

5
VOLUME

COLEÇÃO DE **MANUAIS**
PARA **ENFERMAGEM**

Neonatologia, Pediatria e
Saúde do Adolescente

SANAR

2019

© Todos os direitos autorais desta obra são reservados e protegidos à Editora Sanar Ltda. pela Lei nº 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume ou qualquer parte deste livro, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, gravação, fotocópia ou outros), essas proibições aplicam-se também à editoração da obra, bem como às suas características gráficas, sem permissão expressa da Editora.

Título | Coleção de Manuais para Enfermagem - neonatologia, pediatria e saúde do adolescente
Editora | Thalita Galeão
Copidesque | Pedro Muxfeldt
Diagramação | Carlos Augusto Machado e Everton Augusto Machado
Capa | Wesley Azevedo
Conselho Editorial | Caio Vinicius Menezes Nunes
Itaciara Larroza Nunes
Paulo Costa Lima
Sandra de Quadros Uzêda
Silvio José Albergaria da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Tuxped Serviços Editoriais (São Paulo-SP)

P288c **Passinho**, Renata Soares (coord.)

Coleção de Manuais para Enfermagem: Neonatologia, Pediatria e Saúde do Adolescente. / Coordenadora: Renata Soares Passinho. – 1. ed. - Salvador: Editora Sanar, 2019. 240 p.; il; 16x23 cm. (Coleção de Manuais para Enfermagem, v.5).

ISBN: 978-85-5462-227-5

1. Adolescentes 2. Crianças 3. Enfermagem 4. Esquemas 5. Exercícios 7. Neonatologia 8. Pediatria 9. Questões I. Título II. Assunto III. Passinho, Renata Soares

CDD 610.73:618.82
CDU 616.08:616-053.2

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Enfermagem: Pediatria em geral.
2. Enfermagem: Pediatria.

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anízio Gomes CRB-8 8846

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

PASSINHO, Renata Soares (coord.). **Coleção de Manuais para Enfermagem: Neonatologia, Pediatria e Saúde do Adolescente**. 1. ed. Salvador: Editora Sanar, 2019. (Coleção de Manuais para Enfermagem, v.5).

Editora Sanar Ltda.

Rua Alceu Amoroso Lima, 172
Caminho das Árvores,
Edf. Salvador Office & Pool, 3º andar.
CEP: 41820-770, Salvador - BA.
Telefone: 0800 337 6262
www.editorasanmar.com.br
atendimento@sanar.com

**SANAR**

AUTORES

RENATA SOARES PASSINHO

Coordenadora

Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) na linha de Epidemiologia, Políticas e Práticas em Saúde das Populações. Pesquisadora do Núcleo Interinstitucional de Estudos Epidemiológicos Longitudinais em Saúde (NIELOS), do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, da UFMG. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Enfermeira da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Especialista, sob a forma de residência, em Saúde Materno Infantil pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e em Gestão de Emergências em Saúde Pública pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. Autora e Coordenadora de Livros de Enfermagem pela Editora Sanar. Experiência profissional: enfermeira intervencionista efetiva do SAMU 192 da Prefeitura de Salvador-BA (2012-2016); Docência na UFBA (2013-2014) e Faculdades Integradas do Extremo Sul da Bahia (UNESULBAHIA) de 2017 a 2019. Aprovação em dois concursos públicos municipais (Salvador e Eunápolis) e dois federais (UFSB – 1º lugar e EBSE RH UFBA – 3º lugar).

ANA CAROLINA AYRES SILVA SANTOS

Revisora Técnica

Enfermeira. Pedagoga. Pós graduada em Metodologia do Ensino, Pesquisa e Extensão em Educação, Residência em Terapia Intensiva, Pós graduada em Auditoria dos Serviços de Saúde e em Micropolítica e Gestão do SUS. Aprovada em concursos públicos. Atualmente, enfermeira do HUL- EBSE RH. Autora de livros para concursos e residências.

ANNA CAROLINE LEITE COSTA

Autora

Pós-graduanda em Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Enfermeira, bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais.

CAROLINA SANTIAGO VIEIRA

Autora

Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeira pela Universidade Federal de São João Del Rei. Pesquisadora do Grupo de Estudos sobre recém-nascidos, crianças, adolescentes e suas famílias (RECRIA) e do Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Epidemiologia (NIEPE).

DANIELA CRISTINA ZICA SILVA

Autora

Mestre em Enfermagem (UFMG) Especialista em Enfermagem em UTI Neonatal e Pediátrica (Unyleya) MBA em Gestão Estratégica de Saúde (Centro Universitário UNA) Graduação em Enfermagem (PUC-Minas).

ELLEN CRISTINA VARGAS OLIVEIRA

Autora

Bacharel em Enfermagem (2004-2007). Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais-PUCMINAS/BH (2009). Enfermeira Residente pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro- RIMS/UFTM (2010-2012). Mestre em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM (2012-2013- Bolsista CAPES). Docente no curso de Enfermagem - Pitágoras Betim/MG (2015-2017). Enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM).

