

ADRIANO GRACIKI
CHEILA RESIN
MAIC JEFFERSON SCHLINGMANN
SIMONE RODRIGUES DA SILVA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE AS PUÉRPERAS INTERNADAS NA MATERNIDADE
DARCY VARGAS: CUIDADOS COM RECÉM - NASCIDOS

JOINVILLE
JULHO, 2009

ADRIANO GRACIKI
CHEILA RESIN
MAIC JEFFERSON SCHLINGMANN
SIMONE RODRIGUES DA SILVA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE AS PUÉRPERAS INTERNADAS NA MATERNIDADE
DARCY VARGAS: CUIDADOS COM RECÉM - NASCIDOS

Projeto de ação comunitária
apresentado ao Curso Técnico de
Enfermagem, no Instituto Federal de
Educação, Ciência e Tecnologia de
Santa Catarina – Unidade de Joinville,
semestre 01/2009.

ORIENTADORA: Prof^ª. Enf^ª. ONDINA MACHADO

JOINVILLE
JULHO, 2009

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, que nos iluminou e nos escolheu para essa missão, que nos deu saúde, força e sabedoria para que nosso projeto fosse concluído e tivesse seus objetivos alcançados. A realização desse trabalho não é mérito individual, mas o resultado da contribuição de inúmeras pessoas que participaram direta ou indiretamente para o seu desenvolvimento. Agradecemos a todas elas e, de forma particular: as puérperas e aos nossos familiares, que nos compreenderam, que nos auxiliaram e apoiaram durante toda essa caminhada. A orientadora Ondina Machado, que nos deu apoio e teve muita paciência para nos conduzir da melhor maneira, até a conclusão desse projeto. Agradecemos também a Maternidade Darcy Vargas e a todos os servidores, que nos acolheram e nos deram a oportunidade de aplicar nosso projeto, possibilitando a conclusão do curso.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	6
3 METODOLOGIA.....	25
4 RESULTADOS ALCANÇADOS.....	26
12 CONCLUSÕES.....	27
REFERÊNCIAS.....	28
ANEXOS.....	29
Anexo 1 - Questionário/entrevista para o levantamento de dados.....	30
Anexo 2 – Consentimento livre e esclarecido da participação das puérperas...	32

1 INTRODUÇÃO

Esse projeto teve como objetivo orientar as puérperas nos cuidados com os recém nascidos, realizados na maternidade Darcy Vargas, no período de sete de março a quinze de maio de dois mil e nove, com as mães internadas no período.

Os objetivos específicos foram: esclarecer as principais dúvidas a respeito da higiene corporal, instruir as puérperas como proceder nas trocas de fraldas, além de discutir sobre os “mitos e verdades” relacionados aos cuidados com os recém nascidos, levar as puérperas a refletir sobre os cuidados com o ambiente e a vestimenta do recém nascido conforme a temperatura, e por fim, orientar sobre amamentação, imunização de acordo com o calendário básico (segundo o que ministério da saúde preconiza), e exames de ouvido, olho e teste do pezinho.

Por meio de ações educativas individuais e coletivas, levamos esses esclarecimentos mais aprofundados sobre as necessidades dos cuidados e riscos que o recém nascido pode apresentar caso não receba os cuidados necessários e de forma correta.

Esse projeto justificou-se pela importância das orientações, principalmente para as primigestas, que tinham muitas preocupações referentes aos cuidados que devem ser tomados em casa. Com essas orientações fornecidas terão mais conhecimento, assim, resultando em mais segurança e responsabilidade no cuidado cotidiano com o recém nascido, precavendo-se com tranquilidade.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Higiene Corporal

Em relação ao banho FIGUEIREDO (2003, p.336 a 338) relata que: O banho é uma oportunidade para realizar muito mais do que a higiene. É também um excelente momento para observar o comportamento do bebê, como irritabilidade, atividade muscular e suas próprias características individuais, como seu relaxamento e seu conforto.

2.2 Técnicas: (Banho de Ablução – banheira)

Referente à seqüência do banho de ablução FIGUEIREDO (2003, p.338 a 346) escreve:

1. Escolher um ambiente propício para o banho, fechar janelas e portas para não permitir a passagem de correntes de ar.
2. Preparar todo o material utilizado para o banho e as roupas.
3. Lavar as mãos antes e após o banho.
4. Despir o bebê, retirando a roupa e a fralda, e envolvê-lo com a toalha (evitar a exposição do recém-nascido ao frio por tempo prolongado desnecessariamente). Na presença de fezes e/ou urina, retirar o excesso (evitar que a água limpa da banheira se suje com as excretas do neonato).
5. Verificar a temperatura da água a ser utilizada no banho. A água deve ser tépida, “quebrando a frieza”. Verificar com a parte interna do antebraço (a água fria pode provocar resfriamento, a água quente poderá causar dor e queimaduras na pele delicada do bebê).
6. Segurar o bebê adequadamente, protegendo os ouvidos para não entrar água: segure por baixo do seu braço esquerdo com a mão apoiando a cabeça, e os dedos polegar e indicador fechando os ouvidos; sua mão direita ficará livre para banhá-lo. Pode inverter caso seja canhoto (a entrada de água nos ouvidos do bebê pode provocar uma otite).
7. Iniciar o banho pela cabeça e face (o rosto e o couro cabeludo devem ser lavados primeiros, porque a água esta limpa). O rosto dever ser lavado somente com água pura e secado em seguida (a pele do rosto é muito sensível); o couro cabeludo pode ser lavado com xampu com movimento circulares, enxaguado e secado imediatamente. O corpo permanece coberto enquanto se lava a face e a

cabeça (a cabeça representa grande parte da área corporal do bebê, o couro cabeludo molhado por muito tempo provocará hipotermia).

8. Fazer a higiene do corpo:

- a) Retire a toalha, segurando a criança de modo a apoiar o dorso e o pescoço no seu antebraço (proteger a criança de acidentes).
- b) Colocar a criança sentada na banheira, lavando-a do pescoço para as extremidades e de cima para baixo.
- c) Limpar o coto umbilical, verificando o curativo.
- d) Lavar a genitália no sentido ântero - posterior.
- e) Virar o corpo do bebê, segurando-o pela axila e mantendo o braço dele por cima do seu antebraço, e lavar o dorso e complementar a limpeza da região anal.

9. Retirar da banheira, enrolando o bebê na toalha; secar seu corpo rápido e delicadamente. Atentando para as dobras e sulcos interdigitais.

10. Vestir o recém-nascido, escolhendo a roupa de acordo com a temperatura ambiente (verão ou inverno, exposição a correntes de ar etc.) – (o bebê possui labilidade térmica, ou seja, tem dificuldade de regular sua temperatura corporal, sofrendo hipotermia ou hipertemia de acordo com o ambiente e a vestimenta).

