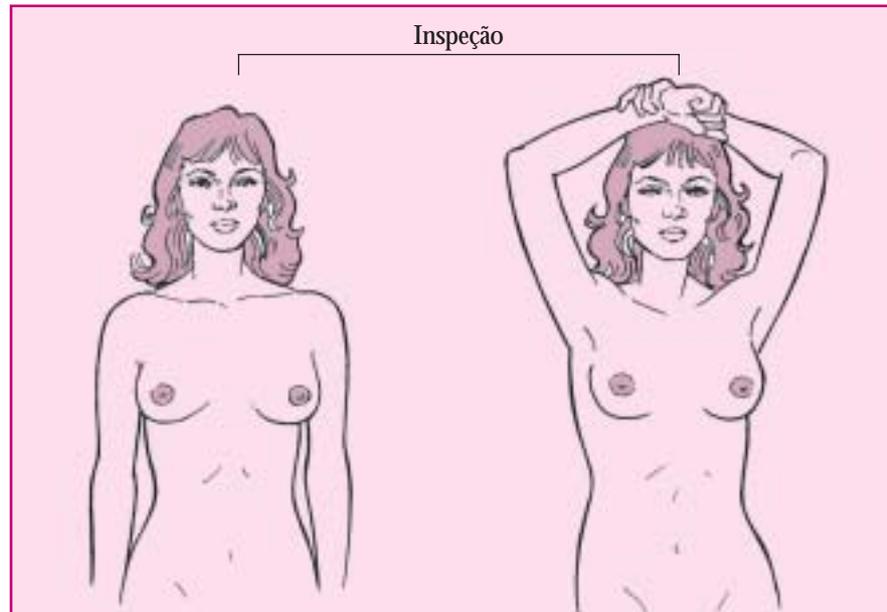
A presença de fibras, vitaminas e minerais na dieta é considerado um fator de proteção na formação do câncer mamário.



A probabilidade de cura é maior quando o tumor é descoberto em sua fase inicial, quando este ainda é pequeno e responde melhor ao tratamento.

O auxiliar de enfermagem deve orientar as clientes sobre o auto-exame durante a pré consulta, em reuniões educativas e nas oportunidades que surgirem. Nestas orientações, é necessário lembrar que as mamas nem sempre possuem o mesmo tamanho, que mesmo fazendo o auto-exame não se deve deixar de fazer a consulta ginecológica periódica e que a presença de nódulo não significa que seja câncer.

As etapas do auto-exame são:



### a) Inspeção em frente ao espelho

- A mulher deve estar de pé, sem roupa da cintura para cima, braços estendidos ao longo do corpo. Ao se olhar, deve prestar atenção e comparar uma mama com a outra, observando tamanho, posição, cor da pele, vasos ressaltados, repuxamento da pele, ou qualquer alteração que não havia percebido antes.
- Depois, levantar os braços acima da cabeça e fazer as mesmas comparações, observando se existe presença de massa tumoral.
- Finalmente colocar as mãos nos quadris, pressionando-os para baixo, para que o contorno das mamas fique saliente.

### b) Palpação

- Deitar com o ombro elevado (usar embaixo do ombro uma toalha dobrada).
- Examinar a mama esquerda com a mão direita até a axila.
- Examinar a mama direita com a mão esquerda até a axila.
- Proceder a expressão da aréola mamária observando a presença de secreção purulenta, serosa ou sanguinolenta. Pode estar associado a processo inflamatório, lesão benigna ou lesão maligna. Vale lembrar que as mulheres que tomam contraceptivos orais por tempo prolongado podem apresentar saída de líquido claro, como também as mulheres que insistentemente estimulam a saída de secreção fazendo expressão .

A realização do exame mamário pela mulher (auto-exame) não substitui o exame clínico realizado pelo profissional. São dois procedimentos importantes que, somados, garantem à mulher maior possibilidade de identificação precoce e rapidez para alcançar a cura.

O auxiliar de enfermagem que desenvolve suas atividades junto à mulher, devendo lembrar sempre que o câncer é uma doença que afeta a auto-imagem, a feminilidade, a amamentação, o relacionamento sexual. Portanto, deve estar atento para amenizar as dificuldades da cliente e compreender seus sentimentos de culpa, vergonha, depressão, dificuldade no relacionamento familiar, medo. O acolhimento da cliente e seus familiares por toda a equipe é um fator fundamental para o sucesso do tratamento.

## 2.2.5 Câncer de endométrio

O câncer de endométrio ou do corpo uterino é uma neoplasia maligna menos freqüente que a do colo uterino. Geralmente acomete mulheres após os 50 anos, após a menopausa.



Aréola mamaria - É a região pigmentada da mama.

Os sinais de alerta são: as metrorragias mínimas, espontâneas e sem frequência definida; as secreções rosadas semelhantes a “água de carne” (às vezes fétidas), as dores irregulares de curta duração, repetidas várias vezes durante o dia. Entretanto, o câncer uterino é por muito tempo assintomático ou só se apresenta como perda sangüínea isolada, da qual não se encontra o motivo, a não ser após anamneses minuciosas.

Os métodos de diagnóstico são a histeroscopia e biópsia de endométrio, que poderão ser realizados no ambulatorio ou no centro cirúrgico. O tratamento sempre é cirurgico, com a retirada total do útero e seus anexos, também chamada de cirurgia de histerectomia total abdominal com anexectomia bilateral.

### 2.2.6 Câncer vaginal

Os cânceres primitivos da vagina são raros. Em sua maioria são decorrência de metástase de cânceres do colo ou do corpo uterino, portanto secundários, cujo prognóstico costuma ser sombrio. Os pequenos sangramentos intermitentes ou mesmo as hemorragias mais importantes representam sinais de alerta.

## 3- PLANEJAMENTO FAMILIAR



O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde (PAISM/MS), teve como ponto de partida o debate sobre a questão do planejamento familiar em nosso país, tendo sido incorporado ao conjunto das ações de saúde previstas por este programa.

O planejamento familiar, como o próprio nome indica, se refere ao planejamento da família e pressupõe-se que cada cidadão deva gozar de plena liberdade para planejar o tipo de família que deseja constituir, inclusive no que diz respeito ao número de filhos.

A assistência ao planejamento familiar deve prever o acompanhamento, tanto dos casais que desejam evitar a gravidez, quanto daqueles que desejam engravidar mas que por alguma razão não conseguem.

O Ministério da Saúde recomenda que a atuação dos profissionais de saúde esteja pautada pelos princípios da integralidade, equidade e, no que se refere à questão do planejamento familiar, o pressupos-

to básico é o de que todas as pessoas têm o direito à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou casais.

Ao contribuir para que as mulheres conheçam melhor seu próprio corpo e valorizem a sua trajetória de vida, o PAISM antecipou a discussão acerca do rompimento com a passividade e submissão da clientela através da socialização e discussão do saber técnico e do saber popular, da reflexão das vivências e do exercício da crítica e da participação, direitos básicos da cidadania.

Neste sentido, o Ministério da Saúde recomenda que as atividades educativas sejam desenvolvidas com o objetivo de oferecer à clientela os conhecimentos necessários para a escolha livre e consciente do método anticoncepcional, assim como propiciar a reflexão sobre temas relacionados à prática da contracepção, inclusive a sexualidade.

Todo o trabalho educativo deve buscar romper com o autoritarismo e o distanciamento que historicamente marcaram a relação profissional-cliente, e este trabalho deve ser o primeiro a ser encorajado e realizado ao se implantar o programa de planejamento familiar.

Cabe acrescentar que não existe método contraceptivo ideal e que este deve ser escolhido pelas próprias mulheres e seus parceiros, em função das características do método e de razões pessoais. Por isso, uma mesma mulher poderá, ao longo de sua vida, utilizar vários métodos, de acordo com a fase que esteja vivendo.

### 3.1 Assistência aos casais férteis

É o acompanhamento dos casais que não apresentam dificuldades para engravidar, mas que não o desejam. Desta forma, estudaremos os métodos contraceptivos mais conhecidos e os oferecidos pelas instituições.

Durante muitos anos, a **amamentação** representou uma alternativa exclusiva e eficaz de espaçar as gestações, pois as mulheres apresentam sua fertilidade diminuída neste período, considerando que, quanto mais freqüentes são as mamadas, mais altos são os níveis de prolactina e conseqüentemente menores as possibilidades de ovulação.

Os fatores que determinam o retorno da ovulação não são precisamente conhecidos, de modo que, mesmo diante dos casos de aleitamento exclusivo, a partir do 3º mês é recomendada a utilização de um outro método. Até o 3º mês, se o aleitamento é exclusivo e ainda não ocorreu menstruação, as possibilidades de gravidez são mínimas.

Atualmente, com a descoberta e divulgação de novas tecnologias contraceptivas e a mudança nos modos de viver das mulheres em relação a sua capacidade de trabalho, o seu desejo de maternidade, a forma como percebe seu corpo como fonte de prazer e não apenas de re-



Na sua comunidade, família ou círculo de amizades, quais os métodos contraceptivos mais conhecidos e/ou utilizados?



Prolactina – Hormônio produzido pela hipófise, que estimula a produção de leite na mulher, podendo inibir a ovulação.

produção foram fatores que incentivaram o abandono e o descrédito do aleitamento como método capaz de controlar a fertilidade.

Outro método é o **coito interrompido**, sendo também uma maneira muito antiga de evitar a gravidez. Consiste na retirada do pênis da vagina e de suas proximidades, no momento em que o homem percebe que vai ejacular. Desta forma, evitando o contato do sêmen com o colo do útero é que se impede a gravidez.

Seu uso está contra-indicado para os homens que têm ejaculação precoce ou não conseguem ter controle sobre a ejaculação.

Os **métodos naturais ou de abstinência periódica** são aqueles que utilizam técnicas para evitar a gravidez e se baseiam na auto-observação de sinais ou sintomas que ocorrem fisiologicamente no organismo feminino, ao longo do ciclo menstrual, e que, portanto, ajudam a identificar o período fértil.

Quem quer ter filhos, deve ter relações sexuais nos dias férteis, e quem não os quer, deve abster-se das relações sexuais ou nestes dias fazer uso de outro método – os de barreira, por exemplo.

A determinação do período fértil baseia-se em três princípios científicos, a saber:

- A ovulação costuma acontecer 14 dias antes da próxima menstruação (pode haver uma variação de 2 dias, para mais ou para menos);
- O óvulo, após a ovulação, tem uma vida média de 24 horas;
- O espermatozóide, após sua deposição no canal vaginal, tem capacidade para fecundar um óvulo até o período de 48-72 horas.

Os métodos naturais, de acordo com o Ministério da Saúde, são:

#### a) Método de Ogino-Knaus

Esse método é também conhecido como **tabela**, que ajuda a mulher a descobrir o seu período fértil através do controle dos dias do seu ciclo menstrual. Logo, cada mulher deverá elaborar a sua própria tabela.

Sabemos que a tabela foi vulgarizada, produzindo a formulação de tabelas únicas que supostamente poderiam ser utilizadas por qualquer mulher. Isto levou a um grande número de falhas e conseqüente descrédito no método, o que persiste até os dias de hoje.

Para fazer a tabela deve-se utilizar o calendário do ano, anotando em todos os meses o 1º dia da menstruação. O ciclo menstrual começa no 1º dia da menstruação e termina na véspera da menstruação seguinte, quando se inicia um novo ciclo.

A primeira coisa a fazer é certificar-se de que a mulher tem os ciclos regulares. Para tal é preciso que se tenha anotado, pelo menos, os seis últimos ciclos.



Os métodos naturais são indicados tanto às mulheres que desejam evitar a gravidez quanto àquelas que querem engravidar.



Ogino e Knaus foram cientistas – o primeiro japonês, e o segundo, austríaco – que estudaram o ciclo menstrual, tendo concluído, acerca dos três princípios científicos já citados, os cálculos que permitem localizar o período fértil.

Como identificar se os ciclos são regulares ou não?

Após anotados os seis últimos ciclos, deve-se contá-los, anotando quantos dias durou cada um. Selecionar o maior e o menor dos ciclos.

Se a diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto for igual ou superior a 10 dias, os ciclos desta mulher serão considerados irregulares e, portanto, ela não deverá utilizar este método. Além do que, devem procurar um serviço de saúde, pois a irregularidade menstrual indica um problema ginecológico que precisa ser investigado e tratado.

Se a diferença entre eles for inferior a 10 dias, os ciclos são considerados regulares e esta mulher poderá fazer uso da tabela.

Como fazer o cálculo para identificar o período fértil?

Subtrai-se 18 dias do ciclo mais curto e obtém-se o dia do início do período fértil.

Subtrai-se 11 dias do ciclo mais longo e obtém-se o último dia do período fértil.

Após a determinação do período fértil, a mulher e seu companheiro que não desejam obter gravidez, devem abster-se de relações sexuais com penetração, neste período, ou fazer uso de outro método. Caso contrário, deve-se intensificar as relações sexuais neste período.

Recomendações Importantes:

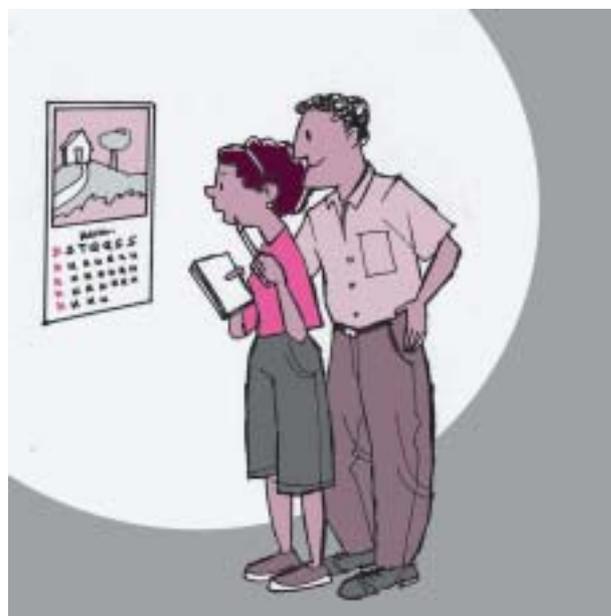
- O parceiro deve sempre ser estimulado a participar, ajudando com os cálculos e anotações.
- Após a definição do período fértil, a mulher deverá continuar anotando os seus ciclos, pois poderão surgir alterações relativas ao tamanho do maior e menor ciclo, mudando então o período fértil, bem como poderá inclusive surgir, inesperadamente, uma irregularidade menstrual que contra-indique a continuidade do uso do método.
- Não se pode esquecer que o dia do ciclo menstrual não é igual ao dia do mês.
- Cada mulher deve fazer sua própria tabela e a tabela de uma mulher não serve para outra.
- No período de 6 meses em que a mulher estiver fazendo as anotações dos ciclos, ela deverá utilizar outro método, com exceção da pílula, pois esta interfere na regularização dos ciclos.

Os ciclos irregulares e a lactação são contra-indicações no uso desse método.

Os profissionais de saúde deverão construir a tabela junto com a mulher e refazer os cálculos todas as vezes que forem necessárias, até que a mulher se sinta segura para tal, devendo retornar à unidade dentro de 1 mês e, depois, de 6 em 6 meses.



As constantes 18 e 11 (números que não variam) foram determinadas por Ogino e Knaus, pelo estudo dos três princípios científicos.



Os ciclos irregulares são muito comuns nas adolescentes, nos primeiros ciclos após a interrupção do uso de contraceptivos hormonais (pílulas), na pré-menopausa, pós-parto e pós-aborto, nas mulheres que acabaram de retirar o DIU.

### b) Método da Temperatura Basal Corporal

É o método que permite identificar o período fértil por meio das oscilações de temperatura que ocorrem durante o ciclo menstrual, com o corpo em repouso.

Antes da ovulação, a temperatura do corpo da mulher permanece em nível mais baixo. Após a ovulação, com a formação do corpo lúteo e o conseqüente aumento da produção de progesterona, que tem efeito hipertérmico, a temperatura do corpo se eleva ligeiramente e permanece assim até a próxima menstruação.

Deste modo, o aumento da temperatura indica que a ovulação já ocorreu.

Como construir a Tabela ou **Gráfico de Temperatura?**

A partir do 1º dia do ciclo menstrual, deve-se verificar e anotar a temperatura todos os dias, antes de se levantar da cama, depois de um período de repouso de 3 a 5 horas, usando-se sempre o mesmo termômetro.

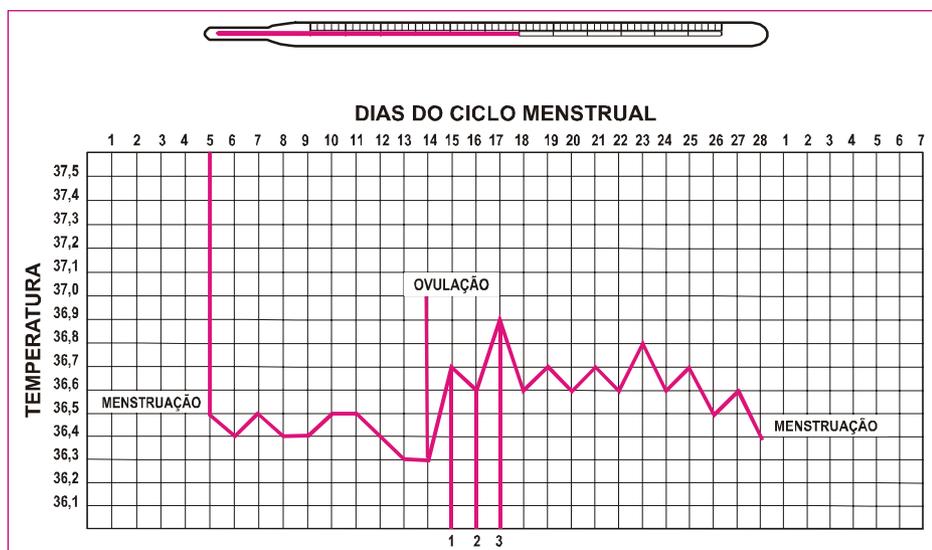
A temperatura deve ser verificada sempre no mesmo local: na boca, no reto ou na vagina. A temperatura oral deve ser verificada em um tempo mínimo de 5 minutos e as temperaturas retal e vaginal, no mínimo 3 minutos, observando-se sempre o mesmo horário para que não haja alteração do gráfico de temperatura.

Caso a mulher esqueça de verificar a temperatura um dia, deve recomeçar no próximo ciclo.

Registrar a temperatura a cada dia do ciclo em um papel quadriculado comum, em que as linhas horizontais referem-se às temperaturas, e as verticais, aos dias do ciclo. Após a marcação, ligar os pontos referentes a cada dia, formando uma linha que vai do 1º ao 2º, do 2º ao 3º, do 3º ao 4º dia e daí por diante.



Em caso de quebra do termômetro, deve-se anotar o dia em que isto ocorreu.



Em seguida, verificar a ocorrência de um aumento persistente da temperatura basal por 3 dias seguidos, no período esperado da ovulação. O aumento da temperatura varia entre 0,2°C a 0,6°C.

A diferença de no mínimo 0,2°C entre a última temperatura baixa e as três temperaturas altas indica que a ovulação ocorreu e a temperatura se manterá alta até a época da próxima menstruação.

O período fértil termina na manhã do 3º dia em que for observada a temperatura elevada. Portanto, para evitar gravidez, o casal deve abster-se de relações sexuais, com penetração, durante toda a primeira fase do ciclo até a manhã do 3º dia de temperatura elevada.

Após 3 meses de realização do gráfico da temperatura, pode-se predizer a data da ovulação e, a partir daí, a abstinência sexual poderá ficar limitada ao período de 4 a 5 dias antes da data prevista da ovulação até a manhã do 3º dia de temperatura alta. Os casais que quiserem engravidar devem manter relações sexuais neste período.

Durante estes 3 meses, enquanto estiver aprendendo a usar a tabela da temperatura, deverá utilizar outro método contraceptivo, com exceção do contraceptivo hormonal.

A ocorrência de qualquer fator que pode vir a alterar a temperatura deve ser anotada no gráfico. Como exemplo, tem-se: mudança no horário de verificação da temperatura; perturbações do sono e/ou emocionais; algumas doenças que podem elevar a temperatura; mudanças de ambiente e uso de bebidas alcoólicas.

Esse método é contra-indicado em casos de irregularidades menstruais, amenorréia, estresse, mulheres com períodos de sono irregular ou interrompido (por exemplo, trabalho noturno).

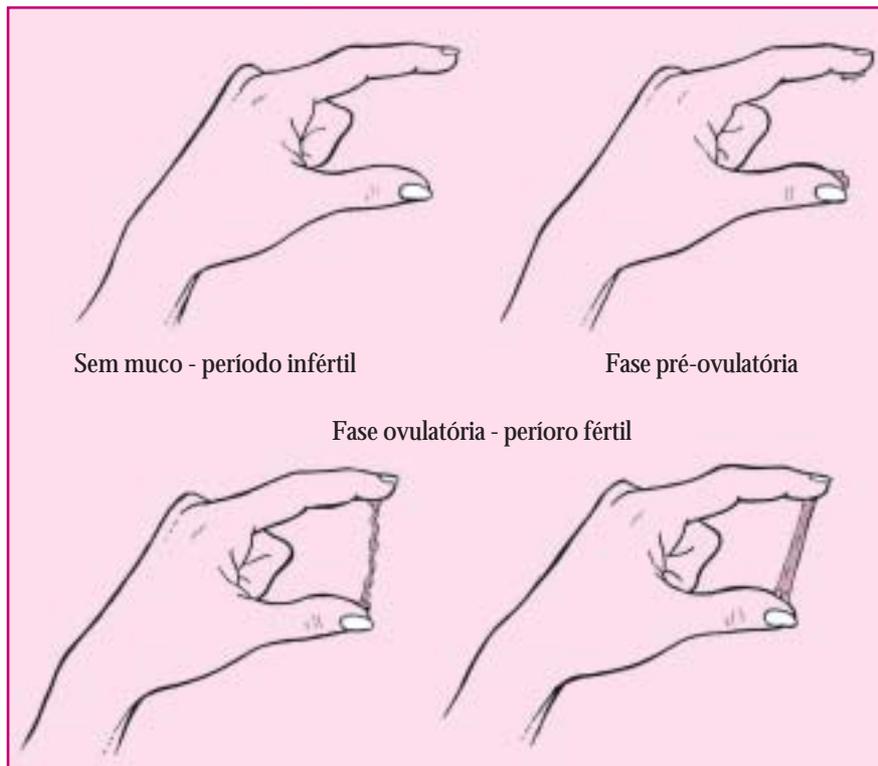
Assim como no método do calendário, para a construção do gráfico ou tabela de temperatura, a mulher e/ou casal deverá contar com a orientação de profissionais de saúde e neste caso em especial, no decorrer dos três primeiros meses de uso, quando, a partir daí, já se poderá predizer o período da ovulação. O retorno da cliente deverá se dar, pelo menos, em seis meses após o início do uso do método. Em seguida, os retornos podem ser anuais.

### **c) Método da ovulação ou do muco cervical ou Billings**

É o método que indica o período fértil por meio das características do **muco cervical** e da sensação de umidade por ele provocada na vulva.

O muco cervical é produzido pelo colo do útero, tendo como função umidificar e lubrificar o canal vaginal. A quantidade de muco produzida pode oscilar ao longo dos ciclos.

Para evitar a gravidez, é preciso conhecer as características do muco. Isto pode ser feito observando-se diariamente a presença ou ausência do muco através da sensação de umidade ou seca no canal vaginal ou através da limpeza da vulva com papel higiênico, antes e após urinar. Esta observação pode ser feita visualizando-se a presença de muco na calcinha ou através do dedo no canal vaginal.



**Estrogênio** – É um hormônio que possui diversas funções, dentre elas o crescimento do novo endométrio após a menstruação. Confere elasticidade ao muco cervical, o que favorece a espermomigração, ou seja, a ascensão do espermatozóide em direção ao óvulo.

Logo após o término da menstruação, tem-se, em geral, uma fase seca (fase pré-ovulatória). Quando aparece muco nesta fase, geralmente é opaco e pegajoso.

Na fase ovulatória, o muco, que inicialmente era esbranquiçado, turvo e pegajoso, vai-se tornando a cada dia mais elástico e lubrificante, semelhante à clara de ovo, podendo-se puxá-lo em fio. Isto ocorre porque neste período os níveis de estrogênio estão elevados e é nesta fase que o casal deve abster-se de relações sexuais, com penetração, pois há risco de gravidez.

O casal que pretende engravidar deve aproveitar este período para ter relações sexuais.

O último dia de muco lubrificante, escorregadio e com elasticidade máxima, chama-se dia ápice, ou seja, o muco com a máxima capacidade de facilitar a espermomigração. Portanto, o dia ápice só pode ser identificado a posteriori e significa que em mais ou menos 48 horas a ovulação já ocorreu, está ocorrendo ou vai ocorrer.

Na fase pós-ovulatória, já com o predomínio da progesterona, o muco forma uma verdadeira rolha no colo uterino, impedindo que os espermatozoides penetrem no canal cervical. É um muco pegajoso, branco ou amarelado, grumoso, que dá sensação de secura no canal vaginal.

No 4º dia após o dia ápice, a mulher entra no período de infertilidade.

As relações sexuais devem ser evitadas desde o dia em que aparece o muco grosso até quatro dias depois do aparecimento do muco elástico.

No início, é bom examinar o muco mais de uma vez ao dia, fazendo o registro à noite, preferencialmente, no mesmo horário. É importante anotar as características do muco e os dias de relações sexuais.

Quando notar, no mesmo dia, mucos com características diferentes, à noite, na hora de registrar, deve considerar o mais indicativo de fertilidade (mais elástico e translúcido).

No período de aprendizagem do método, para identificar os dias em que pode ou não ter relações sexuais, o casal deve observar as seguintes recomendações:

- Só deve manter relações sexuais na fase seca posterior à menstruação e, no máximo, dia sim, dia não, para que o sêmen não interfira na avaliação.
- Evitar relações sexuais nos dias de muco, até três dias após o dia ápice.

É importante ressaltar que o muco não deve ser examinado no dia em que a mulher teve relações sexuais, devido à presença de espermatozoides; depois de utilizar produtos vaginais ou duchas e lavagens vaginais; durante a excitação sexual; ou na presença de leucorréias.

É recomendável que durante o 1º ciclo, o casal se abstenha de relações sexuais. Os profissionais de saúde devem acompanhar semanalmente o casal no 1º ciclo e os retornos se darão, no mínimo, uma vez ao mês do 2º ao 6º ciclo e semestral a partir daí.

#### d) Método sinto-térmico

Baseia-se na **combinação** de múltiplos **indicadores** de **ovulação**, conforme os anteriormente citados, com a finalidade de determinar o período fértil com maior precisão e confiabilidade.

Associa a observação dos sinais e sintomas relativos à temperatura basal corporal e ao muco cervical, levando em conta parâmetros subjetivos (físicos ou psicológicos) que possam indicar ovulação, tais como sensação de peso ou dor nas mamas, dor abdominal, variações de humor e da libido, náuseas, acne, aumento de apetite, ganho de peso, pequeno sangramento intermenstrual, dentre outros.



É preciso saber diferenciar as secreções normais daquelas que ocorrem devido a inflamações e/ou infecções às quais podem se apresentar com odor fétido, coloração amarelo-esverdeado, presença ou não de prurido.



Sangramento intermenstrual – É o sangramento que ocorre fora do período menstrual.

Os **métodos de barreira** são aqueles que não permitem à entrada de espermatozóides no canal cervical. Podem ser:

**a) Condom Masculino**



Também conhecido como camisinha, camisa de vênus ou preservativo, é uma capa de látex bem fino, porém resistente, descartável, que recobre o pênis completamente durante o ato sexual.

Evita a gravidez, impedindo que os espermatozóides penetrem no canal vaginal, pois retém o sêmen ejaculado. O condom protege contra as doenças sexualmente transmissíveis e por isso seu uso deve ser estimulado em todas as relações sexuais.

Deve ser colocado antes de qualquer contato do pênis com os genitais femininos, porque alguns espermatozóides podem escapar antes da ejaculação.

Deve ser colocado com o pênis ereto, deixando um espaço de aproximadamente 2 cm na ponta, sem ar, para que o sêmen seja depositado sem que haja rompimento da camisinha.

As camisinhas devem ser guardadas em lugar fresco, seco e de fácil acesso ao casal. Não deve ser esticada ou inflada, para efeito de teste. Antes de utilizá-la, certifique-se do prazo de validade. Mesmo que esteja no prazo, não utilizá-la quando perceber alterações como mudanças na cor, na textura, furo, cheiro diferente, mofo ou outras. A camisinha pode ou não já vir lubrificada de fábrica.

A colocação pode ser feita pelo homem ou pela mulher. Sua manipulação deve ser cuidadosa, evitando-se unhas longas que podem danificá-la. Deve-se observar se o canal vaginal está suficientemente úmido para permitir uma penetração que provoque pouca fricção, evitando-se assim que o condom se rompa.

Lubrificantes oleosos como a vaselina não podem ser utilizados. Caso necessário, utilizar lubrificantes a base de água. Cremes, geléias ou óvulos vaginais espermicidas podem ser utilizados em associação com a camisinha.

Após a ejaculação, o pênis deve ser retirado ainda ereto. As bordas da camisinha devem ser pressionadas com os dedos, ao ser retirado, para evitar que o sêmen extravase ou que o condom se desprenda e fique na vagina. Caso isto ocorra, é só puxar com os dedos e colocar espermaticida na vagina, com um aplicador. Caso não consiga retirar a camisinha, coloque espermaticida e depois procure um posto de saúde para que a mesma seja retirada. Nestes casos, não faça lavagem vaginal pois ela empurra ainda mais o espermatozóide em direção ao útero.

Após o uso, deve-se dar um nó na extremidade do condom para evitar o extravasamento de sêmen e jogá-lo no lixo e nunca no vaso sanitário.

O uso do condom é contra-indicado em casos de anomalias do pênis e de alergia ao látex.

### **b) Condom feminino ou camisinha feminina**

Feita de poliuretano, a camisinha feminina tem forma de saco, de aproximadamente 25 cm de comprimento, com dois anéis flexíveis, um em cada extremidade. O anel menor fica na parte fechada do saco e é este que, sendo introduzido no canal vaginal, irá se encaixar no colo do útero. O anel maior fica aderido às bordas do lado aberto do saco e ficará do lado de fora, na vulva. Deste modo, a camisinha feminina se adapta e recobre internamente toda a vagina. Assim, impede o contato com o sêmen e conseqüentemente tem ação preventiva contra as DST.

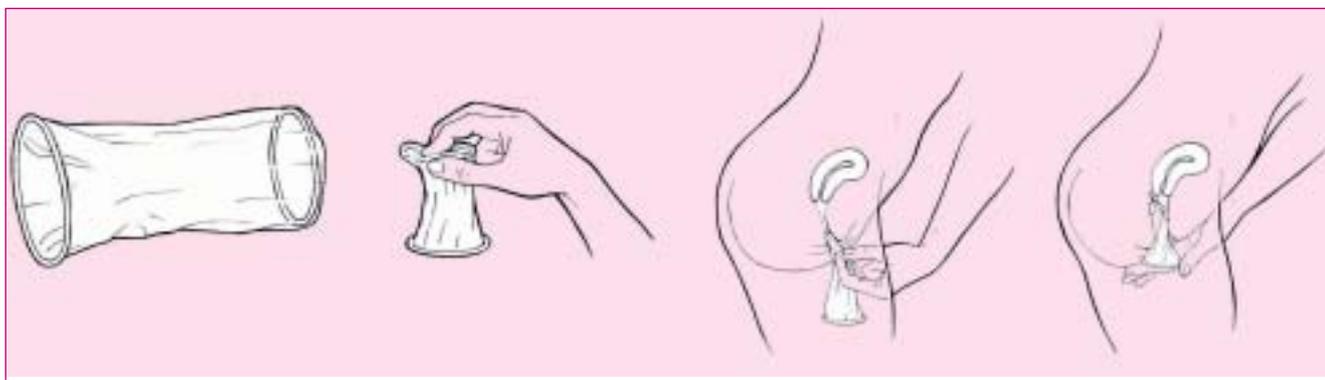
Já está sendo disponibilizada em nosso meio. Sua divulgação tem sido maior em algumas regiões do país, sendo ainda pouco conhecida em outras.



Poliuretano – É um material plástico.



Na sua região a camisinha feminina já vem sendo utilizada? Você já teve oportunidade de manuseá-la?



Este método está disponível nas Unidades de Saúde que você conhece ou às quais tem acesso?

### c) Espermaticida ou Espermicida

São produtos colocados no canal vaginal, antes da relação sexual. O espermicida atua formando uma película que recobre o canal vaginal e o colo do útero, impedindo a penetração dos espermatozóides no canal cervical e, bioquimicamente, imobilizando ou destruindo os espermatozóides, impedindo desta forma a gravidez.

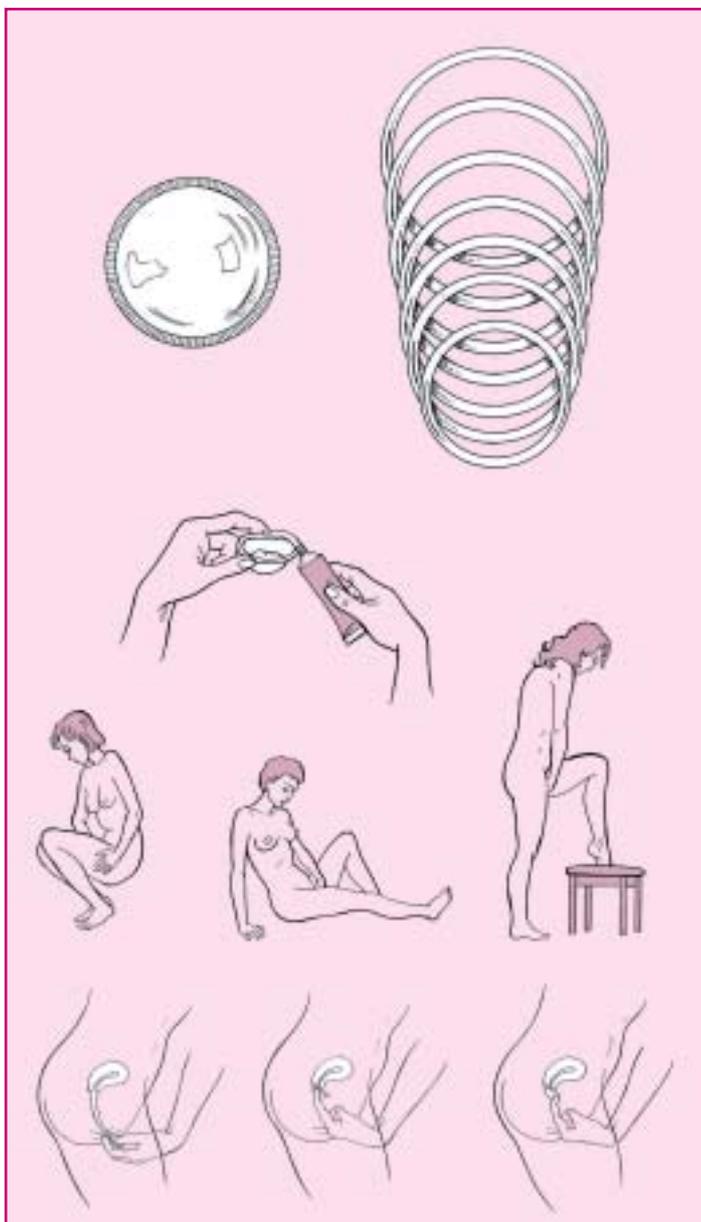
Podem se apresentar sob a forma de cremes, geléias, óvulos e espumas. Cada tipo vem com suas instruções para uso, as quais devem ser seguidas. Em nosso meio, a geléia espermaticida é a mais conhecida.

A geléia espermaticida deve ser colocada na vagina com o auxílio de um aplicador. A mulher deve estar deitada e após a colocação do medicamento, não deve levantar-se mais, para evitar que esta escorra. O aplicador, contendo o espermaticida, deve ser inserido o mais profundamente possível no canal vaginal. Da mesma forma, quando os espermaticidas se apresentarem sob a forma de óvulos, estes devem ser colocados com o dedo ou com aplicador próprio no fundo do canal vaginal.

É recomendável que a aplicação da geléia seja feita até, no máximo, 1 hora antes de cada relação sexual, sendo ideal o tempo de 30 minutos para que o agente espermaticida se espalhe adequadamente na vagina e no colo do útero. Deve-se seguir a recomendação do fabricante, já que pode haver recomendação de tempos diferentes de um produto para o outro.

Os espermicidas devem ser colocados de novo, se houver mais de uma ejaculação na mesma relação sexual. Se a ejaculação não ocorrer dentro do período de segurança garantido pelo espermicida, deve ser feita outra aplicação. Deve-se evitar o uso de duchas ou lavagens vaginais pelo menos 8 horas após o coito.

Caso se observe algum tipo de leucorréia, prurido e ardência vaginal ou peniana, interromper o uso do espermaticida. Este é contraindicado para mulheres que apresentem alto risco gestacional



#### d) Diafragma

É uma capa de borracha que tem uma parte côncava e uma convexa, com uma borda de metal flexível ou de borracha mais espessa que pode ser encontrada em diversos tamanhos, sendo necessária avaliação pelo médico e/ou enfermeiro, identificando a medida adequada a cada mulher

A própria mulher o coloca no canal vaginal, antes da relação sexual, cobrindo assim o colo do útero, pois suas bordas ficam situadas entre o fundo de saco posterior da vagina e o púbis.

Para ampliar a eficácia do diafragma, recomenda-se o uso associado de um espermaticida que deve ser colocado no diafragma em quantidade correspondente a uma colherinha de café no fundo do mesmo, espalhando-se com os dedos. Depois, colocar mais um pouco por fora, sobre o anel.

O diafragma impedirá, então, a gravidez por meio da barreira mecânica e, ainda assim, caso algum espermatozóide consiga escapar, se deparará com a barreira química, o espermaticida.

Para colocar e retirar o diafragma, deve-se escolher uma posição confortável (deitada, de cócoras ou com um pé apoiado sobre uma superfície qualquer), colocar o espermaticida, pegar o diafragma pelas bordas e apertá-lo no meio de modo que ele assuma o formato de um 8.

Com a outra mão, abrir os lábios da vulva e introduzi-lo profundamente na vagina. Após, fazer um toque vaginal para verificar se está bem colocado, ou seja, certificar-se de que está cobrindo todo o colo do útero. Se estiver fora do lugar, deverá ser retirado e recolocado até acertar.

Para retirá-lo, é só encaixar o dedo na borda do diafragma e puxá-lo para fora e para baixo.

É importante observar os seguintes cuidados, visando o melhor aproveitamento do método: urinar e lavar as mãos antes de colocar o diafragma (a bexiga cheia poderá dificultar a colocação); antes do uso, observá-lo com cuidado, inclusive contra a luz, para identificar possíveis furos ou outros defeitos; se a borracha do diafragma ficar enrugada, ele deverá ser trocado imediatamente.

O espermaticida só é atuante para uma ejaculação. Caso aconteça mais de uma, deve-se fazer uma nova aplicação do espermaticida, por meio do aplicador vaginal, sem retirar o diafragma.

O diafragma só deverá ser retirado de 6 a 8 horas após a última relação sexual, evitando-se o uso de duchas vaginais neste período. O período máximo que o diafragma pode permanecer dentro do canal vaginal é de 24 horas. Mais que isto, poderá favorecer infecções.

Após o uso, deve-se lavá-lo com água fria e sabão neutro, enxaguar bem, secar com um pano macio e polvilhar com amido ou talco neutro. Não usar água quente. Guardá-lo em sua caixinha, longe do calor e da luz.

Será necessário reavaliar o tamanho do diafragma depois de gravidez, aborto, ganho ou perda de peso (superior a 10 kg) e cirurgias de períneo. Deverá ser trocado rotineiramente a cada 2 anos.

As contra-indicações para o uso desse método ocorrem no caso de mulheres que nunca tiveram relação sexual, configuração anormal do canal vaginal, prolapso uterino, cistocele e/ou retocele acentuada, anteversão ou retroversão uterina acentuada, fistulas vaginais, tônus muscular vaginal deficiente, cervicites e outras patologias do colo do útero, leucorréias abundantes, alterações psíquicas graves, que impeçam o uso correto do método.

Os **contraceptivos hormonais orais** constituem um outro método muito utilizado pela mulher brasileira; são hormônios esteróides sintéticos, similares àqueles produzidos pelos ovários da mulher.



Cistocele - É a herniação ou prolapso da parede anterior da vagina devido à queda da bexiga.

Retocele - É a herniação ou prolapso da parede posterior da vagina devido à queda do reto.

Anteversão uterina é o desvio do corpo do útero para a frente e retroversão uterina, o desvio do corpo uterino para trás.

Quando a mulher faz opção pela **pílula anticoncepcional**, ela deve ser submetida a uma criteriosa avaliação clínico-ginecológica, durante a qual devem ser realizados e solicitados diversos exames, para avaliação da existência de possíveis contra-indicações.

O contraceptivo hormonal oral só impedirá a gravidez se tomado adequadamente. Cada tipo de pílula tem uma orientação específica a considerar. Os tipos de contraceptivos hormonais orais são:

### a) Pílulas combinadas

São aquelas que contêm em sua fórmula uma combinação de estrógenos e progestógenos durante todo o ciclo, numa série de 21 comprimidos. Atuam como contraceptivo basicamente através da inibição da ovulação, mas também provocam alterações no muco cervical, tornando-o hostil à espermomigração; provocam ainda alterações no endométrio, que dificultam a nidacão e criam alterações na motilidade das tubas uterinas, dificultando a captação do óvulo.

Ao utilizar este método, deve-se, no 1º mês de uso, tomar o 1º comprimido da cartela no 5º dia do ciclo (ou do 1º ao 5º dia do ciclo, nunca após o 5º dia), todos os dias, de preferência no mesmo horário. Ao final da cartela, parar por 7 dias, durante os quais ocorrerá o sangramento vaginal, e reiniciar nova cartela.

O dia de início de uma cartela coincidirá todos os meses. Por exemplo: se a 1ª cartela foi iniciada num sábado, todas as demais cartelas serão iniciadas aos sábados.

Caso a mulher esqueça de tomar um comprimido, deverá tomar a pílula esquecida assim que lembrar, mais a pílula do dia, no horário de sempre, ou então as duas pílulas no horário habitual. Se esquecer de tomar a pílula por dois dias, abandonar a cartela em uso e começar a utilizar outro método contraceptivo. Aguardar a próxima menstruação e recomeçar nova cartela no 5º dia do ciclo. Na ausência de sangramento transvaginal, deve procurar o serviço de saúde.

Outras recomendações importantes: no primeiro mês de uso, utilizar outro método concomitante como, por exemplo, a camisinha; no caso de vômitos ou diarreia por dois dias, procurar um serviço de saúde, evitando relações sexuais ou se protegendo com outro método, pois é possível que os hormônios da pílula não tenham sido absorvidos; deve-se evitar ingerir a pílula com o estômago vazio.

Quando a mulher quiser engravidar, recomenda-se interromper o uso por três meses antes e neste período deverá ser utilizado outro método.



No caso de não ocorrer o sangramento vaginal no período de pausa, a mulher deve procurar o serviço de saúde.



Exame colpocitológico – É o exame preventivo do câncer de colo do útero.

### **b) Minipílula**

Consiste numa baixa dose de progestógeno puro, de uso contínuo, numa série de 35 comprimidos. Seu mecanismo de ação se exerce através das alterações que provoca no desenvolvimento do endométrio, diminuição da motilidade das trompas e espessamento do muco cervical, tornando-o impróprio à espermomigração. A minipílula não impede a ovulação.

