

# CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

## SAÚDE MATERNA, NEONATAL E DO LACTENTE



**MÓDULO VIII: ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER  
E DA CRIANÇA: ALOJAMENTO CONJUNTO**



## GOVERNO FEDERAL

**Presidente da República** Dilma Vana Rousseff  
**Ministro da Saúde** Alexandre Padilha  
**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)**  
**Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)**  
**Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde**

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Reitora** Roselane Neckel  
**Vice-Reitora** Lúcia Helena Pacheco  
**Pró-Reitora de Pós-Graduação** Joana Maria Pedro  
**Pró-Reitor de Extensão** Edison da Rosa

## CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Diretor** Sérgio Fernando Torres de Freitas  
**Vice-Diretora** Isabela de Carlos Back Giuliano

## DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Chefe do Departamento** Vera Radünz  
**Subchefe do Departamento** Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

## PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Coordenadora** Vânia Marli Schubert Backes  
**Subcoordenadora** Odaléa Maria Brüggemann

## COMITÊ GESTOR

**Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização** Vânia Marli Schubert Backes  
**Coordenadora Didático-Pedagógica** Kenya Schmidt Reibnitz  
**Coordenadora de Tutoria** Lúcia Nazareth Amante  
**Coordenadora de EaD** Grace Terezinha Marcon Dal Sasso  
**Coordenadora de TCC** Flávia Regina Souza Ramos  
**Coordenadoras Pólos** Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

## EQUIPE DE APOIO

**Secretaria:** Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier  
**Tecnologia da Informação:** Fábio Schmidt Reibnitz

## AUTORAS

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos  
Juliana Cristina dos Santos Monteiro  
Maria Cândida de Carvalho Furtado  
Ana Izabel Jatobá de Souza  
Maria Emilia de Oliveira

## REVISÃO TÉCNICA

Olga Regina Zígeli Garcia

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

### **M8 - Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Neonato e à Família: Alojamento Conjunto**

---

S237c SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Neonato e à Família: Alojamento Conjunto / Evangelia Kotzias Atherino dos Santos; Juliana Cristina dos Santos Monteiro; Maria Cândida de Carvalho Furtado; – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.  
131 p.

ISBN: 978-85-88612-54-9

1. Saúde da Mulher. 2. Saúde da Criança. 3. Aleitamento Materno.

CDU – 618.3

---

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

## **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL**

**Coordenação Geral da Equipe** Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

**Coordenação de Design Instrucional** Andreia Mara Fiala

**Design Instrucional Master** Márcia Melo Bortolato

**Design Instrucional** Isabela C. G. de Oliveira

**Revisão Textual** Ariele Louise Barichello Cunha

**Coordenadora de Design Gráfico** Giovana Schuelter

**Design Gráfico** Fabrício Sawczen

**Design de Capa** Rafaella Volkmann Paschoal

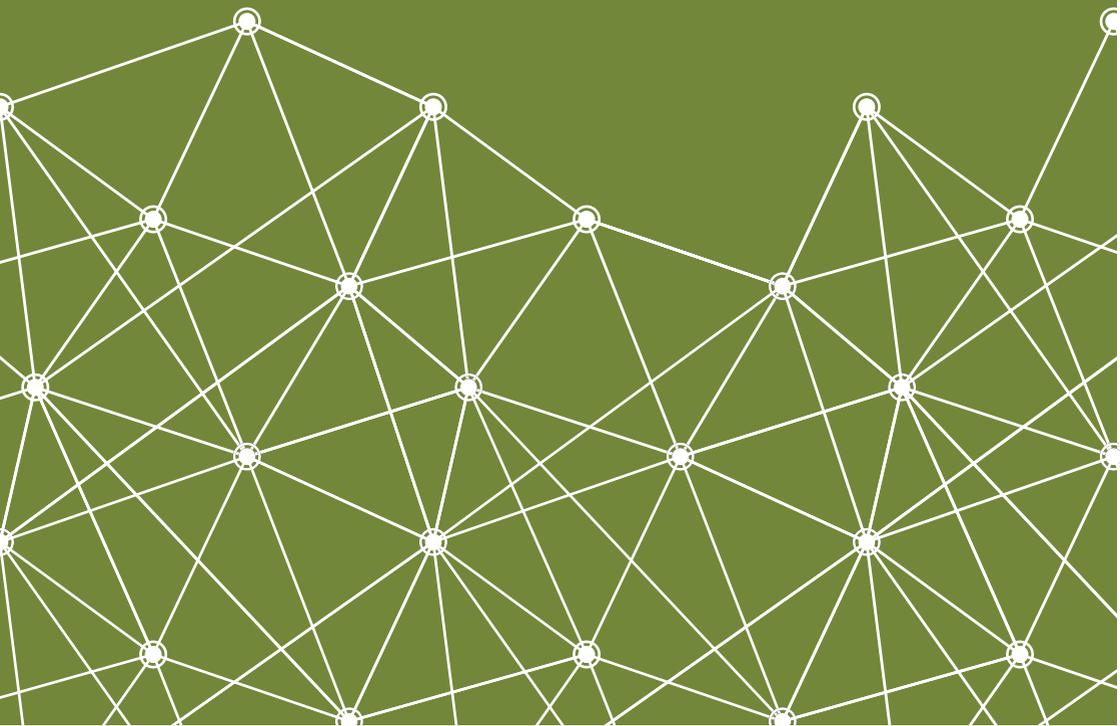
**Projeto Editorial** Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

# CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

## MÓDULO VIII

### ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER, E DA CRIANÇA: ALOJAMENTO CONJUNTO



FLORIANÓPOLIS  
2013

## CARTA DO AUTOR

Caro especializando,

É com grande satisfação que damos início ao Módulo VIII, que tem como foco central a Enfermagem na atenção à saúde da mulher, do neonato e da família no Alojamento Conjunto. Cumprimentamos você pelo prosseguimento nos estudos e por estar dia a dia aprofundando seus conhecimentos e empenhando-se na realização das atividades do curso. Neste sentido, aproveitamos a oportunidade para reafirmar o nosso compromisso com seu aprendizado, reiterando a certeza de que estaremos, no transcurso do desenvolvimento deste módulo, atentas e acessíveis às demandas que o processo de aprendizado sempre traz aos alunos. Conte com nosso apoio sempre que necessário!

Este módulo está subdividido em 7 Unidades de conteúdo, a saber: Unidade 1 – A enfermagem no cuidado à mulher, ao neonato e à família no Alojamento Conjunto; Unidade 2 – Alterações fisiológicas e psicológicas da mulher no pós-parto; Unidade 3 – Alterações fisiológicas do neonato; Unidade 4 – Intercorrências obstétricas e neonatais; Unidade 5 – Aleitamento Materno; Unidade 6 – Práticas educativas e; Unidade 7 - Sistematização da assistência de enfermagem. Procuramos desenvolvê-lo de modo articulado com os outros módulos.

Tais conteúdos serão abordados principalmente sob o ponto de vista de sua construção no contexto histórico-social e de sua estreita correlação com as políticas públicas que articulam a atenção à saúde em sistema de Redes e, no caso em questão, a Rede Cegonha, que contempla, em seu componente III, a atenção à mulher no puerpério e à criança. A importância deste conteúdo para a atuação profissional está centrada principalmente na corresponsabilidade de sermos os ativadores e os parceiros no processo da Atenção à Saúde no contexto das Redes de atendimento com vistas à melhoria da qualidade da atenção. De igual modo, é importante compreender e situar de que forma as Redes emergem como prerrogativa no atendimento à mulher, ao neonato e aos familiares no Alojamento Conjunto.

Alimentamos a crença de que você continue motivado e consiga, ao longo do desenvolvimento do módulo, refletir sobre o papel do(a) enfermeiro(a) neste contexto, ampliando a interlocução com os parceiros do cuidado na área da saúde materna, neonatal e do lactente no sistema Alojamento Conjunto.

Temos certeza de que você será capaz de realizar as atividades propostas com o mesmo empenho que vem demonstrando até aqui e que conseguirá vencer os desafios propostos pelo curso. Desejamos a você um excelente trabalho, com a certeza de que este será realizado com a qualidade que a nossa profissão merece, requer e da qual você é capaz!

Bons estudos!

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Dra.

Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Dra.

Maria Cândida de Carvalho Furtado, Dra.

Ana Izabel Jatobá de Souza, Dra.

Maria Emilia de Oliveira, Dra.

*Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa.  
Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.*  
(Paulo Freire)

## OBJETIVO GERAL

Ao final deste módulo, você deverá ser capaz de desenvolver o processo de cuidado em enfermagem à mulher, à criança e à família no Alojamento Conjunto, reconhecendo o papel do(a) enfermeiro(a) no cuidado humanizado, no planejamento, na implementação, na avaliação e na classificação de risco e vulnerabilidade materna e neonatal, a fim de identificar as intervenções necessárias no atendimento desta clientela.

## CARGA HORÁRIA

45 horas.

## SUMÁRIO

<b>UNIDADE 1 — A ENFERMAGEM NO CUIDADO À MULHER, AO NEONATO E À FAMÍLIA NO ALOJAMENTO CONJUNTO. ....</b>	<b>11</b>
1.1 Introdução.....	11
1.2 Enfermagem no cuidado à mulher no Alojamento Conjunto.....	11
1.2.1 Definição de Alojamento Conjunto.....	12
1.2.2 População a ser atendida.....	13
1.2.3 Vantagens do Alojamento Conjunto.....	13
1.2.4 Conceito de puerpério.....	16
1.2.5 O processo de cuidar da puérpera no Alojamento Conjunto.....	20
1.3 Enfermagem no cuidado ao neonato e à família no Alojamento Conjunto.....	26
1.4 Resumo.....	36
1.5 Fechamento.....	36
1.6 Recomendação de leituras complementares:.....	36
<b>UNIDADE 2 — ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E PSICOLÓGICAS DA MULHER NO PÓS-PARTO .....</b>	<b>38</b>
2.1 Introdução.....	38
2.2 Alterações fisiológicas da mulher no pós-parto.....	38
2.2.1 Modificações locais.....	39
2.2.2 Modificações gerais do puerpério.....	39
2.3 Alterações psicológicas da mulher no pós-parto.....	43
2.4 Resumo.....	46
2.5 Fechamento.....	46
2.6 Recomendação de leitura complementar.....	46
<b>UNIDADE 3 — ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO NEONATO.....</b>	<b>48</b>
3.1 Introdução.....	48
3.2 Avaliação clínica do recém-nascido em Alojamento Conjunto.....	49
3.2.1 Exame físico do recém-nascido em Alojamento Conjunto.....	49
3.2.2 Termorregulação do recém-nascido.....	55
3.2.3 Taquipneia transitória do recém-nascido.....	56
3.2.4 Icterícia neonatal.....	58
3.3 Resumo.....	63
3.4 Fechamento da unidade.....	63
3.5 Recomendação de leitura complementar.....	64

## **UNIDADE 4 – INTERCORRÊNCIAS MATERNAS E NEONATAIS .....66**

4.1 Introdução.....	66
4.2 Intercorrências maternas .....	66
4.2.1 Infecção puerperal .....	66
4.2.2 Mastite puerperal.....	68
4.2.3 Depressão Puerperal .....	70
4.2.4 Distúrbios tromboembólicos.....	70
4.2.5 Intercorrências neonatais .....	76
4.3 Resumo .....	78
4.4 Fechamento .....	79
4.5 Recomendação de leitura complementar.....	79

## **UNIDADE 5 – ALEITAMENTO MATERNO.....81**

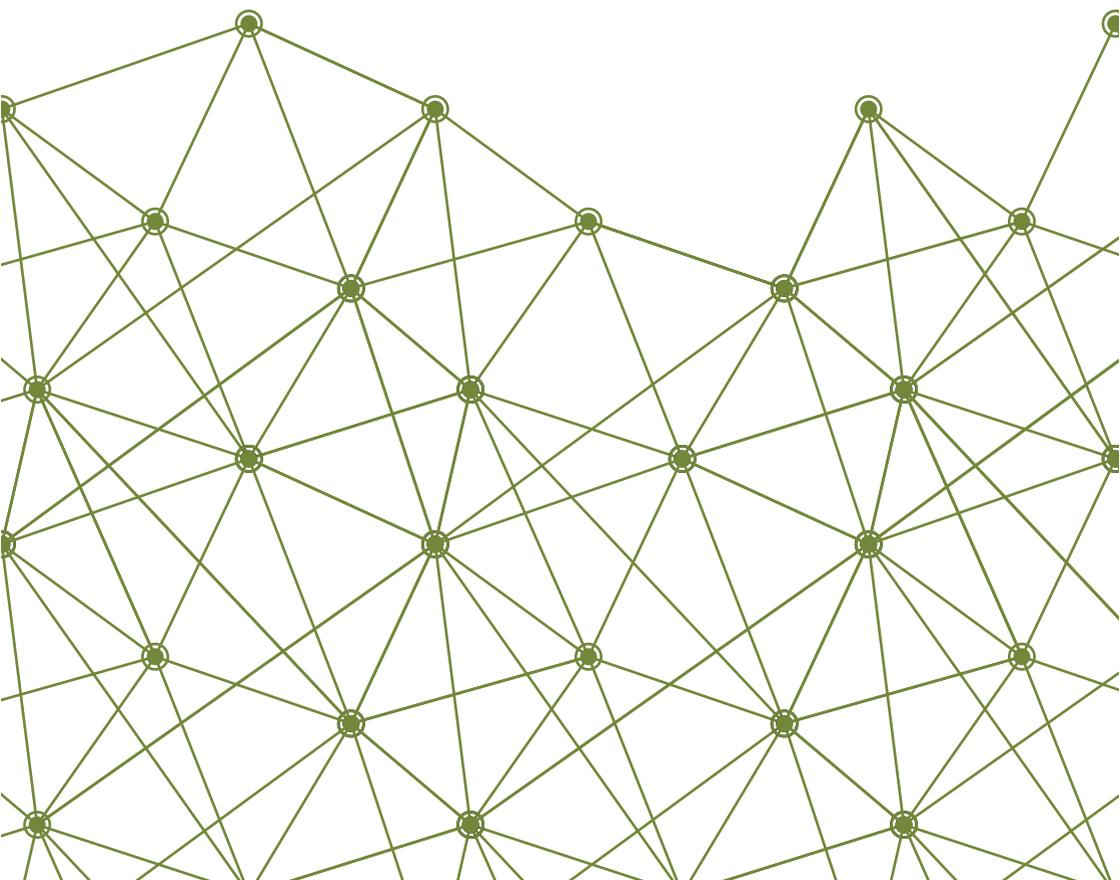
5.1 Introdução.....	81
5.2 Anatomia da mama, fisiologia da lactação e o leite humano .....	82
5.2.1 Cuidado de enfermagem ao aleitamento materno.....	88
5.2.2 Ordenha.....	93
5.2.3 Principais Dificuldades .....	98
5.3 Resumo .....	106
5.4 Fechamento .....	107
5.5 Recomendação de leitura complementar.....	107

## **UNIDADE 6 – PRÁTICAS EDUCATIVAS.....109**

6.1 Introdução.....	109
6.2 Práticas educativas — uma ferramenta a serviço do cuidar .....	109
6.2.1 Práticas educativas individuais .....	110
6.2.2 Práticas educativas dirigidas a grupos.....	112
6.2.3 Aspectos a serem abordados nas ações educativas no Alojamento Conjunto .....	114
6.3 Resumo .....	115
6.4 Fechamento .....	115
6.5 Recomendação de leitura complementar.....	115

<b>UNIDADE 7 – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM</b> .....	<b>117</b>
7.1 Introdução.....	117
7.2 Processo de Enfermagem .....	118
7.2.1 Coleta de dados .....	118
7.2.2 Diagnóstico de Enfermagem .....	119
7.2.3 Planejamento de Enfermagem .....	120
7.2.4 Implementação .....	120
7.2.5 Avaliação .....	120
7.3 Resumo .....	121
7.4 Fechamento .....	122
7.5 Recomendação de leitura complementar .....	122
<b>ENCERRAMENTO DO MÓDULO.....</b>	<b>123</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>124</b>
<b>MINICURRÍCULO DAS AUTORAS.....</b>	<b>131</b>

# UNIDADE 1



# Unidade 1 – A enfermagem no cuidado à mulher, ao neonato e à família no Alojamento Conjunto.

Ao término desta unidade, você deverá ser capaz de reconhecer e relacionar o papel do(a) enfermeiro(a) no cuidado humanizado à mulher, ao neonato e à família no Alojamento Conjunto.

## 1.1 Introdução

Assim como no pré-natal, no pré-parto e no parto, o cuidado de enfermagem direcionado à mulher, ao neonato e à família no período pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o nascimento do bebê deve ser interdisciplinar, humanizado, de qualidade e baseado em evidências científicas, observando-se princípios que transcendam os aspectos meramente biológicos.

Neste sentido, o cuidado deve ser integral, levando-se em conta as necessidades de saúde da mulher, do neonato e da família nas suas múltiplas dimensões, ou seja: emocionais, sociais, econômicas, espirituais, culturais, físicas e intelectuais. A privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres, do neonato e dos familiares devem ser respeitadas; e a tomada de decisões, no processo de cuidar, deve ser compartilhada (BRASIL, 2006). Além destes cuidados, deverão ser considerados os princípios da Rede Cegonha (BRASIL, 2011a).

Considerando os aspectos supramencionados, abordaremos a seguir os conteúdos que consideramos relevantes para o cuidado de enfermagem à mulher no puerpério, ao neonato e à família no Alojamento Conjunto. Para fins meramente didáticos, dividiremos a unidade em duas subunidades, a saber: Enfermagem no cuidado à mulher no Alojamento Conjunto e Enfermagem no cuidado ao neonato e à família no Alojamento Conjunto.

## 1.2 Enfermagem no cuidado à mulher no Alojamento Conjunto

O cuidado de enfermagem à mulher no Alojamento Conjunto requer um apanhado de conhecimentos, bem como o desenvolvimento de competências e habilidades.

Do ponto de vista biológico, o puerpério é um período em que a mulher começa a vivenciar o retorno do seu organismo às condições pré-gravídicas, experimentando um período de profundas transformações locais e gerais e uma série de alterações fisiológicas. Do ponto de vista emocional, algumas mulheres sentem-se “colocadas de lado” após o parto, quando o foco das atenções volta-se para o recém-nascido. A lactação, fenômeno progressivo do puerpério, quase sempre vem acompanhada de insegurança e ansiedade da mulher nas primeiras horas que sucedem o parto, exigindo dos profissionais que prestam cuidados conhecimento e habilidades no manejo da lactação. Outro aspecto a ser considerado é a influência dos familiares em relação aos cuidados prestados, tanto à puerpera quanto ao neonato. Neste particular, especial atenção deve ser dada às avós maternas e paternas. Muitas vezes, ocorre um verdadeiro confronto entre o saber empírico popular e o saber científico, quase sempre fragilizando a autoconfiança da mulher e comprometendo o cuidado de si e do recém-nascido. O pai também merece atenção especial, uma vez que na atualidade ele vem participando ativamente do processo, desde a gestação, passando pelo parto, pós-parto e amamentação. Todos estes aspectos devem ser considerados e serão levados em conta nesta unidade. Assim sendo, daremos início à unidade, revisitando alguns conteúdos que julgamos imprescindíveis para a atenção integral e com qualidade à mulher no puerpério que se encontra no Alojamento Conjunto.

Em primeiro lugar, faz-se necessário revisitarmos alguns conceitos e respondermos as seguintes questões: Qual a definição de Alojamento Conjunto? Qual a população a ser atendida nesse sistema? Quais suas vantagens para a mãe, o neonato e os familiares? O que é puerpério? Qual a sua duração e caracterização geral? Como está classificado? Quais são os fenômenos involutivos e progressivos do puerpério? Respondidas estas questões, apresentaremos o processo de cuidar no puerpério, levando em conta seus diferentes períodos. Assim sendo, convidamos você a buscar respostas para tais questionamentos acompanhando os conteúdos que se seguem.

### 1.2.1 Definição de Alojamento Conjunto

O termo Alojamento Conjunto, traduzido do inglês *rooming-in*, é uma forma de organização da assistência hospitalar – comumente denominado de “sistema” –, em que o recém-nascido permanece ao lado de sua mãe desde o momento do parto até a alta da instituição. Possibilitando assim, no mesmo espaço físico, a prestação de todos os cuidados assistenciais no pós-parto imediato e de orientação à mãe sobre sua saúde e a de seu filho (BRASIL, 1993; BRENELLI, 1995; SANTOS; MONTICELLI, 2011).

Embora seja possível encontrar na literatura internacional diferentes modalidades quanto à forma e ao funcionamento de sistemas como este, que inclui desde permanência intermitente de mãe e filho até permanência contínua (MANDL, 1981; WARD-PLATT; BALL, 2002; LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002), no Brasil, só é considerado Alojamento Conjunto quando a mãe e o filho permanecem juntos 24 horas, desde o nascimento do bebê até a alta da maternidade, conforme a definição acima.

---

## 1.2.2 População a ser atendida

O Alojamento Conjunto está indicado para atender a seguinte população-alvo:

- **Puérperas:** que estejam em boas condições gerais (físicas e mentais), sem intercorrências clínicas, complicações do parto ou patologias puerperais que impossibilitem ou contraindiquem o contato com o recém-nascido, como partos muito difíceis, eclâmpsia, hemorragia, abdome agudo, doenças infectocontagiosas e psiquiátricas (BRASIL, 1993; GIUGLIANI, 2006).
- **Recém-nascidos:** com boa vitalidade, capacidade de sucção e deglutição, controle térmico e sem intercorrências que exijam atenção mais rigorosa. Incluem-se nestes critérios: a) recém-nascidos a termo, Adequado para a Idade Gestacional (AIG) com Apgar igual ou maior que 7 aos 5 minutos de vida; b) recém-nascidos de parto normal, cesariana ou fórcepe, que não sofreram toco-traumatismos importantes e cuja gestação tenha ocorrido de modo fisiológico; c) recém-nascidos a termo Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) ou Grande para a Idade Gestacional (GIG) que não sejam extremos, após aferição de níveis normais de glicose; d) recém-nascidos de mães Rh negativo não sensibilizadas (BRASIL, 1993; ALMEIDA; REGO; COSTA, 2004; GIUGLIANI, 2006; SANTOS; MONTICELLI, 2011).

## 1.2.3 Vantagens do Alojamento Conjunto

Considerando a importância deste sistema na atenção à saúde a esta população específica, bem como as evidências científicas que comprovam as inúmeras vantagens do Alojamento Conjunto (OMS, 2001), passamos a apresentá-las a seguir. Entre as principais vantagens identificadas na literatura, destacamos:

### **Para a mulher/mãe:**

- Favorece o fortalecimento dos laços afetivos entre mãe e filho por meio do contato precoce e contínuo.
- Permite que a mãe observe constantemente seu filho, o que a faz conhecê-lo melhor e identificar e comunicar qualquer anormalidade observada.
- Facilita o contato da mãe com o neonatologista por ocasião da visita médica ao recém-nascido, possibilitando troca de informações entre ambos.
- Estimula e motiva o aleitamento materno de acordo com as necessidades do bebê, sem horários fixos, tornando a amamentação mais natural e fisiológica.
- Permite que a mãe receba instruções dos profissionais de saúde sobre os cuidados consigo mesma e com o bebê.
- Previne, por meio da amamentação precoce e contínua, as atonias e hemorragias pós-parto.
- Capacita a mãe (o pai e os familiares) a atender e a cuidar do filho desde as primeiras horas de vida, fortalecendo a sua autoconfiança como cuidadores.
- Permite a troca de experiências e um intercâmbio de informações com outras mães.
- Proporciona satisfação, tranquilidade, segurança e diminuição da depressão pós-parto.

### **Para o recém-nascido:**

- Ajuda-o a adaptar-se ao novo meio ambiente não estéril, favorecendo a colonização de sua pele e trato gastrointestinal com os microorganismos da mãe.
- Permite o atendimento de suas necessidades integrais.
- Fortalece o vínculo afetivo com a mãe.
- Favorece a precocidade, intensidade, assiduidade da amamentação materna e sua manutenção por maior tempo e com exclusividade.
- Diminui a morbimortalidade neonatal por infecções.
- Diminui o risco de infecção cruzada entre os recém-nascidos.
- Diminui a incidência de abandono das crianças.
- Diminui o “choro por angústia da separação da mãe”.

- Diminui a incidência da desnutrição do lactante.
- Melhora o sono do bebê.
- Diminui a incidência da diarreia infantil.

#### **Para o pai e os familiares:**

- Reforça a unidade familiar.
- Permite o aprendizado das necessidades e cuidados do binômio mãe-filho.
- Contribui para maior participação do pai e dos familiares no processo de cuidar do binômio mãe-filho.
- Mantém intercâmbio biopsicosocial entre a mãe, a criança e os demais membros da família.
- Possibilita a compreensão do papel da equipe de saúde.

---

A alta hospitalar antes de 48 horas não é recomendada, tendo em vista que este período se constitui em importante momento de detecção de patologias neonatais, bem como em um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas (BRASIL, 1993; ALMEIDA; REGO; COSTA, 2004; SANTOS; MONTICELLI, 2011).

---



#### **Saiba mais**

Para aprofundar seus conhecimentos sobre este assunto, consulte os seguintes documentos:

Normas básicas para a implantação do sistema Alojamento Conjunto. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema Alojamento Conjunto. Diário Oficial da União. Brasília, 01 set. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para profissionais de saúde: cuidados no Alojamento Conjunto. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_recem\\_nascido\\_%20guia\\_profissionais\\_saude\\_v4.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v4.pdf)>.

---

## 1.2.4 Conceito de puerpério

Agora, vamos rever considerações importantes sobre o puerpério:

- **Puerpério** (*puer* = criança, *parere* = parir): sobreparto ou pós-parto é o período cronologicamente variável, de duração imprecisa, que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinadas pela gestação no organismo materno retornam às condições normais (SANTOS, 2011a); CUNNINGHAM et al., 2012; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1985). Popularmente é também conhecido como resguardo ou quarentena.
- **Duração:** no que diz respeito à duração, de acordo com Mello e Neme (1995), é importante considerar o início e o término do puerpério. Quanto ao seu início, existe um consenso geral de que ele se dá logo após a expulsão da placenta e das suas membranas ovulares (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010). Para Rezende (1995), a primeira hora após a saída da placenta é denominada de período de *Greenberg*. Em relação ao seu término, embora não haja uma posição uniforme entre os autores clássicos, observa-se ainda uma tendência da maioria em seguir Eastman (1950), que relaciona o término do puerpério com a sexta semana após o parto (SANTOS, 2011a; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010; CUNNINGHAM et al., 2012; ZIEGEL; CRANLEY, 1985). Segundo Vokaer (1955) (apud REZENDE, 1995), o tempo de duração normal do puerpério é de 6 a 8 semanas após o parto.

### Caracterização geral:

No puerpério, adaptações fisiológicas e comportamentais complexas ocorrem nas mulheres (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010; CUNNINGHAM et al., 2012; ZIEGEL; CRANLEY, 1985) e estão caracterizadas pela(o):

- Regressão das modificações anatomofisiológicas que se produzem durante a gestação e o parto - fenômenos involutivos.
- Estabelecimento da lactação - fenômeno progressivo (a ser abordado na Unidade 5 do presente módulo).
- Adaptação psicológica da mãe.
- Estabelecimento da relação mãe-filho e familiares.

### Classificação:

De acordo com Vokaer (1955) (apud MELLO; NEME, 1995) e Rezende (1995) o puerpério pode ser dividido em 3 períodos distintos:

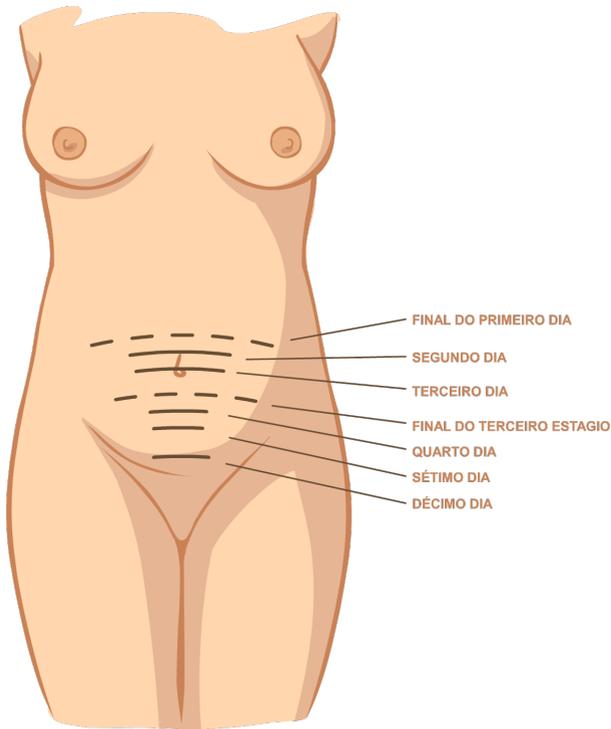
- **Puerpério imediato:** tem início logo após a dequitação (saída da placenta) e se estende até o 10º dia pós-parto. Está caracterizado pelo predomínio da crise genital, onde prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas e hiperplasiadas na gestação, bem como pelas alterações gerais referentes à regressão das modificações determinadas pela gravidez.
- **Puerpério tardio:** vai do 10º dia até o 45º dia. É o período de transição entre a fase da crise e da recuperação genital, mitigando a primeira e ganhando impulso a segunda, especialmente nas mulheres não lactantes.
- **Puerpério remoto:** é o período de duração imprecisa, que tem início no 46º dia e se estende até a completa recuperação das alterações determinadas pela gestação e parto e o retorno dos ciclos menstruais ovulatórios normais. Nas mulheres não lactantes, este período é curto, podendo perdurar entre 50 e 60 dias. Nas lactantes, este período poderá ser maior, dependendo da duração da lactação.

#### **Fenômenos puerperais:**

- **Involução uterina:** a diminuição do tamanho do útero é denominada de involução. De acordo com Bowes Jr. (1991), este fenômeno tem sido objeto de inúmeros estudos há mais de cem anos. Da revisão realizada da literatura, veremos alguns aspectos que consideramos importantes destacar para o cuidado de enfermagem.