FERNANDA GONTIJO ARAÚJO

Autora

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Presidente Antônio Carlos (2010), campus Bom Despacho-MG. Especialização em Saúde da Criança pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Municipal Odilon Behrens, BH/MG (2011-2013). Mestrado em Saúde em Enfermagem, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, linha de pesquisa - Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos - , com ênfase em Saúde da Mulher/Saúde Reprodutiva(2016-2018). Atualmente está cursando Doutorado em Saúde e Enfermagem, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, linha de pesquisa - Epidemiologia, Políticas e Práticas em Saúde. Já atuou como Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura de Belo Horizonte - MG (2013-2015) e atualmente é Enfermeira Intensivista Neonatal do Hospital das Clínicas da UFMG (desde 2015).

LAÍS SANTOS DE MAGALHÃES CARDOSO

Autora

Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) na linha de Epidemiologia, Políticas e Práticas em Saúde das Populações. Mestre em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos pela Escola de Engenharia da UFMG (2013). Especialista em Saúde Coletiva, área de concentração "Epidemiologia, Avaliação e Informação em Serviços de Saúde" (2010). Graduação em Enfermagem (bacharelado e licenciatura) pela Escola de Enfermagem da UFMG (2008). Participou como gestora de projeto e pesquisadora da formulação do Programa Nacional de Saneamento Rural (PNSR). Integrou equipe do Sistema Estadual de Informações sobre Saneamento - SEIS, da Fundação João Pinheiro (FJP). Professora substituta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG no ano de 2018. Pesquisadora do grupo "Observatório de Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis" (UFMG).

LORENA GONZALES SIQUEIRA

Autora

Especialista em UTINeonatal e Pediátrica pela Atualiza/ Enfermeira do Trabalho pela Estácio de Sá/ Graduada pela Universidade Federal da Bahia/ Enfermeira intensivista da Maternidade Federal Climério de Oliveira.

APRESENTAÇÃO

VOLUME 5 - NEONATOLOGIA, PEDIATRIA E SAÚDE DO ADOLESCENTE

A coleção **Manuais para Enfermagem** é o melhor e mais completo conjunto de obras voltado para a capacitação e aprovação de **Enfermeiros** em concursos públicos e programas de residências do Brasil. Elaborada a partir de uma metodologia que julgamos ser a mais apropriada ao estudo direcionado para as provas em **Enfermagem**, contemplamos os 7 volumes da coleção com os seguintes recursos:

- ✓ Teoria esquematizada de todos os assuntos;
- ✓ Questões comentadas alternativa por alternativa (incluindo as falsas);
- ✓ Quadros, tabelas e esquemas didáticos;
- ✓ Destaque para as palavras-chave;
- ✓ Questões categorizadas por grau de dificuldade, de acordo com o modelo a seguir:

FÁCIL	● ○ ○
INTERMEDIÁRIO	● ● ○
DIFÍCIL	● ● ●

Elaborado por professores com sólida formação acadêmica em enfermagem, a presente obra é composta por um conjunto de elementos didáticos que em nossa avaliação otimizam o estudo, contribuindo assim para a obtenção de altas performances em provas e concursos nas áreas da Saúde da Mulher e Obstetrícia.

THALITA GALEÃO

Editora

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO À NEONATOLOGIA

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO À NEONATOLOGIA	15
Epidemiologia perinatal	15
Circulação fetal e adaptação a vida extrauterina	18
Avaliação da idade gestacional e classificação do recém-nascido	22
Recepção na sala de parto e cuidados ao nascimento	24
Propedêutica clínica neonatal	30
Reanimação neonatal	32
Quadro-resumo	40
Quadro esquemático	41
Questões	41
Referências:	46

PROMOÇÃO À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA

CAPÍTULO II

2. PROMOÇÃO À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA	49
Aleitamento materno	49
Tipos de aleitamento materno e a duração da amamentação	50
A produção do leite materno e sua composição	51
Técnica de amamentação	52
Restrições do aleitamento materno	53
Triagem neonatal	54
Organização e fluxo de coleta	55
Cuidados com o material da coleta	56
Técnica para coleta e cuidados durante e após a coleta	56
Coleta de amostra de recém-nascidos baixo peso ou pré-maturos	57
Doenças triadas	57

Métodos não farmacológicos e avaliação da dor no recém-nascido.....	61
Avaliação da dor e instrumentos utilizados	62
Analgesia não farmacológica.....	63
Controle térmico.....	64
Manifestações clínicas da hipotermia	65
Cuidados com a pele do recém-nascido	66
Método canguru	68
Primeira etapa	68
Segunda etapa	68
Terceira etapa	70
Quadro-resumo	71
Quadro esquemático.....	73
Questões.....	75
Referências.....	79

