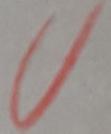


*Do Clóvis R. Lúcia*

*Com um abraço de*

DR. CLOVIS CORRÊA DA COSTA  
DA MATERNIDADE DO INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA

*Clóvis*



# ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

S.A.M.E.	
Nº	DATA
672	13/02/48

610.736 78  
C 837  
1943

1943  
EDITORA GUANABARA  
WAISSMAN, KOOGAN, LTDA.  
Ouvidor, 132 — Rio

*A Alvaro Tavares de Souza e João Mario  
— meus amigos e colaboradores — como  
testemunho do meu aféto.*

*Á D. Aurora Costa, enfermeira-chefe da  
Maternidade*

*Homenagem ao seu espirito disciplinador  
e á sua capacidade de organização.*

# INDICE

---

## A. — PARTE GERAL

Ciência e arte da enfermeira .....	Pag. 9
Vestes .. .. .	„ 14
Papeis e livros do Serviço .....	„ 15
Como se arruma uma cama .....	„ 19
Como desinfetar as mãos .....	„ 21
Como dar os remédios .....	„ 23
Temperatura, pulso e outros cuidados .....	„ 24
Exame de urina .....	„ 25
Maca .. .. .	„ 28
Cuidados corporais. Quarto .....	„ 29
Bolsa de gelo e saco d'água quente .....	„ 31
Colheita de material .....	„ 33
Esfregação de pés .....	„ 34
Biópsia do colo e endométrio .....	„ 35
Injeções subcutâneas .....	„ 36
— . intramusculares .. .. .	„ 39
— . intravenosas .. .. .	„ 40
Lavagem intestinal. Clisteres .....	„ 44
Compressas, capotes, máscaras e gôrros .....	„ 45
Esterilização de roupas, lençóis e compressas .....	„ 51
Instrumental .. .. .	„ 54
Esterilização de instrumentos .....	„ 60
Dietas .. .. .	„ 61
Modo de alimentar os doentes .....	„ 68
Anestesia .. .. .	„ 69

## B. — ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Exame obstétrico da gestante .....	„ 79
— — da parturiente .....	„ 81
Material necessario para operações de forceps, basiotripsia e craneoclasia .....	„ 84
Parto natural e sua enfermagem .....	„ 86

Assistência ao parto .....	Pag. 90
Hemorragia do delivramento .....	„ 101
Sutura em caso de hemorragia .....	„ 106
Tamponamento .....	„ 106
Puerpério .....	„ 107
Lóquios .....	„ 109
Lactação .....	„ 109
Cuidados ao recém-nascido .....	„ 118
Drenagem metálica .....	„ 122

### C. — ENFERMAGEM GINECOLÓGICA

Como preparar exame ginecológico .....	„ 126
Insuflação tubária .....	„ 127
Diatermia, ondas curtas .....	„ 129
Mickulicz .....	„ 132
Citoscópia e cateterismo ureteral .....	„ 134
Utero-salpingografia .....	„ 135
Aplicação de radium .....	„ 137
Preparação de doente para laparotomia .....	„ 140
Laparotomia .....	„ 142
Operação por via vaginal .....	„ 147
Período post-operatório .....	„ 150
Lavagem do estômago .....	„ 154
Hipodermoclise .....	„ 157
Proctoclise de Murphy .....	„ 160
Cateterismo da bexiga .....	„ 162
Como retirar os pontos de sutura .....	„ 164

## A. PARTE GERAL

### I

## CIÊNCIA E ARTE DA ENFERMEIRA

O doente é a pessoa mais importante do hospital; tudo ali, é feito exclusivamente para servi-lo.

Difícil, muito difícil, é o exercício da profissão de lhe prestar cuidados.

Não é perfeita enfermeira quem quer, e sim quem nascer com qualidades que permitam o desempenho integral das suas funções.

O serviço de enfermagem exige pois, feitio, maneira de ser e vocações especiais, isto é, atributos constitucionais.

Aquilo que algumas adquirem com imenso esforço e disciplina; outras, as enfermeiras de nascimento, alcançam com toda a naturalidade, como atos instintivos, ao darem os primeiros passos na senda do aprendizado.

A enfermagem é ciência e é arte; requer dotes físicos e morais.

A ciência todas aprendem, ou podem aprender; mas, a arte... a arte da perfeita enfermeira é muito difícil!

Difícil, porque raramente se póde reunir na mesma pessoa, a bondade de santos, dedicação extremada, carinho de parente amoroso, táto de diplomata refinado, indulgência esclarecida, paciência sem limites, bom humor invariavel, simpatia irradiante, inteligência viva, apreensão psicológica facil e conduta irrepreensivel...

A enfermeira deve conquistar o doente à primeira vista, sendo ao mesmo tempo, depositária de todo o seu respeito e admiração.

É o anjo tutelar, querida, apreciada e, às vezes, mesmo cortejada — conserva-se entretanto, sombranceira e superiora, envolvendo a todos, na mesma atmosfera de carinho e atenção, sem descer as ráias da intimidade.

Profissão difícil, porque requer grande maleabilidade espiritual e firmeza de caráter — maleabilidade espiritual que lhe permite adaptar-se a médicos diferentes, cada qual com seu feitio e técnicas diversas; aos doentes, com psicologias as mais desconhecidas. Todos conservam a sua personalidade; só a enfermeira se despersonaliza, mantendo porém o seu caráter firme, inabalável e sereno, para melhor servir os doentes e melhor auxiliar os médicos.

\*

A enfermeira precisa ter dotes físicos — ter saúde, pois o seu trabalho é árduo e pesado, frequentemente exercitado fóra de horas normais, à noite; ou em condições desfavoráveis de meio, em hospitais e barracas, em tempo de epidemias e de guerra.

Deve ser sadia, encontrar-se em forma e não ser portadora de germes patogênicos.

Não deve ter defeitos físicos.

Onde houver preconceito de raça, deve-se evitar que esse sentimento se manifeste, seja abertamente, seja pelo tratamento inferior, dispensado à enfermeira.

O melhor meio de contornar situações delicadas, será servir o doente com enfermeiras que não suscitem reações indesejáveis, pois precisamos ter sempre em mente, que os médicos e enfermeiras são destinados exclusivamente ao serviço dos doentes; para êles fôram construídos os hospitais e organizado todo o serviço de assistência — devemos por conseguinte, lhes respeitar as suscetibilidades.

A enfermeira deve ter aparência agradável e ser simpática.

Não se compreende enfermeira com pequenos defeitos e hábitos indesejáveis.

A simpatia é a sua principal qualidade exterior.

Os doentes do sexo masculino são mais doces, prestam-se melhor às necessidades do tratamento, quando as enfermeiras lhes são simpáticas, bonitas e de aparência agradável.

Devemos procurar, dentro da relatividades das coisas, fazer o doente satisfeito, pelo menos, contente; si é que tal póde ser alcançado no meio da sua desgraça.

\*

A enfermeira deve ser espiritual e moralmente bem formada — alegre, risonha e comunicativa, porém com discreção.

Não se a compreende taciturna, mal humorada e irritadiça — deve sentir-se feliz no exercicio da sua profissão.

A sua paciência deve ser à prova de fogo.

Dedicação, carinho e tato são atributos de primeira grandeza.

A sua dignidade e conduta são coisas intangíveis — tudo que lhe rebaixar o conceito, ou concorrer para lhe diminuir o apreço, não só se reflete sôbre a classe, como prejudica o bom andamento das suas atividades, como enfermeira. Não deve permitir intimidades.

Deve ser inteligente e curiosa, no sentido científico da palavra, de forma a procurar saber o porquê das coisas e assim aprimorar a sua cultura.

Precisa ter calma, iniciativa e expediente, para enfrentar situações graves e não se deixar contaminar por pánicos do ambiente familiar.

O bom senso é um dos requisitos mais indispensáveis.

Deve ser pontual no cumprimento das suas obrigações.

A sua educação social será perfeita — saberá se conduzir com tato, inteligência e engenho, em situações difíceis — será uma dama.

\*

A enfermeira deve ter sólida instrução profissional, de maneira a perfeitamente desempenhar as tarefas que lhe são afetas.

Não são de se desprezar, conhecimentos de psicologia, de fôrma a melhormente compreender as personalidades entregues aos seus cuidados, decifrar situações, resultando desses conhecimentos, melhor entendimento com o doente.

Conhecimentos gerais de arte e literatura a tornam invulgar e atraente.

O saber bordar, tecer e outras prendas domésticas são outros dons; o ensina-los à doente longamente presa ao leito, servirá de valioso entretenimento, quebrando a monotonia da hospitalização.

\*

A enfermeira é auxiliar e amiga do médico; sem o seu concurso, seriam assás minguados os resultados da arte de curar, e os doentes mais infelizes ainda se tornariam.

Quanto mais aperfeiçoada fôr a sua técnica, mais proveitosos serão os frutos do esforço médico, e menos dolorosos os males que afligem os homens.

Vejamos agora, a conduta da enfermeira para com os médicos, doentes, hospital, pessoal subalterno, e para com a sua profissão.

Os médicos durante o trabalho, são seus superiores hierárquicos, por conseguinte lhes deve:

- a) obediência e respeito às suas ordens;
- b) cumprimenta-los em primeiro lugar;
- c) ceder-lhes passagem e levantar-se, quando lhes falar;
- d) dirigir-lhes a palavra com delicadeza;
- e) dar-lhes informações com lealdade;
- f) acompanha-los nas visitas, tomando notas das prescrições e recomendações, passando-as para as papeletas e livros, si fôr o caso.
- g) auxilia-los na sua atuação profissional, dentro dos limites por êles estabelecidos.

Em relação aos doentes, a enfermeira deverá:

- a) cumprir as determinações médicas quanto à medicação e dieta, com a maior exatidão e lealdade;

- b) fazer-lhes a toilette;
- c) atende-los em todos os acidentes e necessidades;
- d) preparar o relatório, onde conste pormenorizadamente a sua atividade e todas as ocorrências normais e acidentais relativas aos doentes;
- e) levantar-lhes o moral, com a engenhosidade da sua cultura;
- f) proporcionar-lhes conforto físico e moral;
- g) distrai-los com leituras amenas, rádio, prática de pequenos trabalhos manuais.
- h) ser absolutamente neutra na profissão, em matéria de política, religião e raça. Não ter preconceitos neste terreno — vêr no doente, simplesmente o homem sofredor e necessitado de cuidados;
- i) guardar segredo profissional, não divulgar diagnósticos, nem ocorrências a respeito dos doentes. Não permitir a leitura das papeletas por pessoas estranhas, mesmo médicos, salvo ordem superior.
- j) educar o doente, ensinar-lhe a profilaxia da sua doença, si houver motivo para isso;
- k) dispensar atenções aos seus parentes e amigos.

Em relação ao hospital, deve ser:

- a) pontual nas suas obrigações;
- b) econômica;
- c) zelar pelos seus pertences e defende-los, como si de sua propriedade fôsem;
- d) conservar limpo e em ordem, o material de sua guarda, pronto a entrar em serviço;
- e) não servir-se do que pertence ao hospital, nas suas atividades particulares;
- f) não entreter palestras em voz alta, nem quebrar o silêncio e ordem que devem reinar no hospital. O hospital é um templo, onde devemos nos conduzir com respeito;
- g) velar pela disciplina e ordem no serviço;

Em relação aos subalternos, a sua atuação se resume em, com delicadeza, exigir o cumprimento das suas obrigações.

Em relação a profissão — dignidade pessoal e profissional.

## II

### VESTES

A enfermeira em serviço, usará uniforme apropriado. Damos aqui o modelo privativo da Escola Ana Nery, que poderá ser modificado, de maneira a caracterizar as enfermeiras de outras escolas (fig. 1).



O uniforme será sempre branco, e dele fazem parte também, toucas e meias brancas, sapatos da mesma cor, com solas de borracha, para evitar ruidos.

O penteado da enfermeira será modesto, não sendo permitido o cabelo solto; é conveniente o uso de rêde fina sôbre o penteado.

Não poderá usar *baton*, nem fazer maquilagem nos olhos; no máximo, se admite o uso discreto de ruge na face. São interdictos os perfumes, unhas grandes e coloridas a vernís.

Não usará joias — nem brincos, nem colares; pulseiras, só como relógio; anel, só de aliança; e broche, sómente como distintivo da sua Escola.

O uniforme será sempre, irreprensivelmente limpo.

Ao sair, sôbre o uniforme, pôde usar capa de modelos diversos.

Fig. 1. Uniforme de enfermeira da Escola Ana Néri

## III

**PAPEIS E LIVROS DO SERVIÇO**

*Papeleta termo-esfigmográfica.* — Esta papeleta, conforme o modelo anexo, possui espaço para confecção de traçados da respiração, pulso e temperatura, os quais devem ser tomados de quatro em quatro horas, construindo-se as respectivas linhas, com tintas de cores diferentes. Dessa maneira, num golpe de vista, se tem a impressão clara e panorâmica, das variações destes dados (Fig. 2).

Contêm além disso, linhas destinadas à consignação das dietas, informações sobre vômitos, defecação e micção, bem como à medicação interna e externa prescrita no dia.

O nome da paciente, o número do leito, as datas e os dias de internamento completam a papeleta.

*Relatório.* — No relatório da enfermeira, consta o nome da doente e o número do leito; nele se consignam em colunas especiais, a data e a hora em que fôram dados os medicamentos, a alimentação, o tratamento e observações. Em observações se registram mil pequenas coisas atinentes à paciente.

Dia por dia, fica consignado no relatório, todas as ocorrências, todos os acidentes, toda a medicação, todos os cuidados dispensados à doente. O relatório é o atestado da suficiência ou insuficiência da enfermagem (Fig. 3).

*Pedidos de exame.* — É um impresso com a qualificação da doente, enfermaria e número do leito, no qual se pedem exames de laboratório, de raios X, tratamento fisioterápico, tratamento dos dentes, etc., etc.

*Receitas.* — Impressos onde os médicos passam receitas.

*Dietas.* — Impresso com o número e tipos de dieta, que se requisitam à cozinha, para todos os doentes.

*Livro de Ponto.* — Nele são registradas a hora de entrada e de saída das enfermeiras e outras funcionárias do Hospital.





*Horário de distribuição.* — Consigna as horas em que as enfermeiras e outros funcionários devem entrar e sair do serviço, de acordo com rodizio organizado semanalmente, pela enfermeira chefe.

*Resumo dos relatórios.* Livro que resume diariamente, os relatórios das enfermeiras, referentes a todos os doentes, exarando os diversos cuidados de enfermagem realizados em 12 horas. Pelo resumo, o médico se assenhoreia em um instante, do estado das suas doentes.

*Livro de remédios.* — Consigna os remédios — capsulas, pílulas, poções, xaropes, injeções etc. e ordens especiais, em relação aos doentes, que devam respectivamente ser dados, ou executadas dentro das próximas horas. Cada uma daquelas rubricas, em pagina diferente, é recortada em uma das margens do livro.

Os seus diversos itens são preenchidos pela manhã, após a visita, e valem por 24 horas.

Serve para que de relance, as enfermeiras saibam o trabalho a ser realizado no correr do dia e da noite, sem precisar percorrer, uma a uma, as papeletas.

*Livro de ocorrências.* — São registradas neste livro, todas as ocorrências do hospital, como inutilização de seringas, agulhas, termómetros e utensílios; alta e admissão de doentes; acidentes e morte; bem como ordens dos médicos, pedidos de exame, coleta de material etc.

*Livro de visita médica.* — É o caderno com que a enfermeira acompanha a visita, onde toma nota de todas as determinações médicas. É um borrão, cujos dizeres são depois transportados para o livro de ocorrências, para o livro de remédios e para as papeletas dos doentes.

*Livro de farmácia.* — Livro onde a enfermeira chefe pede à farmácia, o material de que tem necessidade e onde também os médicos podem passar as receitas.

*Ról.* — Livro onde se registram as peças de roupa servida enviadas à lavanderia. No Serviço, é conservada cópia autêntica, feita com papel carbono, para verificação da roupa que retorna limpa.

*Livro de pedidos.* — Livro onde são anotados os pedidos de roupa, moveis, utensílios e miudezas, do qual se fornece a quem de direito, o original; ficando cópia autêntica feita com papel carbono, na séde do serviço.

*Livro de registro.* — A paciente ao ser internada, deixa neste livro, o seu número de ordem, nome, estado civil, côr, idade e data do internamento; e mais tarde, a data do parto, a sua natureza, data da alta, si viva ou morta, e observações.

---

#### IV

### COMO ARRUMAR UMA CAMA

A cama a ser preparada para receber o doente, é uma cama comum, ou dotada de dispositivo que permite, por movimento de manivela, erguer a parte correspondente ao tronco e cabeça; e por efeito de outra, levantar e formar angulo na parte correspondente aos membros inferiores, em uma de cujas vertentes vem se apoiar as coxas, de maneira a evitar o escorregamento da paciente, na direção oposta à sua cabeça. É esta a chamada posição de Fowler, tão usada no período post-operatório.

A cama é preparada, cobrindo-se o colchão com um lençól, — *lençol de baixo* — cujas margens ficam por baixo do colchão; dispõe-se transversalmente, por cima e bem ao meio, impermeavel de 90 cms. de largura, cujas extremidades são também introduzidas sob o colchão. Sôbre o impermeavel, como seu fôrro, ultrapassando-lhe as bordas, coloca-se lençol dobrado, formando tira de 1 m de largura, atravessada sôbre a cama — é o *lençol movel*, ou *traçado*.

O impermeavel pode também ser interposto entre as duas folhas do lençol movel.

Sôbre êste conjunto, dispõe-se, como coberta da paciente, um segundo lençol, — *lençol de cima* — conjuntamente com uma colcha.

Estas duas peças, pela borda distante e pela extremidade voltada para o pé da cama, ficam sob o colchão; a borda mais próxima, assim também fica, porém sómente até à metade, permanecendo livre a extremidade do lado da cabeceira.

São reviradas sôbre si mesmas, em toda a porção que se não oculta sob o colchão. Formam triangulo, pelo qual o paciente se introduz sob as cobertas (Fig. 4).

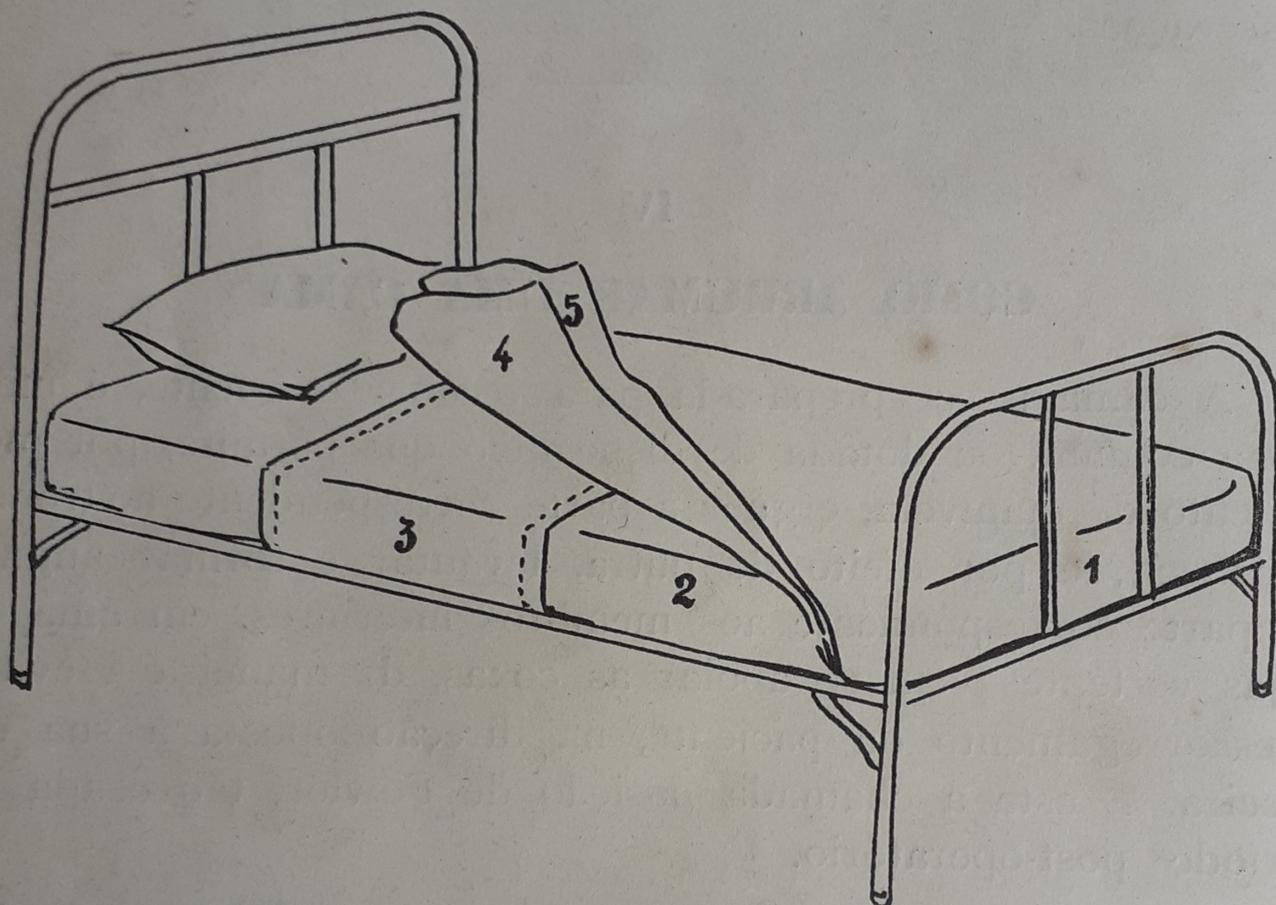


Fig. 4 — 1 — colchão; 2 — lençol de baixo; 3 — lençol movel com impermeavel por baixo; 4 — lençol de cima; 5 — colcha.  
Eventualmente cobertor entre a colcha e o lençol de cima.

Travesseiro com a fronha respectiva, será disposto no local apropriado.

Na estação fria, entre a colcha e o lençol, coloca-se cobertor de lã, de maneira que lençol, colcha e cobertor formem um todo único.

No dia seguinte, o lençol movel será substituído pelo lençol de cobertura, e êste por um lençol limpo.

Si o lençol de baixo estiver sujo, será também retirado, e neste caso virão dois lençóis limpos — um que substituirá

o lençol de baixo e outro para a cobertura, pois, o deste mistér irá constituir o lençol movel.

Todos os dias haverá substituição de lençóis — um, dois e excepcionalmente três.

---

V

## COMO DESINFETAR AS MÃOS

Antes de desinfetar as mãos, é necessário cortar as unhas; quanto mais rentes — melhor! Aliás, as enfermeiras devem ter sempre as unhas cortadas rentes.

Por pouco que sejam crescidas, devemos passar-lhes por baixo, tesoura fechada, ou espátula apropriada, de maneira a remover primeiramente, toda a materia sob ela acumulada.

Só então, cuidaremos da desinfeção.

Esta deve ser feita sob água corrente e morna, com escôva dura e sabão.

É preciso proceder com método.

Molhamos as mãos e passamos a escôva ensaboada, em primeiro lugar, na ponta dos dedos da mão esquerda, colocados ao mesmo nivel e solidarizados por aproximação forçada, escovando atrás das unhas, cerca de quarenta vezes. Tratamos da mesma maneira, o dorso das unhas e da última articulação dos dedos; depois, o dorso das outras falanges e articulações próximas, estando a mão fechada, de forma a desfazer as dobras da péle. Passamos em seguida, a escôva, na face dorsal da mão, e em todas as faces do antebraço. Voltamos à face palmar e escovamo-la em toda a extensão, estando a mão bem estendida; em seguida, passamos à face interna e externa de cada dedo, isoladamente (Fig. 5).

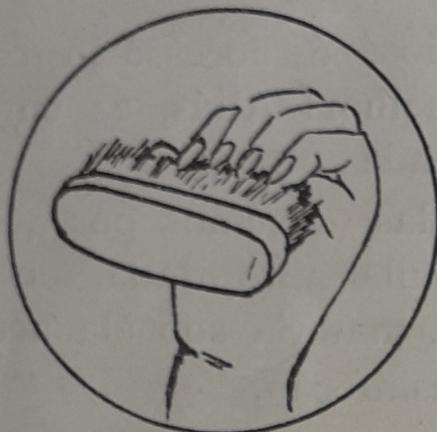
Igual procedimento temos em relação a outra mão.