Logo após a expulsão da placenta, o útero começa a contrair-se intensamente, tornando-se endurecido e globoso, podendo ser palpado na linha média entre a cicatriz umbilical e a sínfise púbica. Após algumas horas, ele atinge a altura da cicatriz umbilical e permanece por 24 a 48 horas. Nos dias subsequentes, o útero sofre uma rápida redução do tamanho e de peso. Medindo 20cm de altura e 4cm de espessura, passa no 4º dia para o tamanho de 7 a 8cm de altura e 1 a 1,5cm de espessura. Em geral, a altura do fundo uterino diminui em média 0,7 a 1,5cm por dia. Inicialmente seu peso é de aproximadamente 1.000 gramas, sendo que no 3º dia passa para 700 gramas, reduzindo-se a 300 gramas ao término de uma semana e a 60 gramas entre a quarta e oitava semana de puerpério, como indica a Figura abaixo. Até o 10º dia, o útero é um órgão abdominal, depois ele retorna à cavidade pélvica retomando sua posição original e suas dimensões anteriores à gestação (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010; FREITAS et al., 2006; CUNNINGHAM et al., 2012).

Figura 1: Involução uterina nos primeiros 10 dias após o parto.



Na superfície interna, logo após o parto, o sítio placentário constitui-se numa área saliente, de contornos irregulares, cruenta e sangrante, medindo cerca de 10cm de diâmetro. Ao término de dez dias, seu tamanho fica reduzido à metade. Toda a espessura do endométrio se regenera duas a três semanas após o parto, com exceção da área placentária, cuja regeneração completa se dá em torno da sexta e oitava semana pós-parto. Essa área se desprende lentamente pelo crescimento do tecido endometrial subjacente por baixo da zona de inserção. Distúrbios desses processos podem ocasionar hemorragia (SANTOS, 2011a; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1985; HENTSCHEL; BRIETZKE, 2006).

---

A involução uterina tem como causa principal a repentina queda dos níveis de estrogênio e progesterona, que desencadeia a liberação de enzimas proteolíticas no endométrio.

---

Essas enzimas, por meio de um processo de autólise, transformam o material proteico das células endometriais em substâncias que são absorvidas e eliminadas pela urina. A quantidade das células é preservada durante a involução uterina, mas há uma redução do seu volume (tamanho), que passa de 171 micra de comprimento por 11,5 micra de espessura para, respectivamente, 17,5 e 4,5 micra ao término do puerpério (SANTOS, 2011a; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1985). A velocidade deste processo involutivo sofre influência de determinadas condições, podendo ser mais lenta em situações nas quais ocorreram grandes distensões durante a gestação (polidrâmio, gemelaridade), pós-cesárea, nas puérperas não lactantes e na ocorrência de quadros infecciosos (MELLO; NEME, 1995).

---

Em geral, a involução uterina ocorre mais rapidamente nas lactantes graças ao reflexo uteromamário determinado pela ação da ocitocina, que é liberada durante as mamadas, agindo sobre o útero provocando contrações (SANTOS, 2011a; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

---

- **Loquiação:** as perdas que escoam pelo trato vaginal após o parto são designadas de lóquios. Constituem-se em secreções resultantes da produção de exsudatos e transudatos misturados com elementos celulares descamados e sangue, que procedem da ferida placentária, do colo uterino e da vagina (SANTOS, 2011a; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010; HENTSCHEL; BRIETZKE, 2006).

Existem variações fisiológicas na quantidade e nas características dos lóquios, principalmente na cor, de acordo com o período puerperal. Deste modo, eles podem ser classificados em três tipos (HENTSCHEL; BRIETZKE, 2006; CUNNINGHAM et al., 2012):

- Vermelhos ou sanguinolentos (*lochia rubra* ou cruenta), presentes nos primeiros três a quatro dias, constituindo-se de sangue, tecido decidual necrosado e células epiteliais. Geralmente a quantidade é semelhante à do fluxo menstrual.
- Serosanguinolentos (*lochia fusca*), presentes a partir do terceiro ou quarto dia até o décimo. Sua coloração passa para rósea/acastanhada resultante de alterações de hemoglobina, diminuição do número de hemácias e elevação dos leucócitos.
- Serosos (*lochia flava*) são observados após o décimo dia, podendo se estender até a quinta ou sexta semana e assumem coloração amarelada ou branca.

Apesar de ter sido objeto de inúmeras mensurações, inexistente um consenso entre os autores em relação à quantidade do fluido loquial eliminado, dadas as variações individuais observadas. Supõe-se que o volume de lóquios na primeira semana alcance 500ml (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010).

Os lóquios possuem odor característico, sendo descrito como semelhante ao do sangue menstrual; constituindo-se de odor fétido é sugestivo de infecção (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Qualquer patologia de endométrio, colo uterino ou vagina modifica as características dos lóquios, seja na quantidade, na cor ou no odor. Em algumas situações pode haver a retenção de lóquios, situação clínica considerada indesejável, pois predispõe à infecção puerperal. Esta intercorrência é designada de loquiometria (REZENDE; MONTENEGRO, 2011; MELLO; NEME, 1995).

## 1.2.5 O processo de cuidar da puérpera no Alojamento Conjunto

O cuidado de enfermagem no puerpério integra o conjunto de ações planejadas, executadas e constantemente avaliadas nos seus diferentes períodos, ou seja, imediato, tardio ou remoto.

Independente do marco conceitual, referencial teórico ou teoria adotada, o cuidado de enfermagem no pós-parto, como já enfatizamos no início do módulo, deverá ser de qualidade, visando o atendimento individualizado e integral da puérpera. Isso significa considerar aspectos nas suas diferentes dimensões (físicas, psíquicas, sociais, culturais e espirituais). Daí a importância de se utilizar a sistematização da assistência de enfermagem, a fim de direcionar adequadamente o cuidado de enfermagem, que deverá ser sistemático, pautado em princípios técnico-científicos, ético-humanísticos e levar em conta:

- A história e o estilo de vida da puérpera, suas experiências, valores culturais, crenças e costumes.
- O tipo de parto (fácil ou difícil, vaginal ou cesárea, com ou sem episiorrafia) e outros fatores individuais.
- Os períodos do puerpério (imediato, tardio e remoto), os fenômenos puerperais (involutivos e progressivos) e as modificações locais e sistêmicas.
- As fases hospitalar e domiciliar.
- O estabelecimento da relação mãe-filho e familiares.
- A sexualidade do casal.
- As situações de risco ou intercorrências.

Além destes aspectos, outros deverão ser aprofundados por meio da implementação das diferentes etapas do processo de enfermagem. Vale ressaltar a importância do suporte educativo com o auxílio de orientações individuais e em grupo às puérperas e aos seus familiares, respeitando seus saberes prévios em relação aos cuidados inerentes a este período. Estudos têm evidenciado que atividades educativas no período pós-parto podem modificar de maneira satisfatória o comportamento dos pais, trazendo bons resultados no que diz respeito à saúde (SANTOS; PENNA, 2009). Este tema será aprofundado em uma unidade específica ao final do presente módulo.

## Exame físico da puérpera:

Tem como objetivo obter informações acerca do estado geral da puérpera, com ênfase aos fenômenos puerperais (involutivos e progressivo), às modificações locais e sistêmicas que ocorrem no puerpério e a outras alterações relacionadas ou não com este período. Deve ser realizado diariamente enquanto a mulher permanecer internada na maternidade ou por ocasião da consulta puerperal, após a alta hospitalar. Observar:

- Estado geral: postura, expressão facial, estado de ânimo, humor, locomoção, aparência geral, queixas.
- Sinais vitais: verificar pulso, temperatura, pressão arterial, respiração com suas características.
- Mamas: devem ser observadas visando avaliar condições para a amamentação. O tamanho, a tensão, a simetria, presença de cicatrizes, cirurgias, estrias ou outras alterações devem ser registradas. Os mamilos também merecem atenção especial e devem ser avaliados: quanto ao seu tipo, integridade ou alterações de formação. A presença de colostro ou a quantidade da produção láctea deve ser observada e monitorada.
- Abdome: observar a presença de distensão abdominal, flatulência ou áreas de sensibilidade através da palpação. Deverá ser questionado sobre a presença de peristaltismo e função intestinal. Observar e registrar características de incisão abdominal, quando for cesariana.
- Útero: verificar e registrar a altura do fundo uterino tendo por base a cicatriz umbilical. Assim, o útero poderá estar acima, na altura, ou abaixo da cicatriz umbilical. Observar normalidade de acordo com o período puerperal.
- Bexiga: avaliar presença de distensão vesical (bexigoma), frequência, características da urina, disúria, incontinência e retenção urinária.
- Região vulvoperineal: observar alterações locais, coloração, presença

de edema, equimoses, hematoma, episiotomia, lacerações, presença de hemorroida.

- Lóquios: observar e registrar cor, odor, quantidade e aspecto.
- Membros inferiores (pés, pernas e coxas): observar presença de varizes, edema, alterações na temperatura e cor, sinais de flebite, aumento de sensibilidade e Sinal de Homans, que será positivo quando a puérpera manifestar dor na panturrilha ao ser flexionado o pé. A positividade indica trombose venosa profunda (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1985; BRASIL, 2006).

## Cuidados de rotina no pós-parto:

Dada a especificidade do período puerperal e de suas fases distintas, alguns cuidados de rotina, independentemente das particularidades individuais de cada puérpera, deverão ser priorizados nos planos de cuidados de enfermagem. Assim sendo, de acordo com o preconizado na literatura especializada, apresentamos a seguir os principais cuidados adotados como rotina nos diferentes períodos do puerpério.

## Processo de cuidar no puerpério imediato (1º ao 10º dia):

Nas primeiras horas que se seguem ao parto (48 a 72 horas), ou seja, durante o período de internação hospitalar, a mãe e o recém-nascido devem permanecer juntos no Sistema Alojamento Conjunto onde receberão toda a atenção e as orientações necessárias. Ao serem encaminhados do Centro Obstétrico para o Alojamento Conjunto, algumas informações referentes à puérpera devem ser obtidas pelo(a) enfermeiro(a) da unidade obstétrica. Tais informações incluem o tipo e a hora do parto, a analgesia, anestesia recebida, o volume da perda sanguínea, o tempo decorrido entre a ruptura das membranas e o parto, a episiotomia ou a laceração e qualquer outra intercorrência no parto (BURROUGHS, 1995).

Autores como Santos (2011a), Montenegro e Rezende Filho (2010), Ziegel e Cranley (1985) e Brasil (2006), afirmam que neste período o plano de enfermagem referente à assistência à puérpera deve incluir os seguintes cuidados:

- Verificar os sinais vitais (pulso, respiração, temperatura e pressão arterial), de 6/6 horas.
- Observar o estado das mucosas e hidratação. Estimular ingestão hídrica nas primeiras 48 horas.
- Encorajar a deambulação precoce (6 horas para parto vaginal e 12 horas para cesariana).

- Verificar altura do fundo uterino, observando sua consistência e localização, bem como as características da incisão operatória quando o parto for cesáreo.
- Inspeccionar diariamente o períneo e o estado dos genitais externos: condições de higiene, cicatrização da episiotomia/laceração, presença de edema, hematoma e sinais de inflamação.
- Observar continuamente e registrar lóquios: cor, odor, quantidade e aspecto.
- Fazer ou orientar para higiene vulvar e perineal com água corrente após as micções e evacuações.
- Avaliar continuamente o estado das mamas e mamilos: consistência, temperatura, sinais de apojadura, ingurgitamento, trauma mamilar, bloqueio de ductos, produção láctea, entre outros.
- Controlar micção, características da urina, volume, frequência e distúrbios urinários, especialmente nas primeiras 24 a 72 horas. Em caso de sonda vesical, observar cuidados com a mesma.
- Controlar e registrar diariamente a função intestinal: presença de peristaltismo, frequência e distúrbios no padrão de eliminação. Na ocorrência de hemorroida, observar tamanho, desconforto e sensibilidade.
- Observar continuamente membros inferiores, atentando para os sinais precoces de trombozes e flebites.
- Discutir com a puérpera os conceitos relacionados à alimentação e à higiene corporal;
- Avaliar o estado emocional da puérpera e sua aceitação da maternidade, procurando identificar o grau de interação com o recém-nascido e de integração familiar.
- Dar suporte emocional e ajuda prática.
- Identificar o grau de conhecimento da puérpera em relação aos cuidados com o recém-nascido: curativo do coto umbilical, banho, vestuário, alimentação e imunização.
- Respeitar a autonomia da mulher e sua liberdade de escolha.
- Ministrando medicamentos prescritos, observando efeitos colaterais e adversos. Em caso de fluidoterapia, realizar controle e cuidados para esta.

## O processo de cuidar no puerpério tardio (10<sup>o</sup> ao 45<sup>o</sup> dia) e puerpério remoto (45<sup>o</sup> dia em diante):

Autores como Santos (2011a), Montenegro e Rezende Filho (2010), Ziegel e Cranley (1985) e Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) indicam uma série de cuidados durante o período de internação ou por ocasião da alta, em que a puérpera deverá receber orientações sobre os cuidados a serem observados no puerpério tardio e remoto, tais como:

- Consulta pediátrica e puerperal entre o 7<sup>o</sup> e 10<sup>o</sup> dia.
- Observação das características fisiológicas e patológicas dos lóquios.
- Identificação de situações de risco ou intercorrências.
- Estado e cuidados com a episiorrafia e outras suturas.
- Higiene e alimentação.
- Exercícios físicos visando recuperar o tônus da musculatura abdominal e perineal.
- Retorno da atividade sexual em torno do 20<sup>o</sup> dia, informando sobre prevenção de DST/AIDS.
- Amamentação.
- Planejamento familiar, explicando como funciona o Método da Amenorreia Lactacional (LAM) ou ajudando na escolha de outro método.
- Prevenção do câncer de colo uterino e detecção precoce do câncer da mama.
- Imunização do bebê.
- Direitos da mulher trabalhadora/estudante/privada de liberdade, da criança e do adolescente.

## Consulta puerperal:

Alguns autores, como Brasil (2006) e Organização Panamericana de Saúde - OPAS (2004), indicam que a consulta puerperal deverá incluir as seguintes atividades:

- Realizar exame físico geral da puérpera.
- Realizar exame obstétrico: avaliação dos fenômenos puerperais involutivos (involução uterina e loqueação) e progressivo (lactação), inspeção da cicatriz perineal ou abdominal.

- Observar comportamento da mãe/pai em relação ao seu filho.
- Orientar a puérpera para completar a vacinação antitetânica no caso de ter iniciado tardiamente.
- Orientar sobre o planejamento familiar e os cuidados com o recém-nascido.



### *Palavra do profissional*

A consulta puerperal caracteriza-se como um importante momento da saúde da mulher e não somente da saúde materna, cabendo ao enfermeiro promover a conjugação desses dois campos de prática e de conhecimento no âmbito da ação profissional.

---



### *Saiba mais*

Para aprofundar seus conhecimentos acerca deste assunto, recomendamos a leitura do Manual técnico elaborado pelo Ministério da Saúde, acesse no link a seguir:

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré- Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)>.

---

## 1.3 Enfermagem no cuidado ao neonato e à família no Alojamento Conjunto

A transferência do recém-nascido com sua mãe para o Alojamento Conjunto ocorre quando o bebê encontra-se em condições clínicas favoráveis e com os sistemas estáveis.

Como já mencionado anteriormente, a equipe de enfermagem deverá estar preparada para receber juntamente com a mulher e o recém-nascido, a família, que é parte integrante deste momento.

A admissão no Alojamento Conjunto envolve abertura de prontuário específico para a mãe e para o bebê, conferência dos dados de identificação, checagem das prescrições médicas e de enfermagem efetivadas no Centro Obstétrico, bem como acomodação do bebê em berço próprio ao lado de sua mãe. Devem-se fazer as devidas apresentações entre as famílias que ocupam o mesmo quarto, bem como aos membros da equipe de saúde. É de extrema importância garantir o estabelecimento do vínculo entre a mulher/bebê e acompanhante e sempre que possível com os demais membros da família.

É importante que você tenha em mente os objetivos do cuidado de enfermagem ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Eles abordam:

- A diminuição da morbimortalidade infantil, com ênfase na neonatal.
- O incentivo ao aleitamento materno.
- A promoção e o fortalecimento dos vínculos familiares.
- Suporte para que os pais se sintam confiantes e seguros para o cuidado com o recém-nascido.
- Estímulo ao desenvolvimento de programas educativos individuais e coletivos.

---

É importante que os cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido estejam em consonância com a filosofia da instituição e com o Estatuto da Criança e do Adolescente. Além da base científica, o enfermeiro deverá utilizar a sensibilidade e a intuição. A utilização da metodologia da assistência de enfermagem preconizada pela instituição permite que se preste um cuidado sistematizado e individualizado.

---

Que cuidados devemos prestar diariamente ao neonato no Alojamento Conjunto?

Os cuidados que devem ser prestados diariamente pela Enfermagem ao recém-nascido no Alojamento Conjunto são os seguintes:

- Exame físico e de reflexos completo.
- Incentivo e apoio à amamentação.
- Proteção contra infecções.
- Avaliação e controle dos sinais vitais.
- Avaliação da perda ponderal.
- Controle das eliminações.
- Medidas de higiene e conforto.
- Cuidados com o coto umbilical.
- Avaliação de anormalidades e educação em saúde.



### *Palavra do profissional*

O exame físico e de reflexos completo encontra-se descrito na Unidade 2 do Módulo 7 – Enfermagem em saúde materna, neonatal e do lactente. O incentivo e apoio à amamentação você encontra na Unidade 5 deste Módulo. Siga em frente!

---

Os recém-nascidos, devido a sua vulnerabilidade, estão mais suscetíveis às infecções, podendo ser infectados por várias vias, incluindo os profissionais de saúde e os materiais e equipamentos utilizados para o seu cuidado.

Desta forma, a prevenção e o controle das infecções neonatais se mostram como um desafio para a equipe de saúde envolvida nos cuidados aos neonatos. Quando está no útero materno, o feto encontra-se protegido da flora microbiana do trato genital materno. Após a ruptura das membranas, a colonização normal do neonato e da placenta começa a se estabelecer, sendo que os mesmos continuam sendo colonizados quando em contato com a mãe e com os ambientes inanimado e animado, até que se estabeleça a flora normal endógena neonatal. Os fatores que podem contribuir para a aquisição desta flora são: a flora genital materna, a alimentação do neonato, o pessoal em contato com o neonato e o ambiente (PINHATA; NASCIMENTO, 2001).

Quando alimentado no peito materno e mantido em contato com a sua mãe, a pele e superfícies mucosas, incluindo nasofaringe, orofaringe, conjuntivas, cordão umbilical e genitália externa do recém-nascido, são colonizadas principalmente por *Streptococcus a-hemolítico*, *Staphylococcus coagulase-negativo*, lactobacilos e *Escherichia coli*. A colonização por *Cândida Albicans* e *Staphylococcus aureus* também pode ocorrer. Esta flora protege o recém-nascido contra microorganismos potencialmente patogênicos, como os bacilos gram-negativos. É importante salientar que recém-nascidos a termo, recebendo aleitamento natural, cuidados adequados e internados em Alojamento Conjunto raramente adquirem infecções pós-natais (PINHATA; NASCIMENTO, 2001).

Segundo os autores Pinhata e Nascimento (2001), Monticelli e Oliveira (2011), o risco para infecção em recém-nascidos envolve fatores intrínsecos e extrínsecos, observe os detalhes de cada um a seguir:

### **Intrínsecos**

- A idade gestacional, o gênero, o peso ao nascer, a presença e a gravidade de doença, o grau de desenvolvimento imunológico, a infecção materna, entre outros.

### **Extrínsecos**

- Procedimentos invasivos, tais como: sondagens, uso de cateteres, cânulas, drenos, etc.; o ambiente; a duração da permanência no hospital; os profissionais de saúde que podem infectar o neonato por meio das mãos ou por meio das vias aéreas; as soluções desinfetantes; os materiais utilizados que não são de uso individualizado, como termômetros, estetoscópios, fitas métricas; os outros recém-nascidos.

A pele do neonato, principalmente do pré-termo, é bastante susceptível às infecções, devido seu Ph alcalino e permeabilidade aumentada. O coto umbilical também pode ser facilmente colonizado por microorganismos patógenos, assim como o epitélio respiratório e gastrointestinal, devido à ausência da produção da imunoglobulina A secretora (PINHATA; NASCIMENTO, 2001; MONTICELLI, 2011).

Os sinais de infecção, embora inespecíficos, devem ser avaliados diariamente pela equipe de enfermagem, buscando garantir um cuidado individualizado e de qualidade. A enfermagem deve estar atenta para sinais como: retrações intercostais; gemidos expiratórios; alterações na frequência e no ritmo respiratório e circulatório; coloração cutânea pálida, cianosada ou marmórea; edema; perfusão periférica diminuída; hipo ou hipertermia; presença de vesículas ou pústulas; distensão abdominal; problemas com alimentação; vômitos; resíduos gástricos biliosos; hiperemia; alterações

nas fezes como diarreia, diminuição do número de evacuações ou presença de sangue oculto; irritabilidade; letargia; hipo ou hipertonia; tremores; convulsões; depressão ou abaulamento das fontanelas, entre outros.

O profissional de enfermagem deve promover educação em saúde no pré-natal, visando à redução das infecções em gestantes. Deve também promover a educação continuada para a equipe de enfermagem, orientando sobre: a importância de educar a família do recém-nascido sobre as medidas de higiene; os cuidados que o profissional deve ter consigo mesmo (higienização criteriosa das mãos e dos antebraços, antes e após prestar cuidados aos recém-nascidos; uso de cabelos presos; unhas cortadas; uso de roupas apropriadas; ausência de anéis, pulseiras, correntes, e outros adereços; realização de exames laboratoriais periódicos, uso de máscaras ou comunicação quando apresentar algum problema respiratório); o uso de material individualizado ou antisepsia rigorosa antes e depois da utilização de termômetros, estetoscópios, fitas métricas, entre outros; a limpeza e a desinfecção concorrente e terminal do ambiente no qual o recém-nascido está ou esteve internado; a atenção para que não haja superpopulação na unidade, mantendo cuidados redobrados para preservar a integridade da pele do neonato (MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011).

Em relação aos sinais vitais, no Alojamento Conjunto, o controle e a avaliação devem ser realizados no mínimo duas vezes ao dia.

No que diz respeito à respiração, sabemos que ao nascimento ela mantém-se em torno de 40 a 60mrpm quando o neonato encontra-se estável e em condições de vigília alerta ou dormindo, podendo chegar até 80mrpm quando em choro forte (KENNER, 2001). O tipo respiratório é abdominal com padrão *Cheyne-Stocks*, ou seja, uma respiração intercalada por períodos rápidos de hiperpneia, hipopneia ou apneias. Deve ser avaliada durante um minuto completo, pois os movimentos podem ser irregulares, arrítmicos, intermitentes e com maior alternância de profundidade (MONTICELLI, 2011).

Quanto ao pulso, utiliza-se a ausculta apical, com o auxílio de estetoscópio ao nível do quarto espaço intercostal, na linha hemiclavicular. O pulso também deve ser verificado durante um minuto completo, devido a sua irregularidade. Os recém-nascidos sem intercorrências mantêm seu pulso em torno de 110 a 160bpm. É preciso atentar para a presença de sopro sistólico, que pode estar presente ao nascimento devido ao não completo fechamento do forame oval (MONTICELLI, 2011).

A temperatura dos recém-nascidos geralmente se mantém entre 36° e 37°C, devendo ser verificada por via axilar.

A pressão arterial não é verificação de rotina em recém-nascidos, no entanto vale a pena reforçar que a pressão arterial normal em recém-nascidos a termo é de 75/50mmHg (WONG, 1999).

Outro cuidado de grande importância que deve ser realizado diariamente no Alojamento Conjunto é a pesagem do neonato, que deve ser aferida com o recém-nascido sem roupa, em balança digital protegida, previamente desinfetada e tarada. Os bebês a termo perdem cerca de 10% do seu peso de nascimento nos primeiros dias após o nascimento (mais ou menos até o quarto dia) recuperando-o em torno do décimo ou décimo quinto dia de vida. Esta perda ocorre devido à diminuição de fluidos corporais, à eliminação de mecônio e urina e à pequena ingestão de alimentos logo após o nascimento, obrigando o neonato a utilizar suas próprias reservas energéticas.

---

É importante orientar os familiares sobre a perda ponderal fisiológica, evitando desta forma o desmame precoce, pois, muitas vezes, eles podem considerar que o bebê está perdendo peso porque a amamentação não está sendo eficiente.

---

Em relação às eliminações, é importante observar a presença de regurgitações e vômitos, bem como se o bebê está urinando e evacuando normalmente. Os bebês amamentados ao seio evacuam em torno de duas a dez vezes por dia, enquanto os bebês que são alimentados por fórmula apresentam em média uma evacuação por dia. As primeiras fezes, eliminadas dentro das 48 horas após o nascimento, denominadas de mecônio, são pegajosas, intensamente coradas pela bile e consideradas estéreis. Entre o término da eliminação meconial e da eliminação permanente, encontramos as fezes de transição, que são amarronzadas e geralmente aparecem em torno do 2º dia de vida. As fezes permanentes ou lácteas são produto específico da degradação do leite ingerido pelo recém-nascido e apresentam-se amareladas e fétidas, sendo eliminadas de duas a cinco vezes por dia (MONTICELLI, 2011). A ausência de eliminação meconial nas primeiras 48 horas de vida sugere malformação anal ou intestinal (KENNER, 2001).

A eliminação urinária, logo após o nascimento, é escassa, porém, dentro de poucos dias, torna-se abundante, sendo que o neonato urina várias vezes por dia. A urina do recém-nascido é clara e de baixa densidade, no entanto, devido à imaturidade renal (filtração glomerular deficiente) pode apresentar cristais de urato, que dão uma cor avermelhada à urina (KENNER, 2001). Este fato, do ponto de vista clínico, não merece atenção específica. No entanto, os familiares devem ser orientados sobre a imaturidade renal, pois muitas vezes mostram-se ansiosos e preocupados.



### Palavra do profissional

Sempre observe e anote as informações sobre a eliminação urinária e vesical antes da alta hospitalar. Caso elas não tenham acontecido, o fato deve ser comunicado à equipe de saúde.

Ainda em relação às eliminações, nós devemos estar atentos à presença de regurgitações ou vômitos. Para Monticelli (2011), a regurgitação é a expulsão sem esforço do conteúdo gástrico ou esofágico pela boca, enquanto o vômito caracteriza-se por expulsão violenta e forçada do conteúdo estomacal acompanhado de contração do diafragma e da musculatura abdominal.



### Palavra do profissional

caso você observe a presença de vômito quando estiver atendendo ao recém-nascido, fique atento à presença de alguma anormalidade. No entanto, a regurgitação pode ocorrer devido ao neonato ter ingerido uma quantidade de leite superior a sua capacidade gástrica ou não ter sido posicionado para eructar. Independente disso, todas as eliminações devem ser avaliadas e anotadas, atentando-se para a cor, o odor, a quantidade, a consistência e a frequência.

As medidas de higiene e conforto envolvem o banho do recém-nascido e a troca frequente de fraldas. A técnica utilizada para o banho do neonato vai depender da rotina da instituição, podendo ser utilizada a técnica de banho de imersão ou de ducha, ou a limpeza da pele com panos umedecidos em água, sendo que a cabeça deve ser lavada e secada antes da lavagem do corpo, pois o neonato perde muito calor pela cabeça. Dar segurança ao recém-nascido ao colocá-lo na banheira é fundamental. O banho deve ser diário, sem rotina rígida quanto ao horário, observando-se as condições do neonato, bem como as condições climáticas. A temperatura da água do banho deve ser mantida em torno de 34° a 36°C, devendo ser medida com termômetro próprio para este fim, ou com o dorso da mão ou cotovelo. O local do banho deve estar protegido contra correntes de ar. Encoraje os pais a participarem da atividade para que se sintam seguros no momento do retorno ao lar.



O banho tem como objetivos remover as sujidades, proporcionar proteção cutânea, promover o relaxamento do neonato, estimular a circulação sanguínea e favorecer o vínculo (MONTICELLI, 2011).

---

Preferencialmente não utilize sabonetes, pois estes podem alterar o pH cutâneo, levando a ressecamentos ou fissuras na pele. Evite também o uso de lenços umedecidos e talcos (MONTICELLI, 2011).

---

Ao final do banho o neonato deve ser seco com delicadeza, utilizando-se toalha limpa e seca, atentando-se para a região das pregas, região perianal e coto umbilical.

As fraldas devem ser trocadas sempre que o neonato urinar ou evacuar. Limpar a região genital, nádegas, ânus e virilha com água morna de forma a remover resíduos de fezes ou urina, secando-a antes de colocar a fralda.

O coto umbilical deve ser limpo e seco diariamente no momento do banho e a cada troca de fraldas. Fazer antisepsia com álcool a 70% utilizando cotonete ou gaze. A antisepsia deve ser realizada na base e no coto propriamente dito, sendo que este deve permanecer descoberto. Não utilize gazes ou qualquer outro dispositivo para envolvê-lo.

Deve-se aproveitar o momento de limpeza e desinfecção do coto para avaliá-lo quanto ao aparecimento de sangramentos, sujidades, secreções, odor, irritação, entre outros.



### *Palavra do profissional*

Insira os pais nos cuidados com o coto umbilical, pois o seu manuseio muitas vezes é causa de medos, inseguranças e ansiedades. Orientar que a queda do coto umbilical se dá por volta do 7º dia, podendo ocorrer até o 10º dia, e que o importante é mantê-lo limpo, seco e sem infecções.

---

No Alojamento Conjunto não é muito comum o aparecimento de anormalidades no recém-nascido. No entanto, o enfermeiro deve estar atento a qualquer sinal de desconforto, irritação ou letargia, alteração nos sinais vitais, aparecimento de icterícia fisiológica, problemas com a amamentação, regurgitações ou vômitos, bem como as hipoglicemias

que são bastante comuns nos recém-nascidos. Os bebês pequenos para a idade gestacional, assim como os grandes para a idade gestacional devem sempre ser avaliados e triados em relação a hipoglicemia, por meio de punção capilar na face lateral interna ou externa da região posterior da planta do pé. De acordo com Almeida e Kopelman (1994), deve-se fazer uma verificação da glicose na primeira hora de vida, na segunda hora, na oitava e na décima quarta. Caso o neonato apresente-se sem sinais de hipoglicemia após estas avaliações, realize a punção a cada oito horas, até que o neonato complete 48 horas de vida.

