

SAVING NEWBORN LIVES

Cuidados ao Recém-Nascido

Manual de Consulta

Diana Beck, Frances Ganges, Susan Goldman, Phyllis Long

SAVING NEWBORN LIVES (SALVANDO VIDAS DE RECEM-NASCIDOS) é uma iniciativa global de 10 a 15 anos da Save the Children que tem a finalidade de melhorar a saúde e o índice de sobrevivência dos recém-nascidos nos países em desenvolvimento. Apoiada pela Fundação Bill e Melinda Gates, a iniciativa trabalha com os governos, comunidades locais e agências parceiras nos níveis comunitários e nacionais a fim de progredir em direcção a uma mudança verdadeira e duradoura na saúde de recém-nascidos.

SAVE THE CHILDREN é uma organização sem fins lucrativos, líder internacional em assistência a criança que trabalha em quase 50 países, incluindo os Estados Unidos. Nossa missão é criar mudanças duradouras e positivas na vida das crianças em necessidade. Save the Children é membro da Save the Children Alliance internacional, uma rede mundial de 30 organizações Save the Children independentes em mais de 100 países que têm a finalidade de assegurar o bem-estar e proteger os direitos das crianças do mundo todo.

Esta publicação foi possível graças ao suporte da Fundação Bill e Melinda Gates.

© Save the Children Federation, 2004

Equipa editorial: Robin Bell, Charlotte Storti, Nathalie Gamache

Editores contribuintes: Anne Tinker, Pat Daly

Projecto instrutivo: Gabrielle Beasley

Ilustrador: Tim Hinton

Projecto e produção: KINETIK, Washington, DC

Para obter mais informações:

Saving Newborn Lives

Save the Children

2000 M Street NW

Suite 500

Washington, DC 20036

www.savethechildren.org and

www.healthynewborns.com

SOBRE OS AUTORES

Diana Beck, CNM, MS

Diana Beck é uma consultora independente em saúde materna- e do recém-nascido com grande experiência na formação e no desenvolvimento de materiais educacionais.. Ela foi co-autora de diversos manuais para uso internacional, incluindo *Home-Based Life Saving Skills* e *Healthy Mother Healthy Newborn Care*, manual para referência e guia. Enfermeira e parteira certificada, Diana Beck já trabalhou nos Estados Unidos, África, Ásia e América Central, e actualmente actua como consultora da Saving Newborn Lives.

Frances Ganges, CNM, MPH

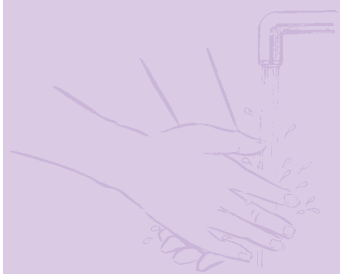
Frances Ganges é enfermeira-parteira certificada com mais de 20 anos de experiência em saúde materna-do recém-nascido e reprodutora. Com experiência clínica e de ensino dentro do país e internacionalmente, Frances Ganges já ofereceu assistência técnica a programas na África, Ásia e América Latina. Ela foi co-autora de diversos manuais de formação e participou de pré- formação e formação no serviço de profissionais da saúde de todos os níveis. Actualmente, Ganges é Consultora Sênior em Saúde do Recém-Nascido para a SNL, e ofereceu a liderança técnica para o desenvolvimento deste manual.

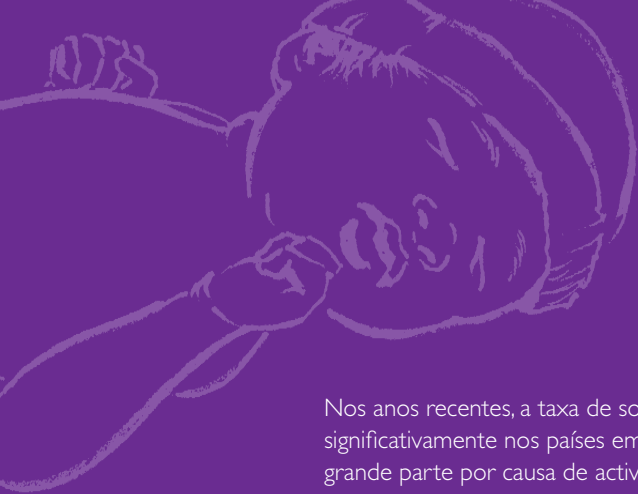
Susan Goldman, CNM, PhD

Susan Goldman é enfermeira-parteira certificada com ampla experiência vivendo e trabalhando na África e mais de 20 anos de experiência como consultora na África, Ásia, Europa Oriental e América Latina nas áreas de parteira, saúde materna e infantil, saúde pública, alívio da fome e nutrição. Susan Goldman participou da formação de profissionais da saúde de todos os níveis em países em desenvolvimento. Ela foi autora e co-autora de um livro sobre amamentação, manuais de formação, artigos científicos e outros documentos profissionais

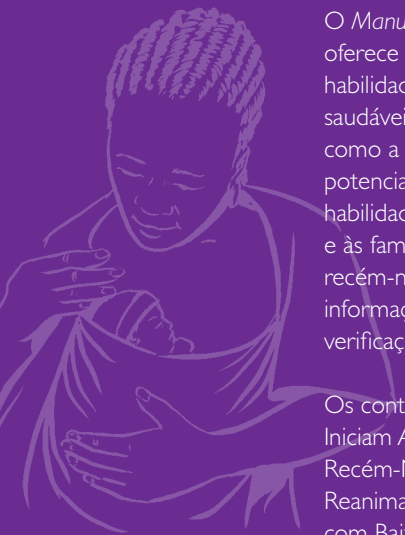
Phyllis Long, CNM, MSN

Phyllis Long é co-fundadora do Institute for Midwifery, Women and Health, um programa educacional para parteiras baseado na Universidade da Filadélfia. Ela tem uma longa carreira em instrução pré-serviço e no serviço, tanto dentro do país quanto internacionalmente, incluindo uma posição por quatro anos no corpo docente do Public Health College, em Gondar, Etiópia. Recentemente aposentada da Universidade da Filadélfia, Phyllis Long actua como consultora independente em instrução e aprendizado distributivo para parteiras.



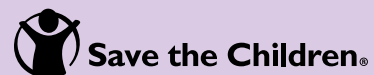


Nos anos recentes, a taxa de sobrevivência infantil aumentou significativamente nos países em desenvolvimento, em grande parte por causa de actividades como programas de imunização infantil e controle de diarreia. No entanto, as altas taxas de mortalidade infantil entre recém-nascidos (bebés desde o nascimento até 28 dias de vida) permanecem praticamente iguais. Mais de 40% de todas as mortes de crianças baixo de cinco anos ocorre entre recém-nascidos, apesar de medidas comprovadas e custo-eficazes para evitar a morte de recém-nascidos estarem disponíveis. A fim de proporcionar aos recém-nascidos os cuidados adequados durante o primeiro mês de vida, Saving Newborn Lives, uma iniciativa da Save the Children, desenvolveu o Manual de Consulta para Cuidados ao Recém-Nascido, como um recurso de formação para todos os profissionais da saúde.



O *Manual de Consulta para Cuidados ao Recém-Nascido* oferece informações actualizadas e define e ilustra as habilidades necessárias para manter os recém-nascidos saudáveis, incluindo cuidados de rotina e preventivos, bem como a detecção antecipada e a administração de problemas potencialmente fatais. Além disso, o manual introduz as habilidades necessárias para comunicar informações às mães e às famílias, que precisam entender como cuidar de seus recém-nascidos 24 horas por dia. Cada capítulo apresenta informações na forma de descrições, tarefas e listas de verificação, ilustrações e tabelas para tomada de decisões.

Os conteúdos incluem: Os Cuidados ao Recém-Nascido Iniciam Antes do nascimento, Cuidados Básicos para Todos Recém-Nascidos, Alimentação Materna com Sucesso, Reanimação do Recém-Nascido, Cuidados aos Bebés com Baixo Peso ao Nascer e Problemas Comuns em Recém-Nascidos. Os apêndices contêm Programas para a Imunização Materna e do Bebê, Referência de Medicamentos (para recém-nascidos e para mães) e informações técnicas sobre Prevenção de Infecção, Habilidades Básicas para os Cuidados ao Recém-Nascido e Comunicação e Aconselhamento.



Saving Newborn Lives
Save the Children
2000 M Street NW
Suite 500
Washington, DC 20036

www.savethechildren.org
www.healthynewborns.com

Cuidados ao Recém-Nascido Manual de Consulta

SAVING NEWBORN LIVES



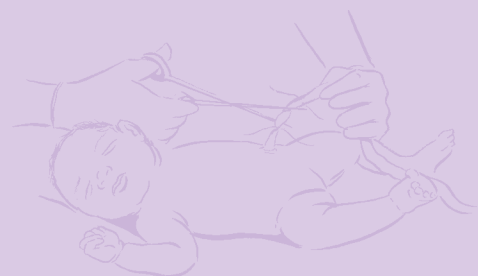
Save the Children®

Saving Newborn Lives

Manual de Consulta para
Cuidados ao Recém-Nascido



Diana Beck, Frances Ganges, Susan Goldman, Phyllis Long



LISTA DE TABELAS E FIGURAS	v
SOBRE ESTE MANUAL	ix
AGRADECIMENTOS	xi
ABREVIATURAS	xii
O RECÉM-NASCIDO ESQUECIDO	
Introdução	
Mortalidade dos Recém-Nascidos	2
A regra dos dois terços	2
Principais causas de morte de recém-nascidos	3
Sobrevivência do recém-nascido	3
Visão Geral do <i>Manual de Consulta para Cuidados ao Recém-Nascido</i>	4
Uma Introdução à Técnica para Tomada de Decisões	5
Bebé Isabel: Uma ilustração da técnica para tomada de decisões	6
CAPÍTULO 1: OS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO INICIAM ANTES DO NASCIMENTO	
Introdução	13
Os Cuidados ao Recém-Nascido Iniciam Antes do Nascimento	14
Cuidados pré-natais	14
Aconselhamento	14
Plano de parto	16
Sinais de perigo e prontidão em caso de complicação	16
Cuidados com trabalho de parto e parto	18
Partograma	18
Transmissão de HIV de mãe para filho	18
Sinais de perigo durante o trabalho de parto e parto	19
Esgotamento fetal durante o parto	21
Sinais de perigo materno no período pós-parto	21
Intervalo entre filhos	21
CAPÍTULO 2: CUIDADOS ESSENCIAIS A TODOS RECÉM-NASCIDOS	
Introdução	23
Visão Geral dos Cuidados Essenciais ao Recém-Nascido	25
Preparação para o Nascimento do Bebê	25
Prevenção contra infecção	25
Preparação da sala de parto	26
Manter registos	26
Reunir equipamento, suprimentos e medicamentos	26
Preparar para evitar a perda de calor	28
Cuidados Imediatos no Parto	29
Passos para os cuidados imediatos ao recém-nascido	29
Passo 1: Secar e estimular o bebé	29
Passo 2: Avaliar a respiração e a cor do bebé	30
Passo 3: Decidir se o bebé precisa de reanimação	30
Passo 4: Amarrar e cortar o cordão umbilical	30
Passo 5: Colocar o bebé em contacto pele a pele com a mãe	30
Passo 6: Fazer a mãe começar a dar de mamar	31
Passo 7: Cuidar dos olhos	31
Cuidados ao Recém-Nascido Durante o Primeiro Dia	32
Avaliar o bebé	32
Oferecer cuidados ao recém-nascido normal	32
Oferecer outros cuidados para outros problemas ou necessidades	33
Dar vitamina K, administrar as primeiras imunizações e completar os registos do bebé e da mãe	33
História e Exame Físico do Recém-Nascido	33
Obter a história	33
Fazer exame físico	33
Identificar necessidades ou problemas	35
Cuidados ao Recém-Nascido Durante os Primeiros 28 dias	42
Por que os cuidados de seguimento ao recém-nascido são tão importantes?	42
Enfoque especial de cada visita de seguimento	43

Preparar para consultas de cuidados de seguimento.....	43	Usar posições diferentes para segurar o bebé.....	66
Oferecer cuidados de seguimento	43	Repouso	68
Documentar os passos	49	Ingerir nutrientes suficientes	68
Lista de verificação para consultas de cuidados de seguimento.....	49	Amamentar um bebé doente durante e depois da doença.....	68
Ensinar e Aconselhar a Mãe e a Família sobre os Cuidados ao Recém-Nascido.....	50	Alimentar o bebé mais frequentemente durante períodos de rápido crescimento	68
Aquecimento.....	50	Como saber se o bebé está recebendo leite materno suficiente.....	68
Sono	50	Como a amamentação exclusiva pode ajudar a evitar outra gravidez.....	69
Carinho.....	51	Por quanto tempo amamentar.....	69
Protecção contra infecção	51	Amamentação de gémeos	70
Banho do recém-nascido.....	52	Alimentação do Bebé, Quando a Mãe é HIV Positiva:	
Cuidado ao cordão umbilical.....	53	Como Tomar uma Decisão Informada.....	71
Imunizações	53	Aconselhamento sobre alimentação de bebés	71
Amamentação	53	Factos sobre amamentação para mães	
Vitamina A.....	54	HIV positivas e suas famílias	71
Protecção e segurança.....	54	Opção 1: Amamentação exclusiva com desmame precoce ou quando a alimentação substituta satisfaz os critérios de APASS.....	72
Sinais de perigo para o recém-nascido.....	55	Opção 2: Como espremer leite e aquecê-lo antes de alimentar o bebé.....	72
Planificar consultas de seguimento.....	55	Opção 3: Amamentação por ama de leite que seja HIV negativa	73
CAPÍTULO 3:		Opção 4: Alimentação substituta com substituto comercial	73
ALEITAMENTO MATERNO COM SUCESSO		Opção 5: Alimentação substituta com leite modificado em casa	73
Introdução	59	Problemas com a Amamentação.....	74
Vantagens do Aleitamento Materno	60	Mamilos doridos ou rachados	74
Aleitamento Materno Imediato e Exclusivo.....	62	Sem leite suficiente	74
Dar outros líquidos ou alimentos durante os primeiros seis meses pode ser prejudicial ao bebé e à amamentação.....	62	Engorgitamento do seio.....	75
Os bebés recebem água suficiente da amamentação.....	62	Canal de leite entupido.....	75
Começando a Amamentar	63	Mastite	75
Por que a mãe deve começar a amamentar durante a primeira hora depois do parto?	63	Como Espremer Leite	86
Continuando a Amamentar.....	66	Como armazenar leite materno	86
Alimentar o bebé de acordo com a demanda.....	66	Alimentação por Copo.....	88
Esvaziar o primeiro seio depois de cada amamentação.....	66	Quem deve usar copo?	88
Beber com cada amamentação e comer mais alimentos diariamente	66		

CAPÍTULO 4:	
REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO	
Introdução	93
O que é Asfixia?.....	94
Preparação para a Reanimação do Recém-Nascido	95
Aquecimento.....	95
Superfície para fazer a reanimação.....	95
Equipamento e suprimentos	95
Como Decidir se o Recém-Nascido Precisa	
de Reanimação.....	98
Avaliação imediata logo após o nascimento.....	98
Como Fazer a Reanimação do Recém-Nascido	99
Passo 1: Posicionar o bebê.....	99
Passo 2: Liberar as vias respiratórias	100
Passo 3: Ventilar.....	100
Passo 4: Monitorar	102
Cuidados Depois da Reanimação.....	104
Se a reanimação foi bem sucedida.....	104
Se o bebê estiver respirando mas precisa de	
transferência.....	105
Se a reanimação não foi bem sucedida.....	106
Como Limpar o Equipamento e Suprimentos	
para Reanimação	107

CAPÍTULO 5:
CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO COM BAIXO PESO AO NASCER

Introdução	109
O Que é um Baixo Peso ao Nascer?	110
Como bebês de baixo peso ao nascer e	
prematuros parecem?.....	112
Que problemas os bebês com baixo peso	
ao nascer apresentam?.....	112
Cuidados para Recém-Nascido de Baixo	
Peso ao Nascer.....	112
Cuidados durante o parto.....	112
Cuidados de seguimento ao bebê	
de baixo peso ao nascer	112
Sinais de perigo para o recém-nascido.....	112
Contacto Pele a Pele ou Método de Mãe Canguru	118
Componentes do método de mãe canguru.....	118

Como ajudar a mãe a manter o bebê aquecido	
pelo contacto pele a pele.....	118
Como amamentar o bebê de baixo	
peso ao nascer	120

CAPÍTULO 6:
PROBLEMAS COMUNS DOS RECÉM-NASCIDOS

Introdução	125
Sinais de Perigo para o Recém-Nascido	126
Estabilização e Transferência de Emergência de	
Recém-Nascidos.....	128
Estabilizar o recém-nascido	128
Transferir o recém-nascido.....	128
Problemas do Recém-Nascido.....	130
Problemas Respiratórios	130
Infecção Generalizada: Sepsis do Recém-Nascido.....	130
Infecções Localizadas.....	130
Infecção do cordão umbilical.....	130
Infecção cutânea	131
Infecção ocular.....	138
Sapinho	138
Problemas com a Temperatura do Corpo.....	142
Icterícia.....	146
Sangramento do Cordão Umbilical.....	146
Problemas Vindos da Gravidez e do Parto.....	146

APÊNDICES

Apêndice A: Planos de Imunização Materna	
e do Bebê	153
Apêndice B: Referência de Medicamentos	161
Apêndice C: Prevenção de Infecção.....	185
Apêndice D: Habilidades Básicas para os Cuidados	
ao Recém-Nascido.....	209
Apêndice E: Comunicação e Aconselhamento	217

GLOSSÁRIO	223
------------------------	-----

BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA	229
---	-----

ÍNDICE	231
---------------------	-----

Lista de Tabelas e Figuras

INTRODUÇÃO

Gráfico 1	A regra dos Dois Terços	2
Gráfico 2	Causas Directas de Morte Neonatal	3
Tabela 3	Tabela de Tomada de Decisão.....	12

CAPÍTULO 1

Tabela 1.1	Cuidados Pré-Natais para Prevenir Problemas com o Recém-Nascido	15
Tabela 1.2	Plano de Parto.....	17
Tabela 1.3	Sinais de Esgotamento Fetal.....	20

CAPÍTULO 2

Tabela 2.1	Equipamento e Suprimentos para a Sala de Parto e Cuidados Pós-Natais Imediatos	27
Tabela 2.2	Passos para os Cuidados Imediatos ao Recém-Nascido	28
Tabela 2.3	Passos para o Cuidado aos Olhos.....	32
Tabela 2.4	História da Gravidez, Nascimento e Período Neonatal Imediato.....	34
Tabela 2.5	Exame Físico do Recém-Nascido: Achados Normais.....	36
Tabela 2.6	Exame Físico do Recém-Nascido: Achados Anormais e Plano de Acção	38
Tabela 2.7	Enfoque Especial para Cada Consulta de Seguimento	44
Tabela 2.8	Cuidados ao Recém-Nascido Durante os Primeiros 28 Dias: Tabela de Tomada de Decisões.....	46
Tabela 2.9	Lista de Verificação: O Recém-Nascido Está Saudável e Seguro Se.....	49
Tabela 2.10	Como a Família Pode Manter o Recém-Nascido Aquecido	50
Tabela 2.11	Como a Família Deve Proteger o Recém-Nascido Contra Infecção.....	51
Tabela 2.12	Manter o Recém-Nascido Aquecido Durante o Banho	52
Tabela 2.13	Recomendações para o Banho.....	52
Tabela 2.14	Cuidados com o Cordão Umbilical.....	53
Tabela 2.15	Sinais de Perigo para o Recém-Nascido.....	55

CAPÍTULO 3

Tabela 3.1	Como o Aleitamento Materno Ajuda Bebés e Mães	61
Tabela 3.2	Dicas para Ajudar com a Primeira Amamentação.....	64
Tabela 3.3	Sinais de que o Bebê Está Recebendo Leite Suficiente	69
Tabela 3.4	Mamilos Doridos ou Rachados:Tabela de Tomada de Decisões.....	76
Tabela 3.5	Sem Leite Suficiente:Tabela de Tomada de Decisões	78
Tabela 3.6	Seio Engorgitado:Tabela de Tomada de Decisões	80
Tabela 3.7	Canal de Leite Entupido:Tabela de Tomada de Decisões	82
Tabela 3.8	Mastite:Tabela de Tomada de Decisões	84
Tabela 3.9	Como Preparar Copos e Recipientes para Colectar o Leite Materno Espremido e Amamentar	86
Tabela 3.10	Ensinar a Mãe a Espremer Leite.....	87
Tabela 3.11	Dicas para Armazenar e Usar Leite Materno Armazenado	88
Tabela 3.12	Por Que Usar Copo?.....	89
Tabela 3.13	Mostrar à Família Como Alimentar por um Copo	89

CAPÍTULO 4

Tabela 4.1	Equipamento e Suprimentos para a Reanimação do Recém-Nascido	95
Tabela 4.2	Hipoxia.....	96
Tabela 4.3	Sinais de que o Bebê Precisa de Transferência Depois da Reanimação	102
Tabela 4.4	Resumo da Reanimação do Recém-Nascido.....	103

CAPÍTULO 5

Tabela 5.1	Factores Associados ao Baixo Peso ao Nascer.....	111
Tabela 5.2	Problemas com Bebê de Baixo Peso ao Nascer.....	113
Tabela 5.3	Bebê com Baixo Peso ao Nascer - Cuidados Durante o Nascimento: Tabela de Tomada de Decisões.....	114
Tabela 5.4	Bebê com Baixo Peso ao Nascer - Cuidados Semanais de Seguimento: Tabela de Tomada de Decisões.....	116
Tabela 5.5	Como o Método de Mãe Canguru Ajuda o Bebê e a Mãe?.....	118
Tabela 5.6	Dicas para Ajudar a Mãe a Amamentar no Seio o Bebê de Baixo Peso ao Nascer	121

CAPÍTULO 6

Tabela 6.1	Sinais de Perigo para o Recém-Nascido.....	127
Tabela 6.2	Como Ensinar Mães, Famílias e Comunidades a Responder aos Sinais de Perigo para o Recém-Nascido.....	128
Tabela 6.3	Directrizes de Referência para Recém-Nascido.....	129
Tabela 6.4	Problemas Respiratórios: Tabela de Tomada de Decisões.....	132
Tabela 6.5	Sepsis do Recém-Nascido: Tabela de Tomada de Decisões.....	133
Tabela 6.6	Infecção do Cordão Umbilical:Tabela de Tomada de Decisões.....	134
Tabela 6.7	Infecção Cutânea:Tabela de Tomada de Decisões	136
Tabela 6.8	Infecção dos Olhos:Tabela de Tomada de Decisões	139
Tabela 6.9	Aftas:Tabela de Tomada de Decisões	140
Tabela 6.10	Hipotermia/Temperatura Baixa:Tabela de Tomada de Decisões.....	143
Tabela 6.11	Hipertermia/Temperatura Alta Tabela de Tomada de Decisões.....	144
Tabela 6.12	Icterícia:Tabela de Tomada de Decisões.....	148
Tabela 6.13	Sangramento do Cordão Umbilical Tabela de Tomada de Decisões.....	150

APÊNDICES

Tabela A.1	Imunização da Mãe.....	155
Tabela A.2	Programa de Imunização para Bebês	156
Tabela A.3	Imunizações do Bebê.....	157
Tabela B.1	Parte 1: Medicamentos para Recém-Nascidos – Agentes Anti-Infeciosos	163
Tabela B.2	Parte 1: Medicamentos para Recém-Nascidos – Vitaminas	168
Tabela B.3	Parte 1: Medicamentos para Recém-Nascidos – Medicamentos Anti-Infeciosos para Cuidados aos Olhos no Nascimento.....	169
Tabela B.4	Parte 2: Medicamentos para Mães – Agentes Anti-Infeciosos.....	171
Tabela B.5	Parte 2: Medicamentos para Mães – Antimaláricos.....	178
Tabela B.6	Parte 2: Medicamentos para Mães – Antihelmínticos	178
Tabela B.7	Parte 2: Medicamentos para Mães – Vitaminas e Ferro/Folato.....	179
Tabela B.8	Parte 2: Medicamentos para Mães – Outros Medicamentos	180
Tabela B.9	Parte 3: Como Administrar Oxigênio a Recém-Nascidos	182
Tabela C.1	Dicas para Lavar as Mãos com Sabão e Água Corrente.....	188
Tabela C.2	Dicas para Limpar as Mãos Esfregando com Álcool.....	188
Tabela C.3	Passo 1: Descontaminação	189
Tabela C.4	Passo 2: Limpeza	191
Tabela C.5	Passo 3: Descontaminação de Alto nível (DAN) por Fervura.....	192
Tabela C.6	Passo 3: DAN por Vapor	192
Tabela C.7	Passo 3: Esterilização por Vapor (Autoclave).....	193
Tabela C.8	Passo 3: Esterilização por Calor Seco (Forno Eléctrico ou a Gás).....	195
Tabela C.9	Passo 4: Armazenar para Uso.....	195
Tabela C.10	Quando e que Tipo de Luvas São Necessárias	197

Tabela C.11 Rotinas Recomendadas para Limpeza de um Centro de Saúde.....	203
Tabela C.12 Maneiras de Eliminar Lixo Contaminado...	205
Tabela C.13 Tipos de Lixo e Como Eliminá-los.....	206

FIGURAS

CAPÍTULO 2

Figura 2.1 Como Secar o Recém-Nascido.....	29
Figura 2.2 Como Cortar o Cordão Umbilical	30
Figura 2.3 Iniciação Atempada da Amamentação.....	31
Figura 2.5 Como Lavar as Mãos	35
Figura 2.6 Moldagem da Cabeça.....	42
Figura 2.7 Fontanela	42
Figura 2.8 Como Manter o Bebê Aquecido.....	50

CAPÍTULO 3

Figura 3.1 Amamentação Exclusiva é a Maneira Mais Saudável de Alimentar um Recém-Nascido.....	62
Figura 3.2 Espere Até a Boca Abrir Bem	65
Figura 3.3 Pega do Seio.....	65
Figura 3.4 Posição Sentada	67
Figura 3.5 Posição Cavalinho.....	67
Figura 3.6 Posição Invertida.....	67
Figura 3.7 Deitada de Lado.....	67
Figura 3.8 Posição Invertida com Gêmeos	70
Figura 3.9 Posição Sentada com Gêmeos	70
Figura 3.10 Massagear o Seio	87
Figura 3.11 Como Espremer Leite para um Copo.....	87
Figura 3.12 Alimentar por um Copo.....	88

CAPÍTULO 4:

Figura 4.1 Local de Reanimação	94
Figura 4.2 Posicionar o Bebê para Reanimar.....	98
Figura 4.3 Extensão Correcta da Cabeça para Reanimação.....	99
Figura 4.4 Colocação Correcta da Máscara	101
Figura 4.5 Reanimação com Aspiração e Máscara.....	101
Figura 4.6 Manter o Bebê Aquecido	105

CAPÍTULO 5

Figura 5.1 Contacto Pele a Pele.....	118
Figura 5.2 Como Embrulhar o Bebê e a Mãe.....	119
Figura 5.3 Bebê em Posição de Método de Mãe Canguru	120
Figura 5.4 Os Pais Também Podem Ajudar com o Contacto Pele a Pele.....	120

CAPÍTULO 6

Figura 6.1 Infecção do Cordão Umbilical:.....	131
---	-----

APÊNDICES

Figura C.1 Como Lavar as Mãos	187
Figura C.2 Como Embrulhar Instrumentos para Esterilização	194
Figura C.3 Como Colocar Luvas Cirúrgicas	198
Figura C.4 Como Remover as Luvas Cirúrgicas.....	199
Figura C.5 Técnica de uma Mão Só	201
Figura D.1 Pêra de Borracha.....	211
Figura D.2 Armadilha para Muco De Lee	211
Figura D.3 Injecção Intramuscular	215
Figura E.1 Comunicação Entre o Profissional de Saúde e a Mãe.....	218



Sobre este manual

O *Manual de Consulta para Cuidados ao Recém-Nascido* foi desenvolvido para guiar a formação de todos os profissionais de assistência à saúde nas melhores práticas para a saúde e a sobrevivência de recém-nascidos, particularmente em países em desenvolvimento. As informações e as habilidades oferecidas nas páginas a seguir são essenciais para quem cuida de qualquer recém-nascido nos primeiros 28 dias de vida, sejam profissionais de assistência à saúde comunitários, enfermeiras, parteiras ou médicos.

Os currículos e cursos de formação na maioria dos países em desenvolvimento muitas vezes não tratam adequadamente dos conhecimentos e habilidades específicas necessárias para cuidar de recém-nascidos e, como consequência, milhões de bebês morrem desnecessariamente em cada ano. Este manual oferece informações actualizadas, abrangentes e com base em provas, define e ilustra as habilidades necessárias para manter os recém-nascidos saudáveis, incluindo cuidados de rotina e preventivos, bem como a detecção precoce e gestão de problemas potencialmente fatais.

O *Manual de Consulta para Cuidados ao Recém-Nascido* também trata de informações que a mãe e a família devem entender para cuidar de seu recém-nascido 24 horas por dia, pois são essas pessoas que atenderão as necessidades diárias do recém-nascido e os problemas que podem ocorrer. Assim como o profissional de assistência à saúde, essas pessoas precisam reconhecer e responder adequadamente aos sinais de perigo quando eles surgirem. Além de cuidar do recém-nascido, os profissionais de assistência à saúde têm um papel importante na comunicação e na demonstração precisas com as mães e as famílias para assegurar que elas conheçam essas melhores práticas. Desenvolver habilidades de comunicação – como ouvir as mães e compartilhar informações com elas – é, portanto, uma função importante deste manual.

A formação de profissionais de assistência à saúde é somente um componente do sucesso nos cuidados de saúde ao recém-nascido e à mãe. Sem os outros componentes – supervisão responsável, equipamento e uma fonte de confiança de suprimentos e um sistema de transferência, mesmos os profissionais de assistência à saúde mais bem formados podem falhar em salvar vidas.

E mesmo com esses componentes implantados, a demanda por serviços precisa existir. Os profissionais de assistência à saúde devem chegar às pessoas em suas comunidades e criar relações de confiança de casa até os centros de saúde locais e distritais para desenvolver os “cuidados continuados”.

Os autores desenharam este manual para satisfazer necessidades diferentes. É um recurso técnico para formadores, tutores e Facilitadores e um recurso útil para provedores de serviços de saúde e para aqueles que desenvolvem ou administram programas abrangentes de cuidados à saúde de mães e bebês. Pode ser usado por completo ou adaptado para servir a uma audiência, necessidade particular ou um país. Os cuidados essenciais para o recém-nascido podem ser integrados em esforços existentes, como saúde da criança, saúde reprodutiva e maternidade segura ou adaptados para enaltecer o componente do recém-nascido em programas de formação, para introduzir tópicos especiais para programas curtos de formação contínua, ou adaptados para actualizar o currículo pré laboral dos provedores de Saúde.

Acima de tudo, este manual não deve funcionar como um recurso exclusivo. Ao tratar das necessidades muito especiais do recém-nascido, este manual complementa outros guias disponíveis, como: O guia da Organização Mundial da Saúde, Gestão Integrada da Gravidez e Nascimento (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC)), “*Administrando problemas do recém-nascido: “Um guia para médicos, enfermeiras e parteiras” (A Guide for Doctors, Nurses and Midwives)*” e “*Cuidados Básicos da Mãe e do Recém-Nascido: Um guia para provedores habilitados de serviços médicos” (Basic Maternal and Newborn Care: A Guide for Skilled Providers)*” da MNH/JHPIEGO.

Os autores e a equipa da iniciativa Saving Newborn Lives da Save the Children US esperam que o *Manual de Consulta para Cuidados ao Recém-Nascido* possibilite que os provedores de serviços médicos, administradores de programas e responsáveis pela tomada de decisões ofereçam a todos os recém-nascidos a melhor possibilidade de sobrevivência, além de suporte às muitas mães e famílias que dependem de orientação para fazer crescer bebês saudáveis.



Agradecimentos

Os autores têm de agradecer a muitas pessoas pela ajuda prestada no desenvolvimento do *Manual de Consulta para Cuidados ao Recém-Nascido*. Nossos agradecimentos vão primeiro e principalmente para a Fundação Bill e Melinda Gates. Seu suporte à iniciativa Saving Newborn Lives foi fundamental para o fortalecimento do compromisso global com à assistência à saúde dos recém-nascidos.

Somos agradecidos à Betty Sweet, cujo manuscrito original ajudou a informar o desenvolvimento deste manual. Para superar os primeiros obstáculos foi preciso que muitos de nossos colegas percorressem o longo caminho de revisões, testes, avaliações e modificação de cada detalhe do que, para nós, era um projecto colaborativo e académico. Deborah Armbruster, Gabrielle Beasley, Mary Kroeger, Judith Moore e Katherine Perry foram importantes colaboradoras, trabalhando incansavelmente com esboços sem fim. Elas ofereceram pesquisa, redacção e edição, conforme o manual evoluía, secção por secção. Agradecemos essas mulheres pelo seu cuidado em fazer este manual coerente e completo.

O processo de revisão do material chamou pessoas com anos de experiência, como professores, formadores e provedores de serviços de saúde comunitários, enquanto outras pessoas testavam e nos ofereciam feedback dos programas comunitários em andamento. Por essas contribuições inestimáveis temos que agradecer a muitos, incluindo Frank Anderson, University of Michigan (Universidade de Michigan); Claudette Bardin, Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá); Sandra T. Buffington, American College of Nurse-Midwives (Colégio Americano de Enfermeiras-Parteiras); Patricia Gomez,

MNH/JHPIEGO; Miriam Labbok, UNICEF; Gloria Metcalfe, JHPIEGO; Asmyeni Muchtar, JHPIEGO/Indonésia; Altrena Mukuria, ORC/MACRO; Robert Parker, Johns Hopkins University (Universidade Johns Hopkins); Petra ten Hoop Bender, Partnership for Safe Motherhood and Newborn Health; Miriam Sangare, consultora de formação, Mali; Gulnara Semenov, ORC/MACRO; Della R. Sher-ratt, OMS; Nancy Terreri, UNICEF; e David Woods, University of Cape Town (Universidade da Cidade do Cabo), África do Sul. Além disso, muitos da equipa da Save the Children ofereceram sua experiência a este manual, incluindo Stella Abwao, SC Malawi; Asma Akber e Nabeela Ali, SC Paquistão; Houley-mata Diarra e Thiero Fatoumata, SC Mali; Saikhul Islam Helal e Uzma Syed, SC Bangladesh; Neena Khadka e Meena Sharma, SC Nepal; Gonzalo Mans-illa e Bertha Pooley, SC Bolívia.

Um agradecimento especial a Anne Tinker, directora da iniciativa Saving Newborn Lives, e Pat Daly, vice-directora, pela sua orientação e compromisso por todo esse processo longo e, muitas vezes, difícil.

Também estamos gratos às muitas pessoas que ajudaram em cada estágio, incluindo Gina Allen, Malia Boggs, Rebecca Chase, Betty Farrell, Michael Foley, Sarah Holland, Robert Johnson, Luann Martin, Allisyn Moran, Winifred Mwebesa, Indira Narayanan, Susan Otchere e Steve Wall.

Conforme compartilhamos o crédito com muitas pessoas que nos ajudaram, também reconhecemos que somente nós somos responsáveis por quaisquer erros na apresentação das informações e habilidades incluídas neste manual.

Abreviações

AFASS	Aceitável, viável, acessível, sustentável e seguro
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ANC	Cuidados Pré-Natal
ATV	Aconselhamento e teste voluntários
AZT	Zidovudina
BCG	Bacillus Calmette-Guerin
BXPN	Peso Baixo ao Nascer
CMC	Método de Mãe Canguru
DAN	Desinfecção de Alto Nível (DAN)
DPT	Difteria-Coqueluche-Tétano
ENC	Cuidados Essenciais ao Recém-Nascido
Fe/FA	Ferro/Folato
GI	Gastrointestinal
Hep B	Hepatite B
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IM	Intramuscular
ITS	Infecção Sexualmente Transmitida
IV	Intravenoso
MAL	Método de Amenorreia Lactacional
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PTV	Prevenção de Transmissão de Mãe para Filho
RPR	Reagente de Plasma Rápido
SC	Subcutâneo
SNL	Iniciativa Saving Newborn Lives (Salvando Vidas de Recem-Nascidos) da Save the Children US
SP	Sulfadoxina-pirimetamina
TB	Tuberculose
TPT	Tratamento Preventivo Intermitente
TT	Tétano toxóide
TV	Transmissão de Mãe para Filho
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para SIDA
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Crianças
VDRL	Pesquisa Laboratorial de Doenças Venéreas (Venereal Disease Research Laboratory).
VPO	Vacina Oral Contra Pólio

O Recém-Nascido Esquecido

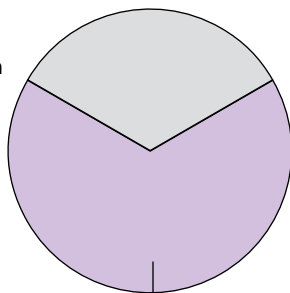
Nos anos recentes, actividades para a sobrevivência infantil (como imunização na infância e programas para controlo de diarreia) levaram a uma grande queda na mortalidade entre crianças menores de cinco anos. Apesar desse sucesso, o grau de mortalidade dos recém-nascidos em países em vias de desenvolvimento ainda é preocupante - mais de 40% de todas as mortes de crianças abaixo de cinco anos ocorrem no primeiro mês de vida – mesmo havendo maneiras comprovadas e eficazes em termos de custo para evitar a mortalidade infantil.¹

Estima-se que 34 de cada 1.000 bebés nascidos em países em desenvolvimento morrem antes de completarem um mês, a maioria deles em casa. Na maior parte, a revolução para a sobrevivência das crianças ignorou os recém-nascidos.

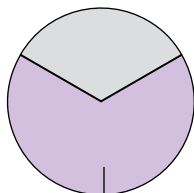
Um motivo para os ainda altos graus de mortalidades dos recém-nascidos é a distância entre a maternidade segura e os esforços para a sobrevivência infantil. Os programas de maternidade segura tipicamente se concentram na sobrevivência da mãe, e as estratégias de sobrevivência infantil geralmente tratam dos problemas das crianças com mais de um mês. Há pouco esforço internacional para desenvolver uma técnica de cuidado à saúde da mãe e da criança que inclua os cuidados durante o primeiro mês de vida do bebé. Idealmente, os programas para mãe-filho teriam como alvo os cuidados às mães, aos recém-nascidos e às crianças até cinco anos de idade.

GRÁFICO I “A REGRA DOS DOIS TERÇOS”

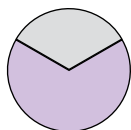
Cerca de dois terços das mortes de bebês ocorrem durante o primeiro mês de vida.



Dois terços desses bebês morrem na primeira semana de vida.



Dois terços desses bebês morrem nas primeiras 24 horas de vida.



Como provedor de cuidados ao recém-nascido, você talvez esteja envolvido em ajudar outras pessoas a aprenderem porque é importante se concentrar na saúde do recém-nascido. Além de entender o problema global, você talvez também queira obter informações sobre a situação do recém-nascido em seu país ou região. Quando provedores, tutores, responsáveis por programas e responsáveis por desenvolver políticas entendem a situação e têm as informações correctas, eles podem lutar por um melhor cuidado e um melhor grau de sobrevivência dos recém-nascidos.

Mortalidade dos recém-nascidos

As estatísticas de saúde mostram que mundialmente:

- Cerca de 4 milhões de bebês morrem a cada ano.
- Outros 4 milhões de bebês a cada ano são natimortos; a maioria morre no final da gravidez ou durante o parto.
- A maioria das mortes de recém-nascidos acontece em países em desenvolvimento.

A regra dos dois terços

Estatísticas de saúde também mostram que:

- Cerca de dois terços das mortes de bebês* ocorrem durante o primeiro mês de vida.**
- Dos bebês que morrem no primeiro mês de vida, cerca de dois terços morrem na primeira semana de vida.
- Dos bebês que morrem na primeira semana de vida, cerca de dois terços morrem nas primeiras 24 horas de vida.

*Mortes no primeiro ano de vida

**No período de recém-nascido

Principais causas de morte de recém-nascidos

Pesquisas feitas pelo mundo identificaram as principais causas de morte de recém-nascidos. Conforme exibido no gráfico 1, cerca de 85% das mortes de recém-nascidos se devem a três causas principais: Infecções, asfixia durante o nascimento e complicações relacionadas à prematuridade. Peso baixo ao nascer (BXPN) é um factor importante que contribui com muitas mortes neonatais.

Além das causas directas de morte, muitos recém-nascidos morrem por causa de problemas da saúde materna ou por causa da falta de acesso a cuidados essenciais. Algumas vezes, a família vive a muitas horas do centro de saúde de transferência ou não há um provedor de serviços de saúde habilitado em sua comunidade.

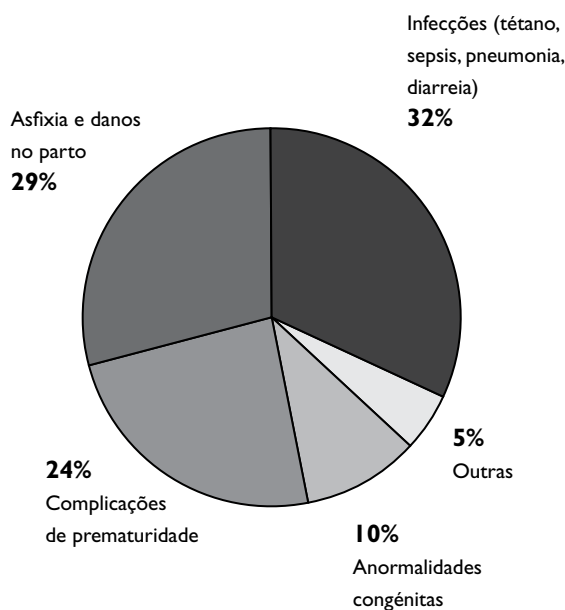
O recém-nascido é extremamente vulnerável, a menos que receba cuidados básicos adequados, também chamados de cuidados essenciais ao recém-nascido. Quando bebês normais não recebem cuidados essenciais, eles rapidamente adoecem - e, frequentemente, morrem. O perigo é ainda maior para bebês prematuros ou com peso baixo ao nascer.

Sobrevivência do recém-nascido

A maioria das mortes de recém-nascidos pode ser totalmente prevenida, graças a diversas medidas simples e de baixo custo que podem ser tomadas pelos profissionais de saúde, mães e famílias. No entanto, muitos profissionais de saúde não têm formação em cuidados essenciais ao recém-nascido, e muitas mães não sabem como proteger seus bebês.

Este manual explica os princípios básicos dos cuidados essenciais ao recém-nascido para todos os bebês e o que fazer em caso de problema ou complicação. Armados com esse conhecimento, os provedores de serviços médicos podem ter um papel fundamental ajudando mães, parentes e a comunidade a melhor cuidar dos recém-nascidos e colocá-los no caminho para uma vida saudável.

GRÁFICO 2 CAUSAS DIRECTAS DE MORTES NEONATAIS



Estimativas da OMS de 2001 (com base em dados recolhidos por volta de 1991). Fonte: Save the Children (2001). *The State of the World's Newborns: A Report from Saving Newborn Lives*. Washington, DC: Saving Newborn Lives/Save the Children Federation.

VISÃO GERAL DO MANUAL DE CONSULTA PARA CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

O *Manual de Consulta para Cuidados ao Recém-Nascido* oferece informações e descreve as habilidades que os profissionais de saúde, mães e famílias precisam para oferecer os cuidados básicos, mas fundamentais, que devem ser oferecidos a todos recém-nascidos, incluindo:

- Secar e aquecer o bebê logo após o nascimento
- Avaliação rápida no momento do nascimento
- Amamentação dentro da primeira hora depois do nascimento
- Cuidado ao cordão umbilical
- Cuidado aos olhos
- Amamentação exclusiva
- Prevenção de infecção
- Imunização do recém-nascido
- Reconhecer e tratar problemas comuns em recém-nascidos
- A reanimação de recém-nascidos ajuda aos bebês que têm problemas respiratórios no momento do parto
- Exame do recém-nascido para determinar se o bebê é saudável ou se precisa ser transferido para um centro de saúde com mais recursos
- Cuidados especiais para satisfazer as necessidades adicionais dos recém-nascidos com baixo peso ao nascer

Todos os bebês precisam dos mesmos cuidados essenciais, tenham eles nascido em casa ou em um centro de saúde. Além das informações sobre os cuidados essenciais ao recém-nascido, o manual identifica os sinais de perigo para o recém-nascido, como reconhecer e tratar problemas comuns, e como transferir o recém-nascido doente para que obtenha cuidados adequados, quando isso for necessário. *Os cuidados ao recém-nascido muito doente, além da estabilização de emergência e transferência, não estão incluídos neste manual de consulta.*

O Manual de Consulta tem seis capítulos:

1. Os Cuidados ao Recém-Nascido Iniciam Antes do Nascimento
2. Cuidados Essenciais a Todos Recém-Nascidos
3. Aleitamento Materno com Sucesso
4. Reanimação do Recém-Nascido
5. Cuidados ao Recém Nascido com Baixo Peso ao Nascer
6. Problemas Comuns dos Recém-Nascidos

Cada capítulo começa com um sumário das informações contidas no capítulo e sobre o que o leitor aprenderá a fazer. Em cada capítulo, gráficos/tabelas de tomada de decisões apresentam os passos para identificar e lidar com a maioria dos problemas comuns em recém-nascidos. Cada capítulo termina com uma tabela listando as tarefas que podem ser realizadas por todos provedores de cuidados médicos para recém-nascidos, incluindo profissionais de saúde comunitários.

Este manual é principalmente sobre cuidados ao recém-nascido; portanto, somente oferece uma visão geral resumida (capítulo 1) de certos aspectos dos cuidados pré-natais e maternos. Sabe-se bem, obviamente, que a saúde e os cuidados à mãe durante a gravidez, trabalho de parto, parto e período pós-parto são fundamentais para o bem-estar do recém-nascido. Esperamos e incentivamos os usuários deste manual a obter informações e habilidades dos programas de formação em maternidade segura que estão disponíveis na maioria dos países.

Este manual apresenta recomendações para os cuidados ao recém-nascido baseadas nas mais actuais provas científicas ou, quando não há prova, na opinião de especialistas.

Nota aos leitores

O manual usará os termos recém-nascido, neonato e bebé para descrever o recém-nascido, e os pronomes “ela” ou “ele” (em capítulos alternados).

UMA INTRODUÇÃO À TÉCNICA DE TOMADA DE DECISÕES

Este manual faz grande uso de um processo passo a passo para identificar e cuidar das necessidades do recém-nascido a que chamamos de “técnica de tomada de decisões”. Essa técnica ajudará os provedores de serviços médicos a usar seu conhecimento e habilidades para tomar decisões quanto aos cuidados ao recém-nascido. Alguns profissionais de saúde conhecem esse conceito como SOAP (Subjectivo, Objectivo, Avaliação e Plano), tomada de decisões clínicas ou uma variação disso. Essa técnica passo a passo envolve um processo de raciocínio organizado que leva à atenção do recém-nascido significativa, segura e eficaz.^{2,3}

Solucionar problemas em um processo passo a passo apresenta três vantagens:

1. Ajuda o profissional de saúde a recolher informações de maneira organizada.
2. Ajuda o profissional de saúde a usar informações para que um problema ou necessidade possa ser correctamente identificado.
3. Ajuda o provedor de cuidados a oferecer somente a assistência ou os tratamentos necessários.

Como muitas das informações nos próximos capítulos estão organizadas e apresentadas na forma de passos para tomada de decisões, fornecemos aqui uma explicação detalhada dessa técnica, juntamente com uma ilustração.

Os passos na técnica de tomada de decisões são os seguintes:

- Passo 1: Obter a história.
- Passo 2: Fazer um exame físico.
- Passo 3: Identificar necessidades ou problemas.
- Passo 4: Desenvolver um plano de cuidados para as necessidades e os problemas.
- Passo 5: Acompanhamento para avaliar o plano de cuidados.

Bebé Isabel: Uma ilustração da técnica para tomada de decisões

O exemplo a seguir – bebé Isabel – ilustra os cinco passos da técnica de tomada de decisões.

BEBÉ ISABEL PASSO 1: OBTER A HISTÓRIA

A mãe Teresa traz a bebé Isabel para ver um profissional de saúde.

A mãe fala: “Estou preocupada porque a Isabel tem uma irritação na pele.”

O profissional de saúde pede para ver os registos maternos ou do recém-nascido feitos em casa que a mãe possa ter trazido à consulta e verifica se há registos disponíveis no centro de saúde. A mãe não trouxe registos. Os registos clínicos mostram que a mãe teve quatro consultas pré-natais e um parto normal, sem problemas em particular. O profissional de saúde obtém a história fazendo as seguintes perguntas sobre o bebé:

- Quando e onde Isabel nasceu?
- Quanto ela pesava ao nascer?
- Fale sobre o nascimento de Isabel e que tratamentos ela recebeu.
- Quando a irritação da pele começou?
- A irritação piorou?
- Você já experimentou algo para tratar a irritação na pele do bebé?
- A Isabel está mamando bem?
- A Isabel dorme entre as mamadas e acorda para mamar?
- A Isabel está inquieta?
- Fale com que frequência a Isabel urina e evacua fezes?
- Há algo mais com o bebé que a preocupa?

O profissional de saúde anota estas informações na tabela:

“Bebé de uma semana, nascido no hospital do distrito, com exantema que a mãe notou há três dias; não foi tentado tratamento. O bebé está mamando e dormindo bem, está evacuando urina e fezes normalmente e não está inquieto.”

Passo 1: Obter a história

Neste passo, o provedor de serviços médicos pergunta à mãe sobre a saúde ou o problema do bebé (ou problema da mãe) e ouve as respostas. O provedor de serviços médicos também pergunta sobre a gravidez, trabalho de parto e parto do bebé. Este passo é chamado de “Obter a história”, pois a finalidade é descobrir toda a história da saúde do bebé e da mãe.

Dicas para obter uma história completa

Ao obter a história, o profissional de saúde deve:

- Fazer a mãe e a família se sentirem bem-vindos.
- Ajudá-los a se sentirem à vontade ao explicar porque as perguntas são importantes.
- Conversar com eles em privacidade.
- Fazer perguntas de maneira respeitosa, gentil e interessada.
- Ouvir atentamente a todas as respostas.
- Verificar os registos da mãe na clínica, se disponíveis, e pedir para ver seus registos de casa, se ela os trouxe.
- Fazer todas perguntas sobre os sinais e os sintomas para decidir quais são as necessidades ou problemas.

Se a mãe ou o bebé apresentar uma emergência óbvia, o profissional de saúde pode fazer poucas perguntas antes de começar a administrar os cuidados, pois é preciso agir rapidamente. Depois que a emergência estiver sob controlo, a história completa do problema deve ser explorada. Se a mãe estiver muito doente, outro membro da família talvez tenha que falar sobre a história.

As respostas recebidas sobre o problema são chamadas de “descobertas da história”. Essas descobertas ajudam o profissional de saúde a decidir o que verificar no Passo 2: O exame deve ser registado por escrito nesse momento ou logo depois da consulta com a mãe.

Passo 2: Fazer exame físico

As informações oferecidas pela mãe no Passo 1 ajudam a determinar o que examinar e sugerem quais são as possíveis necessidades e problemas. O exame do bebê significa olhar, sentir, ouvir e cheirar. Exames de laboratório também podem fazer parte do exame, se adequados e disponíveis.

Exame completo

Logo depois do nascimento, o profissional de saúde faz um exame físico completo do recém-nascido (ver capítulo 2 para obter detalhes). Um exame físico completo pode revelar problemas que a mãe não observou.

Exame focalizado

Depois do primeiro exame físico completo, um exame de acompanhamento do bebê saudável se concentra em áreas especiais, determinadas pela idade do bebê (ver tabela 2.7, capítulo 2) e/ou preocupações específicas.

Por exemplo, quando a mãe traz o bebê com um problema, um breve exame físico deve ser realizado, em vez de um exame completo. Nesse caso, o exame físico se concentra em um problema em particular, chamado de “problema apresentado”.

Depois de examinar o bebê, o profissional de saúde encoraja a mãe a amamentar e observa a amamentação enquanto discute as descobertas do exame com ela.

Os factores que o profissional de saúde observa (vê, sente e ouve) quando examina a mãe ou o bebê são chamados de “descobertas do exame físico”. Assim como com as descobertas da história do Passo 1, as descobertas do exame também devem ser registadas.

Exames de laboratório e outras investigações

Fazer exames de laboratório e outros exames necessários (se disponíveis).

BEBÉ ISABEL PASSO 2: EXAME FÍSICO

O profissional de saúde pensa sobre as descobertas da história de Isabel. Ele lava bem as mãos e examina o bebê da maneira a seguir.

O profissional de saúde:

- mede a temperatura do bebê ou toca em seu peito para verificar se está quente.
- pesa o bebê, se possível.
- olha a cor do bebê para verificar se está rosa, azulado, pálido ou amarelado.
- examina a pele para ver se tem pústulas, abre a fralda para examinar as nádegas e separa as dobras da pele (pescoço, axilas, área inguinal) para verificar se há pústulas.
- verifica se a pele e as roupas estão limpas.
- verifica se o cordão umbilical está avermelhado ou apresenta secreção.
- examina os olhos do bebê para ver se estão avermelhados, inchados ou apresentam secreção.
- observa a actividade e vivacidade do bebê durante o exame.

Depois do exame, o profissional de saúde lava as mãos novamente e observa o bebê, que agora está mamando. Então, ele regista as descobertas na ficha do bebê:

“Bebé está alerta e activo, mamando bem. Temp. axilar = 36.2°C, peso= 2,950 kg (igual ao peso de nascimento). Os olhos estão limpos, o cordão umbilical caiu, o umbigo está limpo e seco, a cor é rosa. Há cinco pequenas pústulas dentro das dobras de pele inguinal e duas pústulas bem pequenas na nádega esquerda. A pele e as roupas não estão limpas.”

BEBÉ ISABEL PASSO 3: IDENTIFICAR NECESSIDADES OU PROBLEMAS

O profissional de saúde verifica as descobertas da história e do exame físico de Isabel. As descobertas importantes são:

- A mãe está preocupada com o exantema
- O pequeno número de pústulas na pele, sem outras descobertas anormais do exame físico
- A pele e as roupas não estão limpas (indicação de que a necessidade de proteção contra infecção não foi satisfeita)

O profissional de saúde regista as necessidades e os problemas de Isabel na sua ficha:

“Infecção cutânea localizada observada; também problema na higiene. A mãe precisa saber como identificar se a infecção cutânea é leve ou grave. A mãe precisa conhecer os sinais de perigo para o recém-nascido e o que fazer se o bebé apresentar um sinal de perigo.”

Passo 3: Identificar necessidades ou problemas

O profissional de saúde identifica as necessidades e os problemas levando em consideração as descobertas da história e do exame físico. As descobertas devem ser comparadas com o conhecimento do profissional de saúde sobre bebés saudáveis e as informações contidas neste manual.

Um problema pode ser uma doença ou um sinal de doença. Uma descoberta anormal da história ou do exame físico pode ser um sinal de doença.

Todo recém-nascido precisa de cuidados essenciais. Essas necessidades incluem aquecimento, proteção contra infecção e nutrição. O profissional de saúde algumas vezes observará que os pais precisam ser instruídos sobre como satisfazer as necessidades básicas do bebé. Necessidades não satisfeitas resultam em problemas; se a necessidade do recém-nascido em ser aquecido não for satisfeita, por exemplo, isso pode resultar em hipotermia.

O que fazer com as descobertas

Se as descobertas forem todas normais, o profissional de saúde deve dizer para a mãe que tudo está bem.

Se as descobertas indicarem um problema, o provedor de serviços médicos pode comparar as descobertas anormais com as informações deste manual. Certifique-se de explicar as necessidades e os problemas à mãe antes de prosseguir com qualquer cuidado. Quaisquer descobertas relacionadas às necessidades ou aos problemas devem ser registadas.

Algumas vezes é difícil identificar o problema. Muitas doenças de recém-nascido apresentam os mesmos sintomas; dificuldades na alimentação, por exemplo, podem ser causadas por muitos problemas diferentes: Infecções respiratórias, sepsis, engorjamento da mama e prematuridade. Todos esses problemas podem ser anotados no Passo 3. A seguir, ao obter mais informações (história, exame físico e/ou exames de laboratório), o profissional de saúde pode decidir qual é o verdadeiro problema.

Se o conhecimento ou o equipamento do profissional de saúde não for adequado para identificar o problema, ele deve transferir a mãe e o bebê para um centro que possa ajudá-los.

É importante que todos os problemas e as necessidades da mãe ou do bebê sejam atendidos. Uma mãe pode vir com uma queixa de dor no seio, por exemplo, mas, ela também precisa de informações sobre planejamento familiar, boa nutrição e onde fazer imunizações para seus outros filhos pequenos, tudo isso em uma consulta.

Muitas doenças de recém-nascidos apresentam os mesmos sintomas. Dificuldades na alimentação, por exemplo, podem ser causadas por infecções respiratórias, sepsis, obstrução da mama e prematuridade.

BEBÉ ISABEL PASSO 4: DESENVOLVER UM PLANO DE CUIDADO PARA AS NECESSIDADES E PROBLEMAS

O profissional de saúde faz um plano para satisfazer as necessidades de Isabel e regista o plano na ficha do bebé. Nesse caso, somente é preciso instrução, aconselhamento e tratamento cutâneo; a bebé Isabel não precisa de medicamento nem ser transferida.

Plano de cuidados:

- Reassegurar a mãe de que a infecção de pele não é grave e pode ser tratada em casa.
- Ensinar a mãe a limpar o exantema e tratá-lo com solução de violeta genciana (ver tabela 6.7, capítulo 6).
 - Mostrar a ela como isso é feito.
 - Pedir que a mãe faça isso para mostrar se aprendeu correctamente.
- Dizer para a mãe trazer a Isabel de volta imediatamente caso ela desenvolva muito mais pústulas (mais de dez).
- Ensinar a mãe porque e como dar banho no bebé regularmente e a manter as roupas do bebé limpas.
- Ensinar a mãe sobre os sinais de perigo para o recém-nascido e o que fazer se Isabel apresentar um sinal de perigo.
- Marcar uma nova consulta em 2 a 3 dias para acompanhar o exantema e a higiene do bebé.

Passo 4: Desenvolver um plano de cuidado para as necessidades e os problemas

O profissional de saúde deve desenvolver um plano de cuidados para tratar cada problema e satisfazer cada necessidade. Cada plano de cuidados pode incluir algumas ou todas as medidas abaixo; assim como nos outros três passos, o plano de cuidados deve ser registado por escrito.

Instrução

- Ajudar as famílias a cuidarem de si mesmas.
- Ensinar as mães sobre sinais de perigo para elas e para os bebés.
- Ensinar as mães a responder adequadamente aos sinais de perigo.

Aconselhamento

- Descobrir o que a mãe acha do seu problema ou do problema do bebé e das medidas que você recomendou.
- Ajudá-la a entender o problema ou as necessidades.
- Descobrir se a mãe pode fazer o que você aconselhou.
- Ajudá-la a encontrar maneiras de fazer o que você aconselhou ou encontrar maneiras alternativas que ela ou sua família possam executar.
- Oferecer-lhe uma oportunidade de discutir suas dúvidas e preocupações.

Tratamento médico

- Escolher o medicamento ou o tratamento certo.

Transferência

- Se necessário, transferir a mãe e o bebé para um centro de saúde com mais recursos para obter ajuda. Cuidado qualificado ou especializado por parteiras, médicos e hospitais pode ajudar a salvar a vida do bebé ou da mãe.
- Algumas vezes, a mãe pode precisar de outra ajuda não médica. Programas de instrução, serviços sociais, grupos de mulheres ou grupos de caridade podem ajudá-la a satisfazer suas necessidades, se disponíveis.

Seguimento

Antes da consulta terminar, marque uma consulta de seguimento com a mãe para verificar se o plano de cuidados está funcionando. Ao planear essa consulta:

- Agradeça a mãe por ter feito a consulta.
- Explique porque ela e o bebé precisam ser vistos novamente, se isso for necessário.

- Assegure-se de que ela conhece os sinais de perigo para o recém-nascido.
- Certifique-se de que ela sabe o que fazer caso observe um sinal de perigo. Ensine-a que é preciso procurar assistência médica imediata para o bebê.
- Marque a consulta de seguimento para o momento recomendado na tabela de tomada de decisões.

BEBÉ ISABEL PASSO 5: SEGUIMENTO PARA AVALIAR O PLANO DE CUIDADOS

O profissional de saúde planifica a consulta de seguimento de Isabel com a mãe e regista a data da consulta de seguimento na ficha do bebê. Como Isabel tem uma infecção localizada, a consulta de seguimento deve ser marcada para daqui a dois ou três dias. O profissional de saúde elogia a mãe por ela ter trazido o bebê quando estava preocupada e a aconselha a:

- Trazer o bebê de volta para verificação dentro de dois a três dias
- Trazer o bebê imediatamente se ela apresentar quaisquer sinais de perigo
- Trazer o bebê para consultas pós-natais integradas de rotina, imunização e monitoramento do crescimento na data marcada
- Ir aos serviços de planeamento familiar, conforme adequado

TABELA 3 TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

História	Perguntas que devem ser feitas para esse problema em particular
Exame	<ul style="list-style-type: none"> ■ As partes do corpo que devem ser examinadas ■ Investigações de laboratório ou testes de triagem
Problemas/necessidades	<ul style="list-style-type: none"> ■ Descobertas normais e anormais para cada parte do corpo ■ Necessidades comuns dos recém-nascidos
Plano de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ■ O plano para cada problema, incluindo instrução, aconselhamento, tratamento médico, exames de laboratório, transferência e seguimento ■ O plano para cada necessidade: <ul style="list-style-type: none"> ■ Conselho para a mãe sobre os cuidados ao bebê ■ Sinais de perigo que devem ser observados e como agir ■ Consulta de Seguimento
Seguimento	Sugestões para a consulta de seguimento

Tabela de tomada de decisões

Para a maioria dos problemas de recém-nascidos discutidos neste manual, o cuidado para recém-nascidos recomendado será apresentado na forma dos passos de tomada de decisões acima descritos. Haverá uma tabela para cada problema ou condição, e a tabela conterá os cinco passos da técnica de tomada de decisões e as medidas que devem ser tomadas em cada passo. A tabela 3 ilustra como uma tabela de tomada de decisões parece.

Notas

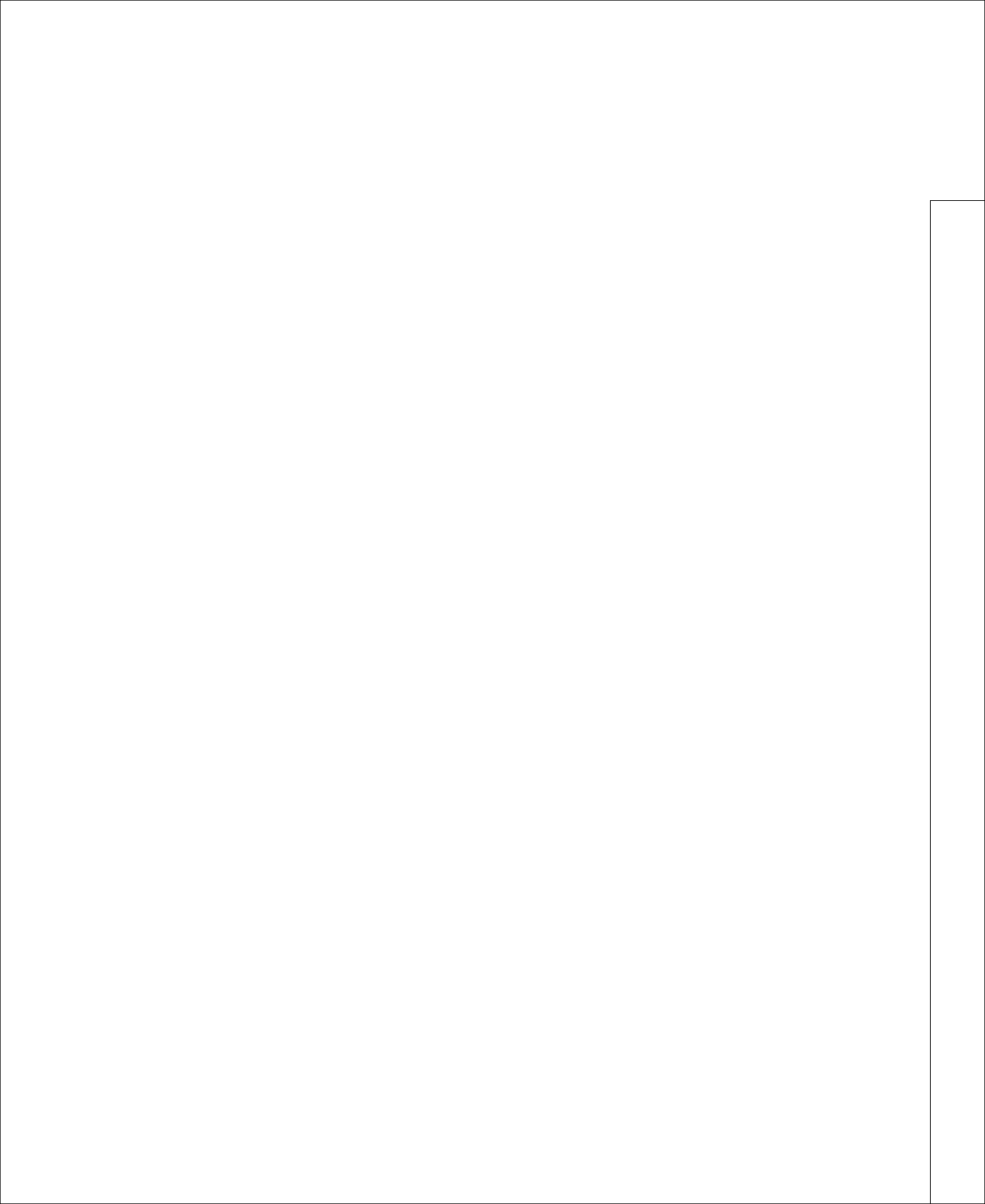
- 1 As estatísticas apresentadas nas páginas 1-3 são da iniciativa Saving Newborn Lives. (2001). *The State of the World's Newborns*: Washington, DC: Saving Newborn Lives/Save the Children Federation.
- 2 Buffington ST e Marshall MA. (1998). Usando o método de solução de problema para oferecer cuidado para maternidade. Em *Life Saving Skills Manual for Midwives 3d ed. Module 1*, pp.1.22-1.31. Washington, DC:ACNM.
- 3 Ministério da Saúde de Gana e PRIME II. (2001). Solução de problemas para cuidado de qualidade. Em *Ghana MOH e PRIME II Safe Motherhood Clinical Skills: A Self-Paced Learning Intervention in Six Units. Module 3*. Accra: Ghana MOH e PRIME II.

Os Cuidados Ao Recém-Nascido
Iniciam Antes Do Nascimento

Os Cuidados ao Recém-Nascido
Iniciam Antes do Nascimento

13





Os Cuidados ao Recém-Nascido Iniciam Antes do Nascimento

Os profissionais de saúde precisam de conhecimento e habilidades para oferecer cuidados essenciais ao recém-nascido e reconhecer e lidar com os problemas comuns em recém-nascidos. Mas também é importante que eles entendam que a boa saúde do recém-nascido depende da boa saúde e nutrição maternas, especialmente durante a gravidez, o parto e pós-parto. Cuidados abrangentes e de boa qualidade para a mãe durante a gravidez e parto são tão importantes quanto os cuidados para o bebê depois do nascimento para garantir que todos os recém-nascidos iniciem a vida com a melhor possibilidade de chegar à vida adulta.

Neste capítulo, você encontrará informações sobre:

- Os componentes chaves da atenção durante a gravidez incluem aconselhamento, plano de parto, reconhecimento dos sinais de perigo e prontidão em caso de complicações.
- Actividades de atenção pré-natal para prevenir problemas com o recém-nascido
- Cuidados à mãe durante o trabalho de parto e o parto
 - Uso de partograma
 - Esgotamento fetal
 - Prevenção de transmissão de HIV de mãe para filho

Neste capítulo, você aprenderá o seguinte:

- Iniciar os cuidados ao recém-nascido antes do nascimento:
 - Ensinar mulheres e famílias porque a saúde materna e o cuidado pré-natal são importantes para a saúde do recém-nascido.
 - Sinais de perigo na gravidez, parto, nascimento e pós-parto.
 - Ajudar mulheres e famílias a fazer planos de parto.
 - Promover o acesso e o uso de provedores qualificados de serviços médicos para os cuidados de trabalho de parto e parto e tomar medidas quando houver um problema.
 - Monitorar a condição fetal durante o trabalho de parto ouvindo os batimentos cardíacos, observando a cor do líquido amniótico e tomando medidas quando houver um problema.
 - Promover o intervalo entre filhos.

OS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO INICIAM ANTES DO NASCIMENTO

Os cuidados à saúde do recém-nascido começam bem antes do nascimento. Eles começam com os cuidados às mães grávidas. Durante a gravidez, a mãe precisa estar adequadamente nutrida, livre de infecções e monitorada para complicações. As grávidas devem ter acesso a medidas preventivas, tratamento quando necessário e aconselhamento de saúde, incluindo instrução sobre sinais de perigo. Durante o trabalho de parto e o parto, os cuidados obstétricos de emergência são especialmente importantes para tratar complicações potencialmente fatais. Os cuidados adequados durante a gravidez, trabalho de parto e parto é o primeiro passo para uma boa atenção ao recém-nascido.

