

ÁUREA FABRÍCIA AMÂNCIO QUIRINO SILVA
ANDRÉIA SEGÓVIA CARNAZ

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA: CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



2021

ÁUREA FABRÍCIA AMÂNCIO QUIRINO SILVA
ANDRÉIA SEGÓVIA CARNAZ

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA: CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



2021 by Editora e-Publicar
Copyright © Editora e-Publicar
Copyright do Texto © 2021 Os autores
Copyright da Edição © 2021 Editora e-Publicar
Direitos para esta edição cedidos à Editora e-Publicar pelas autoras.

Editora Chefe

Patrícia Gonçalves de Freitas

Editor

Roger Goulart Mello

Diagramação

Roger Goulart Mello

Dandara Goulart Mello

Projeto gráfico e Edição de Arte

Patrícia Gonçalves de Freitas

Revisão

Os autores

Todo o conteúdo dos artigos, dados, informações e correções são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download e compartilhamento da obra são permitidos desde que os créditos sejam devidamente atribuídos aos autores. É vedada a realização de alterações na obra, assim como sua utilização para fins comerciais.

A Editora e-Publicar não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Conselho Editorial

Alessandra Dale Giacomini Terra – Universidade Federal Fluminense

Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia

Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Cristiana Barcelos da Silva – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina

Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - Universidade Federal de Pernambuco

Diogo Luiz Lima Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Ernane Rosa Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás

Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará

Glaucio Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense
Helio Fernando Lobo Nogueira da Gama - Universidade Estadual De Santa Cruz
Inaldo Kley do Nascimento Moraes – Universidade CEUMA
João Paulo Hergesel - Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Jordany Gomes da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas
Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará
Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes
Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo
Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes
Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará
Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Rita Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Paulista
Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

S586a Silva, Áurea Fabrícia Amâncio Quirino
Assistência à saúde da criança [livro eletrônico] : cuidados ao recém-nascido / Áurea Fabrícia Amâncio Quirino Silva, Andréia Segóvia Carnaz. – Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-89950-14-1

DOI 10.47402/ed.ep.b20216490141

1. Neonatologia. 2. Recém-nascidos – Cuidado e tratamento.
I. Carnaz, Andréia Segóvia. II. Título.

CDD 618.9201

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora e-Publicar
Rio de Janeiro – RJ – Brasil
contato@editorapublicar.com.br
www.editorapublicar.com.br



2021

PALAVRA DAS PROFESSORAS AUTORAS

Este material didático surgiu da necessidade acadêmica em possuir continuamente um material de fácil abordagem e consistente, na forma de tópicos básicos sobre assistência de enfermagem em neonatos aplicada ao curso técnico de enfermagem. Trata-se de uma seleção de textos inclusos em diferentes livros e sites confiáveis relacionados à saúde do neonato. É importante enfatizar que este material didático possui somente fins acadêmicos. No entanto, é extremamente satisfatório pensar que os assuntos tratados neste material poderão contribuir para a formação acadêmica e cidadã dos nossos discentes.

APRESENTAÇÃO DO COMPONENTE CURRICULAR

Caros alunos (as):

Bem-vindos ao Componente Curricular de Assistência à Saúde da Criança que vai compreender os aspectos biopsicossociais da saúde do neonato para assegurar atendimento integral e assistência de enfermagem humanizada e analisar as condições de saúde do neonato bem como as alterações fisiológicas, psicológicas e os sinais e sintomas que indiquem estados patológicos, promovendo ações de enfermagem que visem uma assistência humanizada.

Este material didático foi desenvolvido para aprofundar seus conhecimentos sobre estes assuntos no curso Técnico em Enfermagem do Centro Paula Souza.

Esperamos que, até o final dos seus estudos utilizando este material didático, vocês possam:

- ✓ Melhorar a compreensão sobre os cuidados com o neonato;
- ✓ Conhecer os aspectos básicos relacionados ao Recém-Nascido;
- ✓ Identificar a fisiológica do Recém-Nascido;
- ✓ Oferecer uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada nos cuidados imediatos e mediatos ao Recém-Nascido;
- ✓ Compreender a importância do alojamento conjunto;

Vamos, então, iniciar nossa leitura?

Bons estudos!

ÍCONES UTILIZADOS NO MATERIAL DIDÁTICO



Saiba mais

Indica informações relevantes sobre o assunto abordado, podendo ser encontrada na fonte referenciada abaixo do ícone.



Hora das Mídias

Quando este ícone for apresentado em um dado capítulo significa que é o momento de assistir e comentar sobre um filme, vídeo, áudio ou podcast.



Vamos praticar

Sugestão de Atividades, no desenrolar dos estudos, com o intuito de promover o fortalecimento do ensino-aprendizagem.

leitura
complementar

Leitura Complementar

Apontará textos que provocam aprofundação do assunto em diferentes produções, além do que é demonstrado neste material didático.

SUMÁRIO

PALAVRA DAS PROFESSORAS-AUTORAS.....	5
APRESENTAÇÃO DO COMPONENTE CURRICULAR.....	6
ÍCONES UTILIZADOS NO MATERIAL DIDÁTICO.....	7
1 RECÉM-NASCIDO.....	10
1.1 CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO.....	11
2 TRANSIÇÃO FISIOLÓGICA.....	12
3 RECÉM-NASCIDOS: CUIDADOS DE ENFERMAGEM IMEDIATOS.....	27
4 RECÉM-NASCIDOS: CUIDADOS DE ENFERMAGEM MEDIATOS	37
4.1 EXAME FÍSICO NO RN.....	37
4.2 REFLEXOS PRIMITIVOS NO RN.....	37
4.3 BANHO DO RN.....	39
5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RN NO ALOJAMENTO CONJUNTO.....	41
5.1 VANTAGENS DO ALOJAMENTO CONJUNTO.....	42
5.2 NORMAS BÁSICAS DO ALOJAMENTO CONJUNTO.....	43
5.3 BOAS PRÁTICAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO.....	44
5.4 ORIENTAÇÕES REALIZADAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO.....	46
5.5 COMPORTAMENTO DO RN.....	49
REFERÊNCIAS	54
SOBRE AS AUTORAS.....	56

1 RECÉM-NASCIDO



Fonte: <https://www.semprefamilia.com.br/defesa-da-vida/os-testes-que-todo-bebe-recem-nascido-deve-fazer/>

Quando uma criança nasce, a exaustão e o estresse do trabalho de parto terminam para os pais, mas agora o recém-nascido precisa começar o trabalho de se adaptar fisiológica e comportamentalmente ao novo ambiente.

As primeiras 24 h de vida podem ser as mais desafiadoras.

O período neonatal é definido como os primeiros 28 dias de vida.

Após o parto, o recém-nascido é exposto a um novo mundo de sons, cores, odores e sensações.

O neonato, anteriormente confinado ao ambiente intrauterino quente, escuro e molhado, é literalmente empurrado para um ambiente que é muito mais claro e frio.

Conforme o recém-nascido se adapta à vida após o parto, ocorrem muitas mudanças fisiológicas.

A conscientização das adaptações que estão ocorrendo constitui a base para a prestação de suporte ao recém-nascido durante esse momento crucial.

As alterações fisiológicas e comportamentais ocorrem rapidamente durante esse período de transição.

Torna-se evidente a importância de práticas que favoreçam essa aproximação imediata entre o recém-nascido e a família com o intuito de melhorar a qualidade de vida, saúde e bem-estar da mãe e do bebê.

É fundamental estar ciente de quaisquer alterações na rotina é necessário assegurar a identificação precoce e a intervenção imediata, precisa e baseada em evidências científicas.

1.1 CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

De acordo com o peso

A expressão **recém-nascido pequeno para a idade gestacional (PIG)** descreve o recém-nascido que tipicamente pesa menos de 2.500 g ao termo, em virtude de crescimento intrauterino menor do que o esperado. O recém-nascido também é classificado como PIG se o seu peso ao nascer for igual ou inferior ao 10º percentil, conforme correlacionado ao número de semanas de gestação em um gráfico de crescimento.

E o **recém-nascido grande para a idade gestacional (GIG)** é aquele cujo peso ao nascer está acima do 90º percentil no gráfico de crescimento e que pesa mais de 4.000 g a termo em virtude de crescimento acelerado ao longo da gestação.

Já o **recém-nascido adequado para a idade gestacional (AIG)** é aquele cujo peso ao nascer está entre os percentis 10º e 90º.

Os termos que se seguem descrevem outros recém-nascidos com peso corporal limítrofe e de qualquer idade gestacional:

- **Recém-nascido de baixo peso:** menos de 2.500 g.
- **Recém-nascido de muito baixo peso:** menos de 1.500 g.
- **Recém-nascido de extremo baixo peso:** menos de 1.000 g.
- **Recém-nascido peso moderadamente baixo ao nascimento:** entre 1.501 g a 2.500 g

De acordo com a Idade Gestacional (IG)

A duração média da gestação, calculada a partir do primeiro dia do último período menstrual normal, é de aproximadamente 280 dias, ou 40 semanas.

A idade gestacional normalmente é medida em semanas: um recém-nascido com menos de 37 semanas completas é classificado como **pré-termo**, e o recém-nascido com mais de 42 semanas completas é classificado como **pós-termo**. O recém-nascido com 38 semanas até 42 semanas de idade gestacional é classificado como **a termo**.

Recentemente foi inserida uma nova classificação: o **recém-nascido pré-termo tardio** (próximo do termo) – aquele com 34 semanas a 36 semanas e 6 dias de idade gestacional.

Observe as classificações:

- ✓ **Recém-nascido pré-termo:** antes de 37 semanas completas de gestação
- ✓ **Recém-nascido pré-termo tardio (próximo do termo):** 34 a 36 6/7 semanas
- ✓ **A termo completo:** 38 a 41 semanas completas de gestação
- ✓ **Pós-termo:** 42 semanas ou mais de gestação.

O conhecimento preciso da idade gestacional do recém-nascido é essencial para a conduta pós-natal eficaz. A determinação da idade gestacional pela auxilia no planejamento de cuidados adequados para o recém-nascido e fornece informações importantes sobre problemas potenciais que precisem de intervenções.



Hora das Mídias

Para entender detalhadamente sobre: Conceito e Classificação do RN, convidamos você para assistir ao vídeo.

Conceito e Classificação do RN.

Disponível em:

https://www.youtube.com/watch?v=_Akja_wWTtrc



2 TRANSIÇÃO FISIOLÓGICA

A mecânica do nascimento exige uma mudança no recém-nascido para a sobrevivência fora do útero.

Imediatamente ao nascimento, precisam ocorrer as trocas gasosas, além de modificações circulatórias, para sustentar a vida extrauterina.

Durante esse período, conforme o neonato se esforça para alcançar a homeostase, ele também passa por complexas mudanças nos principais sistemas de órgãos. Embora a transição



geralmente ocorra nas primeiras 6 a 10 h de vida, muitas adaptações levam semanas para alcançar a maturidade plena.

Adaptações do sistema cardiovascular

Durante a vida fetal, o coração depende de determinadas estruturas únicas que o assistem no fornecimento de perfusão adequada às partes vitais do corpo. A veia umbilical transporta o sangue oxigenado da placenta para o feto. O ducto venoso possibilita que a maior parte do sangue da veia umbilical contorne o fígado e mescle-se com o sangue que passa pela veia cava, trazendo-o antes para o coração. O forame oval possibilita que mais da metade do sangue que entra no átrio direito atravesse imediatamente para o átrio esquerdo, desviando da circulação pulmonar. O canal arterial liga a artéria pulmonar à aorta, possibilitando que o sangue seja desviado do circuito pulmonar.

Apenas uma pequena porção do sangue passa ao longo do circuito pulmonar com o objetivo principal de perfundir essa estrutura, em vez de visar à oxigenação. O feto depende da placenta para fornecer oxigênio e nutrientes e para remover escórias.

