

CUIDADOS AO RN NO AC: TRIAGEM NEONATAL, HIPOGLICEMIA E ICTERÍCIA

PROF^a PAMELA NAKAZONE



ALOJAMENTO CONJUNTO

- Alojamento Conjunto é o sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece com a mãe, 24h por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar.

Ministério da Saúde

HISTÓRICO



Partos domiciliares



Primeiros hospitais (1890), berços junto à mãe



Século XX, os hospitais-maternidades passaram a ser dotados de enfermarias próprias para RN > chamadas de berçários

normas rígidas de isolamento (altas taxas de mortalidade infantil devido as epidemias de diarreias e de doenças respiratórias, e outras patologias consideradas infecciosas)



Resultados positivos de sobrevida dos RN (PT) instituídos os berçários

RN manuseados exclusivamente por pessoal hospitalar, sem visita, horários para ser levado à mãe

HISTÓRICO



Anos 40-50: primeiras propostas de modificação deste esquema de assistência

Unidades menores, infecções cruzadas, grandes epidemias de diarreia infecciosa e altas taxas de mortalidade



Década de 70-80: experiências sobre o comportamento materno da separação mãe-filho

Programas de alojamento conjunto



1983: Resolução nº 18/INAMPS - normas e tornou obrigatória a permanência do filho ao lado da mãe, 24h por dia, através do sistema de alojamento conjunto

HISTÓRICO

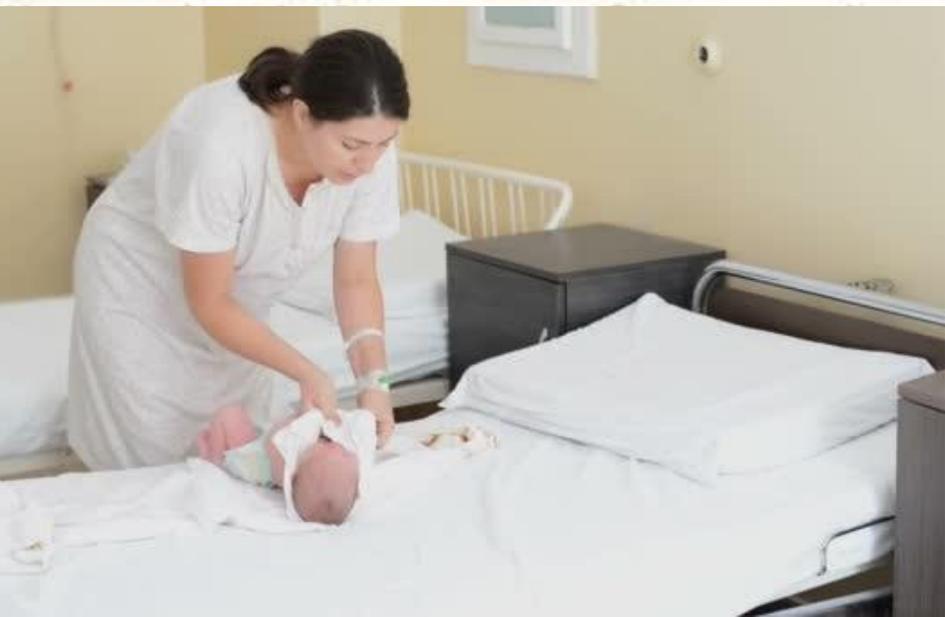
1985: Programa de reorientação da assistência obstétrica e pediátrica

- normas básicas de sistema de alojamento conjunto

Anos 90: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), com apoio da UNICEF: apontaram que 47% das 667 unidades pesquisadas desconhecia a Resolução INAMPS 18/83.

Considerou-se fundamental a permanência do bebê junto mãe, e as orientações adequadas por parte da equipe de saúde através das ações educativas, com adequação à realidade local de cada serviço de saúde