---

Os índices glicêmicos considerados normais para o neonato são de 40 a 160mg/dl. Os sinais que podem ser indicadores de hipoglicemia no recém-nascido são: apatia ou irritabilidade, hipotonia, dificuldade na sucção, choro fraco ou anormal, tremores, convulsões ou episódios de cianose (MONTICELLI, 2011; WONG, 1999; KENNER, 2001).

---

A educação em saúde é uma das ferramentas básicas do(a) enfermeiro(a) e deve estar presente no Alojamento Conjunto, sendo norteadas por princípios de diversidade cultural e dialogicidade, proporcionando às mães e aos pais o desenvolvimento da “maternagem” e “paternagem” responsável e consciente.

Neste sentido, as famílias devem ser orientadas sobre os cuidados específicos com a saúde materna e neonatal no domicílio, que incluem: atenção ao vestuário, higiene, amamentação, sono, atividades, banho de sol, eliminações; avaliação dos sinais presumíveis de infecção e de anormalidades; avaliação do choro, da cor e temperatura da pele; profilaxia da dermatite amoniacal; necessidades afetivas e de imunização e avaliações de puericultura periódicas. Enfatize a importância da lavagem das mãos de todos os familiares que forem entrar em contato com o recém-nascido, bem como dos cuidados com infecções respiratórias.



### *Palavra do profissional*

Ao prestar educação em saúde para as famílias dos recém-nascidos, planeje que as orientações sejam dadas de forma que a família possa assimilá-las. É importante que a educação em saúde seja desenvolvida durante toda a internação e, sempre que possível, no domicílio por meio da visita domiciliar.

---

Lembre-se que cada recém-nascido e família são únicos e devem ser cuidados de forma individualizada, com respeito às características, às necessidades, às crenças e à cultura de cada família.

Embora as vantagens proporcionadas pelo Alojamento Conjunto sejam inúmeras e variadas, é preciso considerar que para isso acontecer deve haver uma predisposição por parte da equipe multiprofissional em interagir positivamente, proporcionando o acolhimento e o atendimento das necessidades da mulher e do seu recém-nascido.

Mesmo que as políticas públicas garantam a permanência do binômio mãe-filho no sistema de Alojamento Conjunto, sabe-se que é necessária, além de uma equipe preparada, uma estrutura física que garanta a permanência de ambos e permita também que o pai se constitua como uma figura igualmente importante neste processo.

Neste ponto, é importante refletirmos um pouco sobre o significado da convivência entre todos estes atores em prol da saúde do recém-nascido. A presença de tantas pessoas – a mãe, o pai, o bebê, os familiares e a equipe de saúde – gera, por vezes, situações em que é necessário redobrar os cuidados, a paciência e o apoio.

Nas unidades anteriores, você já deve ter se dado conta da multiplicidade de situações que podem ocorrer durante o processo de parto e nascimento. Muitas destas situações acabam sendo expressas durante o período vivenciado pela família no Alojamento Conjunto. Diferenças de opiniões, crenças, valores, expectativas, experiências anteriores da mãe, do pai e da família com os serviços de saúde culminam em momentos cuja capacidade de negociação do(a) enfermeiro(a) e da equipe de saúde é testada.

É importante lembrarmos que, por mais que haja dificuldades institucionais e operacionais para levar a cabo com toda a efetividade aquilo que a proposta do Alojamento Conjunto oferece, devemos priorizar a atenção à mulher e ao recém-nascido para garantir que este tenha as melhores oportunidades possíveis de desenvolvimento saudável.

Nós, como profissionais, devemos estar atentos ao padrão de comunicação da família e ao significado do nascimento daquele bebê. Considere relevantes os aspectos positivos presentes no comportamento da mãe em relação ao bebê, tanto quanto os do pai e os dos demais familiares. Identifique potencialidades que possam ser mobilizadas no cuidado ao recém-nascido. Garanta um aporte de informações adequadas ao momento que a família está vivendo. Identifique fragilidades que possam ser minoradas a partir de um acompanhamento interessado e sistematizado. Ofereça oportunidade para que os pais do bebê expressem suas dificuldades, suas dúvidas e seus sentimentos em relação à presença do novo membro da família. Coloque-se à disposição para esclarecer

as dúvidas e os questionamentos ou para consolidar informações e práticas ainda difíceis de serem executadas pelos pais.



### *Palavra do profissional*

Retorne aos conhecimentos presentes nas unidades anteriores a fim de buscar subsídios para a compreensão sobre o processo vivenciado pela mulher durante todo o processo da gestação e do parto.

---

De igual forma, tente tornar o processo de permanência no Alojamento Conjunto um momento importante de trocas e significativo no fortalecimento de todos, proporcionando a efetividade do que se entende por humanização e integralidade nas ações de cuidar. Lembre-se que o nascimento representa para a família novos desafios que estarão em paralelo com outras demandas requeridas dela. Neste sentido, a família necessitará de profissionais que possam apoiá-la e auxiliá-la nos aspectos saudáveis que o viver em família deve representar.



### *Saiba mais*

Para aprofundar seus conhecimentos sobre esse assunto, consulte o Guia para Profissionais da Saúde elaborado pelo MS brasileiro:

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde: cuidados no alojamento conjunto. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v. 4. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_recem\\_nascido\\_%20guia\\_profissionais\\_saude\\_v4.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v4.pdf)>

---

## 1.4 Resumo

Esta unidade abordou conteúdos considerados relevantes para o cuidado de enfermagem à mulher, ao recém-nascido e à família, no Sistema Alojamento Conjunto. Para fins didáticos, ela foi subdividida em duas partes: a primeira, em que foram abordados assuntos relacionados ao cuidado à mulher no Alojamento Conjunto, e a segunda, em que foram apresentados conteúdos referentes aos cuidados ao recém-nascido e à família no Alojamento Conjunto. Em ambas as partes, a ênfase especial é dada à importância do cuidado pautado nos princípios da humanização e nos conhecimentos técnico-científicos.

## 1.5 Fechamento

O cuidado à mulher, ao neonato e à família no Alojamento Conjunto requer, por parte do enfermeiro, um conjunto de habilidades e conhecimentos. Os conteúdos abordados nesta unidade oferecem subsídios para que o(a) enfermeiro(a) possa prestar um cuidado qualificado, baseado em evidências científicas.

## 1.6 Recomendação de leituras complementares:

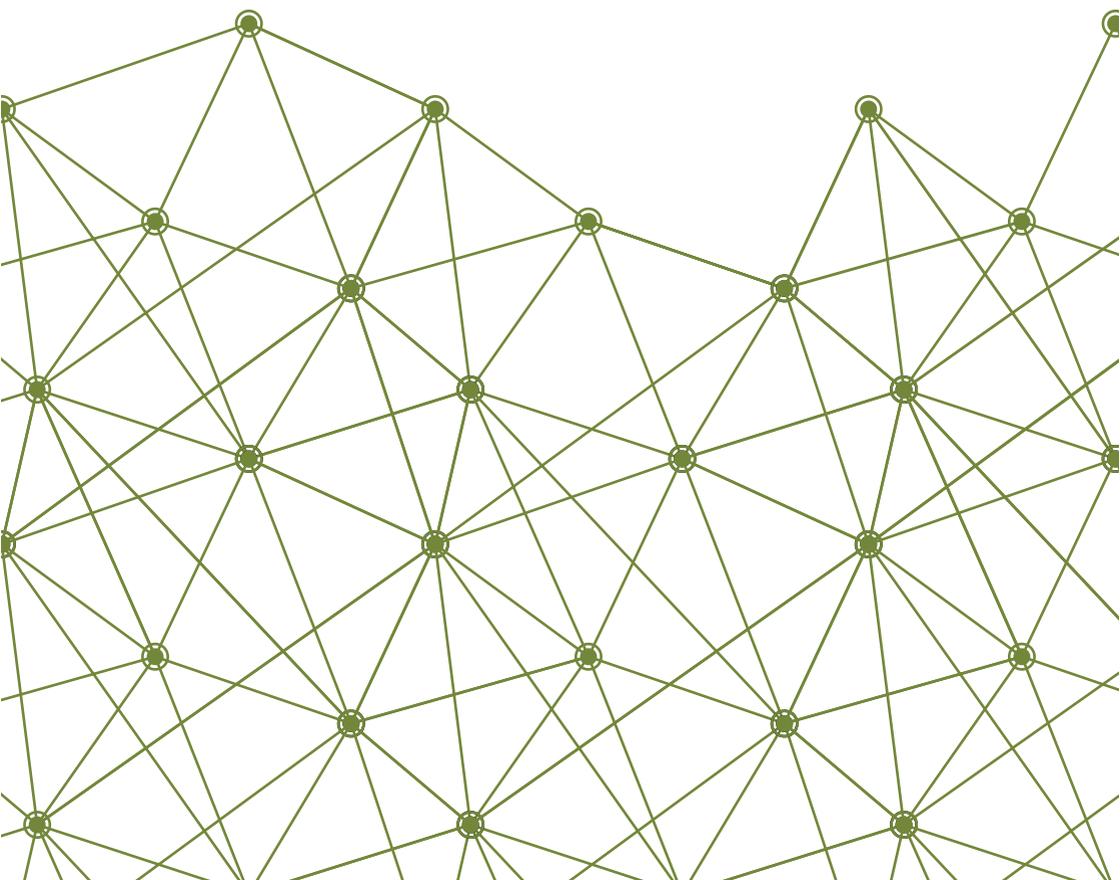
LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBACK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

OVERALL JUNIOR, J.; MIURA, E. **Neonatologia: princípios e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.



# UNIDADE 2



## Unidade 2 – Alterações fisiológicas e psicológicas da mulher no pós-parto

Ao término desta unidade, você deverá ser capaz de identificar as principais alterações fisiológicas e psicológicas da mulher no pós-parto e de relacionar os cuidados de enfermagem diante dessas alterações.

### 2.1 Introdução

A equipe de enfermagem deve estar atenta às alterações físicas e psicológicas da puérpera, a fim de identificar as condições esperadas e as condições inadequadas para prevenir e tratar no tempo certo as intercorrências puerperais imediatas ou futuras.

Esta unidade tem como propósito instrumentalizá-lo para realizar os cuidados de enfermagem necessários junto à mulher no pós-parto frente às principais alterações físicas e psicológicas que ocorrem no organismo materno.

### 2.2 Alterações fisiológicas da mulher no pós-parto

As alterações fisiológicas que ocorrem no organismo materno no pós-parto são comandadas por duas funções bem distintas denominadas de crise e recuperação genital. No que se refere à primeira, predominam a involução da musculatura uterina e da mucosa vaginal; quanto à segunda, assumem papel de destaque os processos regenerativos das mucosas uterina e vaginal (SANTOS, 2011a; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010).

Tais alterações, entretanto, não dão conta de reconstituir completamente o organismo materno, deixando em algumas situações sequelas irreversíveis, tais como:

- Destruição dos remanescentes do hímen.
- Alteração morfológica do orifício externo do colo uterino (fenda transversal).
- Soluções de continuidade diversas do canal vaginal.
- Estrias gravídicas.
- Relaxamento da musculatura abdominal e perineal.

## 2.2.1 Modificações locais

- **Vagina:** apresenta-se edemaciada, arroxeadada, congestionada e dilatada por aproximadamente três semanas. A partir daí, começa a reassumir a aparência do estado anterior à gestação, permanecendo algum relaxamento do tecido. Esse processo é lento e completa-se, embora não inteiramente, por volta de seis semanas após o parto. O epitélio vaginal mostra-se atrófico pela carência de estrogênio, alcançando sua regressão máxima em torno do 15o dia. Nas primíparas, observa-se a presença de lacerações dos remanescentes do hímen, que são chamadas de carúnculas mirtiformes. São assim denominadas porque se assemelham à forma de recortes de folhas de mirto (REZENDE, 1995; MELLO; NEME, 1995; BURROUGHS, 1995; ZIEGEL; CRANLEY, 1985).
- **Vulva:** logo após o parto apresenta-se edemaciada com apagamento dos pequenos lábios. É comum a ocorrência de pequenas rasgaduras especialmente na comissura inferior (REZENDE, 1995).
- **Colo uterino:** inicialmente apresenta-se flácido, violáceo, lacerado e com bordas distensíveis. Ao final de sete dias, o edema e essas lesões encontram-se reduzidos, porém a cérvix não retorna jamais à situação pré-gravídica. Seu orifício externo se altera morfológicamente, passando de uma abertura redonda e regular a outra com aspecto de fenda ligeiramente irregular e transversal (ZIEGEL; CRANLEY, 1985; REZENDE, 1995). O espaço existente no canal cervical logo após o parto possibilita a introdução de uma mão, após alguns dias, de dois dedos e ao término de uma semana, de apenas um dedo (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

## 2.2.2 Modificações gerais do puerpério

Além dos fenômenos puerperais e modificações locais já descritas, ocorrem importantes modificações sistêmicas no organismo materno, que abordaremos a seguir:

- **Estado geral:** nos primeiros dias de puerpério, dependendo do tipo de parto (fácil ou difícil, vaginal ou cesárea) e de outros fatores individuais, a mulher poderá experimentar alguns desconfortos físicos e emocionais. Poderá sentir-se extenuada pelo esforço dispendido, apresentar calafrios e sede nas primeiras horas após o parto, ter dificuldades para sentar e deambular e apresentar ainda outras alterações gerais que serão detalhadas mais adiante.

Em relação aos sinais vitais, algumas alterações específicas do período puerperal são observadas. A temperatura poderá elevar-se até 38°C, retornando ao normal em 24 horas. Tal fenômeno é justificado pela presença de soluções de continuidade no canal do parto, através das quais micro-organismos e soluções tóxicas locais invadem a circulação sanguínea materna nas primeiras 72 horas, sem que isso seja considerado a instalação de um quadro clínico infeccioso.

Em decorrência da frequente elevação da temperatura entre o 3o e o 4o dia de puerpério, quando ocorre a apoiadura, originou-se a crença da “febre do leite”, quase sempre sem fundamento. É nessa fase que ocorre uma grande proliferação de germes no canal vaginal, e sua ascensão à cavidade uterina provoca o aumento da temperatura.

A frequência do pulso está diminuída nos primeiros 6 a 8 dias de puerpério e é chamada de bradicardia puerperal (60 a 70bpm). Esta ocorre devido a uma diminuição das contrações cardíacas após o nascimento do bebê e à redução do leito vascular (SANTOS, 2011a; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

No que se refere ao peso corporal, em média, a puérpera perde cerca de 5 quilos logo após o parto (feto, placenta, líquido amniótico), havendo queda adicional de aproximadamente 3 quilos (involução uterina, loquiação, diurese, sudorese) entre o 7º e 10º dia (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010).

- **Sistema hematopoiético:** após o parto, ocorrem importantes alterações sanguíneas e plasmáticas no organismo materno (SANTOS, 2011a; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1985):
  - Declinação do volume sanguíneo em função do volume de sangramento provocado pela dequitação, retornando ao normal com cerca de seis semanas.
  - Diminuição do número de hemácias nos primeiros dias para se normalizar progressivamente.
  - Observação de leucocitose (15.000-20.000/mm<sup>3</sup>), retornando ao normal durante a primeira semana pós-parto.
  - Elevação das plaquetas nos 3 primeiros dias, retornando logo ao normal.
  - Queda da taxa de hemoglobina, que prossegue declinando.
  - Diminuição do hematócrito logo após o parto, retornando ao normal após o 5º dia.

- Elevação da hemossedimentação nos primeiros dias de puerpério, normalizando-se dentro de 3 a 5 semanas.
- Aumento da atividade fibrinolítica devido ao stress da parturição.
- Aumento, nas primeiras semanas após o parto, dos fatores de coagulação já presentes na gestação, o que predispõe à tromboflebite e à embolia.
- **Sistema urinário:** nas primeiras horas após o parto, há um aumento da capacidade da bexiga, mas sua sensibilidade à pressão exercida pela urina encontra-se diminuída. Ela apresenta-se edemaciada, hiperemiada e, em alguns casos, com petéquias e hemorragias submucosas. Observa-se também, ao exame cistoscópico, após parto vaginal, edema do trígono e atonia da musculatura da parede vesical, que poderão impedir o esvaziamento espontâneo da bexiga, provocando obstrução uretral e, conseqüentemente, dificuldade de micção e retenção urinária.

Em outras situações, as mulheres conseguem urinar, mas são incapazes de esvaziar completamente a bexiga, permanecendo urina residual. Como resultado do trauma do parto, o meato urinário e os tecidos subjacentes podem se apresentar edemaciados, irritados e traumatizados. Essas alterações, aliadas a outros fatores como a diminuição da sensibilidade pela anestesia e a dificuldade de urinar em posição horizontal, contribuem para a ocorrência da retenção urinária, que, quando presente, expõe à mulher a um alto risco de infecção do sistema urinário.

A incontinência urinária não é muito frequente, todavia pode ocorrer nos primeiros dias de puerpério, desaparecendo em seguida. É causada principalmente pela atonia esfíncteriana ou por lacerações traumáticas. De modo geral, a função ureteral volta ao normal dentro de seis a doze semanas (SANTOS, 2011a; ZIEGEL; CRANLEY, 1985; HENTSCHEL; BRIETZKE, 2006).

- **Sistema respiratório:** após o parto, em conseqüência do esvaziamento uterino, ocorre a descompressão do diafragma, provocando o desaparecimento da dificuldade respiratória e a mudança do tipo respiratório, passando de costal superior para toracoabdominal (SANTOS, 2011a; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010).
- **Sistema tegumentar:** com frequência, ocorre queda de cabelos, sudorese e enfraquecimento das unhas, estas tornam-se quebradiças. A hiperpigmentação da face (cloasma gravídico), do abdome (linha *nigra*) e da mama (aréola secundária) sofre redução gradativa, mas, às vezes, poderá ser de duração longa. Resultantes da gravidez recente, as estrias de coloração violácea permanecem, porém, sua tonalidade é alterada para o aspecto perolado, esbranquiçado.

- Sistema endócrino: uma vez expulsa a placenta, se deflagra uma queda brusca das concentrações circulantes dos hormônios que lhe são atribuídos, especialmente no que se refere ao estrogênio e à progesterona. A diminuição, em quantidades consideráveis, dos níveis plasmáticos de estradiol e de progesterona permite a manifestação completa da ação lactogênica da prolactina e da ocitocina, cuja secreção, acrescida dos hormônios corticoides, é fundamental para a produção e a ejeção láctea.

---

O restabelecimento dos ciclos menstruais se dá em função dessas alterações hormonais. Nas mulheres não lactantes, este restabelecimento ocorre em aproximadamente 6 semanas após o parto, nas lactantes, este período é variável, dependendo da frequência e da duração do estímulo da sucção ou da ordenha manual (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010).

---

- **Sistema digestivo:** logo após o parto, com o esvaziamento do útero, o estômago, o intestino delgado e o cólon retornam à posição anatômica normal, favorecendo o esvaziamento mais rápido do estômago e a normalização das funções gastrointestinais. Mesmo assim, neste período é frequente a ocorrência da obstipação intestinal causada principalmente pela(o):
  - Morosidade intestinal estabelecida durante a gestação.
  - Súbita perda da pressão intra-abdominal.
  - Diminuição da motilidade gastrointestinal pelo uso de analgesia ou anestesia usada durante o parto.
  - Relaxamento ou flacidez da musculatura abdominoperineal.
  - Repouso físico relativo e dieta da puérpera.
  - Medo da puérpera de romper os pontos ou de sentir dor ao evacuar.
  - Presença de hemorroidas (veias varicosas no reto), decorrentes do esforço distendido no período expulsivo.

---

Além das alterações supra mencionadas, é importante destacar que os edemas gengivais, algumas vezes presentes na gravidez, também regredem em alguns dias após o parto (SANTOS, 2011a; ZIEGEL; CRANLEY, 1985; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010).

---

## 2.3 Alterações psicológicas da mulher no pós-parto

Como vimos em unidades anteriores, no período da gravidez e do parto, a mulher experimenta uma série de alterações fisiológicas, sejam elas de natureza física ou psicológica.

Na gestação, as preocupações estão presentes desde o momento em que é confirmada a gravidez. Diante do resultado positivo, é disparado um turbilhão de emoções. Raras são as mulheres que escapam de um estado de espírito muito peculiar. Para aquelas que desejavam a gravidez, há um sentimento de bem-estar consigo mesmas e a alegria de ver seu desejo concretizado. Toda a sua atenção e a de sua família estão centradas na gestação. Esta alegria, entretanto, é quase sempre acompanhada de sentimentos ambíguos, como o medo de sua capacidade de ser mãe, de sua gravidez não ocorrer dentro dos padrões normais, de abortar; há também expectativas sobre como será o parto e; preocupações relacionadas ao seu filho, tais como: Será que ele vai ser perfeito? E se tiver alguma malformação? Saberei cuidar bem dele? Conseguirei amamentá-lo? Enfim, estas e tantas outras preocupações acompanham a mulher durante todo o período da gestação. Se você já passou por esta experiência, deve lembrar muito bem e compreender, sentir e saber do que estamos tratando.

Terminada a gestação com o evento do parto, mais uma vez, a mulher é invadida por sentimentos ambíguos de alegria e medo, dor, cansaço, labilidade emocional em decorrência das alterações hormonais que se fazem presentes no momento do parto e no pós-parto imediato, bem como do novo papel social que lhe é atribuído – o de ser mãe.

O bebê agora já está em seus braços, e inicia-se uma nova fase do processo. Importantes alterações físicas e psicológicas ocorrem no organismo materno, mas agora assumem novas características. O bem-estar psicológico da mulher, decorrente de ocupar o centro de atenções durante a gestação e o parto, sofre, muitas vezes, no pós-parto, uma diminuição significativa, uma vez que ela deixa de ser o foco da atenção e este, agora, desloca-se para o bebê. Concomitante a isso, as modificações gerais e locais, os fenômenos puerperais que ocorrem no organismo materno, comandados por um verdadeiro bombardeio hormonal, já comentado anteriormente, vão determinar alterações psicológicas importantes no puerpério.

Tais alterações psicológicas são originadas de sentimentos conflituosos da mulher em relação a todo o contexto, de seus sentimentos e suas percepções em relação a ser mãe, ao bebê, ao companheiro, a si mesma e também como filha de sua própria mãe. Outros fatores relacionados às condições da gestação, ao parto, à situação social e familiar da mulher podem gerar sobrecarga e desencadear alterações.

---

A amamentação, fenômeno progressivo do puerpério, em alguns casos, suscita na mulher várias preocupações gerando medo e insegurança, tais como: Será que vou conseguir amamentar meu filho? Será que terei leite suficiente? E minhas mamas? Será que a amamentação afetará sua estética?

No campo da sexualidade, as alterações também são significativas, pois há necessidade de reorganização e redirecionamento do desejo sexual, levando-se em conta as exigências do bebê, as mudanças físicas decorrentes do parto e da amamentação (BRASIL, 2006).

Para alguns estudiosos, o puerpério é um período de risco psiquiátrico aumentado no ciclo de vida da mulher, necessitando de atenção especial para se intervir terapêuticamente, preventivamente e pedagogicamente com a puérpera no Alojamento Conjunto para manter ou recuperar o bem-estar e prevenir dificuldades para si e seu filho. A intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da mulher (MALDONADO, 1997, 2000; MACEDO, 2002; NEME, 2002). Tais alterações incluem a depressão pós-parto (DPP), que pode ser iniciada ou precipitada pelo parto e difere entre si principalmente pelo grau de severidade. Ela está dividida em tristeza ou melancolia pós-parto (baby blues), psicose pós-parto e depressão pós-parto (ROCHA, 1999).

## Baby blues

Também conhecida como melancolia do pós-parto é a forma mais frequente de depressão e acomete cerca de 50 a 70% das puérperas. É considerada como um estado depressivo mais brando, transitório, que surge em geral no terceiro dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas. Tem como principais características: tristeza, fragilidade, irritabilidade, alterações do humor, choro fácil, fadiga, falta de confiança da mulher em si própria, dificuldade de concentração, sentimentos de incapacidade, insônia e ansiedade. Tem como fatores causais a grande variação nos níveis de hormônios sexuais (estrogênio e progesterona) circulantes e uma alteração

no metabolismo das catecolaminas, que causa alteração no humor, podendo contribuir para a instalação do quadro depressivo (RODHE, 1996). Estudos evidenciam que esse quadro é considerado normal e essencial para o alívio da ansiedade após o parto, apresentando-se de uma forma leve e de prognóstico benigno (ROCHA, 1999; RODHE, 1996; BRASIL, 2006).

## Psicose Puerperal

É considerada como o mais grave e dramático transtorno psiquiátrico do pós-parto. Ocorre em cerca de um a dois partos a cada mil partos. Os sintomas surgem nos três primeiros meses pós-parto e são mais intensos e duradouros, com episódios psicóticos, necessitando de acompanhamento psicológico e internação hospitalar (RODHE, 1996).

## Depressão pós-parto

É um episódio depressivo e não psicótico, que, muitas vezes, pode não ser identificado e pode até ser ignorado pelos profissionais da saúde por ter o início menos agressivo. De acordo com Rocha (1999), Lopez e Pedalini (1999) e Silva et al. (1998), tem uma alta incidência, afetando de 10% a 15% das mulheres em geral. Trata-se, portanto, de um quadro depressivo com uma alta incidência e que pode trazer sérias consequências, tanto para as mães como para as crianças. Caracteriza-se por apresentar os seguintes sintomas: humor disfórico, distúrbio do sono, modificação do apetite, fadiga, culpa excessiva e pensamentos suicidas. O tratamento deve ser psicológico e medicamentoso, pois os sintomas podem persistir por até um ano.

Em todas as situações mencionadas, o(a) enfermeiro(a) exerce papel relevante, especialmente no que se refere à identificação imediata dos sintomas e à agilidade do cuidado das intercorrências maternas, auxiliando na prevenção e na diminuição dos riscos para a saúde da mãe e do seu filho.



### *Palavra do profissional*

É imprescindível que você esteja atento aos sintomas que se configurem como mais graves e que ultrapassem as fronteiras da normalidade características do puerpério. Leve em conta a importância do acompanhamento no pós-parto imediato e puerpério, prestando o apoio necessário à mulher no seu processo de reorganização psíquica quanto ao vínculo com o seu bebê, seu companheiro e seus familiares, nas mudanças corporais e na retomada do planejamento familiar (BRASIL, 2006).

---

## 2.4 Resumo

Os conhecimentos científicos acerca das alterações físicas que ocorrem no organismo materno no período puerperal já estão bem estabelecidos e têm fornecido subsídios valiosos aos enfermeiros e demais profissionais da saúde que atuam na área, permitindo-lhes uma prática de cuidado que gera um estado de maior confiança na mulher. Entretanto, as condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes. Elas necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que se fazem presentes no período puerperal. Assim, nesta unidade, abordamos conteúdos relacionados com as alterações físicas e psicológicas que ocorrem no organismo materno no período puerperal.

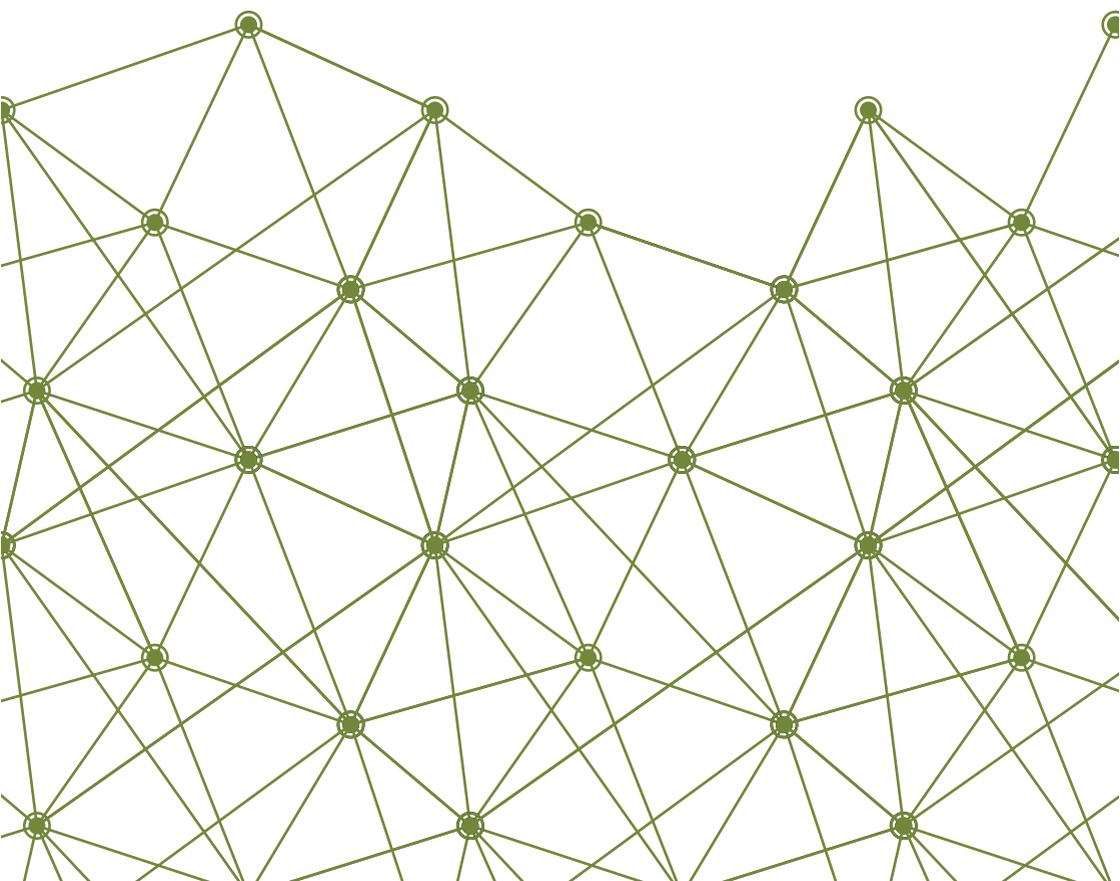
## 2.5 Fechamento

Esta unidade trouxe subsídios acerca das principais alterações físicas e psicológicas no organismo materno no pós-parto com vistas a instrumentalizar o enfermeiro a relacioná-las aos cuidados de enfermagem diante dessas alterações. Destacamos a importância do papel do(a) enfermeiro(a) no reconhecimento das referidas alterações, como forma de diminuir os riscos para a saúde do binômio mãe e filho e garantir uma assistência de qualidade.