Cuidados pré-natais

Uma mãe saudável é mais provável de ter um bebê saudável a termo que sobreviverá. Uma mãe não saudável durante a gravidez pode não ser capaz de satisfazer todas as necessidades do bebê. As metas dos cuidados pré-natais são manter a mãe saudável, ajudar a prevenir problemas como baixo peso ao nascer e infecções em recém-nascidos e ter um parto normal. As recomendações actuais incluem um mínimo de quatro consultas começando antes do quarto mês de gravidez.

Algumas actividades pré-natais podem ajudar a evitar problemas específicos do recém-nascido (ver exemplos na tabela 1.1).

Aconselhamento

O aconselhamento individual e de saúde são dois componentes importantes dos cuidados pré-natais. Mulheres grávidas precisam de informações de saúde em diversos tópicos, incluindo nutrição, prevenção de doenças sexualmente transmitidas (DTS), amamentação, planeamento do parto, incluindo possíveis complicações e planeamento familiar para depois do nascimento.

TABELA 1.1 CUIDADOS PRÉ-NATAIS PARA PREVINIR PROBLEMAS COM O RECÉM-NASCIDO

MEDIDAS DE CUIDADOS PRÉ-NATAIS	PROBLEMA COM O RECÉM-NASCIDO QUE PODE PREVINIR
■ Imunização materna com tétano toxóide (ver Apêndice A)	■ Tétano neo-natal
■ Rastreamento de sífilis (com RPL ou VDRL) e tratamento se o resultado for positivo (ver Apêndice B)	■ Aborto, morte fetal, sífilis congênita
■ Triagem e tratamento de outras infecções sexualmente transmitidas	■ Infecção ocular gonocócica ou por clamídia, sepsis
■ Prevenção de malária: <ul style="list-style-type: none">■ Tratamento preventivo intermitente (TPI) para malária (ver Apêndice B)■ Uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas	■ Aborto, prematuridade, baixo peso ao nascer
■ Teste para HIV e terapia antiretroviral na gravidez, parto e pós-parto, se o resultado for positivo (ver secção sobre transmissão de HIV de mãe para filho)	■ Transmissão de HIV para o feto ou recém-nascido
■ Triagem e tratamento para anemia e ancilostomíase	■ Baixo peso ao nascer
■ Suplementação de micronutrientes (vitamina A, ferro, folato, iodo)	■ Baixo peso ao nascer, prematuridade, defeitos na medula espinhal, cretinismo

Aconselhar a mãe e a família a procurar cuidados imediatos, dia ou noite, se observarem algum sinal de perigo

Plano de parto

Um plano de parto é um plano de acção desenvolvido pela mulher os membros de sua família. É às vezes chamado de “plano de preparação de parto” ou “plano para nascimento e complicações”. Geralmente não é um documento por escrito. Em vez disso, é uma discussão constante com a mulher e sua família a fim de assegurar que ela e o bebé receberão o cuidado adequado prontamente no momento do nascimento e no caso de complicações antes ou depois do nascimento. Ter um plano de parto pode minimizar o caos no momento do nascimento e aumentar a probabilidade da mulher e seu bebé receber cuidados adequados e oportunamente. A ideia de um plano de parto deve ser apresentada durante a primeira consulta pré-natal da mulher e verificada/actualizada com ela nas outras consultas seguintes.

Sinais de perigo e prontidão em caso de complicação

Apesar de a maioria das gravidezes serem normais, é essencial que a mulher e sua família reconheçam quando algo está errado. Elas também precisam estar preparadas para tomar medidas rápidas e adequadas, caso haja uma complicação ou emergência. Durante as consultas pré-natais, o profissional de saúde pode trabalhar com a mulher e sua família para fazer um plano no caso de possíveis complicações. Quando a mãe desenvolve uma complicação durante a gravidez, a vida dela e a do bebé podem estar em risco. Sinais de perigo indicam problemas graves ou potencialmente fatais e a necessidade urgente de cuidado médico, e eles devem ser explicados na primeira visita e lembrados durante a gravidez. Aconselhe a mulher e sua família a procurar cuidados imediatos, dia ou noite, se observarem qualquer sinal de perigo. Lembre-se: existem sinais diferentes de perigo para a gravidez, trabalho de parto, parto e período pós-natal.

Os sinais de perigo durante a gravidez são:

- Sangramento vaginal
- Dor de cabeça forte/visão desfocada
- Convulsões/perda de consciência
- Dor abdominal forte
- Febre
- Membranas rompidas sem o início do trabalho de parto dentro de 18 horas
- Corrimento vaginal com odor desagradável ou amarelo/esverdeado/castanho
- Perda de movimento fetal

TABELA 1.2 PLANO DE PARTO

FAZER PLANOS PARA QUE INCLUIR

Local adequado para parto e transferência	Dependendo da condição e da situação da mulher, o profissional de saúde pode precisar recomendar que o nascimento aconteça em um centro com um nível específico de assistência médica, ou simplesmente apoiar a mulher no momento do nascimento onde ela escolher. A mãe também pode precisar ajudar na identificação de um centro adequado aonde ir caso surjam sinais de perigo.
Ajudante qualificado	O profissional de saúde deve discutir a necessidade de um ajudante de parto qualificado, se possível; alguém com formação para assegurar que o trabalho de parto e o parto progridam normalmente e para lidar com possíveis complicações. A mulher também precisa saber como contactar o ajudante qualificado ou o centro quando isso for necessário.
Transporte	O profissional de saúde deve ajudar a família a planificar como ter transporte disponível mesmo em horas inesperadas e em dias com tempo ruim. Talvez seja preciso fazer uma combinação com alguém que possua um veículo.
Itens necessários	Para a mãe: absorventes higiênicos/panos, sabonete, roupas limpas. Para o recém-nascido: gilete nova, fios para prender o cordão umbilical, cobertores, fraldas, roupas. Explicar porque é importante manter os itens limpos e juntos para que sejam facilmente localizados.
Suporte da família e comunidade	A família precisa discutir e se organizar antecipadamente para: <ul style="list-style-type: none">■ Uma companhia da escolha da mãe para apoiá-la durante o nascimento■ Alguém para cuidar da família e da casa durante a ausência da mãe■ Como tomar decisões se a pessoa responsável por tomar decisões estiver ausente em caso de emergência■ Um doador de sangue adequado que esteja disponível em caso de emergência■ Como ter acesso aos recursos e suporte comunitário
Custos	O profissional de saúde deve discutir a necessidade de ter dinheiro disponível (e quanto) para o seguinte: <ul style="list-style-type: none">■ Transporte, se necessário■ Pagamento do ajudante de parto e/ou serviços do centro

Cuidados durante o parto e nascimento

Idealmente, todo nascimento deveria ser atendido por um provedor de serviços médicos habilitado, com formação e equipado para lidar com complicações. Infelizmente, isso está longe de ser possível no presente momento. Muitos países sofrem com uma séria falta de profissionais com formação em cuidados maternos e para o recém-nascido. As poucas parteiras, enfermeiras, obstetras e pediatras disponíveis geralmente são enviados para trabalhar em centros de transferência para fazer melhor uso de suas qualificações. Esses provedores qualificados geralmente cuidam de mulheres e bebês com complicações ou problemas. A maioria dos partos normais e cuidados ao recém-nascido acontecem em casa, sem profissionais habilitados e em centros de assistência médica básica. Independentemente do local do nascimento, todos funcionários que ajudam em nascimentos e cuidam de recém-nascidos devem empregar práticas de parto limpo e ter o conhecimento e as habilidades para oferecer cuidados essenciais para todos os bebês, incluindo reconhecimento e transferência de casos problemáticos.

Partograma

O partograma é um gráfico simples usado para monitorar o trabalho de parto e a condição da mãe e do bebê durante o trabalho de parto e o parto. Ele inclui um gráfico para registrar o progresso do trabalho de parto no decorrer do tempo. As linhas “Alerta” e “Acção” impressas no gráfico possibilitam que o ajudante de parto identifique facilmente quando o trabalho de parto não está progredindo normalmente. Se o progresso da mulher cruza uma dessas linhas, isso significa que algo está errado e que ela precisa de atenção imediata e, em alguns casos, acção de socorro. Os ajudantes de parto de todos os níveis devem aprender a usar o partograma para tomar decisões sobre a gestão do trabalho de parto e do parto, especialmente quando o transporte para um centro de transferência for longo ou caro.

Transmissão de HIV de mãe para filho

Transmissão de mãe para filho (TV) é a maior causa de infecção por HIV em crianças pequenas. Em países com recurso limitado, estima-se que cerca de 600.000 bebês infectados por HIV nasçam a cada ano (pelo menos 1.600 por dia). Felizmente, pesquisas começaram a mostrar maneiras de evitar a infecção.

A transmissão de mãe para filho pode ocorrer de três maneiras:

- Durante a gravidez
- Durante o parto
- Pela amamentação

Sem medidas preventivas, cerca de 35 em cada 100 bebês nascidos de mães HIV positivas contrairão o vírus por TV. Cerca de 15 desses 35 bebês são infectados pela amamentação. Para obter mais informações sobre como reduzir o risco de TV pela amamentação, veja o capítulo 3.

Certas práticas podem diminuir o risco de TV durante a gravidez, trabalho de parto, parto e período imediato depois do nascimento. A UNAIDS, a OMS e a UNICEF têm sido líderes no desenvolvimento de directrizes para programas de prevenção de TV. Suas recomendações enfatizam o aconselhamento e teste voluntários (ATV) durante o cuidado pré-natal, práticas seguras de parto, aconselhamento sobre opções para amamentação para mulheres HIV positivas e, onde disponível, terapia antiretroviral de curto prazo para mães e/ou recém-nascidos HIV positivos.

Aconselhamento e teste voluntários são uma medida internacionalmente aceita para uma pessoa que deseja descobrir sua situação de HIV. Voluntário significa que é a mãe, e não o provedor de serviços médicos, quem decide se vai ou não fazer o teste. Apoie a mãe seja qual for sua decisão. Se for testada, a mãe deve ter a oportunidade de discutir o teste com um conselheiro qualificado, antes e depois dos resultados. Mães que testem positivo também precisarão de aconselhamento adicional sobre opções de amamentação e terapia com medicamentos.

Práticas seguras de parto que protegem o bebê, evitam procedimentos invasivos sempre que possível, incluem:

- Não fazer ruptura artificial das membranas para encurtar o trabalho de parto
- Não fazer episiotomias de rotina
- Não usar de extracção a vácuo e fórceps, a menos que seja absolutamente necessário
- Não fazer aspiração de rotina do recém-nascido

As práticas seguras de parto desenvolvidas para proteger os profissionais de saúde, mães, membros da família e também bebês incluem:

- Uso de precauções padrão (lavar as mãos e usar luvas, protecção ocular e aventais protectores) em todos os partos
- Evitar borrificação do sangue do cordão umbilical durante corte
- Manuseamento e eliminação segura da placenta
- Aplicação rígida das directrizes de prevenção contra infecção no local do parto: desinfectação adequada, limpeza e alto nível de desinfectação ou esterilização do equipamento; eliminação segura de lixo.

Uma mulher pode estar infectada por diversos meses antes que seu teste de HIV venha positivo. É impossível saber com certeza se alguém não tem o vírus. Portanto, use as práticas seguras de parto em *todos* nascimentos.

Além disso, mulheres que sabem que são HIV positivas devem receber terapia antiretroviral (ARV), se disponível e indicado, durante a gravidez, trabalho de parto e pós-parto. Os recém-nascidos também devem receber drogas ARV durante os primeiros dias de vida. Siga os protocolos do seu país. Como essa é uma nova área de preocupação, as directrizes específicas para tratamento mudam rapidamente, conforme novos estudos são divulgados. Para obter as recomendações mais actualizadas, veja a lista de websites na secção de referências gerais no final deste capítulo.

Sinais de perigo durante o parto e o nascimento

Algumas complicações do trabalho de parto e nascimento podem ameaçar a vida da mãe e do bebê não nascido. Todas as mulheres grávidas e famílias devem aprender a reconhecer os seguintes sinais de perigo para procurar assistência médica imediata, no caso de aparecer um desses sinais.

Os sinais de perigo no trabalho de parto e parto são:

- Trabalho de parto de mais de 12 horas
- Trabalho de parto antes da conclusão do oitavo mês de gravidez (37 semanas)
- Bebê em posição anormal (nádegas, transversal)
- Sangramento vaginal
- Dor de cabeça forte/distúrbios visuais/convulsões (desmaios)
- Febre e/ou corrimento vaginal com odor desagradável

Aconselhamento e teste voluntários é uma medida internacionalmente aceite para uma pessoa que deseja descobrir sua situação de HIV.

TABELA 1.3 SINAIS DE ESGOTAMENTO FETAL

SINAL DE ESGOTAMENTO FETAL	MEDIDA A SER TOMADA
Frequência cardíaca do feto abaixo de 120 ou acima de 160 quando a mulher não está em trabalho de parto	<i>Identificar e tratar as possíveis causas maternas o mais rapidamente possível. Se a frequência cardíaca não voltar ao normal, arranjar transferência imediata.</i>
Frequência cardíaca fetal abaixo de 100 ou acima de 180	<i>Aumentar imediatamente o oxigênio para o bebê:</i> <ul style="list-style-type: none">■ Ajudar a mulher a mudar de posição (ela não deve deitar de costas).■ Dar oxigênio à mãe, se disponível (4 a 6 L por minuto).■ Dar fluidos à mãe pela boca e/ou IV.■ Descontinuar a administração de oxitocina, se aplicável. <i>Rapidamente identificar e tratar a causa subjacente do esgotamento fetal, se possível.</i> <i>Verificar a frequência cardíaca fetal novamente, se ainda não estiver normal:</i> <ul style="list-style-type: none">■ Transferir imediatamente a um serviço médico de nível mais alto.■ Se a transferência não for viável, faça o parto do bebê o mais rapidamente possível e, ao mesmo tempo, esteja preparado para reanimá-lo.
Fluído espesso manchado de mecônio	<i>Se a frequência cardíaca estiver anormal, prossiga conforme acima.</i> <i>Se a frequência cardíaca estiver normal:</i> <ul style="list-style-type: none">■ Acompanhe de perto.■ Prepare para fazer a aspiração do bebê logo que sua cabeça aparecer.■ Prepare para possível reanimação (ver capítulo 4).

Esgotamento fetal durante o parto

Os ajudantes de parto devem monitorar as condições do bebê durante o trabalho de parto contando os batimentos cardíacos (ver Apêndice D) em intervalos regulares e frequentes (a cada 15 a 30 minutos) durante o trabalho de parto e parto, e observando a cor do líquido amniótico.

Uma frequência cardíaca normal é cerca de 120 a 160 batimentos por minuto, mas pode variar de 100 a 180, especialmente durante as contrações. Uma frequência cardíaca normal pode diminuir durante uma contração, mas voltar ao normal quando a contração terminar. Escute os batimentos cardíacos por pelo menos três contrações (ou por um minuto, se a mulher não estiver em trabalho de parto) para determinar se os batimentos estão normais.

Frequência cardíaca abaixo de 100 ou acima de 180 pode ser um sinal de que o bebê está em esgotamento. Esgotamento fetal é uma emergência que precisa ser tratada rapidamente ou o bebê morrerá ou sofrerá dano cerebral.

Sinais de esgotamento fetal incluem:

- Frequência cardíaca abaixo de 120 ou acima de 160 antes do trabalho de parto iniciar
- Frequência cardíaca fetal abaixo de 100
- Frequência cardíaca fetal acima de 180
- Fluido amniótico espesso manchado de mecônio

Sinais de perigo materno no período pós-parto

Depois do nascimento, o bebê continua a depender da mãe para obter cuidado, nutrição e proteção contra infecção para que possa sobreviver. Algumas complicações pós-parto ameaçam a vida da mãe. Na realidade, a maioria das mortes maternas ocorrem durante o período pós-parto. Se a mãe morrer, o risco do bebê de morrer aumenta significativamente para cerca de 10 vezes o risco de um bebê cuja mãe não morreu. Para ajudar a evitar isso, ensine as mães e as famílias a reconhecer os sinais de perigo pós-parto e, como sempre, a procurar assistência médica imediata, caso um sinal de perigo seja observado.

Sinais de perigo materno a serem observados durante o período pós-parto

- Sangramento vaginal exagerado
- Dor abdominal, febre e/ou corrimento vaginal com odor desagradável
- Dor de cabeça forte/distúrbios visuais/convulsões (desmaios)
- Área quente, vermelha e dolorida ou protuberância no seio e febre

Intervalo entre filhos

Pesquisas têm mostrado que quando as mulheres fazem intervalos entre suas gravidezes de pelo menos 3 a 5 anos, o índice de sobrevivência de seus recém-nascidos e filhos aumenta significativamente. Mães que fazem intervalos entre suas gravidezes melhoram seu próprio status de saúde e nutricional, assim como a saúde de seus filhos. A boa nutrição materna aumenta as possibilidades dos bebês subsequentes serem saudáveis. Aconselhamento sobre nutrição, métodos de planejamento familiar e intervalo entre nascimentos são uma parte importante dos cuidados maternos depois do parto.

TAREFAS PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: OS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO INICIAM ANTES DO NASCIMENTO

Iniciar os cuidados ao recém-nascido antes do nascimento:

- 1 Prevenir problemas com recém-nascidos oferecendo atenção pré-natal:
 - Imunização materna contra tétano
 - Prevenção contra malária (TPI, redes mosquiteiras)
 - Triagem e tratamento de infecções sexualmente transmitidas
 - Teste para HIV e prevenção de transmissão de mãe para filho com HIV com terapia antiretroviral
 - Triagem e tratamento para anemia e ancilostomíase
 - Suplementação de micronutrientes durante a gravidez (vitamina A, ferro, folato, iodo)
- 2 Ensinar as mulheres e famílias sobre os sinais de perigo na gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto, e no recém-nascido.
- 3 Ajudar as mulheres e famílias a fazer planos de parto.
- 4 Promover o acesso e o uso de provedores qualificados de serviços médicos para os cuidados de trabalho de parto e parto.
- 5 Usar gráficos de parto para monitorar o parto e identificar mulheres e bebês que precisam de intervenção imediata para salvar suas vidas.
- 6 Monitorar as condições fetais durante o trabalho de parto escutando a frequência cardíaca e observando a cor do líquido amniótico, e tomar medidas quando houver um problema.
- 7 Promover o intervalo entre filhos.

Referências gerais

Kinzie B e Gomez P. (2004). *Basic Maternal and Newborn Care: A Guide for Skilled Providers*. Baltimore, MD: MNH Program/JH-PIEGO.

Organização Mundial da Saúde (1996). *Perinatal Mortality: a listing of available information*. Geneva: OMS (WHO/FRH/MSM/96.7)

Organização Mundial da Saúde (2000). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*. Geneva: OMS (WHO/RHR/00.7)

Organização Mundial da Saúde (2001). *Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model*. Geneva: OMS (WHO/RHR/01.30)

Organização Mundial da Saúde (2004). *Scaling up antiretroviral therapy in resource limited settings—2003 Revision*. Geneva: OMS

Organização Mundial da Saúde (2004). *Antiretroviral drugs and the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in resource-constrained settings*. Recomendações para uso, 2004 Revisão (ESBOÇO): 7 de Janeiro de 2004. Geneva: OMS

Referências da Internet

Para obter as recomendações mais atuais sobre tratamento antiretroviral e TV, visite regularmente os websites a seguir:

www.who.int/reproductive-health/rtis/mtct

www.unaids.org

www.unicef.org/aids

www.who.int/reproductive-health/rtis/nevirapine.htm
(para informação sobre uso de nevirapina)

www.aidsinfo.nih.gov/guidelines
(para informação sobre o uso de zidovudina [AZT])

2

Cuidados Essenciais a Todos Recém-Nascidos



Introdução 23

Visão Geral dos Cuidados Essenciais
ao Recém-Nascido 25

Preparação para o Nascimento do Bebê 25

Cuidados Imediatos no Parto 29

Cuidados ao Recém-Nascido Durante
o Primeiro Dia 32

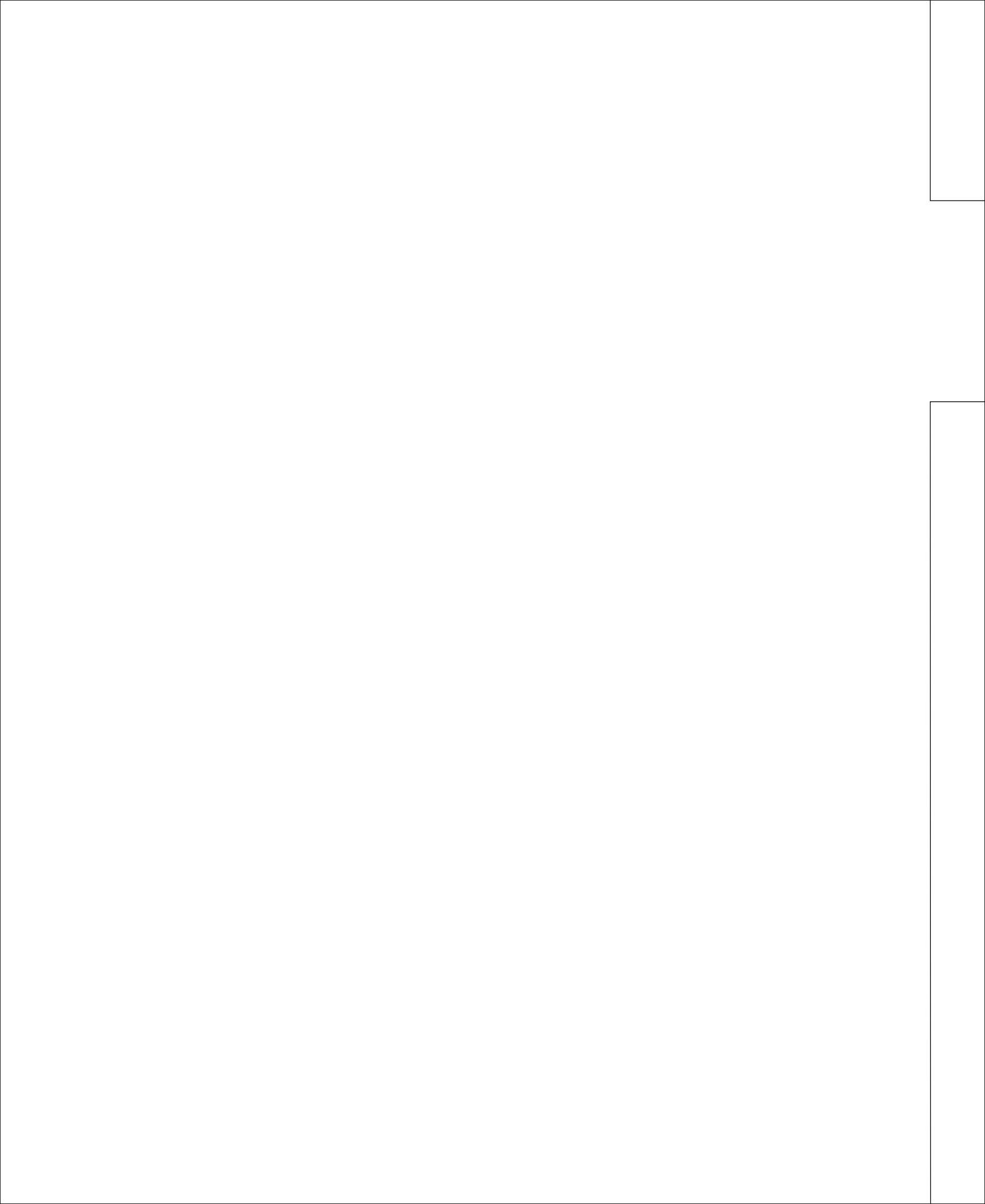
História e Exame físico
do Recém-Nascido 33

Cuidados ao Recém-Nascido
Durante os Primeiros 28 dias 42

Ensinar e Aconselhar a Mãe e a Família
sobre os Cuidados ao Recém-Nascido 50







Com o nascimento, o recém-nascido deve se adaptar rapidamente à vida fora do útero. O corpo do recém-nascido precisa fazer muitas mudanças que começam com o nascimento e continuam durante o período de recém-nascido. A primeira e mais importante mudança é começar a respirar. Outras mudanças são: regular a temperatura do corpo, amamentar e desenvolver a capacidade de lutar contra infecções (sistema imunológico).

A primeira semana e o primeiro mês da vida do recém-nascido são períodos de risco. Mais da metade de todas as mortes de recém-nascidos acontecem nos sete primeiros dias de vida e, apesar do risco de morte diminuir conforme o tempo passa, todos recém-nascidos precisam de muita atenção durante o primeiro mês de vida.

Quando o recém-nascido se recupera do nascimento e está aquecido e respirando normalmente, a mãe e a família começam a assumir os cuidados do bebê. Se o nascimento foi em casa, certifique-se de que a mãe é capaz de cuidar e alimentar o bebê antes de você deixá-los. Se o nascimento aconteceu em um centro de saúde, ofereça a mesma instrução e o mesmo aconselhamento antes de a mãe e o bebê irem para casa.

Os cuidados ao recém-nascido acontecem em casa, instalações de serviços médicos (centros de saúde ou hospitais) e na comunidade. Como um profissional de saúde que atende partos e cuida de recém-nascidos, você poderá salvar a vida de recém-nascidos, avaliar a saúde do bebê e oferecer cuidados para satisfazer as necessidades do bebê. Você também ajudará as mães e as famílias a aprender a cuidar dos recém-nascidos, reconhecer problemas e obter os cuidados adequados.

Neste capítulo, você encontrará informações sobre:

- Cuidados essenciais ao recém-nascido (o que incluir, finalidade, quando e onde oferecer atenção)
- Preparativos para o parto (prevenção de infecção, ambiente, equipamento de reanimação, suprimentos, incluindo medicamentos)
- Cuidados imediatos ao recém-nascido (secar, avaliar, aquecer, amamentar, cuidados com o cordão umbilical, cuidados com os olhos)
- Avaliação e cuidados ao recém-nascido durante os primeiros 28 dias
- Achados normais e anormais do exame do bebê
- O que os pais precisam saber sobre os cuidados essenciais ao recém-nascido:
 - Necessidades dos bebês do nascimento até 28 dias de vida
 - Como manter o bebê aquecido
 - Como proteger o bebê contra infecção
 - Como dar banho no recém-nascido
 - Como cuidar do cordão umbilical e do umbigo
 - Quais imunizações o recém-nascido precisa e quando devem ser administradas
 - Como e por que praticar a amamentação exclusiva
 - A necessidade de vitamina A da mãe que amamenta
 - Como reconhecer sinais de perigo em recém-nascidos

Neste capítulo, você aprenderá a fazer o seguinte:

- Preparar a sala para um parto limpo
- Juntar o equipamento, suprimentos e medicamentos necessários para os cuidados imediatos ao recém-nascido
- Oferecer cuidados imediatos no momento do nascimento:
 - Secar e estimular o bebê
 - Avaliar a respiração e a cor do bebê
 - Colocar o recém-nascido em contacto pele a pele com a mãe e mantê-lo aquecido
 - Ajudar a mãe a começar a amamentar dentro da primeira hora de vida do bebê
 - Amarrar e cortar o cordão umbilical
 - Cuidar dos olhos
- Avaliação e cuidados ao recém-nascido durante o primeiro dia
- Fazer o primeiro exame físico do bebê
- Avaliar e cuidar do recém-nascido durante os primeiros 28 dias (2 a 3 dias, 7 dias e 28 dias)
- Instruir e aconselhar a mãe e a família sobre cuidados ao recém-nascido e sinais de perigo para o bebê
- Apoiar e instruir a mãe e a família sobre amamentação
- Instruir e aconselhar a mãe e a família sobre cuidados a ter com um bebê com achados anormais do exame

VISÃO GERAL DE CUIDADOS ESSENCIAIS AO RECÉM-NASCIDO

A maioria dos bebês nascem saudáveis e a termo. A atenção que eles recebem durante as primeiras horas, dias e semanas de vida pode determinar se eles permanecerão saudáveis. Apesar de alguns bebês precisarem de atenção especial (por exemplo, bebês doentes ou prematuros), todos os bebês precisam de cuidados básicos para ajudar a assegurar sua sobrevivência e bem-estar. Esses cuidados básicos são chamados de cuidados essenciais ao recém-nascido (CERN):

- Cuidados imediatos durante o nascimento
- Cuidados durante o primeiro dia
- Cuidados até 28 dias

O principal objectivo dos cuidados essenciais ao recém-nascido é manter todos os bebês saudáveis. Isso significa:

- Ajudar a mãe a satisfazer as necessidades básicas do bebê (aquecimento, respiração normal, alimentação, prevenção contra infecção)
- Certificar-se de que o bebê mama dentro da primeira hora de vida
- Aconselhar/encorajar a mãe a amamentar exclusivamente
- Detectar sinais de problemas para que uma medida possa ser tomada desde cedo
- Aconselhar a mãe e a família sobre os cuidados a ter com o bebê e sinais de perigo
- Fazer planos para cuidados continuados (imunizações, monitoramento do crescimento)

O mesmo nível e qualidade dos cuidados essenciais ao recém-nascido podem ser oferecidos quase que em qualquer lugar por famílias e profissionais de saúde.

PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO DO BEBÊ

Se você é o provedor de serviços médicos que cuida de um parto, é preciso se preparar para o nascimento. Seja em casa ou em um centro de saúde, os preparativos são quase iguais.

É importante preparar o ambiente, equipamento e suprimentos necessários para os cuidados ao recém-nascido no momento do nascimento. Assim, você estará pronto para evitar problemas, como infecções e baixa temperatura (hipotermia) e agir rapidamente para tratar problemas como asfixia (dificuldade em respirar ou obter oxigênio suficiente). Seus preparativos devem incluir as seguintes medidas.

Prevenção contra infecção

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, 32% das mortes de recém-nascidos são causadas por infecção. Quando a higiene é deficiente, os recém-nascidos podem ser infectados por bactérias ou outros organismos que podem causar infecções graves da pele, cordão umbilical, pulmões, sistema gastrointestinal, cérebro ou sangue. Portanto, evitar infecção é fundamental para o cuidado ao recém-nascido.^{1,2}

Práticas de prevenção contra infecção ajudam a evitar a transmissão de infecção para, ou do bebê, mãe ou profissional de saúde. Elas diminuem o risco de transmitir doenças como hepatite B e HIV/AIDS. Use as práticas de prevenção contra infecção a seguir para qualquer contacto com a mãe ou o bebê.

- Lave as mãos frequentemente. Lavar as mãos é a maneira mais fácil e eficaz de evitar a transmissão de germes.
- Considere todas as pessoas como possivelmente infecciosas.
- Use estes três passos de prevenção contra infecção para preparar o equipamento, suprimentos, lençóis/toalhas e superfícies antes de o bebê nascer:
 - Desinfecção
 - Limpeza
 - Desinfecção ou esterilização de alto nível
- Use luvas quando tocar qualquer coisa molhada: pele com ferimento, membranas mucosas, sangue ou outros fluidos corporais.
- Proteja-se contra respingos ou derramamento de sangue e fluido amniótico; use protecção ocular, sapatos, máscara e avental.
- Elimine os lixos de maneira segura (placenta, sangue, agulhas e outros equipamentos cortantes, como laminas ou vidro quebrado).

As práticas de prevenção contra infecção são explicadas em detalhe no Apêndice C.

Preparação da sala de parto

Preparar a sala de partos em casa ou centro de saúde. Certificar-se de que a sala está/tem:

Limpa: Use os três passos para prevenção de infecção (descritos no Apêndice C) para preparar a sala, equipamento e suprimentos.

Aquecida: A temperatura da sala deve estar mais para quente; aqueça a sala se ela estiver fria, e feche portas ou janelas para evitar correntes de vento.

Iluminada: O profissional de saúde precisa ser capaz de ver o recém-nascido para verificar sua cor e respiração. Se não houver luz natural suficiente, use velas, lanterna ou outra fonte de luz.

Privacidade: Em casa, deixe a mãe decidir quem estará presente para o nascimento. Ofereça o máximo de privacidade possível usando cortinas e/ou fechando portas e janelas quando necessário. Em um centro de saúde, use uma cortina ou tela para dar privacidade à mãe. Se possível, permita que ela conte com o apoio da pessoa que ela escolher durante o parto no centro.

Manter registros

Tenha uma caneta e os seguintes formulários pra registrar informações quando você cuidar da mãe e do bebê:

- Cartão de registo de nascimento
- Cartões de imunização
- Registos da mãe da consulta pré-natal, trabalho de parto e parto

Todos nascimentos devem ser registados. Isso inclui nados mortos e bebês que morram durante o primeiro período neonatal, seja em casa ou num centro de saúde.

Reunir equipamento, suprimentos e medicamentos

Prepare o equipamento e os suprimentos para a sala de partos e cuidados pós-natal imediatos listados na tabela 2.1 na próxima página.

TABELA 2.1 EQUIPAMENTO E SUPRIMENTOS PARA A SALA DE PARTO E CUIDADOS PÓS-NATAIS IMEDIATOS

Móveis

- Cama ou colchão para a mãe
- Superfície ou local limpo para o equipamento
- Relógio com ponteiro para segundos
- Fonte de luz

Lençóis/cobertores/toalhas para a mãe

- Lençóis e cobertores
- Plástico para colocar sob a mãe
- Panos extras para usar como absorventes/ pensos perianais
- Roupas limpas para depois do nascimento

Lençóis/toalhas/cobertores para o bebé

- Um pano ou toalha para secar o bebé
- Panos quentes para cobrir o recém-nascido
- Roupas limpas para o bebé

Equipamento e suprimentos de prevenção contra infecção

- Água corrente limpa (da torneira ou jarro), sabonete e toalha de mão
- Panos para limpeza
- Solução de cloro 0,5% para desinfecção (ver Apêndice C)
- Recipiente coberto para eliminar lixo
- Recipiente resistente a perfuração para eliminação de objectos cortantes/pontiagudos
- Um ou dois baldes para limpeza
- Uma pequena escova para limpar os instrumentos
- Luvas
- Fogão e combustível
- Panela para ferver água

Equipamento e suprimentos para parto

- Roupas protectoras: Luvas (podem ser limpas ou estéreis), avental, protecção para os olhos
- Equipamento e suprimentos para reanimação do recém-nascido (ver capítulo 4)
- Conjunto de parto com cordões para amarrar o cordão umbilical, dois grampos para cordão umbilical (se disponível) e lâmina nova ou limpa (fervida) ou tesoura estéril para cortar o cordão umbilical
- Estetoscópio fetal
- Recipiente para placenta
- Balança para pesar o recém-nascido, se disponível
- Gaze
- Colírio ou pomada para os olhos
- Oxitocina (se disponível)

TABELA 2.2 PASSOS PARA OS CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO

- Passo 1** Secar e estimular o bebê.
Passo 2 Avaliar a respiração e a cor do bebê.
Passo 3 Decidir se o bebê precisa de reanimação.

Os passos 1 a 3 acontecem quase que ao mesmo tempo

- Passo 4** Amarrar e cortar o cordão.
Passo 5 Colocar o bebê em contacto pele a pele com a mãe.
Passo 6 Fazer a mãe amamentar.
Passo 7 Cuidar dos olhos.

Preparar para evitar a perda de calor

Os recém-nascidos perdem calor rapidamente depois do nascimento. Ao deixar o calor do útero, o recém-nascido molhado perde calor imediatamente, conforme se ajusta a um ambiente bem mais frio. A perda de calor pode levar a hipotermia e risco de morte. O atendente de parto deve estar preparado para manter o recém-nascido aquecido no momento do nascimento e evitar a perda de calor. Isso é importante em locais de clima quente, assim como em locais de clima frio.

Os recém-nascidos têm sistemas reguladores de temperatura imaturos. Eles não são capazes de regular sua temperatura, como os adultos fazem. Portanto, eles muitas vezes têm dificuldade em manter uma temperatura normal do corpo. Eles perdem calor rapidamente se estiverem molhados, não cobertos, expostos a corrente de ar ou se forem colocados em, ou perto de, superfície fria.³ Pense nisso e planeje de acordo antes do nascimento para evitar que isso aconteça.

A corrente quente⁴

- Mantenha o lugar do nascimento quente, pelo menos 25°C (77°F) e evite correntes de vento. Aqueça a sala antes de o bebê nascer.
- Imediatamente depois do nascimento, secar o bebê com uma toalha quente. A maior parte do resfriamento acontece nos primeiros minutos depois do nascimento. Nos primeiros 1 a 2 minutos, o recém-nascido pode perder calor suficiente para a temperatura de seu corpo cair 2°C, o que é muito perigoso.
- Mantenha o bebê deitado sobre o abdômen ou peito da mãe durante todo o tempo de cuidados à mãe ao recém-nascido. Caso isso não seja possível, coloque o bebê em uma superfície quente e mantenha-o coberto.
- Coloque o bebê em contacto pele a pele com a mãe por pelo menos duas horas depois do nascimento. Cubra a mãe e o bebê com um pano quente.
- Ajude a mãe a amamentar o bebê logo que possível, mas pelo menos dentro da primeira hora depois do nascimento.
- Espere pelo menos seis horas e de preferência 24 horas para dar banho ao bebê. Espere mais tempo se: 1) o bebê estiver frio ou se a temperatura axilar estiver abaixo de 36 °C (96,8 °F), 2) o ambiente estiver frio, 3) o recém-nascido tiver baixo peso no nascimento, ou 4) o bebê não estiver bem.
- Vista o bebê com roupas leves, soltas e quentes.

Um bebê precisa de pelo menos uma a duas roupas a mais que um adulto no mesmo clima. O número de roupas depende da temperatura da sala. Cerca de 25% da perda de calor do bebê pode vir da cabeça, por isso, cubra a cabeça do bebê com um chapéu ou pano. Por último, cubra o bebê com um cobertor ou coberta leve e quente.

- É importante que o bebê fique aquecido durante o período neonatal. Mantenha a mãe e o bebê juntos em um quarto quente e incentive a amamentação sempre que o recém-nascido quiser.
- Mantenha o bebê aquecido durante o transporte, se ele for transferido para outro centro. Coloque o bebê em contacto com a pele da mãe ou de outro adulto e cubra ambos para que fiquem aquecidos. A temperatura do bebê deve ser verificada durante os cuidados essenciais, se possível.
- Instrua os profissionais de saúde e as famílias sobre os riscos da baixa temperatura/hipotermia e como evitar isso.

CUIDADOS IMEDIATOS NO MOMENTO DO NASCIMENTO

A maioria dos bebês respira e chora sem ajuda no momento do nascimento. A atenção ao recém-nascido oferecida imediatamente depois do nascimento é simples, porém importante. Lembre que o bebê acabou de sair do útero da mãe. O útero era quente e quieto, e o líquido amniótico e as paredes do útero tocavam gentilmente no bebê. Você também deve ser gentil com o bebê e mantê-lo aquecido. O contacto pele a pele com a mãe mantém o bebê na temperatura ideal.

Nas páginas a seguir você encontrará os passos dos cuidados imediatos que devem ser oferecido a todos os bebês no momento do nascimento. Os passos 3 e 4 serão interrompidos pela reanimação se o bebê precisar de ajuda para começar a respirar. Os cuidados imediatos à mãe incluem eliminar a placenta logo que possível depois de amarrar e cortar o cordão umbilical. Monitore atentamente as condições da mãe durante os minutos e as horas depois do parto.

Passo 1. Secar e estimular o bebê

Seque o bebê, incluindo a cabeça, imediatamente. Esfregue as costas do bebê de cima para baixo, usando um pano limpo e quente. Tente ao máximo possível não remover o verniz (a substância cremosa e branca que pode estar na pele do bebê), pois ele protege a pele e pode ajudar a prevenir infecção.

FIGURA 2.1 COMO SECAR O RECÉM-NASCIDO

1. Secar o corpo do bebê
2. Secar bem a cabeça do bebê
3. Elimine o pano molhado
4. Embrulhe o bebe em um pano limpo e seco, cobrindo a cabeça dele

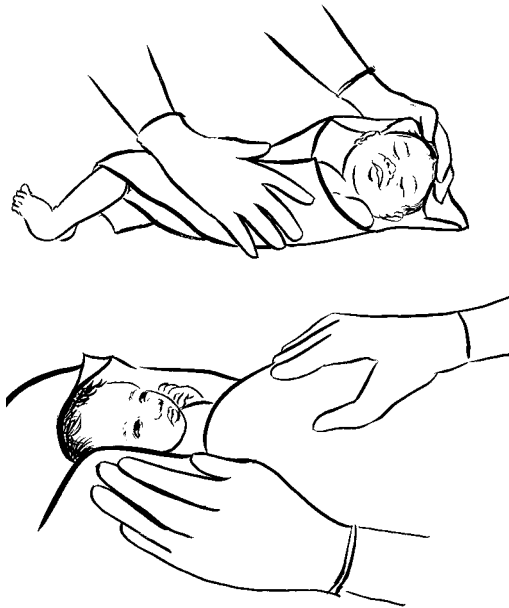


FIGURA 2.2 COMO CORTAR O CORDÃO UMBILICAL



Passo 2. Avaliar a respiração e a cor do bebê

Conforme você seca o bebê, verifique se ele: 1) está respirando, 2) está tendo dificuldade em respirar, ou 3) não está respirando. Observe a cor do bebê. O rosto e o peito devem estar rosados, não acinzentado nem azulados. Em bebês de pele mais escura, você pode avaliar a cor da língua, lábios e membranas mucosas; eles devem estar rosados, não acinzentados nem azulados. A cor rosada da pele do bebê é um bom sinal de respiração e circulação adequadas. Uma cor azulada da língua, lábios e tronco é um sinal de falta de oxigênio no sangue. Uma cor azulada somente das mãos e pés pode ficar presente por um a dois dias depois do nascimento e geralmente não indica falta de oxigênio.

Passo 3. Decidir se o bebê precisa de reanimação

Se o bebê não estiver respirando, estiver respirando menos de 30 incursões por minuto ou tiver dificuldade em respirar, ele precisa de reanimação. Nesse caso, rapidamente prenda com grampo ou amarre o cordão umbilical, deixando um coto de pelo menos 10 cm de comprimento. Coloque o bebê em uma superfície plana e quente e inicie a reanimação rapidamente. Peça ajuda, pois é preciso mais uma pessoa para cuidar da mãe (ver capítulo 4, Reanimação do Recém-Nascido).

Se o bebê não precisar de reanimação, prossiga com os próximos passos.

Passo 4. Amarrar e cortar o cordão umbilical

1. Amarre (ou prenda com grampo) o cordão umbilical firmemente em dois locais:
 - Amarre primeiro a dois dedos do abdômen do bebê.
 - Amarre depois a quatro dedos do abdômen do bebê.
2. Corte o cordão entre os nós.
 - Use uma lâmina nova ou uma fervida, se já foi usada, ou tesoura estéril.
 - Use um pequeno pedaço de pano ou gaze para cobrir a parte do cordão umbilical que você está cortando para que não respingue sangue em você nem nos outros.
 - Tenha cuidado para não cortar nem ferir o bebê. Corte longe do bebê ou coloque sua mão entre o instrumento cortante e o bebê.
3. Não coloque coisa alguma no coto do cordão umbilical.

Passo 5. Colocar o bebê em contacto pele a pele com a mãe

O calor da mãe passa facilmente para o bebê e ajuda a estabilizar sua temperatura.

1. Coloque o bebê sobre o peito da mãe para aquecimento pele a pele.
2. Cubra a mãe e o bebê com um pano ou cobertor quente.
3. Cubra a cabeça do bebê.

As vantagens do contacto pele a pele são:

- A mãe mantém o bebê aquecido. O corpo da mãe tem a temperatura ideal.
- A proximidade entre a mãe e o bebê ajuda a mãe a criar um vínculo com o bebê.
- O contacto contribui com o sucesso da amamentação imediata.^{5,6,7}

Se a mãe não quiser contacto directo pele a pele, seque e embrulhe o bebê. Certifique-se de que a cabeça do bebê está coberta e coloque o bebê ao lado da mãe.

É importante aguardar para, ou atrasar, o primeiro banho do bebê. O bebê não deve tomar banho no momento do nascimento, pois o banho pode esfriá-lo de modo perigoso. Depois de um mínimo de seis horas, de preferência 24 horas, o bebê pode ter um primeiro banho de esponja, se sua temperatura estiver estabilizada. (Veja a tabela 2.13 e Banho do recém-nascido, página 52)

Passo 6. Fazer a mãe começar a dar de mamar

Se tudo estiver normal:

1. Não separe a mãe e o bebê para pesá-lo até o bebê já ter amamentado.
2. Ajude a mãe a começar a amamentar dentro da primeira hora depois do nascimento.^{8,9} Um estudo sobre amamentação imediata descobriu que a maioria dos recém-nascidos está pronta para amamentar entre 15 e 55 minutos depois do nascimento.¹⁰
3. Ajude a mãe com a primeira amamentação (ver capítulo 3). Certifique-se de que o bebê está bem posicionado e preparado para mamar. Não limite o tempo para o bebê mamar; a amamentação imediata e ilimitada dá mais energia ao recém-nascido para ficar aquecido, nutrição para crescer e anticorpos para combater infecção.

Passo 7. Cuidar dos olhos

Logo depois da amamentação e dentro de uma hora depois do nascimento, cuide dos olhos do recém-nascido com medicamento antimicrobial (ver tabela 2.3, página 32). O cuidado aos olhos protege o bebê contra infecção ocular grave.

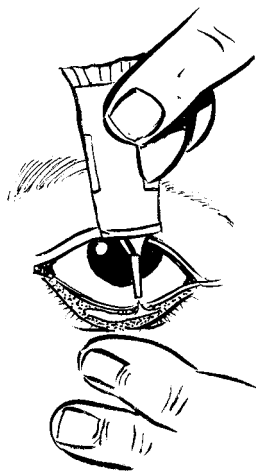
FIGURA 2.3 INICIAÇÃO ATEMPADA DA AMAMENTAÇÃO



TABELA 2.3 PASSOS PARA O CUIDADO AOS OLHOS

1. Lave as mãos
2. Use um dos seguintes medicamentos para olhos:
 - Solução de nitrato de prata 1% ou
 - Solução de iodo polividone 2,5% ou
 - Pomada de tetraciclina 1% para olhos
3. Segure um olho aberto e deixe uma gota do medicamento cair nele. Se estiver usando uma pomada, ponha uma linha de pomada ao longo da parte de dentro da pálpebra inferior. Certifique-se de não deixar que o conta-gotas ou o tubo do medicamento toque no olho do bebê ou em qualquer outro lugar.
4. Repita este passo para colocar o medicamento no outro olho.
5. Não enxágue o medicamento dos olhos.

FIGURA 2.4 COMO COLOCAR POMADA NOS OLHOS



CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO NO PRIMEIRO DIA

O primeiro dia de vida é um momento de muitas mudanças dentro do corpo do bebê. Por isso, é importante observar o bebê e cuidá-lo com atenção

Avaliar o bebê

Avalie o bebê a cada 30 minutos a uma hora por pelo menos seis horas ou até o recém-nascido estar estável e ficar aquecido e rosado. Verifique o bebê durante o primeiro dia acerca do seguinte:

Respiração: O bebê normal respira 30 a 60 vezes por minuto sem dificuldade, grunhido, nem retração do peito.

Aquecimento: Verifique se o bebê está aquecido:

- Use um termômetro para medir a temperatura axilar ou
- Sinta o abdômen ou as costas do bebê com sua mão e compare a temperatura dele com a de uma pessoa saudável.

Cor: Verifique se a língua, lábios e membranas mucosas (dentro da boca) estão rosadas.

Sangramento: Verifique se o cordão umbilical está sangrando. Conforme o cordão umbilical seca, o cordão que o prende pode ficar solto. Se ficar solto, coloque as luvas e amarre o cordão apertado novamente.

A avaliação do bebê no primeiro dia também inclui história e exame físico completos, que são descritos na próxima página.

Oferecer cuidados ao recém-nascido normal

Mantenha o bebê aquecido:

- Contacto com a pele da mãe.
- Cubra a mãe e o bebê com um cobertor.
- Cubra a cabeça do bebê com um pano ou chapéu.

Apoie a amamentação:

- Continue a apoiar e a instruir a mãe sobre como amamentar.

Instrua a mãe e a família:

- Como verificar se o bebê está respirando, está aquecido e sua cor
- Como examinar se há sangramento do cordão umbilical
- Como cuidar do cordão umbilical
- Como manter o bebê aquecido

Oferecer outros cuidados para outros problemas ou necessidades

Ver:

- Exame físico do recém-nascido: Achados anormais e plano de acção (tabela 2.6, página 38)
- Ensinar e aconselhar a mãe e a família sobre os cuidados ao recém-nascido (página 50)
- Problemas comuns dos recém-nascidos (capítulo 6, página 125)

Dar vitamina K, as primeiras imunizações e completar os registos do bebê e da mãe

No dia do nascimento, dar vitamina K, 1 mg IM. Fazer as primeiras imunizações de acordo com o programa e os protocolos de imunização de seu país. As imunizações recomendadas para recém-nascidos incluem:

- BCG
- Poliomielite
- Hepatite B

Todas elas podem ser feitas no dia do nascimento ou o mais logo possível. Veja o Apêndice A para o Programa de Imunização de Bebê e uma lista de websites onde obter informações actualizadas.

Certifique-se de que o nascimento foi registado e que está sendo preparada uma certidão de nascimento. Registre todos os achados e tratamentos, e registre todos os neonatos e mortes de recém-nascidos.

HISTÓRIA E EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO

Obter a história

Uma mãe saudável é muito importante para o desenvolvimento e nascimento saudáveis do bebê. A atenção que uma mulher recebe durante a gravidez, parto e nascimento afeta a saúde do recém-nascido. Portanto, verifique os registos da mãe (se disponíveis). É importante recolher informações sobre a história da mãe e do bebê para saber se ele precisa de atenção especial e para ajudar a determinar que cuidados devem ser oferecidos ao recém-nascido (tabela 2.4).

Fazer um exame físico

O objectivo do exame físico é descobrir se o bebê é saudável e se o bebê apresenta necessidades ou problemas de saúde. Espere até o bebê ser capaz de manter uma temperatura saudável (o bebê parece quente ou tem uma temperatura axilar de 36°C a 37°C (96,8° F a 98,6° F) antes de examiná-lo. Você pode esperar até seis horas.

Antes de iniciar o exame, prepare o seguinte equipamento:

- Termómetro
- Relógio com ponteiro de segundos
- Balança para pesar, se disponível
- Roupas limpas
- Luvas, se disponível

TABELA 2.4 HISTÓRIA DA GRAVIDEZ, NASCIMENTO E PERÍODO NEONATAL IMEDIATO

Pergunte à mãe e leia os registros da mãe e do bebê (se disponíveis) para descobrir as seguintes informações:

1. Problemas de saúde materna que podem afectar o bebê. A mãe recebeu tratamento para o problema durante a gravidez? O bebê pode precisar de exames de laboratório ou tratamento. Verifique se há:
 - Tuberculose
 - Febre durante o parto
 - Bolsa de água rompida por mais de 18 horas antes do parto
 - Malária
 - Qualquer outra infecção, como hepatite B ou C
 - Sífilis ou outras infecções sexualmente transmitidas
 - HIV/AIDS
2. O método, horário e local do parto.
 - Registre o horário e o local do parto.
 - Se você suspeitar que o parto não ocorreu em condições sanitárias, procure sinais de infecção.
 - Se o bebê não teve nascimento vaginal normal e apresentação cefálica, procure por defeitos de trauma no nascimento.
 - No caso de cesariana ou parto com instrumentos, verifique os efeitos do procedimento ou dos medicamentos anestésicos.
3. O líquido amniótico estava amarelado, escuro ou esverdeado?
 - Se o líquido amniótico estava amarelado, escuro ou esverdeado, o bebê pode ter aspirado fluido com mecônio durante o parto.
 - Procure por sinais de dificuldade respiratória, que pode ser causada por aspiração de mecônio.
4. Foi feita reanimação do recém-nascido?
 - Caso positivo, o bebê está sob risco de problemas respiratórios, hipotermia, baixa glicose, sepsis e outros problemas nas primeiras horas e dias de vida. O bebê precisa ser observado atentamente durante esse período.
5. O bebê evacuou fezes ou urina?
 - O bebê deve urinar e evacuar mecônio (as primeiras fezes, escuras e viscosas) dentro das primeiras 24 horas.
 - Se não houver fezes nem urina, verifique se há distensão abdominal e sinais de desidratação, e verifique se o bebê está chupando correctamente na mama.
6. Quantas vezes o bebê mamou?
 - O bebê deve mamar no peito pelo menos oito vezes em 24 horas (pelo menos a cada três horas).
 - Um bebê com baixo peso ao nascer precisa ser alimentado mais frequentemente, pelo menos a cada duas horas/duas horas e meia.
7. O bebê pega a mama bem e chupa vigorosamente?
 - Chupar mal é um sinal de perigo para o recém-nascido; é um dos primeiros sinais de sepsis do recém-nascido.
 - É possível que a mãe precise de ajuda para aprender a posicionar o bebê e dar a mama para que ele possa pegar e chupar bem.
8. Você acha que seu bebê está bem?
 - Ouça todas as mães com atenção. Uma mãe geralmente olha seu bebê de perto e muitas vezes observa coisas que os outros talvez não percebam.
9. Vocês (a mãe e a família) estão preocupados com algo?
 - Ouça o que eles têm a dizer.
 - A família tem observado a mãe e o bebê juntos e pode ter notado algum problema.
 - Responda suas perguntas. Essa é uma boa oportunidade de ajudar a mãe e a família a aprender a cuidar do bebê.

Antes de iniciar o exame, lave as mãos cuidadosamente com sabão e água. Seque-as com um pano seco e limpo ou deixe-as secar ao ar (se o pano foi usado ou não estiver limpo). Lavar as mãos é a melhor maneira de evitar infecção quando tocar em um bebê ou tiver contacto com o bebê. Você deve usar luvas quando estiver em contacto com sangue ou fluidos corporais (por exemplo, amarrando novamente o cordão umbilical ou apalpando dentro da boca do bebê).

Explique à mãe e à família o que você vai fazer e pergunte se têm perguntas. A seguir, explique o que você está procurando e responda as perguntas da mãe e da família.

Faça o exame com o bebê nos braços da mãe para mantê-lo aquecido. Mantenha o bebê descoberto somente por pouco tempo para diminuir a perda de calor. Não há necessidade de descobrir o bebê completamente durante todas as partes do exame. Descubra somente as áreas que você precisa avaliar. Se você examinar o bebê em uma mesa ou cama, certifique-se de que o pano cobrindo a superfície está limpo e quente.

A tabela 2.5 elucida o que deve ser verificado no exame físico do recém-nascido. A medida que você encontra achados normais, informe as boas notícias à mãe. Mexa no bebê com cuidado e mantenha-o aquecido.

Identificar necessidades ou problemas

Todas os achados são normais? Caso positivo, diga à mãe que o bebê é saudável e normal. O bebê precisa do cuidado normal. Veja a tabela 2.5 para se informar sobre achados normais.

Alguns dos achados são anormais? Caso positivo, veja a tabela 2.6. Olhe a coluna “Achados Anormais” e considere qual pode ser o problema do bebê. Olhe a coluna “Plano” para o problema e explique gentilmente à mãe o que os achados anormais podem significar e que ação é necessária.

FIGURA 2.5 COMO LAVAR AS MÃOS



TABELA 2.5 EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO: ACHADOS NORMAIS

O QUE VERIFICAR ACHADOS NORMAIS

Cor	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rosto, peito, língua e lábios estão rosados. ■ Mãos e pés podem estar azulados durante as primeiras 48 horas.
Respiração	<ul style="list-style-type: none"> ■ Respiração sem barulho. ■ Não deve haver retração do peito nem batimento das asas do nariz. ■ O peito e o abdômen se mexem com cada respiração.
Incursões respiratórias por minuto	<p>Conte a respiração do bebê por um minuto completo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 30 a 60 incursões respiratórias em um minuto (quando o bebê não está chorando). ■ Pode ser irregular, isto é, respiração pesada e, então, até 20 segundos sem uma respiração.
Postura e flexibilidade	<ul style="list-style-type: none"> ■ Braços e pernas estão dobrados (flexionados). ■ Bebês pré-termo são menos flexíveis.
Frequência cardíaca	<p>Conte os batimentos cardíacos do bebê por um minuto completo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 100 a 160 batimentos em um minuto. ■ Períodos curtos de mudança na frequência cardíaca é normal (quando dormindo, chorando ou amamentando).
Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"> ■ O abdômen ou as costas do bebê estão quentes (se a temperatura do bebê estiver baixa, faça o exame mais tarde, depois de aquecer novamente).
Atividade	<ul style="list-style-type: none"> ■ O bebê mexe as pernas e os braços igualmente. ■ O bebê abre a boca e vira a cabeça para procurar o mamilo quando sua bochecha é acariciada levemente.
Pele	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pode haver pequenas bolinhas brancas na pele do bebê (acne de bebê). ■ Pode haver uma área azulada na parte inferior das costas. ■ Pode haver alguma exfoliação da pele (pele a descamar).
Cabeça	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formato alongado ou assimétrico devido à moldagem da pressão do canal de nascimento é normal. Geralmente desaparece de dois a três dias depois do nascimento (ver figura 2.6). ■ <i>Caput succedaneum</i>, um inchaço macio na parte da cabeça que saiu primeiro pelo canal de nascimento pode estar presente no momento do nascimento. Desaparece em 48 horas. ■ A fontanela anterior (um ponto mole em formato de losango bem acima da testa) é plana e pode inchar quando o bebê chorar (ver figura 2.7).
Olhos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sem secreção e os olhos não estão viscosos.

TABELA 2.5 EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO: DESCOBERTAS/ACHADOS NORMAIS

O QUE VERIFICAR ACHADOS NORMAIS

Boca	Quando o bebê chorar, olhe dentro da boca e coloque um dedo com luva dentro da boca e sinta o céu-da-boca para ver se há aberturas. <ul style="list-style-type: none"> ■ Lábios, gengivas e céu-da-boca estão intactos e iguais dos dois lados. ■ O bebê chupa vigorosamente no seu dedo.
Peito	<ul style="list-style-type: none"> ■ O peito mexe igualmente com a respiração. ■ O abdômen levanta com cada respiração. ■ Nódulos da mama podem estar aumentados. ■ Meninos e meninas podem apresentar mamas inchadas no nascimento.
Abdômen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arredondado, macio. ■ O cordão umbilical está amarrado firmemente, está seco e não está sangrando. ■ Uma pequena hérnia umbilical é normal durante o primeiro ano.
Costas e espinha	<ul style="list-style-type: none"> ■ A pele sobre a espinha não apresenta aberturas. ■ A espinha não apresenta defeitos.
Ânus	Não insira instrumentos nem o dedo para examinar o ânus. <ul style="list-style-type: none"> ■ O recém-nascido evacua fezes cerca de 24 horas depois do nascimento.
Órgãos genitais externos de meninas	<p>Separe as pernas com cuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Um corrimento vaginal branco é normal. ■ Um corrimento vaginal com sangue que começa no segundo ou terceiro dia e continua até o sétimo dia é normal.
Órgãos genitais externos de meninos	<ul style="list-style-type: none"> ■ O prepúcio pode ser retraído facilmente (a menos que tenha sido feita circuncisão). ■ A uretra abre na extremidade do pênis. ■ Um ou dois testículos podem ser apalpados no escroto. ■ Se o bebê foi circuncidado, não há sinal de infecção nem de sangramento.
Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> ■ 36° C a 37 °C (96,8° F a 98,6 °F) axilar (em baixo do braço do bebê). ■ Se não houver um termómetro à disposição: apalpe o peito ou as costas com a parte de trás de sua mão; a temperatura deve estar igual à de uma pessoa saudável.
Peso	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2,5 kg a 3,99 kg é a faixa normal de peso no nascimento. Recém-nascidos geralmente perdem de 5% a 10% do peso de nascimento nos primeiros dias de vida e, a seguir, começam a ganhar peso. Até o décimo quarto dia, o bebê deve ter voltado ao peso de nascimento.

TABELA 2.6 EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO: ACHADOS ANORMAIS E PLANO DE ACÇÃO

O QUE VERIFICAR	ACHADOS ANORMAIS	PLANO
Cor	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pele ou olhos amarelados ou com icterícia <i>Causa: Possível infecção ou problema sanguíneo</i> 	Ver capítulo 6, tabela 6.12, páginas 148-149.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Palidez <i>Causa: Sangramento, circulação sanguínea inadequada, bebé está com frio, glicose baixa ou oxigénio não suficiente</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Certifique-se de que o cordão umbilical está bem amarrado e verifique outras fontes de sangramento. ■ Aqueça o bebé. ■ Verifique a respiração e os batimentos cardíacos. ■ Dê oxigénio, se disponível, por sondas nasais ou máscara a um índice de fluxo baixo. ■ Certifique-se de que o bebé está amamentando a cada duas a três horas. ■ Se o bebé não ficar rosado depois de uma hora, TRANSFERIR para um centro com mais recursos (ver Directrizes para Transferência, página 129).
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Língua e lábios azulados (cianose) <i>Causa: Talvez o bebé não esteja recebendo oxigénio suficiente.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ TRANSFERIR (ver Directrizes para Transferência). ■ Dê oxigénio, se disponível, a um índice de fluxo alto (ver Apêndice B).
Respiração	<ul style="list-style-type: none"> ■ Grunhido (som feito quando o bebé expira) ■ Mais de 60 respirações por minuto ■ Batimento de asas do nariz ■ Retracção do peito entre as costelas <i>Causas: as vias aéreas podem estar bloqueadas, infecção ou fluido nos pulmões, glicose baixa</i> 	Ver capítulo 6, tabela 6.4, página 132.
	<p>Observe e conte por um minuto completo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Menos de 30 incursões respiratórias por minuto ■ Períodos sem respirar (apnéia) por mais de 20 segundos ■ Bebé está arfando <i>Causas: Asfixia, infecção pulmonar, fluido nos pulmões, bebé prematuro, temperatura anormal, glicose baixa, infecção sanguínea</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reanimar (ver capítulo 4). ■ Seguir as directrizes de reanimação para cuidados de seguimento.

TABELA 2.6 EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO: ACHADOS ANORMAIS E PLANO DE ACÇÃO

O QUE VERIFICAR	ACHADOS ANORMAIS	PLANO
Postura e flexibilidade	<ul style="list-style-type: none"> ■ Falta de flexibilidade, sem firmeza, mole <p><i>Causas: Bebê prematuro, dano no nascimento, asfixia</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manter o bebê aquecido. ■ Verificar se o bebê está respirando bem. ■ TRANSFERIR se isso persistir depois de duas horas (ver Directrizes para Transferência).
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rígido, duro ou com arqueamento das costas, mandíbula cerrada ■ Movimentos rítmicos de um membro <p><i>Causas: Tétano, trauma durante o nascimento, meningite, convulsões</i></p>	TRANSFERIR (ver Directrizes para Transferência).
Frequência cardíaca	<p>Contar os batimentos cardíacos por um minuto completo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Frequência cardíaca abaixo de 100 <p><i>Causas: Pode não estar recebendo oxigênio suficiente, problemas cardíacos, problemas respiratórios</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aquecer o bebê. ■ Verificar a respiração. ■ Dar oxigênio, se disponível, por sondas nasais ou máscara a um índice de 1L/minuto. ■ ENCAMINHAR se isso persistir depois das acções acima ou se o bebê estiver pálido ou azulado (ver Directrizes para Transferência).
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Frequência cardíaca acima de 180 <p><i>Causas: Infecção, o bebê pode estar muito quente, desidratação, choro, problema cardíaco congénito</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verificar se o bebê está com muitas roupas ou se tem outro motivo para estar com calor. ■ Incentivar amamentar com mais frequência. ■ Alimentar por copo se o bebê não estiver chupando bem (ver capítulo 3). ■ TRANSFERIR se isso persistir depois das acções acima ou se o bebê estiver pálido ou azulado (ver Directrizes para Transferência).
Actividade e movimento	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desmaios ou convulsões ■ Somente mexe um braço ou perna ou movimento diferente de um braço ou perna <p><i>Causas: Pode ser devido a dano ao nervo durante o parto, tétano ou infecção</i></p>	TRANSFERIR (ver Directrizes para Transferência).
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Letárgico, sonolento, sem energia ■ Choro excessivo e agudo, irritável ■ Sem chupar ■ Vômito <p><i>Causas: Pode ser sangramento ou inchaço no cérebro, glicose baixa, asfixia, infecção</i></p>	<p>TRANSFERIR (ver Directrizes para Transferência).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Alimentar por copo com leite materno (ver capítulo)

TABELA 2.6 EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO: ACHADOS ANORMAIS E PLANO DE ACÇÃO

O QUE VERIFICAR	ACHADOS ANORMAIS	PLANO
Pele	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pústulas, bolhas, manchas vermelhas ou roxas <p><i>Causa: Possível infecção enquanto estava no útero</i></p>	Ver capítulo 6, tabela 6.7, páginas 136-137.
Cabeça	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inchaço firme somente e um lado do crânio (cefalo-hematoma) <p><i>Causa: Sangue entre o crânio e a pele devido a vaso sanguíneo rompido durante o parto. Começa poucas horas depois do nascimento e aumenta em tamanho.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Não é necessário agir. O sangue é lentamente absorvido e o inchaço desaparece em um ou dois meses.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fontanela anterior inchada ou protuberante quando o bebé não está chorando <p><i>Causa: Pressão aumentada na cabeça</i></p>	TRANSFERIR (ver Directrizes para Transferência).
Olhos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Secreção de pus ■ Olhos viscosos ■ Pálpebras inchadas <p><i>Causa: Infecção dos olhos, especialmente por gonorreia ou clamídia</i></p>	Ver capítulo 6, tabela 6.8, página 139.
Boca	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fenda ou abertura no lábio ■ Fenda ou abertura no lábio no palato mole ou duro <p><i>Causa: Anormalidade congénita</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reasegurar a mãe ■ Incentivar a mãe a amamentar ■ TRANSFERIR (ver Diretrizes para Transferência). ■ Se o bebé não conseguir chupar, mostrar à mãe como alimentar o bebé com leite materno por copo.
Abdómen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Muito inchado e duro <p><i>Causa: Possível bloqueio dos intestinos</i></p>	TRANSFERIR (ver Directrizes para Transferência).
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Abdómen retraído com respiração rápida <p><i>Causa: Possível hérnia do diafragma</i></p>	TRANSFERIR (ver Directrizes para Transferência).
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sangramento do cordão umbilical <p><i>Causa: O nó no cordão pode ter afrouxado ou estar solto.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Amarrar novamente o cordão umbilical apertando-o. <p>Ver capítulo 6, tabela 6.13, página 150.</p>

TABELA 2.6 EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO: ACHADOS ANORMAIS E PLANO DE ACÇÃO

O QUE VERIFICAR	ACHADOS ANORMAIS	PLANO
Costas e espinha	<ul style="list-style-type: none"> ■ Defeitos da espinha incluem orifícios pequenos a grandes na pele com uma bolha de tecido na parte externa (defeito de tubo neural aberto). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cobrir com curativo estéril e ■ TRANSFERIR (ver Directrizes para Transferência).
Ânus	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sem evacuar fezes por 24 horas e abdómen inchado <p><i>Causa: Pode ser bloqueio nos intestinos do bebé ou ânus ou falta de um orifício anal</i></p>	TRANSFERIR (ver Directrizes para Transferência).
Órgãos genitais externos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Não é possível identificar o sexo ■ Não urina, nem fralda molhada em 24 horas 	TRANSFERIR (ver Directrizes para Transferência).
Órgãos genitais externos de meninos	<ul style="list-style-type: none"> ■ A uretra não abre na extremidade do pénis, mas em outro lugar, como em baixo do pénis; o prepúcio não pode ser retraído 	TRANSFERIR (ver Directrizes para Transferência). (Não fazer circuncisão se a uretra não abrir na extremidade do pénis, pois é preciso a pele para fazer reparo).
	<ul style="list-style-type: none"> ■ O escroto está vazio (não é possível apalpar os testículos) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Explicar aos pais que os testículos podem baixar. ■ Examinar o bebé novamente em seis meses. ■ TRANSFERIR se os testículos não descerem em seis meses.
Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> ■ Temperatura axilar abaixo de 36 °C (96,8 °F) ou acima de 37 °C (98,6 °F) ou ■ O peito ou as costas do bebé estão mais frias ou mais quentes que a pele de uma pessoa saudável 	Ver capítulo 6, tabelas 6.10 (página 143) e 6.11 (páginas 144 a 145).
Peso	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pesa menos de 2,5 kg <p><i>Causa: Peso baixo ao nascimento pode ser devido a nascimento prematuro (antes de 37 semanas) ou crescimento inadequado no útero. Risco de baixa glicose.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Todos os bebés com baixo peso baixo ao nascer precisam de cuidado especial (ver capítulo 5).
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pesa 4 kg ou mais <p><i>Causa: A mãe pode ser diabética. Risco de baixa glicose.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se o bebé for grande, alimente-o logo que possível depois do nascimento.

CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO DURANTE OS PRIMEIROS 28 DIAS

FIGURA 2.6 MOLDAGEM DA CABEÇA

Moldagem



Normal

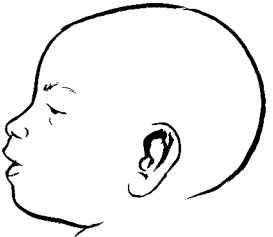
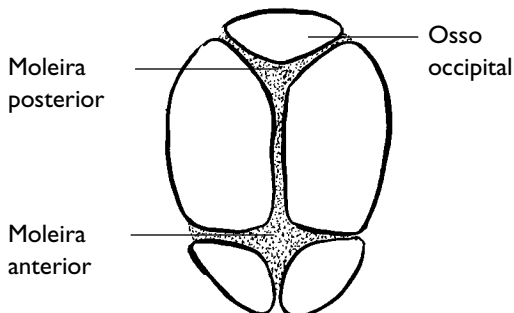


FIGURA 2.7 MOLEIRAS

Visão do crânio do bebê de cima



Porque é que os cuidados de seguimento ao recém-nascido são tão importantes?

