

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM
LAÍS STEFANIE CAETANO MEDEIROS**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-
NASCIDO**

**PATOS DE MINAS
2010**

LAÍS STEFANIE CAETANO MEDEIROS

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-
NASCIDO**

Monografia apresentada a Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Marcelo Marques Oliveira.

**PATOS DE MINAS
2010**

**616.31
M488a** **MEDEIROS, Laís Stefanie Caetano Medeiros**
Assistência de Enfermagem ao Recém-Nascido/Laís
Stefanie Caetano Medeiros – Orientador (a): Prof.
Esp. Marcelo Marques Oliveira.
Patos de Minas: [s.n.], 2010
40 páginas.

Monografia de Graduação – Faculdade Patos de
Minas - FPM
Curso de Bacharel em Enfermagem

1. Procedimentos realizados na sala de parto
2.Acompanhamento da criança no PSF I. Laís Stefanie Caetano
Medeiros II.Assistência de Enfermagem ao Recém-nascido

LAÍS STEFANIE CAETANO MEDEIROS

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO

Monografia aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof. Esp. Marcelo Marques Oliveira

Examinador: _____
Prof.
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.
Faculdade Patos de Minas

*Dedico este estudo aos estudiosos da
área, a todos os recém-nascidos e
puérperas.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre ao meu lado me dando força, saúde e sabedoria para cumprir cada dia desta jornada, obrigado Senhor por ser tão presente em nossas vidas, nos protegendo e guiando para os caminhos do bem.

Agradeço a minha mãe Neide Conceição Caetano que muito renunciou e não mediu esforços para dar base ao meu futuro, pelo amor, carinho, paciência, dedicação e, sobretudo por torcer e acreditar em mim.

Agradeço ao meu pai Paulo Humberto de Medeiros que mesmo distante se fez presente, contribuindo para minha formação com todo seu amor, apoio, incentivo e por acreditar na minha capacidade.

Agradeço ao meu padrinho Sebastião Baltazar Côrtes, que mesmo estando com Deus muito me ajudou através das lembranças dos momentos de carinho. É uma pena não ter você junto conosco. Sua ausência nos faz sofrer, mas os exemplos por você deixados suavizam a nossa dor.

Aos colegas de sala pelos momentos de alegria e de companheirismo, aos professores pela paciência e dedicação, na transmissão dos conhecimentos.

Aos familiares, amigos e todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indiretamente, torcendo para que eu conseguisse alcançar meus objetivos.

Quando vejo uma criança, ela inspira-me dois sentimentos: ternura pelo que é, e respeito pelo que pode vir a ser.

Louis Pasteur.

RESUMO

A assistência de enfermagem ao recém-nascido começa no momento em que a mãe inicia o pré-natal, que é de grande valia para um bom acompanhamento da criança, promovendo a detecção precoce de patologias que possam vir a afetar tanto a mãe quanto o feto, será avaliado o crescimento e desenvolvimento da criança. O pré-natal possui como função promover suporte psicológico a mãe e a família para que consigam se adaptar a experiência de cuidar de uma criança. Os principais objetivos são conhecer a importância da assistência da enfermagem ao recém-nascido e realizá-la de forma que ele tenha condições de se desenvolver de forma saudável, compreender como é realizada a assistência aos recém-nascidos, avaliar a importância da realização desses cuidados, estimular o vínculo entre mãe e recém-nascido. O presente estudo será realizado em quesito exploratório e qualitativo através da revisão de literatura de artigos científicos, monografias, livros. Para busca e obtenção de dados, publicados entre 2000 a 2010, usando como palavras chaves: assistência, enfermagem e recém-nascido. Os materiais serão coletados e selecionados no período de fevereiro a setembro de 2010. Após a coleta dos materiais as idéias dos autores serão analisadas para redação da monografia e considerações finais do autor da presente pesquisa. Ao executar esses cuidados a enfermagem se torna importante, para que se percebam quais as maiores necessidades da criança, fornecendo os cuidados que lhe forem necessários e, sobretudo estimular o vínculo entre mãe-filho para que se possam evitar futuras complicações.

Palavras-chave: Assistência. Enfermagem. Recém-nascido.

ABSTRACT

Nursing care of the newborn starts when the mother started prenatal care, which is very useful to have a good attendance of children, promoting early detection of diseases that could affect both the mother and the fetus shall be assessed the growth and development of children. Prenatal care has as its objective to promote emotional support the mother and family so they can adapt the experience of caring for a child. The main goals are to understand the importance of nursing care to newborn and doing it so it will be unable to develop in a healthy way to understand how the service call to newborns, to evaluate the importance of holding such care stimulate the bond between mother and newborn. This study will be conducted in an exploratory qualitative item through the literature review of scientific articles, monographs and books. To search and retrieval, published from 2000 to 2010, using as keywords: care, nursing and newborn. The materials will be collected and selected in the period from February to September 2010. After collecting the material authors of the ideas will be analyzed for composition and final monograph of the author of this research. In performing these nursing care becomes important to realize that what the greatest needs of the child, providing the care you needed, and especially encourage the bond between mother and child so they can avoid future complications.

Keywords: Health. Nursing. Newborn.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO	13
3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO E ALOJAMENTO CONJUNTO	18
3.1 Identificação do recém-nascido	18
3.2 Controle da temperatura corporal.....	18
3.3 Amamentação na sala de parto.....	19
3.4 Profilaxia da Oftalmia Neonatal	20
3.5 Administração da vitamina K	23
3.6 Alojamento Conjunto	24
3.7 Método mãe-canguru	24
4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO EM DOMICÍLIO .	26
4.1 Ações do quinto dia	28
4.2 Orientação a amamentação	29
4.3 Vacinação.....	30
4.4 Patologias da infância	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem ao recém-nascido começa no momento em que a mãe inicia o pré-natal, que é de grande valia para um bom acompanhamento da criança, promovendo a detecção precoce de patologias que podem vir a afetar tanto a mãe quanto o feto. É através deste que será avaliado o crescimento e desenvolvimento da criança. O pré-natal possui como função promover suporte psicológico a mãe e a família para que consigam se adaptar a experiência de cuidar de uma criança.

A gestante precisa ter seu estado nutricional acompanhado, receber orientações sobre sua alimentação para que ela consiga suprir suas necessidades, lembrando que algumas estruturas como placenta, sangue, útero e glândulas mamárias vão estar em processo de formação.

O déficit nutricional antes ou durante a gravidez está relacionado ao alto índice de prematuridade e de recém-nascido pequeno para a idade gestacional. Nos casos de ganho excessivo de peso e sobrepeso antes ou durante a gestação, pode levar a mulher a desencadear um quadro de hipertensão específica da gestação.

É preconizado que seja feito no mínimo seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último, lembrando que pelo menos duas precisam ser feitas pelo médico.

Desde a primeira consulta a mulher precisa ser bem acolhida para se sentir a vontade para esclarecer todas as suas dúvidas, medos, angústias e curiosidades a respeito da gestação. Neste momento também é feito o pedido dos exames laboratoriais. No decorrer das consultas vão sendo avaliados altura uterina, pressão arterial sistêmica, cálculo do ganho de peso, edemas, náuseas, palpação obstétrica e a interpretação dos exames feitos, caso seja necessário faz-se um novo pedido de exames para confirmação de resultados.