A passagem da escôva com água morna e sabão, visa provocar a descamação das camadas mais superficiais da epiderme, cujas células cornificadas retêm muitos germes em seus interstícios.

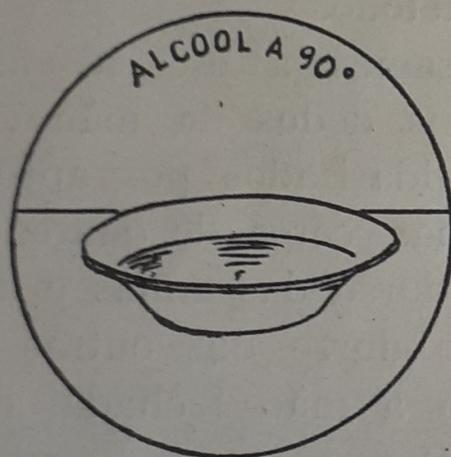
No correr da desinfeção, água corrente e morna removerá o sabão e a matéria descamada, destacada e tangida pela ação mecânica da escôva.

Esta escovadura, por mais cuidadosa que seja, não tem a pretensão de tornar as mãos estereis, pois germes são ainda encontrados sobretudo no conduto do bulbo piloso, no canal secretor das glândulas sudoríparas e sebáceas.

**40 VEZES**



**5 MINUTOS**



**2 MINUTOS**

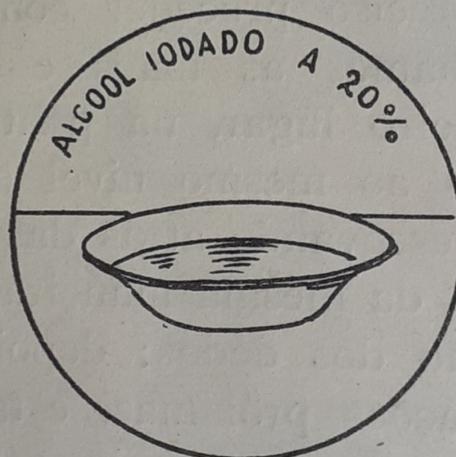


Fig. 5 — Desinfeção das mãos

Por isso, é necessário completar a desinfeção, imergindo a mão em álcool a 90°, durante quatro minutos, e depois em álcool iodado a 10%, durante dois minutos; retirando-se em seguida o excesso de iodo, por nova passagem em álcool puro.

Enxugamos então as mãos, em gase esterilizada, ou em toalhinha apropriada, empoamo-la com talco e calçamos as luvas.

É difícil a desinfeção das mãos — fazemo-la e calçamos luvas, para evitar contaminações, caso as luvas se rompam.

Convém entretanto ter em mente, que no fim de algum tempo, no curso de operações, si as mãos suarem, o suor trará até à superfície, germes que se encontravam na intimidade da pele.

O líquido que então se acumula no interior da luva — *caldo de luva* — é rico de germes, os mais diversos.

Ao trocar as luvas, devemos pois, lavar as mãos em álcool iodado.

## VI

### COMO DAR OS REMÉDIOS

Os remédios a serem dados aos doentes acamados podem ser sólidos — comprimidos, cápsulas, pílulas, pós; ou líquidos — poções, xaropes, tisanas etc.

Os primeiros serão trazidos até junto à doente, em colherinha, conjuntamente com um copo d'água, em bandeja, onde se encontra também um guardanapo.

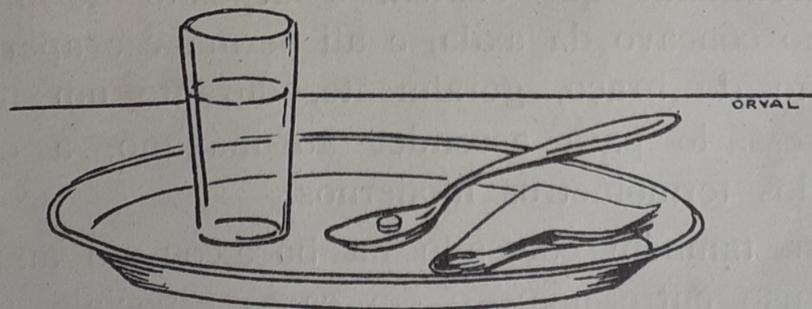


Fig. 6 — Como dar os remédios.

A bandeja é deposta sôbre a mesa de cabeceira, o guardanapo é desdobrado e aplicado sôbre as porções mais altas do cólo e do pescoço, sendo então, oferecida à paciente, a colher com a medicação; e em seguida, a água, para facilitar a deglutição do remédio (Fig. 6).

Si a medicação fôr contida em vidro, êste virá na bandeja, com cálice graduado, marcando colher de sopa, de sobremesa ou de chá, conjuntamente com meio copo d'água.

A medida será cheia junto ao leito e servida pela doente, que em seguida tomará ou não, alguns goles d'água.

Outros preferem administrar poções e tisanas, em taças especiais, — *bebedouros* — com ou sem bico; próprias para medicar pessoas acamadas. Elas virão também na bandeja.

## VII

### TEMPERATURA, PULSO E OUTROS CUIDADOS

O pulso e a temperatura são os melhores índices da maneira pela qual evoluem, tanto o período post-partum, como o período post-operatório.

Serão tomados no correr do dia, de 4 em 4 horas, consignando-se o resultado no traçado termoesfigmográfico.

A temperatura se toma com termómetro, cuja coluna de mercúrio se tenha abaixado ao máximo, por efeito de força centrífuga, provocada por agitação brusca, com a mão que retêm o termómetro.

A extremidade que contém o depósito de mercúrio é colocada no côncavo da axila, e ali permanece apertada pela aproximação do braço, geralmente, durante um minuto — tempo necessário para ascender ao máximo, a coluna de mercúrio dos termómetros modernos.

Póde-se também coloca-lo na bôca ou no anus, o que não é de uso entre nós; só em casos especiais, assim nos conduzimos, sendo então, necessário lavar e desinfetar o termómetro após a aplicação. Aliás, o termómetro de uso hospitalar, transita nas enfermarias em cópo contendo algodão e álcool, ou soluto antisséptico.

Precisamos nos precavêr contra certos enganos — a puérpera não raro, apresenta na axila, lóbo mamário aberrante, impropriamente considerado como gânglio infartado, quando

a congestão própria do surto lácteo, aumenta-lhe o volume, tornando-o aparente e volumoso.

Ora, a pojadura, a congestão inicial da mama, aumentam a temperatura, a qual sendo local, no caso em apreço, não tem a significações das ascensões térmicas gerais — não ha febre.

Aliás, a ascensão da temperatura atinge então, apenas alguns décimos. Nesses casos, devemos toma-la na dobra inguinal, flectindo a côxa sôbre o ventre.

A tomada do pulso requér certos cuidados, pois a menor emoção, a simples chegada da enfermeira, póde, em pessoas nervosas, accelera-lo. A enfermeira deve conversar um pouco, deixar que a emoção se exgote, para só então palpar o pulso.

Êste deve ser contado durante um minuto por inteiro, e não como pessoas apressadas o fazem, contando-o em quinze segundos e multiplicando por quatro.

Contem o minuto todo, e si encontrar alguma alteração, entretenha a paciente de qualquér fórma, e repita a verificação, cinco a dez minutos mais tarde.

De fórma alguma, o resultado, tanto da tomada da temperatura como do pulso, será comunicado à paciente; é para uso exclusivamente do médico, e ficará consignado na pa-peleta.

*Exame de urina.* — A enfermeira precisa conhecer a técnica do exame elementar de urina; ao menos, a pesquisa de albumina e glicose.

Para êstes exames, a urina será previamente filtrada, si contivér corpos extranhos em suspensão, ou si estiver turva.

A pesquisa de albumina é feita da seguinte maneira: a urina filtrada enche até a metade de tubo de ensáio, que é tomado com pinça de madeira e levado à ebulição, sómente no terço superior. Para evitar a expulsão de jato de urina quando o calor é excessivo, o tubo de ensaio será exposto e retirado, rapida e alternativamente da chama, até que a camada mais alta da urina tenha entrado em franca ebulição.

Si contiver albumina, ela, por coagulação, tal como acontece com a albumina de clara de ovo, tornar-se-á branca, e irá turvar mais ou menos fortemente, a camada de urina aquecida.

Como porém, fosfatos e carbonatos alcalinos podem se precipitar pelo aquecimento, devemos, em caso de turvação, acrescentar algumas gôtas de ácido acético, que dissolve êstes sais e restituem a transparência da urina; ao passo que a turvação permanecerá sem alteração, caso se trate de albumina.

Os carbonatos precipitados se dissolvem e desprendem bolhas gasosas pela ação do ácido; os fosfatos simplesmente se dissolvem (Fig. 7).

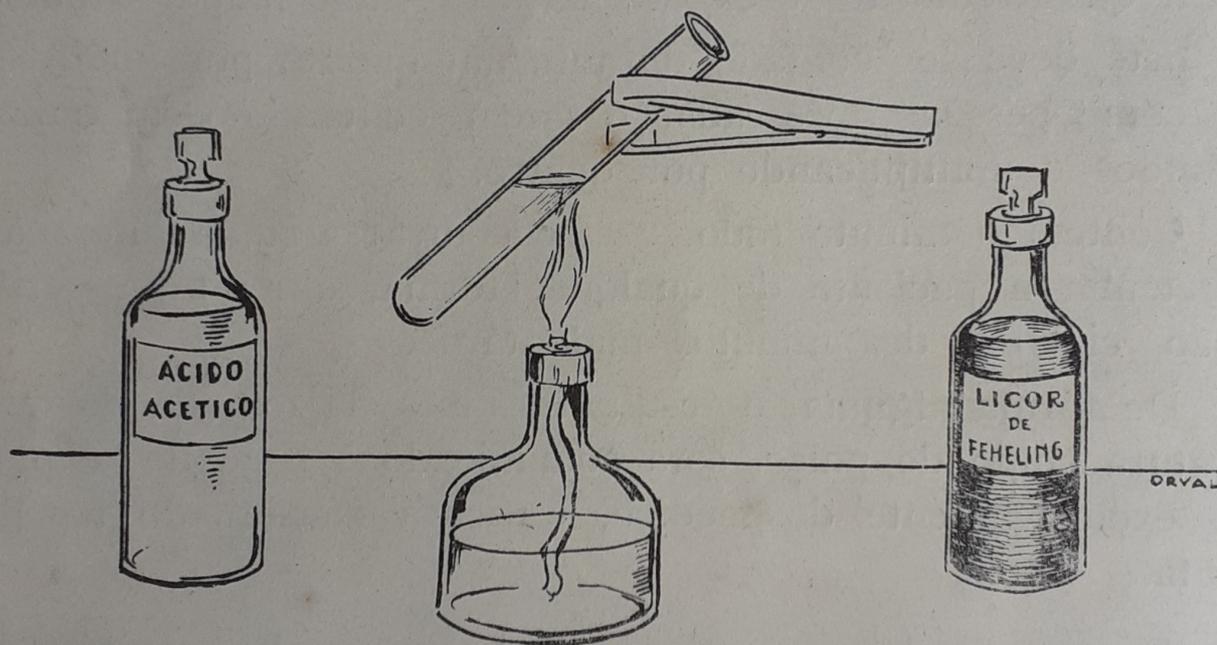


Fig. 7 — Exame de urina

A pesquisa de glicose se faz por meio de um reagente denominado licôr de Feeheling, de linda coloração azul, que se adquire já pronto, ou que se prepara na hora, pela mistura em partes iguais, das soluções A e B, soluções alcalina e cuprosa.

Estando no fundo do tubo de ensaio, 2 a 3 cc. do licôr, leva-se à ebulição, para verificar-se o estado em que o mesmo se encontra — si modificar-se-lhe a coloração, descorar-se o azul de ametista, é sinal de que está deteriorado e de nada nos servirá.

Estando perfeito, acrescentamos-lhe cerca de 1 cc. da urina e levamos de novo a ebulição.

A presença de glicose é revelada pela redução do sal de cobre do reativo, que sob a forma de matéria avermelhada, côr de tijolo, se precipita e se acumula no fundo do tubo. O aspecto do precipitado poderá perfeitamente ser observado e fixado, se experimentarmos aquecer o licôr com algumas gôtas de caldo de uva.

Não tendo glicose na urina, a mistura, mesmo após o aquecimento, conserva a coloração azul.

Por vezes esta côr desmerece, torna-se como que suja — é um início de redução, por sais habitualmente encontrados na urina; o tom avermelhado traduz redução mais avançada.

A paciente não deve ter feito uso de certos medicamentos antes do exame, tais como a urotropina e seus parentes próximos, que reduzem o reativo, falseando o resultado do exame.

A enfermeira guardará para mostrar ao médico, tudo que o doente expelir e que lhe parecer anormal — urina, fezes, tecido organizado expelido pela vagina etc. etc.

Si não fôr possível comunicar-se com o médico, ou não pudér guardar a matéria suspeitosa, deve descreve-lo o mais minuciosamente possível no relatório.

Neste particular, merecem especial atenção, às matérias expelidas durante trabalho de abôrto ou simples hemorragias. Os coágulos sanguíneos devem ser examinados sob água corrente, para ser verificada a presença de tecido organizado — ovo, restos ovulares, fragmentos de placenta, polipos etc., pois ao médico interessa muitissimo o reconhecimento de um destes tecidos.

---

## VIII

## MACA

Maca é uma mesa provida de rodas, com a qual se transportam os doentes para a sala de operações, para a sala de curativos e outras; e de retômo, para o leito.

A maca deve ter roupa privativa para cada doente. A que transporta doentes infectadas de erisipela, infecção puerperal e doenças contagiosas, não serve para outros misteres.

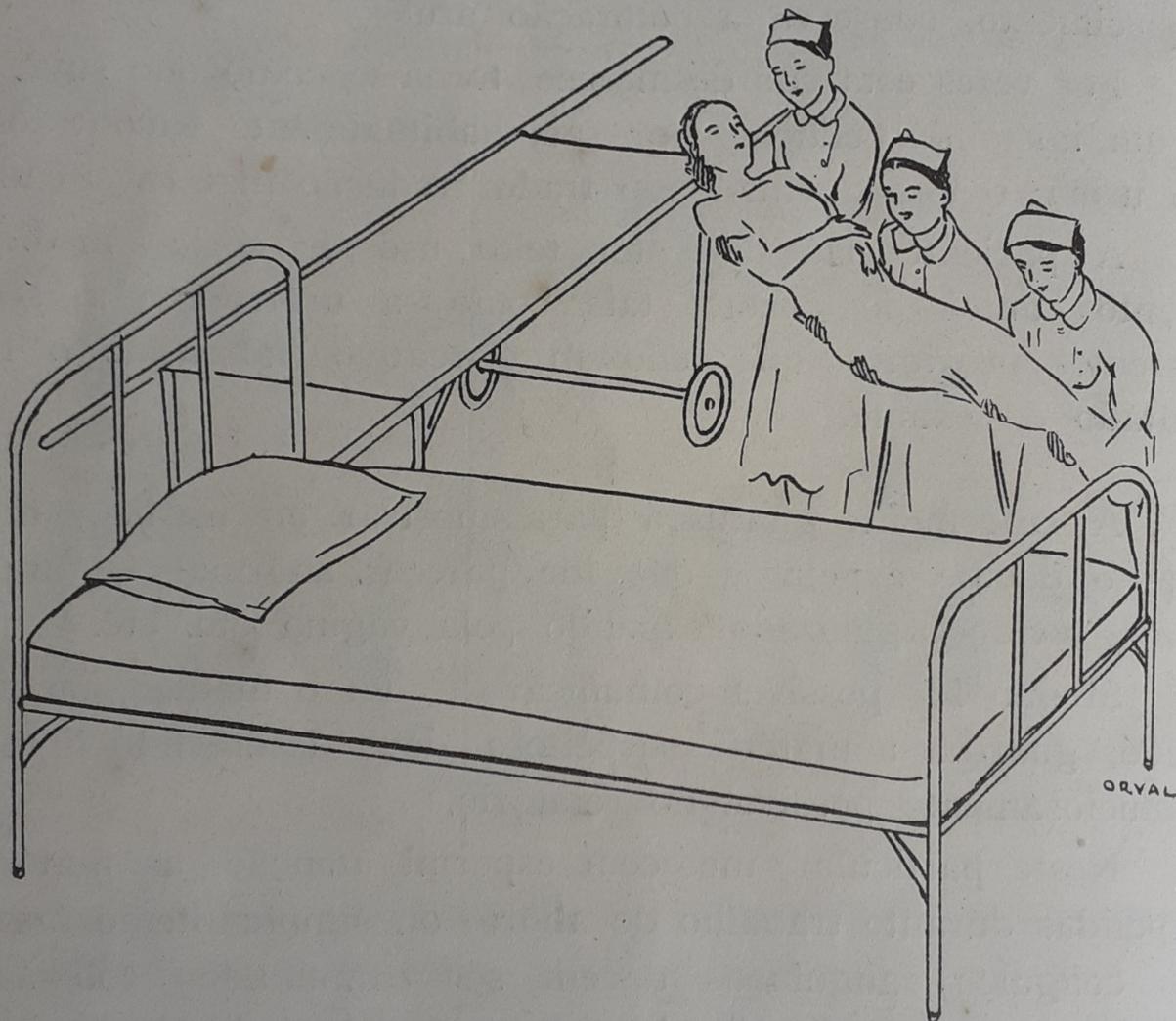


Fig. 8—Passagem de doente da cama para a maca e vice-versa.

Existem macas próprias e privativas do isolamento.

Muito cuidado requer a colocação da doente nas macas, ou a passagem destas para o leito.

Geralmente fazemo-la deitar-se sobre lençol e colocamos a maca ao longo e junto à borda do leito. Uma enfermeira posta-se à cabeceira, outra aos pés do leito, ficando duas

outras, uma ao lado do leito e outra ao lado da maca; levantam a paciente sobre o lençol e efetuam a passagem para a cabeceira da cama, e a maca é colocada em angulo réto com seus braços e mãos e três enfermeiras levantam a doente e colocam-na sobre a maca (Fig. 8).

As mais das vezes, a própria doente, movimentando-se, passa de um para outro movel.

Estando na maca, será a paciente inteiramente coberta com lençóis, ou cobertores. Será também conveniente, principalmente si tratar-se de doente particular, de Casa de Saúde, que durante o percurso pelos corredores e salas, tenha o rosto oculto, de fórma a furtar-se à curiosidade de outros doentes e pessoas, e evitar situação de constrangimento.

Bem agasalhada e protegida, póde afrontar as correntes de ar dos corredores, sem o menor recêio.

Ao conduzir o veículo, atenção será prestada no percurso, de fórma a evitar solavancos, ao atravessar saliências de batentes de portas e outros acidentes, o que é sumamente desagradavel.

## IX

### CUIDADOS CORPORAIS — QUARTO

As doentes e puérperas, diariamente, fazem a sua toaleta pela manhã; e si necessário fôr, também à tarde; no correr do dia, são submetidas a diversos cuidados.

Pela manhã cêdo escovam os doentes, lavam o rosto, urinam, defecam e fazem a toaleta corporal.

A paciente se coloca sobre impermeavel revestido com toalha felpuda — para este último mistér.

A enfermeira com luva do mesmo estôfo, embebe a mão em solução tépida e lhe esfrega o corpo todo, sobretudo a região axilar, períneo, sulco inter-glúteo e espaço entre os artelhos, retirando o suor dessecado.

Em seguida, a pele é enxuta. Póde-se também usar sabão perfumado, ou acrescentar ao banho, um pouco de água de colônia, conforme os recursos de cada um.

A luva não deve ser muito embebida, a ponto da água escorrer — basta humedecer a refrescar a pele (Fig. 9).

Uma vez seca, a cutis será empoada com talco simples ou aromatizado.

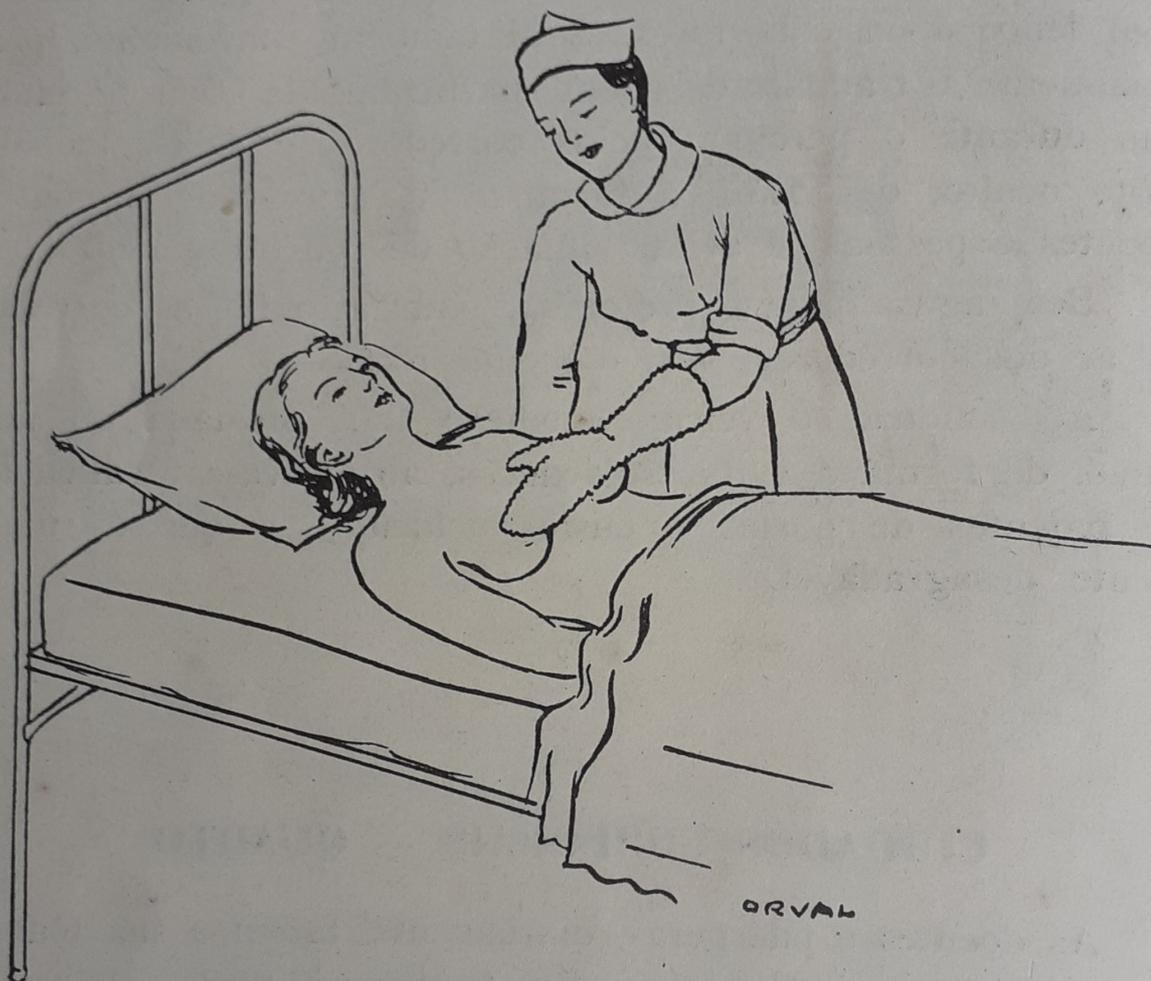


Fig. 9 — Asseio corporal da doente.

O cabelo será penteado e as unhas cuidadas. Conforme o animo, até a maquilagem póde ser feita, o que geralmente acontece com as puérperas e as operadas, depois da crise dos primeiros dias.

No que diz respeito às puérperas, abluções com solução antissépticas — sublimado ou oxicianeto a 1 por mil — são feitas de 3 em 3 horas, por meio de jarra graduada, cujo conteúdo é derramado sôbre a vulva.

