


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO
PROPOSTA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MÃE

N.Cham. TCC UFSC ENF 0051
Autor: Butzke, Luciana
Título: Relatório proposta de atenção à

972518648 Ac. 240020
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

por
LUCIANA BUTZKE

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0051
Ex.1

Florianópolis, Junho de 1986.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO
UNIDADE CURRICULAR VIII - INT 1108

RELATÓRIO

PROPOSTA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MÃE NO HOSPITAL SANTA CATARINA DE BLUMENAU SC.

ACADÊMICA: LUCIANA BUTZKE
ORIENTADORA: VERA RADUNZ §
SUPERVISORAS: IVONE BARTHEL §§
SOLANGE WINK

§ Profª Assistente do Departamento de Enfermagem - UFSC.

§§ Enfas do Hospital Santa catarina - Blumenau - SC.

AGRADECIMENTOS

Supervisoras e Orientadora

" Nada podemos fazer pelos demais homens. Ainda assim, é bom saber que podemos ser algo para eles: saber (e isso podemos saber com certeza) que não há homem ou mulher, da mais humilde condição que possa ser realmente forte, delicado, puro e bom, sem que o mundo se torne melhor por isso, sem alguém ser ajudado e confortado pela simples existência da bondade ."

(Brooks)

Aos Pacientes

" Quando cambaleares ao peso da dor,
quando teus olhos não tiverem mais
lágrimas, pensa nos campos de flo
res que brilham depois da chuva.
Quando o esplendor do dia te exas
perar, quando desejares que uma
noite eterna desça sobre o mundo ,
pensa no despertar de uma criança.

(Khayyam)

Aos Pais

" Com muito carinho agradeço o estímulo e apoio que me fizeram chegar até aqui."

(Luciana)

Para Sérgio

" Por muito longe que o espírito
alcance, nunca irá tão longe co
mo o coração."

(Confúnció)

Aos colegas

" Quem sabe colocar em acordo ín
tino a realidade da vida com seu
mundo interior, consegue infun
dir na existência prosaica de ca
da dia um esplendor fabuloso."

(Anônimo)

" A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo - vivo - o templo do espírito de Deus.

É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes."

(Florence Nithingale)

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO	1
II - RESULTADOS	4
III - CONCLUSÃO	26
IV - RECOMENDAÇÕES	28
V - BIBLIOGRAFIA	30
VI - ANEXOS	32

I - INTRODUÇÃO

Apresento neste relatório os resultados do estágio da VIII Unidade Curricular na área de Saúde da Mãe no Hospital Santa Catarina de Blumenau SC, no período de 24/03/86 à 12/06/86.

O estágio foi dividido em três etapas do ciclo grávido puerperal: Centro Obstétrico, Unidade de Puerpério e Unidade Neonatológica Normal.

Através de consultas bibliográficas, surgiram muitas questões que despertaram meu interesse para a importância da assistência à mulher no ciclo grávido - puerperal.

Kaplan(1967) diz: "No amadurecimento psicológico, são observados três períodos críticos, que são considerados de transição - a adolescência, a gravidez e o climatério. Com o advento da gravidez a mulher tem necessidade de reajustar-se e readaptar-se a essa nova situação, razão pela qual ocorre um período de crise no seu desenvolvimento psicológico."

Como recomenda Klaus & Fanaroff(1982): " O curso dos acontecimentos neonatais depende, em grande parte dos fatores pré - natais e em alguns casos, o maior dos esforços ou experiências em tratamento neonatal não vai alterar estes resultados indesejáveis."

" A enfermeira que assiste a mulher durante o trabalho de parto deve possuir habilidades extraordinárias no que tange aos cuidados fisiológicos e técnicos, bem como no que se refere ao calor humano e a sensibilidade que demonstra a

grandeza e a profundidade da resposta emocional do ser humano." (Ziegel, 1980, 235).

Acredito que a gravidez, vista no processo de desenvolvimento da mulher, apresenta aspectos críticos que lhe são peculiares, salientando-se as modificações físicas, fisiológicas, psicológicas e ampliação do seu papel social, que impõem novas adaptações, reajustamentos interpessoais, interpessoal e reestruturação de sua identidade pessoal perante novas responsabilidades.

"Durante o puerpério, o corpo da mãe sofre várias mudanças. Essa mudança é um processo fisiológico normal. Contudo, a rapidez desse processo pode perturbar a mulher, a menos que entenda o que está acontecendo ao seu corpo. Além disso, qualquer ocorrência fora do normal que possa surgir será melhor tratada se for percebida no início. Por isso a mulher necessita de informações e instruções sobre mudanças físicas esperáveis." (Ziegel, 1980, 440).

Segundo Pizzato (1985) "as condições de normalidade - dos primeiros minutos de vida, bem como o estado das primeiras horas, das primeiras semanas e do primeiro mês, são fatores decisivos para um crescimento e um desenvolvimento equilibrados do indivíduo."

Enfatizo aqui que o nascimento de uma criança é uma experiência da família como um todo. Portanto, se se pretende oferecer uma assistência global no período perinatal é necessário pensar não somente em termos da mulher grávida, mas da família participante deste processo.

Para Gesteira (1974) "é insofismável a superioridade do aleitamento ao seio e, no estado atual do conhecimento humano, ainda nenhuma outra forma de alimentação lhe suplantada de modo irrefutável ou duradouro."

Pela minha experiência, pelo tempo de estágio e pela amostragem não me é permitido afirmar nada.

Entretanto, observei, na apresentação deste relatório que
minha prática e alguns dos resultados obtidos, parecem de
acordo com as afirmações dos autores.

Segundo Ziegel (1980), " a enfermeira atenderá aos
principais interesses das pacientes grávidas, se ela se man
tiver sempre em busca de aperfeiçoamento, através do conheci
mento das bases científicas da assistência perinatal - bioló
gica, médicas e comportamentais."

II - RESULTADOS

Os objetivos já foram formulados no planejamento. As alterações que se impuserem no transcorrer do estágio estarão explícitas, quanto da apresentação dos resultados.

Avaliação: No planejamento me propus a avaliar os objetivos quantitativamente.

Na elaboração deste relatório sinto a importância de uma avaliação qualitativa.

Utilizei então os seguintes critérios:

- . Sou aluna da VIII Unidade Curricular e em breve serei profissional.
- . Durante o curso recebi formação teórica - prática sobre o assunto "Obstetrícia" focado neste estágio.
- . As técnicas e/ou procedimentos realizados nos diversos campos envolveram conhecimentos e análise científica.
- . Usei de honestidade na elaboração, execução e apresentação deste trabalho.

1 - Centro Obstétrico

Objetivo número 1: Prestar assistência de enfermagem à vinte parturientes, e ao concepto, no pré, trans e pós- parto imediato.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se ao final do estágio 80 % das vinte parturientes e conceptos forem assistidos no pré, trans e pós - parto imediato, considerando os itens abordados no plano de ação do Centro Obstétrico (vide planejamento ítem III).

Sala de Admissão:

Foram realizadas 27 admissões conforme o plano de ação da sala de admissão (vide planejamento ítem III).

Os dados obtidos foram registrados em prontuário específico do Centro Obstétrico do Hospital Santa Catarina (Anexo I). Além dos itens abordados no plano de ação da sala de admissão realizei os seguintes procedimentos:

- . Exame físico da paciente.
- . Exame ginecológico, onde observei altura da apresentação e dilatação do colo (em cm).
- . Orientações à pacientes quanto aos sinais e sintomas característicos do trabalho de parto e retorno das mesmas.
- . Arrumação e limpeza da maca após cada admissão realizada.
- . Dez enemas.
- . Dez tricotomias.
- . Preparo e guarda de material.

Através dos dados coletados e aplicação de regra de três atingi 35 % a mais do objetivo proposto em planejamento.

No período de tempo que permaneci neste setor observei:

- . A admissão não é realizada por médico, a parteira realiza a triagem e só em caso de dúvida recorre ao médico.
- . Não é dada devida importância para o relato da paciente.
- . Na triagem o que prevalece é o nível de dilatação cervical. Sendo que o exame ginecológico "toque" é feito imediatamente sem atenção devida à sinais e sintomas do parto.
- . Lixos sem tampas.
- . Frascos de H_2O_2 e álcool iodado expostos a luz, sem devida proteção.
- . Grades abertas durante o dia.

Sala de Pré - Parto:

Neste local houve maior atuação. O espaço físico é maior.

Encontrei maior acesso as parturientes e oportunidades para exercitar meus conhecimentos.

Assisti neste setor 26 pacientes conforme plano de ação da sala de pré - parto (vide planejamento ítem III).

Além dos objetivos propostos foram executadas outras atividades como:

- . Orientações quanto ao aleitamento materno (vide planejamento anexo II).
- . Controle de indução.
- . Informações sobre a evolução e condições das pacientes aos médicos responsáveis.

- . Cuidados de enfermagem no Descolamento Prematuro de Placenta.
- . Controle da dilatação cervical pelo exame ginecológico.
- . Quatro cateterismos vesicais.
- . Doze fluidoterapias.
- . Controle rigoroso de BCF e dinâmica uterina na bolsa rota com liquído meconial.
- . Massagens de conforto.
- . Colocação de um cartaz de incentivo ao aleitamento materno distribuido pelo D.A.S.P. (Departamento Autônomo de Saúde Pública).

Através dos dados coletados e aplicação de regra de três - atingi 30 % a mais do objetivo proposto em planejamento.

Neste setor observei:

- . Há controle rigoroso quanto a indução, sendo que o gotejamento não é seguido com o que se prega teóricamente.
- . Médicos entram na sala de pré- parto sem paramentação.
- . Não é realizada desinfecção concorrente a cada saída de pacientes.
- . Hamper aberto, onde por vezes permanecem lençóis, forros e campos com sujidades (sangue, líquido amniótico).
- . Não é realizado preparo pré- operatório quanto a limpeza e desinfecção do local à ser cirurgiado nas cesareanas.

Sala de Parto:

Neste setor prestei assistência à 21 pacientes e conceitos conforme plano de ação da sala de parto (vide planejamento ítem III).

Além dos itens abordados no plano de ação da sala de parto realizei os seguintes procedimentos:

- . Discussão com os médicos sobre os procedimentos realizados durante o parto.
- . Favoreci a aproximação da mãe ao RN deixando-o alguns momentos ao lado da mãe antes de encaminhar a unidade de neonatologia.
- . Na última semana que permaneci no setor realizei 4 partos. Tive oportunidade de realizar desinfecção da região perineal, colocação de campos, anestesia locoregional, episiotomia, auxílio na expulsão e episiotomia.

Através dos dados coletados e aplicação de regra de três, atingi 5 % a mais do objetivo proposto em planejamento.

No período de tempo que permaneci neste setor observei:

- . Existem duas salas de parto, sendo que uma é quase completa, necessitando ainda de um berço aquecido.
- . Não existe maca própria para levar a paciente até a entrada da sala de pré - parto, a maca da unidade de puerpério entra na sala de parto.
- . Médicos entram na sala de parto sem paramentação.

- . Não é realizada desinfecção concorrente a cada saída de pacientes.
- . Técnica de aspiração do RN incorreta, introdução da sonda com aspirador ligado - narina X boca X na rina.
- . Alguns aventais utilizados para o parto não estão dobrados corretamente.
- . A grande maioria de partos são realizados pelas parteiras.

Objetivo número 2: Adquirir e/ou aprofundar conhecimentos relacionados ao pré, trans e pós parto.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se ao final do estágio forem realizados estudos bibliográficos referentes ao pré, trans e pós-parto.

Durante a minha permanência no Centro Obstétrico realizei revisão de conhecimentos, bem como obtive auxílio das supervisoras de estágio quanto a bibliografias.

Cabe aqui ressaltar que os estudos realizados surgiram a partir de situações vivenciadas no Centro Obstétrico, o que contribuiu muito para o aprendizado.

Relaciono os seguintes:

- . Retenção da Placenta (Anexo II).
- . Incompatibilidade do Fator Rh (Anexo III).
- . Líquido Amniótico - Passagem de Meconio (Anexo IV).
- . Descolamento Prematuro de Placenta (Anexo V).

2 - Unidade de Puerpério

Objetivo número 1: Prestar assistência de enfermagem à vinte pacientes internadas na unidade de puerpério.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se ao final do estágio for prestada assistência à 80 % das vinte puérperas, considerando os itens abordados no plano de ação da Unidade de Puerpério (vide planejamento item III).