As consultas precisam ser anotadas no cartão da gestante, no prontuário e registradas na ficha de atendimento diário do SISPRENATAL.

No momento do parto a enfermagem atua de forma ativa prestando cuidados ao recém-nascido, dentre estes podemos citar a identificação do bebê através de um processo de identificação conhecido, como por exemplo, uma pulseira de identificação, controle da temperatura corporal onde o bebê precisa ser recebido em campos secos e aquecido, lembrando de secar bem a cabeça, colocá-lo em um

berço aquecido e assim que possível entregue à mãe que é a melhor forma de se fazer o controle da temperatura corporal do recém-nascido.

Dentre os cuidados realizados na sala de parto pode-se destacar a amamentação que deve ser iniciada o mais rápido possível, a profilaxia da oftalmia neonatal através do método de Credé e a administração da vitamina k para prevenção da doença hemorrágica do recém-nascido.

O alojamento conjunto é um sistema onde o recém-nascido permanece junto com a mãe desde o momento do parto, atuando no controle da temperatura do bebê e no estímulo ao vínculo mãe e filho. Já o método mãe canguru é utilizado em bebês nascidos com baixo peso, iniciando o contato direto e prolongado com a pele da mãe que facilitará o controle da termorregulação e a observação contínua, necessitada por estes bebês, a presença, o carinho e o contato físico com a mãe interferem no processo de desenvolvimento e estabilidade do recém-nascido.

O acompanhamento da criança se prolonga para o posto de saúde à medida que ela cresce. Esse acompanhamento é chamado de puericultura. A equipe da unidade precisa estar preparada para prestar assistência de acordo com a demanda, seja para fazer testes do pezinho, realizar ações do quinto dia, ensinar as mães à técnica correta da amamentação, administrar vacinas e atender as crianças que apresentam patologias comuns da infância.

Qual a importância da enfermagem para os recém-nascidos? Qual a importância desses cuidados? Como é realizada a orientação das mães para com os cuidados do recém-nascido?

A enfermagem realizará os primeiros cuidados ao recém-nascido desde o pré-natal, acompanhamento das gestantes, na sala de parto acolhendo o bebê, realizando a identificação, administração do nitrato de prata, administração da Kanakion, a promoção do vínculo afetivo entre o binômio mãe-filho e o acompanhamento pós alta hospitalar. Através destes cuidados o bebê vai encontrar melhores condições de se adaptar ao meio extra-uterino.

Este estudo tem como principais objetivos conhecer a importância da assistência da enfermagem ao recém-nascido e realizá-la de forma que ele tenha condições de se desenvolver de forma saudável e mais passiva, compreender como é realizada a assistência aos recém-nascidos, avaliar a importância da realização desses cuidados, estimular o vínculo entre mãe e recém-nascido.

Durante as aulas de saúde da mulher e neonatologia despertou-se a

curiosidade de entender melhor esse cuidado e através deste ampliar o conhecimento da pesquisadora e promover uma reflexão aos leitores.

O presente estudo será realizado em quesito exploratório e qualitativo através da revisão de literatura através de artigos científicos, monografias, livros. Para busca e obtenção de dados, serão utilizados materiais sobre recém-nascido, dentre esses foram selecionados aqueles publicados entre 2000 a 2010, usando como palavras chaves: assistência, enfermagem e recém-nascido. Os materiais serão coletados e selecionados no período de fevereiro a setembro de 2010. Após a coleta dos materiais as idéias dos autores serão analisadas para redação da monografia e considerações finais do autor da presente pesquisa.

O presente estudo será dividido em três capítulos: o primeiro irá abordar sobre a assistência da enfermagem ao recém-nascido, destacando a importância do pré-natal tanto para a mãe quanto para o bebê, o segundo capítulo irá conceituar sobre a assistência de enfermagem ao recém-nascido na sala de parto e alojamento conjunto na execução dos primeiros cuidados dispensado ao recém-nascido, no terceiro capítulo a assistência de enfermagem ao recém-nascido em domicílio, onde será acompanhado o crescimento e o desenvolvimento da criança.

É preciso que a enfermagem realize atividades educativas para orientar as mães da importância de procurar o posto de saúde para o acompanhamento do pré-natal, e dar continuação com o acompanhamento do parto e puerpério.

2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO

A assistência de enfermagem ao recém-nascido começa com a realização do pré-natal que é de extrema importância para prevenção e detecção precoce de patologias tanto maternas quanto fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê, reduzindo os riscos da gestante e promovendo uma troca de experiência sobre o processo de gestação.

Pode-se citar ainda que o pré-natal tem como função: A gestante e a família precisam ter acompanhamento psicológico para se adaptarem a gestação e enfrentar os desafios de formar uma família.

Para Carvalho e Novaes, 2004 p. 221:

[...] No Brasil a disseminação, de forma mais ampla, do programa de atenção pré-natal ocorreu com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em meados da última década de 80. Desde esse período, têm ocorrido mudanças significativas quanto ao aumento da cobertura e da média do número de consultas, bem como quanto ao início mais precoce do pré-natal.

Sabe-se que um pré-natal inadequado é espelho dos altos índices de morbimortalidade, uma vez que 90% das causas de morte materna diretas são evitáveis no pré-natal e menos de 10% morrem de causas indiretas. A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionado à qualidade do atendimento prestado pelos serviços e pelos profissionais da saúde.

Para Carvalho e Novaes 2004, os indicadores de saúde relativos à morbidade e a mortalidade materna e perinatal, embora venham apresentando melhoras continuam insatisfatórias em todas as regiões do país, ainda que níveis diversos, e considera-se que poderiam ser bastante melhorados com o aprimoramento dos programas implantados.

A assistência ao pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizado.

A equipe do Programa de Saúde da Família é responsável por acolher a gestante de sua micro-área e fazer a captação para o pré-natal que precisa ser o mais rápido possível, até o quarto mês de gestação, pelo agente de saúde ou por busca direta de mulheres com suspeita de gravidez. Confirmado a gravidez o enfermeiro ou o médico realiza o cadastro da gestante no Programa de

Humanização do Pré-Natal através do preenchimento da ficha do SISPRENATAL. A gestante deve ser vinculada à maternidade de referência desde o início do pré-natal e informada a procurar este serviço em caso de intercorrências e quando entrar em trabalho de parto (SECRETARIA DE SAÚDE, 2008).

Deve-se fazer a abertura do prontuário e preencher a ficha atentando para o preenchimento correto, pois este vai ser o meio de comunicação entre a gestante, à equipe de saúde e os profissionais da maternidade.

Além do suporte psicológico a gestante precisa de um acompanhamento na sua alimentação, pois durante a gravidez vão ocorrer mudanças nas necessidades nutricionais para que o feto consiga se desenvolver, e também suprir as necessidades da mãe que vai estar em um processo de formação de novas estruturas como placenta, útero, glândulas mamárias e sangue.

O estado nutricional da mãe interfere no crescimento do feto e no peso do recém-nascido.