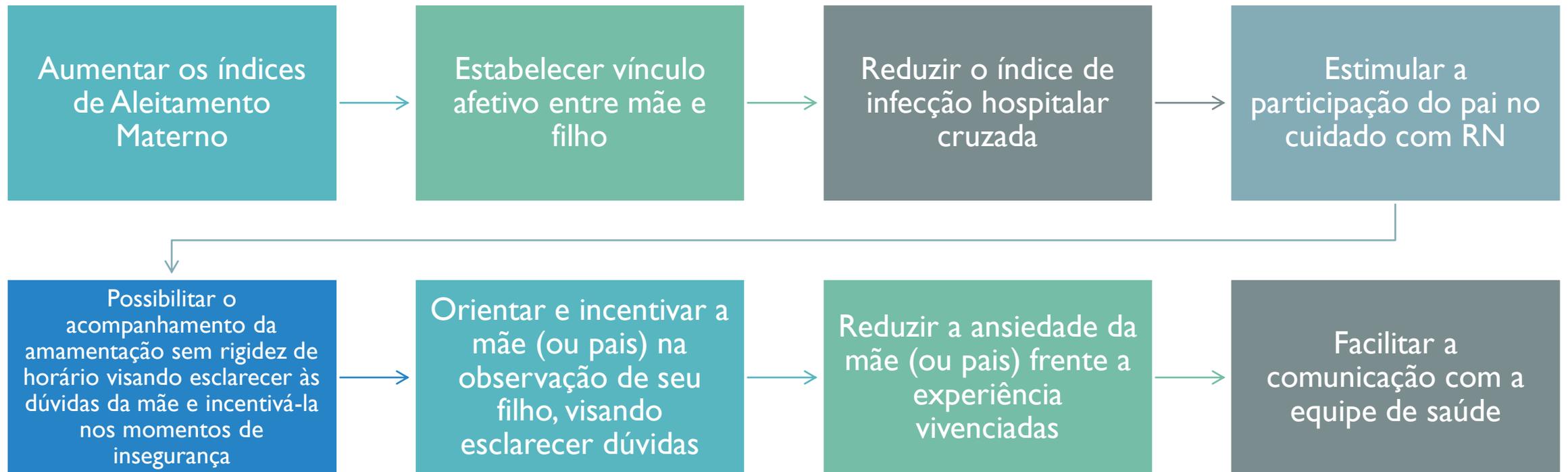
ALOJAMIENTO CONJUNTO

ECA - LEI N°
8.069 DE 13 DE
JULHO DE
1990



- Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
- **Art. 10.** Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, **são obrigados** a:
 - **I** - manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos;
 - **II** - identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente;
 - **III** - proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais;
 - **IV** - fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato;
 - **V** - **manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe.**
 - **VI** - acompanhar a prática do processo de amamentação, prestando orientações quanto à técnica adequada, enquanto a mãe permanecer na unidade hospitalar, utilizando o corpo técnico já existente. (Incluído pela Lei nº 13.436, de 2017) (Vigência)

OBJETIVOS DO ALOJAMENTO CONJUNTO



- Segundo as Normas Básicas para Alojamento Conjunto aprovadas pelo Ministério da Saúde,⁶ todo binômio mãe-filho, com as características descritas a seguir, deve permanecer em alojamento conjunto até a alta hospitalar:
 - Mães livres de condições que impossibilitem ou contra-indiquem o contato com os RN.
 - RN com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico (RN > 2.000g, > 35 sem, Apgar > 6 no 5º min)
- Dentre as atribuições da equipe de saúde no alojamento conjunto estão:
 - Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda



NORMAS BÁSICAS DO AC

ADMISSÃO DO BINÔMIO NO AC, PROVENIENTE DO CO

- Boas-vindas
- Checagem de pulseiras
- Acomodação no leito
- Leitura de prontuário
- Aferição de SSVV (4/4h)
- Avaliação contínua do binômio
- Protocolo de prevenção de quedas
- Primeiras orientações
- Promover conforto
- Aprazamento de prescrição e SAE

AVALIAÇÃO DE BINÔMIO QUE JÁ SE ENCONTRA NO AC

- Leitura do prontuário
- Apresentação / Comunicação
- Checagem de pulseiras
- Avaliação materna
- Avaliação do RN
- Realização de triagens neonatais
- Aprazamento de prescrição e SAE



AVALIAÇÃO DO BINÔMIO

- Avaliar puérpera
 - Condições emocionais
 - Condições físicas
 - Possibilidade de autocuidado
 - Nível de compreensão de orientações
 - Apoio familiar

AVALIAÇÃO DO BINÔMIO

- Avaliação do RN
 - Exame físico completo
 - Amamentação
 - Vínculo
 - Cuidado

Permitir que os pais participem
ativamente desse processo!
Como?



ORIENTAÇÕES

- Sinais de fome
- Choro
- Acolhimento
- Exterogestação, sucção não nutritiva
- Aleitamento materno exclusivo e em livre demanda
- Cuidados com as mamas, pega
- Posicionamento
- Bicos artificiais
- Interação com o RN
- Posicionamento do RN para dormir
- Eliminações
- Cuidados de higiene (fralda e banho)
- Icterícia
- Hipoglicemia
- Produção láctea
- Perda de peso/ ganho de peso
- Cuidados com o coto umbilical
- Náusea, êmese e engasgo
- Adequação de roupas
- Adequação do ambiente

ORIENTAÇÕES

Amamentação

- Importância do aleitamento materno
- Desvantagens da introdução precoce de qualquer outro alimento, sólido ou líquido
- Recomendação quanto à duração da amamentação
- Importância do aleitamento materno sob livre demanda
- Flexibilidade quanto ao tempo de permanência na mama em cada mamada
- Prevenção de problemas relacionados à amamentação
- Manutenção de hábitos saudáveis da mãe tais como alimentação e ingestão líquida adequadas e restrição ao uso de fumo, drogas, bebidas alcoólicas e medicamentos não prescritos, entre outros
- Ordenha do leite
- Boa técnica de amamentação
- Uso de bicos artificiais

COMPORTAMENTO

Comportamento normal do RN

- Pode variar > cada bebê é único
- Mamar com frequência, sem horários pré-estabelecidos
- Choro
- Trocar o dia pela noite

COMPORTAMENTO

Interação com o bebê

- A interação entre a mãe e seu bebê nos primeiros dias
- Ir ao encontro da mama da mãe logo após o nascimento, se colocados de encontro a seu tórax. Dessa maneira eles decidem por si o momento da primeira mamada, que ocorre em média aos 40 minutos de vida.
- Reconhecer a face da mãe após quatro horas de vida
- Fazer contato visual
- Reconhecer e mostrar interesse por cores primárias
- Seguir um objeto com os olhos e, às vezes, virar a cabeça em sua direção
- Distinguir tipos de sons, com preferência pela voz humana, em especial a da mãe, e pelos sons agudos
- Determinar a direção do som
- Reconhecer e distinguir diferentes cheiros
- Com um ou dois dias de vida reconhecem o cheiro da mãe
- Imitar expressões faciais logo após o nascimento