11. Arrumar o local e os materiais do banho.

2.3 Técnica: Higiene da Face (olhos, nariz e ouvidos)

Em relação à higiene da face FIGUEIREDO (2003, p.347) ressalta que:

1. Fazer a higiene ocular: limpar os olhos com bola de algodão molhada com água pura, do canto externo para o interno (esse sentido promove a desobstrução da glândula lacrimal). Usar uma bola de algodão para cada olho.
2. Fazer a higiene do nariz, utilizando fusos de algodão ou palinetes para limpar delicadamente as narinas. Se necessário, instilar gotas de soro fisiológico para amolecer e retirar secreções aderidas; habitualmente o bebê ajuda espirrando (O Recém-nascido respira pelo nariz, quando as narinas estão obstruídas, o bebe faz esforço na inspiração).
3. Fazer a limpeza dos ouvidos, utilizando fusos de algodão ou palinetes para limpar a parte externa. Nunca introduzir no conduto auditivo.

2.4 Técnica: Higiene Oral

Sobre a higiene oral FIGUEIREDO (2003, p.338) descreve:

1. Limpar a boca com gaze, umedecido com água;
2. Inspeccionar a mucosa oral, diferenciando entre presença de leite digerido e presença de monilíase (o leite sairá facilmente; a monilíase - ou candidíase - ou sapinho – apresentam-se como placas aderidas à mucosa oral e língua hiperemiadas).

2.5 Técnica: Curativo Umbilical

Sobre a técnica e cuidados com o curativo umbilical FIGUEIREDO (2003, p.349) ressalta os seguintes passos:

1. Realizar anti-sepsia com álcool a 70% (Motivo: por ser incolor, não vai mascarar no futuro sinais de infecção – hiperemia e secreção - além disso, desidrata o coto auxiliando na mumificação e queda precoce, o que é um alívio para as mães que manifestam temor em cuidar do umbigo de seus filhos).
2. Limpar da base para extremidade (Motivo: limpar da região mais limpa para a mais contaminada). Não deixar escorrer álcool para a pele circunvizinha (o álcool desidratará a pele sensível do bebê, predispondo-a a rachaduras e possibilitando infecção).
3. Limpar a inserção do coto, pois é uma região propícia à colonização, em especial quando recoberta pela fralda, pois torna o local quente e úmido.
4. Deixar o coto umbilical exposto, sem cobrir com gaze nem usar cinto (gaze ou outro tecido adere ao coto e acumula secreção; se o bebê urinar, o manterá umedecido).
 - a) Verificar presença de secreção, coloração e odor fétido: Na presença de secreção, sentir o odor (No processo de mumificação, o coto libera um exsudato amarelado, porém sem cheiro).
5. Após a queda do coto umbilical: Limpar o centro da cicatriz umbilical com álcool a 70% (retirar restos de sangue e exsudatos, prevenindo a formação de glanuloma – tecido esponjoso).

2.6 Cuidados com Genitálias e Região Anal

Em relação aos cuidados com a higiene das genitálias e região anal, FIGUEIREDO (2003, p.351 a 353) descreve:

A genitália de ambos os sexos requer limpeza cuidadosa, tanto durante o banho como na troca das fraldas.

A fralda é um método necessário e conveniente para conter a urina e as fezes. Podem ser de pano ou descartáveis. A fralda descartável tem o índice menor de infecções, porém deve ser levando em conta: o custo, conveniência, cuidado com a pele, preocupações ecológicas – fraldas descartáveis são jogadas fora como resíduos sólidos em aterros, enquanto dejetos das fraldas de pano são descartados e tratados na rede de esgoto.

As fraldas de pano são mais baratas e acessíveis a maioria da população. No entanto, devem ser lavadas rigorosamente, assim como as calças plásticas. Devem ser retiradas as fezes sempre antes de lavar as fraldas, lavar separado fraldas sujas de fezes e fraldas sujas somente de urina, enxaguar muito bem para não deixar resíduos de sabão, que podem irritar a pele do bebê (se possível apenas sabão de coco), não usar amaciante, deixar secar ao sol e passar com ferro quente.

As fraldas descartáveis são as mais convenientes. As de melhor qualidade contêm flocos de gel absorvente, possuem superfície de contato macia, diminuem as lesões por fricção e conservam nos flocos a umidade absorvida, diminuindo o contato direto da urina com a pele. Logo, propiciam mais conforto para o bebê, se trocadas periodicamente.

A prevenção é fundamental para evitar as dermatites de fralda (popularmente chamadas de assaduras). As fraldas descartáveis diminuem o risco de dermatite, porém, o uso prolongado de fraldas molhadas promove a lesão da pele.

A dermatite é classificada de acordo com a gravidade dos sinais: *Superficial*: hiperemia e descamação na área de contato com a fralda (é a mais comum); *Eritematosa*: pústulas, geralmente com presença de exsudato; *Ulcerativa*: lesões ulcerativas que aparecem por toda hora a área de contato com a fralda. *Eritematosa eruptiva*: lesões Eritematosas profundas, frequentemente associadas à infecção causada por *Cândida albicans* e, em casos mais graves, por *Staphylococcus aureus*.

A causa mais comum da dermatite de fralda é a irritação por contato com urina e fezes. É fundamental manter a pele seca, por isso a troca de fraldas deve ser frequente. Se a criança faz uso de fralda de pano, não utilizar calça plástica, que retém a umidade na fralda.

2.7 Técnica: higiene externa (troca de fralda)

Referente às trocas de fraudas, FIGUEIREDO (2003, p.354 a 356) relata:

1. Realizar a limpeza da genitália com o bebê aquecido, não é necessário despir o bebe, somente a genitália.
2. Sempre proceder a limpeza no sentido antero-posterior: Nas meninas, afastar os grandes lábios e realizar a limpeza com um algodão umedecido, enxaguando em seguida. Cuidar muito para não carregar material fecal para a vagina e a uretra, que causará infecção. Nos meninos, retrair delicadamente o prepúcio e retirar secreção (esmegma), se presente. Nunca forçar para esgaçar o prepúcio. Deve-se ter muita atenção para a base do saco escrotal, para não acumular fezes e originar assaduras.
3. Vestir a fralda, deixando o coto umbilical para cima.

As primeiras fezes do recém nascido são denominadas mecônio, e são eliminadas logo nas primeiras horas após o nascimento. São fezes consideradas estéreis e intensamente coradas pela bile.

As fezes de transição situam-se entre o término da eliminação meconial e o início das fezes de leite. A urina do recém-nascido costuma ser clara, transparente e de baixa intensidade.

2.8 A pele do Recémnascido

Sobre as características da pele do recém nascido FIGUEIREDO (2003, p.360 a 362) descreve: Em função da inervação abundante existente na pele e da intensa estimulação recebida no meio intrauterino, os neonatos apresentam uma grande sensibilidade tátil. A pele do neonato é mais fina, sensível e frágil do que a de uma criança mais velha. Se o bebe for prematuro, esta fragilidade é ainda maior, em virtude da imaturidade do órgão.

O neonato pode também se contaminar pela pele; afinal, como ela é muito frágil, qualquer injúria pode ocasionar uma lesão que servirá como porta de entrada para infecções bacterianas e/ou fungicas, principalmente. Os achados mais comuns na pele são: Textura: Ao nascimento a pele é macia e lisa. No segundo e no terceiro dia é descamativa e seca, porque tem que se acostumar ao ar seco, bem diferente do líquido amniótico que a envolvia. Pode apresentar rachaduras principalmente em torno dos tornozelos.