Para Santos et al. (2006) p.5:

[...] Gestantes com alterações nutricionais podem, apresentar, com maior frequência, infecções, parasitoses, hemopatias (anemias), síndromes hipertensivas, insuficiência placentária, obesidade; maiores chances de hemorragias durante o parto e infecção puerperal.

Também podem acontecer casos de nascimento de crianças prematuras e com crescimento intra-uterino diminuído, aumentando o risco de infecções neonatais, respiratórias, conseqüentemente aumentando o número de mortes de recém-nascidos.

Déficit nutricional antes da gestação ou o ganho insuficiente de peso está relacionado com o maior índice de prematuridade e recém-nascido pequeno para a idade gestacional. Já o ganho excessivo de peso ou sobrepeso antes da gestação está relacionado à maior incidência de hipertensão específica, macrossomia fetal e diabetes gestacional (SECRETARIA DE SAÚDE, 2008).

Para Moore e Persaud (2004), a capacidade dos fetos de sobreviver no meio extra-uterino é definida como viabilidade, fetos que nascem pesando menos de 500 gramas geralmente não sobrevivem. O baixo peso de algumas crianças pode estar relacionado ao retardo do crescimento intra-uterino, contudo se esses recém-nascidos receberam cuidados necessários no pós-parto podem sobreviver.

Para Moore e Persaud (2004) p.113:

[...] A maioria dos fetos que nascem pesando entre 1.500 e 2.500 g sobrevive, mas podem apresentar complicações, são chamadas crianças prematuras. A prematuridade é uma das causas mais comuns de morbidade e morte perinatal.

A enfermagem precisa desenvolver atividades educativas, para orientar as mães a procurarem o posto de saúde para fazer o pré-natal, preparar a gestante para o parto, amamentação e falar sobre os cuidados com o bebê, além de fazer visitas domiciliares para monitorar a gestante, identificar os fatores de risco e se necessário realizar o encaminhamento da mesma ao centro de referência.

Para o pré-natal, preconiza-se no mínimo seis consultas sendo uma consulta no 1º trimestre, 2 consultas no segundo e três consultas no terceiro, das quais no mínimo duas devem ser realizadas pelo médico. O intervalo entre as consultas é de quatro semanas até se completar 36 semanas de gestação, passado este período é recomendado que sejam feitas em um intervalo de 15 dias.

Nas consultas realizadas pela gestante é recomendado que se realize alguns procedimentos tais como:

- Exame físico verificando peso, altura, estado nutricional, pulso e temperatura, inspeção de pele, mucosa e tireóide, pressão arterial, ausculta cardiopulmonar e exame de membros inferiores.
- Exame ginecológico envolvendo exame das mamas, palpação de gânglios e genitália, exame especular, altura uterina e batimentos cárdio-fetais (NEUMANN et al., 2003).

A primeira consulta de pré-natal tem como objetivo acolher a mulher respeitando sua condição emocional em relação à atual gestação, esclarecer dúvidas, medos, angústias ou simplesmente curiosidade em relação a este novo momento em sua vida. É realizado o pedido dos exames laboratoriais como tipagem sanguínea, VDRL, urina, glicemia de jejum, hemograma completo, hepatite B e HIV com o aconselhamento e consentimento da paciente (BARROS, 2009).

No período final da gestação, alguns exames ajudam a verificar a saúde do feto, dentre eles o Doppler velocimetria que é acoplado ao aparelho de ultra-som, com o objetivo de medir o fluxo sanguíneo e a quantidade de oxigênio que o sangue

tem, a cardiocardiografia é o eletrocardiograma do feto, que verifica os batimentos do coração do bebê e indica se há algum problema, a amnioscopia é indicada quando o parto está atrasado ou quando o bebê é prematuro, o exame é feito entre a 37ª e a 38ª semanas indicando a maturidade do bebê.

Vale ressaltar a importância da aplicação da vacina antitetânica até a segunda dose do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres que já foram imunizadas, para proteção do recém-nascido e para proteção da gestante.

Nas consultas subsequentes vai ser revisado a ficha perinatal, o cálculo e a anotação da idade gestacional, exame físico geral e gineco-obstétrico, cálculo do ganho de peso, medida da pressão arterial, pesquisa de edemas, palpação obstétrica, interpretação de exames e solicitação de outros caso seja necessário.

Toda consulta deve ser anotada no cartão da gestante, no prontuário e registrada na Ficha de Atendimento Diário do SISPRENATAL.

Em todas as consultas a gestante deve ser avaliada quanto às situações de risco, que são as características ou acontecimentos que leva a mulher e a criança a desenvolver alguma complicação que pode evoluir até ao óbito, necessitando de uma maior vigilância da equipe do posto de saúde (SECRETARIA DE SAUDE, 2008).

Dentre os fatores de risco podemos citar:

- Idade menor de 17 e maior de 35 anos;
- Hipertensão arterial;
- Diabetes gestacional;
- Dependência de drogas;
- Morte perinatal anterior;
- Abortamento habitual;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Cardiopatias;
- Doença auto-imune;

As gestantes que apresentam fatores de risco têm o seu pré-natal classificado como pré-natal de alto risco, e são encaminhadas a um serviço de referência. Até que aconteça a primeira consulta na unidade de referência, a equipe do posto de saúde deve continuar acompanhando esta gestante e assegurar que ela compareça

a todas as consultas, lembrando que estas devem ser mais frequentes, com o intervalo de acordo com a condição da gestante no momento e o fator de risco identificado. É preciso manter a mãe sempre bem informada sobre o andamento da sua gravidez (SECRETARIA DE SAUDE, 2008).

Contudo, conclui-se que o pré-natal é de suma importância para o bom desenvolvimento gestacional e para a manutenção da saúde da mulher durante o período da gestação.

3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO E ALOJAMENTO CONJUNTO

3.1 Identificação do recém-nascido

Após o nascimento o bebê passar por um processo de identificação e deve permanecer junto com a mãe até que este seja concluído, este processo deve fornecer um registro facilmente reconhecido e identificável como, por exemplo, a pulseira de identificação.

3.2 Controle da temperatura corporal

O bebê apresenta maior superfície de pele que de massa corporal em relação ao adulto que contém pequena quantidade de gordura subcutânea e à permeabilidade de água cutânea aumentada, o que faz com que ele perca calor mais rapidamente e em maior quantidade.

Para se manter a temperatura de um bebê, é necessário que se tenha um ambiente aquecido, livre de corrente de ar, evitando também o superaquecimento (BARROS, 2009).

Para Leveno e Kenneth (2005) p.266:

[...] A temperatura da criança cai rapidamente após o nascimento. Assim, a criança deve ser atendida em um berço aquecido, no qual o controle da temperatura está regulado. Durante os primeiros dias de vida, a temperatura da criança é instável, respondendo a pequenos estímulos com flutuações consideráveis acima ou abaixo do nível normal.

Os bebês precisam ser secos com toalhas aquecidas, dando atenção especial à secagem da cabeça. O material que estiver úmido deve ser desprezado e a criança deve ficar com a mãe para que através do contato cutâneo a temperatura se estabilize.