Aproveita-se essa ocasião, para substituir as compressas esterilizadas, que estiverem enxarcadas com lóquio, refazendo-se em seguida, o curativo com a faixa em T. Em hospitais, usa-se perineal de pano dobrado, fixado com alça que lhe é própria, à cinta passada ao nível do talhe.

Todas as vezes que a paciente urinar, a vulva será irrigada com água fervida; si evacuar, o anus será limpo com compressa embebida em solução antisséptica, depois de toailete preliminar com papel higiênico.

Tudo, sôbre comadre forrada com toalha especial.

Sómente nos casos em que a doente estiver mal, e não tiver animo e disposição de espirito para se arranjar, a toailete deixará de ser completa; a enfermeira porém esforçar-se-á por fazê-la, o mais possível perfeita.

O quarto da paciente será amplamente aberto, de fôrma a ser suficientemente iluminado e arejado; salvo no primeiro dia após a operação, ou ordem médica em contrário, nos dias subsequentes.

Flôres ornamentarão a sua mesa de cabeceira; aparelho de rádio, relógio, retratos de pessoas queridas são também ali encontrados.

Tudo limpo, bem arrumado e bem posto.

---

## X

### **BOLSA DE GÊLO E SACO DE ÁGUA QUENTE**

Bolsas de gêlo são usadas nos primeiros dias do período post-operatório de todas as intervenções ginecológicas, seja após as laparotomias em que o seu uso é generalizado, seja nas intervenções por via vaginal.

Acalmam as dôres e proporcionam bem estar às operadas.

Em clínica obstétrica, são empregadas no tratamento de cólicas uterinas dos primeiros dias do puerpério.

A bolsa de gêlo precisa entrar em contacto com a maior superfície possível da região afetada; si uma não fôr suficiente, serão usadas duas, ou mais bolsas.

Para que ela se adapte extensamente à péle, é necessário que o gêlo seja quebrado em pedaços miúdos, que a bolsa não seja demasiadamente cheia e que se lhe retire o ar do interior, antes de atarrachar o fêcho.

Do contrário, a superfície da bolsa não ficará chata, como deve acontecer, mas rotunda e abaulada; por conseguinte, entrando em contacto limitado com a péle (Fig. 10).

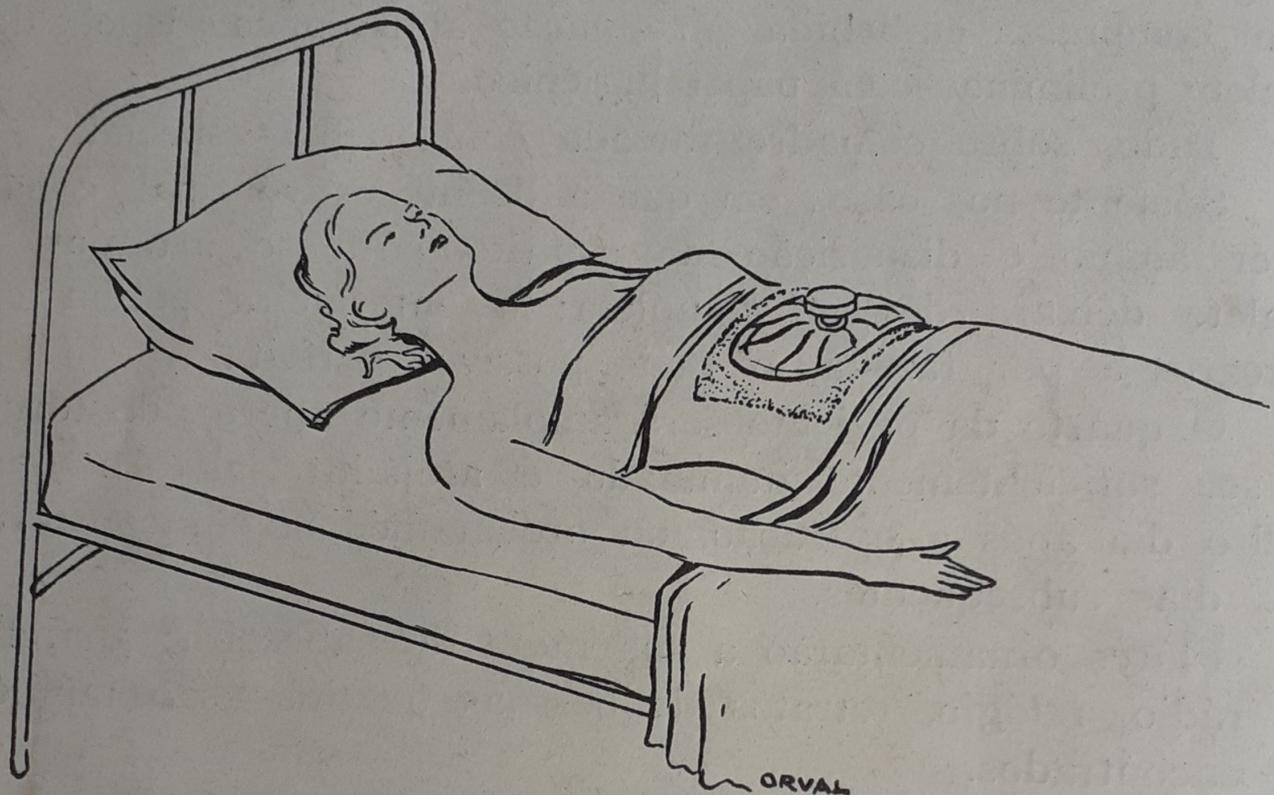


Fig. 10 — Bolsa de gelo — maneira de applica-la.

A bolsa deve se expraiar sôbre o ventre, o que só acontece, quando aquelas condições fôrem satisfeitas.

Não deve tambem ser applicada diretamente sôbre a péle — entre ambas, deve se interpor toalha de flanela ou camada de talco. A applicação direta póde ocasionar queimadura da péle.

A paciente, quando lhe retiram as bolsas de gêlo, sente o ventre se esquentar enormemente — sente saudades do gêlo! Geralmente, a bolsa póde ser dispensada no terceiro ou quarto dia, após a operação.

O gêlo não convêm às pacientes com irritação da bexiga.

*Saco quente.* — É rémedio contra a dôr, facilita a resolução de processos inflamatórios, quanto mais penetrante — melhor!

O calor húmido póde ser obtido por meio de cataplasmas de farinhas diversas — processo trabalhoso, pelo fato de requerer o reaquecimento em fornos ou chapas quentes, da cataplasma interposta entre lenços ou panos.

O saco com água quente é de uso mais cômodo — dobra-se um lenço humedecido ligeiramente em água, e se o aplica na região dolorida; sôbre o lenço, depõe-se o saco de borracha com água quente — temos assim, calor húmido local.

Si a água do saco estiver muito quente e não fôr suportada, envolve-se o saco em toalha, de maneira a afastar e isolar a fonte de calor. Por esta fórma, comodamente, se póde usar o calor, por muito tempo e pouco trabalho. Si fôr preferido calor sêco, não se interporá o lenço humedecido; o saco de borracha será aplicado diretamente, ou protegido com toalha sêca, *in loco dolenti*, geralmente o ventre.

Ou então, recorre-se a coxim elétrico, no qual resistência metálica conveniente protegida por camadas de tecido de lã, é ligada à corrente da cidade. Na resistência, a energia elétrica é degradada em energia térmica, que aquece a lã, sendo o coxim, comodamente aplicado aos doentes. Póde-se graduar por meio de uma chave, a quantidade de eletricidade e conseguintemente o gráu de calor.

É cômodo, elegante e nenhum trabalho dá.

## XI

### COLHEITA DE MATERIAL

O médico frequentemente tem necessidade de colher material para exame de laboratório, — a enfermeira o ajuda nesse mistér.

*Urina.* — A urina a ser colhida, compreende a emitida em espaço de 24 horas, ou não. Em todas as circunstân-

Reg no 70/84

cias, antes da micção, a paciente deve tomar banho de assento, porque si não o fizer, poderá falsear a pesquisa dos sedimentos e sobretudo de pús.

Em corrimentos, ou mesmo na humidade própria da vulva e vagina, frequentemente são encontrados globos de pús, de maneira que a urina ao ser expelida se contamina, resultando que o exame revela a sua presença; não proveniente dos rins, que interessava ao médico conhecer, mas da vulva ou da vagina, o que não importa no caso.

Resulta desse fato, confusões em prejuizo da doente e da reputação do médico.

É necessário, pois, banhos de assento antes das micções.

Por isso, alguns preferem colhe-la por cateterismo vesical.

*Pús.* — A verificação da natureza das infecções, não raro, é feita pela pesquisa bacterioscópica de pús, colhido em orifícios naturais ou alhures. Tomemos como paradigma a primeira hipótese — colheita de pús da uretra e canal cervical, ou fundo da vagina.

A parteira oferece ao médico: luvas, lâminas de vidro em número suficiente (4 para cada ponto), anel de platina ou pequena cureta, lâmpada de alcohol, espécuro, pinça de curativo ginecológico, gase ou algodão.

As lâminas de vidro são limpas, passadas em chãma e rotuladas com o nome da paciente e o ponto donde o material será colhido para o esfregaço.

É conveniente, em caso de blenorragia, reativar a infecção na véspera da colheita, por meio de curativo com nitrato de prata e injeção de vacina antigonocócica. Os germes ocultos nos recônditos dos tecidos e condutos glandulares, vêm então à superfície.

O material deposto na lâmina, é cuidadosamente espalhado, por meio da alça de platina, de maneira a formar camada tênue e uniformemente destendida, sendo então fixado pela passagem em chãma (Fig. 11).

*Biópsia do cólo ou do endométrio.* — O material é colhido no cólo para esclarecimento de situações suspeitas — cancer, tuberculose, ou simples inflamação.

No endométrio, a biópsia é feita com aqueles mesmos objetivos, como também para verificação do ciclo endometrial — índice do funcionamento do ovário.

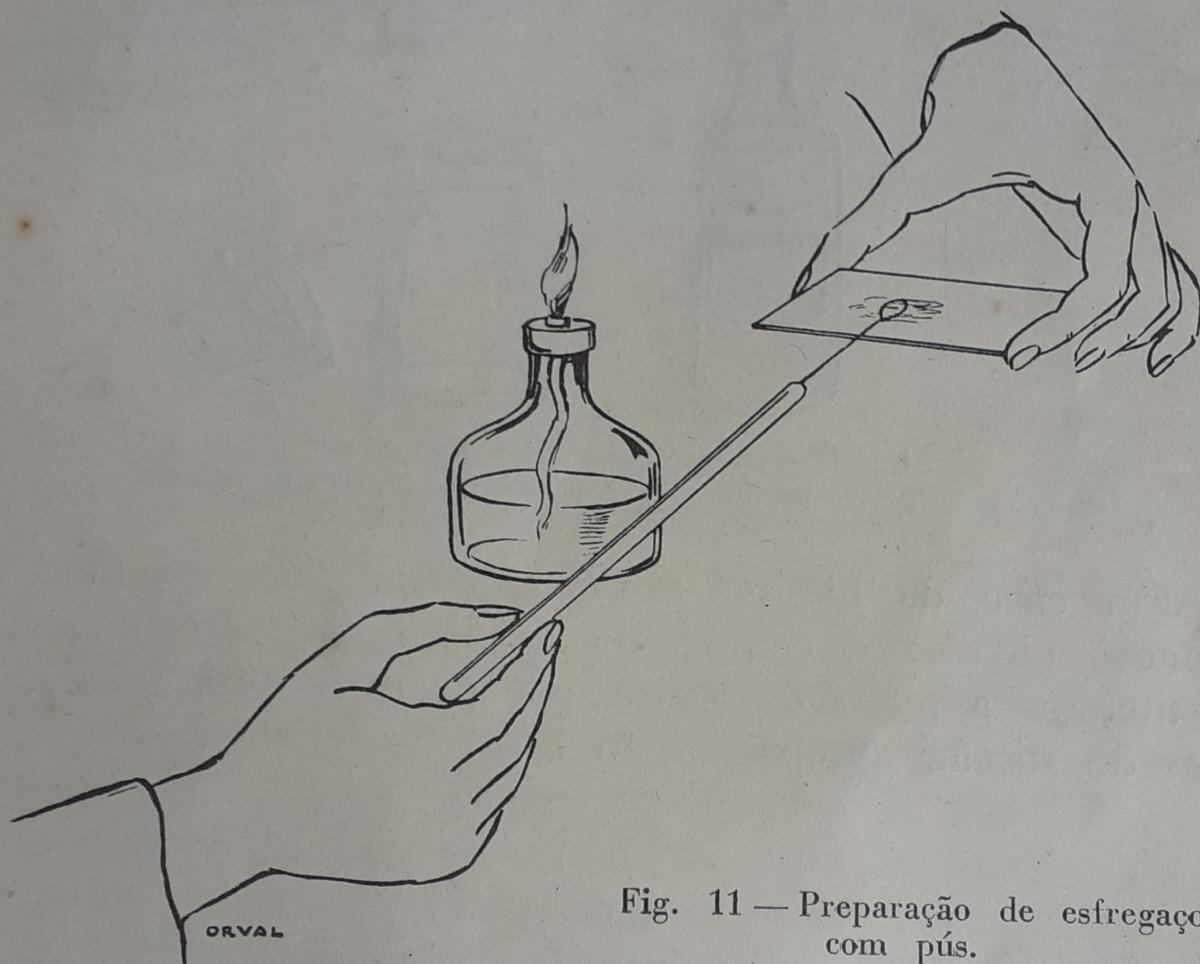


Fig. 11 — Preparação de esfregaço com pús.

O material necessário à biópsia do cólo, é o seguinte: espéculo para expôr o cólo; pinça de curativo ginecológico e chumaço de gase para limpá-lo; pinça de Faure ou outra qualquér, para tirar certa porção do tecido suspeito; solução de formol a 10% em vidro de bôca larga, de 30 cc., para fixar e conservar o material colhido; boneca de algodão ou gase, amarrada a fio de linha, para ser deposta no fundo da vagina e estancar pequena perda de sangue, por acaso superveniente, e oriunda da solução de continuidade proveniente da biópsia.

O vidro do material, rotulado com o nome da paciente, a sua idade, o ponto da biópsia e diagnóstico suspeito, é enviado ao laboratório para exame histológico (Fig. 12).

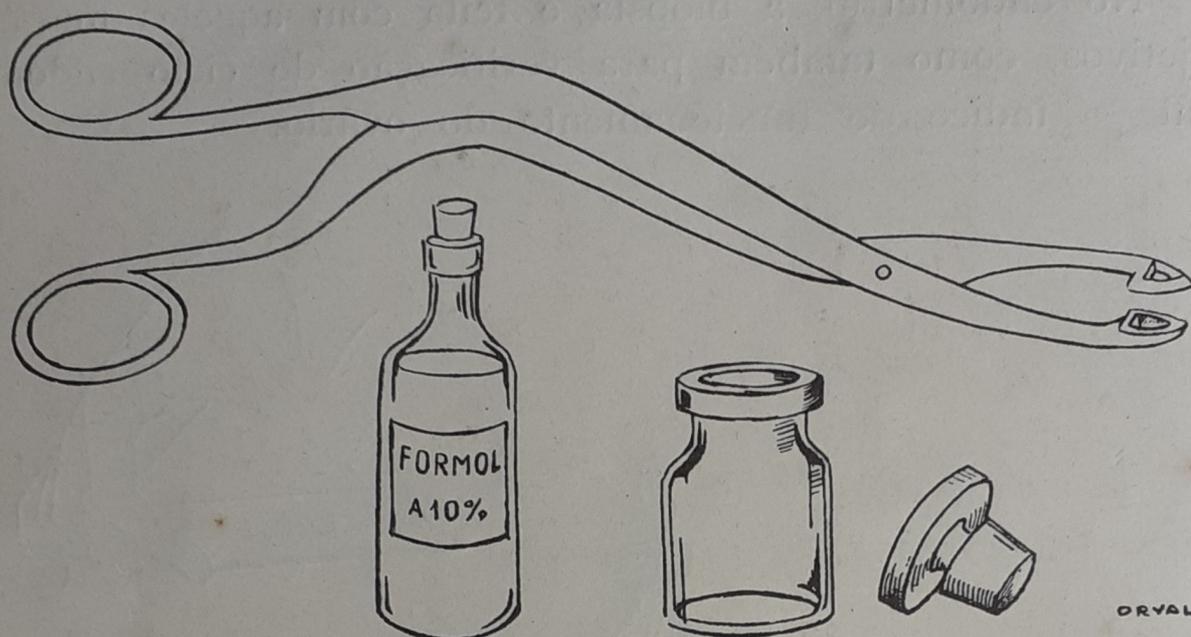


Fig. 12 — Biópsia do cólo do utero.  
Pinça de Faure, formol e vidro para o material colhido.

Em caso de biópsia do endométrio, são tomados os mesmos cuidados e empregado o mesmo material, apenas substituímos a pinça de Faure, por pequena cureta ou aparelho de sucção apropriado ao caso.

## XII

### INJEÇÕES SUBCUTÂNEAS, INTRAMUSCULARES E INTRAVENOSAS

Temos a distinguir três espécies de injeções: subcutâneas, intramusculares e intravenosas.

Subcutânea é a injeção, em que a substância medicamentosa é introduzida debaixo da pele, em pleno tecido celular, ponto atingido pela extremidade da agulha.

Na injeção intramuscular, a agulha alcança a camada muscular e nela depõe a medicação.

Na injeção intravenosa, como o nome está indicando, o conteúdo da seringa é injetado em plena luz da veia.

Como fazer essas injeções?

Em primeiro lugar precisamos esterilizar a seringa e as agulhas.

*Esterilização.* — A esterilização é feita em recipiente comum de esterilização de instrumental, ou na caixa metálica da própria seringa; por ebulição, durante cinco minutos aproximadamente.

A seringa e agulhas devem ficar imersas na água fervente; estas, por dentro do tubo metálico protetor, que as acompanha; aquela com o êmbolo fóra do lugar.

Apagando-se o fogo, deixa-se a água esfriar.

É absolutamente condenável, assoprar a chama para extingui-la, como fazem pessoas apressadas, pois assim, perdigotos de saliva poderiam poluir a água de esterilização.

Fria a água, tomamos o êmbolo com uma pinça e o introduzimos na seringa; esta pelo seu bico irá, procurar o encaixe da agulha para nela se adaptar, sendo ali bem encaixada com as mãos; sendo então retirada da agulha, o seu tubo protetor.

Si a agulha não possuir proteção, não podemos nos conduzir pela maneira acima mencionada, porque ao procurar introduzir o bico da seringa no encaixe da agulha, a sua ponta aguçada e fina iria se atritar com as paredes do esterilizador, fazendo-a rombuda, sem ponta, o que dificultaria a injeção, tornando-a dolorida.

Deve-se tomar a agulha pelo seu encaixe, por meio de uma pinça, e leva-la a se adaptar à seringa, oferecida pela outra mão.

De uma maneira ou de outra, o essencial é proteger cuidadosamente a ponta da agulha — evitar que se torne rombuda.

*Como encher a seringa.* — A ampoula medicamentosa é serrada em uma das extremidades e quebrada, tendo-se o cuidado de proteger os dedos com certa porção de algodão, ao quebrar a extremidade da ampoula.

A ponta da agulha penetra na solução e a retirada lenta do êmbolo, aspira a solução medicamentosa.

Coloca-se em seguida, a seringa com a agulha voltada para cima, a fim de expelir o ar nela contido, por pressão sôbre o êmbolo.

Si a solução fôr oleosa ou muito espessa, pôde-se também encher a seringa, estando esta com a agulha adaptada, porém sem o êmbolo — quebram-se as duas extremidades da ampoula, previamente esfregadas com álcool e algodão, e derrama-se o conteúdo pela culatra da seringa, adaptando-se em seguida o êmbolo, e expulsando o ar nela retido.

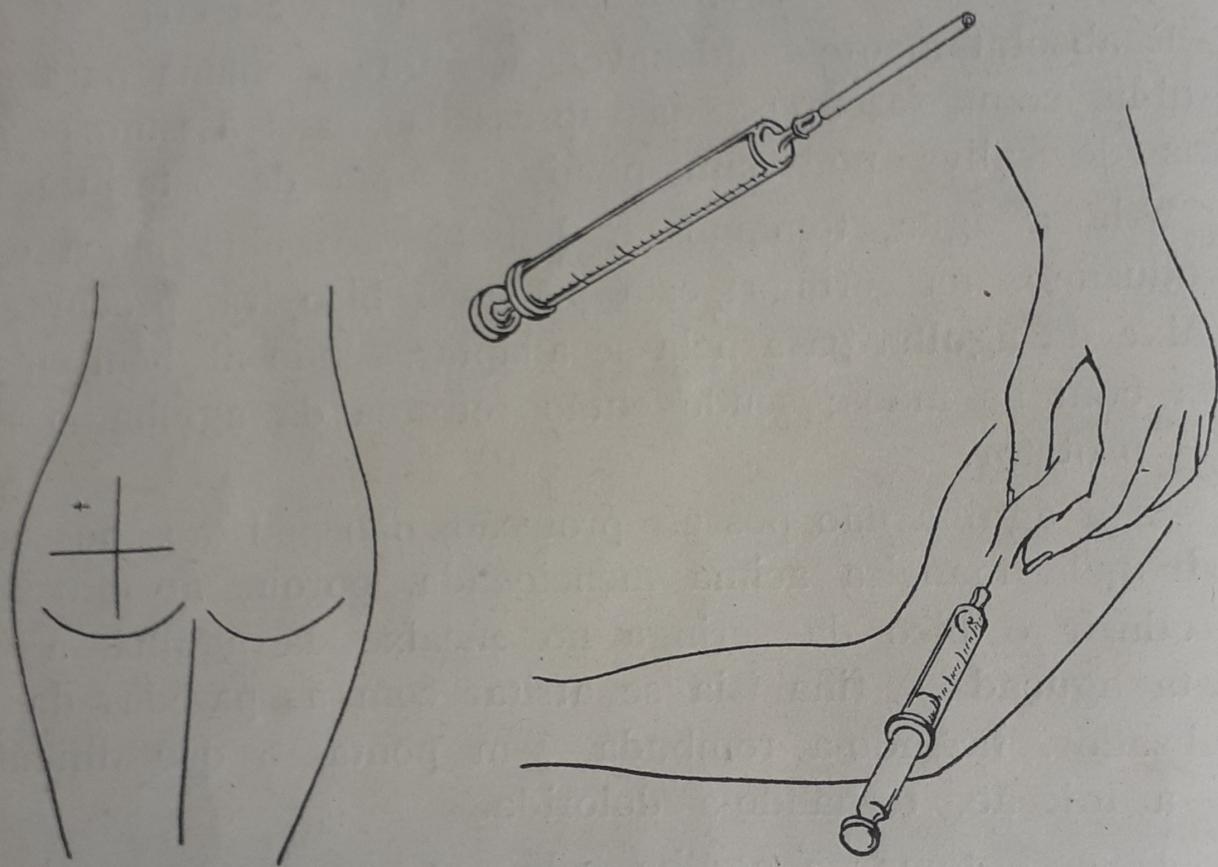


Fig. 13 — Ponto preferido para injeções intramusculares. Injeção subcutânea.

*Injeção subcutânea.* — É feita geralmente na face externa do braço, com agulhas de 3 a 5 cms. Procede-se em primeiro lugar, à antissepsia do local, esfregando-o com algodão embebido em álcool.

Em seguida, injeta-se o remédio — levanta-se com a mão esquerda, a pele entre os dedos indicador e médio de um lado e o polegar do outro, formando uma préga longitudinal sôbre a camada muscular sotoposta (Fig. 13).

Com a mão direita, toma-se a seringa, dirigindo a agulha paralelamente à superfície do braço, enterrando-a na vertente inferior da dobra, entre a pele e a camada muscular.

A introdução da agulha, de cima para baixo é mais difícil, pelo fato de ser maior a resistência oposta pelos tecidos.

Ha pessoas, em que a disposição constitucional permite a introdução facil da agulha, que penetra como si fôsse em manteiga; outras, ao contrário, em que a resistência é verdadeiramente coriácea.