DIGESTÃO

- Mecônio
- Fezes Transicionais: 3º dia após o início da amamentação
- Fezes do Leite: 4º dia
 - Nos RN em AM: fezes são amarelas a douradas, pastosa e cheiro semelhante ao do leite azedo
 - Nos RN alimentados com FLT: amarelo-claras a marrons, consistência mais firme e odor mais forte
- Cólicas



DIURESE E HIGIENE

- Troca de fralda (12/dia)
- Higiene
- Cristais de urato
- Secreção vaginal e pseudomenstruação
- Cuidados com o coto



PELE E UNHAS

- Vértex
- Ressecamento
- Eritema tóxico
- Unha



OUTROS CUIDADOS

Posição da criança para dormir

- Está bem documentada a associação entre síndrome da morte súbita do lactente e posição prona
- Existe temor entre pais e profissionais de saúde quanto à possibilidade de aspiração dos bebês quando colocados em decúbito dorsal. No entanto, estudos mostram que não houve aumento da frequência de aspiração após a recomendação de colocar as crianças para dormir nessa posição

Acompanhamento da criança

- Toda criança deveria sair da maternidade com a primeira consulta agendada em um serviço de saúde ou consultório, de preferência na primeira semana de vida, segundo recomendação do Ministério da Saúde.
- Os responsáveis pela criança devem ser orientados quanto à importância do Teste do Pezinho, que idealmente deve ser realizado entre o terceiro e sétimo dia de vida.
- A Caderneta de Saúde da Criança, do Ministério da Saúde,¹⁹ é uma importante ferramenta para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e o cumprimento do calendário vacinal nas datas recomendadas

ORIENTAÇÕES



Grau	Descrição
0	Pele saudável: ausência de eritema e erupção, pele macia e suave
1	Irritação ou eritema muito leves: eritema mínimo em toda a área da fralda ou em áreas esparsas
2	Irritação ou eritema leves: eritema definido em toda área de fralda ou em áreas localizadas, com pápulas eritematosas
3	Irritação moderada: eritema mais intenso geralmente generalizado e associado com pápulas eritematosas
4	Irritação ou erupção cutânea considerável: intenso eritema, com ou sem exsudação presente em um padrão generalizado e associado com pápulas, pústulas ou ulceração superficial
5	Irritação ou erupção extrema: eritema extremo envolvendo toda a área da fralda associado com pápulas exsudativas, pústulas e erosão superficial

ORIENTAÇÕES

	DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – HU/USP SERVIÇO DE APOIO EDUCACIONAL			
	PROT - 13	Prevenção e tratamento inicial de dermatite de fraldas em recém-nascidos		
Elaborador	Aprovador	Versão	Data	Página
Natália P. B.Sposito Lilian M. R. epomuceno Isa R. da Silveira C. Menezes	Alda Valéria Neves Soares	01	02/05/2016	Página 1 de 11

- **Prevenção da dermatite**

1. INTRODUÇÃO

A dermatite de fralda (DF) é um termo adotado para descrever qualquer erupção inflamatória da pele que se desenvolve na região das fraldas, frequentemente considerada uma dermatite de contato. É conhecida popularmente como assadura e acomete em sua maioria lactente e pré-escolar, embora possa afetar qualquer indivíduo que utilize fraldas¹.

É considerada a primeira causa de afecções de pele em lactentes e crianças. A incidência, idade e início variam mundialmente, relacionados a diferentes práticas em relação aos tipos de fraldas, higiene perianal e outros fatores que podem contribuir para o desenvolvimento e agravamento das lesões².

Na prática assistencial durante a hospitalização, a dermatite de fraldas é

TRIAGENS NEONATAIS

Teste do
Olhinho



Teste do reflexo
vermelho



Teste da linguinha



Teste da orelhinha –
Triagem auditiva



Teste do coraçãozinho
– Triagem para
cardiopatia congênita

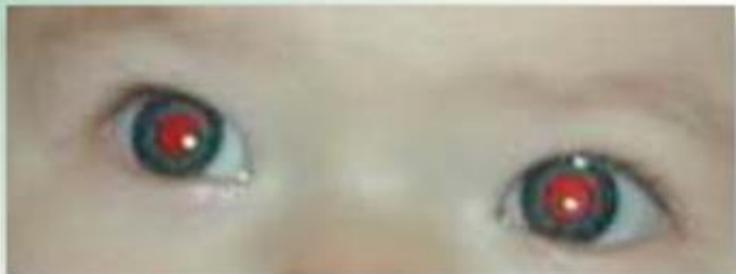


Teste do pezinho –
Triagem neonatal –
PTN

TESTE DO REFLEXO VERMELHO

- Visa detectar a catarata congênita
- Realizado antes da alta da maternidade ou dentro da primeira semana de vida
- Normal quando se visualiza o reflexo vermelho através da pupila, observado em fotografias com flash
- Ausência do reflexo indica opacidade nos meios ópticos
- Profissional: médico ou enfermeiro

NORMAL



*Reflexo vermelho
presente bilateral*

ANORMAL



Reflexo vermelho
duvidoso no olho direito



Reflexo vermelho
ausente no olho direito

TESTE DA LINGUINHA

- Teste da Linguinha), obrigatório segundo a [Lei nº 13.002/2014](#), é um procedimento utilizado para a detecção da anquiloglossia, uma alteração no tecido que se estende da língua até a cavidade inferior da boca
- Profissional: fonoaudiólogo, médicos e enfermeiros habilitados