Por ocasião do nascimento, o sistema circulatório precisa passar da circulação fetal para a do recém-nascido e da troca gasosa placentária para a pulmonar. As forças físicas das contrações do trabalho de parto e do parto, a asfixia leve, o aumento da pressão intracraniana em decorrência da compressão do cordão umbilical e das contrações uterinas e o estresse causado pelo frio experimentado imediatamente após o nascimento levam a um aumento na liberação de catecolaminas, que são fundamentais para as mudanças envolvidas na transição para a vida extrauterina.

Os níveis aumentados de epinefrina e norepinefrina estimulam a elevação do débito cardíaco e da contratilidade, a liberação de surfactante e a promoção da eliminação dos líquidos pulmonares.

Alterações circulatórias do feto para o neonato

As alterações na circulação ocorrem imediatamente ao nascimento (Figura 1), quando o feto se separa da placenta.

Quando o cordão umbilical é pinçado, a primeira respiração é realizada e os pulmões começam a funcionar.

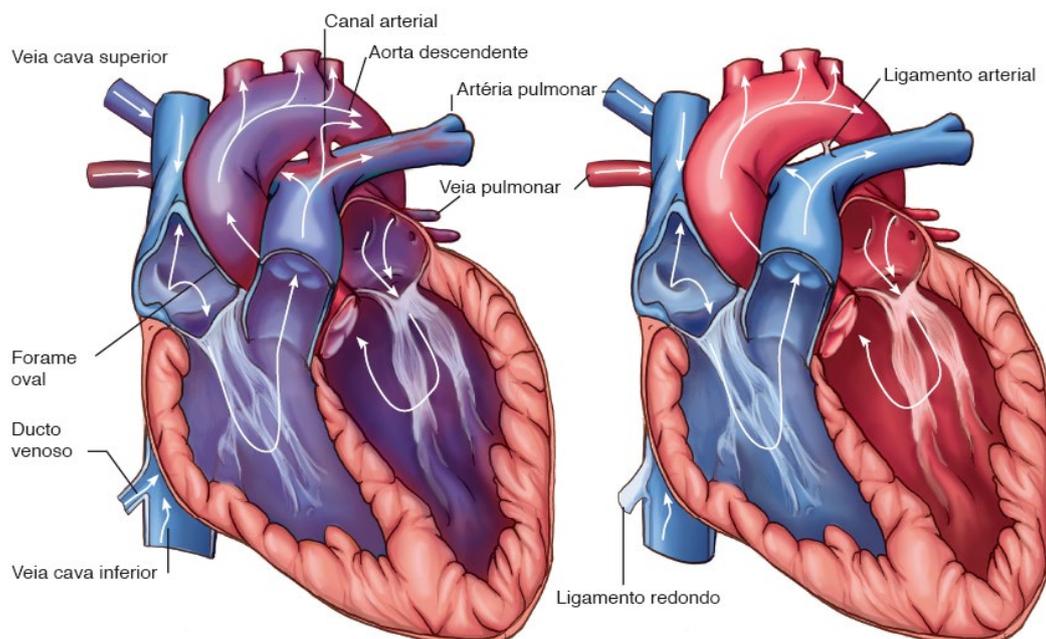
Como resultado, a resistência vascular sistêmica aumenta e o retorno sanguíneo ao coração pela veia cava inferior diminui. Concomitantemente a essas alterações, há diminuição rápida da resistência vascular pulmonar e aumento do fluxo sanguíneo pulmonar.

O forame oval se fecha funcionalmente com a diminuição da resistência vascular pulmonar, o que leva à redução das pressões nas câmaras cardíacas direitas. Após o pinçamento do cordão umbilical, um aumento na pressão sistêmica leva a uma elevação na pressão cardíaca esquerda.

O canal arterial, o ducto venoso e os vasos umbilicais, que eram vitais durante a vida fetal, não são mais necessários.

Durante um período de meses, esses vasos fetais se transformam em ligamentos não funcionais.

Figura 1: Adaptações cardiovasculares do recém-nascido. Observe as alterações na oxigenação entre a circulação pré-natal e a circulação pós-natal (pulmonar).



Fonte: RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher** .3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

Resumo da circulação fetal para a neonatal

- O pinçamento do cordão umbilical no momento do nascimento elimina a placenta como um reservatório de sangue
- O início da respiração provoca aumento da PO₂ nos pulmões e diminuição da resistência vascular pulmonar, *que...*
- Aumenta o fluxo sanguíneo pulmonar e aumenta a pressão no átrio esquerdo, *que...*
- Diminui a pressão no átrio direito do coração, que provoca o fechamento do forame oval (este se fecha poucos minutos após o nascimento em decorrência da diminuição da resistência vascular pulmonar e do aumento da pressão cardíaca esquerda)

- Com o aumento nos níveis de oxigênio após a primeira respiração, ocorre aumento da resistência vascular sistêmica, *que...*
- Diminui o retorno da veia cava, o que reduz o fluxo sanguíneo na veia umbilical (que se contrai, tornando-se um ligamento com o fechamento funcional)
- O fechamento do ducto venoso (que se torna um ligamento) provoca aumento da pressão na aorta, que força o fechamento do canal arterial em 10 a 15 h após o nascimento

Frequência cardíaca

Durante os primeiros minutos após o nascimento, a frequência cardíaca do recém-nascido é de aproximadamente 120 a 180 bpm. A partir daí, começa a diminuir até uma média de 120 a 130 bpm.

O neonato é extremamente dependente da frequência cardíaca para a manutenção do débito cardíaco e da pressão arterial. Embora a pressão arterial não seja mensurada rotineiramente em recém-nascidos a termo saudáveis, geralmente ela é mais alta após o nascimento e alcança um platô dentro de 1 semana após o nascimento. Os defeitos cardíacos podem ser identificados ainda na internação por meio da realização de um exame físico completo e sistemático, incluindo inspeção, palpação, ausculta e aferição da pressão arterial e saturação de oxigênio.

As flutuações tanto na frequência cardíaca quanto na pressão arterial tendem a seguir as mudanças do estado comportamental do recém-nascido. O aumento na atividade – como o acordar, o movimento ou o choro – corresponde à elevação na frequência cardíaca e na pressão arterial. Em contrapartida, o neonato comprometido apresenta nitidamente menos variabilidade fisiológica geral.

A taquicardia pode ser encontrada na depleção de volume, na doença cardiorrespiratória, na abstinência de fármacos e no hipertireoidismo. A bradicardia frequentemente está associada à apneia, sendo um achado comum na hipoxia.

Volume de sangue

O volume de sangue do recém-nascido depende do volume de sangue transferido pela placenta no momento do nascimento. Habitualmente, estima-se que seja de 80 a 85 mL/kg de peso corporal no recém-nascido a termo. No entanto, o volume pode variar em até 25 a 40%, dependendo de quando ocorreu o pinçamento do cordão umbilical.

O pinçamento precoce (antes de 30 a 40 segundos) ou tardio (após 3 min) do cordão umbilical muda a dinâmica circulatória durante o período de transição.



Estudos recentes indicam que os benefícios do pinçamento tardio do cordão incluem a melhora na adaptação cardiopulmonar do recém-nascido, a prevenção da anemia em recém-nascidos a termo sem aumentar os riscos relacionados com a hipervolemia, o aumento da pressão arterial, a melhora do transporte de oxigênio e o aumento do fluxo de hemácias.

Embora seja necessária uma abordagem individualizada em relação ao pinçamento do cordão, a ponderação dos dados disponíveis sugere que o pinçamento tardio do cordão umbilical deve ser o método de escolha.

O padrão de cuidado atualmente é não se apressar em pinçar o cordão por causa da preponderância das evidências que mostram que é melhor esperar 1 ou 3 min após o nascimento. O sangue do cordão umbilical tem sido descrito como “o primeiro transplante de células-tronco da natureza”, porque apresenta propriedades regenerativas e pode se transformar em diferentes tipos de células do corpo. São necessárias mais pesquisas para explicar a correlação entre o transporte de oxigênio, o volume de hemácias e o início da respiração.

Componentes do sangue

As hemácias fetais são grandes, mas seu número é reduzido. Após o nascimento, a contagem de hemácias aumenta gradualmente enquanto seu tamanho diminui, porque as hemácias agora se encontram em um ambiente com uma PO_2 muito mais elevada. As hemácias do recém-nascido têm uma vida útil de 80 a 100 dias, em comparação com 120 dias nos adultos.

A hemoglobina inicialmente diminui em decorrência da redução da massa eritrocitária neonatal (anemia fisiológica do lactente). Existe leucocitose (elevação da contagem de leucócitos) como resultado do tocotraumatismo logo após o parto. A contagem e a capacidade de agregação das plaquetas do recém-nascido são as mesmas que em adultos.

Os valores hematológicos do neonato são afetados pelo local da coleta da amostra de sangue (o sangue capilar tem níveis mais elevados de hemoglobina e hematócrito, em comparação com o sangue venoso), pela transfusão placentária (pinçamento tardio do cordão umbilical e deslocamento normal de plasma para os espaços extravasculares, o que leva a níveis mais altos de hemoglobina e hematócrito) e pela idade gestacional (a maior idade está associada ao aumento do número de hemácias e da hemoglobina).

Adaptações do sistema respiratório

O primeiro sopro de vida é um arquejo, que provoca elevação da pressão transpulmonar e resulta na descida do diafragma. A hipercapnia, a hipoxia e a acidose resultantes do trabalho de parto normal tornam-se estímulos para iniciar as incursões respiratórias. A inspiração de ar e a expansão dos pulmões possibilitam um aumento do volume corrente (volume de ar levado para dentro dos pulmões).

O **surfactante** é uma lipoproteína redutora da tensão superficial encontrada nos pulmões do recém-nascido que impede o colapso alveolar no final da expiração e a perda do volume pulmonar. Ele reveste os alvéolos para melhorar a ventilação dos pulmões livres de gases, reduzindo assim a tensão superficial e a pressão necessária para abrir os alvéolos.

A função pulmonar normal depende do surfactante, que possibilita redução da tensão superficial no final da expiração (para evitar a atelectasia) e aumento da tensão superficial durante a expansão do pulmão (para facilitar a retração elástica na inspiração). O surfactante fornece a estabilidade pulmonar necessária para as trocas gasosas.

A primeira respiração do recém-nascido, em conjunto com o surfactante, sobrepuja as forças superficiais para possibilitar a ventilação dos pulmões. A parede torácica do recém-nascido é flexível, por causa do alto teor de cartilagem e da musculatura pouco desenvolvida. Assim, os músculos acessórios que auxiliam a respiração não são efetivos.

Uma das adaptações mais importantes do recém-nascido por ocasião do parto é ajustar-se de um ambiente intrauterino cheio de líquido a um ambiente extrauterino gasoso. Durante a vida fetal, os pulmões são expandidos com um ultrafiltrado de líquido amniótico. Durante e após o nascimento, esse líquido precisa ser removido e substituído por ar. A passagem pelo canal de parto possibilita a compressão intermitente do tórax, o que ajuda a eliminar o líquido dos pulmões. Os capilares pulmonares e os vasos linfáticos retiram o líquido restante.

Pulmões

Antes de os pulmões do recém-nascido serem capazes de manter a função respiratória, os seguintes eventos precisam ocorrer:

- ✓ Início do movimento respiratório;
- ✓ Expansão dos pulmões;

- 
- ✓ Estabelecimento da capacidade residual funcional (capacidade de reter parte do ar nos pulmões à expiração);
 - ✓ Aumento do fluxo sanguíneo pulmonar;
 - ✓ Redistribuição do débito cardíaco.