3. PATOLOGIAS NO RECÉM-NASCIDO	83
Distúrbios respiratórios.....	83
Introdução	83
Alterações metabólicas no recém-nascido	93
Hiperbilirrubinemia, fototerapia, exsanguineotransfusão.....	96
Alterações no sistema cardiovascular.....	102
Alterações no sistema digestório.....	108
Alterações neurológicas	116
Sepse neonatal	124
Infecções congênitas.....	128
Retinopatia da prematuridade.....	140
Quadro-resumo	143
Quadro esquemático.....	146
Questões.....	150
Referências	156

4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO BRASIL	159
Introdução	159
Políticas de saúde da criança e do adolescente no Brasil: antes e após a	
Constituição de 1988	161
Estatuto da criança e do adolescente	166
Hospital amigo da criança	168
Rede cegonha	173
Política nacional de atenção integral	175
À saúde da criança	175
Quadro esquemático	177
Questões.....	178
Referências	183

5. SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	185
Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil	185
Imunização na infância e na adolescência	190
Tipos de vacinas destinadas às crianças no Brasil	190
Vias de administração	195
Cuidados na administração de vacinas	197
O processo de hospitalização	198
Prevenção de acidentes	199
Violência e maus-tratos	201
Doenças e agravos infantis	203
Pneumonia	204
Bronquiolite	205
Asma brônquica	207
Diarreias: aguda e persistente	208
Desnutrição infantil	211
Glomerulonefrite	213
Quadro-resumo	215
Quadro esquemático	216
Questões.....	217
Referências.....	222

PROMOÇÃO À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA

CAPÍTULO

2

Ellen Cristina Vargas Oliveira

O que você irá ver nesse capítulo:

- ✓ Aleitamento materno
- ✓ Triagem neonatal
- ✓ Métodos não farmacológicos e avaliação da dor no recém-nascido
- ✓ Controle térmico
- ✓ Cuidados com a pele do recém-nascido
- ✓ Método canguru
- ✓ Quadro-resumo
- ✓ Quadro esquemático
- ✓ Questões

1. ALEITAMENTO MATERNO

Quando pensamos em aleitamento materno, de forma consciente e quase automática, temos a visão de tradução simples: nutrição. Nutrir a criança ou o bebê. Nesse capítulo, convidamos você leitor a ampliar seus conhecimentos e visão sobre a amamentação.

Amamentar vai além de nutrir a criança. Mais do que os aspectos imunológicos já consagrados na literatura, o aleitamento materno (AM) pode ser considerado envolvimento de um profundo processo de vínculo no binômio mãe e filho e acarreta grandes repercussões no estado nutricional da criança.

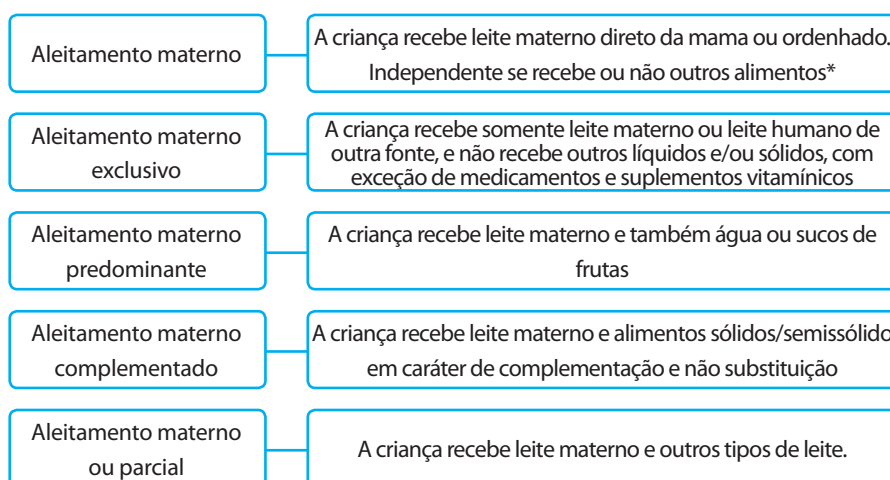
O apoio à nutriz é essencial, mas cabe ao profissional de saúde compreender o contexto familiar ou rede de apoio que a mulher está inserida para alcance do sucesso na amamentação.¹ O profissional assistente, independentemente de sua classe profissional, não deve esquecer que cada mulher é singular e precisa do apoio necessário à sua realidade, tornando-a protagonista no processo. Nesse momento, assistir a mulher não significa dizer a ela o que deve ser feito, mas sim ajudar na tomada de decisões.

Muitos profissionais demonstram concordar com aleitamento materno, entretanto, as lactentes (aquelas que amamentam) relatam insatisfação com o apoio recebido^{1,2}.

A promoção do AM tem seu início ainda no pré-natal, pois possíveis dificuldades podem surgir e muitas mulheres se frustram ao entender que a amamentação pode vir a ser diferente do que elas idealizaram².