4. Frênulo da língua



é possível visualizar



não é possível visualizar



visualizado com manobra*

NO CASO DE NÃO OBSERVÁVEL VÁ PARA A PARTE II (Avaliação da Sucção não Nutritiva e Nutritiva)

4.1. Espessura do frênulo



delgado (0)



espesso (2)

4.2. Fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua



no terço médio (0)



entre o terço médio e o ápice (2)

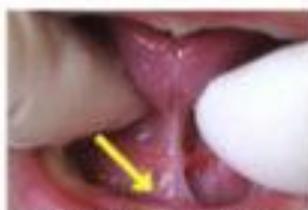


no ápice (3)

4.3. Fixação do frênulo no assoalho da boca



visível a partir das carúnculas sublinguais (0)



visível a partir da crista alveolar inferior (1)

1. Postura de lábios em repouso



lábios fechados (0)



lábios entreabertos (1)



lábios abertos (1)

2. Tendência do posicionamento da língua durante o choro



língua na linha média (0)



língua elevada (0)



língua na linha média com elevação das laterais (2)



língua baixa (2)

3. Forma da ponta da língua quando elevada durante o choro



arredondada (0)



ligeira fenda no ápice (2)



formato de "coração" (3)

Total da avaliação anatomofuncional (itens 1, 2 e 3): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 6

Quando a soma dos itens 1, 2 e 3 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Saúde

Pediatras pedem fim da obrigatoriedade do Teste da Linguinha

Sociedade Brasileira de Pediatria enviou pedido ao Ministério da Saúde

Publicado em 19/04/2019 - 17:20 Por Agência Brasil 📍 Brasília

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) solicitou, esta semana, ao Ministério da Saúde a revogação da lei que obriga hospitais e maternidades a fazerem o Teste da Linguinha em crianças nascidas em suas dependências.