É freqüentemente utilizada pelas mulheres que estão amamentando por não conter estrógeno, não interferindo assim na produção de leite.

Orienta-se o seu uso da seguinte forma: tomar o 1º comprimido da cartela no 1º dia da menstruação e seguir tomando um comprimido ao dia, de preferência no mesmo horário, todos os dias, sem interrupção. Ao término de uma cartela, reiniciar a outra, sem pausas. Em caso de esquecimento, deve-se proceder da mesma forma que é recomendada para as pílulas combinadas.

As clientes, usuárias de pílulas, devem ser reavaliadas pelos profissionais de saúde a cada 6 meses e devem fazer o exame colpocitológico anualmente.

### **c) Pílula do dia seguinte:**

A pílula do dia seguinte é a pílula de uso pós-coito. Deve ser utilizada em casos de coito não protegido ou protegido de modo inadequado, na época prevista da ovulação, ou ainda em casos de estupro.

A administração desta pílula deve ser iniciada até 72 horas após o coito, porque é o período no decorrer do qual costuma ocorrer a fecundação.

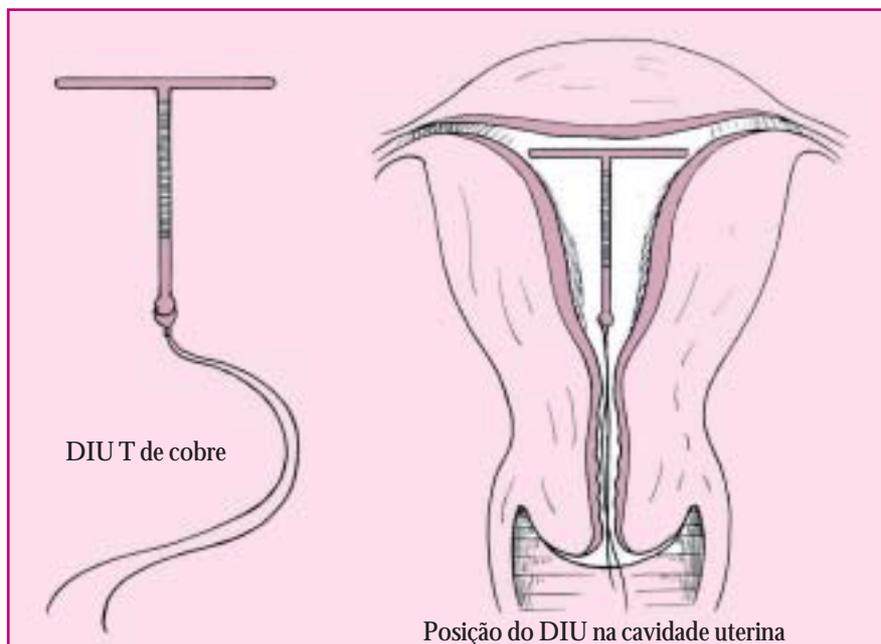
Seu mecanismo de ação se dá por meio da redução da motilidade das tubas uterinas, o que dificulta a viagem do óvulo eventualmente fecundado até o útero, impedindo a nidação. Um segundo efeito se dá sobre o próprio endométrio, o que também dificulta a nidação.

No caso de ocorrência de gravidez, não se conhecem os riscos para o embrião. Teoricamente, também é maior a possibilidade de gravidez tubária.

O **DIU** (Dispositivo Intra-Uterino) é um artefato feito de polietileno, com ou sem adição de substâncias metálicas ou hormonais, que tem ação contraceptiva quando posto dentro da cavidade uterina. Também podem ser utilizados para fins de tratamento, como é o caso dos DIUs medicados com hormônios.

Podem ser classificados em DIUs não medicados aqueles que não contêm substâncias ativas e, portanto, são constituídos apenas de polietileno; DIUs medicados que além da matriz de polietileno possuem substâncias que podem ser metais, como o cobre, ou hormônios.

Os DIUs mais utilizados são os T de cobre (TCu), ou seja, os DIUs que têm o formato da letra T e são medicados com o metal cobre. O aparelho vem enrolado em um fio de cobre bem fino.



A presença do DIU na cavidade uterina provoca uma reação inflamatória crônica no endométrio, como nas reações a corpo estranho. Esta reação provavelmente determina modificações bioquímicas no endométrio, o que impossibilita a implantação do ovo. Outra ação do DIU é o aumento da contratilidade uterina, dificultando o encontro do espermatozóide com o óvulo. O cobre presente no dispositivo tem ação espermicida.

A colocação do DIU é simples e rápida. Não é necessário anestesia. É realizada em consultório e para a inserção é utilizado técnica rigorosamente asséptica.

A mulher deve estar menstruada. A menstruação, além de ser uma garantia de que não está grávida, facilita a inserção, pois neste período o canal cervical está mais permeável. Após a inserção, a mulher é orientada a verificar a presença dos fios do DIU no canal vaginal.

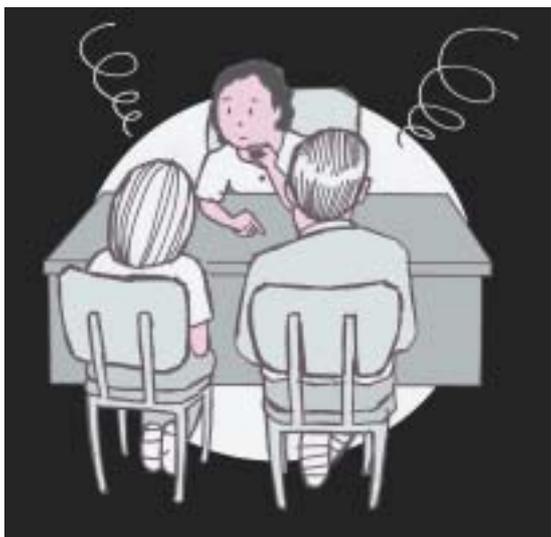
Na primeira semana de uso do método, a mulher não deve ter relações sexuais. O Ministério da Saúde recomenda que após a inserção do DIU a mulher deva retornar ao serviço para revisões com a seguinte periodicidade: 1 semana, 1 mês, 3 meses, 6 meses e 12 meses. A partir daí, se tudo estiver bem, o acompanhamento será anual, com a realização do preventivo.

O DIU deverá ser retirado quando a mulher quiser, quando tiver com a validade vencida ou quando estiver provocando algum problema.

A validade do DIU varia de acordo com o tipo. A validade do DIU Tcu, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, varia de 3 a 7 anos.

Os problemas que indicam a retirada do DIU são dor severa, sangramento intenso, doença pélvica inflamatória, expulsão parcial, gravidez (até a 12ª semana de gravidez, se os fios estiverem visíveis ao exame especular, pois indica que o saco gestacional está acima do DIU, e se a retirada não apresentar resistência).

### 3.2 Assistência aos casais portadores de esterilidade e infertilidade



A esterilização cirúrgica foi maciçamente realizada nas mulheres brasileiras, a partir das décadas de 60 e 70, por entidades que sob o rótulo de “planejamento familiar” desenvolviam programas de controle da natalidade em nosso país.

O reconhecimento da importância e complexidade que envolve as questões relativas à esterilização cirúrgica tem se refletido no âmbito legal.

A Lei do Planejamento Familiar de 1996 e as Portarias 144/97 e 48/99 do Ministério da Saúde normatizam os procedimentos, permitindo que o Sistema Único de Saúde (SUS) os realize, em acesso universal. Os critérios legais para a realização da esterilização cirúrgica pelo SUS são: ter capacidade civil plena; ter no mínimo 2 filhos vivos ou ter mais de 25 anos de idade, independente do número de filhos; manifestar, por escrito, a vontade de realizar a esterilização, no

mínimo 60 dias antes da realização da cirurgia; ter tido acesso a serviço multidisciplinar de aconselhamento sobre anticoncepção e prevenção de DST/AIDS, assim como a todos os métodos anticoncepcionais reversíveis; ter consentimento do cônjuge, no caso da vigência de união conjugal.

No caso do homem, a cirurgia é a vasectomia, que interrompe a passagem, pelos canais deferentes, dos espermatozóides produzidos nos testículos, impedindo que estes saiam no sêmen. Na mulher, é a ligadura de trompas ou laqueadura tubária que impede o encontro do óvulo com o espermatozóide.

O serviço que realizar o procedimento deverá oferecer todas as alternativas contraceptivas visando desencorajar a esterilização precoce. Deverá, ainda, orientar a cliente quanto aos riscos da cirurgia, efeitos colaterais e dificuldades de reversão. A lei impõe restrições quanto à realização da laqueadura tubária por ocasião do parto cesáreo, visando coibir o abuso de partos cirúrgicos realizados exclusivamente com a finalidade de realizar a esterilização.



A esterilização não é um método contraceptivo devido ao seu caráter irreversível, apesar de existirem numerosas pesquisas buscando a reversibilidade do procedimento.



Quais os critérios utilizados para se fazer a laqueadura tubária e/ou vasectomia na sua localidade?

A abordagem desta problemática deve ser sempre conjugal. Tanto o homem quanto a mulher podem possuir fatores que contribuam para este problema, ambos devem ser investigados.

A **esterilidade** é a incapacidade do casal obter gravidez após pelo menos um ano de relações sexuais freqüentes, com ejaculação intravaginal, sem uso de nenhum método contraceptivo.

Pode ser classificada em primária ou secundária. A esterilidade primária é quando nunca houve gravidez. Já a secundária, é quando o casal já conseguiu obter, pelo menos, uma gravidez e a partir daí passou a ter dificuldades para conseguir uma nova gestação.

A **infertilidade** é a dificuldade de o casal chegar ao final da gravidez com filhos vivos, ou seja, conseguem engravidar, porém as gestações terminam em abortamentos espontâneos ou em natimortos.

A infertilidade também pode ser classificada em primária ou secundária. A infertilidade primária é quando o casal não conseguiu gerar nenhum filho vivo. A secundária é quando as dificuldades em gerar filhos vivos acontecem com casais com filhos gerados anteriormente.

De acordo com o Ministério da Saúde, para esta classificação não são consideradas as gestações ou os filhos vivos que qualquer dos membros do casal possa ter tido com outro(a) parceiro(a).

A esterilidade/infertilidade, com freqüência, impõe um estresse e tensão no inter-relacionamento. Os clientes costumam admitir sentimentos de culpa, ressentimentos, suspeita, frustração e outros. Pode haver uma distorção da auto-imagem, pois a mulher pode considerar-se improdutiva e o homem desmasculinizado.

Portanto, na rede básica caberá aos profissionais de saúde dar orientações ao casal e encaminhamento para consulta no decorrer da qual se iniciará a investigação diagnóstica com posterior encaminhamento para os serviços especializados, sempre que necessário.

#### 4- CONHECENDO O PROCESSO DE GESTAÇÃO

**A** gravidez é um fenômeno reprodutivo que acontece em decorrência de uma relação sexual durante o período fértil da mulher (período da ovulação), ocasionando o encontro do espermatozóide com o óvulo, e sua conseqüente penetração. Geralmente, ocorre no interior de uma tuba uterina, em sua porção distal (mais próxima do ovário). Necessita, para tanto, de





Com a evolução da ciência, atualmente existem outras formas de fecundação: inseminação artificial, fecundação *in vitro*.

condições favoráveis no interior da tuba uterina, tais como a permeabilidade, lubrificação e movimentação das paredes e dos cílios, favorecendo o encontro das células sexuais masculinas e femininas, bem como sua movimentação até a parede uterina, onde ocorrerá a nidação - processo de implantação do ovo na parede do endométrio.

A ovulação decorre da ação de dois hormônios: folículo estimulante (FSH) e luteinizante (LH). Com a liberação do óvulo, surge no ovário o corpo lúteo, o qual produz a progesterona, o hormônio responsável pelo preparo do endométrio, tornando-o mais vascularizado e rico em nutrientes para o conceito.

Ocorrendo a nidação, inicia-se a diferenciação celular que dará origem ao embrião e a placenta. As células trofoblásticas, componentes iniciais da estrutura do ovo, responsáveis pela formação placentária, produzem o hormônio gonadotrofina coriônica humana (HCG), responsável pela produção do hormônio progesterona, que mantém o endométrio, evitando a menstruação.

A gestação normal tem duração aproximada de 280 dias ou 9 meses ou 40 semanas, podendo variar de 38 a 42 semanas gestacionais, período em que ocorre todo o desenvolvimento embrionário e fetal - que pode ser subdividido em três trimestres. Cada trimestre, por sua vez, é formado por 12 a 14 semanas de gestação, durante as quais ocorre a estruturação do novo ser, fundamental à sua condição humana.

Tal fenômeno traz diversas modificações no organismo e na vida da mulher. Assim ela pode vivenciar situações das mais simples às mais complexas, que repercutem tanto no seu bem-estar como no de seu conceito, podendo gerar, em função de medos e/ou ansiedades, até o desencadeamento de risco gestacional. Portanto, considerando-se tal fato, o contexto social de cada gestação é fundamental para o desenvolvimento da criança que vai nascer, e para a relação que a mulher e a família estabelecerão com ela.

O fenômeno da reprodução humana é um processo de transição biológica, psicológica e social, sendo diversos os fatores que interferem no desenrolar e no acontecimento da gravidez, que por si só ocasiona fortes, belas e essenciais modificações na vida da mulher - em seu corpo, mente, coração, relacionamentos e dinâmica de vida. Sua reação inicial dependerá do momento de vida pelo qual esteja passando: o desejo ou não de engravidar, se a gravidez foi ou não planejada, se a gravidez foi resultado de estupro. Em qualquer destas situações, ela dependerá do nível de apoio e suporte das pessoas para ela significativas, bem como da atenção e correta atuação da equipe de saúde que participará de todo o percurso do ciclo gravídico-puerperal.

Para que a gravidez transcorra com segurança, os cuidados necessários devem ser realizados, o mais precocemente possível, pela própria gestante, parceiro e família, com a participação dos profissionais de saúde.



Você já vivenciou este momento ou conviveu com a experiência da gravidez? Em algum momento você pensou como este fenômeno ocorre e como modifica a vida da mulher, do casal e/ou da família?

## 4.1 Diagnosticando a gravidez

Quanto mais cedo for realizado o diagnóstico de gravidez, mais fácil será o acompanhamento do desenvolvimento do embrião/feto e das alterações que ocorrem no organismo e na vida da mulher, possibilitando prevenir, identificar e tratar eventuais situações de anormalidades que possam comprometer a saúde da grávida e de sua criança (embrião ou feto), desde o período gestacional até o puerpério.

Este diagnóstico também pode ser feito tomando-se como ponto de partida informações trazidas pela mulher. Para tanto, faz-se importante sabermos se ela tem vida sexual ativa e se há referência de amenorréia (ausência de menstruação). A partir desses dados e de um exame clínico são identificados os sinais e sintomas físicos e psicológicos característicos, que também podem ser identificados por exames laboratoriais que comprovem a presença do hormônio gonadotrofina coriônica e/ou exames radiográficos específicos, como a ecografia gestacional ou ultra-sonografia.

Os sinais e sintomas da gestação dividem-se em três categorias que, quando positivas, confirmam o diagnóstico. É importante lembrar que muitos sinais e sintomas presentes na gestação podem também aparecer em outras circunstâncias.

Visando seu maior conhecimento, identificaremos a seguir os sinais e sintomas gestacionais mais comuns e que auxiliam o diagnóstico.

- **Sinais de presunção** – são os que sugerem gestação, decorrentes, principalmente, do aumento da progesterona:
  - a) **Amenorréia** - freqüentemente, é o primeiro sinal que alerta para uma possível gestação. É uma indicação valiosa para a mulher que possui menstruação regular; entretanto, também pode ser resultado de condições como, por exemplo, estresse emocional, mudanças ambientais, doenças crônicas, menopausa, uso de métodos contraceptivos e outros;
  - b) **Náusea com ou sem vômitos** - como sua ocorrência é mais freqüente pela manhã, é denominada “enjôo matinal”, mas pode ocorrer durante o restante do dia. Surge no início da gestação e, normalmente, não persiste após 16 semanas;
  - c) **Alterações mamárias** – caracterizam-se pelo aumento da sensibilidade, sensação de peso, latejamento e aumento da pigmentação dos mamilos e aréola; a partir do segundo mês, as mamas começam a aumentar de tamanho;
  - d) **Polaciúria** – é o aumento da freqüência urinária. Na gravidez, especialmente no primeiro e terceiro trimestre, dá-se o preenchimento e o conseqüente crescimento do útero que, por sua vez, pressiona a bexiga diminuindo o espaço neces-



O exame laboratorial TIG (teste imunológico de gravidez), na urina, ou a avaliação do hormônio  $\beta$ -HCG (beta-HCG), no sangue, quando positivos, indicam possibilidade de gravidez.

sário para realizar a função de reservatório. A esta alteração anatômica soma-se a alteração fisiológica causada pela ação da progesterona, que provoca um relaxamento da musculatura lisa da bexiga, diminuindo sua capacidade de armazenamento;

e) **Vibração ou tremor abdominal** – são termos usados para descrever o reconhecimento dos primeiros movimentos do feto, pela mãe, os quais geralmente surgem por volta da 20ª semana. Por serem delicados e quase imperceptíveis, podem ser confundidos com gases intestinais.

● **Sinais de probabilidade** – são os que indicam que existe uma provável gestação:

a) **Aumento uterino** – devido ao crescimento do feto, do útero e da placenta;

b) **Mudança da coloração da região vulvar** – tanto a vulva como o canal vaginal tornam-se bastante vascularizados, o que altera sua coloração de rosa-avermelhado para azul-escuro ou vinhosa;

c) **Colo amolecido** – devido ao aumento do aporte sanguíneo na região pélvica, o colo uterino torna-se mais amolecido e embebido, assim como as paredes vaginais tornam-se mais espessas, enrugadas, amolecidas e embebidas.

d) **Testes de gravidez** - inicialmente, o hormônio gonadotrofina coriônica é produzido durante a implantação do ovo no endométrio; posteriormente, passa a ser produzido pela placenta. Esse hormônio aparece na urina ou no sangue 10 a 12 dias após a fecundação, podendo ser identificado mediante exame específico;

e) **Sinal de rebote** – é o movimento do feto contra os dedos do examinador, após ser empurrado para cima, quando da realização de exame ginecológico (toque) ou abdominal;

f) **Contrações de Braxton-Hicks** – são contrações uterinas indolores, que começam no início da gestação, tornando-se mais notáveis à medida que esta avança, sentidas pela mulher como um aperto no abdome. Ao final da gestação, tornam-se mais fortes, podendo ser confundidas com as contrações do parto.

● **Sinais de certeza** – são aqueles que efetivamente confirmam a gestação:

a) **Batimento cardíaco fetal (BCF)** - utilizando-se o estetoscópio de Pinard, pode ser ouvido, freqüentemente, por volta da 18ª semana de gestação; caso seja utilizado um aparelho amplificador denominado sonar Doppler, a



Embebido –É quando o tecido uterino, devido ao aumento vascular, está infiltrado, “encharcado” de sangue, tornando-se assim mais macio.

partir da 12ª semana. A frequência cardíaca fetal é rápida e oscila de 120 a 160 batimentos por minuto;

- b) **Contornos fetais** – ao examinar a região abdominal, freqüentemente após a 20ª semana de gestação, identificamos algumas partes fetais (pólo cefálico, pélvico, dorso fetal);
- c) **Movimentos fetais ativos** – durante o exame, a atividade fetal pode ser percebida a partir da 18ª/20ª semana de gestação. A utilização da ultra-sonografia facilita a detectar mais precoce desses movimentos;
- d) **Visualização do embrião ou feto pela ultra-sonografia** – pode mostrar o produto da concepção (embrião) com 4 semanas de gestação, além de mostrar a pulsação cardíaca fetal nessa mesma época. Após a 12ª semana de gestação, a ultra-sonografia apresenta grande precisão diagnóstica.

Durante a evolução da gestação normal, verificamos grande número de sinais e sintomas que indicam alterações fisiológicas e anatômicas da gravidez. Além dos já descritos, freqüentemente encontrados no primeiro trimestre gestacional, existem outros como o aumento da salivação (sialorréia) e sangramentos gengivais, decorrentes do edema da mucosa gengival, em vista do aumento da vascularização.

Algumas gestantes apresentam essas alterações de forma mais intensa; outras, de forma mais leve - o que pode estar associado às particularidades psicossocioculturais. Dentre estes casos, podemos observar as perversões alimentares decorrentes de carência de minerais no organismo (ferro, vitaminas), tais como o desejo de ingerir barro, gelo ou comidas extravagantes.

Para minimizar tais ocorrências, faz-se necessário acompanhar a evolução da gestação por meio do pré-natal, identificando e analisando a sintomatologia apresentada, ouvindo a mulher e lhe repassando informações que podem indicar mudanças próprias da gravidez. Nos casos em que esta sintomatologia se intensificar, indica-se a referência a algumas medidas terapêuticas.

## 4.2 Assistência Pré-Natal

A assistência pré-natal é o primeiro passo para a vivência da gestação, parto e nascimento saudável e humanizado. Todas as mulheres têm o direito constitucional de ter acesso ao pré-natal e informações sobre o que está ocorrendo com o seu corpo, como minimizar os desconfortos provenientes das alterações gravídicas, conhecer os sinais de risco e aprender a lidar com os mesmos, quando a eles estiver exposta.





A assistência pré-natal visa proporcionar à mulher a proteção adequada para o desenvolvimento de sua gestação e de seu futuro bebê. Momento este vivenciado de forma distinta por cada uma<sup>3</sup>, bem como de gestação para gestação.



A atuação acolhedora da enfermagem, desde os primeiros contatos com a mulher grávida, é fator fundamental para que a gestante possa sentir-se digna de atenção, respeito e estímulo para vivenciar essa delicada fase de sua existência.

O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante todo o processo gestacional, de parturição e puerpério, mediante um conjunto de condutas, procedimentos e atitudes que permitem à mulher expressar livremente seus sentimentos. Essa atuação, condutas e atitudes visam tanto promover um parto e nascimento saudáveis como prevenir qualquer intercorrência clínico-obstétrica que possa levar à morbimortalidade materna e perinatal.

A equipe de saúde desenvolve ações com o objetivo de promover a saúde no período reprodutivo; prevenir a ocorrência de fatores de risco; resolver e/ou minimizar os problemas apresentados pela mulher, garantindo-lhe a aderência ao acompanhamento. Assim, quando de seu contato inicial para um primeiro atendimento no serviço de saúde, precisa ter suas necessidades identificadas e resolvidas, tais como, dentre outras: a certeza de que está grávida, o que pode ser comprovado por exame clínico e laboratorial; inscrição/registo no pré-natal; marcação de nova consulta com a inscrição no pré-natal e encaminhamento ao serviço de nutrição, odontologia e a outros como psicologia e assistência social, quando necessários.

Durante todo esse período, o auxiliar de enfermagem pode minimizar-lhe a ansiedade e/ou temores fazendo com que a mulher, seu companheiro e/ou família participem ativamente do processo, em todos os momentos, desde o pré-natal até o pós-nascimento. Visando promover a compreensão do processo de gestação, informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Ressalte-se, entretanto, que as ações educativas devem ser prioridades da equipe de saúde.

Durante o pré-natal, os conteúdos educativos importantes para serem abordados, desde que adequados às necessidades das gestantes, são:

- Pré-natal e Cartão da Gestante – apresentar a importância, objetivos e etapas, ouvindo as dúvidas e ansiedades das mulheres;
- Desenvolvimento da gravidez – apresentar as alterações emocionais, orgânicas e da auto-imagem; hábitos saudáveis como alimentação e nutrição, higiene corporal e dentária, atividades físicas, sono e repouso; vacinação antitetânica; relacionamento afetivo e sexual; direitos da mulher grávida/direitos reprodutivos – no Sistema de Saúde, no trabalho e na comunidade; identificação de mitos e preconceitos relacionados à gestação, parto e maternidade – esclarecimentos respeitosos; vícios e hábitos que devem ser evitados durante a gravidez; preparo para a amamentação;

3 Ministério da Saúde, 2000.

- Tipos de parto – aspectos facilitadores do preparo da mulher; exercícios para fortalecer o corpo na gestação e para o parto; preparo psíquico e físico para o parto e maternidade; início do trabalho de parto, etapas e cuidados;
- Participação do pai durante a gestação, parto e maternidade/paternidade – importância para o desenvolvimento saudável da criança;
- Cuidados com a criança recém-nascida, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e medidas preventivas e aleitamento materno;
- Anormalidades durante a gestação, trabalho de parto, parto e na amamentação – novas condutas e encaminhamentos.

O processo gravídico-puerperal é dividido em três grandes fases: a gestação, o parto e o puerpério. Cada uma das quais possui peculiaridades em relação às alterações anátomo-fisiológicas e psicológicas da mulher.

#### 4.2.1 O primeiro trimestre da gravidez

No início, algumas gestantes apresentam dúvidas, medos e anseios em relação às condições sociais (Será que conseguirei criar este filho? Como esta gestação será vista no meu trabalho? Conseguirei conciliar o trabalho com um futuro filho?) e emocionais (Será que esta gravidez será aceita por meu companheiro e/ou minha família?) que decorrem desta situação. Outras, apresentam modificação no comportamento sexual, com diminuição ou aumento da libido, ou alteração da autoestima, frente ao corpo modificado.

Essas reações são comuns, mas em alguns casos necessitam de acompanhamento específico (psicólogo, psiquiatra, assistente social).

Confirmado o diagnóstico, inicia-se o acompanhamento da gestante através da inscrição no pré-natal, com o preenchimento do cartão, onde são registrados seus dados de identificação e socioeconômicos, motivo da consulta, medidas antropométricas (peso, altura), sinais vitais e dados da gestação atual.

Visando calcular a idade gestacional e data provável do parto (DPP), pergunta-se à gestante qual foi a data de sua última menstruação (DUM), registrando-se sua certeza ou dúvida.

Existem diversas maneiras para se calcular a idade gestacional<sup>4</sup>, considerando-se ou não o conhecimento da data da última menstruação.

#### ● Quando a data da última menstruação é conhecida pela gestante

- a) Utiliza-se o calendário, contando o número de semanas a partir do 1º dia da última menstruação até a data da consulta. A data



Até a 8ª semana, o concepto é conhecido como embrião; e o período, como embrionário. Da 8ª a 42ª semana, é denominado feto e o período fetal.

4 Ministério da Saúde, 2000

provável do parto corresponderá ao final da 40ª semana, contada a partir do 1º dia da última menstruação;

- b) Uma outra forma de cálculo é somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e adicionar nove meses ao mês em que ela ocorreu.

Exemplos: Se a DUM for 13/9/00, a DPP será 20/6/01;

se a DUM for 27/6/95, a DPP será 4/4/96.

● **Quando a data da última menstruação é desconhecida pela gestante**

Nesse caso, uma das formas clínicas para o cálculo da idade gestacional é a verificação da altura uterina, ou a realização de ultrasonografia. Geralmente, essa medida equivale ao número de semanas gestacionais, mas só deve ser considerada a partir de um exame obstétrico detalhado.

Outro dado a ser registrado no cartão é a **situação vacinal** da gestante. Sua imunização com vacina antitetânica é rotineiramente feita no pré-natal, considerando-se que os anticorpos produzidos ultrapassam a barreira placentária, vindo a proteger o concepto contra o tétano neonatal - pois a infecção do bebê pelo *Clostridium tetani* pode ocorrer no momento do parto e/ou durante o período de cicatrização do coto umbilical, se não forem observados os adequados cuidados de assepsia.

Ressalte-se que este procedimento também previne o tétano na mãe, já que a mesma pode vir a infectar-se por ocasião da episiotomia ou cesariana.

A proteção da gestante e do feto é realizada com a vacina dupla tipo adulto (dT) ou, em sua falta, com o toxóide tetânico (TT)<sup>5</sup>. O esquema recomendado é o seguinte:

● **Gestante não-vacinada**

O esquema básico consta de três doses, podendo-se adotar um dos seguintes:

1ª DOSE	2ª DOSE	3ª DOSE
Precoce	30-60 dias depois da 1ª dose	180 dias depois da 2ª dose
Precoce	60 dias depois da 1ª dose	60 dias depois da 2ª dose

Reforços: de dez em dez anos. A dose de reforço deve ser antecipada se, após a aplicação da última dose, ocorrer nova gravidez em cinco anos ou mais.



Para que ocorra a imunidade eficaz do binômio mãe-filho, faz-se necessária a administração de duas doses da vacina, sendo que a última deve ser aplicada 20 dias antes do parto.

5 Ministério da Saúde, 2000.

## ● Gestante vacinada

Esquema básico: na gestante que já recebeu uma ou duas doses da vacina contra o tétano (DPT, TT, dT, ou DT), deverão ser aplicadas mais uma ou duas doses da vacina dupla tipo adulto (dT) ou, na falta desta, o toxóide tetânico (TT), para se completar o esquema básico de três doses.

Reforços: de dez em dez anos. A dose de reforço deve ser antecipada se, após a aplicação da última dose, ocorrer nova gravidez em cinco anos ou mais.

O auxiliar de enfermagem deve atentar e orientar para o surgimento das **reações adversas** mais comuns, como dor, calor, rubor e endurecimento local e febre. Nos casos de persistência e/ou reações adversas significativas, encaminhar para consulta médica.

A única contra-indicação é o relato, muito raro, de reação anafilática à aplicação de dose anterior da vacina. Tal fato mostra a importância de se valorizar qualquer intercorrência anterior verbalizada pela cliente.

Na gestação, a mulher tem garantida a realização de exames laboratoriais de rotina, dos quais os mais comuns são:

- hemograma completo (dosagem de hemoglobina, hematócrito, leucócitos);
- grupo sanguíneo e fator Rh;
- sorologia para sífilis (VDRL);
- glicemia;
- teste anti-HIV;
- EAS;
- parasitológico;
- preventivo de câncer de colo de útero (Papanicolaou).

Estes exames, que devem ser realizados no 1° e 3° trimestre de gravidez, objetivam avaliar as condições de saúde da gestante, ajudando a detecção, prevenindo seqüelas, complicações e a transmissão de doenças ao RN, possibilitando, assim, que a gestante seja precocemente tratada de qualquer anormalidade que possa vir a apresentar.

O auxiliar de enfermagem pode ajudar a gestante, companheiro e/ou família nesse momento de transição, prestando orientações tanto no tocante à evolução do processo como esclarecendo e desmistificando inúmeros mitos e tabus associados à gestação, para que sua evolução ocorra de forma sadia.



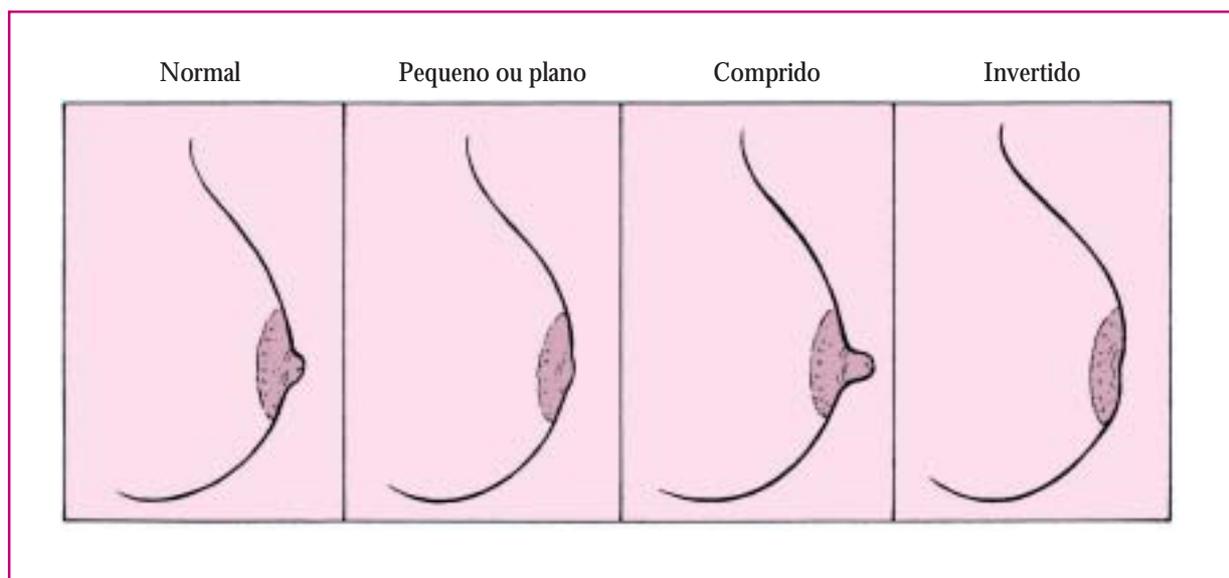
É comum ouvirmos que a “gestante deve comer por dois”. Isto é verdade ou mentira? Porquê?

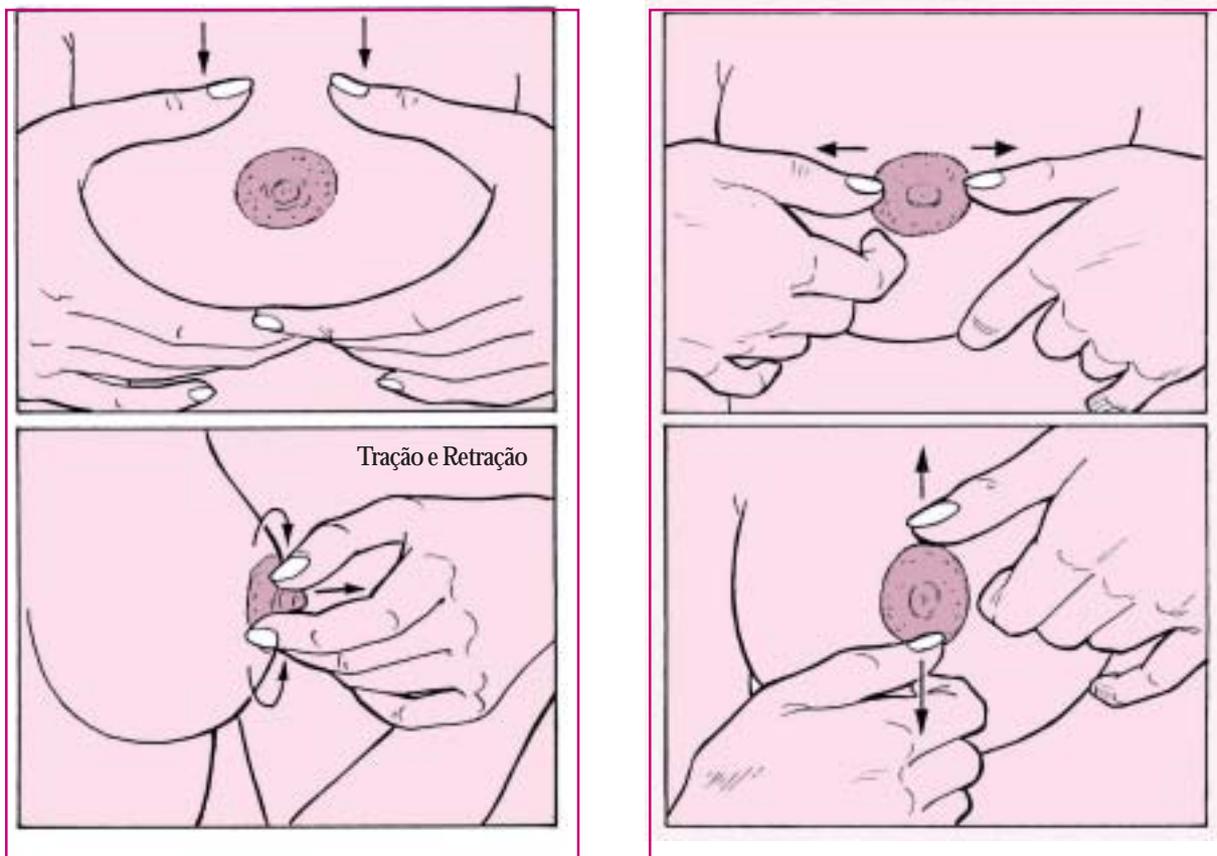
Assim, deve informar acerca da importância de uma **alimentação** balanceada e rica em proteínas, vitaminas e sais minerais, presentes em frutas, verduras, legumes, tubérculos, grãos, castanhas, peixes, carnes e leite - elementos importantes no suprimento do organismo da gestante e na formação do novo ser.

A **higiene corporal e oral** devem ser incentivadas, pois existe o risco de infecção urinária, gengivite e dermatite. Se a gestante apresentar reações a odores de pasta de dente, sabonete ou desodorante, entre outros, deve ser orientada a utilizar produtos neutros ou mesmo água e bucha, conforme permitam suas condições financeiras.

É importante, já no primeiro trimestre, iniciar o **preparo das mamas** para o aleitamento materno. Alguns cuidados devem ser estimulados, tais como fricção, com a toalha de banho, sobre o mamilo; exposição das mamas ao sol e o sugar do mamilo pelo companheiro da mulher.

Para as mulheres que apresentam mamilo plano ou invertido, orientar a realização da manobra ou exercício de Hoffmann - que objetiva romper as múltiplas aderências do tecido conjuntivo e estimular a elasticidade do mamilo e da aréola. Esta manobra deve ser realizada o mais freqüentemente possível e consiste em tracionar a pele da aréola com os dois polegares, puxando-a para os lados, para cima e para baixo. Outros exercícios são a torção do bico do mamilo para os dois lados e a sua tração e retração. Todas essas manobras objetivam o preparo do mamilo, formando-o e dessensibilizando-o, tornando a pele mais resistente e prevenindo rachaduras e fissuras durante o aleitamento materno.





Outras orientações referem-se a algumas das sintomatologias mais comuns, a seguir relacionadas, que a gestante pode apresentar no primeiro trimestre e as condutas terapêuticas que podem ser realizadas. Essas orientações são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo doenças clínicas mais complexas. Entretanto, a maioria das queixas diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos, que devem ser utilizados apenas com prescrição.

- a) **Náuseas e vômitos** - explicar que esses sintomas são muito comuns no início da gestação. Para diminuí-los, orientar que a dieta seja fracionada (seis refeições leves ao dia) e que se evite o uso de frituras, gorduras e alimentos com odores fortes ou desagradáveis, bem como a ingestão de líquidos durante as refeições (os quais devem, preferencialmente, ser ingeridos nos intervalos). Comer bolachas secas antes de se levantar ou tomar um copo de água gelada com algumas gotas de limão, ou ainda chupar laranja, ameniza os enjoos. Nos casos de vômitos frequentes, agendar consulta médica ou de enfermagem para avaliar a necessidade de usar medicamentos;
- b) **Sialorréia** – é a salivagem excessiva, comum no início da gestação. Orientar que a dieta deve ser semelhante à indicada para

náuseas e vômitos; que é importante tomar líquidos (água, sucos) em abundância (especialmente em épocas de calor) e que a saliva deve ser deglutida, pois possui enzimas que auxiliarão na digestão dos alimentos;

- c) **Fraqueza, vertigens e desmaios** - verificar a ingesta e frequência alimentar; orientar quanto à dieta fracionada e o uso de chá ou café com açúcar como estimulante, desde que não estejam contra-indicados; evitar ambientes mal ventilados, mudanças bruscas de posição e inatividade. Explicar que sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, minimiza o surgimento dessas sensações;
- d) **Corrimento vaginal** - geralmente, a gestante apresenta-se mais úmida em virtude do aumento da vascularização. Na ocorrência de fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido, com prurido ou não, agendar consulta médica ou de enfermagem. Nessa circunstância, consultar condutas no *Manual de Tratamento e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST – AIDS/MS*;
- e) **Polaciúria** – explicar porque ocorre, reforçando a importância da higiene íntima; agendar consulta médica ou de enfermagem caso exista disúria (dor ao urinar) ou hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre;
- f) **Sangramento nas gengivas** - recomendar o uso de escova de dentes macia e realizar massagem na gengiva. Agendar atendimento odontológico, sempre que possível.

### • O feto e seus anexos

Após verificarmos o processo de fecundação e as alterações anatomo-fisiológicas do organismo materno vamos conhecer alguns aspectos da evolução do conceito e de seus anexos (placenta, líquido e membranas amnióticas e cordão umbilical).

Após o processo de nidação, o ovo assemelha-se, no início, a uma esfera. Apenas ao término do primeiro mês consegue-se distinguir a cabeça e os rudimentos de olhos, ouvidos e nariz; o coração e alguns outros órgãos encontram-se em formação (pulmões, sistema geniturinário), bem como as raízes dos braços e pernas. O embrião, neste período, mede em torno de 5 mm de comprimento e seu peso é quase insignificante.

Em torno da 6<sup>a</sup>-8<sup>a</sup> semana, a cabeça apresenta-se desproporcionalmente grande em relação ao corpo, devido ao desenvolvimento cerebral – nessa fase é possível visualizar com maior nitidez os olhos. A posição embrionária assume uma curvatura do dorso



Membranas amnióticas ou fetais – São as membranas que envolvem o feto e o líquido amniótico. Também conhecidas como “bolsa d’água”.



Ovo – É o óvulo fecundado.

para a frente, como que protegendo os órgãos viscerais em desenvolvimento. Nesta fase, o embrião tem cerca de 2,5 cm de comprimento e, aproximadamente, 10 g de peso.

Ao término da 8ª semana o embrião passa à condição de feto. Esta fase é muito delicada para a vida do novo ser, pois seus tecidos embrionários são muito tenros e frágeis, passíveis de sofrerem alterações. Considerando tal fato, a mulher deve ser orientada para evitar o uso de drogas e medicações contra-indicadas, bem como exposição a radiações (raios X, radioativos, etc.).

Ao término da 12ª semana, o feto tem perto de 9 cm e 40 g de peso. O tamanho de sua cabeça já é pouco menor em relação ao corpo, distinguindo-se facilmente os olhos, nariz e boca, com presença de pálpebras e lábios. Os órgãos sexuais apresentam as características nítidas do futuro bebê. Inicia-se o período fetal, em que os órgãos e sistemas estão basicamente formados. Nas semanas subseqüentes, ocorrerá a maturação.

A placenta e as membranas fetais são estruturas indispensáveis à vida e ao bem-estar do feto<sup>6</sup>. Desenvolvem-se ao mesmo tempo que o embrião e aumentam em complexidade e tamanho simultaneamente ao crescimento e desenvolvimento do feto, inserindo-se, na maioria dos casos, no corpo do útero<sup>7</sup>. Proporcionam a proteção contra traumatismos, oxigenação, nutrição e eliminação de resíduos degradados do metabolismo fetal (dióxido de carbono, produtos nocivos decorrentes do processo metabólico. Após o nascimento da criança, essas estruturas separam-se do útero e são expelidas.

A circulação materno-fetal se estabelece a partir da 4ª semana gestacional, por meio da circulação sanguínea entre o útero e a placenta (circulação útero-placentária) e entre a placenta e o embrião (circulação fetoplacentária). O feto está em contato com a placenta através do cordão umbilical, o qual geralmente está inserido junto à área central desta. O cordão umbilical apresenta duas artérias e uma veia - as artérias transportam o sangue fetal (venoso) para a placenta e a veia leva o sangue materno (arterial) da placenta para o feto.

A placenta permite a passagem de várias substâncias do sangue materno para o sangue fetal, necessárias ao desenvolvimento do feto, entre elas: oxigênio, água, eletrólitos, glicídios, lipídios, proteínas, aminoácidos, vitaminas, hormônios, anticorpos e alguns medicamentos. Da mesma forma, a placenta recebe do sangue fetal o gás carbônico, água, hormônios e resíduos metabólicos (uréia, creatinina, ácido úrico, fosfatos, sulfatos) que serão excretados através dos sistemas circulatório e renal maternos.