Foram assistidas 53 puérperas conforme o plano de ação da Unidade de Puerpério (vide planejamento item III).

Destas 53 puérperas 30 eram primíparas e 23 multíparas.

Quanto ao plano de ação no que se refere à:

1 - Prestar cuidados quanto á:

- Mamas e mamilos
 - Tomar providências para seios doloridos e engurgitados
- Estas medidas não foram aplicadas a todas as puérperas ; somente as que apresentaram problemas.

2 - Prestar cuidados quanto à:

- Asseio diário
- Uso de soutien apropriado

Estes itens foram enfocados apenas a nível de orientação. O asseio diário das puérperas é observado pelo pessoal da unidade de forma excelente.

Além dos itens abordados no plano de ação da Unidade de Puerpério realizei os seguintes procedimentos:

- . Visita diária à todas as puérperas com resolução de alguns problemas.
- . Coloquei na unidade 5 cartazes com figuras de mensagens de incentivo, bem como, de orientações sobre o aleitamento materno do D.A.S.P., os mesmos foram emoldurados.

- . Auxílio às atendedoras de enfermagem nas arrumações de cama, higiene das puérperas e administração de medicamentos.
- . Cuidados de enfermagem na trombo flebite, hemorragia pós - parto e curetagem pós - aborto.
- . Presenteei todas as funcionárias - da unidade com um cartão pela passagem da semana da enfermagem.
- . Furneci diversas informações sobre o estado geral das puérperas e evolução das mesmas aos médicos responsáveis.
- . Orientações à puérperas cesariadas quanto ao regime de solicitação pós - operatórias.
- . Coleta de leite com bomba manual e encaminhamento ao berçário.

Através dos dados coletados e aplicação de regra de três atingi 165 % a mais do objetivo proposto em planejamento.

Para as puérperas que prestei assistência foi entregue uma lista de alguns cuidados à serem tomados (Anexo VI) após serem prestadas as devidas orientações.

No período de tempo que permaneci neste setor observei:

- . Algumas das orientações prestadas - pelos funcionários às puérperas estão incorretas.
- . A desinfecção concorrente não segue a técnica preconizada.
- . Algumas campainhas estão estragadas.
- . O curativo nas cesareadas não segue a técnica recomendada.

- . Não é respeitada a individualidade da paciente quanto ao silêncio, algumas funcionárias falam alto demais no setor.
- . Não é relatado no prontuário da paciente observações e cuidados de enfermagem.
- . A limpeza no setor pode ser considerada de qualidade excelente.

Objetivo número 2: Adquirir conhecimentos relacionados as principais intercorrências clínicas no puerpério.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se ao final do estágio forem realizados estudos bibliográficos sobre intercorrências clínicas ocorridas no puerpério.

Durante a minha permanência na Unidade de Puerpério realizei revisão de conhecimentos e aprofundamento de intercorrências clínicas ocorridas nesta unidade.

Realizei algumas discussões com médicos sobre os estudos realizados e respectivos cuidados de enfermagem, o que foi plenamente aceito e apoiado pela equipe médica.

Os estudos realizados surgiram de situações presentes na Unidade de Puerpério, bem como, da minha necessidade individual de realizá-los.

Relaciono os seguintes:

- . Puerpério - Involução Uterina (Anexo VII).
- . Flebite, Trombose Venosa, Tromboflebite (Anexo VIII).
- . Hemorragia Pós - Parto (Anexo IX).
- . Leite Humano - Composição (Anexo X).

Objetivo número 3: Realizar duas palestras sobre o aleitamento materno.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se ao final do estágio forem realizadas duas palestras sobre o aleitamento materno.

Realizei no período de 23/04 à 21/05/86 duas palestras sobre o aleitamento materno (Anexo XI), nos dias 30/04 e 08/05/86.

A primeira palestra teve duração de 50 minutos com a participação de 10 puérperas; na segunda a duração foi de 45 minutos e participaram 13 puérperas.

Houve participação efetiva das puérperas, onde as mesmas relataram algumas experiências próprias e tiraram algumas dúvidas através de perguntas.

Ao final de cada palestra foi entregue à cada puérpera um folheto sobre o aleitamento materno do Departamento Autônomo de Saúde Pública.

A palestra foi avaliada através de "feedback" onde pode-se considerar alcançado o objetivo pois observou-se que a assimilação e o aprendizado foram muito bons.

Objetivo número 4: Realizar visita domiciliar à uma das puérperas.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se ao final do estágio for realizada visita domiciliar a uma puérpera.

Realizei duas visitas domiciliares nos dias 02/05 e 09/05/86.

Partindo do princípio de que a visita domiciliar é o atendimento de enfermagem prestado em domicílio a um paciente ou a família, estabeleci os seguintes objetivos:

- Prestar cuidados de enfermagem no domicílio, quer sob o aspecto social ou psicológico.
- Orientar membros da família para a prestação de cuidados e maneira de realizá-los em domicílio.
- Coletar informações sobre as condições sócio- econômicas- sanitárias da família por meio de entrevista e observação.

Acredito que a importância fundamental da visita domiciliar é que o ambiente familiar quer sob os aspectos físicos, se constitui no conjunto das mais poderosas forças que influenciam à promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos.

A visita domiciliar apresenta as seguintes vantagens:

- Proporciona o conhecimento do indivíduo dentro do seu verdadeiro contexto ou meio ambiente.
- Facilita a adaptação do planejamento da assistência de enfermagem de acordo com os recursos de que a família dispõe.
- Proporciona aumento do relacionamento profissional com a família e paciente por ser menos formal e sigiloso.
- Proporciona pelo maior tempo dedicado um aumento da liberdade para os pacientes ou família exporem seus problemas.

Identificação das pacientes:

E.M.F., 28 anos, sexo feminino, cor parda, casada, Para III, com 1º grau incompleto, do lar, seu esposo trabalha como operador de máquinas. Religião evangélica. Procedente da rua Hélio Coelho Gumes, 148 - Itoupava Norte, natural de Blumenau-SC. Foi admitida no Hospital Santa Catarina no dia 27/04/86 com diagnóstico de trabalho de parto (gestação à termo). A alta foi em 29/04/86 e a visita domiciliar no dia 02/05/86.

L.P., 27 anos, sexo feminino, cor parda, casada, Para II, anal_{fabeta}, seu esposo trabalha como motorista no Expresso Îcaro. Religião católica. Procedente da rua Vinte e Cinco de Julho, SN - Fortaleza, natural de Taió - SC. Foi admitida no Hospital Santa Catarina no dia 06/05/86 com diagnóstico de trabalho de parto (gestação à termo). A alta foi em 08/05/86 e a visita domiciliar no dia 09/05/86.

Os principais problemas encontrados foram:

- . Mamas engurgitadas (1)
- . Fissura mamilar (2)
- . Técnica incorreta do curativo do coto umbilical (1)
- . Uso de contraceptivo oral (1)
- . Tabagismo (1)
- . Vida sexual ativa (2)
- . Uso de mamadeira de chá (2)
- . Alimentação da puérpera baseada em amidos (2)
- . Desconhecimento do esquema de imunização (1)
- . Grande número de pessoas manuseando o RN sem devidos cuidados (1)
- . Uso de faixa abdominal em torno do coto umbilical do RN (2)

Algumas orientações foram prestadas com demonstração:

- . Higiene do RN (vide planejamento - (Anexo IV).
- . Massagens na mama no engurgitamento mamário (vide planejamento (Anexo II).

As orientações prestadas foram avaliadas através de "feedback".

Objetivo proposto na apresentação do planejamento: Realizar um estudo sobre a problemática em torno do Aleitamento Materno.

Tendo em vista a necessidade de obtermos maiores e mais concretos resultados sobre os problemas em torno do aleitamento materno, bem como por diversas sugestões de docentes de enfermagem da UFSC, tomamos a iniciativa de realizar um estudo sobre o assunto.

Formulamos, então, um questionário (Anexo XII) visando obter informações e opiniões que nos proporcionassem subsídios para termos dados do índice de aleitamento, bem como, o conhecimento das pessoas em torno do assunto.

No período de 23/04 à 21/05/86 na Unidade de Puerpério do Hospital Santa Catarina - Blumenau - SC, foram entrevistadas 117 puérperas, sendo que 28 % primíparas e 72 % múltiparas.

Os resultados obtidos foram os seguintes:

Primíparas = 28 %

1 - Idade:

menos de 20 anos = 24 %

entre 20 e 30 anos = 63 %

mais de 30 anos = 13 %

2 - Estado civil:

casada = 88 %

solteira = 12 %

3 - Ocupação:

do lar = 48 %

costureira = 36 %

empregada doméstica = 9 %

balconista = 3,5 %

química = 3,5 %

4 - O que acha da amamentação, qual a sua importância:

boa para o filho = 67 %

imprescindível para mãe e filho = 30 %

não é importante = 3 %

5 - Pretende amamentar:

sim = 76 %

não = 3 %

sim, se tiver leite = 21 %

6 - Em caso negativo porque:

meu leite secou = 3 %

7 - Em caso afirmativo porque:

a criança cresce com mais saúde = 57 %

é mais prático = 16 %

de baixo custo = 3%

todas afirmativas acima = 9 %

é mais saudável = 12 %

é mais forte = 3 %

8 - Por quanto tempo acha importante amamentar:

2 meses = 3 %

3 meses = 6 %

4 meses = 3 %

5 meses = 6 %

6 meses = 26 %

7 meses = 10 %

8 meses = 12 %

1 ano = 31 %

2 anos = 3 %

Multíparas = 72 %

1 - Idade:

menos de 20 anos = 3,5 %

entre 20 e 30 anos = 63 %

entre 30 e 40 anos = 31 %

mais de 40 anos = 2,5 %

2 - Estado civil

casada = 89 %

vive com companheiro = 11 %

3 - Ocupação:

do lar = 63 %

costureira = 26 %

empregada doméstica = 6 %

auxiliar administrativo = 3,5 %

cabelereira = 1,5 %

4 - Número de filhos:

dois filhos = 39 %

três filhos = 30 %

quatro filhos = 20 %

cinco filhos = 5 %

seis filhos = 3,5 %

dez filhos = 2,5 %

5 - Amamentou os filhos anteriores:

sim = 23 %

não = 77%

Em caso negativo porque:

- voltei a trabalhar = 27 %
- não tenho leite = 26 %
- meu leite secou = 17 %
- o bebê não pegou = 13 %
- meu leite é fraco = 5 %
- o bebê era prematuro = 4 %
- tive infecção no seio = 3 %
- não tenho bico = 3 %
- o bebê morreu = 2 %

OBS: Considero como tempo mínimo para resposta afirmativa 6 meses de amamentação.

6 - Tempo de lactação anteriores:

Neste item não foi possível obter dados concretos, haja visto que muitas puérperas não recordaram por quanto tempo amamentaram, e o tempo de amamentação de um filho para outro também foi bastante variado.

No entanto, observei que o tempo de amamentação mais citado pelas mesmas foi de uma semana e de 3 meses.

7 - O que acha da amamentação, qual a importância:

- boa para o filho = 58 %
- imprescindível para mãe e filho = 40 %
- não é importante = 2 %

8 - Pretende amamentar:

- sim = 88 %
- não = 3 %
- sim, se tiver leite = 9 %

9 - Em caso negativo porque:

- meu leite é fraco = 3 %

10- Em caso afirmativo porque:

a criança cresce com mais saúde = 59 %

é mais prático = 12 %

de baixo custo = 3 %

todas afirmativas acima = 9 %

é mais forte = 1 %

é mais saudável = 11 %

é mais vitaminoso = 5 %

11- Por quanto tempo acha importante amamentar:

2 meses = 2 %

3 meses = 7 %

4 meses = 2 %

6 meses = 39 %

1 ano = 34 %

2 anos = 9 %

3 anos = 7 %

Após a efetivação deste estudo da problemática em torno do Aleitamento Materno chego a conclusão de que um conjunto de fatores devem ser observados e avaliados com muita seriedade e dentro de um contexto real.

Podemos observar que na pergunta número 3 do questionário (Anexo XII) que 45 % das puérperas são trabalhadoras, não tendo condição de amamentar seus filhos.