## 2.6 Recomendação de leitura complementar

HIGUTI, P. C. P.; CAPOCCI, P. O. Depressão pós-parto. **Rev. Enferm. UNISA**, v. 4, p. 46-50, 2003.

# UNIDADE 3



## Unidade 3 – Alterações fisiológicas do neonato

Ao final dessa unidade, você deverá ser capaz de realizar a avaliação clínica do recém-nascido em Alojamento Conjunto; identificar as alterações fisiológicas do recém-nascido em Alojamento Conjunto e; determinar e executar as ações de enfermagem.

### 3.1 Introdução

No módulo anterior, você identificou os principais aspectos a serem abordados durante o exame físico do recém-nascido no momento do nascimento e discorreremos acerca da importância da realização deste procedimento no sentido cefalocaudal. Também é possível que a avaliação seja realizada baseando-se nas necessidades humanas básicas, porém, é primordial que ao realizar o exame físico nenhum segmento a ser avaliado seja esquecido.

Agora, no Alojamento Conjunto, algumas especificidades do recém-nascido poderão ser observadas, além do exame geral (semelhante ao realizado no momento do nascimento). Portanto, abordaremos tais diferenciais, que serão importantes ferramentas para você no planejamento da assistência de enfermagem.

Entretanto, não se deve esquecer que o exame físico sempre deverá ser completo. Em alguns momentos desta unidade, você será remetido ao conteúdo do módulo anterior, reforçando, desta forma, seu conhecimento para a atuação junto ao recém-nascido em Alojamento Conjunto.

Esta unidade tem como propósito instrumentalizar o enfermeiro para realizar os cuidados de enfermagem necessários junto ao recém-nascido no Alojamento Conjunto frente às alterações que são esperadas após o nascimento.

## 3.2 Avaliação clínica do recém-nascido em Alojamento Conjunto

O nascimento de um bebê é um momento de grandes desafios, envolvendo sua adaptação à vida extrauterina e alterações em seu sistema cardiorrespiratório. Como apontado anteriormente, caso a puérpera e o recém-nascido apresentem-se clinicamente estáveis, ambos deverão ser encaminhados ao Alojamento Conjunto.

Mesmo após o nascimento, alguns aspectos devem ser observados para a garantia de uma efetiva adaptação, entre eles: a respiração, a temperatura, a coloração da pele (BRASIL, 2011c). Uma efetiva avaliação clínica, realizada pelo enfermeiro no Alojamento Conjunto, permite a identificação de aspectos fisiológicos (esperados para o recém-nascido) e de possíveis alterações nos padrões de normalidade, com consequente planejamento adequado da assistência ao recém-nascido.

### 3.2.1 Exame físico do recém-nascido em Alojamento Conjunto

No Alojamento Conjunto, o exame físico do recém-nascido deverá ser realizado na presença da mãe ou de familiar para, deste modo, reforçar a interação com a equipe de saúde (BRASIL, 2011b; 2011c).

Recomenda-se, preferencialmente, que esta avaliação seja realizada antes do recém-nascido completar 12 horas de vida (BRASIL, 2011b; 2011c), de modo que quando detectadas intercorrências, uma pronta intervenção seja feita.

---

O exame físico do recém-nascido deve ser feito diariamente na unidade de Alojamento Conjunto; exames laboratoriais e análise do prontuário também auxiliam na obtenção de informações relevantes para o planejamento de cuidados. Retome os conhecimentos da semiótica (inspeção, palpação, percussão e ausculta) descritas no módulo anterior.

---

Materiais necessários para a realização do exame físico do recém-nascido em Alojamento Conjunto:

- Régua antropométrica.
- Fita métrica.
- Balança.

- Estetoscópio com diafragma neonatal.
- Termômetro.
- Lanterna.

Do mesmo modo que descrevemos no módulo anterior, você iniciará o exame físico do geral para o específico, respeitando as condições do bebê e atentando para as oportunidades de obter as informações necessárias para uma avaliação completa.

As mãos devem ser higienizadas e a assepsia dos instrumentais a serem utilizados deve ser realizada, lembrando sempre de aquecê-los antes de tocar o recém-nascido. Os movimentos devem ser delicados, o tom de voz deve ser suave e o contato visual deve ser mantido nesse momento.



### *Palavra do profissional*

A interação com o recém-nascido durante a realização do exame físico deve acontecer de modo a respeitar o estado de sono e vigília dele, iniciando a avaliação pela inspeção e ausculta cardíaca e respiratória. Gradativamente, o bebê deverá ser despido, atentando-se para a temperatura do ambiente e do recém-nascido. Um local claro e iluminado oferece maior facilidade para a identificação de alterações clínicas no bebê.

---

Um recém-nascido dormindo, calmo, oferece uma oportunidade importante para o início do exame físico. Sem interromper o sono, é possível aferir as frequências cardíacas e respiratórias, nesse momento a temperatura também pode ser verificada.

---

Lembre-se que as aferições das frequências cardíaca e respiratória com o recém-nascido chorando não são fidedignas e seu significado clínico não poderá ser avaliado.

---

Quando falamos sobre oportunidades para realização da avaliação do recém-nascido, tomamos como exemplo a abertura de boca e ocular espontânea. Assim, não se faz necessário forçar sua abertura e tais estruturas podem ser avaliadas adequadamente.

O choro intenso do recém-nascido pode atrapalhar o exame físico; nesse sentido, recomenda-se que o bebê seja confortado e que seja investigada a causa de um choro prolongado (BRASIL, 2011b; 2011c).

Ao observar o recém-nascido no exame geral, você deverá inspecionar forma, simetria, malformações, escavações, abaulamentos, expansibilidade e mobilidade. Presença de secreção em vias aéreas superiores, padrão respiratório (frequência respiratória aferida por 1 minuto completo) e ausculta pulmonar deverão ser avaliados nesse momento.



### Palavra do profissional

Quando você achar necessário, busque dados complementares (ex.: saturação de oxigênio, gasometria arterial, raios-X), para uma melhor avaliação do recém-nascido.

A ausculta da frequência cardíaca no recém-nascido é melhor realizada mediante verificação do pulso apical, também aferida por 1 minuto completo. É preciso atentar para a presença de sopros (HOCKENBERRY, 2006).

Ao verificar a temperatura do recém-nascido, inspecione sinais de **hipotermia** e de **hipertermia** e verifique a temperatura axilar utilizando preferencialmente termômetro eletrônico, por ser inquebrável, após ter feito assepsia deste com álcool a 70% (BRASIL, 2002).

**Hipotermia:** temperatura axilar <36°C, palidez com cianose central, sucção débil, resposta diminuída aos estímulos, bradicardia, respiração lenta e irregular.

**Hipertermia:** temperatura >37,5°C, vasodilatação, recém-nascido hipercoreado, extremidades quentes.

Na inspeção geral é possível observar a pele com relação à cor, à textura, ao turgor; presença de lanugem, cabelos e unhas, olhos (simetria, distância entre eles, forma, presença de secreção, hiperemia, coloração das conjuntivas, escleróticas e mucosas, posicionamento das fendas palpebrais, edema de pálpebras, movimentação dos globos oculares). Com relação aos olhos, podem ser observadas a presença de estrabismo ocasional (olhos que se cruzam) e nistagmo leve (movimentos oculares involuntários) (ORSHAN, 2010).

Orelhas e ouvidos são inspecionados com relação à simetria, forma e coloração, implantação, presença de secreção, hiperemia; nariz (forma; tamanho; localização; permeabilidade; presença de secreções); boca (localização; aspecto e coloração dos lábios e da região perioral; saliva;

integridade da mucosa e palato); pescoço (mobilidade; controle da cabeça; hiperextensão; gânglios; torcicolo congênito; presença de secreção, edema, hiperemia) (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010).

Na cabeça, verifique ainda: perímetro cefálico, fontanelas, suturas, presença de toco traumatismos (céfalo-hematoma, bossa serossanguinolenta, amoldamento craniano). É importante também identificar nesse momento a presença de secreção ocular, que pode ser devido à instilação de nitrato de prata 1% em sala de parto (conjuntivite química). A hipossalivação é característica no recém-nascido (HOCKENBERRY, 2006); alterações devem ser acompanhadas de uma avaliação mais cuidadosa.

Inspecione o tórax e o abdome, atentando para turgor da pele, forma do abdome (semigloboso, globoso, plano, escavado ou distendido) e alterações na pele (coloração da pele, manchas ou sinais). Palpe as clavículas (identificação de fraturas ao nascimento). Inspecione as mamas (número, simetria, secreção, tecido areolar, integridade, nódulos) e verifique a presença de ingurgitamento (em decorrência de hormônios maternos). Palpe o pulso braquial (ORSHAN, 2010).

Verifique o coto umbilical quanto à presença de sinais flogísticos, secreção, sangramentos e estado de mumificação do mesmo (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010). Realize a ausculta do abdome, verificando a presença de ruídos e a motilidade intestinal.

---

Perímetro torácico e circunferência abdominal são verificados nesse momento. Retome o conteúdo descrito no Módulo VII.

---

Com relação à genitália masculina, inspecione a integridade da pele e mucosa; a presença de edema, secreção e esmegma; o comprimento do pênis; o orifício uretral; o prepúcio; a presença de hérnias, hidrocele, fimose; a presença de episódios de ereção, reflexo cremastérico. Palpe os testículos (na bolsa escrotal ou canal inguinal). Na genitália feminina, verifique a integridade da pele e da mucosa, a presença de edema (comum nessa idade), a secreção mucoide ou secreção com sangue (*pseudomenstruação* – devido a hormônios maternos), o tamanho do clitóris (normalmente aumentado), o orifício da vagina e o meato urinário (difícil visualização) (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010). Verifique ainda a presença de hérnias inguinais.

Inspecione o ânus pérvio (presença, frequência e quantidade de mecônio). Ausculte ruídos intestinais hidroaéreos; palpe abdome e verifique a presença de massas abdominais. Verifique também a presença de urina

(frequência, quantidade e característica). Palpe os pulsos femorais bilateralmente (ORSHAN, 2010).

Mesmo que a observação tenha sido utilizada no início do exame físico, ela não pode ser considerada como uma técnica isolada. Ela se constitui em importante aliada no decorrer da avaliação do recém-nascido, uma vez que observações das reações deste ocorrem durante todo o exame físico (ORSHAN, 2010).

A avaliação do estado comportamental do recém-nascido nos permite mensurar a resposta deste aos estímulos externos e a interpretação de mudanças fisiológicas e comportamentais. Investiga-se o estado do recém-nascido para avaliar sua capacidade para controlá-lo, de ir de um estado a outro com tranquilidade e de manter sua condição alerta (ORSHAN, 2010).

Nesse sentido, observa-se o estado do sono no recém-nascido (sono profundo, sono ativo) e o estado de alerta (sonolento, alerta quieto, alerta ativo e choro) (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010); sinais de estresse (inconsolabilidade, irritabilidade, sono difuso, choro).



### Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos acerca deste assunto, consulte o documento - Brazelton - Escala de Avaliação Comportamental Neonatal no site da Sociedade Brasileira de Pediatria, disponível em: <[http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=24&id\\_detalhe=322&tipo\\_detalhe=s](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=322&tipo_detalhe=s)>.

---

É importante destacar que recém-nascidos a termo e hígidos apresentam facilidade em ir de um estado a outro e de demonstrar um padrão único e organizado de controle (ORSHAN, 2010).

---

Na continuidade do exame físico, inspecione as capacidades sensoriais do recém-nascido, como a **visão** (responde a estímulos visuais, capacidade de fixar um objeto e seguir seu movimento, com até 6,5cm de distância) (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010). Os recém-nascidos preferem objetos com grandes contrastes ou contornos bem definidos, de 20 a 30cm de distância. Com relação à **audição**, verifique respostas a estímulos auditivos

(o recém-nascido direciona a cabeça em reação à voz), reagindo de forma negativa a ruídos altos e perturbadores (ORSHAN, 2010).

Segundo Orshan (2010), o **olfato** pode ser avaliado, uma vez que recém-nascidos apresentam este sentido muito bem desenvolvido e são capazes de detectar e identificar vários odores fazendo caretas ou se assustando frente a odores fortes. Avalia-se também o **tato**, mediante o toque suave no recém-nascido e sua reação; esta capacidade sensorial já está bem desenvolvida ao nascimento. Com relação ao **paladar**, o recém-nascido a termo apresenta completo desenvolvimento dessa capacidade ao nascimento, ele consegue distinguir gostos diferentes (por exemplo, prefere água com glicose à água esterilizada) (ORSHAN, 2010).

Realize avaliação motora (tônus e postura) e avaliação de movimentos (qualidade, amplitude, variabilidade e simetria). Verifique ainda a presença de reflexos (moro, preensão palmar e plantar, marcha, Babinski, procura, sucção e vômito) (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010) e a presença e a frequência de tremores.

Para finalizar, verifique a relação mãe-filho, como o apego, as reações do bebê frente aos cuidados maternos, durante o aleitamento materno, a interação da mãe com o bebê (conversa, toque).

Procuramos, até o momento, delinear ao máximo o que deve ser apreendido para a realização do exame físico do recém-nascido em Alojamento Conjunto.



### *Saiba mais*

Como complemento de conhecimento, sugerimos que você acesse o link a seguir sobre o exame físico no recém-nascido pré-termo, uma vez que será possível que você ofereça cuidados de enfermagem a essa clientela em sua prática profissional no Alojamento Conjunto. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/ssrnpt>>

---

Grande parte das modificações que acontecem ao recém-nascido foi discutida no módulo anterior (se necessário, retome a leitura do conteúdo). A seguir, apresentaremos adaptações fisiológicas do recém-nascido da vida intrauterina para vida extrauterina. Abordaremos conteúdos referentes à termorregulação, à taquipneia transitória do recém-nascido e ao metabolismo da bilirrubina (e como decorrência, a icterícia fisiológica).

## 3.2.2 Termorregulação do recém-nascido

A termorregulação é uma necessidade crucial do recém-nascido logo após o nascimento e durante o período de Alojamento Conjunto. O ambiente uterino fornecia ao feto uma temperatura 0,5°C a 1°C acima da temperatura materna (BRASIL, 2011c; ORSHAN, 2010) e ao nascer, ele pode perder calor por **evaporação** ou por **convecção** (ORSHAN, 2010).

Manter a temperatura corporal adequada é condição fundamental à sobrevivência do recém-nascido. É preciso considerar a grande superfície corporal e a pequena quantidade de tecido subcutâneo isolante como facilitadores da vulnerabilidade do recém-nascido para a perda de calor; vulnerabilidade que aumenta à medida que diminui a idade gestacional ao nascimento (ORSHAN, 2010).

*Perder calor por **evaporação** ocorre na transição do ambiente úmido para ambiente seco (reveja o conteúdo do módulo anterior) e perder calor por **convecção** é o calor perdido do corpo do recém-nascido para o ar ao redor dele.*

Diferentemente do adulto, que produz calor através do tremor, o recém-nascido produz calor através da termogênese sem calor, ou seja, mediante aumento do metabolismo e do consumo de oxigênio (HOCKENBERRY, 2006).



### Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto, consulte o documento Controle térmico e mecanismos de perda de calor no período neonatal. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/63165074/RN-prematuro>>.

O profissional de enfermagem deve manter o recém-nascido aquecido nas primeiras horas de vida para auxiliar o equilíbrio entre a produção de calor e a conservação deste pelo bebê.

Outra ação importante do enfermeiro é viabilizar um ambiente termo neutro ao recém-nascido (minimizando a produção de calor e o consumo de oxigênio), isto favorece a manutenção da temperatura do bebê sem a necessidade de dispor de mecanismos fisiológicos que aumentem a taxa metabólica e o consumo de oxigênio (ORSHAN, 2010). A faixa de normalidade da temperatura axilar do recém-nascido é definida pela Organização Mundial de Saúde entre 36,5°C e 37,0°C (BRASIL, 2011b; 2011c).

Como consequências do estresse em decorrência de temperaturas menores que 36,0°C, estão a hipóxia, a acidose metabólica e a hipoglicemia. O aumento do metabolismo acontece em resposta ao resfriamento, gerando um aumento compensatório do consumo de oxigênio e de calor. Se o oxigênio disponível não for aumentado para poder suprir essas necessidades, haverá diminuição da tensão arterial de oxigênio, levando a uma menor quantidade de oxigênio no sangue (HOCKENBERRY, 2006).

---

Para evitar perda de temperatura, os recém-nascidos devem ser mantidos vestidos e protegidos com cobertores ou mantas e; ao realizar a avaliação clínica, os bebês devem ser despidos de acordo com a área/segmento a ser avaliado.

---

Para casos específicos (prematuridade, instabilidade térmica persistente), existem outros métodos que possibilitam a manutenção de um ambiente térmico neutro para o recém-nascido, como os aquecedores ao lado do berço, o Método Canguru, como também o uso de incubadoras e os berços aquecidos. Estes últimos são utilizados em unidades neonatais e não em Alojamento Conjunto, pois requerem acompanhamento mais próximo da equipe de saúde (monitorização frequente).

É importante destacar que os dispositivos mecânicos (aquecedores ao lado do berço, incubadoras e berços aquecidos) necessitam de avaliação constante do enfermeiro, identificando-se riscos e necessidades do recém-nascido.

### 3.2.3 Taquipneia transitória do recém-nascido

A taquipneia transitória do recém-nascido (TTRN), também conhecida como Síndrome do Pulmão Úmido, ocorre devido à retenção de fluido pulmonar fetal (retardo de absorção do líquido pulmonar) (BRASIL, 2011b; 2011c).

Quando o recém-nascido realiza os primeiros movimentos respiratórios, ocorre a entrada de ar nos pulmões e, ao mesmo tempo, a saída do fluido pulmonar que, na vida fetal, estava circulando dentro dos pulmões. Há estimativa de que cerca de 70% do líquido seja reabsorvido antes do nascimento e de que sejam eliminados de 5 a 10% do líquido durante a passagem pelo canal de parto; o que resta, os vasos linfáticos e capilares pulmonares absorvem nas primeiras horas de vida (BRASIL, 2011b; 2011c).

Quando esses fluidos não saem totalmente dos pulmões, causam alterações metabólicas, levando à diminuição da complacência do pulmão e ao aumento da resistência das vias aéreas (ORSHAN, 2010).



## Palavra do profissional

Retome o conteúdo sobre adaptação à vida extrauterina (sistema respiratório), apresentado no módulo anterior.

---

A incidência desse problema é mais comum entre os recém-nascidos a termo ou pré-termo limitrofe, e nas seguintes situações há prejuízo de reabsorção de líquido pulmonar (BRASIL, 2011b; 2011c), predispondo à ocorrência de taquipneia transitória do recém-nascido:

- Cesariana eletiva sem trabalho de parto.
- Asfixia perinatal.
- Diabetes e asma brônquica materna.
- Policitemia.

Em decorrência dessa situação, o recém-nascido apresenta um quadro de desconforto respiratório (aumento do trabalho respiratório), caracterizado por taquipneia (BRASIL, 2011b; 2011c). Com início nas primeiras horas de vida, apresenta melhora entre 24 e 48 horas, com evolução benigna e resolução total em dois ou três dias, com diagnóstico por meio do quadro clínico, de radiografias do tórax (BRASIL, 2011b; 2011c).

As formas de tratamento para a taquipneia transitória são variadas e feitas de acordo com a necessidade do recém-nascido; sem tratamento específico. As intervenções dos profissionais de saúde são fundamentais para a estabilização e a melhora do recém-nascido.



## Palavra do profissional

Algumas medidas nós podemos tomar, como manter o decúbito do berço comum elevado, manusear minimamente o recém-nascido, manter bocas e narinas livres de secreção e posicionar o pescoço de forma que fique em discreta extensão. Além disso, manter o recém-nascido em ambiente térmico neutro para que sua temperatura corporal fique entre 36,5°C e 37°C.

---

Medidas que busquem eliminar ou atenuar os fatores de risco para os recém-nascidos ao nascimento podem auxiliar na prevenção da taquipneia transitória do recém-nascido. Portanto, a diferença parte da oferta de

assistência de qualidade no pré-natal e no acompanhamento cuidadoso do trabalho de parto e parto, como também de assistência qualificada ao recém-nascido em sala de parto.

É importante ressaltar que a observação clínica e sistemática do recém-nascido com taquipneia transitória no Alojamento Conjunto é de extrema importância, uma vez que permite a intervenção em tempo oportuno com recuperação adequada de sua saúde.

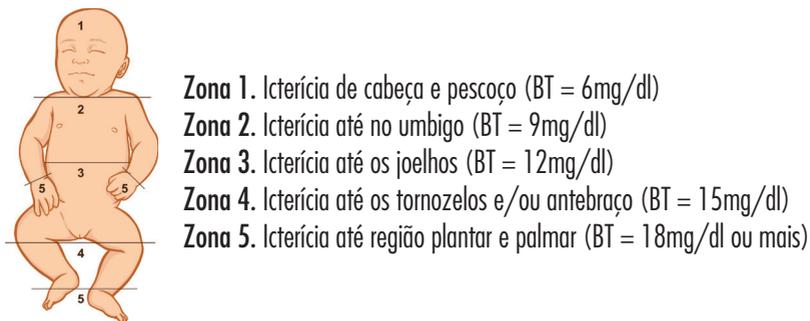
### 3.2.4 Icterícia neonatal

A icterícia é o sinal clínico mais comum no período neonatal e corresponde à hiperbilirrubinemia. Presente em cerca de 80% de todos os recém-nascidos, ela é definida como coloração amarelada da pele, escleróticas e membranas mucosas (ORSAHN, 2010; BRASIL, 2011b, 2011c).

A maioria dos recém-nascidos é saudável, porém, níveis séricos elevados de bilirrubina indireta (BI) causam a hiperbilirrubinemia. A principal causa da icterícia no recém-nascido é a icterícia fisiológica; ela é autolimitada e apresenta-se após o terceiro dia de vida (ORSHAN, 2010; BRASIL, 2011; HOCKENBERRY, 2006). O nível sérico de BI atinge um pico de 4 a 12mg/dl em torno do 3º ao 5º dia após o nascimento. A icterícia fisiológica tem progressão cefalocaudal e comumente desaparece ao final do 7º dia.

A divisão por zonas corporais permite uma melhor avaliação clínica do recém-nascido, como também aproxima a noção dos níveis séricos de BI. A presença de icterícia em zonas específicas do corpo é apresentada na figura abaixo (BRASIL, 2012).

Figura 2: Zonas de icterícia de Kramer.



Fonte: Brasil (2012)

Porém, discute-se que a variabilidade dos valores em cada zona aponta a não existência de uma concordância entre médicos e enfermeiros na avaliação clínica da icterícia e valores da BI sérica (BRASIL, 2011b, 2011c). É preciso experiência clínica para avaliação da icterícia mediante a visualização da coloração da pele nos diversos segmentos do corpo; outro fator envolvido diz respeito à pigmentação da pele do recém-nascido e da luminosidade do ambiente no qual ele se encontra no momento da avaliação (BRASIL, 2011b, 2011c).

Nesse sentido, faz-se necessária a confirmação da bilirrubina sérica mediante uso de equipamentos laboratoriais (BRASIL, 2011b, 2011c).

Os fatores de risco para o desenvolvimento hiperbilirrubinemia indireta são variados e envolvem a idade gestacional no momento do nascimento, o tipo de alimentação do recém-nascido, doenças, tocotraumatismos, entre outros (BRASIL, 2011b, 2011c), conforme apresentado abaixo:

- Icterícia nas primeiras 24 horas de vida.
- Doença hemolítica por Rh (antígeno D - mãe negativo e RN positivo), ABO (mãe O ou RN A ou B), antígenos irregulares (c, e, E, Kell, outros).
- Idade gestacional de 35 ou 36 semanas (independente do peso ao nascer).
- Dificuldade no aleitamento materno exclusivo ou perda de peso >7% em relação ao peso de nascimento.
- Irmão com icterícia neonatal tratado com fototerapia.
- Descendência asiática.
- Presença de céfalo-hematoma ou equimoses.
- Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase.
- BT (sérica ou transcutânea) na zona de alto risco (>percentil 95) ou intermediária superior (percentis 75 a 95) antes da alta hospitalar.



### *Saiba mais*

Para aprofundar seus conhecimentos acerca dos fatores de risco apresentados acima, leia atentamente o material indicado sobre Icterícia, disponível em: <[http://www.sbp.com.br/pdfs/Ictericia\\_sem-DeptoNeoSBP-11nov12.pdf](http://www.sbp.com.br/pdfs/Ictericia_sem-DeptoNeoSBP-11nov12.pdf)>.

---

A impregnação da bilirrubina indireta ocorre em tecidos gordurosos do corpo, entre eles o cérebro. A BI em excesso pode levar à neurotoxicidade, uma vez que ela atravessa a barreira hematoencefálica (ORSHAN, 2010) e o recém-nascido apresenta risco para o desenvolvimento de encefalopatia bilirrubínica, mais conhecida como *Kernicterus*. Esta condição pode levar a sequelas neurológicas graves, com dano permanente ao sistema nervoso central, anormalidades motoras, surdez, retardo mental e convulsões (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010).

Nos primeiros dias ocorre a fase aguda da doença que perdura por algumas semanas; o recém-nascido apresenta quadro de letargia, hipotonia, e sucção débil (BRASIL, 2011b, 2011c; HOCKENBERRY, 2006). Caso não seja tratada a hiperbilirrubinemia, surge quadro de hipertonia com hipertermia e choro agudo (alta intensidade). Esta hipertonia apresenta-se como um retroarqueamento do pescoço e tronco; progride para apneia, com convulsão e morte (BRASIL, 2011b, 2011c). Mediante pronta e adequada intervenção é possível a reversão da fase aguda da encefalopatia bilirrubínica (BRASIL, 2011b, 2011c).

Diversos autores apontam o tempo cada vez mais reduzido de permanência no hospital após o nascimento como um dos aspectos que dificultam a identificação e o monitoramento de recém-nascidos com risco de hiperbilirrubinemia (BRASIL, 2011b, 2011c; ORSHAN, 2010).



### *Palavra do profissional*

A icterícia que aparecer antes das 24 horas de vida (precoce), deve ser considerada patológica e necessita de avaliação rigorosa.

---

O tratamento da icterícia envolve principalmente a fototerapia, com aplicação de luz fluorescente sobre a pele exposta do recém-nascido. A luz favorece a excreção de bilirrubina através da foto-isomerização, que altera a estrutura da bilirrubina para uma forma solúvel, lumirrubina, para uma excreção mais fácil (HOCKENBERRY, 2006). Outra forma de tratamento é a exsanguineotransfusão, porém, mais indicada em casos graves de icterícia, com níveis elevados de bilirrubina no sangue, como mostrado na tabela abaixo.

Tabela 1: Níveis de bilirrubina total e indicação de fototerapia e exsanguineotransfusão.

IDADE	BILIRRUBINA TOTAL (MG/DL)			
	FOTOTERAPIA		EXSANGUINEOTRANSFUÇÃO	
	35 – 37semanas	≥ 38semanas	35 – 37 semanas	≥38 semanas
24 horas	8	10	15	18
36 horas	9,5	11,5	16	20
48 horas	11	13	17	21
72 horas	13	15	18	22
96 horas	14	16	20	23
5 a 7 dias	15	17	21	24

Fonte: Brasil (2011)

Os tipos de equipamentos utilizados para a fototerapia são variados e dependem do tipo de luz que irradiam; fototerapia convencional (lâmpadas fluorescentes brancas ou azuis especiais), fototerapia de alta intensidade (lâmpadas azuis especiais) (BRASIL, 2011b, 2011c). A radiância também difere entre os equipamentos, sendo necessária uma adequada radiância e exposição do corpo do recém-nascido a esta luz para que o tratamento seja eficaz.

Esta terapêutica demanda cuidados relacionados, tanto ao **recém-nascido** quanto ao **ambiente** e ao **uso dos equipamentos** (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010; BRASIL, 2011b, 2011c). Abaixo, descreveremos cada cuidado, como também sua justificativa para melhor compreensão.

### Cuidados com o recém-nascido em fototerapia:

- **Manter o RN despido:** desse modo, é possível expor a maior superfície corporal possível.
- **Utilizar protetor ocular (com cobertura radiopaca):** evitar lesões nos fotorreceptores da retina e evitar irritabilidade no recém-nascido devido à luminosidade.
- **Realizar mudança de decúbito:** essa ação permite que todas as áreas do corpo sejam expostas. Recomenda-se que a mudança coincida com os horários das alimentações do recém-nascido, ou seja, aproveita-se o momento da alimentação para retirá-lo da fototerapia e quando retornar, ele será colocado em outro decúbito. A retirada da proteção ocular também permite que seja estabelecido o contato visual com a mãe.
- **Controle da temperatura corporal e do peso:** o recém-nascido em fototerapia está despido e exposto à luz, ou seja, ele poderá apresentar hipotermia (devido exposição ao ambiente) ou hipertermia (devido

exposição à luz). Deve-se controlar a temperatura a cada 3 horas. Caso apresente hipertermia, há chance de que tenha perda insensível de água, desidratação e perda de peso.

- **Controle hídrico:** existem protocolos médicos que indicam o aumento da oferta hídrica. Este cuidado tem relação com a possibilidade de elevação da temperatura corporal do recém-nascido (exposto à lâmpada fluorescente ou halógena) e conseqüente aumento do consumo de oxigênio, da frequência respiratória e do fluxo sanguíneo na pele e, por conseqüente, com perda insensível de água. Este controle também está associado à verificação das eliminações, com registro de suas características e frequência.

### Cuidados com o ambiente:

- **Evitar correntes de ar:** o recém-nascido submetido à fototerapia permanece despido. Portanto, devem ser evitadas janelas e portas abertas e o berço poderá ser protegido com um lençol.