O Vêrnix Caseoso: substância gordurosa, espessa, branco-amarelada, que cobre o corpo do feto, protegendo a pele do ambiente líquido do útero. Os prematuros estão recobertos de vernix; quanto mais idade gestacional ao nascer, menos vernix. Não se deve esfregar a pele do bebê para retirá-lo: é um fator de proteção e lubrificação.

O Turgor: O recém-nascido hidratado tem a pele túrgida e elástica, que quando pinçada retorna rapidamente à posição anterior. Se o bebê estiver desidratado, a pele voltará lentamente à posição anterior.

A Coloração: Depende da base racial. Os recém-nascidos da raça branca são rosados, os de raça negra tendem para o avermelhado, uma pele pálida sugere geralmente anemia, vaso constrição periférica, choque, asfixia ou edema.

A cianose consiste na cor arroxeadada da pele devido a vaso constrição periférica. A cianose generalizada pode ser associada a problemas cardio-respiratórios; a acrocianose que é a cianose de extremidades, geralmente causada por hipertemia. A cútis marmórea: Aparência de rede dos vasos sanguíneos dilatados sob a pele, apresentando-se mosqueada de forma transitória quando a criança é exposta ao frio. O Millium sebáceo: glândulas sebáceas distendidas; parecem pequenos pontos brancos - amarelados sobre as bochechas, nariz e queixo.

O Eritema tóxico: pequenas lesões eritemo – papulosas observadas a partir de 24 a 48 horas, regredindo espontaneamente em poucos dias. Podem estar presentes no tórax, abdome, costas e nádegas. As manchas mongólicas: áreas de pigmentação azulada intensa na região sacra e glútea. Observada em bebês de descendência africana, indígena, asiática ou hispânica (mistura de raças).

A lanugem: São pelos finos e macios que aparecem na testa, orelhas, tronco e ombros. Considera-se sua abundância excessiva um sinal de prematuridade. A lanugem desaparece ao longo de semanas. A icterícia: cor amarelada da pele e das mucosas causadas pelo acúmulo de bilirrubina. Pode ser considerada anormal e deverá ser esclarecida a causa de acordo com o aparecimento (início antes de 24 horas ou depois de sete dias) e a duração (maior que uma semana em recém-nascido a termo e duas semanas em prematuro).

2.9 A cabeça do recém-nascido

Sobre as características da cabeça do neonato FIGUEIREDO (2003, p.362 a 364) descreve: A Cabeça do recém-nascido é grande em relação ao corpo: representa cerca de um quarto do comprimento total. O formato da cabeça varia conforme o tipo de parto e duração. As crianças de apresentação cefálica, nascidas de parto normal, têm a cabeça alongada, que com o passar do dias adquire o formato arredondado.

O perímetro cefálico – O valor médio é de 33 a 37 cm. O perímetro cefálico é igual ou excede em 2 cm o do tórax. Se for 4 cm maior que o tórax, avaliar a existência de macrocefalia. As suturas – Após o parto, o afastamento das suturas poder estar diminuído devido ao cavalgamento dos ossos do crânio. Sutures fundidas são as soldaduras precoces de uma ou mais suturas cranianas, provocando deformações do crânio e hipertensão intracraniana.

2.10 Os olhos do recém nascido

Sobre as características dos olhos do neonato FIGUEIREDO (2003, p.364 a365), relata:

A cor: A cor não fica estabelecida até os seis meses de idade. Pode ser azul, acinzentado ou preto. A falta de pigmentação é caracterizada de albinismo.

O piscar dos olhos: Reflexo protetor à luz forte e aos ruídos intensos. A ausência de piscar associa-se com lesões no sistema nervoso central.

A reação da Pupila: Observar como o tamanho das pupilas reage à luz (midríase e miose), verificando sua igualdade (isocoria e anisocoria).

O nistagmo: Movimento descoordenado dos olhos, normalmente lateral. Diminui à medida que o foco da criança melhora.

2.11 As orelhas do recém-nascido

Sobre as características das orelhas do neonato FIGUEIREDO (2003, p.365) descreve:

A posição: Extremidades do pavilhão auricular em linha horizontal com o canto externo do olho. Implantação baixa da orelha pode indicar alguma síndrome.

A anomalia do pavilhão auricular: Pode estar associada à malformação do trato urinário e anormalidade cromossômica.

A acuidade auditiva: Pode ser pesquisada através da emissão de um ruído próximo ao ouvido; observar a resposta do reflexo cócleo-palpebral que é o piscar

dos olhos. Crianças com risco de perda da acuidade auditiva (doenças congênitas, antibioticoterapia) devem ser submetidas à audiometria coclear, popularmente conhecida como teste da orelhinha, realizado pelo serviço de fonoaudiologia.

2.12 O Nariz do Recém-nascido

Sobre as características do nariz do neonato FIGUEIREDO (2003, p.366), descreve que: O nariz apresenta base achatada, ponta arredondada e situa-se um pouco mais alto na face. Tem capacidade de identificar odores, como o leite de sua mãe.

A obstrução discreta - Como o recém-nascido só respira pelo nariz e não pela boca, as obstruções podem causar desconforto respiratório. Uma obstrução discreta pode ser ocasionada pela presença de muco ou por edema traumático durante a aspiração na sala de parto.

A obstrução intensa – Levam o bebê a desconforto respiratório, respiração bucal descoordenada e cianose durante as mamadas. Pode ser causada por atresia ou estenose de coanas. Confirma-se com a oclusão da boca e de cada narina separadamente, passando uma sonda para verificar a permeabilidade.

2.13 A Boca do Recém-Nascido

Em relação à boca do neonato FIGUEIREDO (2003, p.366) descreve: As Pérolas de Epstein – Pequenas formações esbranquiçadas ao longo da linha média do palato duro. As Aftas de Bednar – Lesões erosivas com halo avermelhado, decorrentes do atrito exagerado durante a aspiração da boca na sala de parto. A fenda palatina – Não fechamento do palato, que deixa uma comunicação parcial ou total entre a cavidade nasal, boca e a faringe. O lábio leporino – É a fissura labial, que pode ser unilateral ou bilateral.

A comissura labial – Desvio da comissura labial pode estar associado à paralisia facial por traumatismo de parto. Os dentes neonatais – Dentes presentes ao nascimento são benignos, mas podem estar associados a defeitos congênitos. A língua – A procedência da língua sem macroglossia pronunciada é observada na síndrome de Down. A saliva – Salivação excessiva pode ser indicativa de atresia de esôfago ou dificuldade respiratória. A candidíase, monilíase ou sapinho – Placas brancas aderentes à língua, palato e superfície bucal, mucosas oral hiperemiada.

2.14 As Cólicas no Recém-nascido

Com relação às cólicas CORREIA (2006, p.86) descreve que: Cólica é um espasmo muscular que pode ser ocasionado, principalmente, pela fermentação do leite, provocando gases que pressionam as paredes intestinais. O choro do bebê com cólica tem uns sons estridentes, insistentes a não param. Às vezes se contorce e encolhe as pernas. Outro fator importante é quando o recém-nascido engole muito ar durante a alimentação, para evitar, faz-se necessário fazer eructar para evitar as cólicas.