Em todo mundo, 4 milhões de bebês morrem a cada ano antes de completarem um mês de vida.¹¹ Muitas dessas mortes poderiam ser evitadas. Não é preciso ter muita formação técnica nem equipamento para salvar a vida da maioria desses bebês.

Uma coisa importante é planificar consultas de seguimento para a atenção ao recém-nascido. Veja o bebê em dois a três dias, sete dias e 28 dias depois do nascimento. Se a mãe e família estiverem preocupadas com o bebê ou se houver um problema, pode ser melhor vê-los com mais frequência. Durante essas consultas você irá:

- Avaliar o bebê e a mãe para ver se há problemas.
- Elogiar a família pelo bom cuidado com o bebê.
- Continuar a instruir e a aconselhar a mãe e a família sobre os cuidados a ter com o bebê.

Para facilitar a mãe e a família, a mãe deve fazer seus exames de seguimento pós-parto quando o bebê é examinado. Verifique o registo pré-natal da mãe para certificar-se de seguir quaisquer problemas (ex.: tuberculose, sífilis ou HIV). Ouça o que a mãe tem a dizer e cuide dos problemas de saúde que ela possa ter. Uma mãe saudável é importante para a sobrevivência do recém-nascido. A mãe deve ser examinada para ver se há:

- Sangramento maior do que sua menstruação normal. Hemorragia pós-parto é a principal causa de morte materna.
- Aleitamento materno com sucesso. Observe a mãe amamentar o bebê e examine os seios para ver se há problemas.
- Sinais de infecção: febre, útero sensível ou corrimento de odor desagradável.
- Continue a instruir e a aconselhar a mãe sobre como reconhecer sinais de perigo para ela e para o bebê e a necessidade de uma boa nutrição, descanso e intervalo entre filhos.

Enfoque especial para cada visita de seguimento

Em certas idades os bebês estão sob maior risco de certos problemas. Você precisa saber quais são esses problemas e quando eles podem ocorrer. A tabela 2.7 explica no que você deve concentrar-se em cada consulta de seguimento.

Preparar sala, equipamento e suprimentos para consultas de seguimento

Certificar-se de que a sala está/tem:

Limpa: Usar os três passos para prevenção de infecção para preparar a sala, equipamento e suprimentos. (Ver Apêndice C para obter detalhes.)

Aquecida: A temperatura da sala deve estar mais para quente; aqueça a sala se ela estiver fria, e feche portas ou janelas para evitar correntes de vento.

Iluminada: O profissional de saúde precisa ser capaz de ver o recém-nascido para verificar sua cor e respiração. Se não houver luz natural suficiente, usar velas, lanterna ou outra fonte de luz.

Prepare uma superfície limpa para os suprimentos e o equipamento e uma cama ou superfície quente para o recém-nascido (não é necessário se o exame for feito com o bebê no colo da mãe).

Tenha o equipamento e os suprimentos a seguir prontos:

- Balança para pesar o recém-nascido, se disponível
- Relógio com ponteiro de segundos
- Termômetro axilar, se disponível
- Água limpa e corrente, sabão e toalha
- Se for necessário imunizações:
 - Seringas e agulhas
 - Panos e água limpa para limpar o local da injeção
 - Gaze
- Medicamentos:
 - **Bebê:** Vitamina K, vacinas: BCG, pólio, hepatite B (dependendo das políticas das autoridades de saúde locais e disponibilidade)
 - **Mãe:** Vitamina A 200,000 IU cápsula
- Registos:
 - O cartão de registo e o cartão de imunizações do recém-nascido

Oferecer cuidado de seguimento

Cada vez que você ver um recém-nascido para uma consulta de seguimento, use os passos de tomada de decisões para guiar a consulta (conforme descritos na introdução deste manual). A tabela 2.8 descreve os passos para a atenção ao recém-nascido durante os primeiros 28 dias.

TABELA 2.7 ENFOQUE ESPECIAL PARA CADA CONSULTA DE SEGUIMENTO

IDADE NA CONSULTA	PERGUNTAR E EXAMINAR	EXPLICAÇÃO
Primeiro dia	Respiração Cor da pele Temperatura Amamentação Cordão umbilical Micção Fezes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Durante esse período o recém-nascido ainda está se ajustando à vida fora do útero e precisa ser amamentando com bastante frequência. Não deve ser oferecido outro líquido nem outro tipo de alimento. ■ Certifique-se de que o cordão umbilical está bem apertado e que não há sangramento. ■ Um bebê com icterícia (pele ou olhos amarelados) pode estar muito doente. Icterícia é grave se aparece nas primeiras 24 horas, depois de duas semanas ou a qualquer momento se acompanhada de outro sinal de perigo.
	Vitamina K e imunizações	<ul style="list-style-type: none"> ■ A vitamina K deve ser administrada no dia do nascimento ou logo que possível depois disso para que seja eficaz. Isso é especialmente importante no caso de bebês prematuros. ■ Para imunizações de recém-nascidos, siga as directrizes de seu país.
2 a 3 dias	Amamentação	<ul style="list-style-type: none"> ■ A mãe e o recém-nascido ainda estão se ajustando à amamentação. Seios engorgitados ocorrem nesse período e podem dificultar a amamentação.
	Sinais de infecção (vermelhidão ou pústulas na pele, secreção do umbigo ou dos olhos, bebê muito quente ou muito frio, problemas com a alimentação, problemas respiratórios, desmaios)	Bebês infectados durante o parto podem apresentar sinais de infecção no momento do nascimento ou só mais tarde.
	Peso	Uma perda de peso de 5% a 7% durante os primeiros dias de vida é normal. Um motivo para isso é que os bebês nascem com fluidos em excesso que eles perdem nos primeiros dias de vida. A perda de peso não deve passar de 10% do peso de nascimento.

TABELA 2.7 ENFOQUE ESPECIAL PARA CADA CONSULTA DE SEGUIMENTO

IDADE NA CONSULTA	PERGUNTAR E EXAMINAR	EXPLICAÇÃO
7 dias	Amamentação Peso	A mãe e o recém-nascido ainda estão se ajustando à amamentação. O bebê deve começar a ganhar peso e deve voltar ao seu peso de nascimento até completar 14 dias.
	Sinais de infecção (ver a secção sobre 2 a 3 dias acima)	Recém-nascidos infectados depois do nascimento podem apresentar sinais de infecção na primeira consulta.
	Cor da pele	Um recém-nascido com icterícia (pele ou olhos amarelados) pode estar muito doente (ver primeiro dia acima).
	Vacinas	Se o recém-nascido não recebeu as primeiras imunizações, faça as imunizações agora ou transfira o bebê para um centro de saúde para isso.
28 dias	Amamentação Peso Sinais de infecção (ver a secção sobre 2 a 3 dias acima) Vacinas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Em 28 dias de vida o bebê deve estar totalmente adaptado à vida fora do útero. O monitoramento para infecção deve continuar. Lembre a mãe que as próximas imunizações devem ser feitas quando o bebê completar seis semanas. ■ Certifique-se de que o bebê está ganhando peso suficiente (25 a 30 gramas por dia).

TABELA 2.8 **CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO DURANTE OS PRIMEIROS 28 DIAS**
TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

História

Peça para ver o cartão de nascimento do bebê e outros registros da atenção ao recém-nascido. A seguir, faça as perguntas a seguir sobre o recém-nascido:

- O que você observou no seu bebê? A resposta da mãe pode dar uma idéia de como ela está cuidando do bebê.
- Você notou algo no bebê que a preocupa? Muitas vezes, a mãe é a primeira pessoa a notar algo que talvez seja um sinal de problema. Alguns bebês, por exemplo, cospem um pouco de leite quase que a cada mamada, o que pode preocupar a mãe, mas isso geralmente é normal. No entanto, vômito persistente em grandes quantidades deve ser investigado.
- O bebê está chupando bem? Chupar inadequadamente pode ser um sinal de infecção.
- Com que frequência o bebê mama durante o dia e à noite? O normal é de 8 a 12 vezes em 24 horas. Um bebê com baixo peso ao nascer vai mamar com mais frequência, pois seu estômago é menor.
- O bebê acorda para mamar pelo menos a cada 2 a 3 horas ou você precisa acordá-lo? Não acordar para mamar é um sinal de infecção ou outro problema.
- Quantas vezes o bebê urina por dia? Um recém-nascido que está mamando suficiente vai urinar pelo menos 6 vezes em 24 horas.
- O bebê parece muito sonolento? É difícil acordar o bebê? Um bebê muito sonolento pode ter uma infecção ou outro problema.
- Como são as fezes do bebê? Nos primeiros dois dias, as fezes podem ser pretas ou esverdeadas e viscosas. Depois dos primeiros dias, as fezes devem ser moles, amarelas e “granuladas”. Fezes aguadas são anormais.
- O bebê já recebeu alguma imunização? Caso positivo, quais?
- O bebê recebeu medicamento para os olhos no momento do nascimento?

Pergunte à mãe:

- Quantas refeições você faz por dia? Qual a quantidade e que alimentos estão presentes a cada refeição? Para se manter saudável, uma mãe que está amamentando precisa comer pelo menos uma porção grande adicional à sua alimentação básica de todos os dias.
- Quanto de líquidos você está bebendo em um dia? Para produzir leite suficiente, a mãe precisa de pelo menos 3 a 4 litros de líquidos por dia. A mãe deve beber algo sempre que o bebê mamar.
- Você tomou uma cápsula de vitamina A? Se uma mãe que está amamentando tomar uma cápsula de 200.000 IU de vitamina A a qualquer momento depois do parto até oito semanas pós-parto, seu leite deverá ter vitamina A suficiente para as necessidades do bebê.
- Você está descansando o suficiente? Se a mãe que está amamentando não descansar o suficiente, a quantidade produzida de leite pode diminuir.

TABELA 2.8 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO DURANTE OS PRIMEIROS 28 DIAS
TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

Exame

Sem tocar no bebé, observe e ensine a mãe a observar o seguinte no bebé:

- **Respiração:**
Normal: Regular e 30 a 60 incursões respiratórias por minuto.
Anormal: Respirar menos de 30 ou mais de 60 vezes por minuto e retração do peito podem ser sinais de infecção ou problemas respiratórios.
- **Umbigo:**
Pele avermelhada, inchaço, pus e odor desagradável ao redor do umbigo são sinais de infecção.
- **Cor da pele:**
Normal: Peito, rosto, lábio e membranas mucosas devem estar rosados
Anormal: Pele pálida, azulada ou amarelada (icterícia).
- **Postura e actividade:**
Normal: Braços e pernas estão dobrados (flexionados). O bebé se mexe, chora e chupa bem quando acordado.
Anormal: O bebé está mole e não se mexe nem chupa bem quando acordado.

Apalpando o bebé gentilmente, verifique o seguinte:

- **Temperatura:**
Apalpe o abdómen ou as costas do recém-nascido. Se a pele estiver muito quente ou muito fria, tire a temperatura com um termómetro axilar (se disponível) no final do exame.
Normal: Em baixo do braço: 36°C a 37 °C (96,8°F a 98,6 °F)
Anormal: Se a temperatura estiver abaixo de 36°C ou acima de 37°C, pode haver infecção ou outro problema.
Alguns bebés apresentam uma leve febre por 24 horas depois da imunização para hepatite B (que pode ser dada no momento do nascimento).
- **Pele:**
Procure exantemas ou pústulas.
Se o bebé recebeu a imunização BCG, examine o local da vacina.
Uma pústula pequena deve ser formada em poucas semanas e, depois, uma cicatriz.
- **Olhos:**
Veja se há secreção.
Secreção viscosa ou parecida com pus nos olhos é um sinal de infecção.

Ao observar o bebé mamando:

- Observe a posição, o chupar e como o bebé pega o mamilo.
Normal: Ver capítulo 3.
- **Interação da mãe com o bebé:**
Normal: A mãe 1) faz contacto ocular com o recém-nascido, 2) usa toda a mão (não somente as pontas do dedo) quando toca no bebé, e 3) a mãe e o bebé estão voltados um para o outro durante a amamentação.

continua na próxima página

TABELA 2.8 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO DURANTE OS PRIMEIROS 28 DIAS
TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

Exame (Continuação)	<p>Pese o bebé:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="454 483 665 514">Idade</th> <th data-bbox="665 483 1466 514">Peso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="454 514 665 546">Primeiros sete dias</td> <td data-bbox="665 514 1466 546">Pode perder de 5% a 10% do peso de nascimento</td> </tr> <tr> <td data-bbox="454 546 665 577">Dias 7 a 10</td> <td data-bbox="665 546 1466 577">Começa a ganhar peso</td> </tr> <tr> <td data-bbox="454 577 665 609">Dia 14</td> <td data-bbox="665 577 1466 609">Deve ter voltado ao peso de nascimento</td> </tr> <tr> <td data-bbox="454 609 665 672">Depois do dia 14</td> <td data-bbox="665 609 1466 672">Ganha uma média de 25 a 30 gramas (1 onça) por dia durante os primeiros 4 meses.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="454 672 665 724">4 a 5 meses</td> <td data-bbox="665 672 1466 724">Dobra o peso de nascimento</td> </tr> </tbody> </table>	Idade	Peso	Primeiros sete dias	Pode perder de 5% a 10% do peso de nascimento	Dias 7 a 10	Começa a ganhar peso	Dia 14	Deve ter voltado ao peso de nascimento	Depois do dia 14	Ganha uma média de 25 a 30 gramas (1 onça) por dia durante os primeiros 4 meses.	4 a 5 meses	Dobra o peso de nascimento
Idade	Peso												
Primeiros sete dias	Pode perder de 5% a 10% do peso de nascimento												
Dias 7 a 10	Começa a ganhar peso												
Dia 14	Deve ter voltado ao peso de nascimento												
Depois do dia 14	Ganha uma média de 25 a 30 gramas (1 onça) por dia durante os primeiros 4 meses.												
4 a 5 meses	Dobra o peso de nascimento												
Problemas/ necessidades	<p>Liste os problemas e as necessidades. Se algum achado for anormal, consulte o capítulo 6. Pense sobre as necessidades do bebé: aquecimento, protecção contra infecção, alimentação, segurança, amor e sono.</p>												
Plano de cuidados	<p>Faça um plano de cuidados para cada problema ou necessidade que encontrar. Inclua instrução, aconselhamento, tratamento médico, exames laboratoriais, transferência e seguimento.</p> <hr/> <p>Continue a aconselhar a mãe sobre cuidado ao bebé e de si mesma.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Manter o bebé aquecido. ■ Proteger o bebé contra infecção. ■ Amamentação por demanda e exclusiva. ■ Conversar e acalmar o bebé. ■ Manter o bebé seguro. ■ A mãe continua a obter cuidados pós-parto. <hr/> <p>Fazer as primeiras imunizações, se o bebé ainda não as recebeu. Revisar os sinais de perigo para o bebé e o que fazer. Planificar a próxima consulta (ver abaixo). Programar ou transferir a mãe para serviços de planeamento familiar.</p>												
Seguimento	<p>O programa para seguimento depende dos problemas encontrados. Se tudo estiver normal, use o programa de consulta de seguimento normal (2 a 3 dias, 7 dias, 28 dias, 6 semanas).</p>												

Documentar os passos

Certifique-se de que todos os registos do cuidado ao recém-nascido foram completados depois de cada consulta.

Lista de verificação para consultas de cuidados de seguimento

No final da consulta, use a lista de verificação da tabela 2.9 para lembrar todos os achados importantes. Caso seus achados forem compatíveis com os da lista, o recém-nascido está bem. Informe à mãe quando a próxima consulta acontecerá e lembre-a de procurar cuidados médicos se ela observar um sinal de perigo ou tiver alguma preocupação ou dúvida sobre o bebé.

TABELA 2.9 LISTA DE VERIFICAÇÃO: O RECÉM-NASCIDO ESTÁ SAUDÁVEL E SEGURO SE...

A mãe

- Não estiver preocupada com o comportamento do bebé
- Responder adequadamente quando o bebé chorar
- Manter o bebé aquecido
- Mexer no bebé gentilmente
- Conhecer os sinais de perigo para o bebé e o que fazer
- Estiver à vontade com a amamentação exclusiva
- Tomou uma cápsula de vitamina A (200.000 IU) depois do parto
- Estiver saudável

O recém-nascido

- Mamar bem (8 a 12 vezes em 24 horas)
- Dormir entre mamadas
- Acordar para mamadas
- Urinar pelo menos 6 vezes em 24 horas
- Tiver fezes não aguadas
- Começar a ganhar peso constantemente depois de 7 a 10 dias
- Tiver uma temperatura axilar entre 36°C a 37°C (96,8°F e 98,6°F)
- Estiver respirando sem fazer barulho, entre 30 a 60 vezes por minuto
- Apresentar pele sem pústulas nem exantemas e a pele não estiver amarelada, azulada nem pálida
- Tiver olhos livres de secreção
- O umbigo estiver seco e limpo
- Já tiver recebido as primeiras imunizações

FIGURA 2.8 COMO MANTER O BEBÉ AQUECIDO



TABELA 2.10 COMO A FAMÍLIA PODE MANTER O RECÉM-NASCIDO AQUECIDO

- Mantenha a sala onde o recém-nascido fica quente e livre de vento dia e noite.
- Vista o bebê com roupas quentes (o recém-nascido precisa de pelo menos uma a duas roupas a mais que um adulto).
- Cubra a cabeça do bebê com um pano ou chapéu.
- Use roupas e cobertores soltos. Roupas e cobertores apertados não mantêm o bebê tão aquecido.
- Coloque o recém-nascido na cama com a mãe para aquecimento e amamentação.
- Mantenha o bebê em contacto pele a pele com a mãe. Use um pano ou cobertor quente para cobri-los juntos. Certifique-se de não cobrir o rosto do bebê para que ele possa respirar livremente.

INSTRUA E ACONSELHE A MÃE E A FAMÍLIA SOBRE OS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

Uma parte importante da ajuda que você oferece ao recém-nascido, à mãe e à família é a instrução e o aconselhamento sobre a atenção ao recém-nascido. Você deve explicar:

- Que cuidados oferecer
- Por que oferecer cuidados

Mesmo se a mãe já teve um bebê, pode haver novas informações para ajudá-la. Quando falar com a mãe, inclua outros membros da família, como a avó, sogra, tia, irmã e/ou marido. Isso oferece a todos uma oportunidade de ouvir as mesmas informações que a mãe. Também dá tempo para a mãe e a família fazerem perguntas. Abaixo encontram-se informações que devem ser dadas quando você fornece instrução e aconselhamento. A mãe e a família podem ter outras perguntas sobre os cuidados ao bebê que não estejam incluídas abaixo. Dedique algum tempo para discutir todas as preocupações e dúvidas da família.

Aquecimento

O recém-nascido precisa estar aquecido - especialmente nas primeiras semanas de vida. Como os recém-nascidos não conseguem adaptar a temperatura de seu corpo como os adultos fazem, eles ficam com frio ou calor muito mais rapidamente. O corpo do recém-nascido é pequeno e não é capaz de ficar quente por conta própria. Se o recém-nascido ficar muito frio, ele pode morrer.

Sono

Recém-nascidos precisam dormir. Se estão saudáveis, eles dormem a maior parte do tempo entre mamadas (até 18 horas por dia). Eles acordam a cada 2 a 3 horas para mamar. Durante a noite, o bebê pode dormir até 4 horas entre mamadas.

Recém-nascidos acordam bastante à noite. Por isso, a mãe precisa descansar ou dormir durante o dia quando o bebê estiver dormindo. Esse padrão muda, e, com o tempo, o bebê começará a dormir mais à noite e ficar acordado mais tempo durante o dia.

Um bebê difícil de ser acordado ou que durma muito pode estar doente.

Carinho

Um recém-nascido não pode sobreviver sem carinho. No nascimento, ele é incapaz de satisfazer suas próprias necessidades básicas. Quando o recém-nascido está com fome, molhado, frio, desconfortável, com dor ou doente, ele somente pode chorar ou enviar outras pistas.

Cada recém-nascido é diferente. Ele pode ser facilmente irritado ou calmo e sonolento. Ele pode ser agitado e difícil de agradar ou feliz e fácil de lidar. Ele pode ter um choro alto e agudo ou um choro baixo e discreto. A mãe precisa conhecer a personalidade do bebê. A sobrevivência do bebê depende do entendimento da mãe e da resposta adequada aos sinais que ele envia.

Quando o bebê chora e suas necessidades são satisfeitas, ele aprende que o mundo é um lugar seguro e amoroso. Ele aprende a ser confiante e a confiar: confiança de que pode comunicar suas necessidades aos outros e confiança de que alguém vai cuidar dele quando ele precisar de cuidados. O choro do recém-nascido não deve ser ignorado.

Os recém-nascidos sempre devem ser tratados gentilmente. As mães aprendem a fazer o que elas vêem você fazer. Manuseie o bebê gentilmente, fale com ele em uma voz baixa e observe-o cuidadosamente para que você possa responder adequadamente às suas necessidades.

Protecção contra infecção

O sistema para lutar contra infecções não está desenvolvido em um recém-nascido. Isso significa que o recém-nascido pode desenvolver infecções mais facilmente que uma criança mais velha ou um adulto. Conforme o bebê cresce, o sistema que combate infecções fica mais forte. A mãe e a família precisam proteger o recém-nascido contra infecção no nascimento e nos primeiros meses de vida (ver tabela 2.11).

TABELA 2.11 COMO A FAMÍLIA DEVE PROTEGER O RECÉM-NASCIDO CONTRA INFECÇÃO

- Lave as mãos com sabão e água antes e depois de tocar no recém-nascido.
- Mantenha as unhas curtas (germes podem viver sob as unhas).
- Não coloque coisa alguma (curativo, produtos herbais ou medicinais) no cordão umbilical.
- Mantenha o cordão umbilical limpo e seco.
- Lave tudo que estiver em casa que vá estar em contacto com o bebê: roupas, lençóis, cobertores.
- Mantenha crianças e adultos doentes longe do bebê.
- Proteja o recém-nascido contra fumaça no ar (de cigarros ou da cozinha), pois pode causar problemas respiratórios.
- Coloque o recém-nascido para dormir sob uma rede mosquiteira tratada com insecticida (se disponível) para protegê-lo contra malária.
- Alimente o recém-nascido com o leite materno exclusivamente. O leite materno oferece protecção contra infecção para o recém-nascido.
- Certifique-se de que o bebê recebe todas as imunizações pontualmente.

TABELA 2.12 MANTER O RECÉM-NASCIDO AQUECIDO DURANTE O BANHO

1. Dê banho a um recém-nascido num quarto quente e sem vento.
2. Tenha tudo pronto antes do banho para que o bebê não fique descoberto por muito tempo.
3. Certifique-se de que a água do banho está quente. Teste a água do banho tocando nela com seu cotovelo.
4. Lave primeiro o rosto e por último o cabelo. Muito calor é perdido pela cabeça, portanto ela deve ser lavada por último.
5. Dê o banho rapidamente.
6. Seque o bebê rapidamente e completamente com uma toalha quente. Certifique-se de secar o cabelo bem.
7. Coloque o bebê em contacto com a pele da mãe depois do banho e cubra os dois. Lembre-se de cobrir a cabeça do bebê novamente.

TABELA 2.13 RECOMENDAÇÕES PARA O BANHO

- Limpe os olhos do bebê passando um pano limpo ou a ponta limpa do mesmo pano em cada um deles. Comece perto do nariz e vá limpando para fora.
- Procure sinais de infecção enquanto lava o recém-nascido.
 - **Infecção cutânea:** abra as dobras da pele para procurar pústulas ou exantemas.
 - **Infecção no cordão umbilical:** pele avermelhada, inchaço, pus ou odor desagradável ao redor do cordão umbilical ou umbigo.
 - **Infecção dos olhos:** Pálpebras vermelhas e inchadas e secreção com aparência de pus saindo dos olhos.
- Lave as nádegas do bebê de frente para trás.
- Nunca use sabonete no rosto do recém-nascido, somente água limpa.
- Não limpe dentro dos canais auditivos do bebê nem dentro do nariz, somente a parte de fora.
- Não use talco para bebês. Talcos podem ser perigosos para recém-nascidos.
- Certifique-se de secar dentro das dobras da pele.

Banho do recém-nascido

Como um profissional de saúde, é importante que você ensine a mãe e a família como lavar o recém-nascido. Se você mostrar como fazer isso, e não apenas explicar, a mãe e a família lembrarão mais. Você também pode mostrar como dar banho no recém-nascido com cuidado ao mesmo tempo em que examina cada parte do corpo do bebê.

Banho de esponja: Espere para dar o primeiro banho de esponja pelo menos seis horas depois do nascimento, de preferência 24 horas. Com três dias de idade, a temperatura do recém-nascido geralmente fica mais estável. Somente dê banho de esponja no bebê até o cordão umbilical cair e o umbigo estar curado. Isso ajuda o cordão umbilical a ficar seco e cair mais rapidamente. Se o bebê foi circuncidado, dê banho de esponja até o pênis ter curado.

- Durante o banho de esponja, o recém-nascido é limpo com um pano quente e molhado (não coloque o bebê em uma banheira com água).
- Primeiro, lave a parte superior do corpo rapidamente com o pano, enquanto a parte inferior está vestida. Seque a parte superior rapidamente e cubra-a ou vista-a imediatamente depois disso.
- A seguir, tire as roupas da parte inferior do corpo, lave-a rapidamente com o pano, seque rapidamente e cubra ou vista o bebê novamente.

Banho completo: Depois de o cordão umbilical cair e o umbigo e a circuncisão terem curado, dê um banho completo a cada dois a três dias.

Lave as nádegas: As nádegas do recém-nascido podem ser lavadas cada vez que o bebê urinar ou evacuar as fezes.

Veja a tabela 2.12 para obter informações sobre como manter o recém-nascido aquecido durante o banho e a tabela 2.13 para dicas de como evitar infecção durante o banho do bebê.

Cuidados com o cordão umbilical

Os cuidados com o cordão umbilical é uma maneira importante de evitar que um recém-nascido tenha tétano ou sepsis (infecção generalizada). Ensine e mostre à mãe e à família como cuidar do cordão umbilical (ver tabela 2.14).

Colocar certas substâncias no cordão umbilical ou cobri-lo com curativos pode causar infecções graves no cordão umbilical, como tétano e septicemia.¹³ Essas infecções são uma das principais causas de morte neonatal, mas podem ser evitadas. Para evitar essas infecções:

- Dê tétano toxóide à mãe durante a gravidez.
- Corte o cordão umbilical com um instrumento estéril ou com uma lâmina nova.
- Mantenha o cordão umbilical limpo e seco.
- Não coloque coisa alguma no cordão umbilical.

Em um estudo que verificou os cuidados com cordão umbilical em 10 países, foi descoberto que manter o cordão umbilical limpo é tão eficaz e seguro quanto usar antibióticos ou antissépticos.¹⁴

Imunizações

As imunizações são dadas para evitar doenças que podem causar problemas graves e até mesmo morte.

O programa de imunizações é importante. O bebê deve receber imunizações nos primeiros dias depois do nascimento, em seis semanas, 10 semanas, 14 semanas e nove meses. Deve haver pelo menos 4 semanas entre as imunizações (ver Apêndice A).

Amamentação

Verifique as informações do capítulo 3 com a mãe e a família. As seguintes partes do capítulo 3 são especialmente importantes:

- Vantagens da amamentação
- Amamentação exclusiva
- Começando a amamentar
- Continuando a amamentar

TABELA 2.14 CUIDADOS COM O CORDÃO UMBILICAL

- Não coloque coisa alguma no cordão umbilical (não coloque medicamento nem curativo).¹²
- Mantenha o cordão umbilical limpo e seco.
- Não deixar que urina nem fezes entrem em contacto com o cordão umbilical. Caso isso aconteça, lave o cordão umbilical com sabonete e água e seque-o com um pano limpo ou deixe secar naturalmente com o ar.
- O cordão umbilical geralmente cai 5 a 10 dias depois do nascimento, deixando o umbigo para curar.
- Somente dê banho de esponja no bebê até o cordão umbilical cair e o umbigo estar curado.
- Examine diariamente o cordão umbilical e o umbigo para ver se há sinais de infecção até estarem secos e curados. Sinais de infecção: atraso na separação, secreção de pus, odor desagradável, vermelhidão ou inchaço da pele ao redor do umbigo (ver capítulo 6).
- Procure ajuda médica imediatamente se observar algum desses sinais.

Nunca deixe o bebê sozinho em uma cama ou mesa de onde possa cair. Nunca segure um recém-nascido pelos pés e de cabeça para baixo.

Vitamina A

Como os recém-nascidos têm quantidades muito pequenas de vitamina A, os bebês que amamentam dependem da vitamina A do leite materno para satisfazer suas necessidades dessa vitamina durante os primeiros meses de vida. A quantidade de vitamina A no leite materno depende do nível de vitamina A da mãe. A vitamina A ajuda o bebê a crescer e desenvolver bem e ajuda a proteger a mãe e o bebê contra infecções. Quando eles desenvolvem infecções, a vitamina A também os ajuda a recuperarem-se rapidamente.

Fontes de vitamina A para a mãe são: frutas e legumes vermelhos e laranjas (manga, mamão, cenoura); alguns alimentos de fontes animais (gema de ovo, fígado, queijo e peixe); e algumas gorduras e óleos (óleo de fígado de peixe, óleo de palmeira, manteiga).

Outra fonte são cápsulas de vitamina A. Dê à mãe uma cápsula de dose única (200.000 IU) de vitamina A logo que possível depois do nascimento, mas não depois de oito semanas pós-parto. Oito semanas pós-parto (seis semanas para mães que não amamentam), há uma possibilidade de a mãe engravidar novamente. Tomar uma dose alta de vitamina A (isto é, mais de 10.000 IU por dia) no primeiro trimestre de gravidez pode prejudicar o feto em desenvolvimento.

Para o bebê, o leite materno é a principal fonte de vitamina A. Para assegurar que o bebê está recebendo bastante vitamina A, incentive a mãe a amamentar exclusivamente.

Protecção e segurança

Nunca deixe o bebê sozinho em uma cama ou mesa de onde possa cair. Nunca segure um recém-nascido pelos pés e de cabeça para baixo.

Mães que amamentam não devem fumar, beber álcool nem usar drogas nem medicamentos a menos que sejam receitados por um profissional médico. Elas também devem praticar sexo seguro (uso de camisinha, abstinência ou sexo somente com um parceiro HIV negativo e que seja monogâmico).

Sinais de perigo para o recém-nascido

Sinais de perigo são os sinais de problemas graves de saúde que podem causar a morte de muitos recém-nascidos. Para evitar a morte, a mãe e a família precisam saber reconhecer os sinais de perigo para o recém-nascido e responder de acordo. Muitas vezes os recém-nascidos morrem por causa de:

- Atraso no reconhecimento dos sinais de perigo
- Atraso em decidir procurar cuidados médicos
- Atraso em chegar até um profissional de saúde ou centro de saúde

Ensine a mãe e a família a reconhecer os sinais de perigo para o recém-nascido (ver tabela 2.15) e a procurar ajuda imediatamente se um dos sinais for observado. A medida que você explica cada sinal de perigo, peça que a mãe ou a família lhe dê um exemplo do sinal. Dessa maneira, você sabe que entenderam. Você encontrará mais informações sobre o que fazer no capítulo 6.

Sinais de perigo em um bebê muitas vezes não são específicos: cada sinal de perigo pode ser um sinal de quase qualquer doença. Os sinais mais comuns de doença em um bebê são: o bebê deixa de mamar bem e está frio.

Planificar consultas de seguimento

Faça um plano com a mãe para as consultas de seguimento do recém-nascido. Quantas consultas e quando elas devem ocorrer depende da saúde do recém-nascido e da política governamental. Para um recém-nascido saudável e sem problemas, planeje pelo menos quatro consultas. Como a maioria das mortes de recém-nascidos acontecem dentro da primeira semana de vida, especialmente nas primeiras 24 horas, os primeiros sete dias de vida representam um período crítico para os cuidados pós-natais. Este é o programa sugerido para consultas do recém-nascido:

Consulta 1	Dentro de 24 horas
Consulta 2	2 a 3 dias
Consulta 3	7 dias
Consulta 4	28 dias

Lembre-se também de programar a visita de imunização de seis semanas e de aconselhar ou transferir a mãe para planejamento familiar. Isso deve ser feito o mais logo possível, de preferência durante o aconselhamento pós-natal inicial. O bebê terá uma melhor possibilidade de sobrevivência se a mãe fizer um intervalo de três a cinco anos entre os filhos.

TABELA 2.15 SINAIS DE PERIGO PARA O RECÉM-NASCIDO

- Problemas respiratórios (menos de 30 ou mais de 60 incursões respiratórias por minuto, dificuldade para respirar)
- Dificuldade para mamar ou incapaz de chupar
- Está frio
- Febre
- Pálpebras vermelhas e inchadas e secreção de pus dos olhos
- Pele avermelhada, inchaço, pus ou odor desagradável ao redor do cordão umbilical ou umbigo
- Convulsões/desmaios
- Icterícia/pele amarelada

TAREFAS PARA TODOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: CUIDADOS ESSENCIAIS A TODOS OS RECÉM-NASCIDOS

- 1 Preparar a sala, o equipamento e os suprimentos para um parto limpo e seguro.
- 2 Oferecer cuidado imediato no momento do nascimento:
 - a) Secar e estimular o bebê.
 - b) Avaliar a respiração e a cor do bebê (Reanimação, se necessária, é explicada no capítulo 4).
 - c) Amarrar e cortar o cordão umbilical.
 - d) Colocar o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe e mantê-lo aquecido.
 - e) Ajudar a mãe a começar a amamentar dentro da primeira hora de vida do bebê.
 - f) Cuidar dos olhos.
- 3 Avaliar e cuidar do recém-nascido durante o primeiro dia.
- 4 Fazer o primeiro exame físico do bebê.
- 5 Avaliar e cuidar do recém-nascido durante os primeiros 28 dias (2 a 3 dias, 7 dias e 28 dias).
- 6 Instruir e aconselhar a mãe e a família sobre os cuidados ao recém-nascido:
 - a) Necessidades de bebês desde o nascimento até 28 dias de vida
 - b) Manter o bebê aquecido
 - c) Proteger o bebê contra infecção
 - d) Banho do recém-nascido
 - e) Cuidados com o cordão umbilical e umbigo
 - f) Necessidade de imunizações
 - g) Amamentação exclusiva
 - h) A necessidade de vitamina A da mãe que amamenta, planejamento familiar
- 7 Ensinar e aconselhar a mãe e a família sobre sinais de perigo.
- 8 Instruir e aconselhar a mãe e a família sobre os cuidados a ter com o bebê com achados anormais no exame físico.

Notas

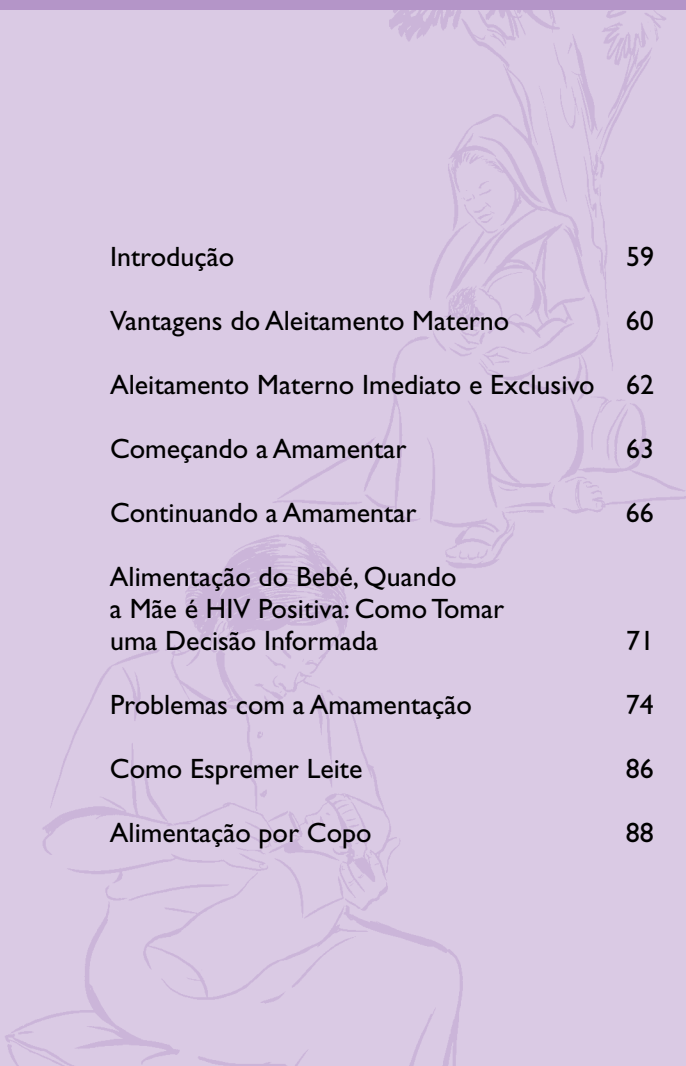
- 1 Organização Mundial da Saúde (2000). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*. Geneva: OMS
- 2 Saving Newborn Lives. (2001). *The State of the World's Newborns*: Washington, DC: Saving Newborn Lives/Save the Children Federation.
- 3 Organização Mundial da Saúde (1997). *Thermal protection of the newborn: a practical guide*. Geneva: OMS (WHO/RHT/ MSM/97.2)
- 4 Ibid.
- 5 Widstrom AM e outros. (1990). *Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior*. *Early Human Development*, 21:153-163.
- 6 Righard L e Alade MO. (1990). *Effect of delivery room on success of first breastfeed*. *Lancet*, 336:1105-1107.
- 7 De Chateau P e Wiberg B. (1997). *Long-term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum*. *Acta Paediatrica*, 66:145-151.
- 8 UNICEF. (1999). *Baby Friendly News*. Número 2 (Abril) 3 a 4.
- 9 Organização Mundial da Saúde/UNICEF (1998). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services*. Geneva: OMS
- 10 Widstrom e outros.
- 11 Saving Newborn Lives.
- 12 Saugstad OD. (1998). *Routine topical umbilical cord care at birth (Cochrane Review)*. *The Cochrane Library*, Edição 4, Oxford: Software Update.
- 13 Organização Mundial da Saúde (1994). *Clean delivery for the prevention of tetanus and sepsis: Strengthening of country wide programmes*. Geneva: OMS
- 14 Zupan J e Garner P. (2002). *Routine topical umbilical cord care at birth (Cochrane Review)*. *The Cochrane Library*, Edição 4, Oxford: Atualização de software.

3

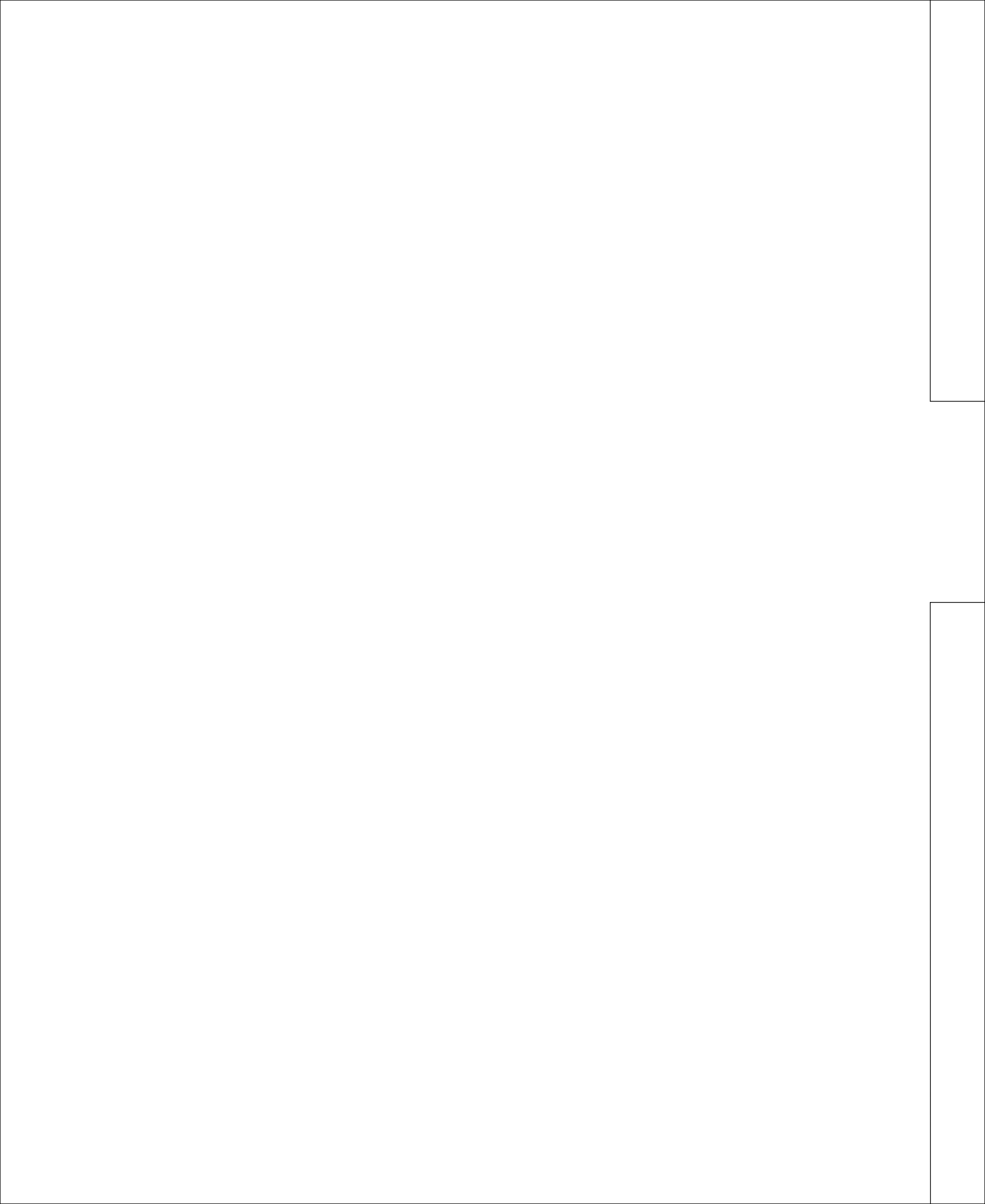
Aleitamento Materno Com Sucesso



Introdução	59
Vantagens do Aleitamento Materno	60
Aleitamento Materno Imediato e Exclusivo	62
Começando a Amamentar	63
Continuando a Amamentar	66
Alimentação do Bebê, Quando a Mãe é HIV Positiva: Como Tomar uma Decisão Informada	71
Problemas com a Amamentação	74
Como Espremer Leite	86
Alimentação por Copo	88







A amamentação é um presente especial da mãe para o bebê. Além de proporcionar uma oportunidade natural de desenvolver uma ligação, apoia o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido. Muitas vidas de recém-nascidos são salvas porque o leite materno fornece nutrientes importantes e proteção contra doenças e infecção. Se todos os bebês fossem alimentados exclusivamente com leite materno desde o nascimento, cerca de 1,5 milhão de vidas seriam salvas a cada ano.¹ Todos nós temos que dizer às mães repetidamente: “Cuide de seu bebê da melhor maneira possível; amamente seu bebê!”

Você tem um papel importante em ajudar as mães a amamentar com sucesso os bebês dentro da primeira hora depois do nascimento e exclusivamente. Muitas mulheres temem não ter leite suficiente para alimentar o bebê. Mães pela primeira vez, principalmente, precisam ser reasseguradas, ter conhecimento, ter motivação e desenvolver confiança. Para ajudar as mães, você precisa de informações e habilidades para instruí-las e aconselhá-las. Se a mãe tem sucesso em amamentar durante os primeiros dias de vida do bebê, ela terá provavelmente mais sucesso durante o restante período de amamentação. E o bebê terá uma maior possibilidade de sobreviver e se tornar um adulto.

O aleitamento materno exclusivo de acordo com a demanda oferece todos os nutrientes que um bebê precisa nos primeiros seis meses de vida. Isso não é verdade no caso de substitutos de leite materno.

O apoio comunitário para a amamentação também é fundamental. Como as comunidades oferecem este apoio varia de acordo com a região, ambientes e famílias. Como profissional de saúde, você pode contribuir com um ambiente de suporte à amamentação em sua comunidade. As informações contidas neste capítulo podem salvar vidas.

Neste capítulo, você encontrará informações sobre:

- Como o aleitamento materno ajuda mães e bebês
- Aleitamento materno imediato (dentro da primeira hora após o nascimento) e exclusivo
- O que o profissional de saúde pode fazer para assegurar uma primeira amamentação de sucesso
- O que a mãe pode fazer para que a amamentação seja bem sucedida
- Por quanto tempo amamentar
- Conselho sobre amamentação para mãe HIV positiva
- Problemas comuns com a amamentação
- Motivos para espremer leite
- Motivos para alimentar com copo

Neste capítulo, você aprenderá a fazer o seguinte:

- Aconselhar a mãe e sua família sobre amamentação imediata e exclusiva
- Ajudar a mãe a amamentar pela primeira vez
- Avaliar como a mãe amamenta o bebê
- Ajudar a mãe a amamentar com sucesso
- Aconselhar a mãe HIV positiva sobre a alimentação do bebê
- Reconhecer e cuidar dos problemas comuns com a amamentação
- Ensinar a mãe a espremer o leite materno
- Ensinar a mãe a alimentar o bebê com copo

VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO

Amamentar ajuda a mãe e o bebê, e, portanto, toda a família. Também ajuda os bebês com peso baixo ao nascer ou doentes. Os motivos pelos quais a alimentação com o leite materno é tão saudável são explicados na tabela 3.1.

TABELA 3.1 COMO A ALIMENTAÇÃO COM LEITE MATERNO AJUDA BEBÉS E MÃES

BEBÉS

- A alimentação a partir do seio/aleitamento materno exclusiva (o) de acordo com a demanda oferece todos os nutrientes que um bebê precisa nos primeiros seis meses de vida. Isso não é verdade no caso de substitutos de leite materno.
- O leite materno contém vitamina A. Bebés com pouca vitamina A têm pouco apetite, problemas oculares e mais infecções.
- O leite materno é um excelente alimento. A água usada para misturar substitutos de leite materno e lavar mamadeiras (biberões) pode ter germes que causam diarreia. Essa é uma das principais causas de morte de bebês.
- O leite materno age como uma primeira imunização para o bebê; torna o sistema imunológico mais forte.
- O leite materno protege bebês contra alergias.
- Se o bebê está doente, o leite materno ajuda o bebê a se recuperar mais rapidamente.
- O leite materno ajuda o corpo e o cérebro do bebê a se desenvolver e crescer.
- O leite materno ajuda bebês com baixo peso ao nascer, especialmente bebês prematuros.
 - O leite materno é o alimento mais fácil para o bebê digerir.
 - O leite materno oferece os nutrientes ideais para o crescimento e o desenvolvimento do bebê.
 - O leite materno ajuda a evitar uma doença grave dos intestinos que afeta bebês com baixo peso ao nascer (enterocolite necrotizante).
 - A amamentação ajuda a estabilizar a temperatura do bebê.
- A amamentação ajuda a boca, os dentes e a mandíbula do bebê a se desenvolver correctamente.
- O leite materno está sempre na temperatura ideal para o bebê.

MÃES

- A amamentação ajuda a facilitar a separação da placenta.
- A amamentação ajuda o útero a voltar ao tamanho normal.
- A amamentação diminui a anemia, pois a mãe começa a menstruar mais tarde.
- O aleitamento materno exclusivo ajuda a evitar a ovulação, portanto atrasa outra gravidez. Quando há um intervalo entre gravidezes de pelo menos três a cinco anos, a mãe fica mais saudável e a possibilidade do bebê sobreviver aumenta.
- A amamentação fortalece o relacionamento entre a mãe e o bebê.
- Amamentar economiza dinheiro. A mãe não precisa comprar outro leite para o bebê nem pagar serviços médicos necessários quando o bebê adoece com mais frequência.

FIGURA 3.1 A AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA É A MANEIRA MAIS SAUDÁVEL DE ALIMENTAR UM RECÉM-NASCIDO



ALEITAMENTO MATERNO IMEDIATO E EXCLUSIVO

O aleitamento materno imediato significa colocar o bebê para mamar no seio da mãe minutos depois de ele nascer. A amamentação (aleitamento materno) exclusiva (o) significa alimentar o bebê somente com o leite materno. Isso significa que o bebê não deve receber água, chá, bebidas herbais, substitutos de leite materno, outros líquidos, nem comida. A amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida do bebê é recomendada em todo mundo porque ajuda o bebê a sobreviver. Também ajuda o bebê a crescer e desenvolver.

Dar outros líquidos ou alimentos durante os primeiros seis meses pode ser prejudicial ao bebê e à amamentação

Informe os pais acerca do seguinte:

- Quando o bebê recebe outros líquidos ou alimentos, ele não mamará por tanto tempo nem com tanta frequência no seio da mãe. A mãe produzirá menos leite. A seguir, o bebê vai querer mais dos outros líquidos ou alimentos, e a mãe produzirá ainda menos leite. Esse ciclo continuará até que a mãe não produza mais leite.
- O bebê pode se acostumar com o bico do biberão e perder a capacidade de sugar eficazmente no seio do mãe. Isso pode causar dor nos mamilos, pouca liberação de leite, recusa do seio, falha na lactação e/ou má nutrição.
- O bebê que ingere outros líquidos ou alimentos junto com o leite materno não absorve bem todos os nutrientes do leite materno; assim vitaminas e minerais podem ser perdidos.
- Os bebês param de amamentar mais cedo se recebem outros alimentos.^{2,3}
- O bebê que ingere outros líquidos ou alimentos antes dos seis meses adoece com mais frequência e é mais provável de ter diarreia ou infecção, como pneumonia.⁴

Os bebês recebem água suficiente do leite materno

Informe os pais acerca do seguinte:

- O leite materno é quase que totalmente composto de água (88%).⁵ Mesmo antes do leite vir, o colostro (o primeiro leite, amarelado e grosso) é suficiente para satisfazer o bebê. Um bebê que

mama no seio de acordo com a demanda recebe toda a água que precisa pelo leite materno.⁶ Quando o bebê está com sede, a mãe deve amamentar e beber mais líquidos para ajudar a produzir mais leite.

- Bebês em climas muito quentes e secos não precisam de outros líquidos se mamarem exclusivamente no seio e de acordo com sua demanda.^{7,8} Eles não devem receber água com açúcar, mel, água nem qualquer outra coisa. O leite materno oferece todo o líquido que o bebê precisa.
- O estômago do bebê é pequeno. Quando o bebê toma água ou outros líquidos, sobra menos espaço para o leite materno. Estudos mostram que os bebês que bebem água ou outros líquidos antes de completarem seis meses mamam menos leite materno. Isso pode causar má nutrição.⁹
- Os bebês que bebem outros líquidos antes de completarem seis meses adoecem com mais frequência com diarreia e têm maior risco de morrer.

COMEÇANDO A AMAMENTAR

A primeira vez que a mãe alimenta o bebê é um momento importante: 1) O colostro é o primeiro leite que sai da mama e tem muitas vantagens para o recém-nascido. Portanto, o colostro não pode ser descartado. 2) Se a primeira amamentação for bem sucedida, ela vai contribuir para o sucesso das outras amamentações. A maioria dos bebês estão prontos para ser alimentados pela primeira vez de 15 a 55 minutos depois do nascimento.¹⁰ Explique as informações a seguir à mãe e à família.

Por que a mãe deve começar a amamentar durante a primeira hora depois do nascimento?¹¹

- A maioria dos recém-nascidos têm um forte reflexo para sugar e estão acordados na primeira hora depois do nascimento.
- A sucção pelo recém-nascido ajuda a mãe a produzir mais leite.
- O colostro é bastante alto em vitamina A e anticorpos que protegem o bebê contra infecção. O colostro é muitas vezes chamado de “primeira imunização” do bebê.
- O colostro ajuda a expelir o mecônio e a evitar icterícia.
- O colostro contém uma concentração muito alta de nutrientes e ajuda a evitar baixa glicose nas primeiras horas de vida.

- A mãe tem menos sangramento depois do nascimento, se amamenta imediatamente.
- O contacto pele a pele imediato ajuda o bebê a ficar na temperatura ideal.
- A amamentação desde cedo ajuda a mãe e o bebê a desenvolverem um relacionamento sólido.

Pegar o mamilo por si só

Existem vários estudos que descrevem a capacidade natural de o recém-nascido (se não for perturbado e ficar sobre o abdômen da mãe imediatamente depois do nascimento) de procurar e chegar até o mamilo da mãe, sem ajuda. Isso inclui pegar o mamilo e sugar. Passos para apoiar que o bebê pegue o mamilo por si só incluem:

- Coloque o bebê sobre o abdômen da mãe com o rosto para baixo (ponta do nariz defronte do mamilo).
- Ofereça suporte ao bebê conforme ele se move gradualmente em direção ao seio.
- Dê tempo para o bebê tocar no mamilo com a boca antes de pegá-lo com a boca. O bebê nasce com o desejo natural de pegar com a boca e sugar na aréola e no mamilo.
- Permita que o bebê sugue por quanto tempo desejar.

Fonte: Righard L e Alade MO. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, 336:1105-1107.

Para outras fontes, veja a lista de referências gerais no final deste capítulo.

TABELA 3.2 DICAS PARA AJUDAR A PRIMEIRA AMAMENTAÇÃO

O QUE VOCÊ PODE FAZER PARA AJUDAR A MÃE A INICIAR COM SUCESSO A AMAMENTAÇÃO (PRIMEIRA VEZ):

- Coloque o bebê em contacto pele a pele com a mãe imediatamente após o parto.
- Não separe a mãe e o bebê (para pesar, cuidar dos olhos, etc.) até a primeira mamada.
- Não apresse; a primeira amamentação demora.

Posição da mãe

Ajude a mãe a ficar em uma posição confortável. Se ela desejar, use travesseiros ou cobertores dobrados sob sua cabeça, se ela estiver deitada, ou sob seu braço, se ela estiver sentada.

- Deitada de costas. A mãe pode querer suporte para a cabeça e os ombros.
- Deitada de lado. Se a mãe fez cesariana, esta posição pode ser a mais confortável.
- De pé.

Posição do bebê

- A mãe deve segurar o bebê bem perto dela com a cabeça e o corpo voltados para o seio.
- O bebê deve estar de frente para o seio, com o nariz de frente para o mamilo.
- Deve haver suporte para todo o corpo do bebê. Se o bebê estiver mais baixo que o seio da mãe, coloque o bebê sobre um travesseiro ou cobertor dobrado para que ele e o seio fiquem no mesmo nível.

Pegar e sugar

- Maneiras de ajudar o bebê a pegar o seio:
 - A mãe deve segurar o seio fazendo com a mão um “C” (polegar na parte de cima e os outros dedos na parte de baixo do seio) com os dedos longe do mamilo. (Ver figura 3.1)
 - Toque nos lábios do bebê com o mamilo.
 - Espere até a boca abrir bem.
 - Mova o bebê para o seio com o lábio inferior dele abaixo do mamilo. Mova a cabeça do bebê, ofereça suporte para a parte de trás do pescoço e mova todo o corpo do bebê.
 - Observe como o bebê pegou o mamilo.
 - Certifique-se de que o tecido do seio não está bloqueando o nariz do bebê enquanto ele está sugando.
 - A mãe não deve se inclinar sobre o bebê. Ela deve trazer o bebê para seu seio, não mover o seio em direção ao bebê.
- Como saber se o bebê segurou bem o mamilo?
 - O queixo do bebê está tocando o seio.
 - A boca do bebê está bem aberta.
 - O lábio inferior está virado para fora.
 - Você pode ver mais a aréola acima da boca do que abaixo.
- Como saber se o bebê está sugando/chupando bem?
 - Há sucções lentas e profundas com algumas pausas.
 - Os seios e os mamilos da mãe estão confortáveis.
- E se o bebê não estiver segurando nem sugando bem o mamilo? Tire o bebê do seio. Ensine a mãe a fazer isso colocando gentilmente seu dedo dentro da boca do bebê para que ele sugue. Ajude o bebê a pegar o mamilo novamente. Posição, pega (Apreensão do mamilo) e sucção inadequadas podem reduzir o fluxo de leite para a boca do bebê, machucar o mamilo (causar dor e rachaduras) e causar o engorgitamento do seio (o seio fica muito cheio).

Duração de cada mamada

Não há limite de por quanto tempo o bebê deve sugar. Se a pega (apreensão do mamilo), sucção e posição estiverem boas, o bebê pode sugar até estar satisfeito. Use os dois seios. O bebê deve terminar de esvaziar um seio para obter o leite rico final (o último leite que vem do seio em uma mamada) antes de começar com o segundo seio.

FIGURA 3.2 ESPERE ATÉ A BOCA ABRIR BEM



FIGURA 3.3 PEGA DO SEIO

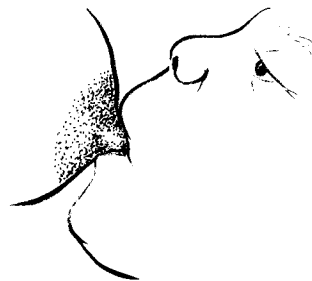
Incorrecto!

O bebé somente está pegando (segurando) parte do mamilo que ficará machucado se ele sugar assim.



Incorrecto!

O bebé somente está pegando (segurando) o mamilo que ficará machucado se ele sugar assim.



Correcto!

A boca do bebé está bem aberta. Ele está pegando a aréola e seu queixo está tocando o seio.



CONTINUANDO A AMAMENTAR

Alimentar o bebê de acordo com a demanda

- Amamentar sempre que o bebê estiver com fome. Pistas de que o bebê está com fome incluem: esfregar a boca contra algo, sugar na mão, mover a cabeça para frente e para trás ou abrir a boca.
- A maioria dos recém-nascidos comem em média 8 a 12 vezes em 24 horas ou a cada 2 a 3 horas. Isso é importante porque:
 - O estômago de um recém-nascido é pequeno e precisa ser cheio frequentemente.
 - O leite materno é facilmente digerido e, portanto, passa rapidamente pelo bebê.¹²
- Com a amamentação por demanda, a produção de leite da mãe se ajusta às necessidades do bebê, logo sempre tem leite suficiente. Quanto mais o bebê suga (chupa), mais leite a mãe produz.

Esvaziar o primeiro seio depois de cada amamentação

- Incentive a mãe a amamentar primeiro com um seio, sem limite de tempo, antes de oferecer o segundo seio. Isso ajuda a garantir que o bebê recebe o leite rico final. Se o seio direito for usado para iniciar a amamentação, na próxima amamentação, começar com o seio esquerdo. Assim, ambos seios produzirão a mesma quantidade de leite.
- Não limite por quanto tempo o bebê pode sugar durante a amamentação.
 - A primeira parte da amamentação em um seio, chamada de leite inicial, é mais aguada para satisfazer a sede do bebê.
 - A parte final da amamentação, o leite final, é mais rica em gordura para satisfazer a fome do bebê.

Beber em cada amamentação e comer mais alimentos diariamente

Mães que amamentam precisam de mais líquidos. Uma maneira fácil de lembrar de beber mais: beber um copo grande de líquido em cada mamada e quando estiver com sede.

Aconselhe as mães que amamentam a não consumir álcool. O consumo moderado ou exagerado de álcool interfere com o reflexo da mãe de liberar leite, inibe o consumo de leite do bebê, afecta o desenvolvimento motor e atrasa o aumento de peso.¹³

Para se manter saudável, uma mãe que está amamentando precisa comer pelo menos uma porção grande adicional à sua alimentação básica de todos os dias.

Usar posições diferentes para segurar o bebê

É importante que a mãe esteja confortável durante a amamentação. Sentir dor, frio ou estar chateada dificulta o fluxo do leite. A maneira como a mãe segura o bebê também pode facilitar a amamentação para ela e para o bebê. Cada maneira de segurar tem suas vantagens. Usar maneiras de segurar diferentes ajuda a espremer o leite de partes diferentes do seio. Lembre-se: enquanto a mãe segura o bebê para mamar, o bebê deve estar de frente para o seio e seu corpo precisa estar em uma linha reta.

Posição sentada

A mãe senta e deita o bebê de lado no seu colo, olhando para ela. Ela suporta a cabeça do bebê na parte flexionada (anterior) do seu cotovelo e as costas e as nádegas do bebê com seu antebraço.

Posição “cavalinho”

Esta posição é quase igual à sentada, mas a mãe usa seu outro braço para segurar o bebê. A cabeça do bebê é segurada pela mão aberta da mãe. Esta posição torna mais fácil mover o bebê para o seio e em uma posição confortável, enquanto o bebê pega e suga.

Posição invertida

A mãe coloca o bebê em baixo do seu braço, segurando sua cabeça e pescoço com a mão. Os pés do bebê ficam em direção às costas da mãe. Esta posição ajuda se a mãe fez cesariana ou se o bebê não consegue pegar o mamilo e a aréola de maneira suficiente nas outras posições.

FIGURA 3.4 POSIÇÃO SENTADA



FIGURA 3.6 POSIÇÃO INVERTIDA



FIGURA 3.5 POSIÇÃO “CAVALINHO”



FIGURA 3.7 DEITADA DE LADO



Deitada de lado

Também pode ser chamada de posição “comer e dormir”. A mãe usa a mão ou o antebraço ou um travesseiro atrás das costas do bebê para suportá-lo, posicionando a cabeça do bebê no seu seio mais baixo. A mãe pode preferir esta posição durante os primeiros dias depois do nascimento e à noite. Também é uma boa posição para mães que fizeram cesariana.

Repouso

A mãe que amamenta está muitas vezes acordada à noite. Isso significa que ela talvez não consiga dormir o suficiente. Quando a mãe está cansada, ela produz menos leite. Uma maneira de ela conseguir dormir mais é também descansar quando o bebê dorme durante o dia. Se a mãe tiver outros filhos ou responsabilidades, isso pode ser difícil. Como um profissional de saúde, converse com a mãe e a família sobre:

- Porque a mãe precisa dormir durante o dia
- Como ela pode dormir mais
- O que a família pode fazer para ajudar

Ingerir nutrientes suficientes

Para que a mãe fique saudável incentive-a a comer uma grande variedade de alimentos para que ela tenha o suficiente em vitaminas, minerais e outros nutrientes. Comer uma refeição extra, ou pelo menos uma porção extra de sua alimentação diária, ajudará a aumentar seus níveis de nutrição e energia. Mulheres pós-parto também precisam repor ferro. Portanto, pode ser vantajoso usar suplementos de vitamina e ferro. Nutrientes importantes para a mãe pós-parto incluem vitamina A em áreas onde a deficiência de vitamina A é comum.¹⁴

Amamentar um bebê doente durante e depois da doença

A amamentação com leite materno é ainda mais importante para o bebê doente. O bebê precisa de água, minerais e proteção que vêm do leite materno.

Alimentar o bebê mais frequentemente durante períodos de rápido crescimento

Às vezes, o bebê quer ser alimentado quase que constantemente devido a um período de crescimento acelerado. Isso geralmente acontece em cerca de 10 a 14 dias, 5 a seis semanas e 3 meses depois do nascimento, quando o bebê está indo de um nível de crescimento para outro. É preciso mais alimentos e energia nesses períodos. Para ajudar a mãe a produzir mais leite, o bebê se alimenta com mais frequência e por mais tempo por um a dois dias ou até o surtimento de leite materno aumentar para satisfazer a nova demanda do bebê. Muitas mães acham que o bebê está mamando mais porque ela não tem leite suficiente. Informe à mãe. Explique porque é que o bebê está mamando mais. Incentive a mãe a beber mais líquidos e a amamentar o bebê sempre que ele quiser.

Como saber se o bebê está recebendo leite materno suficiente

Muitas mães se preocupam se têm leite suficiente para o bebê. Elas podem se sentir assim quando o bebê passa por períodos de crescimento acelerado ou quando sua produção de leite muda (a cada três meses) ou quando as fezes do bebê mudam, três a seis semanas depois do nascimento. As mães quase sempre têm leite suficiente. Há duas coisas que você pode fazer para tranquilizar a mãe: 1) espremer leite do seio da mãe para ela ver que tem bastante leite, e 2) explicar alguns sinais simples que ela pode verificar (ver tabela 3.3).

Como a amamentação exclusiva pode ajudar a evitar outra gravidez

A amamentação exclusiva pode ajudar a ter intervalos entre gravidezes. Isso é geralmente conhecido como Método de Amenorreia da Lactação (MAL) (Lactational Amenorrhea Method (LAM)). A mãe que amamenta não ovulará (não estará fértil) desde que três condições sejam satisfeitas:

1. o bebê mama exclusivamente no peito de acordo com a demanda (nada além de leite materno, dia e noite)
2. o bebê tem seis meses ou menos, e
3. a mulher ainda não ficou menstruada novamente (sangramento/período).

Depois dos primeiros seis meses, informe à mãe de que a amamentação sozinha não é confiável para evitar uma gravidez. Ela precisará de aconselhamento sobre outros métodos de planejamento familiar.

Por quanto tempo amamentar

Primeiros seis meses:

A mãe deve amamentar exclusivamente e de acordo com a demanda durante os primeiros seis meses de vida do bebê. Isso significa que por seis meses o bebê recebe somente leite materno sempre que quiser mamar.

Seis meses a dois anos:

- Depois dos seis meses, o leite materno sozinho não oferece ao bebê toda energia, vitaminas e minerais que ele precisa.
- Continue a dar de mamar e dê outros alimentos ou líquidos.
- Quanto mais tempo a mãe amamenta, mais tempo o bebê recebe proteção contra a infecção oferecida pelo leite materno.

TABELA 3.3 SINAIS DE QUE O BEBÊ ESTÁ RECEBENDO LEITE SUFICIENTE¹⁵

- O bebê passa urina pele menos seis vezes em 24 horas.
- Você pode ouvir o bebê engolir quando está mamando.
- O seio da mãe está mais mole depois de uma mamada.
- O bebê ganha peso com o tempo (depois da primeira semana).
- O bebê parece satisfeito depois de mamar.
- O bebê tem períodos em que está com fome, quieto, acordado e dormindo durante o dia.

FIGURA 3.8 POSIÇÃO INVERTIDA COM GÊMEOS



FIGURA 3.9 POSIÇÃO SENTADA COM GÊMEOS



Amamentação de gêmeos

As mães podem produzir leite suficiente para amamentar gêmeos com sucesso. Muitas vezes gêmeos nascem com baixo peso, portanto o leite materno é ainda mais importante para eles.

Primeiro, amamente um bebê de cada vez. Isso ajuda a mãe a se acostumar com o jeito de cada bebê mamar. Dê um seio a um bebê e o outro seio ao outro bebê; isso garante que cada bebê receberá leite suficiente. Logo que a mãe estiver acostumada a amamentar os gêmeos, ela pode amamentá-los ao mesmo tempo. Isso vai economizar tempo.

Quando a mãe amamentar os bebês ao mesmo tempo, ela deve usar as posições cavaleiro e sentada (ver figuras 3.8 e 3.9). Conforme a amamentação fica estabelecida, alternar os seios, isto é, não dar o mesmo seio para o mesmo bebê todas as vezes que ele mamar. Isso evita que o bebê tenha um lado favorito e também evitar que um seio fique maior que o outro se um dos gêmeos tiver uma sucção mais forte que o outro. Certifique-se de que os dois bebês recebam o leite rico final.

Para ficar saudável a mãe de gêmeos deve: 1) comer alimentos adicionais que sejam ricos em proteínas, vitaminas e minerais, todos os dias, e 2) beber bastante água, todos os dias.

ALIMENTAÇÃO DO BEBÉ QUANDO A MÃE É HIV POSITIVA: COMO TOMAR UMA DECISÃO INFORMADA

O bebê de uma mãe HIV positiva tem cerca de 1 possibilidade em 7 (15%) de se infectar com HIV pela amamentação. Os bebês que contraem HIV geralmente morrem cedo. A mãe HIV positiva enfrenta uma escolha difícil devido ao risco de infecção que a amamentação representa.

Onde os recursos são limitados, dar biberões com substitutos de leite materno ao recém-nascido pode ser mais arriscado do que a amamentação por uma mãe HIV positiva. Alimentar com biberão em áreas de poucos recursos causa a morte de muitos bebês devido a diarreia, má nutrição e outras infecções. No entanto, em condições ideais, é possível alimentar com sucesso um bebê com substitutos comerciais de leite materno ou leite de animais modificado em casa, apesar disso não ser fácil e poder custar caro.

O leite materno é o melhor alimento para um bebê. Existem três maneiras de modificar a amamentação para que o bebê ainda tenha acesso às vantagens do leite materno com um risco bem baixo de transmissão de HIV da mãe para o bebê. As opções são:

- Aleitamento materno exclusivo com desmame precoce/rápido.
- Leite materno espremido do seio e fervido
- Amamentação do recém-nascido por uma mulher que seja HIV negativa (ama de leite)

A decisão de como ou de modificar a amamentação deve ser feita pela mãe e pela família, não pelo profissional de saúde. Como profissional de saúde, você é responsável por fornecer informações que guiarão a mãe e a família sobre como decidir quais das opções seguir. Depois que a mãe e a família tiverem as informações, entenderem as questões e considerarem sua própria situação, elas poderão tomar uma *decisão informada*.