A perda de calor pode acontecer por vários mecanismos:

- **Condução:** caracterizada pela troca de calor entre o recém-nascido e objetos frios em contato com sua pele, como por exemplo, uma manta fria;
- **Convecção:** perda de calor do bebê para o ar mais frio do ambiente;
- **Evaporação:** perda da umidade da superfície corpórea ou de couro cabeludo úmido;

- **Radiação:** pela transferência de temperatura do corpo do recém-nascido para uma superfície mais fria como a parede fria de uma incubadora ou de parede externa (BARROS, 2009).

O banho do bebê pode ser postergado para duas ou até seis horas após o nascimento, desde que este não esteja impregnado de mecônio ou sangue. Para dar banho ao bebê é preciso que este esteja com a temperatura corporal normal.

Um dos principais cuidados com o recém-nascido é mantê-lo limpo, ao nascer à criança tem poucas defesas contra vírus e bactérias. O leite materno acaba sendo um auxiliar importante, pois oferece os anticorpos, produzidos pela mãe, para a maioria das bactérias caseiras, mas também é necessário cuidar da higiene do bebê usando água e sabão de preferência neutro e sem perfume. O primeiro agressor da pele são as bactérias que se reproduzem quando a urina e as fezes entram em contato com o ar e a pele.

3.3 Amamentação na sala de parto

A amamentação é de suma importância para promoção da saúde e prevenção de agravos não só para a criança, mas para a mãe e toda a família. É a forma de menor custo e mais sutil de se contribuir para que a criança cresça e se desenvolva saudável (SECRETARIA DE SAÚDE, 2008).

A amamentação deve ser iniciada o mais rápido possível, de preferência na primeira hora após o parto, a sucção pode não ocorrer imediatamente, mas o contato imediato com a mãe está relacionado com a duração da amamentação, controle da temperatura e maior interação mãe-bebê. A enfermagem precisa estar atenta para auxiliar a mãe a realizar a técnica de amamentação de forma correta e satisfatória. Quase todos os bebês se acalmam quando sugam algo, principalmente o mamilo da mãe, além do mamilo, o dedo mínimo da mãe tem o poder quase mágico de acalmar o bebê e às vezes fazê-lo cair no sono.

O leite materno é o mais fácil de ser digerido e rico a nível biológico por conter todas as substâncias necessárias para a saúde da criança. O aleitamento materno é classificado de acordo com a condição em que ele é oferecido ao bebê, podendo ser então classificado como:

- **Aleitamento exclusivo:** quando a criança se alimenta somente do leite materno;
- **Aleitamento predominante:** onde a criança tem como fonte nutricional predominante o leite materno, mas recebe água, chás, sucos de frutas entre outros;

- Aleitamento complementado: quando a criança recebe leite materno, mas também ingere alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos e também leite não-humanos;
- Complemento: quando é indicado outros alimentos para completar o leite materno (a partir dos seis meses de idade) e suplemento como água, chás e alguns substitutos do leite materno nos primeiros meses.

Segundo a Secretaria de Saúde (2008), é recomendado que se faça uma amamentação exclusiva até os seis meses de vida e com os outros alimentos até os dois anos de idade. Para a saúde pública o aleitamento materno é um grande problema, pois há um elevado índice de desmame precoce e o grande número de mortes infantis por causas evitáveis.

Aos 6 meses o bebê já consegue deglutir alimentos pastosos, reconhecer utensílios, recusar ou aceitar alimentos. É o momento ideal de introduzir as papinhas, o melhor é oferecer um alimento de cada vez, para que a criança descubra o gosto e a mãe possa perceber se ela é alérgica a determinados alimentos, primeiramente vem às frutas, oferecidas no intervalo das mamadas, depois as papinhas salgadas, porém as papinhas e as frutas não substituem o leite que deve continuar sendo oferecido para a criança.

3.4 Profilaxia da Oftalmia Neonatal

O obstetra alemão Carl Siegmund Franz Crede introduziu a técnica de limpar os olhos dos recém-nascidos com uma solução de nitrato de prata em 1881 (CREMESP, 2004).

O método de profilaxia com nitrato de prata é padrão de ouro na maior parte do mundo (NETTO; GOEDERT, 2009). Utilizava-se uma solução aquosa de nitrato de prata a 2%, a qual teve sua concentração reduzida para 1% com a finalidade de reduzir o índice de irritação nos olhos dos recém-nascidos. Esta técnica foi então chamada de profilaxia de Credé, que diminuiu a ocorrência da oftalmia neonatal (CREMESP, 2010).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde o procedimento deve ser realizado na primeira hora após o nascimento para que o gonococo não tenha tempo de invadir as células da córnea e provocar a oftalmia neonatal gonocócica que é uma conjuntivite que afeta crianças menores de 28 dias de nascimento.

Para Goedert (2007) relata que o termo oftalmia neonatal foi utilizado para definir a conjuntivite que afeta o recém-nascido até as quatro primeiras semanas de vida.

A transmissão acontece durante o contato do órgão genital da mãe com o neonato no momento do parto normal, sendo incomum a contaminação de bebês nascidos por via cesariana.

Para Cremesp (2004) p.1:

[...] Na época de Crede, o mais importante agente causador da oftalmia neonatal era a *Neisseria gonorrhoeae*. Hoje, porém, o mais importante patógeno sexualmente transmitido é provavelmente a *Chlamydia trachomatis*. O risco de cegueira após infecção gonocócica é elevado, e aquele após infecção por Clamídia é baixo.

Alguns autores preferem usar o termo conjuntivite neonatal, pois houve uma queda muito grande na quantidade de contaminações pelo agente etiológico gonococo e o aumento de outros agentes como o *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus sp*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa*, agentes virais como o herpes vírus tipo dois e o próprio nitrato de prata usado na profilaxia (NETTO; GOEDERT, 2009).

No Brasil este método foi regulamentado pelo decreto nº 9.713, em 1977 e sofreu alterações pelo decreto nº 19.941, em 1982, sendo a partir desta data obrigatório por lei. Através desta profilaxia foi possível reduzir o número de casos de oftalmia neonatal no hospital maternidade de Crede em Leipzig, de 30 a 35 casos por ano, para somente um na segunda metade de 1880 (GOEDERT, 2007).

Entre as crianças contaminadas por oftalmia neonatal cerca de 50% possuem como agente etiológico a bactéria *Chlamydia trachomatis*, sendo na América do Norte o agente etiológico mais frequente. Contudo a oftalmia gonocócica apresenta complicações mais severas, podem causar perda da acuidade visual e aparecem mais rapidamente (NETTO; GOEDERT, 2009).

Existem alguns argumentos contra essa técnica dos quais o principal deles é a ocorrência de conjuntivite química, que é uma reação adversa, onde a maioria dos casos é leve não apresentando maiores danos, embora existam casos mais graves que podem predominar em até 20% dos casos (CREMESP, 2004).

Para Netto e Goedert (2009) p.4:

[...] A conjuntivite química, causada pelo nitrato de prata, ocorre nas primeiras horas até dois dias após a instilação, é autolimitada com ligeira secreção catarral, hiperemia conjuntival e tem duração de vinte e quatro horas na maioria dos casos, não necessitando de tratamento.

É preciso muita atenção para a aplicação de dose única de povidona 2,5%, lembrando que comparado ao nitrato de prata é muito mais eficaz no combate a *Chlamydia*, não provoca conjuntivite química e não se concentra pela evaporação do solvente o que pode acontecer em regiões quentes, e é mais econômico financeiramente (CREMESP, 2004).