As orientações são para não deixá-lo chorando sozinho, pegá-lo em sentido vertical, colocando-o em pé, no colo com a barriga virada para a pessoa que está acolhendo, pode ser realizada massagem de conforto, massageando a barriga (baixo ventre) com a ponta dos dedos, pressionado levemente, deite-o de barriga para cima, pegue nos pés e faça movimentos de pedalar, dobrando as pernas sobre o ventre alternadamente. Após dez a quinze movimentos, dobre as duas pernas juntas sobre o ventre e pressione um pouco.

2.15 Mitos e Verdades

Não se sabe ao certo de onde e quando surgiram estas afirmações, mas muita gente se sente confusa com elas. Esses “conselhos” em sua maioria são crenças antigas que passam de geração para geração, sem que as pessoas tomem o verdadeiro conhecimento do seu significado e de onde surgiram.

O recém-nascido sente muito frio: muita gente pensa que o recém-nascido é super friorento, quando na verdade, tem a mesma sensibilidade térmica que nós. Sabe-se que o sistema termo regulador do recém-nascido demora de seis a doze horas para se estabilizar.

O leite de vaca: esse tabu já surgiu há muito tempo, desde que as mães experimentaram o leite de vaca em seus filhos e perceberam que estes levaram mais tempo para reclamar de fome, acharam que ele é mais forte, porém é um engano, porque o leite de vaca tem as moléculas muito maiores do que a do leite humano e é de difícil digestão, demorando muito mais para ser digerido, provocando a sensação de saciedade. Deixar o bebê se olhar no espelho porque atrasa a fala é mito. A faixa para o umbigo: o coto umbilical deve ser mantido sempre seco e voltado para cima, evitando, assim, que seja umedecido ou contaminado por fezes ou urina, a faixa pode se contaminar com a urina do recém-nascido e acarretar

infecções. A moeda no umbigo: pode provocar infecções e desconforto. A cachaça na água do banho, para o bebê ficar calmo e dormir bem é mito. O uso de chupeta e a mamadeira levam a problemas com a arcada dentária: infelizmente é verdade. Tanto a chupeta, a mamadeira quanto o dedo exercem uma pressão na arcada dentária deformando-a.

2.16 Como Cortar as Unhas do Recém-nascido

Muitos bebês já nascem com as unhas compridas, e os pais ficam com medo de que os bebês se arranhar. Nos primeiros dias, é bom evitar cortar as unhas do recém nascido, porque elas são flexíveis demais e é muito fácil causar um sangramento. Se não estiver calor, você pode colocar luvinhas ou até meias nas mãos do bebê. Com o passar dos dias as unhas ficam um pouco mais rígidas, e será mais fácil apará-las, deve ser feito com uma tesoura de ponta arredondada e com muito cuidado. As unhas das mãos crescem tão rápido que às vezes é necessário cortá-las mais de uma vez por semana.

As unhas podem ser cortadas quando o bebê estiver dormindo, pode ser também mais fácil executar a operação com a presença de dois adultos: um segura firme a mão do bebê, enquanto outro corta as unhas.

2.17 Calendário Básico das Vacinações

Segundo CORREIA (2006, p.111 a118): A Vacina contra Tuberculose a BCG é em dose única é realizada ao nascer até 12 horas. A mãe deve ser orientada quanto à formação e evolução da lesão vacinal. Da primeira a segunda semana a formação de uma mácula avermelhada. Na terceira a quarta semana a formação de uma pápula, vesículas e pústula com amolecimento do centro da lesão, seguida de crosta evidente. Na quarta a quinta semana ocorre ulceração, e na sexta a décima segunda semana a cicatrização. Não se deve cobrir a úlcera nem colocar nenhum tipo de medicamento, e nem furar a pápula.

A Vacina contra Hepatite B, ao nascer o bebê deve receber a primeira dose, e reforço ao segundo mês. Podem ocorrer manifestações locais nas primeiras 48 horas, como dor local, eritema, febre, mal estar, fadiga e cefaléia. Essa vacina deve ser administrada no vasto lateral da coxa direita. Intra muscular.

A Rotavírus é realizada aos dois meses e a dose de reforço aos quatro meses, por via oral. A rotavírus causa diarreia grave, frequentemente acompanhada de febre e vômito.

A Vacina contra a Poliomielite é dada em três doses, a primeira aos dois meses, segunda aos quatro meses, terceira aos seis meses e uma dose de reforço aos quinze meses. Via de administração oral.

A Vacina Tetravalente (DTP+Hib): contra difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b, é administrada via intramuscular. A primeira dose é realizada aos dois meses, e o reforço aos quatro meses e aos seis meses. Após a administração podem ocorrer febre e manifestações locais (dor, eritema e edema).

A Tríplice viral é combate o sarampo, rubéola, síndrome da rubéola congênita e caxumba, dose única, após a vacina podem ocorrer eritema, endureção e linfadenopatia regional e sistêmica, em 5% dos vacinados entre cinco a doze dias após a vacinação, pode ocorrer febre baixa e cefaléia.

A DTP (tríplice bacteriana) é a vacina contra difteria, o tétano e a coqueluche, primeiro reforço aos quinze meses e segundo aos cinco anos. Após a vacina pode ocorrer vermelhidão, calor, endurecimento e edema, acompanhados ou não de dor, rubor pouco intenso e restrito ao local da aplicação, quando há contra-indicação, crianças nos quais ocorram convulsões ou síndrome hipotônica hiporesponsiva, a vacina DTP, nas próximas doses deve ser substituída pela tríplice com componente acelular (DPaT). Quando ocorre em encefalopatia, o esquema deve ser complementado com a dupla infantil (DT).

2.18 Teste do Pezinho

CORREIA (2006, p.72 a 76) descreve que: O exame laboratorial ou teste do Pezinho, como é mais conhecido é um teste feito com o sangue que é colhido do calcanhar do bebê, que serve para identificarmos algumas doenças, como: o hipotireoidismo congênito, a fenilcetonúria e as hemoglobinopatias (traço e doença falciforme). Essas doenças não apresentam sintomas no nascimento, e se não forem tratadas cedo, podem causar sérios danos à saúde, inclusive retardo mental grave e irreversível. Esse teste pode ser feito em uma unidade básica de saúde (entre o terceiro e o quinto dia de vida do RN), e não tem custo nenhum, as Unidades da Saúde, não podem cobrar nenhum serviço, pois eles já são financiados

pelo Sistema Único de Saúde - SUS. A coleta do exame é realizada do terceiro ao quinto dia de vida da criança, primeiro o recém-nascido entra em contato com o leite materno, para verificar se tem alguma dessas doenças.

2.19 Doenças Detectadas no Teste do Pezinho

A fenilcetonúria é uma doença causada por falta de uma substância (enzima) que transforma a fenilalanina (aminoácido) em tirosina. Ocorre um acúmulo de fenilalanina que poderá afetar o cérebro e levar à deficiência mental. O nome da doença deve-se ao fato de haver eliminação excessiva de fenilalanina na urina que fica com um odor semelhante ao do mofo. As crianças nascem normais, mas à medida que recebem alimentos ricos em fenilalanina, passam a acumulá-la no corpo sem conseguir metabolizá-la. A frequência desta doença é de um caso em cada 10.000 recém-nascidos, e é transmitida através dos genes dos pais. Se os pais forem portadores (heterozigotos), existirá uma chance de 25% de ter um filho doente (homozigoto).