CONTROVERSO

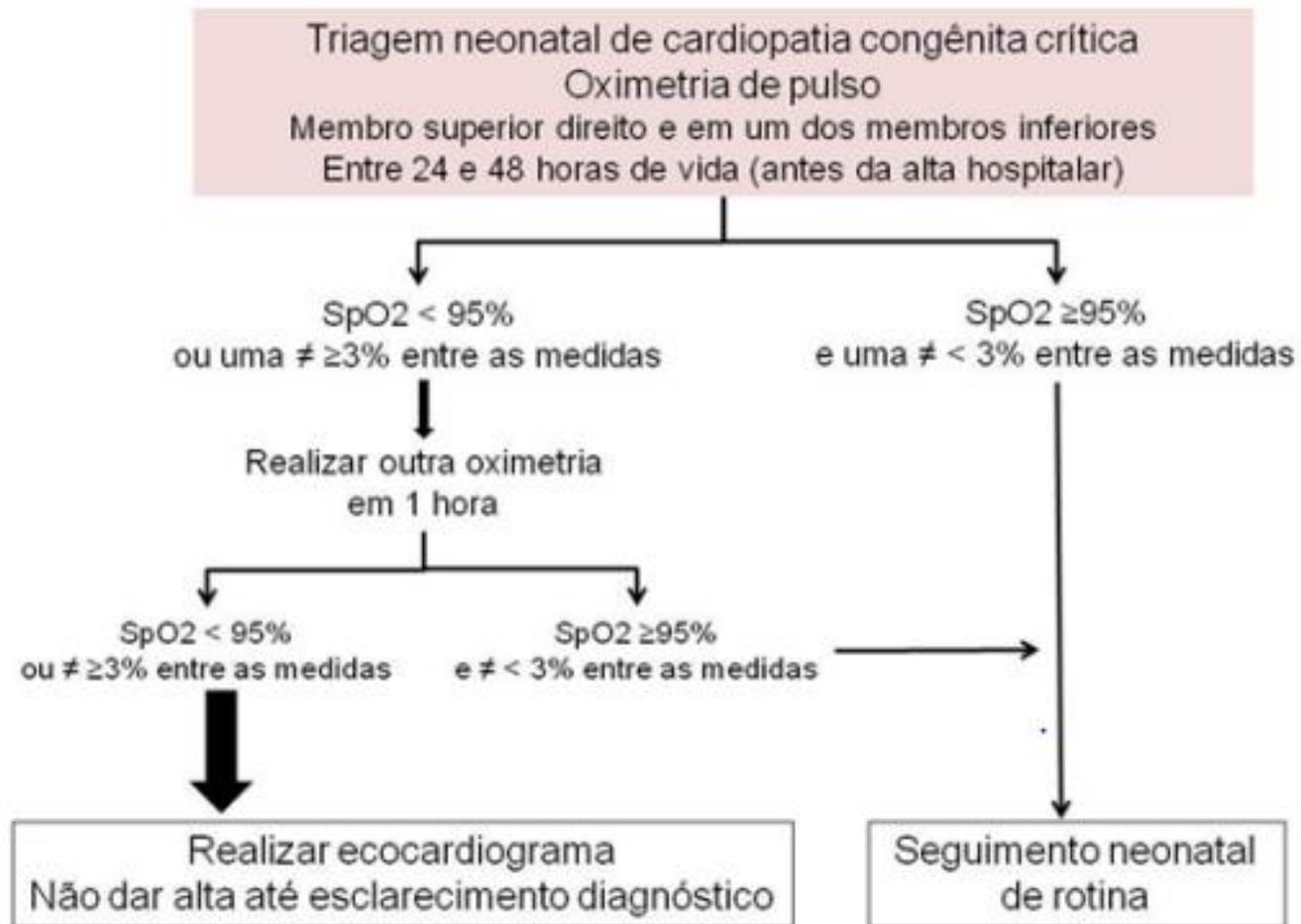
TRIAGEM AUDITIVA

- Visa a detecção precoce da perda (total ou parcial) da audição
- Deve ser realizado na maternidade ou nas unidades de saúde nos primeiros meses de vida
- O Exame de Emissão Otoacústica Evocada - EOA é o método de escolha por ser simples, de rápida realização e poder ser feito durante o sono, não exigindo sedação
- Profissional: fonoaudiólogo

TRIAGEM PARA CARDIOPATIA CONGÊNITA



- Visa à identificação antecipada das Cardiopatias antes da alta hospitalar minimizando assim a morbidade e mortalidade associadas ao diagnóstico tardio
- RN internados com idade entre 24 e 48 horas de vida, IG>34 semanas, aparentemente saudáveis, sem diagnóstico prévio e sem sinais clínicos que indiquem a presença de cardiopatia congênita
- Profissionais: médicos e equipe de enfermagem habilitada



FLUXOGRAMA TESTE DO CORAÇÃOZINHO

TESTE DO PEZINHO

- PORTARIA GM/MS Nº 822 DE 6 DE JUNHO DE 2001 CRIOU O PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL (PNTN)
- Prevê o diagnóstico de quatro doenças
 - Hipotireoidismo Congênito
 - Fenilcetonúria
 - Doença falciforme
 - Fibrose Cística
 - Hiperplasia adrenal congênita
 - Deficiência de biotinidase

TRIAGEM NEONATAL: TESTE DO PEZINHO

- Ação preventiva que permite diagnosticar diversas doenças congênitas ou infecciosas, assintomáticas no período neonatal. Desta forma, é possível **instituir tratamento precoce** específico e a **diminuição ou eliminação das sequelas** associadas à cada doença. Momento ideal para a coleta entre o 3º e o 7º dia de vida, não inferior a 48 horas de alimentação protéica (amamentação) nem superior a 30 dias

HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO

- Considerado uma emergência pediátrica,
- Incapacidade da glândula tireoide do RN em produzir quantidades adequadas de hormônios, que resulta em redução generalizada dos processos metabólicos
- Agravos: hipotonia muscular, dificuldades respiratórias, cianose, icterícia prolongada, constipação, bradicardia, anemia, sonolência excessiva, choro rouco, alargamento de fontanelas, sopro cardíaco, dificuldade na alimentação, crescimento pondero-estatural deficiente, atraso na dentição, retardo na maturação óssea, pele seca e sem elasticidade, atraso de desenvolvimento neuropsicomotor e lesão neurológica.
- terapia de reposição hormonal seja iniciada no tempo oportuno: momento ideal para o diagnóstico > período neonatal

FENILCETONÚRIA

- A Fenilcetonúria (PKU) é um dos erros inatos do metabolismo
- Defeito metabólico causado pela enzima Fenilalanina Hidroxilase
- Acúmulo do aminoácido Fenilalanina (FAL) no sangue e ao aumento da Fenilalanina e da excreção urinária de Ácido Fenilpirúvico
- Doença genética a ter tratamento estabelecido com terapêutica dietética específica
- Agravos: atraso global do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), deficiência mental, comportamento agitado ou padrão autista, convulsões, alterações eletroencefalográficas e odor característico na urina

DOENÇA FALCIFORME

- Afecção genética com defeito na estrutura da cadeia beta da hemoglobina quando expostas a determinadas condições, como febre alta, baixa tensão de oxigênio, infecções etc.
- O paciente afetado apresenta as seguintes alterações clínicas: anemia hemolítica, crises vaso-oclusivas, crises de dor, insuficiência renal progressiva, acidente vascular cerebral, maior susceptibilidade a infecções e sequestro esplênico
- Podem ocorrer também alterações no desenvolvimento neurológico, com provável etiologia vaso-oclusiva de sistema nervoso central

FIBROSE CÍSTICA

- Afeta especialmente os pulmões e o pâncreas num processo obstrutivo causado pelo aumento da viscosidade do muco
- Nos pulmões: bloqueio das vias aéreas propiciando a proliferação bacteriana (especialmente *pseudomonas* e *estafilococos*)
> infecção crônica, à lesão pulmonar e ao óbito por disfunção respiratória
- No pâncreas: perda de enzimas digestivas, levando à má nutrição
- Índice de mortalidade muito elevado: 10% dos pacientes ultrapassavam os 30 anos de idade
- 75% de sobrevida até o final da adolescência e de 50% até a terceira década de vida
- Muitas crianças com Fibrose Cística não apresentam nenhum sinal ou sintoma da doença ao nascimento. Isso pode perdurar por semanas, meses ou mesmo anos
- Cerca de 5% a 10% dos pacientes afetados nascem com obstrução intestinal por mecônio, a qual pode ser visualizada já na avaliação ultrassonográfica
- Sintomas mais graves e complicações incluem a desnutrição, o diabetes, a insuficiência hepática e a osteoporose, puberdade tardia, azoospermia em até 95% dos homens, e infertilidade em 20% das mulheres

HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA

- Deficiências enzimáticas na síntese dos esteróides adrenais
- As manifestações clínicas na HAC dependem da enzima envolvida e do grau de deficiência enzimática (total ou parcial)
- RN do sexo feminino: virilização da genitália externa aumento de clitóris, fusão labial em graus variáveis e formação de seio urogenital
- RN sexo masculino: diferenciação normal da genitália externa na vida intrauterina, embora também sejam descritos casos com macrogenitossomia ao nascimento

DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE

- Defeito no metabolismo da biotina > gorduras, carboidratos e proteínas
- depleção da biotina endógena devido a uma incapacidade do organismo fazer a sua reciclagem ou de usar a biotina ligada à proteína fornecida pela dieta
- Manifesta-se a partir da sétima semana de vida, com distúrbios neurológicos e cutâneos, tais como crises epiléticas, hipotonia, microcefalia, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, alopecia e dermatite eczematoide.
- Nos pacientes com diagnóstico tardio observam-se distúrbios visuais, auditivos, assim como atraso motor e de linguagem

TESTE DO PEZINHO AMPLIADO

- **Mais ou Ampliado:** É oferecido gratuitamente na maioria dos hospitais e maternidades particulares. Pode detectar até 10 doenças. Além das seis já detectadas pelo teste básico, também pode indicar deficiência de G-6-PD, galactosemia, leucinose e toxoplasmose congênita.
- **Super ou Expandido:** É o mais completo dos exames disponíveis no Brasil. Pode detectar até 48 doenças. É oferecido apenas em laboratórios, hospitais e maternidades particulares.

PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS NO PERÍODO NEONATAL:

ICTERÍCIA E HIPOGLICEMIA

ICTERÍCIA (HIPERBILIRRUBINEMIA)

- Definida como a concentração sérica de bilirrubina indireta (BI) maior que 1,5 mg/dL ou de bilirrubina direta (BD) maior que 1,5 mg/dL
- 98% dos apresentam níveis séricos de BI acima de 1 mg/dL durante a primeira semana de vida > adaptação neonatal ao metabolismo da bilirrubina > hiperbilirrubinemia fisiológica
- Hiperbilirrubinemia patológica: concentrações elevadas de bilirrubinas lesivas ao cérebro, instalando-se o quadro de encefalopatia bilirrubínica > kernicterus
 - termo reservado à forma crônica da doença, com sequelas clínicas permanentes resultantes da toxicidade da bilirrubina

ICTERÍCIA

- Clinicamente visível quando os níveis séricos de bilirrubina estão acima de 4-5mg/dL
- Gravidade relacionada ao momento do aparecimento e a sua intensidade
 - antes de 24 horas de vida (precoce) deve ser considerada patológica e necessita de avaliação rigorosa
 - após 24 horas de vida (tardia) e a área acometida restringir-se à face e tórax, pode tratar-se de icterícia fisiológica, sendo necessária reavaliação periódica para observar se a área ictérica se estendeu além do umbigo ou para as extremidades
- Avaliação por profissional experiente e ambiente iluminado

ICTERÍCIA

- A figura mostra a classificação do grau de icterícia, baseada na inspeção do RN
- Auxilia na estimativa empírica dos níveis de bilirrubina no sangue e pode ser útil principalmente nos locais onde não há disponibilidade de dosagens laboratoriais

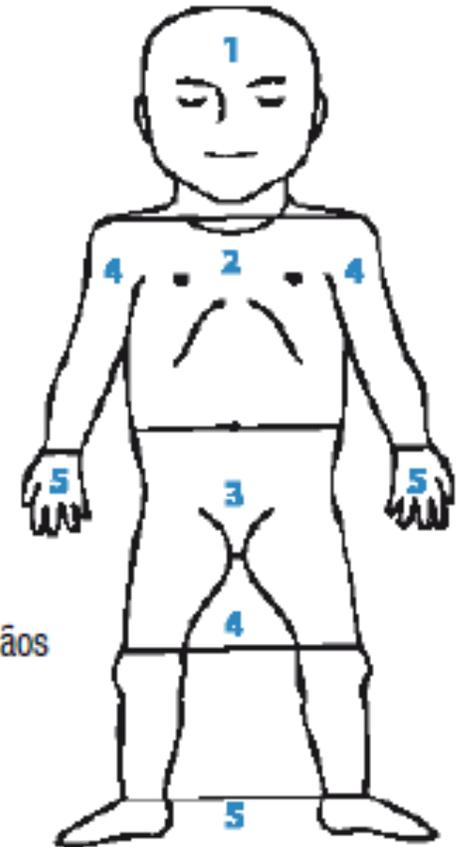
ZONA 1. Icterícia observada na cabeça e pescoço
BT \approx 6mg/dL

ZONA 2. Icterícia estendendo-se até o umbigo
BT \approx 9mg/dL

ZONA 3. Icterícia estendendo-se até os joelhos
BT \approx 12mg/dL

ZONA 4. Icterícia estendendo-se até os tornozelos
BT \approx 15mg/dL

ZONA 5. Icterícia na planta dos pés e palmas das mãos
ou mais
BT = bilirrubina total