Uma vez a agulha no local desejado, só resta comprimir o êmbolo lentamente, de maneira a fazer passar o conteúdo da seringa para o tecido celular sub-cutâneo.

Retirada a agulha, faz-se pequena massagem, para esparramar o líquido injetado, o que lhe favorece a absorção; e em seguida, se depõe uma gôta de colódio no ponto da picada.

Em se tratando de injeção oleosa, ou de outras, em que corpos insolúveis se encontram em suspensão, antes de injetar a medicação, deve-se fazer certa aspiração, tentando retirar o êmbolo, de fórma a verificar si a extremidade da agulha atingiu algum vaso, o que reconhecemos pelo aparecimento de sangue na seringa. Neste caso, a injeção provocaria a introdução de partículas insolúveis na vêia, ocasionaria embolias, cujas consequências, no mínimo, seriam desagradáveis.

Si tal tivér acontecido, isto é, si aparecer sangue, deve-se empurrar ou retirar um pouco mais a agulha, até que aquele fato se não repita, e só então, fazer a injeção.

*Injeção intramuscular.* — Estas injeções são feitas geralmente nas nádegas ou na região dos deltoides, com agulhas longas, de 8 a 10 cms., variando o seu comprimento com a espessura da camada gordurosa a ser atravessada.

Nas nádegas, a zona preferida é a superoexterna.

Dividimos a região por linhas longitudinal e transversal, cruzando-se em ângulo réto, bem no meio da nádega — a supero-externa é a zona de eleição.

Naquele quadrante não se encontram troncos nervosos, nem vasos calibrosos, que poderiam ser feridos pela agulha.

Após desinfecção da pele e enchida a seringa, esta é tomada com a mão direita e dirigida perpendicularmente através dos tecidos, profundamente, por movimentos *sacadés* da seringa, até que a agulha tenha alcançado a camada muscular.

A paciente deve se colocar em decúbito ventral, ou lateral, e então com a côxa correspondente à nádega a ser injetada, em ligeira flexão, e o hipogástrio ligeiramente voltado para o leito.

As pessoas que tiveram prática suficiente, podem introduzir agulha de um só golpe, num ápice.

Uma vez a agulha *in loco*, procede-se a injeção, comprimindo lentamente o êmbolo.

Nos casos de injeção oleosa, ou outras que tenham partículas insolúveis em suspensão, é de regra a aspiração, como foi aconselhada ao tratarmos das injeções subcutâneas.

Si a região preferida tiver sido a deltoideana, a agulha é introduzida perpendicularmente à pele, até atingir quasi o osso, sendo então retirada um bocadinho, para que a sua extremidade fique em plena massa muscular — sendo então feita a injeção, sempre lentamente.

Não há necessidade de analgesia, salvo si a paciente fôr excessivamente nervosa — uma asperção de cloretila no local, até congelamento, é o bastante; espera-se o descongelamento, e em seguida, introduz-se a agulha e procede-se a injeção.

*Injeção intravenosa.* — A injeção intravenosa é geralmente feitas nas veias calibrosas e superficiais da dóbra do cotovelo — na veia cefálica, mediana basílica, ou mediana cefálica, bem com em outro tronco qualquér, mais acessível, como nas veias do dorso das mãos e dos pés.

Nas pessoas de panículo adiposo muito desenvolvido, que submerge as veias, tornando-as invisíveis e imperceptíveis ao tato — a injeção póde ser muito difícil ou mesmo impossível, si a veia fôr de calibre reduzido.

Si não fôr, mesmo si invisível, o tato irá lhe descobrir o trajeto, como cordão grosso, subcutâneo, em coincidência com a direção de umas daquelas vênias.

Naturalmente, estas pesquisas são realizadas, tendo-se embaraçado a circulação de retôrno, mediante a passagem de garrote, acima da dóbra do cotovelo.

Cuidado ao passar o garrote — a compressão não deve interromper a circulação arterial, como denunciaria a cessação das pulsações da radial, ao nível do punho; deve ser mais suave, de maneira a simplesmente embaraçar a circulação de retôrno, tornando túrgidas as vênias respectivas, o que não aconteceria na outra hipótese.

Nos indivíduos magros, em que vênias calibrosas e turgescentes se apresentam salientes, sob a péle, a injeção não apresenta a menor dificuldade.

Facilita a injeção, o aproveitamento de forquilhas vasculares, pois, nesses pontos, a vêia não póde fugir, como acontece sobretudo no dorso das mãos, em que elas se deslocam e se furtam à penetração da agulha.

Na dóbra do cotovelo, as vênias são mais presas, e conseguintemente, mais facil de serem alcançadas pela agulha.

Estas devem ter o bisél curto; de fórmula a sua ponta não penetrar na vêia sómente pela metade, como poderia acontecer, si o bisel fosse longo.

Como se faz a injeção?

A paciente estende o braço sôbre uma braçadeira metálica especial, sôbre uma mesa ou sôbre o leito, e a enfermeira passa um tubo ou fita de borracha acima da dóbra do cotovelo, apertando um pouco e mantendo a compressão pela apreensão da borracha com uma pinça de Kocher, ou dando-lhe um nó falso.

As vênias tornam-se túrgidas, sobretudo si comandarmos a abertura e fechamento das mãos, sucessivamente.

Desinfeta-se e procede-se a injeção.

A solução a injetar não deve conter flócos, cristais, ou qualquér outra partícula em suspensão.

A seringa é colocada, de fôrma que o eixo da agulha coincida com o eixo da vêia, levanta-se um pouco a seringa e pica-se a péle, procurando atravessar a parede da vêia; si ela fugir para um dos lados, podemos ataca-la lateralmente. De uma ou de outra maneira, ela é alcançada pela agulha, o que é revelado por refluxo de sangue escuro no corpo da seringa, por vezes, precedido de bolha de ar contido na agulha. Introduce-se então, um pouco mais a agulha, sempre na direção do trajeto da vêia, para evitar que a sua extremidade se lhe escape do interior (Fig. 14).

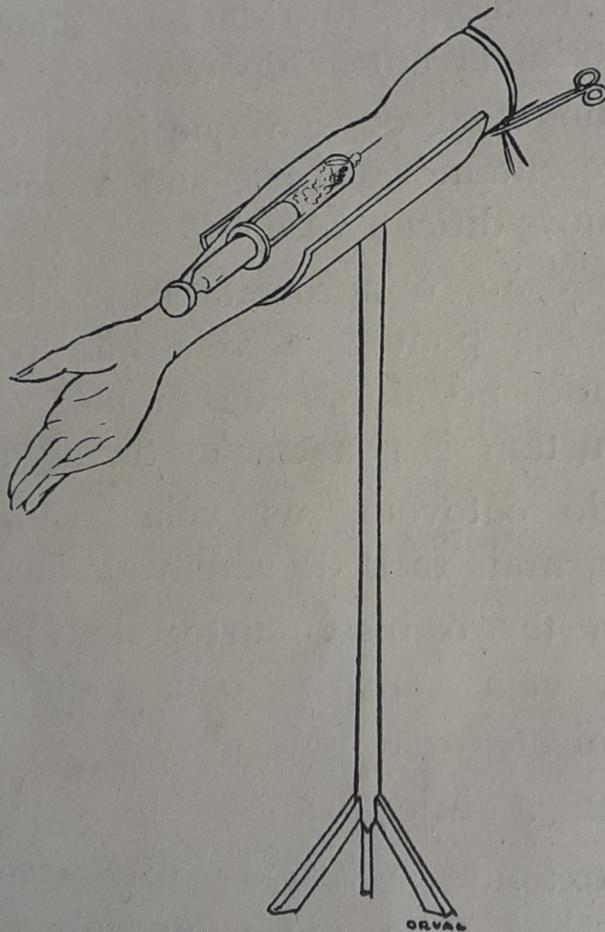


Fig. 14 — Injeção intravenosa.

Cuidado ao faze-lo, pois a agulha poderia atravessar a outra parede da vêia, indo a ponta se alojar no tecido celular, ou no músculo.

Si dúvida qualquér, surgir neste sentido, basta realizar leve aspiração com a seringa, para desfaze-la — certa porção de sangue misturar-se-á com a medicação, si a agulha estiver na vêia; si não estiver, haverá impossibilidade de aspiração.

As agulhas de bisél longo, mal alojadas na vêia, sómente em parte atingindo a sua luz, podem enganar por ocasião da injeção, indo fração maior ou menor da medicação, se alojar fóra da vêia, sendo sómente uma parte injetada no seu interior.

As injeções intravenosas devem ser feitas lentamente, para que a medicação se dilua bastantemente no sangue e não sobrecarregue demasiadamente coluna curta do líquido circulante.

Terminada a injeção, retira-se a agulha e depõe-se de encôntro à picada, um chumaço de algodão, e comprime-se a vêia durante 3 a 5 minutos, até que não poreje mais sangue.

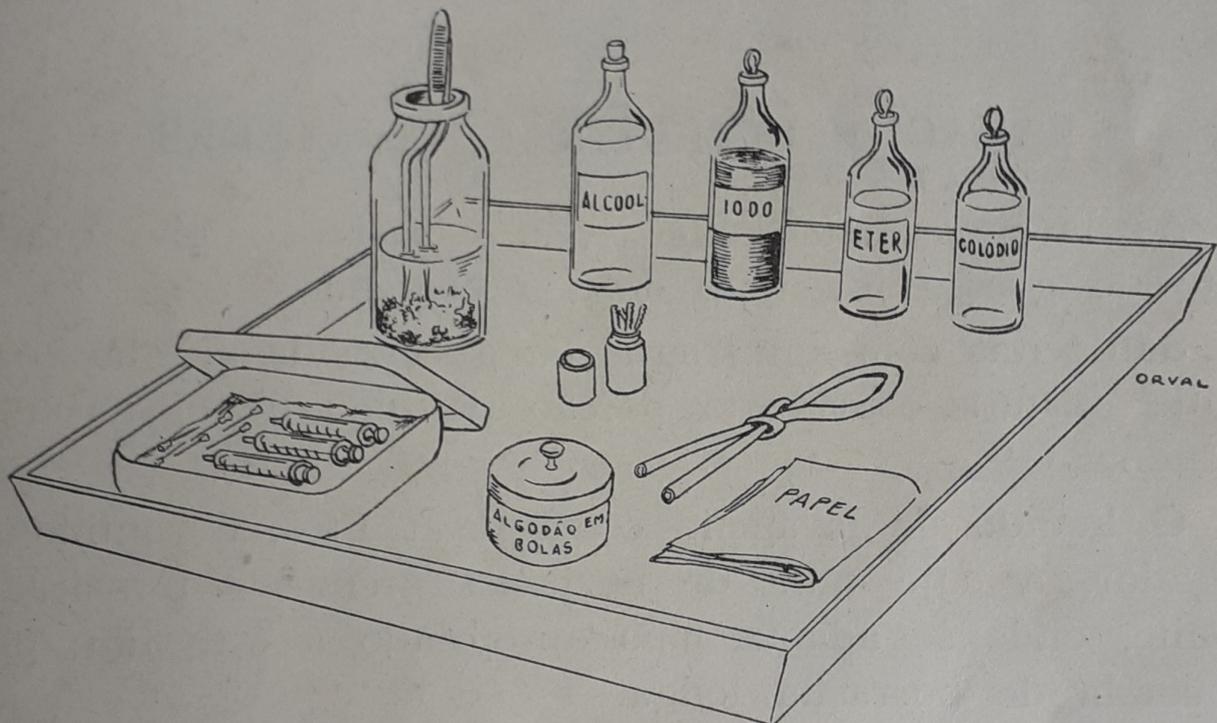


Fig. 15 — Material necessário à injeções.

Uma gôta de colódio assegura então, o perfeito fechamento do ponto.

Estas injeções, qualquér que seja a substância injetada, são indolores, pois as vêias não tem nervos sensitivos.

Acidentes são raros, nas injeções corretamente feitas; observam-se entretanto às vezes, síncofes e lipotímias imediatas, ou reações tardias, representadas por ascensão da temperatura, calefrio, vômitos etc. em parte provocados pela medicação.

Material necessário:

Si a injeção tivér de ser feita pela enfermeira, ella mesma preparará o necessário, trazendo para junto da doente a seringa pronta a ser servida.

Caso seja o médico, quem vá injetar, a enfermeira lhe trará em bandeja, todo o material esterilizado — seringa com agulhas, em pequenas cubas quadradas e forradas com gase; pote de vidro com algodão, vidro de alcool, garrote com pinça ou não, vidro de colódio; vidro com algodão e alcool no fundo, como porta-pinça, para oferta de material; finalmente, a caixa de ampoulas medicamentosas (Fig. 15).

### XIII

#### LAVAGEM INTESTINAL. CLISTERES

As lavagens intestinaes visam esvasiar o réto e uma parte do grosso intestino, do seu conteúdo.

São feitas com água pura, ou glicerizada a 5 ou 10 %, ou de mistura com certa porção de oleo de oliva ou de amêndoas.

O liquido de lavagem, cerca de 1 litro, é contido em irrigador, a cujo tubo de borracha prende-se torneira de ebonite, onde se adapta pipo apropriado a êste fim; pipo, ou sonda de borracha longa.

A paciente se coloca em decubito lateral, com as nadegas bem próximas à borda do leito.

Com um pouco de vaselina, torna-se escorregadio o pipo ou a sonda, que se introduz cuidadosamente pelo canal anal, sem violência, sem forçar.

Lembre-se de que êsse canal se dirige para trás, na direção do sacro. Qualquér resistência, significa que a direção não está certa — insistir seria um contra-senso. Mude de direção, mais para trás ou para diante, até que consiga alcançar a ampoula retal; ou além dela, si nos servimos da sonda de goma.

O irrigador é então suspenso com as mãos, ou dependurado em suporte, com a torneira aberta, de forma a esvaziar o seu conteúdo.

Terminada a operação, si a paciente pudér andar, irá ao gabinete sanitário; caso contrário, será deposta sôbre comadre forrada com toalha comum, a êste fim especialmente destinada.

Os clisteres com pequenas porções de líquido — 30 a 50 cc — destinam-se a sedar manifestações dolorosas, quando veicularem láudano, extrato de ópio etc.; a solicitar o peristaltismo intestinal no período post-operatório, quando hipertônicos — 60 cc. de solução aquosa de glicerina ao terço, ou sôro clorurado hipertônico; finalmente, como forma de introdução de medicamento.

Devem ser feitos com os mesmos cuidados que a lavagem intestinal.

A paciente deve porém, se esforçar para guardar a medicação, caso ela se destine a ser reabsorvida; ou consentir na sua expulsão, com gases retidos, caso tenha esta finalidade. Na última hipótese, a paciente deve permanecer sôbre comadre.

Com o mesmo objetivo, de promover a expulsão de gases, costuma-se deixar sonda de goma permanentemente no réto.

---

#### XIV

### COMPRESSAS, CAPOTES MASCARAS E GORROS

Durante o ato cirúrgico, há necessidade de compressas de diversos tamanhos, cujos objetivos são especiais e diferentes uns dos outros.

Existem compressas grandes de 60 x 45 cms., destinadas a conter as alças intestinais fóra do campo operatório, repelidas na direção da concha do diafragma, e para os flan-

cos, de fôrma a operação ser conduzida sem estôrvo, nem embaraço.

Existem compressas médias de 30 x 20 cms., para absorver sangue, pús e outros líquidos, que se derramarem na cavidade peritoneal; com elas se enche o espaço de Douglas nas laparotomias ginecológicas.

Existem compressas pequenas, de 15 x 15 cms., com que se protegem as bordas da incisão operatória, as quais se empregam também como as compressas médias.

Todas elas devem ter apenso a um dos ângulos, cadarço longo de 25 cms., destinado a ser preso ao campo operatório por meio de pinça, de fôrma a não se perder e ficar após a operação, na cavidade peritoneal.

Os alemães são muito cuidadosos neste particular — as compressas são fornecidas em pacotes de dez, sendo depois contadas, afim de se verificar si falta alguma.

Outros, como Halban, chegam a fixar ao cadarço, anel metálico, para em caso de dúvida, poder-se verificar pelos raios X, a presença da compressa perdida.

Ê acidente muito desagradavel, o esquecimento de compressas no ventre da operada — desagradavel, perigoso e objeto de responsabilidade judicial.

As compressas são feitas com gase, que se corta da peça, dobrando-a tantas vezes sôbre si mesma, até perfazer cêrca 8 a 10 folhas, si a gase fôr fina, e menos, si fôr grossa.

Os lados em que a gase tiver sido cortada e que poderiam esfiapar-se, serão revirados para dentro da compressa; e depois, ela toda, será costurada nas suas quatro bordas, fixando-se o cadarço em um dos cantos.

Suponhamos que a peça de gase tenha de largura 45 cms.

Para fazermos compressas grandes, de 60 x 45 cms., que não são absorventes e simplesmente contensoras dos intestinos, bastam quatro a seis folhas, conforme a espessura da gase. Cortamos pouco mais de 3 ms. da peça e reviramos

para dentro, 5 cms. das margens esfiapaveis; dobramo-la depois, no sentido transversal, de 60 em 60 cms. Costuramos as bordas da compressa e fixamos 25 cms. de cadarço em um dos ângulos.

Para a confecção de compressas médias, de 30 x 20 cms., com 4 a 6 folhas, cortamos 1,30 ms. da gase, dobramos longitudinalmente e reviramos a borda esfiapavel; dobramos ao meio, ora no sentido transverso, tornamos a dobrar ao meio no mesmo sentido; costuramos as bordas do quadrilatero e fixamos 25 cms de cadarço. As dimensões da gase foram avantajadas, porque o tecido se encolhe após lavagens.

Os alemães usam e são muito cômodas, sobretudo em operações por via vaginal, pequenas compressas montadas sôbre pinças, denominadas *tupfer*, (tampões) com os quais procedem o descolamento da vagina e da bexiga, do útero; absorvem sangue de pequenas hemorragias em lençól etc.

São formadas por quadrados de gase de 20 cms. de comprimento sôbre 20 cms. de largura, dobradas sôbre si mesmas — 5 cms. de ambas as bordas esfiapaveis são reviradas para dentro. A tira de 10 cms. de largura é dobrada ao meio, ficando com dimensões de 20 x 5 cms.

São então enroladas sôbre si mesmas e as extremidades são escondidas nas voltas do enrolamento. A pinça ao apanha-la, deve comprimir-lhe ambas as extremidades, para que se não desprendam e desmanchem o tampão.

\*

Os capotes são longas vestes, camisolas, que vão até ao meio das pernas do cirurgião; os seus botões são substituídos por cadarços, ao longo da linha dorsal; possuem ainda um cinto de pano; e as mangas são terminadas em cano de meia, de maneira a se ajustarem ao punho do medico (Figs. 16 e 17). Fazem-se modelos para pessôas gordas e para pessôas magras.

As mascaras são de diversos modelos. No nosso clima é mais agradável separa-la dos górrros — nada mais são

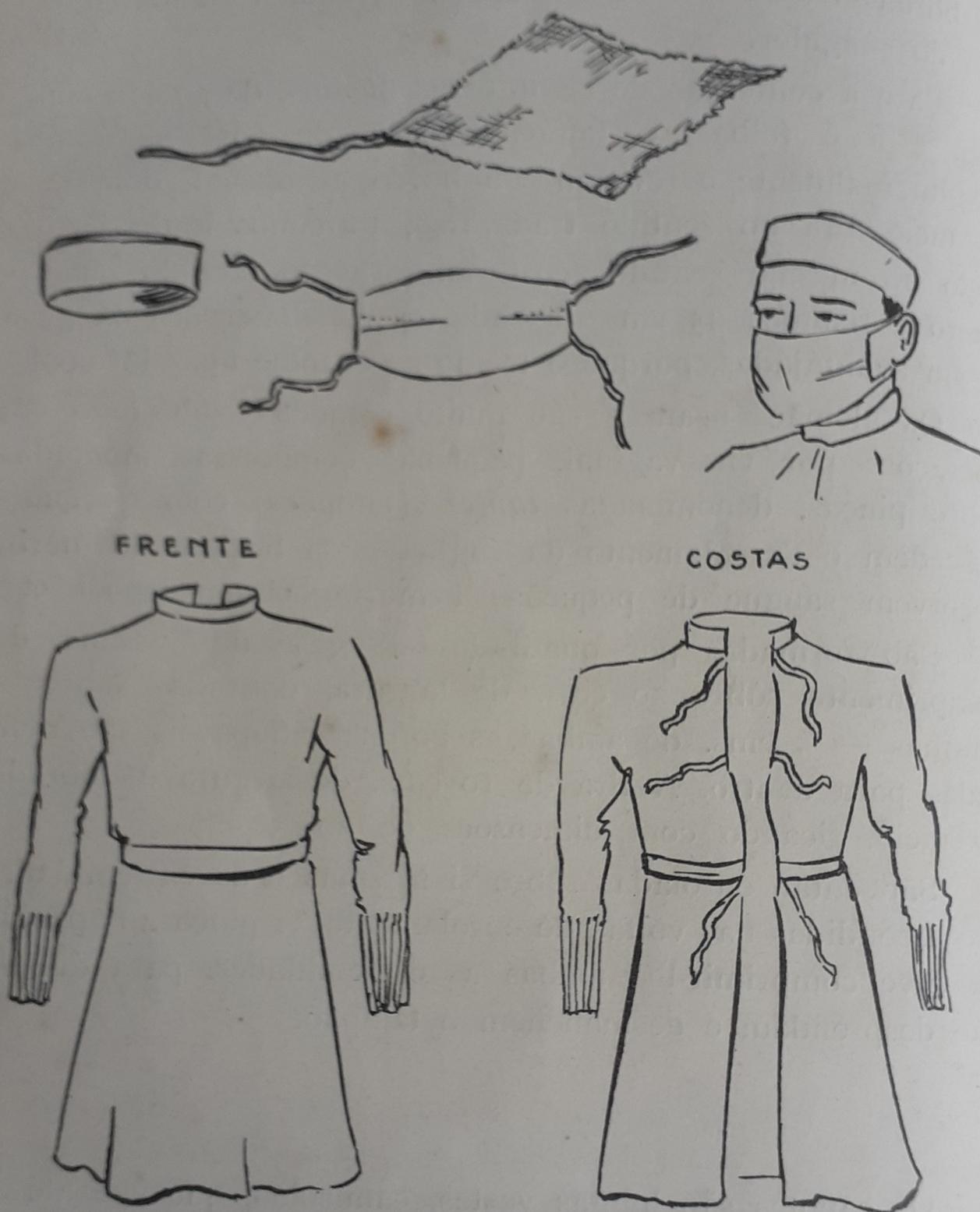


Fig. 16 — Capote de cirurgião. Mascara e górrro. Compressa.

que pedaço de morim, de 8 x 20 cms., com cadarço nos quatro angulos, destinado a se antepor à boca e às narinas.

Durante o ato operatório, as regiões visinhas ao campo cirurgico são protegidas por meio de campos.

Nas laparotomias, colocamos primeiramente dois lençóis retangulares de 1,30 x 85 cms., cobrindo os membros inferiores até o pube; e outro, do epigastrio para cima, estendendo-se até à cabeça da paciente, deixando à mostra a região infra-umbilical.

Sobre estes lençóis, depomos um outro, o campo pp. dito, retângulo de 2,20 x 1,50 cms., tendo na linha mediana, fenda longitudinal, de 40 cms., que coincide com a região a ser operada. Este campo é fixado simplesmente aos lençóis sobtopostos, ou mesmo à pele da paciente, por meio de pinças especiais de garras.



Fig. 17 — Cirurgião ou parteiro em traje operatório.

Nas operações vaginais, um lençol é deposto sob as nádegas e outro sobre o ventre, até o pube; o campo operatório é então vestido. Este consiste em quadrado de 1,65 de lado, apresentando bem ao centro, abertura quadrada com 20 cms., de lado; na mesma altura e a igual distancia entre a abertura e a borda do campo, se cosem perneiras cilíndricas, de 70 cms. de comprimento e 30 cms. de largura, fechadas na extremidade distal; nelas se introduzem as pernas da paciente (Fig. 18).

\*

As doentes de ginecologia e de obstetricia usam camisolas semelhantes a camisas de pagão, que alcançam até o meio das pernas. Não possuem botões — são presas por meio de cadarço, do lado das costas. Quando se levantam, usam roupões, sem golas, abertos na frente, cujas bordas trespasam uma a outra, presos ao talhe por meio de cinta.