A respiração inicial provavelmente é decorrente de um reflexo desencadeado por mudanças de pressão, ruído, iluminação, refrigeração, compressão do tórax fetal durante o parto e altas concentrações de dióxido de carbono e baixas concentrações de oxigênio no sangue do recém-nascido.

Incursões respiratórias

Depois de estabelecidas as incursões respiratórias no recém-nascido, estas são superficiais e irregulares, variando de 30 a 60 incursões respiratórias por minuto, com curtos períodos de apneia (inferiores a 15 segundos). A frequência respiratória do neonato varia de acordo com sua atividade; quanto mais ativo é o neonato, maior a sua frequência respiratória, em média.

Os sinais de dificuldade respiratória a serem observados incluem cianose, taquipneia, grunhidos expiratórios, retração esternal e batimento de asa de nariz. A respiração não deve ser trabalhosa, e os movimentos torácicos devem ser simétricos. Em alguns casos, o recém-nascido apresenta **respiração periódica**, que é a cessação da respiração que dura de 5 a 10 segundos sem alterações na coloração ou na frequência cardíaca. A respiração periódica pode ser observada nos primeiros dias de vida e demanda acompanhamento atento.

Em recém-nascidos dependem do ambiente para a manutenção da temperatura corporal, muito mais imediatamente após o nascimento do que mais tarde na vida. Um dos elementos mais importantes na sobrevivência do neonato é a obtenção de uma temperatura corporal estável para promover uma transição ideal para a vida extrauterina. Em média, a temperatura de um recém-nascido varia entre 36,5 e 37,5°C.

A **termorregulação** é o processo de manter o equilíbrio entre a perda e a produção de calor. É uma função fisiológica importante que está intimamente relacionada com a transição e a sobrevivência do neonato. Um ambiente térmico apropriado é essencial para a manutenção da temperatura corporal normal. Em comparação com os adultos, os recém-nascidos toleram uma variação menor de temperatura ambiente e são extremamente vulneráveis ao resfriamento e ao superaquecimento. As enfermeiras desempenham um papel fundamental no

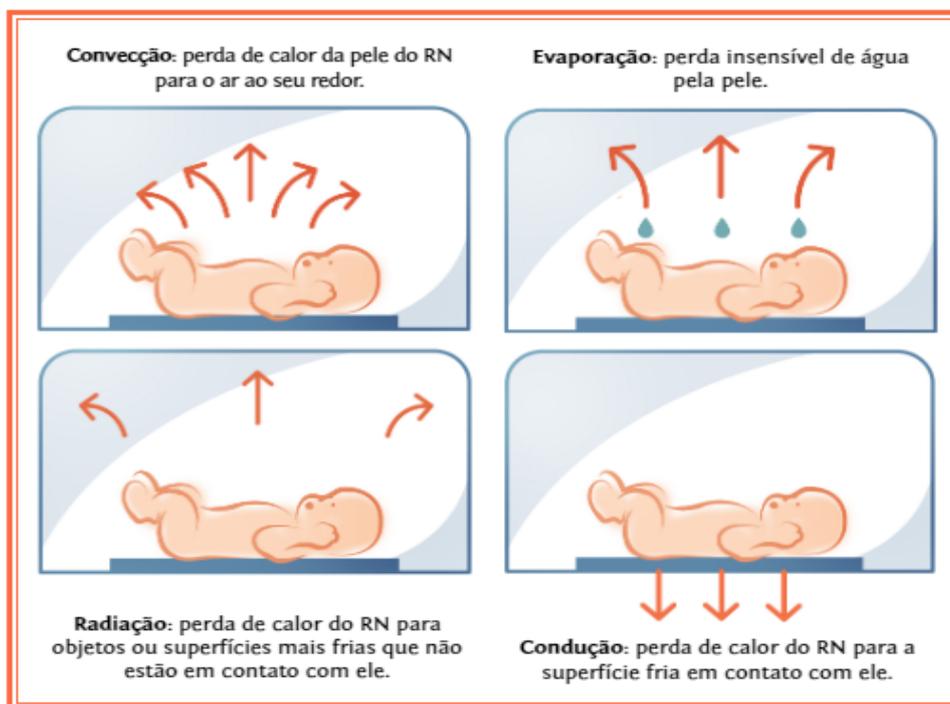
fornecimento de um ambiente adequado para ajudar os recém-nascidos a manterem a estabilidade térmica (Figura 2).

Perda de calor

Os recém-nascidos têm várias características que os predispõem à perda de calor:

- ✓ Pele fina com os vasos sanguíneos próximos à superfície;
- ✓ Falta de capacidade de produzir calor por meio de tremores involuntários;
- ✓ Reservas limitadas de substratos metabólicos (glicose, glicogênio, gordura);
- ✓ Uso limitado de atividade muscular voluntária ou movimento para produzir calor;
- ✓ Área de superfície corporal grande em relação ao peso corporal;
- ✓ Falta de gordura subcutânea, que proporciona isolamento;
- ✓ Pouca capacidade de conservar calor pela alteração da postura (posição fetal);
- ✓ Falta de capacidade de ajustar suas próprias roupas ou cobertores para conseguir calor;
- ✓ Incapacidade de comunicar que estão com frio ou calor.

Figura 2: Quatro maneiras de perda de calor no Recém-Nascido



Fonte: <https://docplayer.com.br/23225678-Modulo-5-temperatura.html>



Função do sistema hepático

Ao nascer, o fígado do recém-nascido assume as funções que eram de responsabilidade da placenta durante a vida fetal. Essas funções incluem a coagulação do sangue e o armazenamento de ferro, metabolismo de carboidratos e conjugação de bilirrubina, como discutido a seguir. As reservas de glicogênio fornecem energia e podem ficar depletadas se as necessidades metabólicas do recém-nascido aumentarem, como durante o estresse respiratório ou por frio.

Armazenamento de ferro

À medida que as hemácias são destruídas após o nascimento, seu ferro é liberado e armazenado pelo fígado até que novas hemácias precisem ser produzidas. As reservas de ferro no recém-nascido são determinadas pelo teor de hemoglobina total do corpo e pela duração da gestação. Se a ingestão materna de ferro durante a gestação foi adequada, foi armazenado ferro suficiente no fígado do recém-nascido para uso durante os primeiros 6 meses de idade.

Metabolismo de carboidratos

Quando a placenta é expelida por ocasião do parto, o aporte materno de glicose é cortado. Inicialmente, os níveis séricos de glicose do recém-nascido declinam. Os recém-nascidos precisam aprender a regular sua concentração sanguínea de glicose e ajustar-se a um esquema de alimentação intermitente.

Em geral, por ocasião do parto a concentração sanguínea de glicose no neonato a termo é de 70 a 80% da concentração sanguínea materna.

A glicose é a principal fonte de energia nas primeiras horas após o nascimento. Com o aumento das necessidades energéticas do recém-nascido após o parto, o fígado libera glicose das reservas de glicogênio durante as primeiras 24 h. Iniciar a alimentação ajuda a estabilizar os níveis de glicose no sangue do recém-nascido.

Não há evidências que apoiem a medição universal invasiva de rotina da glicemia em recém-nascidos a termo saudáveis. A triagem seletiva de recém-nascidos em situação de risco é mais apropriada.

Conjugação da bilirrubina

O fígado também é responsável pela conjugação da bilirrubina – o pigmento amarelo a alaranjado da bile produzido pela destruição das hemácias. No útero, a eliminação da



bilirrubina para o sangue é feita pela placenta e pelo fígado da mãe. No entanto, quando o cordão umbilical é cortado, o recém-nascido precisa então assumir essa função.

A bilirrubina normalmente circula no plasma, é captada pelos hepatócitos e é metabolizada em um pigmento hidrossolúvel excretado na bile. Esse tipo conjugado de bilirrubina é excretado das células hepáticas como um componente da bile.

A principal fonte de bilirrubina no recém-nascido é a lise das hemácias. Essa é uma ocorrência normal após o nascimento, quando são necessárias menos hemácias para manter a vida extrauterina.

Quando as hemácias morrem depois de aproximadamente 80 dias de vida, o grupo heme de sua hemoglobina é convertido em bilirrubina. A bilirrubina é liberada em uma forma não conjugada chamada bilirrubina indireta, que é lipossolúvel. As enzimas, proteínas e diferentes células do sistema reticuloendotelial e do fígado processam a bilirrubina não conjugada em bilirrubina conjugada ou bilirrubina direta. Essa forma é hidrossolúvel, entra no sistema digestório por meio da bile e acaba sendo excretada pelas fezes. Os rins também excretam uma pequena quantidade.

Os recém-nascidos produzem bilirrubina a uma taxa de cerca de 6 a 8 mg/kg/dia. Isso é mais de duas vezes a taxa de produção dos adultos, basicamente por causa da policitemia relativa e do aumento da renovação das hemácias. A produção de bilirrubina tipicamente declina até o nível de adultos nos primeiros 10 a 14 dias após o nascimento. Além disso, as vias metabólicas do fígado são relativamente imaturas e, assim, não são capazes de conjugar a bilirrubina tão rapidamente quanto necessário.

A falha dos hepatócitos em degradar e excretar a bilirrubina pode causar aumento da concentração sanguínea de bilirrubina, resultando em icterícia. A bilirrubina é tóxica para o organismo e precisa ser excretada. Os exames de sangue solicitados para determinar os níveis de bilirrubina mensuram a bilirrubina sérica. A

A bilirrubina total é uma combinação da bilirrubina indireta (não conjugada) e direta (conjugada).

Quando o pigmento de bilirrubina não conjugada é depositado na pele e nas mucosas, tipicamente resulta em **icterícia**.

A icterícia refere-se ao amarelecimento da pele, das escleras e das mucosas em decorrência do aumento dos níveis séricos de bilirrubina. A icterícia visível resultante do



aumento dos níveis séricos de bilirrubina ocorre em mais da metade de todos os recém-nascidos saudáveis. Mesmo em neonatos a termo saudáveis, os níveis sanguíneos extremamente elevados de bilirrubina durante a primeira semana de vida podem causar encefalopatia bilirrubínica, um tipo permanente e devastador de lesão encefálica.

Os fatores de risco mais comuns para o desenvolvimento de icterícia incluem incompatibilidade sanguínea materno-fetal, prematuridade, amamentação, uso de fármacos (como diazepam, ocitocina, sulfisoxazol/eritromicina e cloranfenicol), diabetes gestacional materno, alimentações infrequentes, sexo masculino, tocotraumatismo resultando em cefalohematoma, equimose cutânea, policitemia, irmão prévio com hiperbilirrubinemia, infecções como TORCH (toxoplasmose, outros vírus, rubéola, citomegalovírus, herpes-vírus simples) e etnia, como a asiática ou indígena norte-americana.

As causas de icterícia neonatal podem ser classificadas em três grupos, de acordo com o seu mecanismo de acumulação:

1. Superprodução de bilirrubina, como por incompatibilidade sanguínea (Rh ou ABO), fármacos, traumatismo ao nascimento, policitemia, pinçamento tardio do cordão umbilical e icterícia do leite materno.

2. Diminuição da conjugação de bilirrubina, como vista na icterícia fisiológica, no hipotireoidismo e na amamentação.

3. Excreção de bilirrubina prejudicada, como vista na obstrução biliar (atresia das vias biliares, cálculos biliares, neoplasia), na sepse, na hepatite, na anormalidade cromossômica (síndrome de Turner, trissomias do 18 e do 21) e no uso de fármacos/substâncias psicoativas (ácido acetilsalicílico, paracetamol, sulfa, álcool etílico, esteroides, antibióticos).

Adaptações do sistema digestório

O recém-nascido a termo tem a capacidade de engolir, digerir, metabolizar e absorver alimentos ingeridos logo após o nascimento.