1.1 Tipos de aleitamento materno e a duração da amamentação

Os tipos de aleitamento materno adotados nesse capítulo são definições reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde³, conforme figura abaixo:



A OMS³ recomenda o aleitamento materno na primeira hora de vida se estendendo por dois anos ou mais e reitera que não há vantagens em iniciar a introdução de alimentos até os **seis meses** devido à possibilidade de prejuízos a saúde do bebê, tais como:

- Aumento no número de episódios de diarreia
- Aumento no número de hospitalizações por doença respiratória
- Risco de desnutrição (valor nutricional inferior ao LM devido à diluição do alimento)
- Diminui risco de alergias
- Proteção contra o câncer de mama

* O Ministério da Saúde reconhece a oferta de fluídos naturais como finalidade de cura respeitando o contexto cultural e valorizando as práticas integrativas e complementares, desde que em volumes reduzidos e de forma a não concorrer com o leite materno.

rico em proteínas e pobre em gordura. Após o sétimo dia de pós-parto, o leite secretado passa a ser o leite maduro. Já o leite de mães que tiveram filhos prematuros tem composição diferente do leite materno do bebê a termo, conforme a Tabela I.

Tabela I - Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo e do leite de vaca⁴

Nutriente	Colostro (3-5 dias)		Leite Maduro (26-29 dias)		Leite de Vaca
	Termo	Pré-termo	Termo	Pré-termo	
Calorias (kcal/dl)	48	58	62	70	69
Lipídios (g/dl)	1,8	3,0	3,0	4,1	3,7
Proteínas (g/dl)	1,9	2,1	1,3	1,4	3,3
Lactose (g/dl)	5,1	5,0	6,5	6,0	4,8

Fonte: WHO,2007

Ainda no primeiro mês de produção de leite materno, prevalece a concentração de IgA, que confere imunidade ao bebê contra patógenos que porventura sua mãe tenha entrado em contato durante a gestação. Além do IgAm, o LM é rico em anticorpos como IgM e macrófagos, favorecendo o crescimento da bactéria **não** patogênica *Lactobacillus bifidus*. A bactéria tem a função de acidificar as fezes do bebê, reduzindo as chances de instalação de bactérias patogênicas e consecutivamente as chances de diarreia^{1,3,4}.

1.3 Técnica de amamentação

Logo ao nascimento, o bebê possui reflexos primitivos, entre eles o reflexo de sucção, entretanto, o profissional deve atentar para esse fator, pois o reflexo de sucção não é sinônimo de retirada eficiente de leite do seio materno.

A técnica correta da amamentação não compreende apenas a sucção do bebê e se inicia na posição/postura adequada tanto da mãe quanto do bebê.

A pega inadequada, ou “má pega”, interfere diretamente:

- No esvaziamento da mama e consecutivamente na diminuição da produção do leite
- O bebê não ganha o peso esperado, pois ordenha o leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior
- Lesão em mamilos

Quadro I- Sinais do posicionamento e pega corretos

Sinais do posicionamento adequado	Sinais da pega adequada
Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo	Mais aréola visível acima da boca do bebê
Corpo do bebê próximo ao da mãe	Boca bem aberta
Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido)	Lábio inferior virado para fora
Bebê bem apoiado	Queixo tocando a mama

Fonte: Autoria própria, 2019.

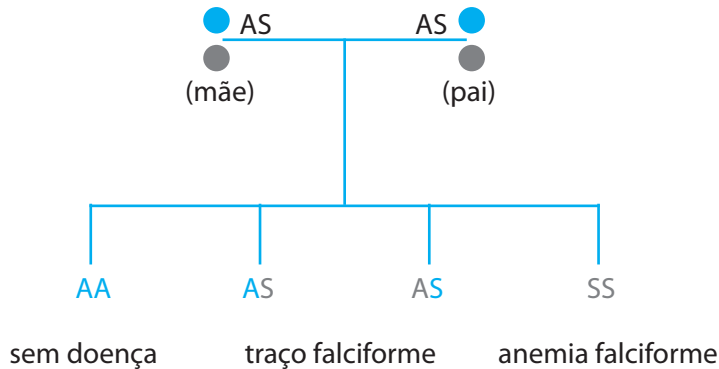
Durante a assistência à mulher, ainda no pré-natal, é comum orientações do preparo da mama como manobras para aumentar e fortalecer o mamilo durante a gestação, mas vale ressaltar que a própria gravidez se encarrega disso devido ao aumento natural da mama no decorrer do período. Caso a mulher não note alteração na mama, o bebê deve ser assistido com acompanhamento rigoroso do ganho de peso¹. O Ministério da Saúde recomenda que a criança seja amamentada em livre demanda, ou seja, sem restrições de horários e tempo de sucção. Vale ressaltar que em geral o bebê em aleitamento materno exclusivo mama de 8 a 12 vezes por dia e essa é a principal causa de insegurança e introdução de complemento alimentar, pois a mulher interpreta tal comportamento do bebê como sinal de fome que, por sua vez, é fortemente associado a “leite fraco”^{1,3}.