As puerperas usam ainda toalhinhas felpudas, ou não, de 25 x 10 cms., com duas alças nas extremidades, através das quais é passado cinto, que cinge o talhe da paciente, onde é amarrado.

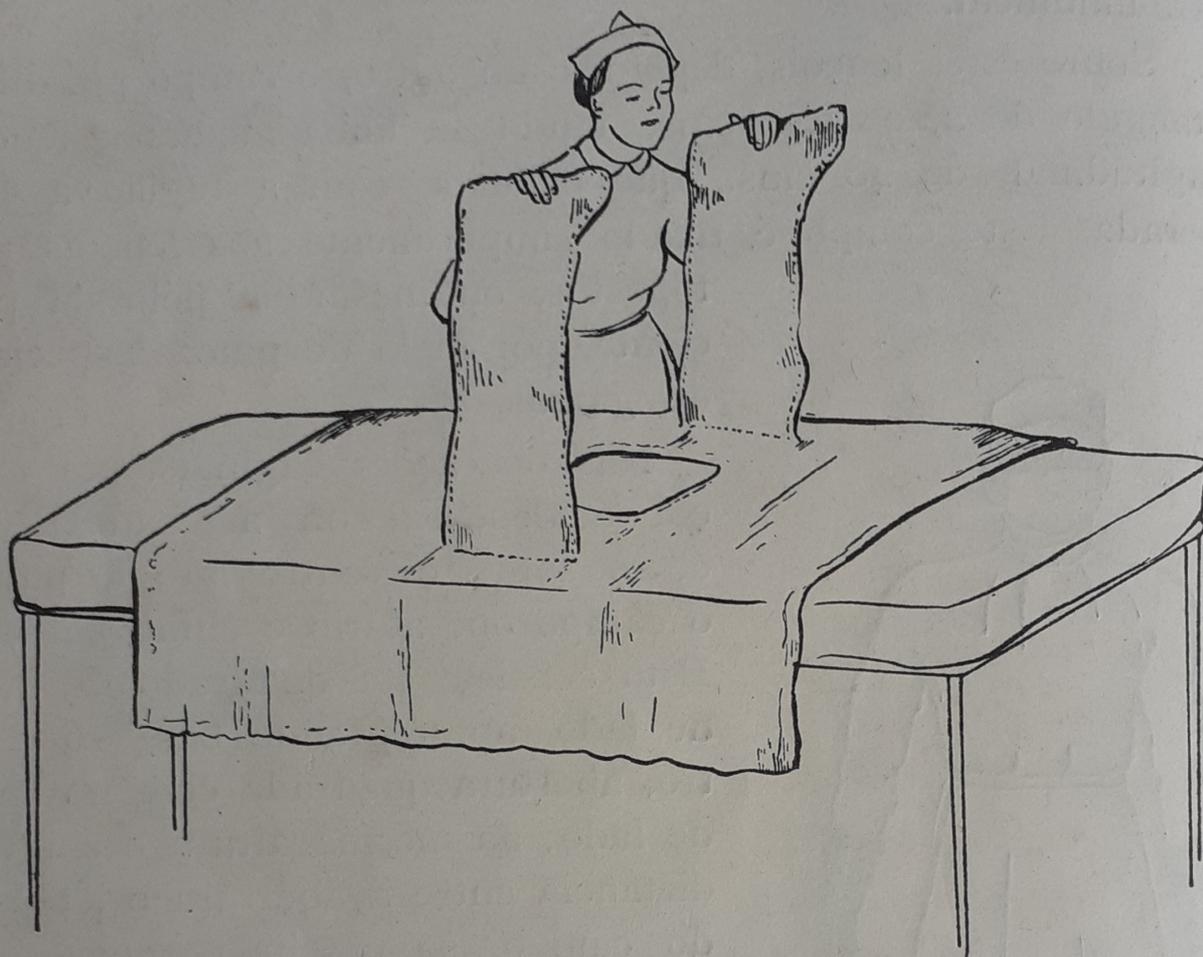


Fig. 18 — Campo perineal.

Os recém-nascidos usam camisa de pagão, feita com tecido leve de algodão ou de linho; camisola que lhe ultrapassa os pés; de cretone no verão, e de lã no inverno. Fraldas de morim 60 x 60 cms. — vinte a trinta por dia.

\*

O material cirúrgico é esterilizado em tambores altos ou chatos, ou em caixas quadradas, de forma a ser oferecido ao médico em ocasião oportuna. Tambores e caixas são colocados em armações de metal, de forma a se abrirem por pressão sobre pedal — assim são dispostos na sala de operação.

## XV

**ESTERILIZAÇÃO DE ROUPAS, LENÇÓIS  
E COMPRESSAS**

A esterilização de roupas e acessórios do cirurgião, lençóis e compressas, obedece a diversas operações.

Em primeiro lugar está a arrumação do material em tambores e caixas.

Há tambores e caixas para diversos misteres:

- a) aventais e máscaras do cirurgião e seus auxiliares;
- b) lençóis e campo operatório;
- c) compressas grandes;
- d) compressas pequenas;
- e) compressas grandes e pequenas;
- f) o necessário para parto natural;
- g) o necessário para operação ginecológica;
- h) o necessário para laparotomia etc.

O material não deve ficar muito apertado no tambor ou na caixa, de maneira a dificultar a penetração do vapor, até à intimidade das peças dobradas — deve ficar um pouco frouxo, para que o calor se lhe entranhe com facilidade.

É costume, colocar no meio da caixa e por entre as peças nela contidas, pequeno tubo indicador de temperatura, cujo conteúdo se funde em temperatura superior ou igual a aquela a que se desejar submeter o material a ser esterilizado — com a fusão, dilue-se matéria corante, que muda a coloração do tubo-indicador, sinal de que foi alcançada a temperatura desejada.

Usamos cartões embebidos em goma de amido a 3 %, e depois, em solução iodo-iodurada, tornando-se então, inteiramente enegrecidos. Êstes cartões, pela ação de vapor d'água, durante 20 minutos, a 120°, se descoram inteiramente, e deixam lêr a palavra — *esterilizado* — que se lhe havia escrito à tinta comum (Fig. 19).

As caixas e tambores devem ficar durante a esterilização, com os pequenos orifícios laterais, dos fundos e da tampa, completamente abertos, por escorregamento de superfícies metálicas, de fôrma a dar livre passagem ao vapor aquecido, que irá se infiltrar nas peças, afim de esteriliza-las.

Os recipientes assim preparados são levados ao autoclave, para esterilização.

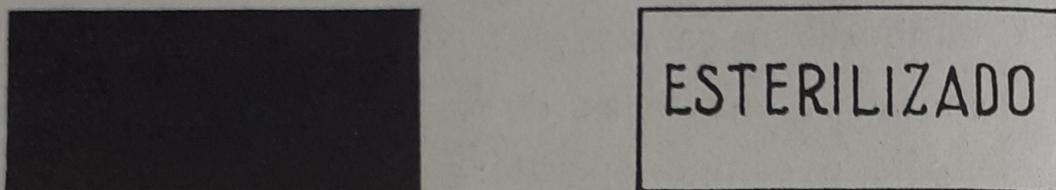


Fig. 19 — Cartão testemunha de esterilização. Antes e depois da operação.

O autoclave é constituído por cilindro duplo de ferro, um dentro do outro, fechados nos fundos, sendo o interno aberto na frente.

Êste é suscetível de ser fechado hermeticamente, por meio de porta de segurança, de cuja periferia partem dentés de ferro, que se insinuam em pontos certos da respectiva abertura de entrada.

Sendo dois os cilindros, existem dois espaços: um grande, interno, fechado pela porta — é a câmara de esterilização; e outro menor, externo, situado entre ambos os cilindros, onde vem ter ou é gerado o vapor, por ebulição d'água nele contido — câmara geradora de vapor.

Nesta última hipótese, sob o autoclave encontra-se dispositivo para aquecer a água e gerar o vapor; bem como torneira, para dar passagem à água que até ali irá ter.

O vapor póde também ser gerado em caldeira à parte, indo ter a câmara externa por meio de canalização.

Ambas as câmaras possuem manómetros e tubos de descarga de vapor.

Torneiras governam a respectiva circulação.

Vejamos como funciona.

Os tambores e caixas, convenientemente rotulados, com indicação do conteúdo, são depositos na câmara de esterilização, que é hermeticamente fechada.

O vapor d'água gerado alhures, ou na câmara externa, vem ter à câmara de esterilização, cuja torneira de descarga deve estar aberta, para que o vapor expila para o exterior, todo o ar nela contido, o que leva cêrca de cinco a dez minutos.

Feito isto, fecha-se o tubo de descarga e deixa-se a câmara de esterilização, encher-se de vapor sob pressão, que será igual a do ambiente em que o vapor é gerado.

O manometro dará indicações sôbre a pressão do vapor na câmara de esterilização.

Duas atmosferas, durante 20 minutos, são suficientes para determinar a destruição de todos os germes.

Uma vez feita a esterilização, precisamos secar os tecidos esterilizados, que se apresentam enxarcados de água.

Conduzimo-nos da seguinte maneira: fechamos a comunicação da câmara externa com a câmara de esterilização, e abrimos pouco a pouco, o tubo de vácuo, até que haja livre comunicação com o meio externo. O vácuo facilita a evaporação da agua que humedece o material.

O vapor existente por fóra da câmara de esterilização, aquece-a de tal maneira, que a água de condensação que humedecia os tecidos se evapora, escapando-se sugada por dispositivo especial do vácuo — o que leva cêrca de 20 minutos, a meia hora.

Terminada esta operação, abre-se a porta da câmara interna e a torneira de vapor da câmara externa — até que o material esterilizado readquiera a temperatura normal.

Isto conseguido, retiram-se os recipientes e fecham-se os orifícios das caixas e tambores, por escorregamento de peças metálicas, e se os colocam em sacos de pano, indo assim para o depósito.

## XVI

## INSTRUMENTAL

Apresentamos a seguir os principais instrumentos usados em obstetrícia e ginecologia. Evidentemente não podemos apresenta-los na totalidade; seria impossivel.

A enfermeira entretanto, familiarizar-se-á com os principais, podendo reconhecê-los na vitrine, pela inspeção das figuras.

Os diversos instrumentos estão desenhados em escalas diferentes — a apresentação de detalhes e a necessidade de economizar espaço justificam a diversidade de tamanhos.

Fig. 20

- 1 — Pinça Doyen, para fixar campos ou compressas.
- 2 — Pinças para fixar campos ou compressas.
- 3 — Bisturí.
- 4 — Pinça de disseção simples. Grande variação no tamanho.
- 5 — Pinça dente de rato. Variação no numero de dentes e tamanho.
- 6 — Tesoura reta e romba. Pode ser curva, ponteaguda, tamanhos diversos.
- 7 — Tesoura de Mayo. Variação no tamanho.
- 8 — Pinça de Kocher. Variação no tamanho.
- 9 — Pinça de Pean — detalhes. Cabo igual ao anterior. Variação no tamanho.
- 10 — Clamp curvo — detalhe. E' pinça com cabo igual a fig. 12. Pode ser reto.
- 11 — Pinça-coração — detalhe.
- 12 — Pinça de duas garras, longa de 20 cms.
- 13 — Pinça de seis garras.
- 14 — Pinça de apendice — 20 cms.
- 15 — Pinça de compressão de intestino, mediante manguito de borracha nos ramos.
- 16 — Histerolabo (pinça para apanhar o utero).
- 17 — Pinça para arteria uterina, de Faure — detalhes.
- 18 — Saca-mioma.
- 19 — Trocat para cisto do ovario. Falta o tubo de borracha para sifonagem.
- 20 — Pinça para agrafes de Michel e trilho de agrafes.

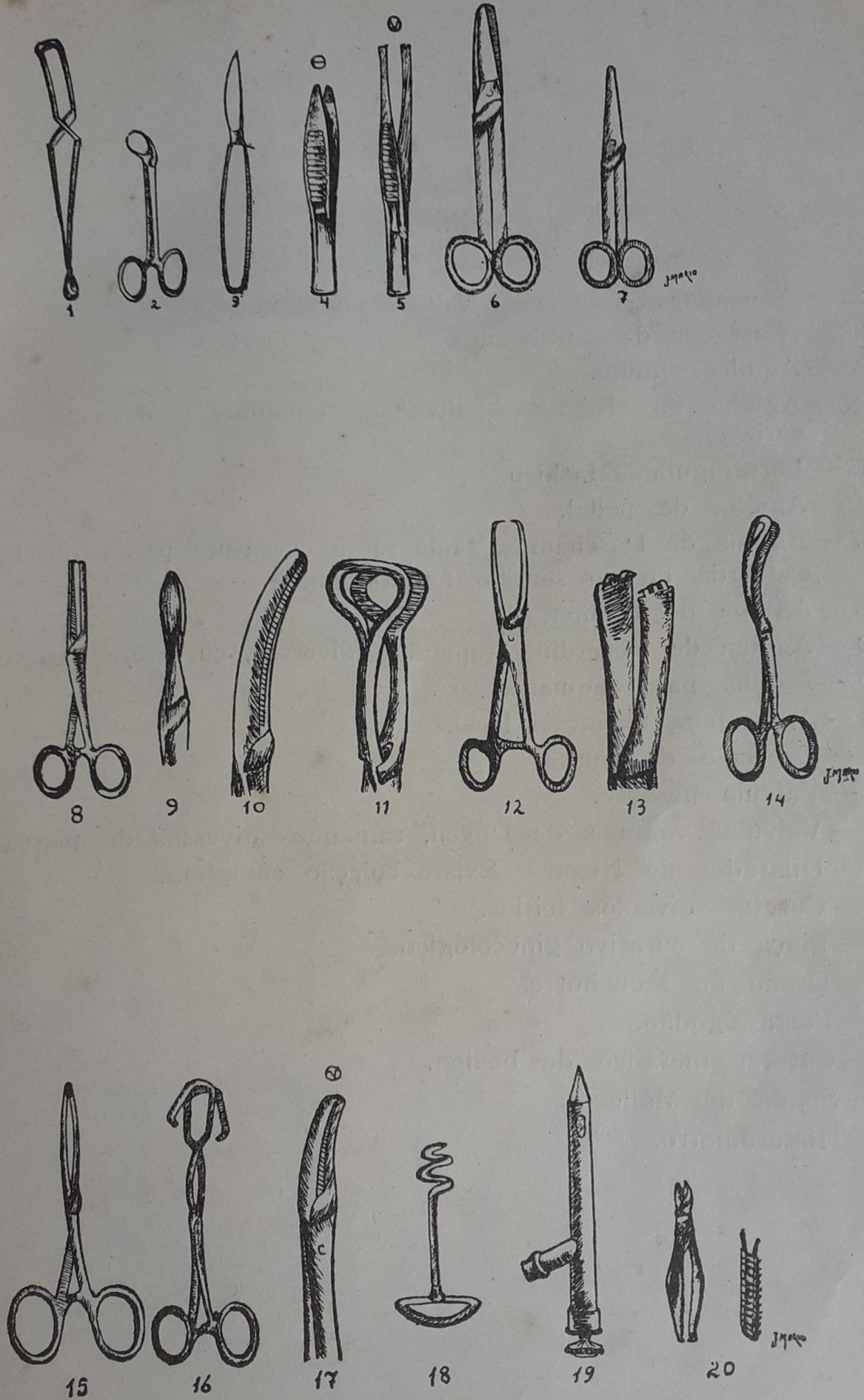


Fig. 20 — Instrumentos.

## Fig. 21

- 21 — Afastador Gosset com valvula suprapubeana.
- 22 — Afastador de Faraboeuf.
- 23 — Agulha comum.
- 24 — Agulha de Hogdorn — diversos tamanhos e de curvatura variavel.
- 25 — Porta-agulha Mathieu.
- 26 — Agulha de pedal.
- 27 — Agulha de Deschamps. Pode ter a curvatura para a direita, esquerda ou no sentido longitudinal.
- 28 — Agulha de Emmet.
- 29 — Agulha de Reverdin — tamanhos diversos, curvatura variavel.
- 30 — Agulha para raquianestesia.
- 31 — Agua para anestesia local.
- 32 — Espéculo de Cusco.
- 33 — Valvula pesante.
- 34 — Valvulas vaginais de Doyen, tamanhos diversos do plateau.
- 35 — Dilatador de Hegar — Existe coleção completa.
- 36 — Cureta — diversos feitios.
- 37 — Pinça de curativo ginecológico.
- 38 — Dreno de Mouchotte.
- 39 — Porta-algodão.
- 40 — Cateter metalico de bexiga.
- 41 — Sonda de Mallecot.
- 42 — Histerómetro.

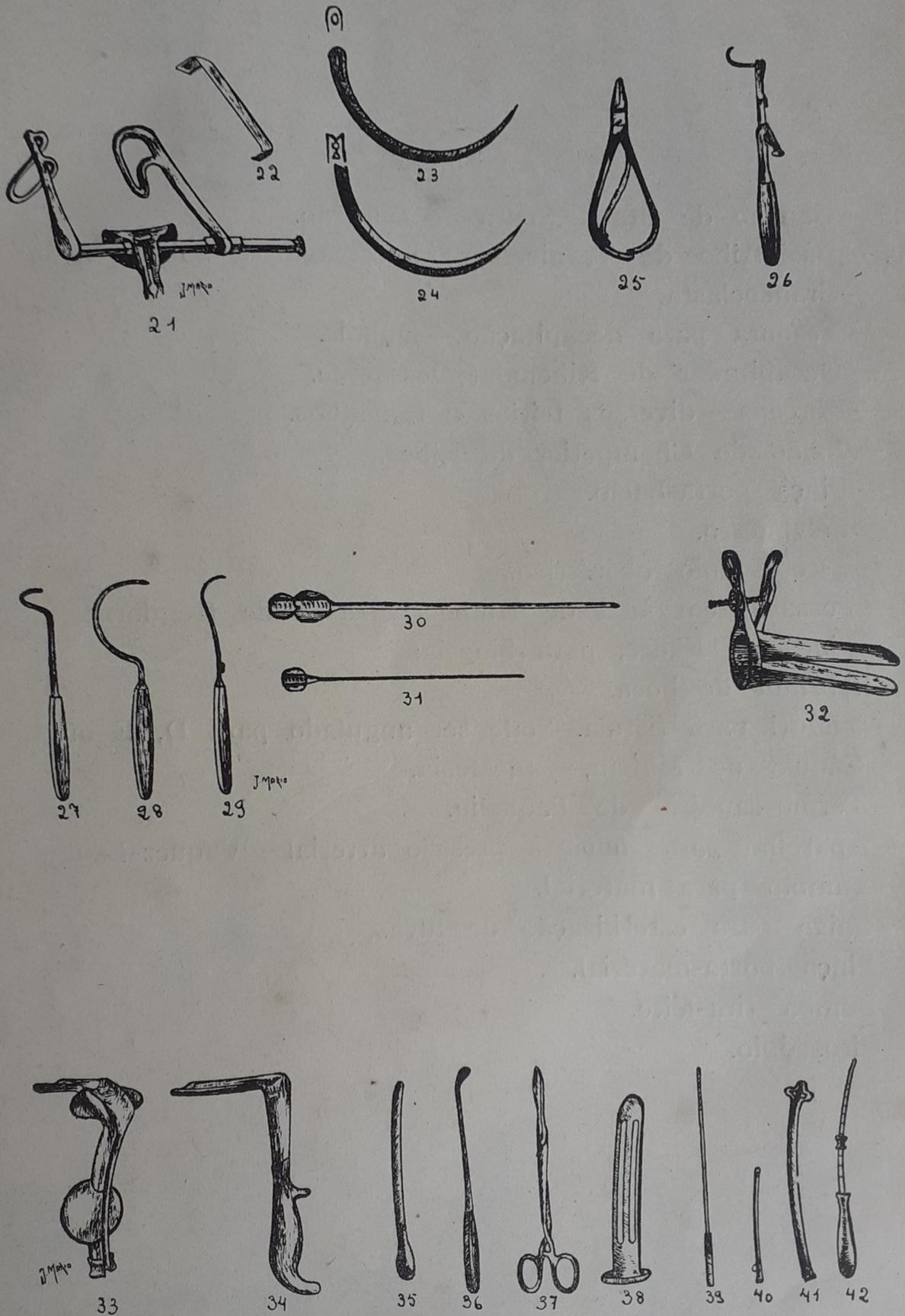


Fig. 21 — Instrumentos.

## Fig. 22

- 43 — Gancho de Braune, para decapitação.
  - 44 — Basiotribo de Tarnier — para esmagar a cabeça fetal.
  - 45 — Craneoclasta.
  - 46 — Tesoura para decapitação — Dubois.
  - 47 — Decapitador de Ribemont-Dessaigue.
  - 48 — Forceps — diversos feitios e tamanhos.
  - 49 — Balão de Champetier de Ribes.
  - 50 — Pinça porta-balão.
  - 51 — Pelvímetro.
  - 52 — Estetoscópio obstétrico.
  - 53 — Pessario em anel de Dumontpelier e de Hogdorn.
  - 54 — Pinça de Faure, para biopsia.
  - 55 — Abridor de boca.
  - 56 — Bisturí para fistula. Pode ser angulado para D, E ou reto.
  - 57 — Cánula de Martin, — anestesia.
  - 58 — Termo-cautério de Paquelin.
  - 59 — Aparelho para tomar a pressão arterial — Vaquez-Lauby.
  - 60 — Tambor para material.
  - 61 — Caixa para esterilização de luvas.
  - 62 — Pinça porta-material.
  - 63 — Bomba tira-leite.
  - 64 — Citoscópio.
-

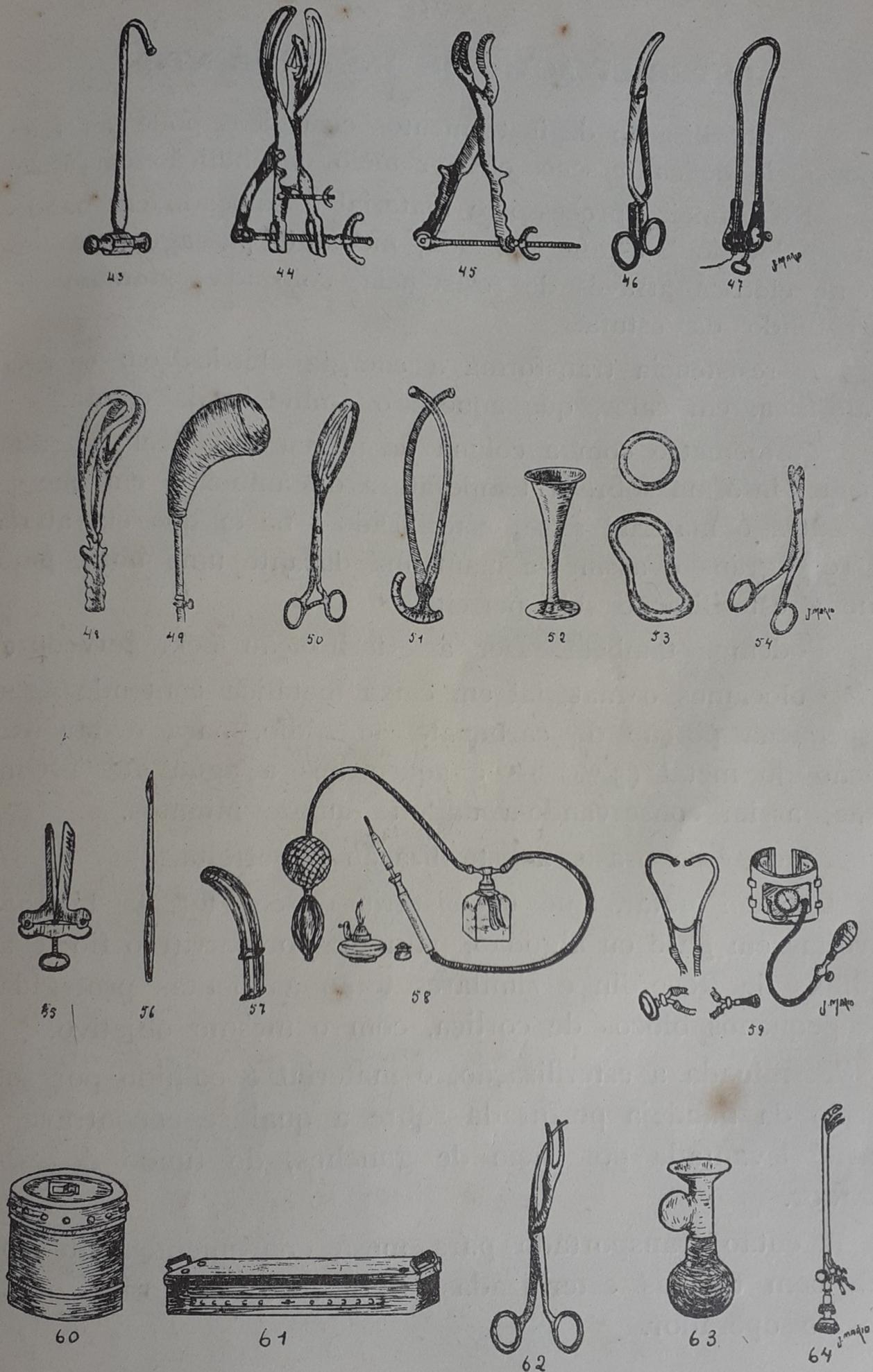


Fig. 22 — Instrumentos.