Outra importante função placentária é a de proteção. Sabemos que a barreira placentária faz uma espécie de “seleção” dos elementos necessários ou não ao concepto. Contudo, alguns destes elementos con-

---

6 Ziegel, 1985.

7 Bittar, 1995.



A talidomida é um medicamento que pode ser utilizado no tratamento do lúpus, da hanseníase e de náuseas e vômitos; entretanto, pode inibir o efeito de anti-concepcionais hormonais, e na gestação, causar má-formação de membros superiores e inferiores no conceito, pois atravessa a barreira placentária.



Exame pré-nupcial – É o exame realizado pelo casal antes de consolidarem uma relação conjugal. Permite ao casal identificar qualquer anormalidade em sua saúde, principalmente no tocante à saúde reprodutiva; os exames laboratoriais mais comuns são: VDRL, tipagem sanguínea, anti-HIV e hemograma completo, aconselhamento genético e outros.



Visando estreitar o vínculo familiar, estimula-se que a mãe converse, cante e/ou conte histórias ao feto, o que pode influenciar suas reações após o nascimento.

seguem “driblar” a barreira e chegar à circulação fetal, causando danos que, dependendo da idade gestacional, serão de maior ou menor intensidade. Como exemplos, temos: as drogas, a nicotina e o álcool, alguns medicamentos e microrganismos.

Os principais microrganismos que, ao infectarem a gestante, podem transpor a barreira placentária e infectar o conceito são:

- vírus – principalmente nos três primeiros meses da gravidez, o vírus da rubéola pode comprometer o embrião, causando má-formação, hemorragias, hepatoesplenomegalia, pneumonias, hepatite, encefalite e outras. Outros vírus que também podem prejudicar o feto são os da varicela, da varíola, da herpes, da hepatite, do sarampo e da AIDS;
- bactérias – as da sífilis e tuberculose congênita. Caso a infecção ocorra a partir do quinto mês de gestação, há o risco de óbito fetal, aborto e parto prematuro;
- protozoários – causadores da toxoplasmose congênita. A diferença da toxoplasmose para a rubéola e sífilis é que, independentemente da idade gestacional em que ocorra a infecção do conceito, os danos podem ser irreparáveis.

Considerando-se esses problemas, ressalta-se a importância dos exames sorológicos pré-nupcial e pré-natal, que permitem o diagnóstico precoce da(s) doença(s) e a consequente assistência imediata.

#### 4.2.2 O segundo trimestre da gravidez

No segundo trimestre, ou seja, a partir da 14<sup>a</sup> até a 27<sup>a</sup> semana de gestação, a grande maioria dos problemas de aceitação da gravidez foi amenizada ou sanada e a mulher e/ou casal e/ou família entram na fase de “curtir o bebê que está por vir”. Começa então a preparação do enxoval.

Nesse período, o organismo ultrapassou a fase de estresse e encontra-se com mais harmonia e equilíbrio. Os questionamentos estão mais voltados para a identificação do sexo (“Menino ou menina?”) e condições de saúde da futura criança (“Meu filho será perfeito?”).

A mulher refere percepção dos movimentos fetais, que já podem ser confirmados no exame obstétrico realizado pelo enfermeiro ou médico. Com o auxílio do sonar Doppler ou estetoscópio de Pinnard, pode-se auscultar os batimentos fetais (BCF). Nesse momento, o auxiliar de enfermagem deve colaborar, garantindo a presença do futuro papai ou acompanhante. A emoção que ambos sentem ao escutar pela primeira vez o coração do bebê é sempre muito grande, pois confirma-se a geração de uma nova vida.

A placenta encontra-se formada, os órgãos e tecidos estão diferenciados e o feto começa o amadurecimento de seus sistemas. Reage ativamente aos estímulos externos, como vibrações, luz forte, som e outros.

Tendo em vista as alterações externas no corpo da gestante - aumento das mamas, produção de colostro e aumento do abdome - a mulher pode fazer questionamentos tais como: “Meu corpo vai voltar ao que era antes? Meu companheiro vai perder o interesse sexual por mim? Como posso viver um bom relacionamento sexual? A penetração do pênis machucará a criança?”. Nessas circunstâncias, a equipe deve proporcionar-lhe o apoio devido, orientando-a, esclarecendo-a e, principalmente, ajudando-a a manter a auto-estima.

A partir dessas modificações e alterações anátomo-fisiológicas, a gestante pode ter seu equilíbrio emocional e físico comprometidos, o que lhe gera certo desconforto. Além das sintomatologias mencionadas no primeiro trimestre, podemos ainda encontrar queixas freqüentes no segundo (abaixo listadas) e até mesmo no terceiro trimestre. Assim sendo, o fornecimento das corretas orientações e condutas terapêuticas são de grande importância no sentido de minimizar essas dificuldades.

- a) **Pirose (azia)** - orientar para fazer dieta fracionada, evitando frituras, café, qualquer tipo de chá, refrigerantes, doces, álcool e fumo. Em alguns casos, a critério médico, a gestante pode fazer uso de medicamentos;
- b) **Flatulência, constipação intestinal, dor abdominal e cólicas** – nos casos de flatulências (gases) e/ou constipação intestinal, orientar dieta rica em fibras, evitando alimentos de alta fermentação, e recomendar aumento da ingestão de líquidos (água, sucos). Adicionalmente, estimular a gestante a fazer caminhadas, movimentar-se e regularizar o hábito intestinal, adequando, para ir ao banheiro, um horário que considere ideal para sua rotina. Agendar consulta com nutricionista; se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugerir o uso de cinta (com exceção da elástica); em alguns casos, a critério médico, a gestante pode fazer uso de medicamentos para gases, constipação intestinal e cólicas. Nas situações em que a dor abdominal ou cólica forem persistentes e o abdome gravídico apresentar-se endurecido e dolorido, encaminhar para consulta com o enfermeiro ou médico, o mais breve possível;
- c) **Hemorróidas** – orientar a gestante para fazer dieta rica em fibras, visando evitar a constipação intestinal, não usar papel higiênico colorido e/ou muito áspero, pois podem causar irritações, e realizar após defecar, higiene perianal com água e sabão neutro. Agendar consulta médica caso haja dor ou sangramento anal persistente; se necessário, agendar consulta de pré-natal e/ou com o nutricionista;



Colostro – Consiste numa substância láctea produzida pela glândula mamária, esbranquiçada e mais espessa do que o leite. Contém anticorpos e glóbulos brancos (leucócitos), importantes na proteção imunológica do recém-nato.



O colo do útero é totalmente fechado pelo muco produzido pelas glândulas da cérvice uterina, que recebe o nome de tampão mucoso. Este só perde sua função quando há problemas ou dificuldades funcionais – incompetência istmocervical, e no trabalho de parto, prematuro ou não.

- d) **Alteração do padrão respiratório** - muito freqüente na gestação, em decorrência do aumento do útero que impede a expansão diafragmática, intensificada por postura inadequada e/ou ansiedade da gestante. Nesses casos, recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo ou direito e o uso de travesseiros altos que possibilitem elevação do tórax, melhorando a expansão pulmonar. Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias, agendando consulta com o psicólogo, quando necessário. Estar atento para associação com outros sintomas (ansiedade, cianose de extremidades, cianose de mucosas) ou agravamento da dificuldade em respirar, pois, embora não freqüente, pode tratar-se de doença cardíaca ou respiratória; nessa circunstância, agendar consulta médica ou de enfermagem imediata;
- e) **Desconforto mamário** - recomendar o uso constante de sutiã, com boa sustentação; persistindo a dor, encaminhar para consulta médica ou de enfermagem;
- f) **Lombalgia** - recomendar a correção de postura ao sentar-se e ao andar, bem como o uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis. A aplicação de calor local, por compressas ou banhos mornos, é recomendável. Em alguns casos, a critério médico, a gestante pode fazer uso de medicamentos;
- g) **Cefaléia** - conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores, agendando consulta com o psicólogo, se necessário. Verificar a pressão arterial, agendando consulta médica ou de enfermagem no sentido de afastar suspeita de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (principalmente se mais de 24 semanas de gestação);
- h) **Varizes** - recomendar que a gestante não permaneça muito tempo em pé ou sentada e que repouse por 20 minutos, várias vezes ao dia, com as pernas elevadas, e não use roupas muito justas e nem ligas nas pernas - se possível, deve utilizar meia-calça elástica especial para gestante;
- i) **Câimbras** - recomendar, à gestante, que realize massagens no músculo contraído e dolorido, mediante aplicação de calor local, e evite excesso de exercícios;
- j) **Hiperpigmentação da pele** - explicar que tal fato é muito comum na gestação mas costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto. Pode apresentar como manchas escuras no rosto (cloasma gravídico), mamilos escurecidos ou, ainda, escurecimento da linha alva (linha nigra). Para minimizar o cloasma gravídico, recomenda-se à gestante, quando for expor-se ao sol, o uso de protetor solar e chapéu;



Linha alva – É a linha abdominal que se estende do apêndice xifóide até o púbis; na gravidez esta escurece.

- l) **Estrias** - explicar que são resultado da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção, sendo comum no abdome, mamas, flancos, região lombar e sacra. As estrias, que no início apresentam cor arroxeadada, tendem, com o tempo, a ficar de cor semelhante à da pele;
- m) **Edemas** – explicar que são resultado do peso extra (placenta, líquido amniótico e feto) e da pressão que o útero aumentado exerce sobre os vasos sanguíneos, sendo sua ocorrência bastante comum nos membros inferiores. Podem ser detectados quando, com a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias, se pressiona a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, na face anterior (região pré-tibial). O edema fica evidenciado mediante presença de uma depressão duradoura (cacifo) no local pressionado. Nesses casos, recomendar que a gestante mantenha as pernas elevadas pelo menos 20 minutos por 3 a 4 vezes ao dia, quando possível, e que use meia elástica apropriada.

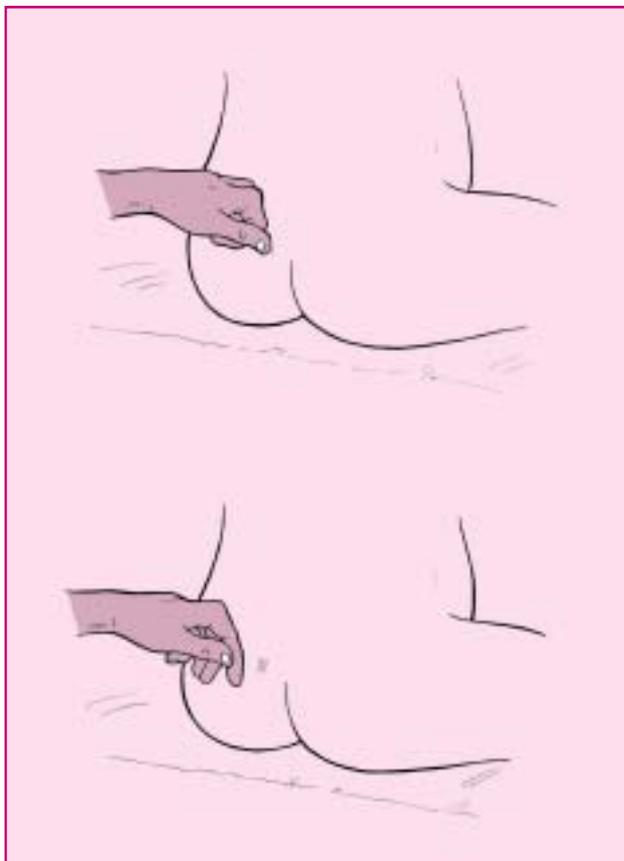


Ainda que controversas, na tentativa de preveni-las podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas (óleo de amêndoa, hidratante, óleo mineral).



Se a gestante apresentar ou referir edema de face ou mãos, encaminhar imediatamente para consulta com enfermeiro ou médico, pois este é um sinal de alerta de DHEG.





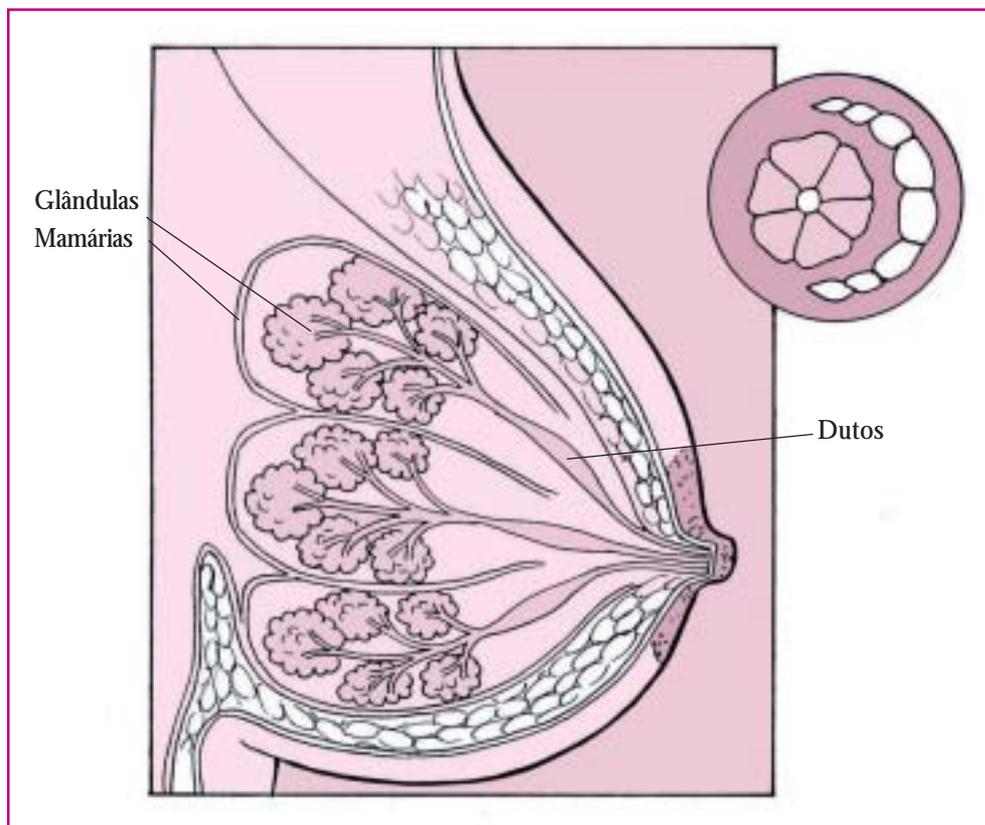
### 4.2.3 O terceiro trimestre da gravidez

Muitas mulheres deixam de amamentar seus filhos precocemente devido a vários fatores (social, econômico, biológico, psicológico), nos quais se destacam estilos de vida (urbano ou rural), tipos de ocupação (horário e distância do trabalho), estrutura de apoio ao aleitamento (creches, tempo de licença-aleitamento) e mitos ou ausência de informação.

Por isso, é importante o preparo dessa futura nutriz ainda no pré-natal, que pode ser desenvolvido individualmente ou em grupo. As orientações devem abranger as vantagens do aleitamento para a mãe (prático, econômico e não exige preparo), relacionadas à involução uterina (retorno e realinhamento das fibras musculares da parede do útero) e ao desenvolvimento da inter-relação afetiva entre mãe-filho. Para o bebê, as vantagens relacionam-se com a composição do leite, que atende a todas as suas necessidades nutricionais nos primeiros 6 meses de vida, é adequada à digestão e propicia a passagem de mecanismos de defesa (anticorpos) da mãe; além disso, o ato de sugar auxilia a formação da arcada dentária, o que facilitará, posteriormente, a fala.

No tocante ao ato de amamentar, a mãe deve receber várias orientações: este deve ocorrer sempre que a criança tiver fome e durante o tempo que quiser (livre demanda). Para sua realização, a mãe deve

procurar um local confortável e tranqüilo, posicionar a criança da forma mais cômoda - de forma que lhe permita a abocanhar o mamilo e toda ou parte da aréola, afastando o peito do nariz da criança com o auxílio dos dedos – e oferecer-lhe os dois seios em cada mamada, começando sempre pelo que foi oferecido por último (o que permitirá melhor esvaziamento das mamas e maior produção de leite, bem como o fornecimento de quantidade constante de gordura em todas as mamadas). Ao retirar o bebê do mamilo, nunca puxá-lo, pois isto pode causar rachadura ou fissura. Como prevenção, deve-se orientar a mãe a introduzir o dedo mínimo na boca do bebê e, quando ele suga-lo, soltar o mamilo.



Em virtude da proximidade do término da gestação, as expectativas estão mais voltadas para os momentos do parto (“Será que vou sentir e/ou agüentar a dor?”) e de ver o bebê (“Será que é perfeito?”). Geralmente, este é um dos períodos de maior tensão da gestante.

No terceiro trimestre, o útero volumoso e a sobrecarga dos sistemas cardiovascular, respiratório e locomotor desencadeiam alterações orgânicas e desconforto, pois o organismo apresenta menor capacidade de adaptação. Há aumento de estresse, cansaço, e surgem as dificuldades para movimentar-se e dormir.



Você já viu uma gestante andando como uma “patinha” (andar anseriano)? O que a faz andar assim?

Freqüentemente, a gestante refere plenitude gástrica e constipação intestinal, decorrentes tanto da diminuição da área gástrica quanto da diminuição da peristalse devido à pressão uterina sobre os intestinos, levando ao aumento da absorção de água no intestino, o que colabora para o surgimento de hemorróidas. É comum observarmos queixas em relação à digestão de alimentos mais pesados. Portanto, é importante orientar dieta fracionada, rica em verduras e legumes, alimentos mais leves e que favoreçam a digestão e evitem constipações. O mais importante é a qualidade dos alimentos, e não sua quantidade.

Observamos que a freqüência urinária aumenta no final da gestação, em virtude do encaixamento da cabeça do feto na cavidade pélvica; em contrapartida, a dificuldade respiratória se ameniza. Entretanto, enquanto tal fenômeno de descida da cabeça não acontece, o desconforto respiratório do final da gravidez pode ser amenizado adotando a posição de semifowler durante o descanso.

Ao final do terceiro trimestre, é comum surgirem mais varizes e edema de membros inferiores, tanto pela compressão do útero sobre as veias ilíacas, dificultando o retorno venoso, quanto por efeitos climáticos, principalmente climas quentes. É importante observar a evolução do edema, pesando a gestante e, procurando evitar complicações vasculares, orientando seu repouso em decúbito lateral esquerdo, conforme as condutas terapêuticas anteriormente mencionadas.

Destacamos que no final desse período o feto diminui seus movimentos pois possui pouco espaço para mexer-se. Assim, a mãe deve ser orientada para tal fenômeno, mas deve supervisionar diariamente os movimentos fetais – o feto deve mexer pelo menos uma vez ao dia. Caso o feto não se movimente durante o período de 24 horas, deve ser orientada a procurar um serviço hospitalar com urgência.

Como saber quando será o trabalho de parto? Quais os sinais de trabalho de parto? O que fazer? Essas são algumas das perguntas que a mulher/casal e família fazem constantemente, quando aproxima-se a data provável do parto.

A gestante e/ou casal devem ser orientados para os sinais de início do trabalho de parto. O preparo abrange um conjunto de cuidados e medidas de promoção à saúde que devem garantir que a mulher vivencie a experiência do parto e nascimento como um processo fisiológico e natural.

A gestante, juntamente com seu acompanhante, deve ser orientada para identificar os sinais que indicam o início do trabalho de parto. Para tanto, algumas orientações importantes devem ser oferecidas, como:

- a bolsa d'água que envolve o feto ainda intra-útero (bolsa de líquido amniótico) pode ou não romper-se;
- a barriga pode apresentar contrações, ou seja, uma dor tipo cólica que a fará endurecer e que será intermitente, iniciando com

intervalos maiores e diminuindo com a evolução do trabalho de parto;

- no final do terceiro trimestre, às vezes uma semana antes do parto, ocorre a saída de um muco branco (parecendo “catarro”), o chamado tampão mucoso, o qual pode ter sinais de sangue no momento do trabalho de parto;
- a respiração deve ser feita de forma tranqüila (inspiração profunda e expiração soprando o ar).

A gestante e seu acompanhante devem ser orientados a procurar um serviço de saúde imediatamente ao perceberem qualquer intercorrência durante o período gestacional, como, por exemplo, perda transvaginal (líquido, sangue, corrimento, outros); presença de dores abdominais, principalmente tipo cólicas, ou dores localizadas; contração do abdome, abdome duro (hipertônico); parada da movimentação fetal; edema acentuado de membros inferiores e superiores (mãos); ganho de peso exagerado; visão turva e presença de fortes dores de cabeça (cefaléia) ou na nuca.

Enfatizamos que no final do processo gestacional a mulher pode apresentar um quadro denominado “falso trabalho de parto”, caracterizando por atividade uterina aumentada (contrações), permanecendo, entretanto, um padrão descoordenado de contrações.

Algumas vezes, estas contrações são bem perceptíveis. Contudo, cessam em seguida, e a cérvix uterina não apresenta alterações (amolecimento, apagamento e dilatação). Tal situação promove alto grau de ansiedade e expectativa da premência do nascimento, sendo um dos principais motivos que levam as gestantes a procurar o hospital. O auxiliar de enfermagem deve orientar a clientela e estar atento para tais acontecimentos, visando evitar uma admissão precoce, intervenções desnecessárias e estresse familiar, ocasionando uma experiência negativa de trabalho de parto, parto e nascimento.

Para amenizar o estresse no momento do parto, devemos orientar a parturiente para que realize exercícios respiratórios, de relaxamento e caminhadas, que diminuirão sua tensão muscular e facilitarão maior oxigenação da musculatura uterina. Tais exercícios proporcionam melhor rendimento no trabalho de parto, pois propiciam uma economia de energia - sendo aconselháveis entre as metrossístoles.

Os exercícios respiratórios consistem em realizar uma inspiração abdominal lenta e profunda, e uma expiração como se a gestante estivesse soprando o vento (apagando a vela), principalmente durante as metrossístoles. Na primeira fase do trabalho de parto, são muito úteis para evitar os espasmos dolorosos da musculatura abdominal.



Parturiente - Termo aplicado à mulher em trabalho de parto.

Metrossístoles - É a denominação atribuída às contrações uterinas, à dor do trabalho de parto.



Você já ouviu falar que quando uma mulher amamenta sente cólicas? Que relação você faz entre as cólicas e a involução uterina?

## 5- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES OBSTÉTRICAS DE RISCO

**N**a América Latina, o Brasil é o quinto país com maior índice de mortalidade materna, estimada em 134 óbitos para 100.000 nascidos vivos.

No Brasil, as causas de mortalidade materna se caracterizam por elevadas taxas de toxemias, outras causas diretas, hemorragias (durante a gravidez, descolamento prematuro de placenta), complicações puerperais e abortos. Essas causas encontram-se presentes em todas as regiões, com predominância de incidência em diferentes estados<sup>8</sup>.

A consulta de pré-natal é o espaço adequado para a prevenção e controle dessas intercorrências, como a hipertensão arterial associada à gravidez (toxemias), que se caracteriza por ser fator de risco para eclâmpsia e outras complicações.

Denomina-se fator de risco aquela característica ou circunstância que se associa à probabilidade maior do indivíduo sofrer dano à saúde. Os fatores de risco são de natureza diversa, a saber: biológicos (idade – adolescente ou idosa; estatura - baixa estatura; peso – obesidade ou desnutrição), clínicos (hipertensão, diabetes), ambientais (abastecimento deficiente de água, falta de rede de esgotos), relacionados à assistência (má qualidade da assistência, cobertura insuficiente ao pré-natal), socioculturais (nível de formação) e econômicos (baixa renda).

Esses fatores, associados a fatores obstétricos como primeira gravidez, multiparidade, gestação em idade reprodutiva precoce ou tardia, abortamentos anteriores e desnutrição, aumentam a probabilidade de morbimortalidade perinatal.

Devemos considerar que a maioria destas mortes maternas e fetais poderiam ter sido prevenidas com uma assistência adequada ao pré-natal, parto e puerpério - “98% destas mortes seriam evitadas se as mulheres tivessem condições dignas de vida e atenção à saúde, especialmente pré-natal realizado com qualidade, assim como bom serviço de parto e pós-parto”<sup>9</sup>.

Entretanto, há uma pequena parcela de gestantes que, por terem algumas características ou sofrerem de alguma patologia, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para elas como para o feto. Essa parcela é a que constitui o grupo chamado de gestantes de risco.

Dentre as diversas situações obstétricas de risco gestacional, destacam-se as de maior incidência e maior risco, como abortamento, doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) e sofrimento fetal.

8 Silva, Lowndes, Orse e Reis, 1999.

9 Ministério da Saúde, 1995.

## 5.1 Abortamento

Conceitua-se como abortamento a morte ovular ocorrida antes da 22ª semana de gestação, e o processo de eliminação deste produto da concepção é chamado de **aborto**<sup>10</sup>. O abortamento é dito precoce quando ocorre até a 13ª semana; e tardio, quando entre a 13ª e 22ª semanas.

Algumas condições favorecem o aborto, entre elas: fatores ovulares (óvulos ou espermatozóides defeituosos); diminuição do hormônio progesterona, resultando em sensibilidade uterina e contrações que podem levar ao aborto; infecções como sífilis, rubéola, toxoplasmose; traumas de diferentes causas; incompetência istmocervical; mioma uterino; “útero infantil”; intoxicações (fumo, álcool, chumbo e outros); hipotireoidismo; diabetes mellitus; doenças hipertensivas e fatores emocionais.

Os tipos de aborto são inúmeros e suas manifestações clínicas estão voltadas para a gravidade de cada caso e dependência de uma assistência adequada à mulher. Os tipos de aborto são<sup>11</sup>:

- Ameaça de aborto – situação em que há a probabilidade do aborto ocorrer. Geralmente, caracteriza-se por sangramento moderado, cólicas discretas e colo uterino com pequena ou nenhuma dilatação;
- Espontâneo – pode ocorrer por um ovo defeituoso e o subsequente desenvolvimento de defeitos no feto e placenta. Dependendo da natureza do processo, é considerado:
  - a) Evitável – o colo do útero não se dilata, sendo evitado através de repouso e tratamento conservador;
  - b) Inevitável – quando o aborto não pode ser prevenido, acontecendo a qualquer momento. Apresenta-se com um sangramento intenso, dilatação do colo uterino e contrações uterinas regulares. Pode ser subdividido em aborto completo (quando o feto e todos os tecidos a ele relacionados são eliminados) e aborto incompleto (quando algum tecido permanece retido no interior do útero);
- Habitual – quando a mulher apresenta abortamentos repetidos (três ou mais) de causa desconhecida;
- Terapêutico – é a intervenção médica aprovada pelo Código Penal Brasileiro (art. 128), praticado com o consentimento da gestante ou de seu representante legal e realizado nos casos em que há risco de vida ou gravidez decorrente de estupro;
- Infectado – quando ocorre infecção intra-útero por ocasião do abortamento. Acontece, na maioria das vezes, durante as manobras para interromper uma gravidez. A mulher apresenta fe-



Incompetência istmocervical – É a dilatação prematura da cérvix.

10 Ministério da Saúde, 2000.  
11 BITTAR, 1995.



No Brasil, o aborto provocado é considerado criminoso, tendo penalidades previstas no Código Penal Brasileiro (art. 128).

bre em grau variável, dores discretas e contínuas, hemorragia com odor fétido e secreção cujo aspecto depende do microrganismo, taquicardia, desidratação, diminuição dos movimentos intestinais, anemia, peritonite, septicemia e choque séptico. Podem ocorrer endocardite, miocardite, tromboflebite e embolia pulmonar;

- Provocado - é a interrupção ilegal da gravidez, com a morte do produto da concepção, haja ou não a expulsão, qualquer que seja o seu estado evolutivo. São praticados na clandestinidade, em clínicas privadas ou residências, utilizando-se métodos anti-higiênicos, materiais perfurantes, medicamentos e substâncias tóxicas. Pode levar à morte da mulher ou evoluir para um aborto infectado;
- Retido - é quando o feto morre e não é expulso, ocorrendo a maceração. Não há sinais de abortamento, porém pode ocorrer mal-estar geral, cefaléia e anorexia.

O processo de abortamento é complexo e delicado para uma mulher, principalmente por não ter podido manter uma gravidez, sendo muitas vezes julgada e culpabilizada, o que lhe acarreta um estigma social, afetando-lhe tanto do ponto de vista biológico como psicoemocional.

Independente do tipo de aborto, cada profissional tem papel importante na orientação, diálogo e auxílio a essa mulher, diante de suas necessidades. Assim, não deve fazer qualquer tipo de julgamento e a assistência deve ser prestada de forma humanizada e com qualidade - caracterizando a essência do trabalho da enfermagem, que é o cuidar e o acolher, independente dos critérios pessoais e julgamentos acerca do caso clínico.

Devemos estar atentos para os cuidados imediatos e mediatos, tais como: controlar os sinais vitais, verificando sinais de choque hipovolêmico, mediante avaliação da coloração de mucosas, hipotensão, pulso fraco e rápido, pele fria e pegajosa, agitação e apatia; verificar sangramento e presença de partes da placenta ou embrião nos coágulos durante a troca dos traçados ou absorventes colocados na região vulvar (avaliar a quantidade do sangramento pelo volume do sangue e número de vezes de troca do absorvente); controlar o gotejamento da hidratação venosa para reposição de líquido ou sangue; administrar medicação (antibioticoterapia, soro antitetânico, analgésicos ou antiespasmódicos, ocitócicos) conforme prescrição médica; preparar a paciente para qualquer procedimento (curetagem, microcesariana, e outros); prestar os cuidados após os procedimentos pós-operatórios; procurar tranquilizar a mulher; comunicar qualquer anormalidade imediatamente à equipe de saúde.

Nosso papel é orientar a mulher sobre os desdobramentos do pós-aborto, como reposição hídrica e nutricional, sono e repouso, expressão dos seus conflitos emocionais e, psicologicamente, fazê-la acreditar na capacidade de o seu corpo viver outra experiência reprodutiva com saúde, equilíbrio e bem-estar.

É fundamental a observação do sangramento vaginal, atentando para os aspectos de quantidade, cor, odor e se está acompanhado ou não de dor e alterações de temperatura corporal. As mamas precisarão de cuidados como: aplicar compressas frias e enfaixá-las, a fim de prevenir ingurgitamento mamário; não realizar a ordenha nem massagens; administrar medicação para inibir a lactação de acordo com a prescrição médica.

No momento da alta, a cliente deve ser encaminhada para acompanhamento ginecológico com o objetivo de fazer a revisão pós-aborto; identificar a dificuldade de se manter a gestação, se for o caso; e receber orientações acerca da necessidade de um período de abstinência sexual e, antes de iniciar sua atividade sexual, escolher o método contraceptivo que mais se adequa à sua realidade.

## 5.2 Placenta Prévia (PP)

É uma intercorrência obstétrica de risco caracterizada pela implantação da placenta na parte inferior do útero. Com o desenvolvimento da gravidez, a placenta evolui para o orifício do canal de parto. Pode ser parcial (marginal), quando a placenta cobre parte do orifício, ou total (oclusiva), quando cobre totalmente o orifício. Ambas situações provocam risco de vida materna e fetal, em vista da hemorragia – a qual apresenta sangramento de cor vermelho vivo, indolor, constante, sem causa aparente, aparecendo a partir da 22ª semana de gravidez.

Após o diagnóstico de PP, na fase crítica, a internação é a conduta imediata com a intenção de promover uma gravidez a termo ou o mais próximo disso. A supervisão deve ser constante, sendo a gestante orientada a fazer repouso no leito com os membros discretamente elevados, evitar esforços físicos e observar os movimentos fetais e características do sangramento (quantidade e frequência). A conduta na evolução do trabalho de parto dependerá do quadro clínico de cada gestante, avaliando o bem-estar materno e fetal.

## 5.3 Prenhez ectópica ou extra-uterina

Consiste numa intercorrência obstétrica de risco, caracterizada pela implantação do ovo fecundado fora do útero, como, por exemplo, nas trompas uterinas, ovários e outros.



O aborto está associado aos altos índices de morbimortalidade materna, o que merece ser considerado, durante a assistência, como o momento de se abordar a mulher e esclarecê-la convenientemente, visando prevenir a reincidência desse fato.



A gestação tópica é quando ocorre a nidação do ovo no interior do útero.

Como sinais e sintomas, tal intercorrência apresenta forte dor no baixo ventre, podendo estar seguida de sangramento em grande quantidade. O diagnóstico geralmente ocorre no primeiro trimestre gestacional, através de ultra-sonografia. A equipe de enfermagem deverá estar atenta aos possíveis sinais de choque hipovolêmico e de infecção. A conduta obstétrica é cirúrgica.



**Polidramnia** – É a grande quantidade de líquido amniótico, podendo desencadear o parto prematuro.



**Proteinúria** – É a presença de proteína na urina.

## 5.4 Doenças hipertensivas específicas da gestação (DHEG)

A hipertensão na gravidez é uma complicação comum e potencialmente perigosa para a gestante, o feto e o próprio recém-nascido, sendo uma das causas de maior incidência de morte materna, fetal e neonatal, de baixo peso ao nascer e prematuridade. Pode apresentar-se de forma leve, moderada ou grave.

Existem vários fatores de risco associados com o aumento da DHEG<sup>12</sup>, tais como: adolescência/idade acima de 35 anos, conflitos psíquicos e afetivos, desnutrição, primeira gestação, história familiar de hipertensão, diabetes mellitus, gestação múltipla e polidrâmnia

A DHEG aparece após a 20ª semana de gestação, como um quadro de hipertensão arterial, acompanhada ou não de edema e proteinúria (pré-eclâmpsia), podendo evoluir para convulsão e coma (DHEG grave ou eclâmpsia)<sup>13</sup>.

Durante uma gestação sem intercorrências, a pressão permanece normal e não há proteinúria. É comum a maioria das gestantes apresentarem edema nos membros inferiores, devido à pressão do útero grávido na veia cava inferior e ao relaxamento da musculatura lisa dos vasos sanguíneos, não sendo este um sinal diferencial.

Já o edema de face e de mãos é um sinal de alerta diferencial, pois não é normal, podendo estar associado à elevação da pressão arterial. Um ganho de peso de mais de 500 g por semana deve ser observado e analisado como um sinal a ser investigado. O exame de urina, cujo resultado demonstre presença de proteína, significa diminuição da função urinária. A elevação da pressão sistólica em mais de 30 mmHg, ou da diastólica em mais de 15 mmHg, representa outro sinal que deve ser observado com atenção. A gestante o companheiro e a família devem estar convenientemente orientados quanto aos sinais e sintomas da DHEG.

Todos esses sinais são motivos de preocupação, devendo ser pesquisados e avaliados através de marcação de consultas com maior frequência, para evitar exacerbação dessa complicação em uma gravidez de baixo risco, tornando-a de alto risco – o que fará necessário o encaminhamento e acompanhamento pelo pré-natal de alto risco.

12 Burroughs, 1992.

13 Ministério da Saúde, 1995.

A pré-eclâmpsia leve é caracterizada por edema e/ou proteinúria, e mais hipertensão. À medida que a doença evolui e o vasoespasmismo aumenta, surgem outros sinais e sintomas. O sistema nervoso central (SNC) sofre irritabilidade crescente, surgindo cefaléia occipital, tontei-  
ras, distúrbios visuais (moscas volantes). As manifestações digestivas - dor epigástrica, náuseas e vômitos - são sintomas que revelam comprometimento de outros órgãos.

Com a evolução da doença pode ocorrer a convulsão ou coma, caracterizando a DHEG grave ou eclâmpsia, uma das complicações obstétricas mais graves. Nesta, a proteinúria indica alterações renais, podendo ser acompanhada por oligúria ou mesmo anúria.

Com o vasoespasmismo generalizado, o miométrio torna-se hipertônico, afetando diretamente a placenta que, dependendo da intensidade, pode desencadear seu deslocamento prematuro. Também a hipertensão materna prolongada afeta a circulação placentária, ocorrendo o rompimento de vasos e acúmulo de sangue na parede do útero, representando outra causa do deslocamento da placenta.

Um sinal expressivo do descolamento da placenta é a dor abdominal súbita e intensa, seguida por sangramento vaginal de coloração vermelha-escuro, levando a uma movimentação fetal aumentada, o que indica sofrimento fetal por diminuição de oxigênio (anoxia) e aumento excessivo das contrações uterinas que surgem como uma defesa do útero em cessar o sangramento, agravando o estado do feto. Nesses casos, indica-se a intervenção cirúrgica de emergência - cesariana -, para maior chance de sobrevivência materna e fetal.

Os fatores de risco que dificultam a oxigenação dos tecidos e, principalmente, o tecido uterino, relacionam-se à: superdistensão uterina (gemelar, polidrâmnia, fetos grandes); aumento da tensão sobre a parede abdominal, freqüentemente observado na primeira gravidez; doenças vasculares já existentes, como hipertensão crônica, nefropatia; estresse emocional, levando à tensão muscular; alimentação inadequada.

A assistência pré-natal tem como um dos objetivos detectar precocemente os sinais da doença hipertensiva, antes que evolua. A verificação do peso e pressão arterial a cada consulta servirá para a avaliação sistemática da gestante, devendo o registro ser feito no Cartão de Pré-Natal, para acompanhamento durante a gestação e parto. O exame de urina deve ser feito no primeiro e terceiro trimestre, ou sempre que houver queixas urinárias ou alterações dos níveis da pressão arterial.

A equipe de enfermagem deve orientar a gestante sobre a importância de diminuir a ingesta calórica (alimentos ricos em gordura, massa, refrigerantes e açúcar) e não abusar de comidas salgadas, bem como sobre os perigos do tabagismo, que provoca vasoconstrição, diminuindo a irrigação sanguínea para o feto, e do alcoolismo, que provoca o nascimento de fetos de baixo peso e abortamento espontâneo.



Vasoespasmismo – São contrações involuntárias e bruscas dos vasos sanguíneos, causadas por influência hormonal; neste caso, diminuem o fluxo sanguíneo uterino e placentário.

Hipertônico – É o aumento da tensão muscular; neste caso, a musculatura uterina.



O deslocamento prematuro da placenta (DPP) é a separação precoce da placenta do corpo uterino.



O comprometimento da nutrição fetal possibilita nascimento de recém-natos de baixo peso, pequenos para idade gestacional (PIG), sofrimento fetal e, até mesmo, o óbito intra-útero.



Na DHEG, as consultas devem ser agendadas quinzenal ou semanalmente, dependendo do caso.



Escotomas – É a visão de pontos luminosos, referido como “estrelinhas ou moscas luminosas”.

O acompanhamento pré-natal deve atentar para o aparecimento de edema de face e dos dedos, cefaléia frontal e occipital e outras alterações como irritabilidade, escotomas, hipersensibilidade a estímulos auditivos e luminosos. A mulher, o companheiro e a família devem ser orientados quanto aos sinais e sintomas da DHEG e suas implicações, observando, inclusive, a dinâmica da movimentação fetal.

A gestante deve ser orientada quanto ao repouso no leito em decúbito lateral esquerdo, para facilitar a circulação, tanto renal quanto placentária, reduzindo também o edema e a tensão arterial, bem como ser encorajada a exteriorizar suas dúvidas e medos, visando minimizar o estresse.

As condições socioeconômicas desfavoráveis, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, hábitos alimentares inadequados, entre outros, são fatores que podem vir a interferir no acompanhamento ambulatorial. Sendo específicos à cada gestante, fazem com que a eclâmpsia leve evolua, tornando a internação hospitalar o tratamento mais indicado.

Durante a **internação hospitalar** a equipe de enfermagem deve estar atenta aos agravos dos sinais e sintomas da DHEG. Portanto, deve procurar promover o bem-estar materno e fetal, bem como proporcionar à gestante um ambiente calmo e tranquilo, manter a supervisão constante e atentar para o seu nível de consciência, já que os estímulos sonoros e luminosos podem desencadear as convulsões, pela irritabilidade do SNC. Faz-se necessário, também, controlar a pressão arterial e os batimentos cardíacos (a frequência será estabelecida pelas condições da gestante), bem como pesar a gestante diariamente, manter-lhe os membros inferiores discretamente elevados, providenciar a colheita dos exames laboratoriais solicitados (sangue, urina), observar e registrar as eliminações fisiológicas, as queixas algicas, as perdas vaginais e administrar medicações prescritas, observando sua resposta.

Além disso, deve-se estar atento para possíveis episódios de crises convulsivas, empregando medidas de segurança tais como manter as grades laterais do leito elevadas (se possível, acolchoadas), colocar a cabeceira elevada a 30° e a gestante em decúbito lateral esquerdo (ou lateralizar sua cabeça, para eliminação das secreções); manter próximo à gestante uma cânula de borracha (Guedel), para colocar entre os dentes, protegendo-lhe a língua de um eventual traumatismo. Ressalte-se que os equipamentos e medicações de emergência devem estar prontos para uso imediato, na proximidade da unidade de alto risco.

Gestantes que apresentam DHEG moderada ou grave devem ser acompanhadas em serviços de obstetrícia, por profissional médico, durante todo o período de internação. Os cuidados básicos incluem: observação de sinais de petéquias, equimoses e/ou sangramentos espontâneos, que indicam complicação séria causada por rompimento de vasos sanguíneos; verificação horária de pressão arterial, ou em intervalo menor, e temperatura, pulso e respiração



Jamais deve-se tentar abrir a mandíbula da gestante durante uma crise convulsiva.

de duas em duas horas; instalação de cateterismo vesical, visando o controle do volume urinário (diurese horária); monitoramento de balanço hídrico; manutenção de acesso venoso para hidratação e administração de terapia medicamentosa (anti-hipertensivo, anticonvulsivos, antibióticos, sedativos) e de urgência; colheita de exames laboratoriais de urgência; instalação de oxigenoterapia conforme prescrição médica, caso a gestante apresente cianose.

Com a estabilização do quadro e as convulsões controladas, deve-se preparar a gestante para a interrupção da gravidez (cesárea), pois a conduta mais eficaz para a cura da DHEG é o término da gestação, o que merece apreciação de todo o quadro clínico e condição fetal, considerando-se a participação da mulher e família nesta decisão.

É importante que a puérpera tenha uma avaliação contínua nas 48 horas após o parto, pois ainda pode apresentar risco de vida.

## 5.5 Sofrimento fetal agudo (SFA)

O sofrimento fetal agudo (SFA) indica que a saúde e a vida do feto estão sob risco, devido à asfixia causada pela diminuição da chegada do oxigênio ao mesmo, e à eliminação do gás carbônico.

As trocas metabólicas existentes entre o sangue materno e o fetal, realizadas pela circulação placentária, são indispensáveis para manter o bem-estar do feto. Qualquer fator que, por um período provisório ou permanente de carência de oxigênio, interfira nessas trocas será causa de SFA.

O sofrimento fetal pode ser diagnosticado através de alguns sinais, como frequência cardíaca fetal acima de 160 batimentos ou abaixo de 120 por minuto, e movimentos fetais inicialmente aumentados e posteriormente diminuídos.

Durante essa fase, o auxiliar de enfermagem deve estar atento aos níveis pressóricos da gestante, bem como aos movimentos fetais. Nas condutas medicamentosas, deve atuar juntamente com a equipe de saúde.

Nos casos em que se identifique sofrimento fetal e a gestante esteja recebendo infusão venosa contendo ocitocina, tal fato deve ser imediatamente comunicado à equipe e a solução imediatamente suspensa e substituída por solução glicosada ou fisiológica pura.