Pesquisas constantemente nos dão novas informações sobre prevenção de transmissão de HIV de mãe para bebê. Para ficar atualizado com as últimas recomendações, consulte regularmente os websites listados no final deste capítulo.

A Organização Mundial da Saúde, o Programa da Organização das Nações Unidas para HIV/AIDS e o Fundo para Crianças da Organização das Nações Unidas recomendam que:

Profissionais de saúde devem oferecer à mulher HIV positiva todas informações sobre os riscos e os benefícios das diferentes opções de alimentação e, então, apoiar a decisão que ela tomar quanto à alimentação.¹⁶

Aconselhamento sobre alimentação de bebês

Quais informações os pais precisam para tomar uma decisão informada? Eles precisam saber porque você está sugerindo que a amamentação seja modificada, quais são as opções e os benefícios e os riscos de cada opção. Ofereça suporte à mãe conforme ela toma a decisão certa para ela com base na sua situação pessoal, familiar e da vida no lar.

Factos sobre amamentação para mães HIV positivas e suas famílias

O HIV no leite materno não é transferido tão facilmente para o bebê como o HIV no sangue ou em outros fluidos corporais. Somente 1 em cada 7 mães HIV positivas que amamentam no seio infectam seu bebê pela amamentação. O risco de transmissão de HIV é menor:

- Se o bebê é amamentado exclusivamente
- Se a mãe busca cuidado imediato para mamilos rachados ou infecções no seio
- Se o bebê é amamentado somente por poucos meses
- Se a mãe e o bebê tomarem medicamentos antiretrovirais

O risco de transmissão de HIV é maior:

- Quanto maior for o tempo que o bebê for amamentado
- Se a mãe se tornar infectada enquanto estiver amamentando (a transmissão para o bebê dobra)
- Se houver problemas ou infecções como mastite ou mamilos rachados na mãe ou sapinho na boca do bebê
- Se a mãe apresentar sinais de AIDS

Os bebês que não recebem leite materno têm um risco maior de morrer de outras infecções nos dois primeiros meses do que os bebês que recebem leite materno.

Opção 1: Amamentação exclusiva com desmame precoce ou quando a alimentação substituta satisfaz os critérios de AFASS (APASS)

- A amamentação é interrompida logo que o bebé pode ser desmamado para um alimento substituto nutricionalmente adequado que seja APASS (Aceitável, Praticável, Acessível, Sustentável e Seguro).
- O bebé *somente* recebe leite materno por um tempo limitado até os critérios de APASS serem satisfeitos ou ficar seguro dar outros alimentos (cerca de seis meses).

Vantagens

- A amamentação exclusiva e o desmame precoce até os seis meses diminuem o risco de transmissão de HIV.
- A mãe oferece ao bebé todas as vantagens da amamentação durante os importantes primeiros meses de vida (melhor alimento para o bebé, protecção contra infecção, suporte para o melhor crescimento e desenvolvimento).
- O risco de infecção por causa do uso de um biberão é evitado.

Riscos ou desvantagens

- A desmama cedo cria mais trabalho para a mãe que precisa preparar um substituto de leite materno.
- Alimentar com substituto de leite materno custa caro.
- Alimentar com substituto e leite materno aumenta o risco de outras infecções e má nutrição para o bebé.
- A desmama cedo é difícil para mãe e para o bebé. Os seios da mãe ficarão dolorosamente engorridos por alguns dias; o bebé poderá chorar muito; e a mãe poderá ficar muito chateada.
- A desmama cedo pode expor a mãe a críticas e estigmatização.
- Os critérios de APASS podem ser difíceis de serem satisfeitos.

Opção 2: Como espremer leite do seio e aquecê-lo antes de alimentar o bebé

- O tratamento com calor mata o HIV no leite materno.^{17,18}
- A mãe espreme o seu leite e aquece-o e, a seguir, dá o leite ao bebé por um copo.

Os dois métodos usados para aquecer/ferver o leite materno são:

- Fervura rápida: deixar o leite ferver, esfriá-lo e dá-lo ao bebé.
- Pasteurização em recipiente (ou banho maria):
 - Colocar meia xícara (120 ml) de leite materno em um jarro de vidro limpo e tapar (ou recipiente que pode ir ao fogo).
 - Encher uma panela de alumínio de um litro pela metade com água e esquentar até ferver.
 - Quando a água estiver fervendo, remover a panela do fogo e imediatamente colocar o jarro com leite materno na panela de água quente. Deixar o jarro de leite materno na água quente por 15 minutos.
 - O leite pasteurizado pode ser armazenado seguramente a temperatura ambiente por até 12 horas, se o jarro não for aberto nem manuseado.

Vantagens

- Quase não há risco de transmissão de HIV.
- O bebé recebe as vantagens nutricionais do leite materno. Apesar da fervura destruir algumas propriedades do leite materno, ele ainda é melhor para o recém-nascido do que substitutos comerciais ou de leite de animais.¹⁹
- O risco de infecção é menor pela alimentação por copo do que por biberão.

Riscos ou desvantagens

- A mãe precisa de muito tempo para espremer o leite, tratá-lo e limpar o recipiente e o copo.
- A mãe precisa gastar dinheiro com combustível para aquecer o leite todos os dias.
- O bebé precisa ser alimentado por copo.
- A mãe pode ser estigmatizada por não amamentar directamente.
- Existem algumas barreiras culturais a esta prática em alguns países.

Opção 3: Amamentação por mulher que seja HIV negativa

A família encontra uma mulher que seja HIV negativa e provavelmente não estará exposta a futuras infecções por HIV para amamentar o bebé. A mulher recebe informações sobre como praticar sexo seguro, pois o risco de transmissão para o bebé é muito alto se ela se infectar enquanto estiver amamentando.

Vantagens

- A amamentação por outra mulher oferece ao bebé quase todos os benefícios de protecção que a amamentação pela mãe.
- Não há risco de transmissão de HIV pela alimentação, desde que a ama de leite não se torne infectada.
- O risco de infecção por causa do uso de um biberão é evitado.

Riscos ou desvantagens

- Pode ser difícil ter certeza de que a outra pessoa que é HIV negativa continue HIV negativa.
- A mãe precisa se concentrar no bebé para ajudar seu vínculo a se desenvolver.
- Nem sempre é fácil encontrar uma mulher disposta a assumir a responsabilidade de ama de leite.
- Existem algumas barreiras culturais a esta prática em alguns países.
- Pode ser que a mãe precise pagar a ama de leite.
- A mãe pode ser estigmatizada por não amamentar seu bebé.
- Se o bebé nascer com HIV, existe um risco bem pequeno de a amamentação transmitir a infecção à ama de leite. O risco é mais alto se o bebé tiver sapinho ou outras lesões na boca ou se a ama de leite tiver mamilo rachado, sangrando ou outro problema com o seio.
- Se a mãe não amamentar, ela perde as vantagens do intervalo entre filhos que a amamentação oferece.

Opção 4: Alimentação com substitutos comerciais

O bebé é alimentado com substituto comercial desde o nascimento (sem amamentação no seio). Veja a Opção 5 para se informar sobre as vantagens e os riscos ou desvantagens da alimentação substituta.

Opção 5: Alimentação substituta com leite de animais modificado em casa

O bebé é alimentado com leite de animais adequadamente modificado desde o nascimento (sem amamentação no seio).

Vantagens da alimentação substituta

- Não há risco de transmissão de HIV pela alimentação. (Ainda há uma possibilidade de o bebé ter adquirido HIV durante a gravidez ou parto.)
- Outras pessoas além da mãe podem ajudar a alimentar o bebé.
- A mãe e o bebé podem ser separados. A alimentação do bebé não é interrompida se a mãe estiver doente ou morrer.
- O bebé pode desenvolver um vínculo com outras pessoas além da mãe.

Riscos ou desvantagens da alimentação substituta

- A alimentação substituta segura exige:
 - Um suprimento confiável e acessível do alimento substituto selecionado e um local seguro para armazená-lo.
 - Substituto comercial ou leite de animais modificado em casa nutricionalmente adequados
 - Água potável para preparar a alimentação substituta
 - Utensílios limpos
 - Suprimento adequado de combustível
 - Boa higiene e saneamento
 - Tempo para preparar e alimentar o bebé com o alimento substituto
 - Conhecimento de como modificar correctamente o leite de animais ou a capacidade de ler instruções no pacote do substituto comercial selecionado
- Os substitutos de leite materno não têm anticorpos contra infecções.
- Os substitutos de leite materno não têm hormonas de crescimento.
- A compra de substitutos de leite materno suficientes para alimentar um bebé pode consumir uma grande porção do rendimento familiar.
- A preparação incorrecta dos substitutos de leite materno pode causar diarreia e/ou mal nutrição.
- Mulheres que não amamentam perdem a vantagem de intervalo entre filhos que a amamentação proporciona e precisam ter acesso a serviços de planeamento familiar baratos e adequados.
- Os bebés que não mamam no seio podem não receber o estímulo psico-social e podem ter dificuldade em criar um vínculo com a mãe.
- Onde a amamentação é a regra, as mulheres que não amamentam podem ser estigmatizadas e marginalizadas.

O corpo da mulher é capaz de produzir leite suficiente para amamentar exclusivamente o bebê pelos primeiros seis meses... É muito raro que realmente não haja leite suficiente.

PROBLEMAS COM A AMAMENTAÇÃO

Mamilos doridos ou rachados

Às vezes, os mamilos da mãe ficam doridos e podem até rachar e sangrar. Se o problema não for tratado adequadamente, ele pode levar a mastite. Mamilos doridos ou rachados são geralmente causados pelo posicionamento e pega/apreensão do mamilo incorretos do bebê no seio.

Veja a tabela 3.4 para se informar sobre os passos de tomada de decisões.

Sem leite suficiente

Frequentemente as mulheres se preocupam se os bebês estão recebendo alimento suficiente da amamentação. “Sem leite suficiente” é a percepção errada mais comum. A mãe frequentemente pensa que não está produzindo leite suficiente quando:

- O bebê tem um período de crescimento acelerado e quer sugar com mais frequência.
- Sua sensação de produção de leite muda (uma sensação diferente nos seios, ou os seios não vazam mais tanto).
- Ela está estressada por outros motivos.

O corpo da mulher é capaz de produzir leite suficiente para amamentar o bebê no peito exclusivamente (ou mais que um bebê) pelos primeiros seis meses, desde que o bebê sugue frequentemente por quanto tempo quiser e a mãe tenha o apoio que precisa. É muito raro que realmente não haja leite suficiente.

No entanto, se o grau de crescimento do bebê for lento, é possível que a mulher não esteja produzindo ou liberando leite suficiente, por um ou mais dos motivos a seguir:

- A mãe está muito cansada para dar de mamar com frequência e de acordo com a demanda.
- A mãe está desidratada.
- A mãe está muito estressada.
- O bebê não está sendo alimentado com frequência suficiente.
- O bebê recebe outros alimentos ou líquidos.
- O bebê não esvazia bem o seio em cada mamada.

Em qualquer dessas situações, dar biberão ao bebê somente tornará o problema pior. Em vez disso, a mãe precisa de suporte, encorajamento e conselhos práticos sobre como aumentar a produção de leite, particularmente para aumentar a frequência da amamentação.

Veja a tabela 3.5 para se informar sobre os passos para tomada de decisões.

Engorgitamento do seio

Seios muito cheios ficam engorgitados. Isso pode ser causado por:

- Leite vindo pela primeira vez, depois do colostro.
- Bebê que não pega bem o seio e, portanto, não esvazia o seio completamente.
- Separação da mãe e do bebê, portanto o bebê não mama por um longo período.
- Mãe estressada, afectando a saída de leite.

Veja a tabela 3.6 para se informar sobre os passos para tomada de decisões.

Canal de leite entupido

Um dos canais por onde o leite passa fica entupido. Isso pode acontecer se uma área do seio não estiver sendo bem esvaziada.

Veja a tabela 3.7 para se informar sobre os passos para tomada de decisões.

Mastite^{20, 21}

A mastite é uma infecção do tecido do seio, não do leite. As principais causas são:

- Bactéria (germes) entram no seio porque a mãe tem mamilos rachados.
- O leite não flui bem pelos canais de leite. O leite é rico em açúcar e quando fluidos ricos em açúcar ficam em um lugar, a bactéria cresce ali. Quando a bactéria aumenta, a mãe fica com infecção. Coisas que tornam o fluxo de leite mais lento podem causar infecção. Por exemplo:
 - A mãe tem seios engorgitados.
 - A mãe tem um canal de leite entupido.
 - A mãe usa um sutiã muito apertado ou amarra um pano muito apertado ao redor dos seios.
- O sistema imunológico da mãe é fraco:
 - A mãe tem saúde fraca e pode estar desnutrida.
 - A mãe está estressada.

Veja a tabela 3.8 para se informar sobre os passos para tomada de decisões.

A mãe precisa de suporte, encorajamento e conselhos práticos sobre como aumentar sua produção de leite, particularmente para aumentar a frequência da amamentação.

TABELA 3.4 **MAMILOS DORIDOS OU RACHADOS: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES**

História	<p>Pergunte à mãe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ O que você está sentindo? Os mamilos da mãe podem estar sensíveis ou mesmo doridos. ■ Quando dói? A dor é notada quando o bebê pega o seio no começo da mamada.
Exame	<p>Examine os seios e os mamilos: os mamilos podem estar vermelhos, rachados e/ou sangrando.</p> <hr/> <p>Observe o bebê mamando: se a posição e a pega do bebê não estiverem boas podem causar mamilos doridos ou rachados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ O corpo do bebê está perto do corpo da mãe? ■ O queixo do bebê está tocando o seio? ■ A boca do bebê está bem aberta? ■ O lábio inferior está virado (curvado) para fora? ■ Pode ser visto mais a aréola acima da boca do bebê do que por baixo? ■ Pergunte se os seios e os mamilos da mãe estão bem.
Problemas/necessidades	<p>Mamilos doridos ou rachados</p> <hr/> <p>Outros problemas a considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sapinho: É um fungo ou monilíase/candidíase que causa com que os mamilos fiquem avermelhados. No entanto, o bebê geralmente também tem monilíase na boca, com manchas brancas nas membranas mucosas e na língua. O bebê com monilíase pode não querer amamentar por causa de desconforto na boca (Ver capítulo 6).

TABELA 3.4 MAMILOS DORIDOS OU RACHADOS: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

Plano de cuidados	<p>Certifique-se de que a posição, pega e sucção do bebê estão boas. Se a pega ou a posição não estiver boa, peça que a mãe afaste o bebê do seio e tente novamente. (Ensine a mãe a afastar o bebê do seio colocando o dedo gentilmente dentro da boca do bebê para interromper a sucção.) Se necessário, use uma posição diferente.</p> <hr/> <p>Dê paracetamol à mãe para aliviar a dor 30 minutos antes da amamentação. Ela pode tomar um comprimido de 500 mg a cada 4 a 6 horas e depois de uma refeição.</p> <hr/> <p>Aconselhe a mãe a:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Assegurar que o bebê pega o seio correctamente.■ Usar posições diferentes enquanto amamenta: deitada, cavalinho, invertida. Isso faz com que a pressão mova para partes diferentes do mamilo.■ Aplicar algumas gotas de leite materno espremido nos mamilos depois da amamentação ou banho e deixá-los secar naturalmente.■ Manter os mamilos limpos e secos, mas não usar sabonete nos mamilos.■ Expor os seios ao sol, ao ar livre por 10 minutos, duas a três vezes ao dia.■ Começar a amamentar com o seio menos dorido.■ <i>Não parar de amamentar.</i> O bebê pode sugar de um mamilo que está sangrando, a menos que a mãe seja HIV positiva.■ Se a mãe for HIV positiva, ela não deve amamentar o bebê no seio com um mamilo sangrando. Se ela tiver um mamilo rachado que esteja sangrando, ensine-a a espremer e eliminar o leite desse seio até ele se recuperar. Depois disso, o bebê pode voltar a mamar nos dois seios.■ Somente em casos graves a mãe deve parar para o mamilo “descansar” por 24 horas. Durante esse período, a mãe deve espremer leite do seio afectado. Ela pode alimentar o bebê por copo com o leite espremido e também amamentar no peito que não apresente problemas com o mamilo.
Acompanhamento	<p>Veja a mãe e o bebê novamente em dois a três dias. Repita a história e o exame acima e determine se os conselhos oferecidos foram úteis. Caso negativo, a mãe pode precisar de apoio adicional ou referência para os problemas com a amamentação.</p>

TABELA 3.5 SEM LEITE SUFICIENTE: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

História

Pergunte a mãe sobre ela:

- Como você está se sentindo? Se ela estiver muito cansada, a mãe pode produzir menos leite porque ela não está amamentando com frequência suficiente. A capacidade de liberar leite também é reduzida se a mãe está cansada.
- Quanto você bebe em um dia normal? Uma mulher que está amamentando precisa beber sempre que estiver com sede. Peça que ela também beba um copo grande sempre que amamentar.
- Os seus seios parecem cheios antes da amamentação e vazios depois disso? Os seios devem parecer cheios antes e moles e vazios depois de cada mamada.
- Os seus seios vazam leite às vezes? A maioria das mulheres têm menos vazamento depois dos primeiros meses. Isso não significa que elas têm menos leite: As mães pela primeira vez vazam com mais frequência que as mães experientes.

Pergunte a mãe sobre o bebê:

- Com que frequência o bebê mama? É importante que o bebê mame pelo menos a cada duas a três horas durante as primeiras semanas.
- O bebê somente está mamando no peito ou também está consumindo outros líquidos ou alimentos? Consumir outros líquidos ou alimentos diminui a produção de leite e reduz os benefícios da amamentação no peito.
- Que idade tem o bebê? Os bebês passam por períodos de crescimento acelerado e precisam de se alimentar mais frequentemente para aumentar a produção de leite materno. Isso muitas vezes acontece cerca de 10 a 14 dias, 5 a 6 semanas e cerca de 3 meses depois do nascimento.
- O bebê está muito inquieto? Isso pode ser um sinal de que o bebê não está recebendo leite suficiente.
- Quanto o bebê dorme? Ele acorda para mamar à noite? Um bebê muito sonolento para mamar a cada 2 a 3 horas pode estar doente.

Exame

Observe o bebê mamando. Se a pega e a sucção do bebê não forem boas, a mãe pode produzir menos leite.

Pese o bebê. Se o bebê ganhar menos peso do que deveria, ele talvez não esteja recebendo leite suficiente ou pode estar doente.

TABELA 3.5 SEM LEITE SUFICIENTE:TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

Problemas/ necessidades	<p>O bebê não está recebendo leite suficiente. Liste a causa do pouco leite, se conhecida.</p> <hr/> <p>A mãe acha que não tem leite suficiente, mesmo o bebê recebendo o suficiente.</p> <hr/>
Plano de cuidado	<p>Se necessário, aconselhe e ajude a mãe com a posição e a pega do bebê.</p> <hr/> <p>Tranquilize a mãe de que ela produz bastante leite. Aconselhe a mãe a:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Descansar mais.■ Beber mais líquidos (em cada refeição pequena em cada mamada).■ Alimentar o bebê de acordo com a demanda, pelo menos a cada 2 a 3 horas e com mais frequência se o bebê quiser sugar.■ Deixar o bebê sugar pelo máximo de tempo possível em cada seio.■ Alimentar somente no seio/peito.■ Ficar na cama e deixar o bebê com ela para que ele possa mamar com frequência durante o período em que ela estiver tentando aumentar a produção de leite. <p>Observação: Geralmente somente demora de 24 a 48 horas para aumentar a produção de leite.</p> <hr/> <p>Tranquilize a mãe de que ela tem leite suficiente para o bebê:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Mostre a ela um registo de quanto peso o bebê ganhou (tabela de crescimento) e explique que o aumento de peso do bebê está normal.■ Tire um pouco de leite dos seios da mãe para lhe mostrar que ela está produzindo leite.■ Explique os períodos de crescimento acelerado normais e as mudanças no reflexo de liberação de leite com o tempo.■ Para reassegurar a mãe de que o bebê está crescendo bem, faça com que ela traga o bebê para pesar semanalmente, se possível. <hr/>
Acompanhamento	<p>Veja a mãe e o bebê em três dias. Repita a história e o exame acima. Considere programar consultas semanais para acompanhar o aumento de peso do bebê. Aconselhe a mãe a voltar se o problema piorar ou se houver outros sinais de perigo.</p> <hr/>

TABELA 3.6 SEIO ENGORGITADO: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

História	<p>Pergunte à mãe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ O que você sente nos seios? Seios empedrados ficam duros, inchados e doridos. ■ Com que frequência o bebê mama? ■ Há quanto tempo foi o parto? O engorgitamento geralmente ocorre 2 a 3 dias depois do parto se o bebê não for amamentado por um longo período ou se a mãe e o bebê forem separados. ■ Você tem febre, tremores ou uma área do seio tem uma protuberância, está avermelhada e quente? Essas perguntas têm a finalidade de determinar que não há outros problemas, como infecção do seio. O engorgitamento pode ser acompanhado por uma febre baixa (até 38°C ou 100,4°F) que não dure mais de 24 horas. Se a febre durar mais de 48 horas, suspeite que há mastite.
Exame	<p>Examine os dois seios. Seios empedrados ficam duros, inchados e doridos. Geralmente os dois seios se tornam engorgitados ao mesmo tempo.</p> <hr/> <p>Observe o bebê amamentando. Veja se o bebê está pegando e sugando bem.</p>
Problemas/necessidades	<p>Seio engorgitado</p> <hr/> <p>Outros problemas a considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mastite: Geralmente começa 10 dias depois do parto, com febre, uma área vermelha e quente. Geralmente somente um seio é afectado. ■ Canal de leite entupido: Sem febre; a mãe se sente bem, excepto por uma área dura e inchada em um dos seios.

TABELA 3.6 SEIO ENGORGITADO: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

Plano de cuidado	<p>Explique à mãe como reduzir o engorgitamento do seio. Aconselhe a mãe a:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Antes de cada mamada, colocar panos limpos quentes e molhados em um dos seios por 5 a 10 minutos ou tomar um banho de chuveiro quente.■ Antes de cada mamada, espremer com a mão uma pequena quantidade de leite antes de colocar o bebê para mamar. Isso amacia a área ao redor do mamilo (a aréola) e ajuda o fluxo de leite, tornando mais fácil para o bebê pegar.■ Amamentar frequentemente, pelo menos a cada 2 a 3 horas. Se o bebê não conseguir sugar, tire o leite a cada 2 a 3 horas. (Seios engorgitados não esvaziados podem ficar infeccionados).■ A cada mamada, esvazie o primeiro seio antes de oferecer o outro seio ao bebê.■ Se os seios ainda parecerem cheios depois da mamada, incentive o bebê a mamar por mais tempo ou tire o leite por alguns minutos (até o seio parecer mais macio).■ Ajude a fechar os canais condutores de leite e deixe os seios mais confortáveis depois de amamentar colocando um pano frio em ambos seios por 5 a 10 minutos depois da mamada. <hr/> <p>Aconselhe a mãe sobre outras medidas de conforto para engorgitamento:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Evitar sutiãs apertados.■ Aplicar compressas frias nos seios entre mamadas para ajudar a reduzir o inchaço e a dor.■ Colocar folhas de repolho frias nos seios:^{22,23}<ul style="list-style-type: none">■ Lavar e secar folhas de repolho com água potável.■ Amassar as folhas com a mão e esmagar os veios antes de usar.■ Colocar uma ou mais folhas em cada seio para cobri-los completamente (incluindo em baixo do braço).■ Usar um sutiã ou amarrar um pano para segurar as folhas.■ Usar as folhas até elas amolecerem.■ Tomar comprimido de paracetamol 500 mg três vezes ao dia, conforme necessário.■ Explicar os sinais de infecção no seio e que a mãe deve consultar um profissional de saúde caso observe sinais de infecção:<ul style="list-style-type: none">■ Dor, vermelhidão, calor, protuberância em um dos seios, febre e tremores <hr/> <p>Acompanhamento Não é necessário se o engorgitamento parar e não houver sinal de infecção no seio.</p>
-------------------------	--

TABELA 3.7 **CANAL DE LEITE ENTUPIDO: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES**

História	<p>Pergunte à mãe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ O que você está sentindo? Os sintomas incluem uma protuberância em um dos seios que pode doer quando tocada. A mulher geralmente não tem febre. ■ Onde você sente a protuberância? Muitas vezes fica na parte para fora do seio.
Exame	<p>Examine os dois seios. Um canal de leite entupido causa uma protuberância em um dos seios sem vermelhidão nem calor.</p> <hr/> <p>Tire a temperatura da mãe. Um canal de leite entupido não causa febre.</p>
Problemas/ necessidades	<p>Canal de leite entupido</p> <hr/> <p>Outros problemas a considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Engorgitamento: Começa 2 a 3 dias depois do parto, possivelmente com uma febre baixa (até 38°C ou 100,4°F) durando até 24 horas; não há uma área avermelhada e quente; ambos os seios são afectados. ■ Mastite: Geralmente começa 10 dias depois do parto, com febre, uma área vermelha e quente; geralmente somente um seio é afectado.

TABELA 3.7 CANAL DE LEITE ENTUPIDO: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

Plano de cuidado	<p>Reassegure a mãe de que é possível reduzir a protuberância e a dor no seio.</p> <hr/> <p>Aconselhe a mãe a:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Antes de cada mamada, colocar panos limpos, quente e molhados nos seios por 5 a 10 minutos.■ Antes de cada mamada, massagear gentilmente o seio que tem o canal de leite entupido. Mover a mão que está massageando sobre a área entupida em direção ao mamilo.■ Amamentar primeiro com o seio que tem o canal de leite entupido.■ Incentivar o bebê a mamar por mais tempo no seio que tem o canal de leite entupido.■ Se o canal de leite entupido está no seio exterior, usar a posição invertida para amamentar. Isso leva mais leite para o seio exterior.■ Não usar sutiã apertado nem um pano amarrado apertado ao redor dos seios. <hr/> <p>Explicar os sinais de infecção no seio e que a mãe deve consultar um profissional de saúde caso observe sinais de infecção:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Dor, vermelhidão, calor, inchaço em um dos seios, febre e tremores <hr/>
Acompanhamento	<p>Não é necessário se o canal de leite entupido for desbloqueado e não houver sinal de infecção no seio.</p>

TABELA 3.8 MASTITE: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

História	<p>Pergunte à mãe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ O que você está sentindo? Os sintomas podem incluir dor no seio, desconforto e dor no corpo, cansaço, febre e tremores. ■ Há quanto tempo foi o parto? A mastite geralmente começa 10 ou mais dias depois do parto.
Exame	<p>Examine os dois seios: A mastite causa uma área quente, avermelhada, dorida ou protuberância no seio e geralmente somente um seio é afectado.</p> <hr/> <p>Tire a temperatura da mãe: Mastite pode causar febre. Pode haver um início rápido de febre, que pode ser tornar muito alta (38,5°C/101°F ou mais alta).</p>
Problemas/ Necessidades	<p>Mastite</p> <hr/> <p>Outros problemas a considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Engorgitamento: Começa 2 a 3 dias depois do parto. Não há area avermelhada e quente; ambos os seios são afectados. Pode haver uma febre baixa (até 38°C ou 100,4°F) que não dura mais que 24 horas. ■ Canal de leite entupido: Sem febre; a mãe se sente bem, excepto por dor em uma parte de um dos seios.

TABELA 3.8 MASTITE: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

Plano de cuidados	<p>Dê à mãe um dos medicamentos a seguir por dez dias, via oral. Cloxacilina é a primeira opção.</p> <ul style="list-style-type: none">■ Cloxacilina 500 mg a cada 6 horas, ou■ Eritromicina 250 mg a cada 8 horas, ou■ Amoxicilina 500 mg a cada 8 horas, ou■ Ampicilina 500 mg, a cada 6 horas <hr/> <p>Aconselhe a mãe a:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Antes de cada mamada, colocar panos limpos, quentes e molhados nas áreas infeccionadas por 5 a 10 minutos.■ Antes de cada mamada, massagear gentilmente o seio infeccionado a partir da parte exterior do seio em direção ao mamilo, sobre a área infeccionada.■ Amamentar com frequência (a cada 2 horas), iniciando com o seio infeccionado.■ Amamentar o bebê por mais tempo no seio infeccionado.■ Se o canal de leite entupido estiver na parte exterior do seio, usar a posição invertida para amamentar. Isso leva mais leite para a parte exterior do seio.■ Ficar de cama e manter o bebê com a mãe para amamentá-lo com frequência.■ Beber bastante água (pelo menos 4 litros por dia).■ Tomar paracetamol para dor (comprimido de 500 mg a cada 4 a 6 horas). <p>Sinais de que a infecção está melhorando incluem menos febre e menos dor no seio.</p> <hr/> <p>Explicar sinais de perigo: Se houver uma protuberância arredondada e dura no seio que não desapareça ou se a infecção não melhorar depois de dois dias de antibióticos, ir para um centro de saúde com mais recursos.</p> <hr/>
Acompanhamento	<p>Ver a mãe novamente em dois dias</p> <hr/> <p>Transferir a mãe para um centro de saúde com mais recursos se ela ainda apresentar febre ou protuberância dura e dorida no seio.</p> <p><i>Um abscesso no seio (bolsa de pus) pode ser desenvolvido. Isso precisa de outro tratamento. Um abscesso não tratado é muito perigoso!</i></p> <hr/>

TABELA 3.9 COMO PREPARAR COPOS E RECIPIENTE PARA COLECTAR LEITE MATERNO ESPREMI DO E AMAMENTAR O BEBÉ

1. Antes de cada uso, lavar o copo e um recipiente com sabão e água; certificar-se de que todo o leite foi removido.
2. Ferver o copo e o recipiente:
 - Usar uma panela com tampa.
 - Colocar o copo e o recipiente na panela.
 - Encher a panela com água para que cubra o copo e o recipiente.
 - Tapar a panela e deixar a água ferver (até a aparecerem bolhas grandes na água).
 - Deixe ferver por 10 minutos.
3. Tirar a água da panela sem tocar no copo nem no recipiente.
4. Deixar o copo e o recipiente na panela até ser necessário usá-los. Manter a panela tapada.

COMO ESPREMER LEITE

É importante ensinar todas as mães a espremer leite. Espremer leite pode ser importante quando:

- A mãe não é capaz de amamentar. Isso pode acontecer e a mãe estiver doente, se ela não estiver com o bebê ou se o bebê ainda não conseguir sugar.
- Os seios se tornam engorgitados quando o leite materno vem do segundo ou terceiro dia depois do parto. Se os seios estiverem muito engorgitados, o bebê pode não conseguir pegar o mamilo, a menos que um pouco do leite seja espremido.
- A mãe precisa estimular seu corpo para produzir mais leite.

Antes de espremer leite, ensine a mãe a limpar e ferver um copo e um recipiente. O copo é usado para alimentar o leite ao bebê. O recipiente é usado para armazenar o leite materno.

Como armazenar leite materno

A temperatura ambiente

- A 19 a 22°C (66 a 72°F), até 10 horas.
- A 26°C (78°F), até 6 horas²⁴
- Se estiver mais quente que 26°C (78°F), somente por 1 a 2 horas.

No refrigerador

- De 0 a 4 °C (32 a 39 °F), até 24 a 48 horas²⁵

Na geleira

- Se o congelador for dentro de uma geleira (a temperatura pode variar se a porta for aberta muitas vezes), até 2 semanas
- Em uma geleira independente a -18 °C (0 °F), por até 3 meses²⁶

TABELA 3.10 ENSINAR A MÃE A ESPREMER O LEITE

1. Encontrar um local privado onde a mãe possa relaxar. Ajuda o bebê estar por perto ou a mãe pensar no bebê.
2. Peça que a mãe lave bem as mãos com sabonete e água. Lave as suas mãos também.
3. Colocar panos limpos, quentes e molhados nos seios por cinco minutos para ajudar a abrir os canais de leite, se necessário.
4. Mostrar a mãe como massagear os seios de fora (em cima, a partir da raiz da mama) em direção ao mamilo para ajudar o leite a sair.
5. Estar preparada com um copo ou recipiente (limpo e fervido) com uma abertura grande.
6. Para espremer o leite, ensine a mãe a:
 - Segurar o seio em formato de “C” (polegar na parte superior e os outros dedos na parte de baixo do seio), com os dedos e o polegar longe do mamilo.
 - Inclinar-se levemente para frente para que o leite caia no recipiente.
 - Pressionar o polegar e os outros dedos contra o corpo/tórax.
 - Apertar o polegar e os outros dedos (movendo-os para frente em direção a aureola (não esprema o mamilo, nem esfrega os seus dedos na pele).
 - Pressionar e soltar. Tentar usar o mesmo ritmo que o da sucção do bebê.
 - Ter paciência, mesmo se não sair leite no início.
 - Mover as mãos ao redor do seio para que o leite seja espremido de todas as áreas do seio.
 - Espremer o leite de um dos seios por pelo menos 3 a 5 minutos até o fluxo diminuir e, a seguir, espremer do outro seio e repetir com ambos seios.
 - Não importa a mão usada. Você pode usar as duas mãos.
7. Explicar à mãe que espremer leite pode demorar 20 a 30 minutos ou mais tempo no início.

FIGURA 3.10 MASSAGEAR A MAMA



FIGURA 3.11 COMO ESPREMER O LEITE PARA UM COPO

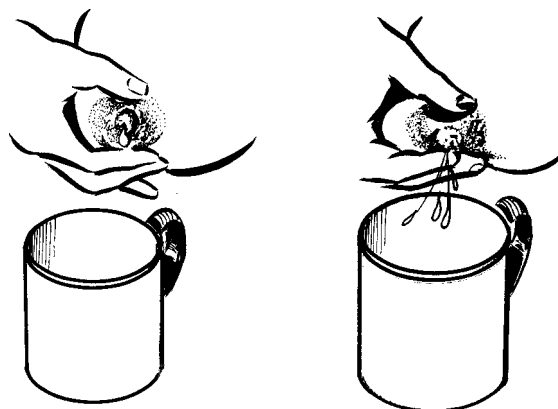


TABELA 3.11 DICAS PARA ARMAZENAR E USAR LEITE MATERNO ARMAZENADO

Depois de espremer leite, a mãe pode alimentar o bebê imediatamente ou guardar o leite para mais tarde. O leite materno fresco tem mais qualidade. Se for preciso guardar o leite materno, aconselhe a mãe e a família a:

- Usar um recipiente de vidro ou plástico duro com uma abertura grande e uma tampa apertada para armazenar o leite materno.
- Usar um recipiente com tampa que tenha sido fervido por 10 minutos.
- Se a mãe for alfabetizada, ensiná-la a anotar o horário e a data em que o leite for espremido (ou manhã, tarde, noite) no recipiente antes de armazená-lo.
- Armazenar 2 a 4 onças (60 a 120 ml) de leite em um recipiente, o suficiente para uma mamada, para não desperdiçar leite materno. Mostrar a família como 2 a 4 onças (60 a 120 gramas) de líquido enche um copo semelhante ao o que a família usará.
- Armazenar o leite no local mais frio possível.

FIGURA 3.13 ALIMENTAR POR UM COPO



ALIMENTAÇÃO POR COPO

Alimentar por um copo significa usar um copo para alimentar o bebê. Alimentar por um copo é muito melhor que usar biberão ou um copo e colher. Veja a tabela 3.12 para se informar sobre os motivos disso.

Quem deve alimentar com copo?

Alimentar por um copo pode ser para qualquer bebê que não esteja mamando diretamente no seio. É ideal para:

Bebé cuja mãe trabalhe ou precise ser separada dele. A mãe pode espremer o leite enquanto está longe do bebê. Ela deve colectar e transportar o leite em um jarro com abertura grande que possa ser facilmente limpo e fervido. O leite materno deve ser devidamente armazenado e alimentar por um copo o bebê quando a mãe não estiver por perto.

Bebés com baixo peso ao nascer. Alimentar por um copo pode ser usado para bebés com baixo peso ao nascer que sejam prematuros e não estejam prontos para mamar. *Esses bebés conseguem engolir antes de conseguirem chupar.* Eles podem não ter força para chupar por tempo suficiente no seio para uma mamada longa. Dar o resto do leite materno por copo completa a mamada.

Bebés com problemas na boca (fenda palatina). Apesar de a maioria dos bebés com lábio leporino e/ou fenda palatina conseguirem mamar com sucesso, alguns têm problema em sugar/chupar no seio.

Bebé cuja mãe está doente ou morreu.

TABELA 3.12 **POR QUE USAR COPO?**

Melhor que biberão

- Alimentar por um copo é mais fácil para alguns bebês com peso baixo ao nascer que sejam prematuros.
- Alimentar com copo prepara o bebê para mamar no seio mais tarde; a ação da boca é mais parecida com a de mamar no seio.
- O bebê pode controlar a alimentação (rapidez, quantidade, descanso).
- Não precisa de equipamento especial.
- É fácil de preparar e limpar.

Melhor que copo e colher²⁷

- É mais rápido.
- Não é derramado tanto leite.
- É mais difícil de ir leite para os pulmões do bebê.
- Forçar a alimentação com colher pode causar dano à boca do bebê.

TABELA 3.13 **MOSTRAR À FAMÍLIA COMO ALIMENTAR POR UM COPO**

1. Posicionar o bebê: Acordar o bebê e segurar parcialmente no seu colo. Suportar os ombros e o pescoço do bebê com sua mão para ter controle sobre a cabeça.
2. Segurar um copo pequeno de leite, cheio até a metade, aos lábios do bebê:
 - Virar o copo para que o leite chegue aos lábios.
 - O copo deve descansar levemente no lábio inferior do bebê.
 - As bordas do copo devem tocar as partes de fora do lábio superior do bebê.
3. O bebê se tornará alerta e abrirá a boca e os olhos:
 - Um bebê com peso baixo ao nascer pode começar a tomar leite com a língua.
 - Um bebê a termo ou mais velho sugará ou cuspirá o leite, derramando um pouco dele.
4. Não despejar o leite na boca do bebê. Manter o copo nos lábios do bebê, deixando ele tomar o leite.
5. Quando o bebê já tiver tomado o suficiente, ele fechará a boca e recusará mais:
 - Se o bebê não tomou o suficiente, ele poderá tomar mais na próxima vez que for alimentado, ou
 - A mãe pode aumentar a frequência com que alimenta o bebê.
6. Aconselhe a mãe a segurar o bebê sobre o ombro e esfregar as costas dele para ajudá-lo a arrotar (expelir o ar).
7. Medir quanto o bebê tomou em 24 horas em vez de a cada vez em que foi alimentado.

TAREFAS PARA TODOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: AMAMENTAÇÃO

- I Ensinar e aconselhar a mãe e/ou a família sobre amamentação:
 - a) Como a amamentação no seio ajuda mães e bebês; a importância do colostro
 - b) Amamentação exclusiva
 - O que é
 - Como pode ajudar o bebê, a mãe e a amamentação no seio (alimentada ao peito)
 - c) Como iniciar a primeira amamentação
 - Tempo
 - Posição
 - Pega (preensão do mamilo com a boca)
 - d) Como amamentar com sucesso
 - Alimentação por demanda
 - Usar os dois seios
 - Maneiras de segurar o bebê
 - Importância do descanso
 - Importância de fluidos e nutrição (incluindo vitamina A e outros suplementos)
 - Como amamentar um bebê doente
 - Períodos de crescimento acelerado
 - Como saber se o bebê está recebendo leite suficiente
 - Por quanto tempo amamentar
 - Amamentação de gêmeos
 - e) Reconhecer problemas com a amamentação
 - Mamilos doridos ou rachados
 - Sem leite suficiente
 - Seio engorgitado
 - Canal de leite entupido
 - Mastite
 - f) Opções para alimentação ao seio se a mãe for HIV positiva
- 2 Ajudar a mãe a amamentar pela primeira vez.
- 3 Ajudar a mãe a estabelecer sua produção de leite.
- 4 Ensinar a mãe a espremer leite.
- 5 Ensinar a mãe e a família a alimentar o bebê por um copo.
- 6 Cuidados para mães com problemas específicos de amamentação usando passos para tomada de decisões:
 - a) Mamilos doridos ou rachados
 - b) Sem leite suficiente
 - c) Seio engorgitado
 - d) Canal de leite entupido
 - e) Mastite

Notas

- 1 UNICEF. (1999). *Breastfeeding: Foundation for a Healthy Future*. Nova York: UNICEF.
- 2 Hill PD, Humenick SS, Brennan ML, e outros. (1997). Does early supplementation affect long-term breastfeeding? *Clinical Pediatrics*, 36 (6):345-350.
- 3 Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E e Hofmeyr J. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Terceira edição, Oxford: Oxford University Press.
- 4 Linkages Project. (2002). *Exclusive Breastfeeding: The Only Water Source Young Infants Need*. Washington, DC: Academia para Desenvolvimento Educacional.
- 5 Lawrence R. (1994). *Breastfeeding: A guide for the medical profession*. Quarta edição, St. Louis: Mosby.
- 6 Linkages Project. (2002).
- 7 SachdevHPS e outros. (1991). Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet*, 337:929-933.
- 8 Goldberg NM e Adams E. (1983). Supplementary water for breast-fed babies in a hot and dry climate—not really a necessity. *Arch Dis Child*; 58:73-74.
- 9 Glover J e Sandilands M. (1990). Supplementation of breastfeeding infants and weight loss in hospital. *J Human Lactation*, 6 (4):163-166.
- 10 Widstrom AM e outros. (1990). Short-term effects of early sucking and touch of the nipple on maternal behavior. *Early Human Development*, 21:153-163.
- 11 Linkages Project. (2001). *Facts for Feeding: Recommended Practices to Improve Infant Nutrition during the First Six Months*. Washington, DC: Academia para Desenvolvimento Educacional.
- 12 Ibid.
- 13 Academia Americana de Pediatria. (2001). Committee on Drugs: The Transfer of Drugs and Other Chemicals into Human Milk. *Pediatrics*, 108 (3):776-789.
- 14 Linkages Project. (2000). *Facts for Feeding: Breast Milk: A critical source of vitamin A for infants and young children*. Washington, DC: Academia para Desenvolvimento Educacional.
- 15 Linkages Project. (Fevereiro de 1999). *Recommended feeding and dietary practices to improve infant and maternal nutrition*. Washington, DC: Academia para Desenvolvimento Educacional.
- 16 Guay LA e Ruff AJ. (2001). HIV and Infant Feeding—An Ongoing Challenge. *JAMA*, 286 (19): 2462-64.
- 17 Chantry CM e outros. (2000). Effects of lipolysis or heat treatment on HIV-1 provirus in breast milk. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 24 (4):325-329.
- 18 Israel-Ballard KAetal. (Novembro de 2002). *Zimbabwean attitudes and resource accessibility as a measure of the feasibility of heat-treating expressed breast milk for prevention of mother to child transmission of HIV*. 130º Encontro Anual da Associação Americana de Saúde Pública Abstrato No. 43447.
- 19 Morrison P. (1999). HIV and infant feeding: To breastfeed or not to breastfeed. The dilemma of competing risks, Parte I. *Breastfeeding Review*. 7 (2):5-13.
- 20 Fetherston C. (2001). Mastitis in Lactating Women: Physiology or Pathology? *Breastfeeding Review*, 9 (1):5-12.
- 21 Linkages Project. (2001). *Frequently asked questions: Breastfeeding and HIV/AIDS*. Washington, DC: Academia para Desenvolvimento Educacional.
- 22 Roberts KL. (1995). A comparison of chilled cabbage leaves and chilled gelpacks in reducing breast engorgement. *J Human Lactation*. 11:17-20.
- 23 Snowden HM, Renfrew MJ e Woolridge MW. (2002). Treatments for breast engorgement during lactation. (The Cochrane Review) *The Cochrane Library*. Edição 4. Oxford: Update Software Ltd.
- 24 Barger J e Bull PA. (1987). Comparison of the bacterial composition of breast milk stored at room temperature and stored in the refrigerator. *Int J Childbirth Educ*, 2:29-30.
- 25 Report of the Ad Hoc Group on Infant Feeding in Emergencies. (Maio de 1999). *Infant Feeding in Emergencies: Policy, Strategy & Practice*. Dublin, Irlanda: Rede de Nutrição de Emergência.
- 26 Ibid.
- 27 Hamosh M e outros. (Julho de 2001). *On cup feeding to the IFEG Strategy Paper*. N.p.: Infant Feeding in Emergencies Group (IFEG).

Referências gerais

- Jeffery BS e Mercer KG. (Agosto de 2000). Pretoria pasteurisation: a potential method for the reduction of postnatal mother-to-child transmission of the human immunodeficiency virus. *J Trop Pediatr*, 46 (4):219-23.
- Jeffery BS, Soma-Pillay P, Makin J e Moolman G. (Agosto de 2003). The effect of Pretoria Pasteurization on bacterial contamination of hand-expressed human breastmilk. *J Trop Pediatr*, 49 (4):240-4.
- Jeffery BS, Webber L, Mokhondo KR e Erasmus D. (Dezembro de 2001). Determination of the effectiveness of inactivation of human immunodeficiency virus by Pretoria pasteurization. *J Trop Pediatr*, 47 (6):345-9.
- King, F. Savage. (1985). *Helping Mothers to Breast Feed. Nairobi*, Quênia: African Medical and Research Foundation (AMREF).
- Kroeger M. (2003). *Impact of Birthing Practices on Breastfeeding: Protecting the Mother and Baby Continuum*. Boston: Jones e Bartlett.
- Linkages. (Abril de 2004). *Infant Feeding Options in the Context of HIV*. Washington, DC: The Linkages Project, Academia para Desenvolvimento Educacional.
- Organização Panamericana da Saúde. (2003). *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Washington, DC: OPAS, OMS.
- Ranjos-Arvidson A, Matthieson A, Gunilla L e outros. (2001). *Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying*. *Birth* 28 (1): 5-12.
- Organização Mundial da Saúde (2003). *Community-Based Strategies for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Countries*. Geneva: OMS
- Organização Mundial da Saúde (1999). *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*. Geneva: OMS (OMS/CHD/98.9).
- Organização Mundial da Saúde (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: OMS
- OMS/UNAIDS/UNFPA/UNHCR/UNICEF/FAO/WFP/IAEA/ Banco Mundial. *HIV and Infant Feeding: Framework for Priority Action*. Geneva: OMS

Referências da Internet

- www.who.int/child-adolescent-health/publications/Nutrition/BFC.htm
Este site da OMS do curso de 40 horas sobre aconselhamento em amamentação.
- www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm
Este site da OMS enfoca HIV e alimentação de bebês. A amamentação é o principal enfoque. É oferecido acesso a seis documentos importantes.
- www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV_IF_Framework.htm
Um documento importante para fazer com que os países reconheçam como devem assumir responsabilidade sobre a amamentação ao mesmo tempo em que iniciam medidas para reduzir a transmissão de HIV pós-parto.
- “HIV and Infant Feeding. Guidelines for decision-makers”
www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159122_6.htm
(Atenção: no caso de alguns sistemas de e-mail este link pode ser dividido em duas partes)
- “HIV and Infant Feeding. A guide for health-care managers and supervisors”
www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159123_4.htm
(Atenção: no caso de alguns sistemas de e-mail este link pode ser dividido em duas partes)
- www.who.int/reproductive-health/rtis/mtct Este site da OMS oferece informações gerais sobre transmissão de HIV de mãe para bebê, bem como recomendações da OMS para o uso de drogas antiretrovirais (Nevirapina) para evitar TMPF. Também inclui um relatório de publicações mensais sobre PTV.

4

Introdução 93

O que é Asfixia? 94

Preparação para a Reanimação do Recém-Nascido 95

Como Decidir se o Recém-Nascido Precisa de Reanimação 98

Como Fazer a Reanimação do Recém-Nascido 99

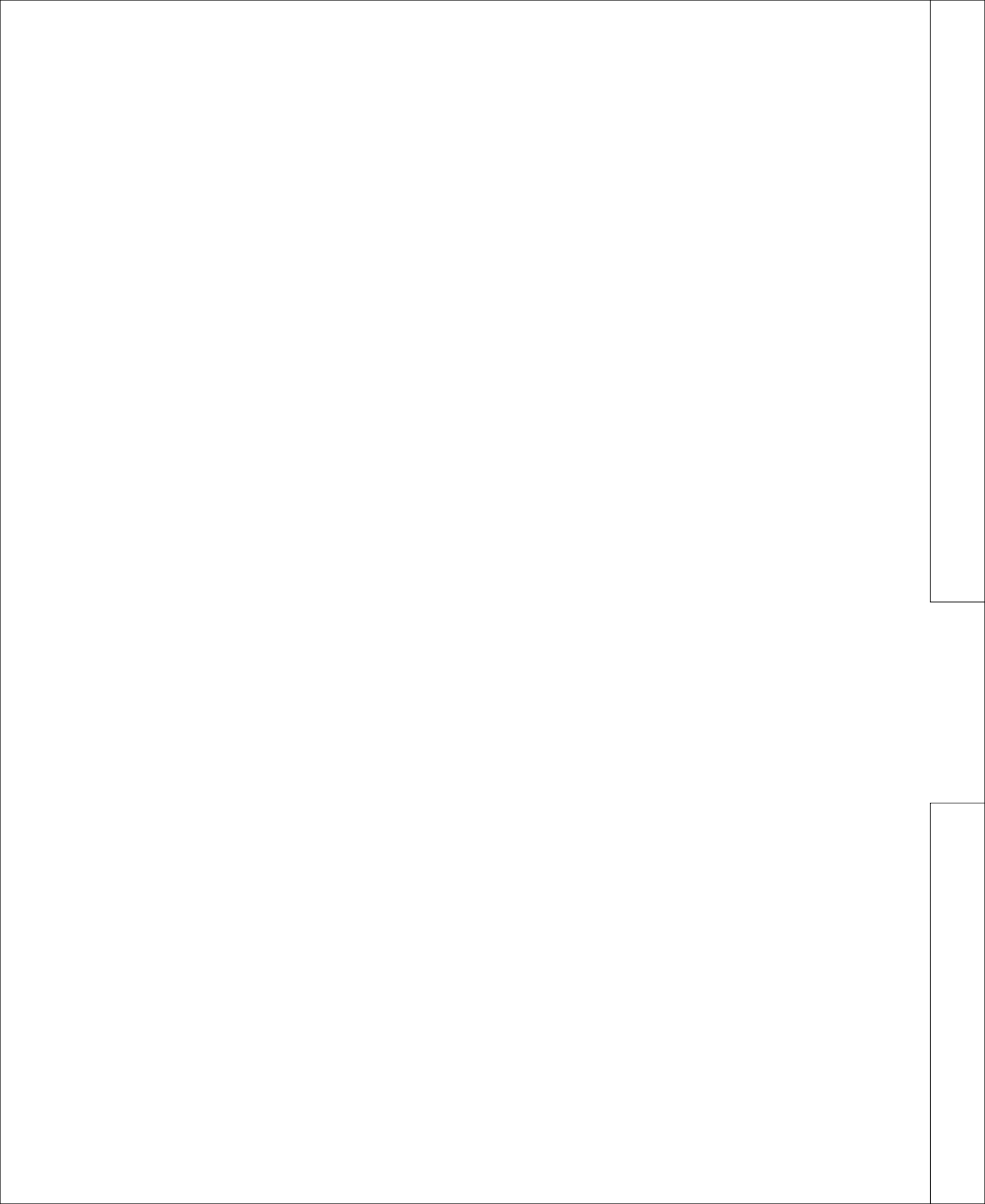
Cuidados Depois da Reanimação 104

Como Limpar o Equipamento e Suprimentos para Reanimação 107



Reanimação Do Recém-Nascido





Reanimação do Recém-Nascido

Cerca de 5% a 10% de todos os recém-nascidos precisam de reanimação no momento do nascimento¹. Aproximadamente 1 milhão de bebês morrem em cada ano porque não conseguem respirar normalmente quando nascem². Quando o bebê não consegue respirar, é necessário atendimento urgente. Portanto, para muitos recém-nascidos a reanimação pode salvar vidas.

O oxigênio é importante para todas as partes do corpo humano. Durante a gravidez, o bebê recebe oxigênio do sangue da mãe pela placenta. Depois do nascimento, o bebê recebe oxigênio pelos pulmões, ao respirar. Para a maioria dos bebês essa mudança acontece sem problemas. Alguns bebês, no entanto, precisam de ajuda para começar ou continuar a respirar. Isso é chamado de reanimação.

FIGURA 4.1 LOCAL DE REANIMAÇÃO



Neste capítulo, você encontrará informações sobre:

- O que é asfixia
- Por que um profissional de saúde deve sempre estar pronto para fazer a reanimação do recém-nascido em todos os partos
- O que é preciso (aquecimento, superfície limpa, equipamento e suprimentos) para fazer a reanimação do recém-nascido
- Sinais de que o bebê precisa de reanimação
- Passos da reanimação
- Quando interromper a reanimação do recém-nascido
- Cuidados com o bebê depois da reanimação:
 - Se a reanimação for bem sucedida
 - Se o bebê estiver respirando, mas precisar de referência
 - Se a reanimação não for bem sucedida

Neste capítulo, você aprenderá a fazer o seguinte:

- Preparar um local, equipamento e suprimentos para a reanimação
- Limpar a boca e o nariz do recém-nascido caso haja mecônio no líquido amniótico
- Reconhecer um recém-nascido asfixiado
- Reanimar um recém-nascido asfixiado
- Monitorar e cuidar de um recém-nascido depois da reanimação
- Aconselhar a mãe e a família depois da reanimação
- Aconselhar a mãe e a família se um recém-nascido morrer
- Descontaminar, limpar e desinfetar equipamento e suprimentos para a reanimação

O QUE É ASFIXIA?

Asfixia é quando o bebê não começa ou não continua a respirar adequadamente quando nasce. Existem muitos motivos para um bebê não respirar quando nasce. A maioria das vezes isso acontece quando o bebê tem hipoxia, que é explicada na tabela 4.2 nas páginas 96 e 97.

PREPARAÇÃO PARA A REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Nem sempre é possível saber quais bebês terão asfixia ao nascer. Portanto, é preciso estar preparado para fazer a reanimação em todos os nascimentos. Quando as coisas não estão preparadas, o tempo é perdido. Se poucos minutos passam antes de o bebê começar a respirar, ele pode sofrer dano cerebral ou morrer. Os preparativos incluem: aquecer a área de reanimação, preparar uma superfície limpa para a reanimação e reunir equipamentos e suprimentos. Esteja preparado para cortar o cordão umbilical imediatamente se o bebê precisar de reanimação.

Aquecimento

Manter um bebê recém-nascido aquecido guarda sua energia para respirar. Existem muitas maneiras de manter um bebê aquecido:

- Manter a sala aquecida e sem vento e ventiladores.
- Se possível, fazer a reanimação perto de uma fonte de calor.
- Em um centro de saúde, usar um aquecedor ou lâmpada acima do bebê; ligar o aquecedor ou lâmpada antes do parto e manter ligado durante a reanimação.
- Secar o bebê imediatamente depois do parto e remover o pano molhado.
- Usar um pano molhado para embrulhar o bebê, incluindo a cabeça dele, enquanto o rosto e o peito ficam descobertos.
- Manter a cabeça do bebê coberta.

Superfície para fazer a reanimação

Usar uma superfície reta, limpa, seca, como uma mesa, coberta com um pano quente.

Equipamento e suprimentos

A tabela 4.1 lista o equipamento e os suprimentos necessários para a reanimação do recém-nascido.

TABELA 4.1 EQUIPAMENTO E SUPRIMENTOS PARA A REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Sempre use o aspiração e máscara para reanimação, se disponível.*

- Bolsa (Ambu) máscaras faciais para reanimação auto-infláveis para recém-nascidos:
 - O volume da bolsa deve ser 250 a 400 ml
 - As máscaras faciais devem ser:
 - Tamanho 1 para recém-nascido de peso normal
 - Tamanho 0 para recém-nascido pequeno (abaixo de 2,5 kg)
- Dois pedaços de gaze ou pano limpo
 - Um para secar a área da boca e do nariz do bebê
 - Um para ser usado como uma barreira protectora no caso de reanimação boca a boca e nariz
- Três panos
 - Um para secar o bebê
 - Um para cobrir o bebê depois de secá-lo
 - Um para enrolar e colocar embaixo dos ombros do bebê (opcional)
- Uma touca para cobrir a cabeça do bebê
- Um relógio
- Equipamento para aspiração: Pêra, extractor de muco (De Lee) ou aspiração mecânica
- Luvas: Se disponível (não precisam ser estéril)
- Oxigênio: Se disponível. Não é preciso oxigênio para reanimação com sucesso.

* Se for usado dispositivo de tubo e máscara para reanimação, siga seu protocolo local de como usá-lo.

TABELA 4.2 HIPOXIA³

O que é hipoxia?	Falta de oxigénio suficiente nos tecidos do corpo.
Quando pode acontecer hipoxia?	<ul style="list-style-type: none">■ Durante a gravidez■ Durante o trabalho de parto e parto■ Depois do parto
O que causa a hipoxia?	<p>A hipoxia pode ocorrer por muitos motivos. Alguns factores que podem levar à hipoxia fetal ou neonatal incluem:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Durante a gravidez: hipertensão arterial materna, diabetes, infecção, anemia falciforme e asma (hipoxia materna)■ Intraparto: parto pré-termo, trabalho de parto prolongado ou obstruído, prolapso de cordão, placenta prévia, descolamento de placenta, administração de narcóticos e anestésicos, aspiração de mecônio, apresentação anormal do feto, parto difícil ou com instrumento■ Outros factores: parto pré-termo ou pós-termo, gestação múltipla, problemas com cordão umbilical ou placenta que impeçam o fluxo sanguíneo
Sinais de hipoxia fetal	<p>A hipoxia leva a esgotamento fetal que afecta a frequência cardíaca e pode estimular a liberação de mecônio no líquido amniótico.</p> <p>Uma frequência cardíaca abaixo de 100 ou acima de 189 indica hipoxia ou esgotamento fetal por algum outro motivo.</p> <p>Líquido amniótico manchado de mecônio também é um sinal de esgotamento fetal.</p>

CHART 4.2 HIPOXIA³

Como ajudar a evitar hipoxia

Quando uma mulher grávida deita de costas, o fluxo de sangue para o útero diminui. Incentive a mulher a não se deitar de costas, especialmente durante o trabalho de parto. Identifique e estabilize/trate quaisquer problemas maternos durante o trabalho de parto (pressão arterial alta, diabetes, infecções). Identifique e administre trabalho de parto obstruído, apresentações viciadas e outros problemas imediatos.

Como identificar hipoxia no trabalho de parto

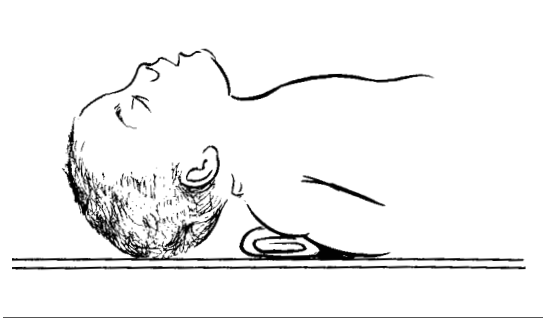
Verifique a frequência cardíaca a cada 30 minutos durante o trabalho de parto e a cada 15 minutos depois da dilatação total. Se a frequência cardíaca for abaixo de 100 ou acima de 180 por minuto ou estiver caindo ou subindo rapidamente, o bebê pode ter hipoxia.

Como tratar hipoxia durante o trabalho de parto

1. Aumentar imediatamente o oxigênio para o bebê:
 - a. Peça que a mãe deite no seu lado esquerdo. Essa posição aumenta o oxigênio que vai para o bebê.
 - b. Dar fluidos à mãe pela boca e/ou IV.
 - c. Dê oxigênio (se disponível).
 - d. Descontinue o fluxo de oxigênio, se aplicável.
2. Verifique a frequência cardíaca fetal novamente.
3. Identifique quaisquer factores maternos e os trate de acordo.
4. Prepare para reanimação, como em qualquer parto.

Se a frequência cardíaca fetal ainda estiver normal, faça o parto do bebê o mais logo possível, se isso pode ser feito rapidamente e de modo seguro; caso contrário, TRANSFIRA.

FIGURA 4.2 **POSICIONAR O BEBÉ PARA REANIMAÇÃO**



COMO DECIDIR SE O RECÉM-NASCIDO PRECISA DE REANIMAÇÃO

Avaliação imediata no nascimento

Para a maioria dos bebês, os cuidados imediatos que você oferece no nascimento é suficiente para estimular o início da respiração. Lembre sempre de:

1. Secar completamente e estimular o bebê, esfregando todo ele, especialmente para cima e para baixo nas costas ou tronco com um pano quente e seco. Bater de leve nas solas dos pés também pode ajudar. Outras formas de estimulação podem ser prejudiciais.
2. Elimine o pano molhado e embrulhe o bebê rapidamente em outro pano quente e seco para mantê-lo quente.
3. Olhe para o bebê para ver se ele está respirando ou chorando.
4. Decida se o bebê precisa de reanimação. Se o bebê não estiver respirando, estiver respirando mal (menos de 30 incursões respiratórias por minuto) ou estiver arfando, ele precisa de reanimação.

COMO FAZER A REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Se o bebê não responder a estímulo, comece a reanimação imediatamente. Continuar com a estimulação táctil no recém-nascido que não está respirando é uma perda de tempo. A reanimação deve ser iniciada logo que você ver que o bebê está asfixiado. Nesse caso, rapidamente prenda com pinça ou amarre o cordão umbilical, deixando um coto de pelo menos 10 cm de comprimento por enquanto.

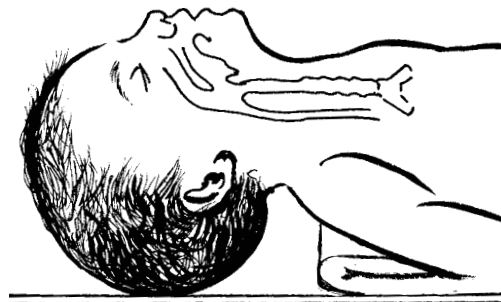
Conforme você se prepara para fazer a reanimação, converse rapidamente com a mãe. A mãe geralmente sabe que algo está errado quando ela não ouve o bebê chorar. Explique que o bebê precisa de ajuda com a respiração e que você oferecerá ajuda. Peça que outro profissional de saúde ou membro da família fique com a mãe para oferecer apoio emocional e observar e ajudar no caso de sangramento.

Passo I: Posicionar o bebê

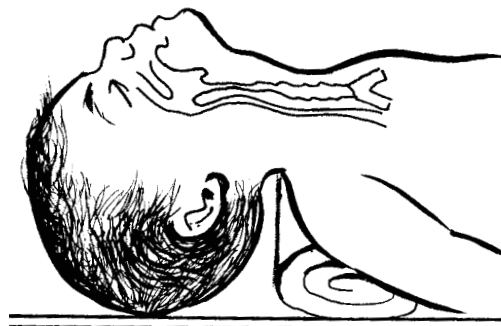
- Coloque o bebê deitado de costas em uma superfície plana.
- Posicione a cabeça de modo que o pescoço esteja levemente estendido. Você pode colocar um pano enrolado sob os ombros do bebê para manter a posição.
- A superfície para reanimação deve estar bem iluminada e quente.
- Mantenha a cabeça e a parte inferior do corpo do bebê cobertas para mantê-lo aquecido.

FIGURA 4.3 EXTENSÃO CORRECTA DA CABEÇA PARA REANIMAÇÃO

Correcto



Incorrecto: muito estendido



Incorrecto: pouco estendido



Passo 2: Liberar as vias respiratórias

- Limpe o rosto do bebê com um pedaço limpo de gaze ou pano.
- Aspiração do bebê.
 - Pode ser feita aspiração com pêra (ver Apêndice D). Elimine a pêra de borracha depois de usá-la.
 - Aspiração mecânica com um dispositivo de aspiração do tipo De Lee ou extractor de muco.
 - Aspiração por máquina pode ser feita com um tubo ou cateter limpo e macio de aspiração tamanho 12F. A pressão da aspiração da máquina não deve ser mais que 130 cm de água ou 100 mm Hg.
 - Sempre faça primeiro a aspiração da boca e, a seguir, do nariz do bebê.
 - Somente faça a aspiração enquanto estiver puxando o tubo de aspiração para fora, não enquanto estiver colocando-o para dentro.
 - Não faça a aspiração no fundo da garganta, pois isso pode fazer com que o coração do bebê bata mais devagar ou que o bebê pare de respirar.
 - Não coloque um tubo de aspiração nem pêra mais de 5 cm dentro da boca ou mais de 3 cm dentro do nariz.
- Se o líquido amniótico estiver manchado com mecônio (amarelado ou esverdeado), faça cuidadosamente a aspiração da boca e do nariz logo que a cabeça aparecer e enquanto ainda estiver no períneo (antes dos ombros aparecerem).
- Rapidamente avalie mais uma vez a respiração depois de ter posicionado o bebê e liberado as vias respiratórias.
 - Se o bebê estiver respirando sem dificuldade, não é mais necessário executar outros passos de reanimação. Vá para o Passo 4.
 - Se o bebê tiver problemas com a respiração ou não estiver respirando, comece a ventilação. Vá para o Passo 3.
- Sinais de que o bebê está tendo problemas com a respiração incluem:
 - Arfar (incursões curtas e difíceis que produzem um ruído quando o bebê inspira). Arfar é um sinal de problema grave e exige as mesmas medidas que a ausência de incursões respiratórias.
 - Menos de 30 incursões respiratórias por minuto, com ou sem do seguinte:
 - Retracção do peito (quando o bebê inspira, as áreas entre as costelas são retraídas)
 - Grunhido (som que o bebê faz ao expirar)
 - Incursões respiratórias curtas e irregulares

Passo 3: Ventilar

Para ventilação com bolsa e máscara use o tamanho certo de máscara para cobrir a boca e o nariz do bebê. Para ventilar: segure a máscara com uma mão para assegurar um vedamento total usando um ou dois dedos da mesma mão para segurar o queixo e manter a cabeça levemente estendida. Aperte a bolsa com a outra mão (Ver figura 4.5).

Para ventilação boca a boca use sua boca (com um pedaço de gaze sobre o nariz e a boca do bebê) para cobrir a boca e o nariz do bebê. Para ventilar, dê uma expiração de boca cheia de ar para dentro do bebê. Lembre-se de que os pulmões do bebê são pequenos. Quando fizer ventilação boca a boca somente use ar de sua boca, não de seus pulmões.

Ventile uma ou duas vezes, observando se o peito do bebê levanta. Se o peito não levantar, verifique a posição do bebê, reposicione o bebê, sua boca na máscara e tente novamente até o peito do bebê levantar com cada incursão respiratória. Se necessário, repita a aspiração.

- Ventile cerca de 40 vezes em 1 minuto.
- Depois de 1 minuto, pare para ver se o bebê começa a respirar sozinho.
- Continue com a ventilação até o bebê espontaneamente chorar ou respirar.

Quando a respiração do bebê estiver normal, pare a ventilação e continue a monitorar o bebê com atenção. O cordão umbilical agora deve estar bem preso e cortado no comprimento certo.

Se não houver respiração nem arfamento depois de 20 minutos, pare a ventilação. O bebê morreu.

FIGURA 4.4 COLOCAÇÃO CORRECTA DA MÁSCARA

Colocação incorrecta da máscara
Esta máscara é muito grande e não ficará bem presa.



Colocação incorrecta da máscara
Esta máscara somente cobre a boca. A máscara deve cobrir a boca e o nariz.



Colocação CORRECTA da máscara
Esta máscara cobre a boca e o nariz.



FIGURA 4.5 REANIMAÇÃO COM ASPIRAÇÃO E MÁSCARA



TABELA 4.3 SINAIS DE QUE O BEBÉ PRECISA DE TRANSFERÊNCIA DEPOIS DA REANIMAÇÃO

- Não sustenta incursões respiratórias adequadas (menos de 30 em 1 minuto) ou arfando: continuar com os esforços de reanimação durante o transporte
- Mais de 60 incursões respiratórias por minuto
- Retracção do peito
- Grunhido (som feito quando o bebé expira)
- A língua e os lábios do bebé estão azulados ou todo o corpo está pálido ou azulado.

Passo 4: Monitorar

Monitore de perto o bebé que passou por reanimação ou que apresente cor indevida, mesmo se parecer estar respirando bem.

- Observe problemas respiratórios: grunhido, retracção do peito, batimento das asas do nariz, incursões rápidas (mais de 60 por minuto), respiração lenta (menos de 30 incursões por minuto), cor azulada ou pálida. Se o bebé tiver dificuldade em respirar, dê oxigénio, se disponível.
- Mantenha o bebé aquecido e seco. Atrase o primeiro banho por pelo menos 6 horas até o bebé estar quente, estável e respirando normalmente.
- Se a respiração e a cor do bebé estiverem boas, entregue-o para a mãe, contacto pele a pele, para mais aquecimento, estimulação e amamentação logo que possível.
- **Se as condições do bebé piorarem, transfira-o rapidamente para um hospital para que obtenha assistência médica. (Ver tabela 4.3)**

TABELA 4.4 RESUMO DA REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Posição	Coloque o bebê deitado de costas com o pescoço levemente estendido.
Liberar vias respiratórias	<ul style="list-style-type: none">■ Liberar a via respiratória limpando a boca com gaze.■ Aspiração do nariz e da boca do bebê.■ Avaliar novamente a respiração do bebê
Ventilar	<ul style="list-style-type: none">■ Usar aspiração e máscara (ou boca a boca e nariz se não estiver disponível ambú e máscara) para ventilar a 40 incursões por minuto.■ Avaliar novamente a respiração do bebê depois de 1 minuto.■ Continuar a ventilar até o bebê respirar sozinho.■ Parar depois de 20 minutos se o bebê não reagir.
Monitorar	<ul style="list-style-type: none">■ Manter o bebê aquecido (pele a pele)■ Atrasar o banho do bebê por pelo menos 6 horas depois de estar estável.■ Amamentar logo que possível.■ Observar sinais de problema respiratório: incursões rápidas, difíceis e com barulho, cor inadequada.■ Se houver problema respiratório, estimular, dar oxigênio (se disponível) e transferir.