O teste do pezinho é importante porque a suspeita diagnóstica se faz quando o nível de fenilalanina no sangue for acima de 20 mg/dl e o nível de tirosina no plasma for normal ou reduzido. A causa mais comum de aumento de fenilalanina no sangue do RN é uma circunstância transitória chamada tirosinemia transitória. Nesta condição ocorre aumento tanto de tirosina como de fenilalanina por atividade inadequada da enzima que age sobre a tirosina e é dependente de vitamina C. Isto ocorre principalmente em recém-nascidos prematuros (embora também possa ocorrer em recém-nascidos normais) porque as vias metabólicas da fenilalanina só se desenvolvem a partir dos últimos meses da gravidez. A tirosinemia transitória geralmente regride, não implicando nos mesmos riscos da fenilcetonúria.

A galactosemia é uma deficiência de uma enzima (galactose - 1 - fosfato uridil transferase) responsável pelo processamento do açúcar contido no leite (galactose). Quando as crianças deficientes desta enzima ingerem leite, ocorre acúmulo de galactose nas células do fígado, rins, cérebro e olhos, acarretando prejuízo para esses órgãos. Os sintomas da doença incluem problemas de coagulação, pele amarelada (icterícia), baixa de glicose no sangue, excesso de glicose na urina, excesso de acidez no sangue e catarata. A transmissão ocorre através dos genes dos pais e de forma recessiva. Ocorre numa frequência de uma criança doente em cada 60.000 nascimentos. O diagnóstico precoce pode evitar um agravamento das conseqüências do

excesso de galactose no corpo. Nestes casos a criança não deve tomar leite ou substâncias que contenham lactose e galactose.

A deficiência de biotinidase é uma deficiência de uma enzima que reaproveita uma vitamina chamada biotina e que resulta na falta desta vitamina. As crianças com esta deficiência podem ter convulsões, fraqueza muscular, erupções na pele, queda de cabelo, acidez no sangue e deficiência imunológica. A transmissão ocorre através dos genes dos pais.

A anemia falciforme é uma das doenças do sangue causadas por uma alteração na composição da hemoglobina levando a formação de uma hemoglobina anormal chamada de S. As hemoglobinopatias são herdadas geneticamente dos pais. A presença de doença (anemia) e outros sintomas dependem da intensidade e também do tipo de alterações da hemoglobina.

As consequências para o recém-nascido é que os doentes (falciforme ou homocigoto SS): atinge por volta de 8 indivíduos em cada 100.000 nascimentos. O recém-nascido não apresenta sinais da doença porque nasce com uma quantidade de hemoglobina fetal aumentada e esta proporciona proteção contra os efeitos da hemoglobina S (anemia, icterícia, dores ósseas, articulares e abdominais, infecções de repetição) até os seis meses de idade. Nessa ocasião já se pode confirmar o diagnóstico da anemia falciforme pelo predomínio de mais de 50% de hemoglobina S nos glóbulos vermelhos. Portador (traço falciforme ou heterocigoto S): é mais frequente e atinge 500 indivíduos em cada 100.000 nascimentos.

A criança portadora não apresenta sinais de doença até os seis meses de vida. Nestes casos, podem aparecer sintomas similares à anemia falciforme, com intensidade acentuadamente menor, e também sempre relacionada a situações desencadeantes como, por exemplo, infecções pulmonares graves, anestesia com baixa oxigenação, trabalho em condições de baixa oxigenação, avião despressurizado, grandes altitudes e raramente após exercício físico muito intenso. Em geral, este tipo de portador permanece assintomático durante toda a vida e o diagnóstico só virá a ser feito com exames de laboratório.

A glicose 6 - fosfato desidrogenase (G6PD) é o distúrbio metabólico mais comum dos glóbulos vermelhos e é causado por alterações de enzimas que são fundamentais para a estabilidade da membrana celular dos glóbulos vermelhos. Pacientes com a deficiência de G6PD podem apresentar destruição de glóbulos vermelhos (anemia hemolítica) e icterícia. É uma doença herdada geneticamente ligada ao cro-

mossomo X. Portanto acomete mais pacientes do sexo masculino. No Brasil, mais de 1% da população é portadora da doença. A grande maioria dos indivíduos deficientes de G6PD são assintomáticos e alguns deles tem crises agudas de anemia por destruição dos glóbulos vermelhos quando entram em contato com certos alimentos como a fava, substâncias químicas que podem ou não ser medicamentos (aspirina, sulfá, etc.) e diversas infecções virais. As crises de anemia hemolítica aguda se produzem pela destruição dos glóbulos vermelhos dentro do vaso sanguíneo e clinicamente se apresentam com anemia, icterícia e aumento do baço.

O hipotireoidismo congênito é a Triiodotironina (T3) e a Tiroxina (T4) são os hormônios produzidos pela glândula tireóide. São fundamentais para a regulação da produção e consumo de energia pelo organismo humano. Além disso, os hormônios tireoidianos atuam, desde a fase intrauterina, estimulando o processo de crescimento, desenvolvimento e influenciando decisivamente a maturação do sistema nervoso central. Sua deficiência leva a um quadro clínico bem definido denominado hipotireoidismo.

O hipotireoidismo pode ser adquirido em vida através de alterações auto-imunes, inflamatórias ou infecciosas, e também antes do nascimento, quer por alterações genéticas, quer por alterações ambientais e do organismo materno. Quais as conseqüências para o recém-nascido? Considerando-se a forte influência dos hormônios tireoidianos sobre o crescimento e o desenvolvimento neuropsicomotor, fica fácil compreender que a sua falta pode levar ao prejuízo no crescimento da criança e a um retardo mental, que será tanto maior, quanto mais tempo esta falta ocorrer. Qual a importância do teste do pezinho nesse caso? Os sinais e sintomas do hipotireoidismo são escassos nas primeiras semanas de vida. Sabe-se que ocorre um caso de hipotireoidismo congênito a cada 4.000 recém-nascidos vivos, proporção que aumenta para 1 em 2000 crianças em regiões carentes de iodo. A solução adotada por um grande número de países foi determinar a obrigatoriedade da avaliação da função tireoidiana em todos os recém nascidos. Esta é uma avaliação de rotina realizada pelo teste do pezinho através da dosagem de T4 e TSH.

A hiperplasia congênita da supra-renal é um defeito na produção de hormônios pelas glândulas suprarenais ou adrenais. Na tentativa de compensação dessa deficiência, a hipófise produz um excesso do hormônio que estimula a supra-renal causando um aumento do tamanho dessas glândulas e muitas vezes um aumento dos hormônios que controlam a masculinização do corpo, sem compensar a falta

dos hormônios que controlam o metabolismo da água e do sal do organismo. A alteração mais comum é a deficiência da enzima 21-hidroxilase progesterona.

Cada uma das enzimas tem um funcionamento que regulam a produção dos hormônios da glândula supra-renal é feito por genes. Qualquer alteração ou mutação destes genes pode acarretar um defeito, resultando na falta de um hormônio ou acúmulo de outro. A doença ocorre em 1 de cada 12.000 crianças nascidas vivas. Cerca de 1 a 2% da população é constituída de heterozigotos, isto é, de portadores do gene e não da doença. A deficiência da enzima 21-hidroxilase pode levar a um quadro de virilização da criança e eventualmente a vômitos e desidratação, com perda de sal e água.