A equipe responsável pela assistência deve tranquilizar a gestante, ouvindo-a e explicando - a ela e à família - as características do seu quadro e a conduta terapêutica a ser adotada, o que a ajudará a manter o controle e, conseqüentemente, cooperar. A transmissão de calma e a correta orientação amenizarão o medo e a ansiedade pela situação.

A gestante deve ser mantida em decúbito lateral esquerdo, com o objetivo de reduzir a pressão que o feto realiza sobre a veia cava inferior ou cordão umbilical, e melhorar a circulação materno-fetal. Segundo prescri-



Ocitocina – É um hormônio que provoca a contração uterina, muito utilizado para auxiliar no trabalho de parto pois atua nas fibras do miométrio provocando as contrações.



Quando a coloração do líquido amniótico estiver amarelada, isto significa pouca quantidade de mecônio; se esverdeada, é sinal de que houve eliminação em grande quantidade, indica sofrimento fetal recente; se achocolatada, indica sofrimento antigo ou óbito fetal.



A maternidade foi concedida à mulher como um dom fisiológico e como tal deve ser valorizada. Sendo um fenômeno fisiológico, natural, pode e deve acontecer sem grandes intervenções, a não ser quando estritamente necessário. Por que, então, o Brasil apresenta o maior número de cesarianas, fazendo da assistência ao parto uma intervenção cirúrgica?



Iatrogenias – São efeitos indesejáveis de determinados procedimentos e/ou medicações, comprometendo a função orgânica normal.



“O nascimento não é um mecanismo de “fabricação” de crianças. É um processo de criação.”<sup>14</sup>

ção, administrar oxigênio (O<sup>2</sup> úmido) para melhorar a oxigenação da gestante e do feto e preparar a parturiente para intervenção cirúrgica, de acordo com a conduta indicada pela equipe responsável pela assistência.

## 6- PARTO E NASCIMENTO HUMANIZADO

**A**té o século XVIII, as mulheres tinham seus filhos em casa; o parto era um acontecimento domiciliar e familiar. A partir do momento em que o parto tornou-se institucionalizado (hospitalar) a mulher passou a perder autonomia sobre seu próprio corpo, deixando de ser ativa no processo de seu parto.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, estima-se que apenas 10% a 20% dos partos têm indicação cirúrgica. Isto significa que deveriam ser indicados apenas para as mulheres que apresentam problemas de saúde, ou naqueles casos em que o parto normal traria riscos ao recém-nascido ou a mãe. Entretanto, o que verificamos é a existência de um sistema de saúde voltado para a atenção ao parto e nascimento pautado em rotinas de intervenções, que favorece e conduz ao aumento de cesáreas e de possíveis iatrogenias que, no pós-parto, geram complicações desnecessárias.

Nós, profissionais de saúde, devemos entender que o parto não é simplesmente “abrir uma barriga”, “tirar um recém-nascido de dentro”, afastá-lo da “**mãe**” para colocá-lo num berço solitário, enquanto a mãe dorme sob o efeito da anestesia.

A enfermagem possui importante papel como integrante da equipe, no sentido de proporcionar uma assistência humanizada e qualificada quando do parto, favorecendo e estimulando a participação efetiva dos principais atores desse fenômeno – a gestante, seu acompanhante e seu filho recém-nascido.

Precisamos valorizar esse momento pois, se vivenciado harmoniosamente, favorece um contato precoce mãe-recém-nascido, estimula o aleitamento materno e promove a interação com o acompanhante e a família, permitindo à mulher um momento de conforto e segurança, com pessoas de seu referencial pessoal.

Os profissionais devem respeitar os sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais, ajudando-a a diminuir a ansiedade e insegurança, o medo do parto, da solidão do ambiente hospitalar e dos possíveis problemas do bebê.

A promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo de parto e nascimento ocorre mediante informações e orientações permanentes à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto, reconhecendo-lhe o papel principal nesse processo e até mesmo aceitando sua recusa a condutas que lhe causem constrangimento ou dor; além disso, deve-se oferecer espaço e apoio para a presença do(a) acompanhante que a parturiente deseja.

Qualquer indivíduo, diante do desconhecido e sozinho, tende a assumir uma postura de defesa, gerando ansiedade e medos. A gestante não preparada desconhece seu corpo e as mudanças que o mesmo sofre. O trabalho de parto é um momento no qual a mulher se sente desprotegida e frágil, necessitando apoio constante.

O trabalho de parto e o nascimento costumam desencadear excitação e apreensão nas parturientes, independente do fato de a gestante ser primípara ou múltipara. É um momento de grande expectativa para todos, gestante, acompanhante e equipe de saúde.

O início do trabalho de parto é desencadeado por fatores maternos, fetais e placentários, que se interagem.

Os sinais do desencadeamento de trabalho de parto são:

- eliminações vaginais, discreto sangramento, perda de tampão mucoso, eliminação de líquido amniótico, presente quando ocorre a ruptura da bolsa amniótica - em condições normais, apresenta-se claro, translúcido e com pequenos grumos semelhantes a pedaços de leite coalhado (vérnix);
- contrações uterinas inicialmente regulares, de pequena intensidade, com duração variável de 20 a 40 segundos, podendo chegar a duas ou mais em dez minutos;
- desconforto lombar;
- alterações da cérvix, amolecimento, apagamento e dilatação progressiva;
- diminuição da movimentação fetal.

A duração de cada trabalho de parto está associada à paridade (o número de partos da mulher), pois as primíparas demandam maior tempo de trabalho de parto do que as múltiparas; à flexibilidade do canal de parto, pois as mulheres que exercitam a musculatura pélvica apresentam maior flexibilidade do que as sedentárias; às contrações uterinas, que devem ter intensidade e frequência apropriadas; à boa condição psicológica da parturiente durante o trabalho de parto, caso contrário dificultará o nascimento do bebê; ao estado geral da cliente e sua reserva orgânica para atender ao esforço do trabalho de parto; e à situação e apresentação fetais (transversa, acromial, pélvica e de face).



Quando a mulher tem um único parto, é chamada de primípara; quando teve mais de dois partos, múltipara.



Paridade – É o número de partos da mulher.

Acromial – É a apresentação fetal onde se evidencia um dos ombros.



## 6.1 Admitindo a parturiente

O atendimento da parturiente na sala de admissão de uma maternidade deve ter como preocupação principal uma recepção acolhedora à mulher e sua família, informando-os da dinâmica da assistência na maternidade e os cuidados pertinentes a esse momento: acompanhá-la na admissão e encaminhá-la ao pré-parto; colher os exames laboratoriais solicitados (hemograma, VDRL e outros exames, caso não os tenha realizado durante o pré-natal); promover um ambiente tranquilo e com privacidade; monitorar a evolução do trabalho de parto, fornecendo explicações e orientações.

## 6.2 Assistência durante o trabalho de parto natural

O trajeto do parto ou canal de parto é a passagem que o feto percorre ao nascer, desde o útero à abertura vulvar. É formado pelo conjunto dos ossos íliaco, sacro e cóccix - que compõem a pequena bacia pélvica, também denominada de **trajeto duro** - e pelos tecidos moles (parte inferior do útero, colo uterino, canal vaginal e períneo) que revestem essa parte óssea, também denominada de **trajeto mole**.

No trajeto mole, ocorrem as seguintes alterações: aumento do útero; amolecimento do colo para a dilatação e apagamento; hipervascularização e aumento do tecido elástico da vagina, facilitando sua distensão; aumento das glândulas cervicais para lubrificar o trajeto do parto.

No trajeto duro, a principal alteração é o aumento da mobilidade nas articulações (sacroilíaca, sacrococcígea, lombo-sacral, sínfise púbica), auxiliado pelo hormônio relaxina.

O feto tem importante participação na evolução do trabalho de parto: realiza os mecanismos de flexão, extensão e rotação, permitindo sua entrada e passagem pelo canal de parto - fenômeno facilitado pelo cavalgamento dos ossos do crânio, ocasionando a redução do diâmetro da cabeça e facilitando a passagem pela pelve materna.

### 6.2.1 O primeiro período do trabalho de parto: a dilatação

Nesse período, após o colo atingir 5 cm de dilatação, as contrações uterinas progridem e aos poucos aumentam a intensidade, o intervalo e a duração, provocando a dilatação do colo uterino. Como resultado, a cabeça do feto vai gradualmente descendo no canal pélvico e, nesse processo, rodando lentamente. Essa descida, auxiliada pela pressão da



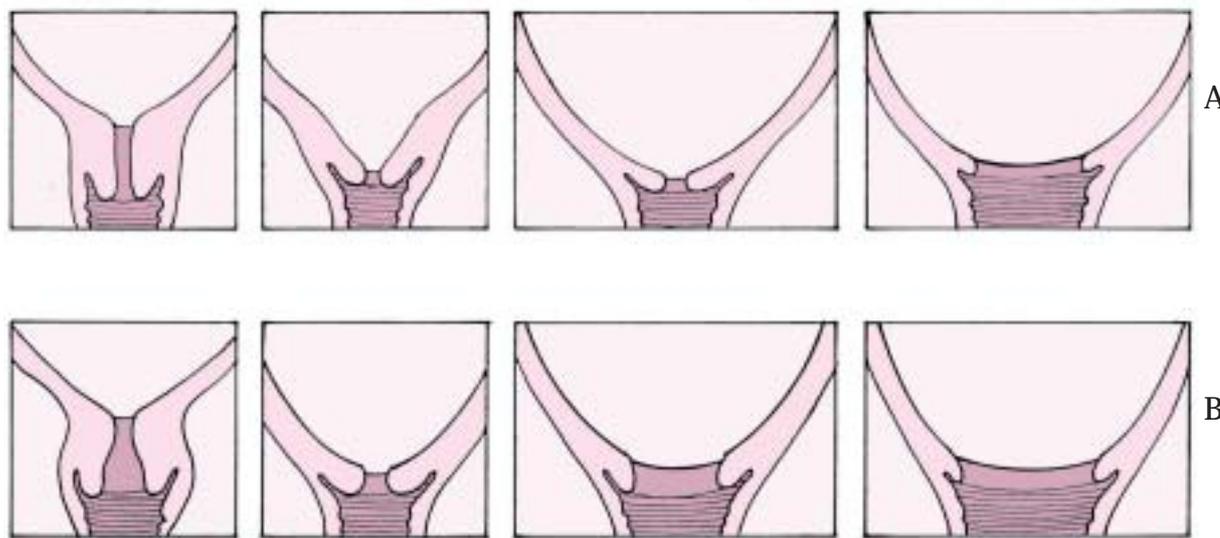
O auxiliar de enfermagem deve colaborar com os demais profissionais de saúde na avaliação da percepção dolorosa da parturiente e do grau de conforto obtido com a assistência prestada. Como o nascimento do filho é uma experiência estressante para a parturiente/companheiro/família, a equipe pode ajudar a atenuar o estresse emocional e o desconforto físico durante esse período, oferecendo apoio contínuo à parturiente e ajudando o acompanhante a atuar de forma eficaz durante todo o processo de evolução do trabalho de parto.



Os intervalos entre as contrações podem ser de três a quatro minutos, com duração de 40 a 60 segundos por contração.

bolsa amniótica, determina uma pressão maior da cabeça sobre o colo uterino, que vai se apagando. Para possibilitar a passagem do crânio do feto - que mede por volta de 9,5 cm - faz-se necessária uma dilatação total de 10 cm. Este é o período em que a parturiente experimenta desconfortos e sensações dolorosas e pode apresentar reações diferenciadas como exaustão, impaciência, irritação ou apatia, entre outras.

**Seqüência de dilatação e apagamento do cólo do útero em primípara (Fig. A) e em Multípara (Fig. B)**



Além das adaptações no corpo materno, visando o desenrolar do trabalho de parto, o feto também se adapta a esse processo: sua cabeça tem a capacidade de flexionar, estender e girar, permitindo entrar dentro do canal do parto e passar pela pelve óssea materna com mais mobilidade. Durante o trabalho de parto, os ossos do crânio se aproximam uns dos outros e podem acavalar, reduzindo o tamanho do crânio e, assim, facilitar a passagem pela pelve materna.

Nesse período, é importante auxiliar a parturiente com alternativas que possam amenizar-lhe o desconforto. O cuidar envolve presença, confiança e atenção, que atenuam a ansiedade da cliente, estimulando-a a adotar posições alternativas como ficar de cócoras, de joelho sobre a cama ou deambular. Essas posições, desde que escolhidas pela mulher, favorecem o fluxo de sangue para o útero, tornam as contrações mais eficazes, ampliam o canal do parto e facilitam a descida do feto pela ação da gravidade. A mulher deve ser encorajada e encaminhada ao banho de chuveiro, bem como estimulada a fazer uma respiração profunda, realizar massagens na região lombar - o que reduz sua ansiedade e tensão muscular - e urinar, pois a bexiga cheia dificulta a descida do feto na bacia materna.

Durante a evolução do trabalho de parto, será realizada, pelo enfermeiro ou médico, a ausculta dos batimentos cardíofetais, sempre que



O profissional de saúde deve estimular a ativa participação da parturiente no trabalho de parto e parto, interferindo o menos possível nesse processo fisiológico.



As condutas de enfermagem visando manter a higiene podem aumentar o nível de conforto da parturiente, reforçando sua autoestima, proporcionando-lhe distração, eliminando qualquer fonte adicional de desconforto.

houver avaliação da dinâmica uterina (DU) antes, durante e após a contração uterina. O controle dos sinais vitais maternos é contínuo e importante para a detecção precoce de qualquer alteração. A verificação dos sinais vitais pode ser realizada de quatro em quatro horas, e a tensão arterial de hora em hora ou mais frequentemente, se indicado.

O toque vaginal deve ser realizado pelo obstetra ou enfermeira, e tem a finalidade de verificar a dilatação e o apagamento do colo uterino, visando avaliar a progressão do trabalho de parto. Para a realização do procedimento, o auxiliar de enfermagem deve preparar o material necessário para o exame, que inclui luvas, gazes com solução anti-séptica e comadre. A prévia antisepsia das mãos é condição indispensável para o exame.

Caso a parturiente esteja desanimada, frustrada ou necessite permanecer no leito durante o trabalho de parto, devido às complicações obstétricas ou fetais, deve ser aconselhada a ficar na posição de decúbito lateral esquerdo, tanto quanto possível.

### 6.2.2 O segundo período do trabalho de parto: a expulsão

O período de expulsão inicia-se com a completa dilatação do colo uterino e termina com o nascimento do bebê.

Ao final do primeiro período do trabalho de parto, o sangramento aumenta com a laceração dos capilares no colo uterino. Náuseas e vômitos podem estar presentes, por ação reflexa. A parturiente refere pressão no reto e urgência urinária. Ocorre distensão dos músculos perineais e abaulamento do períneo (solicitação do períneo), e o ânus dilata-se acentuadamente.

Esses sinais iminentes do parto devem ser observados pelo auxiliar de enfermagem e comunicados à enfermeira obstétrica e ao obstetra. O exame do toque deve ser realizado e, constatada a dilatação total, o auxiliar de enfermagem deve encaminhar a parturiente à sala de parto, em cadeira de rodas ou deambulando.

Enquanto estiver sendo conduzida à sala de parto, a parturiente deve ser orientada para respirar tranquilamente e não fazer força. É importante auxiliá-la a se posicionar na mesa de parto com segurança e conforto, respeitando a posição de sua escolha: vertical, semiverticalizada ou horizontal. Qualquer procedimento realizado deve ser explicado à parturiente e seu acompanhante.

O profissional (médico e/ou enfermeira obstetra) responsável pela condução do parto deve fazer a escovação das mãos e se paramentar (capote, gorro, máscara e luvas). A seguir, realizar a antisepsia vulvo-perineal e da raiz das coxas e colocar os campos esterilizados sobre a parturiente. Na necessidade de episiotomia, indica-se a necessidade de anestesia local. Em todo esse processo, o auxiliar de enfermagem deve prestar ajuda ao(s) profissional(is).



Não há contra-indicação no tocante à presença do acompanhante na sala de parto.



Episiotomia – É a incisão (corte) realizado no períneo, visando evitar o a laceração do mesmo.

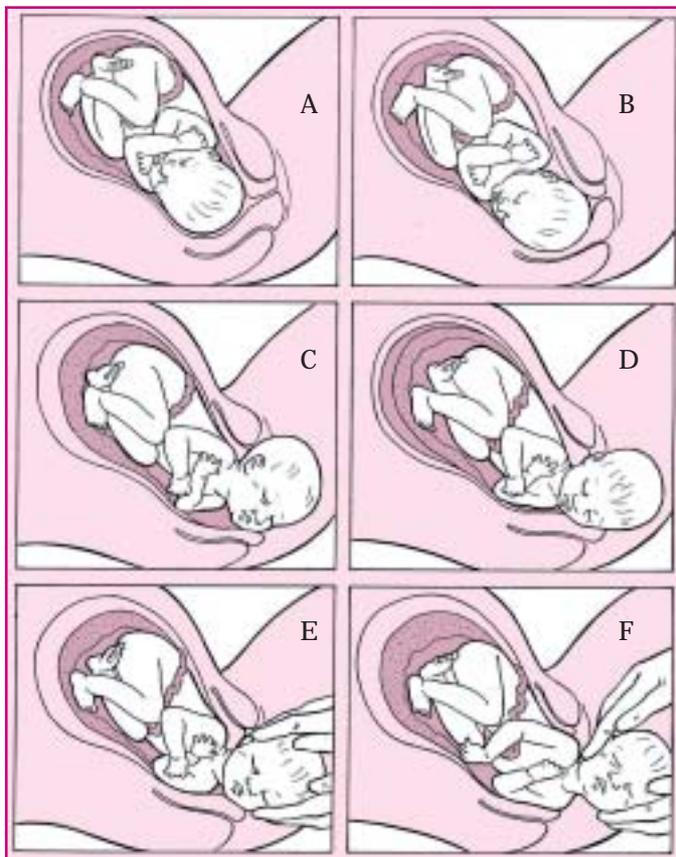


Coroamento – É o aparecimento da cabeça na abertura vulvar.

Para que ocorra a expulsão do feto, geralmente são necessárias cinco contrações num período de 10 minutos e com intensidade de 60 segundos cada. O auxiliar de enfermagem deve orientar que a parturiente faça respiração torácica (costal) juntamente com as contrações, repousando nos intervalos para conservar as energias.

Após o coroamento e exteriorização da cabeça, é importante assistir ao desprendimento fetal espontâneo. Caso esse desprendimento não ocorra naturalmente, a cabeça deve ser tracionada para baixo, visando favorecer a passagem do ombro. Com a saída da cabeça e ombros, o corpo desliza facilmente, acompanhado de um jato de líquido amniótico. Sugere-se acomodar o recém-nascido, com boa vitalidade, sobre o colo materno, ou permitir que a mãe o faça, se a posição do parto favorecer esta prática. Neste momento, o auxiliar de enfermagem deve estar atento para evitar a queda do recém-nascido. (ver figura página seguinte)

O cordão umbilical só deve ser pinçado e laqueado quando o recém-nascido estiver respirando. A laqueadura é feita com material adequado e estéril, a uns três centímetros da pele. É importante manter o recém-nascido aquecido, cobrindo-o com um lençol/campo – o que previne a ocorrência de hipotermia. A mulher deve ser incentivada a iniciar a amamentação nas primeiras horas após o parto, o que facilita a saída da placenta e estimula a involução do útero, diminuindo o sangramento pós-parto.



Seqüência do trabalho de parto

Início da amamentação logo após o parto

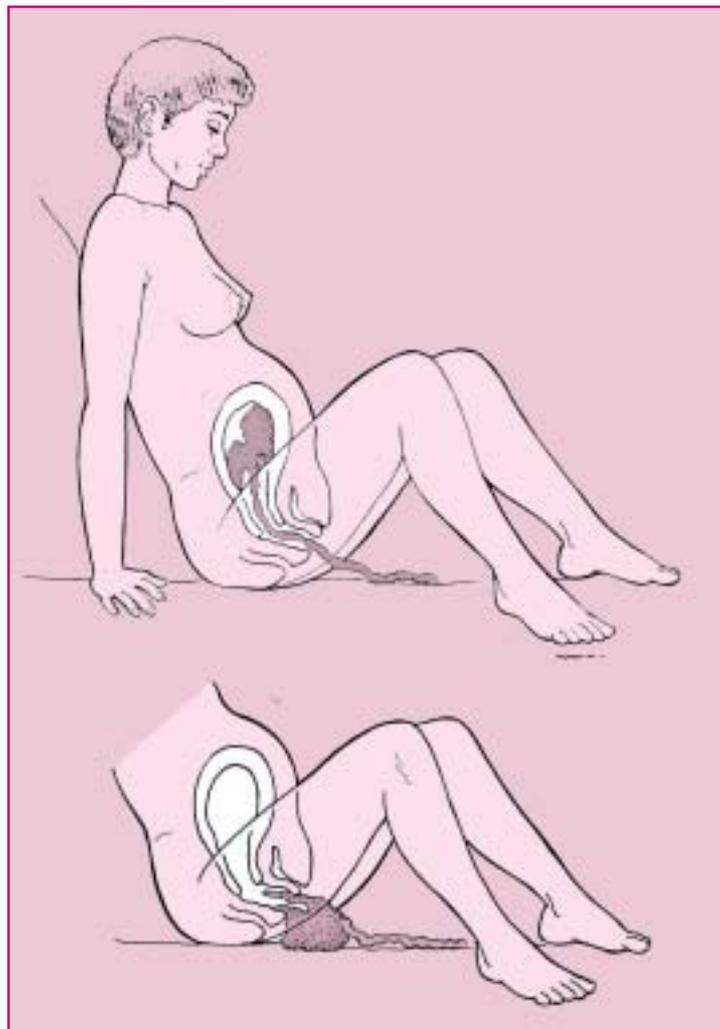


### 6.2.3 O terceiro período do trabalho de parto: a dequitação

Inicia-se após a expulsão do feto e termina com a saída da placenta e membranas (amniótica e coriônica). Recebe o nome de delivramento ou dequitação e deve ser espontâneo, sem compressão uterina. Pode durar de alguns minutos a 30 minutos. Nessa fase é importante atentar para as perdas sangüíneas, que não devem ser superiores a 500 ml.

As contrações para a expulsão da placenta ocorrem em menor quantidade e intensidade. A placenta deve ser examinada com relação à sua integridade, tipo de vascularização e local de inserção do cordão, bem como verificação do número de vasos sangüíneos deste (1 artérias e 2 veias), presença de nós e tumorações. Examina-se ainda o canal vaginal, o colo uterino e a região perineal, com vistas à identificação de rupturas e lacerações; caso tenha sido realizada episiotomia, proceder à sutura do corte (episiorrafia) e/ou das lacerações.

Dequitação espontânea



A dequitação determina o início do puerpério imediato, onde ocorrerão contrações que permitirão reduzir o volume uterino, mantendo-o contraído e promovendo a hemostasia nos vasos que irrigavam a placenta. Logo após o parto, o auxiliar de enfermagem deve verificar a tensão arterial da puérpera, identificando alterações ou não dos valores que serão avaliados pelo médico ou enfermeiro.

Antes de transferir a puérpera para a cadeira ou maca, deve-se, utilizando luvas estéreis, realizar-lhe antisepsia da área pubiana, massagear-lhe as panturrilhas, trocar-lhe a roupa e colocar-lhe um absorvente sob a região perianal e pubiana. Caso o médico ou enfermeiro avalie que a puérpera esteja em boas condições clínicas, será encaminhada, juntamente com o recém-nascido, para o alojamento conjunto - acompanhados de seus prontuários, prescrições e pertences pessoais.

#### 6.2.4 O quarto período do trabalho de parto: Greenberg

Corresponde às primeiras duas horas após o parto, fase em que ocorre a loquiação e se avalia a involução uterina e recuperação da genitália materna. É considerado um período perigoso, devido ao risco de hemorragia; por isso, a puérpera deve permanecer no centro obstétrico, para criterioso acompanhamento.

## 7- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O PARTO CESÁRIO

O parto cesáreo ou cesariana é um procedimento cirúrgico, invasivo, que requer anestesia. Nele, realiza-se uma incisão no abdome e no útero, com exposição de vísceras e perda de sangue, por onde o feto é retirado. Ressalte-se que esse procedimento expõe o organismo às infecções, tanto pela queda de imunidade em vista das perdas sangüíneas como pelo acesso de microrganismos através da incisão cirúrgica (porta de entrada), além de implicar maior tempo de recuperação.

A realização do parto cesáreo deve ser baseada nas condições clínicas - da gestante e do feto - que contra-indiquem o parto normal, tais como desproporção cefalopélvica, discinesias, apresentação anômala, descolamento prematuro da placenta, pós-maturidade, diabetes materno, sofrimento fetal agudo ou crônico, placenta prévia total ou parcial, toxemia gravídica, prolapso do cordão umbilical.<sup>16</sup>



Hemostasia – É a supressão do sangramento dos vasos, que neste caso irrigavam a placenta.



Loquiação - É a eliminação do material descamado do endométrio com sangue, muco e restos celulares do sítio placentário.



Segundo a Organização Mundial da Saúde<sup>15</sup>, o percentual de cesáreas não deve ultrapassar 15% do total de partos.



Discinesias – É a alteração na contratilidade uterina durante o parto, podendo ser ineficiente ou exagerada.

Apresentação anômala – É qualquer apresentação fetal que não seja cefálica ou pélvica, dificultando o parto vaginal.

15 RADIS,1999.

16 Rezende, 1995.

Caso ocorra alguma intercorrência obstétrica (alteração do BCF; da dinâmica uterina, dos sinais vitais maternos; perda transvaginal de líquido com presença de mecônio; período de dilatação cervical prolongado) que indique necessidade de parto cesáreo, a equipe responsável pela assistência deve comunicar o fato à mulher/ família, e esclarecer-lhes sobre o procedimento.

Nesta intervenção cirúrgica, as anestésias mais utilizadas são a raquidiana e a peridural, ambas aplicadas na coluna vertebral.

A anestesia raquidiana tem efeito imediato à aplicação, levando à perda temporária de sensibilidade e movimentos dos membros inferiores, que retornam após passado seu efeito. Entretanto, tem o inconveniente de apresentar como efeito colateral cefaléia intensa no período pós-anestésico - como prevenção, deve-se manter a puérpera deitada por algumas horas (com a cabeceira a zero grau e sem travesseiro), orientando-a para que não eleve a cabeça e estimulando-a à ingestão hídrica.

A anestesia peridural é mais empregada, porém demora mais tempo para fazer efeito e não leva à perda total da sensibilidade dolorosa, diminuindo apenas o movimento das pernas – como vantagem, não produz o incômodo da dor de cabeça.

Na recuperação do pós-parto normal, a criança pode, nas primeiras horas, permanecer com a mãe na sala de parto e/ou alojamento conjunto- dependendo da recuperação, a mulher pode deambular, tomar banho e até amamentar. Tal situação não acontecerá nas puérperas que realizaram cesarianas, pois estarão com hidratação venosa, cateter vesical, curativo abdominal, anestesiadas, sonolentas e com dor - mais uma razão que justifica a realização do parto cesáreo apenas quando da impossibilidade do parto normal.

A equipe deve esclarecer as dúvidas da parturiente com relação aos procedimentos pré-operatórios, tais como retirada de próteses e de objetos (cordões, anéis, roupa íntima), realização de tricotomia em região pubiana, manutenção de acesso venoso permeável, realização de cateterismo vesical e colheita de sangue para exames laboratoriais (solicitados e de rotina).

Após verificação dos sinais vitais, a parturiente deve ser encaminhada à sala de cirurgia, onde será confortavelmente posicionada na mesa cirúrgica, para administração da anestesia. Durante toda a técnica o auxiliar de enfermagem deve estar atento para a segurança da parturiente e, juntamente com o anestesista, ajudá-la a se posicionar para o processo cirúrgico, controlando também a tensão arterial. No parto, o auxiliar de enfermagem desenvolve ações de circulante ou instrumentador. Após o nascimento, presta os primeiros cuidados ao bebê e encaminha-o ao berçário.

A seguir, o auxiliar de enfermagem deve providenciar a transferência da puérpera para a sala de recuperação pós-anestésica, prestando-lhe os cuidados relativos ao processo cirúrgico e ao parto.

## 8- PUERPÉRIO E SUAS COMPLICAÇÕES

**D**urante toda a gravidez, o organismo materno sofre alterações gradativas - as mais marcantes envolvem o órgão reprodutor. O puerpério inicia-se logo após a dequitação e termina quando a fisiologia materna volta ao estado pré-gravídico. Esse intervalo pode perdurar por 6 semanas ou ter duração variável, principalmente nas mulheres que estiverem amamentando.

O período puerperal é uma fase de grande estresse fisiológico e psicológico. A fadiga e perda de sangue pelo trabalho de parto e outras condições desencadeadas pelo nascimento podem causar complicações – sua prevenção é o objetivo principal da assistência a ser prestada.

Nos primeiros dias do pós-parto, a puérpera vive um período de transição, ficando vulnerável às pressões emocionais. Problemas que normalmente enfrentaria com facilidade podem deixá-la ansiosa em vista das responsabilidades com o novo membro da família (“Será que vou conseguir amamentá-lo? Por que o bebê chora tanto?”), a casa (“Como vou conciliar os cuidados da casa com o bebê?”), o companheiro (“Será que ele vai me ajudar? Como dividir a atenção entre ele e o bebê?”) e a família (“Como dividir a atenção com os outros filhos? O que fazer, se cada um diz uma coisa?”).

Nesse período, em vista de uma grande labilidade emocional, somada à exaustão física, pode surgir um quadro de profunda tristeza, sentimento de incapacidade e recusa em cuidar do bebê e de si mesma - que pode caracterizar a depressão puerperal. Essas manifestações podem acontecer sem causa aparente, com duração temporária ou persistente por algum tempo. Esse transtorno requer a intervenção de profissionais capazes de sua detecção e tratamento precoce, avaliando o comportamento da puérpera e proporcionando-lhe um ambiente tranquilo, bem como prestando orientações à família acerca da importância de seu apoio na superação deste quadro.

De acordo com as alterações físicas, o puerpério pode ser classificado em quatro fases distintas: **imediate** (primeiras 2 horas pós-parto); **mediato** (da 2ª hora até o 10º dia pós-parto); **tardio** (do 11º dia até o 42º dia pós-parto) e **remoto** (do 42º dia em diante).

O **puerpério imediato**, também conhecido como quarto período do parto, inicia-se com a involução uterina após a expulsão da placenta e é considerado crítico, devido ao risco de hemorragia e infecção.

A infecção puerperal está entre as principais e mais constantes complicações. O trabalho de parto e o nascimento do bebê reduzem a resistência à infecção causada por microrganismos encontrados no corpo.



As infecções puerperais desenvolvem-se num local específico ou podem estender-se para outros órgãos. Hematoma, episiotomia, laceração da vulva, vagina, períneo e incisão cirúrgica da cesárea são portas de entrada potenciais para os microrganismos patogênicos.



Restos ovulares – São partes das membranas embrionárias ou placentárias que não são totalmente eliminadas da cavidade uterina.

Curetagem – É a retirada de material da cavidade uterina com instrumental cirúrgico, chamado cureta.

Inúmeros são os fatores de risco para o aparecimento de infecções: o trabalho de parto prolongado com a bolsa amniótica rompida precocemente, vários toques vaginais, condições socioeconômicas desfavoráveis, anemia, falta de assistência pré-natal e história de doenças sexualmente transmissível não tratada. O parto cesáreo tem maior incidência de infecção do que o parto vaginal, pois durante seu procedimento os tecidos uterinos, vasos sangüíneos, linfáticos e peritônio estão expostos às bactérias existentes na cavidade abdominal e ambiente externo. A perda de sangue e conseqüente diminuição da resistência favorecem o surgimento de infecções.

Os sinais e sintomas vão depender da localização e do grau da infecção, porém a hipertermia é freqüente - em torno de 38° C ou mais. Acompanhando a febre, podem surgir dor, não-involução uterina e alteração das características dos lóquios, com eliminação de secreção purulenta e fétida, e diarreia.

O exame vaginal, realizado por enfermeiro ou médico, objetiva identificar restos ovulares; nos casos necessários, deve-se proceder à curetagem.

Cabe ao auxiliar de enfermagem monitorar os sinais vitais da puérpera, bem como orientá-la sobre a técnica correta de lavagem das mãos e outras que ajudem a evitar a propagação das infecções. Além disso, visando evitar a contaminação da vagina pelas bactérias presentes no reto, a puérpera deve ser orientada a lavar as regiões da vulva e do períneo após cada eliminação fisiológica, no sentido da vulva para o ânus.

Para facilitar a cicatrização da episiorrafia, deve-se ensinar a puérpera a limpar a região com antisséptico, bem como estimular-lhe a ingesta hídrica e administrar-lhe medicação, conforme prescrição, visando diminuir seu mal-estar e queixas álgicas. Nos casos de curetagem, preparar a sala para o procedimento.

A involução uterina promove a vasoconstrição, controlando a perda sangüínea. Nesse período, é comum a mulher referir cólicas. O útero deve estar mais ou menos 15 cm acima do púbis, duro e globóide pela contração, formando o globo de segurança de Pinard em resposta à contratilidade e retração de sua musculatura. A total involução uterina demora de 5 a 6 semanas, sendo mais rápida na mulher sadia que teve parto normal e está em processo de amamentação.

Os lóquios devem ser avaliados quanto ao volume (grande ou pequeno), aspecto (coloração, presença de coágulos, restos placentários) e odor (fétido ou não). Para remoção efetiva dos coágulos, deve-se massagear levemente o útero e incentivar a amamentação e deambulação precoces.



Atonia uterina – É a incapacidade de contração da musculatura uterina.

De acordo com sua coloração, os lóquios são classificados como sangüinolentos (vermelho vivo ou escuro – até quatro dias); serosangüinolentos (acastanhado – de 5 a 7 dias) e serosos (semelhantes à “salmoura” – uma a três semanas).

A hemorragia puerperal é uma complicação de alta incidência de mortalidade materna, tendo como causas a atonia uterina, lacerações do canal vaginal e retenção de restos placentários.

É importante procurar identificar os sinais de hemorragia - de quinze em quinze minutos – e avaliar rotineiramente a involução uterina através da palpação, identificando a consistência. Os sinais dessa complicação são útero macio (maleável, grande, acima do umbigo), lóquios em quantidades excessivas (contendo coágulos e escorrendo num fio constante) e aumento das freqüências respiratória e cardíaca, com hipotensão.

Caso haja suspeita de hemorragia, o auxiliar de enfermagem deve avisar imediatamente a equipe, auxiliando na assistência para reverter o quadro instalado, atentando, sempre, para a possibilidade de choque hipovolêmico. Deve, ainda, providenciar um acesso venoso permeável para a administração de infusão e medicações; bem como aplicar bolsa de gelo sobre o fundo do útero, massageando-o suavemente para estimular as contrações, colher sangue para exames laboratoriais e prova cruzada, certificar-se de que no banco de sangue existe sangue compatível (tipo e fator Rh) com o da mulher - em caso de reposição - e preparar a puérpera para a intervenção cirúrgica, caso isto se faça necessário.

Complementando esta avaliação, também há verificação dos sinais vitais, considerando-se que a freqüência cardíaca diminui para 50 a 70 bpm (bradicardia) nos primeiros dias após o parto, em vista da redução no volume sangüíneo. Uma taquicardia pode indicar perda sangüínea exagerada, infecção, dor e até ansiedade. A pressão sangüínea permanece estável, mas sua diminuição pode estar relacionada à perda de sangue excessivo e seu aumento é sugestivo de hipertensão. É também importante observar o nível de consciência da puérpera e a coloração das mucosas.

Outros cuidados adicionais são: observar o períneo, avaliando a integridade, o edema e a episiorrafia; aplicar compressas de gelo nesta região, pois isto propicia a vasoconstrição, diminuindo o edema e hematoma e evitando o desconforto e a dor; avaliar os membros inferiores (edema e varizes) e oferecer líquidos e alimentos sólidos à puérpera, caso esteja passando bem.

Nos casos de cesárea, atentar para todos os cuidados de um parto normal e mais os cuidados de um pós-operatório, observando as características do curativo operatório. Se houver sangramento e/ou queixas de dor, comunicar tal fato à equipe.



O auxiliar de enfermagem deve, em conjunto com os outros profissionais da equipe, participar dos grupos de sala de espera.

No **puerpério mediato**, a puérpera permanecerá no alojamento conjunto até a alta hospitalar. Neste setor, inicia os cuidados com o bebê, sob supervisão e orientação da equipe de enfermagem – o que lhe possibilita uma assistência e orientação integral.

No alojamento conjunto, a assistência prestada pelo auxiliar de enfermagem baseia-se em observar e registrar o estado geral da puérpera, dando continuidade aos cuidados iniciados no puerpério imediato, em intervalos mais espaçados. Deve também estimular a deambulação precoce e exercícios ativos no leito, bem como observar o estado das mamas e mamilos, a sucção do recém-nascido (incentivando o aleitamento materno), a aceitação da dieta e as características das funções fisiológicas, em vista da possibilidade de retenção urinária e constipação, orientando sobre a realização da higiene íntima após cada eliminação e enfatizando a importância da lavagem das mãos antes de cuidar do bebê, o que previne infecções.

O alojamento conjunto é um espaço oportuno para o auxiliar de enfermagem desenvolver ações educativas, buscando valorizar as experiências e vivências das mães e, com as mesmas, realizando atividades em grupo de forma a esclarecer dúvidas e medos. Essa metodologia propicia a detecção de problemas diversos (emocionais, sociais, etc.), possibilitando o encaminhamento da puérpera e/ou família para uma tentativa de solução.

O profissional deve abordar assuntos com relação ao relacionamento mãe-filho-família; estímulo à amamentação, colocando em prática a técnica de amamentação; higiene corporal da mãe e do bebê; curativo da episiorrafia e cicatriz cirúrgica; repouso, alimentação e hidratação adequada para a nutriz; uso de medicamentos nocivos no período da amamentação, bem como álcool e fumo; importância da deambulação para a involução uterina e eliminação de flatos (gases); e cuidados com recém-nascido.

A mama é o único órgão que após o parto não involui, enchendo-se de colostro até trinta horas após o parto. A apojadura, que consiste na descida do leite, ocorre entre o 3º ou 4º dia pós-parto. A manutenção da lactação depende do estímulo da sucção dos mamilos pelo bebê.

As mamas também podem apresentar complicações:

- **ingurgitamento mamário** - em torno do 3º ao 7º dia pós-parto, a produção láctea está no auge, ocasionando o ingurgitamento mamário. O auxiliar de enfermagem deve estar atento para as seguintes condutas: orientar sobre a pega correta da aréola e a posição adequada do recém-nascido durante a mamada; o uso do sutiã firme e bem ajustado; e a realização de massagens e ordenha sempre que as mamas estiverem cheias;

- rachaduras e/ou fissuras - podem aparecer nos primeiros dias de amamentação, levando a nutriz a parar de amamentar. Procurando evitar sua ocorrência, o auxiliar de enfermagem deve orientar a mãe a manter a amamentação; incentivá-la a não usar sabão ou álcool para limpar os mamilos; a expor as mamas ao sol por cerca de 20 minutos (antes das 10 horas ou após às 15 horas); e a alternar as mamas em cada mamada, retirando cuidadosamente o bebê. Nesse caso, devem ser aplicadas as mesmas condutas adotadas para o ingurgitamento mamário.
- mastite - é um processo inflamatório que costuma se desenvolver após a alta e no qual os microrganismos penetram pelas rachaduras dos mamilos ou canais lactíferos. Sua sintomatologia é dor, hiperemia e calor localizados, podendo ocorrer hipertermia. A puérpera deve ser orientada a realizar os mesmos cuidados adotados nos casos de ingurgitamento mamário, rachaduras e fissuras.

Por ocasião da alta hospitalar, especial atenção deve ser dada às orientações sobre o retorno à atividade sexual, planejamento familiar, licença-maternidade de 120 dias (caso a mulher possua vínculo empregatício) e importância da consulta de revisão de pós-natal e puericultura.

A consulta de revisão do puerpério deve ocorrer, preferencialmente, junto com a primeira avaliação da criança na unidade de saúde ou, de preferência, na mesma unidade em que efetuou a assistência pré-natal, entre o 7º e o 10º dia pós-parto.

Até o momento, foi abordado o atendimento à gestante e ao feto com base nos conhecimentos acumulados nos campos da obstetrícia e da perinatologia. Com o nascimento do bebê são necessários os conhecimentos de um outro ramo do saber – a neonatologia.

Surgida a partir da pediatria, a neonatologia é comumente definida como um ramo da medicina especializado no diagnóstico e tratamento dos recém-nascidos (RNs). No entanto, ela abrange mais do que isso — engloba também o conhecimento da fisiologia dos neonatos e de suas características.



Está contra-indicada a verificação da temperatura axilar nos casos de mastite, pois pode ter o valor alterado devido à hipertermia local.



Recém-nascido – É o bebê com até 28 dias de vida.



## 9- CLASSIFICAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS (RNS)

**O**s RNs podem ser classificados de acordo com o peso, a idade gestacional (IG) ao nascer e com a relação entre um e outro.

A classificação dos RNs é de fundamental importância pois ao permitir a antecipação de problemas relacionados ao peso e/ou à IG quando do nascimento, possibilita o planejamento dos cuidados e tratamentos específicos, o que contribui para a qualidade da assistência.

### 9.1. Classificação de acordo com o peso

A Organização Mundial de Saúde define como RN de baixo-peso todo bebê nascido com peso igual ou inferior a 2.500 gramas. Como nessa classificação não se considera a IG, estão incluídos tanto os bebês prematuros quanto os nascidos a termo.

Em nosso país, o número elevado de bebês nascidos com peso igual ou inferior a 2.500 gramas - baixo peso ao nascimento - constitui-se em importante problema de saúde. Nesse grupo há um elevado percentual de morbimortalidade neonatal, devido à não-disponibilidade de assistência adequada durante o pré-natal, o parto e o puerpério e/ou pela baixa condição socioeconômica e cultural da família, o que pode acarretar graves conseqüências sociais.



Morbimortalidade neonatal  
– É a taxa de adoecimento e de morte de crianças de 0 a 28 dias de nascido.

### 9.2. Classificação de acordo com a IG

Considera-se como IG ao nascer, o tempo provável de gestação até o nascimento, medido pelo número de semanas entre o primeiro dia da última menstruação e a data do parto.

O tempo de uma gestação desde a data da última menstruação até seu término é de 40 semanas. Sendo assim, considera-se:

- a) RN prematuro - toda criança nascida antes de 37 semanas de gestação;
- b) RN a termo - toda criança nascida entre 37 e 42 semanas de gestação;
- c) RN pós-termo - toda criança nascida após 42 semanas de gestação.

Quanto menor a IG ao nascer, maior o risco de complicações e a necessidade de cuidados neonatais adequados.