Segundo Aaron³ 45 % da força do trabalho no Brasil é feminina. Porém metade dessas trabalhadoras estão separadas dos seus filhos não podendo amamentá-los. O autor acha que não adianta estimular o aleitamento materno através de campanhas institucionais se a legislação trabalhista não é cumprida. Diz ainda que dependendo da situação do mercado de trabalho, muitas exigências absurdas são feitas pelas empresas como:

a mulher para ser admitida no emprego deve provar que não es
tá grávida, que não teve filhos recentemente e, algumas ve
zes, que foi esterelizada e que não é casada.

Observei também segundo os resultados obtidos que exis
te muita desinformação e despreparo no que se refere a impor
tância e conhecimento do leite materno.

Para Maria Lúcia Ferrari³ há necessidade de se reedu
car a mulher para a amamentação, tendo em vista que passaram
décadas de condicionamento contrário. Não só as mães apre
sentam despreparo com relação a questão, também os profissio
nais de saúde demonstram poucos conhecimentos a esse respei
to.

Observei que as puérperas chegam a desconfiar do real
valor do leite materno. A puérpera que desconhece o leite
pode concluir pela aparência ao ver aquele leite ralo, que
ele é fraco passando a dar leite em pó.

Este estudo demonstra a exatidão do que nos colocou
Aaron salientando que com a industrialização começou a ida
da mulher ao trabalho, paralelamente a esse processo e a con
sequente liberação da mulher outras coisas ocorreram como a
urbanização, o surgimento do leite em pó, a popularização da
mamadeira, a transformação da mama em símbolo sexual. Tudo
isso ajudou a desestimular o aleitamento materno.

Acredito que a educação para a mulher desde a adolescência,
o preparo pré - natal juntamente com a conscientização do
pessoal que atua na área de saúde seria de vital importância
para que ocorresse uma mudança representativa nos índices de
mulheres que amamentam, principalmente por "este fator ser -
"algo aprendido e não instintivo".

3 - Unidade Neonatológica Normal

Objetivo número 1: Prestar assistência de enfermagem à quinze recém - nascidos.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se ao final do estágio for prestada assistência à 80 % dos quinze recém-nascidos, considerando os itens abordados no plano de ação da Unidade Neonatológica Normal (vide planejamento ítem III).

Foram assistidos 26 recém - nascidos conforme o plano ação da Unidade Neonatológica Normal (vide planejamento ítem III)

Quanto ao plano de ação no que se refere à:

1 - aspirar secreções

Este procedimento não foi aplicado aos RN uma vez que os mesmos são aspirados na sala de parto.

No período de tempo que passei por este setor, me senti à vontade para desenvolver técnicas com habilidade e aperfeiçoamento científico.

Além dos itens abordados no plano de ação da Unidade Neonatológica Normal realizei os seguintes procedimentos:

- . Higiene dos recém - nascidos.
- . Exame físico dos recém - nascidos.
- . Levei os recém - nascidos para a amamentação. Este ítem poderia ser incluído em meu plano de ação, o que poderia influir positivamente, no nível de assistência.
- . Administração de vitamina K nos recém - nascidos por mim assistidos.

- . Coleta de sangue para exames.
- . Auxiliei a reanimar um recém - nascido que posteriormente foi a óbito por problemas respiratórios.
- . Orientei às mães quanto aos cuidadados com os recém - nascidos e sobre o aleitamento materno (vide planejamento anexo II e IV).
- . Realizei coleta de leite com bomba manual nas puérperas com recém - nascidos prematuros e orientei as mesmas sobre a técnica de retirada e conservação do leite materno.
- . Levei alguns recém - nascidos para realizar exame RX.
- . Alimentei alguns recém - nascidos - por sonda nasogástrica.
- . Auxiliei as atendentes de enfermagem na limpeza, preparo e guarda de material.

Através dos dados coletados e aplicação de regra de três, eu atingi 73 % a mais do objetivo proposto em planejamento.

No período de tempo que permaneci no setor observei:

- . Na coleta de sangue arterial para gasometria é puncionada somente a artéria femural.
- . É realizado banho com água corrente à todos os recém - nascidos.
- . Não é verificada a temperatura anal nos cuidados imediatos.

- . Todos os curativos do coto umbilical são realizados com álcool iodado - Rh⁺ ou Rh⁻.
- . Acondicionamento do Kanakion com facilidade para a contaminação.
- . É administrado Nanon e água com glicose para os recém - nascidos das mães que referem não ter leite.
- . Não existe o espaço recomendado entre um leito e outro devido a planfísica do berçario ser muito pequena.
- . Não existe espaço no prontuário do recém - nascido normal para anotações de enfermagem.

Observei que a equipe de enfermagem desta unidade é bastante atenciosa com os recém - nascidos.

Obletivo número 2: Realizar estudo bibliográfico sobre a icterícia fisiológica e/ou outras intercorrências clínicas no recém - nascido.

Segundo Pizzato (1985) "a assistência integral ao recém - nascido objetiva a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Logo, visa também o atendimento às necessidades básicas do neonato.

Para que a enfermagem possa atender a estas necessidades, torna-se indispensável o conhecimento das características do recém - nascido e destas necessidades biopsicossociais."

Durante a minha permanência na Unidade Neonatológica - realizei vários estudos que surgiram de situações presentes nesta unidade.

Obtive auxílio das supervisoras quanto ao solucionamento de algumas dúvidas e quanto ao suporte bibliográfico.

Convém ressaltar aqui o aprofundamento realizado sobre a icterícia fisiológica.

Não foi necessário transmitir aos funcionários os cuidados - que devem existir na fototerapia (vide planejamento ítem III), observei que os mesmos são seguidos e aplicados corretamente.

Dentre os estudos realizados relaciono os seguintes:

- Aspectos Clínicos da Icterícia Fisiológica (Anexo XIII).
- Características anatômicas e funcionais do recém - nascido (Anexo XIV).
- Prematuridade - Perigo Respiratório (Anexo XV).
- A Vantagem de se ver com...
Os efeitos da iluminação em berçários quanto a incidência da retinoterapia (Anexo XVI).

III - CONCLUSÃO

A experiência por mim vivenciada durante o desenrolar da VIII Unidade Curricular, "oportunizou" uma constante evolução de várias qualidades para o meu desenvolvimento pessoal. Apesar das dificuldades iniciais no sentido de abandonar a visão de "aluno" para começar a caminhada em direção ao universo profissional, acredito que a luta foi e será dura, mas alguns obstáculos já foram vencidos. Este trabalho representou um "salto" qualitativo e quantitativo em relação a todos os estágios realizados anteriormente nas outras Unidades Curriculares.

A necessidade de acompanhar três etapas do ciclo grávido puerperal, exigiu, estágio em locais diferentes. Uma das consequências foi que o tempo de permanência em cada um destes setores ficou reduzido, dificultando a possibilidade de análise mais criteriosa. Também meu senso crítico não pode ser exercido de maneira mais satisfatória, já que muitos dos dados coletados não proporcionaram subsídios para aprofundar meus questionamentos.

Acredito, porém, que muitas portas foram abertas para que outras pessoas que se interessam pela área materno-infantil, aproveitem estes espaços e os utilizem da melhor forma possível.

972518648

Quanto ao relacionamento com as enfermeiras supervis
oras e orientadora considero que foi ótimo. Houve valorização
da importância da comunicação em si, o que proporcionou o so
lucionamento de muitas questões. As mesmas contribuíram de
forma muito valiosa e real para o meu desenvolvimento profis
sional, mostrando-me muitas vezes em situações não vivencia
das anteriormente o caminho a seguir.

O Hospital Santa Catarina é uma instituição que ofere
ce condições de ensino consideradas favoráveis na área de
Obstetrícia para a enfermagem.

Os valores culturais da região de Blumenau e a realidade hos
pitalar encontrada são muito diferentes de Florianópolis,
acredito que este fator é fundamental para que ocorra um
amadurecimento profissional.

Gostaria de enfatizar a importância da manutenção deste cam
po de estágio, o qual pela primeira vez foi utilizado por
aluno da VIII Unidade Curricular.

IV - RECOMENDAÇÕES

Tendo em vista os resultados obtidos com a execução deste trabalho e as conclusões por ele proporcionadas, a autora recomenda:

- o. Ao Ministério da Educação que procurasse focar nos currículos de 1º e 2º graus disciplinas como Puericultura (Aleitamento Materno) e Preparação para a maternidade.
- o. A Coordenadoria do Curso de Enfermagem, que durante a graduação, disciplinas como Sociologia, Psicologia e Pedagogia quando ministradas por professores de outros centros procurassem focar a necessidade do ensino da Enfermagem.
- o. A Coordenadoria do Curso de Enfermagem que introduzisse nos estágios curriculares assistência ao recém - nascido de alto risco.

- . Ao Hospital Santa Catarina que procurasse estruturar um setor de Banco de Leite.

- . Ao Hospital Santa Catarina que procurasse ativar um setor de Alojamento Conjunto na Unidade de Puerpério.

- . Aos alunos da VIII Unidade Curricular que procurem envolver-se ao máximo com os projetos, e na medida do possível contribuam com críticas, material, etc...

- . Que os acadêmicos interessados na área materno - infantil, investiguem a possibilidade de realizar projetos no Hospital Santa Catarina - Blumenau - SC.

V - BIBLIOGRAFIA

- 1 - ALCANTARA, P. & MARCONDES, E. Pediatria Básica. 5ª Edição, Sarvier, São Paulo, 1975.
- 2 - BENSON, R. C. Manual de Obstetrícia. 5ª Edição, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1976.
- 3 - FERRARI, T. Branca. Leite Materno Uma Necessidade de Saúde. Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica, Rio de Janeiro, 14 (7) : 220 - 225, Julho, 1985.
- 4 - GESTEIRA, Raymundo M. A Nova Puericultura. Indústrias Gráficas SA, Rio de Janeiro, 1974.
- 5 - MALDONATO, M. Tereza. Nós Estamos Grávidos. 3ª Edição, Block, Rio de Janeiro, 1981.
- 6 - MC LENNAN, Charles E. Compêndio de Obstetrícia. 8ª Edição, Interamericana, México, 1972.
- 7 - PEIXOTO, Sérgio. Pré - Natal. 2ª Edição, Manolo, São Paulo, 1981.
- 8 - PIZZATO, Marina G. & POIAN, Vera R.L. Enfermagem Neonatológica. Edição da Universidade, UFRGS, 1982.

- 9 - REEDER, S. R. et alii. Enfermeria Materno Infantil. Organización Panamericana de la Salud, 1978.
- 10- REZENDE, Jorge de. Obstetrícia. 3ª Edição, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1974.
- 11- THE Better To See You With. American Journal of Nursing. Estados Unidos, 85 (12) : 1328, December, 1985.
- 12- WAECHTER, E. H. & BLAKE, E. B. Enfermagem Pediátrica. 9ª Edição, Interamericana, Rio de Janeiro, 1979.
- 13- ZIEGEL, Erna & CRANLEY, Mecca S. Enfermagem Obstétrica. 7ª Edição, Interamericana, Rio de Janeiro, 1980.