### Cuidados com o equipamento:

- **Verificar a radiância:** a importância da verificação da radiância reside no fato de que precisamos nos certificar de que o equipamento está nos oferecendo uma radiância adequada (efetividade acima de  $4\mu\text{V}/\text{cm}^2/\text{nm}$ ). Caso o equipamento esteja oferecendo pouca radiância e haja necessidade de aumentá-la, é possível fazer uso de outro equipamento; neste caso, o recém-nascido será exposto à fototerapia dupla (ou tripla).
- **Ajustar distância de 40 a 60cm do equipamento do berço do recém-nascido:** essa distância favorece uma radiância adequada, não possibilitando a ocorrência de aquecimento do recém-nascido por proximidade das lâmpadas.
- **Verificar tempo útil das lâmpadas utilizadas:** a radiância também está relacionada ao tempo de vida útil das lâmpadas. Quanto mais velhas as lâmpadas, menor a radiância. Por isso, o controle das lâmpadas está muito associado à radiância que elas emitem.
- **Limpeza do material:** é preciso atentar para a limpeza adequada e periódica do equipamento.

Além de todos os cuidados elencados acima, é importante também que você lembre-se sempre de que:

- O recém-nascido deve permanecer em fototerapia 24 horas por dia.
- Evite retirar o recém-nascido a todo o momento da fototerapia. Retire-o apenas para a alimentação e para a realização de higiene perineal.

- A mãe deve receber informações claras e suficientes para compreender a necessidade de seu filho estar em fototerapia e dever permanecer todo o tempo sob este tratamento.
- Lembre-se que a partir do momento em que o recém-nascido inicia a fototerapia, perde-se o parâmetro clínico de avaliação da icterícia, ou seja, a possibilidade de identificar visualmente a coloração amarelada na pele do recém-nascido. Porém, a bilirrubina ainda poderá estar elevada, sendo necessário o controle laboratorial.

### 3.3 Resumo

A avaliação clínica do recém-nascido no Alojamento Conjunto possibilita ao(a) enfermeiro(a) identificar aspectos esperados após o nascimento, decorrentes em sua maioria da adaptação à vida extrauterina. Aliado a essa avaliação está o conhecimento das principais alterações fisiológicas do recém-nascido, como também das intervenções necessárias para qualificar a assistência a esta clientela.

### 3.4 Fechamento da unidade

Esta unidade trouxe subsídios para a realização do exame físico do recém-nascido em Alojamento Conjunto e para a identificação das principais alterações fisiológicas após o nascimento. O profissional enfermeiro proverá então o plano de cuidados ao recém-nascido, tendo como base os achados clínicos, com articulação de conhecimentos acerca das modificações esperadas para esta fase da vida.

## 3.5 Recomendação de leitura complementar

KIMURA, A. F. et al. Avaliação da função respiratória do recém-nascido no período neonatal imediato. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 850-5, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a08v62n6.pdf>>

PUGLIESI, V. E. M. et al. Efeitos do banho logo após o nascimento sobre as adaptações térmica e cardiorrespiratória do recém-nascido a termo. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 27, n. 4, p. 410-415, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n4/v27n4a10.pdf>>

VIEIRA, A. A. et al. O uso da fototerapia em recém-nascidos: avaliação da prática clínica. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 4, n. 4, p. 359-366, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n4/a04v04n4.pdf>>

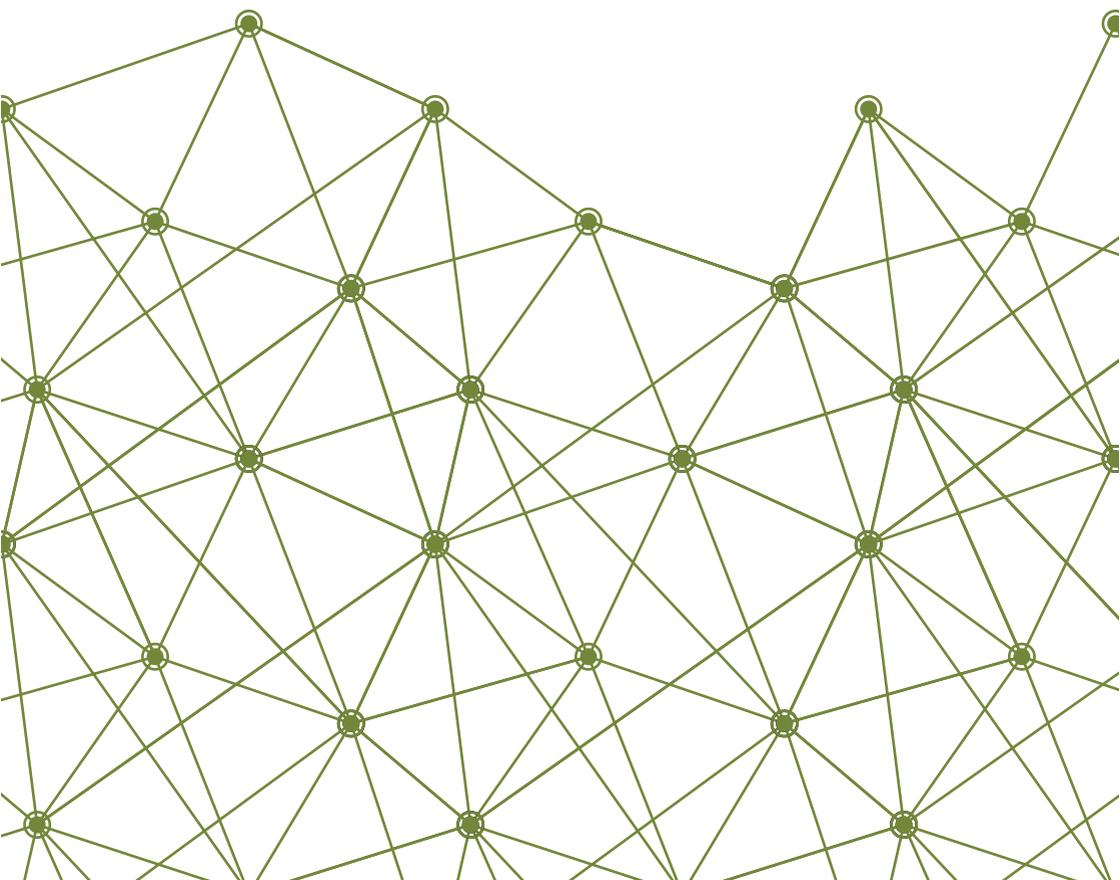
CAMPOS, A. C. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L. O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 606-13, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a05.pdf>>

FACCHINI, F. P. et al. Acompanhamento da icterícia neonatal em recém-nascidos de termo e prematuros tardios. **Jornal Pediatr.**, v. 83, n. 4, p. 313-318, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n4/v83n4a05.pdf>>

DAL MORO, A. N.; SILVESTRI, K.; SILVA, R. M. Avaliação clínica de icterícia: Correlação com níveis séricos de Bilirrubinas. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 33, n. 4, p. 15-22, 2004. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/184.pdf>>

LEITE, A. A. Icterícia neonatal e deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 32, n. 6, p. 430-431, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32n6/02.pdf>>

# UNIDADE 4



## Unidade 4 – Intercorrências maternas e neonatais

Ao final desta unidade, você deverá ser capaz de reconhecer e relacionar o papel do enfermeiro no planejamento das ações, na avaliação, na classificação de risco e vulnerabilidade da puérpera e da criança; realizar ações de enfermagem para atendimento das intercorrências obstétricas; realizar as ações de enfermagem para atendimento das intercorrências neonatais.

### 4.1 Introdução

O período puerperal e neonatal é marcado por novas emoções, mudanças físicas e alterações nos relacionamentos familiares. Trata-se de um processo fisiológico, no entanto, algumas intercorrências podem estar presentes. A equipe de enfermagem deve estar atenta às mudanças físicas da puérpera e do recém-nascido e às mudanças psicossociais e emocionais de toda a família, a fim de identificar as condições esperadas e as condições inadequadas, para prevenir intercorrências puerperais e neonatais imediatas ou futuras.

### 4.2 Intercorrências maternas

Nesta unidade, abordaremos as principais intercorrências da puérpera e do recém-nascido, com o intuito de favorecer sua identificação e seu direcionamento para as intervenções de enfermagem. A seguir, apresentaremos detalhes das principais intercorrências da puérpera:

#### 4.2.1 Infecção puerperal

A infecção puerperal é uma das causas de morte materna, contribuindo com 15% das mortes em países em desenvolvimento. Quando não leva a mulher à morte, pode causar doença inflamatória pélvica (DIP) e infertilidade (OMS, 2005).

A infecção puerperal é localizada nos órgãos genitais ocorrendo após o parto ou o aborto. Identifica-se nas seguintes manifestações: hipertermia de 38°C ou mais nas primeiras 24 horas após o parto, por pelo menos dois dias dentre os dez primeiros dias de puerpério; hipertermia de 38°C ou mais, dentre pelo menos quatro tomadas diárias bucais (NEME, 2000).

Ainda de acordo com Neme (2000), listaremos abaixo algumas causas predisponentes para infecção puerperal:

- Tococirurgia abdominal.
- Rotura prematura de membranas.
- Manipulações repetidas do canal de parto.
- Tococirurgia vaginal traumática.
- Parto prolongado.
- Hemorragia ante, intra, e pós-parto.
- Placenta baixa.
- Condições socioeconômicas.
- Atividade sexual.
- Retenção de restos ovulares.
- Circlagem (insuficiência do orifício interno).
- Monitoração interna.
- Idade materna.
- Gemelaridade.



### *Palavra do profissional*

Você sabe como reconhecer uma mulher com infecção puerperal?

---

A mulher com infecção puerperal terá queixas de calafrios e de mal estar geral, dor no baixo ventre, útero dolorido e apresentará subinvolução uterina, lóquios purulentos e fétidos (OMS, 2005).

A infecção puerperal pode manifestar-se de três formas: localizada, propagada e generalizada. De início, a infecção pode ser localizada, podendo propagar-se, tornando-se generalizada, assumindo uma maior gravidade e agressividade microbiana. Veja detalhes a seguir das situações clínicas possíveis:

Quadro 1: Situações clínicas.

LOCALIZADA	PROPAGADA	GENERALIZADA
<b>Vulvoperineal</b>	Miofascites Endometrite	Peritonite generalizada
<b>Vaginite Cervicite</b>	Salpingite Anexite	Septicemia
<b>Endometrite Parede abdominal</b>	Parametrite Pelviperitonite Tromboflebite pélvica	Choque séptico

Fonte: Neme (2000)

As principais bactérias que causam a infecção puerperal, segundo manual da OMS (2005), são: *Streptococos*, *Estafilococos*, *Escherichia coli* (*E. coli*), *Clostridium tetani*, *Clostridium welchii*, *Clamydia*, *Gonococos* (bactéria que causa doenças sexualmente transmissíveis). As bactérias podem ser do meio endógeno (são bactérias já existentes, habitualmente na vagina e no reto, não sendo prejudiciais à saúde) e do meio exógeno (bactérias introduzidas na vagina vindas do exterior).

---

É muito importante que você mantenha técnicas assépticas no trato com as gestantes e puérperas e; não esqueça de manter a higiene adequada das mãos.

---

## 4.2.2 Mastite puerperal

A proporção de trauma mamilar em mulheres no início da lactação é alta e se constitui em um importante fator de risco para o desmame (MONTRONE et al., 2006). O trauma é uma porta de entrada para um agente etiológico que pode causar mastite (SALES, 2000). Algumas espécies de micro-organismos têm sido associadas à mastite puerperal e ao abscesso mamário, com destaque para o *Stafilococcus aureus* como agente mais comum da mastite lactacional infecciosa (CHEN et al., 2010; VIEIRA et al., 2006).

Mastite é uma doença inflamatória da mama, geralmente unilateral, que pode ou não ser acompanhada por infecção. É geralmente associada com a lactação, por isso é também chamada de mastite lactacional ou puerperal (WHO, 2000). A principal causa da mastite lactacional é a estase do leite, associado à infecção. O processo inflamatório se instala quando se esgotam

os mecanismos de proteção da puérpera contra a infecção, aumentando ainda mais a estase do leite (VIEIRA et al., 2006).

Existem várias classificações para mastite infecciosa; a Organização Mundial da Saúde (OMS) usa a localização e o padrão epidemiológico como parâmetros. De acordo com a localização, é classificada como: mastite superficial (acometimento da pele) e mastite intramamária (parenquimatosa) ou no tecido conjuntivo (intersticial). Quanto ao padrão epidemiológico pode ser classificada em endêmica e esporádica (WHO, 2000).

Segundo os critérios de Vinha (1994), pode ser classificada em:

- Ampolar: comprometimento de toda aréola ou parte dela.
- Lobar: comprometimento de um lobo que segue da aréola até a base da mama.
- Glandular: comprometendo toda a mama.
- Abscesso Mamário: presença de abscesso com ponto de flutuação que geralmente evolui para drenagem espontânea ou cirúrgica.

O diagnóstico é feito com base em parâmetros clínicos locais ou sistêmicos. Os locais são: vermelhidão, calor, dor, edema, hipersensibilidade, abscesso com pus e; os sistêmicos são: febre, taquicardia, mal estar geral, calafrios, prostração, fadiga, náuseas e vômitos (VINHA, 1988). O abscesso pode levar à septicemia (SALES, 2000). A mastite não tratada, tratada tardiamente ou com tratamento ineficaz torna-se um abscesso mamário e se não resolvido rapidamente o quadro pode evoluir para drenagem espontânea, necrose e perda de tecido mamário (VIEIRA et al., 2006).

A incidência de mastite varia entre 10% a 33% das mulheres que amamentam, mas geralmente a maioria se mantém inferior a 10% (WHO, 2000). É difícil precisar a proporção de mulheres com mastite que desenvolvem abscesso, estima-se que 11% dessas mulheres desenvolvem um abscesso na mama (WHO, 2000; FOXMAN et al., 2002).

Estudos indicam que 74% a 95% dos casos de mastite ocorrem nas primeiras 12 semanas pós-parto. O abscesso mamário é mais comum nas primeiras seis semanas, no entanto, pode ocorrer mais tardiamente (WHO, 2000).

Tais intercorrências podem ser evitadas ou solucionadas por meio de suporte emocional à nutriz, manejo específico e ações de promoção e apoio ao aleitamento materno desempenhado pelos profissionais de saúde (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004; GIUGLIANI, 2004).

Assim, o desempenho do profissional de saúde na promoção do aleitamento materno e no manejo de intercorrências mamárias é considerado elemento

básico para o sucesso da amamentação, sendo necessária a discussão sobre as demandas da assistência e a prática realizada pelos profissionais (BRACCO; TADDEI, 2000).

O tratamento tradicional para abscesso mamário consiste em incisão e drenagem. Este tratamento está associado a um período de recuperação prolongado, trocas frequentes de cobertura, dificuldades de amamentação e a possibilidade de resultados estéticos insatisfatórios (SCHWARZ; SHRESTHA, 2001; HANSEN; AXELSSON, 2003). Atualmente, abscessos menores que 5cm de diâmetro são resolvidos com repetidas aspirações através de agulha, apresentando bons resultados estéticos (ERYILMAZ et al., 2005).

A terapêutica utilizada atualmente segue as diretrizes da *Academy of Breastfeeding Protocol Committee* (AMIR, 2008):

- Aconselha-se a retirada do leite através de ordenha manual após a amamentação, iniciar a amamentação pela mama comprometida, encorajar a “pega” correta do bebê durante a amamentação juntamente com massagem para facilitar a saída do leite. Medidas de suporte: descanso, ingestão de líquidos, deixar cair água morna nas mamas durante o banho antes de amamentar, após amamentar compressas frias para aliviar a dor e reduzir o edema. Não usar água muito quente ou muito fria, a água muito quente pode predispor ao aumento do ingurgitamento devido à dilatação dos ductos de leite, e a água gelada pode contrair os ductos ocorrendo à estagnação do leite.
- Medidas farmacológicas: uso de analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos. As medicações mais utilizadas são paracetamol, acetomenofen e ibuprofen, o uso do antibiótico é necessário caso os sinais e sintomas não regridam nas primeiras 24 horas, os mais usuais são a cefalexina, a cloxacilina e a floxacilina.

### 4.2.3 Depressão Puerperal

Entre as intercorrências maternas mais frequentes, destacamos a depressão puerperal, cujo conteúdo já foi abordado na Unidade 2 do presente módulo.

### 4.2.4 Distúrbios tromboembólicos

Os distúrbios tromboembólicos podem ser classificados em três categorias: a Trombose Venosa Profunda, as Complicações Urinárias e a Hemorragia Puerperal. Veja sobre cada uma a seguir:

## Trombose venosa profunda

O risco de trombose é maior no puerpério que na gestação, devido à liberação de tromboplastina pela dequitação. Além da hipercoagulabilidade, existem outros fatores de risco para este acometimento, como: parto cesárea, trabalho de parto prolongado, imobilização, varizes e vida sedentária. A trombose venosa profunda (TVP) é um fator de risco para embolia pulmonar, levando a puérpera à morte em 12% a 15% dos casos (BRASIL, 2003).

Segundo Brasil (2003), o diagnóstico de TVP é basicamente clínico, pode ser confirmado com métodos por imagem (Ultrassom Doppler). Seguem abaixo as principais manifestações clínicas do TVP:

- Dor intensa no local, edema.
- Aumento da temperatura cutânea no local afetado, geralmente nos membros inferiores.
- Dor provocada ao toque ou compressão local.
- Empastamento muscular.
- Presença de circulação colateral.



### *Palavra do profissional*

O que podemos fazer para cuidar de puérperas com TVP?

---

- Orientar repouso no leito, mantendo o membro afetado elevado.
- Colher coagulograma e hemograma com contagem de plaquetas, antes do início do tratamento.
- Realizar os cuidados de enfermagem para o tratamento com anticoagulante. Geralmente, o anticoagulante utilizado é a heparina. O tratamento é composto por duas fases: fase aguda e fase de manutenção (BRASIL, 2003).



## Saiba mais

Para saber detalhes do tratamento na fase aguda e na fase de manutenção, consulte a página 80 do documento “Urgências e emergências maternas: diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna”. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0105urgencias.pdf>>.

## Complicações urinárias

O trabalho de parto é um período em que as parturientes estão sujeitas a traumas das vias urinárias devido a compressões e distensões exageradas. As consequências dos traumas causados nas vias urinárias geralmente ocorrem nos primeiros cinco dias de puerpério. São elas: hematúria, incapacidade vesical e incontinência urinária (NEME, 2000).

- **Hematúria:** A hematúria pode ser visível ou microscópica. O trauma da uretra ou da mucosa vesical são as causas de sangramento. Os traumas podem ocorrer nas seguintes situações (NEME, 2000):
  - a. Quando a cabeça fetal está profundamente insinuada.
  - b. Quando realizamos a sondagem vesical sem afastar a apresentação fetal da uretra.
  - c. Quando o cateterismo vesical for realizado antes da anestesia (raquianestesia ou peridural), nos casos de parto cesárea.

Na realização do cateterismo vesical, introduza a sonda entre os dedos indicador e médio a fim de afastar a apresentação fetal da uretra. Para realizar a punção e a introdução da solução anestésica a gestante deve ficar sentada. Se o cateterismo for realizado antes da anestesia, a gestante pode sentar-se em cima da sonda provocando um trauma uretral.

Em casos de hematúria visível, deve-se evitar a realização de novo cateterismo, deve-se promover a remoção de coágulos com a lavagem da sonda vesical de demora (SVD) com soro fisiológico aquecido e deve-se considerar o uso profilático de antibiótico (ATB) (NEME, 2000).

- **Incapacidade vesical:** A administração exagerada de líquidos pela via endovenosa, o edema e os traumas provocados pelo trabalho de parto podem causar super distensão vesical manifestando a incapacidade vesical. A incapacidade vesical leva ao “**bexigoma**” no período pós-parto.
- **Retenção urinária:** A puérpera queixa-se de dor localizada em baixo ventre, nem sempre associada pela paciente ou pela equipe de saúde à retenção urinária. Podemos identificar a retenção urinária observando alguns sinais:
  - a. Longo período de ausência miccional no pós-parto.
  - b. Dor da região hipogástrica no momento da palpação.
  - c. Macicez à percussão.



### *Palavra do profissional*

O que você, como enfermeiro, pode fazer para ajudar a puérpera com retenção urinária?

Antes da utilização da sonda vesical podemos dispor de alguns artifícios que podem estimular a micção espontânea, como por exemplo: abrir uma torneira, o barulho da água pode estimular a micção, compressas frias na região supra púbica. Caso estes artifícios não funcionem, a sonda vesical deve ser utilizada da seguinte forma: deve-se manter a sonda vesical por 24 horas e realizar cateterismo intermitente por mais doze horas. Geralmente, as funções vesicais e miccionais se restabelecem normalmente. A ATB profilática é utilizada por 24 horas após a retirada da sonda e é recomendado realizar coleta de urina após 15 dias para confirmar ausência de infecção (NEME, 2000).

- **Incontinência urinária:** as lesões vesicouterovaginais no pós-parto imediato resultam em incontinência urinária. Geralmente, este tipo de lesão é ocasionada pelo parto cesárea, em que o obstetra pode transfixar as paredes anterior e posterior da bexiga, resultando em uma fístula vesicouterina ou vesicovaginal.

Na identificação de uma fístula pequena, deve-se realizar o cateterismo vesical de demora (SVD) e mantê-lo até a cicatrização local e o fechamento da fístula. No caso da identificação da fístula ser no momento do ato cirúrgico, a reparação deve ser realizada imediatamente e a SVD deve ser mantida por 10 dias (NEME, 2000).



## Saiba mais

Projeto Diretrizes: bexiga urinária: cateterismo intermitente.  
<[http://www.projetodiretrizes.org.br/8\\_volume/12-Bexiga.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/12-Bexiga.pdf)>

## Hemorragia Puerperal

A hemorragia puerperal, também chamada de hemorragia pós-parto (HPP), está relacionada à alta taxa de mortalidade materna (BRASIL, 2003). É definida como a perda de 500ml de sangue ou mais pelo trato genital no puerpério (OMS, 2005). A HPP, segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) (2005), é classificada como: HPP primária, que ocorre nas primeiras 24 horas pós-parto e; HPP secundária, que ocorre até 6 semanas pós-parto. Já segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), a HPP primária é classificada como imediata, e a HPP secundária é classificada como tardia. São causas da HPP, segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003):

- HPP primária ou imediata: atonia uterina, lacerações de trajeto, retenção de placenta, placentação anômala, rotura uterina, inversão uterina.
- HPP secundária ou tardia: restos placentários, hematoma puerperal.

A atonia uterina pode ser prevenida com a administração de 10 U de ocitocina via Intramuscular (IM) imediatamente após o desprendimento do feto. A ocitocina também pode ser administrada por via endovenosa (EV) em uma solução de 500ml de soro glicosado 5% e 20 U de ocitocina com gotejamento de 20-30 gotas por minuto. Outras medicações podem ser utilizadas para resolução da atonia uterina, são elas: metilergometrina na dose de 0,2mg EV, misoprostol na dose de 2 comprimidos via oral (VO), ou no fundo de saco vaginal.

---

A metilergometrina pode causar hipertensão, portanto não deve ser utilizada em puérperas hipertensas.

---

Em caso de choque hemorrágico, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) sugere algumas regras para reposição de volume, dependendo do diagnóstico realizado, como segue:

Quadro 2: Classificação de diagnóstico.

	CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III	CLASSE IV
% DE PERDA DE SANGUE	15	20 - 25	30 - 35	40
VOLUME APROXIMADO DE PERDA DE SANGUE	800ml	1.100 – 1.400ml	1.700 – 2.000ml	2.200ml
FREQUÊNCIA CARDÍACA	Normal	100	120	140
PRESSÃO SISTÓLICA	Normal	Normal	70 – 80	60
PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA	80 - 90	80 - 90	50 - 70	50

Fonte: Brasil (2003)

---

A anemia é um fator que pode complicar, e muito, a condição clínica da puérpera com HPP, já que uma pequena perda sanguínea pode ser fatal (OMS, 2005).

---

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) (2005), os princípios para atenção ao HPP são: rapidez, competências e prioridades, sendo que suas prioridades são definidas:

- a) Chamar ajuda, para conter a hemorragia.
- b) Avaliar rapidamente o estado geral da puérpera.
- c) Encontrar a causa da hemorragia.
- d) Cessar a hemorragia.
- e) Estabilizar e reanimar a mulher.
- f) Prevenir anemias futuras.

Devemos manter a mulher confortável e segura, com cuidados como: verificar a involução uterina; por meio de um forro, observar a quantidade do sangramento após 30 minutos; verificar os sinais vitais; observar o nível de consciência, a coloração de pele; hidratar a mulher; monitorar a transfusão sanguínea, quando necessário; avaliar o débito urinário; manter as anotações atualizadas; verificar a presença de hemoglobinemia e orientar quanto ao uso de ferro (OMS, 2005).

---

Em caso de suspeita ou diagnóstico de hemorragia, deve-se providenciar imediatamente um acesso venoso, caso a puérpera não esteja em terapia intravenosa.

---

## 4.2.5 Intercorrências neonatais

Apresentamos até aqui as principais intercorrências da puérpera e agora você conhecerá detalhes das intercorrências do recém-nascido (neonatal), com o intuito de favorecer a identificação destas e direcioná-las para as intervenções de enfermagem.

### Hipoglicemia

A hipoglicemia é uma intercorrência neonatal muito comum neste período, que pode ocorrer quando há uma redução da concentração de glicose plasmática abaixo de 45mg/dl (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010) ou do sangue total inferior a 40mg/dl (BRASIL, 2011), embora ainda exista controvérsia acerca da definição de hipoglicemia, tais índices são atualmente aceitos (ORSHAN, 2010).

Como critérios diagnósticos de glicemia estão (BRASIL, 2011b, 2011c):

- Níveis baixos de glicemia (definidos mediante uso de métodos fidedignos).
- Sinais clínicos.
- Desaparecimento dos sinais mediante correção da glicemia.

O suprimento de glicose do feto via circulação materna é encerrada ao nascer, a glicose plasmática diminui aproximadamente duas horas após o nascimento (a termo). Durante a transição da vida fetal para a neonatal, a fonte de glicose mais disponibilizada constitui-se das reservas de glicogênio no fígado, sendo que estas são esgotadas entre 3 e 12 horas após o nascimento (ORSHAN, 2010).

O recém-nascido passa abruptamente de um estado de consumo líquido de glicose e síntese de glicogênio para uma situação de produção independente de glicose. A manutenção da normoglicemia depende da suficiência dos depósitos de glicogênio, do amadurecimento das vias glicogenolíticas e gliconeogênicas e de uma resposta endócrina integrada (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010).

A hipoglicemia no recém-nascido pode ser associada a vários fatores como jejum prolongado, aporte calórico insuficiente por via oral, recém-nascido pequeno para a idade gestacional (PIG), ou grande para a idade gestacional (GIG), prematuros, com restrição de crescimento, com demanda metabólica como estresse pelo frio, sepse ou após ressuscitação, asfixia, desconforto respiratório, filhos de mães diabéticas e incompatibilidade Rh (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010).

É de extrema importância que sejam adequadamente identificados os fatores de risco, como também avaliados os recém-nascidos com maior possibilidade de desenvolverem hipoglicemia (ORSHAN, 2010). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b, 2011c) e Orshan (2010), os sinais clínicos de hipoglicemia incluem:

- Movimentos espasmódicos.
- Hipotermia.
- Irritabilidade, letargia, torpor.
- Hipotonia.
- Choro com tonalidade alta ou choro fraco.
- Apneia.
- Bradicardia.
- Sofrimento respiratório.
- Sucção insatisfatória (ausente ou débil).
- Vômito.
- Cianose.
- Convulsões.

O tratamento inclui intervenções, tais como alimentação oral (preferencialmente com leite materno) para recém-nascidos relativamente saudáveis ou terapia intravenosa para os mais comprometidos ou que apresentam hipoglicemia grave (ORSHAN, 2010; BRASIL, 2011b, 2011c).

Para estes últimos (terapia intravenosa), assim que houver estabilidade do quadro clínico, deve-se introduzir alimentação oral (preferencialmente leite materno) com posterior redução da infusão venosa de soluções de glicose (BRASIL, 2011).

A assistência de enfermagem a estes recém-nascidos envolve (ORSHAN, 2010):

- Identificação, no Alojamento Conjunto, de recém-nascido sob risco ou com hipoglicemia.
- Redução de fatores ambientais que podem predispor à hipoglicemia, como o estresse pelo frio, o sofrimento respiratório.
- Administração de glicose endovenosa quando prescrito.
- Promoção do início da alimentação precoce no recém-nascido saudável.
- Garantia de ingesta adequada de carboidratos mediante apoio, incentivo e acompanhamento do aleitamento materno no Alojamento Conjunto.

## 4.3 Resumo

As intercorrências obstétricas e neonatais são responsáveis, em grande parte, pelos altos índices de morbimortalidade materno e neonatal. A identificação precoce de sinais e sintomas apresentados pela mulher e pelo recém-nascido no Alojamento Conjunto permite ao(a) enfermeiro(a) atuar de modo efetivo para oferecer assistência qualificada e contribuir para a redução de tais índices. Mediante conhecimento clínico e realização de avaliação precisa de cada caso, será realizado um planejamento com posterior implementação e avaliação das ações desenvolvidas para a mulher e para a criança, frente às intercorrências ocorridas no Alojamento Conjunto.

O papel do(a) enfermeiro(a) nas ações de classificação de risco e vulnerabilidade da puérpera e da criança é de extrema importância na agilidade do cuidado das intercorrências maternas e neonatais, auxiliando na diminuição da mortalidade do binômio mãe e filho por causas evitáveis.

## 4.4 Fechamento

Esta unidade trouxe subsídios para a classificação de risco e vulnerabilidade materno-fetal e neonatal e para o reconhecimento do papel do enfermeiro frente às intercorrências obstétricas e neonatais.