Ao nascimento, o pH do conteúdo gástrico é discretamente ácido, o que reflete o pH do líquido amniótico. O intestino, previamente estéril, muda rapidamente, dependendo de qual alimentação o recém-nascido recebe. Os sons intestinais normalmente são auscultados pouco depois do nascimento, mas podem ser hipoativos no primeiro dia.



Barreira de proteção mucosa

Uma importante adaptação do sistema digestório é o desenvolvimento de uma barreira mucosa para evitar a penetração de substâncias nocivas (bactérias, toxinas e antígenos) encontradas no lúmen intestinal. Ao nascer, o recém-nascido precisa estar preparado para lidar com a colonização bacteriana do intestino. A colonização é dependente da ingestão. Geralmente ocorre nas primeiras 24 h de idade, sendo necessária para a produção de vitamina K.

Estômago e digestão

A capacidade fisiológica do estômago do recém-nascido é consideravelmente menor do que sua capacidade anatômica. Há um rápido ganho de capacidade fisiológica durante os 4 primeiros dias de vida. Após esses primeiros 4 dias, as capacidades anatômica e fisiológica se aproximam mais uma da outra.

Amamentação a livre demanda configura um padrão de alimentação saudável desde o início.

A cárdia e o controle nervoso do estômago são imaturos, o que pode levar a atividade peristáltica descoordenada e regurgitação frequente. A imaturidade do esfíncter faringoesofágico e a ausência de ondas peristálticas do esôfago inferior também contribuem para o refluxo do conteúdo gástrico. Evitar excessos alimentares e estimular arrotos frequentes podem minimizar a regurgitação.

A maioria das enzimas digestivas está disponível no momento do nascimento, possibilitando que os recém-nascidos digiram carboidratos simples e proteínas. No entanto, eles têm uma capacidade limitada de digerir carboidratos complexos e gorduras, porque os níveis de amilase e lipase são baixos ao nascimento. Como resultado, os neonatos excretam uma quantidade razoável de lipídios, resultando em fezes gordurosas.

A digestão e a absorção adequadas são essenciais para o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido.

Normalmente, o neonato a termo perde 5 a 10% do seu peso de nascimento em decorrência da ingestão calórica insuficiente na primeira semana após o parto, do deslocamento de água do espaço intracelular para o extracelular e da perda insensível de água.



Eliminação intestinal

A frequência, a consistência e o tipo de fezes eliminadas pelo recém-nascido variam muito. A evolução do padrão de fezes começa com as primeiras fezes do neonato, que são o mecônio. O **mecônio** é composto por líquido amniótico, células das mucosas descamadas, secreções intestinais e sangue. É preto-esverdeado, tem consistência alcatroada e geralmente é eliminado nas primeiras 12 a 24 h após o nascimento.

Após iniciada a alimentação, o recém-nascido passa a eliminar as chamadas fezes de transição, que são castanho-esverdeadas a castanho-amareladas, de consistência mais fina e de aparência granulosa.

Alterações do sistema renal

Frequentemente, os rins do recém-nascido são descritos como imaturos, mas eles conseguem desempenhar suas funções habituais e lidar com o desafio de excreção e manutenção do equilíbrio acidobásico.

Somente no caso de o neonato apresentar desequilíbrios hídricos e eletrolíticos inesperados, desequilíbrio acidobásico secundário a um parto pré-termo ou doença ele perde a capacidade de manter a homeostase dos líquidos corporais.

A massa corporal de um recém-nascido é de 75% de água, a maior proporção de água corporal que ocorre nas diferentes fases da vida de uma pessoa.

A maioria dos neonatos urina imediatamente após o nascimento, o que indica função renal adequada. Embora os rins do recém-nascido possam produzir urina, eles têm limitação na capacidade de concentração até por volta dos 3 meses de idade, quando os rins se maturam mais.

Até esse momento, a criança urina com frequência e a densidade urinária é baixa (1,001 a 1,020). Aproximadamente 7 a 8 micções diárias são a média para a maioria dos recém-nascidos, o que indica ingestão adequada de líquidos.

O córtex renal é relativamente subdesenvolvido por ocasião do nascimento e não alcança a maturidade até 12 a 18 meses de idade. A taxa de filtração glomerular (TFG) é o volume de líquido filtrado a cada minuto por todos os glomérulos de ambos os rins, sendo um indicador da função renal.



Ao nascer, a taxa de filtração glomerular do recém-nascido é de aproximadamente 30% dos valores normais em adultos, chegando a cerca de 50% até o 10º dia de vida e a 100% no primeiro ano.

A baixa taxa de filtração glomerular e a limitada capacidade de excreção e conservação do rim afetam a capacidade do recém-nascido de excretar sal, sobrecarga de água e fármacos.

Adaptações do sistema imune

A capacidade de responder de modo efetivo às forças ambientais hostis é essencial para a sobrevivência do recém-nascido.

O sistema imunológico do neonato começa a trabalhar no início da gestação, mas muitas das respostas não funcionam de modo adequado durante o início do período neonatal.

O risco de contrair uma infecção é grande, porque o sistema imunológico do recém-nascido é imaturo e não é capaz de responder por longos períodos de tempo para combater infecções. O ambiente intrauterino geralmente protege o feto de microrganismos nocivos e da necessidade de respostas imunológicas defensivas.

Com a exposição a uma ampla variedade de microrganismos no momento do nascimento, o recém-nascido precisa desenvolver um equilíbrio entre suas defesas e os microrganismos ambientais hostis, a fim de garantir uma transição segura para o mundo exterior.

As respostas do sistema imunológico têm três propósitos: defesa (proteção contra microrganismos invasores), homeostase (eliminação de células hospedeiras inutilizadas) e vigilância (reconhecimento e remoção de células inimigas). A resposta do sistema imunológico do recém-nascido envolve o reconhecimento do agente patogênico ou de outro material estranho, seguido pela ativação de mecanismos para reagir a eles e eliminá-los. Todas as respostas imunológicas envolvem principalmente os leucócitos.

As respostas do sistema imunológico podem ser divididas em duas categorias: a imunidade natural e a imunidade adquirida. Esses mecanismos são inter-relacionados e interdependentes, ambos necessários para a imunocompetência.

Adaptações do tegumento

A pele do recém-nascido é um órgão grande, compondo aproximadamente 13% de seu peso corporal, em contraste com 3% do peso corporal no adulto.



A função mais importante da pele é fornecer uma barreira de proteção entre o corpo e o ambiente. Ela limita a perda de água, impede a absorção de agentes nocivos, garante a termorregulação e o armazenamento de gordura e protege contra traumatismos físicos.

A barreira epidérmica começa a desenvolver-se no meio da gestação e está totalmente formada até aproximadamente a 32ª semana de gestação. Embora a epiderme neonatal seja semelhante à epiderme do adulto em termos de espessura e composição lipídica, o desenvolvimento de pele não está completo ao nascimento.

Embora a estrutura básica seja a mesma que a de um adulto, quanto menos maduro é o recém-nascido, menos maduras estão as funções da pele. Poucas fibrilas ligam a derme à epiderme no recém-nascido, em comparação ao que ocorre em adultos. Além disso, no neonato, o risco de lesão pela utilização de fitas adesivas e monitores e pela manipulação levar a uma solução de continuidade na pele é maior do que no adulto. O manuseio inadequado dos recém-nascidos durante a prática de cuidados diários com a pele, como ao dar banho, pode causar danos, impedir a cicatrização e interferir no processo normal de maturação.

A aparência do recém-nascido varia muito. Muitas das variações são temporárias e refletem as adaptações fisiológicas que a criança está experimentando. A coloração da pele varia, dependendo da idade, da raça ou do grupo étnico do neonato, da temperatura e se ele está chorando ou não; a coloração muda ainda com o ambiente e o estado de saúde.

Ao nascer, a pele do recém-nascido é vermelho-escuro a roxa. Conforme o recém-nascido começa a respirar o ar, a cor da sua pele passa a ser vermelha. Essa vermelhidão normalmente começa a desvanecer no primeiro dia de vida.

Adaptações do sistema neurológico

O sistema nervoso é constituído pelo encéfalo, pela medula espinal, por 12 nervos cranianos e por inúmeros nervos espinais, que emergem da medula espinal. O desenvolvimento neurológico segue o padrão cefalocaudal e proximal-distal. A mielina se desenvolve precocemente nos transmissores de impulsos sensitivos. Assim, o recém-nascido tem audição, olfato e paladar aguçados. As capacidades sensoriais do neonato incluem:

- ❖ *Audição*: bem desenvolvida ao nascimento, responde aos ruídos voltando-se para o local de origem do som;
- ❖ *Paladar*: capacidade de distinguir entre doce e azedo em 72 h;

- 
- ❖ *Olfato*: capacidade de distinguir o leite materno de sua mãe do leite de outras mulheres;
 - ❖ *Tato*: sensibilidade à dor, responde a estímulos táteis;
 - ❖ *Visão*: é incompleta ao nascimento. A maturação depende de nutrição e estimulação visual. Este é o sentido menos maduro ao nascimento. A capacidade de fixar, acompanhar e estar alerta é indicativa de um SNC intacto.

3. RECÉM-NASCIDOS: CUIDADOS DE ENFERMAGEM IMEDIATOS

Os cuidados de enfermagem voltados ao recém-nascido são divididos em cuidados imediatos e cuidados mediatos.

Tais cuidados representam a necessidade de intervenção para auxiliar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina - cuidados imediatos - como também registrar informações e realizar cuidados após esta adaptação - cuidados mediatos.

Ao nascimento, a maioria dos RN apresenta boa vitalidade e não necessita de manobras de reanimação neonatal.

O conhecimento e a habilidade profissional para o atendimento imediato ao recém-nascido são necessários a todos profissionais que atuam em salas de parto ou centro obstétricos.

O boletim de **Apgar** é feito nesse momento (Quadro: 1).

Ele tem a finalidade de avaliar as condições de vitalidade do recém-nascido.

Inclui a avaliação de itens como batimento cardíaco, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele, no 1º e 5º minutos de vida ou além destes, a depender da necessidade.

Quadro 1: Escore de Apgar.

SINAL	ESCORES		
	0	1	2
FREQUÊNCIA CARDÍACA	Ausente	< 100bpm	> 100bpm
ESFORÇO RESPIRATÓRIO	Ausente	Irregular	Regular
TÔNUS MUSCULAR	Flacidez total	Algumas flexões de extremidades	Boa movimentação
IRRITABILIDADE REFLEXA	Ausente	Alguma reação	Espirros
COR	Cianose/palidez cutânea	Corpo róseo Extremidades cianóticas	Corpo e extremidades róseos

Fonte: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11610/mod_resource/content/1/un03/top03p01.html

Valores de APGAR entre: 5 a 7: indica asfixia leve; 3 a 4: indica asfixia moderada; 0 a 2: indica asfixia grave.

Em recém-nascido com Apgar < 7 é indicada a continuidade da avaliação até o 20º minuto de vida. O Apgar não deve ser utilizado para decidir o início de reanimação, nem as manobras a serem instituídas no decorrer da assistência. Isto significa que os procedimentos deverão ser feitos à medida que se avaliam as condições clínicas do recém-nascido e suas respostas a tais intervenções.

Contato pele a pele precoce

Segundo o Portal de Boas Práticas da FIOCRUZ (2020), recomenda-se o contato pele a pele por pelo menos uma hora:

- ✓ para manter a normotermia;
- ✓ iniciar a lactação;
- ✓ favorecer o aleitamento materno;
- ✓ prevenir o desmame precoce;
- ✓ fortalecer o vínculo mãe-filho;



“Colocar os bebês em contato pele-a-pele com suas mães imediatamente após o parto, durante pelo menos uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para mamar, oferecendo ajuda, se necessário” (FIOCRUZ, 2020).