Bebés com dificuldade respiratória usam muita energia.

A amamentação ajudará a dar mais energia ao recém-nascido.

CUIDADOS DEPOIS DA REANIMAÇÃO

Se a reanimação for bem sucedida, aconselhar

- Converse com a mãe e a família sobre a reanimação. Responda todas as perguntas que possam ter.
- Ensine a mãe a verificar se o bebê está respirando e aquecido e a entrar em contacto com um profissional de saúde se alguma descoberta for anormal.
- Incentive a mãe a amamentar logo que possível. Bebés com dificuldade respiratória usam muita energia. A amamentação ajudará a dar mais energia ao recém-nascido.
- Incentive a mãe a manter o bebê aquecido por contacto pele a pele.
- Explique à mãe e à família como reconhecer os sinais de perigo para o recém-nascido e como obter assistência imediatamente caso o bebê apresente algum sinal de perigo.

Oferecer cuidados

- Amarre bem o cordão umbilical e corte-o no comprimento certo.
- Verifique o recém-nascido a cada hora, por pelo menos 6 horas, para:
 - Problemas respiratórios (menos de 30 ou mais de 60 incursões por minuto, retracção do peito, grunhido, arfando)
 - Cor: língua ou lábio azulados, pele pálida ou azulada
 - Temperatura muito baixa (temperatura axilar abaixo de 36°C/96,8°F) ou muito alta (temperatura axilar acima de 37°C/98,6°F)
- Oferecer cuidados normais para recém-nascido (ver capítulo 2).

Registrar

- As condições do bebê no parto
- O que você fez durante a reanimação
- Quanto tempo a reanimação durou, resultados da reanimação
- Os cuidados oferecidos depois da reanimação

Fazer seguimento

Peça que a mãe traga o bebê para uma consulta de seguimento em 2 a 3 dias.

Se o bebê está respirando mas precisa ser transferido

Depois da reanimação, o bebê pode precisar de ajuda especial.

Aconselhar

- Converse com a mãe e com a família sobre a reanimação e como o bebê está agora. Responda todas as perguntas que possam ter.
- Explique que o bebê precisa de cuidado especial.
- Se o bebê precisar ser transferido para outro centro médico, envie a mãe e o bebê juntos.
- Explique à mãe que ela deve amamentar logo que possível e durante a transferência. No entanto, isso pode não ser possível se o bebê não estiver respirando bem.
- Explique porque e como manter o bebê aquecido:
 - Manter a cabeça do bebê coberta.
 - Se possível, coloque o bebê pele a pele com a mãe e cubra a mãe e o bebê com cobertas quentes.

Oferecer cuidados

- Continuar a reanimar o bebê, se necessário.
- Manter o bebê aquecido e monitorar a respiração e cor.
- Dar oxigênio, se disponível. Continuar com oxigênio durante o transporte, se possível.
- Providenciar a transferência.

Registos:

- Preparar registos para a transferência (ver acima).
- Preparar registos para serem mantidos no seu centro de saúde e com a família.

Fazer seguimento

Pedir para a mãe trazer o bebê para consulta de seguimento depois do problema ser resolvido.

FIGURA 4.6 MANTER O BEBÉ AQUECIDO



Mudanças normais nas hormonas da mulher depois da gravidez podem deixá-la muito triste, preocupada ou irritada.

Se a reanimação não teve sucesso

Se não houver respiração nem arfamento depois de 20 minutos, pare a reanimação. O bebé morreu. A mãe e a família precisarão de muito apoio. Fale com a família de maneira atenciosa e gentil.

Aconselhar

- Converse com a mãe e com a família sobre a reanimação e a morte do bebé. Responda todas as perguntas que possam ter.
- Ofereça à mãe e à família cuidados culturalmente aceitáveis. Seja sensível com relação às suas necessidades.
- Descubra o que eles querem fazer com o corpo do bebé.
- Explique à mãe e à família que:
 - A mãe precisará de repouso, apoio e uma boa dieta em casa.
 - A mãe não deve voltar ao trabalho normal muito cedo.
 - Os seios da mãe se tornarão cheios em 2 a 3 dias. Ela talvez tenha uma febre baixa por 1 ou 2 dias. Ela pode fazer o seguinte para encurtar o tempo em que os seios ficarão cheios:
 - Amarre os seios com um sutiã ou pano apertado até que não haja leite nos seios.
 - Não espremer leite nem estimular os seios.
- A mãe pode se sentir bastante sensível e chorar muito. As mudanças normais nas hormonas de uma mulher depois da gravidez podem deixá-la muito triste, preocupada ou irritada. Com a morte do bebé, esses sentimentos podem ser piores que o normal. Incentive a mãe e a família a conversarem com um profissional de saúde se tiverem vontade de falar.

Fazer seguimento

Peça que a mãe volte para uma consulta pós-parto em breve (dentro de três semanas), pois a ovulação voltará logo, pois ela não estará amamentando. Na consulta de seguimento, aconselhe a mãe a usar um método de planeamento familiar até ela estar física e emocionalmente pronta para engravidar novamente. Se possível, ofereça cuidados pós-parto em um local longe de outras mães pós-parto para proporcionar privacidade para a família durante esse período de tristeza. A mãe e a família podem achar difícil serem atendidos junto com outras mães com recém-nascidos saudáveis.

Registos

Faça os registos e as notificações necessárias para o nascimento e a morte do bebé e complete quaisquer outros registos médicos necessários para o parto.

COMO LIMPAR EQUIPAMENTO E SUPRIMENTOS

Equipamento e suprimentos usados para reanimação de bebés podem estar contaminados com fluídos corporais da mãe e do bebé. Tudo precisa ser limpo correctamente para proteger os profissionais de saúde e outros bebés contra infecção. Use os três passos para prevenção de infecção: descontaminação (mergulhar em solução para descontaminação), limpeza (lavar com água e sabão) e desinfecção de alto nível (ferver, autoclave ou tratamento com calor seco) para os itens listados abaixo (ver Apêndice C).

- Itens que podem ser descartados: Descontaminar itens descartáveis como gaze, pêra de borracha, luvas, cateteres de aspiração, etc. Por 10 minutos antes de descartá-los em um lugar seguro.
- Cateter de aspiração ou luvas reutilizáveis: Execute os três passos para prevenção de infecção (desinfecção, limpeza, desinfecção de alto nível).
- Panos e lençóis: Lavar, secar ao ar ou ao sol, armazenar em local limpo e seco.
- Mesa ou superfície usada para reanimação: Limpar com solução de desinfecção e, a seguir, lavar com água e sabão. Secar ao ar.

Peça que a mãe volte para uma consulta pós-parto. Na consulta de seguimento, aconselhe a mãe a usar um método de planeamento familiar até ela estar física e emocionalmente pronta para engravidar novamente.

TAREFAS PARA TODOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

- 1 Preparar para reanimação de recém-nascido antes de todos os partos (superfície limpa e quente; equipamento e suprimentos).
- 2 Se houver mecônio no líquido amniótico, limpar a boca e o nariz do recém-nascido durante o processo de parto. Fazer aspiração no bebê logo que a cabeça aparecer e antes dos ombros aparecerem.
- 3 Reconhecer se o bebê precisa de reanimação.
- 4 Reanimar um recém-nascido asfíxiado.
- 5 Interromper a reanimação do recém-nascido se não for bem sucedida depois de 20 minutos.
- 6 Monitorar a respiração e a cor do recém-nascido depois da reanimação.
- 7 Cuidar do recém-nascido e aconselhar os pais depois da reanimação:
 - a) Se a reanimação for bem sucedida
 - b) Se o bebê estiver respirando, mas precisar de referência
- 8 Aconselhar a mãe e a família se o recém-nascido morrer.
- 9 Desinfetar e limpar o equipamento e os suprimentos para reanimação (luvas, cateter, máscara facial, panos e mesa) seguindo as directrizes de prevenção contra infecção. Fazer desinfecção de alto nível das luvas e dos cateteres de aspiração.

Notas

- 1 Saugstad OD. (1998). Practical aspects of resuscitating asphyxiated newborn infants. *EurJPediatr*, 157 (Supl. 1): S11-S15.
- 2 Organização Mundial da Saúde (1995). *World Health Report*. Geneva: OMS.
- 3 Organização Mundial da Saúde (2003). *Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives (Integrated management of pregnancy and childbirth)*. Geneva: OMS. (OMS/RHR/00.7)

Referências gerais

Associação Americana do Coração. (2000). Directrizes de 2000 para reanimação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência: International consensus on science. *Circulation* (Supl.), 2 (8): I-348.

Academia Americana de Pediatria, Associação Americana do Coração. (2000). *Textbook of Neonatal Resuscitation, Edição 4*, Academia Americana de Pediatria e Associação Americana do Coração.

Organização Mundial da Saúde. (1998). *Basic newborn resuscitation: A practical guide*. Geneva: OMS. (OMS/RHT/MSM/98.1)

5

Introdução 109

O Que é um Baixo Peso ao Nascer? 110

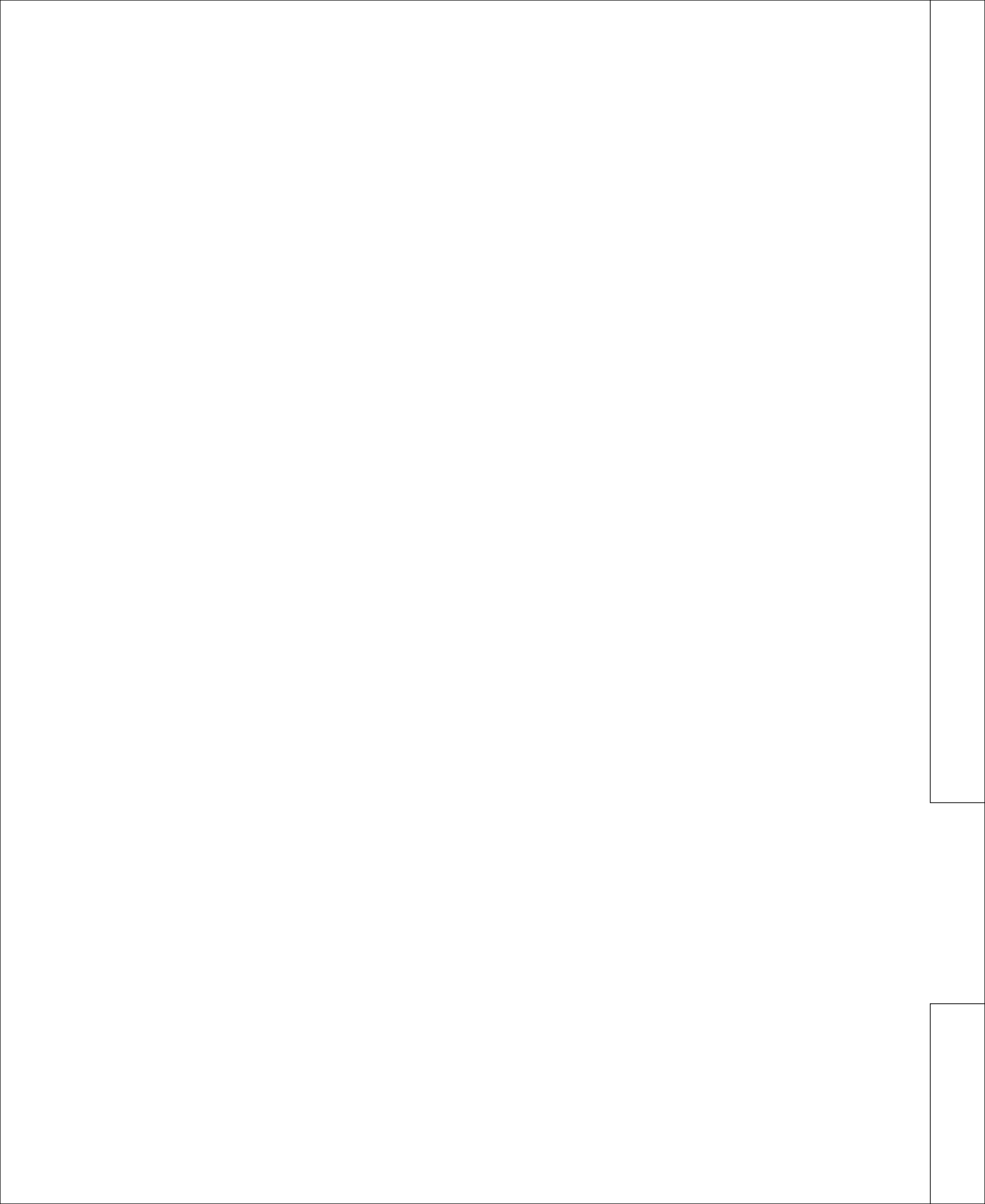
Cuidados para Recém-Nascido de Baixo Peso ao Nascer 112

Contacto Pele a Pele ou Método Mãe Canguru 118

Cuidados ao Recém-Nascido Com Baixo Peso ao Nascer







Cuidados ao Recém-Nascido com Baixo Peso ao Nascer

Um bebê com baixo peso ao nascer (BxPN) pesa menos de 2.500 gramas ao nascer. Esses bebês são mais prováveis de morrer que bebês com peso ao nascer de 2.500 gramas ou mais. Bebês com baixo peso ao nascer que sobrevivem são mais prováveis de apresentar mais problemas médicos ou de desenvolvimento do que bebês a termo saudáveis. Eles têm necessidades especiais. Todos bebês pequenos têm uma melhor probabilidade de viver e ser saudáveis se recebem os cuidados adequados.

As causas de BxPN não são bem compreendidas. Sabemos que, se a mulher é saudável e se alimenta bem, ela é menos provável de ter um bebê com baixo peso ao nascer.

Profissionais de saúde têm um papel importante em ajudar bebês de baixo peso ao nascer a sobreviverem. Eles podem ajudar mães e famílias a aprenderem como cuidar corretamente de bebês com BxPN e também podem aconselhar as comunidades sobre gravidezes saudáveis a fim de diminuir o número de bebês com BxPN.

O QUE É UM BAIXO PESO AO NASCER?

Neste capítulo, você encontrará informações sobre:

- O que é um baixo peso ao nascer?
- Como identificar um bebê com baixo peso ao nascer
- A aparência de um bebê com baixo peso ao nascer
- Problemas de bebês com baixo peso ao nascer
- Cuidados ao bebê com baixo peso ao nascer no parto e pelos primeiros 28 dias
- Contacto pele a pele ou método de mãe canguru
- Como amamentar um bebê com baixo peso ao nascer

Neste capítulo, você aprenderá a fazer o seguinte:

- Reconhecer e cuidar de bebês com baixo peso ao nascer
- Aconselhar mães e famílias sobre cuidados ao bebê com baixo peso ao nascer
- Transferir bebês com baixo peso ao nascer que estejam doentes e bebês com peso muito baixo ao nascer

Um **bebê com baixo peso ao nascer** pesa menos de 2.500 gramas ao nascer.

Um **bebê com peso muito baixo ao nascer** pesa menos de 1500 gramas ao nascer.

As causas de BxPN são complexas e não são bem compreendidas. Durante a gravidez os bebês ganham peso através de uma nutrição suficiente de suas mães e ao ficar no útero por pelo menos 37 semanas ou 9 meses. Um bebê que não tem uma nutrição suficiente no útero ou que nasce antes de completar 40 semanas pode apresentar baixo peso ao nascer.

Bebês com BxPN podem ser:

- **Prematuros ou pré-termo:** Um bebê que nasce antes da semana 37 da gravidez é chamado de prematuro (ou pré-termo). Um bebê prematuro talvez não esteja pronto para viver fora do útero e pode ter dificuldade em começar a respirar, chupar, combater infecção e ficar aquecido.
- **Pequeno para idade gestacional (PIG):** Um bebê que não cresceu suficientemente bem no útero durante a gravidez é chamado de pequeno para idade gestacional. O bebê PIG é geralmente a termo e, muitas vezes, é capaz de respirar e chupar bem.

Um bebê pode ser pequeno para idade gestacional e prematuro.

Como não há uma única causa para BxPN, é difícil evitar isso. Entre bebês saudáveis e mulheres bem nutridas a frequência de bebês com BxPN é menor. É possível ajudar a baixar o número de bebês com BxPN em uma comunidade ao incentivar todas as mulheres a obter cuidados pré-natais abrangentes e de boa qualidade. Consulte as directrizes de Maternidade Segura do seu país.

TABELA 5.1 FACTORES ASSOCIADOS AO BAIXO PESO AO NASCER

FACTORES

Gravidez em mulheres:

- Com menos de 20 anos
- Com partos com intervalos menores de três anos ou com muitas gravidezes (cinco ou mais)

Mulheres que:

- Já tiveram um bebê com BxPN
- Fazem exercício físico intensivo por muitas horas, sem repouso
- São muito pobres
- Estão abaixo do peso e têm uma nutrição inadequada
- Apresentam problemas de saúde (hipertensão, anemia falciforme)

Mulheres com problemas na gravidez como:

- Anemia grave
- Preeclampsia ou hipertensão
- Infecções durante a gravidez (infecções da bexiga e do rim, hepatite, infecções sexualmente transmitidas, HIV/AIDS, malária)
- Gestação múltipla (ex. gémeos)

Bebés com:

- Anormalidades congénitas ou genéticas
- Infecção enquanto estava no útero

ACÇÕES ÚTEIS/MEDIDAS PREVENTIVAS

- Aconselhar as mulheres a não engravidarem antes de completar 20 anos.
- Aconselhar homens e mulheres a fazer um intervalo de pelo menos três anos entre os filhos.
- Incentivar o uso de métodos anticoncepcionais modernos para fazer um intervalo entre gravidezes ou limitá-las.

- Conscientizar a comunidade sobre a necessidade de tornar a gravidez mais segura. Mulheres devem:
 - Comer o suficiente e os tipos certos de alimentos
 - Repousar o suficiente do trabalho intensivo
 - Obter cuidado pré-natal abrangente
 - Ter acesso a serviços de saúde para encontrar e tratar problemas comuns antes da gravidez.
- Ajudar as mulheres a satisfazer suas necessidades médicas durante a gravidez.

Ensinar mulheres e famílias a:

- Reconhecer e responder a sinais de perigo durante a gravidez
- Obter tratamento para problemas durante a gravidez
- Procurar cuidados de seguimento e preventivos

Durante a gravidez, ensinar mulheres e famílias a:

- Não tomar medicamentos nem fazer tratamentos não prescritos por um profissional de saúde
- Conhecer os sinais de perigo na gravidez e para recém-nascidos
- Obter tratamento para problemas durante a gravidez

Como bebês de baixo peso ao nascer e prematuros parecem?

Como eles pesam menos de 2.500 gramas, recém-nascidos com BxPN são magros e têm pouquíssima gordura sob a pele. Essa falta de gordura faz com que bebês com BxPN estejam sob maior risco de hipotermia.

Bebês prematuros também podem apresentar as seguintes características, dependendo da idade gestacional:

- **Pele:** Pode ser avermelhada. A pele pode ser fina fazendo com que os vasos sanguíneos possam ser facilmente vistos.
- **Lanugem:** Há bastante pêlos finos por todo o corpo do bebê.
- **Membros:** Os membros são magros e podem apresentar pouco tônus flexor e ser flácidos devido a tônus muscular fraco.
- **Tamanho da cabeça:** A cabeça parece grande em relação ao corpo. As fontanelas são lisas e planas.
- **Genitais:** Masculino: os testículos podem não ter descido e o escroto pode ser pequeno. Feminino: o clítoris e os pequenos lábios podem ser grandes.
- **Plantas dos pés:** Os sulcos são localizados somente no terço anterior da planta dos pés, não por todos os pés, como em um recém-nascido a termo.

Que problemas os bebês de baixo peso ao nascer apresentam?

Bebês com baixo peso ao nascer são mais prováveis de morrer ou desenvolver problemas graves de saúde. Quanto menor o bebê, maior o risco. A tabela 5.2 lista os possíveis problemas que um bebê com baixo peso ao nascer pode apresentar e informa os cuidados recomendáveis para cada problema.

CUIDADOS PARA RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO AO NASCER

Cuidados durante o parto

Lembre que todos os bebês precisam dos mesmos cuidados básicos, independente do peso de nascimento. Use os passos para tomada de decisões da tabela 5.3 para guiá-lo nos cuidados ao bebê de BxPN no nascimento.

Cuidados de seguimento ao bebê de baixo peso ao nascer

O recém-nascido com baixo peso ao nascer é mais provável de apresentar problemas durante as primeiras semanas de vida. Veja o bebê semanalmente até que ele pese 2.500 gramas. Use os passos para tomada de decisões para guiá-lo nos cuidados durante as consultas de seguimento (ver tabela 5.4).

Sinais de perigo para o recém-nascido

Lembre-se: os sinais de perigo para o recém-nascido são os mesmos, independente do peso:

- Problemas respiratórios
- Dificuldade para mamar ou incapacidade de chupar
- Está frio
- Febre
- Pálpebras vermelhas e inchadas e secreção de pus dos olhos
- Pele avermelhada, inchaço, pus ou odor desagradável ao redor do cordão umbilical ou umbigo.
- Convulsões/desmaios
- Icterícia/pele amarelada

TABELA 5.2 PROBLEMAS COM BEBÉ DE BAIXO PESO AO NASCER

PROBLEMAS

CUIDADOS RECOMENDADOS

Problemas respiratórios no parto e mais tarde (especialmente bebês prematuros)

Reanimar se o bebê não estiver respirando, estiver arfando ou estiver respirando menos de 30 aspirações por minuto. Bebês prematuros têm pulmões imaturos, ficam frios facilmente e são mais prováveis de ter infecções, e tudo isso leva a problemas respiratórios.

Temperatura corporal baixa pois há pouca gordura no corpo e o sistema que regula a temperatura do recém-nascido é imaturo

O método de mãe canguru com o bebê em contacto pele a pele contínuo ajuda o recém-nascido com BxPN a ficar aquecido.

Baixa glicose porque há pouca energia armazenada no corpo do bebê com BxPN

Esses bebês precisam de leite materno (colostró) logo que possível após o parto e mamadas bem frequentes (a cada 2 horas) durante as primeiras semanas de vida.

Problemas para alimentar por causa do tamanho pequeno do bebê, falta de energia, estômago pequeno e incapacidade de chupar

Bebês com BxPN geralmente podem mamar no seio bem, se tiverem ajuda. O bebê com BxPN pode precisar de mamadas curtas e frequentes. Bebês prematuros podem não ser fortes nem maduros suficientemente para amamentar no seio desde o começo.

Infecções pois o sistema imunológico não está amadurecido

Os responsáveis pelos cuidados ao bebê devem usar práticas de prevenção contra infecção e lavar bem as mãos antes de cuidar de bebês com BxPN. No centro de serviços médicos, não coloque bebês com BxPN na mesma sala que recém-nascidos com infecção nem com crianças doentes. Mantenha pessoas doentes (visitantes e funcionários) longe de bebês com BxPN.

Icterícia (bilirrubina alta) porque o fígado não está maduro

Os bebês prematuros com BxPN ficam amarelados mais cedo e a icterícia dura mais tempo neles do que em bebês a termo. Caso haja icterícia nas primeiras 24 horas ou depois de duas semanas ou se o bebê estiver amarelado e apresentar outro sinal de perigo, transfira-o para um centro de saúde com mais recursos.

A mãe deve amamentar o recém-nascido com BxPN que apresentar icterícia mais frequentemente (pelo menos a cada duas horas) para ajudá-lo a fazer com que a bilirrubina saia pelas fezes.

Problemas de sangramento devido à imaturidade da capacidade de coagulação no nascimento

Dar vitamina K no nascimento.

**TABELA 5.3 BEBÉ COM BAIXO PESO AO NASCER – CUIDADOS DURANTE O NASCIMENTO:
TABELA DE TOMADA DE DECISÕES**

História	Pergunte sobre a história da mãe, incluindo doenças ou problemas durante a gravidez e parto. Pergunte a data prevista para o nascimento ou o tempo de duração da gravidez.
Exame	Pese o bebé ao nascer. Faça um exame físico completo de recém-nascido.
Problemas/ necessidades	Decida se o bebé tem: <ul style="list-style-type: none">■ Peso muito baixo no nascimento: menos de 1.500 gramas■ Baixo peso no nascimento: entre 1.500 a 2.500 gramas
Plano de cuidados	Para todos recém-nascidos: <ul style="list-style-type: none">■ Secar e estimular■ Manter o bebé aquecido■ Avaliar a respiração e a cor do bebé■ Iniciar a reanimação do bebé, se necessário■ Colocar o bebé em contacto pele a pele com a mãe logo que possível■ Começar a amamentar no seio logo que possível (ou espremer leite materno [colostró] e alimentar por copo logo que possível■ Oferecer cuidados aos olhos e ao cordão umbilical

TABELA 5.3 BEBÉ COM BAIXO PESO AO NASCER – CUIDADOS DURANTE O NASCIMENTO: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

Plano de cuidados (continuação)

Bebé com baixo peso ao nascer (1.500 a 2.500 gramas)

- Se o recém-nascido com baixo peso ao nascer não apresentar problemas respiratórios, chupar bem e ficar aquecido enquanto estiver em contacto pele a pele com a mãe:
 - Manter o bebé aquecido
 - Manter o bebé em contacto contínuo pele a pele com a mãe
 - Cobrir a mãe e o bebé com um pano ou cobertor quente.
 - Cobrir a cabeça do bebé com um pano ou chapéu.
 - Não dar banho no bebé até sua temperatura estar estável; atrasar o banho por pelo menos 24 horas
- Ensinar a mãe e a família a manter o bebé aquecido pelo contacto contínuo pele a pele. Se a temperatura axilar cair abaixo de 36°C (96,8°F): aquecer o bebé aquecendo o quarto, usando uma fonte de calor e cobrindo a mãe e o bebé com mais cobertores ou panos quentes.
- Incentivar a mãe a amamentar (ou espremer colostro e alimentar por copo) logo que possível e, a seguir, em cada duas horas.
- Verificar respiração, temperatura, cor e alimentação (sucção) a cada 30 minutos por seis horas.
- Dar ao recém-nascido uma dose única de vitamina K 1 mg IM.
- Aconselhar a mãe e a família para sempre lavar as mãos antes de tocar no bebé de BxPN.
- Se o bebé com BxPN apresentar qualquer dos problemas a seguir, primeiro estabilize o bebé e, a seguir, transfira-o para um centro de saúde capaz de oferecer cuidados especializados (ver Directrizes para Transferência no capítulo 6, tabela 6.3).
 - Língua e lábio azulados: Dar oxigénio em alto fluxo até a cor melhorar (ver Apêndice C).
 - Problemas respiratórios: Reanimar, se necessário.
 - Não mama ou não chupa bem: Espremer e dar leite materno por copo.

Bebé com peso muito baixo ao nascer (abaixo de 1.500 gramas)

- Estabilizar o bebé certificando-se de que o bebé está aquecido e mamou no seio ou tomou leite materno (colostro) por copo.
 - Manter o bebé em contacto contínuo pele a pele com a mãe.
 - Dar ao recém-nascido uma dose única de vitamina K 0,5 mg IM.
 - Transferir o bebé para um centro de saúde com mais recursos onde estejam disponíveis cuidados para bebé muito pequeno.
- O bebé está sob alto risco de problemas respiratórios depois do parto devido à imaturidade dos pulmões.
- Dar a primeira dose de antibióticos:
Ampicillina 50 mg/kg IM e gentamicina 4 mg/kg IM
Ver o capítulo 6 e seguir as Directrizes para Transferência (tabela 6.3).

Seguimento

Ver o bebé semanalmente para verificar se há problemas e monitorar o aumento de peso.

TABELA 5.4 BEBÉ COM BAIXO PESO AO NASCER – CUIDADOS SEMANAIS DE SEGUIMENTO: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

História	<ul style="list-style-type: none">■ Pergunte à mãe:<ul style="list-style-type: none">■ O bebê está chupando bem?■ Com que frequência o bebê mama?■ Quantas vezes o bebê urina (molha a fralda) por dia?■ O bebê parece muito sonolento? É difícil acordar o bebê?■ Como são as fezes do bebê e com que frequência ele tem fezes?■ Você notou algo no bebê que a preocupa?■ Verifique o registro de nascimento do bebê para ver o peso de nascimento e se houve problemas no parto.
Exame	<ul style="list-style-type: none">■ Observe o bebê mamando.■ Pese o bebê, se houver uma balança disponível. Depois da primeira semana (quando o bebê pode perder algum peso), o recém-nascido deve aumentar de peso regularmente (cerca de 25 a 30 gramas por dia, depois dos primeiros 10 dias).■ Observe no bebê:<ul style="list-style-type: none">■ Cor da pele e exantemas ou pústulas. Icterícia aparece mais cedo e dura mais tempo em bebês com BxPN. Transfira o bebê se houver icterícia nas primeiras 24 horas ou depois de duas semanas ou se houver icterícia com outro sinal de perigo.■ Cor azulada no tronco, lábios ou língua do bebê indica uma grave falta de oxigênio no sangue. O bebê precisa de oxigênio imediatamente.■ Respiração.■ Olhos para verificar se há secreção de pus.■ Boca: língua e gengivas para verificar se há manchas brancas.■ Cordão umbilical ou umbigo (para verificar se está avermelhado, inchado, apresenta odor desagradável ou secreção).■ Sentir a temperatura ou medir a temperatura axilar. A temperatura axilar normal é de 36°C a 37 °C (96,8°F a 98,6 °F).
Problemas/ necessidades	<ul style="list-style-type: none">■ Decidir se o bebê está crescendo.■ Decidir se o bebê apresenta problemas (ver capítulo 6).■ Pensar sobre as necessidades do bebê: aquecimento, proteção contra infecção, alimentação, segurança, amor, sono.

TABELA 5.4 BEBÉ COM BAIXO PESO AO NASCER – CUIDADOS SEMANAIS DE SEGUIMENTO: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

Plano de cuidados	Se o bebé com BxPN apresentar sinais de perigo: <ul style="list-style-type: none">■ Transferir o bebé para um centro de saúde com mais recursos onde estejam disponíveis cuidados para bebé com baixo peso ao nascer.■ Seguir as Directrizes para Transferência (ver capítulo 6, tabela 6.3)
	Se o recém-nascido com BxPN estiver crescendo e não apresentar sinais de perigo: <ul style="list-style-type: none">■ Desenvolver um plano de cuidados para problemas ou necessidades■ Continuar a aconselhar a mãe sobre como cuidar do bebé:<ul style="list-style-type: none">■ Continuar a manter o bebé aquecido pelo contacto pele a pele com a mãe■ Proteger o bebé contra infecção (lavar as mãos, evitar contacto com pessoas doentes)■ Oferecer cuidados normais ao recém-nascido■ Amamentar por demanda e exclusivamente■ Conversar e acalmar o bebé■ Demonstrar amor pelo bebé■ Manter o bebé seguro■ Observar se há sinais de perigo■ Lembrar a mãe sobre o que fazer se observar algum sinal de perigo■ Planificar a próxima consulta conforme for necessária para seguimento:<ul style="list-style-type: none">■ Imunizações: administradas seguindo o mesmo programa de vacinação para bebés com peso normal■ Fornecer informações sobre planeamento familiar à mãe para ajudá-la a escolher um método para fazer intervalos entre gravidezes
Seguimento	<ul style="list-style-type: none">■ Ver o bebé com baixo peso ao nascer semanalmente e verificar seu crescimento e se apresenta problemas até ele chegar a 2.500 gramas.■ Quando o bebé alcançar 2.500 gramas, lentamente começar a diminuir a quantidade de tempo em que ele fica em contacto pele a pele.

TABELA 5.5 COMO O MÉTODO DE MÃE CANGURU AJUDA O BEBÉ E A MÃE?

BEBÉ

- A respiração do recém-nascido se torna regular e estável.
- A temperatura do recém-nascido se estabiliza como normal.
- O sistema imunológico do recém-nascido fica mais maduro.
- As infecções diminuem.
- O recém-nascido mama no seio melhor e aumenta de peso mais rapidamente.

MÃE

- A mãe se torna mais ligada emocionalmente ao bebê.
- A mãe conquista um sentimento de competência para os cuidados do seu frágil bebê.

FIGURA 5.1 CONTACTO PELE A PELE



CONTACTO PELE A PELE OU MÉTODO MÃE CANGURU

Bebés com baixo peso ao nascer precisam de mais ajuda e tempo para se ajustarem à vida fora do útero. Eles também precisam de ajuda para ficarem aquecidos e obter leite suficiente para crescerem. Uma maneira de ajudar um bebê com essas necessidades é mantê-lo em contacto pele a pele. O método de mãe canguru é uma maneira de satisfazer as necessidades especiais do bebê com baixo peso ao nascer.

Componentes do método de mãe canguru

O método de mãe canguru é composto por três partes principais:

1. **Contacto contínuo pele a pele entre a parte anterior do corpo do bebê e o peito da mãe:** O contacto pele a pele começa no nascimento e continua noite e dia. Podem haver interrupções breves como durante o banho do bebê. O bebê somente usa um chapéu ou um pano para manter sua cabeça aquecida, além de uma fralda.
2. **Amamentação no seio exclusiva:** O bebê mama no seio dentro de uma hora depois do parto e, a seguir, a cada 2 a 3 horas. O pano que é embrulhado ao redor da mãe e do bebê é solto para que ela o amamente. Informações sobre como ajudar a mãe a amamentar o bebê com BxPN podem ser encontradas nas páginas 120 e 121.
3. **Apoio à mãe:** A mãe pode continuar a fazer o que normalmente faz ao mesmo tempo em que pratica o método de mãe canguru. Por exemplo, a mãe pode cozinhar, limpar e mesmo dormir sem interromper o contacto pele a pele. No entanto, ela precisará de muito apoio para manter o contacto contínuo. Em um centro de saúde os funcionários podem ajudar; em casa a família pode ajudar mantendo o bebê em contacto pele a pele por períodos curtos enquanto a mãe repousa ou cuida de outros afazeres.

Como ajudar a mãe a manter o bebê aquecido pelo contacto pele a pele

Iniciar o contacto pele a pele logo que possível após o parto. Se o bebê respirar bem e não precisar de reanimação nem de tratamento médico, começar o contacto pele a pele imediatamente.

Como embrulhar o bebê e a mãe

Coloque o bebê entre os seios da mãe, com os pés do bebê abaixo dos seios da mãe e as mãos acima dos seios da mãe.

A mãe e o bebê devem estar com o peito um de frente para o outro, com a cabeça do bebê virada para um lado.

Use um pedaço comprido de pano para cobrir bem a mãe e o bebê juntos:

- Coloque a parte do meio de um pano comprido sobre o bebê no peito da mãe.
- Mantenha ambas extremidades do pano firmemente ao redor da mãe, embaixo dos seus braços e nas suas costas embrulhando juntos a mãe e o bebê. Não deve ser tão apertado que impeça o bebê de se mover. Deixe espaço para a respiração abdominal do bebê.
- Cruze as extremidades do pano atrás da mãe e amarre as extremidades do pano em um nó apertado.
- Se o pano for comprido, traga as duas extremidades para a frente e amarre as extremidades do pano em um nó abaixo do bebê.
- O pano deve embrulhar bem a mãe e o bebê e deve estar apertado o suficiente para que o bebê não escorregue para fora quando a mãe levantar.
- Apóie a cabeça do bebê puxando o pano até um pouco abaixo da orelha do bebê. O pano pode ser solto quando a mãe for amamentar o bebê.

Pedir que a mãe coloque uma blusa ou vestido. Certificar-se de que a mãe use roupas soltas e que tenham uma abertura adequada a frente para não cobrir o rosto do bebê e para facilitar a amamentação.

Aconselhar a mãe a:

- Dormir com o tronco um pouco levantado (cerca de 30 graus) para manter o bebê com a cabeça erguida.
- Amamentar o bebê de acordo com a demanda, pelo menos a cada 2 horas/2 horas e 30 minutos.
- Praticar contacto pele a pele continuamente. Outro membro da família pode fazer o contacto pele a pele por períodos curtos quando a mãe tomar banho ou precisar fazer outra coisa.
- Oferecer contacto pele a pele contínuo até o bebê pesar pelo menos 2.500 gramas.

FIGURA 5.2 COMO EMBRULHAR O BEBÉ E A MÃE

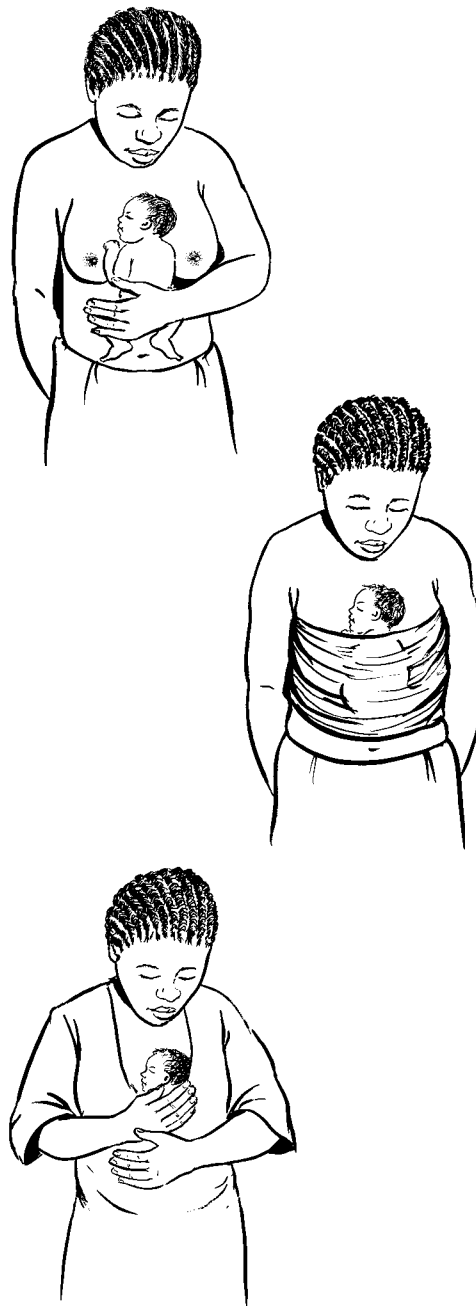


FIGURA 5.3 BEBÉ EM POSIÇÃO DE MÉTODO DE MÃE CANGURU



FIGURA 5.4 OS PAIS TAMBÉM PODEM AJUDAR COM O CONTACTO PELE A PELE



Como amamentar o bebé com baixo peso ao nascer

O leite materno é o alimento perfeito para todos os bebés, especialmente para bebés pequeno com baixo peso ao nascer. Bebés com BxPN precisam de alimento suficiente para se recuperarem do parto e crescerem, mas eles têm estômagos pequenos, se cansam facilmente e podem não ter energia suficiente para chupar por muito tempo. Além disso, o reflexo de sucção pode estar no começo ausente ou fraco em bebés prematuros pequenos ou com BxPN. Portanto, bebés com BxPN estão sob risco de não obter alimento suficiente. Todos bebés com baixo peso ao nascer precisam ser alimentados frequentemente, pelo menos a cada duas horas/duas horas e meia. A medida que o bebé com BxPN cresce, ele será capaz de mamar mais e não precisará amamentar com tanta frequência.

A amamentação no seio exclusiva e não restrita é uma parte importante do método de mãe canguru. Com o bebé tão perto da mãe, ele pode sentir o cheiro do leite e começar a chupar quando estiver com fome.

TABELA 5.6 DICAS PARA AJUDAR A MÃE A AMAMENTAR NO SEIO O BEBÉ DE BAIXO PESO AO NASCER

Encontrar um lugar calmo onde amamentar. Bebés com BxPN podem ter sistema nervoso imaturo, portanto, barulhos, luzes e actividades podem distrai-los, dificultando a sucção.

Esprema algumas gotas de leite no mamilo para ajudar o bebé a começar a mamar.

Deixe o bebé descansar brevemente durante a amamentação, mamar é um trabalho árduo para o bebé com BxPN.

Se o bebé tossir, arfar, engasgar ou cuspir quando começar a amamentar, o leite pode estar sendo liberado muito rápido para o pequeno bebé. Aconselhe a mãe a:

1. Afastar o bebé do seio se isso acontecer.
2. Segurar o bebé contra o peito até ele voltar a respirar bem.
3. Colocar o bebé novamente para mamar depois da saída do leite ter passado.

Se o bebé com BxPN não tiver energia suficiente para chupar por muito tempo ou não tiver um forte reflexo de sucção:

- Ensinar a mãe a espremer leite
- Ensinar a mãe a alimentar o bebé com leite materno por copo.

TAREFAS PARA TODOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: BEBÉS COM BAIXO PESO AO NASCER

- I Divulgar mensagens sobre saúde à comunidade para evitar baixo peso ao nascer.
 - a) Explicar às mulheres porque é melhor atrasar a primeira gravidez pelo menos até completarem 20 anos.
 - b) Incentivar as mulheres a fazer um intervalo de pelo menos 3 a 5 anos entre filhos.
 - c) Incentivar o uso de métodos anticoncepcionais modernos para atrasar e fazer um intervalo entre filhos.
 - d) Conscientizar a comunidade sobre as necessidades das mulheres para que tenham gravidezes saudáveis e mais seguras.
 - e) Ajudar as mulheres a satisfazer suas necessidades médicas durante a gravidez.
 - f) As mulheres não devem tomar medicamento algum nem fazer tratamento algum durante a gravidez ou enquanto estiverem amamentando, a menos que seja prescrito por um profissional de saúde.
 - g) Ensinar às mulheres os sinais de problemas comuns que podem ocorrer durante a gravidez.
 - h) Ensinar às mulheres a importância de obter tratamento para problemas durante a gravidez.
- 2 Reconhecer e cuidar de bebês com baixo peso ao nascer.
- 3 Aconselhar mães e famílias sobre cuidados ao bebê com baixo peso ao nascer:
 - a) Como manter o bebê com BxPN aquecido
 - b) Como amamentar o bebê com BxPN
- 4 Transferir bebês com baixo peso ao nascer que estejam doentes e bebês com peso muito baixo ao nascer.

Referências gerais

Biancuzzo, M. (1999). *Breastfeeding the newborn: Clinical strategies for nurses*. St. Louis: Mosby.

Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL e Belizan JM. (2002). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Edição 4.

Tessier R, Cristo M, Velez S, Giron M, Figueroa de Calume Z, Ruiz-Palaez, JG, Charpak Y e Charpak N. (1998). Kangaroo mother care and the bonding hypothesis [Versão electrónica]. *Pediatrics*, 102 (2).

Organização Mundial da Saúde 2003. *Kangaroo Mother Care: A Practical Guide*. Geneva: OMS.

Yasmin S, Osrin D, Paul E e Costello A. (2001). Mortalidade neonatal de bebês com baixo peso ao nascer em Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organization*, 79: 608-614.

Referências da Internet

Método de Mãe Canguru. *Overview-physiology and research of KMC*. Retirado em 11 de Janeiro de 2003 do endereço www.kangaroomothercare.com

Método de Mãe Canguru. *What is Kangaroo Mother Care?* Retirado em 11 de Janeiro de 2003 do endereço www.kangaroomothercare.com

Método de Mãe Canguru. *References*. Retirado em 11 de Janeiro de 2003 do endereço www.kangaroomothercare.com

Parents Place. *Helping your preemie stay awake for feeds*. Retirado em 11 de Janeiro de 2003 do endereço www.parentsplace.com

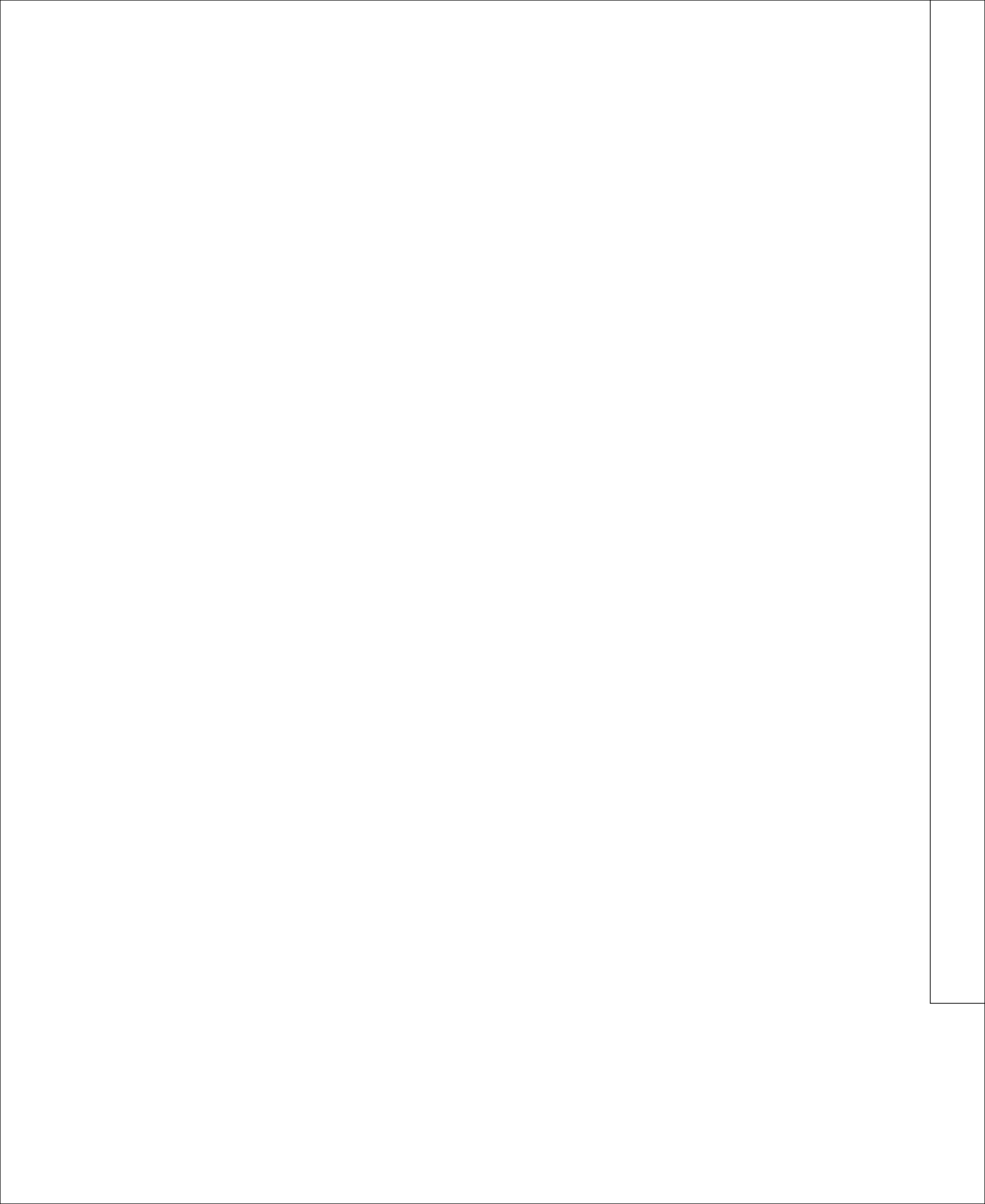
Alguns problemas comuns de alimentação com bebês com baixo peso ao nacer. *Gaining and Growing: assuring nutritional care of preterm infants*. Retirado em 11 de Janeiro de 2003, do endereço http://staff.washington.edu/growing/Feed/ora_lprob.htm

6

Introdução	125
Sinais de Perigo para o Recém-Nascido	126
Estabilização e Transferência de Emergência de Recém-Nascidos	128
Problemas do Recém-Nascido	130







Durante os primeiros 28 dias de vida, o recém-nascido está se ajustando à vida fora do útero materno. O sistema imunológico do recém-nascido ainda não amadureceu, portanto o bebê pode contrair infecções facilmente. Alguns problemas, como hipotermia e icterícia, acontecem porque os sistemas do bebê para manter a temperatura corporal e eliminar urina e fezes ainda não estão maduros.

Os sinais de perigo para o recém-nascido sugerem doença grave. Quando o recém-nascido está doente, pode ser difícil identificar a causa da doença. Muitas vezes, os sinais de doença grave no recém-nascido são diferentes dos sinais da mesma doença em crianças mais velhas. A mãe e a família do recém-nascido devem sempre observar atentamente para verificar se o bebê apresenta esses sinais. A probabilidade do bebê sobreviver e ser saudável é maior se a mãe conhece os sinais de perigo e sabe como rapidamente obter assistência médica para o bebê.

O profissional de saúde será capaz de salvar a vida do bebê de duas maneiras importantes: 1) ao ensinar a mãe e a família a reconhecer e a responder aos sinais de perigo e problemas, e 2) ao oferecer cuidados de emergência e transferir bebês que precisem de cuidados especializados.

Neste capítulo, você encontrará informações sobre:

- Sinais de perigo em recém-nascidos
- Como fazer transferências de emergência
- Problemas do recém-nascido associados com a gravidez da mãe ou com o parto
- Problemas respiratórios
- Infecções em recém-nascidos
 - Sepsis (infecção generalizada)
 - Infecção cutânea
 - Infecção do cordão umbilical
 - Infecção nos olhos
 - Sapinho
- Problemas com a temperatura do bebê
 - Temperatura muito baixa (hipotermia)
 - Temperatura muito alta (hipertermia)
- Icterícia
- Sangramento do cordão umbilical

Neste capítulo você aprenderá a fazer o seguinte:

- Reconhecer os sinais de perigo para o recém-nascido
- Aconselhar as mães sobre os sinais de perigo e como agir
- Estabilizar e transferir recém-nascidos doentes
- Reconhecer e administrar problemas comuns em recém-nascidos
- Aconselhar as mães sobre os problemas do recém-nascido:
 - Como reconhecer cada problema
 - Como evitar o problema ou impedir que ele piore
 - Qual tratamento e cuidados o bebê precisa para lidar com o problema
 - Cuidados para o problema em casa
 - Que seguimento o bebê precisa

SINAIS DE PERIGO PARA O RECÉM-NASCIDO

Os sinais de perigo no recém-nascido são muitas vezes não específicos. Isso significa que cada sinal de perigo pode ser um sinal de quase qualquer doença ou problema com o recém-nascido. Os sinais mais comuns de doença em um recém-nascido são: o bebê pára de se alimentar bem, está frio ou respira com dificuldade.

Os sinais de perigo no recém-nascido são sinais que podem significar uma doença grave. Doença grave em um recém-nascido muitas vezes leva rapidamente à morte. A morte pode ser evitada se:

- a mãe e a família reconhecem os sinais de perigo e procuram rapidamente assistência médica.
- o profissional de saúde imediatamente estabiliza e transfere o recém-nascido até o centro médico adequado, e
- o bebê recebe os cuidados médicos adequados.

Ensine todas as mães e famílias sobre os sinais de perigo antes de elas assumirem os cuidados ao recém-nascido. Ensine as mães e as famílias a reconhecer e a responder imediatamente a sinais de perigo levando o recém-nascido que apresenta sinal de perigo para ser examinado por um profissional de saúde.

Como reconhecer sinais de perigo:

- Use materiais ilustrativos, se disponíveis, para discutir os sinais de perigo. Imagens são muito úteis.
- Faça que a mãe demonstre que entendeu repetindo os sinais de perigo para você.
- Fale sobre os sinais de perigo a cada consulta com a mãe e o recém-nascido.

Como responder a sinais de perigo:

- Certifique-se de que a família tem um plano que possa ser rapidamente posto em prática no caso de uma emergência. Esse plano pode simplesmente significar atualizar o plano de prontidão em caso de complicação que foi desenvolvido durante a gravidez.
- Ensine a mãe e a família a levar imediatamente o recém-nascido que apresente um sinal de perigo para ser examinado por um profissional de saúde.

TABELA 6.1 SINAIS DE PERIGO NO RECÉM-NASCIDO

Problemas respiratórios	<ul style="list-style-type: none">■ Mais de 60 ou menos de 30 incursões por minuto.■ Incursões curtas ou irregulares, com ou sem pausas.■ Ruído em cada incursão (arfando).■ Retracção do peito durante as incursões, batimento das asas do nariz.■ Língua e lábios ou pele azulados. (Ver tabela 6.4 Problemas Respiratórios)
Dificuldades com a alimentação ou sem chupar	<ul style="list-style-type: none">■ Não consegue chupar ou chupa mal.■ Não é possível acordar o bebé para mamar ou ele não fica acordado por tempo suficiente para esvaziar o seio.■ Mama, mas não parece satisfeito. (Ver tabela 6.5 Sepsis do Recém-Nascido)
Frio	<ul style="list-style-type: none">■ Corpo (abdómen ou costas) frio ou mais frio que o de uma pessoa saudável.■ Temperatura axilar abaixo de 36°C. (Ver tabela 6.10 Hipotermia/Temperatura Baixa)
Febre	<ul style="list-style-type: none">■ Corpo (abdómen ou costas) quente em comparação com o de uma pessoa saudável.■ Temperatura axilar acima de 37°C. (Ver tabela 6.11 Hipertermia/Temperatura Alta)
Pálpebras avermelhadas e inchadas e secreção de pus dos olhos	(Ver tabela 6.8 Infecção dos Olhos)
Vermelhidão, inchaço, pus ou odor desagradável ao redor do cordão umbilical ou umbigo	(Ver tabela 6.6: Infecção do Cordão Umbilical)
Convulsões	<ul style="list-style-type: none">■ Convulsões são mais que tremor ou movimentos trêmulos de bebés normais.■ O bebé pode ficar rígido ou sacudir. (Ver tabela 6.5 Sepsis do Recém-Nascido)
Icterícia/ Pele Amarelada	<ul style="list-style-type: none">■ Pele ou olhos amarelados nas primeiras 24 horas de vida ou depois de 2 semanas é grave.■ Pele amarelada quando o bebé apresenta outro sinal de perigo é grave. (Ver tabela 6.12 Icterícia)

ESTABILIZAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE EMERGÊNCIA DE RECÉM-NASCIDOS

TABELA 6.2 COMO ENSINAR MÃES, FAMÍLIAS E COMUNIDADES A RESPONDER A SINAIS DE PERIGO NO RECÉM-NASCIDO

- Explique os sinais de perigo para o recém-nascido na linguagem local da comunidade.
- Use imagens para explicar os sinais de perigo.
- Ofereça informações ou imagens impressas aos pais para ajudá-los a lembrar os sinais de perigo para o recém-nascido.
- Diga para eles que o tratamento imediato salva vidas. O atraso aumenta o risco de morte.
- Ajude os pais e as comunidades a planificar como obter cuidados médicos caso o bebê apresente um sinal de perigo.
 - Planificar como levar o bebê directo para um hospital ou para o centro médico mais próximo para cuidados de emergência e transferência.
 - Planificar ter dinheiro suficiente para transporte em caso de emergência e para pagar pelos serviços médicos.
 - Para evitar atraso, planificar o que fazer se o pai ou outro responsável não estiver em casa quando o bebê apresentar um sinal de perigo.

Como um profissional de saúde você transferirá recém-nascidos a um centro com mais recursos, quando isso for necessário. Quando transferir um recém-nascido muito doente, é importante que o bebê (com a mãe) seja transportado até o centro médico logo que possível. Estabilizar o bebê antes de transportá-lo ajuda ele a tolerar a viagem até o centro médico.

Lembre-se que: a mãe e a família estarão preocupadas com a doença do bebê e com a necessidade de transferência. Trate a mãe e a família de maneira gentil, repita as explicações quantas vezes for necessário e responda quaisquer perguntas ou dúvidas que possam ter.

Estabilizar o Recém-Nascido

Para estabilizar o recém-nascido:

- Administre os cuidados imediatos ao recém-nascido: secar e manter o recém-nascido aquecido; reanime o bebê, se necessário; ofereça cuidados aos olhos e ao cordão umbilical; e ajude a mãe a começar a amamentar.

Para estabilizar outros recém-nascidos:

- Mantenha o bebê seco, aquecido e em contacto pele a pele com a mãe.
- Certifique-se de que o bebê continua a mamar ou é alimentado por copo com leite materno a cada 2 a 3 horas.

Transferir o Recém-Nascido

O resto deste capítulo apresenta os problemas com o recém-nascido que incluem descobertas anormais do exame do bebê, sinais de perigo, problemas comuns e doenças do recém-nascido e problemas resultantes da gravidez da mãe ou do parto. Você verá que a transferência é muitas vezes a medida ou o plano recomendado. As directrizes para transferência da tabela 6.3 explicam as acções importantes para transferir qualquer recém-nascido.

TABELA 6.3 DIRECTRIZES PARA TRANSFERÊNCIA DE RECÉM-NASCIDO

Explique o motivo para a transferência à mãe e à família. Também explique que um centro médico com mais recursos provavelmente pode salvar a vida do bebê. Seja paciente ao responder a todas suas perguntas.

Arranjar transporte e notificar o centro de referência

- Arranje transporte imediatamente.
- Transfira a mãe com o bebê.
- Certifique-se de que um membro da família ou amigo acompanha a mãe e o bebê.
- Se possível, notifique o centro de referência sobre a condição do bebê e o tempo estimado para sua chegada. Se a mãe acabou de dar à luz, também mencione isso e que ela está sendo transferida com o recém-nascido doente.

Preparar a transferência do recém-nascido

- Administre tratamentos de emergência antes de transferir o bebê para o centro de referência. Os tratamentos de emergência são explicados na secção Plano de Cuidados das tabelas de tomada de decisões para problemas comuns que acompanham este capítulo.
- Dê uma primeira dose de antibióticos antes da transferência se houver suspeita de infecção grave.
 - Para um bebê com 2 kg ou mais:
ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 5 mg/kg IM
 - Para um bebê com menos de 2 kg:
ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 4 mg/kg IM
- Estabilize o bebê com amamentação no seio e aquecimento (pele a pele).

Cuidados ao recém-nascido durante o transporte

- Manter o recém-nascido aquecido durante o transporte. Manter o bebê em contacto pele a pele com a mãe e cobrir ambos com roupas quentes. Se a temperatura local for muito quente, talvez seja preciso menos camadas de roupa. Proteger o bebê contra sol directo, poeira e vento.
- Incentivar a mãe a amamentar no seio durante o transporte.

Como documentar a transferência

- Complete um formulário de transferência ou escreva uma nota de transferência incluindo: 1) descobertas do exame, 2) motivo da transferência, 3) todos os tratamentos e medicamentos oferecidos, 4) horário e data, e 5) seu nome.
- Certifique-se de registar claramente nos registos do bebê e no formulário de transferência a dose e o horário em que os antibióticos foram administrados ao bebê.
- Envie os registos de gravidez, trabalho de parto, parto e registos do recém-nascido ao centro de referência.

Se a transferência for atrasada, impossível ou os pais recusarem

- Continue a oferecer suporte à família.
- Continue o tratamento, incluindo terapia com antibiótico, usando os recursos disponíveis.
- Se o bebê apresentar problemas respiratórios, continue a dar oxigénio (se disponível) em um fluxo baixo, a menos que outra forma seja indicada.

PROBLEMAS DO RECÉM-NASCIDO

Problemas respiratórios

Asfixia no parto e reanimação imediatamente depois do parto são discutidas no capítulo 4. Problemas respiratórios também podem começar horas ou dias depois do parto. Eles podem ser causados por infecção, doença cardíaca ou pulmonar, temperatura corporal anormal, baixa de glicose ou outras doenças.

Quando o recém-nascido apresenta um problema respiratório, toda sua energia é usada para tentar obter oxigênio suficiente para o corpo. Isso significa que o recém-nascido não tem energia suficiente para ficar aquecido, crescer nem para combater infecções. Portanto, problemas respiratórios muitas vezes levam à morte.

Ver tabela 6.4.

Infecções

Infecções são uma das principais causas de morte de recém-nascido, apesar de elas poderem ser evitadas e tratadas. É importante lembrar que infecções pequenas, não tratadas e localizadas podem se espalhar e se tornar infecções graves e potencialmente fatais.

Infecção generalizada: sepsis do recém-nascido

Sepsis é uma infecção que afecta todo o corpo. A infecção pode estar presente no sangue (septicemia) ou em um ou mais órgãos do corpo. Organismos que causam sepsis podem entrar no bebê durante a gravidez, durante o trabalho de parto e parto e depois do parto. Eles podem se espalhar pelo corpo por causa de uma infecção cutânea, do cordão umbilical ou de outro órgão. Sepsis é uma doença grave e pode rapidamente resultar em morte.

Como ajudar a evitar sepsis no recém-nascido

- Tratar as infecções da mãe durante a gravidez.
- Usar práticas de parto limpo durante o trabalho de parto e parto.
- Usar os passos de prevenção contra infecção durante o trabalho de parto, parto e cuidados pós-natais.
- Lavar as mãos antes e depois de tocar em cada recém-nascido.
- Ensinar a mãe e a família a seguir os passos de prevenção contra infecção, especialmente o passo de lavar as mãos.
- Tratar a mãe com antibióticos durante o trabalho de parto se ela apresentar sinais de infecção ou ruptura prolongada da bolsa de águas (mais de 18 horas).
- Tratar o recém-nascido com antibióticos depois do parto, se a mãe teve febre durante o trabalho de parto.
- Amamentar o recém-nascido no seio exclusivamente.
- Não colocar o bebê em contacto com pessoas doentes. Manter o recém-nascido afastado dos bebês saudáveis.
- Ensinar a mãe e a família a manter o bebê longe de pessoas doentes.

Ver tabela 6.5.

INFECÇÕES LOCALIZADAS

Uma infecção localizada é uma infecção em uma determinada parte do corpo do bebê (cordão umbilical, pele, olhos ou boca). Qualquer infecção do recém-nascido é grave, pois pode se espalhar rapidamente pelo pequeno corpo do bebê e causar sepsis neonatal. O tratamento rápido e correcto de infecções localizadas pode evitar sepsis e possível morte.

Infecção do cordão umbilical

É uma infecção ao redor do umbilical ou do umbigo. Essa infecção pode facilmente passar pelo cordão umbilical para o resto do corpo do bebê e levar a sepsis e morte, se o tratamento for atrasado ou não administrado. Se substâncias como pó, barro, sujeira ou excremento entrarem em contacto com o cordão umbilical, há perigo de tétano ou sepsis, que, frequentemente, levam à morte.

Como evitar infecção do cordão umbilical

- Sempre seguir os passos de prevenção contra infecção durante o parto e cuidados ao recém-nascido.
- Cortar o cordão umbilical com tesoura estéril ou com uma gilete nova.
- Manter o cordão umbilical descoberto, limpo e seco. Evitar colocar qualquer coisa no cordão umbilical.
- Somente dar banhos de esponja (não imergir o bebê em água) até o cordão umbilical cair e sarar.

Ver tabela 6.6.

Infecção cutânea

Infecção cutânea no recém-nascido causa pequenas pústulas (bolhas com pus) na pele. Uma infecção cutânea não tratada pode se espalhar. Uma infecção cutânea pode ser tornar grave e desenvolver uma infecção mais profunda ou uma infecção sanguínea (septicemia), que são possivelmente fatais.

Como evitar uma infecção cutânea

- Sempre seguir os passos de prevenção contra infecção durante o parto e cuidados pós-natais.
- Não limpar o verniz (substância cremosa e branca na pele do recém-nascido) depois do parto; o verniz protege a pele do recém-nascido.
- Sempre lavar as mãos antes e depois de tocar em cada recém-nascido.
- Ensinar a mãe e a família a lavar as mãos antes de cuidar do recém-nascido.
- Ensinar a mãe e a família a manter o quarto do bebê, seus cobertores e roupas limpas.
- Manter as moscas longe do contacto com o recém-nascido.
- Ensinar a mãe a dar banho no bebê.

Ver tabela 6.7.

FIGURA 6.1 INFEÇÃO DO CORDÃO UMBILICAL

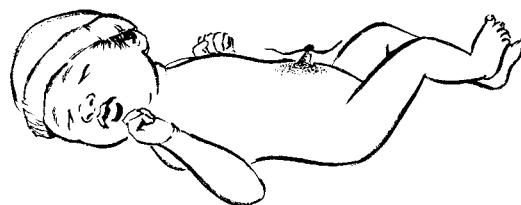


TABELA 6.4 **PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES**

História	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verificar os registos da mãe e do bebé, se disponíveis. ■ Perguntar à mãe: <ul style="list-style-type: none"> ■ Quando e onde o bebé nasceu? ■ Aconteceram problemas durante o trabalho de parto ou parto? ■ O bebé respirou e chorou imediatamente no parto? ■ O bebé precisou de ajuda para começar ou continuar a respirar? ■ Quando o problema respiratório começou? ■ O problema piorou? ■ Quais outros sintomas você observou?
Exame	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examinar a respiração e a cor da pele. ■ Procurar descobertas anormais: <ul style="list-style-type: none"> ■ Respiração rápida: mais de 60 incursões respiratórias por minuto. ■ Respiração lenta: menos de 30 incursões respiratórias por minuto. ■ Respiração irregular com pausas. ■ Retracção do peito a cada incursão respiratória. ■ Bebé está arfando. ■ Grunhido (respiração barulhenta). ■ Batimento das asas do nariz. ■ Pele azulada ou pálida. (Lábios e língua azulados são um sinal grave de falta de oxigénio). O bebé precisa de oxigénio imediatamente, se disponível, a um nível de fluxo alto).
Problemas/ necessidades	Problema respiratório
Plano de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressuscitar o bebé com menos de 30 incursões respiratórias em 1 minuto, que esteja arfando ou que parou de respirar (ver capítulo 4). ■ Se o bebé apresentar lábio e língua azulados, houve falta de oxigénio por algum tempo. No caso desse bebé, aumentar a concentração de oxigênio para um índice de fluxo alto e continuar até a cor azulada desaparecer e, a seguir, transferir o bebé. ■ Para outros problemas respiratórios, administrar oxigénio, se disponível, a um nível de fluxo baixo. ■ Estabilizar o bebé (aquecimento, amamentação no seio frequente, contacto pele a pele com a mãe). ■ Transferir o bebé, seguindo as Directrizes para Transferência. ■ Dar a primeira dose de antibióticos: <ul style="list-style-type: none"> ■ Para bebé com 2 kg ou mais: ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 5 mg/kg IM ■ Para bebé com menos de 2 kg: ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 4 mg/kg IM ■ Manter o recém-nascido aquecido durante o transporte. ■ Dar oxigénio durante o transporte, se disponível.
Seguimento	Oferecer suporte à família sobre seguir os conselhos de cuidados à saúde do bebé.

TABELA 6.5 SEPSIS DO RECÉM-NASCIDO: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

História	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verificar os registos da mãe e do bebé, se disponíveis. ■ Perguntar à mãe: <ul style="list-style-type: none"> ■ Quando e onde o bebé nasceu ■ Se ela teve febre durante o trabalho de parto ■ Se ela teve ruptura das membranas por mais de 18 horas antes do parto ■ Se o recém-nascido apresenta um ou mais dos problemas a seguir: <ul style="list-style-type: none"> ■ Alimentação inadequada ■ Letargia ou não acorda para mamar ■ História de convulsões ■ Dificuldade respiratória ■ Cor amarelada da pele e dos olhos ■ Infecção nos olhos, pele ou cordão umbilical
Exame	<p>Examinar o bebé completamente. Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dificuldade em acordar o bebé ■ O bebé não consegue chupar ou sucção inadequada ■ Respiração rápida ou lenta; retracção do peito com as incursões respiratórias ■ Períodos de apnéia por mais de 20 segundos ■ Cor pálida, acinzentada ou azulada (língua ou lábios azulados é um sinal grave) ■ Hipotermia ou febre ■ Membros flácidos ou rígidos ■ Icterícia ■ Abdómen distendido ■ Infecção nos olhos, pele ou cordão umbilical
Problemas/ necessidades	<p>Os sinais de infecção no recém-nascido são muitas vezes difíceis de serem reconhecidos, pois não são específicos. As descobertas listadas acima podem ser causadas por outros problemas além de infecção.</p>
Plano de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estabilizar o recém-nascido certificando-se de que ele está aquecido e amamentou. ■ Alimentar o bebé por copo se ele não for capaz de mamar (ver capítulo 3). ■ Transferir o bebé, seguindo as Directrizes para Transferência. ■ Dar a primeira dose de antibióticos: <ul style="list-style-type: none"> ■ Para bebé com 2 kg ou mais: ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 5 mg/kg IM ■ Para bebé com menos de 2 kg: ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 4 mg/kg IM
Seguimento	<p>Oferecer suporte à família sobre seguir os conselhos de cuidados à saúde quando o recém-nascido ir para casa depois de ser atendido no centro de referência.</p>

TABELA 6.6 **INFECÇÃO DO CORDÃO UMBILICAL: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES**

História	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verificar os registos da mãe e do bebé, se disponíveis. ■ Perguntar à mãe: <ul style="list-style-type: none"> ■ Você recebeu imunização contra tétano durante a gravidez? ■ Quando e onde o bebé nasceu? ■ O que foi usado para cortar o cordão umbilical? ■ Foi colocado algo no cordão umbilical no parto ou desde então? ■ O recém-nascido apresentou algum sinal de perigo? (Explicar novamente à mãe os sinais de perigo). ■ Quando você primeiro notou o problema? O problema piorou?
Exame	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examinar o cordão umbilical e o abdómen. Verificar: <ul style="list-style-type: none"> ■ Cordão umbilical húmido. ■ Secreção de pus com odor desagradável. ■ Pele avermelhada e inflamada ao redor do umbigo. ■ Abdómen distendido (sinal de que o bebé está desenvolvendo sepsis). ■ Verificar se há outros sinais de sepsis no recém-nascido (ver tabela 6.5).
Problemas/necessidades	<p>Infecção localizada do cordão umbilical</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ O umbigo não apresenta secreção de pus nem odor desagradável. ■ Vermelhidão e o inchaço ao redor da pele do umbigo se limita a 1 cm. ■ Pode haver atraso na separação ou recuperação do cordão umbilical. (Normalmente o cordão cai no final da primeira semana, e o local do umbigo sara rapidamente depois disso). ■ O bebé não apresenta sinais de sepsis. <hr/> <p>Infecção grave do cordão umbilical</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Há secreção de pus do umbigo, atraso na separação do cordão umbilical ou recuperação <i>além</i> de vermelhidão da pele e inchaço que ultrapasse 1 cm ao redor do umbigo. ■ A pele ao redor do umbigo também pode ter endurecido. ■ Se o bebé apresentar sinais de sepsis, como abdómen distendido, a infecção é muito grave.