Para Netto e Goedert (2009) p.4:

[...] As infecções causadas pela *Chlamydia trachomatis* surgem do terceiro ao décimo dia de vida, com secreção mucopurulenta e hiperemia conjuntival, tendo como terapia de escolha a eritromicina.

A droga ceftriaxone é a mais recomendada nos casos de contaminação por *Neisseria gonorrhoeae* que acontecem entre o terceiro e o quinto dia apresentando casos de inchaço nas pálpebras, quemose conjuntival, secreção com formação de pus, podendo causar ulceração e perfuração de córnea.

“A pomada de tetramicina 1% mostrou-se igualmente eficaz na prevenção da oftalmia neonatal associada tanto com infecção gonocócica como por clamídia, quando comparada ao nitrato de prata” (CREMESP, 2004).

Outras opções de tratamento foram estudadas comparando a *solução* de povidona 2,5% com o nitrato de prata 1%, mostrando como resultado que a povidona causa menos efeitos adversos oculares.

Os pacientes que foram tratados com povidona apresentaram menor índice de infecção por *Chlamydia trachomatis*.

Pode-se usar como outras opções as pomadas de eritromicina 0,5%, tetraciclina a 1%, iodopovidona a 2,5% ou o Argirol (viteliato de prata a 10%) que só é comercializado no Brasil e Argentina.

O diagnóstico é realizado com a cultura da secreção ocular, por ser um tratamento bastante demorado é necessário iniciar um tratamento baseado em suspeitas clínicas e achados de diplococos intracelulares gram-negativos na bacterioscopia e coloração de raspados conjuntivais, para evitar possíveis

complicações das conjuntivites bacterianas tais como perfuração da córnea, pneumonia, otite média aguda, sepse aguda, perda ou diminuição da acuidade visual e meningite bacteriana (GOEDERT, 2007).

“Estima-se que a oftalmia neonatal provoque anualmente a cegueira de mais de 10.000 recém-nascidos ao redor do mundo, foi então que na 56ª Assembléia Mundial de Saúde em 2007, em uma das suas resoluções foi implantado a nível mundial o plano “VISÃO 2020: o direito à visão.” (NETTO; GOEDERT, 2009), com o intuito ressaltar mais a importância da realização da profilaxia.

Deve-se administrar duas gotas de nitrato de prata 1% no saco conjuntival, manipular cuidadosamente as pálpebras para espalhar a gota e retirar o excesso com uma gaze embebida em água esterilizada (FIGUEIREDO, 2008).

O colírio de nitrato de prata a 1% que promove a profilaxia da oftalmia gonocócica, descarta uma das causas mais comuns de cegueira dos recém-nascidos (FIGUEIREDO, 2008).

3.5 Administração da vitamina k

“A função da vitamina k é catalizar a síntese de protrombina no fígado, necessária para a coagulação sanguínea” (FIGUEIREDO, 2008).

A vitamina k atua na prevenção da doença hemorrágica do recém-nascido, que é causada devido à deficiência de fatores de coagulação dependentes da vitamina k que geralmente se instala entre o primeiro e o quinto dia de vida. A flora intestinal é quem se encarrega de sintetizar a vitamina k, contudo o intestino do recém-nascido ao nascimento é estéril, sendo colonizado após a amamentação. O leite materno possui pequena quantidade de vitamina k o que se torna insuficiente nos primeiros três ou quatro dias, há também a presença de imaturidade hepática, que resulta em pouca produção de fatores sanguíneos.

Administra-se uma dose única intramuscular de 0,5 mg, no músculo vasto lateral da coxa do lado esquerdo na primeira hora após o nascimento (FIGUEIREDO, 2008).

3.6 Alojamento Conjunto

O alojamento conjunto é um sistema onde o recém-nascido permanece com a mãe desde o momento do parto até a alta da maternidade onde a mãe aprende com os profissionais que vão poder observar se esta tem condições de cuidar do bebê.

O Alojamento Conjunto é de extrema importância para o pleno desenvolvimento psíquico e emocional da criança, devido a maior aproximação com a mãe que é quem lhe dá carinho e segurança. Favorece também o aleitamento materno que reduz a desnutrição infantil e a mortalidade neonatal.

Além de fornecer maior segurança às parturientes este sistema reduz o risco de infecção hospitalar, a incidência de abandono, permite o treinamento das equipes de saúde, favorece o relacionamento mãe-filho, permite a troca de experiências com outras mães (SILVA e NASCIMENTO, 2006).

Alguns estudos realizados demonstraram a importância do acompanhante no momento do parto e que os profissionais da enfermagem viram este fato como um fator necessário principalmente quando se trata da presença do pai.

3.7 Método mãe canguru

A saúde pública possui um grande problema, que são os recém-nascidos de baixo peso, visto que os cuidados necessários a sua sobrevivência e desenvolvimento exigem muitos recursos com instalações, equipamentos, tecnologia e funcionários. Como nos países em desenvolvimento esses recursos são limitados e muitas vezes são usados de forma errada, foi iniciado então o método mãe canguru (CARDOSO et al., 2006).

É considerado como uma tecnologia nos cuidados dos recém-nascidos que proporcionam uma melhor adaptação da vida extra-uterina, tendo a mãe como personagem indispensável nos cuidados e tratamento do bebê (MARTINS e SANTOS, 2008).

Este método foi definido como o cuidado do recém-nascido de baixo peso, iniciando o contato direto com a pele da mãe e mantendo de forma contínua e prolongada. É indicado para recém-nascidos de baixo peso ou pré-termo, que precisam de proteção térmica, observação frequente, proteção contra infecção e alimentação adequada.

É considerado como recém-nascido prematuro ou pré-termo aqueles que nasceram com menos de 37 semanas de gestação, e baixo peso os que nasceram com menos de 2.500g.

Para Venâncio e Almeida (2004) p. 173:

[...] O Método Mãe Canguru (MMC), também conhecido como “Cuidado Mãe Canguru” ou “Contato Pele a Pele”, tem sido proposto como uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer (BPN).

O método canguru foi iniciado por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1979 na Colômbia e ganhou este nome devido à comparação com os marsupiais, que carregam seus filhotes que não completaram seu desenvolvimento, ficando em uma bolsa denominada marsúpio, alimentando-se de leite materno.

Nesta época havia uma falta de equipamentos, que levava as equipes a colocarem dois ou três recém-nascidos juntos na mesma incubadora, tendo como consequência altas taxas de mortalidade por infecções cruzadas.

O método canguru trouxe um novo modelo de atenção aos cuidados dos recém-nascidos usando o contato íntimo com o corpo da mãe para aquecer os bebês, facilitando o aleitamento materno, a queda do número de infecções hospitalares e o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho (MARTINS e SANTOS, 2008), além de ajudar a mãe a passar pelo estresse de um parto prematuro.

No Brasil, começou a ser implantado no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo, em 1991. Logo após foi implantado em Recife no Instituto Materno Infantil de Pernambuco, conseguindo então atingir vários serviços de todo país (CARDOSO et al. 2006).