## XVII

**ESTERILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS**

A esterilização de instrumentos cirúrgicos póde ser feita por meio de calor sêco, ou por meio de ebulição em água.

No primeiro processo, o material é colocado em bandejas, e levado à estufa aquecida, mediante passagem de corrente elétrica através de resistência, colocada externamente, ao fundo da estufa.

A resistência transforma a energia elétrica em energia calorífica, em calor, que aquece o ambiente da estufa.

Termometro com a coluna de mercúrio visível, externamente, informa sôbre a temperatura do ambiente em que se encontra o material a ser esterilizado — basta que ela atinja a 160° gráus e assim se mantenha durante uma hora, para que a esterilização seja perfeita.

Podemos tambem fazer a esterilização pela ferverdura.

Colocamos o material em caixa metálica contendo água e pequena porção de carbonato de sódio, para evitar oxidação do metal (5 %) — e aquecemos a água até à ebulição, assim conservando-a durante quinze minutos.

Findo êsse praso, a esterilização é perfeita.

Convem notar, que os bisturis devem ter as lâminas envoltas em gase ou algodão, para lhes preservar o fio; e as agulhas de Reverdin e similares terão as pontas protegidas por pequenos blocos de cortiça, com o mesmo objetivo.

Terminada a esterilização, o material é colhido por suspensão da bandeja perfurada sôbre a qual se encontrava, a qual é levantada por meio de ganchos, do fundo do esterilizador.

Ê então transportado para mesa convenientemente forrada com toalhas esterilizadas, e disposto conforme o hábito do operador.

Nas maternidades encontram-se caixas especiais, com instrumentos já esterilizados para diversos fins: a) para parto natural; b) para suturas; c) para aplicação de forceps; d) e para operação cesareana.

## XVIII

### DIETAS \*)

Em todo o Hospital existe uma tabela de dieta, contendo os diversos regimes a serem aplicados aos doentes.

Aqui se encontram os tipos de dietas geralmente usados em obstetricia e ginecologia; bem como a técnica a ser seguida pelas enfermeiras ao oferecer a alimentação.

#### DIETA N.º 1 (Acloretada)

a) *Dieta hídrica:*

*Um litro e meio* de água por dia, pura, lactosada ou ligeiramente açucarada.

b) *Dieta láctea:*

Iniciar a dieta com *meio litro* de água e *meio litro* de leite acloretado, por dia. Depois continuar com *um litro e meio* de leite acloretado.

#### DIETA N.º 2 (Líquidos)

- a) Refresco de frutas (laranja ou limão) *um litro e meio*, com ou sem gelo.
- b) Chá de mate, quente ou gelado — *um litro e meio*.
- c) Caldo simples, quente ou gelado — *um litro e meio*.
- d) Caldo de arroz coado, quente ou gelado — *um litro e meio*.
- e) Suco de uvas.
- f) Água mineral.

*Observação:* Quando forem receitados mais de um item, dos contidos nesta dieta, a quantidade total será, sempre, de *um litro e meio*.

\*) Cortesia do Dr. Cleto Scabra, dietista do I. N. P.

**DIETA N.º 3 (Láctea total. Valor calórico: 1.800 calorias)**

Às 6 1/2 horas { 400 gr. de leite  
25 gr. de açúcar  
20 gr. de infusão de mate.

Às 10 horas  
Às 14 horas  
Às 18 horas  
Às 21 1/2 horas { Refeições iguais à acima.

**DIETA N.º 4**

Às 6 1/2 horas { 300 gr. de leite  
40 gr. de açúcar

Às 10 horas { 200 gr. de mingau de maisena, ou arroz, ou  
aveia, ou milho (a escolher), preparado com  
leite, manteiga, açúcar e uma pitada de sal.

Às 14 horas { 300 gr. de leite  
40 gr. de açúcar

Às 18 horas { 250 gr. de sopa de cereais, preparada com  
manteiga e sal.

Às 21 horas { 250 gr. de chá de mate.  
20 gr. de açúcar.

**DIETA N.º 5 (Hipocloretada e hipoazotada)***Cardápio severo:*

Ref. da manhã { 250 gr. de chá de mate com açúcar  
60 gr. de biscoitos sem sal  
10 gr. de manteiga sem sal  
100 gr. de fruta.

Almôço { 60 gr. de salada de tomate, ou alface, ou  
pepino, ou agrião (a escolher).  
150 gr. de talharim, preparado com man-  
teiga sem sal.  
30 gr. de pão, sob a forma de torradas  
200 gr. de salada de frutas.

Merenda	{	100 gr. de leite. 100 gr. de chá mate. 20 gr. de açúcar.
Jantar	{	200 gr. de sopa de verduras passadas na peneira. 50 gr. de pirão de batata. 100 gr. de alface. 100 gr. de creme ou bolinhos de arroz com leite. 100 gr. de fruta. 10 gr. de manteiga sem sal.

*Observação:* O sal de cozinha, empregado como condimento, não deve exceder de 5 gr. por dia.

*Cardapio menos severo:*

Ref. da manhã	{	100 gr. de leite. 10 gr. de infuso de café. 20 gr. de açúcar. 100 gr. de biscoitos sem sal. 10 gr. de manteiga. 100 gr. de frutas.
Almôço	{	100 gr. de salada de legumes crus ou cozidos. 100 gr. de carne assada. 25 gr. de talharim preparado na manteiga. 60 gr. de pão. 200 gr. de salada de frutas. 20 gr. de manteiga.
Merenda	{	150 gr. de leite. 50 gr. de infuso de mate. 20 gr. de açúcar.
Jantar	{	200 gr. de sopa de verduras. 100 gr. de espinafre, ou cenoura, ou chuchú c/creme. 60 gr. de pão. 20 gr. de manteiga. 200 gr. de frutas cruas. 100 gr. de pudim de arroz, trigo, ou milho.

*Observação:* 5 gr. de sal nas 24 horas, como condimento.

**DIETA N.º 6 (Diabetes Mellitus)***Cardápio de 75 gr. de carboidratos e 1.500 calorias:*

Ref. da manhã	{	100 gr. de leite. 20 gr. de café ou mate. 50 gr. de pão torrado. 5 gr. de manteiga. 100 gr. de fruta a 10 %.
Almôço	{	100 gr. de ovo (2 ovos), ou 100 gr. de peixe. 200 gr. de verdura a 3 %. 50 gr. de pirão de batata. 100 gr. de frutas a 5 %. 50 gr. de infuso de café.
Merenda	{	200 gr. de leite, ou coalhada. 20 gr. de torradas de pão. 30 gr. de queijo.
Jantar	{	60 gr. de carne. 200 gr. de verduras a 3 e 6 %. 50 gr. de pirão de batata. 10 gr. de manteiga. 100 gr. de frutas a 5 %. Café ou mate sem açúcar.

*Cardápio de 100 gr. de carboidratos e 2.200 calorias:*

Ref. da manhã	{	200 gr. de leite. 20 gr. de café ou mate. 60 gr. de pão torrado. 20 gr. de manteiga. 100 gr. de frutas a 10 %.
Almôço	{	100 gr. de peixe, ou de ovos (2 ovos). 200 gr. de verduras a 3 %. 60 gr. de pirão de batata. 40 gr. de manteiga. 100 gr. de frutas a 10 %. Café ou mate sem açúcar.
Merenda	{	200 gr. de leite, ou coalhada. 40 gr. de queijo. 20 gr. de torradas de pão.

Jantar {  
 80 gr. de carne.  
 200 gr. de verduras de 3 a 6 %.  
 60 gr. de batata inglesa.  
 20 gr. de manteiga.  
 100 gr. de frutas a 10 %.  
 Café ou mate sem açúcar.

*Cardápio de 125 gr. de carboidratos e 2.700 calorias:*

Ref. da manhã {  
 200 gr. de leite.  
 20 gr. de café ou mate.  
 60 gr. de pão torrado.  
 30 gr. de manteiga.  
 100 gr. de frutas a 10 %.

Almôço {  
 60 gr. de carne.  
 50 gr. de ovo (1 ovo).  
 200 gr. de verduras a 3 %.  
 60 gr. de pirão de batata.  
 40 gr. de manteiga.  
 100 gr. de frutas a 10 %.  
 30 gr. de queijo.  
 Café ou mate sem açúcar.

Merenda {  
 200 gr. de leite.  
 100 gr. de farinha de milho  
 30 gr. de manteiga.  
 1 pitada de sal.  
 Açúcar q. s. } Para  
 um mingau

Jantar {  
 60 gr. de carne.  
 75 gr. de batata inglesa.  
 200 gr. de verduras de 3 a 6 %.  
 30 gr. de manteiga.  
 100 gr. de fruta a 10 %.  
 30 gr. de queijo.  
 Café ou mate sem açúcar.

**DIETA N.º 8 (Hipertensão arterial)**

*Cardápio de 1.700 calorias e 70 gr. de proteínas:*

Ref. da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>140 gr. de cereais cozidos sob a forma de mingau.</li> <li>30 gr. de pão torrado.</li> <li>10 gr. de manteiga.</li> <li>15 gr. de açúcar.</li> <li>100 gr. de frutas (laranja, lima, mamão, maçã, uva, pêra).</li> </ul>
Almôço	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 gr. de carne.</li> <li>200 gr. de verduras (alface, agrião, tomate, espinafre, carurú, chuchú, bortalha, acelga).</li> <li>50 gr. de ovo (1 ovo).</li> <li>30 gr. de pão torrado.</li> <li>20 gr. de manteiga.</li> <li>100 gr. de frutas (as referidas).</li> <li>200 gr. de leite.</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>50 gr. de carne.</li> <li>100 gr. de batata inglesa.</li> <li>100 gr. de verduras (as referidas).</li> <li>30 gr. de pão torrado.</li> <li>20 gr. de manteiga.</li> <li>100 gr. de frutas (as referidas).</li> <li>200 gr. de leite.</li> </ul>

- Observação:* 1.º) Não beber líquido às refeições, e o menos possível fora destas.
- 2.º) Cozinha com pouco sal, gotas de limão, azeite de olivas, cebola, baunilha, etc.).
- 3.º) Mastigar bem os alimentos, 25 vezes pelo menos. Comer devagar.
- 4.º) Repouso após as refeições, pelo menos de 1 hora.

**DIETA N.º 10 (Para a gestante normal, em trabalho leve)**

*Cardápio de 2.800 a 2.900 calorias; 130 gr. de proteínas;  
1,40 gr. de cálcio; 2,10 gr. de fósforo e 0,20 gr. de ferro:*

Ref. da manhã { 300 gr. de leite.  
10 gr. de infuso de café ou de mate.  
80 gr. de pão torrado.  
30 gr. de açúcar.  
25 gr. de queijo fresco.

Almôço { 100 gr. de carne.  
50 gr. de ovo (1 ovo).  
50 gr. de arroz.  
100 gr. de tomate.  
100 gr. de alface (em salada)  
10 gr. de azeite.  
60 gr. de pão.  
150 gr. de frutas.

Merenda { 250 gr. de leite.  
25 gr. de farinha de aveia } Para  
20 gr. de açúcar } um mingau  
15 gr. de manteiga }  
1 pitada de sal }  
100 gr. de frutas (2 bananas cozidas ou  
assadas).

Jantar { 100 gr. de carne, ou peixe.  
50 gr. de ovo (1 ovo).  
100 gr. de batata inglesa.  
35 gr. de talharim.  
100 gr. de pepinos, ou espinafre, ou ce-  
noura, ou tomate.  
10 gr. de azeite.  
60 gr. de pão.  
100 gr. de frutas.  
30 gr. de bananada, goiabada, ou marme-  
lada.

## Horario:

Café .....	7:30
Almoço .....	11:00
Lunch .....	14:00
Jantar .....	17:00
Ceia .....	20:00

Todo doente novo na enfermaria, deverá tomar dieta líquida, ou a «segunda», até ser prescrita pelo médico a dieta adequada.

Dar os alimentos às horas certas e anotar na papeleta a disposição do doente ao toma-los.

Aquecer a comida se fôr necessário.

Ajudar o doente fraco a se alimentar, colocando-o em posição confortavel.

Ao alimentar um doente, devemos ter em mente os seguintes pontos:

- 1.º) Ter os pratos limpos, arrumados na bandeja de uma fôrma agradavel ao doente.
- 2.º) A aparência da enfermeira deve ser bôa e suas mãos escrupulosamente limpas, antes de servir a refeição.
- 3.º) Servir pequena quantidade de cada vez; isto excita o apetite e dá ao prato melhor aparência.
- 4.º) Não servir a refeição na hora de tratamento do doente.
- 5.º) Colocar a mesa do doente em posição confortavel.
- 6.º) Colocar o guardanapo protegendo a camisola.
- 7.º) Ajuda-lo a tomar os líquidos.
- 8.º) Se o doente fôr muito fraco, alimenta-lo por meio de uma colher ou copo adequado.
- 9.º) Nunca usar tubo de vidro ao alimentar doente em delirio; usar sempre colhér de sobremesa, dando-lhe pequenas quantidades de cada vez.
- 10.º) Cortar a carne em pedaços pequenos.
- 11.º) Obrigar o doente a triturar bem os alimentos.

- 12.º) Lavar a bôca dos doentes graves, uma hora antes e depois das refeições.
- 13.º) Nunca permitir que um doente grave se alimente sózinho.

---

## XIX

### ANESTESIA

A anestesia póde ser geral, regional e local.

a) A anestesia geral é obtida geralmente, por inalação de substâncias anestésicas — clorofórmio, eter, etileno, balsofórmio, protóxido de azoto, ciclopropana etc.; ou por meio de injeções intravenosas de substâncias do tipo do evipan, ou ainda por lavatórios retais, como succede com o avertin.

b) A anestesia regional apresenta diversas modalidades: raqueana, epidural e para-sacra.

Na primeira, o anestésico é injetado no espaço sub-aracnóideu; e nas outras, no espaço epidural, em alturas diversas, por fóra do estojo meningeano, e por dentro do canal vertebral, interessando as raizes nervosas, que o atravessam, conforme o ponto que se deseja anestésiar.

Na modalidade para-sacra, a injeção é feita através do buraco sacro, de fórmula a atingir os nervos da cauda de cavalo.

O anestésico é constituído por derivados da cocaina, como a novocaina, percaína e muitos outros; a novocaina, em solução geralmente a 1 %, à qual se acrescenta certa porção de adrenalina, que retarda a reabsorção, por efeito de vasoconstricção.

c) Na anestesia local, injeções são feitas no tecido celular e nas diversas camadas de tecidos sotopostos, circunscrevendo toda a região que constituirá o campo operatório, bem como em pontos atravessados pelos nervos que áquele campo vão ter.

Não é preciso atingir diretamente os filetes nervosos, pois, por difusão, o anestésico depositado na sua vizinhança, irá ter ao nervo.

Verifica-se si a paciente tem dentaduras postiças, que se possam desprender e ser deglutidas e obstruir o esôfago — deve-se retirá-las.

Assim também, toda constrição do pescoço deve ser levantada. Cuidado com fogo — o anestésico póde determinar explosões.

Ao lado do anestesador, em mesinha, encontram-se bateria de ampoulas de urgência, entre as quais a lobelina; abridor de bôca, pinça de Laborde para lingua, pinça porta-gase para limpar a garganta, toalhas, vaselina e relógio (Fig. 23).

A máscara anestesiante tanto póde ser de Ombredane, com bexiga, pela qual se observa a respiração; como de Tufier, cujos ruidos, provocados pelo jogo de válvulas, indicam também o modo de ser da respiração.

Máscaras mais singelas, são simples armações côncavas de arame, forradas com téla absorvente de lã, sobre a qual se goteja o anestésico.

A anestesia deve ter início em sala especial, contígua a da operação. Seria deshumano permitir à paciente, presenciá todos os preparativos cirúrgicos — os nervos mais bem equilibrados seriam abalados.

Na sala de anestesia, o mais respeitoso silêncio deve reinar, não só porque a operação é ato sério, como pelo fato das excitações sonoras perturbarem ou retardarem a perfeita narcose.

Os anestésicos geralmente usados são — eter, clorofórmio, balfosórmio e outras misturas de eter e clorofórmio; bem como protóxido de azoto, ciclopropana, etc.

O eter é geralmente contraindicado nas afecções do aparelho respiratório — bronquite e tuberculose — pois, aumenta as secreções traqueais, que podem invadir até os mais finos ramos da arvore respiratória e infectá-los, resultando pneumonias post-operatórias.

A administração de morfina e atropina, como anestésico básico, diminue êste perigo.

O eter é muito bom narcótico, muito pouco tóxico, isto é, possui larga margem de segurança entre a dóse narcótica

e a dose perigosa, de sorte que por esta circunstância não oferece riscos.

O clorofórmio é outro narcótico grandemente usado; apresenta entretanto o inconveniente, de provocar degenerações gordurosas ao nível do fígado, rins e outros órgãos. É inconveniente o seu uso, às pessoas que apresentem meopraxia cardíaca, devido à sua ação deletéria sobre o miocárdio.

São maus pacientes para narcose em geral, os indivíduos muito gordos, com diabetes, mal de Basedow, nefrite etc.

O clorofórmio é mais tóxico do que o éter, isto é, a margem de segurança é menor. Pouco além da dose simplesmente narcótica, podem-se observar fenômenos bulbares extremamente perigosos.

Não devemos entretanto, exagerar os perigos, que só se manifestam, quando o narcotizador não entende do ofício, ou se distrai, interessando-se mais pelo ato cirúrgico do que pelo estado da paciente.

Os melhores resultados são alcançados pelas misturas de clorofórmio e éter, às quais se acrescentam substâncias outras, de diversa natureza — éter de petróleo, balsâmicos, como gomenol, etc. O protoxido de azoto e ciclopropana são também ótimos narcóticos.

Antes da narcose e da operação, a paciente deve sofrer exame geral, como já tivemos ocasião de mencionar.

Os aparelhos circulatório e respiratório, fígado e rins, serão cuidadosamente examinados; a urina, e o sangue se-lo-ão igualmente.

\*

Na narcose temos a distinguir três períodos:

No primeiro — período de excitação — são abolidas certas faculdades do cérebro, e a paciente apresenta estado de excitação — debate-se e agita-se.

A tonicidade muscular, bem como os reflexos motores, são conservados.

Este período é sobretudo acentuado nos indivíduos dados ao uso de bebidas alcoólicas.

Nas mulheres, é geralmente muito curto, ou passa despercebido.

Não é possível operar na sua vigência.

O segundo, é o período da resolução muscular — são abolidas todas as faculdades do cérebro, desaparecem o tônus muscular e os reflexos motores, de maneira que os membros pendem flácidos e inertes.

Si levantarmos o braço da paciente e solta-lo, êle cairá como massa pesada e inerte.

A respiração conserva a sua profundidade e ritmo normais, os batimentos cardíacos não sofrem alteração, a expressão fisionômica não se modifica.

Os olhos conservam o reflexo corneano; que póde ser abolido, si a narcose se aprofundar; a pupila permanece contraída.

No terceiro período, os centros nervosos bulbares da respiração e circulação se comprometem, e estas duas funções apresentam distúrbios, que podem se acentuar até à paralisia e síncope respiratória ou cardíaca. Não deve-se permitir que tal aconteça.

Antes disso porém, a respiração se torna irregular, superficial e lenta, por vezes cessa por instantes; o reflexo corneano não é encontrado; os lábios se tornam arroxeados e a face lívida.

Antes que êste quadro se desenhe plenamente, logo que sobrevenham diminuição e irregularidade dos movimentos respiratórios e se manifeste ligeira cianose, deve-se suspender a administração do narcótico e deixar a operanda respirar ar puro, ou oxigênio.

A dilatação súbita das pupilas é também sinal grave; precisa porém, que seja súbita.

A síncope cardíaca apresenta como pródromo, aumento da frequência dos batimentos do coração — o coração pára e a pupila se dilata.

É acidente da mais alta gravidade.

Durante a narcose, diversos acidentes e anomalias podem se apresentar, cujo conhecimento é necessário para a conservação da calma e poder se aplicar o remédio específico.

a) Um deles é o aparecimento de vômitos. Si fôrem abundantes, serão recebidos em rim de ferro louçado; do contrário, uma toalha absorverá o líquido viscoso expellido. A cabeça será inclinada para um dos lados, no ato de vomitar. Por isso, é de toda a conveniência, que a operanda esteja em jejum. O melhor remédio para esses vômitos, é aprofundar a anestesia; não se deve perder tempo em querer limpar completamente a bôca e a garganta da doente — dá-se mais anestésico, e os vômitos cessam.

Geralmente, não há perigo de aspiração da matéria vomitada; a posição de Trendelenburg o impede. Mas, si a paciente começar a tossir e tornar-se cianótica, significa que tal aconteceu — deve-se deixa-la despertar um pouco, tossir mais ainda, para desobstruir as vias aéreas, e depois continuar a narcose.

b) No começo de narcose, no período de excitação, em que é observado tono muscular exagerado, este póde se manifestar ao nivel dos músculos laringeanos, de maneira que a sua constrictão determina certa obstrução das vias aéreas. A paciente faz movimentos respiratórios mais ou menos improficuos, com tiragem, entra em cianose, e se desenha o acidente da asfixia. Os maxilares estão também cerrados.

O remédio é a administração de maior quantidade de narcótico, afim de se obter o relaxamento muscular, cessar a constrictão daqueles músculos e permitir assim, a penetração abundante de ar nas vias respiratórias.

c) Esta respiração improfícua com tiragem, não deve ser confundida com outra, consequente à perda de tonicidade da língua, à sua paralisia, pois aqui, a paciente se encontra em estado de resolução muscular, própria do segundo período, ao passo que ali, se encontra com os maxilares cerrados, por aumento de tônno, característico do período de excitação. Dificilmente poder-se-ia lhe abrir a bôca e afastar os maxilares, um do outro.

Si a lingua perder a tonicidade, por efeito do seu peso, irá recalçar a epiglote sôbre a glote, e assim é obstruida a via respiratória.

A paciente respira também improficuamente, torna-se cianosada, apresenta tiragem e urge conjurar o acidente. A narcose é suspensa.

Tomamos as hastes ascendentes do maxilar inferior com as mãos, entre-abrimos a bôca abaixando um pouco o maxilar, e o empurramos para a frente, de fôrma a que os seus incisivos se coloquem por deante dos do maxilar superior. Desta maneira, arrastamos para deante a base da língua e desobstruimos as vias aéreas — um ruído característico anuncia a passagem do ar, a respiração torna-se proveitosa, a cianose desaparece e o perigo está conjurado.