TABELA 6.6 **INFECÇÃO DO CORDÃO UMBILICAL: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES**

Plano de cuidados	Infecção localizada do cordão umbilical <ul style="list-style-type: none">■ Tratar o umbigo/coto do cordão umbilical da seguinte maneira:<ol style="list-style-type: none">1. Preparar água fervida que já tenha esfriado, panos limpos, sabão e solução de violeta genciana 0,5%.2. Caso antisépticos estejam disponíveis, eles podem ser usados em vez de sabão e água para limpar o coto do cordão umbilical: polividona iodina 2,5%, ou gluconato de clorexidina 4%, ou etil 60% a 90% ou álcool isopropil.3. Lavar as mãos com sabão e água limpa e secá-las com uma toalha limpa.4. Lavar o coto do cordão umbilical e a região do umbigo com cuidados com água morna fervida, panos e sabão ou com panos limpos e anticépticos, se disponível.5. Secar o coto do cordão umbilical e a região do umbigo com um pano limpo.6. Aplicar violeta genciana 0,5% no coto do cordão umbilical e no umbigo.7. Lavar as mãos novamente depois de aplicar a violeta genciana.■ Ensinar a mãe a fazer esse tratamento 4 vezes ao dia, por 3 dias.■ Lembrar a mãe de lavar as mãos cuidadosamente antes e depois oferecer cuidados ao bebê.■ Aconselhar a mãe a aplicar apenas violeta genciana no coto do cordão umbilical e na pele ao redor do mesmo.■ Avisar a mãe que a violeta genciana mancha roupas e a pele.■ Aconselhar a mãe a procurar assistência médica imediatamente se:<ul style="list-style-type: none">■ o problema não melhorar depois de 3 dias.■ o bebê apresentar algum sinal de perigo.■ a região ao redor do cordão umbilical endurecer.■ a vermelhidão e o inchaço aumentarem ou■ o abdômen ficar distendido.
	Infecção grave do cordão umbilical <ul style="list-style-type: none">■ Estabilizar o recém-nascido certificando-se de que ele está aquecido e amamentou no seio ou foi alimentado por copo.■ Transferir o bebê, seguindo as Diretrizes para Transferência.■ Dar a primeira dose de antibióticos:<ul style="list-style-type: none">■ Para bebê com 2 kg ou mais: ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 5 mg/kg IM■ Para bebê com menos de 2 kg: ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 4 mg/kg IM■ No caso de pústulas na pele, tratar para infecção cutânea.
Seguimento	Infecção localizada do cordão umbilical <p>Examinar o recém-nascido em 2 dias:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Se o recém-nascido estiver bem e não apresentar sinais de infecção umbilical grave, aconselhar a mãe a continuar com o tratamento com violeta genciana por um total de 3 dias.■ Se o recém-nascido não estiver bem e apresentar sinais de infecção grave do cordão umbilical ou sepsis:<ul style="list-style-type: none">■ Seguir o plano de cuidados acima para infecção grave do cordão umbilical e transferir.

TABELA 6.7 **INFECÇÃO CUTÂNEA: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES**

História	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verificar os registos da mãe e do bebé, se disponíveis. ■ A mãe pode relatar que: <ul style="list-style-type: none"> ■ O bebe apresenta exantema. ■ O bebé parece bem, fora o exantema. ■ O bebé está se alimentando bem. ■ Perguntar à mãe: <ul style="list-style-type: none"> ■ Quando e onde o bebé nasceu. ■ História do trabalho de parto e parto. ■ Se o recém-nascido apresenta algum sinal de perigo. ■ Quando ela primeiro observou o problema e se o problema piorou desde então. ■ O que ela colocou no exantema.
Exame	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examine toda a pele do bebé, incluindo a região da fralda. Separe as dobras de pele para olhar dentro das dobras do pescoço, braços, axilas, virilha e pernas. ■ Medir a temperatura axilar do recém-nascido ou sentir o bebé com sua mão. ■ Verificar: <ul style="list-style-type: none"> ■ Pústulas na pele (manchas vermelhas ou bolhas com pus) ■ Examinar todo o corpo do bebé para ver quantas pústulas estão presentes ■ Todas as outras descobertas são normais. Não há sinais de perigo. Não há febre nem hipotermia.
Problemas/ necessidades	<p>Infecção cutânea localizada</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Menos de 10 pústulas ou as pústulas cobrem menos que a metade do corpo do bebé. ■ Sem sinais de perigo e sem descobertas anormais. ■ Sem sinais de sepsis. <hr/> <p>Infecção cutânea grave</p> <p>É um problema grave se houver muitas pústulas, se elas cobrirem mais da metade do corpo do bebé ou se houver sinal de perigo, especialmente sinal de sepsis.</p>

TABELA 6.7 **INFECÇÃO CUTÂNEA: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES**

Plano de cuidados

Infecção cutânea localizada

- Tratar a infecção cutânea da seguinte maneira:
 1. Preparar água fervida que já tenha esfriado, panos limpos, sabão e solução de violeta genciana 0,5%.
 2. Caso antisépticos estejam disponíveis, eles podem ser usados em vez de sabão e água para limpar a pele: polividona iodina 2,5%, ou gluconato de clorexidina 4%, ou etilou álcool isopropil 60% a 90%.
 3. Lavar as mãos com sabão e água limpos e secá-las com uma toalha limpa.
 4. Limpar a pele gentilmente com água morna fervida, panos e sabão para remover toda a sujeira e o pus, incluindo crostas secas. Ou usar um antiséptico com panos limpos, se disponível.
 5. Secar a pele com um pano limpo.
 6. Aplicar violeta genciana 0,5% na pele afectada.
 7. Quando terminar, lavar as mãos novamente.
- Ensinar a mãe a fazer esse tratamento 4 vezes ao dia, por 5 dias, usando panos limpos todas as vezes.
- Lembrar a mãe de lavar as mãos cuidadosamente antes e depois de oferecer cuidados ao bebê.
- Aconselhar a mãe a aplicar somente violeta genciana na pele.
- Aconselhar a mãe a procurar assistência médica imediatamente se o bebê apresentar quaisquer sinais de perigo ou se aparecerem mais pústulas.
- Anotar o número de pústulas e sua distribuição (localização no corpo) na ficha do bebê.

Infecção cutânea grave

- Estabilizar o recém-nascido certificando-se de que ele está aquecido e amamentou no seio ou foi alimentado com copo.
- Transferir o bebê, seguindo as Diretrizes para Transferência.
- Dar a primeira dose de antibióticos:
 - Para bebês com qualquer peso: cloxacilina 50 mg/kg IM
- Se cloxacilina não estiver disponível:
 - Para bebê com 2 kg ou mais: ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 5 mg/kg IM
 - Para bebê com menos de 2 kg: ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 4 mg/kg IM
- Anotar o número de pústulas e sua distribuição (localização no corpo) na ficha do bebê.

Seguimento

Infecção cutânea localizada

- Ver o bebê novamente em 5 dias.
- Se a maioria das pústulas ainda estiverem presentes, mas não tiverem se espalhado e o bebê não apresentar sinais de perigo, dê cloxacilina via oral:
 - Cloxacilina 50 mg/kg ou 2ml/kg a cada 8 horas por 5 dias.
- Examinar o bebê:
 - Se o recém-nascido não apresentar sinais de perigo e houver menos pústulas, aconselhar a mãe a fazer o tratamento com violeta genciana até as pústulas desaparecerem.
 - Se o recém-nascido apresentar algum sinal de perigo ou se houver mais pústulas ou elas tiverem se espalhado:
 - Seguir o plano de cuidados para infecção cutânea grave acima

Infecção ocular

Uma infecção ocular é uma infecção do revestimento dos olhos. As pálpebras ficam inchadas e avermelhadas e há fluido ou pus nos olhos. Muitos organismos diferentes causam infecções nos olhos. Algumas infecções sexualmente transmitidas da mãe, como gonorréia e clamídia, podem causar infecção ocular no recém-nascido. Esses e outros organismos podem infectar o bebê durante o parto. Infecções oculares menos graves podem ser causadas por germes que se encontram nos arredores do bebê.

Ver tabela 6.8.

Candidíase Oral/Monilíase Oral/Sapinho

Sapinho é uma infecção da boca causada por fungo ou monilíase. A monilíase vive em ambientes molhadas e quentes. É normal ter um pouco desse fungo na boca. Esse fungo também pode crescer na vagina. Às vezes pode crescer tanto que causa uma infecção. Os bebês podem contrair esse tipo de infecção facilmente nos primeiros meses de vida, pois seu sistema imunológico ainda não está bem desenvolvido.

Como o sapinho afecta o recém-nascido e a mãe?

O sapinho cobre as membranas mucosas e a língua do recém-nascido com uma camada branca. Faz a boca ficar dorida e o bebê pode não conseguir mamar, mesmo se ele estiver com fome. Um bebê pode ficar rapidamente muito doente devido a uma alimentação inadequada. Isso pode causar perda de peso e desidratação. A infecção também pode passar para o estômago e para os intestinos e as fezes do bebê. Quando isso acontece, a infecção pode se espalhar pelas nádegas do bebê, causando um exantema avermelhado e doloroso. É importante tratar o sapinho o mais rápido possível.

A infecção por fungo também pode passar para os mamilos da mãe. A mãe notará que seus mamilos estão doridos e avermelhados. Ela sentirá dor no seio quando o bebê mamar.

Como evitar o sapinho:

A mãe deve ser incentivada a dar de mamar no seio exclusivamente, desde o nascimento do bebê. Isso transferirá as substâncias imunológicas da mãe para o recém-nascido.

Aconselhe a mãe a:

- Lavar as mãos antes e depois de cuidar do bebê.
- Lavar tudo que vai entrar em contacto com o recém-nascido (copos, roupas).
- Procurar assistência médica logo que possível se observar qualquer sinal de sapinho.

Ver tabela 6.9.

TABELA 6.8 **INFECÇÃO DOS OLHOS: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES**

História	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verificar os registros da mãe e do bebê, se disponíveis. <ul style="list-style-type: none"> ■ Descobrir se foram usadas gotas de nitrato de prata para cuidados aos olhos (nitrato de prata pode irritar os olhos, causando vermelhidão, inchaço e, às vezes, secreção aguada). ■ Perguntar à mãe: <ul style="list-style-type: none"> ■ Quando e onde o bebê nasceu? ■ O bebê recebeu cuidados aos olhos no nascimento? ■ Quando o problema começou? O problema piorou? ■ O que foi feito para tratar o problema? ■ Você recebeu cuidados pré-natais?
Exame	<p>Examinar os olhos e as pálpebras e ver se há:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pálpebras inchadas e avermelhadas, sem pus. ■ Pálpebras inchadas e avermelhadas com secreção de pus de um ou ambos os olhos. ■ Pálpebras que não conseguem abrir. <p>Observação: se o aparecimento dos sintomas acontecer 1 a 2 dias depois do nascimento e foi usado nitrato de prata para cuidados aos olhos, não é necessário tratamento. Provavelmente é uma irritação química do nitrato de prata. Seguir as instruções para limpeza dos olhos.</p>
Problemas/necessidades	Infecção nos olhos
Plano de cuidados	<p>Olhos avermelhados ou inchados sem pus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar panos limpos e água fervida. Ferver água e deixar esfriar. 2. Você também pode usar solução salina normal, se disponível, para limpar os olhos do bebê. 3. Lavar suas mãos com água limpa e sabão e secá-las com uma toalha limpa ou naturalmente com o ar. Usar luvas, se disponíveis. 4. Mergulhar um pedaço de pano limpo na água fervida ou na solução salina e limpar o olho do bebê cuidadosamente do canto de dentro para o canto de fora para remover as crostas e as secreções. Usar cada pedaço de pano somente uma vez. 5. Repetir o passo 3 acima no outro olho, usando outro pedaço de pano ou um canto diferente do mesmo pano. Usar cada pedaço de pano ou canto de pano somente uma vez. 6. Lavar as mãos quando terminar de limpar os olhos do bebê. 7. Repetir 4 vezes diariamente até o problema ser resolvido. 8. Se o problema persistir por mais de 4 dias, mas ainda não houver pus: <ul style="list-style-type: none"> ■ Aplicar pomada de tetraciclina 1% ao olho afetado 4 vezes por dia. ■ Dar eritromicina 0,5 ml/kg via oral a cada 6 horas por 14 dias. <hr/> <p>Olhos avermelhados ou inchados com pus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Transferir o bebê, seguindo as Diretrizes para Transferência. ■ Para um bebê com menos de 7 dias que não foi tratado com antibióticos, tratar para infecção dos olhos causada por gonorreia. Dar uma dose única de antibióticos antes de transferir: ceftriaxone 50 mg/kg IM (não dar mais de 125 mg). ■ Transferir a mãe para triagem e tratamento de infecção sexualmente transmitida para ela e seu parceiro.
Seguimento	<ul style="list-style-type: none"> ■ Como o recém-nascido foi transferido, os cuidados de seguimento podem ser realizados na próxima consulta de rotina. ■ Ensinar a mãe a oferecer os cuidados aos olhos: Ver o plano de cuidados acima.

TABELA 6.9 **SAPINHO: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES**

História	<ul style="list-style-type: none">■ Verificar os registos da mãe e do bebé, se disponíveis.■ Perguntar à mãe:<ul style="list-style-type: none">■ O bebé está mamando bem? (O sapinho muitas vezes causa problemas com a alimentação, pois torna a sucção dolorosa).■ O bebé está muito irritado ou inquieto? (Sapinho pode fazer com que o bebé fique irritado por causa de dor e fome).■ Seus mamilos ficam sensíveis ou doridos quando o bebé mama?■ Se a mãe responder que sim a qualquer dessas perguntas, perguntar:<ul style="list-style-type: none">■ Quando o problema começou?■ Se o problema existe há muito tempo, é mais provável que a mãe também tenha monilíase nos seios e que o bebé possa ter monilíase nas nádegas.
Exame	<ul style="list-style-type: none">■ Observe o bebé mamando.■ Examinar dentro da boca do bebé: Se houver manchas brancas nas membranas mucosas ou na língua:<ul style="list-style-type: none">■ Usar um depressor de língua ou um pedaço de gaze enrolado ao redor das pontas de seus dedos para tentar removê-las com cuidado.■ Coalhos de leite são removidos facilmente sem trauma das membranas mucosas.■ Manchas de sapinho grudam nas membranas mucosas e são difíceis de remover.■ As membranas de mucosas em baixo e ao redor das manchas de sapinho são avermelhadas e sangram facilmente.■ Examinar as nádegas do bebé:<ul style="list-style-type: none">■ Se o sapinho se espalhar da boca para os intestinos, pode haver um exantema vermelho nas nádegas.■ Examinar os mamilos da mãe:<ul style="list-style-type: none">■ Se o sapinho se espalhar para a mãe, os mamilos delas estarão avermelhados e sensíveis.
Problemas/ necessidades	Sapinho na boca e nas nádegas do bebé ou nos mamilos da mãe.

TABELA 6.9 SAPINHO:TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

Plano de cuidados	Boca do bebê <ul style="list-style-type: none">■ Dar nistatina 100.000 unidades/ml suspensão: Coloque 1 a 2 ml na boca do bebê 4 vezes por dia, continuando até 2 dias depois de o sapinho desaparecer.■ Ou trate a boca com solução de violeta genciana 0,5% 4 vezes ao dia, continuando até 2 dias depois de o sapinho desaparecer. Aconselhe a mãe a:<ol style="list-style-type: none">1. Usar um pano limpo para aplicar cada tratamento.2. Lavar as mãos com água limpa e sabão e secá-las com uma toalha limpa ou naturalmente com o ar.3. Embrulhar um pano limpo e macio ao redor do dedo indicador e despejar violeta genciana nele. Ter cuidado ao usar violeta genciana, pois macha a pele e as roupas.4. Limpar dentro da boca do bebê (e, a seguir, as nádegas, se elas também estiverem infectadas) com pano molhado com violeta genciana.5. Eliminar o pano usado.6. Lavar as mãos novamente ao completar o tratamento.
	Nádegas do bebê <ul style="list-style-type: none">■ Aplicar creme de nistatina ou solução de violeta genciana sempre que trocar as fraldas, continuando até 3 dias depois do exantema desaparecer.■ Expor as nádegas do bebê ao ar, se a temperatura estiver suficientemente quente.
	Mamilos da mãe <ul style="list-style-type: none">■ Fazer com que a mãe aplique creme de nistatina aos mamilos e aréolas depois de amamentar enquanto durar o tratamento do bebê.■ Ensinar a mãe a manter os mamilos secos quando não estiver amamentando. Roupas largas permitem que os mamilos sequem com o ar.
Seguimento	<ul style="list-style-type: none">■ Ver o bebê novamente em 2 dias:<ul style="list-style-type: none">■ Se melhorar, continuar com o tratamento até 2 a 3 dias depois do sapinho desaparecer (ver acima).■ Se não melhorar, transferir o bebê seguindo as Diretrizes para Transferência.

Problemas com a temperatura do corpo

A temperatura axilar normal do recém-nascido é entre 36°C e 37°C (96,8 a 98,6° F). O recém-nascido não é capaz de regular bem a temperatura do corpo. Portanto, no nascimento e pelos primeiros dias e semanas de vida, a mãe e a família do bebê devem ajudá-lo a manter-se aquecido.

Hipotermia/temperatura baixa

Uma temperatura axilar abaixo de 36°C (96,8°F) é muito baixa ou muito fria para o recém-nascido. Isso é chamado de hipotermia. A hipotermia pode ocorrer logo depois do parto a menos que o bebê seja protegido (ver capítulo 2 para obter informações sobre como evitar a hipotermia).

Causas de hipotermia/baixa temperatura:

- O quarto está muito frio.
- O bebê está exposto a vento.
- O recém-nascido está molhado.
- O bebê está descoberto, mesmo que por um curto período de tempo.
- O bebê é colocado sobre uma superfície fria ou perto de uma parede fria ou janela.
- O bebê tem uma infecção.
- O bebê não está se alimentando bem.
- O bebê teve asfixia no parto e não tem energia suficiente para se manter aquecido.

Como uma temperatura baixa afecta o recém-nascido?

Se a temperatura baixa não for rapidamente reconhecida e tratada, a condição do bebê piorará. Longos períodos de hipotermia podem ser fatais para o recém-nascido.

- A pele endurece e fica avermelhada, especialmente nas costas e nos membros.
- O rosto fica bem avermelhado.
Observação: Esse é um sinal grave e pode ser confundido com um sinal de boa saúde.
- O coração não funciona bem.
- A respiração pode se tornar irregular.
- Há sangramento, especialmente nos pulmões.
- Pode haver icterícia.¹
- Sem tratamento, o bebê morre.

Ver tabela 6.10.

Hipertermia/temperatura alta

A temperatura alta ocorre quando a temperatura axilar do recém-nascido fica acima de 37 °C (98,6 °F). Não é tão comum em recém-nascidos quanto a hipotermia, mas é tão perigosa quanto a hipotermia. As causas de temperatura alta são:

- O bebê está desidratado por não estar se alimentando.
- O quarto está muito quente.
- O bebê está com muitos cobertores ou roupas.
- O bebê tem uma infecção.

Como uma temperatura alta afecta o recém-nascido?

A temperatura alta (hipertermia) pode causar:

- Desidratação ou perda de fluído corporal.
- Convulsões ou desmaios.
- Choque.
- Coma e morte.

Como evitar a temperatura alta

- Amamentar no seio o recém-nascido frequentemente ou alimentar com leite materno por copo se o bebê não for capaz de chupar.
- Manter o bebê longe de fontes de calor excessivo e luz solar directa.
- Se o bebê estiver quente, remover uma camada de roupa.
- Prevenir contra infecção.

Ver tabela 6.11.

TABELA 6.10 HIPOTERMIA/TEMPERATURA BAIXA:TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

História	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verificar os registos da mãe e do bebé, se disponíveis. ■ Perguntar à mãe: <ul style="list-style-type: none"> ■ Sobre a história do trabalho de parto e parto. ■ Se o bebé está letárgico, não alerta ou não activo. ■ Se ela notou se o bebé está frio, perguntar quando ela primeiro notou isso, e se ela já tentou aquecer o bebé e, caso positivo, como. ■ Se o bebé apresenta algum outro sinal de perigo.
Exame	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examinar a temperatura e a actividade do bebé. ■ Verificar: <ul style="list-style-type: none"> ■ Temperatura baixa: Sentir a pele do bebé (abdómen ou costas) com a mão, ou se você tiver um termómetro, medir a temperatura axilar. <ul style="list-style-type: none"> ■ O bebé está frio quando comparado com a pele de um adulto saudável. ■ A temperatura axilar está abaixo de 36°C. ■ Mole ou flácido (hipotónico). ■ Sucção ou alimentação inadequada. ■ Choro fraco. ■ Respiração lenta e curta. ■ Frequência cardíaca baixa (abaixo de 100 batimentos cardíacos por minuto).
Problemas/necessidades	Hipotermia.
Plano de cuidados	<p>Reaquecer o bebé rapidamente. Seguir estes passos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Certificar-se de que o quarto está quente e sem correntes de ar. 2. Remover roupas frias ou molhadas e colocar o bebé em contacto pele a pele com a mãe. Cobrir a cabeça do bebé. Cobrir a mãe e o bebé com as roupas quentes da mãe e com cobertor ou panos quentes. 3. Incentivar a amamentação no seio. É preciso ter energia para produzir calor para o corpo. Se o bebé estiver muito fraco para chupar no seio, dar leite materno com copo. 4. Verificar a temperatura do bebé a cada hora. 5. Verificar se há sinais de infecção.²
Seguimento	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se o bebé não responder ao reaquecimento dentro de 2 horas, transferi-lo para um centro médico com mais recursos. ■ Antes de transferir, dar a primeira dose de antibióticos: <ul style="list-style-type: none"> ■ Para bebé com 2 kg ou mais: ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 5 mg/kg IM ■ Para bebé com menos de 2 kg: ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 4 mg/kg IM ■ Transportar o bebé até o centro médico embrulhado em contacto pele a pele com a mãe, como descrito acima.

TABELA 6.11 HIPERTERMIA/TEMPERATURA ALTA:TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

História	<ul style="list-style-type: none">■ Verificar os registos da mãe e do bebé, se disponíveis.■ Perguntar à mãe:<ul style="list-style-type: none">■ Sobre a história do trabalho de parto e parto■ Se ela teve febre durante o trabalho de parto ou ruptura prolongada das membranas (mais de 18 horas)■ A mãe pode relatar que o bebé está:<ul style="list-style-type: none">■ Inquieto■ Letárgico (não activo)■ Quente, tem febre
Exame	<ul style="list-style-type: none">■ Examinar a temperatura, a aparência e a actividade do bebé.■ Verificar:<ul style="list-style-type: none">■ A temperatura axilar do bebé está acima de 37 °C (acima de 98,6 °F).■ A pele do bebé está quente.■ A respiração do bebé está rápida (mais de 60 incursões respiratórias por minuto).■ Os batimentos cardíacos do bebé estão rápidos (mais de 160 batimentos por minuto).■ O rosto está corado e os braços e as pernas estão avermelhados.■ O bebé está inquieto ou letárgico.■ O bebé parece desidratado.■ Quando a pele é puxada para cima, ela desce lentamente.■ Verificar se o bebé apresenta sinais de infecção.
Problemas/ necessidades	Temperatura alta ou hipertermia

TABELA 6.11 HIPERTERMIA/TEMPERATURA ALTA: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

Plano de cuidados	<ul style="list-style-type: none">■ Manter o bebê longe de fontes de calor, como luz solar directa, fogo ou aquecedor eléctrico.■ Despir o bebê.■ Dar banho no bebê com água morna (não fria). A temperatura da água deve estar um pouco abaixo da temperatura do corpo do bebê. Dar banho no bebê deve baixar a temperatura rapidamente; logo que a temperatura estiver normal, secar, vestir e embrulhar o bebê novamente.■ Amamentar no seio frequentemente, ou dar leite materno por copo, se o bebê não for capaz de chupar. Lembre-se: o bebê está sob alto risco de desidratação ao perder fluido corporal.■ Verificar a temperatura do bebê a cada hora; se a temperatura ainda estiver anormal depois de 2 horas, ou se a temperatura subir novamente, transferir o bebê.■ Transferir para um centro médico com mais recursos (segundo as Directrizes para Transferência) se:<ul style="list-style-type: none">■ o bebê apresentar sinal de infecção,■ o bebê parecer desidratado (prega persistente da pele, olhos ou fontanela fundos, língua ou membranas mucosas secas), ou■ o bebê apresentar algum outro sinal de perigo.■ Antes de transferir, dar a primeira dose de antibióticos:<ul style="list-style-type: none">■ Para bebê com 2 kg ou mais: ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 5 mg/kg IM■ Para bebê com menos de 2 kg: ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 4 mg/kg IM■ Lembre-se: sua nota de transferência deve incluir informações sobre o tratamento e todos medicamentos administrados (qual medicamento, dose e horário administrado).■ Se a temperatura voltar ao normal, o bebê estiver se alimentando bem e não houver outros problemas, ensinar a mãe como verificar a temperatura do bebê (ao tocar no corpo) em casa e como protegê-lo contra um superaquecimento. Pedir que a mãe volte com o bebê se houver sinais de perigo ou se a temperatura do bebê subir novamente.
Seguimento	Não é necessário seguimento, a menos que o problema surja novamente ou se houver outros sinais de perigo.

Icterícia

Icterícia é uma cor amarelada da pele e/ou dos olhos. Pode ser icterícia fisiológica (normal) ou icterícia grave (perigosa).

Em bebés normais, a icterícia geralmente começa depois do segundo dia pós-natal e desaparece em 2 semanas. Isso é chamado de icterícia fisiológica. É causada pelo corpo do bebé destruindo glóbulos vermelhos extras depois do nascimento. Quando os glóbulos vermelhos são destruídos, eles liberam uma substância chamada bilirrubina. A bilirrubina causa a cor amarelada. Geralmente, o fígado do bebé se livra da bilirrubina extra e, então, a elimina pelas fezes. A saúde do recém-nascido não é afectada pela icterícia fisiológica.

O recém-nascido se livra da bilirrubina lentamente, pois o seu fígado é imaturo. A bilirrubina extra torna a pele e os olhos amarelados. A cor amarelada começa primeiro na cabeça e desce para o corpo, conforme o nível de bilirrubina aumenta.

A icterícia grave acontece quando a bilirrubina no sangue se torna muito alta. Por exemplo: Um bebé com doença sanguínea ou sepsis pode produzir bilirrubina em excesso; um bebé com baixo peso ao nascer (menos de 2.500 g) ou prematuro, não chupando bem ou não passando fezes, pode não ser capaz de eliminar a bilirrubina. Se o bebé apresentar icterícia grave, a bilirrubina extra pode afectar seu cérebro e causar dano cerebral.

Você sabe que a icterícia é grave quando a cor amarelada:

- começa durante as primeiras 24 horas de vida,
- afecta os braços e as pernas no segundo dia,
- afecta as mãos e os pés no terceiro dia ou depois,
- dura mais de 2 semanas, ou
- ocorre acompanhada por outro sinal de perigo.

Como evitar dano cerebral causado por icterícia grave:

- Transferir o bebé para obter cuidados médicos para qualquer sinal de icterícia grave.
- Acompanhar o bebé de perto, se ele estiver sob risco de icterícia grave:
 - Bebés com baixo peso ao nascer.
 - Bebé com problemas no parto, como necessidade de reanimação.
 - Bebé que esteja apresentando qualquer sinal de infecção.
 - Bebé que não esteja se alimentando bem.

Ver tabela 6.12.

Sangramento do cordão umbilical

O sangramento do cordão umbilical é um problema do primeiro ou segundo dia de vida. O cordão umbilical amarrado ou laqueado fica solto a medida que começa a secar e, portanto, começa a sangrar. Depois de o cordão umbilical secar, ele para de sangrar. O pequeno corpo do bebé não tem muito sangue. Perder uma pequena quantidade de sangue é grave para o bebé e pode causar morte.

Ver tabela 6.13.

Problemas vindos da gravidez e do trabalho de parto

Se a mãe apresentou qualquer dos seguintes problemas de saúde durante a gravidez ou trabalho de parto, o bebé precisa de tratamento para evitar infecção. Verificar os registos da mãe para ver se há problemas. Se não houver registo pré-natal, perguntar à mãe se ela teve algum destes problemas durante a gravidez ou trabalho de parto:

- Sífilis
- Tuberculose
- HIV
- Infecção materna durante o trabalho de parto

Sífilis

Sífilis é uma infecção sexualmente transmitidas que, frequentemente, leva a aborto, bebé nadomorto, trabalho de parto pré-termo, baixo peso ao nascer e infecção fetal. A mãe pode estar infectada sem notar sintoma algum. A sífilis infecta o feto de uma mãe infectada que não obteve tratamento durante a gravidez. O bebé não tratado pode desenvolver incapacidades de desenvolvimento e neurológicas de longo prazo.

O recém-nascido *talvez* apresente sinais de sífilis congénita dentro de poucas semanas ou meses depois do nascimento. Os sinais incluem:

- Obstrução nasal (respiração obstruída pelo nariz).
- Rachaduras e fissuras ao redor da boca, nariz e ânus.
- Exantemas ou bolhas e descamamento das palmas das mãos e das plantas dos pés.
- Abdómen distendido.
- Esgotamento respiratório.
- Icterícia.

O recém-nascido pode desenvolver outras complicações graves, se a sífilis não for tratada.

Se há suspeita de que a mãe tem sífilis, ou se ela teve um resultado positivo de teste de sífilis (VDRL ou RPR) na gravidez, mas não recebeu tratamento ou foi infectada novamente:

- Transferir o bebê para um centro médico onde estejam disponíveis diagnóstico e tratamento.
- Dar ao bebê uma dose única de penicilina benzatina 50.000 unidades/kg IM no nascimento.
- Informar os pais de que o bebê precisa de tratamento adicional e seguimento.
- Transferir a mãe e seu parceiro para triagem e tratamento.

Tuberculose

Tuberculose (TB) é uma infecção no pulmão. Ela é transmitida quando uma pessoa doente tosse e expõe os germes no ar onde outras pessoas respiram. TB pode ser espalhada para outras partes do corpo, pode durar por muitos anos e pode demorar muito tempo para curar. A saúde debilitada da mulher pode retardar o crescimento e o desenvolvimento do feto.

Observação: Tratar uma mulher grávida ou que esteja amamentando com estreptomicina tem um efeito prejudicial ao bebê.

Se a mãe tiver tuberculose e for BK positiva em sua expectoração dentro de 2 meses depois do parto, transferir o recém-nascido e a mãe para um centro médico com mais recursos para obterem tratamento. A mãe ainda deve ser aconselhada a amamentar o bebê no seio.

HIV/AIDS

O vírus de imunodeficiência humana (HIV) lentamente destrói a capacidade de uma pessoa combater infecções levando à síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS). Pessoas com HIV/AIDS pegam infecções causadas por germes que normalmente não causariam doença em pessoas saudáveis. A mãe infectada por HIV tem mais probabilidade de ficar mal nutrida durante a gravidez, o que pode causar o crescimento inadequado do feto, baixo peso no nascimento ou morte fetal no útero.

A infecção por HIV da mãe pode ser transmitida para o bebê durante a gravidez, durante o trabalho de parto e parto e depois do parto por através do leite materno. Sete ou oito de 10 mulheres HIV positivas dão a luz a bebês não infectados com HIV. No entanto, todos bebês que nascem de mães HIV positivas carregam o anticorpo do HIV materno até 12 a 18 meses de idade. Isso significa que o teste de HIV padrão não é capaz de mostrar se o bebê tem HIV até ele ter pelo menos 12 meses de idade (depois

de os anticorpos maternos do HIV terem desaparecido). Existem testes para bebês com 3 a 4 meses de idade, mas eles não estão disponíveis em todos os lugares.

Um bebê HIV positivo parece saudável no nascimento, mas ficará doente mais rápido do que um adulto com HIV. Isso é porque o sistema imunológico do recém-nascido não é tão forte quanto o de uma pessoa com mais idade. Muitos bebês HIV positivos começam a ficar doentes durante o primeiro ano de vida.³

USAR ANTIRETROVIRAIS (SE DISPONÍVEIS) A probabilidade da transmissão de HIV de mãe para filho pode ser reduzida significativamente administrando-se antiretrovirais à mãe durante a gravidez e trabalho de parto e ao bebê durante o período neonatal. Existem muitos medicamentos antiretrovirais e protocolos diferentes para administrá-los estão ainda sendo estudados. Esses medicamentos são caros e nem sempre estão disponíveis. Se você tiver acesso a antiretrovirais, siga as diretrizes clínicas ou os protocolos do seu país para administrá-los a mulheres grávidas, a mulheres durante o trabalho de parto e aos recém-nascidos.

Como você nunca pode saber com certeza se a mãe foi ou não infectada com HIV, você deve oferecer cuidados a todos os recém-nascidos como se a mãe fosse HIV positiva. (Veja a seção sobre Transmissão de HIV de Mãe para Bebê no capítulo 1 e a seção sobre Amamentação no Seio Quando a Mãe é HIV Positiva: Como Fazer Uma Escolha Informada, no capítulo 3).

Infecção materna durante o trabalho de parto

Se a mãe apresentou sinais de infecção aguda durante o trabalho de parto, o bebê está sob risco de sepsis e deve ser tratado com antibióticos. Há um alto risco de infecção materna se as membranas rompem mais de 18 horas antes do nascimento do bebê. Sinais de infecção materna aguda durante o trabalho de parto incluem:

- Febre
- Calafrios
- Corrimento vaginal de odor desagradável

CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO:

- Estabilizar o recém-nascido certificando-se de que ele está aquecido e amamentou.
- Transferir o bebê, seguindo as Diretrizes para Transferência.
- Dar a primeira dose de antibióticos:
 - Para bebê com 2 kg ou mais: ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 5 mg/kg IM
 - Para bebê com menos de 2 kg: ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 4 mg/kg IM

TABELA 6.12 **ICTERÍCIA: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES**

História	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verificar os registos da mãe e do bebé, se disponíveis. ■ Perguntar à mãe: <ul style="list-style-type: none"> ■ Quando ela notou a cor amarelada pela primeira vez? A icterícia fisiológica aparece depois das primeiras 24 horas de vida e desaparece em duas semanas. ■ O bebé apresenta algum outro sinal de perigo? A icterícia pode ser um sinal de infecção grave. ■ Como o bebé está se alimentando e se comportando? Se o comportamento e a alimentação estão normais, o bebé provavelmente tem icterícia fisiológica. ■ O bebé está urinando e passando fezes? Se o bebé está se alimentando bem, a bilirrubina será eliminada pela urina e pelas fezes.
Exame	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examine todo o corpo do bebé sob uma boa luz natural. A icterícia é difícil de ser vista em luz artificial ou fraca. ■ Verificar: <ul style="list-style-type: none"> ■ Se a pele e o revestimento dos olhos estão amarelados. ■ O quanto do corpo do bebé está amarelado. ■ A temperatura axilar. O bebé pode apresentar febre ou hipotermia se o problema for infecção. ■ Se há desidratação (prega persistente da pele, boca seca, moleira funda). Um bebé desidratado pode não conseguir eliminar a bilirrubina.
Problemas/ necessidades	<p>Icterícia fisiológica do recém-nascido</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Começa depois das primeiras 24 horas de vida e desaparece em duas semanas. <hr/> <p>Icterícia grave do recém-nascido</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Começa durante as primeiras 24 horas de vida e dura mais de duas semanas (três semanas em bebé prematuro). ■ Icterícia dos braços e das pernas no segundo dia. ■ Icterícia das mãos e dos pés no terceiro dia e depois disso. ■ Qualquer icterícia acompanhada de outro sinal de perigo.

TABELA 6.12 ICTERÍCIA: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

Plano de cuidados	Icterícia fisiológica do recém-nascido <ul style="list-style-type: none">■ Não é preciso tratamento nem transferência, apesar de você precisar avaliar a icterícia do bebê em alguns dias.■ Aconselhar a mãe:<ul style="list-style-type: none">■ Reassegurar a mãe de que o bebê está normal e que a cor amarelada desaparecerá lentamente.■ Manter o bebê aquecido.■ Continuar a amamentar no seio com frequência e exclusivamente. Dar de mamar bastante leite materno vai ajudar o bebê a se livrar da bilirrubina por meio das fezes. A mãe também deve beber bastante líquidos para produzir mais leite.■ Observar se o bebê apresenta algum outro sinal de perigo.■ Rever com a mãe os sinais de perigo e como agir.■ Obter assistência médica para quaisquer sinais de icterícia grave.
	Icterícia grave do recém-nascido <ul style="list-style-type: none">■ Amamentar o bebê no seio frequentemente.■ Transferir o bebê, seguindo as Diretrizes para Transferência.■ Dar a primeira dose de antibióticos:<ul style="list-style-type: none">■ Para bebê com 2 kg ou mais: ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 5 mg/kg IM■ Para bebê com menos de 2 kg: ampicilina 50 mg/kg IM e gentamicina 4 mg/kg IM
Seguimento	Icterícia fisiológica do recém-nascido <ul style="list-style-type: none">■ Ver o bebê novamente em 2 a 3 dias para certificar que a icterícia está desaparecendo.■ Transferir para um centro médico com mais recursos se surgirem sinais de icterícia grave.
	Icterícia grave do recém-nascido <ul style="list-style-type: none">■ Depois do tratamento, fazer seguimento normal para certificar que o bebê está crescendo e não apresenta outros problemas.

TABELA 6.13 SANGRAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL: TABELA DE TOMADA DE DECISÕES

História	<ul style="list-style-type: none">■ Verificar os registos da mãe e do bebé, se disponíveis.■ Se a mãe relatar sangramento do cordão umbilical, perguntar:<ul style="list-style-type: none">■ A história do trabalho de parto e parto.■ Quando ela primeiro notou o sangramento.■ Se ela notou sangramento em qualquer outra parte, como urina ou fezes.■ Quanto o bebé sangrou.■ Se ela observou outros sintomas.
Exame	<p>Examinar o bebé:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Olhar a quantidade de sangue perdida.■ Examinar onde o cordão umbilical foi amarrado.■ Verificar se o bebé apresenta outros sinais de problema por perda de sangue:<ul style="list-style-type: none">■ Palidez.■ Letargia (sonolento e sem reagir).■ Respiração rápida.■ Frequência cardíaca alta.■ Procurar outros sinais de sangramento, como sangue na urina ou nas fezes ou machucados não justificados.
Problemas/ necessidades	Sangramento do cordão umbilical.
Plano de cuidados	<p>Sangramento do cordão umbilical</p> <ul style="list-style-type: none">■ Lavar as mãos, colocar luvas de exame limpas ou estéreis, se disponíveis.■ Amarrar novamente o cordão de maneira apertada com um novo cordão limpo.■ Examinar o cordão umbilical a cada 15 minutos por 2 horas para certificar-se de que o sangramento parou.■ Aconselhar a mãe a observar se há outros sinais de perigo e a amamentar no seio com frequência. <p>Se o sangramento persistir, ou se houver outros locais com sangramento, ou se houver outros problemas causados pela perda de sangue:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Dar vitamina K, mg IM. (Dar 0,5 mg para bebé com menos de 1.500 gramas).■ Transferir o bebé, seguindo as Directrizes para Transferência.
Seguimento	<ul style="list-style-type: none">■ Se houve muita perda de sangue, o bebé pode ter anemia. Transferir.■ Ver o bebé novamente nos dias 2-3 para verificar se ele apresenta outros problemas de saúde. A cada consulta, rever os sinais de perigo com a mãe.

TAREFAS PARA TODOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: PROBLEMAS COMUNS COM RECÉM-NASCIDOS

- 1 Aconselhar a mãe e a família sobre sinais de perigo para o recém-nascido e transferência:
 - a) Sinais de perigo.
 - Quais são os sinais de perigo.
 - O que fazer caso seja observado um sinal de perigo
 - b) Transferência.
 - Preparativos (transporte, quem deve acompanhar a mãe ou o bebê).
 - O que fazer durante a transferência.
 - 2 Estabilizar e transferir recém-nascidos que apresentem sinais de perigo.
 - 3 Aconselhar a mãe e a família sobre a prevenção e a gestão dos problemas comuns em recém-nascidos:
 - a) Problemas respiratórios.
 - b) Infecções.
 - Sepsis/infecção generalizada do recém-nascido
 - Infecção do cordão umbilical
 - Infecção cutânea
 - Infecção dos olhos
 - Monilíase oral, sapinho
 - c) Problemas com a temperatura do corpo
 - Temperatura muito baixa
 - Temperatura muito alta
 - d) Outros
 - Icterícia
 - Sangramento do cordão umbilical
 - e) Problemas vindos da gravidez e do trabalho de parto
 - 4 Oferecer cuidados aos recém-nascidos que apresentem os problemas acima, usando os passos para a tomada de decisões.
-

Notas

- 1 Organização Mundial da Saúde (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: OMS.
- 2 Ibid.
- 3 Yeargin P. (2002). *Medical Considerations: Clinical Management of the HIV Infected Adult*. Atlanta, GA: Southeast AIDS Training and Education Center, Emory University.

Referências gerais

Burns AA, Lovich R, Maxwell J e Shapiro K. (1997). *Where Women Have No Doctor: A health guide for women*. Berkeley, CA: The Hesperian Foundation.

Seidel HM, Rosenstein BJ e Pathak A. (2001) *Primary Care of the Newborn* (Terceira Edição.). St. Louis: Mosby.

Departamento Nacional de Saúde da África do Sul (1998). *Standard treatment guidelines and essential medication list for South Africa: Paediatric hospital level*. Pretória: Departamento Nacional da Saúde.

UNICEF. (Setembro de 1998). Promoting rational use of medications and correct case management in basic health services. *The Prescriber*. No. 16 e 17.

Organização Mundial da Saúde (2003). *Managing newborn problems: A guide for doctors, nurses and midwives. Integrated management of pregnancy and childbirth*. Geneva: OMS. (OMS/RHR/00.7)

Organização Mundial da Saúde (2000). *Management of the child with a serious infection or severe malnutrition*. Geneva: OMS. (OMS/ FCH/CAH/00.1)

Organização Mundial da Saúde (2000). *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. Integrated management of pregnancy and childbirth*. Geneva: OMS. (OMS/RHR/00.7)

Organização Mundial da Saúde (2000). *Technical seminar: Sick young infant*. Geneva: OMS. (OMS/FCH/CAH 10.10)

Organização Mundial da Saúde (1996). *Essential Newborn Care*. Geneva: OMS. (OMS/FRH/MSM/96,13)

Referências da Internet

Medline Plus Health Information. *Violeta Genciana (Uso Tópico)* Retirado em Dezembro de 2002, do endereço www.nlm.nih.gov

Micromedix. *Violeta Genciana*. Retirado em Dezembro de 2002 do endereço www.healthyroads.com/mylibrary/data/altcareindex/html/ame0230.asp

Ogino M and Pasternak M. (n.d.). Sepsis do Recém-Nascido. *Website Mass General Hospital for Children*. Retirado em Dezembro de 2002 do endereço www.mgh.harvard.edu/children/prof/nicu/newborn_sepsis.htm

Apêndices



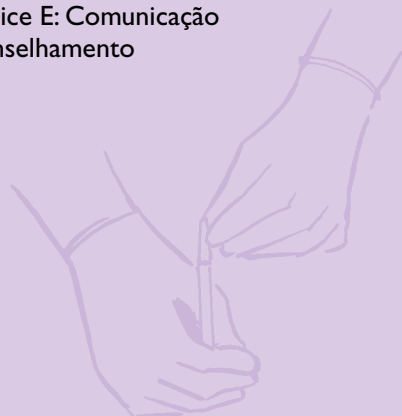
Apêndice A: Planos de Imunização
Materna e do Bebê 153

Apêndice B: Referência de Medicamentos 161

Apêndice C: Prevenção de Infecção 185

Apêndice D: Habilidades Básicas para
os Cuidados ao Recém-Nascido 209

Apêndice E: Comunicação
e Aconselhamento 217



A

Programas de Imunização Materna e do Bebê

A

PROGRAMA DE TÉTANO TOXÓIDE PRÉ-NATAL

Para proteger a mãe e o recém-nascido contra o tétano, é importante administrar tétano toxóide (TT) durante a gravidez – pelo menos duas doses de vacina tétano toxóide (vacina antitetânica) com pelo menos quatro semanas de intervalo entre elas, com a última dose pelo menos duas semanas antes do parto.

Forneça um cartão para registo de vacinas à mulher grávida ou actualize o cartão que ela já tiver e a informe quando a nova injeção deve ser feita.

TABELA A.1 IMUNIZAÇÃO PARA MÃES

TÉTANO TOXÓIDE (TT)	
Usar	Administrar durante a gravidez para evitar tétano na mãe e no recém-nascido.
Como fazer a imunização	<p>Tétano toxóide: 0,5 ml IM ou subcutâneo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ TT1 — Primeiro contacto ou primeira consulta de cuidados pré-natais ■ TT2— 4 semanas mais tarde <p>Para protecção permanente, administrar cinco doses de TT usando o programa a seguir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ TT1 e TT2 conforme acima ■ TT3 — 6 meses mais tarde TT2 ■ TT4 — 1 ano depois de TT3 ■ TT5 — 1 ano depois de TT4
Observações	<p>TT1 deve ser administrado no primeiro contacto com uma mulher em idade de engravidar ou na primeira consulta pré-natal.</p> <p>Efeitos colaterais: dor de cabeça, calafrios, aumento de temperatura, inchaço, dor no local da injeção.</p>
Perigos	As imunizações administradas à mãe não são prejudiciais ao bebé.

TABELA A.2 **PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO PARA BEBÉS**

NASCIMENTO	BCG + VPO + Hepatite B
6 SEMANAS	DPT + VPO + Hepatite B
10 SEMANAS	DPT + VPO + Hepatite B
14 SEMANAS	DPT + VPO + Hepatite B

Abreviatura	Imunização
BCG	<i>Bacillus Calmette-Guerin (para evitar TB)</i>
VPO	<i>Vacina contra pólio oral</i>
DPT	<i>Difteria-Coqueluxe-Tétano</i>

É importante observar que:

- Deve haver um intervalo de pelo menos 4 semanas antes da próxima dose da maioria das imunizações a serem administradas.
- Imunizações diferentes podem ser administradas no mesmo dia, mas certifique-se de administrar cada injeção em um local separado.
- Não misture vacinas diferentes em uma seringa. Use uma seringa e uma agulha diferentes para cada vacina.
- Alguns países seguem um programa de três doses em vez de quatro doses da vacina contra hepatite B, dependendo da prevalência da doença. A dose mais importante para evitar hepatite B perinatal é a dose administrada no nascimento.
- Em alguns países, a imunização contra *Haemophilus influenzae* tipo B (HiB) é oferecida para proteger os bebês contra a pneumonia causada por esse germe. A imunização HiB é administrada nas semanas 6, 10 e 14.
- Siga o programa de imunização do seu país; a disponibilidade das vacinas e as recomendações podem ser diferentes.

TABELA A.3 IMUNIZAÇÕES DO BEBÉ

	BCG	HEPATITE B (HEP B)
Usar	Para evitar tuberculose	Para evitar hepatite B
Como fazer a imunização	BCG: 0,05 ml intradérmica na parte superior do braço esquerdo. Dose única	Hep B: 0,5 mlIM na coxa Administrar 3 vezes: <ul style="list-style-type: none"> ■ Nos primeiros dias de vida ■ Em 6 semanas ■ Em 14 semanas
Observações	Manter o local da injeção seco por 24 horas após a injeção. Não expor o local da injeção a pessoas com cortes abertos, pois bactérias vivas podem ser transferidas. Efeitos colaterais: Abscesso local, glândulas linfáticas inchadas. Injeção BCG resulta em uma pequena cicatriz.	
Perigos	Não administrar a: <ul style="list-style-type: none"> ■ Um bebé com infecção sintomática de HIV/AIDS. ■ Um bebé recebendo isoniazida, pois a BCG é desactivada pela isoniazida. Administrar a BCG 2 semanas depois que o curso da isoniazida terminar.	

continua na próxima página

TABELA A.3 **IMUNIZAÇÕES DO BEBÉ**

	PÓLIO ORAL (VPO)	DIFTERIA-COQUELUXE-TÉTANO
Usar	Para evitar pólio	Para evitar difteria, coqueluche e tétano
Como fazer a imunização	<p>VPO: duas gotas na boca ou na língua</p> <p>Administrar 4 vezes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Nos primeiros dias de vida ■ Em 6 semanas ■ Em 10 semanas ■ Em 14 semanas 	<p>DPT: 0,5 ml IM</p> <p>Administrar 3 vezes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Em 6 semanas ■ Em 10 semanas ■ Em 14 semanas
Observações	Uma mudança na cor do medicamento de rosa para amarelo resulta de armazenamento a temperatura baixa. Isso não altera o medicamento.	
Perigos		<p>Não administre DPT2 nem DPT3 a criança que teve convulsões, choque ou outras reacções adversas depois da dose mais recente. Em vez disso, administre DT (Difteria-Tétano), se disponível.</p> <p>Não administre DPT a uma criança com convulsões recorrentes ou com outro tipo de doença neurológica activa do sistema nervoso central.</p>

Referências Gerais

Fundo das Nações Unidas para Crianças (2002). *Facts for Life*. Nova York: Esforço conjunto da UNICEF, OMS, UNESCO, UNFPA, UNDP, UNAIDS, WFP e Banco Mundial.

Referências da Internet

Para obter o documento completo Facts for Life da UNICEF e mais informações: www.unicef.org/ffl/index.html

Para obter o capítulo sobre imunizações do documento Facts for Life: www.unicef.org/ffl/pdf/factsforlife-en-part7.pdf www.unicef.org/ffl/06/1.htm

Para obter informações actualizadas sobre imunizações:
www.cdc.gov/nip (Programa de Imunização Nacional do CDC)
www.immunizationinfo.org (Rede Nacional para Informações sobre Imunização)
www.unicef.org/ (UNICEF)
www.who.int/vaccines/

B

Referência de Medicamentos

Este apêndice oferece informações adicionais sobre os medicamentos mencionados no *Manual de Referência para Cuidados ao Recém-Nascido* e outros medicamentos normalmente usados para recém-nascidos e mães. Consulte suas diretrizes clínicas locais para obter informações sobre os medicamentos e as doses usados em seu ambiente clínico.

PARTE I: MEDICAMENTOS PARA RECÉM-NASCIDOS

Por que os recém-nascidos estão mais predispostos a apresentar efeitos prejudiciais causados por medicamentos?

Os medicamentos devem ser usados com muito cuidado em bebês. Os recém-nascidos são mais prováveis de apresentar efeitos tóxicos ou prejudiciais causados por medicamentos, pois seu organismo é imaturo. Os recém-nascidos estão sob maior risco de efeitos causados por medicamentos porque:

- Eles não têm sistemas bem desenvolvidos para desmanchar e usar os medicamentos.
- Os rins são imaturos e não conseguem eliminar os medicamentos prontamente.
- O bebê prematuro é menos desenvolvido e está sob risco ainda maior de efeitos causados por medicamentos.

Administração de medicamentos a recém-nascidos

- **Via oral:** Os medicamentos são absorvidos lentamente do intestino do recém-nascido. Isso pode levar a overdose.
- **Por injeção intramuscular (IM):**
 - A absorção do medicamento do local da injeção depende do fluxo sanguíneo. Se o recém-nascido apresentar temperatura baixa, o fluxo sanguíneo será reduzido e o medicamento será mal absorvido.
 - Ao administrar uma injeção IM, lembre-se de que todos os recém-nascidos têm músculos pequenos e bebês pré-termo têm músculos ainda menores.
 - Injeções IM repetidas podem causar abscessos estéreis.
 - As injeções subcutâneas geralmente não são administradas aos recém-nascidos, pois eles têm pouquíssimo tecido subcutâneo.
- **Intravenosa (IV):** Às vezes é recomendável administrar medicamentos a recém-nascidos por infusão IV para certificar-se de que o medicamento passa por todo corpo do bebê.

TABELA B.1 PARTE I: MEDICAMENTOS PARA RECÉM-NASCIDOS — AGENTES ANTI-INFECCIOSOS

	AMPICILINA	BENZATINA BENZILPENICILINA
Usar	Para evitar ou tratar infecção (sepsis) Administrar com gentamicina.	Para evitar a sífilis neonatal se a mãe teve um teste RPR ou VDRL positivo durante a gravidez e não recebeu tratamento durante a gravidez, foi tratada de forma inadequada ou a situação do tratamento é desconhecida.
Administração do medicamento	Ampicilina: 50 mg/kg IM ou IV por 10 dias ou até o bebê estiver bem por 4 dias: <ul style="list-style-type: none"> ■ Idade 1 a 7 dias: a cada 12 horas. ■ Idade acima de 7 dias: a cada 8 horas. A dose é diferente somente em caso de meningite – transferir, se houver suspeita de meningite.	Para bebês que não apresentem sinais de sífilis: Penicilina Benzatina: 75 mg/kg (100.000 unidades/kg) IM como dose única
Observações/ Alternativas	Os rins dos bebês são imaturos e funcionam devagar. Para evitar overdose, administre o medicamento com intervalos maiores para recém-nascidos prematuros ou muito jovens. Diminua o intervalo conforme o bebê amadurecer. Depois que o bebê completa 4 semanas, a ampicilina pode ser administrada a cada 6 horas. Ampola de 500 mg + 5 ml de água estéril = 5 ml contendo 100 mg ampicilina por ml. Usar de uma só vez.	Transfira o recém-nascido para um centro médico para diagnóstico e tratamento mais abrangentes se ele apresentar sinais de sífilis congênita ou não houver medicamento disponível. Se a mãe não foi tratada, transfira a mãe e seu parceiro para que recebam tratamento.
Perigos		

continua na próxima página

TABELA B.1 **PARTE I: MEDICAMENTOS PARA RECÉM-NASCIDOS — AGENTES ANTI-INFECCIOSOS**

	CEFTRIAXONA	ERITROMICINA
Usar	Para tratar infecção dos olhos causada por gonorreia.	Para tratar infecção dos olhos causada por clamídia.
Administração do medicamento	Ceftriaxona: 50 mg/kg IM como dose única (também pode ser administrada IV).	Eritromicina: 12,5 mg/kg via oral a cada 6 horas por 14 dias.
Observações/ Alternativas	<p>Dose máxima = 125 mg</p> <p>Se ceftriaxona não estiver disponível:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Canamicina 25 mg/kg IM em dose única (dose máxima de 75 mg) OU ■ Espectinomicina 25 mg/kg IM em dose única (dose máxima de 75 mg) 	
Perigos		

TABELA B.1 **PARTE I: MEDICAMENTOS PARA RECÉM-NASCIDOS — AGENTES ANTI-INFECCIOSOS**

	GENTAMICINA	VIOLETA GENCIANA
Usar	<p>Para evitar ou tratar infecção contraída durante o trabalho de parto.</p> <p>Para tratar sepsis do recém-nascido.</p> <p>Administrar com ampicilina (em uma seringa separada).</p>	<p>Para tratar sapinho, um fungo, candidíase oral.</p> <p>Para tratar infecção na pele das nádegas por candidíase ou fungo.</p> <p>Para tratar uma infecção localizada na pele ou no cordão umbilical.</p> <p>Ver também nistatina.</p>
Administração do medicamento	<p>Bebé com 2 kg ou mais: Gentamicina: 5 mg IM ou IV diariamente por 10 dias.</p> <p>Bebé com menos de 2 kg: Gentamicina: 4 gramas/kg IM ou IV diariamente por 10 dias.</p> <p>Bebé com mais de 8 dias (qualquer peso): Gentamicina: 7,5 mg/kg IM ou IV uma vez por dia por 10 dias ou 3,5 mg/kg a cada 12 horas.</p>	<p>Violeta genciana: 0,5% (somente para bebês) solução em água:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Boca: Passar na boca 4 vezes por dia até 2 dias depois das manchas desaparecerem. ■ Nádegas: Passar na pele 4 vezes por dia até 3 dias depois dos exantemas desaparecerem. ■ Pele: Aplicar à área afectada 4 vezes por dia por 5 dias. ■ Umbigo: Aplicar ao coto do cordão umbilical e ao umbigo 4 vezes por dia por 3 dias.
Observações/ Alternativas	<p>Para uso IV, administrar lentamente, de 20 a 30 minutos depois que a ampicilina foi administrada.</p> <p>Ver observações sobre ampicilina.</p>	<p>A violeta genciana deve ter contacto com o fungo ou com a bactéria, portanto, deve ser aplicada directamente na língua e gengivas ou pele.</p> <p>A violeta genciana mancha as roupas e a pele; tenha cuidado quando aplicar a solução.</p>
Perigos	<p>Não misture na mesma garrafa nem na mesma seringa que a penicilina.</p> <p>Pode ser tóxica para a audição e para os rins quando for usada a longo prazo.</p>	<p>Não deixe o bebé ingerir a violeta genciana.</p> <p>A solução de violeta genciana pode causar irritação e dano à pele se a solução for mais concentrada que 1% ou se o medicamento for usado com muita frequência.</p>

continua na próxima página

TABELA B.1 **PARTE I: MEDICAMENTOS PARA RECÉM-NASCIDOS — AGENTES ANTI-INFECCIOSOS**

	ISONIAZIDA	NISTATINA
Usar	Para evitar infecção por tuberculose no recém-nascido se a mãe tiver TB.	Para tratar sapinho, uma infecção oral causada por monilíase ou fungo. Para tratar infecção cutânea por monilíase ou fungo nas nádegas. Ver também violeta genciana.
Administração do medicamento	Isoniazida: 5 mg/kg uma vez por dia via oral até o recém-nascido chegar a 6 semanas de idade. Quando tiver seis semanas, transferir o bebê para avaliação a fim de determinar se a isoniazida pode ser continuada para completar 6 meses de tratamento.	Suspensão oral de nistatina 100.000 unidades por ml: ■ Boca: Pintar ou passar na boca a cada 4 horas até 2 dias depois das manchas desaparecerem. Pomada de nistatina: ■ Nádegas: Aplicar a cada troca de fralda até 3 dias depois do exantema desaparecer.
Observações/ Alternativas	Fornecido como xarope: 50 mg/5 ml Efeito colateral: diarreia.	Na primeira aplicação este medicamento causa certo desconforto. Efeito colateral: irritação cutânea.
Perigos	A isoniazida desactiva a BCG (protelar a vacina BCG até duas semanas depois que o curso da isoniazida terminar). Se a BCG já foi administrada, repetir 2 semanas depois que o curso da isoniazida terminar.	

TABELA B.1 **PARTE I: MEDICAMENTOS PARA RECÉM-NASCIDOS — AGENTES ANTI-INFECCIOSOS**

	NEVIPARINA	ZIDOVUDINA (AZT)
Usar	Bebé de mãe com HIV: Para reduzir o risco de transmissão de HIV de mãe para filho.	Bebé de mãe com HIV: Para reduzir o risco de transmissão de HIV de mãe para filho. Zidovudina: 2 mg/kg via oral. Iniciar o tratamento com 8 a 12 horas de idade: <ul style="list-style-type: none"> ■ Bebé a termo: a cada 6 horas. ■ Bebé prematuro: a cada 8 a 12 horas.
Administração do medicamento	Neviparina: 2 mg/kg via oral em dose única dentro de 3 dias depois do nascimento.	Continuar por 6 semanas. Usar se a mãe tomou zidovudina por 4 semanas antes do nascimento. Para directrizes actualizadas: www.aidsinfo.nih.gov/guidelines
Observações/ Alternativas	Para directrizes actualizadas: www.who.int/reproductive-health/rtis/nevirapine.htm	
Perigos		

TABELA B.2 **PARTE I: MEDICAMENTOS PARA RECÉM-NASCIDOS — VITAMINAS**

	VITAMINA K
Usar	Para evitar ou tratar sangramento devido à falta de vitamina K em recém-nascidos.
Administração do medicamento	<p>Bebê com mais de 1500 gramas: Dar vitamina K, 1 mg IM.</p> <p>Bebê com menos de 1500 gramas: Dar vitamina K 0,5 mg IM.</p> <p>Dose única.</p>
Observações/ Alternativas	Geralmente é administrada em dose única, mas pode ser repetida em 6 horas para tratar problema de sangramento.
Perigos	

TABELA B.3 PARTE I: MEDICAMENTOS PARA RECÉM-NASCIDOS — MEDICAMENTOS ANTI-INFECCIOSOS PARA CUIDADOS AOS OLHOS NO NASCIMENTO

Aplicar um dos seguintes tratamentos para os olhos dentro de uma hora depois do nascimento para evitar infecção dos olhos. Não tocar no olho com a ponta nem com o conta-gotas do tubo da pomada.

	SOLUÇÃO DE NITRATO DE PRATA 1%	POMADA DE TETRACICILINA 1%	SOLUÇÃO DE POLIVIDONA-IODINE 2,5%
Usar	Para evitar infecção dos olhos no nascimento.	Para evitar infecção dos olhos no nascimento.	Para evitar infecção dos olhos no nascimento.
Administração do medicamento	Colocar uma gota em cada olho.	Aplicar à parte interna da pálpebra inferior de cada olho.	Colocar uma gota em cada olho.
Observações/ Alternativas	Não enxaguar as gotas.		Não é a primeira opção, pois não há estudos suficientes.
Perigos	Pode causar irritação dos olhos.		

PARTE 2: MEDICAMENTOS PARA MÃES

Directrizes gerais para o uso seguro de medicamentos para mães

Os medicamentos devem ser usados com muito cuidado em mulheres grávidas ou que estejam amamentando. Os medicamentos listados neste apêndice são considerados seguros para mães, se usados conforme indicado. Leia as informações em “Observações/Alternativas” e “Perigos” para obter instruções quanto ao uso seguro dos medicamentos. Consulte suas directrizes clínicas locais para obter informações sobre os medicamentos e as doses usados em seu ambiente clínico.

Uso seguro de medicamentos durante a gravidez

A maioria dos medicamentos usados por uma mulher grávida chegam ao bebê por meio da placenta. Portanto, as mulheres devem, sempre que possível, evitar o uso de medicamentos durante a gravidez. Mas se os tratamentos com medicamentos forem inevitáveis, sempre consulte as informações do produto do fabricante antes de receitar qualquer medicamento para uma mulher grávida. Alguns medicamentos, por exemplo, nunca devem ser usados durante a gravidez; outros são perigosos durante o primeiro trimestre, mas podem ser usados mais tarde na gravidez.

Uso seguro de medicamentos para mães que amamentam bebês no seio

A maioria dos medicamentos usados por uma mulher que esteja amamentando no seio chegam ao bebê por meio do leite materno.

- Se o medicamento é normalmente receitado para bebês, ele pode ser usado com segurança, pois o bebê geralmente recebe uma dose bem mais baixa do medicamento pelo leite do que receberia se o estivesse tomando directamente. Exemplos disso são a maioria dos antibióticos, como a amoxicilina.
- Os medicamentos considerados seguros durante a gravidez são geralmente seguros de serem usados pela mãe enquanto ela está amamentando o bebê.
- Os medicamentos que não são absorvidos do sistema gastrointestinal (estômago e intestinos) são geralmente seguros. A maioria desses medicamentos são injectados, como a heparina, a insulina e a lidocaína ou outros anestésicos locais.

TABELA B.4 PARTE 2: MEDICAMENTOS PARA MÃES — AGENTES ANTI-INFECCIOSOS

	AMOXICILINA	AMPICILINA
Usar	Mãe pós-parto: Para tratar mastite.	Mãe em trabalho de parto: Para evitar infecção se a bolsa de águas estiver rompida por mais de 18 horas antes do nascimento. Para tratar infecção no trabalho de parto, usar 1 de 3 antibióticos com: <ul style="list-style-type: none"> ■ Gentamicina ■ Metronidazol Mãe pós-parto: Para tratar mastite.
Administração do medicamento	Amoxicilina: 500 mg via oral, a cada 8 horas por 10 dias.	Mãe em trabalho de parto: Ampicilina: 2 gramas IV a cada 6 horas até o parto, se a mãe apresentar febre depois do parto, continuar com a ampicilina até não apresentar febre por 24 horas. Mãe pós-parto: Ampicilina: 500 mg via oral, a cada 6 horas por 10 dias.
Observações/ Alternativas		Mãe em trabalho de parto: Monitorar febre depois do parto. Efeitos colaterais: diarreia. Mãe pós-parto: Efeitos colaterais: diarreia Ver penicilina G.
Perigos	Risco de reacção alérgica. Não receitar para mulheres alérgicas a penicilina.	Mãe em trabalho de parto: Risco de reacção alérgica. Não receitar para mulheres alérgicas a penicilina. Mãe pós-parto: Risco de reacção alérgica. Não receitar para mulheres alérgicas a penicilina.

continua na próxima página

TABELA B.4 PARTE 2: MEDICAMENTOS PARA MÃES — AGENTES ANTI-INFECCIOSOS

	PENICILINA BENZATINA	CLOTRIMAZOL (ANTIFÚNGICO)
Usar	Para tratar sífilis ou teste positivo de sífilis (teste RPR ou VDRL) durante a gravidez.	Infecção do mamilo causada por monilíase/fungo (sapinho). Ver também nistatina.
Administração do medicamento	Penicilina Benzatina: 2,4 milhões unidade IM em dose única. Administrar 2 injeções em locais separados (1,2 milhões unidades em cada nádega).	Clotrimazol; creme, loção ou solução tópica a 1%: Aplicar à pele do mamilo/aréola 2 vezes por dia por 14 dias.
Observações/ Alternativas	Certificar-se de transferir o parceiro da mãe para tratamento.	Não é necessário limpar o medicamento do seio antes de amamentar.
Perigos	Risco de reacção alérgica. Não administrar em mulheres alérgicas a penicilina.	Evitar contacto com os olhos do bebé.

TABELA B.4 PARTE 2: MEDICAMENTOS PARA MÃES — AGENTES ANTI-INFECCIOSOS

	CLOXACILINA	ERITROMICINA
Usar	Mãe pós-parto: Para tratar mastite.	Mãe com ruptura da bolsa de águas pré-termo ou pré trabalho de parto: Para evitar infecção. Mãe pós-parto: Para tratar mastite.
Administração do medicamento	Cloxacilina: 500 mg via oral, a cada 6 horas por 10 dias.	Mãe com ruptura da bolsa de águas pré-termo ou pré trabalho de parto: Eritromicina: 250 a 500 mg via oral, a cada 6 horas por 10 dias. Mãe pós-parto: Eritromicina: 250 mg via oral, a cada 8 horas por 10 dias.
Observações/ Alternativas	Efeitos colaterais: náusea, desconforto abdominal.	Tomar com estômago vazio para melhor efeito. Pode tomar com alimento se ocorrer problemas gastrointestinais. Efeitos colaterais: náusea, desconforto abdominal.
Perigos	Risco de reacção alérgica. Não receitar para mulheres alérgicas a penicilina.	Geralmente, a eritromicina pode ser administrada a mulheres alérgicas à penicilina.

continua na próxima página

TABELA B.4 PARTE 2: MEDICAMENTOS PARA MÃES — AGENTES ANTI-INFECCIOSOS

	GENTAMICINA	VIOLETA GENCIANA
Usar	<p>Mãe em trabalho de parto: Para tratar infecção, usar 1 de 3 antibióticos com:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ampicilina ■ Metronidazol 	<p>Para tratar infecção do mamilo causada por monilíase/fungo (sapinho).</p>
Administração do medicamento	<p>Gentamicina: 5 mg/kg a cada 24 horas IV até o parto.</p> <p>Se a mãe apresentar febre depois do parto, continuar com a gentamicina até não haver febre por 24 horas.</p>	<p>Violeta genciana: Solução 0,5 ou 1% Passar na pele do mamilo/aréola 2 vezes por dia até os sintomas desaparecerem.</p>
Observações/ Alternativas	<p>Certificar-se de que a mulher está ingerindo bastante líquidos.</p> <p>Monitorar febre depois do parto.</p>	<p>Não remover o medicamento do mamilo antes de amamentar.</p> <p>A violeta genciana mancha a pele e as roupas.</p>
Perigos	<p>Tóxico para a audição e os rins.</p>	<p>A solução de violeta genciana pode causar irritação e dano da pele se for mais concentrada que 1% ou se o medicamento for usado com muita frequência.</p>

continua na próxima página

TABELA B.4 PARTE 2: MEDICAMENTOS PARA MÃES — AGENTES ANTI-INFECCIOSOS

	METRONIDAZOL	NISTATINA
Usar	<p>Mãe em trabalho de parto: Para tratar infecção, usar 1 de 3 antibióticos com:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ampicilina ■ Gentamicina 	<p>Para tratar infecção do mamilo causada por monilíase/fungo (sapinho).</p> <p>Também ver clotrimazol.</p>
Administração do medicamento	<p>Metronidazol: 500 mg IV a cada 8 horas até o parto.</p> <p>Se a mãe apresentar febre depois do parto, continuar com a metronidazol até não haver febre por 24 horas.</p>	<p>Creme de nistatina: Aplicar ao mamilo/aréola duas vezes por dia depois de amamentar; continuar por 3 dias depois que os sintomas desaparecerem.</p>
Observações/ Alternativas	<p>Monitorar febre depois do parto.</p>	<p>Não é necessário remover o medicamento do seio antes de amamentar.</p>
Perigos		

continua na próxima página

TABELA B.4 PARTE 2: MEDICAMENTOS PARA MÃES — AGENTES ANTI-INFECCIOSOS

	NEVIRAPINA	PENICILINA G
Usar	Mãe com HIV: Para reduzir o risco de transmissão de HIV de mãe para filho.	Mãe em trabalho de parto: Para reduzir o risco de infecção uterina quando a bolsa de águas estiver rompida por 18 horas, administrar penicilina G ou ampicilina. Ver também ampicilina.
Administração do medicamento	Nevirapina: 200 mg via oral como dose única no momento do parto.	Penicilina G: 2 milhões de unidades IV a cada 6 horas até o parto.
Observações/ Alternativas	Para directrizes actualizadas: http://www.who.int/reproductive-health/rtis/nevirapine.htm	
Perigos		Risco de reacção alérgica. Não receitar para mulheres alérgicas a penicilina.