Em relação ao tempo de sucção em cada mama, é sabido que pode variar. É importante que a mãe perceba e entenda seu corpo e dê tempo suficiente para que a criança consiga esvaziar a mama e receba o leite posterior (final da mamada). Dessa forma, o bebê consegue se saciar e é possível ter maior espaço entre as mamadas^{1,2,3}. Vale ressaltar que a maior parte do leite sugado pela criança é produzido ainda durante a mamada. Outro ponto importante sobre a insegurança da mulher está relacionado ao aspecto do leite. A cor do leite varia ao longo da mamada e ao longo do período que a mulher amamenta. O leite do início da mamada é claro, o leite do meio da mamada é branco e o leite posterior ou do final da mamada é amarelado. Lembrando que sua cor pode variar conforme a ingesta alimentar da mãe¹.

1.4 Restrições do aleitamento materno

Poucas são as situações onde o AM não é recomendado, são elas¹:

- Mãe infectada pelo HIV



- normal
- gene alterado

• Fibrose cística

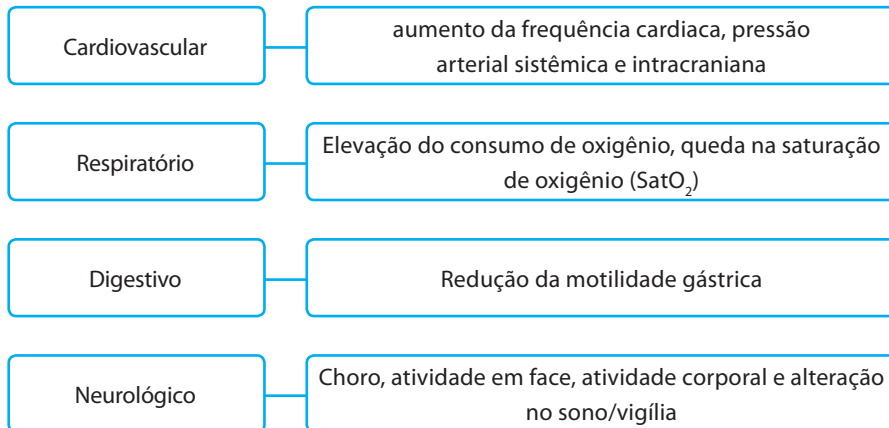
Também conhecida como mucoviscidose, é uma doença hereditária considerada grave. Afeta principalmente pulmão e pâncreas, caracterizada por processo obstrutivo devido ao aumento da viscosidade do muco, induzindo a proliferação bacteriana, levando à infecção crônica pulmonar (geralmente causada por pseudomonas e estafilococos) e/ou a má nutrição devido à perda de enzimas digestivas quando há acometimento pancreático. Acontece devido à alteração no gene do cromossomo 7, produzindo alteração da função da proteína que regula o transporte de cloro nas células epiteliais. Apesar da melhora no índice de mortalidade, a taxa de óbito é de 25%.

Manifestações clínicas

Sinais e sintomas podem variar de criança para criança. Aproximadamente 5% a 10% nascem com a síndrome íleo meconial e muitas crianças não apresentam sintoma da doença no nascimento. Apresenta variação entre períodos de sintomatologia exacerbada e remissão, aumentando a frequência de períodos de exacerbação e gravidade ao longo do curso natural.

Entre os sintomas mais comuns estão diarreia crônica, tosse crônica, desnutrição, suor salgado, desidratação frequente, esteatorreia (fezes gordurosas) e baqueteamento digital.

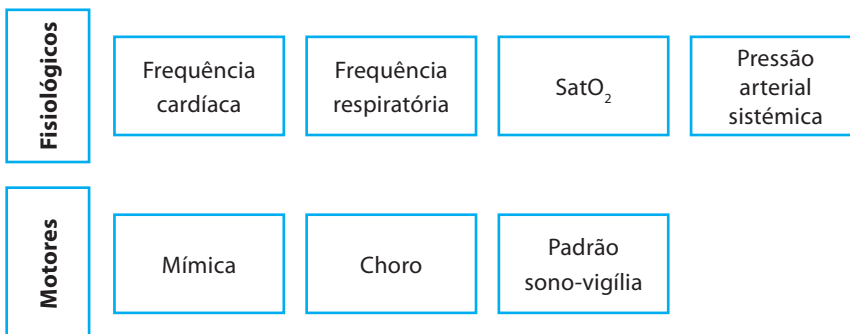
Para diagnóstico, a coleta por triagem neonatal deve ser realizada até no máximo o 30º dia de vida do RN. Para confirmação, deve ser realizado o “teste do suor”, considerado o padrão ouro para fechamento de diagnóstico.



3.1 Avaliação da dor e instrumentos utilizados

A avaliação da dor é algo sugestivo e abstrato e, por isso, é necessária a utilização de instrumentos que ajudem na sua classificação e contribuam para propedêutica adequada em cada caso. Para a avaliação, são utilizados instrumentos unidimensionais e multidimensionais. Os unidimensionais são utilizados para quantificar a intensidade da dor. Os multidimensionais apontam a dimensão da dor por indicativos comportamentais, fisiológicos e contextuais³.