Outras vezes, entretanto, o acidente se repete, e difícil é manter o maxilar na posição mencionada — não temos então outro remédio senão, com toda a calma, agarrar a língua com a pinça chamada de Laborde, e levanta-la, para desobstruir as vias aéreas. A cânula de Martin se presta, estando a língua no lugar, ao mesmo objetivo, passando-a pelo dorso da língua até à garganta.

d) Em caso de síncope respiratória — cessação dos movimentos respiratórios, precedida de respiração lenta, superficial e de cianose — suspende-se a narcose e se procede à trações ritmadas da língua, após abertura da bôca, com a pinça de Laborde, de fôrma a provocar reflexos, que suscitem o restabelecimento da respiração.

Si o recurso não surtir efeito, devemos fazer respiração artificial, como se procede com os afogados.

A maneira mais simples de executa-la e não contaminar o campo operatório, consiste em tomar com ambas as mãos espalmadas, as porções laterais e inferiores do torax e comprimi-las, de fôrma a abaixar as costelas, provocando assim a expulsão de ar das vias aéreas.

Deixar em seguida, que torax volte a situação anterior, que as costelas se levantem pela elasticidade dos tecidos, aspirando por conseguinte, ar para os pulmões.

Estes movimentos devem ser feitos e repetidos sem precipitação, em número de quatorze por minuto, mais ou menos.

De maior eficacia é a manobra de Silvester, feita por duas pessôas, que tomam cada uma, um dos membros superiores, levam-nos em abdução e para cima, de maneira a ampliar o torax e provocar a inspiração; seguida logo depois, de movimento em sentido contrário, no qual o antebraço é flectido sôbre o braço e este levado às porções anteriores das costelas, comprime o torax e expelle o ar nele contido — expiração.

A manobra de Silvester desmantela a assepsia e exige a substituição dos campos, para que se possa continuar a operação.

Injeções de lobelina excitam os centros respiratórios.

Além da lobelinã, é também usado o gás carbônico, como excitante dos centros respiratórios, de fôrma a despertar os desejados movimentos específicos.

Outros ao contrário, preferem oxigênio. A experiência tem demonstrado os seus bons efeitos, principalmente sob pressão; a cianose tende a desaparecer e a respiração a se reiniciar, com ritmo próprio.

Parece contra-senso administrar  $\text{CO}_2$  a indivíduo na situação figurada; o fato porém, é que a sua ação resulta profícua.

e) A síncope respiratória pôde ser acompanhada de síncope cardíaca, o que sobremodo agrava e complica a situação.

Deve-se então, injetar analépticos na vêia e fazer massagens do coração; a princípio, externamente, com pequenas pancadas, com as bordas das mãos, umas após outras, sôbre a área cardíaca, ou melhor, com aparelho de massagem vibratória.

Não dando resultado, devemos faze-la através do diafragma, já que o ventre está aberto. Só podemos entretanto executa-la, si êste músculo se encontrar flácido; caso contrário, só fendendo-o, bem como o pericárdio, afim de tomar o coração diretamente com as mãos e leva-lo a executar por meio de compressões ritmadas, movimentos de sístoles e diástoles.

Adrenalina intra-cardíaca é também aconselhada.

São processos porém, que escapam à esfera de ação da enfermeira.

f) No começo da narcose, a paciente póde tornar-se um pouco cianosada, com taquicardia, a pupila dilatar-se e ela derramar lagrimas. Não ha perigo; é sinal de anestesia insufficiente, póde aprofunda-la, que tudo entrará em ordem.

A paciente por vezes, apresenta estertores traqueais ruidosos — é conveniente remover a mucosidade acumulada na garganta, por meio de gase montada em pinça.

Si os maxilares estiverem cerrados, deve-se abri-los com o aparelho apropriado, — abridor de bôca — tendo o cuidado de faze-lo com calma, para não quebrar dentes, nem ferir as gengivas, ou a língua. Uma vez aberta a bôca, esponja-se a mucosidade, com gase montada em pinça.

\*

A narcose deve ser iniciada levemente, sendo depois gradativamente aprofundada, de maneira à paciente acostumar-se com o anestésico.

Ela deve saber que a aflicção inicial e a sensação de sufocação passarão rapidamente, si aspirar profundamente.

Com o fito de provocar movimentos respiratórios, que poderão ser tolhidos, convida-se a operanda a contar lentamente; o ar abandona então os pulmões, e a obriga a aspirar o que lhe é oferecido, de mistura com o narcótico.

Durante a narcose, deve-se prestar atenção sobretudo à respiração — desde que ela seja ritmada, regular e profunda; que a paciente se conserve com a face rósea e de bom aspecto — nada há a temer.

O pulso póde também se modificar: a sua aceleração, acompanhada de pressão arterial normal, isto é, sendo cheio e regular, significa que a paciente vai despertar-se. Anunciador de perigo é o pulso rápido, irregular e hipotenso, sobretudo si acompanhado de máu aspecto fisionómico.

Mais uma vez seja dito, que a iminência de síncope respiratória é anunciada pela respiração, que se torna su-

periférica, irregular e lenta, entremeada de períodos rápidos de apnéia; a face da paciente se torna lívida e os lábios arroxeados. Deve-se suspender a narcose, ao começar a se desenhar o quadro acima, e continua-la sómente após se restabelecer a normalidade.

\*

Sómente, após a fase de resolução muscular, será a paciente transportada para a sala de operações, colocada e amarrada na mesa, desinfetada na região a ser operada e revestida pelos lençóis e campo operatório.

Durante a abertura do peritônio, destruição de aderências, trações sobre intestino e epiplon, manuseio das grandes compressas e sutura peritoneal — são as ocasiões que mais requerem o aprofundamento da narcose.

O operador poderá comandar a anestesia, exigindo que se a aprofunde, ou não.

Deve-se procurar o mais possível, o chamado silêncio abdominal — no qual os intestinos não são expremidos e impelidos para o campo operatório, como aconteceria si a narcose fôsse superficial.

O narcotizador avisa o cirurgião, do momento em que póde dar início à operação — quando a resolução muscular estiver completa.

A anestesia será mantida na fase de resolução muscular, sem que sejam perturbados os centros respiratórios e circulatórios, e de maneira que a paciente absorva a menor quantidade possível de anestésico.

Si a paciente começar a reagir, aprofunda-se a anestesia, não porém, a ponto de afetar o funcionamento bulbar.

Outras narcoses, com clorofórmio e misturas, protoxido de azoto etc., etc. obedecem em suas linhas gerais, a êstes mesmos princípios.

Outras anestésias, tanto locais, como regionais, não são praticadas por enfermeiras, e por isso não são aqui tratadas.

Do Otavio R. Lúcia  
Com um abraço

DR. CLOVIS CORRÊA DA COSTA  
DA MATERNIDADE DO INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA

Clovis



# ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

S.A.M.E.	
Nº	DATA
672	13/04/48

610.736 78  
C 837  
1943

1943  
EDITORA GUANABARA  
WAISSMAN, KOOGAN, LTDA.  
Ouvidor, 132 — Rio

*A Alvaro Tavares de Souza e João Mario  
— meus amigos e colaboradores — como  
testemunho do meu aféto.*

*Á D. Aurora Costa, enfermeira-chefe da  
Maternidade*

*Homenagem ao seu espirito disciplinador  
e á sua capacidade de organização.*

# INDICE

---

## A. — PARTE GERAL

Ciência e arte da enfermeira .....	Pag.	9
Vestes .. .. .	„	14
Papeis e livros do Serviço .....	„	15
Como se arruma uma cama .....	„	19
Como desinfetar as mãos .....	„	21
Como dar os remédios .....	„	23
Temperatura, pulso e outros cuidados .....	„	24
Exame de urina .....	„	25
Maca .. .. .	„	28
Cuidados corporais. Quarto .....	„	29
Bolsa de gelo e saco d'água quente .....	„	31
Colheita de material .....	„	33
Esfregação de pés .....	„	34
Biópsia do colo e endométrio .....	„	35
Injeções subcutâneas .....	„	36
— . intramusculares .. .. .	„	39
— . intravenosas .. .. .	„	40
Lavagem intestinal. Clisteres .....	„	44
Compressas, capotes, máscaras e gôrros .....	„	45
Esterilização de roupas, lençóis e compressas .....	„	51
Instrumental .. .. .	„	54
Esterilização de instrumentos .....	„	60
Dietas .. .. .	„	61
Modo de alimentar os doentes .....	„	68
Anestesia .. .. .	„	69

## B. — ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Exame obstétrico da gestante .....	„	79
— . — . da parturiente .....	„	81
Material necessario para operações de forceps, basiotripsia e craneoclasia .....	„	84
Parto natural e sua enfermagem .....	„	86

Assistência ao parto .....	Pag. 90
Hemorragia do delivramento .....	„ 101
Sutura em caso de hemorragia .....	„ 106
Tamponamento .....	„ 106
Puerpério .....	„ 107
Lóquios .....	„ 109
Lactação .....	„ 109
Cuidados ao recém-nascido .....	„ 118
Drenagem metálica .....	„ 122

### C. — ENFERMAGEM GINECOLÓGICA

Como preparar exame ginecológico .....	„ 126
Insuflação tubária .....	„ 127
Diatermia, ondas curtas .....	„ 129
Mickulicz .....	„ 132
Citoscópia e cateterismo ureteral .....	„ 134
Utero-salpingografia .....	„ 135
Aplicação de radium .....	„ 137
Preparação de doente para laparotomia .....	„ 140
Laparotomia .....	„ 142
Operação por via vaginal .....	„ 147
Período post-operatório .....	„ 150
Lavagem do estômago .....	„ 154
Hipodermoclise .....	„ 157
Proctoclise de Murphy .....	„ 160
Cateterismo da bexiga .....	„ 162
Como retirar os pontos de sutura .....	„ 164

## B. ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

### I

#### EXAME OBSTÉTRICO DE GESTANTE

O exame obstétrico durante a gestação, compreende a palpação externa e auscultação do feto, pelvimetria externa e pelvimetria interna.

O exame externo é feito sôbre leito, ou mesa de exame — nenhum material especial requer. A paciente em decubito dorsal, com o ventre descoberto, presta-se passivamente à palpação externa.

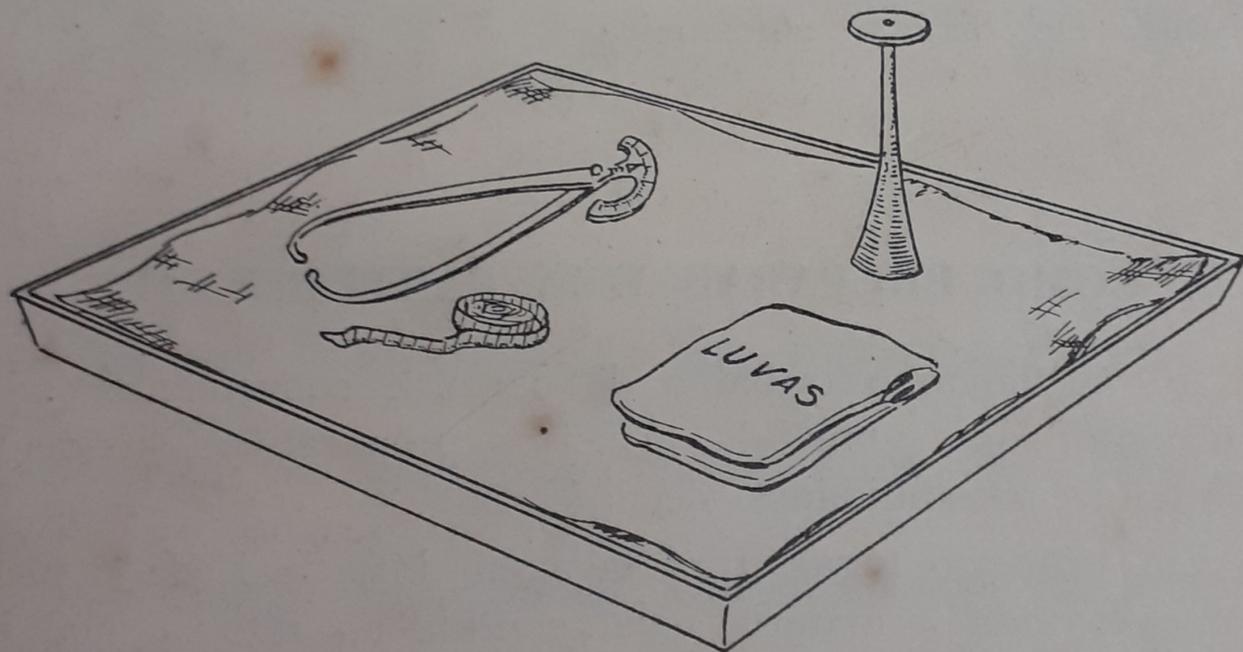


Fig. 24 — Material para exame obstétrico de gestante.

A auscultação requer um aparelho — o *estetoscópio*, que a enfermeira levará consigo, assim como o *pelvimetro*, si o parteiro quizer fazer a pelvimetria externa; mais a *fita métrica*, para mensuração da altura do fundo do útero e da circunferência do ventre.

A pelvimetria externa muito pouco vale, pois, as suas informações, na maioria dos casos, deixam o parteiro em dúvida sôbre as possibilidades de trânsito da pelve; sómente nos casos extremos, ela nos diz si a bacia é viciada, ou não (Fig. 24).

O exame soberano para o reconhecimento da permeabilidade pelvica, é a *pelvigrafia*.

A pelvigrafia requér exame interno e é geralmente feito em mesa apropriada, em consultório.

O parteiro desinfeta as mãos e calça luvas, oferecidas pela enfermeira, a fim de proceder ao exame.

Assim pois, o exame obstétrico durante a gestação requér da enfermeira, estetoscópio, pelvimetro, luvas e fita métrica.

Como o parteiro póde ter necessidade de vêr algo, que a sensibilidade táctil descobriu, é conveniente acrescentar áquele material, espéculo, pinça de curativo ginecológico e tamborzinho de gase esterilizada.

Alguma coisa mais, de especial, de que o parteiro necessitar, êle dirá à enfermeira.

---

## II

### COMO PREPARAR UMA PARTURIENTE

Ao ter início o trabalho de parto, é conveniente que a parturiente seja submetida a certos preparativos, tendentes a diminuir possibilidades de infecção.

Em primeiro lugar, fará lavagem intestinal, de maneira a remover toda a matéria fecal contida no réto, a qual impelida pela cabeça, no período expulsivo, iria contaminar os lençóis da mesa, em que se realizar a parturição.

É de toda a conveniência, evitar que tal aconteça, o que certamente se consegue por meio de lavagem intestinal.

Deverá também raspar os pêlos das partes pudendas.

A enfermeira, tendo colocado a parturiente sôbre comadre e estando com as mãos desinfetadas e enluvadas,

ensabôa toda a região vulvar, face interna das côxas, períneo e anus, lavando-os cuidadosamente com água morna.

Ensabôa mais uma vez a vulva, e com gilete, ou navalha bem afiada, raspa os pêlos, não só do monte de Venus, como dos grandes lábios e do períneo, si os houver. A lamina deve estar bem afiada, pois nada é mais desagradavel do que sofrer essa preparação, com navalha mal cortante, que obriga a fazer força, passa-la diversas vezes no mesmo ponto, deixando afinal, superfícies escoriadas e sangrantes, aqui, ali e acolá.

Após a retirada dos pêlos, a região (vulva, períneo e face interna das côxas) será irrigada com solução antisséptica, pincelada com mercúrio-crômio e protegida com gase esterilizada.

E assim, sem pêlos, o parteiro ao examina-la, não contaminará os dedos, nem levará para a intimidade, germes externos. A parturiente será também convidada a esvasiar a bexiga.

Após êstes cuidados, de encontro à vulva, será deposta compressa de gase esterilizada, mantida com faixa em T.

---

### III

## EXAME OBSTÉTRICO DE PARTURIENTE

O exame de parturiente é feito sobre leito, após preparação da paciente.

Esta, em decúbito dorsal, não precisa se descobrir inteiramente.

O feto é primeiramente palpado e auscultado, como de costume.

Por ocasião do exame interno, o ventre e todo o corpo permanecerão abrigados sob lençol, cujas extremidades se enrolam em ambas as coxas e pernas, meio flectidas, ficando a ponta presa pela pressão do pé sobre o leito (fig. 25); ou então, o lençol abrigará simplesmente o baixo ventre e

as côxas, até os joelhos, estando a parturiente com perneiras esterilizadas (Fig. 26).

A enfermeira desfaz o curativo aplicado de encôntro à vulva e mantido por faixa em T.

É de regra, colocar sob as nádegas da parturiente, uma comadre forrada com toalha esterilizada, o que é cômodo, por levantar acima do plano do leito, a região a ser examinada, e resguardar a roupa de cama. É conveniente, mas não é imprescindível.



Fig. 25 — Dispositivo de lençol para a parturiente.

O parteiro, com as mãos enluvasadas, afasta com o polegar e indicador esquerdos, os pequenos lábios, e com uma compressa embebida em solução antisséptica, esponja o vestibulo da vulva, e realiza o exame com o indicador e médio da mão direita.

É muito possível que queira romper a bolsa dagua, no curso do exame — é preciso, por conseguinte, que a parteira tenha esterilizado uma pinça de Kocher longa, cujos ramos são oferecidos desarticulados ao parteiro.

Após o exame, a compressa de gase esterilizada será repostada de encontro à vulva, mantida por curativo em T.

É preciso portanto, que a enfermeira prepare a bandeja, com estetoscópio, luvas esterilizadas, vidro de solução antisséptica (oxicianeto a 1 por mil), vidro de alcool, pequena

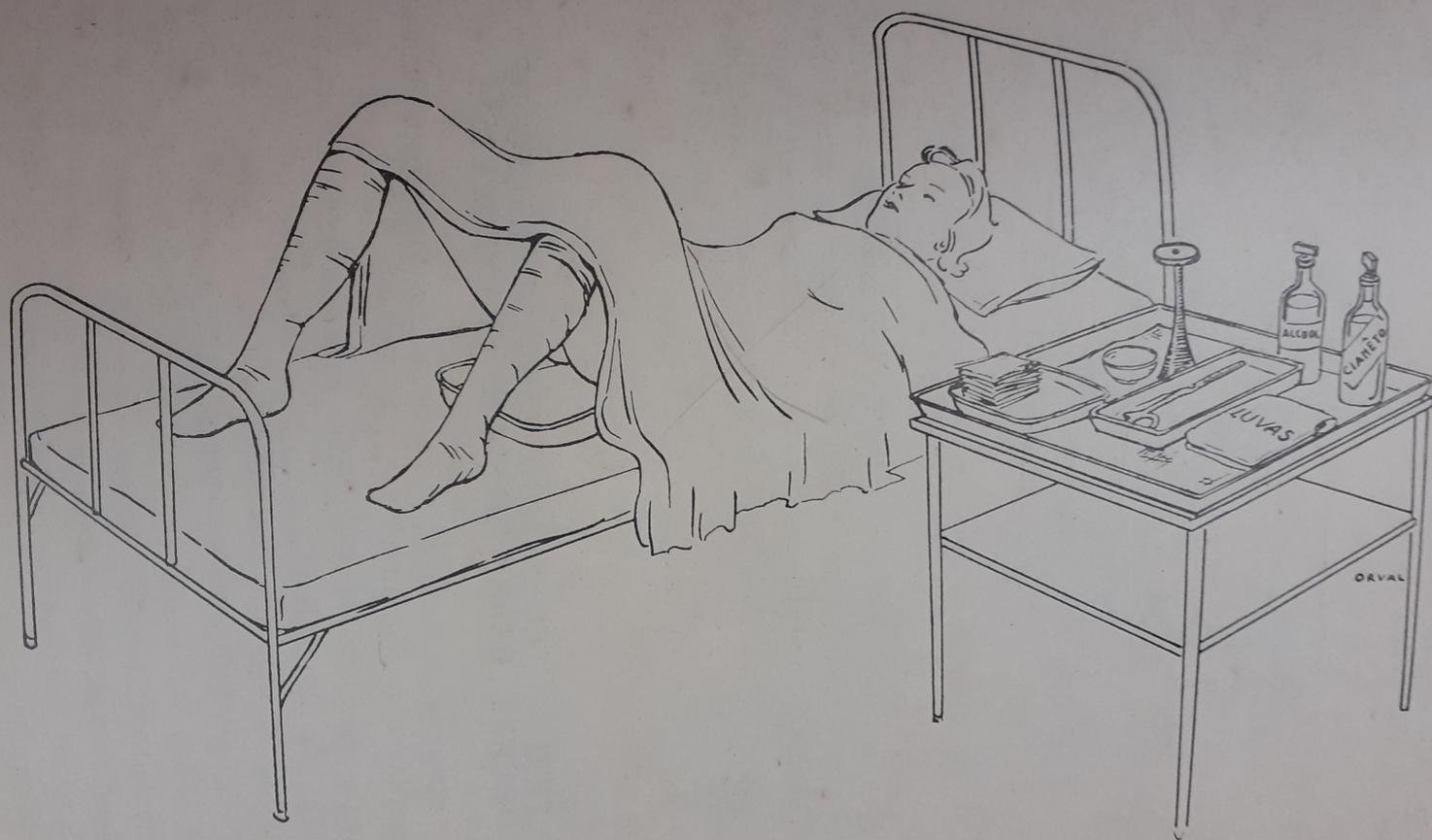


Fig. 26 — Exame de parturiente. Maneira do autor.

cuba para humedecer a gase no antisséptico, rim forrado a gase e com pinça de Kocher desarticulada.



Fig. 27 — Material para autissepsia de parturiente antes do exame. (Escola Ana Néri).

Na Escola Ana Neri, ao envez de esponjar o vestíbulo vulvar, com o antisséptico embebido em gase, preferem irriga-lo com solução contida em jarra — é a mesma coisa! (Fig. 27).

Eu prefiro me conduzir da maneira anteriormente mencionada.

#### IV

### **MATERIAL NECESSÁRIO PARA OPERAÇÃO DE FORCEPS, BASIOTRIPSIA E CRANEOCLASIA**

O material necessário para uma das operações acima mencionadas é o seguinte:

Sonda metálica ou de goma, para cateterismo vesical;  
Luvras de borracha;

Capotes e mascaras esterilizadas;

Forceps, basiotribo ou craneoclasta;

Tesoura.

*Material de sutura:*

Válvulas vaginais — três

Pinças de duas garras — três;

Porta-agulhas;

Agulhas curvas sortidas;  
 Pinças de disseção, dentes de rato;  
 Cat-gut n.º 2,  
 Fios de crina grossos.

Tambor com compressas de gase esterilizada;  
 Fio de sêda, para ligadura do cordão;  
 Pinças de Kocher — seis;  
 Vaselina esterilizada — um tubo (dispensavel);  
 Pinças de Doyen, para fixação de lençóis — quatro;  
 Lençóis esterilizados, pequenos — dois;  
 Campo operatório p.<sup>a</sup> via baixa — um (veja fig. 17).  
 Pinça de curativo ginecológico.