Fonte: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/cuidado-ao-recem-nascido-no-parto-e-nascimento/>

Quadro 2: Benefícios Imediatos e a longo prazo do Contato Pele a Pele Precoce

Benefícios Imediatos		Benefícios no Longo Prazo	
Lactente	Mãe	Lactente	Mãe
<ul style="list-style-type: none"> Melhora a efetividade da primeira mamada e reduz o tempo de obtenção de sucção efetiva; Regula/mantém a temperatura corporal; Melhora a estabilidade cardiorrespiratória (em RN prematuros). 	<ul style="list-style-type: none"> Melhoram os comportamentos de afeto e vínculo; Diminui a dor causada pelo ingurgitamento mamário. 	<ul style="list-style-type: none"> Existe associação positiva entre índices de aleitamento materno nos primeiros 4 meses pós-parto e maior duração de amamentação. 	<ul style="list-style-type: none"> Melhoram os comportamentos de afeto e apego da mãe.

Fonte: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/cuidado-ao-recem-nascido-no-parto-e-nascimento/>

Amamentação na primeira hora de vida

Esta é a atual recomendação em todo o mundo, ou seja, que o recém-nascido seja estimulado a mamar o mais cedo possível, preferencialmente logo após o parto, se a mãe e o bebê estiverem em boas condições e se esse for o desejo da mãe.

Quadro 3: Benefícios Imediatos e a longo prazo da Amamentação

Benefícios Imediatos		Benefícios no Longo Prazo	
Lactente	Mãe	Lactente	Mãe
<ul style="list-style-type: none">• Previne a morbidade e a mortalidade neonatais;• Está associado à maior duração da amamentação;• Está associado à maior duração da amamentação exclusiva.	<ul style="list-style-type: none">• Estimula a liberação da ocitocina, que provoca a contração uterina;• Possível efeito protetor nos transtornos do estado de ânimo materno.	<ul style="list-style-type: none">• Diminui o risco de:<ul style="list-style-type: none">- Otite média aguda- Gastroenterite inespecífica;- Hospitalização por infecção do trato respiratório inferior;- Dermatite atópica;- Obesidade;- Diabetes tipo I e II;- Leucemia da infância;- Síndrome da morte súbita infantil;- Enterocolite necrosante;• Melhor desenvolvimento motor.	<ul style="list-style-type: none">• A amenorreia lactacional ajuda a proteger futuras gestações e protege as reservas de ferro materno;• Diminui risco de:<ul style="list-style-type: none">- Diabetes tipo I e II;- Câncer de ovário;- Câncer de mama;• Perda mais rápida de peso após a gravidez.

Fonte: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/cuidado-ao-recem-nascido-no-parto-e-nascimento/>

Laqueadura oportuna do cordão umbilical

Fixar o clamp à distância de 2 a 3 cm do anel umbilical (Figura 3), envolvendo o coto com gaze embebida em álcool etílico 70%. Verificar a presença de duas artérias e de uma veia umbilical, pois a existência de artéria umbilical única pode associar-se a anomalias congênitas.

Figura 3: Laqueadura do cordão umbilical.



Fonte: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3908549/mod_resource/content/1/Cuidados%20Imediatos%20RN%204%20agosto%202017.pdf

A Organização Mundial da Saúde recomenda o clampeamento oportuno do cordão umbilical, ou seja, realizado 1 a 3 minutos após o nascimento é recomendado para todos os nascimentos exceto se mãe HIV e/ou HTVL positivo, iniciando simultaneamente os cuidados essenciais ao recém-nascido.

Figura 4: Benefícios do Clampeamento Oportuno do Cordão Umbilical

- Fornece volume adequado de sangue e de ferro no nascimento.
- Diminui a necessidade de transfusão sanguínea por anemia e ventilação mecânica em RN pré-termo.
- Aumenta oxigenação cerebral e o fluxo de glóbulos vermelhos para o RN.
- Diminui a incidência de retenção placentária nas mães.

Fonte: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/cuidado-ao-recem-nascido-no-parto-e-nascimento-e-tema-do-apiceon/>

Segundo o Ministério da Saúde (2018) os primeiros 60 minutos de vida de um recém-nascido são chamados de “Hora de “Ouro”. Os cuidados citados acima são realizados logo após o nascimento podem ser fundamentais para o desenvolvimento sadio do bebê e para o sucesso da amamentação.



Hora das Mídias

Cuidados na primeira hora de vida são essenciais para saúde do bebê

Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=E-PYHNRBn58>

Para entender sobre a importância da “Hora de “Ouro”, convidamos você para assistir ao vídeo.



Sinais vitais

As frequências cardíaca e respiratória são avaliadas imediatamente após o parto, com o índice de Apgar. A frequência cardíaca, obtida mensurando-se o pulso apical por 1 min, geralmente é de 120 a 160 bpm. A frequência respiratória do recém-nascido é avaliada com ele calmo ou dormindo. Coloque um estetoscópio no lado direito do tórax e conte as incursões respiratórias por 1 min inteiro para identificar eventuais irregularidades. A frequência



respiratória do recém-nascido é de 30 a 60 irpm, com movimento simétrico do tórax. De modo geral, as frequências cardíaca e respiratória são avaliadas a cada 30 min até que estejam estáveis por 2 h após o nascimento. Uma vez estáveis, essas frequências são verificadas a cada 8 h. Esses intervalos de avaliação podem variar de acordo com os protocolos do hospital, de modo que os profissionais de enfermagem devem seguir os procedimentos da instituição em que atuam.

Tipicamente, avalia-se a temperatura axilar não imediatamente após o nascimento, mas quando o recém-nascido chega ao alojamento conjunto ou quando é realizada a avaliação inicial (p. ex., na STPP).

Em algumas instituições, a temperatura é mensurada imediatamente após a determinação do índice de Apgar para possibilitar a identificação de hipotermia. Essa hipotermia demanda então a verificação da glicemia, mas a equipe de enfermagem deve seguir os protocolos hospitalares nesse momento da avaliação. Em recém-nascidos a termo, a variação normal da temperatura axilar deve ser mantida entre 36,5 e 37,5°C. A mensuração da temperatura por via retal não é mais realizada, por causa do risco de perfuração. O termômetro ou a sonda de temperatura é mantido no espaço axilar, de acordo com as instruções do fabricante e com o protocolo do hospitalar.

A temperatura é reavaliada a cada 30 min até que tenha se mantido estável por 2 h, e então a cada 6 h até a alta.

A pressão arterial geralmente não é considerada como parte do exame de um recém-nascido normal, a menos que haja uma indicação clínica ou baixos índices de Apgar). A variação típica é de 50 a 75 mmHg (sistólica) e de 30 a 45 mmHg (diastólica). O choro, a movimentação e o pinçamento oportuno do cordão umbilical aumentarão os níveis de pressão sistólica.

Os valores dos sinais vitais em recém-nascidos são apresentados na Tabela 1:

Tabela 1: Valores dos sinais vitais em recém-nascidos

Sinais vitais do recém-nascido	Intervalos de valores
Temperatura	36,5 a 37,5°C
Frequência cardíaca	120 a 160 bpm; pode aumentar até 180 durante o choro
Frequência respiratória	30 a 60 irpm em repouso; aumenta com o choro
Pressão arterial	PA sistólica de 50 a 75 mmHg, PA diastólica de 30 a 45 mmHg

Fonte: RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher** .3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

Prevenção da oftalmia gonocócica pelo método de Credé.

Retirar o vénix da região ocular com gaze seca ou umedecida com água, sendo contraindicado o uso de soro fisiológico ou qualquer outra solução salina.

Afastar as pálpebras e instilar uma gota de nitrato de prata a 1% no fundo do saco lacrimal inferior de cada olho (Figura 5). A seguir, massagear suavemente as pálpebras deslizando-as sobre o globo ocular para fazer com que o nitrato de prata banhe toda a conjuntiva. Se o nitrato cair fora do globo ocular ou se houver dúvida, repetir o procedimento. Limpar com gaze seca o excesso que ficar na pele das pálpebras. A profilaxia deve ser realizada na primeira hora após o nascimento, tanto no parto vaginal quanto cesáreo.

Figura 5: Prevenção da oftalmia gonocócica pelo método de Credé.



Fonte: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11610/mod_resource/content/1/un03/top04p01.html

Antropometria

Realizar exame físico simplificado, incluindo peso, comprimento e os perímetros cefálico, torácico e abdominal (Figura 6).

Figura 6: Antropometria no Recém-Nascido



Fonte: <https://slideplayer.com.br/slide/1642925/>

Prevenção do sangramento por deficiência de vitamina K

Administrar 1mg de vitamina K por via intramuscular ou subcutânea ao nascimento (Figura 7).

Figura 7: Administração de Medicamentos via IM em menores de 2 anos



Fonte: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_36_administracao_de_medicacao_por_via_intramuscular_em_recem_nascidos.pdf

Curativo do Coto Umbilical

O curativo do coto umbilical (Figura 8) é feito mediante antissepsia do mesmo com haste flexível com ponta de algodão embebida em álcool etílico 70% (1), iniciando-se na parte distal gelatinosa (2) e na parte externa do coto, do local laqueado, até a base do anel umbilical (3).

Figura 8: Técnica de realização do Curativo do Coto Umbilical

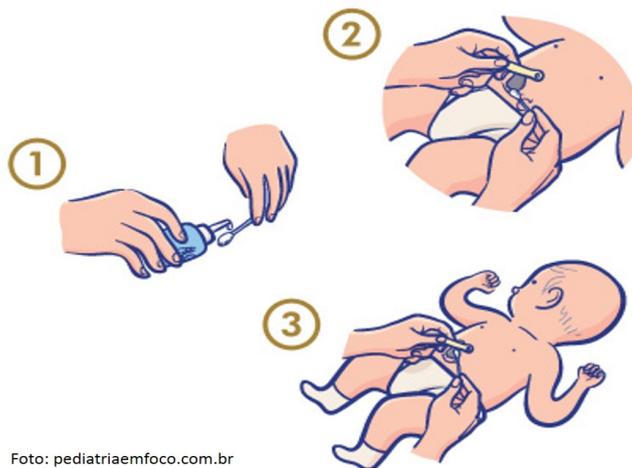


Foto: pediatriaemfoco.com.br

Fonte: www.pediatriaemfoco.com.br

Após a realização do curativo no coto umbilical, a fralda é colocada no recém-nascido; esta deverá ser dobrada para frente abaixo do coto, evitando, assim, irritação e umidade local. A área do coto deve ser mantida livre de urina e fezes e a limpeza deve ser diária ou cada troca de fraldas.

Cuidados com o coto umbilical

- ✓ Observar se há sangramento, vermelhidão, drenagem ou odor desagradável no coto do cordão umbilical;
- ✓ Expor o coto do cordão umbilical ao ar livre tanto quanto possível ao longo do dia;
- ✓ Dobrar a fralda abaixo da altura do coto umbilical para evitar a contaminação do local e para promover a secagem do mesmo ao ar livre;
- ✓ Observar o coto do cordão, cuja cor passa de amarelo para marrom a preto. Isso é normal;
- ✓ Nunca puxar o coto umbilical nem tentar soltá-lo; ele vai cair naturalmente;

Deteção de incompatibilidade sanguínea materno-fetal

Coletar sangue da mãe e do cordão umbilical para determinar os antígenos dos sistemas ABO e Rh.

Não é necessário realizar o teste de Coombs direto de rotina. No caso de mãe Rh negativo, deve-se realizar pesquisa de anticorpos anti-D por meio do Coombs indireto na mãe e Coombs direto no sangue do cordão umbilical.

Realização da sorologia para sífilis e HIV

Coletar sangue materno para determinar a sorologia para sífilis.

Caso a gestante não tenha realizado sorologia para HIV no último trimestre da gravidez ou o resultado não estiver disponível no dia do parto, deve-se fazer o teste rápido para anti-HIV o mais breve possível, e administrar a zidovudina profilática antes do parto, caso o teste seja positivo.