A toxoplasmose é uma doença causada por um parasita, o *Toxoplasma gondii*. Ele é um parasita do intestino dos gatos onde se multiplica. Em outros animais o toxoplasma não completa seu ciclo: invade, forma cistos nos músculos, cérebro, retina e outros órgãos, mas não se multiplica no intestino. O grande transmissor é o gato, mas se qualquer animal pode ter cistos na sua musculatura, e se o homem consumir carne crua destes bichos, pode adquirir a toxoplasmose. A toxoplasmose parece não ser transmissível de homem a homem, exceto durante a gravidez. Na gravidez a imensa maioria dos casos de transmissão ocorre apenas se a mãe se contaminou e teve doença exatamente durante a gravidez, em qualquer fase desta. Casos de toxoplasmose congênita ligada a antigas infecções na mãe são raridades, embora existam. As conseqüências para o recém nascido podem ser sérias, como calcificações cerebrais, malformações, doença sistêmica grave, ou podem se expressar no futuro como doenças da retina que prejudicam a visão. Muitos casos não apresentam alterações clínicas ou sintomas, mas há alguma evidencia que a toxoplasmose se não tratada nestes casos leva a uma diminuição do potencial intelectual destas crianças, sem que isto esteja claramente mensurado. O teste do pezinho avalia se existem anticorpos contra o toxoplasma feitos pela criança, não pela mãe. Esta diferenciação é crítica, pois a imensa maioria das pessoas (90 % ou mais em São Paulo) tem anticorpos contra o toxoplasma por conta de infecções anteriores. A presença de anticorpos tipo IgG de origem materna na criança não tem o menor significado patológico.

2.20 O Teste da Orelhinha ou Triagem Auditiva Neonatal

Um dos sentidos mais importantes para o desenvolvimento completo da criança é a audição. O bebê já escuta desde bem pequeno, antes mesmo de ser erguido pelo doutor em sua apresentação ao mundo. Isso acontece a partir do quinto mês de gestação, em que o bebê ouve os sons do corpo da mãe e sua voz.

É através da audição e da experiência que as crianças têm com os sons ainda na barriga da mãe que se inicia o desenvolvimento da linguagem. Qualquer perda na capacidade auditiva, mesmo que pequena, impede a criança de receber adequadamente as informações sonoras que são essenciais para a aquisição da linguagem. Após essas informações fica mais fácil saber a importância do Teste da Orelhinha, ou Triagem Auditiva Neonatal, que é realizado já no segundo ou terceiro dia de vida do bebê. Ao contrário do nome parecido com o teste do pezinho, no Teste da Orelhinha não é preciso fazer um furo na orelha do bebê. Esse exame consiste na colocação de um fone acoplado a um computador na orelha do bebê que emite sons de fraca intensidade e recolhe as respostas que a orelha interna do bebê produz. O exame logo ao nascer é imprescindível para todos os bebês, principalmente àqueles que nascem com algum tipo de problema auditivo. Estudos indicam que um bebê que tenha um diagnóstico e intervenção fonoaudiológica até os seis meses de idade pode desenvolver linguagem muito próxima a de uma criança ouvinte.

O grande problema é que a maioria dos diagnósticos de perda auditiva em crianças acontece muito tardiamente, com três ou quatro anos, quando o prejuízo no desenvolvimento emocional, cognitivo, social e de linguagem da criança está seriamente comprometido.

É fácil, rápido e sem dor – o Teste da Orelhinha é realizado com o bebê dormindo, em sono natural, é indolor e não machuca, não precisa de picadas ou do sangue do bebê, não tem contra indicações e dura em torno de 10 minutos.

Há ainda os chamados bebês de risco para a surdez. São os casos em que já existe um histórico de surdez na família, intervenção em UTI por mais de 48 horas, infecção congênita (rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovirus e herpes), anormalidades craniofaciais (má formação de pavilhão auricular, fissura lábio palatina), que tenha feito uso de medicamentos ototóxicos, entre outros. Todos os bebês devem fazer o teste. Em bebês normais, a surdez varia de 1 a 3 crianças em cada 1.000 nascimentos, já em bebês de UTI Neonatal, varia de 2 a 6 em cada

1.000 recém-nascidos. A avaliação Auditiva Neonatal limitada aos bebês de risco é capaz de identificar apenas 50% dos bebês com perda auditiva.

A deficiência auditiva é a doença mais freqüente encontrada no período neonatal quando comparada a outras patologias. O teste da orelhinha é fundamental ao bebê, já que os problemas auditivos afetam a qualidade de vida da criança, interferindo no processo da fala. A criança cresce e tem dificuldade em ouvir ou em se expressar e, com isso, sente mais dificuldade em se socializar.

Alguns sinais importantes no desenvolvimento da criança: de 0 a seis meses o bebê se assusta, chora ou acorda com sons intensos e repentinos. Reconhece a voz materna e procura a origem dos sons. De seis a doze meses, localiza prontamente os sons de seu interesse e reage a sons suaves. O balbúcio se intensifica e reconhece seu nome quando chamado. Dos doze aos trinta meses, vai do início da primeira palavra (papai ou mamãe) até o uso de sentenças simples (dá a bola). Não incentive o filho a falar errado só porque soa bonitinho. Se ela diz que o papai chegou de "calo", corrija naturalmente dizendo que ele chegou de carro. O estímulo à pronúncia correta é fundamental no aprendizado.

2.21 O Teste do Olhinho

Existem vários tipos de exames que são realizados logo que o bebê nasce antes mesmo da alta hospitalar. São triagens neonatais que podem prevenir doenças e até mesmo detectar alguma alteração o mais cedo possível para evitar seqüelas mais graves.

O teste do olhinho (ou o teste do reflexo vermelho) é um exame que deve ser realizado rotineiramente em bebês na primeira semana de vida, preferencialmente antes da alta da maternidade, e que pode detectar e prevenir diversas patologias oculares, assim como o agravamento dessas alterações, como uma cegueira irreversível. O teste do olhinho é fácil, não dói, não precisa de colírio e é rápido (de dois a três minutos, apenas). Uma fonte de luz sai de um aparelho chamado oftalmoscópio, tipo uma "lanterninha", em que é observado o reflexo que vem das pupilas. Quando a retina é atingida por essa luz, os olhos saudáveis refletem tons de vermelho, laranja ou amarelo. Já quando há alguma alteração, não é possível observar o reflexo ou sua qualidade é ruim, esbranquiçada. A comparação dos reflexos dos dois olhos

também fornece informações importantes, como diferenças de grau entre olhos ou o estrabismo.

O teste do olhinho previne e diagnostica doenças, como a retinopatia da prematuridade, catarata congênita, glaucoma, retinoblastoma, infecções, traumas de parto e a cegueira. Segundo dados estatísticos, essas alterações atingem cerca de 3% dos bebês em todo o mundo.