4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO EM DOMICÍLIO

Os primeiros anos de vida de uma criança são de fundamental importância. Este período é caracterizado por um crescimento acelerado, e a qualidade e a quantidade dos alimentos que o bebê come é de fundamental importância e vai se arrastar por toda vida nos seus hábitos alimentares (CANCELIER et al., 2009).

A faixa etária priorizada é de zero a cinco anos de idade, pois apresentam maior vulnerabilidade a agravos de saúde relacionados ao acelerado processo de crescimento e desenvolvimento e também a exposição aos vários fatores de risco como ambientais, econômico, imunológicos e sociais.

O programa que se encarrega de acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças é denominado puericultura, e tem como objetivo promover saúde e prevenir doenças (FALEIROS et al., 2005). Dar dicas quanto à alimentação complementar, atentar para o cartão de vacinação da criança, estimular o aleitamento materno exclusivo, prevenir as doenças diarreicas e respiratórias no primeiro ano de vida.

“O termo “puericultura” surgiu em 1762, em um tratado do suíço Jacques Ballexserd, sendo definida como um conjunto de regras e noções sobre a arte de criar fisiológica e higienicamente as crianças”. A puericultura tem por finalidade avaliar as crianças mensalmente para que se possa fazer o acompanhamento do desenvolvimento neuro-psicomotor e para identificar se existe algum atraso na aquisição de aptidões e má formações, além de observar as curvas de crescimento, peso, altura, perímetro cefálico e diagnosticando o mais rápido possível problemas existentes que podem vir a prejudicar a criança futuramente (GARCIA et al., 2008).

O método da puericultura também pode ser chamado de pediatria preventiva, pois visa uma criança sadia, tendo como alvo um adulto fisicamente sadio, psicologicamente equilibrado e socialmente útil.

Para que o programa de puericultura tenha sucesso, é preciso conhecer e compreender a criança no ambiente familiar e social, além de suas relações e interações com o contexto cultural, histórico, político e socioeconômico (CIAMPO et al., 2006).

No Brasil uma das ações mais realizadas nos programas desenvolvidos é a puericultura principalmente no Programa de Saúde da Família, apesar de poucas pessoas saberem da importância da realização deste programa (PICCNI et al., 2007).

Um dos melhores indicadores de saúde da criança é o crescimento, por possuir uma estreita dependência das condições de vida intra-uterina, alguns fatores como a alimentação, habitação, saneamento básico, cuidados gerais, higiene, ocorrência de doenças e do acesso aos serviços de saúde, também interferem no desenvolvimento do bom estado nutricional da criança, e precisa ser observado pela enfermagem.

Para a Secretaria da Saúde (2008) p.30:

[...] O crescimento e o desenvolvimento fazem parte do mesmo processo; são interdependentes, mas não são sinônimos. O crescimento se expressa por aumento da massa corporal, e o desenvolvimento, pela aquisição de habilidades progressivamente mais complexas. Exigem, portanto, abordagens diferentes e específicas. Ambos são processos dinâmicos e contínuos que ocorrem em um indivíduo a partir de sua concepção.

O acompanhamento da criança se inicia com uma visita domiciliar pelo enfermeiro, nas primeiras vinte e quatro horas após receber alta hospitalar, com o objetivo de:

- Avaliar as condições da mãe e da criança de forma geral;
- Verificar se existem situações de risco;
- Observar as condições de higiene;
- Perguntar se há sinais de infecção no umbigo;
- Estimular o aleitamento materno;
- Encaminhar a criança para as ações do quinto dia;
- Lembrar a mãe da importância de procurar a unidade de saúde para a consulta de puerpério;
- Orientar a mãe sobre a importância de fazer o acompanhamento da saúde da criança.

4.1 Ações do quinto dia

No quinto dia de vida a mãe precisa levar a criança na unidade de saúde para as ações do quinto dia. Essa vai ser a sua primeira visita ao serviço aproveitando para iniciar o programa de acompanhamento, lembrando que a família precisa ser bem orientada e a criança bem acolhida.

Segundo a Secretaria da Saúde (2005), nesta data vai ser preenchido o cartão da criança, explicando a família:

- O seu objetivo e importância;
- Verificação do estado geral da criança e avaliação da presença de sinais de alerta;
- Coleta de material para teste do pezinho;
- Aplicação da primeira dose da hepatite B e BCG;
- Orientação para aleitamento materno e higiene;
- Verificação da presença de icterícia;
- Agendamento da primeira consulta;
- Aplicação da vacina anti-rubéola na mãe;
- Avaliar as condições maternas;
- Agendar a consulta pós-parto para a mãe.

Esse acompanhamento precisa ser programado através de um calendário de atendimentos individuais e coletivos, incluindo as visitas domiciliares, as consultas médicas e de enfermagem e a participação da família em grupos educativos.

Recomenda-se para o primeiro ano de vida, que é um período de extrema vulnerabilidade, um intervalo menor entre os atendimentos à criança, com um total de sete consultas individuais, doze visitas pelo agente de saúde e a participação da família em pelo menos quatro reuniões de grupos educativos (SECRETARIA DA SAÚDE, 2005).

Algumas crianças apresentam situações de risco, das quais são divididas de acordo com a sua complexidade. Nas situações em que a criança pode ser acompanhada pela equipe do posto de saúde destacam-se: mãe adolescente ou com déficit mental, morte materna; mãe com HIV, toxoplasmose ou sífilis, pais dependentes de drogas, desmame antes dos seis meses, vacinação atrasada, desnutrição, história de menores de um ano na família.

Existem também aquelas que precisam ser acompanhadas pelo pediatra ou por especialistas, ao apresentarem tais fatores: baixo peso ao nascer, desnutrição

grave, evolução desfavorável de qualquer doença, prematuridade, hipotireoidismo, anemia falciforme, fibrose cística, toxoplasmose, sífilis, AIDS e crescimento e desenvolvimento inadequado.

O teste do pezinho citado acima é uma maneira que o governo encontrou de fazer um diagnóstico precoce para algumas patologias congênitas da infância, que podem evoluir levando a criança a ter sequelas como a deficiência mental. O diagnóstico precoce possibilita que a equipe de saúde possa interferir prevenindo sequelas mais graves e reduzindo a mortalidade infantil.

A coleta do material deve ser feita entre o terceiro e o sétimo dia de vida, e o material encaminhado ao Núcleo de Pesquisa e Apoio Diagnóstico (NUPAD) onde os exames vão ser processados. Todas as crianças que tiverem alguma alteração vão ser encaminhadas para os serviços de referência de cada doença, e continuarão sendo acompanhados pela equipe do posto de saúde, sendo seus eventos agudos de responsabilidade da equipe da unidade básica de saúde e dos serviços de pronto atendimento (SECRETARIA DA SAÚDE, 2005).

4.2 Orientação à amamentação

O aleitamento materno é muito importante para o binômio mãe-filho, pois ajuda a diminuir a perda de peso inicial do recém-nascido, recuperando o que foi perdido após o nascimento, estabiliza os níveis de glicose evitando vir a ter diabetes tipo II, facilita a descida do leite, diminui a incidência de hiperbilirrubinemia, prevenção do engurgitamento materno, vale lembrar que as mães que amamentam recuperam suas silhuetas mais rapidamente.