VI - ANEXOS

INPS-SAM		NOME		Nº. PRONTUÁRIO																					
CLÍNICA		ENF.		LEITO																					
DATA ULT. REG. / /	GESTA PARA	PRÉ NATAL SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	VIROSES	TIPO SANG. FATOR RH																					
PARTO			ABORTO																						
NATURAL	FORCEPS	CESÁRIOS	NATUREZA EXP. <input type="checkbox"/> PROV. <input type="checkbox"/>	INFECTADO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	TIPO O. V. <input type="checkbox"/> EMB. <input type="checkbox"/> FETAL <input type="checkbox"/>																				
EXAME GERAL	ESTADO GERAL	NUTRIÇÃO	DENTES	VARIZES	EDEMA																				
	EM USO DE CORTICOIDES SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		OUTROS																						
	ABDOME (Parede-Volume) PAREDE VOLUME ALTURA DO ÚTERO	FETO SITUAÇÃO APRESENTAÇÃO		B. C. F. LOCALIZAÇÃO Nº. BAT.		BACIA MEDIDAS BO : BR : BT : SPE:																			
	INÍCIO TRABALHO DE PARTO																								
TRABALHO DE PARTO	HORAS ASSISTÊNCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	(do exame) HORA																								
	P. ART.																								
	T. AXILAR																								
	TORUS E SISTOLE																								
	CONTRAÇÕES EM																								
	DILATAÇÃO DO COLO (EM CMS)	10																							
	DILATAÇÃO DO COLO (EM CMS)	6																							
	DILATAÇÃO DO COLO (EM CMS)	6																							
	DILATAÇÃO DO COLO (EM CMS)	4																							
DILATAÇÃO DO COLO (EM CMS)	2																								
ALTURA APRESENTAÇÃO																									
BOLSAS D'ÁGUAS																									
B. C. F.	180																								
B. C. F.	160																								
B. C. F.	140																								
B. C. F.	120																								
B. C. F.	100																								
B. C. F.	00																								
CONCLUSÃO		DATA / /																							
NOME DO MÉDICO — CRM																									



Médico	Hora	Categ.
Mãe	Reg.	Qto./Leito
Domicílio		
Pai	Idade	Cor
GS.	RH.	Gst. Ant.
		Nasc. Vivos
Atualmente Vivos	Abortos	Doenças Anteriores
Gestose nesta Gravidez		
Mamas	Lact. Anterior	
Parto Atual Hora	Data / /	Duração da Gestação
Pré-Natal	Duração do Trabalho, Etapas I e II	
Ruturas das Membranas		
Horas Antes	Líquido	Apresentação
Posição	Tipo	Drogas Administradas
Motivos se foi Operatório		Anestesia
Complicações		
Feto	Sexo	Cor
	Peso	Altura
	Pec. Gran.	Pec. Torax
As.	CEM	Appar.

SINAIS FÍSICOS:

				T. PONTOS			
1	Batimentos Cardíacos	Ausente		Abaixo de 100		Acima de 100	
2	Ativ. Respirat.	Apné		Lenta e Irreg.		Normal	
3	Irrit. Reflexa	Ausente		Careta		Tosse e Espasmo	
4	Tônus Muscular	Flacidez		Disc. Flex.		Ampla Flexão	
5	Cor	Pálido ou Cianótico		Corpo Roseo Extr. Azuis		Todo Roseo	

As.

EXAME DO FETO

		DISCRIMINAÇÕES DE SINAIS IMPORTANTES
1	Aspecto Geral (Amadurec., Tônus, Muscul., Nutric., Edemas)	
2	Péle	
3	Cabeça e Pescoço	
4	Olhos	
5	Ouvindo, Nariz, Boca e Garganta	
6	Tórax	
7	Pulmões	
8	Coração	
9	Abdomem	
10	Genitálias	
11	Tronco e Coluna	
12	Extremidades	
13	Reflexos	
14	Ânus	

IMPRESSÃO GERAL

Normal	<input type="radio"/>	
Anormal	<input type="checkbox"/>	_____
		MÉDICO

HOSPITAL SANTA CATARINA

NOME DO PACIENTE _____

Nº REG: _____

MEDICO _____

CODIGO DE INTERNAÇÃO _____
OU DIAGNÓSTICO _____

QUARTO/LEITO _____

ATA/HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ASS:

HORÁRIO

RELATÓRIO DA ENFERMAGEM

mod.



BOLETIM DE GASTOS

Nome do Paciente:
Médico:
Auxiliar:
Anestesiologista:

G.I.H. N°.
Intervenção:

Table with 6 columns: Quant., Material, Cr\$, Quant., Material, Cr\$. Lists various medical supplies and their costs.

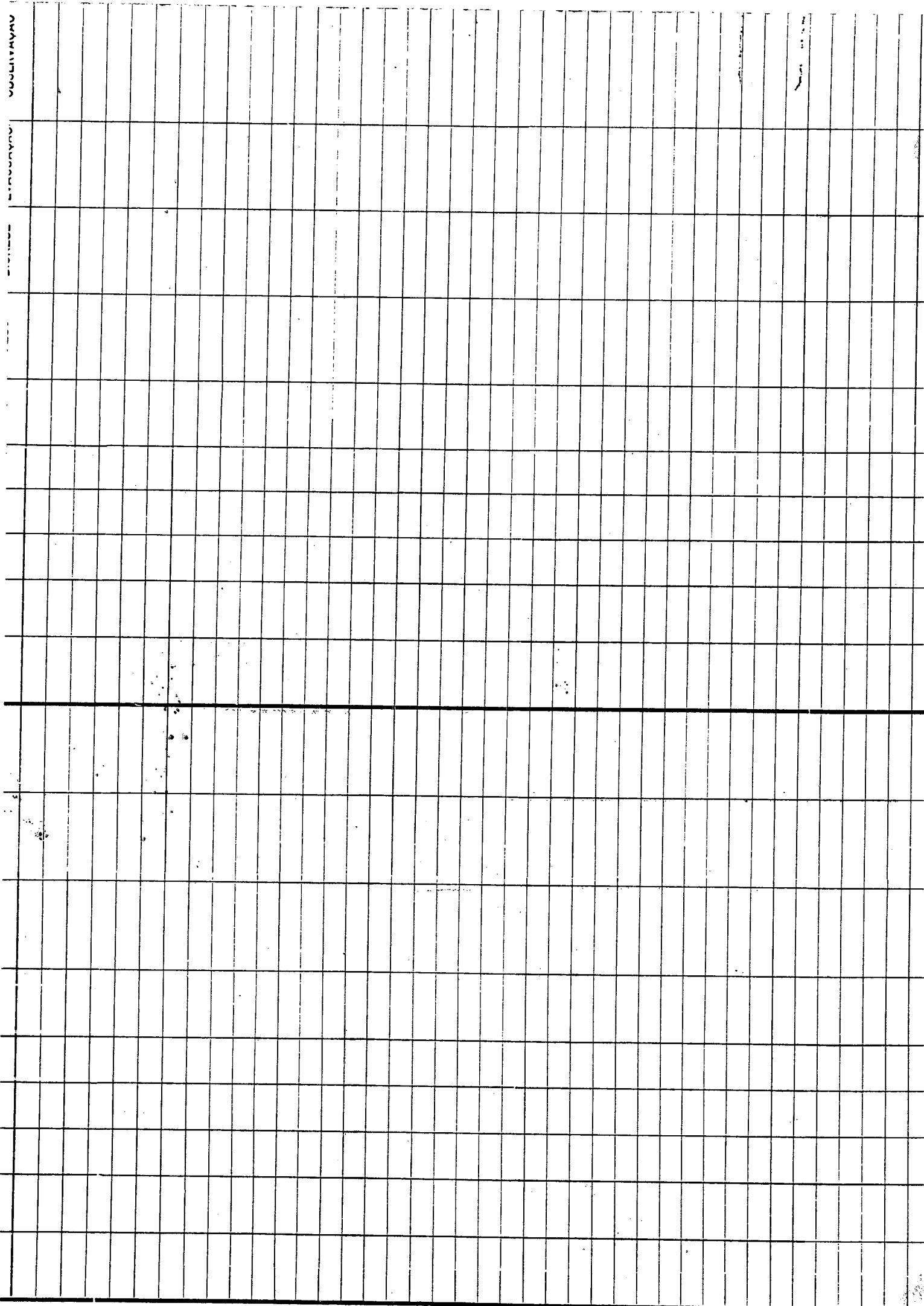
SOMA:
CURATIVO GRANDE:
CURATIVO PEQUENO:
TOTAL:

Blumenau, de de 19

Médico Assistente CRM N°

Auxiliar CRM N°

Quando começarem a atravessar a placenta anticorpos maternais no sentido de destruir o sangue do feto, o organismo deste põe em jogo mecanismos defensivos a fim de neutralizá-los.



ME _____ Nº. REG. _____
DICO _____
ARTO _____ LEITO _____

GRÁFICO

H.S.C.

determinará uma imunidade passiva. A gamaglobulina anti - D destruirá as células fetais antigênicas antes que elas tenham oportunidade de estimular a produção ativa de anticorpos maternos.

Uma vez que não se conhece o período de tempo necessário à formação de anticorpos, recomenda-se que o RhoGam seja administrado à mãe 72 horas primeiras após o parto. Uma dose de 300 microgramas do preparado é injetada por via intramuscular.

ANEXO - IV

LÍQUIDO AMNIÓTICO - PASSAGEM DE MECÔNIO

A passagem de mecônio no útero é sinal de sofrimento fetal. O intestino mostra um aumento da peristalse durante, ou quando, existe hipóxia, expelindo seu conteúdo.

O feto pode eliminar mecônio durante qualquer período de sofrimento, quer na parte final da gravidez quer durante o trabalho de parto. À medida que o mecônio é liberado, mistura-se ao líquido amniótico, atribuindo-lhe uma cor amarelo-esverdeada ou verde escura.

Esse líquido descolorado é descrito como um líquido amniótico tinto de mecônio.

O mecônio pode aparecer como um material de drenagem espesso, cor de alcatrão, liberado pela vagina, ou misturado ao líquido amniótico.

A cor do líquido parece escura quando o mecônio é de origem recente; torna-se mais amarela e esverdeada se o mecônio é liberado vários dias ou semanas antes.

O líquido amniótico tinto de mecônio deve ser considerado como um sinal de hipóxia fetal prévia e como um aviso, de que ocorreu uma piora das condições fetais. A sua presença deve ser prontamente comunicada ao médico. O feto deve ser cuidadosamente protegido contra estresse indevido e minuciosamente observado durante o restante do trabalho de parto. Movimentos fetais excessivos são ocasionalmente percebidos em associação com a passagem de mecônio e são considerados como evidência de sofrimento fetal.

O mecônio é eliminado sob condições anormais bem como sob circunstâncias normais quando a parte em apresentação é a nádega. As contrações uterinas imprimem uma considerável pressão sobre o abdomen do bebê, e o mecônio é facilmente liberado do intestino devido a essa pressão.

ANEXO - V

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

Algumas vezes a placenta normalmente inserida se descola prematuramente, tendo como consequência inevitável a hemorragia.

Se o sangue escapa da vagina com o descolamento, a hemorragia é dita externa. Se ficar retido na cavidade uterina, ela é chamada oculta. O último tipo é muito mais grave e ocorre com menos frequência.

Todos os graus de descolamento placentar podem ocorrer. A área de separação pode ser de apenas alguns milímetros, ou a placenta inteira pode se destacar. Os sinais e sintomas variam com o grau de descolamento.

O sangramento pré - natal deve algumas vezes a um pequeno descolamento marginal da placenta, o que nem sempre pode ser demonstrado ou diagnosticado. No descolamento prematuro de placenta, o sangramento se dá primeiro para a decídua basal, formando um hematoma no seu interior e separando a decídua basal em duas porções - uma próxima à placenta e a outra próxima a parede uterina. A medida que o hematoma aumenta, uma parte da placenta separa-se do útero. O sangramento pode ser pequeno e só será identificado ao secundamento, quando a área de descolamento é identificada como uma área deprimida, contendo sangue escuro e coágulos. Se o sangramento é mais profuso, o sangue pode aparecer externamente, escapando entre as membranas e a parede uterina. É o sangramento externo.

Na hemorragia oculta o sangue permanece atrás da placenta, ou pode em alguns casos infiltrar-se no líquido amniótico com a ruptura das membranas. De um modo geral haverá

mais tarde um sangramento externo, mas, se a cabeça do feto estiver fixa na pelve ou as membranas estiverem firmemente aderentes, o sangue não surge de imediato.

A causa do descolamento prematuro de placenta é desconhecida.

A deficiência de ácido fólico foi considerada como um fator etiológico, mas os pesquisadores foram incapazes de comprovar este fato.

A toxemia hipertensiva, especialmente a toxemia aumenta o risco.

O traumatismo pode precipitar o descolamento da placenta, embora isso ocorra menos frequentemente do que se acredita.

A descompressão súbita do útero que pode ocorrer se existir um grande hidrânio é esvaziado, pode levar a placenta a se descolar da parede uterina. A manipulação uterina durante uma versão pode também aumentar o risco de descolamento prematuro de placenta.

Sintomas

- . Sangramento vaginal.
- . Dor abdominal.
- . Hipersensibilidade uterina.
- . Rigidez uterina.
- . Batimentos cárdio-fetais ausentes.
- . Não ocorre contrações e relaxamento uterino alternados, a rigidez é contínua.
- . Aumento gradual e acentuado do útero.
- . Sintomatologia de choque hipovolêmico (hipotensão, taquicardia, pulso filiforme, apreensão, etc...).