2.22 A Amamentação

Segundo KENNER, (2001, p.115 a 121), A Organização Mundial da Saúde preconiza que a primeira mamada ocorra logo na primeira hora de vida do bebê. Portanto, quanto antes ocorrer, maior será os benefícios da amamentação e menor o risco do desmame precoce. Conforme os itens a seguir, mostraremos os componentes e funções do leite materno: As proteínas promovem o crescimento e a manutenção celular. A metioninacisteína (aminoácidos): promove o crescimento tissular corporal. A taurina permite o desenvolvimento precoce do cérebro e da retina. A gordura serve como a fonte mais concentrada de calorías. O colesterol pode ser necessário para a síntese do tecido nervoso e dos ácidos biliares. Os carboidratos: Servem como a principal fonte de calorías (a lactose é o principal carboidrato no leite materno, pequenas quantidades de galactose e de frutose também estão presentes). O ferro promove transporte e armazenamento de oxigênio celular e a renovação de dióxido de carbono aumenta a resistência a infecções. O zinco promove o crescimento e o reparo celulares. O cálcio promove a formação dos ossos e a coagulação sanguínea. O fósforo está envolvido na formação dos ossos e dos dentes e em outros processos bioquímicos. O Sódio e o potássio promovem o equilíbrio hídrico e eletrolítico. O cálcio, o fósforo, o potássio e o sódio também são solutos renais. As vitaminas são importantes em vários processos metabólicos. (Contém vitamina D, vitamina A, vitamina E). O flúor protege das cáries dentais. O hormônio da tireóide promove metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras. As imunoglobulinas protegem contra os antígenos e diminuem o risco de alergias alimentares, como a lactoferrina, fator bífido, fator antiestafilocócico, leucócitos, interferom, anticorpos, prostaglandinas e lactoperoxidase.

2.23 O Ambiente do Recém Nascido

O recém-nascido dorme entre dezesseis e dezoito horas por dia. Normalmente acorda apenas para tomar banho e mamar. O sono é interrompido quando a fralda está molhada ou suja, sente fome, cólicas ou então se o ambiente estiver agitado demais. Aos seis meses o número de horas diárias cai para quatorze horas. O bebê costuma dormir mais de manhã e na parte da tarde. Com um ano, essa rotina é de cerca de doze horas. Após o nascimento, o bebê obedece a ciclos de três horas. Depois do segundo mês, concentra o sono mais no período da noite. Mas pode acontecer dos bebês quererem trocar o dia pela noite. Cabe aos pais acostumar seus filhos, aos poucos, para que eles fiquem acordados mais tempo durante o dia. A criança que fica acordada quando está cansada, pode ficar estressada, chorar e gritar. O ideal é alterar seus hábitos em meia hora por dia.

Mantenha o ambiente sempre tranquilo e arejado quando o recém-nascido estiver dormindo, mas se for durante o dia, evite deixar o quarto muito escuro, para ele aprender aos poucos, que a hora certa de dormir é à noite. O bebê sente-se bem com o carinho da mãe e do pai. É necessário usar roupas confortáveis e é aconselhável conversar, ninar, balançar ou cantar suavemente para ajudá-lo a dormir. Um banho morno também é ótimo para relaxar a criança.

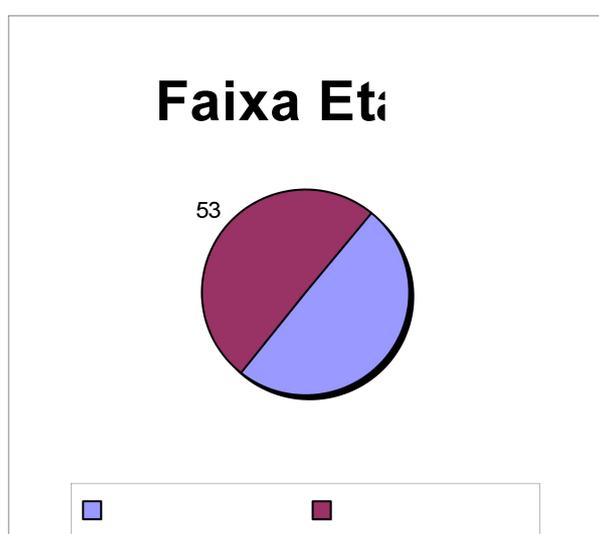
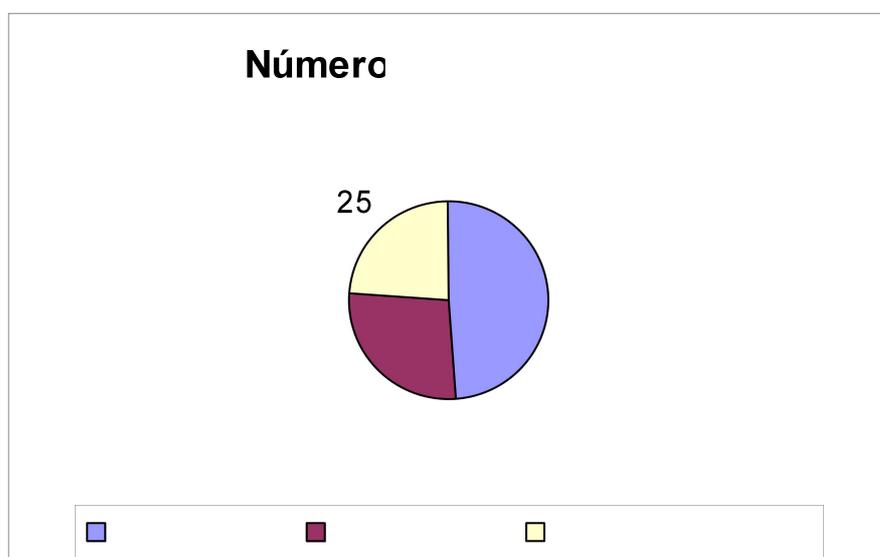
Esse projeto foi desenvolvido nos setores de internação A e B da Maternidade Darcy Vargas, com as puérperas internadas no período de sete de março a quinze de maio do ano de dois mil e nove.

Foi realizada a coleta de dados a partir de questionário (anexo 1), em forma de entrevista individual, para evidenciar o nível de conhecimento da puérpera e quais as dificuldades que a mesma tenha em relação aos assuntos abordados. As orientações educativas e preventivas com respeito aos cuidados, foram fornecidas mediante comunicação verbal, (individual ou coletiva), como palestras no próprio quarto e individualmente. Foi realizado na prática o banho do recém-nascido, no quarto onde as puérperas estavam internadas, a fim de proporcionar conhecimento não só para a mãe, mas para que a família também possa acompanhar e ser orientada a respeito do banho, da higiene corporal, fraldas e vestimenta.

Foi esclarecido que o trabalho respeitou as normas de Ética para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos segundo a resolução 196/96, contando com o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 2).

4 RESULTADOS ALCANÇADOS

No período de execução foram entrevistadas e orientadas 105 puérperas, sendo que, 52 tinham a faixa etária de 18 a 22 anos e 53 puérperas com faixa etária de 23 a 45 anos. Não foi difícil observar as dificuldades das puérperas, de maneira especial nas primigestas, sendo que 51 delas tiveram sua primeira gestação, 29 estavam na segunda gestação e as demais da terceira até a décima primeira gestação.