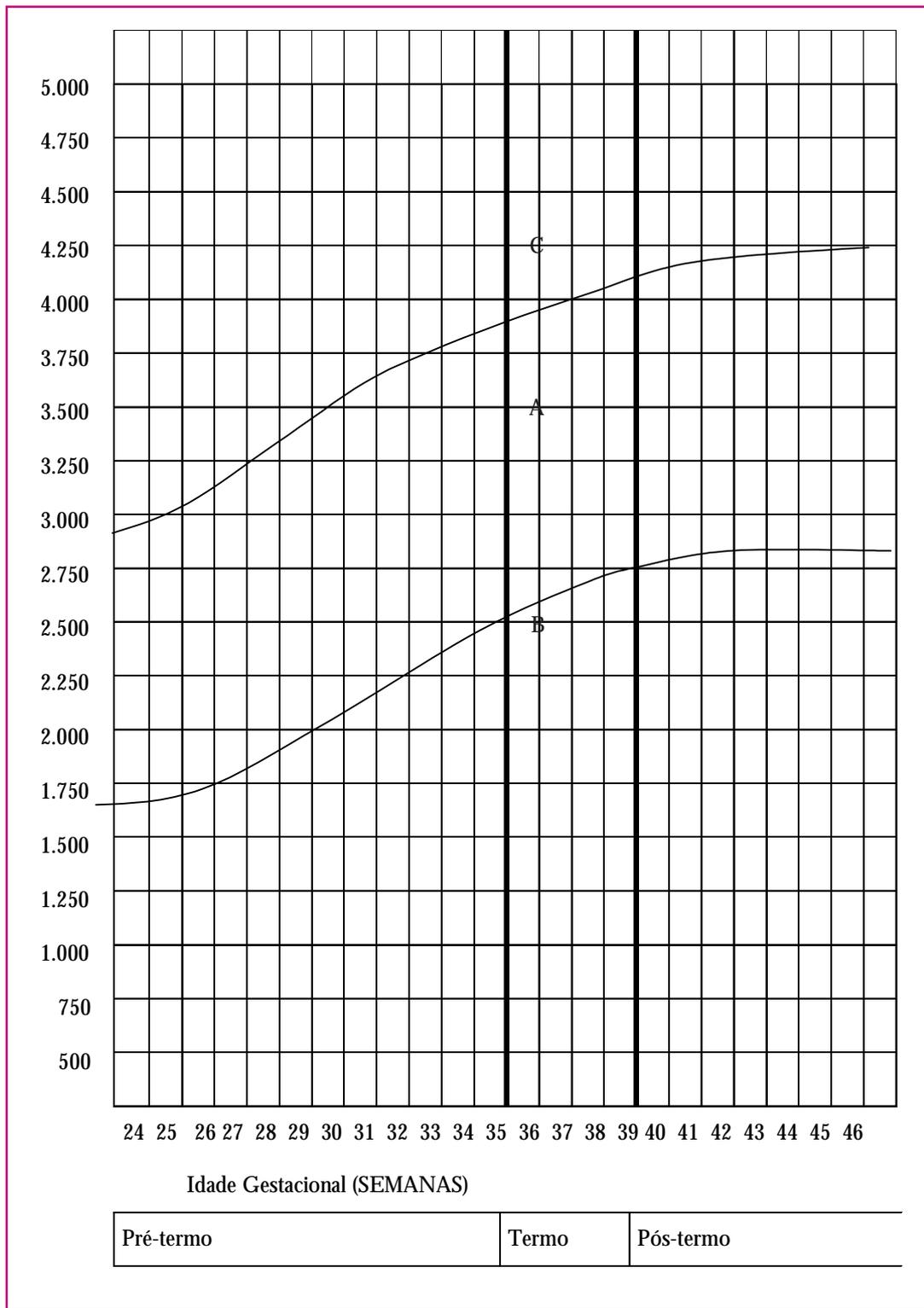
Se o nascimento antes do tempo acarreta riscos para a saúde dos bebês, o nascimento pós-termo também. Após o período de gestação considerado como fisiológico, pode ocorrer diminuição da oferta de oxigênio e de nutrientes e os bebês nascidos após 42 semanas de gestação podem apresentar complicações respiratórias e nutricionais importantes no período neonatal.

### 9.3. Classificação de acordo com a relação peso/IG

Essa classificação possibilita a avaliação do crescimento intra-uterino, uma vez que de acordo com a relação entre o peso e a IG os bebês são classificados como:

- a) adequados para a idade gestacional (AIG) – são os neonatos cujas linhas referentes a peso e a IG se encontram entre as duas curvas do gráfico. Em nosso meio, 90 a 95% do total de nascimentos são de bebês adequados para a IG;
- b) pequenos para a idade gestacional (PIG) - são os neonatos cujas linhas referentes a peso e a IG se encontram abaixo da primeira curva do gráfico. Esses bebês sofreram desnutrição intra-uterina importante, em geral como consequência de doenças ou desnutrição maternas.
- c) grandes para a idade gestacional (GIG) - são os neonatos cujas linhas referentes ao peso e a IG se encontram acima da segunda curva do gráfico. Frequentemente os bebês grandes para a IG são filhos de mães diabéticas ou de mães Rh negativo sensibilizadas.

**CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO,  
SEGUNDO PESO E IDADE GESTACIONAL**



Fonte: BAHAGLIA, F. C., LUBCHENCO, L. Journal of Pediatrics, v. 71, n. 2, p. 159-163, 1967.

Para facilitar o entendimento, pode-se tomar como exemplo um RN com 39 semanas de IG: se o seu peso ao nascimento for de 3000 gramas, ele será classificado como adequado para a IG (letra A no gráfico); se pesar ao nascer 2000 gramas, será classificado como pequeno para a IG (letra B); se pesar 4000 gramas, será classificado como grande para a IG (letra C).

## 10- CARACTERÍSTICAS ANATOMOFISIOLÓGICAS DOS RNS

**O**s RNs possuem características anatômicas e funcionais próprias. O conhecimento dessas características possibilita que a assistência aos neonatos seja planejada, executada e avaliada de forma a garantir o atendimento de suas reais necessidades. Também permite a orientação aos pais a fim de capacitá-los para o cuidado após a alta.

O **peso** dos bebês é influenciado por diversas condições associadas à gestação, tais como fumo, uso de drogas, paridade e alimentação materna.

Os RNs apresentam durante os cinco primeiros dias de vida uma diminuição de 5 a 10% do seu peso ao nascimento, chamada de perda ponderal fisiológica, decorrente da grande eliminação de líquidos e reduzida ingestão. Entre o 8º (RN a termo) e o 15º dia (RNs prematuros) de vida pós-natal, os bebês devem recuperar o peso de nascimento.

Estudos realizados para avaliação do peso e **estatura** dos RNs brasileiros, indicam as seguintes médias no caso dos neonatos a termo: 3.500g/50cm para os bebês do sexo masculino e 3.280g/49,6cm para os do sexo feminino. Tais estudos mostraram também que a média do perímetro cefálico dos RNs a termo é de 34-35cm. Já o perímetro torácico deve ser sempre 2-3cm menor que o cefálico (Navantino, 1995).

Os **sinais vitais** refletem as condições de homeostase dos bebês, ou seja, o bom funcionamento dos seus sistemas respiratório, cardiocirculatório e metabólico; se os valores encontrados estiverem dentro dos parâmetros de normalidade, temos a indicação de que a criança se encontra em boas condições no que se refere a esses sistemas.

Os RNs são extremamente termolábeis, ou seja, têm dificuldade de manter estável a temperatura corporal, perdendo rapidamente calor para o ambiente externo quando exposto ao frio, molhado ou em contato com superfícies frias. Além disso, a superfície corporal dos bebês é relativamente grande em relação ao seu peso e eles têm uma capacidade limitada para produzir calor.



Num país como o nosso, com tantas desigualdades sociais, o estado nutricional da mulher (antes e durante a gestação) é, sem dúvida, o mais importante fator determinante para o baixo peso ao nascimento.



**Turgor** – É o grau de elasticidade da pele, sendo o melhor indicador do estado de hidratação e de nutrição do RN.

**Vernix caseoso** – Substância branco-acinzentada, formada por secreções de glândulas sebáceas, pelos e células epiteliais, que cobre a pele do feto e do RN, protegendo e hidratando-a.



**Apergaminhada** – É a pele com aspecto e/ou consistência de pergaminho, isto é, áspera, quebradiça, ressecada, rugosa.



**Doença hemolítica grave** – É a doença em que ocorre um intenso processo de destruição dos glóbulos vermelhos.

A **atitude** e a **postura** dos RNs, nos primeiros dias de vida, refletem a posição em que se encontravam no útero materno. Por exemplo, os bebês que estavam em apresentação cefálica tendem a manter-se na posição fetal tradicional - cabeça fletida sobre o tronco, mãos fechadas, braços flexionados, pernas fletidas sobre as coxas e coxas, sobre o abdômen.

A avaliação da **pele** do RN fornece importantes informações acerca do seu grau de maturidade, nutrição, hidratação e sobre a presença de condições patológicas.

A pele do RN a termo, AIG e que se encontra em bom estado de hidratação e nutrição, tem aspecto sedoso, coloração rosada (nos RNs de raça branca) e/ou avermelhada (nos RNs de raça negra), turgor normal e é recoberta por vernix caseoso.

Nos bebês prematuros, a pele é fina e gelatinosa e nos bebês nascidos pós-termo, grossa e apergaminhada, com presença de descamação — principalmente nas palmas das mãos, plantas dos pés — e sulcos profundos. Têm também turgor diminuído.

Das inúmeras características observadas na pele dos RNs destacamos as que se apresentam com maior freqüência e sua condição ou não de normalidade.

- a) **Eritema tóxico** - consiste em pequenas lesões avermelhadas, semelhantes a picadas de insetos, que aparecem em geral após o 2º dia de vida. São decorrentes de reação alérgica aos medicamentos usados durante o trabalho de parto ou às roupas e produtos utilizados para a higienização dos bebês.
- b) **Millium** - são glândulas sebáceas obstruídas que podem estar presentes na face, nariz, testa e queixo sob a forma de pequenos pontos brancos.
- c) **Manchas mongólicas** - manchas azuladas extensas, que aparecem nas regiões glútea e lombossacra. De origem racial - aparecem em crianças negras, amarelas e índias - costumam desaparecer com o decorrer dos anos.
- d) **Petéquias** - pequenas manchas arroxeadas, decorrentes de fragilidade capilar e rompimento de pequenos vasos. Podem aparecer como consequência do parto, pelo atrito da pele contra o canal do parto, ou de circulares de cordão — quando presentes na região do pescoço. Estão também associadas a condições patológicas, como septicemia e doenças hemolíticas graves.
- e) **Cianose** - quando localizada nas extremidades (mãos e pés) e/ou na região perioral e presente nas primeiras horas de vida, é considerada como um achado normal, em função da circulação periférica, mais lenta nesse período. Pode também ser causada

por hipotermia, principalmente em bebês prematuros. Quando generalizada é uma ocorrência grave, que está em geral associada a distúrbios respiratórios e/ou cardíacos.

- f) Icterícia - coloração amarelada da pele, que aparece e evolui no sentido craniocaudal, que pode ter significado fisiológico ou patológico de acordo com o tempo de aparecimento e as condições associadas. As icterícias ocorridas antes de 36 horas de vida são em geral patológicas e as surgidas após esse período são chamadas de fisiológicas ou próprias do RN.
- g) Edema - o de membros inferiores, principalmente, é encontrado com frequência em bebês prematuros, devido as suas limitações renais e cardíacas decorrentes da imaturidade dos órgãos. O edema generalizado (anasarca) ocorre associado à insuficiência cardíaca, insuficiência renal e distúrbios metabólicos.

Os **cabelos** do RN a termo são em geral abundantes e sedosos; já nos prematuros são muitas vezes escassos, finos e algodoados. A implantação baixa dos cabelos na testa e na nuca pode estar associada à presença de malformações cromossomiais.

Alguns bebês podem também apresentar lanugem, mais frequentemente observada em bebês prematuros.

As **unhas** geralmente ultrapassam as pontas dos dedos ou são incompletas e até ausentes nos prematuros.

Ao nascimento os ossos da **cabeça** não estão ainda completamente soldados e são separados por estruturas membranosas denominadas **suturas**. Assim, temos a sagital (situada entre os ossos parietais), a coronariana (separa os ossos parietais do frontal) e a lambdóide (separa os parietais do occipital).

Entre as suturas coronariana e sagital está localizada a grande **fontanela** ou fontanela bregmática, que tem tamanho variável e só se fecha por volta do 18º mês de vida. Existe também outra fontanela, a lambdóide ou pequena fontanela, situada entre as suturas lambdóide e sagital. É uma fontanela de pequeno diâmetro, que em geral se apresenta fechada no primeiro ou segundo mês de vida.

A presença dessas estruturas permite a moldagem da cabeça do feto durante sua passagem no canal do parto. Esta moldagem tem caráter transitório e é também fisiológica. Além dessas, outras alterações podem aparecer na cabeça dos bebês como consequência de sua passagem pelo canal de parto. Dentre elas temos:

- a) Cefalematoma - derrame sangüíneo que ocorre em função do rompimento de vasos pela pressão dos ossos cranianos contra a estrutura da bacia materna. Tem consistência cística (amolecida com a sensação de presença de líquidos), volume variável e não atravessa as linhas das suturas, ficando restrito ao osso atingi-



Lanugem – São pêlos finíssimos, descolorados, presentes em geral nas áreas dos ombros e do dorso.



A grande fontanela é popularmente conhecida como “moleira”.



Cacifo positivo – É a depressão produzida na pele pela pressão do dedo do examinador que permanece mesmo após cessada a pressão.



Atresia de coanas – É o estreitamento dos espaços entre os cornetos nasais.



A hipertrofia mamária costuma gerar muita ansiedade nos pais, principalmente se o bebê for do sexo masculino. Deve ser-lhes explicado que a hipertrofia desaparecerá com o tempo. A expressão manual da glândula não deve ser realizada pois possibilita o aparecimento de infecção.

do. Aparece com mais frequência na região dos parietais, são dolorosos à palpação e podem levar semanas para ser reabsorvidos.

- b) Bossa serossangüínea - consiste em um edema do couro cabeludo, com sinal de cacifo positivo cujos limites são indefinidos, não respeitando as linhas das suturas ósseas. Desaparece nos primeiros dias de vida.

Os **olhos** dos RN podem apresentar alterações sem maior significado, tais como hemorragias conjuntivais e assimetrias pupilares.

As **orelhas** devem ser observadas quanto à sua implantação que deve ser na linha dos olhos. Implantação baixa de orelhas é um achado sugestivo de malformações cromossômicas.

No **nariz**, a principal preocupação é quanto à presença de atresia de coanas, que acarreta insuficiência respiratória grave. A passagem da sonda na sala de parto, sem dificuldade, afasta essa possibilidade.

A **boca** deve ser observada buscando-se avaliar a presença de dentes precoces, fissura labial e/ou fenda palatina.

O **pescoço** dos RNs é em geral curto, grosso e tem boa mobilidade. Diminuição da mobilidade e presença de massas indicam patologia, o que requer uma avaliação mais detalhada.

O **tórax**, de forma cilíndrica, tem como características principais um apêndice xifóide muito proeminente e a pequena espessura de sua parede.

Muitos RNs, de ambos os sexos, podem apresentar hipertrofia das glândulas mamárias, como consequência da estimulação hormonal materna recebida pela placenta. Essa hipertrofia é bilateral. Quando aparece em apenas uma das glândulas mamárias, em geral é consequência de uma infecção por estafilococos.

O **abdômen** também apresenta forma cilíndrica e seu diâmetro é 2-3cm menor que o perímetro cefálico. Em geral, é globoso e suas paredes finas possibilitam a observação fácil da presença de hérnias umbilicais e inguinais, principalmente quando os bebês estão chorando e nos períodos após a alimentação.

A distensão abdominal é um achado anormal e quando observada deve ser prontamente comunicada, pois está comumente associada a condições graves como septicemia e obstruções intestinais.

O **coto umbilical**, aproximadamente até o 4º dia de vida, apresenta-se com as mesmas características do nascimento - coloração branco-azulada e aspecto gelatinoso. Após esse período, inicia-se o processo de mumificação, durante o qual o coto resseca e passa a apresentar uma coloração escurecida. A queda do coto umbilical ocorre entre o 6º e o 15º dia de vida.

A observação do abdômen do bebê permite também a avaliação do seu padrão respiratório, uma vez que a respiração do RN é do tipo abdominal. A cada excursão respiratória pode-se ver a elevação e descida da parede abdominal, com breves períodos em que há ausência de movimentos. Esses períodos são chamados de pausas e constituem um achado normal, pois a respiração dos neonatos tem um ritmo irregular. Essa irregularidade é observada principalmente nos prematuros.

A **genitália masculina** pode apresentar alterações devido à passagem de hormônios maternos pela placenta que ocasionam, com frequência, edema da bolsa escrotal, que assim pode manter-se até vários meses após o nascimento, sem necessidade de qualquer tipo de tratamento. A palpação da bolsa escrotal permite verificar a presença dos testículos, pois podem se encontrar nos canais inguinais. A glândula está sempre coberta pelo prepúcio, sendo então a fimose uma condição normal. Deve-se observar a presença de um bom jato urinário no momento da micção.

A transferência de hormônios maternos durante a gestação também é responsável por várias alterações na **genitália feminina**. A que mais chama a atenção é a genitália em couve-flor. Pela estimulação hormonal o hímen e os pequenos lábios apresentam-se hipertrofiados ao nascimento não sendo recobertos pelos grandes lábios. Esse aspecto está presente de forma acentuada nos prematuros.

É observada com frequência a presença de secreção vaginal, de aspecto mucóide e leitoso. Em algumas crianças pode ocorrer também sangramento via vaginal, denominado de menarca neonatal ou pseudomenstruação.

Em relação ao **ânus**, a principal observação a ser feita diz respeito à permeabilidade do orifício. Essa avaliação pode ser realizada pela visualização direta do orifício anal e pela eliminação de mecônio nas primeiras horas após o nascimento. Outro ponto importante refere-se às **eliminações vesicais e intestinais**. O RN elimina **urina** várias vezes ao dia. A primeira diurese deve ocorrer antes de completadas as primeiras 24 horas de vida, apresentando, como características, grande volume e coloração amarela-clara.

As primeiras **fezes** eliminadas pelos RNs consistem no mecônio, formado intra-uterinamente, que apresenta consistência espessa e coloração verde-escura. Sua eliminação deve ocorrer até às primeiras 48 horas de vida. Quando a criança não elimina mecônio nesse período é preciso uma avaliação mais rigorosa pois a ausência de eliminação de mecônio nos dois primeiros dias de vida pode estar associada a condições anormais (presença de rolha meconial, obstrução do reto).

Com o início da alimentação, as fezes dos RNs vão assumindo as características do que se costuma denominar fezes lácteas ou fezes do leite. As fezes lácteas têm consistência pastosa e coloração que pode variar do verde, para o amarelo esverdeado, até a coloração amarelada. Evacua várias vezes ao dia, em geral após a alimentação.

## 11- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS IMEDIATOS E MEDIATOS AO RN

O período das primeiras 24 horas pós nascimento é considerado crítico principalmente no que se refere à adaptação respiratória. Alguns RNs podem, nesse período, apresentar um quadro de sofrimento respiratório com evolução até o óbito.

Os **cuidados imediatos** ao RN são aqueles dispensados logo após o nascimento, ainda na sala de parto. Os principais objetivos são: auxiliar o bebê a fazer a transição da vida intra-uterina para a vida extra-uterina, assegurar a manutenção de sua temperatura corporal e promover o elo afetivo entre RN - mãe e seus familiares.

Antes de se prestar os cuidados imediatos ao RN, é preciso providenciar e verificar o funcionamento dos equipamentos e os materiais necessários a essa assistência, que são:

- berço aquecido e/ou incubadora;
- campos aquecidos ou toalha ou cobertores;
- material para aspiração: bulbo (pêra), aspirador à vácuo, sondas de aspiração n° 6, 8 e 10, sonda gástrica n° 8 e seringa de 20 ml;
- material para ventilação: ambú, máscaras faciais (tamanhos para RN a termo e prematuro - de preferência acolchoadas) e fonte de oxigênio com fluxômetro;
- material para intubação: laringoscópio com lâmina reta n. 0 e 1, lâmpadas e pilhas para o laringoscópio, cânulas traqueais n. 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, tesoura, luvas estéreis;
- medicações: adrenalina, bicarbonato, glicose a 10%, água destilada, solução fisiológica a 0,9%;
- estetoscópio;
- esparadrapo;
- seringas (1ml, 3ml, 5ml, 10ml, 20 ml) e agulhas (13 x 4,5 ou 25 x7).



Para ajudar a manter a posição correta do pescoço, coloque uma compressa enrolada debaixo dos ombros do bebê, elevando-os de 1 a 2 cm acima do colchão.

Deve-se tomar cuidado de não estender ou fletir demais o pescoço do bebê, uma vez que essas posições podem diminuir a entrada de ar para os pulmões.

Quando houver grande quantidade de secreção na boca, deve-se lateralizar a cabeça, acumulando a secreção na lateral desta, o que facilita a remoção. Assim, evita-se o acúmulo de secreção na faringe posterior e conseqüente aspiração pelo RN.

Aspire delicadamente primeiro a boca e depois o nariz. Este cuidado garante que não haja nenhuma secreção nas vias aéreas, caso o RN inspire durante a aspiração do nariz.

Após o nascimento, colocar o bebê sob fonte de **calor radiante** (berço aquecido e foco de luz), previamente aquecido, oferecendo um ambiente térmico adequado e secar rapidamente sua cabeça e seu corpo com uma toalha ou cobertor pré-aquecido. Caso o RN esteja bem, este será colocado sobre a mãe e amamentado.

A **avaliação do RN** deve começar no momento do nascimento, utilizando a Escala de Apgar, no qual são observados cinco sinais: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor. Cada sinal é avaliado de acordo com o grau em que está presente e recebe uma nota de 0 (zero), 1 (um) e 2 (dois).

Essa avaliação é feita no primeiro e no quinto minuto após o nascimento. Caso, no quinto minuto, o índice persista abaixo de 7, é necessário reavaliar o bebê a cada 5 minutos até que ele atinja o índice (nota) igual ou maior que 8.



Enquanto você aspira a boca, preste atenção na profundidade com que a sonda de aspiração é inserida e na força de sucção. A aspiração vigorosa e prolongada pode estimular a faringe posterior e produzir uma resposta do sistema nervoso, resultando em alterações no ritmo cardíaco e parada respiratória no RN.



O resfriamento do bebê após o nascimento pode ser consideravelmente reduzido quando o ar condicionado da sala de parto é desligado. Os cuidados de secagem do bebê e a substituição da toalha molhada por outra seca vão fazer com que o bebê reduza a perda de calor por evaporação do líquido amniótico que molha sua pele. Quando o cobertor é pré-aquecido o bebê não precisará aquecê-lo com o calor de seu próprio corpo.

### ESCALA DE APGAR

PONTUAÇÃO \ SINAL	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	Abaixo de 100bpm	Acima de 100bpm
Esforço respiratório	Ausente	Lento, irregular	Bom, choro
Tônus muscular	Flácido	Alguma resposta das extremidades	Movimento ativo
Irritabilidade reflexa	Nenhuma resposta	Choro	Choro vigoroso
Cor	Azul, pálido	Róseo, extremidades cianóticas	Completamente rosado

Outra ação consiste nos cuidados com o cordão umbilical. Primeiramente, deve-se observar o coto umbilical, atentando para a presença de duas artérias e uma veia, pois dependendo do número de va-



A coleta do sangue do cordão evita a realização de procedimentos invasivos e dolorosos no RN num período em que ele está adaptando-se à vida extra-uterina.



No caso de meninas, em algumas unidades de saúde utiliza-se a aplicação de nitrato de prata no orifício externo da vagina. Esse cuidado também objetiva a prevenção da transmissão da gonorréia da mãe para a criança durante a passagem pelo canal de parto.



A identificação do RN deve ser conferida cada vez que ele for levado para a mãe ou transferido de berço por qualquer motivo.



Não existe uma seqüência rígida na realização dos cuidados mediatos com o RN. Depende das condições do bebê ou da rotina estabelecida na Instituição.

Os presentes podem ser indicativos de anormalidades. Colher sangue do cordão e enviar para o laboratório, cujo objetivo é avaliar as condições do RN, podendo ser usado para identificação da tipagem sanguínea, de doenças transmissíveis (HIV, rubéola), análise bioquímica, dentre outros exames.

Em seguida, é realizada a **ligadura do cordão** e o bebê pode então ser colocado sobre a mãe ou no berço aquecido.

Ainda na sala de parto, realiza-se o método de Credé ou **credeização**, que consiste na instilação de duas gotas de nitrato de prata a 1% no canto interno de cada olho, prevenindo a oftalmia gonocócica.

Cada bebê e sua mãe devem ser corretamente **identificados** antes de deixarem a sala de parto. Para a identificação, utiliza-se pulseira própria, na qual devem constar o nome e sobrenome da mãe, a data e a hora do nascimento, colocando-a no punho e no tornozelo do RN.

Em casos de **partos múltiplos**, a ordem de nascimento deverá ser especificada nas pulseiras por meio de números (1, 2, 3 ....) após o nome da mãe.

Outro ponto a ser lembrado consiste no **registro** no prontuário do RN de sua impressão plantar e a impressão do polegar direito da mãe.

Os **cuidados mediatos** ao RN são aqueles realizados no berçário ou no alojamento conjunto. Têm como objetivos ajudar o RN a adaptar-se à vida extra-uterina, prevenir possíveis complicações que possam advir e detectar precocemente qualquer anormalidade. Quando houver, este terá prioridade no atendimento.

Ao chegar ao berçário, o RN deve ser colocado em um berço ou incubadora aquecida, procedendo-se a sua admissão no setor, com registro da hora e de suas condições gerais. O RN pode também ser encaminhado diretamente da sala de parto para o setor de alojamento conjunto. Nesses casos a admissão e os demais cuidados serão providenciados lá.

No momento da admissão e nas primeiras horas de vida é necessário proceder a uma avaliação dos sinais vitais, com especial atenção às condições respiratórias, coloração da pele, presença de secreções em vias aéreas superiores e de sangue no coto umbilical.

Durante esse período de observação, o auxiliar de enfermagem deve preparar o ambiente e o material necessário para prestar os cuidados mediatos, que são:

### ● Aferição de sinais vitais

Não existe diferença na verificação dos sinais vitais em RN.



Os sinais vitais devem ser sempre verificados antes da realização de qualquer procedimento e nunca após, pois podem alterar-se.

No entanto, precisamos atentar para alguns cuidados, pois alguns RNs podem ficar agitados ou chorosos quando manipulados pelos profissionais de saúde e isso pode alterar os valores da frequência cardíaca (pulso apical) e da respiração.

Assim, é recomendável iniciar a verificação dos sinais vitais a partir da frequência respiratória, passando para a frequência cardíaca e por último à temperatura corporal.

Os parâmetros de normalidade dos sinais vitais no RN são:

- Frequência respiratória - 25/60 incursões respiratórias por minuto;
- Frequência cardíaca - 120/180 batimentos por minuto;
- Temperatura - 36, 0 a 37,0°C (axilar).

### a) Verificação da respiração (R)

A respiração deve ser avaliada durante um minuto completo. Nos RN observam-se os movimentos abdominais e não os torácicos, já que neles a respiração é realizada pelo diafragma.

Ao verificar a respiração, devemos atentar também para sua profundidade, bem como para a identificação de eventuais sinais de cansaço, cianose, batimentos das asas do nariz.

### b) Verificação da frequência cardíaca (FC)

Essa verificação em recém-nato é mais confiável quando realizada por meio do pulso apical, quando colocamos o estetoscópio sobre o tórax, entre o esterno e o mamilo esquerdo do bebê.

A frequência do coração é contada durante um minuto, prestando-se atenção ao ritmo e à força de pulsação.

### c) Verificação da temperatura (T)

A verificação de temperatura corporal pode ser medida no reto ou na axila. No entanto, quando há necessidade de constantes aferições, a introdução freqüente de um termômetro no reto pode causar danos à mucosa retal, sendo recomendável a verificação de preferência na axila.

### ● Verificação das medidas antropométricas

Nessas medidas verifica-se o peso, o comprimento/estatura e os perímetros cefálico, torácico e abdominal que são parâmetros importantes para a avaliação e acompanhamento dos bebês.



A verificação regular do peso do RN é de fundamental importância para a avaliação das perdas ou ganhos. Também é essencial para calcular o volume de alimentação, a quantidade de infusão venosa a ser administrada ou ainda as dosagens de medicamentos.

### a) Verificação do peso

Tal procedimento deve ser realizado no momento da admissão do RN, diariamente e sempre que houver necessidade de nova avaliação. Servirá de base para o controle da curva ponderal.

O material necessário é colocado em carrinho com balança própria para RN (até 15 kg), papel toalha, compressa de gaze, frasco com álcool a 70% e impresso próprio para registro.

Antes de verificar o peso do recém-nascido, certifique-se de que o ar refrigerado encontre-se desligado ou que as janelas estejam fechadas, evitando a hipotermia do bebê. Limpe a cuba da balança com álcool, realize a calibração da mesma e forre-a com papel toalha.

Ao colocar o RN na balança, fique atento a seus movimentos na cuba, mantendo a mão próxima, sem tocá-lo. Verifique o peso num momento em que haja menor atividade física do RN. Retire-o da cuba da balança e coloque-o novamente no berço.

O peso deve ser registrado em gramas, em impresso próprio, assim como o ganho ou perda em relação ao peso anterior. Nos RNs com diagnóstico de infecção, quando não houver balança separada para esses casos, deve ser verificado seu peso após todos os demais.



A circunferência da cabeça aumenta rapidamente em função do crescimento do cérebro. A média da circunferência ao nascimento é de 33 a 37cm, aumentando até 46 ou 47cm no final do primeiro ano de vida. O perímetro cefálico é igual ao do tórax ou maior 2 cm.

### b) Verificação da estatura

A estatura é verificada com régua antropométrica ou fita métrica e servirá de base para a avaliação do crescimento.

Coloque o RN em decúbito dorsal em uma superfície plana, apoiando a parte fixa da régua na sua cabeça e a parte móvel no calcanhar. Estenda as pernas do bebê, segurando em seus joelhos, mantendo a régua bem posicionada ou a fita bem esticada e proceda à leitura.

### c) Perímetro cefálico (PC)

É a medida da circunferência da cabeça, sendo verificado com fita métrica. Servirá de base para a avaliação do crescimento e desenvolvimento. É realizada com o bebê em decúbito dorsal, passando-se a fita métrica a partir da maior saliência do osso occipital e acima das sobrancelhas, realizando-se então a leitura.

### d) Perímetro torácico (PT)

É a medida da circunferência do tórax, sendo verificado com fita métrica, variando em torno de 33 cm. O RN deve estar posicionado

em decúbito dorsal, sem roupa. Passa-se a fita ao redor do tórax na altura dos mamilos, realizando a leitura.

### e) Perímetro abdominal (PA)

É a medida da circunferência do abdômen, sendo verificada com fita métrica, variando em torno de 35cm. O RN deve estar em decúbito dorsal e sem roupa. O perímetro abdominal é medido passando-se a fita em torno do abdome, logo acima do umbigo. Realize a leitura.

É importante ressaltar que o registro das medidas antropométricas no prontuário da criança deve ser realizado imediatamente após à verificação das mesmas. Caso não seja possível, registre após a realização de todos os cuidados antes de encaminhar o RN para a mãe.

### ● Realizar higiene corporal do recém-nato

A primeira higiene visa a retirar o excesso de sangue ou outras sujidades, principalmente na região da cabeça, não sendo necessário retirar todo o vernix caseoso, pois ele será absorvido pela pele espontaneamente.

O banho de imersão (na banheira ou bacia) é aquele feito quando o RN se encontra em condições clínicas estáveis. Por ser o tipo de banho que será feito em casa, após a alta, deve-se encorajar a participação materna durante sua realização.

O material necessário é: algodão; cotonetes; sabonete neutro (glicerina sem perfume); gaze; lençol macio ou toalha; fralda (de preferência descartável); luvas de procedimento; escovinha de nylon para pentear os cabelos do RN; bacia ou banheira (inox, plástica ou acrílica) previamente limpa com sabão.

A água deverá estar com a temperatura adequada (nem fria demais, nem muito quente) evitando assim resfriar ou queimar a criança. O RN deve ser colocado suavemente dentro da bacia de forma que fique sentado e apoiado pelo profissional, que deverá segurá-lo com uma das mãos pela região cervical. Os canais auditivos podem ser protegidos com os dedos polegar e anelar da mão utilizada para segurar o bebê pela região cervical.

Nos dias mais frios, a limpeza da face e da cabeça pode ser feita com o bebê vestido. Deve-se secar bem a face e o couro cabeludo, o que previne a perda de calor pela região cefálica que é proporcionalmente grande em relação ao resto do corpo.

Para evitar infecções urinárias e vaginais nos RNs do sexo feminino a limpeza da genitália deve ser realizada com movimentos descendentes do clitóris ao ânus, afastando-se os grandes lábios e limpando cada um dos lados. Nos do sexo masculino, essa limpeza é realizada



O ideal é que a banheira seja de uso exclusivo do RN. Em algumas instituições são utilizados forros plásticos descartáveis quando se dispõe de uma única banheira para todos os bebês.



Nessa técnica o uso de luvas descartáveis é obrigatório, porém, poderá dificultar sua realização devido à possibilidade do bebê escorregar, quando ensaboado. Requer então um cuidado maior para manter a criança bem segura e apoiada.



Não é necessário o uso de algodão, gaze ou bucha. A mão que estiver livre é utilizada para passar o sabonete.



Caso o bebê evacue dentro da bacia do banho ou a água fique muito turva devido ao excesso de sujidades, o procedimento deverá ser interrompido a fim de que a água possa ser trocada. Enquanto isso, o bebê deve ser mantido envolvido em uma toalha ou pano seco, para evitar a perda de calor.



As dobras cutâneas e os espaços entre os dedos quando permanecem úmidos podem tornar-se locais propícios ao desenvolvimento de micoses.



É bom lembrar que o banho e o curativo do coto umbilical constituem cuidados básicos rotineiros que permitem a participação dos pais.

com movimentos descendentes do pênis ao ânus, afastando, sem forçar, o prepúcio. Esse cuidado também evita assaduras.

Ao retirar o RN da água envolva-o na toalha, secando-o delicadamente sem friccionar, tendo o cuidado de secar bem as dobras cutâneas, orelhas, entre os dedos das mãos e dos pés e o couro cabeludo.

Em seguida, realize o curativo do coto umbilical conforme cuidados específicos, coloque a fralda, vista a roupa do RN e penteie seus cabelos, colocando-o no berço ou entregando-o à sua mãe.

O momento de realização do banho de imersão propicia a observação direta de todo o corpo do bebê. Sendo assim, ao registrar o procedimento deve-se também apontar toda e qualquer anormalidade observada.

### ● Realizar curativo do coto umbilical

O curativo do coto umbilical é feito diariamente após o banho ou sempre que estiver molhado de urina ou sujo de fezes. Tem por objetivo promover a cicatrização, por meio da mumificação e evitar a contaminação local.

É importante atentar a qualquer anormalidade, como presença de sangramento, secreção purulenta, hiperemia, edema e odor fétido.

O material necessário é: frasco com álcool a 70%, cotonete e gaze. O curativo consiste na limpeza da base do coto com o cotonete embebido em álcool, fazendo movimentos suaves e circulares.

### ● Administrar vitamina K

Ao nascer, o bebê não tem ainda capacidade de coagulação sanguínea devido à imaturidade do fígado, sendo necessária a administração da vitamina K, objetivando prevenir a doença hemorrágica no período neonatal. Aplica-se na região vasto-lateral da coxa por via IM ou gotas por VO.

## 12- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RN NO ALOJAMENTO CONJUNTO

O alojamento conjunto é o sistema hospitalar no qual o RN permanece ao lado de sua mãe 24 horas por dia, desde o nascimento até a alta hospitalar.

A adoção desse sistema proporciona vantagens para todos os envolvidos. Para a **mãe**, favorece a interação com o bebê por permitir-lhe que cuide de seu filho desde os primeiros momentos; facilita a

lactação (formação, secreção e excreção do leite), favorecendo o processo de amamentação; proporciona um intercâmbio de informações entre as mães e a participação do pai no cuidado do filho; permite maior relacionamento com a equipe de saúde, oferecendo assim satisfação, tranquilidade e segurança.

Para o RN, oferece satisfação de suas necessidades biológicas e emocionais, pois os cuidados são realizados de forma mais imediata; possibilita que seja alimentado quando desejar e existe menor risco de que adquira infecção hospitalar, uma vez que sua permanência no berçário o expõe a tal.

Inicialmente, todas as mães podem ir para o alojamento conjunto, com exceção daquelas cujas condições de saúde não permitam cuidar de seus filhos.

A mãe deve participar ativamente dos cuidados de seu filho, porém cabe à equipe de enfermagem estar atenta a algumas observações: coloração da pele, frequência e aspecto das eliminações, aspecto do coto umbilical, capacidade de sucção, sinais vitais e qualquer alteração de seu estado geral. Além disso, deve ajudar a mãe em suas necessidades básicas como: higiene corporal, cuidados com as mamas, alimentação, sono e repouso.

No sistema de alojamento conjunto é importante estar aberto para ouvir a mãe sobre suas preocupações, ansiedades ou medos, pois o fato de retornar para casa com um bebê pode deixá-la insegura e preocupada.

## 12.1 Amamentação

É a forma natural de alimentar o RN. Requer atenção por parte dos profissionais de saúde, já que os índices de desmame precoce no Brasil ainda são bastante elevados.

A criança deve ser alimentada exclusivamente ao seio materno até os 6 meses de idade<sup>17</sup>. Nesse período não é necessário nenhum tipo de complementação, nem mesmo água. O leite materno é um alimento completo que atende a todas as necessidades do organismo da criança e a protege contra infecções.

Entretanto, para algumas mulheres, amamentar é muito difícil. É importante deixar claro que o sucesso da amamentação depende da decisão da mulher, e pode ser facilitado por um trabalho de acompanhamento e envolvimento de toda a equipe, voltado principalmente para o apoio, a orientação e o incentivo ao aleitamento materno.

A apojadura (descida do leite) normalmente ocorre entre o 2º e o 5º dias após o nascimento do bebê e toda mãe deve ser orientada sobre a necessidade de se ordenhar o leite para auxiliar no esvaziamento da mama. Esse procedimento visa a diminuir o desconforto do ingurgitamento mamário e o risco de aparecimento de mastite.



Cada mulher adapta-se e cuida de seu bebê de forma diferente, de acordo com sua história pessoal de vida e com as características da criança. As primíparas necessitam de um apoio e suporte maiores por ser a primeira vez que vivem a experiência.



É importante lembrar que toda pessoa que for tocar no RN, inclusive a sua mãe, deve ser orientada a lavar as mãos antes e após esse manuseio.



Qual a relação entre os altos índices de desmame e o incentivo ao uso de leite de vaca industrializado em pó, principalmente pelas propagandas?



Com todas essas vantagens, por que nem todas as mães conseguem amamentar? Tente lembrar de mulheres de seu conhecimento que não conseguiram amamentar e o porquê do insucesso.

17 Ministério da Saúde, 1993.

O ideal é que na hora de cada mamada, a mãe procure um local tranqüilo e confortável para ela e o bebê, evitando o aglomerado de pessoas próximas, muito barulho, luminosidade excessiva, fatores que possam atrapalhar os dois num momento tão importante.

Ao colocar o bebê para sugar o seio materno, alguns aspectos devem ser observados de forma a facilitar e favorecer a amamentação, principalmente a primeira.



Posições para o aleitamento



- A mãe deve estar preferencialmente sentada em cadeira ou poltrona com apoio para as costas. Caso seja impossível, poderá ficar deitada com o bebê deitado ao seu lado e de frente para ela “barriga com barriga”.
- É importante frisar que o bebê é que deve ser levado ao seio e não a mãe se inclinar para frente para levar o seio ao filho. Dessa forma ela ficará desconfortável e logo desejará interromper a mamada para descansar as costas.

- O bebê deve abocanhar toda a aréola e não apenas o mamilo. A boca deve ficar totalmente aberta com os lábios (superior e inferior) voltados para fora. Seu queixo deve tocar o seio materno. Assim, assegura-se um adequado esvaziamento dos seios lactíferos, onde se armazena o leite.
- A sucção deve ser lenta e profunda com pausas coordenadas para a respiração entre as mamadas. O processo é sugar, deglutir e respirar. Se o bebê não pegar corretamente o seio materno ou se a mãe sentir muitas dores no mamilo, a sucção deve ser interrompida, para logo após ser reiniciada.
- Caso o bebê aceite, a mãe deve sempre oferecer um seio e depois o outro sem limite de tempo. Assim fazendo, previne-se o ingurgitamento mamário e o aparecimento de rachaduras ou fissuras. Na mamada seguinte, deve ser oferecida a mama sugada por último de forma a garantir o completo esvaziamento dos seios lactíferos. Não devem ser estipulados horários para as mamadas. O RN deve sugar o peito quantas vezes e por quanto tempo desejar.

A mãe deve ser orientada para que deixe o bebê soltar o seio espontaneamente antes de oferecer o outro. Contudo, se, por algum motivo, ela necessitar interromper a mamada, pode fazê-lo colocando a ponta do dedo no canto da boca do bebê fazendo com que ele solte o seio sem machucar o mamilo.

O tempo médio de duração de uma mamada costuma ser de 10 a 15 minutos. Porém, existem crianças que levam até 30 minutos sugando apenas um seio. É o caso principalmente dos prematuros que costumam ser mais vagarosos do que os RN a termo. As mães não precisam preocupar-se com isso, pois estudos já revelaram que o volume de leite sugado não é diferente em decorrência do tempo de sucção.

Ao terminar a mamada, o bebê deve ser colocado para eructar (arrostar). A posição ideal é vertical com a cabeça apoiada sobre o ombro materno. Evita-se assim que o RN regurgite (golfada) e corra o risco de broncoaspirar o leite.

Os motivos do desmame estão relacionados a fatores sociais, culturais e emocionais que podem ser amenizados com a orientação, apoio e acompanhamento às nutrizas e demais pessoas envolvidas tais como marido, sogra, vizinha entre outros. Uma nutriz bem orientada certamente estará envolvida, sensibilizada e fortalecida para o exigente ato de amamentar.



Deve ser estimulado no bebê o reflexo de busca, podendo ser realizado pela própria mãe apenas tocando o canto da boca do RN com seu mamilo.



É importante deixar que o bebê imponha seu próprio ritmo. A mãe deve ser orientada para tal e também deve saber que até que a fase de adaptação de ambas as partes (mãe e filho) termine, o bebê pode apresentar diversas formas de mamar. Essa fase adaptativa costuma variar, podendo ser curta ou prolongada de acordo com os fatores já descritos e também com o estado emocional materno (uma mãe estressada pode levar mais tempo para se adaptar com o filho nas mamadas).



As rachaduras mamilares são lesões superficiais e extensas; já as fissuras são profundas e estreitas, sendo então mais graves e de difícil tratamento.



Jamais o RN deve ser puxado, mesmo que suavemente, do seio materno, pois fazê-lo traciona o mamilo, o que contribui para o aparecimento de fissuras e rachaduras.

## 13- HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO RN DE BAIXO PESO



### 13.1 Atendimento à família em unidades neonatais

Nos últimos dez anos, a assistência neonatal vêm mudando seu perfil de atendimento, procurando assistir não só os RNs que ali se encontram internados, como também sua família, em especial os pais. Essas mudanças vem ocorrendo tanto no ambiente físico de atendimento ao RN, passando a ser cada vez mais acolhedor possibilitando a participação da família, como na própria equipe de saúde que atualmente identifica a mãe e família como parceiros na reabilitação e desenvolvimento do RN.

Mas antes de iniciarmos a discussão sobre o atendimento adequado à família, vamos tentar entender a problemática da relação pais e filhos no período neonatal, incluindo a formação do apego.

Os laços afetivos entre pais e filhos iniciam-se antes do nascimento, a partir do planejamento de ter o filho. É nesse momento que começam a pensar se seria melhor um menino ou menina, como será após o nascimento, com quem o bebê se parecerá, como deve ser sua educação, onde morar, dentre outros planos feitos para o filho que ainda nem foi concebido.

Com a gestação, os laços afetivos estreitam-se a partir das mudanças geradas por essa nova fase que vai influenciar, positivamente ou não, o vínculo familiar.