Tratamento

- Cesareana se o sangramento for profuso.
- Em caso de sangramento moderado prossegue-se normalmente o trabalho de parto.

Complicações

- Coagulação Intravascular Disseminada.
- Choque

ANEXO - VI

ORIENTAÇÕES NO PÓS - PARTO

Puerpério ou "resguardo" é o período de recuperação durante o qual se espera que o organismo materno volte ao seu estado normal.

- . Observar frequência, quantidade e aspecto das eliminações.
- . Não fazer esforço para evacuar pois favorece a formação de hemorróidas.
- . Tomar líquidos com maior frequência e menor quantidade.
- . Os alimentos deverão ser hiperproteicos e hipercalóricos, sem muito condimentos, dando preferência à derivados do leite, carne, fígado, ovos, peixe, frutas, verduras e legumes.
- . A alimentação do recém - nascido deverá ser leite materno.
- . Tomar banho diário com água corrente, de chuveiro ou canequinha. (evitar banho de banheira).
- . Usar calcinhas de algodão para que possam ser passadas a ferro.
- . Evitar atividade sexual durante os primeiros 40 dias para evitar infecções ou traumatismos.

- Em caso de pontos no períneo passar mercúrio, após uma boa higiene, os pontos caem naturalmente.
- Evitar levantar peso.
- Descansar após o almoço.
- O bebê poderá receber o primeiro banho de imersão 48 horas após a queda do coto umbilical.
- O curativo do coto umbilical será feito com a aplicação de merthiolate ou mercúrio após a limpeza com cotonete ou gaze e após proteger com gaze esterelizada.
- Retornar gradativamente as atividades normais.

"AMAMENTAR DÁ SAÚDE, PROTEÇÃO E CARINHO AO SEU FILHO".

OBS: Elaborado por Luciana Butzke (acadêmica de enfermagem) e aprovado por Ivone Barthel (enfermeira do Hospital - Santa Catarina).

ANEXO - VII

PUERPÉRIO

O puerpério é o espaço de tempo que se segue ao se cundamento até o retrocesso das modificações que a gestação e o parto determinam no organismo materno. Este estende-se até o 40º dia.

É mais ou menos difícil delimitá-lo exatamente.

O puerpério termina quando ocorre o início das funções ova rianas.

O puerpério divide-se em:

- . Imediato - 1º ao 10º dia.
- . Tardio - 10º ao 40º dia. Período de transição e recupe ção genital.
- . Longíquo - 40º dia em diante.

A reconstituição física no puerpério não é completa, permanecem as lacerações de hímen as fendas transversais do colo, as estrias, a flacidez abdominal e perineal.

Características:

Caracteriza-se por uma série de fenômenos regressivos ou involutivos do aparelho genital, além do estabelecimento de uma nova função de lactação, que traz profundas repercus sões na evolução dos processos puerperais, sobretudo em re lação ao retorno do ciclo menstrual.

Involução Uterina

Logo após o parto, o fundo do útero encontra-se ao meio caminho, entre a cicatriz umbilical e o bordo superior da sínfese púbica. No dia seguinte, isto é, no primeiro dia de puerpério, eleva-se um pouco, para posteriormente, regressar. Mede em torno de 15 à 20 cm de altura; à 12 e 8 cm de espessura. Em média involui 0,7 à 1,5 cm por dia a altura uterina.

O útero logo após o parto é mais globoso, constituindo assim, o chamado "globo de segurança de Pinard". O útero pesa em média 1000 gr após o parto; no final do terceiro dia 700 gr e no final da primeira semana 300 gr. Até o décimo dia o útero é um órgão abdominal, depois retorna à pelve.

O útero é de consistência mais dura e resistente nas primíparas e um pouco mais mole nas múltiparas, variando em função das contrações uterinas.

Nas primeiras horas após o parto, em geral o útero sofre um pequeno desvio para a direita.

Nas lactantes e primíparas o útero involui mais rapidamente. Mede-se a altura uterina, colocando a fita métrica sobre o bordo superior da sínfese púbica, estendendo-se sobre o útero, marca-se a altura do fundo do útero.

Vagina: A vagina além do edema, mostra-se muito congestionada pela dobrada repleção de seus plexos venosos, em sequência mais ou menos longa da apresentação fetal. Nas primíparas há laceração e contusão dos remanescentes do hímen, que passarão a constituir as carúnculas mirtiformes.

Vulva: A vulva da recém - parida apresenta-se edemaciada, notando-se o apagamento dos pequenos lábios. Podem ocorrer roturas sobretudo na comissura inferior.

Colo: Inicialmente o colo é flácido, possui bordas distensíveis, denteadas e irregulares. Comprimido o fundo uterino vem o colo facilmente à vulva. A cérvice apresenta-se fortemente hiperemiada. Aparece delineada nas porções laterais, ficando com o aspecto de fenda transversal. Em 12 horas de puerpério o colo readquiriu seu aspecto de focinho de tenca, embora o orifício externo possua dilatação de 2 ou 3 de dos.

Lóquios: Com o nome de lóquios designa-se o fluxo que escoar pelo trato genital nos dias de puerpério.

Tipos de lóquios:

- até o 3º dia são quase exclusivamente sanguíneos, mesmo contendo coágulos.
- do 3º ao 7º dia serosanguinolentos, contendo alguma sero sidade. Seus aspectos já são outros, são mais claros.
- do 10º ao 17º dia são serosos, compreendendo elementos de linha branca e histiócitos.

Perdas: Em média, as perdas de lóquios são de 100 à 150 ml nos primeiros dias, num total de mais ou menos 500 ml na primeira semana. O cheiro de lóquios é característico do líquido amniótico.

Em média do 8º ao 14º dia o útero alcança sua completa involução.

ANEXO - VIII

FLEBITE, TROMBOSE VENOSA, TROMBOFLEBITE

O risco de trombose venosa ou tromboflebite durante a gravidez e o puerpério ultrapassa de cinco vezes aquele de uma mulher não grávida saudável na mesma faixa de idade. O risco é significativamente maior durante o pós - parto , sendo pouco frequente durante a gestação.

Existem várias razões que tornam o puerpério um período de alto risco para trombose venosa.

Primeiro, existe uma mudança na coagulação sanguínea durante a gravidez, que se acentua no pós - parto. Níveis crescentes dos fatores de coagulação estão presentes à medida que a gestação progride, e há uma diminuição do tempo parcial de tromboplastina. Seguindo-se ao parto existe evidência de uma coagulação ativada de baixo grau, relacionada com os eventos que ocorrem na placenta e no útero no terceiro trimestre e no momento do parto.

A dilatação das veias está muito aumentada durante a gravidez tanto por fatores humorais quanto mecânicos. Desse modo o sangue se acumula facilmente nas extremidades inferiores, até mesmo depois do parto, quando é removida a pressão exercida pelo útero aumentado.

Embora haja um risco maior de trombose venosa no pós parto, raramente ela ocorre, a menos que estejam presentes também um ou mais fatores predisponentes. Por essa razão , deve-se estar particularmente alerta para o aparecimento de um ou mais dos seguintes fatores:

- . História de tromboflebite ou tromboembolismo.
- . Imobilização.
- . Cirurgia.
- . Toxemia.

- . Hemorragia.
- . Infecção puerperal.
- . Varizes.

A trombose pode ocorrer tanto nas veias superficiais, como nas profundas.

O tipo superficial, que envolve a veia safena, é sete vezes mais comum do que as de comprometimento profundo, que afetam a iliofemoral, femoral e poplítea.

A trombose das veias profundas uterinas e pélvicas está frequentemente associada a infecção puerperal.

A deambulação precoce é considerada a melhor prevenção para a trombose venosa. Deve-se tomar cuidado para que a paciente não passe longos períodos com a cabeceira da cama ou os joelhos elevados, para que a compressão ou a posição não impeçam o retorno venoso.

Os sintomas da tromboflebite incluem dor na perna, edema e aumento da temperatura da pele na área afetada.

Se uma veia superficial está comprometida, pode estar tão inflamada e endurecida que é palpada como um cordão duro na perna.

O comprometimento de veias profundas provoca o retorno sanguíneo através dos vasos superficiais, causando uma vermelhidão e um calor moderado em toda a perna.

Como o comprometimento bilateral é incomum, é conveniente, ao examinar a mulher amparar a circunferência das pernas ao nível do calcanhar, panturrilha e coxa. Dor à dorsiflexão é considerada altamente sugestiva de tromboflebite (sinal de Homan).

Ocasionalmente pode haver um aumento na temperatura sistêmica durante a fase aguda da doença.

Tratamento

Superficial

- . Repouso ao leito.
- . Compressas de água morna.
- . Pernas elevadas.
- . Bandagens elásticas após a fase aguda.
- . Heparina intermitente ou contínua.
- . Acetaminofem para a dor.
- . Antibióticos se necessário.

Profunda

- . Repouso ao leito.
- . Compressas de água morna.
- . Elevar pés da cama 15 cm para prevenir embolia pulmonar.

ANEXO - IX

HEMORRAGIA PÓS - PARTO

O termo hemorragia pós - parto inclui todo o sangramento excessivo que ocorre desde o momento do nascimento da criança até o final do puerpério, seis semanas depois.

Diz respeito principalmente à hemorragia que ocorre imediatamente após a separação da placenta ou durante as primeiras duas horas após o parto.

Mulheres saudáveis geralmente perdem cerca de 300 ml de sangue durante um parto normal. Se é feita uma episiotomia, ou se ocorre uma laceração perineal, a perda pode ser acrescida de 100 a 150 ml.

Uma perda maior que 500 ml de sangue é considerada hemorragia. A perda de sangue antes da separação da placenta deve ser mínima, com um pequeno jorro durante a separação.

Seguindo-se à eliminação da placenta, a contração uterina, deve ser imediata, com o fluxo sanguíneo diminuindo para uma quantidade aproximadamente igual à de um grande fluxo menstrual durante as primeiras duas horas do pós - parto, e continuando a diminuir depois uniformemente.

Causas

A causa mais frequente de hemorragia pós - parto é a atonia uterina, ou comprometimento do tono muscular uterino. Existem muitos sinusóides ou espaços sanguíneos entre as fibras musculares abaixo da placenta. À medida que ocorre a separação da placenta, a musculatura uterina se contrai normalmente e os sinusóides se fecham, com a formação eventual de trombos.

Quando as fibras musculares não se contraem e os vasos não

sofrem constrição, ocorre a hemorragia.

A atonia uterina é frequentemente devida à exaustão e estafa do músculo.

Essa exaustão pode seguir-se tanto a um trabalho de parto - prolongado quanto a um precipitado; pode ser devida à hiperdistensão do útero por gravidez múltipla, feto grande ou hidrâmnio, ou pode ser causada por massagem excessiva do fundo uterino na terceira fase do trabalho de parto. É de se esperar que a musculatura flácida, irá contrair-se fracamente se a primeira e a segunda fase do trabalho de parto, for identificada por contrações fracas. A musculatura uterina pode também não se contrair bem no descolamento prematuro da placenta, ou quando miomas estão presentes.

Lacerações do trato genital constituem a segunda causa maior de sangramento pós - parto. Lacerações baixas da parede vaginal e do períneo geralmente não sangram profusamente, mas aquelas que ocorrem no colo ou na porção superior do canal vaginal podem ser profundas e extensas a ponto de romper grandes vasos sanguíneos. Lacerações altas da parede vaginal e da cérvix ocorrem mais provavelmente após partos operatórios, especialmente se o colo não está completamente dilatado, podendo ocorrer também, em partos espontâneos.

Fragmentos retidos de tecidos placentários, coágulos, ou separação incompleta da placenta durante a terceira fase constituem a terceira causa de perda sanguínea. Eles não permitem que os músculos contraíam os vasos sanguíneos adequadamente.

Sintomas

- . Fluxo constante de sangue pela vagina.
- . Útero grande e amolecido à palpação.
- . Pulso fraco e rápido.
- . Pressão arterial baixa.

- . Respirações curtas e rápidas.
- . Palidez.
- . Suor frio.
- . Vertigens.
- . Inquietação, ansiedade.
- . Sensação de falta de ar.
- . Choque profundo.