Por meio dessa pesquisa, pudemos constatar que a maioria das puérperas não estavam preparadas, ou não se preparam para cuidar do seu filho. Existe a preocupação para a chegada do bebê, preparo do enxoval, o quarto, “o momento mágico” pode-se dizer, e quando deparam-se com a prática, de cuidar do recém-

nascido, vêm-se desamparadas e inseguras por não terem as informações adequadas, para assumir o papel de mãe, em todo o seu contexto. Deve-se lembrar que esses contatos e práticas do cotidiano são muito importantes, pois promovem uma relação de afeto, segurança e bem estar tanto para a mãe, quanto para o bebê.

O trabalho realizado então foi de levar a essas mães informações e ensinamentos, com uma fundamentação teórica, proporcionando a elas conhecimento e praticas de como proceder no dia a dia no cuidado com seu recém-nascido. De forma geral, todas se demonstraram atenciosas, participativas e receberam bem a equipe envolvida no projeto, fazendo bom uso dos ensinamentos e questionando.

Com as informações que obtivemos através do questionário (anexo 1), pudemos evidenciar que: na hora do primeiro banho as puérperas preferiam que terceiros o dessem. A principal dúvida foi sobre o coto umbilical, as mães eram inseguras ao tocar o coto, com medo de ferir o recém nascido e a grande maioria fazia questionamentos sobre a faixa umbilical (usar ou não usar). Também houveram dúvidas sobre as cólicas do recém-nascido, em relação a prevenção e solução/medicação. E o que fazer quando o recém nascido já está com cólica? Além de dúvidas sobre o ambiente do recém nascido, como fazer para o bebê não trocar a noite pelo dia.

5 CONCLUSÕES

Cuidar de recém-nascidos necessita de muita dedicação e paciência para ajudar na superação da fase de maior vulnerabilidade da vida do ser humano.

A mãe terá diante de si um novo ser humano, pelo qual ela esperou durante nove meses, e então, se sentirá cheia de responsabilidade, ela terá que cuidar, amamentar, proteger e educar, por vezes pode sentir-se insegura, ter dúvidas sobre a capacidade de suprir todas as necessidades desse novo ser.

Concluimos também que as mães primigestas, tiveram maior aceitação das orientações, enquanto que as multigestas tinham pouca receptividade.

Realizar esse projeto foi muito gratificante, pois além de participar de um momento tão feliz na vida de uma família, podemos também proporcionar a mãe e a seus familiares presentes mais segurança para cuidar do seu recém-nascido, com nossas orientações, pois acreditamos que o conhecimento gera segurança.

REFERÊNCIAS

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. Práticas de enfermagem: Ensinando a cuidar da Mulher, do Homem e do recém nascido. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2003.

CORREIA, Lone. Assistência à saúde da criança: Atenção primária do nascimento aos dois anos de idade. Taubaté, SP: Látria, 2006.

MINISTÈRIO DA SAÙDE. Profissionalização de auxiliares de Enfermagem. Saúde da mulher, da criança e do adolescente. Brasília: MS 2ªedição, 2008.

KENNER, Caroline. ENFERMAGEM NEONATAL. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.

O Sono do Recém nascido. Disponível em :
<http://www.ultrasom3d.net/Materias/sono/sono.htm> acesso em 25/05/2009 .

RODRIGUES, B. O Teste do Olhinho e da Orelhinha. Disponível em
www.guiadobebe.com.br. Acesso em 25 de junho de 2009.

Mitos e Verdades. Disponível em <http://www.avidadobebe.net/mitos.php>. Acesso em 05 de abril de 2009.

ANEXOS

Anexo 1 - QUESTIONARIO/ENTREVISTA PARA O LEVANTAMENTO DE DADOS E ORIENTAÇÕES DAS NECESSIDADES DAS PUÉRPERAS

EDUCAÇÃO EM SAÚDE AS PUÉRPERAS INTERNADAS NA MATERNIDADE DARCY VARGAS: CUIDADOS COM O RECEM-NASCIDOS

DATA: _____

NOME: _____

IDADE: _____

Número de gestações: ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 Outros: _____

Participou de algum curso para gestante: Sim () Não () Onde: _____

Sobre o RN: Data de nascimento: _____ Sexo: M() F()

1) Você tem alguma experiência ou já obteve alguma orientação referente à higiene do recém-nascido?

() O BANHO – Higiene: face, oral, região anal e genitálias (proteger os ouvidos/água tépida/roupas folgadas).

() A TROCA DE FRALDAS – (perna de lado/ limpar genitais da frente para traz}

() O COTO UMBILICAL (não dói / não deixar escorrer / álcool a 70% limpar bem)

2) Quanto às cólicas abdominais dos recém-nascidos: Quais suas possíveis causas? (imaturidade do sistema digestório / ar deglutido – fazer arrotar / massagem abdominal)

3) Sobre mitos e verdades: Você conhece, tem dúvidas ou já ouviu falar de algum procedimento estranho realizados em recém-nascido? QUAIS?

4) O que você sabe sobre o teste do pezinho: Quando deve ser feito? Porquê? As doenças pesquisadas são: Hiperplasia congênita de supra renal , toxoplasmose, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme, deficiência de bionidase, glicose 6 - fosfato de desidrogenase (G-6 PD), fenilcetonúria e galactosemia.

5) No seu entendimento, qual a importância da vacinação, (BCG, anti – hepatite B) para a saúde de seu filho?

- 6) Quais são as dúvidas sobre a amamentação (leite materno / sugar (hormônios – ocitocina e prolactina), hidratação / pega correta/exclusivo até os 6 meses/coloostro/leite rico em proteína e gordura/desenvolve músculos da boca e dentição correta.

- 7) Quanto a questão ambiental: como ensinar a criança não troca a noite pelo dia (arejado/claridade e ruídos de dia e escuro e silêncio à noite)

- 8) Sobre o teste do olhinho e da orelhinha. O que sabe sobre eles?

Anexo 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE SANTA CATARINA CAMPUS JOINVILLE – CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Autores:	CPF	RG
Adriano Gracik		52037
Cheila Resin		4172456-2
Maic Jeferson Schlingmann		4658806-0
Simone Rodrigues da Silva		4647980-5

Os pesquisadores acima citados, junto à orientadora Professora Enfermeira Ondina Machado, a convidam como voluntária a participar da pesquisa: Cuidados com Recém nascido. O objetivo desse projeto é levantar as principais dificuldades das puérperas no cuidado com os recém-nascidos em casa.

Serão aplicados questionários de entrevista individual para evidenciar o nível de conhecimento e quais as dificuldades que se tenham em relação ao assunto, e em seguida, orientações direcionadas às principais dificuldades.

Esclarece-se que a participação nesta entrevista e o preenchimento dos questionários, bem como a presença nas orientações fornecidas é voluntária e o respondente está livre a retirar seu consentimento, sem nenhuma penalidade a qualquer momento da pesquisa.

Os dados da pesquisa serão utilizados apenas para fins acadêmicos e científicos e entende-se que a participação nessa pesquisa não acarretará nenhum dano aos participantes. O presente documento possui 2 vias assinadas pelos autores e pelo respondente da pesquisa.

Nome	Assinatura do participante	Data
------	----------------------------	------