Para avaliação da dor no RN, são utilizados instrumentos multidimensionais, devido à linguagem peculiar do RN, além de parâmetros fisiológicos e motores, tais como⁴:



É necessário o conjunto de sinais para a avaliação. Nenhum dos sinais avaliados isoladamente é padrão-ouro de avaliação⁴.

De acordo com recente publicação da Academia Americana de Pediatria, dentre essas escalas, apenas cinco foram submetidas a rigorosos testes psicométricos: Neonatal Facial Coding System (NFCS), Premature Infant Pain Profile (PIPP-R), Neonatal Pain and Sedation Scale (N-PASS), Behavioral Infant Pain Profile (BIPP) e Échelle Douleur Aiguë du Nouveau-Né (EDIN)⁵, descritas no quadro abaixo:

Quadro III – Escalas mais utilizadas na avaliação de dor no neonato

Escola	Idade	Itens fisiológicos	Itens comportamentais
PIPP	28- 40 s	FC, Sat	Alerta e face
CRIS	32- 56 s	FC, PA, SatO2	Alerta, choro e face
NIPS	28-38 s	Respiração	Alerta, choro, face e movimento
Comfort-neo	24-42 s	Respiração, PA, FC	Alerta, agitação, face, tônus e movimento
NFCS	25-40 s		Face
N-PASS	0-100 d	FC, FR, PA, SatO2	Alerta, agitação, face, tônus muscular
EDIN	25-36 s		Face, movimento, sono, contato
BPSN	27-41 s	Respiração, FC, SatO2	Alerta, choro, face, postura

3.2 Analgesia não farmacológica

Analgesias não farmacológicas têm sido recomendadas frente ao estímulo doloroso agudo devido à eficácia, baixo risco para o neonato e custo reduzido¹. As analgesias mais utilizadas são:

- Soluções adocicadas

Indicada desde meados dos anos 2000. Vários estudos mostraram que recém-nascidos submetidos a procedimentos dolorosos em uso de soluções adocicadas (glicose) tiveram redução no choro, mímica facial e respostas fisiológicas quando comparado a crianças que receberam outro tipo de analgesia não farmacológica. A recomendação é que seja administrada em região sublingual, dois minutos antes do procedimento na proporção de 1 ml (volume máximo) a 25%.

- Sucção não nutritiva

Os movimentos de sucção auxiliam na liberação de serotonina do sistema nervoso central, diminuindo a hiperatividade do RN. Alguns estudos têm mostrado resultados favoráveis na utilização da sucção não nutritiva associada à solução adocicada.