O leite materno é composto por proteínas, açúcar, gordura, anticorpos, ferro, enzimas, água, sais e vitaminas, promovendo assim uma nutrição de alta qualidade. A mortalidade provocada por doenças infecciosas é seis vezes maior em crianças menores de dois meses que não foram amamentadas. Além de reduzir o índice de mortalidade o leite materno protege contra incidência de varias patologias.

De acordo com a Secretaria de Saúde (2005), para que se tenha uma amamentação satisfatória é preciso que se faça a técnica de forma correta, como será citado abaixo:

- A mãe precisa estar em uma posição confortável, onde o bebê é quem deve ir até a mama e não a mama que vai até o bebê;

- A criança precisa estar com o corpo perto do corpo da mãe em direção ao peito, a cabeça alinhada, o nariz em frente ao bico do seio e a mãe precisa apoiar todo o corpo do bebê.
- Antes de dar o peito a mãe precisa tentar esvaziar a aréola para amolecer o bico e facilitar que o leite saia;
- Tocar os lábios da criança no bico do peito e esperar que a mesma esteja com a boca bem aberta, fazendo isto a criança deve ser levada ao peito rapidamente colocando o lábio inferior abaixo do bico pegando parte da aréola.

A enfermagem precisa ter conhecimentos técnicos e científicos para orientar, incentivar e ajudar as nutrizes a conseguirem ter sucesso na amamentação, respeitando os seus aspectos culturais e emocionais.

Este trabalho com as mães precisa começar desde o pré-natal com a sensibilização, o preparo das mamas, passarem informações sobre as leis de proteção à nutriz e esclarecer as dúvidas e preconceitos, já no momento do parto, escolhendo maternidades com alojamento conjunto.

Durante a amamentação podem ocorrer algumas dificuldades como o engurgitamento mamário, onde a mama fica tensa, brilhante e com pontos avermelhados, além de muito dolorosas, dificultando a sucção. Podem ocorrer também as escoriações e fissuras prevenidas com o uso de óleos e leve massagem dos mamilos com uma toalha após o banho e exposição das mamas ao sol por um tempo de 10 a 15 minutos, uma ou duas vezes ao dia, e mastites que são consequências de um engurgitamento não resolvido (SECRETARIA DA SAÚDE, 2005).

4.3 Vacinação

Assim como a inadiável consulta mensal ao pediatra, cumprir o calendário de vacinas infantis é uma das obrigações que devem entrar na lista de prioridades dos pais. Não apenas por imposições oficiais, mas, fundamentalmente, pela necessidade de proteger a criança das doenças, que são sérias e podem levar a morte.

Os postos de saúde devem ter vacinas para as crianças durante todo o ano, mesmo fora das campanhas do governo.

A enfermagem na unidade básica de saúde deve estar atenta para a vacinação, fazendo campanhas educativas e preenchendo um cartão espelho para cada criança, conseguindo assim ter um controle das vacinações, e quando preciso

fazer a busca direta dos faltosos através dos agentes comunitários de saúde. As informações específicas de cada vacina estão no Manual de Imunização do Programa Nacional de Imunização. É preciso também atentar para as situações de contra-indicações, adiamento de vacinas e a imunização em situações especiais.

Para Secretaria da Saúde (2008) p. 67:

[...] Em 1973, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Imunização (PNI), que vem se consolidando gradativamente nesses 30 anos com grande apoio e confiança da sociedade. Além da vacinação de rotina, as campanhas, visando à erradicação da poliomielite e sarampo, ajudaram na obtenção de coberturas vacinais cada vez maiores. A imunização tem se mostrado o melhor programa da saúde pública, levando à queda acentuada da incidência das doenças infecciosas.

Para que se tenha eficácia nas vacinações é preciso fazer o treinamento do funcionário da sala, afim de que ele possa estar preparado para atender todas as necessidades e cuidados que vão ser necessários. Lembrando que são feitas várias modificações nas vacinas e a pessoa responsável pela sala deve estar sempre atualizada através de um aprendizado contínuo.

Segue abaixo algumas das vacinas que as crianças precisam tomar:

- BCG: é aplicada no primeiro mês de vida, contra a tuberculose;
- Vacina contra Hepatite B: deve ser aplicada com um intervalo mínimo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose; entre a segunda e a terceira precisa-se de um intervalo de sessenta dias; entre a primeira e a terceira um intervalo de seis meses.
- Vacina contra Febre Amarela: nas áreas de circulação de risco pode ser aplicada a partir dos seis meses de vida;
- Vacina contra H. influenza b: precisa ser feita em dose única em crianças que já completaram um ano de vida.
- DPT: deve ser aplicada até a idade máxima de seis anos, onze meses e vinte e nove dias. O reforço é feito com a dupla adulto (dT), com intervalo de dez em dez anos, após o reforço da DPT.
- Triviral ou Dupla Viral: deve ser aplicada uma dose nas campanhas de vacinação, antes que a criança faça cinco anos de idade.

Como já foi citado acima, algumas vacinas podem apresentar algumas contra – indicações como: processo febril agudo quando associado a uma doença grave;

alergia a um componente da vacina ou após ter tomado dose anterior. Vacinas de vírus vivos ou de bactérias não podem ser feitas em pessoas com neoplasias; imunodeficiência congênita ou adquirida, pois pode haver a ploriferação do microorganismo atenuado levando ao aparecimento de doenças como sarampo e poliomielite; em tratamento com corticóides em doses imunossupressoras ou em tratamento com radioterapia e quimioterapia.

A aplicação das vacinas deve ser adiada apenas até que a criança se recupere de doenças agudas graves, em caso do uso de corticóides e drogas imunossupressoras fazer a aplicação após um mês do término, e três meses após o uso de outras drogas imunossupressoras; em transplantados de medula óssea, as vacinas vivas precisam ser adiadas por dois anos e as demais vacinas por um ano e em uso de hemoderivados também precisa ser adiadas, pois pode vir a acontecer interferências na soroconversão de vacinas vivas atenuadas. Recomenda-se que faça um intervalo mínimo de duas semanas entre a administração de vacinas virais vivas com exceção da poliomielite (SECRETARIA DA SAÚDE, 2005).

A enfermagem precisa estar atenta para todas essas intercorrências, estando capacitados e atualizados para realizar um processo de educação continuada com toda a sua equipe.

4.4 Patologias da infância

Dentre essas patologias podemos citar segundo a Secretaria da Saúde (2005):

- **Desnutrição:** resultante da deficiência de calorías e proteínas. Ocorre com maior freqüência em lactentes e pré-escolares, na maioria das vezes em decorrência de infecções repetidas e déficits nutricionais. Comprometendo precocemente o peso e de forma mais tardia o comprimento da altura indicando sua fase crônica.
- **Diarréia:** é um distúrbio hidroeletrólítico, que leva a uma mudança brusca do habito intestinal. Levando ao aumento do número de evacuações, diminuição da consistência das fezes, podendo ou não estar associada a vômitos e febre. Sua complicação pode levar a desidratação e desnutrição, os casos mais graves podem levar à morte.
- **Tosse e/ou dificuldade respiratória:** ao chegar ao posto de saúde deve receber muita atenção para a diferenciação diagnóstica correta, que pode ser de um

simples resfriado à situações de risco de vida como a pneumonia e crise asmática grave. A enfermagem deve agir rápido, para intervir nesta patologia evitando uma parada respiratória que geralmente começa com uma insuficiência respiratória infantil.