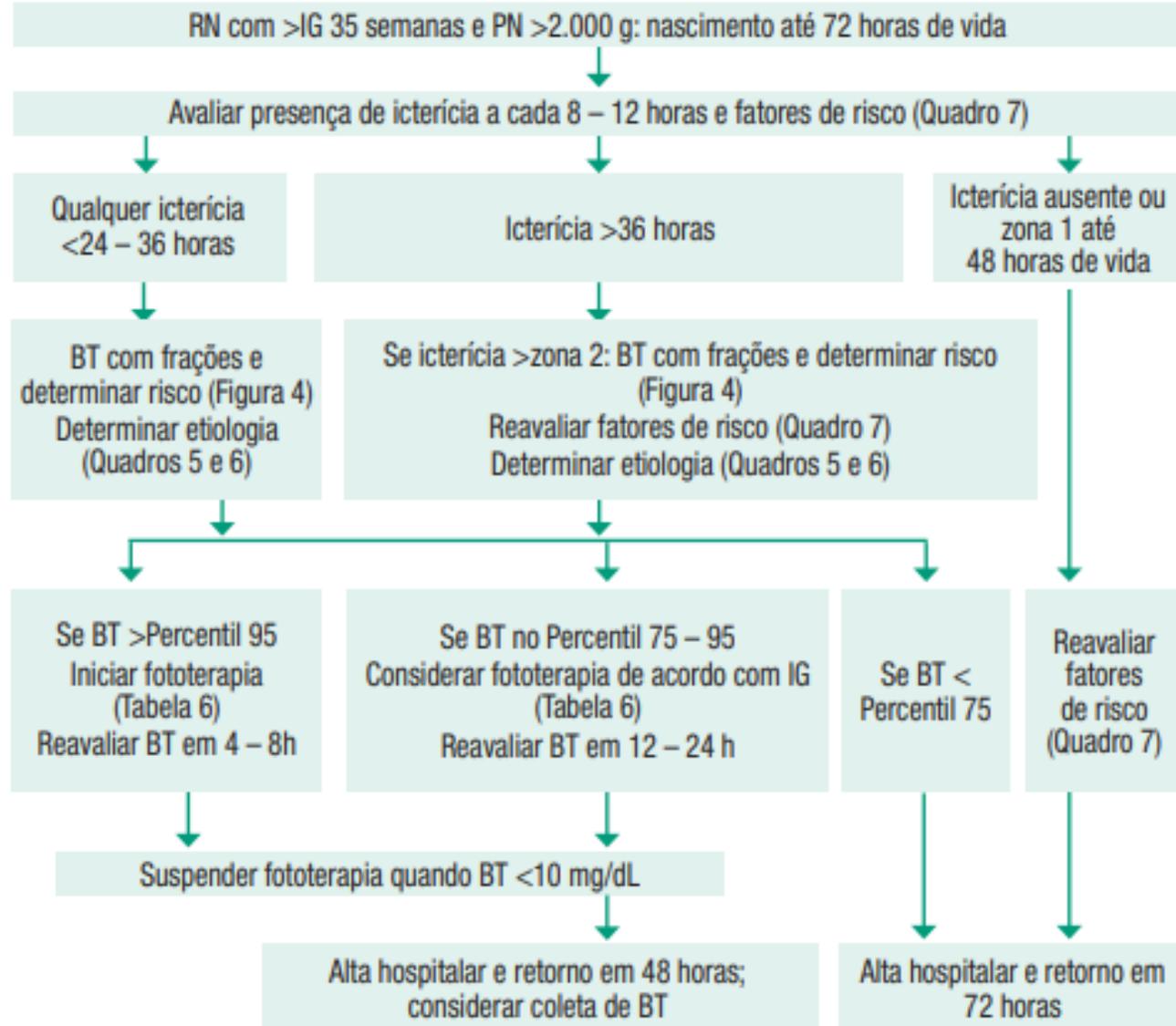
ICTERÍCIA

Quadro 7 – Fatores de risco para desenvolvimento de hiperbilirrubinemia significativa em RN >35 semanas de idade gestacional^{2,3,12}

- Icterícia nas primeiras 24 horas de vida
- Doença hemolítica por Rh (antígeno D – Mãe negativo e RN positivo), ABO (mãe O ou RN A ou B), antígenos irregulares (c, e, E, Kell, outros)
- Idade gestacional de 35 ou 36 semanas (independentemente do peso ao nascer)
- Dificuldade no aleitamento materno exclusivo ou perda de peso >7% em relação ao peso de nascimento
- Irmão com icterícia neonatal tratado com fototerapia
- Descendência asiática
- Presença de cefalo-hematoma ou equimoses
- Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase
- BT (sérica ou transcutânea) na zona de alto risco (>percentil 95) ou intermediária superior (percentis 75 a 95) antes da alta hospitalar (Figura 4)

Fonte: American Academy of Pediatrics (2004); Maisels (2009); Watchkp (2009).

Figura 3 – Roteiro para o manejo da hiperbilirrubinemia indireta em RN com 35 ou mais semanas de gestação¹⁷



ICTERÍCIA



FOTOTERAPIA

HIPOGLICEMIA

- Definição clínica de hipoglicemia inclui:
 - Níveis de glicose plasmática inferiores a 45 mg/dL
 - Sinais clínicos
 - Desaparecimento dos sinais com a correção da glicemia
- Pode produzir dano cerebral irreversível

HIPOGLICEMIA

Fatores de risco (aumento da utilização da glicose e diminuição de reservas)

- Baixo peso ao nascer
- RN GIG (incidência 8,1%)
- RN PIG (incidência 15%)
- Filhos de mãe diabética
- Portadores de eritroblastose fetal
- Uso materno de tocolíticos
- Situações de estresse (asfixia, sepse, hipotermia, dificuldade respiratória grave)