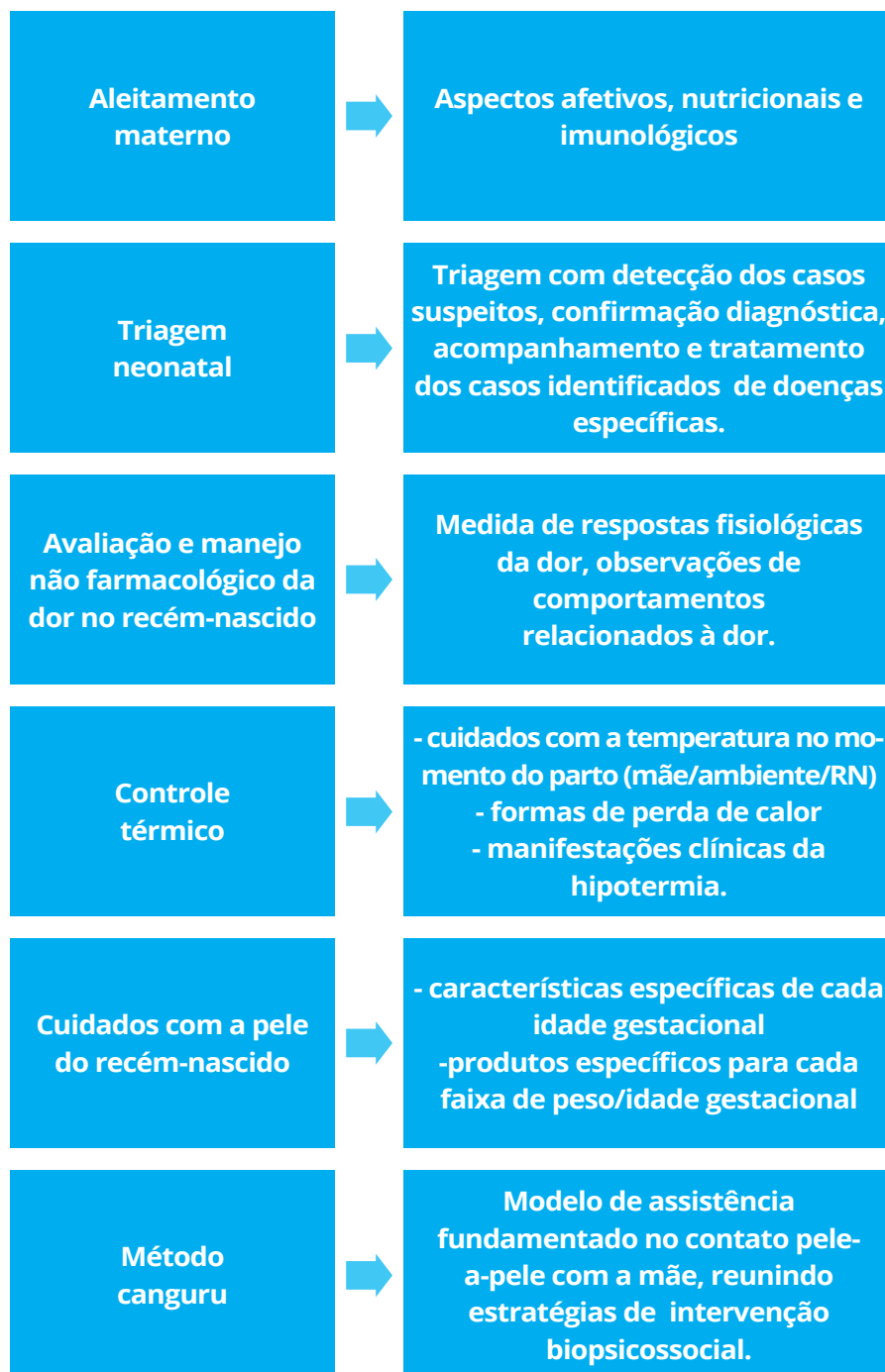


PALAVRAS CHAVES	DESCRIÇÃO
Em aleitamento materno	
Epidemiologia Perinatologia	Definir conceitos sobre mortalidade infantil e seus componentes
Tipo de aleitamento materno	<ul style="list-style-type: none"> - Aleitamento materno - Aleitamento materno exclusivo - Aleitamento materno predominante - Aleitamento materno complementado - Aleitamento materno misto ou parcial
Restrições no Aleitamento materno	<ul style="list-style-type: none"> - Mãe infectada pelo HIV - Mãe infectada pelo HTLV1 e/ou HTLV2 - Medicamentos ou fármacos incompatíveis com a amamentação . - Criança portadora de Galactosemia – defeito onde a criança não consegue metabolizar o leite humano ou qualquer outro tipo de lactose - Infecção herpética - suspender apenas na mama afetada - Varicela - Doença de chagas- fase aguda ou quando sangramento mamilar - Drogas ilícitas- suspensão temporária conforme quadro II
Características do Leite materno	- A cor do leite varia ao longo da mamada e ao longo do período que esta mulher amamenta. O leite do início da mamada é claro, o leite do meio da mamada é branco e o leite posterior ou do final da mamada é amarelado. Lembrando que sua cor pode variar conforme a ingesta alimentar da mãe ¹
Em teste do pezinho	
Doenças triadas	<ul style="list-style-type: none"> - Fenilcetonúria (PKU) - Hipotireoidismo congênito (HC) - Doença falciforme - Fibrose cística - Hiperplasia adrenal congênita - Deficiência de biotinidase
Data da coleta	- Sempre entre o 3° e 5° dia de vida
Em Avaliação da dor no recém-nascido	
Sinais fisiológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiovascular - Respiratório - Digestivo - Neurológico
Controle da dor	<ul style="list-style-type: none"> - Escalas para avaliação, Soluções adocicadas - Sucção não nutritiva - Contato pele a pele entre e mãe e filho - Diminuição da estimulação tátil



QUADRO RESUMO

PALAVRAS CHAVES	DESCRIÇÃO
Em controle térmico	
Perdas de calor do RN	Radiação, Convecção, condução, evaporação
Manifestações clínicas da hipotermia	<ul style="list-style-type: none">- Sucção débil- Hipotonia- Letargia- Apneia- Bradicardia- Quedas na saturação de O₂- Acidose- Vasoconstrição- Edema ou esclerema (devido alteração na -permeabilidade capilar)- Hipoglicemia- Translocação bacteriana
Em cuidados com a pele do RN	
Característica da pele do RN	RN pré-termo: fina e gelatinosa Termo: úmida, fina, brilhante, e lisa Pós termo: seca, descamações acentuadas
Em método canguru	
Etapas	<ul style="list-style-type: none">- Primeira: no pré natal até a alta da UTIN, peso do RN: 1250g- Segunda: UCINCa, peso para alta: 1600g- Terceira: em casa- acompanhamento rigoroso do estado geral, amamentação e peso





QUESTÕES COMENTADAS

1. (CESPE – EBSERH – 2018)

julgue os itens subsequentes:

1. **O teste do pezinho deve ser realizado a partir do 15º dia de vida do recém-nascido, a fim de detectar hipotireoidismo, anemia falciforme, fenilcetonúria e fibrose cística.**

Correta

Incorreta

GRAU DE DIFICULDADE ● ○ ○

Resolução: De acordo com as normativas estabelecidas para coleta do teste do pezinho, a coleta não deve ser realizada a partir do terceiro dia de vida e idealmente no quinto dia de vida.