A notícia da chegada de um filho, na maior parte das vezes, é acompanhada de euforia, esperança, sonhos, ao mesmo tempo em que preocupações, medo e instabilidade emocional povoam o cenário familiar. Esses sentimentos opostos, se forem vivenciados de forma equilibrada, ou seja, sem excessos de ambos os lados, poderão contribuir para o desenvolvimento emocional dos pais e, conseqüentemente, para o fortalecimento dos laços afetivos entre eles e seu filho.

Antes do nascimento, o casal “grávido” procura formar uma identidade para seu bebê. É comum imaginarem sua aparência, seu sexo, seu temperamento. Enfim, constroem uma imagem de bebê ideal, principalmente quando a mãe começa a sentir os primeiros movimentos fetais.

A idealização da imagem do filho é necessária para que os pais possam criar mecanismos de interação com ele. Ao nascimento,



Estudos realizados no Brasil e no exterior têm subsidiado estas mudanças. Aquilo que parecia absurdo há alguns anos, hoje é quase uma obrigação tornando imprescindível a presença dos pais nas unidades neonatais.



Para um melhor entendimento, tente lembrar de algum caso na sua família, entre amigos ou até mesmo na vida profissional, em que os pais precisaram ficar longe de seu filho logo nos primeiros dias de vida. Caso conheça alguém, tente lembrar-se de como eles se comportavam, de seus sentimentos na ocasião e de como foi o retorno do bebê para casa.

irão comprovar se a imagem real correspondeu à imagem idealizada. Nesse momento, o contato precoce entre pais e filhos, ou seja, logo após o nascimento, irá favorecer a formação do vínculo afetivo e apego entre eles.

Entretanto, alguns fatores podem dificultar, ou até mesmo impedir, a interação e o apego entre pais e filhos. Dentre eles está a separação da tríade pai-mãe-filho logo após o parto, como ocorre nos nascimentos de bebês doentes.

A internação neonatal é uma realidade cruel para os pais. De repente, o berço enfeitado é substituído por uma incubadora; a caixinha de música pelo irritante som dos alarmes e campainhas dos aparelhos; as visitas de amigos e parentes pelo rodízio de uma equipe de branco com pessoas desconhecidas que parecem não perceber todo aquele sofrimento.

O choro do bebê não pode ser abafado pelo aconchego do colo materno; a fome não pode ser saciada pelo seio e nem mesmo o simples ato de trocar uma fralda pode ser realizado sem permissão. O filho não é mais deles, essa é a impressão que fica.

Os pais vivem uma crise, pois além de se depararem com um filho não-idealizado, ainda têm que se adaptar e aceitar sua internação, que para eles é caracterizada principalmente pelo afastamento obrigatório e pelo constante medo da perda.

O medo da morte do filho, associado ao sentimento de culpa e frustração por ter gerado um bebê doente, é uma das principais causas do distanciamento dos pais do tratamento de seus filhos internados nas unidades neonatais. Outros fatores contribuem para a “fuga” dos pais. Dentre eles a falta de informação adequada e de apoio por parte da equipe que deveria guiá-los na difícil tarefa de aceitação, adaptação e interação com o filho doente.

Para uma boa abordagem familiar é necessário que a enfermagem siga algumas condutas específicas, considerando que os pais também são alvo de sua atenção. São elas:

- No primeiro contato com a família apresente-se a ela, identificando-se por nome e função exercida, demonstrando segurança e simpatia. O desconhecimento de quem cuida de seu filho gera nos pais muitas expectativas, dúvidas e receio. É importante para eles saber quem é responsável pelo quê e também a quem se dirigir quando precisarem de alguma coisa. Para isso é necessária uma equipe solícita e receptiva que os deixem à vontade para qualquer esclarecimento;
- A falta de informações gera muita ansiedade nos pais, o que pode prejudicar sua interação não só com o filho, como também com a equipe que o assiste, devendo-se oferecer informações adequadas sobre as regras e rotinas hospitalares, o direito



Existe a crença de que UTI é o local onde os pacientes estão à beira da morte, podendo partir a qualquer momento. É possível imaginar o sofrimento pelo qual passa a família, que tem um filho ou parente internado em uma UTI?

de visitas, os tipos de aparelhos e para que servem e principalmente sobre a importância para o bebê da presença dos pais;

- Nem sempre os pais estão preparados para receber muitas informações ao mesmo tempo e/ou nem sempre estão interessados em saber aquilo que achamos que eles gostariam ou deveriam conhecer. Por isso, é bom que antes de oferecermos qualquer informação perguntemos primeiro o que eles gostariam de saber. Evite dar todas as informações de uma só vez;
- Um ambiente menos estressante pode ajudar os pais a se adaptar à nova realidade que os cerca, deixando-os mais à vontade para interagir com o filho e com a equipe que o assiste. Com esse objetivo, crie um ambiente acolhedor sempre que possível, diminuindo o excesso de luz e som da unidade, além de sempre propiciar conforto para os pais oferecendo uma cadeira para que possam sentar-se próximo do filho, garantindo-lhes privacidade e evitando muitas restrições a sua entrada e/ou permanência nas unidades neonatais;
- Procure sempre respeitar e preservar a individualidade de cada RN e sua família, tratando-os pelos nomes, usando os objetos pessoais do bebê, respeitando a prática religiosa familiar e permitindo a visita de avós e irmãos. Essas atitudes ajudam a favorecer a integração do novo ser à família, além de devolver aos pais um pouco dos seus direitos de maternidade e paternidade;
- Incentive, apoie e supervisione os pais na prestação de alguns cuidados básicos tais como alimentação, higiene, verificação de temperatura, troca de fralda, pesagem, colo, toque, método “canguru”, dentre outros;
- Ser receptivo às queixas e sugestões, transmitir segurança e confiança, ser paciente e compreensivo, garantir a continuidade da atenção e favorecer a relação entre pais e demais membros da equipe de saúde são formas de garantir a manutenção de um canal de comunicação com os pais, livrando-os do isolamento pelo qual costumam passar quando têm o filho internado em uma unidade neonatal.



Esse método surgiu na Colômbia, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, com o propósito de aumentar a disponibilidade de incubadoras, normalmente utilizadas para dois RNs ao mesmo tempo e também de diminuir o tempo de separação entre pais e filhos.

## 13.2 Método Canguru

O método canguru é um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele a pele precoce, entre mãe ou pai e o RN prematuro ou de baixo peso, de forma provisória, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo dessa forma uma participação maior dos pais nos cuidados a seu filho.

Possui como vantagens o favorecimento do controle térmico; o aumento do vínculo entre pais e filhos; a diminuição do tempo de separação da tríade, evitando longos períodos sem estimulação sensorial e a diminuição da possibilidade de infecção hospitalar.

Mas como é que o bebê fica na posição canguru?



O bebê fica semi-despido (apenas com fralda) em decúbito ventral vertical sobre o tórax da mãe, entre seus seios, ou sobre o peito do pai, em contato direto com a pele. A cabeça deve estar sempre mais alta em relação ao resto do corpo, seja para alimentar, trocar fraldas ou qualquer outra atividade. Para segurá-lo deve ser utilizada uma faixa de tecido envolvendo mãe ou pai e a criança.

O método canguru pode e deve ser iniciado o mais precocemente possível, a partir do momento em que o RN e a mãe tenham condições de participar. Dessa forma muitas vezes começa a ser aplicado na própria unidade de tratamento intensivo ou na unidade intermediária neonatal, constituindo a primeira etapa do método.

Durante essa primeira etapa, o RN pode ser colocado em posição canguru mesmo em dieta zero ou utilizando sonda gástrica, com o objetivo de favorecer a aproximação entre mãe e filho e/ou apenas diminuir a perda de calor. Ambos começam a se adaptar ao método, sendo necessária a permanência mínima de 1 hora diária, sem interrupções.

Assim que a criança possa deixar a unidade neonatal, o método passa a ser aplicado na enfermaria canguru, onde o bebê permanece 24



Nessa adaptação, mãe e filho devem ser acompanhados pela equipe de saúde, para detectar qualquer distúrbio que possa prejudicar a aplicação do método. Há também necessidade de maior estímulo à lactação através de ordenha manual, caso o bebê ainda não esteja sugando plenamente o seio materno.

horas junto da mãe. A permanência na enfermaria caracteriza a segunda etapa do método. Para que mãe e filho participem dessa etapa alguns aspectos são fundamentais:

- a) os **relacionados à mãe** são: ser participante e ter disponibilidade de tempo para o método; estar compromissada em aplicá-lo sem interrupções; ser capaz de reconhecer situações de risco do RN (mudança de coloração da pele, pausas respiratórias, regurgitações e diminuição de movimento); não ser portadora de limitações físicas ou de patologias que interfiram no cuidado com o bebê;
- b) os **relacionados ao bebê** são: peso corporal mínimo de 1250g; não ser portador de patologia que contra-indique o uso do método; ter ganho de peso sucessivo sem alimentar-se com sonda e/ou leite artificial; ter capacidade para sugar o seio materno ou para utilizar a técnica do copinho com coordenação entre sucção e deglutição.

### ● Cuidados importantes na Enfermaria Canguru:

No caso de incapacidade da mãe ou de qualquer indisponibilidade (como, por exemplo, tomar banho ou ordenha), outra pessoa poderá substituí-la, desde que sejam seguidas as condutas higiênicas básicas.

Em relação ao vestuário, a mãe deve, respeitando-se sempre seus costumes culturais, colocar roupas íntimas de algodão e usar vestimentas largas (para poder acariciar facilmente a criança e manter um controle de observação). Recomenda-se não usar lã, colares, perfumes ou sutiãs de renda. Todas as roupas, tanto da mãe quanto da criança, devem ser lavadas com sabão neutro (hipoalergênico). A mãe também deve evitar, na sua toalete pessoal, qualquer produto “agressivo” como perfumes e cremes.

Em relação à higiene do bebê é necessário ter cuidado para que ele não perca temperatura. A criança não deve ser despida completamente para a realização da higiene.

A cada troca de fralda, é necessário limpar as regiões genital, perianal e glútea com água morna, tendo o cuidado de enxugá-las bem para não deixar qualquer vestígio de umidade. Manter a cabeça da criança elevada, apoiada numa almofada, evitando-se pressionar a região abdominal com a elevação dos membros inferiores, prevenindo assim o risco de regurgitação por pressão gástrica.

Quanto à alimentação, o aleitamento materno deve ser sempre recomendado e privilegiado. Durante esse período, a mãe deve ser orientada e treinada sobre a ordenha do seu leite.

Não é indicado nenhum tipo de prótese, bico ou bombas de tirar leite. A mãe deverá receber orientações adequadas, apoio, estí-



A criança não deve estar envolvida em mantas ou portar pulseiras, figas, colares, pois poderá machucar-se e até mesmo sufocar.

mulo e ter reforçada sua auto-confiança quanto à capacidade de amamentar.

No caso de uma impossibilidade qualquer (morte materna, rejeição) o aleitamento materno será substituído ou complementado por leite maternizado adaptado às crianças de baixo peso de nascimento ou por leite humano ordenhado pasteurizado distribuído pelo banco de leite.

A noite, a pessoa que carrega a criança deve dormir em posição semi-sentada, apoiada em travesseiro ou almofadas, afim de mantê-la sempre em posição vertical. A criança permanece preferencialmente 24 horas nessa posição.

Quanto à duração, é a criança que determina o tempo de permanência na posição canguru. De maneira natural, chega o momento em que ela deseja deixar essa posição, porque já está pronta para regular sua temperatura. Começa a se sentir desconfortável, chora e procura tirar seus pés e mãos.



Caso seja necessária a utilização de complemento alimentar, deve ser oferecido leite humano ordenhado.



O horário noturno é o mais importante para a manutenção da posição, pois o padrão respiratório estável materno contra o corpo da criança estimula o bebê, evitando com isso a apnéia comum dos prematuros.

## 14- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RN PORTADOR DE PATOLOGIAS PREVALENTES NO PERÍODO NEONATAL

### 14.1 Prematuridade

A assistência aos prematuros teve início no final do século XIX com a construção da primeira incubadora e, nos dias de hoje, os inúmeros recursos tecnológicos e terapêuticos disponíveis têm possibilitado a sobrevivência de bebês com peso e IG cada vez mais baixos.

Apesar disso, o nascimento prematuro é responsável por mais de 50% da mortalidade e da morbidade entre os RNs. Quanto menor a IG e o peso ao nascimento, maior o risco de morte e de aparecimento de complicações.

Assim sendo, a sobrevivência dos prematuros com peso de nascimento entre 1250 e 1500 gramas é de 90%. Para os que nascem com peso entre 750 e 1000 gramas, a taxa de sobrevivência é de aproximadamente 60%. A possibilidade de sobrevivência dos bebês extremamente prematuros — peso ao nascimento menor que 750 gramas e IG de 25 semanas — é bastante reduzida, estando por volta de 20%<sup>18</sup>.

18 Trindade, 1995.



No Brasil, assim como nos demais países em desenvolvimento, as condições socioeconômicas contribuem significativamente para aumentar o risco da ocorrência de parto prematuro.

O nascimento de um bebê prematuro pode estar associado às seguintes condições maternas:

- desnutrição materna e ausência de assistência pré-natal relacionadas à baixa condição sócio-econômica;
- idade materna (menor de 16 anos ou maior de 35 anos);
- patologias da gestação: doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), placenta prévia, excesso de líquido amniótico, malformações, traumatismos uterinos e infecção do líquido amniótico;
- gestações múltiplas e gestações consecutivas com intervalo reduzido entre os partos.

Em função do nascimento prematuro, os órgãos e sistemas dos bebês não se encontram ainda completamente desenvolvidos, acarretando com isso vários problemas que requerem cuidados e atenção especializada.

Os prematuros são também mais vulneráveis à ação dos microrganismos, principalmente daqueles presentes no ambiente hospitalar. Sendo assim, é muito importante o emprego das medidas de prevenção e controle de infecções hospitalares.



### 14.1.1 Nutrição dos prematuros

Após o nascimento, a principal fonte de energia e nutrientes para o RN é o leite materno por meio da amamentação. Porém, alguns bebês podem estar impossibilitados de sugar o seio materno por motivos relacionados a seu estado de saúde e/ou relacionados a sua mãe.

A nutrição de bebês prematuros constitui-se em um dos grandes desafios no campo da neonatologia. Essas crianças precisam de um suporte nutricional que possibilite um crescimento e desenvolvimento de todos os seus órgãos e sistemas, semelhante ao que ocorreria intra-uterinamente. Durante o último trimestre de gestação há um acentuado crescimento e desenvolvimento corporal e cerebral, além do armazenamento de gordura, cálcio e vitaminas. O ganho de peso ideal para essas crianças gira em torno de 15 gramas por dia.

Os prematuros apresentam dificuldades diversas para serem alimentados relacionadas à instabilidade clínica, imaturidade do trato gastrointestinal (dificultando a absorção e digestão adequada dos nutrientes) e deficiência de reflexos.

Embora o reflexo de sucção esteja presente a partir da 27ª - 28ª semana de gestação, a coordenação entre sucção, deglutição e respiração, fundamental para que o bebê receba alimentos por via oral, é observada somente entre a 32ª e a 34ª semana de gestação.



O leite humano deve ser sempre a primeira opção para sua alimentação. Hoje sabe-se inclusive que o leite de mulheres que tiveram parto prematuro é ainda mais adequado para esses bebês, pela maior concentração de gordura, eletrólitos e anticorpos presentes na sua composição.

As contra-indicações a amamentação relacionadas a mãe são: uso de alguma medicação específica e/ou presença de alguma patologia (ex.: AIDS). Nesses casos, se não houver um banco de leite que realize a pasteurização do leite materno, é indicado o uso de fórmulas lácteas artificiais apropriadas para RN. Na ausência de contra-indicação, deve ser realizada a ordenha manual do leite humano, que será oferecido de acordo com a técnica indicada para cada RN – através do copinho ou sonda gástrica.

### a) Alimentação por copinho

Os bicos artificiais das mamadeiras, por melhor que sejam, costumam provocar uma sucção inadequada, na qual há interferência no posicionamento da língua, no fechamento da boca — que fica parcialmente aberta — e na respiração do RN.

O RN não deve ser alimentado através de mamadeiras porque neste caso o esforço para sugar é pequeno já que o leite sai quase que sozinho. No seio materno é necessário fazer a ordenha do leite com a própria língua, exigindo um esforço maior. Se introduzido mamadeira logo de início, ao se tentar amamentá-lo ao seio, ele poderá ter dificuldade de fazer a “pega” do mamilo, pois tentará sugá-lo como se fosse um bico artificial. Essa dificuldade é conhecida como “confusão de bicos”.

Tudo isso pode levar ao desmame precoce, o que prejudica o desenvolvimento do bebê. Para evitá-lo é indicado o uso de “copinhos” pois com eles o bebê toma (sorve) o leite, não interferindo no processo de sucção do seio materno.

Tal forma de alimentação constitui um método artificial seguro para os seguintes casos: RNs prematuros e/ou de baixo peso, até que tenham maturidade ou peso suficiente para serem alimentados ao seio materno; RNs GIG, PIG ou prematuros com risco de desenvolver hipoglicemia, que necessitem iniciar precocemente a dieta e cujas mães se encontrem impossibilitadas temporariamente de amamentar.

Os pais devem ser orientados sobre os objetivos do método e sua importância, assim como estimulados a praticá-lo. É o momento próprio também para as orientações sobre a importância do aleitamento materno, para a retirada de dúvidas e fornecimento de outras informações que estimulem a mãe a amamentar e a família a apoiar essa decisão.

O tipo de copinho ideal é o descartável, pequeno, flexível e sem bordas que possam machucar o RN. Por ser de uso individual, é mais higiênico do que as mamadeiras. Além do copinho, são necessários gaze ou babador e o recipiente com a dieta prescrita.

A fim de evitar falhas na administração, deve-se conferir o tipo e o volume da dieta prescrita com o rótulo do recipiente enviado pelo serviço de nutrição ou, então, o volume do leite ordenhado pela mãe.



Jamais deve ser oferecido ao RN leite humano de outra mãe que não tenha sido pasteurizado previamente. O risco de contaminação é muito grande, principalmente se a mãe doadora for portadora do vírus da AIDS.



A alimentação através do copinho é realizada quando a coordenação entre sucção, deglutição e o reflexo de engasgo, estiverem presentes.



Posicionar o RN confortavelmente, o mais sentado possível, permite sua interação com a mãe ou com o profissional pelo contato face a face e diminui o risco de broncoaspiração.



Quando se vira muito o copinho, uma quantidade grande de leite pode extravasar, prejudicando assim a ingesta hídrica e calórica, diminuindo o ganho de peso.



Em RN, a sonda deve ser introduzida preferencialmente pela boca para não dificultar a respiração do bebê (lembrando-se, o RN respira apenas pelo nariz). Contudo, alguns serviços de neonatologia preferem a sondagem nasogástrica, principalmente quando querem tentar a alimentação por outros métodos sem retirar a sonda.

Antes de iniciar a alimentação é importante também verificar se a temperatura do leite está próxima da temperatura ambiente para não provocar desconforto e/ou queimaduras.

O RN deve ser colocado no colo, em posição de semi-fowler, com o rosto e o corpo voltados para o profissional ou para a mãe.

A gaze ou babador devem ser mantidos abaixo do queixo do bebê, evitando assim o desconforto causado pelo extravasamento do leite sobre a roupa.

Após o enchimento do copinho com leite — entre a metade e o limite máximo —, deve-se aproximá-lo dos lábios do bebê de forma que o leite apenas toque o lábio superior. Deixe então o bebê ir lambendo e sorvendo o leite, respeitando seu ritmo e as pausas para deglutição. Ao sorver o leite do copinho o bebê deglute muito ar.

Ao término da dieta, a manutenção do bebê em pé no colo facilita a eructação e evita a ocorrência de regurgitação.

Para facilitar a digestão, ao colocar o bebê no berço, opte pelas posições de decúbito ventral ou lateral direito.

O registro do procedimento no prontuário do bebê envolve, além do tipo e volume de leite, observações quanto à aceitação e presença de episódios de regurgitação e/ou vômito.

## **b) Alimentação por sonda**

A sondagem gástrica em RN tem por objetivos principais: administrar alimentação e medicamentos quando eles estiverem impossibilitados de sugar e/ou deglutir; esvaziar parcial ou totalmente o conteúdo gástrico a fim de evitar e/ou diminuir a distensão abdominal provocada por deglutição de ar, excesso de bile e/ou má digestão alimentar.

A técnica e o material necessário para a sondagem nasogástrica no RN são semelhantes aos usado no adulto, modificando somente o calibre da sonda.

O número da sonda a ser utilizada deve ser escolhido de acordo com a indicação para a sondagem gástrica e com o peso e IG do RN. Se a sonda for utilizada para alimentação, deve ser escolhida a de menor tamanho (4 ou 6), sendo o menor número para bebês prematuros. Dessa forma, evita-se que a gavagem seja realizada muito rapidamente, oferecendo risco de broncoaspiração. Se a sonda for utilizada para drenagem gástrica, deve ser escolhida a de maior número (8 ou 10), sendo que, dessa vez, o critério de escolha se baseia principalmente no aspecto, quantidade e viscosidade da secreção drenada. Quanto mais espessa for a secreção, maior deve ser o calibre da sonda, não se devendo ultrapassar a de número 10.

A sonda poderá ser trocada com uma frequência de até três dias, a fim de evitar o manuseio excessivo e desconfortável para o RN. Porém, é necessário que a higiene oral seja feita com mais rigor para evitar e/ou remover a formação de crostas labiais, mais comum em crianças com sonda orogástrica. Caso a sonda saia acidentalmente, deve ser trocada, evitando-se sua reutilização. Quanto ao esparadrapo antialérgico usado para fixação, o mesmo deve ser trocado apenas quando estiver soltando da pele do RN, a fim de evitar lesões.

### c) Alimentação por gavagem intermitente

Assim é chamada a administração de leite humano ordenhado ou de fórmula láctea artificial, por meio de sonda, em intervalos regulares (de 2 ou 3 horas).

É utilizada no caso de bebês que necessitam ser alimentados de forma segura, com um mínimo de gasto energético, evitando esforço e perda de peso.

Esses RNs geralmente apresentam algum problema que contra-indica a administração da dieta por sucção, como por exemplo: imaturidade gastrintestinal; ausência ou incoordenação dos reflexos de sucção e deglutição; em uso de ventilação mecânica (respirador); prematuros e/ou PIG para os quais a alimentação por sucção representa esforço demasiado, acarretando perda de peso.

Para a realização de gavagem nos RNs devem ser seguidos os mesmos princípios empregados na administração de alimentação em adultos, respeitando-se o que é específico de RN.

A temperatura do leite tem que estar próxima à temperatura corporal, evitando-se assim desconforto para o bebê e prevenindo acidentes por queimadura.

Aspire o resíduo gástrico conforme cuidados específicos, avaliando se o leite da dieta anterior foi digerido e também o posicionamento da sonda orogástrica.

A fim de facilitar a digestão, mantenha o RN, durante a alimentação por gavagem, nas posições de semi-fowler ou de decúbito lateral direito, pois diminui-se assim o risco de broncoaspiração caso ocorram episódios de regurgitação e/ou vômito.

Ofereça a alimentação lentamente, mantendo sempre a seringa elevada. Para os bebês esse cuidado é fundamental pois evita que haja uma pressão elevada no estômago que pode provocar distensão abdominal, regurgitação, vômito e broncoaspiração.

Interrompa a administração da dieta sempre que o RN estiver nauseado ou vomitando. Sua cabeça deve ser lateralizada e a sonda aberta para drenar o volume da dieta já administrada.



Na ausência de resíduo gástrico, antes de administrar a alimentação, deve ser sempre feito o teste de ar, para confirmação da posição correta da sonda.

As seringas utilizadas para medir o resíduo gástrico e ofertar o leite devem ser substituídas preferencialmente a cada horário da dieta para evitar a contaminação do material. Apenas a seringa com água destilada pode ser substituída a cada 12 horas.

#### **d) Aspiração e avaliação de resíduo gástrico em RN**

Resíduo gástrico é o excesso de líquido ou secreção que permanece no estômago após a alimentação ou até mesmo em dieta zero. O volume e o aspecto do resíduo gástrico determinam se há ou não tolerância aos alimentos e a capacidade de digeri-los. Também pode indicar se há algum problema na secreção de bile e/ou ácido do estômago.

Em RNs que estão sendo alimentados, o aspecto do resíduo gástrico deve ser correspondente a leite não-digerido (branco sem grumos) ou leite digerido (branco ou amarelado com grumos). O aspecto normal do resíduo em RN que está sem se alimentar deve ser “salivar”.

A aspiração e a avaliação do resíduo gástrico devem ser sempre realizadas antes de cada dieta por gavagem intermitente ou também quando há necessidade de saber sobre a possibilidade de se iniciar a dieta para os bebês que estejam sem se alimentar.

Após a adaptação da seringa à extremidade da sonda, o conteúdo gástrico deve ser aspirado suavemente. Se houver muita resistência não insista. Evite movimentos rápidos e bruscos para prevenir ocorrência de traumatismo.

A seringa deve ser desconectada quando não houver mais saída de secreção ou quando for completada sua capacidade.

O aspecto e volume do aspirado gástrico são avaliados de acordo com os seguintes critérios:

- No caso de RN em alimentação, se a quantidade de resíduo gástrico estiver entre 10 e 20% do volume total da dieta anteriormente administrada, ele deve ser devolvido, descontando-se esse valor da quantidade total da dieta a ser administrada.

Exemplo: volume total de dieta administrada previamente = 10 ml

volume do resíduo gástrico = 1 ml (10%)

volume devolvido = 1 ml

volume total de dieta administrado com desconto = 9 ml

- Se a quantidade de resíduo gástrico for superior a 20% do volume total administrado anteriormente, deve-se suspender a dieta e observar a presença de distensão abdominal, certificando-se quanto ao funcionamento intestinal, fazendo todos os regis-



Utilize sempre seringas de 03 ou 05ml e um par de luvas de procedimento. As seringas de maior volume, devido à pressão que exercem, podem provocar traumatismo na mucosa gástrica do bebê.

tros em prontuário. Nesse caso, é necessário solicitar avaliação médica.

Exemplo: volume total de dieta oferecido antes = 10 ml  
 volume do resíduo gástrico = 3 ml (30%)  
 volume devolvido = zero  
 volume total de dieta oferecido no momento = zero

- Se a quantidade de resíduo gástrico for inferior a 10% da dieta anteriormente administrada, o mesmo deve ser devolvido e não há necessidade de descontar do volume total da dieta a ser administrada pois a diferença é insignificante.
- Caso o resíduo gástrico esteja esverdeado (bilioso), sanguinolento ou acastanhado, mesmo em volume pequeno inferior a 20% da dieta, esta deve ser suspensa, o fato registrado no prontuário e solicitada avaliação médica.

No caso de RN em dieta zero, com sonda orogástrica em sifonagem, o resíduo gástrico também deve ser medido a cada 3 horas, observando-se seu aspecto em comparação com o volume drenado, se houver.

Na drenagem gástrica, a sonda deve estar adaptada a um coletor que deve ficar abaixo do nível da criança, para permitir a drenagem.

### 14.1.2 Controle térmico

Nos prematuros os processos físicos que ocasionam a perda de calor para o ambiente externo são acentuados em função de: sua pele fina e a quantidade reduzida de tecido subcutâneo. Além disso, eles têm menor flexão permanecendo com os membros em extensão, expondo assim, quase a totalidade da sua superfície corporal à temperatura do ambiente.

Por isso é preciso implementar medidas que favoreçam a estabilidade da temperatura nos RNs prematuros. Deve-se mantê-los sempre aquecidos, através do uso de incubadoras, berços de calor radiante ou contato pele a pele. Quando forem utilizadas as incubadoras, os cuidados devem ser realizados de preferência através das portinholas.

Manter as incubadoras e berços aquecidos afastados de janelas, correntes de ar e ar condicionado também contribui para a estabilidade da temperatura dos bebês. Quando houver necessidade de administrar oxigênio, use umidificador e aquecedor. Deve-se aquecer o estetoscópio antes de colocá-lo em contato com o bebê e forrar a balança com lençol ou folha de papel toalha.

Trocar as fraldas com frequência e os lençóis sempre que estiverem molhados com urina ou secreções são algumas medidas a serem adotadas. Assim que o quadro clínico permitir, mantenha o RN prematuro vestido.



Apnéia - No RN é definida como a pausa respiratória por tempo superior a 20 segundos, podendo ser acompanhada por bradicardia e cianose.



É importante saber que cada RN apresenta uma sintomatologia diferente, não havendo regra e/ou ordem de aparecimento de sintomas. Por exemplo, alguns recém-nascidos evoluem rapidamente da apatia para a apnéia sem tempo para o diagnóstico e tratamento precoces, enquanto que outros apresentam sintomas que evoluem gradualmente, possibilitando a intervenção imediata.



Os bebês macrossômicos possuem um maior risco de sofrer um parto traumático, com ocorrência de fraturas, luxações, lesões de plexo braquial, bossas e/ou cefalohematomas, hemorragias oculares e subdurais e asfixia devido ao parto demorado.

## 14.2 RN filho de mãe diabética

A gestante diabética é considerada gestante de alto risco devido às complicações fetais, neonatais e de parto que podem surgir. Quanto maior a gravidade do diabetes materno, maior o risco para o bebê.

As complicações do RN de mãe diabética incluem:

- **Hipoglicemia** - Durante a gestação, o feto produz insulina em resposta às altas concentrações de glicose materna. Ao nascimento, mesmo à termo e alimentado, ocorre a hipoglicemia devido a alta concentração de insulina no sangue. A sintomatologia costuma ser inespecífica, pois são comuns a outras patologias também. É principalmente caracterizada por: tremores, abalos e/ou convulsões (nos casos mais graves); apatia, letargia, hipotonia muscular; apnéia, cianose, parada cardio-respiratória (nos casos mais graves sem assistência imediata); irritabilidade e choro anormal (estridente); sonolência (apatia) e recusa alimentar.
- **Hipocalcemia** - Consiste na diminuição da concentração de cálcio no organismo. Os filhos de mães diabéticas por apresentarem um atraso na produção do hormônio paratireoidiano (que é responsável pelo aumento do cálcio no sangue) podem desenvolver a hipocalcemia ao nascimento. Alguns casos são assintomáticos. Quando presente, a sintomatologia também é inespecífica e semelhante ao de outras patologias, caracterizando-se por: tremores e abalos; irritabilidade reflexa (reações bruscas e involuntárias a pequenos estímulos); hipertonia e convulsões (nos casos mais graves).
- **Anomalias congênitas** - Estão relacionadas a alterações vasculares maternas e ao tempo e grau de dependência insulínica. As principais anomalias que acometem esses bebês são malformações cardíacas, deformidades do sistema nervoso central (SNC) e osteomusculares.
- **Macrossomia fetal** - grande parte dos filhos de mães diabéticas nascem com peso acima do esperado, sendo classificados como GIG. Esse ganho de peso se inicia na gestação normalmente a partir do 3º mês, devido ao hiperinsulinismo fetal, ou seja, produção excessiva de insulina pelo feto em resposta aos altos índices de glicose na corrente sanguínea da mãe, o que acaba acarretando um aumento da produção e deposição de gordura pelo feto.

O ideal é a prevenção que consiste no controle do diabetes materno durante a gestação por equipe especializada que inclui o endocrinologista e/ou obstetra. A assistência pré-natal precoce diminui o risco para o bebê, prevenindo dessa forma possíveis seqüelas no seu desenvolvimento.

Em relação ao RN, o tratamento consiste em monitorar as situações de risco e complicações, com cuidado específico para cada uma delas.

### 14.3 RN com hiperbilirrubinemia

A hiperbilirrubinemia é a elevação anormal de bilirrubina no sangue, causada principalmente pela destruição excessiva das hemácias. O acúmulo de bilirrubina na corrente sanguínea provoca a icterícia, caracterizada pela coloração amarelada da pele e das mucosas. Pode ser fisiológica ou patológica. A fisiológica ocorre após 48 horas de vida, podendo perdurar até o 3º dia e desaparecer no fim da 1ª semana. A patológica normalmente aparece nas primeiras 24 horas após o nascimento.

A preocupação com a hiperbilirrubinemia no bebê deve-se ao fato de a bilirrubina, quando em níveis elevados na corrente sanguínea, ser tóxica para o organismo, podendo provocar lesões no sistema nervoso central.

O tratamento da icterícia faz-se por meio da fototerapia e da exsanguíntansufusão.

A **fototerapia** consiste na aplicação de uma luz na pele exposta do RN com o objetivo de transformar a bilirrubina em substância não-tóxica ao sistema nervoso e aumentar sua excreção pelo intestino.

As lâmpadas utilizadas no aparelho de fototerapia são do tipo fluorescente ou dicróica-halógena. Alguns cuidados devem ser tomados pelo profissional de saúde ao manusear o aparelho e o RN durante o tratamento.

- Manter o aparelho em local ventilado, evitando superaquecimento;
- Colocar, nas laterais desses aparelhos, panos brancos até a altura do berço, aumentando, assim, a eficácia da fototerapia pela reflexão;
- Se os RNs forem colocados sob os aparelhos tipo spot, estes deverão cobrir a maior superfície corporal possível do bebê;
- Antes de colocar o RN sob fototerapia é necessário retirar toda a roupa, permitindo que a superfície corpórea fique exposta à luz, não devendo ser usado óleo ou hidratante, já que seu uso favorece queimaduras. A fim de prevenir lesão de retina, deve-se colocar em seus olhos uma máscara de cor escura tendo o cuidado de manter suas pálpebras fechadas;



No RN prematuro, a icterícia pode surgir até o 5º dia, desaparecendo em torno da 2ª semana.



Para garantir a ação efetiva da luz sobre a pele, é fundamental o controle da irradiação emitida pelas lâmpadas que é realizado através da quantidade de horas de uso preconizada pela instituição ou por meio do radiômetro - aparelho que mede a irradiação e a distância ideal entre a lâmpada e o RN.



Essa distância permitirá um fluxo radiante adequado e as mudanças de posição possibilitarão que a luz do aparelho atinja toda a superfície do corpo.



Após o RN ter sido colocado em fototerapia, a cor da pele não deve ser considerada como parâmetro para controle da icterícia.



Uma das principais doenças hemolíticas do recém-nascido é a eritroblastose – distúrbio do sangue que ocorre quando o grupo sanguíneo da mãe não é compatível com o da criança. A incompatibilidade pode ocorrer entre um feto Rh positivo e uma mãe Rh negativo ou entre um feto de grupo sanguíneo A ou B e sua mãe do grupo sanguíneo O.



É através da pele que o bebê faz seu primeiro contato com o mundo externo, quando é tocado. Dependendo do tipo de toque (suave, brusco, doloroso), ele responderá satisfatoriamente ou não.

- Ao posicionar o RN sob o aparelho, deve-se guardar uma distância de aproximadamente 45 a 50 cm da fonte de luz, mudando-o de posição a cada duas horas;
- Durante a fototerapia deve-se: atentar para o estado de hidratação do RN, verificando o turgor de sua pele e a umidade da mucosa; observar as condições da pele, tais como: cor, presença de erupções e queimaduras; oferecer líquidos por via oral com frequência e controlar a velocidade de infusão venosa; fazer o controle diário do peso; observar as características das eliminações vesicais e intestinais (cor, consistência, frequência e volume), acompanhando e avaliando a ação do tratamento;
- Deve-se verificar a temperatura do recém-nascido a cada 4 horas, pois a fototerapia pode provocar alterações da temperatura corporal;
- Caso seja necessário colher amostras de sangue para a dosagem de bilirrubina, desligue o aparelho e proteja o frasco que receberá a amostra com papel escuro, evitando falsos resultados do exame.

A **exsangüinotransfusão** consiste na tentativa da substituição do sangue do RN por outro, normalmente pelo coto umbilical, utilizando técnica asséptica. Seu objetivo é protegê-lo dos efeitos tóxicos da hiperbilirrubinemia prevenindo lesões no sistema nervoso central, que geralmente acontece com RNs acometidos por doenças hemolíticas.

Esse procedimento é realizado pela equipe médica com o auxílio da equipe de enfermagem, preferencialmente no centro cirúrgico.

## 15- PROCEDIMENTOS DE ROTINA UTILIZADOS NO ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO

### 15.1 Cuidados com a pele do RN

Em função da inervação abundante existente na pele e da intensa estimulação recebida no meio intra-uterino, os RNs apresentam uma grande sensibilidade tátil.

A pele do RN é mais fina, sensível e frágil do que a de uma criança mais velha. Se o bebê for prematuro, esta fragilidade ainda é maior, em virtude da imaturidade do órgão.

O RN pode também se contaminar pela pele; afinal, como ela é muito frágil, qualquer injúria pode ocasionar uma lesão que servirá como porta de entrada para infecções bacterianas e/ou fúngicas, principalmente.

Devido a essas características da pele do RN, alguns cuidados específicos devem ser tomados. São eles:

- Avaliação diária - pelo menos uma vez por plantão, e sempre na admissão do bebê na unidade, a pele deve ser examinada, com a atenção direcionada para o aparecimento de alguma lesão.
- Higiene e limpeza - atualmente já se discute a real necessidade do banho nas unidades neonatais, principalmente para bebês com peso abaixo de 1.500g. Para estes se indica apenas a remoção de resíduos e sujidades locais com água morna sem sabonete (mesmo o neutro). Os sabonetes costumam ressecar a pele do bebê, permitindo assim que a flora bacteriana normal da pele possa penetrar pelas rachaduras que irão surgir e causar uma infecção local ou sistêmica.
- Troca de fraldas - deve ser feita regularmente, sem deixar acumular urina e/ou fezes para evitar a dermatite causada pelo excesso de umidade e exposição à acidez da urina. A região deve ser limpa somente com água, sendo desnecessária a aplicação de pomadas, óleos, cremes e/ou loções, que podem causar irritação ou ser absorvidos pela pele intoxicando o organismo. Também podem prejudicar a transpiração natural.
- Prevenindo queimaduras e/ou infiltrações - quando for utilizar álcool para anti-sepsia da pele, aplique com moderação apenas sobre a área necessária. O excesso deve ser retirado após o término do procedimento utilizando para isso água morna.

Quanto às infiltrações, é necessária a observação rigorosa da infusão venosa e do local de punção, principalmente se a solução infundida contiver substâncias irritantes e nocivas à pele. Uma das formas de facilitar tal observação é utilizar o mínimo necessário de esparadrapo, deixando a área da punção descoberta, permitindo uma total visão do local.

- Uso do esparadrapo e/ou adesivo - preferencialmente sobre a pele do RN devem ser utilizados os do tipo antialérgicos, em uma quantidade mínima.
- Prevenindo úlceras de pressão - a prevenção é realizada da mesma forma que em adultos — pela mudança periódica de decúbito (pelo menos a cada 3 horas). Em bebês prematuros e/ou muito graves que possuem restrição de manuseio, é aconselhável a utilização de colchão d'água ou do tipo casca de ovo, ou até algo improvisado, colocando-se luvas de água morna sob as áreas submetidas à pressão.



Mesmo para bebês maiores é recomendado o uso de sabonete no máximo 03 vezes por semana, passando a ser diário quando já estiverem em casa, longe dos microorganismos hospitalares e quando a pele já estiver também mais resistente.



Muitas vezes a lesão é causada não só pelo tipo de adesivo utilizado, mas principalmente pela forma e frequência com que é removido.

## 15.2 Coleta de sangue periférico



Fenilcetonúria – É uma doença genética causada pela ausência de uma enzima que é necessária para o metabolismo de um dos componentes das proteínas alimentares, a fenilalanina.

Trata-se de procedimento utilizado em situações nas quais o volume de sangue exigido é pequeno, como nas ocasiões em que se precisa dosar a glicemia periférica (do sangue periférico) e/ou realizar o exame de PKU (“teste do pezinho”), após quarenta e oito horas da ingestão de leite materno ou de vaca.

O “teste do pezinho” é utilizado para a prevenção precoce da fenilcetonúria e hipotireoidismo que são doenças severas, porém tratáveis se diagnosticadas precocemente.

O material necessário é: algodão seco; algodão embebido em álcool a 70%; lanceta ou agulha 25x7mm (a mais fina que houver); luva de procedimento; tiras reagentes para teste glicêmico e/ou cartão para PKU; fita adesiva ou esparadrapo.

### ● Cuidados na coleta de sangue periférico

Antes de iniciar a coleta devem ser observadas as condições de conforto, bem como o comportamento do RN, a fim de minimizar o procedimento doloroso.

A punção é realizada na parte lateral do calcâneo, por oferecer menor risco para o desenvolvimento de osteomielite do que a parte central dessa região. Evite as áreas com hematomas provocados por punções anteriores que, além de serem mais dolorosas, predispoem também à ocorrência de infecções.

A fim de evitar alterações nos resultados, deve-se esperar a evaporação do álcool a 70% utilizado para a anti-sepsia, para não comprometer o resultado do exame.

Envolva firmemente o calcanhar do bebê com uma das mãos e com a outra realize uma punção rápida e delicada no local previamente escolhido. Introduza apenas o bisel da agulha ou a ponta da lanceta. Após a saída de uma gota grande de sangue, aproxime o cartão de PKU ou a fita reagente, preenchendo completamente os espaços destinados ao sangue.

Ao término da coleta, é importante fazer cessar o sangramento comprimindo com algodão seco o local puncionado. Porém, esse não é o único cuidado a ser tomado; como o procedimento envolve uma intensa estimulação dolorosa, nesse momento os bebês, em geral, apresentam choro intenso e ficam agitados. É fundamental confortá-los e tranquilizá-los.

Registre o procedimento e o resultado obtido no prontuário do bebê quando se tratar de teste de glicemia ou encaminhe o cartão de PKU para o laboratório.



Osteomielite – É a infecção aguda da medula óssea.



Os bebês tranquilizam-se mais facilmente se colocados no colo de um adulto, principalmente o da mãe. Deve-se incentivar a participação das mães/pais nos cuidados, sempre que eles estiverem disponíveis.

## 15.3 Administração de medicamentos, fluidos e soluções

Para a administração de medicamentos, fluidos e soluções aos RNs, devem ser seguidos os princípios básicos empregados na administração de substâncias em adultos e crianças maiores. Porém, devido às características anatômicas e funcionais dos neonatos, alguns cuidados específicos são necessários.

É importante destacar que, em função da imaturidade funcional do fígado, dos rins e das alterações freqüentes no peso corporal, o risco de intoxicação dos RNs por medicamentos é bastante elevado. Sendo assim, a dosagem do medicamento a ser administrado deve ser rigorosamente observada para prevenir possíveis efeitos tóxicos.

A administração de medicamentos por **via oral** só pode ser utilizada nos bebês que estiverem sendo alimentados por sucção, copinho ou sonda orogástrica. A administração diretamente na boca dos RNs deve ser evitada, pois o sabor desagradável pode provocar náuseas e vômitos, acarretando também risco de aspiração.

As medicações na forma líquida podem ser misturadas ao leite materno ordenhado ou às formulas lácteas e administradas por copinho ou sonda orogástrica. Se o bebê estiver sendo alimentado no seio materno, misture a medicação com no mínimo 5 ml de leite materno ordenhado e administre por copinho antes do início da sucção no seio. Se o bebê estiver sendo alimentado por copinho ou por sonda orogástrica, misture a medicação com no mínimo 5ml do volume prescrito da dieta e administre antes do início da alimentação.

As medicações em forma de cápsulas ou comprimidos devem ser trituradas e diluídas em água destilada estéril. Para administrar por copinho, misture a solução com no mínimo 5 ml de leite materno ordenhado ou fórmula láctea. Pela sonda pode ser usada somente a solução obtida após diluição das cápsulas ou comprimidos.