HIPOGLICEMIA

Manifestações clínicas

- Em muitos casos é assintomática (diagnóstico diferencial)
- Inespecíficas e confundem-se com outras doenças do RN
- Tremores
- Hipotonia
- Irritabilidade
- Letargia
- Crises de apneia, cianose, bradicardia
- Taquipneia
- Hipotermia
- Crises convulsivas

HIPOGLICEMIA

Prevenção

- Estímulo e o apoio ao início precoce da amamentação é uma importante estratégia para garantir aporte necessário de calorias aos RN
- Nas primeiras 24 horas de vida, a produção de colostro pela mãe ainda é baixa, mesmo naquelas que terão sucesso na amamentação.⁴ Essa situação, entretanto, não representa qualquer risco para o RN a termo com peso adequado para a idade gestacional > possuem reservas suficientes de carboidratos e são capazes de lançar mão de mecanismos de controle da glicemia plasmática, o que pode não ocorrer nas crianças dos grupos de risco

HIPOGLICEMIA

Controle

- RN GIG - dosar glicemia com 1, 2, 4, 8, 12 e 24 horas de vida
- RN PIG- dosar glicemia com 2, 4, 6, 12, 24, 48 e 72 horas de vida

Manejo

- RN assintomático com glicemia baixa (entre 25 e 45 mg/dL): alimentar a criança, preferencialmente com leite materno. Repetir a dosagem da glicemia em 30 – 60 minutos
- RN sintomático ou com glicemia inferior a 25 mg/dL: UCIN para receber infusão de solução glicosada, repetir glicemia novamente após 30 minutos e de hora em hora até que os níveis se mantenham estáveis e adequados

BOAS PRÁTICAS NO AC

BOAS PRÁTICAS NO AC

Acolhimento

- O profissional de saúde deve prover **atendimento humanizado e seguro** às mulheres, RN, acompanhantes, familiares e visitantes, e ser capaz de acolhê-los.
- **Acolher** implica em recepcionar o usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo suas queixas, permitindo que ele expresse suas preocupações e angústias, e dando-lhe respostas adequadas
- Um dos princípios básicos do acolhimento é reconhecer o usuário como **sujeito e participante ativo do processo**, valorizando as suas experiências, saberes e visão de mundo

Comunicação

- Aconselhar não significa dizer o que o outro deve fazer; significa, por meio de **diálogo, ajudá-lo**, de forma empática, a tomar decisões, após ouvi-lo, entendê-lo e discutir os prós e contras das opções

BOAS PRÁTICAS NO AC

- Praticar a comunicação não verbal (por meio de gestos e expressões faciais). Por exemplo, sorrir, como sinal de acolhimento; balançar a cabeça afirmativamente, como sinal de interesse; tocar na mulher ou no bebê, quando apropriado, como sinal de empatia.
- **Remover barreiras físicas** como mesa e papéis, promovendo maior aproximação entre o profissional de saúde, as pessoas a quem ele assiste e seus acompanhantes.
- Usar **linguagem simples**, acessível a quem está ouvindo
- Dar espaço para a mulher se expressar. Para isso, é necessário **ouvir**, prestando atenção no que ela está dizendo e em seu significado. Algumas mulheres têm dificuldades de se expressar
- Demonstrar empatia, ou seja, mostrar à mulher que seus sentimentos são compreendidos, colocando-a no centro da situação e da atenção do profissional. Por exemplo, quando a mulher relata que está muito cansada, o profissional pode comentar que entende porque ela está se sentindo assim

BOAS PRÁTICAS NO AC

- **Evitar palavras que soam como julgamentos**, como “certo”, “errado”, “bem”, “mal” etc. Por exemplo, em vez de perguntar à mãe se ela está amamentando bem, seria mais apropriado perguntar como ela está alimentando o seu filho.
- **Aceitar e respeitar os sentimentos e as opiniões** das mães, sem, no entanto, precisar concordar ou discordar do que ela pensa. Por exemplo, se uma mãe afirma que não tem leite, o profissional pode responder dizendo que entende sua preocupação. E pode complementar esclarecendo sobre o tempo necessário para a “descida do leite”
- **Reconhecer e elogiar** as situações em que a mãe e o bebê estão indo bem, por exemplo, quando a mãe atende prontamente o bebê. Esta atitude **umenta a confiança** da mãe, encoraja-a a manter práticas saudáveis e facilita sua aceitação a sugestões
- **Oferecer poucas informações** em cada aconselhamento, as mais importantes para cada momento.
- Fazer **sugestões** em vez de dar ordens
- **Oferecer ajuda prática** como, por exemplo, ajudar a mãe a encontrar uma posição confortável para amamentar

DÚVIDAS?

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 4 v. : il. Conteúdo: v. 1. Cuidados gerais. v. 2. Intervenções comuns, icterícia e infecções. v. 3. Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos.
- Duarte ED, Braga PP. Anamnese e exame físico do recém-nascido. Proenf.. Saúde maternal e neonatal. SESCAD
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria do Estado da Saúde. Manual de Neonatologia, Brasil, 2015.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, "Normas Básicas para Alojamento Conjunto", Portaria MS/GM no 1.016, 26 de agosto de 1993. DOU no 167 de 1/9/93, seção 1, p. 13.066.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática.
- Triagem neonatal biológica: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de
- Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

MUITO OBRIGADA!

PVNAKAZONE@USP.BR