Identificação do RN

O Estatuto da Criança e do Adolescente regulamenta a identificação do RN mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe. Essa identificação é feita no prontuário (Figura 9).

Pulseiras devem ser colocadas na mãe e no RN, contendo o nome da mãe, o registro hospitalar, a data e hora do nascimento e o sexo do RN.

Figura 9: Identificação do RN



Fonte: <https://www.romulopassos.com.br/img/uploads/AHM-SP%203%20REVIS%C3%83O.pdf>

Os RNs estáveis devem permanecer com suas mães e ambos devem ser transportados juntos para o alojamento conjunto.

Caso haja a necessidade de transporte do RN para outra unidade neonatal, ele sempre deve ser mostrado à mãe novamente, antes do transporte e ir acompanhado por um integrante da família.

4. RECÉM-NASCIDOS: CUIDADOS DE ENFERMAGEM MEDIATOS

4.1 EXAME FÍSICO NO RN

Caso o RN se apresente aparentemente saudável na avaliação sumária realizada na sala de parto, o exame físico minucioso deverá ser feito após 2 a 6 horas de vida, preferencialmente antes de o bebê completar 12 horas de vida.

Deve ser realizado, sempre que possível, com a presença dos pais, o que reforça a relação entre equipe e familiares, permitindo o esclarecimento de eventuais dúvidas dos genitores.

Devem-se respeitar as condições da criança e atentar para as oportunidades apresentadas para se obter as informações.

Como regra, o RN como um todo ou em seus segmentos corporais admite um exame que vai no sentido cefalo-caudal.

Inspeção, palpação, percussão e ausculta devem ser aplicadas nos diversos segmentos examinados.

Por vezes, é necessário complementar o exame em outro momento, por exemplo, quando não foi possível a palpação cuidadosa do abdome em um bebê que chorava muito no exame.

Avaliar sinais vitais, observar a ocorrência de diurese e evacuações e verificar medidas antropométricas (peso, comprimento, perímetro cefálico e perímetro torácico)

4.2 REFLEXOS PRIMITIVOS NO RN

Ao nascimento, o padrão motor da criança é imaturo e a presença do reflexo tônico cervical assimétrico confere uma postura assimétrica.

Observa-se a predominância do tônus flexor dos membros e hipotonia axial (musculatura paravertebral) e a criança apresenta preensão palmar reflexa e o reflexo de sucção.

A avaliação do desenvolvimento dos reflexos permite determinar a integridade do sistema nervoso central de acordo com a expectativa relacionada à idade cronológica da criança.



Estes reflexos estão presentes em todos os recém-nascidos a termo, sendo considerados fisiológicos nos primeiros meses de vida. A ausência inicial ou permanência tardia deles sugere alterações patológicas que merecem ser investigadas.

É importante lembrar que os prematuros devem ter seu acompanhamento feito de acordo com a idade gestacional corrigida até os 2 anos.

Avaliação dos reflexos:

✓ **Preensão palmar:** o examinador coloca o dedo indicador na palma da mão da criança. Observa-se a flexão dos dedos. Deve desaparecer entre 4 e 6 meses, quando se torna um movimento voluntário de preensão.

✓ **Preensão plantar:** o examinador pressiona o polegar contra a sola do pé da criança, logo abaixo dos dedos. Observa-se a flexão dos dedos. Deve desaparecer com 15 meses de vida.

✓ **Reflexo cutâneo plantar:** obtido através do estímulo da porção lateral do pé, desencadeando no recém-nascido a extensão do hálux. Apresenta-se em extensão até cerca de 18 meses.

✓ **Reflexo de Moro:** observa-se movimentos de extensão e abdução dos membros superiores com abertura das mãos, seguidas de adução e flexão dos membros superiores. Normalmente, estes movimentos são acompanhados de choro audível. O reflexo de Moro deve estar presente em recém-nascidos de, pelo menos, 37 semanas. A criança deve ser colocada em posição supina sobre uma superfície lisa e acolchoada. Em seguida, a cabeça deve ser suavemente levantada com suporte o suficiente para levantar minimamente o corpo da criança do colchão. A cabeça é, então, liberada subitamente, possibilitando que ocorra um movimento rápido de queda. Em seguida, a cabeça deve ser novamente sustentada pela mão do examinador. O reflexo de Moro pode estar diminuído ou exacerbado por vários distúrbios do sistema nervoso central. A assimetria do reflexo pode ser observada em pacientes com paralisia do plexo braquial, trauma de clavícula e ombro e nos casos de lesão motora assimétrica do trato piramidal superior. O reflexo de Moro deve desaparecer após 5 meses de vida.

✓ **Reflexo da procura ou voracidade:** o toque da pele perioral promove o movimento da cabeça em direção ao estímulo com abertura da boca e tentativa de sucção. Os reflexos de sucção e deglutição alterados são sinais inespecíficos e podem estar associados a uma variedade de distúrbios. Deve desaparecer por volta dos 4 meses de vida.



Saiba Mais

Neuropediatria / Reflexos primitivos

Disponível em:

<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos#moro>

Confira o conteúdo didático sobre os Reflexos Primitivos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.



4.3 BANHO DO RN

Imediatamente após o parto, secar o recém-nascido e remover o sangue pode minimizar o risco de infecção causada pelo vírus da hepatite B (HBV), herpes-vírus (HSV) e HIV, mas os benefícios específicos dessa prática permanecem obscuros.

Até que o recém-nascido tenha recebido um banho completo, devem ser usadas as precauções padrão em seu manuseio.

O banho pode ser adiado até que a estabilidade térmica e cardiorrespiratória esteja assegurada.

A pesquisas recentes sugerem que a equipe de enfermagem não precisa dar o primeiro banho no recém-nascido logo após o nascimento, a fim de reduzir a perda de calor; em vez disso, os pais poderiam ter essa oportunidade.

Atualmente é recomendado banho tardio, que ocorre entre 8 e 24 horas de vida.

A maioria dos bebês nasce com a pele coberta por uma camada gordurosa chamada vernix caseoso, que tem ação antibacteriana natural e que protege o bebê para não perder calor, além de manter a umidade da pele.

A região genital será limpa a cada troca de fralda, sendo que água limpa e sabão neutro são apropriados para higienizar a área genital.

O uso de loções, óleo de bebê e talco não é incentivado, porque os óleos e loções podem levar à irritação da pele e podem causar erupções cutâneas.

Os talcos não devem ser utilizados porque podem ser inspirados, provocando desconforto respiratório.

Se os pais quiserem usar óleos e loções, peça que apliquem um pouco na mão primeiro, longe do recém-nascido, o que aquece o produto. Em seguida, os pais devem aplicar a loção ou o óleo com moderação.

Incentive os pais a reunir todos os itens necessários antes de iniciar o banho: um pano macio e limpo, duas bolas de algodão para limpar os olhos, sabonete e xampu suave e sem perfume, toalhas ou mantas, uma banheira com água morna, uma fralda limpa e uma troca de roupa.

Veja a seguir a técnica do banho do recém-nascido:

- ❖ Limpar os olhos com água, usando bolas de algodão ou uma toalha.
- ❖ Lavar o restante do rosto com água limpa;
- ❖ Usar xampu infantil, lavar cuidadosamente os cabelos e enxaguar com água;
- ❖ Prestar atenção especial às dobras do corpo e secá-las bem;
- ❖ Lavar os membros, o tronco e o dorso. Lavar, enxaguar, secar e cobrir;
- ❖ Lavar a área da fralda por último, usando água e sabão, e secar; observar se há erupções cutâneas;
- ❖ Colocar uma fralda nova e roupas limpas após o banho.



Técnica do banho no RN

Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=Btb6k64YNP4>



Hora das Mídias

Assistência ao Recém-Nascido:
Cuidados Imediatos e Mediatos ao RN

Disponível em:

<https://youtu.be/TzggWlvGC6I>

Vamos revisar os Cuidados Imediatos e Mediatos ao RN. Por isso convidamos você para assistir ao vídeo.



5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RN NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Idealmente, mãe e bebê devem permanecer juntos após o parto.

Sempre que as condições da mãe e do RN permitirem, o primeiro contato pele a pele deve ser feito imediatamente após o parto.

Na primeira hora após o parto, o estado de consciência da mãe e do bebê favorece a interação entre eles. Nesse período, portanto, o profissional de saúde deve favorecer ao máximo o contato íntimo, pele a pele, entre mãe e bebê, evitando procedimentos desnecessários ou que possam ser realizados mais tarde. A separação da mãe e do bebê e a sedação da mãe privam o binômio desse momento tão especial.

Após a finalização dos procedimentos de sala de parto, a mãe, junto com o RN, deve ir para um local dentro da maternidade que permita a eles ficarem juntos 24 horas por dia até a alta hospitalar.

Para isto, foi implantado o sistema de alojamento conjunto nas maternidades.

Em 1977, o Ministério da Saúde passou a recomendar que os RN saudáveis permanecessem com as suas mães, e, em 1983, o hoje extinto Inamps publicou portaria tornando o alojamento conjunto obrigatório em todos os hospitais públicos e conveniados.

Essa portaria foi revista e atualizada em 1993 e contém as normas básicas que norteiam o funcionamento dos alojamentos conjuntos do País.



O Estatuto da Criança e do Adolescente no capítulo I, art. 10º, inciso V, estabelece que:

“Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe”.

Sempre que possível, a mãe e seu bebê devem permanecer juntos após o parto em sistema de alojamento conjunto.

Esse sistema possibilita interação contínua entre mãe e bebê, o que favorece o aleitamento materno e oferece à dupla oportunidade única de aprendizagem.

Aos profissionais de saúde compete acolher e prestar assistência às mães e aos bebês, praticando o aconselhamento em vários aspectos, monitorizando possíveis intercorrências e intervindo sempre que necessário.

5.1 VANTAGENS DO ALOJAMENTO CONJUNTO

O alojamento conjunto tem sido valorizado e recomendado no mundo inteiro pelas inúmeras vantagens que oferece para a mãe, para a criança, para a família e para a própria instituição, entre as quais destacam-se:

- ✓ Humanização do atendimento do binômio mãe-filho e sua família.
- ✓ Convivência contínua entre mãe e bebê, o que facilita o conhecimento mútuo e a satisfação imediata das necessidades físicas e emocionais do RN. Bebês em alojamento conjunto choram menos e dormem mais (permanecem no estado “sono quieto”) do que quando se encontram em berçários.
- ✓ Maior envolvimento dos pais e/ou de outras pessoas significativas no futuro cuidado com a criança.
- ✓ Promoção do estabelecimento precoce do vínculo afetivo entre a mãe e o seu filho. Há relatos de que o alojamento conjunto aumenta a ligação afetiva da mãe a sua criança e reduz os casos de abuso ou de negligência infantil e de abandono da criança.
- ✓ Promoção do aleitamento materno. Vários estudos demonstram o efeito benéfico do alojamento conjunto na prática da amamentação: descida do leite mais rápida, melhor atitude em relação ao aleitamento materno e tempo mais prolongado de amamentação.
- ✓ Oportunidade para as mães, em especial as primigestas, aprenderem noções básicas dos cuidados com os RN. Isso aumenta sua autoconfiança.

- 
- ✓ Tranquilidade para as mães que ficam inseguras quanto ao atendimento prestado a seus filhos quando não estão perto deles. A ansiedade pode inibir a produção de ocitocina, importante para a liberação do leite materno e para a contração do útero, enquanto a presença da criança e seu choro costumam estimular o reflexo de ejeção do leite.
 - ✓ Troca de experiências com outras mães quando compartilham o mesmo quarto, em especial com mães mais experientes que também estão cuidando dos seus filhos.
 - ✓ Maior interação entre a mãe e sua família e os profissionais de saúde responsáveis pela atenção à criança.
 - ✓ Diminuição do risco de infecção hospitalar. Há vários relatos de redução das taxas de infecção neonatal após a implantação do alojamento conjunto em maternidades.