A solução oral de nistatina deve ser administrada diretamente na cavidade oral, para garantia de sua ação local.

A administração de medicamentos por **via retal** tem por objetivo a indução da evacuação ou fins terapêuticos. Os supositórios utilizados devem ser sempre os infantis e precisam ser cortados de acordo com o tamanho do bebê, sendo lubrificados com óleo mineral ou vaselina antes da introdução. Após fazê-lo, o bebê deve ser mantido com as nádegas e margens anais aproximadas por pelo menos 5 minutos.

Caso seja necessário o uso de medicações líquidas, elas devem ser administradas por sonda retal de calibre adequado ao tamanho do RN. A medicação a ser administrada deve estar aquecida ou em temperatura ambiente. Soluções geladas irritam a mucosa intestinal.



A musculatura da região glútea nunca deve ser utilizada, pois o risco de lesão do nervo ciático é muito elevado.



Medicações vesicantes – São substâncias que irritam a parede vascular e os tecidos.

O local mais apropriado para a administração de medicamentos por **via intramuscular** em RN é a face antero-lateral das coxas, fazendo-se rodízio entre as faces esquerda e direita. Essa via só pode ser usada para administração de pequenos volumes, sendo recomendado os seguintes volumes de acordo com o peso dos bebês<sup>19</sup>:

< 1000 g - volume até 0,25 ml;  
> 1000 g - volume até 0,5 ml.

Ao término da administração, faça uma leve pressão, sem esfregar, com uma bola de algodão seco, no local de inserção da agulha. Nos RNs, os medicamentos são melhor absorvidos se não forem “espalhados” pela musculatura.

Na administração de medicamentos, fluidos e soluções por **via endovenosa**, deve-se, preferencialmente, puncionar as veias periféricas da região cefálica, do dorso das mãos, dos antebraços, do dorso dos pés e das pernas.

Esse acesso venoso periférico pode ser utilizado para administração de medicamentos, soluções de glicose com concentração menor que 12,5%, eletrólitos e nutrição parenteral, podendo ser administrados de forma rápida ou contínua. Na forma rápida, o medicamento é administrado direto no dispositivo de punção (escalpe, cateter, jelco) ou no injetor lateral do equipo de infusão venosa. O tempo de aplicação não deve ser inferior a 2 minutos.

Para as medicações administradas por meio do injetor lateral do equipo de infusão venosa, deve-se ter o cuidado prévio de checar a compatibilidade da droga a ser administrada com os componentes da solução infundida.

Algumas medicações, principalmente antibióticos, são nefrotóxicas e/ou ototóxicas, devendo então ser administradas por bomba infusora por um período de tempo de pelo menos 30 minutos. Medicações vesicantes devem ser rediluídas com água destilada ou solução fisiológica antes de serem administradas.

Os dispositivos de infusão para a punção em RN devem ter numeração compatível com o calibre venoso. Por isso, o escalpe deve ser de nº 25 e 27 e o cateter jelco de nº 24. Devem ser fixados adequadamente para evitar que se desloquem e de forma a permitir a visualização dos sinais de infiltração (edema) pelo extravasamento do medicamento ou da solução e flebite (dor, calor e rubor).

O extravasamento de soluções e/ou medicações podem causar lesões. Quando ocorrem nas extremidades (pés e mãos), existe o risco de afetar tendões e nervos, ocasionando alterações na movimentação. Quando a infiltração ocorrer na região frontal, existe o risco de cicatrizes permanentes.

<sup>19</sup> Tamez, 1999.

## 16- ENFERMAGEM E A SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

### 16.1 Aspectos históricos

Para falar a respeito da atenção à saúde da criança e do adolescente no Brasil faz-se necessário um breve relato histórico, citando as transformações ocorridas nesse contexto.

Desde as épocas mais remotas da História, a criança foi tratada com descaso, sendo considerada um ser humano inferior aos demais. Ao nascer, podia ser tanto desprezada, como morta. Em Roma, por exemplo, o pai era responsável pelo seu destino. Quando erguia os braços levantando a criança ao colo significava que ela deveria viver, caso contrário, ela era atirada aos leões.

O infanticídio era praticado nas tribos primitivas por superstição, por questões econômicas, para manter igualado o número de meninos e meninas, dentre outros motivos igualmente bárbaros. Essa prática cruel foi utilizada pelos mais diferentes povos e nações — gregos, romanos, persas e árabes.

Aos poucos, com o progresso das civilizações e com o advento do pensamento cristão, a criança passou a ser valorizada e entendida como alguém que precisa ser amparada e assistida.

O tipo de atenção dirigido à população infantil ao longo da História sempre esteve relacionado a questões de interesse econômico do mundo adulto<sup>20</sup>. É importante ressaltar a maneira diferenciada no atendimento à criança das classes mais ricas em relação ao modo de tratá-la no seio das classes pobres.

No Brasil, durante séculos, a assistência às crianças pobres ficou a cargo das instituições religiosas, que lhes ofereciam abrigo e alimentação e, em troca, recebiam dinheiro. Devido às condições precárias, a grande maioria das crianças recolhidas a esses internatos ali morria acometida de doenças.

A implantação de uma política social que atendesse às necessidades da população, em particular das crianças e dos jovens, se fazia necessária. Era preciso promover condições para que crescessem e se desenvolvessem, recebendo também uma formação moral, filosófica e espiritual. Era necessário amparar e defender a criança — com direito à vida, saúde, lar e educação— como meio de assegurar o futuro da nação.

Para tanto, a Legislação Brasileira tem estabelecido medidas de proteção à infância e adolescência, assegurando direitos que antes eram negligenciados ou lhes eram negados. O Ministério da Saúde tem instituído programas governamentais de saúde a serem implementados em



Infanticídio – É a morte provocada da criança, geralmente, recém-nascida.

todo o Brasil, por intermédio das Secretarias de Saúde estaduais e municipais, com o mesmo objetivo.

É importante ressaltar que a promoção da saúde não se faz apenas com medidas de controle das doenças, mas sim com atenção básica, educação em saúde e garantia de trabalho para que as famílias possam promover seu sustento. Assim, leis e programas já existentes precisam ser priorizados e estendidos a um maior número de crianças e adolescentes, que ainda se encontram expostos aos mais variados problemas sociais e sanitários.



## 16.2 O papel da família: cuidados na atenção à criança e ao adolescente

Nas últimas décadas, a assistência à criança, no processo saúde-doença, tem sofrido modificações acentuadas, não se admitindo nos dias atuais que os profissionais de saúde ignorem a importância do papel da mãe, da família e da comunidade. Mais ainda, cuidar da criança envolve também cuidar de sua família, considerando suas necessidades nos diferentes aspectos.

Esse novo modelo de assistência tem sido utilizado e divulgado pela enfermagem, no atendimento a toda e qualquer criança, bem como no trato do adolescente, desde aquele que necessita de atendimento sanitário básico até aquele que requer internação de pequena, média e alta complexidade (exames, tratamento especializado).

A equipe de enfermagem, ao atender uma criança e sua mãe com algum agravo à saúde, quer seja na comunidade quer seja no hospital, deverá atentar não só para o que é referido sobre a doença atual, mas também investigar os motivos que possam tê-la levado ao quadro de morbidade. Assim, é necessário:

- conhecer como se deu o crescimento e o desenvolvimento, desde o nascimento até a atualidade, e como podem ter sido afetados;
- conhecer as condições do meio ambiente em que vive, atentando para as condições físicas, os recursos disponíveis para o sustento da família, a sua constituição, suas crenças, hábitos e valores; considerar os aspectos afetivos, culturais e sociais;
- estabelecer uma relação de respeito e confiança com a família, de modo a favorecer a relação de ajuda;
- identificar os problemas de saúde, oferecendo suporte para o atendimento às necessidades do cliente/família, possibilitando-lhes, quando possível, participar de maneira ativa do processo de recuperação da saúde.

Por exemplo, você identifica uma criança que apresenta um quadro de diarreia. Conversando com a mãe, constata que vivem em dois cômodos, sem água encanada, filtro, vaso sanitário e coleta adequada de lixo. Você concluirá, certamente, que, diante de tal situação, a higiene das pessoas que ali vivem, como também a limpeza do ambiente, deverá estar precária. O local facilita a instalação e proliferação de germes os mais variados.

O auxiliar de enfermagem deverá dar as seguintes orientações à criança/família:

- a) quanto a condutas com a higiene pessoal e cuidados com a pele:
  - fazer toda e qualquer higiene do corpo utilizando sabão para facilitar a remoção de gordura, suor, poeira e germes que possam estar aderidos à pele;
  - lavar as mãos antes do preparo da alimentação e das refeições;
  - manter as unhas cortadas e limpas, assim como os pêlos do corpo;
  - usar roupas limpas.
- b) quanto a condutas em relação à ingestão de água e alimentos:
  - ingerir água filtrada e fervida (por 15 minutos);
  - manter os recipientes de água tampados;
  - lavar o filtro uma vez por semana;
  - lavar com água e sabão todos os alimentos, principalmente aqueles que serão consumidos crus.
- c) quanto a condutas em relação ao ambiente:
  - manter o lixo em depósito tampado ou em sacos plásticos, para posterior coleta e tratamento;
  - não jogar fezes e urina em rios nem em valas;
  - usar fossa séptica (reservatório onde a matéria orgânica é decomposta e descarregada em escavação profunda).
- d) quanto à ingestão de líquidos e alimentação:
  - fazer com que a criança beba líquidos e eletrólitos (soro caseiro) em grande quantidade, para evitar desidratação;
  - reforçar sua alimentação, mantendo o aleitamento materno ou introduzindo o leite artificial.

É importante que a responsável pelo atendimento ofereça apoio e mantenha a família sob vigilância.

### 16.3 A criança/adolescente no processo saúde-doença

A atenção à saúde da criança e do adolescente no Brasil tem suas metas traçadas pelo Ministério da Saúde, a partir do conhecimento dos agravos que mais acometem esses grupos e dos fatores causadores de morte, principalmente.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), feita em 1992 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 53% das crianças e adolescentes brasileiros integram famílias com renda mensal inferior a meio salário mínimo. Tal condição de miséria teve como conseqüências, nos anos posteriores: alta taxa de mortalidade infantil (64 óbitos para 1000 nascidos vivos); grande número de crianças com diarreia, desidratação, infecção respiratória (sendo esta a primeira causa de internação em crianças menores de 1 ano, e a pneumonia a principal causa de óbito), com deficiência nutricional (anemia, falta de vitamina A) e com doenças evitáveis com o uso de vacinas, como sarampo, coqueluche, difteria, tétano neonatal e acidental, hepatite B; aumento da gravidez na adolescência, levando ao nascimento de crianças com peso abaixo de 2500 gramas; grande número de morte materna por doenças no período pré-parto, no parto e no puerpério.

### 16.4 A hospitalização da criança e da família

De maneira geral, nos hospitais não era permitida a permanência das mães nas enfermarias junto ao filho internado por um período maior de tempo. Elas eram consideradas como um visitante qualquer, só podendo vê-los e estar com eles durante o horário de visita pré-determinado pela instituição. Exceção era feita quando a criança estava sendo amamentada no peito ou quando gravemente enferma. Entretanto, a equipe de enfermagem observou que, com a presença da mãe, era mais fácil cuidar, realizar os procedimentos e que, acima de tudo, a criança voltava mais cedo para casa.

Essa constatação fez com que os profissionais se tornassem mais flexíveis à abertura de novas concessões, apesar da resistência de alguns que alegavam que o familiar incomodava porque não obedecia às regras, perguntava muito e acabava dando trabalho em dobro para a equipe.

Na verdade, embora muitos ainda neguem, pesquisas feitas por psicólogos, enfermeiros e médicos têm constatado que a presença de um familiar/ acompanhante junto à criança/adolescente tem diminuído a incidência de traumas decorrentes dos procedimentos dolorosos, feitos pelos profissionais de saúde.

“Para você o que representa o hospital?” Essa pergunta foi feita a crianças e adolescentes de diferentes idades que já haviam passado pela experiência de internação. Nessa pesquisa, a conclusão foi que para aquelas crianças e adolescentes o hospital se identificava com local de tortura, de violência e rupturas<sup>21</sup>.

No entanto, deve-se lembrar que as reações da criança/adolescente à hospitalização podem ser variadas, dependendo da idade, do estágio de desenvolvimento emocional, do conhecimento sobre si mesmo e sobre a doença. Acredita-se que as crianças/adolescentes portadores de doenças agudas apresentam necessidades diferentes daquelas com doenças crônicas pois estas geram mudanças na rotina diária do doente e da família, interferindo principalmente nos aspectos emocionais.

De maneira geral, a doença altera sua capacidade de expressar seu mundo interior e dificulta sua interação com o meio. Por isso, é natural que nas enfermarias de pediatria elas se recusem a falar com a equipe, a expressar seus medos e ansiedades.



É indispensável que a equipe identifique essa problemática e procure tornar cada contato o menos traumático e agressivo possível. Deve-se tratar a criança e a família com carinho, com palavras de conforto, chamando-os pelo nome. Acima de tudo, cada procedimento a ser realizado deve ser-lhes explicado, com uma linguagem acessível ao seu entendimento.

A enfermagem realiza grande parte dos procedimentos indispensáveis à criança, como também tem maior possibilidade de estar a seu lado. Portanto, esse contato deve ser afetivo e efetivo, feito para amenizar o sofrimento, a dor da criança/adolescente, de modo a lhe restabelecer a saúde. Isso deve ser explicado ao cliente e deve constituir objetivo de toda a equipe.

Toda ação deve ser realizada de maneira delicada, com tranquilidade e sem pressa. Se o profissional está tentando puncionar uma veia e não consegue fazê-lo até a terceira tentativa, se possível, deve passar a tarefa para outro membro da equipe. Se não houver ninguém, deve aguardar e tentar em outro momento, evitando-se, assim, aumentar o sofrimento da criança.

Evite conter a criança no leito com ataduras ou qualquer outro tipo de material. Mesmo aquelas muito agitadas que ficam querendo retirar cateteres, sondas. Procure descobrir os reais motivos do que está



Doenças agudas são as doenças de evolução curta e rápida desde quando diagnosticadas, devendo ser tratadas o mais precocemente possível; já as crônicas são as doenças cujo diagnóstico pode ser difícil, exigindo tratamento prolongado e muitas idas à instituição para consultas, exames e tratamentos específicos.



Cada internação é uma experiência única, diferente, para a criança/adolescente e para sua família.



Ser solidário é a palavra-chave.



A dor é uma manifestação muito frequentemente referida pela criança e nossa tendência é considerarmos a criança mimada, necessitada de chamar a atenção sobre si. Pode até haver um fundo de verdade, mas é preciso entender que cada pessoa tem uma tolerância maior ou menor à dor.

21 Oliveira, 1993.

acontecendo e discuta com outro profissional e a família o que pode ser feito para acalmá-la.

Procure respeitar seus momentos de descanso. O sono e o repouso também são necessários para seu restabelecimento.

Os adolescentes podem considerar a doença como castigo ou fraqueza do corpo, o que pode se manifestar pela falta de apetite, de sono e até mesmo por depressão. Alguns medicamentos podem também levar a esse quadro, como, por exemplo, os corticóides.

O auxiliar de enfermagem deve estar sempre alerta ao seguinte:

- surgimento de reações de sofrimento e de dor, mesmo que a criança não fale; esse quadro poderá ser identificado nas crianças muito caladas, que não interagem com os colegas da enfermaria, que recusam alimentação;
- necessidade do respeito à criança/adolescente, explicando-lhe o que será feito, o que facilitará sua colaboração;
- conveniência de possibilitar o apoio, o carinho e a presença da família, fortalecendo a confiança na equipe de saúde, favorecendo a recuperação, a alegria e a auto-estima.

#### 16.4.1 O direito de brincar

A equipe de saúde deve permitir que a criança brinque no posto de saúde e no hospital? Se esta pergunta fosse feita a alguns de nós, certamente a resposta seria não.

Mas vamos pensar! O que a criança mais gosta de fazer quando está em casa, saudável, feliz, com seus irmãos, pais e amigos? A resposta, com certeza, será: brincar.

Brincar é o modo natural de a criança expressar sentimentos e fazer descobertas na vida e sobre si mesma<sup>22</sup>. “(...) o jogo/brincadeira constitui o trabalho da criança”<sup>23</sup>. Está comprovado que o ato de brincar tem várias funções, como a promoção do desenvolvimento da inteligência, da criatividade, da sensibilidade. Para os profissionais de saúde, a brincadeira é um importante aliado, na medida em que brincando a criança estará liberando a tensão por estar em um ambiente diferente, para ela agressivo, reduzindo seus medos e auxiliando na compreensão e adaptação aos procedimentos.

Nos dias atuais, algumas unidades que atendem crianças já possuem áreas de recreação, que contam com pessoal especializado. Sendo assim, a equipe de saúde e de enfermagem, em particular, deverá sempre que possível incentivar a criança a participar das atividades propostas pelo grupo de recreadoras. Caso não exista nada formalizado, poderá ser montado um local com material próprio para as diversas idades, que poderá ser arrecadado por meio de campanha de doação de brinquedos usados.



“(...) brincar e construir o brinquedo é por si só uma vivência reestruturante que supera o sofrimento de uma internação”<sup>24</sup>.

22 Adams, 1976.

23 Whaley & Wong, 1999.

24 Friedmann, 1992.

Outro modo de reduzir o estresse da criança, principalmente nas internações, é proporcionar a ela o contato com alguns materiais que simulem o instrumental hospitalar. Por exemplo, deixar que brinque com seringas, estetoscópio, pinças, bem como que tenha acesso a materiais usados que possam ser transformados em novos brinquedos.

## 17- ASPECTOS DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

**A**companhar o crescimento e o desenvolvimento da criança e do adolescente é dever do Estado e direito da população, o que tem sido recomendado pelas organizações mundiais como um compromisso universal a ser seguido por todos os países. Cumprindo tal determinação, desde 1984, o Ministério da Saúde determinou que fazê-lo constitui uma das cinco ações básicas da assistência à saúde da população infantil.

Para esse segmento, devemos utilizar como instrumento o **Cartão da Criança**, que contém a curva de crescimento e a ficha de acompanhamento do desenvolvimento.

Avaliar o crescimento e o desenvolvimento da criança/adolescente significa acompanhar seu amadurecimento biológico, psicológico, intelectual e moral. Esses fatores determinarão seu modo de viver e interagir com o ambiente e as pessoas. Para que tudo se passe de modo harmônico é necessário que antes de tudo a criança/adolescente mantenha vínculos de afeto, proteção e aceitação.

Cabe aos pais/responsáveis e/ou cuidadores promover uma passagem natural pelas diversas fases, para que a construção desse novo indivíduo se constitua de momentos e situações que possibilitem a formação de um ser humano equilibrado, consciente das suas limitações e possibilidades.

A psicologia moderna tem sido influenciada pelos estudos de Piaget sobre os estágios de maturação da criança, que segundo ele são marcados pelo desenvolvimento do pensamento. Para isso, é preciso que a criança, desde sua formação inicial, seja motivada para a aquisição de experiências.

As experiências por que passa a criança/adolescente são influenciadas pela quantidade e qualidade dos momentos ricos de afeto e prazer proporcionados pelos adultos no lar e fora dele. Disso irá depender desde a formação de sua personalidade até seu comportamento e o desenvolvimento da sexualidade.



Crescimento é o aumento de tamanho e o desenvolvimento é a ocorrência de mudanças na maturidade psicomotora e emocional.



No cartão da criança é necessário o registro mensal de seu peso, o que possibilitará a elaboração do gráfico da curva de crescimento como também a observação e o registro do desenvolvimento psicomotor. A partir desses dados, serão fornecidas orientações à família sempre que necessário.

## 17.1 Infância

Esta fase compreende três estágios, a saber: a primeira infância (até os 2 anos de idade), a segunda infância ou fase pré-escolar (dos 2 aos 6 anos) e a terceira infância ou fase escolar (dos 6 anos até o início da puberdade).

A primeira infância —fase do lactente— é o período no qual a principal alimentação da criança é o leite, principalmente materno. Ela passa por modificações importantes durante seu desenvolvimento físico, e vai adquirindo habilidades, por exemplo: a partir de 3 meses já ri, observa o ambiente que a cerca; senta-se aos 6 meses; engatinha aos 9 meses e até um ano já estará andando sozinha.

A família deve estar orientada para promover a estimulação da criança, com medidas simples, mas muito eficazes, como: conversando, emitindo sons diferentes, acariciando-a. Também poderá utilizar materiais coloridos, luminosos, que muitas vezes são por nós jogados fora como sucata (caixas de papelão de diferentes tamanhos, rolos de papel higiênico, argila, jornais usados, garrafas de plástico e latas vazias com as tampas, tintas coloridas, papéis brilhantes, lápis de cor, restos de mechas de lã de várias cores).

Além disso, por ser uma fase de descobertas, a família também deve ter o máximo cuidado com acidentes a que a criança possa estar sujeita. Por isso, não se deve deixar a criança ter contato com peças pequenas ou substâncias nocivas que possa engolir, deve-se evitar quedas, queimaduras e sufocação com plásticos.

Todos esses são fatos comuns em que o próprio adulto coloca a criança em situação de risco. Dar alimentos à criança deitada, por exemplo, é uma delas, bem como oferecer-lhe alimentos que estejam preparados há muito tempo e não conservados adequadamente, o que pode provocar intoxicação alimentar.

A partir dos dois anos a criança está em pleno desenvolvimento motor, começa a ficar independente e se interessar pelo outro, participando de brincadeiras, ouvindo histórias. Encontra-se em plena fase de curiosidade, querendo saber o que e o porquê das coisas a sua volta, já conhecendo um número maior de palavras. Reage muito à separação dos pais, mas suporta períodos curtos de ausência.

À medida que os anos passam, a criança mostra-se ativa, independente, confiante e quer fazer tudo o que vem a sua cabeça, precisando haver, portanto, atenção redobrada da família que precisa impor-lhe limites. Ela está aprimorando suas habilidades musculares, bem como buscando conhecer e dominar coisas novas, em busca de sua independência. Também passa a ter preferências, escolhendo seu grupo.

O indivíduo nessa fase está em processo de formação da personalidade e começando a conhecer valores como responsabilidade, compromisso, cooperação, moral.

## 17.2 Puberdade e adolescência

A adolescência caracteriza-se por alterações biológicas, psicológicas, sociais e culturais, e pode ter duração variada, dependendo do indivíduo. As modificações que ocorrem com o adolescente se dão em todos os órgãos e estruturas do corpo, devido à ação dos hormônios. Trata-se da fase chamada de **puberdade**, que termina quando pára o crescimento dos ossos e conclui-se o amadurecimento das gônadas, quando o indivíduo já pode gerar filhos.

Durante esse período os jovens estão em busca de identidade, formada através da interação do mundo interior com o exterior, o que poderá levá-lo ao sentimento de perda, devido à passagem da fase infantil para a adulta; à procura de autonomia, auto-afirmação; evoluem sexualmente; reivindicam seu espaço na sociedade, tendendo a reunir-se em grupos afins; estão sujeitos a constantes mudanças de comportamento, por isso necessitam de diálogo e apoio.

Para a avaliação do crescimento do adolescente, o Ministério da Saúde determina que se faça o acompanhamento da altura e da idade, através da curva de crescimento para o sexo feminino e masculino. A curva é adotada na forma de gráfico e cabe à equipe de saúde anotar os dados do cliente.

Por meio dessa curva, também podemos ter informações sobre o estado nutricional nessa faixa etária, avaliando os dados a situá-los em relação a estados de desnutrição ou de obesidade, por exemplo.

Ainda é importante avaliar o estirão de crescimento e alguns caracteres sexuais, como o crescimento das gônadas, a primeira menstruação (menarca), o desenvolvimento das mamas (telarca) e o aparecimento dos pêlos pubianos (pubarca).

Considera-se que o adolescente apresenta uma puberdade normal quando nas meninas há o surgimento do broto mamário e dos pêlos pubianos entre os 8 e os 13 anos; já nos meninos, quando há o aumento do volume dos testículos e o aparecimento dos pêlos pubianos entre os 9 e os 14 anos.

Dentre os problemas encontráveis na adolescência, pode-se falar da puberdade precoce, ou seja, quando os caracteres sexuais já citados surgem antes dos 8 anos de idade. Pode haver também a puberdade retardada, quando o adolescente ainda não apresenta os caracteres sexuais desenvolvidos após os 14 anos de idade.

Quando há evidências de desenvolvimento físico anormal (baixa estatura, aquisição de massa muscular, demora ou precocidade no aparecimento dos caracteres sexuais), o profissional de saúde deve agendar as sessões de acompanhamento do adolescente a intervalos regulares não-superiores a seis meses. Deve ser investigada a história familiar, a presença de patologias como desnutrição, parasitoses,



Gônadas – São os órgãos que produzem as células sexuais — os testículos no homem e os ovários na mulher.



Estirão – É a fase do desenvolvimento corporal em que ocorre um crescimento rápido e acentuado dos membros.



Broto mamário – É a pequena área de elevação ao redor do mamilo.



doença crônica. Se houver necessidade, deve-se encaminhá-lo para serviços especializados de referência na região.

Outro aspecto importante a ser observado na adolescência é o desenvolvimento psicológico. Todos sabemos ser esta fase um momento difícil na vida do indivíduo e de sua família. O adolescente começa a querer expressar opinião e pensamento próprios, o que muitas vezes, pode levar a brigas, revolta e inconformismo. Cabe à família proporcionar um convívio saudável, através do diálogo. Caso seja detectada alteração marcante no comportamento do adolescente (conduta agressiva, isolamento, desinteresse e conseqüente abandono da escola, desleixo pessoal, dificuldades no convívio familiar e no relacionamento interpessoal), o profissional de saúde deve encaminhá-lo para atendimento nos setores de saúde mental.

O término da adolescência acontece de maneira distinta para cada indivíduo, por isso é difícil precisar a época. Alguns fatores como determinados sinais de maturidade, desenvolvimento sexual e a estrutura familiar são indicadores e determinantes nesse processo.

### 17.3 Sexualidade

A sexualidade normalmente manifesta-se antes da adolescência, por meio da masturbação praticada por meninos e meninas. Na adolescência há uma evolução sexual, quando o conhecimento e o desenvolvimento do aparelho genital estimula a prática do sexo e leva à escolha de um parceiro. De início, de forma tímida e superficial, mas aos poucos progride no sentido de maior intensidade e busca de intimidade, tornando o adolescente sexualmente ativo.

A educação sexual deve ser iniciada na família e na escola desde o ensino fundamental e reforçada nos períodos posteriores, principalmente na adolescência. Deve ser dada ênfase aos cuidados com a higiene do corpo e ao comportamento sexualmente responsável, com a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e com o uso de práticas contraceptivas, além de se abordar outros pontos, às vezes polêmicos, como masturbação, namoro, aborto, homo e heterossexualidade e atitude pornográfica.

A iniciação sexual precoce tem sido motivo de preocupação da família e da área de saúde. Ocorre devido à falta de orientação segura por parte de todos os responsáveis pela educação do adolescente nos diferentes espaços. Tal procedimento tem ocasionado graves conseqüências tanto físicas quanto psíquicas para ele e tem levado, em número crescente de casos, à gravidez indesejada, à promiscuidade sexual e ao aborto.

Cabe aos profissionais de saúde, no caso especialmente ao auxiliar de enfermagem, promover uma prática de saúde na comunidade (praticando educação para a saúde na visita domiciliar, em escolas, associações) e nas instituições, colaborando na mudança de hábitos prejudiciais à saúde, estimulando o auto-cuidado. O profissional de saúde como educador deve ser um facilitador, um ouvinte que leva em conta o saber do adolescente e adota uma postura compreensiva e crítica, buscando as soluções em conjunto com os envolvidos.

## 17.4 Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência é fator preocupante, correspondendo a 24,63% das internações obstétricas do Sistema Único de Saúde e tem havido ultimamente um aumento de incidência.

As conseqüências da gravidez e da maternidade nesse período da vida são de ordem sanitária —biológica, psicológica— social e demográfica. As crises daí advindas implicam a necessidade de reestruturação e reajustamento. Por exemplo, os dados estatísticos demonstram que cerca de 40% dos filhos de adolescentes foram fruto de gravidez indesejada. Pode haver conseqüências indesejáveis para a mãe, para a criança e para a família. Além disso, a mulher pode estar sujeita a contrair doenças sexualmente transmissíveis (principalmente a AIDS), como também contaminar o próprio filho.

Esse fenômeno está presente nas diferentes classes sociais, porém tem maior incidência nas mais pobres. As reações da adolescente à gravidez podem manifestar-se de diferentes maneiras, dependendo das experiências anteriores e da aceitação do novo papel — antes **ser adolescente** e agora **ser adolescente gestante**.

Atualmente a gravidez na adolescência não é mais considerada como sendo biologicamente desvantajosa somente para o feto, mas também para a mãe<sup>25</sup>, que, via de regra, necessita abandonar a escola, prover o seu sustento e ainda sofrer pressões emocionais por parte da família e da sociedade. É necessário frisar que a adolescente grávida está sujeita a riscos relativos à sua saúde e à do feto, tais como: trabalho de parto prematuro, recém-nascido com baixo peso para a idade gestacional, hipertensão materna, anemia por falta de ferro (ferropriva) e outros.

O risco gestacional na adolescência não está relacionado apenas ao fator idade, mas à falta de condições adequadas para o acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a desinformação, a nutrição deficiente<sup>26</sup>. Essa responsabilidade é das instituições governamentais, bem como dos profissionais de saúde.

---

25 Wong, 1999.

26 Zagonel, 2000.

O cuidado profissional deve favorecer o conhecimento da adolescente gestante sobre as transformações por que ela vai passar, estimulando-a ao auto-cuidado e ao enfrentamento das dificuldades e conflitos, através da formação de grupos de discussão nos serviços de saúde e na comunidade, onde as adolescentes encontrem soluções para seus próprios problemas e dificuldades. Um diálogo franco e aberto é fundamental.

Deve-se tentar reduzir as conseqüências psicossociais de uma gestação precoce e outros agravos aos filhos, à própria mulher e à família. Dentre essas conseqüências, podemos destacar o medo; a insegurança; a não-aceitação da gravidez pelos familiares; a rejeição à gravidez pela própria gestante; a responsabilidade com um novo ser.

Um tratamento pré-natal de qualidade deve estar disponível durante todo processo até o período posterior ao nascimento do bebê, o que certamente resultará em situações tão favoráveis quanto nos casos de gravidez de mulheres de maior idade.

Devem ser dadas orientações em relação aos cuidados com o corpo e a mente; informações sobre as transformações corporais; sexualidade; nutrição adequada; sono; repouso; cuidados com o recém-nascido. É preciso que a adolescente aceite a maternidade como um processo que pode ser saudável e conscientize-se do seu papel de mãe. Facilitar sua adaptação à nova situação, oferecendo-lhe suporte e recuperação da auto-estima é indispensável.

## 18- A ATUAÇÃO GOVERNAMENTAL NAS DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

**N**os últimos anos, o governo brasileiro tem instituído leis e colocado em ação, por intermédio do Ministério da Saúde, vários programas de saúde para atender à população materno-infantil e aos adolescentes em nível nacional. Essas diretrizes, vigentes no ano de 2000, serão detalhadas a seguir.

### 18.1 Estatuto da Criança e do Adolescente

Este Estatuto foi instituído pela Lei Federal nº 8.069 de 1990, em substituição ao Código de Menores e tem como finalidade a proteção, defesa e desenvolvimento da criança e do adolescente. Ele determina os seus direitos e o que se espera da família, considerada como primeira e principal cuidadora.

A lei ressalta que esse grupo deve ter todos os direitos como toda pessoa humana, bem como oportunidades para seu desenvolvimento físico, mental, moral, social e espiritual.

Cabe ao poder público, à sociedade e à comunidade dar prioridade ao atendimento dos direitos da criança e do adolescente, ou seja, o direito à vida, saúde, educação, alimentação, lazer e esporte, cultura, profissionalização, dignidade, respeito e poder conviver no seio da família.

O Estatuto prevê como fiscalizadores desses direitos o Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente (atua nos níveis federal, estadual e municipal) e o Conselho Tutelar (atua nos municípios).

Apesar disso, a realidade tem mostrado que a população infanto-juvenil está submetida a situações de risco, exploração do seu trabalho, violência, drogas e outros problemas. Tal situação nos obriga a constatar que a lei não tem sido cumprida no país, necessitando que todos os responsáveis se unam em prol da garantia de uma adequada qualidade de vida para esse grupo, principalmente dos oriundos das classes menos favorecidas, em situação de pobreza quase absoluta. É preciso dar condições de exercício da cidadania a esses brasileiros!

## 18.2 Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)

Este programa objetiva criar condições para o atendimento à saúde da criança de zero a cinco anos. A ênfase do programa é dada à atenção àquelas crianças consideradas como grupo de risco de adoecer e morrer, visando a reduzir essas condições através da melhoria da qualidade da assistência, tentando aumentar o número de crianças atendidas nos serviços de saúde pertencentes ao Sistema Único de Saúde.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Materno-Infantil e em conjunto com outros órgãos nacionais e internacionais, tem avaliado periodicamente o cumprimento das Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância. Dentre essas metas, para o ano de 2000, foi estabelecida a redução da mortalidade infantil, principalmente dos menores de cinco anos, por doenças diarreicas e pelas infecções respiratórias agudas.

Conforme dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996), algumas ações têm contribuído para a redução das taxas de mortalidade, como o aumento do número de domicílios abastecidos com água, o Programa de Saúde Materno-Infantil, cuja atenção está voltada para o pré-natal, parto e puerpério e as campanhas de vacinação.

Entretanto, constata-se que a redução se deu em partes das áreas urbanas. A área rural e outras também carentes de serviços de atenção primária (saúde, educação e saneamento) permanecem em condições ainda muito precárias. Nessas áreas a mortalidade infantil ainda é muito alta (207 para 1000 nascidos vivos), devido à falta de acompanhamento às mães no pré-natal e durante o parto.

As condições nutricionais infantis também são precárias. A desnutrição provocada pela falta de proteínas e calorias acomete um grande número de crianças, principalmente na região Nordeste, onde em 1996 existia o maior contingente de desnutridos do país. Também a anemia ferropriva, as doenças provocadas pela falta de iodo (bócio) e a carência de vitamina A (cegueira noturna, retardo do crescimento, esmalte dentário defeituoso, pele grossa) são problemas que afetam a saúde de nossas crianças.

Ainda podemos citar a existência de projetos em parceria com a sociedade civil, por exemplo, o Programa Comunidade Solidária. Esses projetos objetivam intensificar os programas já instituídos pelo governo federal. A luta contra a mortalidade infantil é uma das metas principais, a ênfase é dada às áreas mais pobres, por intermédio da articulação com outros setores como educação, agricultura, saneamento, segurança alimentar e meio ambiente.

O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e a Pastoral da Criança têm contribuído para a divulgação da terapia de reidratação oral, utilizada com eficácia no combate à desidratação ocasionada por diarreias, o que mata muitas de nossas crianças.

É necessário destacar o trabalho desenvolvido pela Pastoral da Criança em prol da qualidade de vida da criança brasileira. Esse serviço tem incentivado a alimentação enriquecida, fazendo com que mães e outras pessoas da comunidade aprendam como aproveitar alimentos que, em geral, são desperdiçados. São preparadas e servidas às crianças diagnosticadas como desnutridas, receitas variadas feitas com folhas de diversos tipos, sementes de casca de alimentos, casca de ovos e outras disponíveis na própria comunidade.

Essa alimentação é conhecida como **multimistura** e tem recuperado, com sucesso, crianças em estado de extrema desnutrição, por fornecer uma gama de orientações que auxiliam na redução dos índices de morbi-mortalidade infantil.

Paralelamente à erradicação da poliomielite no ano de 1994, observa-se um aumento do número de casos de crianças acometidas por sarampo, tuberculose e outras doenças preveníveis por vacina. Isso demonstra que os governos instituídos têm muito ainda a realizar em prol da população, com a ajuda da sociedade civil. As ações já colocadas em prática precisam ser intensificadas, mas, principalmente, é necessário e urgente melhorar as condições de vida da população



A Pastoral está sendo indicada para o recebimento do Prêmio Nobel pelos trabalhos realizados junto à população carente.

brasileira, com oferta de emprego, distribuição de terra, saúde e educação, para que, desse modo, as famílias possam prover seu sustento e exercer sua cidadania.

### 18.3 Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)

A taxa de mortalidade infantil nos países em desenvolvimento é um fator importante nas avaliações de qualidade de vida. No Brasil essa taxa varia conforme a região, oscilando entre quinze por mil, em alguns municípios das regiões Sul e Sudeste e mais de cem por mil em regiões do Nordeste.

A maior parte das mortes na infância poderia ser evitada com medidas simples e eficazes, como a utilização do soro caseiro, práticas de higiene e vacinação. Mais de setenta por cento das mortes deve-se à pneumonia, diarreia, desnutrição, malária e doenças perinatais.

Considerável declínio da taxa de mortalidade nos últimos anos deve-se às ações implementadas especificamente para a infância, tais como: estímulo ao aleitamento materno, aumento da cobertura vacinal, utilização de sais de reidratação oral, programas de controle das doenças diarreicas e respiratórias, suplementação alimentar e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o UNICEF elaboraram o AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância), a fim de alcançar as crianças doentes que chegam ao nível primário de atenção. Em vez de treinamentos específicos para cada doença, a estratégia AIDPI propõe um atendimento sistematizado envolvendo as doenças mais comuns até os cinco anos.

Considerando as limitações de tempo e de recursos, o AIDPI indica uma abordagem completa que pretende avaliar, classificar e estabelecer normas para encaminhamentos e/ou tratamentos, incluindo ações educativas e de orientação à mãe/responsável.

Essa estratégia pretende, também, intervir na organização dos serviços de saúde fazendo com que alcancem uma maior resolutividade.

Entendendo que as doenças não são fenômenos isolados, mais que, ao contrário, se constituem em um processo com vários fatores interligados, a estratégia pretende alcançar, pelo menos, os fatores de ordem biológica e cultural, promovendo um impacto sobre a morbi-mortalidade infantil nos países do Terceiro Mundo.



Doenças perinatais – São as doenças que acometem as crianças no período próximo ao seu nascimento.



Resolutividade – É a capacidade de resolver os problemas.

O AIDPI é adaptado, em cada país, às normas nacionais e às características epidemiológicas da população, atende às principais razões pelas quais se leva uma criança ao médico, assim como capacita o profissional que o utiliza a buscar as referências adequadas a cada caso. A estratégia não é definir diagnósticos específicos mas, por intermédio dos sinais e sintomas avaliados, definir o grau de risco em que se encontra a criança, estabelecendo a intervenção apropriada.

Para que se alcancem as metas estabelecidas para o AIDPI é necessário que aconteçam treinamentos e divulgação, por meio dos demais programas governamentais, objetivando uma cobertura nacional.

## 18.4 Programa de Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional

Este programa está baseado no diagnóstico precoce do estado nutricional de gestantes e crianças entre seis e vinte três meses de idade. O diagnóstico é feito na comunidade, nos postos e centros de saúde e os dados são encaminhados para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que está sob a responsabilidade dos estados e municípios.

Aquelas crianças que passaram por uma avaliação nutricional e foram consideradas em situação de risco recebem do governo uma suplementação alimentar com leite integral em pó ou leite pasteurizado e óleo de soja, periodicamente, bem como recebem tratamento e acompanhamento adequados.

É fornecido à mãe um litro de leite ou 120 gramas de leite integral em pó **por dia** e uma lata de óleo de soja **por mês**.

Todas as crianças que fazem parte do programa devem ser prioritariamente acompanhadas uma vez por mês e o peso anotado no Cartão da Criança, sendo necessária a busca ativa na ausência de comparecimento. Caso seja detectado que ela tenha carência de vitamina A ou de ferro, será providenciado o tratamento adequado, como também acompanhamento para prevenção e recuperação nutricional.

## 18.5 Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) e Projeto Acolher: um compromisso da enfermagem com o adolescente brasileiro

A preocupação com a saúde dos adolescentes tem aumentado nos últimos anos, mais precisamente na última década, devido aos

problemas encontrados nessa população, agravados pela situação social e econômica. A adolescência é considerada pelo Ministério da Saúde como a fase compreendida entre os 10 e os 19 anos. Durante esse período, ocorrem mudanças e transformações marcantes na vida do indivíduo, como já vimos.

Esse grupo tem sido considerado de risco porque os jovens estão cada vez mais sujeitos a situações de privação, quais sejam: fome, desnutrição, analfabetismo; defrontam-se com a violência; sujeitam-se à prostituição e às drogas; vivem situações de desintegração familiar e social.

Ao atender um adolescente nas unidades de saúde, os profissionais da área devem levar em consideração que ele poderá estar passando por alterações biológicas, psicológicas, sociais e culturais. Pensando em tais possibilidades, o Ministério da Saúde propõe como ação básica atender o adolescente de maneira integral, determinando como prioridade o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento.

O Projeto Acolher, criado por uma parceria do Ministério da Saúde e da Associação Brasileira de Enfermagem, tem como objetivo propor e desenvolver ações integradas que propiciem transformações no modo de pensar e de fazer enfermagem, renovando seu compromisso com a integralidade da assistência ao adolescente. Para tal, é necessário sensibilizar o corpo profissional e dar condições para que enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuem de maneira diferenciada na atenção à saúde do adolescente, planejando, implementando e avaliando as ações previstas no projeto.

A equipe de enfermagem deve proporcionar ao adolescente a possibilidade de exercer um papel ativo na construção de sua vida pessoal e nas relações em seu contexto social, na busca de autonomia, exercício da cidadania e assunção da responsabilidade social. Devemos reconhecer a adolescência como um momento diferenciado da vida do indivíduo; assim, é preciso abandonar os preconceitos e julgamentos e manter com o jovem uma relação humanizada.

Esse cuidado deve incluir sua família, pois é aí que ele estabelece vínculos que levam à construção da sua identidade e totalidade como ser humano.

## 18.6 Programa Saúde da Família (PSF)

Este programa consiste numa estratégia implantada pelo Ministério da Saúde, visando a reorganizar a atenção básica através da vigilância à saúde, de modo a proporcionar qualidade de vida à população necessitada. A meta proposta objetiva garantir e facilitar o acesso aos serviços oferecidos, nos diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária).

A atenção à criança/adolescente no PSF está voltada para as necessidades e cuidados durante as várias fases do crescimento e desenvolvimento (desde o recém-nascido, lactente, passando pelo pré-escolar, escolar até o adolescente), por meio de ações e intervenções direcionadas à criança/adolescente, a sua família e ao meio onde vive.

Nas suas ações, as equipes de saúde do programa deverão priorizar os seguintes pontos:

- prevenção dos fatores de risco inerentes a cada faixa etária, inclusive no que se refere ao meio em que a criança/adolescente está inserido, de modo a promover a prevenção das doenças que mais acometem a população, como diarreias, problemas respiratórios, dentre outros;
- incentivo ao aleitamento materno e à nutrição adequada;
- sensibilização da família sobre a importância das vacinas na qualidade de vida da criança.

Em relação ao adolescente, os profissionais devem oferecer atenção e apoio não só quanto ao desenvolvimento emocional e afetivo, como também aos fatores de risco a que ele pode estar sujeito, como as doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez indesejada e o uso de drogas.

## 19- OS AGRAVOS À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

### 19.1 Distúrbios respiratórios

As doenças do sistema respiratório são a principal causa de morte em crianças até cinco anos de idade, sobretudo se estão desnutridas ou com outras doenças infecciosas, como, por exemplo, o sarampo. Por esse motivo, os programas que têm a saúde da criança como alvo incluem sempre o conhecimento dos sinais e sintomas dessas doenças, assim como os níveis de gravidade, indicando as diferentes condutas, conforme a classificação do risco.