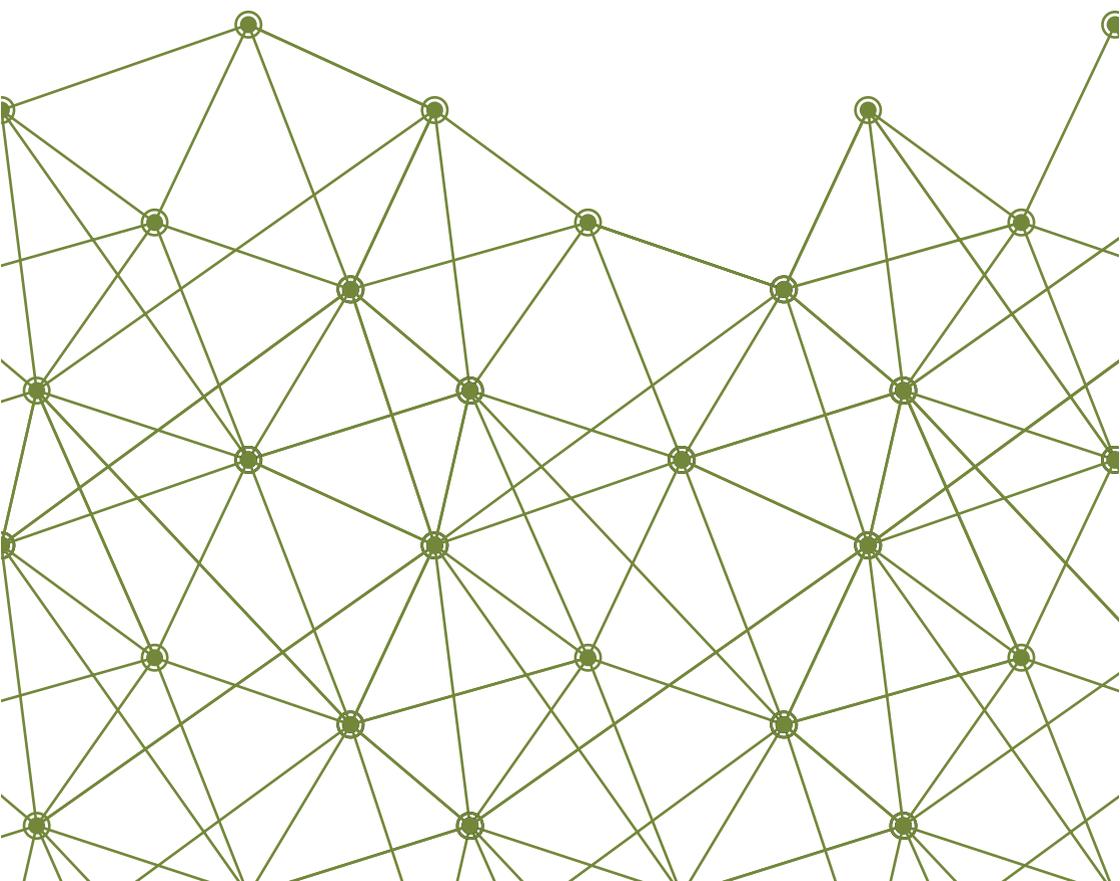
Ao término desta unidade esperamos que você, como enfermeiro(a), possa ter um papel fundamental na sua equipe, a fim de identificar com agilidade as intercorrências maternas e neonatais e planejar o cuidado de acordo com suas especificidades, melhorando a qualidade de vida da sua comunidade e, por consequência, contribuindo com a diminuição da mortalidade materna e neonatal brasileira.

## 4.5 Recomendação de leitura complementar

FREITAS, P.; MATOS, C. V.; KIMURA, A. F. Perfil das mães de neonatos com controle glicêmico nas primeiras horas de vida. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 636-41, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/12.pdf>>



# UNIDADE 5



## Unidade 5 – Aleitamento materno

Ao final dessa unidade, você deverá ser capaz de compreender a anatomia da glândula mamária feminina e a fisiologia da lactação; realizar ações de enfermagem para auxiliar o binômio mãe e filho no estabelecimento e na manutenção da lactação no cuidado de enfermagem ao aleitamento materno.

### 5.1 Introdução

Segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS), todos os bebês devem ser amamentados com leite materno exclusivamente até o sexto mês de vida; depois disso, o aleitamento materno deve ser complementado com outros alimentos durante 2 anos ou mais (BRASIL, 2001).

Os benefícios do aleitamento materno estão claramente descritos na literatura científica, sendo que a sua importância como meio ideal de nutrição da criança tem sido largamente difundida. Pesquisas têm demonstrado as propriedades nutricionais e imunológicas do leite materno, que atende satisfatoriamente às necessidades fisiológicas do lactente (MCKEEVER; STEVENS; MILLER, 2002). Além disso, o aleitamento traz também benefícios para a nutriz, sua família e para a sociedade (BRASIL, 2001).

Apesar de todo o conhecimento científico acumulado, a prática da amamentação ainda está aquém do que é recomendado e o desmame precoce, bem como a transição do desmame, ainda preocupam pelos prejuízos que podem causar às crianças, aumentando os índices de morbimortalidade infantil.

Assim, esta unidade fornecerá informações importantes para que você possa atuar junto às nutrizes, lactentes e suas famílias, na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

## 5.2 Anatomia da mama, fisiologia da lactação e o leite humano

Para podermos compreender e manejar adequadamente o processo da lactação é necessário conhecermos a estrutura da glândula mamária feminina e seu funcionamento.

É importante destacar que nos últimos 160 anos as descrições da anatomia da mama têm mudado pouco, mas, recentemente, estudos utilizando novas tecnologias de imagens foram realizados evidenciando novidades em sua descrição. Assim sendo, descreveremos a seguir a anatomia da glândula mamária feminina de acordo com os seguintes autores Ramsay et al. (2005), Geddes (2007) e Santos (2011b).

Embora possam apresentar importantes variações entre as mulheres, as características das mamas são relativamente as mesmas.

Morfológicamente, podemos afirmar que a mama feminina é uma estrutura formada pelo parênquima mamário, tecido adiposo e tecido conjuntivo. Na versão atual, o parênquima é formado por um conjunto de 14 a 18 lobos (antes era considerado de 15 a 20 lobos), que são compostos por cerca de 20 a 40 lóbulos. Estes, por sua vez, são compostos de 10 a 100 ou mais ácinos ou alvéolos, que se constituem num conjunto de células lactíferas, responsáveis pela produção do leite, são ricamente providos de células mioepiteliais contráteis e vasos sanguíneos em sua parede; canalículos (finos canais que levam o leite dos alvéolos para os ductos); ductos lactíferos (rede de canais mais calibrosos que transportam o leite até a saída pelo mamilo). A rede de ductos é complexa e sua anatomia é semelhante para cada mama, mas pode variar muito entre as mulheres. Os ductos têm a função de transportar o leite, apresentando diâmetro entre 1 a 4,4mm antes da ejeção do leite, variando muito entre as mulheres. Na ejeção do leite, os ductos expandem-se em média 58% no seu diâmetro.

Segundo Ramsay et al. (2005), Geddes (2007) e Santos (2011b), os ductos possuem dilatações maiores sobre a base do mamilo, denominadas de ductos de leite, cuja finalidade consiste em depositar parte do leite que é produzido nos intervalos das mamadas. Os ductos voltam a estreita-se e atravessam o mamilo, até atingir a parte externa, para a exteriorização do leite.

A pele que reveste as mamas inclui os mamilos e a aréola. Ela é macia, flexível e elástica, está aderida ao tecido subcutâneo, rico em gordura, e contém glândulas sebáceas e sudoríparas apócrinas, sem particularidades especiais.

Cada mama tem na sua porção o mamilo, localizado no centro da aréola, constituído de tecido erétil, cilíndrico, dotado de grande sensibilidade, por ser ricamente enervado com terminações neurosensitivas e **corpúsculos de Meissner**. Significativamente variáveis na sua forma e tamanho, possuem papilas dérmicas altas e fibras musculares lisas circulares e longitudinais, o que os torna mais rígidos e salientes especialmente na gestação e no período menstrual. Estão também ricamente providos de glândulas sebáceas e sudoríparas apócrinas.

Anatomicamente podem ser classificados em três tipos:

- **Mamilo normal:** apresenta-se protruso e caracteriza-se pela existência de um ângulo com cerca de 45° entre o mamilo e a aréola. É extremamente elástico e de fácil apreensão.
- **Mamilo plano:** situa-se no mesmo nível que a aréola, inexistindo a presença de um ângulo entre os dois. É de tecido pouco elástico, devido à grande quantidade de aderências de tecido conetivo existente em sua superfície.
- **Mamilo invertido:** caracteriza-se pela inversão total do tecido epitelial, podendo ocasionar o desaparecimento completo do mamilo. Frequentemente não é de tecido elástico e é de difícil apreensão.

Os **corpúsculos de Meissner** - descobertos pelo anatomista Georg Meissner (1829-1903) - ou também corpúsculos tácteis são um tipo de mecanorreceptor. Encontram-se distribuídos pela pele, mas concentram-se em áreas particularmente sensíveis a toques leves, como nas pontas dos dedos, nas palmas das mãos, nas solas dos pés, nos lábios, na língua, na face, nos mamilos e na pele externa dos genitais masculinos e femininos.

---

Cada um desses tipos de mamilos pode ter subcategorias, como por exemplo: o mamilo normal pode ser protruso ou semiprotruso, o mamilo invertido pode ser também pseudoinvertido e assim por diante.

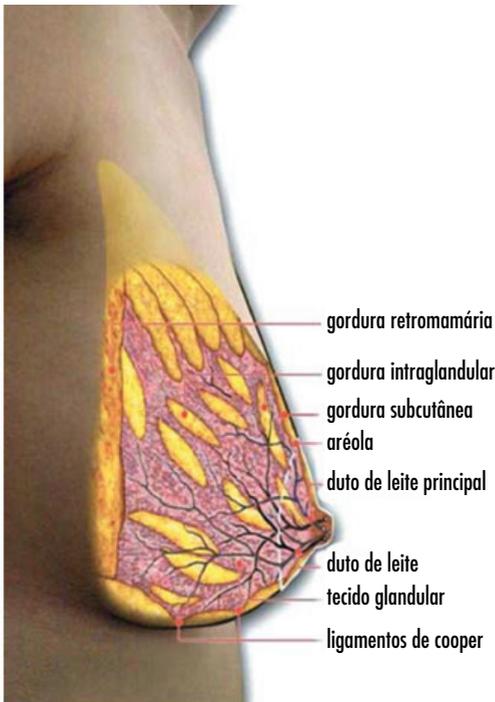
---

Ao redor do mamilo, encontramos uma área cutânea pigmentada de tamanho variável, normalmente com 2 a 4cm de diâmetro, mas podendo apresentar-se com até 15 a 100mm de diâmetro: a aréola. Nesta área e nos mamilos, localizam-se glândulas areolares ou mamárias acessórias, responsáveis pelas proeminências modulares da superfície, que na gravidez

crecem até o diâmetro de 2,5mm e produzem secreção lipóide, cuja função consiste em lubrificar os mamilos e as aréolas: são os tubérculos de Montgomery. Essas glândulas constituem-se na fonte do cheiro da mãe, favorecendo o bebê a reconhecê-la e a encontrar a mama.

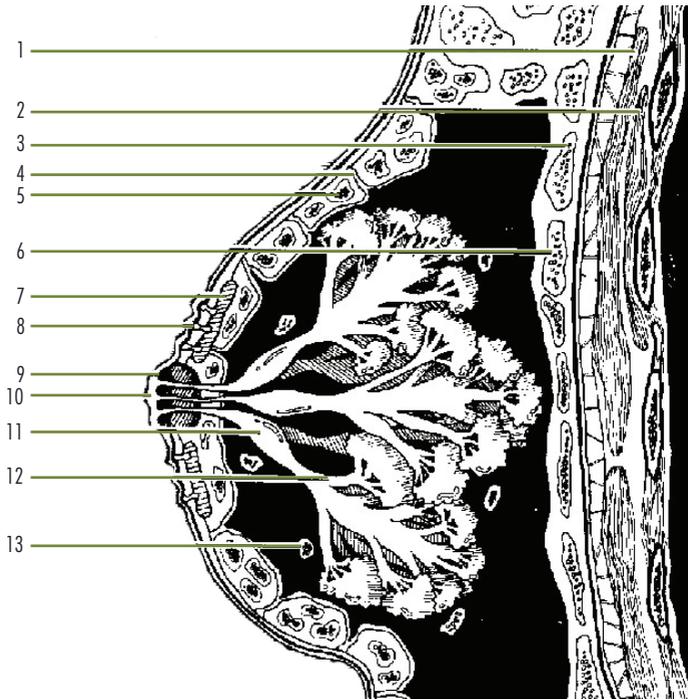
Toda esta estrutura arquitetônica da glândula mamária está imersa em tecido conjuntivo, colágeno e adiposo, constituindo-se o que denominamos de estroma, que é o responsável pela consistência característica da mama. O mesmo também inclui os vasos, os nervos e os linfáticos (conforme demonstram as figuras 3 e 4).

Figura 3: Nova versão da descrição da anatomia da glândula mamária feminalactante é feita por imagem de ultrassom por Ramsay.



Fonte: Ramsay et al. (2005, p. 531)

Figura 4: Estrutura da glândula mamária feminina: 1) Músculo peitoral maior; 2) Músculo peitoral menor; 3) Plano costal; 4) Ligamento de Cooper; 5) Tecido adiposo subcutâneo; 6) Tecido adiposo retromamário; 7) Músculo areolar; 8) Glândulas areolares; 9) Orifício do ducto excretor; 10) Mamilo; 11) Ductos de leite; 12) Canal galactóforo; 13) Tecido adiposo intramamário (estroma).



Fonte: Santos (2000 *apud* SANTOS 2011b, p.28) e Ramsay et al. (2005)

Para melhor ilustrar as diferenças entre as versões antiga e nova da anatomia da mama, de acordo com Ramsay et al. (2005), apresentamos o quadro 3 a seguir.

Quadro 3: Diferenças entre as versões antiga e nova da anatomia da glândula mamária feminina de acordo com Ramsay.

COMPONENTES	VERSÃO ANTIGA	NOVA VERSÃO
Proporção Tec.Glandular /Tec. Adiposo	1:1	2:1
Tecido Glandular	Homogênea	65% tecido glandular
Ductos que saem do Mamilo	15 a 20	4 a 18
Bifurcação de ductos	Em profundidade na mama	Mais próximo do mamilo
Tecido Glandular	Zona anterior da mama–seios lactíferos presentes	Base do mamilo - seios lactíferos ausentes
Tecido Adiposo	Não se diferencia	Subcutâneo, intraglandular e retro-mamário

Fonte: Ramsay et al. (2005)

As mamas femininas sofrem alterações em suas medidas desde o nascimento, quando passam de 8mm de diâmetro e 40g, para cerca de 10cm e 200mg no período da puberdade. Durante a gestação, as mamas duplicam de tamanho e sofrem inúmeras alterações sob efeito dos hormônios estrógeno e progesterona. Estas alterações preparam a mama para o início da produção de colostro, por volta da 16ª e 20ª semana de gestação, que continua até os primeiros dias após o parto. Após o nascimento, com a saída da placenta, ocorre uma queda brusca nos níveis de estrógeno e progesterona, que estimula a produção de prolactina e de ocitocina, pelo hipotálamo-hipófise anterior e hipófise posterior, respectivamente. A prolactina é o hormônio responsável pela produção do leite e a ocitocina, pela ejeção do leite dos alvéolos para os ductos. Assim, em torno de 48 a 72 horas após o parto, ocorre a apojadura, que é a descida do leite. Na apojadura, a mulher sente as mamas cheias, quentes e por vezes doloridas (SANTOS, 2011b; VINHA, 1999; ABRÃO, 2006; MATUHARA; NAGANUMA, 2008).



## Palavra do profissional

O volume de leite produzido aumenta gradativamente. Assim, no 2º dia, está por volta de 50ml/dia; no 4º dia, em torno de 550ml/dia. Aos três meses, é de cerca de 850ml/dia. Esta informação é importante para que a nutriz seja orientada sobre a pequena quantidade de colostro/leite que é produzida nos primeiros dias, que é o esperado para o período.

Os níveis plasmáticos de prolactina se elevam em resposta à sucção do bebê e estão diretamente relacionados à frequência, duração e intensidade da sucção. A sucção da região mamilo-areolar produz uma elevação de prolactina basal, sendo que o pico de produção ocorre entre 20 a 40 minutos após o início da estimulação. Assim, 30 minutos de sucção favorecem níveis elevados de prolactina por cerca de 3 a 4 horas, o que é importante para a produção de leite para as próximas mamadas. Portanto, a sucção do mamilo em livre demanda pela criança é o elemento básico para a manutenção da amamentação. Após o nascimento, quanto mais rápido e mais frequentemente o recém-nascido suga a mama, maior será a produção de leite, pois o que controla a produção de leite é o esvaziamento da glândula pela sucção (BRASIL, 2001).

Com relação à composição do leite materno, este é caracterizado de acordo com as características bioquímicas, adequadas a cada determinado período da vida da criança. Assim, o leite materno distingue-se em (BRASIL, 2001):

- **Colostro:** líquido espesso, de coloração amarelada devido a alta concentração de betacaroteno e alta densidade, dura em média de 48 a 72 horas após o parto, mas pode permanecer ainda por cerca de 7 dias. O volume, no início, varia de 2 a 20ml em cada mamada, totalizando 50 a 100ml/dia, sendo suficiente para satisfazer as necessidades do lactente. O colostro apresenta alta concentração de IgA e de lactoferrina que, juntamente com a grande quantidade de linfócitos e macrófagos, fornecem proteção ao recém-nascido. Além disso, tem ação laxativa, que facilita a eliminação de mecônio e auxilia na prevenção da icterícia.
- **Leite de transição:** líquido produzido durante a apojadura, que pode persistir entre o 7º e 15º dia após o parto. O volume de leite e a composição variam no decorrer dos dias (BRASIL, 2001).
- **Leite maduro:** leite produzido como continuação ao leite de transição. Este apresenta-se como um líquido branco e opaco, com pouco odor, sabor ligeiramente adocicado e seu volume médio é

de 700 a 900ml/dia, durante os primeiros seis meses. A partir do segundo semestre, a quantidade média de produção diária é de 600 ml. O leite materno tem 88% de água e possui uma osmolaridade semelhante à do plasma sanguíneo; além da água, é composto por proteínas, carboidratos, lipídeos, minerais e vitaminas.

Além disso, o leite pré-termo é a denominação para o leite produzido pelas mães de crianças prematuras, que difere do leite de mães de crianças de termo por apresentar: maior teor de proteína, lipídeos e calorías, atendendo à maior necessidade de crescimento do pré-termo; menor teor de lactose, o que torna a digestão facilitada; maior quantidade de IgA e lactoferrina (BRASIL, 2001).

### 5.2.1 Cuidado de enfermagem ao aleitamento materno

O conhecimento sobre os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é de extrema importância para que o(a) enfermeiro(a) auxilie a puérpera e o bebê a vivenciarem a amamentação de forma efetiva e tranquila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para o êxito deste processo.

Considerando que a mulher passa por um longo período de gestação até que possa concretamente amamentar seu filho, as orientações para amamentação devem ser iniciadas já na gravidez (BRASIL, 2001). Isto porque a gravidez é um período privilegiado para trabalhar o desejo, as dúvidas e as inseguranças das mulheres (e de seus familiares) quanto à amamentação. É um período propício também para desenvolver o conhecimento da mulher, sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo por 6 meses e complementado por dois anos ou mais, sobre seus direitos, sobre o manejo clínico da amamentação e sobre os riscos do uso de mamadeiras, bicos e chupetas. É importante ouvir a mulher, perceber fatores de risco para o desmame precoce e apoiá-la para que possa adquirir autoconfiança em amamentar. É importante também propiciar a troca de experiências entre as gestantes e buscar o envolvimento dos familiares no apoio à amamentação, através de visitas domiciliares ou de sua participação nos grupos de pré-natal.

Em decorrência do desenvolvimento de pesquisas recentes, hoje se sabe que o preparo das mamas para a amamentação no período pré-natal é uma prática desnecessária, e em alguns casos é até prejudicial. A posição e pega adequadas imediatamente após o nascimento parece ser o critério mais importante para proporcionar uma sucção efetiva pelo bebê, e não o preparo das mamas durante a gestação. No pré-natal, portanto, mais importante do que preparar as mamas da mulher, é atendê-la na sua integralidade. Considerar as múltiplas dimensões que envolvem esta

prática, ou seja, físicas, psíquicas, sociais e culturais, para que se possa identificar e compreender que tipo de apoio ela necessita para que possa futuramente alcançar sucesso nesta prática.

Para que a enfermeira e os outros profissionais de enfermagem possam desenvolver um trabalho efetivo de apoio à gestante para a amamentação, de acordo com o UNICEF/OMS (2009), é importante:

- Utilizar habilidades de aconselhamento, tais como: ser amável, atencioso(a) e compreensivo(a); procurar estabelecer empatia; ouvir a mulher com atenção, elogiando-a sempre que possível, evitando críticas e oferecendo ajuda prática e apoio.
- Ajudar a gestante a esclarecer suas dúvidas e diminuir suas preocupações, medos e incertezas, fortalecendo sua autoconfiança, para que ela acredite na sua capacidade de amamentar.
- Envolver o companheiro e a família da gestante no processo de amamentação sempre que possível.
- Identificar os fatores de risco para o desmame precoce.

Neste período, é importante que o(a) enfermeiro(a) identifique o conhecimento da mulher e de seu companheiro sobre o processo e o seu desejo para amamentar. Esta análise pode ser realizada com entrevistas individuais, discussões em grupo e observação. Para tanto, o(a) enfermeiro(a) deve considerar: experiência prévia em amamentar; fatores culturais, como: crenças sobre o colostro e a estética mamária e pudor relacionado às mamas; sentimentos sobre amamentação, como: ansiedade, medo, confiança; aspectos físicos que podem influenciar, como: cirurgias mamárias, tipo de mamilo, desenvolvimento do tecido mamário, deficiência visual ou auditiva, limitações físicas e; apoio do companheiro, da família e dos amigos e seus graus de conhecimento.

Logo após o parto, o(a) enfermeiro(a) também deve avaliar as condições intraparto que podem influenciar no início da amamentação, como: tipo de parto, tempo transcorrido do parto, complicações obstétricas e neonatais, nível de dor, medicamentos, humor e nível de energia (ALDEN, 2002). À medida que o enfermeiro(a) identifica a vivência e a experiência da mulher, pode trabalhar os conhecimentos dela, reforçando as práticas corretas e discutindo as incorretas (ABRÃO, 2006).

O uso de cremes, óleos hidratantes ou qualquer produto na região mamilo-areolar não é recomendado, pois torna a pele da região sensível e predispõe à ocorrência de traumas mamilares no período de amamentação (VINHA, 1999; MATTAR; ABRÃO, 2003; ABRÃO, 2006).

Na sala de parto, o cuidado de enfermagem visa contribuir para a ocorrência do contato entre a mãe e o seu filho após o nascimento, o mais precocemente possível, se ambos estiverem em condições físicas e emocionais adequadas. O contato pele-a-pele precoce e prolongado é recomendado no período pós-parto imediato e deve durar até a primeira mamada ou pelo tempo que a mãe desejar (WHO; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 1998). Durante o contato pele-a-pele precoce, a criança não precisa sugar, mas as evidências científicas demonstram que este contato cria um ambiente ótimo para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Além disso, este contato auxilia no estabelecimento da sucção precoce e estimula a hipófise na produção de prolactina e ocitocina, responsáveis pela produção e ejeção láctea, respectivamente, e com efeitos da ocitocina sobre a involução uterina mais rápida e para um menor sangramento (MATTAR; ABRÃO, 2003).



### *Palavra do profissional*

O contato pele-a-pele entre a mãe e o filho faz parte dos Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno, da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que é uma iniciativa mundial para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

---



### *Saiba mais*

Para aprofundar seus conhecimentos acerca deste assunto, acesse o documento: “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorioihacatualizado.pdf>>

Assista também ao filme: “Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 10 passos que fazem a diferença”, produzido pelo Ministério da Saúde brasileiro.

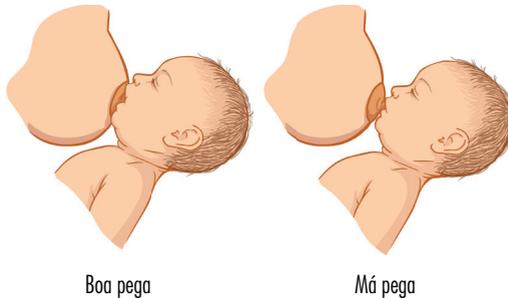
---

Após o nascimento, o Alojamento Conjunto é fundamental para o incentivo do aleitamento materno, pois a mãe pode oferecer o leite materno ao seu filho sempre que ele demonstrar fome, em livre demanda e não em horários rígidos (BRASIL, 2001). Neste sistema de internação, a mulher tem ainda a oportunidade de aprendizado durante os dias que permanecer na maternidade, recebendo dos profissionais orientações referentes ao cuidado com os filhos.

No Alojamento Conjunto, o(a) enfermeiro(a) deve realizar o cuidado ao aleitamento materno, considerando que esta situação é única, mesmo que a mulher já tenha amamentado anteriormente, pois para o filho que acabou de nascer é a primeira vez que o processo está acontecendo. Segundo Vinha (1999), Mattar e Abrão (2003) e Abrão (2006), as seguintes orientações devem ser realizadas:

- **Verificar a flexibilidade areolar antes das mamadas:** orientar a puérpera a apreender a região areolar com os dedos e executar movimentos de flexão de toda a região, dobrando a aréola várias vezes, em todas as direções; a aréola flexível permite uma adequada pega do bebê; a aréola endurecida deve ser esvaziada por ordenha manual, para favorecer a amamentação;
- **Posicionamento correto da puérpera para amamentar:** a mulher pode optar pela posição em que se sentir mais relaxada e confortável. A posição mais utilizada é a sentada, sempre com as costas, os braços e os pés apoiados.
- **Posicionar o bebê corretamente para mamar:** o bebê deve ser colocado em decúbito lateral elevado, sempre com o rosto voltado para a mama, sua barriga deve estar voltada para a barriga da mãe (posição tradicional). A mãe também pode amamentar o bebê colocando-o na posição invertida (com o corpo do bebê passando por baixo das axilas da mãe), posição de cavaleiro (bebê sentado sobre a perna da mãe) e em posição deitada de lado.
- **Preensão (pega) correta da região mamilo-areolar:** a mãe deve estimular o bebê a abrir bem a boca, colocando o mamilo no lábio inferior da criança; após essa etapa, a mãe deve introduzir o mamilo e a maior parte da aréola dentro da boca do bebê, que deve estar com o nariz e o queixo em contato direto com a pele da mama, os lábios superior e inferior devem estar virados para fora. Durante a sucção, as bochechas do bebê permanecem arredondadas, conforme a figura a seguir:

Figura 5: Boa pega e má pega.



Boa pega

Má pega

Fonte: WHO, FCH e CAH (1998)

- Retirar o bebê da mama: quando for necessário, retirar o bebê do peito sem tracionar a mama;
- Cuidados com as mamas: o(a) enfermeiro(a) deve orientar a mulher a usar sutiã com boa sustentação, com alças curtas e reguláveis para manter as mamas em posição anatômica e evitar que os ductos se dobrem. Ainda, deve orientar o banho de sol nas mamas (até as 10h e após as 16h) e a lubrificação da região mamilo-areolar com o próprio colostro/leite materno.

Outras orientações devem ser feitas com o intuito de favorecer a amamentação: o local para amamentar deve ser calmo e confortável; amamentar em uma mama de cada vez e pelo tempo que o bebê desejar; a mulher precisa saber que o intervalo entre as mamadas varia de criança para criança, por isso é importante manter o esquema de livre demanda (VINHA, 1999; MATTAR; ABRÃO, 2003; ABRÃO, 2006).

De acordo com Vinha (1999), Mattar e Abrão (2003) a Abrão (2006), algumas práticas **NÃO são recomendadas**:

- Higienização dos mamilos com água ou qualquer outro produto antes e depois das mamadas, pois remove a proteção natural da pele e favorece a ocorrência de traumas mamilares.
- Aplicação de compressas quentes ou frias nas mamas, que tem seus benefícios ainda muito controversos.
- Utilização de mamadeiras, chupetas e outros bicos artificiais que podem levar ao desmame.
- Introdução de água, chá ou complementos na alimentação da criança menor de seis meses de vida.
- Aleitamento materno cruzado (mãe oferecer o peito a outra criança que não seja seu filho).

## 5.2.2 Ordenha

A ordenha da mama ou extração do leite do peito consiste na expressão da mama lactante, podendo ser feita pela própria mulher (auto-ordenha), familiares ou profissionais de saúde. Pode ser realizada com a mão ou com auxílio de bombas (manuais ou elétricas). A ordenha ou extração manual, entretanto, é a mais indicada, pois é a maneira menos traumatizante, menos dolorosa, mais econômica e eficaz para uma mãe retirar o leite do seu peito. Esta maneira também é mais conveniente, pois pode ser feita a qualquer hora e em qualquer lugar, além de reduzir os riscos de contaminação. É muito importante que todos os profissionais de enfermagem saibam realizá-la e que todas as mães aprendam logo a fazer a auto-ordenha (UNICEF; OMS, 2009; LAWRENCE, 2005).



### *Palavra do profissional*

Quando a ordenha ou extração manual é indicada?

A ordenha ou extração manual é indicada em diferentes situações e em alguns casos ela poderá ser decisiva na manutenção da lactação. Sua indicação pode estar relacionada tanto à condição da mãe quanto a da criança. As indicações mais frequentes de ordenha ou extração manual são:

- Aliviar o ingurgitamento mamário (mama empedrada).
- Aliviar a tensão da região mamilo areolar, visando uma pega correta.
- Manter a lactação em casos de doença ou impedimento da mãe ou do bebê.
- Fornecer leite para o bebê impossibilitado de sugar o peito.
- Fornecer leite para o bebê, quando a mãe tiver que se afastar dele temporariamente.
- Doar excedente da produção de leite para Banco de Leite Humano.
- Tratamento de mastites.
- Outras indicações.



## Palavra do profissional

Acompanhe o procedimento de como ordenhar a mama manualmente.