5.2 NORMAS BÁSICAS DO ALOJAMENTO CONJUNTO

Segundo as Normas Básicas para Alojamento Conjunto aprovadas pelo Ministério da Saúde, todo binômio mãe-filho, com as características descritas a seguir, deve permanecer em alojamento conjunto até a alta hospitalar:

- ❖ **Mães livres de condições que impossibilitem ou contraindiquem o contato com os RN.**
- ❖ **RN com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico. Em geral, esses RN têm mais de 2.000g, mais de 35 semanas de gestação e índice de Apgar maior que seis no quinto minuto.**

Dentre as atribuições da equipe de saúde no alojamento conjunto estão:

- Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda.
- Não dar ao RN nenhum outro alimento ou bebida, além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico.
- Não dar bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas no seio. Especialmente no período de estabelecimento da lactação, esses artefatos podem causar “confusão de bicos”,
- Garantir a parturiente o direito à presença de acompanhante, indicado por ela, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (até dez dias após o parto).

- 
- Orientar as mães para que não amamentem outros RN que não os seus (amamentação cruzada) e não permitam que outras mães amamentem seu filho. Essa medida visa a prevenir a contaminação de crianças com possíveis patógenos que podem ser encontrados no leite materno, incluindo o HIV.
 - Realizar visitas diárias, esclarecendo, orientando e dando segurança à mãe quanto ao estado de saúde de seu filho.
 - O atendimento ao RN no alojamento conjunto deve ser feito na presença da mãe. Em um primeiro contato, caso o profissional ainda não conheça a família, deve apresentar-se à mãe e aos familiares, se presentes, tendo o cuidado de tratá-los pelo nome.
 - O acompanhante deve participar do atendimento sempre que for possível e adequado. O atendimento à criança no alojamento conjunto é uma excelente oportunidade para conversar com os familiares e estimulá-los a apoiar a mãe/nutriz. É importante que o profissional investigue o contexto familiar e dê apoio à dupla mãe-bebê.

5.3 BOAS PRÁTICAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Além dos cuidados abordados em outros capítulos deste material didático, algumas práticas devem fazer parte do cotidiano do profissional de saúde que atua em alojamento conjunto.

Essas práticas são fundamentais para uma atenção qualificada e humanizada da dupla mãe-bebê e sua família.

Acolhimento

O profissional de saúde deve prover atendimento humanizado e seguro às mulheres, RN, acompanhantes, familiares e visitantes, e ser capaz de acolhê-los.

Acolher implica em recepcionar o usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo suas queixas, permitindo que ele expresse suas preocupações e angústias, e dando-lhe respostas adequadas.

Um dos princípios básicos do acolhimento é reconhecer o usuário como sujeito e participante ativo do processo, valorizando as suas experiências, saberes e visão de mundo.



Comunicação

Além de conhecimentos básicos e habilidades, o profissional de saúde precisa também ter competência para se comunicar com eficiência, o que se consegue mais facilmente usando a técnica do aconselhamento.

Aconselhar não significa dizer o que o outro deve fazer; significa, por meio de diálogo, ajudá-lo, de forma empática, a tomar decisões, após ouvi-lo, entendê-lo e discutir os prós e contras das opções. O alojamento conjunto é um local onde a prática do aconselhamento é fundamental. Algumas técnicas são úteis para que as mulheres sintam o interesse do profissional por elas e seu filho, adquiram confiança no profissional e sintam-se apoiadas e acolhidas, tais como:

- ✓ Praticar a comunicação não verbal (por meio de gestos e expressões faciais). Por exemplo, sorrir, como sinal de acolhimento; balançar a cabeça afirmativamente, como sinal de interesse; tocar na mulher ou no bebê, quando apropriado, como sinal de empatia.
- ✓ Remover barreiras físicas como mesa e papéis, promovendo maior aproximação entre o profissional de saúde, as pessoas a quem ele assiste e seus acompanhantes.
- ✓ Usar linguagem simples, acessível a quem está ouvindo.
- ✓ Dar espaço para a mulher se expressar. Para isso, é necessário ouvir, prestando atenção no que ela está dizendo e em seu significado. Algumas mulheres têm dificuldades de se expressar. Nesse caso, algumas técnicas são úteis, como por exemplo fazer perguntas abertas. O nascimento de um filho gera reações e sentimentos diversos, muitas vezes ambivalentes. Mesmo que a mulher seja múltipara, cada experiência de um novo filho é única, assim como é única cada dupla mãe-bebê.
- ✓ Demonstrar empatia, ou seja, mostrar à mulher que seus sentimentos são compreendidos, colocando-a no centro da situação e da atenção do profissional. Por exemplo, quando a mulher relata que está muito cansada, o profissional pode comentar que entende por que ela está se sentindo assim.
- ✓ Evitar palavras que soam como julgamentos, como “certo”, “errado”, “bem”, “mal” etc. Por exemplo, em vez de perguntar à mãe se ela está amamentando bem, seria mais apropriado perguntar como ela está alimentando o seu filho.

- 
- ✓ Aceitar e respeitar os sentimentos e as opiniões das mães, sem, no entanto, precisar concordar ou discordar do que ela pensa. Por exemplo, se uma mãe afirma que não tem leite, o profissional pode responder dizendo que entende sua preocupação. E pode complementar esclarecendo sobre o tempo necessário para a “descida do leite”.
 - ✓ Reconhecer e elogiar as situações em que a mãe e o bebê estão indo bem, por exemplo, quando a mãe atende prontamente o bebê. Esta atitude aumenta a confiança da mãe, encoraja-a a manter práticas saudáveis e facilita sua aceitação a sugestões.
 - ✓ Oferecer poucas informações em cada aconselhamento, as mais importantes para cada momento.
 - ✓ Fazer sugestões em vez de dar ordens.
 - ✓ Oferecer ajuda prática como, por exemplo, ajudar a mãe a encontrar uma posição confortável para amamentar
 - ✓ Conversar com as mães sobre suas condições de saúde e as do bebê, explicando-lhes todos os procedimentos e condutas.

5.4 ORIENTAÇÕES REALIZADAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO

No alojamento conjunto, devem fazer parte da rotina dos profissionais de saúde orientações à mãe e familiares sobre vários aspectos relacionados ao cuidado do RN.

A seguir, são abordados alguns deles.

Amamentação

Os primeiros dias após o parto são fundamentais para o sucesso da amamentação. É um período de intenso aprendizado para a mãe e o bebê.

Os seguintes aspectos devem ser abordados com as mães que planejam amamentar os seus filhos:



- ❖ Importância do aleitamento materno.
- ❖ Importância do aleitamento materno sob livre demanda.
- ❖ Flexibilidade quanto ao tempo de permanência na mama em cada mamada.
- ❖ Ordenha do leite.
- ❖ Desvantagens da introdução precoce de qualquer outro alimento, sólido ou líquido (incluindo água e chás).
- ❖ Recomendação quanto à duração da amamentação (dois anos ou mais, sendo exclusiva nos primeiros seis meses).

Fonte: <https://grandesnomesdapropaganda.com.br/agencias/agencia-calicia-cria-campanha-de-amamentacao-para-o-ministerio-da-saude/>

- ❖ Prevenção de problemas relacionados à amamentação tais como ingurgitamento mamário, traumas/fissuras mamilares, mastite, entre outros.
- ❖ Manutenção de hábitos saudáveis da mãe tais como alimentação e ingestão líquida adequadas e restrição ao uso de fumo, drogas, bebidas alcoólicas e medicamentos não prescritos, entre outros.

Toda mãe que amamenta deve receber alta do alojamento conjunto sabendo ordenhar o seu leite, pois há muitas situações nas quais a ordenha é útil.

Sabe-se que uma boa técnica de amamentação é importante para o seu sucesso, uma vez que previne trauma nos mamilos e favorece a retirada efetiva do leite pela criança.

Por isso é fundamental que os profissionais de saúde observem as mamadas e auxiliem as mães e bebês a praticarem a amamentação com técnica adequada.

Uso de mamadeira

Água, chás e principalmente outros leites devem ser evitados, pois há evidências de que seu uso está associado com desmame precoce e aumento da morbimortalidade infantil.

A mamadeira, além de ser uma importante fonte de contaminação, pode influenciar negativamente a amamentação.



Observa-se que algumas crianças, depois de experimentarem a mamadeira, passam a apresentar dificuldade quando vão mamar no peito.

Alguns autores denominam essa dificuldade de “confusão de bicos”, gerada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira. Nestes casos, é comum o bebê começar a mamar no peito, porém, após alguns segundos, largar a mama e chorar.

Como o leite na mamadeira flui facilmente desde a primeira sucção, algumas crianças podem não tolerar a demora de um fluxo maior de leite no peito no início da mamada, pois o reflexo de ejeção do leite leva aproximadamente um minuto para ser desencadeado.

Não restam mais dúvidas de que a suplementação do leite materno com água ou chás nos primeiros seis meses é desnecessária, mesmo em locais secos e quentes. Na grande maioria das vezes, nos primeiros 2 ou 3 dias de vida, mesmo ingerindo pouco colostro, os RN normais não necessitam de líquidos adicionais além do leite materno, pois nascem com níveis de hidratação teciduais relativamente altos.

O acompanhamento diário do peso, até a alta, pode ser um método eficiente para o acompanhamento da hidratação do RN. Perdas maiores que 7 a 10% do peso de nascimento são sinais indicativos de que a criança pode não estar recebendo volume hídrico adequado.

Essa condição requer atenção diferenciada, devendo a alta da criança ser adiada até que haja segurança quanto a sua saúde.

Uso de chupeta

Atualmente, a chupeta tem sido desaconselhada pela possibilidade de interferir negativamente na duração do aleitamento materno, entre outros motivos. Crianças que usam chupetas, em geral, são amamentadas com menos frequência, o que pode comprometer a produção de leite.

Embora não haja dúvidas de que o desmame precoce ocorre com mais frequência entre as crianças que usam chupeta, ainda não são totalmente conhecidos os mecanismos envolvidos nesta associação.

É possível que o uso da chupeta seja um sinal de que a mãe está tendo dificuldades na amamentação ou de que tem menor disponibilidade para amamentar.

Além de interferir com o aleitamento materno, o uso de chupeta está associado a uma maior ocorrência de candidíase oral, de otite média e de alterações do palato. A comparação



de crânios de pessoas que viveram antes da existência dos bicos de borracha com crânios mais modernos sugere o efeito nocivo dos bicos na formação da cavidade oral.

5.5 COMPORTAMENTO DO RN

Este tópico necessariamente deve ser abordado no alojamento conjunto, pois a compreensão da mãe e das pessoas que vão conviver com o bebê acerca de alguns comportamentos habituais da criança pequena é fundamental para a tranquilidade de todos os membros da família. Má interpretação de comportamentos normais do RN pode ter consequências negativas para sua saúde física e mental.

O comportamento dos RN é muito variável e depende de vários fatores, como idade gestacional, personalidade e sensibilidade do bebê, experiências intrauterinas e do parto, além de diversos fatores ambientais, incluindo o estado emocional das pessoas que cuidam do bebê.

É importante enfatizar para a mãe que cada bebê é único, respondendo de maneiras diferentes às diversas experiências.

Comparações com filhos anteriores ou com outras crianças devem ser evitadas, podendo inclusive interferir na interação entre a mãe e o bebê.

O nível de demanda dos RN é muito variável e pode estar relacionado com o grau de dificuldade na passagem da vida intrauterina para a extrauterina.

Faz parte do comportamento normal dos RN mamar com frequência, sem horários pré-estabelecidos. Muitas mães, em especial as primíparas, costumam interpretar esse comportamento como sinal de fome do bebê, leite fraco ou insuficiente, culminando, muitas vezes, com o desmame.