A **pneumonia bacteriana** é a principal doença do sistema respiratório que pode levar à morte, acentuadamente nas crianças até um ano de idade.

A pneumonia, como qualquer outra infecção, estimula o sistema imunológico, fazendo com que as células de defesa se organizem para destruir o agente invasor. Quando uma criança está desnutrida e/ou doente, suas defesas não funcionam bem e a infecção es-



Pneumonia é uma infecção pulmonar e pode ser causada por diversos agentes, sendo os vírus e as bactérias os principais; são as últimas as causadoras das infecções mais graves.

palha-se por todo o corpo rapidamente, podendo levá-la facilmente à morte. Por esses motivos algumas orientações devem ser oferecidas à mãe e/ou responsável para evitar pneumonias. Dentre elas, podemos destacar: a manutenção das vacinas em dia, evitando assim que doenças como o sarampo e a pneumonia por hemófilos coloquem em risco a vida da criança; uma nutrição adequada, acompanhando o crescimento e o desenvolvimento pelo cartão da criança e inscrevendo-a nos programas de suplementação alimentar, caso seja necessário; não-permanência da criança por muito tempo em ambientes fechados, sem ventilação, principalmente se neles houver alguém doente; estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses, já que o leite materno é uma fonte importantíssima de nutrientes e de células de defesa para a criança.

Ao receber uma criança é preciso observar os sinais indicativos de sofrimento respiratório, pela contagem da frequência respiratória e pela observação de tiragens intercostais e subcostais. Serão esses sinais que deverão indicar, ou não, a emergência das ações.

Essa contagem deverá respeitar o tempo de um minuto; caso haja dúvida, deve-se refazer a contagem.

Em um bebê de até dois meses, as tiragens são comuns, uma vez que a musculatura dele é ainda pouco rija; no entanto, mesmo nesses casos é possível avaliar-se o grau de esforço da musculatura, considerando se há ou não sofrimento respiratório.

Outros dados serão importantes na avaliação da gravidade da doença da criança, mas os que se encontram acima descritos são os mais sugestivos da necessidade de adoção de medidas urgentes.

É importante saber se a criança tem tosse, há quantos dias, se há presença de muco (catarro) ou outra forma de secreção nas vias aéreas e nas eliminações intestinais, como também quais as características desse muco (quantidade, coloração e odor). Se amarelada ou esverdeada, a secreção possivelmente está contaminada por bactérias.

Caso a criança pareça estar com o peito “cheio” quando tosse, é possível que esteja com uma pneumonia.

É importante atentar para a presença de hipertermia (temperatura corporal acima de 37,5°C) ou hipotermia (abaixo de 36°C). A febre é um sinal de infecção ou uma reação desejável do organismo à agressão de agentes etiológicos (que causam doenças). A hipotermia pode ser um sinal de infecção em crianças muito pequenas (imunoincompetentes) ou em crianças com quadro de desnutrição grave, portadoras do vírus HIV ou que fazem tratamentos prolongados com drogas imunossupressoras. A hipotermia poderá ser um sinal de gravidade severa do quadro (choque séptico).



Tiragens intercostais e subcostais - É uma respiração difícil, perceptível pela “entrada” do tórax ou da barriga da criança entre as costelas (intercostais) ou abaixo delas (subcostais).



Em crianças de até dois meses a frequência respiratória normal será de 60 ipm (incursões por minuto); em crianças de até um ano, 50 ipm e até quatro anos, 40 ipm.



Imunoincompetentes – São pessoas cujo sistema imunológico ainda não está pronto para desenvolver suas funções de defesa do organismo.

Drogas imunossupressoras – São medicações capazes de diminuir a resistência do organismo à agressão de microrganismos.



Reações anafiláticas – São reações alérgicas de grande amplitude que podem levar à morte por edema de glote.



Macronebulização – É a nebulização utilizando dispositivo de umidificação por traquéia. Não gera micro partículas.



Problemas como ressecamento da córnea e cegueira podem seguir-se ao tratamento com oxigênio em doses acima da tolerada.

Gemidos, palidez cutâneo-mucosa acentuada, letargia, dificuldade em sugar ou alimentar-se, convulsões, estridor (respiração ruidosa, som rouco e grosseiro nas vias aéreas altas) em repouso, crises de apnéia (parada respiratória), cianose em língua, unhas e região em torno da boca, são sinais de extrema gravidade e exigem intervenção imediata.

O tratamento para pneumonias inclui o uso de antibióticos via oral, intramuscular ou venosa. É importante que esses medicamentos sejam administrados rigorosamente no horário, pois eles levam um tempo determinado para alcançar, no sangue, uma quantidade suficiente para matar ou impedir a multiplicação das bactérias. Quando o intervalo não é respeitado, as bactérias podem tornar-se resistentes ao tratamento.

Os antibióticos podem causar uma série de efeitos indesejáveis, desde náuseas e vômitos até reações anafiláticas graves. Quando administrados por via oral, deve-se observar o nível de tolerância (o aparecimento de enjoos, dor); por via intramuscular, o surgimento de reações locais e sistêmicas de alergia; e por via endovenosa, a evolução muito rápida para o quadro de choque anafilático. Todas essas reações exigem avaliação.

Quando é necessário administrar antibióticos por via venosa, deve-se também estar atento às reações irritantes que podem ocorrer nos vasos. Para prevenir tal ocorrência é necessário diluir adequadamente o medicamento e infundi-lo no tempo recomendado. Particularmente os aminoglicosídeos (garamicina, gentamicina e amicacina) podem causar problemas renais se forem administrados muito rapidamente.

O uso de oxigênio é muito comum em crianças com pneumonia e é administrado através de diferentes métodos. A macronebulização é bastante utilizada nos hospitais. Quando se pretende uma concentração maior, utiliza-se capacete ou tenda de oxigênio. Em casos de maior gravidade, pode ser necessário o uso de ventiladores mecânicos, após intubação endotraqueal.

O oxigênio não é uma substância inócua (isenta de efeitos colaterais), podendo causar complicações quando administrado de forma indevida. Sua utilização deve seguir criteriosamente a quantidade prescrita, assim como deve ser acompanhado de exames gasométricos (que verificam a pressão do oxigênio, do gás carbônico, dentre outros valores do sangue arterial).

Lembramos que devem ser rigorosamente observados alguns cuidados ao cuidarmos de uma criança com um quadro de desconforto respiratório, quais sejam: manter a cabeceira elevada, sobretudo durante a alimentação da criança, o que diminuirá o risco de broncoaspiração; manter a temperatura infantil sob controle por meio de banhos e aplicações de compressas frias, além da administração da medicação antitérmica prescrita; aspirar as vias aéreas superiores ou tubo

traqueal, seguindo as normas preconizadas, conforme a necessidade da criança; administrar oxigênio e medicação, observando os cuidados já mencionados.

Em locais onde não haja um serviço de fisioterapia disponível, cabem à enfermagem os cuidados de mobilização das secreções (mudança de decúbito, vibração torácica), evitando assim atelectasias (áreas com alvéolos obstruídos não possibilitando as trocas gasosas necessárias.)

**Bronquite e asma** são problemas do sistema respiratório que, depois das pneumonias, mais acometem às crianças. Quando encontramos uma criança com um quadro de bronquite ou asma, podemos achar que ela está com pneumonia. É possível confundir os dois quadros, já que uma criança pode apresentar os dois distúrbios. A asma e a bronquite, no entanto, caracterizam-se clinicamente pela presença de bronco-espasmo e na ausculta à existência de sibilos (ruído fino e agudo ao final da inspiração que caracteriza uma obstrução ao fluxo de ar).

A criança poderá apresentar um quadro importante de sofrimento respiratório em vigência de uma crise de bronquite ou asma.

O tratamento a ser feito é a base de broncodilatadores e a via de escolha é, principalmente, a inalatória. Após a nebulização, a criança deve permanecer em observação por, pelo menos, trinta minutos a fim de ser reavaliada. Se for necessário, o tratamento poderá ser repetido. Quando a criança não responde à medicação por via inalatória, pode ser necessária medicação venosa ou ainda a adoção de outras medidas mais invasivas.

Os nebulizadores utilizados devem passar por um processo de desinfecção antes de serem reutilizados. A utilização do mesmo nebulizador por crianças diferentes, sem que tenha sido desinfectado, pode ser responsável por infecções disseminadas dentro de enfermarias e serviços de pronto-atendimento.

## 19.2 Diarréia e desidratação/Terapia de Reidratação oral (TRO)

Assim como no caso das doenças respiratórias, há alguns cuidados que devem ser tomados em relação às doenças que afetam o sistema gastrointestinal, principalmente as diarreias, muito comuns em crianças, sobretudo naquelas muito pequenas, que vivem em condições de pouca higiene e em lugares sem saneamento básico.

Na região Nordeste, o risco de morte por diarreia em crianças menores de cinco anos é cerca de 4 a 5 vezes maior do que na região Sul, chegando a representar 30% do total de mortes no primeiro ano de vida.



**Bronco-espasmo** – É a ausência da tonicidade esperada na musculatura que reveste o brônquio, dificultando sua mobilidade.



**Broncodilatadores** – São medicamentos que alteram a situação de bronco-espasmo, relaxando a musculatura que reveste os brônquios.

**Via inalatória** – É a administração pela via respiratória.



Espoliante – É o agente capaz de impedir a absorção de substâncias vitais para o organismo.

Essas diarreias muitas vezes não são valorizadas pelos adultos e podem levar a criança a importantes atrasos no seu crescimento e desenvolvimento neurológico, ou mesmo à morte.

A maior parte das diarreias são autolimitantes, isto é, resolvem-se sozinhas, sem necessidade de utilização de qualquer medicamento. O uso de medicamentos pode ser prejudicial à criança, muitas vezes atrasando a cura. Durante a diarreia, é importante manter a alimentação da criança para que seu estado geral não piore ainda mais, assim como é preciso avaliá-la a fim de estabelecer a necessidade ou não de se iniciar a reidratação oral ou venosa.

Quando a diarreia é causada por um agente infeccioso ou por um parasita espoliante poderá ocorrer uma desidratação. A desidratação acontece quando a perda de líquidos e eletrólitos está acima da capacidade de reposição do indivíduo; nesses casos é preciso providenciar uma reposição adequada, evitando que a criança necessite ser hospitalizada o que, além de traumático, a afasta de seu ambiente familiar.

A desidratação, por ser um quadro grave e rápido, podendo levar a criança à morte em poucas horas, deve ser atendida prioritariamente. Os responsáveis devem ser orientados a iniciar a terapia de reidratação oral, em caso de diarreia, mesmo quando a criança ainda está em casa.

A criança desidratada apresentará: olhos encovados, fontanela (moleira) deprimida (em criança de até cerca da 18 meses), saliva espessa ou ausente, língua seca, ausência de lágrimas e de brilho no olhar, turgor diminuído, diurese diminuída e de cor escura. Esses sinais podem agravar-se se a criança não for atendida rapidamente, podendo chegar ao óbito por choque hipovolêmico. São sinais de agravamento da desidratação: anúria, letargia, pulso fino e rápido, taquipnéia e posteriormente bradipnéia.

A terapia de reidratação oral (TRO), ou seja, a reposição de sais e glicose, elementos fundamentais para a manutenção da vida, foi concebida para evitar que a criança necessitasse de reidratação venosa e, portanto, de internação hospitalar, já que a maior parte das desidratações podem ser tratadas por via oral, não necessitando, assim, de internação. Apenas as desidratações graves necessitam de reposição venosa. O protocolo de tratamento classifica-as em:

- desidratação - se a criança apresentar dois ou mais dos sinais que se seguem: pulso rápido e débil, olhos fundos, irritados, ausência de lágrimas, boca e língua secas, bebendo líquidos oferecidos rápida e avidamente, manifestações de intranquilidade e o sinal da prega desaparecendo lentamente;



Sinal da prega – É um teste cutâneo em que se observa, após o pinçamento da pele, uma prega; no caso de desidratação esta prega se desfaz lentamente.

- desidratação grave – se a criança se mostra comatosa ou hipotônica, com pulso muito débil ou ausente, olhos muito fundos, ausência de lágrimas, boca e língua muito secas; bebendo mal o que lhe é oferecido ou estando incapaz de beber, o sinal da prega desaparecendo muito lentamente.

Conforme a classificação utiliza-se um dos protocolos: o plano A, o plano B, o plano C:

<b>COMO AVALIAR O ESTADO DE HIDRATAÇÃO</b>			
<b>1- OBSERVE</b>			
CONDIÇÃO	Bem, alerta	Irritado - intranquilo	Comatoso - Hipertônico
OLHOS	Normais	Fundos	Muito fundos
LÁGRIMAS	Presentes	Ausentes	Ausentes
BOCA E LINGUA	Úmidas	Secas	Muitos secas
SEDE	Bebe normalmente	Sedento, bebe rápido e avidamente	*Bebe mal ou não é capaz
<b>2- EXPLORE</b>			
SINAL DA PREGA	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Muito lentamente
PULSO	Cheio	Rápido, débil	*Muito débil ou ausente
ENCHIMENTO CAPILAR	Normal (até 3 seg.)	Prejudicado (de 3-5 seg.)	*Muito prejudicado (mais de 5 seg.)
<b>3- DECIDA</b>	Não tem sinais de desidratação	Se apresentar dois ou mais sinais acima <b>tem desidratação</b>	Se apresentar dois ou mais sinais incluindo pelos menos um sinal <b>*tem desidratação grave</b>
<b>4- TRATE</b>	Use <b>Plano A</b>	Use <b>Plano B</b>	Use <b>Plano C</b>

● **PLANO A - A criança com diarreia sem sinais de desidratação.**

A grande maioria das crianças com diarreia não tem desidratação. Para prevenção da desidratação não é necessário utilizar um esquema terapêutico rígido.

Bastará, após o exame clínico da criança, orientar os familiares sobre a evolução natural da doença e o risco de complicações e a conduta a ser utilizada no domicílio.

\*Recomendar o aumento da ingestão de líquidos preparado com ingredientes disponíveis nos domicílios: soro caseiro, chás, cozimento de cereais (arroz, milho), sopas e sucos.

A mãe deverá ser orientada a oferecer depois de cada evacuação:

Criança até 12 meses                      50 a 100 ml (1/4 – meio copo)

Crianças acima de 12 meses              100 a 200 ml (1/2 a 1 copo)

\*Manter a alimentação habitual, em especial o leite materno, aumentando a frequência das mamadas. Não se deve modificar o tipo e quantidade dos alimentos, corrigindo-se os erros dietéticos e aumentando a frequência com a qual são oferecidos para que, na falta de apetite, a ingestão fique próximo dos níveis normais.

\* Ensinar a família a reconhecer os sinais de desidratação (olhos fundos, boca seca, pouca urina, muita sede) e recomendar que, caso a diarreia **piore** ou apresente os sinais acima, se inicie a administração de SRO e se procure o serviço de saúde.

● **PLANO B – A criança com diarreia e sinais de desidratação.**

A reidratação oral com o SRO é o tratamento de escolha para os pacientes com desidratação devido a diarreia e vômitos.

Os refrigerantes não devem ser utilizados como soluções de reidratação, pois, além de ineficazes podem piorar a diarreia.

A quantidade da solução ingerida dependerá da sede da criança e deverá receber de 50 a 100 ml/kg, no período de 4 a 6 horas.

Os lactentes amamentados no seio deverão continuar recebendo o leite materno, junto com a SRO. Os pacientes com outro tipo de alimentação deverão receber somente a solução reidratante, enquanto mantém sinais de desidratação.

A solução deve ser oferecida com frequência, usando-se copo, colher ou conforme os hábitos da criança.

\*Se o paciente vomitar, o volume administrado deverá ser reduzido e a frequência da administração aumentada.

● **Como preparar o soro caseiro?**

O soro caseiro, feito com **açúcar, sal e água**, é muito bom para crianças e adultos com diarreia. É fácil de prepará-lo:

1. Lave bem as mãos.
2. Encha um copo grande (200 ml) com água limpa, fervida.
3. Coloque uma medida pequena e rasa de sal.
4. Coloque duas medidas grandes e rasas de açúcar.
5. Mexa bem e dê em colheradas.

Prove o soro antes de oferecer ao doente, para verificar que não esteja mais salgado que água de côco ou lágrimas.

● **Outro tipo de soro caseiro**

Podemos fazer outro Soro Caseiro usando **farinha de arroz** ou **fubá** ou **farinha de mandioca (macaxeira/aipim)** ou **farinha de trigo**.

Dissolvemos quatro colheres de sopa de uma dessas farinhas em água fria e colocamos em um litro de água fervendo por 5 minutos, junto com três pitadas de sal.

Assim temos um ótimo Soro Caseiro, que podemos dar ao doente da mesma maneira como o Soro Caseiro de açúcar, sal e água.

● **Preparação da Solução de Sais de Reidratação Oral (SRO)**

1. Dissolver um pacote de sal reidratante em um litro de água. Manter rigorosamente essa relação (1 pacote/1 litro).
2. Usar água limpa em temperatura ambiente.
3. A solução depois de preparada pode permanecer em temperatura ambiente até 24 horas. Após esse período, deve ser descartada e preparada nova solução.
4. Os sais não podem ser diluídos em outro líquido que não seja água, nem acrescido de açúcar ou outras substâncias visando melhorar o sabor.

● **PLANO C – A criança com diarreia e desidratação grave.**

O tratamento é feito a nível hospitalar, através de reidratação oral e/ou venosa, conforme o estado de hidratação da criança.

● **Acompanhamento**

\*Os sinais clínicos de desidratação desaparecem paulatinamente durante o período de reidratação. Os pacientes deverão ser reavaliados com frequência. Quando já ingerido o volume inicial prescrito e os sinais clínicos de desidratação ainda estiverem presentes, prescreve-se um volume adicional correspondente. São poucas as crianças que necessitam desta prescrição adicional.

\*A febre causada pela desidratação geralmente cede na medida em que a criança se reidrata. O uso de antitérmicos nesta fase deve ser evitado.

\*As crianças com desidratação deverão permanecer na unidade de saúde até a reidratação completa.

\* A fase de reidratação termina quando desaparecem os sinais de desidratação. Se isto acontecer, antes mesmo da ingestão de todo o volume inicial prescrito, deve-se interromper esta fase, alimentar a criança e administrar o SRO após cada evacuação.

● **Manutenção do estado de hidratação**

\*Terminada a reidratação, a criança deverá receber alta. Os familiares deverão ser informados que a diarreia poderá durar ainda alguns dias;

\*Fornecer dois envelopes de SRO, cuja preparação deve ser ensinada e demonstrada;

\*Após cada evacuação líquida, oferecer SRO nos seguintes volumes;

Crianças até 12 meses	50 a 100 ml (1/4 a 1/2 copo)
Crianças acima de 12 meses	100 a 200 ml (1/2 a 1 copo)
10 anos ou mais	a quantidade que desejar

\*O aleitamento materno deve ser mantido e estimulado. Enfatizar que o leite materno é o melhor alimento e ajuda a prevenir a diarreia e outras infecções. Para crianças que recebem outros alimentos, orientar a mãe para manter a alimentação normal. Deve-se recomendar o uso de colheres e outros utensílios mais fáceis de serem mantidos limpos do que mamadeiras.

\*A dieta deve ser a habitual da criança, corrigidos os erros dietéticos. A criança deve comer o quanto e quando quiser;

\*Enfatizar a importância de acrescentar uma refeição diária até a recuperação nutricional;

\*A criança deve retornar ao serviço de saúde, para reavaliação após 24 a 48 horas;

\*Orientar sobre os sinais de piora: sede intensa, vômitos frequentes, piora da diarreia, irritabilidade ou prostração. Indicar quem caso isso ocorra, deve-se administrar SRO e voltar imediatamente ao Serviço de Saúde.<sup>27</sup>

Na análise das diarreias e desidratações, existe um fator que não pode deixar de ser considerado: a alimentação inadequada em função da falta de informação dos responsáveis e não propriamente por insuficiência de recursos. Quando a criança não recebe alimentos na quantidade e qualidade necessárias, cresce com uma série de deficiências que podem levá-la a não ter vontade de brincar com outras crianças, a ter dificuldade de concentração e de aprendizado, resultando, ainda, em episódios frequentes de internação hospitalar.

Um acometimento bastante prejudicial ao desenvolvimento infantil são as verminoses, cujos parasitas são transmitidos devido à contaminação da água, dos alimentos e do próprio solo. Ao agredirem a mucosa intestinal poderão causar diarreias. Considerando que a maior parte de nossa população vive em condições insatisfatórias de higiene e saneamento básico, é preciso promover a melhoria dessas condições a fim de preservar a população dos “hóspedes indesejáveis”.

### 19.3 Desnutrição proteico-calórica

Chamamos de desnutrição o processo de atraso no crescimento e desenvolvimento infantil por carência alimentar. Quando há principalmente ausência ou carência de proteínas, a desnutrição é chamada de kwashiorkor, que acontece muito comumente quando a criança é desmamada. Nesse caso ela se mostra enfraquecida, com as extremidades frias, abdome globoso, pele áspera e seca, cabelos igualmente secos, ásperos e opacos.



Em recente pesquisa (março/2001) realizada pela Fundação Oswaldo Cruz/Rio de Janeiro nas comunidades carentes adjacentes, constatou-se que aproximadamente 45% das crianças examinadas eram portadoras de parasitoses intestinais. Que relação existe entre esse fato e as condições de vida dessa população?

<sup>27</sup> Manual de Assistência e Controle das Doenças Diarréicas, 1993

A outra forma de desnutrição é chamada de marasmo. É uma forma mais grave de desnutrição e acontece por ingestão insuficiente de proteínas e calorias. É comum em famílias nas quais os adultos se alimentam antes das crianças, em época de carência de alimentos — época de seca, por exemplo. A criança com marasmo apresenta-se irritadiça, retraída, letárgica, com a pele flácida e enrugada, com aparência de velha. É freqüente o aparecimento de doenças debilitantes nessas crianças, como: tuberculose, parasitoses, disenteria, e outras. O marasmo significa não só a ingestão insuficiente de nutrientes, mas também encarna a síndrome da falta de afeto e de proteção.

## 19.4 Principais problemas hematológicos

**Anemia** significa redução do número de hemácias ou de hemoglobinas circulantes. Como são elas as responsáveis pelo transporte de oxigênio até os tecidos, sua diminuição pode significar importante sofrimento. Os valores normais de hematócrito durante a infância devem oscilar entre 35% e 50% e a hemoglobina entre 13g/dl e 16g/dl.

Na infância o volume de sangue está em franco processo de expansão em função do crescimento corporal, o que aumenta muito a necessidade de ferro, como elemento fundamental na formação das hemácias.

Existem vários tipos de anemias, mas aqui abordaremos somente as mais freqüentes; são elas:

- Anemia por deficiência de ferro - cujas causas mais comuns são prematuridade, má absorção de nutrientes, sangramento crônico, infecções, ingestão insuficiente de ferro. No caso das anemias por deficiência de ferro é preciso orientar a família quanto à utilização do suprimento medicamentoso de ferro, assim como informá-la sobre as principais fontes alimentares. Deve-se enfatizar que o ferro deve ser administrado longe das principais refeições, que o leite e seus derivados prejudicam sua absorção e que a ingestão de vitamina C deve ser estimulada para uma assimilação satisfatória do ferro.
- Anemia falciforme - doença hereditária que atinge a hemoglobina. Acomete indivíduos da raça negra (não necessariamente de pele negra). A doença apresenta períodos de crise — a chamada crise falcêmica— e possui tal denominação devido à forma de foice das hemácias. Com esta forma as hemácias formam trombos que obstruem a passagem do sangue. Essas hemácias anormais são maciçamente destruídas pelo organismo, levando à anemia. Durante as crises, a criança refere dor intensa localizada preferencialmente no abdômen e nas articulações, que ficam edemaciadas, dolorosas e algumas vezes avermelhadas.



Disenteria - É a doença aguda com lesões inflamatórias do intestino, podendo até apresentar evacuações sangüinolentas.



Hematócrito - É o número de hemácias presente numa amostra de sangue.

Os indivíduos acometidos desse tipo de anemia são também muito susceptíveis a infecções, principalmente pneumonias e osteomielite (infecção do tecido ósseo) e, em geral, as infecções são a principal causa de morte nas crianças com anemia falciforme.

A família de uma criança portadora dessa enfermidade deve estar bem informada quanto à necessidade de mantê-la hidratada, o que torna o sangue mais diluído, diminuindo os episódios de crise; de realizar precocemente o diagnóstico de infecção, intervindo adequadamente com a antibioticoterapia; de mantê-la em repouso quando das crises, uma vez que sente muitas dores nesses momentos e, como o aporte de oxigênio está prejudicado pela ausência de hemácias saudáveis na circulação sanguínea, o risco de hipóxia tecidual aumenta com o esforço; além disso, a criança se cansa muito rapidamente.



Trombocitopenia – É a deficiência no número de plaquetas circulantes favorecendo episódios hemorrágicos.

Neutropenia – É a deficiência de leucócitos circulantes.



Órgãos hematopoiéticos – São órgãos onde os elementos constitutivos do sangue são formados.

A **leucemia** pertence a um grupo de doenças neoplásicas que acometem a medula óssea (órgão formador do sangue) e o sistema linfático. Caracteriza-se pela produção de leucócitos (glóbulos brancos) imaturos, jogados na circulação sem capacidade para exercer suas funções. Agem da mesma forma que um tumor sólido, invadindo e substituindo o tecido invadido, acometendo os órgãos mais vascularizados. É o que se pode chamar de câncer do sangue.

A infiltração na medula óssea determina uma diminuição na produção dos elementos figurados do sangue e as conseqüências são a anemia, a trombocitopenia, e a neutropenia.

Quase metade dos cânceres na infância envolvem o sangue ou os órgãos hematopoiéticos. Por outro lado, também tem sido a forma de câncer que tem apresentado melhor taxa de sobrevivência.

Existem várias classificações para as leucemias feitas com base no tipo de célula atingida pela doença e o nível de maturidade que conseguem atingir antes de serem jogadas na circulação. As formas mais comuns em pediatria são a leucemia linfóide aguda (LLA) e a leucemia mielóide aguda (LMA).

Os sintomas que envolvem a leucemia dependem das áreas atingidas. Há os sintomas da anemia, da tendência hemorrágica, da susceptibilidade a infecções e alguns específicos que merecem da enfermagem todo o cuidado possível, tais como: intensa dor óssea, resultado da invasão do tecido neoplásico na medula óssea. A dor nessa fase pode ser tão intensa que não cede aos mais potentes analgésicos. É uma situação de extremo sofrimento para a criança, para o acompanhante e para a equipe.

O tratamento da oncologia pediátrica pode ser quase tão doloroso quanto a própria doença, uma vez que lida com situações-limite. Em geral, constitui-se de três fases, a saber:

- Fase de remissão – durante a qual a quimioterapia tem por objetivo cessar a produção medular, ou seja, fazer desaparecer as células neoplásicas. Nessa fase do tratamento, a criança fica mais vulnerável, exposta a episódios de sangramento, podendo chegar a hemorragias maciças e, assim, a anemias importantes, inclusive com risco de choque, e a infecções de todo tipo, inclusive as causadas por microrganismos provenientes da flora de seu próprio corpo.

Essa fase é a mais agressiva e produz o maior número de danos. Em geral, nesse momento, a criança precisa de internação. Os quimioterápicos utilizados são os mais lesivos e cabe à enfermagem adotar todos os cuidados necessários na administração dessas drogas.

É importante proteger a criança acolchoando as extremidades para evitar hematomas, limitando suas atividades para minorar o cansaço causado pela anemia, instalando isolamento respiratório e, eventualmente, de contato, considerando o alto risco de infecção.

- Fase de tratamento profilático do sistema nervoso central (SNC) – durante a qual a quimioterapia tem por objetivo proteger o SNC de infiltração neoplásica.
- Fase de manutenção – na qual a quimioterapia tem por objetivo evitar a produção de células neoplásicas. Nessa fase espera-se que a medula comece a produzir tecido normal.

Alguns cuidados de competência da enfermagem são imprescindíveis: observação rigorosa durante a administração das drogas pelo risco de reações alérgicas; de infiltração extravascular, causando necrose no tecido atingido; de lesões neurológicas; de distúrbios gastrintestinais, como vômitos incoercíveis; e ainda de lesões tardias como perda da função renal pelo depósito de substâncias nocivas (cristais ou metabólitos) das drogas utilizadas. Nesse momento é importante lembrar que cabe à enfermagem manter um nível satisfatório de hidratação durante o tratamento, o que evitará a lesão renal.

Lidar com a criança portadora de uma neoplasia é um desafio para a equipe, exigindo do profissional a competência técnica e sensibilidade para suportar, muitas vezes, o sofrimento e as perdas, oriundas da sua vida profissional.

## 19.5 HIV/AIDS

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) não é distinta na criança no que se refere à fisiopatologia. Difere apenas em relação ao adulto quanto ao mecanismo de transmissão que, na criança, se dá predominantemente por via vertical, ou seja, a doença é transmitida da mãe para a criança por via transplacentária, durante a gestação, ou

durante a amamentação. Tal realidade vem sofrendo modificações a partir do protocolo medicamentoso que, utilizado durante a gravidez, consegue reduzir consideravelmente os níveis de contaminação fetal.

As medicações utilizadas no tratamento das crianças portadoras do vírus ou acometidas pela AIDS podem ser específicas para o combate ao vírus ou para o tratamento de doenças oportunistas. Algumas delas estão descritas no capítulo sobre medicações.

É importante observar as precauções universais ou precauções-padrão como, por exemplo, o uso de luvas em punções venosas, de equipamento de proteção durante a realização de broncoscopias e outras, ao lidar com crianças com AIDS, entendendo que fazê-lo não significa preconceito ou discriminação.

## 19.6 Administração de medicamentos em pediatria

Os medicamentos utilizados em pediatria não diferem basicamente dos empregados pelos adultos, mas alguns cuidados são importantes quando se administra tais substâncias a crianças. Quanto menores forem elas, maior o cuidado a ser tomado.

Quando internada, é de responsabilidade da enfermagem o preparo e a administração de medicamentos, bem como a orientação ao acompanhante sobre a forma correta de administrá-lo, caso o tratamento seja domiciliar.

Os medicamentos podem ser antimicrobianos, isto é, remédios capazes de destruir ou impedir a multiplicação de microrganismos causadores de infecções ou infestações debilitantes. Nesses casos surgem os sinais da agressão e das tentativas de defesa do organismo, ou seja: febre, mal-estar, dor e, conforme a região afetada, danos localizados. Por exemplo, processos de abscessos — quando uma região limitada apresenta uma coleção de pús.

Uma infecção, quando não-controlada ou tratada, pode disseminar-se pelo sangue provocando um quadro de septicemia que pode levar à morte.

Os antimicrobianos precisam ser administrados nos horários previstos, pois, depois de um determinado tempo, atingem uma quantidade ideal no sangue e, se a dose seguinte for administrada com atraso, os microrganismos podem tornar-se resistentes àquela medicação, o que resultará na perda de eficácia. Da mesma forma a administração dos antimicrobianos não deve ser antecipada, pois são sempre tóxicos, em menor ou maior intensidade, para os diversos órgãos do corpo humano. Podem, por exemplo, ocasionar ototoxicidade (ouvido), nefrotoxicidade (rins), dentre outras conseqüência prejudiciais.

Esse tipo de substância deve ser administrada via intramuscular, preferencialmente; quando administrada por via venosa deve ser infundida no mínimo por 30 minutos e diluída adequadamente a fim de diminuir sua toxicidade e sua capacidade de agredir o endotélio venoso.

Outro cuidado importante a ser observado na administração dos antimicrobianos são as reações alérgicas, que vão desde náuseas e diarreias até episódios de edema de glote com risco de morte.

A mais recente classe de medicamentos utilizada é a dos antivirais, drogas aprimoradas após o aparecimento da AIDS, cuja principal ação é impedir a multiplicação dos vírus dentro do corpo humano; hoje já existem vários tipos, com diferentes mecanismos de ação. Substâncias como os antiretrovirais e outras conseguiram garantir uma sobrevida importante para os pacientes contaminados pelo vírus da AIDS. No entanto, apesar de representarem um importante avanço no tratamento da AIDS, essas drogas causam vários efeitos indesejáveis, requerendo de quem as utiliza muitos cuidados.

Há também alguns cuidados gerais que devem ser observados na administração de medicação em pediatria. Por isso, deve-se procurar:

- manter a criança sob observação durante um período após a administração do medicamento, principalmente se for a primeira vez que a droga é utilizada, já que poderá provocar reações adversas que requeiram intervenção imediata;
- observar se a criança engoliu toda a medicação administrada via oral; caso ela cuspa parte ou toda a dose, será preciso repetir o procedimento;
- em caso de administração intramuscular, manter coerência entre a massa muscular do local escolhido para a injeção e o volume a ser administrado;
- dar especial atenção às medicações venosas pois entram diretamente na circulação e são potencialmente vesicantes (irritantes para o tecido venoso);
- evitar ao máximo tornar a administração de medicamento uma experiência estressante e sofrida, buscando minimizar o desconforto e promovendo aconchego afetuoso ou brincadeiras capazes de reter a atenção da criança;
- estar amplamente informada sobre a substância que está sendo administrada, considerando o potencial de risco para si e para a criança, os efeitos esperados e os colaterais, o tempo de ação ou qualquer outra informação que se traduza em segurança para o profissional e para o cliente;

- administrar o medicamento que foi preparado pela própria pessoa, evitando fazê-lo caso tenha sido preparado por outro profissional.

## 20- AGRAVOS SOCIAIS

### 20.1 Álcool e outras drogas

Em nossa sociedade existem drogas que são permitidas (lícitas) e outras que são proibidas (ilícitas). O uso do álcool e do fumo é permitido, exceto aos menores de 18 anos. No entanto, isso não impede que crianças e adolescentes os utilizem, às vezes com o conhecimento e aceite da família. Muitas delas experimentam cigarros na infância e mais tarde passam a fazer uso do fumo em ocasiões especiais, como festas, em clubes e a partir daí não param mais.

O tipo de droga utilizada pela população infanto-juvenil depende de diversos fatores, como situação socioeconômica e história familiar.

Álcool, fumo e outras drogas são encontradas em grande variedade e com grande facilidade de aquisição. Hoje em dia, estão presentes em todos os espaços em que há crianças e adolescentes — na rua, nas casas, nas escolas — proporcionadas pelo adulto. Muitos acidentes de trânsito, provocados por jovens, estão relacionados ao uso do álcool e de outras drogas, como maconha, cocaína.

Os adolescentes, em processo de auto-afirmação e busca de identidade, muitas vezes apresentam manifestações de rebeldia e são alvo fácil. Se acrescentarmos a isso o dado da aceitação social, chega-se ao consumo indiscriminado.

De maneira geral, as substâncias mais utilizadas por essa faixa da população são o álcool e o fumo (tabagismo). Em nossa sociedade, assistimos diariamente, nos meios de comunicação, a propagandas com imagens sedutoras associando fumantes e alcoolistas a pessoas bonitas, ricas e bem-sucedidas. Tudo Isso mexe com a fantasia das crianças e adolescentes, estimulando o consumo.

Os adultos devem discutir com eles os perigos do fumo, como a redução da capacidade do pulmão, informar que a adolescente grávida, por exemplo, poderá ter um filho com baixo peso ao nascer, enfim, abordar os diversos problemas relacionados, principalmente, para aqueles que são alérgicos.

No que se refere ao consumo de álcool, seu uso produz uma sensação de relaxamento e de prazer, porém as consequências advindas do uso são variadas, podendo gerar desde problemas no seio da família até no ambiente sociocultural mais amplo.

É preciso investir em medidas preventivas, como a promoção da educação em saúde junto ao adolescente e à criança, incentivando, por exemplo, a prática de esportes. Devemos mantê-los informados sobre os riscos e seqüelas (conseqüências) que podem comprometê-los de forma permanente, principalmente pelo fato de estarem em fase de transformações biológicas, físicas e emocionais. Deve-se discutir com eles os motivos que levam as pessoas ao consumo de drogas, seus efeitos no organismo, os problemas e as complicações do uso. Assim procedendo, poderemos ajudar na desmistificação da imagem da droga como produtora de prazer e facilitadora de boas relações.

## 20.2 Maus Tratos e violência doméstica

O termo “maus tratos” pode referir-se a uma ação prejudicial por negligência ou a um ato intencional, provocando danos de ordem física e emocional, e ao abuso sexual. Trata-se de problema social grave que tem afetado crianças e adolescentes em todo o país, provocando-lhes inclusive a morte.

Considera-se que houve negligência em relação à criança quando a pessoa encarregada de cuidar dela não o faz, privando-a do atendimento em suas necessidades básicas. A negligência pode ser de natureza física —privação de alimentação, higiene, abrigo, vestimenta e outros— ou emocional —privação de afeto, atenção e apoio emocional. Os maus tratos emocionais muitas vezes são dispensados de modo deliberado pela rejeição, humilhação, isolamento, comprometendo autoestima da criança.

Os maus tratos físicos provocam lesões as mais variadas, como queimaduras, traumatismos, envenenamento, que podem comprometer toda a vida da criança.

Grande parte das vítimas de maus tratos físicos apresenta lesões que podem ir de hematomas a ossos fraturados. Tais agressões normalmente acontecem dentro de casa, onde deveriam sentir-se mais seguras. Isso geralmente acontece com crianças cujos pais também sofreram coisas semelhantes quando crianças.

A violência doméstica quase não aparece nas estatísticas oficiais, no entanto, sabemos que a agressão física contra crianças e adolescentes é uma prática comum em nossa sociedade.

O abuso sexual é um tipo de violência cometido pelos próprios pais, padrastos ou por outros familiares, vizinhos e conhecidos<sup>28</sup>.

O estupro é uma violência que atinge meninas e meninos, adolescentes e mulheres no Brasil e no mundo e produz seqüelas físicas e psicológicas sérias.

---

28 Tassitano, 1997.

As crianças e adolescentes que sofreram violência sexual devem ser atendidas por uma equipe multiprofissional composta por médicos, pessoal de enfermagem e psicólogos, principalmente. Esse grupo deve ser capaz de estabelecer uma relação de confiança, respeito e ajuda, em local adequado e reservado para a realização da entrevista, do exame clínico (inclusive do aparelho genital, principalmente nos casos de gravidez).

Devem ser também realizados exames laboratoriais, a saber: tipo sanguíneo, sorologia para sífilis, hepatite B e anti-HIV, cultura de secreção vaginal. Deve-se proceder, na medida do possível, à coleta de material para identificar o agressor, administrar medicamento de emergência para evitar a gravidez e verificar se houve contágio por doenças sexualmente transmissíveis, tomando as providências cabíveis.

Em caso de gravidez já constatada, o aborto para a mulher que assim o desejar é permitido por lei, de acordo com a idade da gestação, desde que abaixo de 20 semanas.

A equipe de saúde e educadores — em particular a enfermagem — devem estar preparados para identificar situações que possam caracterizar maus tratos e oferecer suporte (inclusive tratamento) à criança maltratada e sua família.

Mais do que identificar e tratar é necessário promover campanhas para a prevenção de violência contra crianças e adolescentes, com participação da comunidade, da escola, da igreja e de toda a sociedade civil.

## 21- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### SAÚDE DA MULHER

BITTAR, Sandra F. G.. Aborto. In: SANTOS, Izabel et al. *Guia curricular para formação de auxiliares de enfermagem - Área hospitalar: Área curricular IV: Participando da assistência integral à saúde da mulher, da criança e do adolescente*. Belo Horizonte: EE-UFGM/PRODEN. 1995.

BRASIL. *Lei n.º 9263, de 12 de janeiro de 1996*. Brasília. 1996.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. *Para Viver o Amor...* 4ª ed. 1993.

HALBE, H.W. *Tratado de Ginecologia*. Edição revisada. São Paulo: Roca. 1990.

LARGURA, Marília. *Assistência ao Parto no Brasil*. São Paulo, 1998.

LOURO, G. L. *Gênero, Sexualidade e Educação - Uma perspectiva pós-estruturalista*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, 1984.

\_\_\_\_\_. *Assistência ao Planejamento Familiar*. Normas e Manuais Técnicos. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília. 1987.

\_\_\_\_\_. *Manual do Coordenador de Grupos de Planejamento Familiar*. Brasília, 1987.

\_\_\_\_\_. INCa. *O Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama*, Normas e Manuais Técnicos. 1994.

\_\_\_\_\_. *Assistência ao Planejamento Familiar*. Brasília: COSAM, 1996.

\_\_\_\_\_. *Falando sobre doenças da mama*. Rio de Janeiro: Pro-Onco. 1996.

PASSOS, Mauro Romero Leal. *Métodos para não engravidar. Educação e Avaliação*. Rio de Janeiro. Editora Cultura Médica, 1ª edição, 1986.

SOS CORPO. Grupo de Saúde da Mulher (Recife). *Viagem ao Mundo da Contracepção – Um guia sobre os métodos anticoncepcionais*. Recife: Editora Rosa dos Tempos, 1991.

## SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

ANDERSON, K. N.; ANDERSON, L. *Dicionário de enfermagem*. 2. ed. São Paulo: Roca. 2001.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Brasília: IBGE. 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Área técnica de saúde da criança. Atenção humanizada ao RN de baixo peso - Método Canguru*. Guia do instrutor. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

BURROUGHS, A. *Uma introdução à enfermagem materna*. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

DINIZ, E. M. A. *Manual de Neonatologia*. Rio de Janeiro: REVINTER. 1995.

FILHO, N. A.; CORREA, M. D. (Orgs.). *Manual de Perinatologia*. Rio de Janeiro: MEDSI. 1995.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. A Saúde da Criança na Política Social do Primeiro Governo Vargas. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1993, v.3, n.2.

FRIEDMANN, Adriana et al. *O Direito de Brincar: a brinquedoteca*. São Paulo: Scritta. ABRINQ. 1992.

KLAUSS, M. H.; KENNEL, J. H.. *Pais e Bebê - a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

NAGANUMA et cols. *Procedimentos técnicos de enfermagem em UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Atheneu. 1995.

NAVANTINO, A. F.; Corrêa, M. D. *Manual de Perinatologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi. 1995.

NOGUEIRA, M.F.H. *Os prematuros respondem aos cuidados de enfermagem: uma ação que acalma ou estressa?* Dissertação de mestrado em Enfermagem. Rio de Janeiro: Universidade do Rio de Janeiro. 1999.

OLIVEIRA, Helena de. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. *Cadernos de Saúde Pública*, v.9, n.3, p. 326-332, jul/set 1993.

POLISUK, J.; GOLDFELD, S. *Pequeno dicionário de termos médicos*. 4. ed. São Paulo: Atheneu. 2000.

SILVA, G.R.G. *O ambiente frio e o cuidado morno: a enfermagem possibilitando a aproximação entre pais e filhos em UTI neonatal*. Dissertação de mestrado em enfermagem. Rio de Janeiro: Universidade do Rio de Janeiro. 2000.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. *Enfermagem na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999.

TASSITANO, Cleide M. L. M. *Violência Social e Saúde na Infância e Adolescência*. Anais do 49º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Belo Horizonte: ABEn. 1997.

WHALEY, L. F.; WONG, D. L. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 1999.

ZAGONEL, Ivete P. S. *Gestação na Adolescência: A Visão da Enfermagem*. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *III Seminário Estadual "Qualidade da Assistência ao Parto: Contribuição da Enfermagem"*. Paraná: ABEn. Maio. 2000.