Tratamento

A primeira meta no controle da hemorragia é óbvia - parar o sangramento corrigindo a causa. A segunda meta é rerepor perdas mantendo um volume sanguíneo circulante para comcombater e prevenir o choque ou a anemia.

Prevenir a infecção é a terceira meta.

Quando o sangramento ocorre após a saída da placenta, a atonia uterina que é a causa mais comum, é a primeira a ser considerada. O fundo uterino pode ser prontamente palpapalpado. Se está relaxado, a causa mais provável do sangramento é a falha das fibras musculares em comprimir os vasos sansanguíneos. Se o fundo uterino está firme, o sangramento provaprovavelmente não é devida a uma causa intra - uterina, e se tortorna necessário identificar e reparar lacerações.

Obviamente, quando a musculatura está atônica, o priprimeiro passo para controlar a hemorragia resultante e estimuestimular o músculo a se contrair. Isto é obtido através de masmassagem e da administração de ocitócitos. O fundo uterino dedeve ser comprimido contra a sínfese púbica, ou entre as mãos e massageando vigorosamente.

Compressões bimanuais do útero podem ser empregadas.

Uma terapia de apoio e transfusão de sangue são iniiniciadas se houver uma perda de sangue acima do normal.

ANEXO - X

O LEITE HUMANO

O leite humano é um alimento de composição constante, e correlação perfeita entre os seus elementos, satisfazendo as exigências do lactente de modo completo e exclusivo, dentro do primeiro quadrimestre.

Colostro

As primeiras quantidades de secreção chegadas à glândula mamária têm aspecto e composição diferentes dos do leite humano definitivo e recebem o nome de colostro. O aspecto é o de um líquido espesso, amarelo, escasso: a coloração amarela é atribuída à grande riqueza em caroteno; a escassez resulta da imperfeita secreção; a espessura provém da alta concentração, por ser um alimento hipercalórico - 1000 calorias por litro - que se destina a suprir, quando, ingerido em pequenas quantidades, as elevadas necessidades energéticas do recém-nato. Em relação ao leite humano tardio é mais rico em proteínas; nos primeiros dias após o parto o conteúdo proteico pode chegar até a 100 gr por litro, decrescendo até 18 gr no 4º ou 5º dia, sendo esta queda particularmente brusca no 3º dia de lactação. As proteínas imunizantes, as imunoglobulinas do colostro, são diferentes das do leite definitivo e das do soro sanguíneo do próprio recém-nato: enquanto no soro se encontra 80% de IgG, 15% de - IgA e 5% de IgM, no colostro, não só a IgA é eletroforeticamente diferente da do soro, como também manifesta um aumento proporcional em relação a este, notando-se também

aumento relativo da I_gM. Em confronto com o leite maduro o conteúdo do colostro em minerais, como o sódio e o potássio é bem maior e a proporção de lactose é menor.

A reação do colostro é alcalina; a densidade é alta, oscilando entre 1040 à 1060; quando submetido à fervura, coagula-se muito rapidamente.

O que dá característica a este leite, quando examinado ao microscópio, é a presença de células denominadas corpúsculos colostrais (Henle), que são globulos sanguíneos fagocitando globulos gordurosos. Ao fim de poucos dias, geralmente no decorrer da primeira semana, o colostro perde suas características, substituído que vai sendo pelo leite definitivo; quando por qualquer motivo a secreção láctea diminuir, os corpúsculos reaparecem, pelo que sua presença adquire valor quanto ao prognóstico da lactação.

Leite Maduro ou Tardio

O leite maduro é um líquido branco, com ligeiros reflexos azulados e podendo tomar uma coloração francamente azul quando submetido à ação dos raios ultravioletas, processo que serve para identificá-lo e para detectar sofisticações. Apresenta uma densidade de 1025 à 1035.

O leite humano é um sistema complexo, no qual os lipídios se encontram em emulsão, os glicídios em solução e os protídios em dispersão.

Os componentes do leite não sofrem oscilações diárias de acordo com a alimentação da mulher. Entretanto, mostram variações quotidianas, mesmo com a alimentação materna mais uniforme.

No decorrer do período de lactação o leite apresenta diferenças etárias, admitindo-se que, a partir do primeiro mês, a quantidade de glicídios vai progressivamente diminuindo e a de lipídios gradualmente aumentando. Além disso, no decorrer de uma só mamada, há variações na composição láctea, as primeiras porções sendo mais ricas em protídios e as porções finais mais ricas em lipídios e glicídios.

Finalmente, tem sido registradas diferenças na composição, quantitativa do leite entre as primeiras horas da manhã e as últimas da tarde, bem como, na mesma hora, divergências às vezes acentuadas entre o leite proveniente de um ou outro seio. Tais oscilações, embora careçam de significado em relação ao desenvolvimento da criança, tiram entretanto as validades aos exames de leite executados para aferir sua má ou boa qualidade.

Sendo alimento completo, no leite humano são encontrados todos os constituintes da ração normal.

Água: A quantidade de água é de 88 gramas para cada 100 gramas de leite, que equivale a 100 gramas para cada quilo de peso corporal, correspondentes às quantidades necessárias - do recém-nato e ao lactente.

Elementos Orgânicos: São constituídos pelos protídios, lipídios e glicídios, que guardam entre si a proporção de 1:3, 5:7.

Os protídios do leite humano figuram na proporção de 1 gr para cada 100 gr, podendo variar de uma para outra nutriz de uma para outra hora ou de um para outro dia, entre 0,6 a 2,9 gr.

A quantidade de lipídios do leite humano é de 3,5 gr por 100 gramas, porém, varia de acordo com o período da ordenha em que foi retirado para exame: enquanto às primeiras

porções chegadas à glândula são pobres nesse elemento, não indo além de 1% no fim da mesma ordenha pode chegar até 8%.

Os glicídios do leite humano são representados pela lactose, na proporção de 7 gr por 100 gr e que corresponde, em função do peso da criança, à taxa ideal de 10 gr por quilo de peso corporal.

Minerais: Os elementos minerais, ou sais, dos quais alguns, como o ferro, o cálcio e o manganês tem função plástica, e servem para a formação de órgãos e tecidos; e outros, como, o sódio e o potássio, que exercem o papel de reguladores do metabolismo, estão contidos em quantidades satisfatórias no leite humano, de tal modo que com o seu uso dentro do período considerado normal, não são observados quaisquer sinais de deficiência mineral.

Vitaminas: Encontram-se em proporções adequadas no leite humano, em quantidades necessárias à prevenção de avitaminoses. É de notar-se, porém, que o organismo da mulher, não sintetizando vitaminas, a riqueza nesses elementos guarda proporcionalidade com a dieta materna.

Enzimas: O leite de qualquer espécie encerra enzimas, das quais algumas são comuns a todos e outras são espécie / específicas. Dentre todos os leites de animais que se tem em pregado na alimentação infantil, aquele que mais se aproxima do humano é o de equídeos, sendo as enzimas muito semelhantes, com exceção apenas da amilase, que no leite dos equídeos tem concentração muito baixa.

No leite humano também se encontra, quase de modo exclusivo, grande quantidade de lisozima, cuja função, no mecanismo imunitário, é conhecida. Outras enzimas, como fosfatases carboidratos, proteases e estearases, encontradas no lei humano, são detectadas também em outras espécies, com variações de taxas.

Anticorpos: O leite humano contém anticorpos contra bactérias e vírus. Tem sido demonstrado, porém, que esses anticorpos não são absorvidos pela mucosa intestinal, isto é, não passam ao sangue, exercendo uma ação puramente local, no próprio intestino. Pelo fato de atuarem junto às fezes, são designados coproanticorpos.

São constituídos à custa de gamaglobulinas do tipo - IgA e IgM, que funcionam como mediadoras. O seu mecanismo de ação é o de impedir a multiplicação de microorganismos patogênicos, o que assegura proteção contra infecções no período de lactente.

ANEXO - XI

PALESTRA

Título: Aleitamento Materno.

Local: Hospital Santa Catarina - enfermagem número 124.

Horário: 10:15 às 11:15 horas.

Tempo - De exposição: 30 minutos.

De discussão: 30 minutos.

População alvo: Puérperas internadas no Hospital Santa Catarina.

Material auxiliar educativo: folhetos
álbum seriado
cartazes.

Objetivo: Incentivar o aleitamento materno.

Suporte Teórico: O assunto será desenvolvido de forma áudio visual.

Página 1 - Foto A

Dar de mamar - vantagens para o bebê:

. Dar de mamar atende a todas as necessidades nos primeiros meses de vida para o bebê crescer sadio.

O leite materno é alimento completo porque:

- . contém vitaminas, minerais, gordura, açúcar proteínas, to dos apropriados para o organismo do bebê;
- . possui mais de 150 substâncias como as nutritivas e as de defesas, que não se encontram no leite de vaca;
- . só ele tem uma substância especial que ajuda o cérebro a se desenvolver, favorecendo a inteligência da criança no futuro;
- . apesar do leite da mãe ser mais transparente e fino, ele é mais forte do que o leite em pó ou de vaca.
Não existe leite fraco.
- . É feito especialmente para o estômago da criança, portanto de mais fácil digestão.

O leite materno dá proteção contra doenças porque:

- . só ele tem substâncias que protegem o bebê contra doenças que causam gripe, paralisia infantil, alergia, etc...
- . evita a diarreia que pode causar a desnutrição.

Foto - B

O leite materno é limpo e pronto:

- . não pega sujeira como a mamadeira;
- . está pronto a qualquer hora e na temperatura certa para o bebê;
- . não precisa ser comprado.

Dar de mamar é amor e carinho:

- . faz o bebê sentir-se querido, criando amor e carinho entre mãe e filho.

Página 2 - Foto A

Dar de mamar - vantagens para a mãe:

- . ajuda a mãe a voltar ao peso normal;
- . faz o útero voltar ao tamanho natural, porque quando a criança mama o útero volta ao normal mais rapidamente.

Quanto mais o bebê mama, mais leite o peito produz porque:

- . a boca do bebê, chupando o bico do peito, ativa o cérebro da mãe por meio de nervos especiais (seta branca).
- . em resposta, o cérebro faz as glândulas do seio descerem mais leite (seta preta).

Página 3 - Foto A

O colostro é o leite que a criança precisa nos primeiros dias.

- . o "leite do começo", o colostro é o leite que sai na primeira semana depois do parto; sua cor é amarelada e transparente, mas tem mais valor nutritivo que o leite normal.
- . é um alimento que defende a criança contra a prisão de ventre e contra doenças que a mãe já teve.

O bebê deve mamar todas as vezes que quiser:

- . o leite materno, de digestão mais fácil, faz a criança sentir fome mais rapidamente.
- . o bebê é quem escolhe o horário de mamar.
- . a maioria dos bebês mama leite em quantidade suficiente, durante 10 ou 15 minutos em cada seio.

Página 4

Ao dar de mamar, a mãe deve estar calma e não apressar o bebê.

Foto - A - Antes de dar de mamar, espremer os bicos dos seios com as mãos para o leite sair mais fácil.

Foto - B - Encostar o bico do seio na bochecha do bebê, ele vai virar a cabeça e pegar o seio.

Foto - C - Segurar o seio entre os dedos para o bebê poder respirar.

- Fazer o bebê pegar o bico do seio, se possível, toda a parte escura em volta (aréola), assim, o bebê vai sugar mais leite.

Página - 5

Foto - A - Para o bebê soltar o bico do seio, sem machucar, colocar a ponta do dedinho no canto da boca dele

Foto - B - A mãe deve levantar o bebê e apoiar a cabeça dele no seu ombro e fazer uma leve massagem nas costas, até o bebê arrotar.

- Sempre dar o outro seio - no fim da mamada fazer o bebê arrotar novamente.

Foto - C - Depois de dar de mamar, colocar o bebê de barriga para baixo ou deitado de lado.

Foto - D - Limpar com água o bico dos seios para tirar a saliva do bebê. Isso evita rachaduras.

- Na próxima mamada, dar o seio em que o bebê mamou por último.

Página 6 - Foto - A

Por que esvaziar os seios ?

- . Para evitar que os seios fiquem empedrados.
- . Mamadas curtas e frequentes evitam que os seios fiquem cheios demais e dolorosos.

As fezes do bebê que mama no peito, são mais moles e de cor esverdeada ou amarelada.