As mães com frequência atribuem o choro do bebê à fome ou às cólicas. Elas devem ser esclarecidas de que existem muitas razões para o choro do bebê, incluindo adaptação à vida extrauterina e tensão no ambiente.

Na maioria das vezes os bebês acalmam-se quando são aconchegados ou colocados no peito, o que reforça sua necessidade de se sentirem seguros e protegidos. As mães que ficam tensas, frustradas e ansiosas com o choro dos bebês tendem a transmitir esses sentimentos a eles, causando mais choro, podendo instalar-se um ciclo vicioso.

Muitas mães se queixam de que seus bebês “trocaram o dia pela noite”. As crianças, quando nascem, costumam manter nos primeiros dias o ritmo ao qual estavam acostumadas dentro do útero. Assim, as crianças que no útero costumavam ser mais ativas à noite vão



necessitar de alguns dias para se adaptarem ao ciclo dia/noite fora do útero. Portanto, as mães devem ser tranquilizadas quanto a este eventual comportamento do bebê.

Interação com o bebê

A interação entre a mãe e seu bebê nos primeiros dias é muito importante para uma futura relação sadia. A mãe e os futuros cuidadores da criança devem ser orientados a responder prontamente às necessidades do bebê, não temendo que isso vá deixá-lo “manhoso” ou excessivamente dependente mais tarde.

Carinho, proteção e pronto atendimento das necessidades do bebê só tendem a aumentar sua confiança, favorecendo sua independência em tempo apropriado. O melhor momento para interagir com o bebê é quando ele se encontra no estado quieto-alerta.

Nesse estado, o bebê encontra-se quieto, com os olhos bem-abertos, atento. Ao longo do dia e da noite a criança apresenta-se nessa situação várias vezes, por períodos curtos. Durante e após intensa interação, os bebês necessitam de períodos de repouso.

Para uma melhor e mais gratificante interação entre os bebês e suas mães, pais e cuidadores, é importante que eles tenham conhecimento das competências dos bebês, que até pouco tempo eram ignoradas.

Já no alojamento conjunto, os profissionais devem estimular o pai da criança, quando presente, a participar ativamente dos cuidados com o bebê.

A importância do vínculo pai-bebê nos primeiros meses de vida é cada vez mais valorizada na sociedade atual. A exemplo do vínculo mãe-bebê, os primeiros meses de convivência são cruciais no estabelecimento da função paterna.

Posição da criança para dormir

A prática de colocar as crianças para dormir em decúbito dorsal no alojamento conjunto e o fornecimento de informações simples e claras quanto ao posicionamento recomendado do bebê para dormir devem fazer parte da rotina dos profissionais de saúde que atuam em alojamento conjunto.

Está bem documentada a associação entre síndrome da morte súbita do lactente e posição prona (Figura 9).

Figura 10: Posição correta para dormir



Dormir de barriga para cima é mais seguro!

É possível reduzir em mais de 70% a morte súbita de bebês. Para isso:

- Coloque o seu bebê para dormir de barriga para cima.
- Amamente: até o 6º mês dê somente leite materno.
- Não fume e nem deixe que fumem dentro da sua casa, principalmente durante a gestação e na presença de crianças pequenas.
- Não agasalhe demais o bebê.
- Deixe fora do berço travesseiros, brinquedos, almofadas e outros objetos fofos.

Mais informações em www.pastoraldacrianca.org.br

Apoiem esta campanha:

Ministério da Saúde unicef

PREZINHO AMARELO MILI CRIANÇA ESPERANÇA

Fonte: <http://www.crechese segura.com.br/posicao-segura-para-dormir-o-que-o-professor-precisa-saber/>

Em diversos países observou-se queda significativa da mortalidade por essa condição após campanhas recomendando a posição supina para dormir, que é a única recomendada pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Existe temor entre pais e profissionais de saúde quanto à possibilidade de aspiração dos bebês quando colocados em decúbito dorsal. No entanto, estudos mostram que não houve aumento da frequência de aspiração após a recomendação de colocar as crianças para dormir nessa posição.

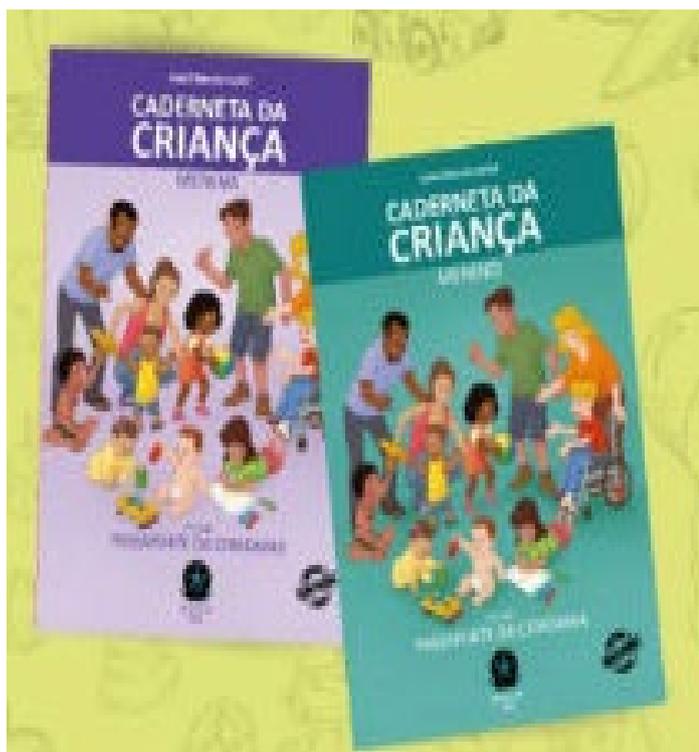
Acompanhamento da criança

Toda criança deveria sair da maternidade com a primeira consulta agendada em um serviço de saúde ou consultório, de preferência na primeira semana de vida, segundo recomendação do Ministério da Saúde.

Os responsáveis pela criança devem ser orientados quanto à importância do Teste do Pezinho, que idealmente deve ser realizado entre o terceiro e sétimo dia de vida.

A Caderneta de Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, é uma importante ferramenta para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e o cumprimento do calendário vacinal nas datas recomendadas.

Ela é distribuída gratuitamente a todas as crianças nascidas em território nacional, nas maternidades públicas ou privadas.



Fonte: <https://portal.fiocruz.br/noticia/caderneta-da-crianca-tem-nova-versao>

No alojamento conjunto, os pais devem ser estimulados a lerem as informações contidas na primeira parte da caderneta (seção destinada aos cuidadores) e a solicitarem aos profissionais que registrem as informações na seção destinada a eles, ao longo do acompanhamento da criança.

Identificação da criança de risco ao nascer

Algumas crianças apresentam, já ao nascer, algumas características associadas a um maior risco de adoecer e morrer.

Cabe aos profissionais de saúde identificar essas crianças já na maternidade e recomendar a priorização do seu acompanhamento na atenção básica, inclusive com busca ativa. São considerados fatores de risco ao nascer:

- ✓ Residência em área de risco.
- ✓ Baixo peso ao nascer (< 2.500g).
- ✓ Prematuridade (< 37 semanas de idade gestacional).
- ✓ Asfixia grave (Apgar < 5 no quinto minuto).

- ✓ Necessidade de internação ou intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao RN.
- ✓ Necessidade de orientações especiais à alta da maternidade / unidade de cuidados do RN.
- ✓ Mãe adolescente.
- ✓ Mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo).
- ✓ História de morte de crianças com menos de cinco anos na família.



Saiba Mais

Fonte: Curso de Especialização em Linhas do Cuidado em Enfermagem / Saúde Materna, Neonatal e do Lactante

https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/15334/mod_resource/content/3/un01/top01p04.html

Confira a unidade totalmente interativa relacionada a enfermagem no cuidado à mulher, ao neonato e à família no Alojamento conjunto. Aproveite bastante!

Módulo 8: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Neonato e à Família no Alojamento conjunto
Unidade 1: A enfermagem no cuidado à mulher, ao neonato e à família no Alojamento conjunto

Tópico 1

Enfermagem no cuidado ao neonato no Alojamento conjunto

1.1
1.2
1.3

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.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266>. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**, 2011. ISBN 978-85-334-1780-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**, 2015. ISBN 978-85-334-2290-2.

FIOCRUZ. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescentes. Principais Questões sobre Cuidado ao Recém-Nascido no Parto e Nascimento, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-cuidado-ao-recem-nascido-no-parto-e-nascimento/> Acesso: 10 mai. 2021.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher** .3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. ISBN 978-8-5277-2719-8.

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**, Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. 131 p. ISBN: 978-85-88612-54-9.

Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/opdf1.pdf> Acesso: 12 fev. 2021.

Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3908549/mod_resource/content/1/Cuidados%20Imediatos%20RN%204%20agosto%202017.pdf Acesso: 14 fev. 2021.

Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20493c-GPA_-_Caderneta_de_Saude_da_Crianca.pdf Acesso: 11 fev. 2021.

Créditos da Imagens

Capa - <https://limpinhoecheiroso.com/2015/01/16/medicos-brasileiros-estao-revoltados-com-estimulo-ao-parto-normal/>

Saiba mais - <https://icon-icons.com/pt/icone/em-lupa-mais-pesquisa-zoom/110317>

Hora das Mídias - <https://icon-icons.com/pt/icone/multim%C3%A9dia-multimedia-play-video-v%C3%ADdeos/113452>

Leitura Complementar - <https://twitter.com/leituracomp>

SOBRE AS AUTORAS

Prof^ª. Enf^ª. M^a. Áurea Fabrícia Amâncio Quirino Silva



Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Norte do Paraná (2008), graduação em Pedagogia pela Faculdades Integradas Soares de Oliveira (2017), especialização em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde de União da Vitória (2010), especialização em Docência para o Ensino Profissional em Enfermagem pela Faculdade de Educação São Luís (2012), especialização em Formação Pedagógica de Docentes para Educação Profissional de Nível Médio pelo Centro Paula Souza (2016), especialização em Urgência e Emergência em Saúde pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (2017) e mestrado acadêmico em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina (2015). Atualmente é professora no Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza e na Faculdade Barretos.

Tem experiência na área de Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: aleitamento materno, parto normal, episiotomia, seguimento na atenção primária, procura por cuidado, autocuidado, período pós-parto e saúde pública.

SOBRE AS AUTORAS

Prof^a. Enf^a. Esp. Andréia Segóvia Carnaz



Possui graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Unifafibe de Bebedouro (2005), graduação em Pedagogia pela Faculdades Integradas Soares de Oliveira (2017), especialização Enfermagem em Oncologia pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (2008), especialização Docência em Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (2009), especialização em Formação Pedagógica Para Graduados Não Licenciados pelo Centro Paula Souza (2018). Atualmente é professora no Centro Estadual de Educação Tecnológica Dr. José Luiz Viana Coutinho de Jales - SP.

Tem experiência na área de Enfermagem: UTI Neonatal / Pediátrica e Complexo Materno Infantil (Centro Obstétrico, Maternidade e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal) atuando nos seguintes eixos: aleitamento materno, assistência de enfermagem ao recém-nascido crítico, cateterismo umbilical, cateter central de inserção periférica (PICC), método canguru, parto normal e puerpério.

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

ÁUREA FABRÍCIA AMÂNCIO QUIRINO SILVA
ANDRÉIA SEGÓVIA CARNAZ

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA: CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



2021

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
[@epublicar](https://www.facebook.com/epublicar)
[facebook.com.br/epublicar](https://www.facebook.com/epublicar)

ÁUREA FABRÍCIA AMÂNCIO QUIRINO SILVA
ANDRÉIA SEGÓVIA CARNAZ

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA: CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



2021