- Parasitose intestinal: a doença parasitária acomete principalmente as crianças mais pobres onde apresentam as formas mais graves, as crianças mais favorecidas também são vítimas das parasitoses, mas apresentam formas mais leve da doença. Alguns sinais e sintomas podem indicar que a criança esteja com a parasitose, como: dor abdominal, náuseas, vômitos, constipação intestinal, sangue nas fezes, prolapso retal, diarreia, prurido anal, distensão abdominal, tumoração e eliminação de parasitas.
- Anemia ferropriva: processo patológico em que o número de hemoglobina está baixo, resultando da deficiência de ferro, sendo a mais comum e a mais freqüente em todo o mundo. É considerado um problema de saúde pública.
- Tuberculose: também é considerada como um problema de saúde pública, no Brasil acontece aproximadamente cerca de 130 mil casos por ano, sendo que apenas 90 mil são notificados, sendo que 15% é em menores de quinze anos.
- Tiragem neonatal positiva (teste do pezinho): o teste do pezinho é uma estratégia para diagnosticar doenças congênitas, que são de difícil percepção durante o exame médico no período neonatal e,
- Doenças de transmissão vertical: HIV, toxoplasmose e sífilis congênita.

Entre as crianças que morrem antes de completar seu primeiro ano de vida, a maioria delas são vítimas de doenças comuns na infância e que muitas vezes poderiam ser evitadas (FRANCO et al., 2007).

Cuidar da criança não é apenas tratar da doença que pode surgir eventualmente, mas também protegê-lo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível concluir a importância da atuação do profissional de enfermagem nos cuidados com o recém-nascido, desde o momento do pré-natal com orientações as gestantes para o acolhimento do novo ser que esta por vir, posteriormente ao nascimento do bebê, orientar a mãe e a família sobre os principais cuidados dispensados ao recém-nascido como a higiene, amamentação, alimentação, acompanhamento no Posto de Saúde da Família para a realização do teste do pezinho, acompanhamento do desenvolvimento e vacinação como forma de prevenção de doenças.

Cabe ao profissional de enfermagem desenvolver ações educativas através de palestras para as gestantes, conscientização da importância do acompanhamento não só da criança mas também da puérpera, que precisa ter seu estado físico e psicológico avaliado, para que possa ser analisado suas condições de cuidar do bebê.

REFERÊNCIAS

- CANCELIER et al.. **Situação alimentar de crianças entre zero e dois anos atendidas em Programa de Saúde da Família no Sul do estado de Santa Catarina. Arquivos Catarinenses de Medicina. Santa Catarina.** vol. 38, n.1, pág. 21, 2009. Disponível em <www.acm.org.br>. Acesso em 21 out. 2010.
- CARDOSO et al.. **Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).** São Paulo. Vol. 28, n.2, pág. 128-34, 2006. Disponível em <www.pediatrisaopaulo.usp.br>. Acesso em: 28 out. 2010.
- CARVALHO e NOVAES. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Caderneta de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2, pág. 220-230, 2004. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em: 20 out. 2010.
- CIAMPO et al. **O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. Ciência e Saúde Coletiva.** vol.11, n.3, pág. 739-743, 2006. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em: 19 out., 2010.
- CREMESP – **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.** São Paulo, 2010. Disponível em <www.cremesp.org.br>. Acesso em 17 ago. 2010
- FALEIROS et al..Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Caderneta de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. Vol.21, nº 2, pág. 482- 489, 2005. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em 22 out., 2010.
- FIGUEIREDO. **Práticas de Enfermagem: Ensinando a Cuidar da Mulher, do Homem e do Recém- nascido.** 4.ed. São Paulo: Difusão Editora, 2008.
- FONSECA et al. Alojamento Conjunto: Qual o sentimento das puérperas quanto á esta nova proposta? **III Seminário de Iniciação Científica da Unifenas** 2004. Disponível em <www.unifenas.br>. Acesso em: 30 set. 2010.
- FRAGA et al.. Consulta de enfermagem em puericultura em ima creche Eunice: uma atividade de promoção da saúde. **IX Semana de Iniciação Científica/ Unileste MG “Conhecimento: base para o desenvolvimento sustentável”.** Coronel Fabriciano, 2008. Disponível em <www.unilestemg.br>. Acesso em 22 out.2010.
- FRANCO et al.. Avaliação do programa de puericultura na unidade básica de saúde centro social urbano, Pelotas, RS. **XVI Congresso de Iniciação Científica.** Pelotas, RS, 2007. Disponível em <www.ufpel.edu.br>. Acesso em 20 out.2010.
- GARCIA et al.. Avaliação do programa de puericultura em uma unidade básica de saúde no município de pelotas/RS. **XVII Congresso de Iniciação Científica.** Pelotas/ RS, 2008. Disponível em <www.ufpel.edu.br>. Acesso em 21 out. 2010.

GOEDERT, E. M. **Avaliação da profilaxia da oftalmia neonatal em maternidades da Grande Florianópolis, 2007.** Disponível em <www.bibliomed.ccs.ufsc.br>. Acesso em: 17 ago.2010.

MOORE, K.L; PERSAUD, T.V.N. **Embriologia Clínica.** 7.ed. Elsevier. Rio de Janeiro: 2004.

NETTO A.; GOEDERT, E. M. Avaliação da aplicabilidade e do custo da profilaxia da oftalmia neonatal em maternidades da Grande Florianópolis. **Revista Brasileira de Oftalmologia.** Grande Florianópolis, vol. 5, n.68, p. 264-270, ago/set. 2008. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em: 17 ago. 2010.

NEUMANN et al..Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** Santa Catarina. vol. 6, nº 4, pág. 308, 2003. Disponível em <www.scielosp.org>. Acesso em: 20 out. 2010.

PICCINI et al.. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, vol. 7, n. 1, pág. 75-82, jan./mar., 2007. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 10 out.2010.

SANTOS et al..Orientação Nutricional no pré-natal em serviços públicos de saúde no município de Ribeirão Preto: O discurso e a prática assistencial. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto. vol. 14, n.5, set/ out., 2006. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em: 22 out., 2010.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde da Criança: programa Viva Vida.** 1ed. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2005. 284 pag..

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida.** 4ed. Belo Horizonte:SAS/SES, 2008. 84 p.

Secretaria Municipal de Saúde. Oftalmia Neonatal e Utilização do Nitrato de Prata Colírio a 1% (Método de Crede). **Clin – Alert.** São Paulo, n.3, p. 1-3.2008. Disponível em <www.sbp.com.br>. Acesso em: 22 abr.2010.

SILVA e NASCIMENTO. Acompanhante no pós-parto em ambiente de alojamento conjunto: um estudo realizado na maternidade professor bandeira filho Bauru, SP, **XIII SIMPEP.** Nov. 2006. Disponível em <www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/990.pdf> Acesso em: 10 out.2010.

VENANCIO e ALMEIDA. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro. vol. 80, nº. 5, pág. 173-180, 2004. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em 27 out.2010.