Em primeiro lugar, é importante que a mãe se sinta tranquila, capaz, segura e confiante. Depois, é preciso orientá-la para os seguintes procedimentos, de acordo com UNICEF; OMS (2009):

- Lavar bem as mãos com água e sabonete antes de iniciar a ordenha. As unhas devem estar bem limpas e de preferência curtas.
- Preparar um frasco de vidro limpo, com boca larga e com tampa plástica para armazenar o leite retirado. O frasco e a tampa devem ser cuidadosamente lavados com água fervente ou esterilizados em autoclave e após estes procedimentos, deve-se tomar o cuidado para não tocar na parte interna destes.
- Procurar uma posição confortável, com ombros relaxados, discretamente inclinados para frente, trazendo o frasco bem próximo à mama.
- Evitar conversar durante a extração, para que o leite não seja contaminado com a saliva; de preferência usar máscara ou similar.
- Usar luvas quando a ordenha for feita pelo profissional de enfermagem.
- Desprezar os primeiros jatos.
- Considerando a estrutura anatômica da glândula mamária e o mecanismo fisiológico da liberação do leite, sugere-se observar a seguinte sequência:
- Colocar o dedo polegar e indicador em forma de um “C” sobre a borda areolar, de modo que o polegar fique na parte superior e o indicador abaixo, conforme a figura 6:

Figura 6: Posição dos dedos polegar e indicador sobre a borda areolar.



Fonte: Santos (2002)

- Fazer pressão para dentro, em direção ao tórax, apertando firme e delicadamente ao mesmo tempo a região da borda areolar (em cima, embaixo e nas laterais, conforme a figura 7:

Figura 7: Expressão da região da borda areolar.



Fonte: Santos (2002)

O tempo para a retirada adequada do leite varia de mãe para mãe. Pode demorar de 20 a 30 minutos até mais de uma hora. A retirada do leite deverá ser feita até que a mama fique macia, sem pontos dolorosos, em condições confortáveis para a mãe.



### Palavra do profissional

Depois da ordenha, a pergunta agora é: como armazenar o leite retirado?

Autores como King (2001), Santos (2000) e Lawrence (2005) recomendam alguns cuidados para o armazenamento do leite. São eles:

- O leite deve ser armazenado em frasco de vidro limpo, conforme já mencionado.
- O frasco não deve ser enchido até a borda (deixando 2cm abaixo), caso contrário ele poderá estourar quando congelado, pelo aumento do volume do leite.
- O frasco deverá ser identificado com o nome da mãe, a data da coleta, o tipo de extração e a idade do leite (que é igual à idade do bebê).
- Ao terminar a ordenha, feche o frasco e armazene-o no refrigerador por até 12 horas, caso o leite se destine ao uso diário; no freezer ou congelador por até 15 dias; no freezer por 6 meses, se for pasteurizado em caso de doação ao Banco de Leite Humano.
- O descongelamento do produto deverá ser feito por meio de banho-maria, com o fogo apagado, devendo o leite ser agitado suavemente visando, obter sua homogeneização.

A mãe deverá ser orientada que poderá alimentar com o leite do seu peito quando estiver trabalhando fora de casa. No trabalho, pode reservar um tempo para retirar o leite com a mão, colocando-o num frasco que deverá ser armazenado em refrigerador ou em recipiente térmico. Assim, a mãe mantém a produção de leite e permite que seu filho seja alimentado da melhor maneira durante sua ausência. A pessoa que cuida do bebê deve aquecer o leite materno em banho-maria, sem, contudo, deixar ferver.

---

O ideal é que o leite, ao ser aquecido, fique apenas morno, na mesma temperatura de quando sai do peito. É importante ressaltar também que este leite seja oferecido em xícara, colherinha ou copinho (conforme demonstra a foto a seguir), pois o bico da mamadeira pode confundir a sucção do bebê, além de facilitar a contaminação por bactérias.

---

Foto 1: Oferecendo leite materno no copinho.



Fonte: <http://fisiomadres.blogspot.com.br/2010/08/semana-mundial-da-amamentacao.html>

Resgatar a cultura da amamentação tem se constituído num desafio universal. Esta prática, considerada um fenômeno biológico, é também determinada social, política e culturalmente. Envolve a mulher nas suas múltiplas dimensões, ou seja, física, psíquica, social e cultural. Sendo assim, é considerado um processo altamente complexo, não se restringindo ao simples oferecimento do peito à criança. Ao amamentar, a mulher poderá enfrentar dificuldades envolvendo as suas múltiplas dimensões. O enfermeiro e demais membros da equipe de saúde, devidamente capacitados para o manejo clínico da lactação, podem ajudar as mulheres a evitar e a enfrentar inúmeras dificuldades.

Especialmente nos primeiros dias após o parto (do 1º ao 15º dia aproximadamente), quando o processo da amamentação e o ritmo das mamadas se apresentam ainda instáveis, surgem algumas dificuldades que podem ser solucionadas com medidas simples. Este período requer paciência, firmeza e, acima de tudo, conhecimento da fisiologia da lactação, tanto por parte do profissional de saúde como da nutriz. Este conhecimento é uma condição essencial para que a nutriz encare o fenômeno como passageiro e persista amamentando.

Vejamos as dificuldades mais frequentes que podem ocorrer e como podemos resolvê-las, segundo alguns autores como Lawrence (2005), Vinha (1994), King (2001), Santos (2011b) e UNICEF e OMS (2009).

## 5.2.3 Principais Dificuldades

### Ingurgitamento mamário

O fenômeno de ingurgitamento mamário ocorre pelo congestionamento venoso e linfático da mama e pela estase láctea em qualquer das porções do parênquima (conforme demonstra a foto 2). É comum sua ocorrência entre o 3º e 8º dia de puerpério devido à pressão exercida pelo leite no sistema canalicular, podendo desaparecer entre 24 e 48 horas após seu início.

Foto 2: Ingurgitamento mamário.



Fonte: <http://blognaneanene.blogspot.com.br/2011/07/ingurgitamento.html>

A causa deste fenômeno é atribuída ao esvaziamento incompleto ou inadequado da glândula mamária determinado pela sucção deficiente ou pelo desequilíbrio entre a produção e a ejeção da secreção láctea. As mamas apresentam-se aumentadas de tamanho, em tensão máxima, túrgidas, dolorosas e quentes. A rede de Haller apresenta-se bastante visível e saliente com ingurgitamento venoso. Poderá ocorrer ainda mal estar geral, cefaleia e calafrios.

Constituem-se fatores predisponentes para a ocorrência do ingurgitamento mamário:

a) **Relacionados à condição materna:**

- Leite residual após a mamada ou não esvaziamento completo das mamas.
- Hipergalactia (produção aumentada de leite).
- Dor ao amamentar.

- Fatores emocionais.
- Espaçamento entre as mamadas.
- Alteração do ritmo das mamadas.
- Separação entre mãe e filho.
- Traumas mamilares.
- Região mamilo areolar pouco flexível.
- Mamilos malformados ou subdesenvolvidos.

b) **Relacionados à condição neonatal:**

- Pega inadequada.
- Sucção não efetiva.
- Prematuridade ou recém-nascido doente.
- Morte neonatal.
- Suspensão abrupta da amamentação.

c) **Relacionados ao manejo inadequado:**

- Sedação materna durante e após o parto.
- Separação entre mãe e filho.
- Desvalorização do aleitamento materno.
- Inadequada assistência à lactação.
- Estabelecimento de horários rígidos de mamada.
- Controle do tempo de sucção.
- Administração de água, sucos, chás ou outro líquido.
- Cuidados inadequados com as mamas.

### **Cuidados de Enfermagem à mulher com ingurgitamento mamário**

Dentre os cuidados profiláticos, veja o que o profissional enfermeiro deve realizar:

- Orientar sobre o uso de sutiã adequado e de maneira correta, de modo que as mamas fiquem firmes e suspensas, sem, contudo, provocar garroteamento da rede venosa, linfática ou do sistema canalicular.
- Orientar sobre o posicionamento adequado (da mãe e do bebê) no

momento de amamentar, com a finalidade de estabelecer adequada capacidade de sucção, demonstrando como colocar e retirar a criança do peito e as posições adequadas para amamentar.

- Estimular o reflexo de ejeção do leite através de pressão intermitente sobre a região mamilo areolar antes de iniciar a mamada ou a extração do leite.
- Observar a tensão da mama e da região mamilo areolar antes da mamada. Em caso de tensão máxima, esvaziar previamente a ampola galactófora até que a região mamilo areolar se torne macia, flexível e apreensível.
- No período da amamentação, oferecer única e exclusivamente o peito, a partir da primeira meia hora após o parto.
- Orientar para a amamentação sob livre demanda.
- Contraindicar o uso de bicos, mamadeiras e chupetas.
- Orientar para o esvaziamento adequado das mamas.
- Orientar para amamentar nas duas mamas.
- Aumentar a frequência das mamadas.
- Favorecer a técnica correta da amamentação.
- Fortalecer a confiança materna.
- Manter a mãe e o bebê juntos.
- Demonstrar à puérpera como estabelecer uma boa pega.
- Propiciar ambiente tranquilo para amamentação.
- Após as mamadas, realizar a inspeção e palpação da glândula mamária à procura de pontos doloridos e endurecidos tentando identificar o tipo de ingurgitamento por área de localização.

Em caso de presença de pontos doloridos e endurecidos, procurar removê-los através da extração manual do leite. Você deve demonstrar como retirar leite do peito para todas as puérperas e em especial para aquelas que tiverem que ficar separadas dos seus filhos, também deve orientar na prevenção da fadiga, da dor e da ansiedade no puerpério.

Dentre os procedimentos para o tratamento, veja o que o(a) enfermeiro(a) deve fazer:

- Esvaziar o peito após as mamadas por meio de ordenha, preferencialmente manual, iniciando na base areolar, até que desapareçam os pontos dolorosos (ver ordenha manual).

- Usar sutiã com boa sustentação.
- Utilizar técnicas de relaxamento e redução do stress.
- Uso de analgésicos, se necessário.
- Manter a amamentação exclusiva e frequente nas 24 horas (demanda livre).

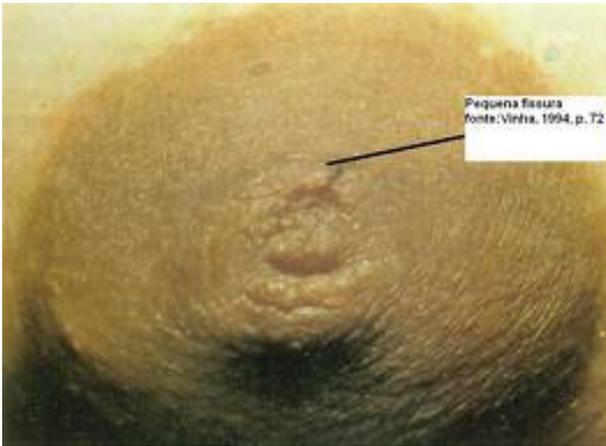
## Trauma mamilar

Entre as intercorrências precoces mais frequentes na amamentação, os traumas mamilares ocupam posição de destaque e têm como principal causa a pega incorreta. Com base em pesquisas realizadas nas duas últimas décadas, sabe-se que o tipo de mamilo, do ponto de vista de sua formação anatômica, pouco influencia no estabelecimento e sucesso da amamentação.

Na classificação dos traumas mamilares, esses traumas geralmente são agrupados e denominados de fissuras. Entretanto, por apresentarem características diferentes e acometerem áreas distintas na região mamilo-areolar, eles são classificados por Vinha (1994) como:

- **Fissura ou rachadura mamilar:** consiste na ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo provocada por inadequada apreensão (pega) no momento da sucção. Ocorre com maior frequência nas mulheres com pele clara, idosas, primíparas e mamilos planos ou invertidos. De aspecto linear, tipo fenda, de profundidade variável, elas podem ser circulares e verticais; as circulares ocorrem ao redor do mamilo, em forma de círculo, e as verticais na porção papilar do mamilo. Popularmente é conhecida como rachadura e ‘calor de figo’, conforme demonstra a foto a seguir.

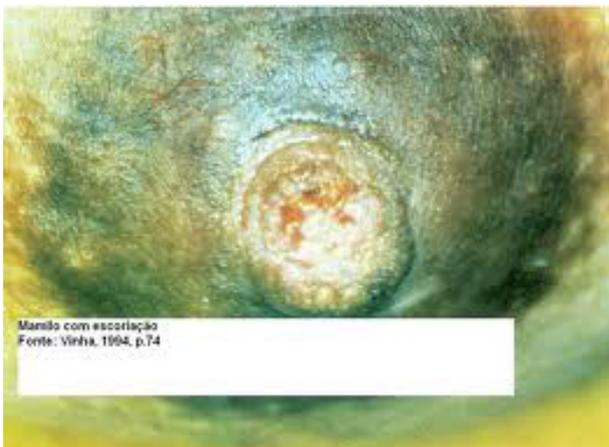
Foto 3: Mamilo com fissura pequena.



Fonte: Vinha (1994, p. 72)

- **Escoriação:** lesão com aspecto de mamilo esfolado ou com a epiderme saliente deixando a derme parcialmente exposta. Ocorre com maior frequência no quadrante superior externo de mamilos semiprotrusos ou pseudoinvertidos, devido à pega inadequada, conforme demonstra a foto a seguir.

Foto 4: Mamilo com escoriação (fase inicial) pequena.



Fonte: Vinha (1994, p. 74)

- **Erosão:** lesão resultante do desgaste ou remoção de toda epiderme ou

derme, ocasionando dor intensa. Ocorre com frequência em mulheres com mamilos invertidos, conforme demonstra a foto a seguir.

Foto 5: Mamilo com erosão (fase avançada).



Fonte: Vinha (1994, p. 74)

- **Dilaceração:** lesão causada pelo uso indevido de pressão negativa exacerbada na região mamilo-areolar. Apresenta aspecto 'rasgado', e é resultante do uso de bombas tira-leite. Pode acometer qualquer tipo de mamilo, conforme demonstra a foto a seguir.

Foto 6: Mamilo com dilaceração.



Fonte: Vinha (1994, p. 75)

- **Vesículas:** são lesões com forma arredondada com aspecto vesicular, podendo ser íntegras ou rotas com presença de exsudato (secreção transparente e clara), em processo de cicatrização ou reabsorção, também resultantes de sucção ineficiente, conforme demonstra a foto a seguir.

Foto 7: Mamilo com dilaceração.



Fonte: Vinha (1994, p. 76)

Dentre os fatores causais dos traumas mamilares, listamos:

- Pega e posição inadequadas (principais).
- Sucção ineficiente.
- Uso de lubrificantes.
- Uso de medicamento tópico.
- Higiene excessiva.
- Monilíase mamária.
- Malformações do mamilo.
- Sucção prolongada (mais de 1 hora).

**Sintomas:** presença de solução de continuidade em forma de fenda, com profundidade e extensão variáveis, podendo apresentar sangramento e dor localizada.

## Cuidados de enfermagem à mulher com trauma mamilar

Ao prestar o cuidado à mulher, nesta situação específica, os profissionais devem:

- Usar as habilidades de aconselhamento, visando fortalecer a autoconfiança da mulher: saber ouvir, elogiar, dar sugestões e não ordens, não usar palavras de julgamento, dar ajuda prática.
- Identificar o conhecimento prévio da nutriz sobre noções de anatomia da glândula mamária feminina, fisiologia da lactação, vantagens do aleitamento materno e técnicas de amamentação.
- Apoiar a nutriz a observar a técnica adequada para amamentar, orientando-a para manter a região mamilo-areolar seca e aerada; não usar lubrificantes, pomadas ou outros medicamentos tópicos; realizar a expressão do leite no término da mamada, espalhando-o em toda a região mamilo-areolar, deixando secar espontaneamente.
- Sugerir que a mãe ofereça primeiro o peito menos dolorido, ou aquele que não apresente trauma mamilar.

Outra intercorrência bastante frequente e penosa para a mulher durante a amamentação, é a mastite puerperal, já abordada na Unidade 4 do presente módulo.

---

Embora sejam raras, existem algumas situações em que a mãe está impedida de amamentar.

---



## Saiba mais

Saiba mais: Para aprofundar seus conhecimentos acerca destas situações, indicamos a leitura das seguintes publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades: referência para mulheres que não podem amamentar. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Guidelines on HIV and infant feeding: an updated framework for priority action, Genebra, 2012.

\_\_\_\_\_. Aconselhamento em HIV e alimentação infantil: um curso de treinamento. São Paulo: Instituto de Saúde, 2003.

No que se refere à importância do aleitamento materno e do manejo clínico da lactação, sugerimos que você assista ao filme: “Amamentação: muito mais do que alimentar a criança”, produzido pelo Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Pediatria (2010). Disponível em: <<http://youtu.be/rV3kkFn14pM>>

Em relação à proteção ao aleitamento materno, sugerimos que você assista ao filme “NBCAL: para fazer valer a lei”, produzido e disponibilizado pela Rede IBFAN Brasil (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar). Este filme mostra como a sociedade civil se organiza para monitorar a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e de que maneira o governo brasileiro atua no cumprimento dessa fiscalização. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=SuPNryJyxUQ&feature=youtu.be>>

## 5.3 Resumo

Nesta unidade, você estudou sobre a anatomia da glândula mamária feminina, a fisiologia da lactação e também sobre os cuidados de enfermagem ao aleitamento materno.

O conhecimento sobre os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é de extrema importância para que o(a) enfermeiro(a) auxilie a puérpera e o bebê a vivenciarem a amamentação de forma efetiva e tranquila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para o êxito deste processo.

## 5.4 Fechamento

Esta unidade trouxe subsídios para o Cuidado de Enfermagem no aleitamento materno, para o binômio mãe e filho admitidos em Alojamento Conjunto. A partir de uma avaliação cuidadosa, para identificar os conhecimentos e as experiências prévias da puérpera e de sua família sobre amamentação, o(a) enfermeiro(a) obterá informações que podem auxiliar no estabelecimento e na manutenção do aleitamento materno. As orientações e informações adequadas feitas pelo profissional de saúde favorecem o processo de amamentação prazerosa e efetiva para a mãe e o bebê.

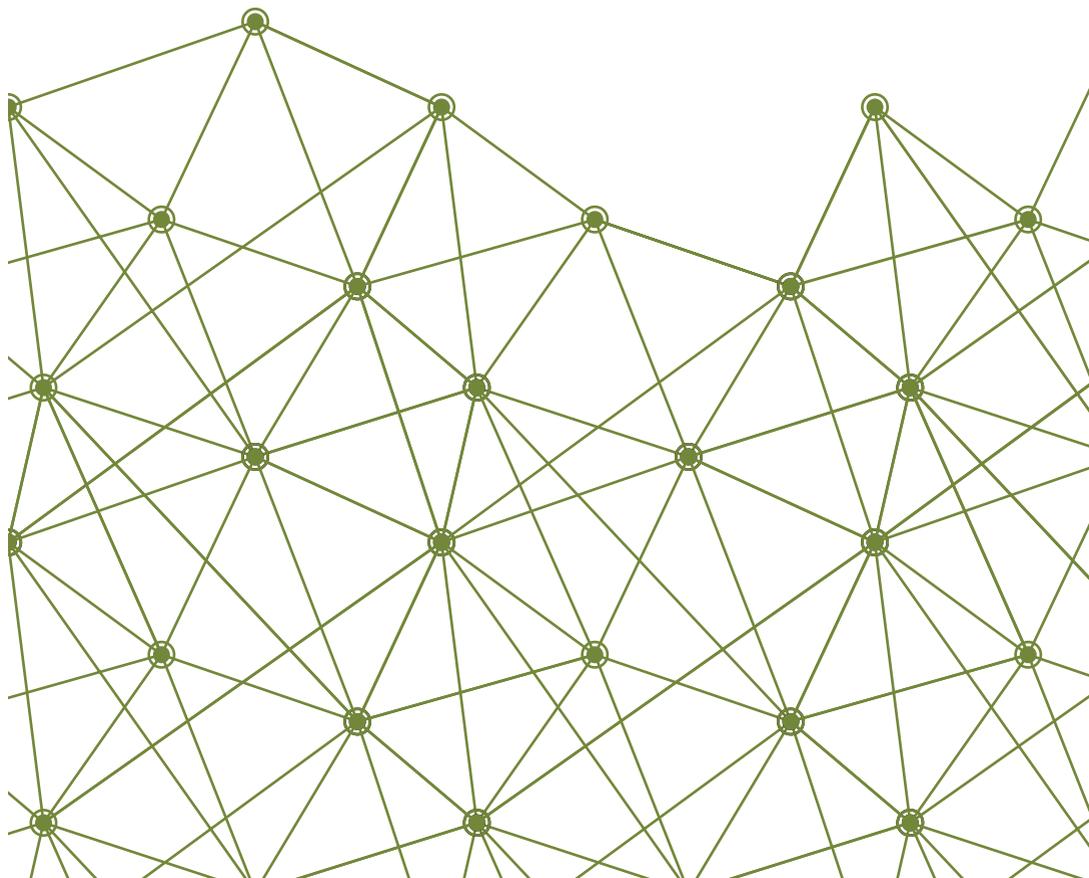
## 5.5 Recomendação de leitura complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/cadernootenaobasica\\_23.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/cadernootenaobasica_23.pdf)>

\_\_\_\_\_. **Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades**: referência para mulheres que não podem amamentar. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

\_\_\_\_\_. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: promovendo e incentivando a amamentação em um hospital amigo da criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

# UNIDADE 6



## Unidade 6 – Práticas educativas

Ao final dessa unidade, você deverá ser capaz de compreender a importância das Práticas Educativas em Alojamento Conjunto e de refletir sobre as práticas educativas no âmbito do cuidado humanizado à mulher, ao recém-nascido e à família.

### 6.1 Introdução

Na Unidade 1 deste módulo, você entrou em contato com inúmeras situações presentes no Alojamento Conjunto. Também conheceu alguns aspectos importantes no que se refere ao processo educativo, que deve permear o cuidado voltado para o binômio mãe/filho, o pai e os demais familiares. Como apontado anteriormente, as práticas educativas desenvolvidas junto a estes atores durante a permanência no Alojamento Conjunto devem ser norteadas pelo princípio da diversidade cultural e da dialogicidade, de forma horizontal. Isto se deve ao fato de entrarmos em contato com a multiplicidade de crenças, valores, estilos de vida e práticas culturais de cuidado da mulher e do bebê e que vem à tona no processo de parto e nascimento. Portanto, o(a) enfermeiro(a) deve ser capaz de considerar estas dimensões ao intervir ou desenvolver suas ações.

Esta unidade trará para você alguns lembretes que devem estar presentes quando o assunto é educar a partir de práticas que garantam um processo de viver mais saudável.

### 6.2 Práticas educativas – uma ferramenta a serviço do cuidar

É imperioso iniciarmos esta unidade considerando o que se entende por “educação”. Provavelmente você já deve ter lido e encontrado inúmeras definições, mas com certeza também deve ter constatado que a dimensão relacional entre os atores desse processo é o que permeia todos os objetivos a que ela se destina. Portanto, a educação retrata igualmente uma dimensão existencial entre os seres humanos e que permite a troca entre eles.

Paulo Freire, grande educador brasileiro, já definia a educação como um processo permanente, em que educandos e educadores desvelavam o mundo em comunhão alicerçada na dialogicidade. Esta permite a troca,

que considera a diversidade e a multidimensionalidade de cada ser envolvida no processo. Na abordagem de Paulo Freire (1993) sobre educação, constatam-se igualmente considerações acerca da sua visão humanista, o que nos remete ao princípio da humanização como um vetor constante nas ações em saúde. De igual forma, elementos como a reflexão e a ação são conceitos que permeiam o que seja educar na concepção freiriana (FREIRE, 1983). Estas considerações têm a intenção de levar você a refletir sobre o seu fazer e sobre a forma de como a educação tem sido utilizada como uma ferramenta importante no processo de cuidar em enfermagem.



### *Palavra do profissional*

Um profissional de enfermagem traz consigo o gérmen dos princípios educativos no dia a dia do cuidar. Você já parou para pensar sobre isso? O quanto temos desenvolvido individual e coletivamente a dimensão educativa de nossa profissão? Para você que atua em Alojamento Conjunto, já se deu conta das múltiplas atividades que desenvolvemos cuja matriz final é o processo educativo? E, por outro lado, já pensou que o educar igualmente significa um ato de cuidar?

Estas indagações nos ajudam a seguir adiante, a fim de que possamos construir, daqui para frente, ações cada vez mais sistematizadas de práticas educativas no Alojamento Conjunto, a fim de beneficiar ainda mais nossa clientela. Lembre-se que somos cuidadores por formação profissional e igualmente educadores.

Destaca-se que Bastable (2010) reforça a importância do ensino como parte do papel do(a) enfermeiro(a), pois só assim pode-se contribuir efetivamente para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde em suas mais diversas áreas de atuação.

## **6.2.1 Práticas educativas individuais**

Um ponto importante a definir é a quem se destinam as práticas educativas desenvolvidas no contexto do Alojamento Conjunto. Neste contexto, encontramos a mulher-mãe com o seu recém-nascido, o pai que atualmente está cada vez mais presente neste cenário e os demais familiares, com ênfase especial, as avós maternas e paternas. Inegavelmente nosso foco profissional tem centrado as atenções nas práticas educativas direcionadas à mulher-mãe.

Para esta, são feitas inúmeras orientações, que vão desde como amamentar o bebê até as recomendações de como cuidar de si mesma nos dias seguintes à saída da maternidade. Portanto, temos muito a orientar. Nas unidades anteriores você já deve ter percebido que é possível sistematizar tais orientações, sejam estas centradas nos cuidados com o bebê, seja consigo mesma.

A intenção nesta unidade não é a de repetir o que deve ser feito, mas, de uma maneira simples, fazer você refletir sobre como tais orientações podem ser sistematizadas durante a permanência no Alojamento Conjunto. Momento este em que se deve informar a puérpera sobre o que é necessário levar em consideração para a continuidade do cuidado no domicílio, informações estas que sejam efetivamente introjetadas e se constituam como suporte para ela. Para isso, você deve fazer um levantamento acerca das orientações e demais ações de natureza educativa que podem ser fornecidas de forma individual à mulher-mãe.

Jamais esqueça de avaliar o estado físico e emocional em que a mulher se encontra e, principalmente, de verificar com ela quais são os seus saberes prévios, quais são suas principais dúvidas e preocupações, seus medos, entre outros aspectos. Uma mulher muito cansada ou fragilizada pela situação do nascimento pode não conseguir assimilar aquilo que você quer oferecer a ela em termos de aprendizado. Considere que ela já veio recebendo inúmeras informações desde o momento em que ficou grávida. Então, consolide informações, esclareça aquilo que ficou nebuloso na memória dela e, mais do que tudo, pergunte, após qualquer orientação, o que efetivamente ela compreendeu do que você falou. Por vezes, é importante solicitar a ela que repita os itens abordados e as considerações realizadas. Isto se chama validação do conhecimento apreendido.

Outro aspecto importante são as ferramentas que você vai utilizar para as práticas educativas de natureza individual. Pesquise em seu setor e verifique o que você dispõe para facilitar o aprendizado, como ilustrações, álbuns seriados, folders com conteúdo gráfico adequado e informações relevantes, filmes, bonecos, etc. Pense a respeito disso e lembre que para cada atividade é necessário ter em mente algumas questões:

- Quais as demandas de informação vindas da mulher-mãe?
- Que tipo de informação eu vou disponibilizar?
- Que recursos vou utilizar?

A estes questionamentos se somam a sua disponibilidade de tempo, o lugar onde vai ser realizada esta prática e principalmente qual o momento que a mulher-mãe está atravessando que lhe permita assimilar as informações a serem disponibilizadas.

Por vezes, orientações quanto ao cuidado do recém-nascido precisam ser demonstradas. No primeiro momento você ensina, para que posteriormente consiga supervisionar a mulher-mãe no desempenho desta habilidade. A cada orientação e demonstração do cuidado é necessário que você explicita as razões de fazer desta ou daquela maneira a fim de que ela possa assimilar e muitas vezes repadronizar aquilo que anteriormente fazia. Jamais desconsidere o que ela já sabe e nunca se coloque na posição daquele que tudo sabe, desconsiderando o saber do outro.

---

É importante que você use habilidades de saber ouvir, empatizar, elogiar, dar ajuda prática, evitar palavras de julgamento, entre outras.

---

Do ponto de vista individual, você pode ter como sujeitos o pai do bebê e os demais familiares dos pais do recém-nascido. Esta possibilidade foi apontada anteriormente nas demais unidades. Portanto, mesmo quando as orientações são direcionadas à mãe do bebê, procure incluir o pai, envolvendo-o no cuidado, e sempre que possível as avós, sejam elas maternas ou paternas. Se houver demonstrações de cuidado a serem realizadas com o recém-nascido, procure um horário no qual o pai possa estar presente e o estimule a realizar igualmente o procedimento sob sua supervisão e a da mãe do bebê. Lembre-se: é muito importante elogiá-lo, reconhecer seu esforço quando se engaja nos cuidados com o bebê.

As questões apontadas no processo de construção das práticas educativas à mulher-mãe devem ser consideradas aos demais indivíduos que dela forem alvos.

## 6.2.2 Práticas educativas dirigidas a grupos

Como o Alojamento Conjunto se torna um espaço agregador de famílias em circunstâncias semelhantes, você pode desenvolver práticas educativas com focos semelhantes às práticas implementadas, tendo o foco individual. Basta para isso organizar sistematicamente encontros com o grupo que pretende atender, através de rodas de conversa. Neste sentido, é importante que você esteja aberto e conheça dinâmicas que permitam a troca de experiências e de saberes entre os participantes. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do período pós-parto no Alojamento Conjunto (BRASIL, 2006).

Quando se trata da formação de grupos, você poderá empregar diferentes formas de abordagem, tais como dramatizações, rodas de conversa e outras dinâmicas que facilitem a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo; podem ser abordados inúmeros temas e aspectos, mas não esqueça que o mais importante é que estes devem ser provenientes das necessidades sentidas e manifestadas pelos atores envolvidos, e não impostos pelo facilitador. Lembre-se também de que muitas puérperas e seus companheiros participaram de grupos de gestantes e ou casais grávidos e, portanto, reconhecem a importância destes. É relevante assinalar a necessidade de sistematizar tais grupos a partir dos seguintes aspectos:

- Com que frequência serão realizados?
- Qual o público alvo desses grupos? Será um grupo destinado apenas para mães e pais dos recém-nascidos? Deverá incluir os demais familiares presentes no Alojamento Conjunto?
- Em que espaço físico serão realizados?
- Qual a infraestrutura para a realização dos grupos?
- Quais os recursos necessários?