TABELA B.4 PARTE 2: MEDICAMENTOS PARA MÃES — AGENTES ANTI-INFECCIOSOS

	ZIDOVDINA (AZT)
Usar	Mãe com HIV: Para reduzir o risco de transmissão de HIV de mãe para filho.
Administração do medicamento	<p>Longo prazo: Iniciar a 14 a 36 semanas: Zidovudina: 200 mg via oral 3 vezes por dia (a cada 8 horas) ou 300 mg a cada 12 horas. Continuar até o momento do trabalho de parto.</p> <p>Durante o trabalho de parto: Zidovudina: 2 mg/kg IV por 1 hora no momento do parto e, a seguir, 1 mg/kg a cada hora até o parto.</p> <p>Curto prazo: Iniciar a 36 semanas: Zidovudina: 300 mg via oral duas vezes por dia.</p> <p>Durante o trabalho de parto: Zidovudina: 300 mg via oral a cada 3 horas do momento do trabalho de parto até o parto.</p>
Observações/ Alternativas	Para directrizes actualizadas: www.aidsinfo.nih.gov/guidelines
Perigos	

TABELA B.4 PARTE 2: MEDICAMENTOS PARA MÃES — AGENTES ANTIMALÁRICOS

	SULFADOXINA-PIRIMETAMINA (SP)
Usar	Tratamento preventivo intermitente para malária por falcíparo.
Administração do medicamento	Sulfadoxina-pirimetamina: A dose é três comprimidos. Dar pelo menos 2 doses durante a gravidez da seguinte maneira: <ul style="list-style-type: none"> ■ Uma dose na primeira consulta pré-natal (depois de 4 meses). ■ Uma dose na primeira ou nas duas primeiras consultas pré-natais, mas não com mais frequência que mensalmente.
Observações/ Alternativas	Alternativas: <ul style="list-style-type: none"> ■ Mefloquina 250 mg via oral semanalmente, iniciar no segundo trimestre. ■ Cloroquina 500 mg semanalmente por 26 semanas começando na primeira consulta pré-natal.
Perigos	Não usar SP antes de 16 semanas (4 meses) de gravidez. <p>Seguir as directrizes específicas de seu país sobre tratamento preventivo intermitente, pois a resistência do medicamento varia de lugar para lugar.</p> <p>Não usar SP para mulheres alérgicas a medicamentos com sulfa.</p>

TABELA B.6 PARTE 2: MEDICAMENTOS PARA MÃES—ANTI-HELMÍNTICOS

	MEBENDAZOL
Usar	Mãe durante a gravidez: Controle de ancilostomíase.
Administração do medicamento	Mebendazol: 500 mg em dose única via oral durante o segundo trimestre.
Observações/ Alternativas	Alternativas: <ul style="list-style-type: none"> ■ Albendazol: Dose única de 400 mg depois do primeiro trimestre ■ Alverdozol ■ Levamisol ■ Pirantel
Perigos	Não usar durante o primeiro trimestre. <p>Se a ancilostomíase for altamente endêmica (mais que 50% de prevalência), administrar uma dose adicional no terceiro trimestre de gravidez.</p>

TABELA B.7 PARTE 2: MEDICAMENTOS PARA MÃES — VITAMINAS E FERRO/FOLATO:

	VITAMINA A	FERRO/FOLATO (FE/FA)
Usar	<p>Mães: Administrada a mulheres que vivem em regiões onde há deficiência de vitamina A. A vitamina A é necessária para combater infecção e evitar cegueira noturna.</p> <p>As mães passam a vitamina A para os bebês pelo leite materno.</p>	<p>Para evitar e tratar anemia na gravidez.</p>
Administração do medicamento	<p>Vitamina A: Mulheres grávidas: Vitamina A: Uma cápsula de 10 000 UI por dia durante toda a gravidez OU vitamina A: Uma cápsula de 25 000 UI semanalmente depois do terceiro mês até o nascimento.</p> <p>Pós-parto: Vitamina A: Uma cápsula de 200 000 UI durante as primeiras 8 semanas depois do parto (6 semanas, se não estiver amamentando no seio).</p>	<p>Sulfato de ferro: 320 mg (60 mg de ferro elementar) e 400 mcg a 1 mg de folato via oral diariamente.</p>
Observações/ Alternativas	<p>Proteger o medicamento da luz. Armazenar em uma área longe de luz directa, como em um armário.</p>	<p>Efeitos colaterais: Fezes pretas, constipação, problema gastrointestinal e náusea.</p> <p>Tomar comprimidos de Fe/FA com vitamina C ou alimento rico em vitamina C para aumentar a absorção.</p> <p>Chá, café e bebidas tipo cola inibem a absorção do ferro.</p>
Perigos	<p>Não administrar mais que as doses listadas. <i>Doses excessivas durante a gravidez podem causar malformações no bebê.</i></p> <p>Não usar durante o primeiro trimestre.</p> <p>Uma overdose na mãe pode causar náusea, vômito, mal-estar e dor de cabeça.</p> <p>Não administrar a um bebê: bebês menores de 6 meses recebem vitamina A do leite materno.</p>	<p>Os comprimidos são venenosos para crianças pequenas. Mantenha os comprimidos em local seguro.</p>

**TABELA B.8 PARTE 2: MEDICAMENTOS PARA MÃES —
OUTROS MEDICAMENTOS**

	PARACETAMOL (ACETAMINOFEN)
Usar	Para aliviar a dor e a febre.
Administração do medicamento	Paracetamol: 325-650 mg via oral a cada 4 a 6 horas.
Observações/ Alternativas	
Perigos	Não administrar a uma mãe com doença ou dano no fígado.

PARTE 3: COMO ADMINISTRAR OXIGÉNIO A UM RECÉM-NASCIDO

Se um bebé precisa de oxigénio, sigas as directrizes a seguir:

- Certifique-se de que o bebé recebe a quantidade correcta de oxigénio, pois:
 - Muito oxigénio, com o tempo, pode danificar os pulmões e os olhos do bebé, especialmente se o bebé for muito prematuro (menos de 35 semanas).
 - Pouco oxigénio pode danificar os órgãos do recém-nascido e causar a sua morte.
- A alimentação deve continuar durante a terapia com oxigénio. Métodos de alimentação pode incluir amamentação no peito, dar leite materno por copo ou por tubo nasogástrico.

Se for de alguma forma possível, ajudar a mãe a amamentar no seio enquanto o bebé continua a receber oxigénio.

Se isso não for possível, tente desconectar o oxigénio brevemente enquanto você observa a amamentação. Se o bebé continuar pálido ou azulado ou apresentar sinais de dificuldade respiratória, parar de alimentá-lo e reconectar o oxigénio imediatamente. Tranquilizar a mãe e, a seguir, alimentar o bebé com leite materno por copo, se possível.

Se o bebé estiver gravemente doente e não tolerar alimentações orais, alimentar o bebé com leite materno por tubo nasogástrico. Começar o bebé em amamentação no seio directa logo que possível.

- Quando a respiração do bebé começar a melhorar, diminuir gradualmente o fluxo de oxigénio.
- Descontinuar o oxigénio quando a respiração do bebé estiver normal (30 a 60 incursões por minuto) e não houver sinais de dificuldade respiratória. A seguir, observar o bebé atentamente:
 - Se a língua e os lábios permanecerem rosas, não administrar mais oxigénio. A seguir, observar se a língua e os lábios estão azulados (cianose central) a cada 15 minutos pela próxima hora. Manter o bebé no centro por pelo menos 24 horas de supervisão depois do oxigénio ser interrompido.
 - Se aparecerem novamente língua e lábios azulados, reiniciar o oxigénio e preparar para transferência. O bebé precisa de cuidados especializados e de oxigénio durante o transporte até o centro de referência.

TABELA B.9 PARTE 3: COMO ADMINISTRAR OXIGÊNIO A RECÉM-NASCIDOS¹

	SONDAS NASAIS	CATETER NASAL	MÁSCARA FACIAL
Fluxo e Concentração	<ul style="list-style-type: none"> ■ Baixo = 0,5 L por minuto ■ Moderado = 0,5-1 L por minuto ■ Alto = mais de 1 L por minuto 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Baixo = 0,5 L por minuto ■ Moderado = 0,5-1 L por minuto ■ Alto = mais de 1 L por minuto 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Baixo = 1 L por minuto ■ Moderado = 1-2 L por minuto ■ Alto = mais de 2 L por minuto
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Um baixo fluxo de oxigénio é necessário para oferecer a concentração desejada. ■ Pode oferecer uma concentração constante de oxigénio se aplicado correctamente. ■ A administração de oxigénio pode continuar durante a amamentação no seio. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Um baixo fluxo de oxigénio é necessário para oferecer a concentração desejada. ■ Pode oferecer uma concentração constante de oxigénio se aplicado correctamente. ■ A administração de oxigénio pode continuar durante a amamentação no seio. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A administração de oxigénio pode ser começada de maneira rápida e fácil. ■ Conveniente para administra oxigénio por breves períodos de tempo.
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exige sondas especiais para uso em bebés recém-nascidos. ■ Exige dispositivo de controlo de fluxo que permita fluxo baixo. ■ Direciona oxigénio frio para os pulmões do bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exige dispositivo de controlo de fluxo que permita fluxo baixo. ■ Direciona oxigénio frio para os pulmões do bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dióxido de carbono pode acumular se o fluxo for muito baixo ou a máscara for muito pequena. ■ Não é possível amamentar no seio enquanto a máscara estiver posicionada. ■ É difícil manter a máscara na posição correcta.

TABELA B.9 PARTE 3: COMO ADMINISTRAR OXIGÊNIO A RECÉM-NASCIDOS

	CAMPÂNULA	INCUBADORA
Fluxo e Concentração	<ul style="list-style-type: none"> ■ Baixo = 3 L por minuto ■ Moderado = 3 L-5 L por minuto ■ Alto = mais de 5 L por minuto 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se usar uma campânula dentro da incubadora, seguir as instruções para a campânula. ■ Se conectar o oxigênio diretamente com a incubadora, seguir as instruções do fabricante.
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aquece o oxigênio. ■ Pode dar uma alta concentração de oxigênio. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aquece o oxigênio.
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> ■ É preciso alto fluxo de oxigênio para atingir a concentração desejada. ■ Não é possível oferecer amamentação no seio directa. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desvantagens de dar oxigênio diretamente para a incubadora: <ul style="list-style-type: none"> ■ O oxigênio é perdido, pois é preciso um fluxo alto de oxigênio para fornecer a concentração desejada para o bebê. ■ Difícil de manter a concentração de oxigênio quando as aberturas da incubadora estão abertas para cuidados e procedimentos. ■ Não é possível oferecer amamentação no seio directa.

Observação

- I A Tabela B.9 foi adaptada de: Organização Mundial da Saúde (2003). *Managing newborn problems: A guide for doctors, nurses and midwives. Integrated management of pregnancy and childbirth*. Geneva: OMS.

Referências Gerais

- Faucher MA e Jackson G. (1992). Pharmaceutical preparations: A review of drugs commonly used during the neonatal period. *J Nurse Midwifery*, 37 (2 Supl.) 74-86.
- Goren G e Cohen MS. (1995). *Special aspects of perinatal and pediatric pharmacology*. Em: Katzung BG. *Basic and clinical pharmacology Edição 6*, páginas 913-919). Norwalk, CT: Appleton-Lange.
- Organização Mundial da Saúde (2000). *Management of the child with a serious infection or severe malnutrition*. Geneva: OMS. (OMS/ FCH/CAH/00.1).
- Organização Mundial da Saúde (2000). *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Geneva: OMS. (OMS/RHR/00.7).
- Organização Mundial da Saúde (2003). *Managing newborn problems: A guide for doctors, nurses and midwives*. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Geneva: OMS.

Referências da Internet

- Northern Neonatal Network. (2000). Neonatal Formulary (Edição 3). Acessado em 20 de Janeiro de 2003, do endereço www.neonatalformulary.com

C

Prevenção de Infecção

Infecções causam a morte de muitos recém-nascidos. Isso acontece porque o sistema imunológico do bebé (o sistema que combate infecções) não está totalmente desenvolvido no nascimento. Os profissionais de saúde também estão sob o risco de contrair infecções, pois eles têm contacto com pacientes que podem apresentar infecções.

Os profissionais de saúde podem evitar infecções e ensinar as famílias como evitar infecções. Seguir passos simples de prevenção contra infecção durante os cuidados à saúde em casa ou em um centro médico pode salvar vidas.



CAUSAS DE INFEÇÕES

A infecção é causada por germes pequenos e invisíveis que crescem e se multiplicam no corpo. Existem muitos tipos de germes: bactérias, vírus, fungos e parasitas. Quando germes entram no corpo, o sistema imunológico funciona para matá-los e evitar doenças. Se os germes são fortes ou numerosos, eles podem prevalecer e causar infecção, mesmo no corpo de uma pessoa saudável. Recém-nascidos e pessoas que já estejam doentes, mal nutridas ou com sistema imunológico debilitado não têm uma grande capacidade de matar germes. Elas ficam doentes com infecções mais facilmente. Os germes infecciosos são passados de maneiras diferentes:

Toque

Tocar um objecto sujo ou contaminado espalha germes e contamina as mãos. Um corte na mão permite que os germes entrem no corpo e causem infecção. Sem lavar as mãos, os germes também podem ser passados para outras pessoas quando elas se tocarem.

Sangue ou secreções corporais

Alguns germes infecciosos vivem no sangue ou nas secreções sanguíneas (HIV, hepatite B) e podem ser transmitidos para outras pessoas:

- Pela mãe para o bebé durante a gravidez, parto ou amamentação.
- Por contacto sexual.
- Por contacto com sangue ou líquido amniótico de uma pessoa infectada. O sangue ou os fluidos entram no corpo de uma pessoa que não está infectada por:
 - Uma ferida aberta, membrana mucosa ou olho.
 - Recebimento de sangue de, ou compartilhamento de agulhas com, uma pessoa infectada.

Ar

Outros germes infecciosos são tossidos no ar por uma pessoa infectada e transmitidos às outras pessoas que respiram o mesmo ar.

Alimentos e água

Os germes que vivem nos alimentos e na água são transmitidos a pessoas que comem ou bebem o alimento ou a água contaminada.

QUEM ESTÁ SOB RISCO DE INFEÇÃO E COMO

Profissionais de saúde

- Agulhas ou outros instrumentos pontiagudos e contaminados podem furar a pele.

- Fluidos contaminados (sangue ou outros fluidos corporais) podem respingar nas membranas mucosas (olhos, nariz ou boca).
- Germes infecciosos podem entrar na pele com ruptura (devido a corte, arranhões, exantema, rachadura ou infecções por fungo).

Mães e bebês

- Mães e bebês estão sob risco quando os profissionais de saúde não lavam as mãos depois de consulta com pacientes e procedimentos.
- Eles estão sob risco quando os instrumentos usados e outros itens não são limpos e processados correctamente.

Comunidade

A eliminação inadequada do lixo médico (incluindo curativos contaminados, tecido, placenta, agulhas e seringas) cria um risco para a comunidade. O lixo contaminado pode ser encontrado por crianças ou outras pessoas em um recipiente de lixo aberto ou no chão.

PRECAUÇÕES PADRÃO PARA EVITAR A TRANSMISSÃO DE INFEÇÕES

Muitas infecções podem ser evitadas usando-se sempre precauções padrão. Elas são procedimentos de rotina que protegem os profissionais de saúde e os pacientes contra o contacto com materiais infecciosos.

Usar precauções padrão significa sempre:

- Considerar todas as pessoas como potencialmente infecciosas (mesmo o bebé e a equipe médica).
- Lavar as mãos.
- Usar roupas protectoras quando for necessário (luvas, protecção para os olhos, aventais e sapatos fechados).
- Evitar ferimentos por objectos cortantes.
- Processar instrumentos e equipamento para cuidados ao paciente de maneira segura.
- Manter as salas para cuidados ao paciente limpas.
- Eliminar lixos de maneira segura.
- Manusear, transportar e processar lençóis e toalhas usados/sujos de maneira segura.

Seguir as precauções padrão com todos pacientes, mesmo se você não achar que o paciente apresenta uma infecção. Isso é importante porque nem sempre é possível saber quem está infectado. Muitas vezes, as pessoas não sabem que estão infectadas.

LAVAR AS MÃOS

Contacto com as mãos é a maneira mais comum de transmitir infecções, e lavar as mãos é a maneira mais importante de diminuir a possibilidade das infecções se espalharem. Lave as mãos sempre que houver uma possibilidade de suas mãos estarem contaminadas. Sempre lave as mãos nas circunstâncias a seguir:

- Imediatamente quando você chegar ao centro médico ou à casa do paciente.
- Antes de examinar a mãe ou o bebê.
- Antes de colocar luvas para procedimentos.
- Antes de sair do centro médico ou da casa do paciente.
- Antes de comer.
- Depois de examinar cada paciente.
- Depois de tocar em qualquer instrumento ou item que possa estar contaminado com sangue ou outros fluidos corporais, ou depois de tocar em membranas mucosas.
- Depois de manusear sangue, urina ou fezes.
- Depois de remover qualquer tipo de luvas (as mãos podem ficar contaminadas se as luvas tiverem pequenos furos ou rupturas).
- Depois de usar a sanita ou a latrina.

Existem dois tipos de lavagem de mãos usados nos cuidados a mães e bebês:

- 1) lavar as mãos com sabonete e água corrente, e
- 2) esfregar com álcool.

Não usar alvejante com cloro directamente nas mãos. Irrita muito e seca a pele, causando rachaduras e ranhuras pelas quais podem entrar germes.

Não lavar as mãos em uma bacia com água parada, mesmo se foi adicionado um anticéptico como Dettol ou Savlon. Os germes crescem e se multiplicam em água parada.

FIGURA C.1 COMO LAVAR AS MÃOS



TABELA C.1 DICAS PARA LAVAR AS MÃOS COM SABÃO E ÁGUA CORRENTE

Lavar as mãos com sabão e água remove os germes e sujeira, fezes e outros materiais do corpo.

Passos para lavar as mãos:

1. Molhar as mãos sob **ÁGUA CORRENTE**. Quando não houver água corrente, usar:
 - Um balde com torneira, ou
 - Um balde e jarro. Uma pessoa despeja a água limpa sobre as mãos da pessoa que está lavando as mãos.
 - Ver Tabela C.2 para esfregar com álcool se não houver água limpa.
2. Esfregar as mãos uma na outra com sabão até formar espuma, cobrindo todas as superfícies.
3. Entrelaçar os dedos molhados e com sabão e deslizá-los para frente e para trás.
4. Enxaguar as mãos sob **ÁGUA CORRENTE** até todo o sabão ser removido.
5. Secar as mãos com uma toalha limpa ou secá-las no ar se não houver uma toalha limpa.
6. Ao lavar as mãos antes de um procedimento, não tocar em superfícies que não estejam limpas antes de tocar no paciente, tocar em instrumentos limpos nem antes de colocar luvas.

Lavar as mãos deve demorar:

15 a 20 segundos: Antes e depois da maioria das actividades, como examinar um bebé, ter contacto com um paciente ou usar a sanita ou a latrina.

2 a 3 minutos: Se suas mãos estiverem muito sujas com sangue, outro material orgânico (se suas luvas foram rasgadas) ou sujeira.

TABELA C.2 DICAS PARA LIMPAR AS MÃOS ESFREGANDO COM ÁLCOOL

Esfregar com álcool é muito eficaz para matar germes normais.

Quando não usar: Esfregar com álcool não é eficaz para remover sujeira, sangue, fezes nem outros materiais corporais. Lavar com sabão e água remove esses materiais.

Como esfregar com álcool. Como o álcool usado sozinho seca a pele e pode causar rachaduras, misturar o álcool da maneira a seguir com um hidratante para a pele:

- 100 ml de álcool 60-90%
- 2 ml de glicerina, propileno glicol ou sorbitol

Como usar:

- Despejar 3 a 5 ml (1 colher de chá da mistura com álcool na palma da mão.
- Esfregar as mãos uma na outra, incluindo entre os dedos e sob as unhas, até ficarem secas.

Depois de usar este método 5 a 10 vezes, é preciso remover o excesso de hidratante (como glicerina) da pele. Lavar com água e sabão.

COMO PROCESSAR INSTRUMENTOS E OUTROS ITENS

Instrumentos e outros itens, como luvas reutilizáveis, seringas reutilizáveis e grampos para cordão umbilical, devem ser processados para que não transmitam infecções quando forem usados. O processamento correcto inclui os passos a seguir:

- Passo 1: Descontaminação
- Passo 2: Limpeza
- Passo 3: Desinfecção de alto nível (DAN) ou esterilização
- Passo 4: Armazenamento e uso

É importante realizar esses passos na ordem correcta por diversos motivos:

- Passo 1: A descontaminação deve ser realizada primeiro para tornar seguro tocar nos itens.
- Passo 2: A limpeza deve ser feita depois disso para remover material (como sangue seco) que possa atrapalhar a esterilização ou a descontaminação de alto nível.
- Passo 3: A DAN ou esterilização deve ser realizada antes de usar ou armazenar para reduzir o risco de infectar pacientes.
- Passo 4: Armazenar ou usar os itens imediatamente depois da DAN ou da esterilização para que eles não fiquem contaminados.

Como fazer uma solução de descontaminação com cloro 0,5%¹

O cloro geralmente é a substância química mais barata, mais disponível e que age mais rapidamente para fazer uma solução de descontaminação. Uma solução de cloro pode ser feita de:

- Alvejante líquido para uso residencial (hipocloreto de sódio).
- Pó alvejante (hipocloreto de cálcio ou limão clorado).
- Tabletes que liberam cloro.

Por causa de seu custo baixo e grande disponibilidade, é recomendável usar alvejante líquido ou em pó. Uma solução de cloro 0,5% é necessária para a descontaminação. Uma solução menos concentrada (menos de 0,5%) pode não matar os germes. Uma solução mais concentrada (mais de 0,5%) usa mais cloro (é mais cara) e pode danificar os instrumentos.

TABELA C.3 PASSO 1: DESCONTAMINAÇÃO

A finalidade da descontaminação de instrumentos e outros itens reutilizáveis é:

- Matar vírus (como hepatite B, hepatite C e HIV) e muitos outros germes.
- Tornar os itens mais seguros de manusear durante a limpeza.
- Tornar os itens mais fáceis de limpar ao evitar que sangue ou outros fluidos corporais e tecido sequem neles.

Como descontaminar instrumentos e outros itens:

1. Colocar os itens em um recipiente plástico com solução de cloro 0,5% imediatamente depois de usá-los.
2. Cobrir os itens completamente com solução de cloro.
3. Mergulhar os itens por 10 minutos. Não deixar os itens na solução por mais de 10 minutos. Mergulhar por muito tempo em solução de cloro pode danificar os instrumentos e outros itens.
4. Retirar os itens da solução de cloro. Sempre usar luvas protectoras quando retirar os itens da solução de cloro.
5. Enxaguar os itens com água. Colocá-los de lado até estar pronto para limpá-los.
6. Trocar a solução: 1) no início de cada dia, 2) sempre que a solução estiver contaminada com sangue ou fluidos corporais, ou 3) se a solução ficar turva.

Compostos com cloro são descritos como tendo uma certa percentagem de cloro “activo” (ou disponível). É o cloro activo nesses produtos que mata os germes. A quantidade de cloro activo é descrita como uma percentagem e pode diferenciar de acordo com o produto. É importante saber isso para preparar uma solução de cloro que contenha 0,5% de cloro activo.

Nos países onde estão disponíveis produtos franceses, a quantidade de cloro activo é geralmente expressa em graus clorométricos (°clórom). Um °clórom contém cerca de 0,3% de cloro activo. Por exemplo, eau de Javel contém 15 °clórom, o que é aproximadamente 5% de cloro activo (15 vezes 0,3% é igual a 4,5%, que é arredondado para 5%).

Como usar um alvejante líquido para casa

O cloro em alvejante líquido vem em concentrações diferentes. Desde que você saiba a concentração, você pode usar qualquer alvejante para limpeza da casa para fazer uma solução de cloro 0,5% usando a fórmula a seguir:

**[% cloro em alvejante líquido dividido por 0,5%]
menos 1 = partes de água para cada parte
de alvejante²**

Exemplo: Para fazer uma solução de cloro 0,5% de um concentrado de cloro 3,5%, calcular assim:

$[3,5\% \text{ dividido por } 0,5\%] \text{ menos } 1 = [7] \text{ menos } 1 = 6$

Neste caso, você precisa misturar 1 parte de alvejante líquido com 6 partes de água para obter uma solução de cloro 0,5%.

Como usar pó alvejante

Se usar pó alvejante, calcular a razão de alvejante para água usando esta fórmula:

**[% cloro desejado dividido por % cloro no pó
alvejante] vezes 1,000 = gramas de pó para cada
litro de água.**

Exemplo: Para fazer uma solução de cloro 0,5% de um pó de hipocloreto de concentrado de cloro 35%, calcular assim:

$[0,5\% \text{ dividido por } 35\%] \text{ multiplicado por } 1,000 = 14,3$

Neste caso, é preciso dissolver 14,3 gramas de pó de hipocloreto de cálcio em 1 litro de água para obter uma solução de cloro 0,5%.

Como usar tabletes que liberam cloro

Como a percentagem de cloro activo nesses produtos pode variar, siga as instruções do fabricante. Se as tabletes não vierem com instruções, peça as informações de uso do produto ao seu fornecedor ou entre em contacto com o fabricante.

Uso de sabão para limpeza

O sabão é importante para uma limpeza eficaz, pois a água sozinha não remove proteína, óleos nem graxa:

- Quando o sabão é dissolvido na água, ele quebra a graxa, o óleo e outros materiais estranhos, tornando mais fácil removê-los com a limpeza.
- Usar sabão para limpeza da casa (em barra ou líquido), se disponível, em vez de sabonete para limpeza pessoal. Os ácidos gordurosos em sabonetes para limpeza pessoal reagirão com os minerais da água e deixarão uma espuma difícil de ser removida.
- Se usar um sabão em barra, mantenha-o em um porta-sabão com orifícios para escoamento.
- Não use esfregão de metal nem produtos para limpeza abrasivos como Vim ou Comet. Eles podem arranhar ou danificar os instrumentos e outros itens, deixando ranhuras. Os germes podem então crescer e se esconder nessas ranhuras.

Depósito de mineral branco: Um depósito de pó branco pode ficar na panela e nos itens que são frequentemente fervidos. Isso é causado por sais de cálcio presentes na água. Para diminuir este depósito:

1. Adicionar vinagre à água.
2. Ferver a água por 10 minutos antes de adicionar instrumentos que devem passar por descontaminação de alto nível. Isso faz com que a cal saia da água e fique no fundo ou nas laterais da panela (em vez de nos itens sendo fervidos).
3. Usar a mesma água durante o dia todo. Adicionar somente água suficiente para manter os itens submersos.
4. Escoar e limpar a panela no final de cada dia.

Abrasamento: Segurar um item em uma brasa não é recomendado como um método de DAN, pois não mata eficazmente os germes.

TABELA C.4 PASSO 2: LIMPEZA

A finalidade de esfregar com escova, sabão e água é:

- Remover sangue, outros fluidos corporais, tecido e sujeira.
- Reduzir o número de germes.
- Tornar a esterilização ou a descontaminação de alto nível eficaz. Se um coágulo de sangue, por exemplo, é deixado em um instrumento, os germes no coágulo podem não ser totalmente mortos pela esterilização nem pela DAN.

Passos para limpeza

1. Usar luvas protectoras, uma máscara e protecção para os olhos quando fizer a limpeza.
2. Usar uma escova macia ou uma escova de dentes velha, sabão e água.
3. Esfregar bem os itens enquanto os segura sob a água (tentar não respingar). Escovar as ranhuras, dentes e juntas dos instrumentos onde sangue e tecido podem ser encontrados.
4. Enxaguar bem todos os itens com água limpa para remover todo o sabão.

TABELA C.5 SPASSO 3: DESCONTAMINAÇÃO DE ALTO NÍVEL (DAN) POR FERVURA

A DAN mata todos os germes, excepto alguns endosporos (bactérias difíceis de matar, como o tétano ou gangrena gasosa que formam uma protecção dura externa). A DAN pode ser usada para instrumentos e itens que entrem em contacto com pele aberta ou membranas mucosas intactas. Se a esterilização não estiver disponível, a DAN é a única outra alternativa aceitável. A DAN pode ser feita por fervura ou com vapor.

Passos para ferver:

1. Colocar todos instrumentos e outros itens para descontaminar em uma panela para ferver.
2. Abrir tesouras e todos os instrumentos com juntas.
3. Colocar fórceps ou pinças em cima de todos os outros equipamentos que estão na panela. Um cordão amarrado ao fórceps ou pinças e deixado pendurado sobre a borda da panela facilita a remoção desses instrumentos.
4. Cobrir todos os itens completamente com água.
5. Ferver a água.
6. Quando a água começar a ferver, cobrir a panela e ferver por **20 MINUTOS**. Não adicionar itens depois que a contagem de tempo começar. Não ferver a água demais. Isso protege os instrumentos contra dano e economiza combustível.
7. Remover os itens da panela com o fórceps ou pinças que passaram por DAN.
8. Colocar todos os instrumentos ou itens em um recipiente que passou por DAN. Existem duas maneiras de fazer a descontaminação de alto nível de um recipiente: a) colocar o recipiente em cima de todos os outros equipamentos a serem ferveridos e removê-lo primeiro, ou b) encher o recipiente com solução de cloro 0,5% e deixar na solução por 20 minutos. A seguir, despejar a solução de cloro e enxaguar bem o recipiente com água fervida. Secar o recipiente com ar antes de usá-lo novamente.
9. Secar os itens com ar antes de usá-los ou armazená-los. Não deixar os itens ferveridos em água que parou de ferver. Eles podem facilmente ficar contaminados à medida que a água esfria.

TABELA C.6 PASSO 3: DAN COM VAPOR

Vantagens de usar vapor em vez de ferver:

- O vapor causa menos dano às luvas e a outros itens de plástico ou de borracha.
- O vapor usa menos água.
- O vapor usa menos combustível, pois há menos água para ferver.
- O vapor não causa acúmulo de sais de cal em instrumentos de metal.

Passos para descontaminação com vapor:

1. Colocar água no fundo de uma panela para cozinhar com vapor.
2. Colocar nela uma bandeja para vapor com orifícios.
3. Colocar todos os itens na bandeja para procedimento com vapor. Abrir tesouras e todos os instrumentos com juntas.
4. Colocar fórceps ou pinças em cima de todos os outros equipamentos que estão na panela. Um cordão amarrado ao fórceps ou pinças e deixado pendurado sobre a borda da panela facilita a remoção desses instrumentos.
5. Ferver a água.
6. Quando a água começar a ferver, cobrir a panela e ferver por **20 MINUTOS**. Não adicionar itens depois que a contagem de tempo começar. Não ferver a água demais. Isso economiza combustível.
7. Remover os itens da panela com o fórceps ou pinças que passaram por DAN.
8. Colocar todos os instrumentos ou itens em um recipiente que passou por DAN. Existem duas maneiras de fazer a descontaminação de alto nível de um recipiente: a) colocar o recipiente e sua tampa em cima de todos os outros equipamentos a serem descontaminados com vapor e removê-los primeiro, ou b) encher o recipiente com solução de cloro 0,5% e deixar com a solução por 20 minutos. A seguir, despejar a solução de cloro e enxaguar bem o recipiente com água fervida. Secar o recipiente com ar antes de usá-lo novamente.
9. Secar os itens ao ar.
10. Quando estiverem secos, usar ou armazenar os itens em um recipiente coberto que tenha passado por DAN.

TABELA C.7 PASSO 3: ESTERILIZAÇÃO POR VAPOR (AUTOCLAVE)

A esterilização mata todos os germes, incluindo os endosporos. Qualquer item que vá entrar em contacto com o fluxo sanguíneo ou tecidos sob a pele (agulhas, seringas, instrumentos cirúrgicos, etc.) devem ser esterilizados usando vapor (autoclave) ou calor seco.

A esterilização a vapor usa o calor húmido sob pressão, portanto é preciso água e calor. O calor pode ser fornecido por electricidade ou por outra fonte de combustível (como querosene). A máquina de autoclave deve ter um calibrador de pressão.

Passos para esterilização com vapor:

1. Descontaminar, limpar e secar todos os instrumentos e outros itens que devem ser esterilizados.
2. Abrir ou destravar todos instrumentos com juntas, como tesouras, para que o vapor possa atingir todas as superfícies do item.
3. Se embrulhar os itens para a autoclave, usar duas camadas de papel, jornal ou tecido de algodão ou musselina. (Não usar lona, pois o vapor pode não penetrar neste material.) Embrulhar primeiro em uma camada, a seguir, embrulhar o pacote em uma segunda camada. Fazer pontas (ver Figura C.2) enquanto embrulha os itens para que os pacotes possam ser abertos facilmente sem contaminar os itens. Não vedar os itens em um recipiente fechado que não possa ser penetrado pelo vapor.
4. Não embrulhar os itens juntos e apertados na autoclave. Deixar espaço entre os itens para que o vapor possa se mover livremente.
Muitos tipos de autoclaves são usados no mundo todo. Seguir as instruções do fabricante sempre que possível. De modo geral, esterilizar a 121 °C (250 °F) e pressão de 106 kPa (15 lb/in²). Não começar a marcar o tempo até a autoclave atingir a temperatura e a pressão desejadas:
 - Os itens embrulhados demoram 30 minutos.
 - Os itens não embrulhados demoram 20 minutos.

Observação: As unidades de pressão marcadas em um calibrador de pressão de autoclave podem variar dependendo da autoclave. A quantidade necessária de pressão pode ser representada das seguintes maneiras:

- 15 lb/in² (15 libras por polegada quadrada)
 - 106 kPa (106 quilopascals)
 - 1 atm (1 atmosfera)
 - 1 kgf/cm² (1 quilograma de força por centímetro quadrado)
 - 776 torr
 - 776 mm Hg (776 milímetros de mercúrio)
5. No final do ciclo:
 - Se a autoclave for automática, o calor será desligado e a pressão começará a cair.
 - Se a autoclave não for automática, desligar o calor ou retirar a autoclave da fonte de calor.
 6. Aguardar até o calibrador de pressão chegar a “zero”. Abrir a tampa ou a porta da autoclave para que o vapor possa sair.
 7. Deixar os pacotes com instrumentos ou itens na autoclave até eles secarem completamente, o que pode demorar até 30 minutos. Os itens devem estar secos antes de serem removidos. Os pacotes húmidos quando removidos da autoclave atraem microorganismos do ambiente e devem ser considerados como contaminados.
 8. Remover os itens da autoclave quando eles estiverem secos. Se alguns itens não estiverem embrulhados, usar pinças esterilizadas para removê-los e transferi-los para um recipiente estéril.
 9. Usar ou armazenar imediatamente o equipamento processado pela autoclave.

FIGURA C.2 COMO EMBRULHAR INSTRUMENTOS PARA ESTERILIZAÇÃO

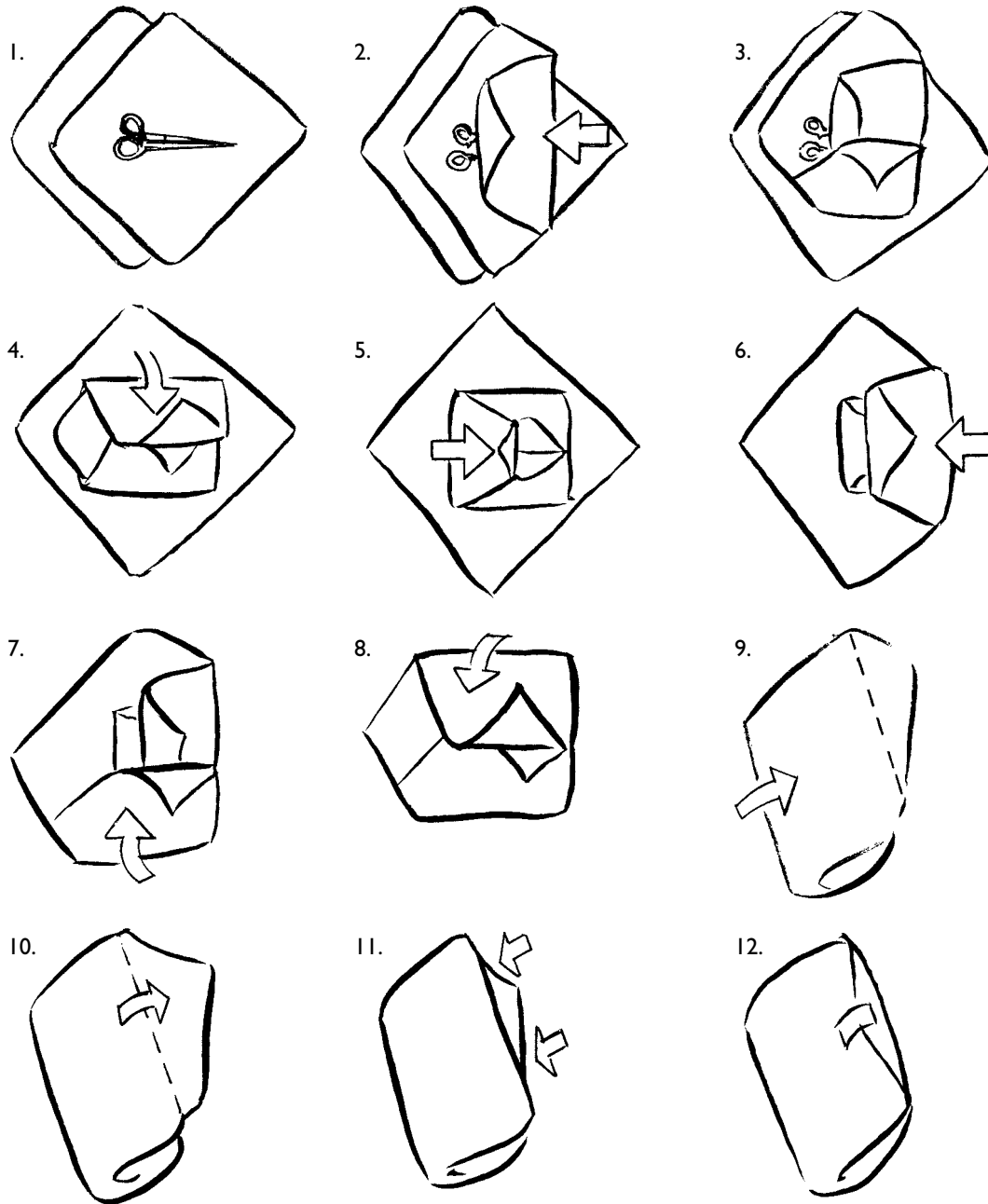


TABELA C.8 PASSO 3: ESTERILIZAÇÃO POR CALOR SECO (FORNO ELÉCTRICO OU A GÁS)

A esterilização por calor seco precisa de alto calor sustentado. Isso exige um fornecimento constante de electricidade ou combustível. Somente itens de vidro ou metal podem ser esterilizados por calor seco. Luvas ou itens plásticos derretem ou queimam em altas temperaturas.

Passos para esterilização a calor seco:

1. Descontaminar, limpar e secar todos os itens que devem ser esterilizados.
2. Preparar os instrumentos:
 - a) embrulhar os instrumentos usando papel alumínio, tecido de algodão de duas camadas ou musselina.
 - b) colocar instrumentos não embrulhados em uma bandeja ou prateleira; ou
 - c) colocá-los em um recipiente metálico com tampa.
3. Colocar os itens no forno e aquecê-los até a temperatura desejada. Usar um termómetro de forno para certificar-se de que a temperatura correcta foi atingida.
4. Manter a temperatura pelo tempo necessário. Começar a contar o tempo depois que a temperatura desejada for atingida. Não abrir a porta do forno nem adicionar nem remover itens depois que a contagem de tempo começar. O tempo necessário depende da temperatura:
170 °C (340 °F) = 1 hora
160 °C (320 °F) = 2 horas
150 °C (300 °F) = 2,5 horas
140 °C (285 °F) = 3 horas
Como o calor seco pode danificar os instrumentos cortantes e as agulhas, esses itens não devem ser esterilizados a temperaturas acima de 160 °C.
5. Desligar o forno e deixar os itens dentro dele até esfriarem antes de removê-los.
6. Quando estiver completamente esfriado, remover os itens usando pinças esterilizadas.
7. Usar ou armazenar imediatamente os instrumentos esterilizados.

TABELA C.9 PASSO 4: ARMAZENAR PARA USO

Depois do processamento, os itens que passaram por DAN ou foram esterilizados devem ser usados imediatamente ou armazenados correctamente para que não fiquem contaminados. O armazenamento correcto é tão importante quando a descontaminação, a limpeza, a esterilização ou a DAN.

Directrizes para armazenamento ou uso:

- Sempre armazenar os instrumentos ou outros itens secos. Não armazená-los em soluções, pois microorganismos podem viver e se multiplicar em soluções anticépticas e desinfectantes.
- Manter sua área de armazenamento limpa, seca e livre de poeira.
- Os pacotes e os recipientes devem ser armazenados a pelo menos:
 - 20 a 25 cm (8 a 10 polegadas) do chão
 - 45 a 50 cm (18 a 20 polegadas) do teto
 - 15 a 20 cm (6 a 8 polegadas) de uma parede externa
- Não usar caixas de papelão. Elas colectam poeira e podem conter insectos.
- Datar e fazer a rotação dos suprimentos. Seguir o princípio de usar os mais antigos primeiro:
 - Escrever a data da esterilização no pacote antes de colocá-lo no esterilizador.
 - Usar os itens com a data de esterilização mais antiga.
 - Armazenar os itens recém armazenados atrás ou embaixo dos itens já esterilizados.
- Por quanto tempo os itens permanecem esterilizados ou processados por DAN depende de:
 - A qualidade da embalagem/recipiente.
 - O número de vezes que o recipiente foi aberto.
 - O número de vezes que um pacote foi manuseado antes de ser usado.
 - Se o pacote é armazenado em prateleiras abertas ou fechadas.
 - As condições da área de armazenamento (temperatura, humidade e limpeza).
 - O uso de sacos plásticos para cobrir o pacote e como foi selado.

Itens embrulhados. Com um bom armazenamento e pouco manuseamento, os itens embrulhados correctamente podem ser considerados esterilizados desde que permaneçam intactos e secos. *No caso de dúvida sobre a esterilidade de um pacote, considerar o mesmo contaminado e esterilizá-lo novamente.*

Itens não embrulhados. Usar itens não embrulhados imediatamente ou mantê-los em um recipiente que tenha passado por DAN ou que seja estéril por até uma semana.

PROCESSAMENTO DE LENÇÓIS/ TOALHAS

O risco de transmitir infecção por lençóis/toalhas sujos é pequeno. Eles não precisam ser descontaminados. Os maiores perigos do processamento de lençóis/toalhas acontecem:

- Quando objectos pontiagudos, como agulhas e instrumentos cirúrgicos, são deixados nos lençóis/toalhas.
- Quando os mesmos são separados.
- Quando eles são lavados à mão.

Sempre usar luvas protectoras grossas quando manusear lençóis/toalhas sujos. Ao separar e lavar lençóis/toalhas sujos, você também deve usar protecção para os olhos, um avental plástico ou de borracha e sapatos fechados. Os passos para o processamento de lençóis/toalhas são explicados abaixo:

1. Colectar e transportar

- Nunca colocar lençóis/toalhas sujos no chão. Colocá-los em um recipiente sem furos e com tampa ou em um saco plástico.
- Transportar os lençóis/toalhas sujos no mesmo recipiente ou saco para evitar contacto com a pele, membranas mucosas ou roupas.

2. Separar

- Manusear lençóis/toalhas sujos o menos possível.
- Para evitar que os germes se espalhem, não sacudir os lençóis/toalhas sujos.
- Remover quaisquer instrumentos ou curativos sujos ou com sangue.

3. Lavar

- Lavar à mão ou à máquina.
- Lençóis/toalhas muito sujos devem ser:
 - Postos de molho em sabão, água e alvejante (especialmente se forem lavados à mão)
 - Lavados separadamente dos lençóis/toalhas não sujos
- Usar detergente e água.
- Usar água morna ou quente, se disponível (ajuda a remover a sujeira).
- Depois de lavar, verificar se estão limpos. Lavar novamente se ainda estiverem sujos.
- Enxaguar com água limpa.

4. Secar

- Secar completamente ao ar ou à máquina.
- Se secar ao ar, manter os lençóis/toalhas sem encontrar no chão e longe de animais, poeira e sujeira.

5. Verificar e dobrar

- Verificar se há furos. Consertar os furos encontrados.

- Passar os lençóis/toalhas e dobrá-los, a menos que eles devam ser esterilizados. (Passar a ferro seca o tecido e dificulta o processamento na autoclave).

6. Esterilizar

- Usar este passo somente se for preciso lençóis/toalhas esterilizados (para cirurgia).
- Somente a esterilização a vapor (por autoclave) deve ser usada para lençóis/toalhas. Muitos tecidos queimam com as temperaturas altas usadas para esterilização com calor seco.
- Os pacotes contendo lençóis/toalhas não devem ser maiores que 30x30x50 cm (12x12x20 pol.) ou 5 kg (11 lb) para permitir que o vapor passe pelos itens. Colocar os pacotes de lençóis/toalhas na autoclave de lado. É mais fácil para o vapor passar pelos itens se eles estiverem de lado do que em superfícies planas e comprimidas.

7. Armazenar

- Manter os lençóis/toalhas em uma área de armazenamento limpa, seca e fechada.

LUVAS E ROUPAS PROTETORAS

Para diminuir a possibilidade de os germes se espalharem e manter o ambiente livre de infecção, usar luvas protectoras e lavar as mãos. Os três tipos de luvas que podem ser usados são:

1. Luvas utilitárias ou para trabalho pesado (luvas para limpeza de casa)

Usar luvas utilitárias para:

- Manusear instrumentos sujos, lençóis/toalhas e lixo.
- Fazer limpeza doméstica.
- Limpar superfícies contaminadas.

As luvas utilitárias podem ser reutilizadas depois de serem limpas. Depois de usar as luvas utilitárias, sempre lavar as mãos duas vezes: uma vez com as luvas e novamente depois de removê-las.

2. Luvas descartáveis (luvas para exame)

As luvas para exame devem ser usadas:

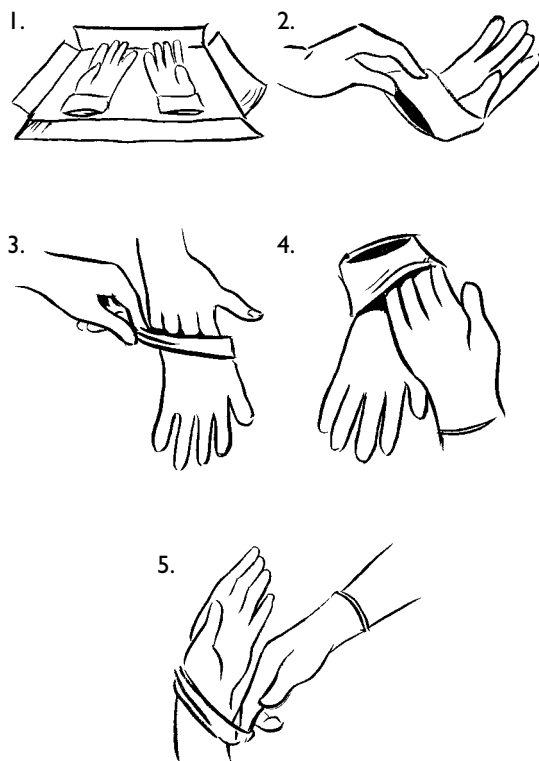
- Para procedimentos que envolvam o contacto com membranas mucosas intactas.
- Quando há risco de exposição a sangue ou a outros fluidos corporais (na colecta de amostras para exames laboratoriais, mudança de curativos, etc.).

As luvas para exame são: 1) limpas, não esterilizadas ou processadas por DAN, 2) muito finas e devem sempre ser eliminadas depois de um uso, e 3) fornecidas em grande volume em uma caixa ou podem vir empacotadas individualmente.

TABELA C.10 QUANDO E QUE TIPO DE LUVAS SÃO NECESSÁRIAS

ACÇÃO	É PRECISO LUVAS?	LUVAS RECOMENDADAS	LUVAS ACEITÁVEIS
Medir temperatura	Não	-	-
Injecção	Não	-	-
Exame de recém-nascido	Não	-	-
Tirar sangue	Sim	Uso único	DAN
Parto normal	Sim	Uso cirúrgico	DAN
Reanimação do recém-nascido	Preferível	Uso único	DAN
Cirurgia	Sim	Uso cirúrgico	DAN
Limpeza de instrumentos	Sim	Utilitária	DAN
Limpar sangue ou fluidos corporais	Sim	Utilitária	DAN
Manusear lixo contaminado	Sim	Utilitária	DAN
Limpeza de lençóis/toalhas	Sim	Utilitária	

FIGURA C.3 **COMO COLOCAR LUVAS CIRÚRGICAS**



3. Luvas cirúrgicas (esterilizadas)

Usar luvas cirúrgicas para todos procedimentos que exijam contacto com tecidos sob a pele ou com o fluxo sanguíneo (procedimentos cirúrgicos, partos, etc.). As luvas cirúrgicas descartáveis são recomendadas sempre que possível.

As luvas para procedimentos cirúrgicos devem ser esterilizadas. Cuidado para não contaminá-las quando for colocá-las.

Reprocessamento de luvas cirúrgicas

As luvas são difíceis de serem limpas e reprocessadas correctamente, portanto, o reprocessamento geralmente não é recomendado. Em lugares onde há pouco fornecimento de luvas, elas podem ser reutilizadas se não tiverem furos e se o processo de três passos for seguido:

1. Descontaminação (colocar de molho em solução de cloro 0,5%).
2. Limpeza (lavando com sabão e enxaguando).
3. Esterilização (por autoclave) ou descontaminação de alto nível (a vapor).

Não é recomendável ferver as luvas.

Como colocar luvas cirúrgicas estéreis

1. Esfregar bem as mãos com sabão e água e secá-las com uma toalha limpa ou ao ar.
2. Abrir o pacote de luvas cuidadosamente, sem tocar nas luvas nem na superfície interna do material para embrulho.
3. Um par de luvas cirúrgicas contém uma luva para a mão direita e outra para a mão esquerda. Deslizar os dedos de uma das mãos até parte da luva e levantá-la. Não deixar que algo toque a parte de fora da luva enquanto você a estiver colocando.
4. Segurar o punho dobrado da luva com a outra mão e puxá-lo completamente. Não desdobrar o punho nem tocar na parte de fora da luva enquanto você faz isso. (Ver figura C.3).
5. Deslizar os dedos na luva da primeira mão sob o punho dobrado da segunda luva.
6. Deslizar a segunda mão na segunda luva.

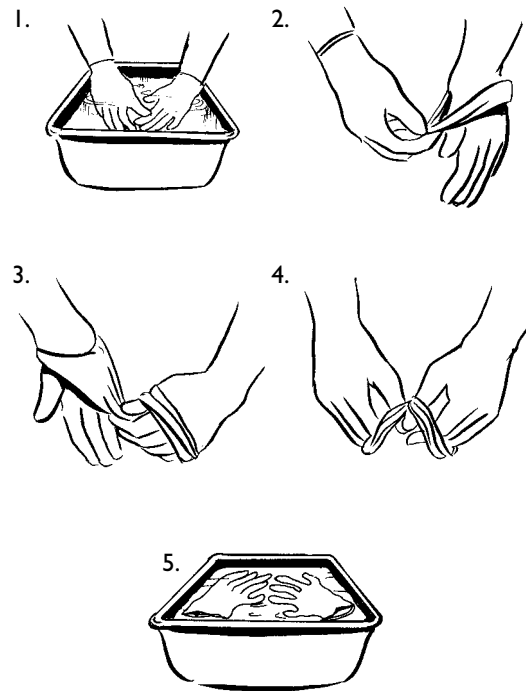
7. Enrolar os punhos (desdobrá-los). Conforme você faz isso, seus dedos nas luvas devem somente tocar as superfícies de fora das luvas.
8. Depois que as luvas estéreis forem colocadas, segurar suas mãos para cima e longe de seu corpo, tendo muito cuidado para não tocar em nada fora do campo estéril.

Como remover luvas contaminadas

1. Remover as luvas usadas antes de tocar em qualquer coisa.
2. Antes de remover as luvas contaminadas, mergulhe as mãos com luvas em uma solução de cloro 0,5% para enxaguar as superfícies externas e remover sangue, outros fluidos e tecido.
3. Remover cuidadosamente as luvas sem tocar na superfície externa com suas mãos sem luvas.
 - Para remover a primeira luva: Com uma mão, remover a luva da outra mão puxando-a lentamente para baixo do punho e virando-a ao avesso.
 - Para remover a segunda luva: usar a luva ao avesso para remover a segunda luva puxando-a lentamente para baixo do punho e removendo-a. A segunda luva também deve ser virada ao avesso.
4. Colocar ambas as luvas de molho em uma solução de cloro 0,5%.

Lembre-se: Depois de remover as duas luvas, lavar as mãos! As luvas podem rasgar durante o uso. A maioria das luvas também têm pequenos orifícios que não podem ser vistos. Os germes pode entrar nelas e chegar às suas mãos mesmo quando você usar luvas.

FIGURA C.4 COMO REMOVER AS LUVAS CIRÚRGICAS



Roupas protectoras

Roupas protectoras podem proteger o profissional de saúde e o paciente. Roupas molhadas agem como uma esponja para germes. Esses germes podem entrar no corpo de uma pessoa por corte ou machucado aberto e pelas membranas mucosas dos olhos, nariz e boca.

Máscara e protecção para os olhos

Máscaras e protecção para os olhos devem ser usadas sempre que sangue ou fluidos corporais respingarem e puderem entrar nos olhos, boca ou nariz de um profissional de saúde. Isso pode acontecer quando:

- Separar e limpar instrumentos e lençóis/toalhas.
- Atender um parto vaginal.
- Cortar o cordão umbilical.

A protecção para os olhos pode incluir óculos, máscaras, óculos de grau ou óculos com lente sem grau.

Avental

O avental deve ser feito de borracha ou plástico (à prova de água) e usado para:

- Separar e limpar instrumentos e lençóis/toalhas.
- Atender um parto vaginal.

Protecção para os pés

Sapatos ou botas resistentes e fechados devem ser usados constantemente para proteger o profissional de saúde contra:

- Ferimento por instrumentos pontiagudos ou itens pesados.
- Sangue ou outros fluidos corporais que respinguem ou derramem no chão. (Isso é especialmente importante se o profissional de saúde tiver um corte ou machucado no pé).

Protecção do paciente

O profissional de saúde deve usar uma máscara se apresentar resfriado, tosse, dor de garganta ou infecção do trato respiratório superior. Se o profissional de saúde tiver um corte ou ferimento na mão, ele deve mantê-lo limpo e coberto com um curativo e usar uma luva sobre o curativo.

PROTEÇÃO CONTRA INSTRUMENTOS PONTIAGUDOS

Instrumentos pontiagudos são agulhas, giletes, bisturis ou outros instrumentos pontiagudos usados para administrar cuidados médicos. Depois que o instrumento pontiagudo foi usado, ele está contaminado e pode facilmente passar infecção a outras pessoas por um corte ou incisão.

Para evitar ferimentos de instrumentos pontiagudos

Tomar muito cuidado quando manusear agulhas e outros instrumentos pontiagudos, e manuseá-los o mínimo possível depois de usá-los. Colocar as agulhas e seringas reutilizáveis de molho em solução para descontaminação imediatamente depois do uso.

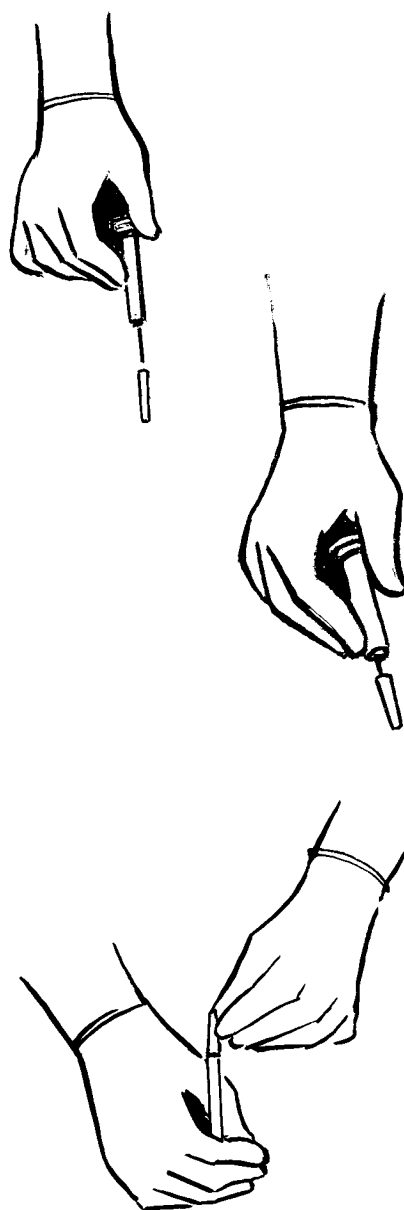
Manusear agulhas da seguinte maneira:

- Não dobrar, torcer nem cortar agulhas hipodérmicas descartáveis antes de descartá-las.
- Não remover a agulha da seringa com a mão. Segurar a agulha com um fórceps para separá-las antes de limpar e fazer DAN.
- Não tapar novamente as agulhas. Perfurações acidentais com agulha podem acontecer facilmente. Se você precisar retapar uma agulha (por exemplo, quando não for possível descartar imediatamente), use a técnica de uma mão só: segurando a seringa com a agulha presa a ela em uma mão, insira agulha na tampa que está em cima de uma superfície imóvel, como uma mesa. A seguir, segure a seringa na posição vertical (ainda usando a mesma mão) e use a outra mão para prender a tampa.

Descarte agulhas hipodérmicas descartáveis e outros instrumentos pontiagudos de maneira adequada.

- Descarte agulhas e seringas imediatamente após o uso.
- Coloque-as em um recipiente para eliminação de instrumentos pontiagudos resistente à perfuração que tenha uma pequena abertura. Pode ser feito de papelão resistente, plástico, vidro ou metal.
- Vede a abertura e queime o recipiente para eliminação de instrumentos pontiagudos quando ele ficar 3/4 cheio.
- Se não for possível queimá-lo, descontamine as agulhas e as seringas e, a seguir, coloque-as em um recipiente para eliminação de instrumentos pontiagudos e enterre-o em um buraco. Usar o procedimento a seguir:

FIGURA C.5 TÉCNICA DE UMA MÃO SÓ



1. Depois de usar, não tapar novamente a agulha nem separar a agulha da seringa.
2. Encher a agulha e a seringa com solução para descontaminação com cloro 0,5%. Encher e esvaziar três vezes.
3. Colocar a agulha e a seringa em um recipiente para eliminação de instrumentos pontiagudos depois da descontaminação.

CUIDADOS DOMÉSTICOS

Bons cuidados domésticos reduzem germes, reduzem o risco de acidentes e proporcionam um local seguro para os cuidados médicos.

Soluções para limpeza para uso doméstico

Solução de detergente e água

- Detergentes removem sujeira e dissolvem ou levantam a graxa e o óleo para que seja mais fácil removê-los ao esfregá-los.
- Usados para a limpeza geral de:
 - Paredes, janelas, tetos, portas (incluindo trincos de portas).
 - Chãos (se não houver fluidos corporais).
 - Equipamento como estetoscópios, balanças (se não houver fluidos corporais).

Solução para descontaminação

- Usada para a descontaminação de uma área suja antes de limpar para tornar a limpeza mais segura. Esta solução deve ser usada primeiro, antes da limpeza geral, sempre que houver fluidos corporais derramados em:
 - Chãos, paredes, móveis, camas, etc.
 - Equipamento como estetoscópios, balanças.
- Usar solução para descontaminação com cloro 0,5%.

Solução para limpeza desinfectante

- Contém um desinfectante, um detergente e água.
- Preparar a solução para limpeza misturando uma solução com cloro 0,5% com um pouco de detergente. Continuar a adicionar detergente e misturar até a solução ficar com uma leve espuma.
- Soluções de cloro nunca devem ser misturadas com produtos de limpeza que contenham amônia, cloro com amônia ou ácido fosfórico. Combinar essas substâncias químicas causa a liberação de gás cloro, que pode causar náusea, irritação dos olhos, dor de cabeça e dificuldade respiratória. Esses sintomas podem durar por diversas horas. Se você for exposto a um odor forte depois de misturar

a solução de cloro com um produto de limpeza, saia da sala ou da área imediatamente, até o gás evaporar totalmente.

- O desinfectante mata muitos germes infecciosos ao passo que o detergente remove a sujeira e outros materiais que não podem ser removidos somente com água ou desinfectantes.
- Usado para a limpeza de áreas que possam estar contaminadas com materiais infecciosos como:
 - Salas de parto, salas de cirurgia, salas para procedimentos e exames.
 - Chãos (se houver fluidos corporais).
 - Pias (usar um esfregão, pano ou escova separado com solução de limpeza desinfectante e, a seguir, enxaguar a pia com água).
 - Sanitas e latrinas (usar esfregão, pano ou escova separado com solução desinfectante).
 - Cadeiras, mesas, superfícies de mesa, camas, colchões, balcões.
 - Recipientes para lixo.

Directrizes para cuidados domésticos em geral

- **Sempre usar luvas** ao fazer limpeza. Usar luvas utilitárias grossas, se possível.
- **Usar um esfregão ou pano húmido** em vez de seco para tirar o pó ou varrer (para reduzir a possibilidade de espalhar pó e germes).
- **Esfregar** é a melhor maneira de remover sujeira e germes.
- **A limpeza deve sempre ser de cima para baixo** para que o pó, a sujeira e os germes caiam no chão que será limpo por último. Por exemplo, limpar abajures, depois prateleiras, depois mesas e, por último, o chão.
- **Preparar uma solução nova para limpeza todos os dias.**
- **Mudar a solução para limpeza sempre que parecer estar suja.** É menos provável que a solução mate germes infecciosos se ela estiver muito suja.
- Seguir um programa de limpeza regular. (Ver tabela C.11 no lado oposto).
- **Os suprimentos e o equipamento usados para a limpeza também precisam ser limpos.** Equipamento (como esfregões, baldes e panos) devem ser descontaminados com solução de cloro 0,5%, limpos com detergente e água, enxaguados com água limpa e secos antes de serem usados novamente.

TABELA C.11 ROTINAS RECOMENDADAS PARA LIMPEZA DE UM CENTRO DE SAÚDE

FREQUÊNCIA	O QUE LIMPAR
Diariamente	Salas de parto, salas de cirurgia, salas para procedimentos e exames Chãos Móveis e equipamento usados diariamente (mesas de exame, cadeiras, superfícies de mesa, balcões, balanças, estetoscópios, camas de parto, postes de IV). Pias (usar um esfregão, pano ou escova separado com solução de limpeza desinfectante e, a seguir, enxaguar a pia com água). Sanitas e latrinas (usar um esfregão, pano ou escova separado com solução de limpeza desinfectante). Recipientes para lixo (usar solução de limpeza desinfectante).
Semanalmente	Usar uma solução de detergente e água para limpeza do seguinte: <ul style="list-style-type: none">■ Portas (incluindo trincos)■ Janelas■ Paredes■ Tetos■ Lustres
Imediatamente	Móveis, chãos, salas e equipamento; depois de derramamentos, depois de um procedimento ou depois de um parto.
Depois de um paciente receber alta	Colchão, lençol, estrutura da cama e qualquer equipamento que foi usado para os cuidados ao paciente (usar solução de limpeza desinfectante).

Limpeza de derramamentos

Limpar derramamentos de sangue e fluidos corporais imediatamente.

Ao limpar derramamentos:

- Sempre usar luvas.
- **Para um derramamento pequeno:** Limpe o que foi derramado com um pano molhado com solução de cloro 0,5%. A seguir, limpe a área com uma solução para limpeza desinfectante.
- **Para um derramamento grande:** Cubra o que foi derramado com uma solução de cloro 0,5%. A seguir, limpe a solução com um esfregão e limpe a área com uma solução de limpeza desinfectante.
- Não deixe um derramamento no chão para que seja limpo mais tarde (mesmo se for coberto); alguém pode escorregar, cair nele e ficar ferido.

ELIMINAÇÃO DE LIXO CONTAMINADO

A eliminação de lixo é uma parte fundamental da prevenção contra infecção. A eliminação correcta de lixo:

- Evita que infecções se espalhem para profissionais de saúde e para a equipe de limpeza que manuseia o lixo.
- Evitar que as infecções se espalhem para a comunidade local.
- Atrai menos insectos e não atrai animais.
- Evita a contaminação do solo ou da água subterrânea com substâncias químicas ou germes.

Atenção! Sempre elimine lixo médico correctamente. Jamais simplesmente jogue fora ou deixe em uma pilha de lixo descoberta.

Proteja-se quando for eliminar lixo

1. Sempre use protecção quando transportar e eliminar lixo (luvas utilitárias, protecção para os olhos e avental à prova de água).
2. Elimine cuidadosamente o lixo líquido:
 - Despeje cuidadosamente os líquidos em um ralo, sanita ou latrina para evitar respingos.
 - Descontamine um recipiente que foi usado para lixo líquido colocando-o de molho em uma solução de cloro 0,5% por 10 minutos antes de lavá-lo.
3. Elimine cuidadosamente o lixo sólido:
 - Nunca use suas mãos para comprimir ou colocar o lixo em recipientes.
 - Segure os sacos plásticos pela parte de cima.
 - Evite que os sacos de lixo toquem ou encostem no seu corpo quando erguê-los e durante seu transporte.
4. Depois de completar a eliminação do lixo, remova as luvas utilitárias, a protecção para os olhos e o avental contaminados. Limpe-os passando neles uma solução de limpeza desinfectante (solução de cloro 0,5% e detergente) diariamente e sempre que apresentarem sujeira.
5. Lave e seque as mãos com sabão e água ou com álcool.

Eliminação de placentas: uma situação especial

Muitas vezes é importante para a família levar a placenta para casa depois do nascimento do bebé. Isto é um direito da família. Como um profissional de saúde, você pode ajudar a família entregando-lhe a placenta e explicando a maneira mais segura de manuseá-la.

Diga para levarem a placenta para casa em dois sacos plásticos à prova de vazamento ou colocá-la em um saco plástico dentro de um recipiente de argila, metal ou plástico.

Explique que a placenta contém sangue, portanto, é melhor não tocar directamente nela com mãos sem luvas. Aconselhe a família a usar luvas ou um saco plástico para cobrir as mãos quando manusearem a placenta e a lavar as mãos depois disso.

TABELA C.12 MANEIRAS DE ELIMINAR LIXO CONTAMINADO

Pia, Sanita ou Latrina	Antes de despejar o lixo líquido em uma pia ou sanita, considere onde o ralo é esvaziado. É perigoso que lixo médico líquido passe por calhas ou esgotos abertos.
Queimar	Este é o melhor método para eliminar lixo sólido contaminado. Evita que seja descoberto e reutilizado.
Local para enterrar	Enterrar é outra opção para a eliminação de lixo sólido contaminado. O buraco deve ser em um local seguro e deve ser correctamente tapado e coberto. Um buraco em local seguro: <ul style="list-style-type: none">■ Tem uma cerca ao seu redor.■ Fica a pelo menos 50 metros (155 pés) de qualquer fonte de água.■ Fica num local mais baixo do que qualquer poço.■ Não fica em uma área que sofra enchentes.■ Tem uma mesa de água a mais de 4 metros (12 pés) abaixo da superfície.
Encapsular	Vedar o recipiente onde o lixo se encontra enchendo-o completamente com cimento, espuma plástica ou barro, e aguardar até que seque. A seguir, enterrar o recipiente vedado ou eliminá-lo em um aterro. Este método pode ser usado para a eliminação de instrumentos pontiagudos e outros materiais perigosos.