Página - 7

A mãe escolhe a posição para dar de mamar.

Foto - A - Deitada: a mãe deve estar deitada de lado, apoiando a cabeça e as costas em travesseiros para ficar mais à vontade.

Com um braço, a mãe apoia a cabeça do bebê e com a outra mão coloca o bico do seio na boca do bebê.

Foto - B e C - Sentada: a mãe deve cruzar as pernas (foto - B) ou usar travesseiros sobre suas coxas (foto C) para apoiar o corpo do bebê, a fim de não cansar seus braços com o peso da criança

Página 10

Foto - A - Amamente o bebê o maior tempo possível, no mínimo durante 6 meses, que é o tempo que ele necessita para ser formado seu mecanismo de defesa - contra doenças.

Foto - B - O leite materno não seca por si só. Seca quando, a criança começa a receber mamadeira.

OBS: Às páginas e respectivas fotos citadas neste anexo estão de acordo com o álbum seriado do Departamento Autônomo de Saúde Pública.

ANEXO - XII

ALEITAMENTO MATERNO

Questionário aplicado à puérperas do Hospital Santa Catari
na - Blumenau - SC.

1) - Idade:

2) - Estado Civil:

3) - Ocupação:

4) - Número de filhos:

5) - Amamentou os filhos anteriores ?

() Sim () Não

Porque ?

6) - Tempo de lactação anteriores:

7) - O que você acha da amamentação e qual a sua importância

() Boa para o filho

() Boa para a mãe

() Imprescindível para mãe e filho

() Não é importante

()

8) - Você pretende amamentar seu filho ?

() Sim

() Não

()

9) - Em caso negativo, porque:

- Trabalho fora
- Deforma os seios
- O leite de vaca é melhor
- Não é importante
- Meu leite é fraco
- Meu leite secou
- O bebê não quiz

10) - Em caso afirmativo porque:

- É mais prático
- A criança cresce com mais saúde
- De baixo custo
- Todas as afirmativas acima
-

11) - Por quanto tempo você acha importante amamentar:

- 01 mês
- 02 meses
- 03 meses
- 06 meses
- 01 ano
-

OBS: Elaborado por Ivone Barthel (enfermeira do Hospital - Santa catarina) e Luciana Butzke (acadêmica de enfermagem da VIII Unidade Curricular).

ANEXO - XIII

ASPECTOS CLÍNICOS DA ICTERÍCIA FISIOLÓGICA

A icterícia fisiológica é um sintoma comum no período pós - natal, pois percebe-se, através de observação cuidadosa, que dois terços dos recém - nascidos apresentam certa coloração amarela na pele e conjuntiva ocular durante a primeira semana de vida.

Quase todo o RN desenvolve uma concentração sérica de bilirrubina maior do que 2 mg/100 ml, durante a primeira semana de vida, considerando esta hiperbilirrubinemia transitória como icterícia fisiológica. No entanto, fundamentando-se na dificuldade em definir precisamente quando uma icterícia neonatal é puramente fisiológica ou quando é patológica, sugeriram que o termo icterícia fisiológica seja substituído por hiperbilirrubinemia do desenvolvimento.

Os mecanismos implicados na produção da icterícia fisiológica são contraditórios e múltiplos, segundo a maioria dos autores.

No período neonatal, a produção de bilirrubina, por dia, corresponde ao dobro da produção diária na vida adulta. O aumento no volume de eritrócitos e o menor tempo médio de vida do glóbulo vermelho, associado a outros fatores, explicam este fenômeno.

No RN, a ausência da flora bacteriana e o aumento da atividade da enzima B glicoronidase, ao nível do intestino-delgado, contribuem para que a bilirrubina conjugada não seja convertida em estercobilinogênio, mas hidrolisada, passando novamente à bilirrubina não conjugada, sendo reabsorvida, aumentando o nível de concentração na circulação entero - hepática.

Ainda a atividade deficiente da enzima glicuronil - transferase, impedindo a conjugação da bilirrubina ao nível do hepatócito, também contribui para o aparecimento da hiperbilirrubinemia neonatal.

Este aumento também sofre influência do peso da criança, pois é inversamente proporcional ao mesmo.

No entanto, são necessários dois a três dias até, que o aumento no sangue seja excessivo para que passe aos tecidos e os pigmentos; por esta razão a icterícia fisiológica - não aparece antes do segundo dia de vida.

A icterícia fisiológica do período neonatal caracteriza-se, na prática, por um aumento da bilirrubina indireta, alcançando esta 7,5 a 8 mg / 100 ml até o quarto dia de vida. Após há, no entanto, uma diminuição progressiva até concentrações menores de 1,5 mg / 100 ml em torno de 10 dias, pois a maioria das crianças aumenta sua produção de enzimas em poucos dias, liberando o sangue deste pigmento.

Durante o período de cifras elevadas, a pele e conjuntiva apresentam cor amarelada, que varia de um tom claro para o amarelo esverdeado, que se inicia na face, estendendo-se para o tronco e membros.

A constatação precisa do início do aparecimento da alteração da cor da pele e do aumento dos níveis de concentração sérica são fundamentais no diagnóstico diferencial entre a icterícia fisiológica e a hemolítica.

Icterícia clínica antes das primeiras 48 horas de vida ou de níveis superiores a 12 mg / 100 ml é considerada patológica e exige intervenção diferenciada.

Encontram-se provas definidas de Kernicterus em crianças com síndrome de membrana hialina, com concentração sérica de bilirrubina indireta de 12 mg / 100 ml.

Assim, pensa-se em algum risco sério de crianças com algum sofrimento apresentam cifras excedentes a 10 mg / 100 ml.

Tratamento da icterícia fisiológica

O tratamento essencial da icterícia fisiológica é a fototerapia. O mecanismo de sua ação sobre as trocas bioquímicas ainda não foi devidamente esclarecido.

Cremer e outros, em 1958, observaram que a exposição de crianças à luz do dia ou fluorescente azul produzia uma queda na concentração de bilirrubina sérica.

Seus efeitos são mais significativos quando a concentração de bilirrubina não ultrapasse a 15 mg / 100 ml.

No entanto, constatou-se que a fototerapia tem menor potencialidade quando a bilirrubina aumenta rapidamente.

A fototerapia deve ser usada levando em conta seus benefícios e seus riscos. Entre estes estão os de queimaduras, lesões oculares (retinianas), atraso no aumento de peso, estatura e perímetro cefálico.

Pode ainda formar-se uma falsa idéia de involução do problema, pois, agindo diretamente sobre a pele, pode normalizar, sua coloração sem no entanto baixar os níveis séricos de bilirrubina direta, dando uma falsa segurança.

Sendo assim, os autores ressaltam ser indispensável um rigoroso controle da dosagem de bilirrubina sérica e proceder a investigação no sentido de determinar a verdadeira etiologia da icterícia, evitando um enfoque simplista frente à bilirrubina em si.

Coloca-se como fazendo parte do tratamento da icterícia fisiológica a manutenção das proteínas séricas totais acima de 5,0 gr / 100 ml, devido `combinação da bilirrubina com a albumina no seu trânsito circulatório. Afirmam os autores que as possibilidades de Kernicterus estão diminuídas enquanto houver albumina livre para unir-se à bilirrubina. Maior será a necessidade de manutenção desta cifra quanto, mais grave estiver a criança.

Assistência de enfermagem na icterícia fisiológica

A assistência de enfermagem visa, especialmente, a identificação precoce de sintomas que caracterizam uma hiperbilirrubinemia, ou então, quando já instalado o processo icterico, prevenir o aparecimento de Kernicterus com ocorrência de sequelas ao desenvolvimento neurológico e psicológico.

Icterícia é o termo para definir a pigmentação amarelada da pele e demais tecidos corporais, causada pelo aumento da quantidade do pigmento bilirrubina nos líquidos extracelulares.

Kernicterus é definido patologicamente como impregnação bilirrubínica das áreas cerebrais específicas, provocando lesão do sistema nervoso central.

As manifestações clínicas do Kernicterus são usualmente observadas em torno do terceiro e quarto dias de vida, e incluem letargia, inapetência, grito estridente, vômitos e hipotonis; posteriormente, podem ocorrer irritabilidade, hipertonia, opistótono e convulsões.

É importante lembrar que a encefalopatia bilirrubínica pode ser essencialmente assintomática no período de recém-nascido.

Os sinais de icterícia quando surgem nas primeiras 24 à 48 horas é, até prova em contrário, determinada por incompatibilidade materno - fetal.

Identificação precoce

- Efetuar exame de enfermagem à luz natural, que deve ser repetido em cada jornada de trabalho, destacando-se: inspeção cuidadosa da pele e esclerótica; pesquisa de reflexos, sensibilidade, tônus e atividade motora do RN.

- . Identificar corretamente o horário de início e sintomas , que caracterizam a hiperbilirrubinemia.
- . Controlar e inspecionar o aspecto e coloração das fezes.
- . Registrar a ocorrência e evolução do processo icterico.
- . Observar rigorosamente a dosagem e concentração das drogas administradas ao RN, pois alguns medicamentos, podem, por iatrogenia, originar síndrome icterica.

Ex: novobiocina, vitamina K

- . Administrar glicose conforme prescrição médica, frequente mente nas primeiras horas de vida e no intervalo das mamadas.

Fototerapia

Além dos procedimentos contidos no item anterior, para identificar precocemente sinais de involução ou evolução do processo acrescente - se:

- . Controle das eliminações - aspecto e cor das fezes e urina. O RN, enquanto recebe fototerapia, apresenta fezes diarréicas, de cor verde ou marron, pela presença dos produtos da fotodegradação.
- . Controle dos sinais vitais, com ênfase na temperatura corporal, pois as lâmpadas da fototerapia também produzem calor radiante.
- . Controle hídrico rigoroso, pois em RN exposto à fototerapia, as perdas aquosas aumentam, tanto pelas fezes, com - rápido trânsito intestinal, como pela perspiração (cutânea e pulmonar) e pelo aquecimento corporal.
- . Controle do peso diário ou até duas vezes, quando se tratar de RN pré - termo ou de baixo peso, com permanência maior sob fototerapia.
- . Proteção dos olhos durante a fototerapia.
- . Umidificação dos olhos instilando gotas de água destilada estéril, várias vezes ao dia conforme necessidade de cada RN.

- . Proteção de plexiglass entre as lâmpadas e a criança, filtrando os raios ultravioletas, que podem produzir eritema na pele do RN. Além disso, esta proteção evita a queda de lâmpadas sobre a criança ou mesmo, pedaços, quando por acidente elas estouram.
- . Exposição de todo o corpo do RN à luz (sem roupa); o berço deve estar protegido das correntezas de ar frio.
- . Mudança frequente da posição do RN. Observação da pele para detectar sinais de queimadura.
- . Observação e controle da aceitação do alimento. Segurar a criança nos braços ao oferecer-lhe o alimento.
- . Observação da continuidade do tratamento com fototerapia. Durante a alimentação do RN não deve afastar-se mais do que 30 minutos do banho de luz.
- . Supervisão da coleta do material para exames laboratoriais, para que ocorram o mais rápido possível. Atenção e cuidado especial deve ser dada à utilização e recuperação das veias.

Cuidados com a aparelho de fototerapia

- . O berço deve estar posicionado de modo que o maior espectro de luz incida sobre a criança.
- . Deve ser usado um aparelho para cada criança.
- . A distância entre as lâmpadas e a criança deve ser em torno de 40 à 50 cm.
- . Controlar o tempo de uso das lâmpadas através de espectroradiômetro. Em serviços que não dispõem do aparelho, pode-se calcular o tempo de uso em torno de 250 horas. Usar cartão para anotar as horas de uso.
- . As lâmpadas são do tipo fluorescente (luz fria): branca, luz do dia ou azul, que é considerada como a mais eficaz. Descreve-se como eficaz os aparelhos com 8 à 10 lâmpadas de 20 Watts cada uma, num total de 160 à 200 Watts por aparelho. O mínimo é de 120 Watts.

ANEXO - XIV

CARACTERÍSTICAS ANATÔMICAS E FUNCIONAIS DO RECÉM-NASCIDO

Posição: Depende do tipo de apresentação. A assimetria do crânio, face mandíbula ou das extremidades pode resultar de pressões intra - uterinas.