### *Palavra do profissional*

Atuando como facilitador, o(a) enfermeiro(a) deve evitar o estilo palestra, pouco produtivo e que ofusca questões subjacentes que podem ser mais relevantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido.

---

Com o crescente número de pais participando ativamente do processo da gestação, parto, pós-parto e amamentação, realizar reuniões de grupo com os eles pode ser muito útil. Isso também pode ser feito com as avós maternas e paternas. Experimente realizar estas atividades em grupos com os homens pais e as avós. Você poderá se surpreender. O grupo permite a troca de experiências e saberes entre os participantes e isto ajuda a construir caminhos para o cuidado de si e o cuidado do outro. Ao organizar e gerenciar uma atividade em grupo é preciso incentivar a participação de todos os integrantes garantindo a expressão de cada um. Algumas pessoas mostram-se mais tímidas quando estão em grupo, portanto, procure não forçar a expressão destas, permitindo-lhes o tempo necessário para se pronunciar e, em alguns momentos, fazendo um atendimento individual posterior. Pense a respeito disso!

## 6.2.3 Aspectos a serem abordados nas ações educativas no Alojamento Conjunto

Embora os aspectos a serem abordados nas práticas educativas no Alojamento Conjunto (seja individualmente ou em grupo) devam emergir das necessidades sentidas dos atores envolvidos, nunca impostos arbitrariamente pelo educador. Quase sempre contemplam aspectos relacionados aos cuidados com o bebê (importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança), às medidas preventivas, à vacinação, à higiene e ao saneamento do meio ambiente (importância da realização da triagem neonatal - teste do pezinho). Nessa primeira semana de vida do recém-nascido, também são considerados aspectos sobre os cuidados com o curativo do coto umbilical, o banho de sol, a amamentação, a alimentação complementar saudável, entre outros.

De acordo com Brasil (2006), os cuidados com a mãe envolvem higiene corporal, retorno à atividade sexual, planejamento familiar, manejo clínico da lactação, orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar, direitos trabalhistas relacionados à amamentação e à maternidade, alimentação, retorno à atividade física, importância das consultas puerperais (na primeira semana pós-parto e na 42ª semana pós-parto), entre outros.



### Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos acerca do assunto, consulte a dissertação de WIGGERS, E. **Aleitamento materno: educação libertadora com grupos de puérperas e acompanhantes no Alojamento Conjunto**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

Link: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0679-D.pdf>>

---

## 6.3 Resumo

Nesta unidade, você pôde lembrar alguns aspectos essenciais no que se refere às práticas educativas em Alojamento Conjunto; a necessidade do(a) enfermeiro(a) desenvolver a sua habilidade de educador, ressaltando que esta dimensão se constitui também em um ato de cuidar. Enfatiza a pertinência de atividades de educação junto à clientela do Alojamento Conjunto a fim de prevenir agravos e promover a saúde da mulher-mãe, do recém-nascido, do pai do bebê e de toda a família presente neste espaço.

## 6.4 Fechamento

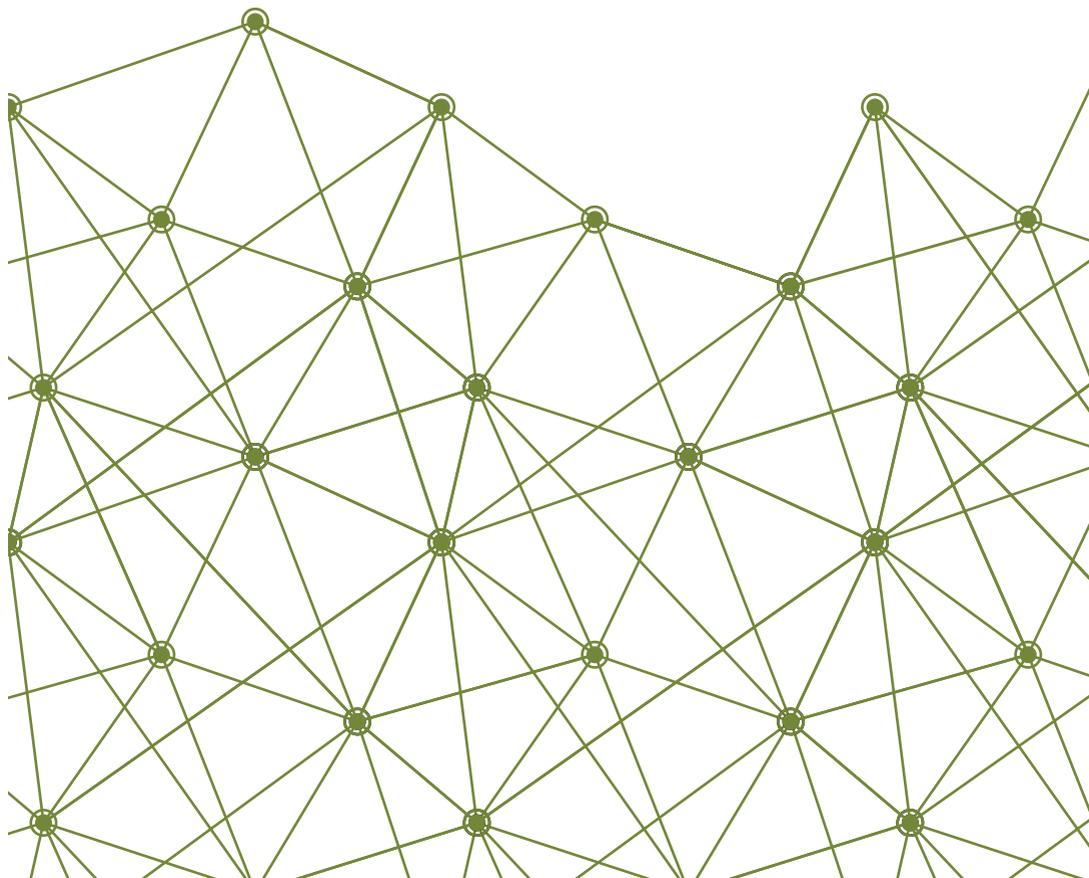
O Alojamento Conjunto é um espaço rico para o exercício de ações educativas que resultem em práticas que contribuam para um viver saudável do pai, da mãe, do recém-nascido e de sua família. Neste sentido, o(a) enfermeiro(a) deve estar cada vez mais preparado para atender às demandas de cuidado relacionadas à capacitação e à potencialização da família que com ele(a) interage no dia a dia das Unidades de Alojamento Conjunto.

## 6.5 Recomendação de leitura complementar

FULCHIGNONI, S.; NASCIMENTO, M. J. P. Promovendo a saúde por meio da educação das mães em alojamento conjunto. **Rev. Enferm. UNISA**, n. 3, p. 31-6, 2002.

FREDERICO, P.; FONSECA, L. M. M.; NICODEMO, A. M. C. Atividade educativa no alojamento conjunto: relato de experiência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 38-44, ago. 2000.

# UNIDADE 7



# Unidade 7 – Sistematização da Assistência de Enfermagem

Ao final desta unidade, você deverá ser capaz de utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem para assistir à puérpera e ao recém-nascido admitidos em Alojamento Conjunto.

## 7.1 Introdução

Como visto no módulo anterior, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) foi apresentada para ajudar no cuidado da parturiente e do recém-nascido no momento do parto e nascimento.

Agora veremos como a SAE será utilizada para ajudar você no cuidado da puérpera e do recém-nascido admitidos em Alojamento Conjunto. Assim, nesta unidade, serão apontados tópicos essenciais para o planejamento de uma assistência qualificada à puérpera e ao recém-nascido nesse contexto de cuidado.

Em alguns momentos, você será remetido ao Módulo anterior para retomar conhecimentos e definições que são clássicas dentro do Processo de Enfermagem.

Lembre-se que seu olhar agora estará voltado para a puérpera e para o recém-nascido que estão em Alojamento Conjunto e que possuem necessidades específicas para este momento de suas vidas.

Sabemos também da grande diversidade de clientela que você poderá atender em sua prática profissional. Mesmo em um Alojamento Conjunto, você poderá cuidar de patologias e situações clínicas diversas, tanto da puérpera quanto do recém-nascido; alguns exemplos que podemos citar são:

- Mulheres com doenças infectocontagiosas (HIV, Hepatite B, Toxoplasmose, Sífilis).
- Mulheres com problemas que envolvem atenção à saúde mental.
- Mulheres em situação de prisão.
- Mães que não desejam seus filhos.

Com relação ao recém-nascido, você poderá prestar assistência a recém-nascidos pré-termo (cl clinicamente estável), pós-termo e recém-nascidos

que apresentem situações clínicas como hipernatremia, hipoglicemia, icterícia, como também más formações congênitas (lábio leporino, fenda palatina, entre outros).

Não abordamos todas as possibilidades que você poderá encontrar na prática, porém, desejamos estimular sua percepção para cada especificidade que encontrar no binômio mãe e filho e que possa incluir em seu planejamento de cuidados.

## 7.2 Processo de Enfermagem

No Módulo VII, abordamos o Processo de Enfermagem. Portanto, você já deve saber que se trata de um método de identificação e solução de problemas (HOCKENBERRY, 2006), ou seja, após a realização da avaliação clínica, o enfermeiro estará munido de informações necessárias para conduzir o usuário de forma eficaz.

---

Lembre-se que utilizamos o Processo de Enfermagem para avaliar o estado de saúde do cliente (no caso, a puérpera e o recém-nascido no Alojamento Conjunto). Ele permite que o enfermeiro faça o diagnóstico das necessidades de cuidado e formule um plano de cuidados. A partir daí, este plano individual deverá ser implementado e avaliado quanto a sua efetividade.

---

Dentro do Processo de Enfermagem, estão organizadas cinco etapas que estão inter-relacionadas e são interdependentes, a saber: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação. Todas as informações fornecidas com embasamento científico possibilitarão a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem no Alojamento Conjunto (NANDA, 2008).

### 7.2.1 Coleta de dados

Durante a permanência no Alojamento Conjunto, a coleta de dados deve ser realizada com o intuito de adquirir informações sobre a situação de saúde da puérpera e do recém-nascido. Segundo Hockenberry (2006), a partir do histórico, base para a tomada de decisão, o enfermeiro buscará evidências de funcionamento anormal ou de fatores de risco que possam contribuir para problemas de saúde que a puérpera e o recém-nascido possam apresentar.

Nesta etapa, o(a) enfermeiro(a) deve usar várias habilidades para a realização da coleta, classificação e análise dos dados intencionais,

oriundos de várias fontes. Os dados poderão ser obtidos de modo direto, com a própria puérpera durante a sua permanência no Alojamento Conjunto, a partir de informações fornecidas pelo prontuário desta ou por familiares ou acompanhantes.

Todas as informações coletadas (aspectos biológicos, psicológicos, socioculturais) da puérpera e também do recém-nascido em Alojamento Conjunto deverão ser levadas em conta pelo enfermeiro. Desse modo, é possível levantar dados fidedignos para que se obtenha um histórico preciso e abrangente (HOCKENBERRY, 2006).

## 7.2.2 Diagnóstico de Enfermagem

Como você já sabe, nesta etapa os dados serão agrupados e interpretados, para que seja tomada a decisão sobre os diagnósticos de enfermagem que representam as respostas da puérpera e do recém-nascido em Alojamento Conjunto. Este processo de análise dos dados requer a utilização do raciocínio diagnóstico (DOENGES, 2009).

---

Retome as decisões tomadas pelo(a) enfermeiro(a) a partir da identificação do problema e apresentadas no Módulo VII.

---

Você pode perceber que as Unidades anteriores apresentadas neste Módulo encontram-se diretamente relacionadas a esta etapa do processo, uma vez que instrumentalizam você para a identificação dos dados coletados, sua categorização e, a partir daí, para a tomada de decisões que visam à qualificação do cuidado prestado à puérpera e ao recém-nascido em Alojamento Conjunto.



### *Palavra do profissional*

O planejamento de intervenções de enfermagem, que objetiva alcançar os resultados esperados, torna-se possível nesse momento e inclui a nomenclatura do conjunto de sinais e sintomas identificados na puérpera e no recém-nascido em Alojamento Conjunto.

---

## 7.2.3 Planejamento de Enfermagem

Uma vez estabelecido o Diagnóstico de Enfermagem, você deverá planejar o cuidado voltado à puérpera e ao recém-nascido em Alojamento Conjunto.

---

Durante o Módulo VII, você estudou que a resolução do COFEN n. 358/2009 define a etapa do planejamento de enfermagem. Se necessário, retome a leitura deste conteúdo.

---

Com o estabelecimento de prioridades, definição de metas, identificação de resultados esperados e determinação das intervenções de enfermagem voltadas com especificidade para a puérpera e para o recém-nascido, o(a) enfermeiro(a) deverá traçar os objetivos de modo claro e conciso; além disso, tais objetivos devem ser alcançáveis, mensuráveis e com limite de tempo para alcance de resposta positiva. O objetivo final do cuidado de enfermagem planejado, nesse momento, consiste na conversão do diagnóstico de enfermagem em um estado de saúde desejado (DOENGES, 2009; HOCKENBERRY, 2006).

## 7.2.4 Implementação

A implementação consiste na etapa da realização das ações ou intervenções determinadas previamente mediante a Prescrição de Enfermagem, que, como visto anteriormente, é atividade privativa do enfermeiro (vide Resolução COFEN n. 388/2009).



### *Palavra do profissional*

Lembre-se que, do começo ao término desta etapa, as principais preocupações deverão ser a segurança da puérpera e do recém-nascido em Alojamento Conjunto e o conforto psicológico destes, oferecendo cuidado sem traumas.

---

## 7.2.5 Avaliação

A avaliação consiste em um momento de verificação contínua das mudanças alcançadas nas respostas das puérperas e dos recém-nascidos,

mediante a implementação das ações. Determina-se, então, se os resultados foram alcançados e se mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem serão necessárias.

No Módulo VII, traçamos determinações de acordo com Hockenberry (2006). O mesmo será feito neste momento de cuidado da puérpera e do recém-nascido em Alojamento Conjunto. Portanto, verifique se:

- a) A meta foi atingida.
- b) O plano necessita de modificação.
- c) Se outra alternativa deveria ser levada em consideração.

Completa-se aqui o processo de enfermagem ou já se tem uma base para a escolha de alternativas de intervenções que visem solucionar o problema específico identificado a partir da avaliação.

Embora documentar tais etapas não se configure como um dos passos do Processo de Enfermagem, Hockenberry (2006) ressalta que isto é essencial, uma vez que permite ao enfermeiro ter evidência escrita do progresso rumo aos resultados.

## 7.3 Resumo

O cuidado prestado à puérpera e ao recém-nascido em Alojamento Conjunto deve ser sistematizado mediante o Processo de Enfermagem. Tal ação permite a realização de assistência individualizada e embasada cientificamente.

As etapas do processo de enfermagem possibilitam a organização das informações coletadas, sua análise e categorização e; o planejamento do cuidado com vistas à promoção da saúde da puérpera e do recém-nascido que estão em Alojamento Conjunto.

O(a) enfermeiro(a), portanto, precisa se instrumentalizar para utilizar tal conhecimento de modo fidedigno, buscando, assim, a garantia de um cuidado qualificado, desenvolvido a partir de um olhar crítico e sensível a cada informação que a mulher e a criança oferecem nesse momento de sua vida e de suas respectivas necessidades.

## 7.4 Fechamento

Esta unidade trouxe subsídios para a Sistematização da Assistência de Enfermagem à puérpera e ao recém-nascido em Alojamento Conjunto.

As ações de enfermagem determinadas pelo(a) enfermeiro(a), a partir de uma avaliação efetiva das informações colhidas e do emprego do raciocínio diagnóstico para cada realidade, visam um cuidado estruturado e resolutivo. O planejamento dos cuidados de saúde em Alojamento Conjunto envolve não somente a prestação de assistência à puérpera e ao recém-nascido, mas também a promoção de uma alta qualidade nos serviços de atenção que atendem a esta clientela.

## 7.5 Recomendação de leitura complementar

ALBUQUERQUE, C. C.; NÓBREGA, M. M. L.; FONTES, W. D. Sistematização da assistência de enfermagem a um binômio mãe:lactentes utilizando a teoria das necessidades humanas básicas e a CIPE© versão 1.0.

**Cienc. Cuid. Saúde.** v. 7, n. 3, p. 392-8, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6518/3867>>

GÓES, F. S. N. et al. Avaliação do objeto virtual de aprendizagem “Raciocínio diagnóstico em enfermagem aplicado ao prematuro”. **Rev. Latino-Am.**

**Enfermagem.** v. 19, n. 4, , 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/07.pdf>>.

DEL’ANGELO, N. et al. Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários. **Rev. Bras. Enferm.** v. 63, n. 5, p. 755-61, 2010.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/10.pdf>>

PATINE, F. S.; FURLAN, M. F. F. M. Diagnósticos de enfermagem no atendimento a puérperas e recém-nascidos internados em Alojamento Conjunto. **Arq. Ciênc. Saúde.** v. 13, n. 4, p. 202-208; out./dez. 2006.

Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-13-4/Famerp%2013\(4\)%20ID%20169%20-%2015.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-4/Famerp%2013(4)%20ID%20169%20-%2015.pdf)>

SOUZA, K. V. et al. Roteiro de coleta de dados de enfermagem em Alojamento Conjunto: contribuições da articulação ensino-serviço. **Esc.**

**Anna Nery** , v. 16, n. 2, p. 234- 239, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/04.pdf>>

## Encerramento do Módulo

Chegamos ao final do Módulo VIII, que teve como foco central a **Enfermagem na atenção à saúde da mulher, ao neonato e à família no Alojamento Conjunto**. Esperamos que você tenha conseguido aprimorar e atualizar seus conhecimentos nesta área específica e que, no transcurso do desenvolvimento do módulo, você tenha encontrado estímulo para a troca de experiências, de informações e de conhecimentos entre você e seus colegas na prática profissional, tendo sempre o embasamento científico como suporte para as suas ações.

Acreditamos muito em seu potencial para fazer uma enfermagem melhor a cada dia, oferecendo assistência de qualidade, com grande possibilidade de mudança nos indicadores de saúde materno-infantil. Foi uma satisfação muito grande estarmos com você nesta trajetória.

Agora, esperamos que você dê continuidade aos seus estudos com o mesmo entusiasmo, iniciando o Módulo IX, que abordará a “Enfermagem na Atenção à saúde da mulher e da criança: o puerpério e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil”, no contexto da atenção básica.

Sucesso e ótimos estudos!

# Referências

ABRÃO, A. C. F. V. Aleitamento materno. In: BARROS, S. M. O. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri: Manole, 2006. p. 223-236.

ALDEN, K. R. Nutrição e alimentação do recém-nascido. In: LOWDERMILK, D. L. et al. **O cuidado de enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ALMEIDA, M. F. B.; REGO, M. A. S.; COSTA, H. P. F. **Infraestrutura de atendimento integral ao recém-nascido**: documento científico do departamento de neonatologia da sociedade brasileira de pediatria. 2004. Disponível em: <[http://sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=1771&tipo\\_detalhe=5](http://sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=1771&tipo_detalhe=5)>. Acesso em: 09 jul. 2012.

ALMEIDA, M. F. B.; KOPELMAN, B. I. **Rotinas médicas**. São Paulo: Atheneu, 1994.

AMIR, L. H. et al. ABM Clinical Protocol: Mastitis. **Breastfeeding medicine**, USA, v. 3, n. 3, p.177-180, may. 2008.

BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador**: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BOWES JR, W. A. Postpartum care. In: GABBE, S. G et al. **Obstetrics normal**. Problem pregnancies. New York: Churchill Livingstone, 1991, p. 75.

BRACCO, N. H.; TADDEI, J. A. A. C. Mudança de conhecimento de gestantes em aleitamento materno através de atividade educacional. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 7-14, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. v. 3. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_recem\\_nascido\\_%20guia\\_profissionais\\_saude\\_v3.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v3.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.

\_\_\_\_\_. **FEBRASGO. Urgências e emergências maternas**: Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: FEBRASGO: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jun. 2011a.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1016, de 26 de agosto de 1993. Normas básicas para a implantação do sistema alojamento conjunto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1 set. 1993.

\_\_\_\_\_. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. v. 2. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_recem\\_nascido\\_%20guia\\_profissionais\\_saude\\_v2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v2.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.

\_\_\_\_\_. **Manual AIDPI neonatal**: quadro de procedimentos. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_aidpi\\_neonatal\\_quadro\\_procedimentos\\_3ed\\_2012.Pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos_3ed_2012.Pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163 p.

BRENELLI, M. A. Alojamento conjunto. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1995. cap. 25, p. 176-180.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 13, p. 209-234.

CHEN, C. Y. et al. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection may not impede de success of ultrasound-guided drainage of puerperal breast abscesses. **J. Am. Coll. Surg**, Chicago, v. 210, n. 2, p. 148-154, feb. 2010.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Resolução** nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências, Brasília, 15 out. 2009.

CUNNINGAM, F.G et al. **Obstetrícia de Williams**. 23. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012. cap. 30, p. 646-59.

DOENGENS, M. E. **Diagnósticos de enfermagem**: intervenções, prioridades, fundamentos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

- EASTMAN, N. J. Williams. **Obstetrics**. New York: Appleton-Century Crofts, 1950.
- ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- ERYILMAZ, R. et al. Management of lactacional breast abcess. **The Breast**, Amsterdam, v. 14, n. 5, p. 375-379, oct. 2005.
- FOXMAN, B. et al. Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. **Am. J. Epidemiol**, Baltimore, v.155, p.103-114, 2002.
- FREIRE, P. **Educação com prática da liberdade**. 15. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 306-310.
- GEDDES, D. Inside the lactating breast: the latest anatomy research. **Journal of Midwifery Women's Health**, v. 52, n. 6, p. 556-563, nov./dec. 2007.
- GIUGLANI, E. R. J. Alojamento conjunto e amamentação. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 312-321.
- GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, supl. 5, p. 147-154, 2004.
- GIUGLIANI, E. R. J.; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, supl. 5, p.117-118, 2004.
- HANSEN, P. B.; AXELSSON, C. K. Treatment of breast abscess. An analysis of patient material and implementation of recommendations. **Ugeskr Laeger**, v. 182, n. 2, p. 128-131, jan. 2003.
- HENTSCHEL, H.; BRIETZKE, E. Puerpério normal. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 306-310.
- HOCKENBERRY, M. J. **Wong Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichman e Afonso, 2001.

KING, F. S. **Como ajudar as mães a amamentar**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

LAWRENCE, A. R. **La lactancia materna**: una guía para la profesión médica. 4. ed. Madrid: Mosby, 2005.

LOPEZ, J. R. R. A.; PEDALINI, R. Depressão pós-parto: revisão epidemiológica, diagnóstica e terapêutica. **Inf. Psiquiatr.**, v. 18, n. 4, p. 115-118, 1999.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem maternal**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MACEDO, W. L. **Aspectos emocionais do puerpério**. 2002. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Psicologia Hospitalar) - Centro de Psicologia Hospitalar do Nordeste. Arcoverde, 2002.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva, 1997.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MANDL, P. E. Some examples of the many models of rooming-in. In: UNICEF. A Journal Concerned with Children, Women and Youth in Development. Breast-feeding and health. **Assignment children**, Genève, v. 51/56, p. 107-114, 1981.

MATTAR, R.; ABRÃO, A. C. V. Aleitamento materno: manejo clínico. In: CAMANO, L. et al. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2003.

MATUHARA, A. M.; NAGANUMA, M. Manual instrucional para aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo. **Pedriatria USP**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 81-90, 2006.

MCKEEVER, P.; STEVENS, B.; MILLER, K.L. Home versus hospital breastfeeding support for newborns: a randomized controlled trial. **Birth**, New York, v. 29, n. 4, p. 258-265, dec. 2002.

MELLO, A. R.; NEME, B. Puerpério: fisiologia e assistência. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1995. cap. 22, p. 158-165.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. cap. 23, p. 291-295.

MONTICELLI, M. Cuidado de Enfermagem ao recém-nascido no alojamento conjunto. In: BRÜGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Curitiba: Progressiva, 2011. p. 205-217.

MONTICELLI, M.; OLIVEIRA, M. E. Cuidado de enfermagem na profilaxia de infecções neonatais. In: BRÜGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Curitiba: Progressiva, 2011. p. 465-475.

MONTRONE, A. V. G. et al. Trauma mamilar e as práticas de amamentar: estudo de mulheres no início da lactação. **Revista APS**, v. 9, n. 2, p. 168-174, jul./dez. 2006.

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). **Diagnósticos de enfermagem**: definições e classificações, 2007-2008. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008. 396p.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo. Sarvier, 2000.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno**. Brasília: OPAS, 2001.

\_\_\_\_\_. Manual para professores de enfermagem obstétrica. In: OMS (Organização Mundial da Saúde). **Educação para uma maternidade segura**: módulos de educação. 2. ed. Genebra: OMS, 2005.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Lineamentos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe**. Washington: OPAS, 2004.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos**: o cuidado ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PINHATA, M. M. M.; NASCIMENTO, S. D. Infecções neonatais hospitalares. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 77, supl. 1, p.81-96, 2001.

RAMSAY, D. T. et al. Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. **Journal Anatomy**, v. 206, p. 6, p. 525-534, jun. 2005.

REZENDE, J. de. O puerpério – estudo clínico e assistência. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1995. cap. 18, p. 358-369.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 724 p.

- ROCHA, F. L. Depressão puerperal: revisão e atualização. **Jornal Bras. Psiq.** v. 48, n. 3, p. 105-114, 1999.
- RODHE, L. A. P. et al. Síndrome de tristeza pós-parto. **Rev. AMRIGS**, v. 40, n. 2, p. 100-105, 1996.
- SALES, A. N. et al. Mastite puerperal: estudo de fatores predisponentes. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, 2000.
- SANTOS, E. K. A. dos. Cuidado de enfermagem à mulher no período puerperal. In: BRUGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. dos. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Curitiba: Progressiva, 2011a.
- \_\_\_\_\_. A enfermagem na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. In: BRUGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. dos. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Curitiba: Progressiva, 2011b.
- \_\_\_\_\_. Aleitamento materno. In: SCHMITZ, E. et al. (Org.). **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 2, p. 25-48.
- \_\_\_\_\_. **Como tirar leite do peito**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2002.
- SANTOS, E. K. A.; MONTICELLI, M. Alojamento conjunto. In: BRUGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Curitiba: Progressiva, 2011.
- SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, à puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 652-660, dez. 2009.
- SCHWARZ, R. J.; SHRESTHA, R. Needle aspiration of breast abscesses. **Am. J. Surg.**, v. 182, n. 2, p. 117-119, aug. 2001.
- SILVA, E. M. et al. Depressão no pós-parto: aspectos clínicos e epidemiológicos. **Neurobiol**, v. 61, n. 4, p. 107-114, 1998.
- UNICEF (Fundo das Nações Unidas para Infância); OMS (Organização Mundial da Saúde). **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: promovendo e incentivando a amamentação em um hospital amigo da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- VIEIRA, G. O. et al. Mastite lactacional. **Femina**. v. 34, n. 1, p.47-54, jan. 2006.
- VINHA, V. H. P. **O livro da amamentação**. São Paulo: CLR Balieiro, 1999.

\_\_\_\_\_. **Projeto aleitamento materno:** autocuidado com a mama puerperal. São Paulo: Sarvier, 1994.

\_\_\_\_\_. **Projeto aleitamento materno:** determinação de sua eficácia com vistas ao autocuidado com a mama puerperal. 1988. 276 f. Tese (Livre Docência) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1988.

WARD-PLATT, M.; BALL, H. L. **Rooming-in at the hospital:** assessing the practical considerations. 2002. Disponível em: <[http://www.mothering.com/articles/new\\_baby/sleep/ward-platt.html](http://www.mothering.com/articles/new_baby/sleep/ward-platt.html)>. Acesso em: 26 out. 2007.

WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

WHO (World Health Organization). **Department of child and adolescent health and development:** Mastitis causes e management. Geneva: OMS, 2000. 50 p.

WHO (World Health Organization); UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Implementing the ten steps to successful breastfeeding.** London: UNICEF, 1998.

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M. **Enfermagem obstétrica.** Rio de Janeiro: Interamericana. 8. ed., 1985.

# Minicurrículo das autoras

## Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (1976), Especialista em Enfermagem em Saúde do Adulto - UFSC (1981) e em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde - MEC/FIOCRUZ (2006). Mestre em Assistência de Enfermagem (1991) e Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (2004). Professora Associada III, DE, do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. É Líder e Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido – GRUPESMUR PEN/UFSC. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem na Saúde da Mulher e da Criança, atuando principalmente nas seguintes subáreas: aleitamento materno, alimentação infantil, hospital amigo da criança, iniciativa unidade básica amiga da amamentação, mulher e trabalho, HIV/AIDS e amamentação, gestão em saúde, educação em enfermagem, filosofia em enfermagem. Endereço na plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/2011865930547809>>.

## Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde. Membro do Núcleo de Aleitamento Materno (NALMA). Tem experiência na área de Enfermagem, Enfermagem Obstétrica e Saúde Pública com ênfase em Enfermagem Obstétrica, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem obstétrica, saúde da mulher e amamentação. Endereço na plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0237957008631144>>.

## Maria Cândida de Carvalho Furtado

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Graduação, Mestrado e Doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado pela University of Alberta, College of Nursing, Alberta, Canadá. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem no Cuidado da Criança e Adolescente (GPECCA) da EERP-USP. Desenvolve estudos sobre o cuidado de enfermagem à criança na atenção primária em saúde, avaliação de programas e serviços de saúde infantis. Endereço na plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/5483970346222449>>

## Ana Izabel Jatobá de Souza

Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (NFR/UFSC) na área de Saúde da Criança e do Adolescente e do Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC. Coordenadora do Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área de Saúde da Família (GAPEFAM/NFR-UFSC) e membro do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/UFSC). Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/2199731743760117>>.

## Maria Emilia de Oliveira

Enfermeira Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Enfermagem Neonatal em Cretéil (França). Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido – GRUPESMUR do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Neonatológica e Pediátrica. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9297030914268422>>



Ministério da  
Saúde