TABELA C.13 TIPOS DE LIXO E COMO ELIMINÁ-LOS

TIPOS DE LIXO	EXEMPLOS	MÉTODOS DE ELIMINAÇÃO
Lixo Não Contaminado	Papel Caixas Garrafas Plástico Alimentos Baterias alcalinas	Métodos normais Em alguns lugares, pequenas empresas colectam os itens que podem ser processados e reutilizados seguramente. Exemplos disso são latas de alumínio, latas de spray ou baterias.
Lixo contaminado	Lixo líquido contaminado: sangue, fezes, urina, pus, outros fluidos corporais. Lixo sólido contaminado: <ul style="list-style-type: none"> ■ Partes do corpo (incluindo placentas). ■ Gaze e curativos contaminados com sangue e outros fluidos corporais. ■ Instrumentos pontiagudos (usados ou não usados), incluindo agulhas e seringas, bisturis, giletes, tubos para sangue, outros itens de vidro que tenham tido contacto com materiais contaminados. 	Pia, sanita ou latrina ou enterrar. Queimar ou enterrar Observação: Descontaminar e encapsular os instrumentos pontiagudos antes de enterrá-los.
Lixo Perigoso (pode prejudicar o ambiente)	Mercúrio de medidores de pressão quebrados ou termómetros. Baterias de Lítio ou NiCad Latas de spray aerossol (podem explodir se forem queimadas). Substâncias químicas e medicamentos: Medicamentos vencidos, desinfectantes como formaldeído e glutaraldeídos (Cidex) e solventes como acetona e cloroforme.	Encapsular e enterrar. Reciclar ou encapsular e enterrar. Pequenas quantidades: Queimar, encapsular ou enterrar. Grandes quantidades: Queimar.

Observações

- 1 Adaptado de: EngenderHealth. (2001). Infection Prevention OnLine Course. Acessado em 3 de Maio de 2004 do endereço www.EngenderHealth.org/ip/about/ip.pdf
- 2 Observar que o termo “partes” pode ser usado para qualquer unidade de medida (onça, litro ou galão) e não precisa representar uma unidade definida de medida (pode ser um jarro ou um recipiente).

Referências Gerais

Tietjen L, Bossemeyer D e McIntosh N. (2003). *Infection Prevention Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: JHPIEGO.

Organização Mundial da Saúde (1989). *Guidelines on sterilization and disinfection methods effective against human immunodeficiency virus (HIV)*, Edição 2. OMS AIDS Série 2. Geneva: OMS.

Organização Mundial da Saúde (2002). *Prevention of Hospital-Acquired Infections: A Practical Guide*. Geneva: OMS. (OMS/CDS/ CSR/EPH/2002.12)



D

Habilidades Básicas Para os Cuidados ao Recém-nascido

Este apêndice apresenta as habilidades de cuidados ao recém-nascido em um formato resumido. Estas informações podem ser usadas para verificação e para o ensino de profissionais de saúde.

COMO AVALIAR A FREQUÊNCIA DE BATIMENTOS CARDÍACOS DO FETO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

- O melhor momento para ouvir os batimentos cardíacos do bebê durante o trabalho de parto é entre as contrações, quando o útero da mãe está descansando.
- Depois que uma contração passar, coloque o fetoscópio ou estetoscópio na parte inferior do abdômen da mãe. Ouça os batimentos cardíacos fetais. Mova o fetoscópio até encontrar o local onde você melhor consegue ouvir os batimentos cardíacos do bebê.
- Olhe para um relógio com ponteiro de segundos e conte o número de vezes que o coração bate em um minuto completo.

COMO FAZER A ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS DO RECÉM-NASCIDO ANTES DO CORPO APARECER

- Se houver mecônio no líquido amniótico, tente fazer a aspiração das vias aéreas do bebê antes dele respirar pela primeira vez.
- Explique à mãe o que você vai fazer e como ela pode ajudar.
- Tenha seus instrumentos para sucção prontos e em sua mão antes da cabeça do bebê aparecer.
- Logo que a cabeça do bebê aparecer, peça que a mãe NÃO faça força, mas que respire levemente e rapidamente pela boca.
- Faça rapidamente a aspiração do nariz e da boca do bebê. Mantenha uma mão na cabeça do bebê e esteja preparado para o aparecimento repentino do corpo dele.
- Logo que terminar, peça que a mãe faça força novamente para que o corpo do bebê possa sair.

COMO FAZER A ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS DO RECÉM-NASCIDO DEPOIS DO PARTO

- A aspiração das vias aéreas é estressante para o recém-nascido e pode causar batimentos cardíacos irregulares.
- Faça aspiração somente se o recém-nascido estiver com dificuldade respiratória, se a via aérea estiver bloqueada, se houver líquido amniótico manchado com mecônio ou se o bebê precisar de reanimação.
- Faça a aspiração uma vez de maneira cuidadosa e correcta.

Faça a aspiração da via aérea com uma pêra de borracha

- Aperte a pêra de borracha e mantenha a pressão.
- Coloque a ponta da pêra de borracha na boca do bebê e libere a pressão da pêra.
- Tire a pêra de borracha da boca do bebê e aperte para fora o muco em um pano.
- Repita esses passos para fazer a aspiração de ambas narinas.

Fazer a aspiração da via aérea com um extractor de muco com um filtro ou armadilha para sucção

- Coloque um cateter de sucção limpo, macio, tamanho 12F (tamanho 12 francês) no extractor.
- Coloque o tubo até 5 cm na boca do bebê.
- Faça a sucção enquanto puxa o tubo para fora da boca do bebê.
- Para fazer a aspiração no nariz, coloque o tubo não mais de 3 cm dentro da narina.
- Faça a sucção enquanto puxa o tubo para fora.
- Repita na outra narina.

FIGURA D.1 PÊRA DE BORRACHA

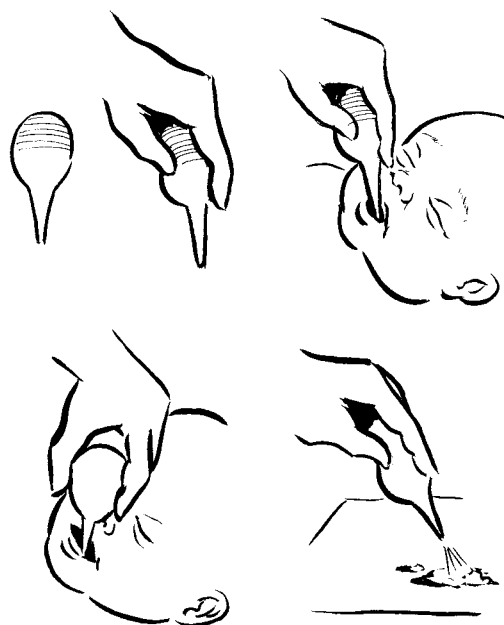
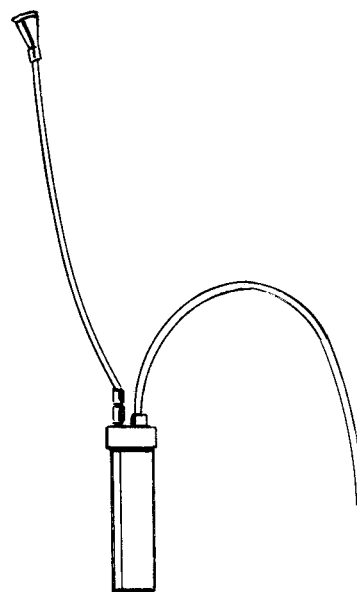


FIGURA D.2 ARMADILHA PARA MUCO DE LEE



Fazer a sucção da via aérea com um aparelho de sucção eléctrico ou mecânico (Com Pedal)

- Certifique-se de que a pressão do vapor da máquina não é maior que 136 cm de água, 100 mm Hg, ou 13,3 KPa.
- Coloque um cateter limpo, macio, F10 (tamanho 10 francês) com um orifício na extremidade na máquina para sucção.
- Coloque o tubo não mais de 5 cm na boca do bebé.
- Faça a sucção enquanto puxa o tubo para fora da boca do bebé.
- Para fazer a sucção do nariz, coloque o tubo não mais de 3 cm dentro da narina.
- Faça a sucção enquanto puxa o tubo para fora.
- Repita na outra narina.

COMO AVALIAR A TEMPERATURA DO RECÉM-NASCIDO

Se você não tiver um termómetro

- Coloque o dorso da sua mão nas costas ou no abdómen do bebé.
- Sinta a sua testa com o dorso de sua outra mão.
- Se a pele do bebé estiver mais quente que sua pele, o bebé pode estar com temperatura alta. Observe se há outros sinais de perigo.
- Se a pele do bebé estiver mais fria que sua pele, o bebé pode estar com temperatura baixa. Observe se há outros sinais de hipotermia.

Se você tiver um termómetro

- Limpe o termómetro com água fria e sabão. Enxágue com água limpa.
- Segure o termómetro pela extremidade de vidro transparente.
- Vire o termómetro até você poder ver a linha prateada ou vermelha.
- O fim da linha prateada ou vermelha marca a temperatura.
- Sacuda o termómetro movendo seu pulso com força.
- Repita isso até que o termómetro mostre menos de 35 °C ou 95,0 °F.
- Coloque a outra extremidade do termómetro na axila do bebé e segure o braço do bebé contra suas costelas.
- Aguarde 4 minutos.
- Leia a temperatura e registre-a.
- Sacuda o termómetro novamente (conforme acima) para que fique pronto para ser usado novamente.
- Descontamine o termómetro mergulhando-o por 10 minutos em uma solução de cloro 0,5%.
- Limpe o termómetro com água fria e sabão. Enxágue com água limpa.

COMO CONTAR AS INCURSÕES RESPIRATÓRIAS E OS BATIMENTOS CARDÍACOS DO BEBÉ

Como contar as incursões respiratórias do bebé

- Olhe o peito e o abdómen do bebé. (Recém-nascidos respiram com o abdómen).
- Segure um relógio ou cronómetro perto do bebé para ver o relógio e o bebé ao mesmo tempo.
- Conte o número de vezes que o peito ou o abdómen do bebé levanta em um minuto completo.

Como contar os batimentos cardíacos do bebé

- Apalpe o peito do bebé e localize onde você melhor consegue sentir os batimentos cardíacos.
- Você também pode usar um estetoscópio, se disponível, para ouvir os batimentos cardíacos.
- Segure um relógio ou cronómetro perto do bebé para ver o relógio e o bebé ao mesmo tempo.
- Conte o número de vezes que o coração do bebé bateu em um minuto completo.

COMO PESAR O RECÉM-NASCIDO

- Coloque uma cobertura ou pano na balança do bebé.
- Ajuste a balança do bebé para que mostre “0” com a cobertura ou pano nela.
- Embrulhe o bebé despido na cobertura ou pano que está na balança.
- Pese o bebé embrulhado tendo cuidado para que ele não se machuque.
- Observe o peso quando o bebé e a balança pararem de se mexer.
- Anote o peso.
- Coloque o bebé de volta em contacto pele a pele com a mãe ou nos braços dela.

COMO FAZER UMA INJEÇÃO EM UM RECÉM-NASCIDO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. Quando os medicamentos são injectados, há um alto risco de transmissão de doenças passadas pelo sangue, como HIV ou hepatite, se a agulha e a seringa não forem estéreis.
2. Para evitar a transmissão de doenças infecciosas, sempre use seringas e agulhas esterilizadas ou seringas e agulhas novas e nunca abertas.
3. Descontamine todas as agulhas e seringas imediatamente após o uso.
4. Elimine seringas e agulhas descartáveis de maneira segura em um recipiente para a eliminação de objectos pontiagudos depois de descontaminá-las.

Reúna o equipamento que você precisará

- Seringa e agulha:
 - Descartáveis (nunca usadas ou em um pacote esterilizado), ou
 - Seringa e agulhas reutilizáveis que tenham sido esterilizadas.
- O medicamento a ser administrado.
- Qualquer fluido necessário para diluir o medicamento (solução salina estéril ou água destilada).
- Água limpa e gaze ou algodão.
- Lave bem as mãos com água e sabão. Seque as mãos com um pano limpo ou ao ar.

Certifique-se de que tem o medicamento correcto na dose correcta

- Olhe com atenção o rótulo do recipiente do medicamento.
 - Certifique-se de que o nome do medicamento é o correcto.
 - Certifique-se de que a data de vencimento está válida.
 - Leia as instruções para misturar o medicamento com um fluido para diluir (diluyente).
- Olhe a dose do medicamento que você precisa administrar e descubra quanto do medicamento você precisa colocar na seringa.

Como misturar um medicamento com um líquido para diluição

- Abra o pacote da seringa e da agulha ou monte a seringa e agulha reutilizáveis.
 - Toque somente na parte de fora do corpo da seringa, na extremidade do êmbolo e no eixo da agulha.
 - Não toque em parte alguma da seringa e da agulha que tocará no corpo do paciente.
- Limpe o(s) recipiente(s) do medicamento antes de usar.
 - Se for usar uma ampola de dose única, limpe o gargalo de vidro com algodão e água limpa ou álcool.
 - Se for usar um vidro de medicamento com um tampão de borracha, limpe a borracha com algodão e água limpa ou álcool.
- Dilua medicamentos que venham em pó.
 - Se o líquido para diluir estiver em uma ampola de vidro, limpe o gargalo da ampola, cubra-o com gaze ou pano (para que você não corte sua mão) e, a seguir, quebre-o.
 - Não deixe que a agulha toque na parte externa da ampola.
 - Coloque na seringa a quantidade correcta do líquido diluente correcto.
 - Coloque com cuidado o líquido na seringa. Vire a ampola para obter todo o líquido.
 - Tire a agulha e a seringa. Remova a agulha e a seringa da ampola e segure a seringa de modo que a agulha não encoste em coisa alguma. Injecte o líquido diluente pelo tampão de borracha limpo para dentro do vidro com o medicamento em pó.
 - Tire a agulha e a seringa. Não deixe que a agulha toque coisa alguma.
- Sacuda o medicamento até que ele misture bem.

Como colocar o medicamento:

- Limpe o tampão de borracha e empurre a agulha para dentro do vidro com o medicamento misturado.
- Coloque a dose correcta na seringa.
 - Segure um vidro de medicamento com um tampão de borracha de cabeça para baixo para retirar o medicamento.
 - Sem colocar ar na seringa, insira a agulha pela borracha.
 - Coloque a quantidade correcta do medicamento na seringa.
- Puxe a agulha para fora do vidro. Remova todo o ar da seringa.
 - Segure a seringa com a agulha apontando para cima.
 - Bata no corpo da seringa para que as bolhas de ar subam.
 - Cuidadosamente, tire todo o ar da seringa.

Como fazer injeção no músculo (Intramuscular)

- Explique à mãe o que você vai fazer.
- Peça que a mãe segure o bebê para que a coxa dele fique exposta e sem se mexer. (Ou você pode segurar o joelho para que o bebê não consiga chutar).
- Localize o lugar correcto para a injeção.
 - Segure o músculo da coxa superior anterior.
- Limpe a pele com água limpa. Se usar álcool, deixe secar antes de fazer a injeção.
- Com um movimento rápido, insira a agulha reta na coxa.
- Antes de fazer a injeção do medicamento, puxe o êmbolo para trás um pouco.
 - Observe se algum sangue entra para dentro da seringa.
 - Se for observado sangue, tire a agulha e injecte novamente em um local próximo.
 - Novamente puxe para trás um pouco o êmbolo para verificar se há sangue.
 - Não injecte se houver sangue, pois o medicamento provavelmente irá para dentro de uma veia e isso pode ser prejudicial.
- Faça a injeção do medicamento lentamente.
- Remova a agulha e limpe a pele novamente.
- Descontamine a agulha e a seringa. Veja as instruções na página 219.

Como fazer injeção entre as camadas de pele (Intradérmica)

- Explique à mãe o que você vai fazer.
- Peça que a mãe segure o bebê para que o braço dele fique exposto e sem se mexer.
- Segure o braço do bebê de modo que a pele fique esticada.
- Limpe a pele com água limpa ou álcool. Se usar álcool, deixe a pele secar antes de fazer a injeção.
- Coloque a seringa e a agulha quase que retas no braço do bebê com a abertura da agulha virada para cima.
- Insira a ponta da agulha só um pouco sob a pele e apenas passando um pouquinho da abertura da agulha.
- Injecte a vacina.
 - Se a agulha estiver na posição correcta, será difícil empurrar o êmbolo e você verá um inchaço distinto e redondo, como uma pequena bolha.
 - Se a vacina for feita muito facilmente, a injeção pode ter sido muito profunda. Pare de fazer a injeção e reposicione a agulha para poder administrar o resto da dose de forma correcta.
- Remova a agulha. Não limpe a pele.

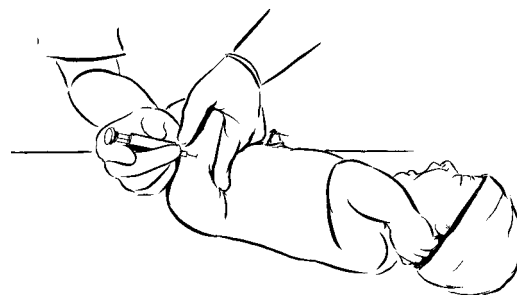
Como descontaminar a agulha e a seringa

- Encha a agulha e a seringa com solução para descontaminação 0,5%. Encha e esvazie três vezes.
- Elimine as agulhas e as seringas para uso único descontaminadas em um recipiente para a eliminação de objectos pontiagudos.

Para agulhas e seringas reutilizáveis:

- Coloque a agulha e a seringa de molho em uma solução de cloro por 10 minutos.
- Lave e esterilize as agulhas e as seringas reutilizáveis descontaminadas (ver Apêndice C).

FIGURA D.3 INJEÇÃO INTRAMUSCULAR



Referências Gerais

Burns AA, Lovich R, Maxwell J e Shapiro K. (1997). *Where Women Have No Doctor*. Califórnia: The Hesperian Foundation.

Klein S. (1995). *A Book for Midwives*. Califórnia: The Hesperian Foundation.

Sweet BR ed. (2002). *Mayer's Midwifery: A Textbook for Midwives*. 12ª Edição. Londres: Ballière Tindall.

Fraser DM e Cooper MA, ed. (2003). *Myles Textbook for Midwives*. 14ª Edição, Edinburgo, RU: Churchill Livingstone.

Varney H, Kriebs, JM, e Geger, CL. (2004). *Varney's Midwifery*. 4ª ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlette Publishers.

E

Comunicação e Aconselhamento

Duas habilidades que os profissionais de saúde usam no trabalho são a comunicação e o aconselhamento. A comunicação é uma maneira das pessoas compartilharem idéias, pensamentos e sentimentos. O aconselhamento é uma maneira de ajudar alguém (como uma mãe) a tomar uma decisão ou a solucionar um problema ao conversar com ela. Habilidades de comunicação eficaz o ajudam a oferecer um melhor aconselhamento.



FIGURA E.1 **COMUNICAÇÃO ENTRE O PROFISSIONAL DE SAÚDE E A MÃE**



COMUNICAÇÃO

A comunicação é um processo de compartilhamento de duas vias que leva ao entendimento mútuo. Nesse processo cada pessoa:

- Compartilha activamente seus pensamentos e sentimentos.
- Escuta e se esforça activamente para entender os pensamentos e os sentimentos da outra pessoa.

A comunicação pode ser feita de outras maneiras, além de pela fala. Você também pode comunicar ou enviar mensagens pela linguagem corporal: a maneira pela qual você apresenta seu corpo, suas expressões faciais, olhar para a pessoa com a qual está falando e o tom de sua voz.

Boas habilidades de comunicação são importantes para ajudar os profissionais de saúde a interagir com sucesso com as mães e as famílias. Quando você oferece cuidados a uma mãe e seu recém-nascido as habilidades de comunicação eficaz ajudam a estabelecer um conforto e uma confiança mútuos. Se a mãe se sentir a vontade e sentir confiança, ela lhe contará mais sobre sua vida, seus problemas e suas necessidades. Além disso, é mais provável que ela siga suas recomendações, o que ajudará a assegurar que ela e o bebê recebam os melhores cuidados possíveis.

Boas habilidades de comunicação ajudam os profissionais de saúde a oferecer melhores cuidados.

Boas habilidades de comunicação

Boas habilidades de comunicação são técnicas que você pode usar para mostrar à mãe e à família que você se importa com elas e as respeita, e que deseja ajudá-las. Muitas vezes, os profissionais de saúde oferecem cuidados a muitas pessoas em um dia de trabalho. Eles acham que usar boas habilidades de comunicação fará com que seu trabalho demore mais tempo. Se demorar mais tempo, seu dia de trabalho já ocupado ficará ainda mais ocupado. Mas, pergunte-se: é preciso de mais tempo para sorrir, fazer contacto ocular, usar uma voz macia, falar com palavras que a mãe entenda? Claro que não. Em vez disso, boas habilidades de comunicação o ajudarão a oferecer cuidados melhores e farão com que a mãe se sinta mais à vontade e respeitada.

Boas habilidades de comunicação também incluem a linguagem corporal. Se você usar uma boa linguagem corporal, as outras pessoas se sentirão mais à vontade e confiarão em você mais rapidamente. Isso ajuda a mãe a sentir mais confiante para lhe fornecer informações. No entanto, é preciso lembrar que cada gesto ou ação que você fizer deve ser culturalmente adequado. Certos gestos podem não ser interpretados da mesma maneira positiva em todas as culturas. Para evitar ofender as pessoas, aprenda o que é uma linguagem corporal aceitável e adapte seu comportamento de acordo com isso.

Boas habilidades de comunicação o ajudam a receber e a fornecer informações de maneira mais completa e eficaz. Essas habilidades incluem:

Mostrar respeito

Trate a mãe como alguém capaz de entender os problemas de saúde do bebê e de tomar as decisões certas de cuidados à saúde.

Não ser crítico

Nunca culpe uma mãe pelo problema que ela ou o bebê apresentar, práticas culturais ou decisões passadas por ela tomadas.

Falar claramente e com palavras que a mãe entenda

Para que ocorra a comunicação, o que é dito precisa ser entendido pelo profissional de saúde e pela mãe. Se possível, fale com a mãe usando uma linguagem com a qual ela se sinta mais à vontade.

Escutar activamente

- Escute o que a mãe tem a dizer e como ela diz isso (tom de voz, escolha de palavras, expressões faciais e gestos).
- Às vezes, fique quieto. Dê tempo para a mãe pensar, fazer perguntas e falar. É possível que ela já conheça algumas das respostas para seu problema.
- Escute atentamente em vez de ficar pensando no que você vai dizer a seguir.
- Ofereça *feedback* para mostrar que você ouviu o que a mãe disse; por exemplo, acene com a cabeça e diga “sim”. Isso incentiva a mãe a continuar a falar.
- Às vezes, repita de outra maneira ou faça um resumo do que a mãe disse. Assim, tanto você quanto a mãe saberão que você entendeu o que ela disse.
- Ofereça elogios e encorajamento pelos comportamentos ou práticas positivos.

Usar uma linguagem corporal positiva

- Sorria.
- Faça contacto ocular enquanto estiver falando e escutando.
- Use uma voz macia.
- Mantenha seu corpo no mesmo nível que o da mãe.
- Se adequado, toque gentilmente no braço ou no ombro da mãe.

Incentive a mãe a falar sobre suas preocupações e a fazer perguntas

- Responda as perguntas com honestidade.
- Não esqueça de perguntar se ela entendeu sua resposta e repita as explicações, se necessário.

Respeitar o direito da mãe de tomar decisões sobre os cuidados à sua saúde ou à saúde do bebê

- Você é responsável por oferecer à mãe todas as informações necessárias para que ela tome uma decisão, não tomar a decisão por ela.

Escute o que a mãe tem a dizer

- Dê tempo suficiente para que a mãe lhe diga o que ela acha ser importante.
- Evite interrompê-la enquanto ela estiver falando.

ACONSELHAMENTO¹

Boas habilidades de comunicação são uma parte importante do aconselhamento. Quando você oferece aconselhamento, você tem uma conversa pessoal com a finalidade de ajudar alguém. O aconselhamento ajuda a mãe a decidir o que fazer e como fazer. Se você usar boas habilidades de comunicação, seu aconselhamento será mais eficaz.

Boas Habilidades de Comunicação

Fazem a Mãe Se Sentir Bem-Vinda

Boas habilidades de comunicação mostram que você se importa, ajudam a mãe a relaxar e desenvolvem confiança.

- Cumprimente a mãe de maneira amigável e respeitosa.
- Se a mãe ou o bebê for examinada ou tiver que fazer um procedimento, explique o que será feito.
- Ofereça privacidade durante o exame, o aconselhamento ou um procedimento. Certifique-se de que não é possível que outras pessoas vejam o que está sendo feito nem que ouçam o que está sendo dito.
- Tranquelize a mãe e conforte-a, se necessário.
- Incentive a mãe a fazer perguntas ou a falar sobre suas preocupações a qualquer momento durante a consulta.

Fazer perguntas eficazes

As perguntas são uma parte importante do aconselhamento. Elas o ajudam a decidir quais problemas ou necessidades a mãe ou o bebê apresentam. Por exemplo, é útil descobrir o que a mãe já sabe sobre cuidados básicos ao recém-nascido e se ela e sua família estão actualmente praticando cuidados positivos ao recém-nascido. Isso o ajudará a identificar problemas ou necessidades e o guiará quanto o que ou como aconselhar.

Para fazer perguntas eficazes:

- Use boas habilidades de comunicação.
- Faça uma pergunta de cada vez. Aguarde a resposta com interesse.
- Tente não começar suas perguntas com “Por que”. Às vezes, “por que” soa como se você estivesse criticando.
- Use perguntas abrangentes para incentivar a mãe a explicar sua situação. Perguntas abrangentes oferecem mais informações ao profissional de saúde. Perguntas directas somente precisam de uma resposta de “sim” ou “não” e não permitem uma conversa. Por exemplo:
 - (Pergunta abrangente): “Você poderia, por favor, me falar o motivo de sua consulta hoje?”
 - (Pergunta directa): “Você veio consultar hoje porque o bebê está doente?”
- Se a mãe não entender, repita a pergunta com outras palavras.

Forneça informações úteis e correctas

Não importa sobre o que você está aconselhando, as informações que você oferece precisam ser correctas, claras e úteis para a mãe.

Ajudar a mãe e a família a fazer suas próprias escolhas com base em informações claras e seus próprios sentimentos, situação e necessidades

Depois de avaliar as necessidades da família, ofereça recomendações adaptadas à situação e aos recursos de cada família. Depois de oferecer aconselhamento e direcção a uma mãe ou a uma família, ela geralmente decide o que vai fazer. As pessoas executam suas próprias decisões melhor do que decisões tomadas por outras pessoas. É por isso que bons aconselhadore não tomam decisões, mas ajudam os outros a tomarem suas próprias decisões. Algumas vezes, é preciso ser flexível. O que você recomenda pode não ser possível para a situação de todas as mães. Quando isso acontecer, ajude a mãe e a família a encontrar uma solução que funciona para elas.

Ajudar a mãe a lembrar o que fazer

Ao dar instruções, você pode ajudar a mãe a lembrar-se:

- Oferecer instruções resumidas, incluindo os pontos mais importantes.
- Simplificar.
- Salientar o que deve ser lembrado.
- Fornecer primeiro as informações mais importantes.
- Mostrar uma imagem ou fazer uma demonstração enquanto você fala.
- Repetir as informações em forma resumida.
- Pedir que a pessoa repita o que foi explicado. Isso ajuda as pessoas a lembrarem o que foi dito. Corrija de forma gentil qualquer informação que estiver faltando ou incorrecta.

Elogiar a mãe por vir a consulta e lembrá-la sobre a próxima consulta

- Oferecer elogios é uma maneira de reconhecer os esforços da mãe e da família para oferecer bons cuidados à saúde.
- Incentive a mãe a vir a próxima consulta ou sempre que ela tiver um problema ou ela ou o bebê apresentar um sinal de perigo.

Desafios do Aconselhamento

O aconselhamento nem sempre é fácil. Você pode encontrar situações em que é difícil saber o que deve ser feito. Abaixo, encontram-se algumas situações que você pode enfrentar, junto com sugestões de como agir.

A pessoa está quieta

- Se a pessoa estiver quieta no começo da consulta, chame a atenção ao silêncio de forma gentil. Por exemplo, você pode dizer: “Eu sei que é difícil falar. Isso acontece muitas vezes. Será que você está um pouco preocupada?” Olhe para a pessoa e use uma linguagem corporal que demonstre empatia e interesse. Aguarde a resposta da pessoa.
- Durante a conversa, o silêncio pode ser adequado. Às vezes, a pessoa está pensando ou decidindo como falar sobre seus sentimentos ou pensamentos. Dê um tempo para a pessoa pensar.

A pessoa chora

- Uma pessoa pode chorar por motivos diferentes: para expressar tristeza, para conquistar simpatia, por esgotamento ou nervosismo ou para impedir uma maior discussão. Não suponha que você sabe porque a pessoa está chorando.
- Espere um pouco. Se o choro continuar, diga que chorar não é um problema; é uma reação natural. Isso permite que a pessoa explique os motivos do choro. Você pode perguntar os motivos de forma gentil.

O aconselhador não consegue encontrar uma solução para o problema

- Os aconselhadores podem ficar ansiosos se não sabem o que aconselhar. Você não precisa solucionar todos os problemas da pessoa. Mostre sua compreensão. Às vezes, é isso o que a pessoa realmente quer. Você também pode sugerir outras pessoas que talvez possam ajudar.

O aconselhador não sabe a resposta para a pergunta

- Explique de maneira honesta e clara que você não sabe a resposta, mas que, juntos, vocês podem descobrir. Verifique com um supervisor, um colega com bastante conhecimentos ou materiais para referência, e forneça a resposta correcta.

O aconselhador comete um erro

- Corrija o erro e peça desculpa. É importante estar certo, mas não é importante parecer perfeito. Admitir um erro mostra respeito pela outra pessoa.
- Seja honesto. O quanto mais honestamente você expressar seus sentimentos quando for adequado (sem revelar sua vida pessoal), mais fácil é para a outra pessoa fazer o mesmo.

A pessoa faz uma pergunta pessoal

- De modo geral, tente não falar sobre sua vida. Isso tira a atenção da outra pessoa.
- Você não tem que responder perguntas pessoais. O relacionamento entre uma pessoa e o aconselhador é profissional, não social.

Observação

- 1 Adaptado de: Population Reports. (1998). *GATHER Guide to Counseling*. Série J, Número 48.

Glossário

Definições dos termos usados no *Manual de Consulta para Cuidados ao Recém-Nascido*

Aborto: Perda espontânea de gravidez ou término induzido de gravidez antes de 22 semanas de gestação ou no caso de feto pesando menos de 500 gramas.

Acne de bebê: Pequenos pontos (do tamanho da cabeça de um alfinete) brancos no rosto de recém-nascidos. Isso é normal. Não há pus nem vermelhidão na pele.

AIDS: Síndrome de imunodeficiência adquirida. Doença resultante de infecção por HIV. Ver HIV.

Amamentação no seio exclusiva: Alimentar um bebê somente com leite materno, sem qualquer alimento ou bebida (nem mesmo água) adicional.

Ambiente: Arredores. Por exemplo, a sala onde o bebê é cuidado ou o lugar onde o bebê vive.

Anemia: Condição em que o sangue não é capaz de transportar oxigênio suficiente para todo o corpo por causa de uma baixa concentração de glóbulos vermelhos.

Antibiótico: Um medicamento contra infecção bacteriana. A penicilina é um de muitos antibióticos.

Anticorpos: Substâncias no sangue que lutam contra infecção; parte do sistema imune do corpo humano.

Apnéia: Condição em que a respiração pára por mais de 20 segundos.

Arfar: Respirar (especialmente inalar) com incursões curtas, difíceis e audíveis. Arfar é um sinal de problema respiratório grave e exige reanimação.

Asfixia: Quando o bebê não começa ou não mantém uma respiração adequada no momento do nascimento.

Atendente de nascimento qualificado: Pessoa com habilidades de parteira (ex.: parteira, enfermeira, enfermeira-parteira ou médico) que foi treinada para atender uma gravidez, parto ou nascimento normal e os períodos imediatos pós-parto e do recém-nascido e para tratar ou encaminhar complicações.

Avaliação: Determinação da condição, necessidades ou problemas de uma pessoa com base nas informações obtidas.

Axilar: Embaixo do braço, na axila.

Baixo peso ao nascer: Peso no nascimento abaixo de 2.500 gramas.

Peso muito baixo ao nascer: Peso no nascimento abaixo de 1,500 gramas.

Banho de esponja: Lavar o bebê passando um pano molhado com água morna e sabão, sem colocar o corpo do bebê na água.

Batimento de asas do nariz: Narinas que se alargam ou mexem com cada respiração.

Bebé: Um bebê do nascimento até completar um ano.

Bolha: Inchaço levantado na pele que contém líquido transparente.

Bolsa de águas: O saco de fluido que envolve o bebê no útero. A bolsa de águas é feita de membranas que contêm o líquido amniótico.

Bossa serossangüínea: Inchaço difuso produzido na parte presente da cabeça do bebê durante o parto. É geralmente reabsorvido dentro de poucos dias depois do nascimento.

Canal de leite entupido: Obstrução de um dos pequenos canais de leite da mama.

Cefalo-hematoma: Inchaço da cabeça do recém-nascido causado por sangramento embaixo do perióstio (uma membrana que cobre o crânio). O inchaço não cruza linhas de sutura e gradualmente desaparece nas semanas depois do nascimento.

Colostro: O primeiro leite que sai da mama da mãe, alto em nutrientes e calorias. Também é bastante alto em vitamina A e anticorpos que protegem o bebê contra infecção. O colostro é muitas vezes chamado de “a primeira imunização” do bebê.

Condições genéricas: Condições que o feto herda ou recebe dos pais.

Contacto pele a pele: Colocar o bebê (nu, excepto pela fralda e algo cobrindo a cabeça) no peito da mãe e cobrir os dois. Usar a mãe como uma fonte de calor para o bebê.

Contra-indicações: Condições ou situações que tornam um medicamento ou tratamento perigoso. Uma alergia a penicilina, por exemplo, é uma contra-indicação para a administração de penicilina.

Coto: Coto do cordão é o pedaço do cordão umbilical preso ao abdómen do bebé depois do cordão umbilical ser cortado.

Crescimento acelerado: Um breve período de tempo em que há crescimento rápido.

Cuidados essenciais ao recém-nascido: Neste manual, o cuidado essencial do recém-nascido (CERN) diz respeito ao cuidado básico que todos bebés devem receber para ajudar sua sobrevivência e bem-estar. Esse cuidado essencial inclui cuidado imediato após o nascimento, assim como durante o primeiro mês de vida. Apesar de alguns bebés (por exemplo, bebés doentes ou prematuros) precisarem de cuidado especial, o CERN ajuda a assegurar que as necessidades básicas de saúde de todos os bebés estão sendo atendidas.

Cuidados pré-natais: Cuidados oferecidos a mulheres grávidas para melhorar sua saúde, detectar e tratar problemas prontamente e aprimorar o resultado da gravidez. Componentes essenciais dos cuidados pré-natais incluem: acções e tratamentos para promover a saúde e evitar doenças, ensino e aconselhamento em saúde, ajuda às mulheres grávidas e famílias para se prepararem para o nascimento e possíveis emergências (incluindo aconselhamento sobre sinais de perigo), e detecção e tratamento antecipados de complicações na gravidez.

Dano ou trauma no nascimento: Um dano ao bebé causado pelo parto ou processo de nascimento.

Defeito de nascimento: Anormalidade na estrutura ou função do bebé, presente no nascimento, que resulta em incapacidade física ou mental. É um problema com o qual o bebé nasce, por exemplo, fenda palatina ou pé torto. Ver malformação congénita.

Defeito no tubo neural: Uma abertura ou enfraquecimento dos tecidos pela rota da medula espinhal e cérebro. O defeito pode ser sob a pele e não visível ou pode não estar aberto. Se o tubo neural está aberto, um saco de membranas ou um pequeno orifício pode ser visto.

Descontaminação: O primeiro passo no processamento de equipamento para reutilização. A descontaminação mata muitos germes de superfície e torna o equipamento mais seguro de usar durante os próximos passos.

Desidratação: Perda de água do corpo.

Diagnóstico: Termo médico para a identificação de um problema de saúde com base em sinais e sintomas. Neste documento, é o equivalente ao passo do processo de tomada de decisões que usa informações da história do paciente, exame físico e testes laboratoriais para ajudar a identificar os problemas e as necessidades.

Diarreia: Fezes aguadas.

Diluyente: Fluido diluyente usado para dissolver medicamento em pó.

Distendido: Inchado ou inflado devido a excesso de fluido ou gás.

Endósporo: Uma célula reprodutora de parede espessa (esporo) produzida por uma bactéria. A parede espessa dificulta a destruição do esporo, pois é muito resistente ao calor. A exposição prolongada a alto calor é necessária para destruir endósporos. O tétano é um tipo de bactéria formadora de endósporo.

Engorjamento: Inflamação causada pelo acúmulo excessivo de fluido, leite ou sangue.

Equipamento cortante: Qualquer equipamento cortante/pontiagudo (gilete, agulha, bisturi). Equipamentos cortantes/pontiagudos devem ser eliminados cuidadosamente para evitar furar a pele de qualquer pessoa que entre em contacto com o lixo.

Escolha informada: O cliente livremente faz uma escolha com base em informações completas, precisas e úteis.

Escroto: Um saco de tecido que segura os testículos. O escroto é localizado na base do pénis.

Estetoscópio fetal: Um instrumento para ouvir os batimentos cardíacos do feto durante a gravidez e o parto. Também é chamado de fetoscópio.

Feto: O bebé enquanto está no útero.

Fissura: Uma abertura estreita ou bem pequena; uma ranhura, corte ou rompimento na pele.

Flexão: Dobrar na articulação.

Fungo: Um tipo de germe ou microorganismo. A monilíase é um fungo.

Germe: Um termo geral para qualquer microorganismo que cause infecções ou doença infecciosa.

Gestação: Crescimento no útero. A gestação é medida em semanas. Uma gestação de 37 a 42 semanas é uma gestação a termo.

Gonocócico: Germe que causa a gonorreia, doença sexualmente transmissível.

Gravidez a termo: Gravidez com 37 a 42 semanas completas.

Grunhido: Barulho baixo quando expirando.

Hiperbilirrubinemia: Excesso de bilirrubina no sangue vindo de glóbulos sanguíneos destruídos. Altos níveis de bilirrubina são perigosos para o recém-nascido e podem danificar o cérebro. Ver icterícia.

Hipertermia: Febre; quando a temperatura da axila do bebê está acima de 37 °C (98,6 °F).

Hipotermia: Baixa temperatura axilar, abaixo de 36°C (96,8 °F).

Hipoxia: Falta de oxigênio suficiente nos tecidos do corpo.

HIV: Vírus de imunodeficiência humana. O HIV ataca o sistema imunológico do corpo humano.

Icterícia: Cor amarelada da pele e dos olhos. Em recém-nascidos pode ser causada por excesso de bilirrubina (hiperbilirrubinemia) vindo de excesso de glóbulos sanguíneos destruídos.

Imunizações: Medicamentos (anticorpos ou vacinas) administrados para evitar certas doenças.

Incapacidades neurológicas: Desenvolvimento anormal do cérebro e do sistema nervoso.

Lanugem: Pelo fino e macio encontrado por todo o corpo do bebê, excepto nas palmas das mãos e nas solas dos pés. O lanugo aparece por volta de cinco meses de gestação e começa a cair por volta de sete a oito meses de gestação. Bebês prematuros tendem a ter mais lanugem, mas também está presente em recém-nascidos a termo. A lanugem desaparece dentro de poucos dias ou semanas depois do nascimento.

Leite final: O leite que vem da mama no final de uma mamada. O leite final tem mais gordura que o leite que vem no começo de uma mamada (leite inicial). O leite final é rico em energia.

Leite inicial: O leite que vem da mama no começo de uma mamada. O leite inicial é mais aguado que o leite que vem mais tarde em uma mamada (leite final). O leite inicial ajuda a manter o bebê hidratado.

Letargia: Moleza ou sonolência anormal. Falta de energia que muitas vezes causa diminuição na actividade.

Líquido amniótico: O líquido que envolve o feto dentro do útero.

Malformação congénita: Um problema físico ou mental com o qual o bebê nasce, por exemplo, fenda palatina ou pé torto.

Malformação: Deformidade física com a qual o bebê nasce. Ver malformação congénita.

Mecônio: Fezes escuras, de cor verde-preta, formadas no intestino do bebê enquanto ele está no útero. O mecônio é a primeira fezes do recém-nascido. Se é liberado mecônio enquanto o bebê ainda está no útero isso causa com que o líquido amniótico fique amarelo, marrom ou verde.

Medicamento ou droga anti-infecciosa: Um medicamento contra micróbios (germes) que causam infecção. Inclui antibióticos.

Membranas mucosas: O revestimento húmido de alguns órgãos. Por exemplo, dentro da boca e o revestimento do olho.

Método de mãe canguru: Método de manter o bebê aquecido por meio de contacto constante pele a pele entre a mãe e o recém-nascido.

Moldagem: Mudança no formato da cabeça do bebê conforme ele passa pelo canal de nascimento.

Moleira: Pontos moles na cabeça do bebê onde os ossos do crânio não se encontram. A moleira anterior (na parte de cima da cabeça) é em formato de losango e pode ser facilmente localizada. A moleira posterior (atrás da moleira anterior) é menor e triangular ou em formato de “Y”.

Monitorar: Reavaliar regularmente, por exemplo, para observar o recém-nascido frequentemente para avaliar sua respiração e aquecimento.

Monogamia: Somente ter um parceiro sexual de cada vez.

Mortalidade infantil: Morte de bebês durante o primeiro ano de vida. A taxa de mortalidade infantil é medida por 1.000 nascimentos.

Morte de recém-nascido ou neonato: A morte de um bebê, nascido com vida, durante o período neonatal.

Morte prematura de recém-nascido ou morte neonatal prematura: Morte de um bebê durante os primeiros sete dias de vida.

Morte mais tarde de recém-nascido ou morte mais tarde neonatal: Morte de bebê ocorrendo depois do sétimo dia de vida, mas antes de 28 dias de vida.

Morte fetal: Morte de um bebê no útero depois de 22 semanas de gestação.

Morte perinatal: Inclui mortes intrauterinas de fetos (500 gramas) depois de 22 semanas de gravidez e mortes durante a primeira semana de vida, ambos nado mortos e mortes neonatais prematuras.

Nado morto: Parto de bebê que morreu depois de 28 semanas de gravidez e antes do nascimento.

Nascimento pré-termo: Nascimento do bebê antes de 37 semanas de gestação.

Bebé muito prematuro ou pré-termo: Bebê nascido antes de 32 semanas de gestação.

Nascimento/Parto limpo: Nascimento atendido por um profissional de saúde que segue os princípios de limpeza (mãos limpas, superfície limpa, corte limpo do cordão umbilical).

Nascimento: Nascimento completo de um bebê em qualquer estágio da gravidez, depois do qual o bebê respira e mostra sinais evidentes de vida.

Neonato: Um recém-nascido; um bebê nos primeiros 28 dias de vida.

Oral: Referente à boca, como em afta oral; uma infecção na boca.

Oxigênio: Gás no ar que suporta a vida. O oxigênio é

transportado pelos glóbulos vermelhos para todas as partes do corpo.

Palato: O céu da boca.

Partograma: Um gráfico usado para monitorar o progresso do parto e as condições da mãe e do feto. O partograma inclui um registo de gráfico de parto para ajudar a identificar parto anormal. Quando os provedores de serviços médicos usam o gráfico de parto para identificar problemas maternos e do feto, eles podem intervir rapidamente com medidas para salvar a vida. O partograma pode reduzir a mortalidade fetal e materna e morbidade e evitar cesarianas desnecessárias.

Período de recém-nascido ou período neonatal: Os primeiros 28 dias de vida.

Primeiro período neonatal: Os primeiros sete dias de vida.

Período perinatal: De 22 semanas de gestação até sete dias completos depois do nascimento.

Postura: Posição que o corpo é segurado pelas articulações e músculos. A postura do recém-nascido a termo normal é flexionada com braços e joelhos dobrados.

Preeclampsia: Uma condição na gravidez manifestada por pressão arterial alta e proteína na urina. Sinais mais avançados são edemas no rosto, mudanças na visão, dor de cabeça e dor na parte de cima do abdômen. A preeclampsia pode progredir para eclampsia potencialmente fatal com convulsões e desmaios.

Prematuro, prematuridade: Bebê nascido antes de seu corpo estar maduro, ou seja, antes de 37 semanas de gestação. Como os bebês amadurecem diferentemente, a palavra “pré-termo” é muitas vezes preferida.

Pré-termo: Bebê nascido antes de 37 semanas de gestação.

Problemas de desenvolvimento: Desenvolvimento anormal ou lento à medida em que o recém-nascido cresce.

Pústula: Inchaço da pele com pus.

Reanimação: Acções para ajudar um bebê a iniciar e a manter a respiração.

Reaquecer: Tratar hipotermia aquecendo o bebê até a temperatura voltar ao normal.

Recém-nascido: Um bebé do nascimento até 28 dias; um neonato.

Recipiente resistente a perfuração: Recipiente que não pode ser furado por agulhas nem lâminas.

Retracção do peito: Quando a pele entre as costelas e ao redor do pescoço é puxada para dentro com cada respiro. A retracção do peito é um sinal de dificuldade respiratória. Também é chamado de puxamento do peito.

RPR: Reagente de plasma rápido. Exame de sangue para sífilis.

Secreção purulenta: Secreção de líquido com pus.

Sepsis: Termo para infecção generalizada. Sepsis neonatal, por exemplo, se refere a um recém-nascido com sinais de infecção grave.

Septicemia: Infecção na corrente sanguínea.

Sinal de perigo: Um sinal ou sintoma que pode indicar doença grave, condição de ameaça à vida ou outro perigo à saúde ou bem estar.

Teste de triagem: Teste administrado com um grupo de pessoas para detectar condições ou doenças comuns em certas regiões ou faixas etárias. A triagem pode ser realizada mesmo se não houver sinais nem sintomas de doença em uma pessoa em particular. Por exemplo, testar todas as grávidas durante o cuidado pré-natal para sífilis ou anemia é uma forma de triagem.

Testículos: Glândulas reprodutoras masculinas localizadas no saco de tecido (escroto) na base do pénis.

Tétano: Doença causada por esporos tóxicos liberados da *Clostridium tetani*, uma bactéria que cresce em tecidos mortos e matéria apodrecida. A transmissão ocorre quando há contacto entre a bactéria e qualquer pele rompida ou tecidos mortos, como uma ferida, circuncisão ou quando o cordão umbilical do bebé é cortado. Sinais comuns de tétano incluem espasmos musculares do maxilar e das costas. Se não for tratado correctamente, o tétano em recém-nascido por causar morte.

Transmissão: Passar algo de uma pessoa para outra, como a transmissão de uma infecção.

Vento: Uma corrente de ar em movimento.

Bibliografia de referência

Referências gerais sobre a saúde e os cuidados ao recém-nascido

ACNM. (1998). *Life saving Skills*. 3ª ed., Washington, DC: Colégio Americano de Enfermeiras-Parteiras.

Beck D, Buffington, ST, McDermott J, e Berney K. (1998). *Healthy Mother and Healthy Newborn Care: A reference for care givers*. Washington, DC: Colégio Americano de Enfermeiras-Parteiras.

Kinzie B e Gomez P. (2004). *Basic Maternal and Newborn Care: A guide for skilled providers*. Baltimore, MD: MNH Program/JHPIEGO.

Lawn J, McCarthy B, e Rae Ross S. (2001). *The Healthy Newborn: A reference manual for program managers*. Atlanta, GA: CDC/CCH I/CARE.

Tietjen L, Bossemeyer D e McIntosh N. (2003). *Infection Prevention Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: JHPIEGO.

Organização Mundial da Saúde (2003). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum, and Newborn Care: A guide for essential practice. (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth)*. Geneva: OMS.

Organização Mundial da Saúde (2003). *Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses and midwives (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth)*. Geneva: OMS.

Organização Mundial da Saúde (2002). *Prevention of Hospital-Acquired Infections: A practical guide*. Geneva: OMS. (OMS/CDS/ CSR/EPH/2002.12)

Organização Mundial da Saúde (2000). *Management of the Child with a Serious Infection or Severe Malnutrition: Guidelines for care at the first-referral level in developing countries*. Geneva: OMS. (OMS/ FCH/CAH/00.1)

Organização Mundial da Saúde (2000). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth)*. Geneva: OMS. (OMS/RHR/00.7)

Organização Mundial da Saúde (1998). *Basic Newborn Resuscitation: A practical guide*. Geneva: OMS. (OMS/ RHT/MSM/98.1)

Organização Mundial da Saúde (1993). *Breastfeeding Counselling: A training course*. Geneva: OMS. (OMS/ CDR/93.3-5)

Recursos da Internet

www.aidsinfo.nih.gov/guidelines

www.breastfeedingbasics.org/

www.healthynewborns.com

Este é o site oficial da *Healthy Newborn Partnership* com links para recursos sobre problemas do recém-nascido e websites das instituições participantes.

www.mnh.jhpiego.org/

Este site oferece uma visão geral do Programa de Saúde Materna e Neonatal. Inclui links directos para publicações e recursos técnicos.

www.savethechildren.org/

O website da Save the Children contém bastante material sobre Saving Newborn Lives e as iniciativas de seu programa.

www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm

Este documento da OMS se enfoca HIV e alimentação de bebés, especialmente amamentação no seio. É oferecido acesso a seis documentos importantes.

www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/updt-14.htm

Uma actualização para *Breastfeeding Counseling: A training course* está disponível neste site.

www.who.int/reproductive-health/rtis/mtct

Este documento da OMS oferece informações gerais sobre transmissão de HIV de mãe para filho, assim como recomendações da OMS para o uso de medicamento anti-retroviral (nevirapina) para evitar TMPF.

Índice

A termo (idade gestacional), 110
 Abscesso no seio, 85
 Abdómen, 37, 40
 Ácido fólico, folato, 15
 Aconselhamento
 sobre amamentação no seio, 64, 68-69, 71-73
 sobre sinais de perigo, 16, 19, 21, 55
 mãe HIV positiva, 71
 sobre alimentação do bebê, 62-70
 sobre cuidados ao recém-nascido, 50-55
 depois da reanimação, 104-106
 Actividade e movimento, 36, 39
 Açúcar baixo, 41, 113
 Administração de oxigênio, 181-183
 AFASS, 72
 Ajudante de parto, 17
 Aleitamento no seio
 vantagens da, 60-61
 alternativas para mãe HIV positiva, 71
 pega, 63-65
 bebê de mãe HIV positiva, 71-73, 77
 vantagens de, 60-61
 aconselhamento sobre, 64, 68-69, 71-73
 por demanda, 66
 duração das alimentações, 64
 iniciação desde cedo, 31, 62-65
 desmame precoce, 72
 exclusiva, 62-63, 69
 frequência, 66, 68
 bebê com baixo peso ao nascer, 120-121
 administração de problemas, 74-85
 posições para, 64, 66-68, 76-77
 problemas, 74-90, 127
 alimentação substituta, 73
 pega por conta própria, 63
 bebê doente, 68
 gêmeos, 70
 e necessidade de água, 62-63
 Alimentação
 aconselhamento para mãe HIV positiva, 71-73
 por copo, 88-89
 Alimentação com mamadeira, 73
 Alimentação por copo, 88-89
 Alimentação por demanda, 66
 Alimentação substituta, 73
 Alvejante
 de cloro, 187, 189-190
 pó, 190
 tabletes, 191
 Ama de leite, 73
 Amamentação exclusiva, 62-63, 69
 Amamentação no seio por demanda, 66
 Ambu, bolsa, 95, 100-101
 Amoxicilina, 171
 Ampicilina, 163, 171
 Ancilostomíase, 15, 178
 Anemia, 15
 Antibióticos, primeira dose de, 129
 Ânus, 37, 41
 Ânus imperfurado, 40
 Aquecimento, 28-29, 50, 113, 118
 Aréola, 64-65
 Arfando, 100, 127, 132
 Armazenamento
 de equipamento, 195
 de leite materno espremido, 86, 88
 Asfixia, 94
 Asfixia no nascimento, 94
 Aspiração de mecônio, 96
 Aspirador, De Lee ou bomba, 211-212
 Aumento de peso, 48
 Autoclave, 193-194
 Avaliação
 durante o primeiro dia, 32, 34
 rápido no nascimento, 30
 AZT, 167, 177

 Baixo peso ao nascer, 110-111
 Banho de esponja, 52
 Batimento das asas do nariz, 38, 132
 BCG, 156-157
 Bebê com baixo peso ao nascer
 cuidados ao, 112-117
 aconselhamento, 111, 121
 alimentação, 120-121
 seguimento de, 112, 116-117
 identificação de, 112
 prevenção de infecção, 113
 método de mãe canguru (KMC), 118-120
 problemas de, 113
 controle da temperatura, 113, 118
 Bebês prematuros ou pré-termo, 110, 112
 Benzatina penicilina, 163, 172
 Boca, 37, 40
 Bossa serossangüínea, 36

 Cabeça, 36, 39, 42
 Canais de leite entupidos, 75, 82-83
 Canal de leite, entupido, 75, 82-83
 Cefalo-hematoma, 39
 Ceftriaxona, 164
 Cianose, 30, 36, 38
 Clotrimazol, 172
 Cloxacilina, 173

- Colostro, 62-63
- Como amarrar o cordão umbilical, 30, 99
- Como colocar luvas, 198-199
- Como dar banho ao recém-nascido, 52
- Como espremer leite materno, 86-87
- Como identificar necessidades e problemas, 8-9, 35
- Como limpar a via aérea, 100, 210-212
- Como manter o bebé aquecido, 28-29, 50, 118
- Como pesar o bebé, 33, 37, 213
- Como secar o recém-nascido, 28-29
- Comunicação, 218-219
- Comunidade, apoio à amamentação no seio, 60
- Conjuntivite. Ver Contaminação de Infecção nos Olhos, 186-187, 189, 195-199, 204-206
- Consultas de seguimento
- lista de verificação, 49
 - aconselhamento, 42, 55
 - equipamento e suprimentos, 43
 - cuidados pós-natais, 42-49
 - pós-parto, 42
 - preparação para, 42
- Contacto pele a pele, 30-31
- Contrações (uterinas), 21
- Convulsões, 127, 133
- Cor, 30, 32, 36, 38, 146, 148-149
- Cor da pele, 36, 38
- Cordão umbilical, 30, 37, 40
- Corrente de aquecimento, 28-29
- Costas, 37, 41
- Crescimento, 74
- Cuidados ao cordão umbilical, 53
- como cortar, 30
 - infecção, 127, 130-131, 134-135, 165
 - coto, 30
- Cuidados ao recém-nascido
- durante o primeiro dia, 32-33
 - imediatos, 29-30
 - depois da reanimação, 104-105
 - mortes, 1-3
 - exame
 - nas primeiras horas de vida, 33-41
 - enfocado, 7
 - seguimento, 7, 43-45, 47-48
 - avaliação rápida no momento do nascimento, 30
 - necessidades, 50-51
 - directrizes para transferência, 129
 - reanimação. Ver Reanimação do recém-nascido, mamilos, doridos ou rachados, 74, 76-77
- Cuidados aos olhos, 31-32
- Cuidados essenciais ao recém-nascido, 25
- Cuidados imediatos ao recém-nascido, 29-30
- Cuidados pós-natais, os primeiros 28 dias, 42-45
- Cuidados pré-natais, 14-17
- Depósitos de cal, 191
- Derramamentos, 202-204
- Descontaminação, 189, 202
- Desidratação, 39, 145
- Desinfecção de alto nível (DAN), 192
- Desinfecção, 202
- Desmama, antecipada, 72
- Desmame antecipado, 72
- Diabete, 41
- Dificuldade respiratória, 38, 55, 100, 105, 127, 130, 132
- Eliminação
- de objectos pontiagudos, 201, 206
 - de lixos, 204-206
- Eliminação de lixo, 204-206
- Engorjamento, 75, 80-81
- Equipamento
- para o nascimento 27
 - limpeza e desinfecção, 214-215
 - para reanimação, 95
 - armazenamento, 195
- Eritromicina, 164, 173
- Escolha informada, 71
- Escutar activamente, 218-219
- Esfregar as mãos, 187-188
- Esgotamento fetal, 20-21
- Espinha, 37, 40
- Estabilização do recém-nascido, 128
- Esterilização
- esterilização com calor seco, 195
 - esterilização com vapor (autoclave), 193
- Esterilização com calor seco, 195
- Estimulação, 98-99
- Exame do recém-nascido
- seguimento, 7, 43-45, 47-48
 - imediatos, 33-41
- Exame físico do recém-nascido
- descobertas anormais, 38-41
 - descobertas normais, 36-37
 - como fazer, 7
 - quando fazer, 7
- Exames laboratoriais, 7
- Exantema, assadura das fraldas, 131, 136-138, 140-141, 165-166
- Extractor de muco, 100, 211-212
- Febre, 41, 142, 144-145, 147
- Ferro e ácido fólico (ferro/folato), 15, 179
- Ferver
- fervura rápida de leite materno espremido, 72

- método de DAN, 192
- Fervura rápida do leite materno, 38
- Frouxidão, atonia, 112
- Fezes, 37, 40, 46, 68, 146
- Flamejamento de instrumentoss, 191
- Fluído amniótico manchado de mecônio, 20-21, 96, 100
- Fluídos, necessidade de
 - materna 62, 66, 70
 - recém-nascido, 62-63
- Folhas de repolho, 81
- Fontanelas, 39, 42
- Frio, 28, 31, 41

- Gêmeos, 70
- Gentamicina, 165, 174
- Gravidez, medidas preventivas na, 14-15
- Grunhido, 132
- Habilidades básicas
 - como avaliar a temperatura do recém-nascido, 212
 - como contar os batimentos cardíacos do recém-nascido, 213
 - como contar as incursões respiratórias do recém-nascido, 213
 - como avaliar batimentos cardíacos do feto, 210
 - como fazer injeções em um recém-nascido,
 - injeção intradérmica, 215
 - injeção intramuscular, 214-215
 - como fazer a sucção da via área do recém-nascido
 - antes do parto do corpo, 100, 210
 - depois do parto, 100, 211-212
 - como pesar um recém-nascido, 213
- Habilidades de aconselhamento, 220-221
- Hemorragia, 42
- Hepatite B, 156-157
- Hipertermia, 142, 144-145
- Hipoglicemia, 41, 113
- Hipotermia
 - causas, 142
 - prevenção, 28-29
 - reconhecimento de, 127, 142-143
 - reaquecimento, 143
- Hipoxia, 94, 96-97
- HIV/AIDS
 - e amamentação no seio, 71-73, 77
 - decisão informada sobre alimentação, 71
 - transmissão de mãe para filho,
 - prevenção com anti-retrovirais, 18-19
 - precauções padrão, 186-187
 - transmissão. Ver TMPF

- Icterícia
 - normal (fisiológica), 146
 - grave, 127, 146

- Icterícia fisiológica, 146
- Idade gestacional, 110
- Imunidade
 - colostro, 63
 - vitamina A, 54, 63, 179
- Imunizações
 - para o bebê, 53, 156-158
 - para a mãe, 15, 154-155
- Infecção cutânea, 131, 136-137, 165
- Infecção do cordão umbilical, 127, 130-131, 134-135, 165
- Infecção do seio, 75
- Infecção dos olhos, 127, 138-139, 164, 169
- Intervalo entre filhos, 21, 69
- Infecções, maternas
 - HIV/AIDS, 15, 18-19, 147, 176-177
 - malária, 15, 178
 - pós-parto 21
 - com ruptura prematura das, membranas, 16, 147, 171, 173
 - sífilis, 15, 146-147, 172
 - tuberculose, 147
- Infecções, recém-nascido
 - olho, 138-139, 164, 169
 - generalizada, 130, 133, 164-165
 - localizada, 130, 134-137
 - sapinho, 138, 140-141, 165-166
 - medidas preventivas, 51
 - sepsis, 130, 133, 164-165
 - pele, 131, 136-137, 165
 - sífilis, 15, 146-147
 - tétano, 15, 127, 130, 154-155
 - tuberculose, 157, 166
 - cordão umbilical, 130-131, 134-135
- Iniciação da amamentação no seio, desde cedo, 31, 62-65
- Injeções, como administrar a um recém-nascido, 213-215
- Instrumentos
 - limpeza, 189-191
 - para cortar o cordão umbilical, 27, 30
 - descontaminação, 189-191
 - desinfecção de alto nível, 192
 - esterilização, 193-195
- Interacção entre mãe e bebê, 51, 61, 73
- Isoniazida, 166

- Kit para parto, 27

- Lábio leporino, fenda palatina, 40
- Lavar as mãos, 35, 51, 187-188
- Leite final, 64, 66
- Leite inicial, 66
- Leite insuficiente. Ver Sem leite suficiente,
- Leite materno
 - vantagens ou benefícios, 61

- colostro, 62-63
 alimentação por copo, 88-89
 como espremer, 86-87
 tratamento com calor, 72
 sem leite suficiente, 68, 74, 78-79
 armazenamento, 86, 88
 substitutos, 73
 vitamina A, 63, 68
- Lençóis, 196
- Lethargy, 50, 144
- Limpeza da casa, 202-203
- Limpeza das mãos com álcool, 187-188
- Limpeza, derramamentos, 202-204
- Linguagem corporal, 219
- Lixo médico, eliminação de, 204-206
- Luvas
 exame, 196-197
 como colocar, 198-199
 remoção de, 199
 reprocessamento de, 198
 estéreis, 197-198
 cirúrgicas, 197-198
 utilitárias, 196-197
 quando usar, 196-198
- Malária
 tratamento preventivo intermitente (TPI), 15, 178
 prevenção, 15, 178
- Mamilos doridos, 76-77
- Mamilos rachados, 76-77
- Manter registros, 11, 26, 33
- Mastite
 causas, 75
- Mebendazol, 178
- Mecônio, 100
- Medicamentos anti-retrovirais, 18-19, 167, 176-177
- Membranas, ruptura prolongada de, 147, 171, 173, 176
- Método de Amenorreia Lactacional (MAL), 69
 administração de amamentação no seio em caso de, 85
 sintomas, 84
 tratamento, 85, 173
- Método de DAN com vapor, 192
- Método de mãe canguru, (CMC) 118-120
- Metronidazol, 175
- Micção, 46, 49, 69
- Moleira protuberante, 40
- Monitoramento do trabalho do parto, 18
- Monitorização do trabalho de parto, 18
- Monitorização depois da reanimação, 102, 104
- Mortalidade
 causas da mortalidade neonatal, 3
 bebê, 2
 neonatal, 1-2
- Mortalidade neonatal, 1-2
- Morte, neonatal, 2-3, 100, 106
- Mosquiteiros tratados com inseticida, 15
- Nado morto, 2, 15, 33, 146
- Nascimento
 ambiente para, 25-27
 equipamento e suprimentos para, 26-27
 Cuidados imediatos para o recém nascido em
 secar e estimular, 29
 iniciação desde cedo da amamentação no seio, 31
 cuidados aos olhos, 31-32
 avaliação rápida, 30
 como amarrar e cortar o cordão umbilical, 30
 como aquecer, 30-31
 preparação para, 25-28
 manter registros, 26, 33
- Neviparina, 167, 176
- Nistatina, 166, 175
- Nutrição materna, 13-14, 68
- Objectos pontiagudos, 201
- Observação da amamentação no peito, 44-45, 64
- Obter história, 6, 33
- Oftalmia neonatal*. Ver infecção dos olhos,
 Vacina contra pólio oral (VOP), 156, 158
- Olhos, 36, 40
- Órgãos genitais, 37, 41
- Oxigênio, 181-183
- Palidez, 38
- Panos, quentes molhados, 81
- Paracetamol, 77, 180
- Parto, 18
 medicamentos para, 27
 cuidados de emergência, 14, 16
 preparação para, 26-27
- Partograma, 18
- Pasteurização em jarro, 72
- Pasteurização pretória, 72
- Pega do seio, 64-65
- Pele, 36, 39
- Penicilina G, 176
- Pequeno para idade gestacional (PIG), 110
- Perda de calor; recém-nascido, 28-29
- Perder o fio que amarra o cordão, 146, 150
- Períodos de crescimento acelerado, 68, 78
- Peso muito baixo ao nascer, 110
- Peso no nascimento, 37, 41, 110
- Placenta, 204
- Planeamento familiar, 11, 21
- Plano de cuidados, 10
- Plano de parto, 16-17

- Pomada para olhos de tetraciclina 1%, 32, 169
- Posição para amamentação no seio, 64, 66-68, 76-77
- Posição para amamentação no seio de gêmeos, 70
- Posição para reanimação, 98-99
- Precauções, padrão, 186-187
- Prevenção
 - de perda de calor, 28-29
 - de infecções 25
 - De TMPF de HIV, 71
- Prevenção de infecção,
 - descontaminação, 189, 202
 - luvas e roupas protectoras, 196-200
 - como manusear instrumentos pontiagudos, 201
 - como lavar as mãos, 187-188
 - esterilização, 193-196
 - eliminação de lixo, 204-206
- Problemas respiratórios ou dificuldade e esgotamento. Ver
- Problemas respiratórios,
- Processamento
 - instrumentos e outros equipamentos, 189-195
 - lençóis/toalhas, 196
- Provedor de serviços ou ajudante qualificado, 3
- Pústulas, 131, 136-137, 165
- Reanimação de recém-nascido,
 - Ambu e máscara, 100-101
 - como limpar equipamento usado para, 107
 - aconselhamento/suporte para a família, 104-106
 - equipamento e suprimentos para, 95
 - identificação de necessidade para, 98
 - monitorização depois, 102
 - ventilação boca a boca, 100
 - resultados da, 104-106
 - posição para, 98-99
 - preparação para, 95
 - transferência depois, 102, 105
 - passos da, 99-103
 - resumo, 103
- Recipiente para a eliminação de objectos pontiagudos, 201
- Redes mosquiteiras, tratadas com insecticida, 15
- Remoção de luvas contaminadas, 199
- Respiração barulhenta, 127, 132
- Respiração, 36, 38
- Retracção do peito, 127, 132
- Roupas protectoras, 200
- Ruptura prolongada das membranas, 147, 171, 173, 176
- Sangramento
 - na gravidez, 16
 - sangramento do cordão umbilical, 146, 150
- Sapinho, 138, 140-141, 165-166
- Sapinho, 73, 76, 138, 140-141, 165-166, 174-175
- Saúde materna
 - cuidados pré-natais, 15-17
 - HIV/AIDS, 18-19, 147, 176-177
 - infecção durante o trabalho de parto, 146-147, 176
 - malária, 15, 178
 - mal nutrição, 111
 - sífilis, 146, 172
 - tuberculose, 147
- Secreção
 - dos olhos, 55, 138-139
 - do umbigo, 127, 130, 134-135
 - vaginal, 16, 19, 37
- Seguimento de baixo peso ao nascer, 112, 116-117
- Segurança, 54
- Sem chupar, 39, 127, 133
- Sem leite suficiente, 68, 74, 78-79
- Sem respirar, 98
- Sepsis, 130, 133, 163, 165
- Sepsis neonatal, 130, 133, 163, 165
- Sífilis, 15, 146-147, 163, 172
- Sinais de perigo
 - aconselhamento sobre, 16, 19, 21, 55
 - no trabalho de parto e parto, 19-21
 - recém-nascido, 112, 126-128
 - no período pós-parto, 21
 - na gravidez, 16
- Sinais de perigo para a mãe, 16, 19, 21
- Sistema imunológico, 23, 51
- Solução de nitrato de prata 1%, 32, 169
- Solução de polividona iodine, 32, 135, 137, 169
- Solução para descontaminação (cloro 0,5%), 189-191
- Solução para descontaminação, 189-190, 202
- Sono
 - necessidades da mãe, 68
 - necessidades do recém-nascido, 50
- Sons cardíacos fetais ou frequência de batimentos cardíacos do feto, 20-21, 210
- Sucção, 95, 100, 210-212
- Sucção inadequada, 64, 127, 133
- Sulfadoxina-primetamina (SP), 178
- Supressão da ovulação
 - (durante a amamentação excessiva), 69
- Tarefas para todos os profissionais de saúde
 - amamentação no seio, 90
 - problemas comuns em recém-nascidos, 151
 - cuidados essenciais para todos recém-nascidos, 56
 - bebés com baixo peso ao nascer, 122
 - reanimação de recém-nascido, 108
- Técnica de tomada de decisões, 5, 12
- Temperatura
 - controle, 28, 37, 41, 43, 50

hipertermia, 142
hipotermia, 142
recém-nascido normal, 142
para armazenamento de leite materno, 86
tomando, 212

Temperatura alta, 127, 144-145
Temperatura baixa, 142-143
Termómetro, 212
Tétano, 15, 130
Tétano toxóide, 154-155
Tônus, 36, 38

Trabalho de parto
cuidados da mãe durante, 18-19
prematuro, 19
prolongado, 19

Transferência
critérios, 128
directrizes, 129
de bebé com baixo peso ao nascer, 115, 117
depois da reanimação, 105

Transmissão de HIV de mãe para filho (TMPPF)
anti-retrovirais, 19, 167, 176-177
amamentação no seio, 71
prevenção, 18-19, 71
websites, 92

Transporte de um recém-nascido doente, 128-129
Tratamento com calor do leite materno, 72
Tratamento de emergência, 128
Tuberculose, 147, 156-157, 166

Vacinação, Ver Imunizações
Ventilação boca a boca, 100
Ventilação com Ambu e máscara, 100-101, 103
Ventilação, 100-101
Verniz, 29
Via aérea, como liberar a, 100, 211-212
Violeta genciana, 165, 174
Vitamina A, 54, 63, 179
Vitamina K, 33, 115, 150, 168

Websites, 22, 92, 123, 152, 159, 184

Zidovudina, Ver AZT