Pele: Geralmente avermelhada e com frequência cianosada nas extremidades dos membros ocasionado pela má circulação periférica. A pele do recém - nascido pode encontrar-se normalmente intumescida e edemaciada. Deverá ser dado bastante cuidado e atenção às características peculiares de um recém - nascido normal: milium sebáceo, verniz caseosa, lunagem protetora, mancha mongólica, descamação fisiológica, eritemia-tóxico, e hemangiomas capilares. Vale ainda dizer que os RN de cor preta tende o avermelhado, com as bordas justas- ungueais e a pele do escroto ou dos pequenos lábios pigmentadas.

Cabeça e face:

- A cabeça é grande em relação ao restante do corpo (1/3) e pode apresentar deformação acentuada com acavalgamento - dos ossos cranianos.

Craniostenose, ou seja, soldadura precoce de sutura entre ossos do crânio, pode excepcionalmente estar presente desde o período de recém - nascido, e explicar certos perímetros cefálicos anormalmente pequenos.

- Caput Succedaneum (Bossa serosanguinolenta) - é um aumento de espessura do couro cabeludo, geralmente difuso, constituído de líquido plasmático extravasado que se coleciona no subcutâneo na região da apresentação obstétrica.

- . As fontanelas podem inicialmente ser muito pequenas.
- . Cefalematoma - tumefação mais localizada sobre o couro cabeludo. É flutuante à palpação. O cefalematoma se distingue da bossa serosanguinolenta pela delimitação e sobretudo pelo tato elástico, característicos de uma bolsa com líquido (sangue). É mais frequente nos parietais. O cefalematoma é traumático.

Olhos: permanecem fechados a maior parte do tempo nos primeiros dias. A pálpebra superior pode apresentar uma prega interna que desaparece de um a três meses. Os supercílios e cílios são pouco nítidos, de fios curtos e delgados. A íris é de cor acizentada. Não são raras as hemorragias subconjun^{ti}vas, esclerais e retinianas e geralmente, não tem qualquer importância. A presença de conjuntivite deve fazer pensar na possibilidade de infecção gonocócica, em especial se tratar de bebê nascido em condições precárias, sem assistên^{ci}a. Estrabismo é comum em RN normais, e pode persistir de 3 à 6 meses, quando desenvolve coordenação dos movimentos oculares.

Boca: elevações pequenas, tipo peroladas nas margens gengivais e na linha mediana do palato são vistas frequentemente (pérolas de Epstein). Os lábios mostram tubérculo labial no meio do lábio superior, geralmente bem desenvolvido.

Frequentemente as gengivas são ásperas, quase serrilhadas. Na parte anterior do palato - duro dos recém - nascidos pode encontrar-se, nos primeiros dias, uma ou duas lesões em geral erosivas com halo avermelhado, chamadas "aftas de Bednar", geralmente devidas a atrito exagerado quando dos procedimentos de limpeza oral após o parto.

A língua normalmente curta e larga, com frênulo ultrapassan^{do} a ponta.

Orelhas: os tímpanos geralmente não podem ser visualizados. Os pavilhões auriculares são móveis e moldáveis.

Nariz: é geralmente achatado na sua base e situado mais alto na face.

Tórax: as mamas devem ser examinadas quanto á posição e engurgitamento, que pode ocorrer por causa de estímulos dos - hormônios maternos.

O tórax é de forma cilíndrica e o ângulo costal é de quase 90°. A respiração de recém - nascido é do tipo abdominal e irregular quanto ao ritmo, profundidade e frequência. Logo após o nascimento o número de movimentos respiratórios em média é de 60 batimentos por minuto, horas depois reduz-se para 40 à 45 batimentos por minuto.

Abdomen: o abdomen do recém - nascido apresenta-se distendido em quando em decúbito dorsal está aproximadamente no mesmo nível do torax. O abdomen é cilíndrico e, cerca de 2 cm menor que o perímetro craniano. O fígado é grande e palpável à 1 ou 2 cm abaixo da reborda costal. O baço geralmente não é palpável.

O cordão umbilical é normalmente braço - gelatinoso, consta de uma veia e duas artérias.

Genitais: No RN do sexo masculino os testículos podem encontrar-se na bolsa ou nos canais inguinais. O pênis em geral, apresenta-se com o prepúcio muito estreito e frequentemente existem aderências entre a pele do prepúcio e a glândula, que irão desaparecendo gradualmente em alguns meses. As hidroceles são frequentes.

Nas meninas comumente há congestão e engurgitamento vulvar e os pequenos lábios são proeminentes, bem como o clitóris. Pode aparecer nos primeiros dias uma secreção vaginal esbranquiçada, translúcida e no fim da primeira semana pode

aparecer sangue vaginal.

Ânus: a permeabilidade é testada introduzindo o bulbo do te
rmômetro clínico quando a verificação da temperatura.

Membros: os membros devem ser examinados (polidactílios, sin
dactílios, malformações ungueais). O bom estado das artiou
lações coxofemorais deve ser pesquisado sistematicamente pe
la andução das coxas tendo as pernas fletidas (manobra de -
Ortolani) e pela assimetria das pregas da face posterior da
côxa e subglúteas.

ANEXO - XV

PREMATURIDADE - PERIGO RESPIRATÓRIO

Grande causa de morbidez e morte do prematuro está em deficitárias condições anatômicas e fisiológicas do seu aparelho respiratório, que muitas vezes não propicia o fornecimento normal de oxigênio e em outras é sede de processos patológicos de diversa etiologia.

Exigências: Para que a respiração se estabeleça é necessário que os centros respiratórios do sistema nervoso, localizados no bulbo, estejam em condições de maturidade e de funcionamento capazes de responder ao estímulo. Por isso, se o feto é expulso em época precoce, na qual a estrutura básica ainda não tenha atingido um nível de formação capaz de funcionamento efetivo, a respiração não se estabelece de modo definitivo.

Para que a função respiratória se efetue, isto é, para o processamento da hematose (fornecimento de oxigênio para as células e liberação do óxido de carbono provenientes, das células) é necessário que a rede capilar dos pulmões, onde se realizam as trocas de gases, estejam em condições, de atender às solicitações. Antes do 6º mês, a pouca extensão da rede capilar, bem como o estado ainda embrionário das células que forram a parede interna dos alvéolos (epitélio/cúbico chato) não asseguram condições a um perfeito intercâmbio gasoso; a partir dessa data, quando a extensão do leito capilar aumenta e o epitélio cúbico é substituído pelo definitivo (tecido elástico) então as condições básicas, ficam asseguradas.

Para que a função respiratória seja eficiente é necessário existir resistência da caixa torácica. Na criança nascida muito prematuramente esta condição não é preenchida, porque os músculos são débeis e a consistência da caixa é cartilaginosa; daí decorre que no ato normal da respiração, na fase inspiratória, o tórax deve abaular-se, para estabelecer no seu interior uma pressão negativa suficientemente, intensa para aspirar o ar: tal não ocorre no prematuro, uma vez que nessa fase o tórax em vez de expandir, retra-se, a pressão negativa é débil e o rendimento é parcial.

Ainda quando as estruturas básicas estejam completamente formadas ao nascer, torna-se exigido haver amadurecimento para a função, e este só é obtido com o nascimento à termo: nascendo antes da época prevista, embora possuindo uma razoável estrutura estática, com a falta de amadurecimento a dinâmica não é perfeita e manifesta-se falhas, de expressão maior ou menor, segundo o grau de competência do órgão para a função. Em relação direta com o grau de maturidade, haverá hipoventilação pulmonar de intensidade leve, média ou grave, respondendo por distúrbios ou pela morte.

Adaptações: Inspeccionando-se o prematuro logo ao nascer, podem ser observados fenômenos de adaptação postos em prática para fazer face as deficiências. Assim, a frequência, das suas respirações é maior, havendo aceleração - taqui-pnéia - e chegando o número de respirações até 60 por minuto, quando no recém-nascido normal não vai além de 45: o organismo lança mão, nesse caso, de um aumento de frequência na unidade de tempo para compensar a dificuldade por unidade de volume em cada respiração e assegurar a sobrevivência. Outro esforço compensador para a deficiência da musculatura torácica é traduzido pela participação do músculo diafragma no ato da respiração: observa-se violentas elevações e retrações da parede abdominal em cada movimento res

piratório, constituindo a respiração abdominal. Para que tais fenômenos de compensação tenham lugar é necessário que o prematuro esteja em suficiente constituição orgânica para dar tal resposta : caso contrário, em vez de sinais de luta para vencer o obstáculo, anunciam-se sinais de falência, que necessitam ser conhecidos para serem atendidos, evitando-se ainda a tempo consequências maiores, de êxito funesto..

Consequências: A maior temível ameaça ao prematuro é a asfixia que mais frequentemente conduz à anoxia e à morte. Por outra parte, no que se refere à anoxia em si mesma e como causa de morte, apura-se que suas vítimas em 75 % dos casos são prematuros. A anóxia é pois, mais incidente, mais, difícil de evitar e de combater na criança nascida antes do termo. A influência depressiva dos medicamentos utilizados para facilitar a parturição promove maior devastação e tem mais prolongada duração que a observada na criança madura, e tem maiores repercussões, não só imediatas, como é também tardias.

Uma vez que o prematuro chegue a respirar e assim fique afastada a asfixia, outra espécie de ameaça pode constituir-se: crises de apnéia ou ciclopnéia; em tais casos a respiração, já irregular, estanca-se por momentos, breves porém perigosos, às vezes não mais voltando a respiração, o que entretanto só ocorre nas primeiras horas de vida, por quanto depois desse prazo fica provada a capacidade de respirar.

Outra manifestação do perigo respiratório do prematuro é encontrada com relativa frequência: membrana hialina caso na qual existe, dentro das paredes dos alvéolos pulmonares, a formação de um líquido fino, exsudativo, rico em proteínas, gorduras e ácidos e que depois vai tomando uma espessura maior na consistência formando uma camada impermeável dentro das paredes alveolares e assim impedindo o contato destas com o oxigênio. Constitui 50 % das mortes.

ANEXO - XVI

A VANTAGEM DE TE VER COM...

A iluminação intensa tem sido uma grande prioridade nas Unidades de Cuidado Intensivo de recém - nascidos. Sendo a mudança de cor muitas vezes intensamente delicada em recém nascidos, e porque dados subjetivos destes pacientes são quase inexistentes, nós temos que manter as unidades neonatais iluminadas tanto quanto for possível. Certo ? Não necessariamente. Novos pacientes podem estar pagando um preço alto por nossas precauções.

Pesquisadores do Hospital Universitário de Georgetown e do Centro Médico do Hospital Nacional de Crianças, ambos em Washington, DC; examinaram o relacionamento entre a exposição intensa à iluminação do berçário e a incidência da retinoterapia. (O estudo está reportado no The New England Journal of Medicine , do dia 15 de Agosto de 1985, páginas 401-404).

Eles compararam as incidências da retinoterapia de prematuridade em dois grupos de crianças em berçários de cuidado intensivo: um grupo de 74 crianças expostas à iluminação normal do berçário (com um nível médio de luz de 60 foot candles - ftc), e um grupo de 154 crianças de igual peso quando nascidas, para as quais os pesquisadores reduziram o nível de luz para uma média de 25 ftc.

Os resultados indicaram um relacionamento significativo entre a intensidade da iluminação ambiental e a incidência da retinoterapia, particularmente naquelas crianças que pesaram menos de 1 kg (1000 g) quando nascidas - 86 % de crianças não protegidas abaixo de 1 kg contrastou 54 % de crianças protegidas abaixo de 1 kg ($p < 0,01$).

Os pesquisadores nos lembram que seria, naturalmente, inapropriado manter qualquer criança prematura em contínua escuridão. Mas existem alternativas, como Thomas R.C. Sisson MD, comentando o estudo de NEJM, sugere: luminosidade ciclada, esporadicamente bastante ou pequena quantidade de luz para efeitos específicos (isenção de luz focada expõe desnecessariamente as crianças nos arredores), e pouca iluminação geral da sala. Talvez filtros de acetato, similares a aqueles usados pelos pesquisadores para reduzir a iluminação ao grupo experimental de crianças, poderiam ser designados e usados habitualmente como um acessório incubador.

N.º 1: "foot candles" é uma unidade de energia (como nós aqui temos o "watts"), portanto, não tem tradução.