Resposta: Incorreta.

2. **A fenilcetonúria, um dos erros inatos do metabolismo, com padrão de herança autossômico recessivo, foi a primeira doença genética a ter tratamento estabelecido com terapêutica dietética específica.**

Correta

Incorreta

GRAU DE DIFICULDADE ● ○ ○

Resolução: Fenilcetonúria é uma doença com padrão de herança autossômico e recessivo. Foi a primeira doença genética com tratamento à base de dieta específica. Seu controle é realizado a partir de dieta especial com restrição da ingestão de proteínas naturais e suplementada com fórmula de aminoácidos isenta de fenilalanina.

Resposta: Correta.

3. **Entre o quarto e o sétimo dia de vida, o bebê deve ser levado à sua unidade de saúde para fazer o teste do pezinho e receber as vacinas BCG e anti-hepatite B.**

Correta

Incorreta

GRAU DE DIFICULDADE ● ● ○



Resolução: O teste do pezinho deve ter coleta realizada idealmente até o 5º dia de vida. De acordo com o Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação do Ministério da Saúde, a vacina de hepatite B deve ser realizada nas primeiras 24 horas, preferencialmente nas primeiras 12 horas, ainda na maternidade ou na primeira visita à UBS em até 30 dias de vida. Já a vacina BCG, conforme o manual, deve ser administrada o mais precocemente possível, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento, ainda na maternidade. Deve ser adiada enquanto o bebê apresentar peso inferior a 2.000 gramas.

Resposta: incorreta.

4. Após o parto, o recém-nascido em boas condições clínicas deve ser encaminhado, juntamente com a mãe, ao alojamento conjunto.

Correta

Incorreta

GRAU DE DIFICULDADE ● ○ ○

Resolução: Após o clampeamento do cordão, o RN poderá ser mantido sobre o abdome e/ou tórax materno, usando o corpo da mãe como fonte de calor, garantindo-se que o posicionamento da criança permita movimentos respiratórios efetivos. O contato pele a pele imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco de hipotermia. A Organização Mundial de Saúde recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida, pois está associado a menor mortalidade neonatal, maior período de amamentação, melhor interação mãe-bebê e menor risco de hemorragia materna. Após a realização dos cuidados de rotina na sala de parto, o RN em boas condições clínicas deve ser encaminhado juntamente com a mãe ao alojamento conjunto.

Resposta: Correta.

2. (CPCON -PREFEITURA DE CAMPINA GRANDE-PB - 2014)

Em relação ao colostro, é INCORRETO afirmar:

- Ⓐ As células acinares produzem e secretam o colostro.
- Ⓑ É um líquido amarelo-ouro espesso e viscoso.
- Ⓒ Contém proteínas, glicídios, lipídios, água, minerais, vitaminas e anticorpos maternos.



QUESTÕES COMENTADAS

- Ⓓ Proporciona nutrição adequada para o bebê.
- Ⓔ É de fácil digestão para o bebê, por ser rico em glicídios e lipídios, e pobre em proteínas.

GRAU DE DIFICULDADE ● ● ●

ALTERNATIVA A: INCORRETA. Na primeira metade da gestação, acontece o crescimento e proliferação dos ductos e formação dos lóbulos. Na segunda metade, a atividade secretora se acelera e os ácinos e alvéolos ficam distendidos com o acúmulo do colostro.

ALTERNATIVA B: INCORRETA. A variação de cor do leite pode ocorrer de mulher para mulher. Geralmente, o colostro é amarelo, mais espesso e viscoso.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. O leite humano possui fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções. A IgA secretória é o principal anticorpo, atuando contra micro-organismos presentes nas superfícies mucosas, são um reflexo dos antígenos entéricos e respiratórios da mãe, ou seja, ela produz anticorpos contra agentes infecciosos com os quais já teve contato. A concentração de IgA no leite materno diminui ao longo do primeiro mês e segue produção constante desde então. O leite materno é rico em proteínas, glicídios, lipídios, água, minerais, vitaminas e anticorpos maternos. A concentração de gordura do leite aumenta no decorrer da mamada.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. Apesar da variação na alimentação das pessoas, principalmente no que se refere à cultura, a composição do leite materno não varia e tem sua composição semelhante para todas as mulheres. Apenas as mães com desnutrição grave podem ter o seu leite afetado na sua qualidade e quantidade.

ALTERNATIVA E: CORRETA. O colostro é completo. Segue as necessidades nutricionais da criança e também é rico em proteína.

3. (CPCON -PREFEITURA DE CAMPINA GRANDE-PB - 2014)

O alojamento conjunto é o sistema hospitalar no qual o recém-nascido permanece ao lado de sua mãe 24h por dia, desde o nascimento até a alta hospitalar.

São vantagens desse sistema para a mãe, EXCETO:

- Ⓐ Ocorre maior relacionamento com a equipe de saúde, oferecendo assim satisfação, tranquilidade e segurança.