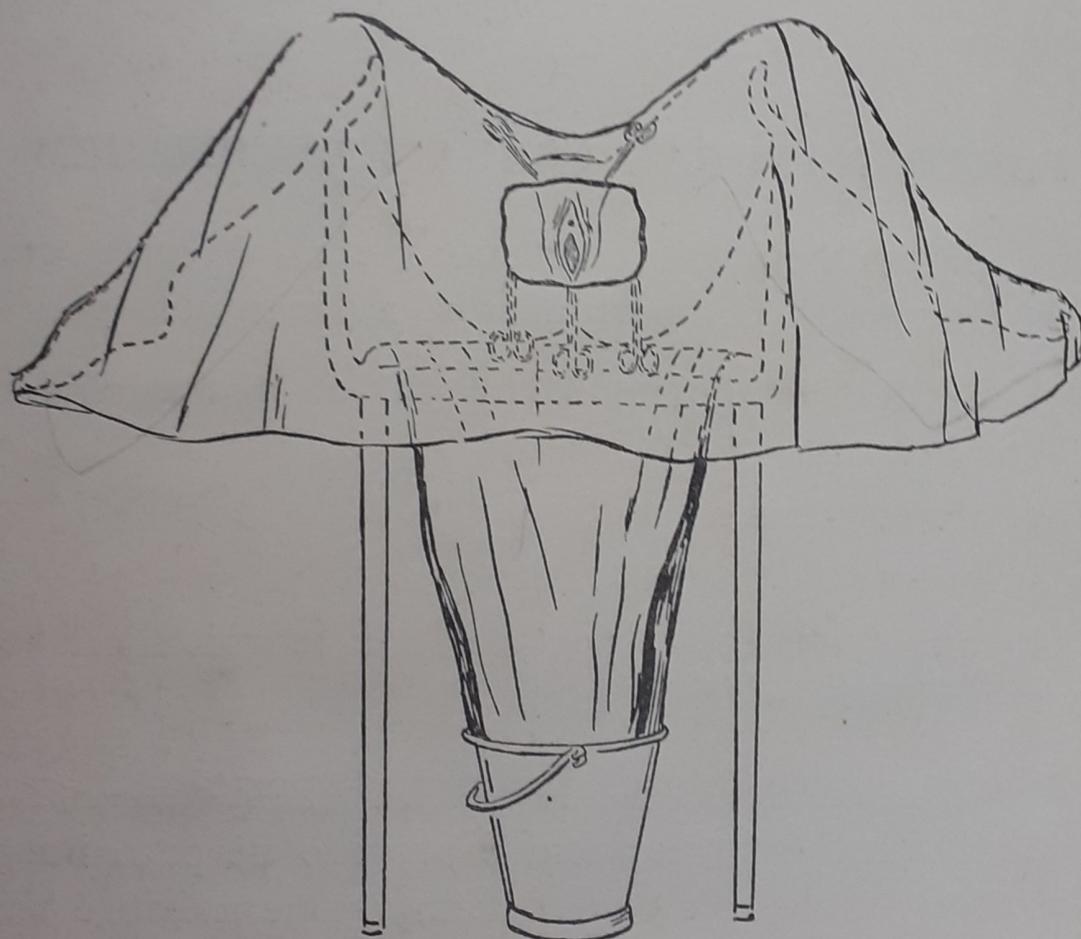


Fig. 28 — Paciente em posição para operação obstétrica e ginecológica

A paciente é colocada bem junto à borda da mesa, em posição ginecológica, ficando os membros inferiores sustentados por ganchos próprios da mesa, onde são amarrados, ou mantidos em posição, por meio de duas auxiliares, que os conservam na posição referida.

Após cateterismo e desinfecção do campo, incluindo o períneo, face interna das coxas e a vagina, com mercúrio-crômio — lençóis esterilizados são colocados sob as nádegas, conjuntamente com impermeável, vindo ambos ter a balde situado ao pé da mesa.

Sobre o baixo ventre, coloca-se também lençol.

Campo provido de perneiras e de abertura, para exposição da vulva, é colocado no ponto apropriado, deixando exposta exclusivamente a região vulvo-perineal.

Está pronta a paciente, para sofrer uma das operações acima mencionadas (Fig. 28).

## V

### PARTO NATURAL E SUA ENFERMAGEM

Para partos naturais, colocam-se em tambores grandes, divididos em quatro compartimentos, as seguintes peças:

- a) 1 avental, 1 gôrro, 2 mascaras, 2 perneiras e 10 compressas;
- b) 3 lençóis de 2 x 2 ms.;
- c) 4 lençóis de 1 m x 80 cms.;
- d) 1 campo obstétrico perineal e 2 lençóis 1 m x 80 cms., 2 perineais e um cinto.

Tambores suplementares ficam a disposição.

O campo obstétrico perineal é provido de perneiras fixas, e de abertura através da qual o campo operatório é exposto.

\*

Após a toilette da parturiente, ela é transportada para a mesa de parto, forrada com lençol esterilizado, por cima de impermeável, sobre o qual se coloca outro lençol dobrado, longo, formando tira, de 50 cms. de largura. Depõe-se de encontro à vulva, compressa esterilizada, mantida por cura-

tivo em T. A paciente calça perneiras esterilizadas e é coberta com lençóis esterilizados — e assim permanece durante a dilatação.

Na Escola Ana Neri, a parturiente é preparada para o período de dilatação, com lençol tal como se apresenta na fig. 25. Os ângulos A e B do lençol da fig. 29, ficam sob

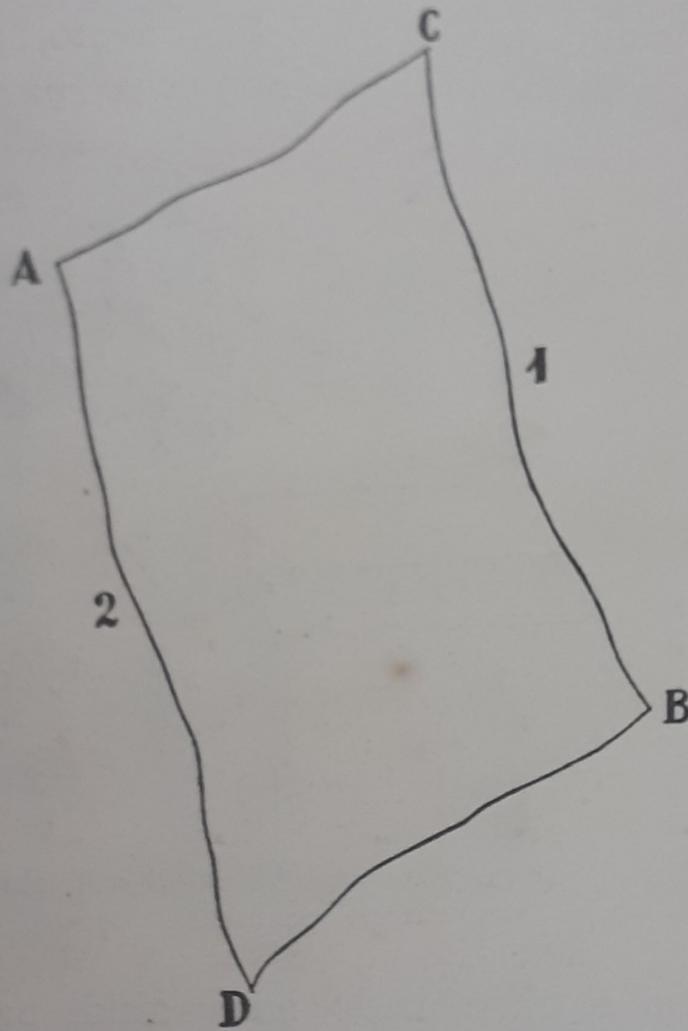


Fig. 29 — Lençol com que se prepara a parturiente para o período de dilatação. Detalhes no texto.

os pés da parturiente; o ângulo C sobre o ventre, o lençol é dobrado na linha AB, de maneira que D fique por baixo e coincida com C.

As pontas do lençol, A e B são enroladas nas pernas da parturiente, ficando as extremidades presas por pressão dos pés sobre o leito.

No período expulsivo é usado campo perineal, tal como nos mostra a figura 30.

Si por acaso a parturiente começar a expelir fezes, uma compressa será colocada sob o períneo posterior, de forma a apanhar toda a matéria expelida; substituindo a gase, à medida da sua poluição.

Após o nascimento da criança, retira-se o lençól longo, contaminado de sangue, líquido amniótico e mecônio, de sob a parturiente, e se o substitue por outro.

Este meio tempo, antes do delivramento, é aproveitado para a sutura perineal, si houver motivo para tal — um



Fig. 30 — Paciente em periodo expulsivo, abrigada em campo perineal.

chumaço de gase é introduzido na vagina, para absorver o sangue, ficando a laceração dos tecidos perfeitamente exposta por meio de válvula larga, aplicada de encontro à parede vaginal superior — faz-se então a sutura. Póde-se anestésiar a região, por meio de injeções de solução de novocaina a 1 %.

Os pontos da mucosa, geralmente não doem; sómente os da péle do períneo costumam ser dolorosos.

Após o delivramento, retira-se o lençól sujo e coloca-se outro, sob as nádegas da paciente; com compressas, apagam-se manchas de sangue da vulva, face interna das côxas, sulco gênito-crural e períneo.

Si estiverem muito aderentes, embebe-se a gase em solução de oxicianeto de mercúrio, e assim se as fazem desaparecer.

Enxuta a vulva e todo o campo adjacente, coloca-se um perineal de encontro aos órgãos genitais externos, mantendo-o por meio de curativo em T. A paciente toma então, por via oral, meia grama de ergotina. Está então, em con-

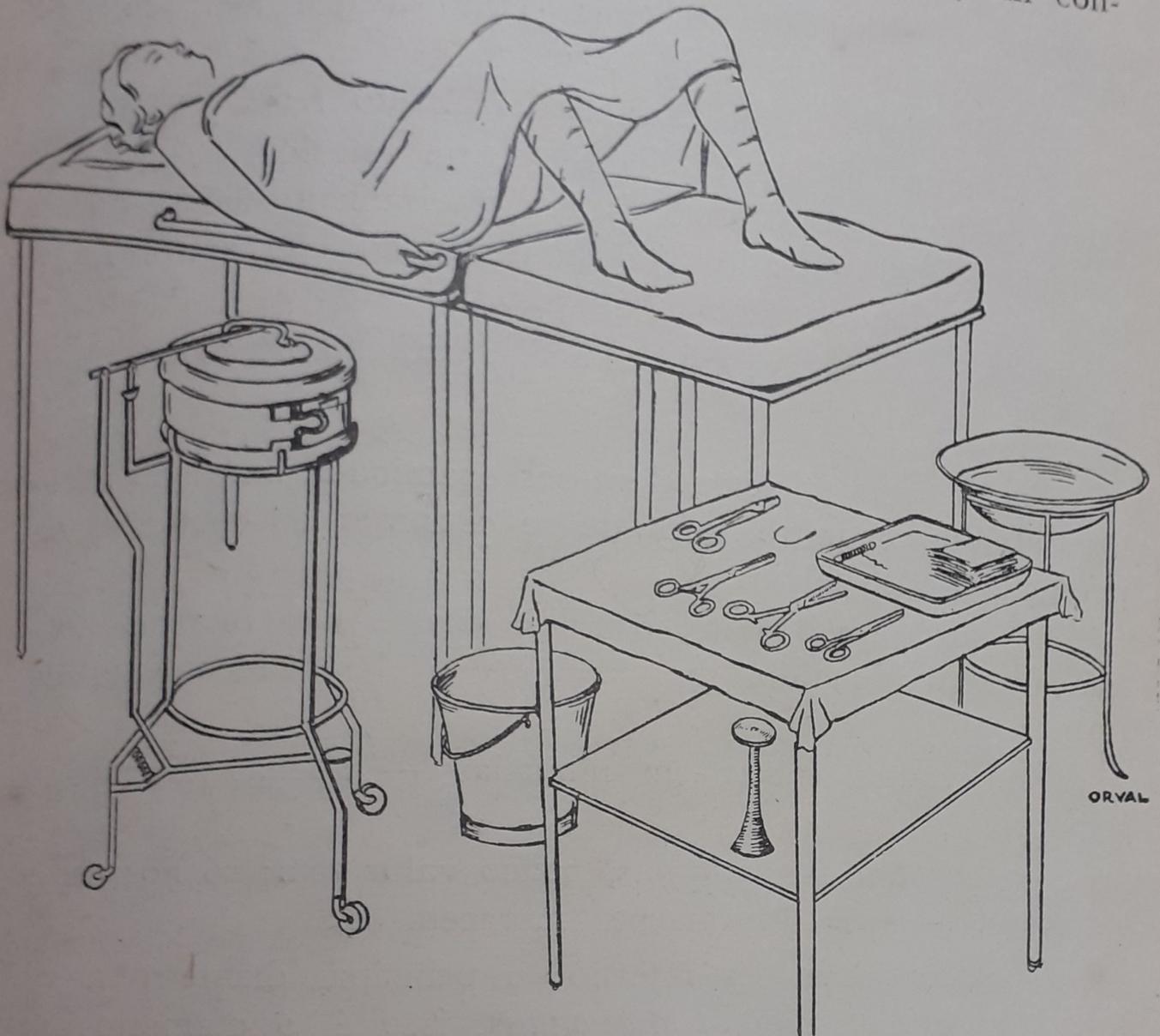


Fig. 31 — Arrumação para parto natural, conforme o autor.

dições de voltar para o leito, em que definitivamente deve ficar.

\*

Eu pessoalmente, disponho as minhas parturientes e o material necessário ao parto natural, da maneira exarada na figura 31.

A enfermeira manuseará todo o material esterilizado, por meio de pinças longas, salvo si estiver com luvas.

## VI

## ASSISTÊNCIA AO PARTO

Na assistência ao parto, a enfermeira deve estar habilitada a reconhecer a distócia, tanto a que tem séde na bacia, como no fêto, como na força.

Deve saber diagnosticar o sofrimento fetal e materno.

Em todas as oportunidades acima referidas, pedirá socorro médico, pois o caso escapa inteiramente à sua esfera de ação; deve passá-lo à responsabilidade de um especialista, para que o resolva satisfatoriamente.

Vejam os como reconhecer a distócia, embora nem sempre seja da sua alçada.

*Bacia.* — A paciente deve ser examinada antes do início do trabalho de parto, afim de se conhecer as condições de permeabilidade pélvica.

Si não o tiver feito, ou si o exame não merecer confiança, será repetido, mesmo após o desencadeamento do trabalho.

Não vamos entrar em minúcias — apenas diremos o seguinte:

As mensurações externas, pouco valor tem; só nos casos extremos, as suas informações merecem fé.

O exame deve ser interno; o principal diametro a ser calculado é a *conjugata diagonalis*, isto é, o diametro que vai da borda inferior da sínfise púbica ao promontório. Promontório é a porção mais saliente do estreito superior, formada pela articulação da 5.<sup>a</sup> vertebra lombar com a base do sacro.

A *conjugata diagonalis* deve medir 12 cms., como succede nas bacias normais.

A extremidade do dedo médio alcança o promontório, e a região metacarpiana é levada de encontro à sínfise púbica, sendo marcada com a unha da outra mão, o ponto de contacto com a sínfise; mede-se e se tem a extensão da *conjugata diagonalis*.

A conjugat: que precisamos conhecer, é a *conjugata vera*, diâmetro que se estende do promontório ao culmem retro-pubeno de Crouzat, isto é, o diâmetro mais estreito da entrada da bacia.

Mede normalmente 10,5 cms.; por conseguinte, 1,5 cms. menos que a C. diagonalis.

Si não alcançarmos o promontório — melhor!

Sinal de que está tão afastado, que é inacessível.

Nas bacias normais, o promontório não é acessível, ou se encontra a 12 cms. do pube; não se tocam os sêios sacro-iliacos.

Nas bacias achatadas, toca-se o promontório, mas não se alcançam os sêios sacro-iliacos, que são muito profundos.

Nas bacias regular e igualmente estreitadas, toca-se o promontório e podem se palpar, tanto os sêios acima referidos, como a linha inominada, em toda a sua extensão. O sacro é percorrido de alto a baixo; o que nos outros tipos de bacia mencionados, só se verifica nas suas porções inferiores.

*Fêto.* — A insinuação da cabeça fetal nas primíparas, se efetua nos últimos dias da gestação, ou no início do trabalho. Insinuação é a passagem dos maiores diâmetros que se apresentam, através do estreito superior — ou melhor, do diâmetro biparietal.

Nas multíparas, via de regra, depois de iniciado o trabalho, é que se dá a insinuação.

Diagnosticar-se a insinuação, pelo toque. Quando entre a cabeça e o assoalho perineal puderem passar apenas dois dedos, justapostos pelas bordas, indicador mais o médio, é sinal de que a cabeça já se insinuou.

Si puderem passar três dedos — é sinal de que a insinuação não se processou.

Este é o sinal de Farabeuf — positivo, quando a insinuação se realizou, e negativo, no caso contrário.

A insinuação é de importância máxima em clínica obstétrica, pois, via de regra, o prognóstico do parto é muito diferente, si a cabeça se insinua, ou deixa de fazê-lo.

A primeira hipótese, significa geralmente impermeabilidade pélvica; em caso de necessidade de terminar o parto, recorre-se geralmente, à operação cesareana.

Na outra hipótese, via de regra, recorre-se a forceps, ou versão.

*Força.* — As contrações uterinas devem ser fortes e ritmadas. A dilatação deve acompanhar as contrações.

Não é bom sinal, o fato do útero contrair-se fraco e espaçadamente, sobretudo após a rotura da bolsa d'água — é sinal de insuficiência da força.

Assim também, a falta de dilatação acompanhante.

Normalmente, o útero contrai-se com força, fica bastante duro e empina-se todo, durante a contração; daí a momentos, repete-se a contração, que com a marcha do parto, vai se tornando cada vez mais forte e frequente.

O útero póde se mostrar insuficiente desde o começo do parto — *insuficiência primária*.

Outras vezes, contrai-se com bastante energia no início do trabalho, porém, no fim de algum tempo, passa a se contrair fraco e espaçadamente — *insuficiência secundária*, originária de cansaço.

Por vezes, o trabalho é improfícuo, apesar das contrações serem muito dolorosas — a dilatação não se processa, o trabalho não progride.

Há muita representação exterior da contração, sem a correspondente progressão do objeto.

As dôres são percebidas sobretudo, nas porções inferiores do útero, na região pubeana, nas fóssas ilíacas, nas cadeiras e nos rins; si tatearmos o colo na vigência da contração, senti-lo-emos contrair-se também.

Defrontamos então, a chamada *distócia de Schickelé*, cuja patogenia é a seguinte: normalmente, quando o corpo do útero se contrai, o colo como que entra em estado de inibição, deixando passivamente distender-se e dilatar-se; quando ao contrário, o colo passa a se contrair, o que é inteiramente anormal, verifica-se então, que o corpo do útero,

que é a sua porção ativa e geradora da força, entra em deliquescência funcional, contrai-se com pouca energia, insuficientemente.

E como é o colo, a séde de contrações fortes, as dôres se localizam nas porções inferiores do útero; e póde se perceber pelo tato, o enrijamento ritmado das bordas do orifício uterino.

Em todas estas oportunidades, a parteira deve chamar o médico, pois a situação exige a presença de pessoa habilitada, a resolver a distócia já declarada, ou que se esboça.

A insuficiência primária será combatida desde o começo, com pequenas doses de pituitrina, rompendo-se oportunamente a bolsa d'água.

A insuficiência secundária é tratada primeiramente pelo sedativo, para que o útero repouse durante 4 a 5 horas, e depois com a pituitrina, para de novo excita-lo. Injeções de sôro glicosado hipertônico fornecem ao útero, material dinâmogênico por excelência, auxiliador das suas funções.

A terapia da distócia de Schickelé consiste na administração de antispasmódicos — octinum em clísteres (30 gotas em 20 cc.), espasmalgine, papaverina etc.

*Fêto.* — Durante o parto, o fêto será escutado no mínimo de 2 em 2 horas, de maneira a nos informarmos sôbre as suas condições de vitalidade. No período expulsivo, as auscultações serão muito mais frequentes.

O seu sofrimento se traduz, em uma primeira fase, pela aceleração dos batimentos cardíacos — de 130 a 160, que são normais, os batimentos vão a 170 e 180 por minuto. Ademais, podem se tornar surdos, longinquos, fracos e arrítmicos.

Na segunda fase, ao contrário, êles diminuem, passam a bater 110, 100 e 90 vezes por minuto; e acentuam-se as modificações qualitativas.

Por fim, segue-se a terceira fase, em que o coração dispara, aumenta a frequência dos seus ruidos, a ponto de se tornarem incontáveis, até à síncope fatal.

Contemporaneamente às modificações cardíacas, o fêto costuma perder mecônio, mais ou menos abundantemente. Si algumas vezes não o percebemos, é porque a cabeça fetal obstrue o canal da parturição.

*Sufrimento materno.* — A parteira deve igualmente prestar toda atenção à parturiente, a fim de surpreender em início, o seu sofrimento.

A temperatura e as pulsações serão tomadas todas as duas horas. A demora do trabalho, associada a ascensão térmica, acima de 38°, denota sofrimento, infecção, principalmente, si acompanhada de taquicardia superior a 100 por minuto.

O colo do útero póde se apresentar edemaciado por compressão de encôntro ao pube, exercida pela cabeça fetal. O edema póde também extender-se até à vulva. São sinais de sofrimento materno e requerem a presença de médico.

O estado sanguinolento da urina apresenta a mesma significação.

Assim também, a distensão do segmento inferior, isto é, distensão segmentar tão extensa e pronunciada, que o anel de Bandl alcança as imediações da cicatriz umbilical. Neste caso, se percebe ressalto formado pelo anel, o qual separa o corpo do útero, da porção segmentar inferior. Os ligamentos redondos se acham retezados e salientes, perceptível do lado esquerdo, nos indivíduos magros, em virtude da torção fisiológica do útero grávido. Em consequência desta torção, a sua borda esquerda se coloca em plano anterior.

Quando o anel de Bandl se encontra naquela altura, ao nível da cicatriz, o útero já se encontra com o segmento inferior em situação crítica — si continuar a sofrer o processo de distensão, chegará um momento em que fatalmente romper-se-á, acidente da mais extrema gravidade.

Via de regra, a distensão segmentar acompanha vícios pelvicos intransponiveis, obstrução da bacia por tumores do útero ou do ovário; estenoses indistensíveis de natureza cicatricial, do colo ou da vagina; apresentações espontanea-

mente insolúveis, como a de tronco; feto grande, hidrocefalia etc., etc.

A presença do médico é absolutamente indispensável.

Outros sintomas, como perda sanguínea, por inserção viciosa de placenta; crises convulsivas de eclâmpsia; acessos de falta de ar, por descompensação de lesão cardíaca, ou de outra causa; desfalecimentos, alucinações, inquietude excessiva; bem como amaurose, cefalalgia acompanhada de hipertensão arterial — são outros tantos motivos que requerem a presença de médico.

A parteira não deve assumir a responsabilidade dessas ocorrências.

Em caso de eclâmpsia, a paciente será contida no leito para não cair; uma régua ou pente envolto em pano, será interposto entre os maxilares, para evitar que a língua seja mordida e cortada; as suas vestes serão afrouxadas no pescoço; será conservada em camara semi-obscurificada e silenciosa.

\*

Outro ponto que precisa ficar esclarecido, se refere à rotura da bolsa d'água. Outrora não se rompia a bolsa d'água, a não ser quando a dilatação se achava completa. Hoje não somos tão rigorosos — desde que o orifício uterino seja permeável a três dedos, e que o colo esteja apagado, não há o menor inconveniente em romper a bolsa. Verifica-se mesmo, daí por diante, certo aceleração do trabalho de parto; as contrações uterinas se tornam mais fortes e mais frequentes, com enorme vantagem para a parturiente.

Como se faz a rotura da bolsa d'água?

Esteriliza-se uma pinça de Kocher desarticulada. Introduzem-se o indicador e médio direitos na vagina e tateia-se a bolsa d'água: com a outra mão, toma-se um ramo da pinça e se a passa entre aqueles dedos, afim de proteger as partes moles maternas, de maneira que a sua extremidade denteada entre em contacto com a bolsa. Espera-se a primeira contração, e quando a bolsa se abaular, afastando-se

um tanto da apresentação, vira-se o dente da pinça na direção das membranas e se as rasgam, por deslissamento, na direção da vulva. Escoa-se então líquido amniótico, com grumos de verniz caseoso, turvo ou tinto de sangue.

Dilatado o colo, não tarda a parturiente entrar em período expulsivo.

É preciso ensina-la a fazer força, isto é, a aproveitar o mais possível, o reflexo que a convida a exprimer.

É absolutamente inútil e mesmo prejudicial, permitir esforços expulsivos, no período de dilatação, antes do momento apropriado.

Não se deve deixar, porque cançar-se-ia inutilmente, sem proveito; vindo-lhe a faltar energia, quando tiver mais tarde, absoluta necessidade dela.

Quando a parturiente atingir o período expulsivo, nem que não queira, poderá deixar esforços específicos — precisará entretanto, tirar o máximo rendimento desse esforço.

Para isso, será convidada, no limiar da contração, a tomar inspiração profunda, enchendo o torax de ar, e depois exprimer com todas as energias, até que tenha necessidade de respirar de novo.

Durante o esforço, não deve gemer, nem gritar, não deve respirar, nem falar, pois em o fazendo, se reduz consideravelmente a energia das forças expulsivas — a força se escapa com ar, pelas vias aéreas!

Si depois de tomar fôlego, sentir ainda desejo de continuar o esforço expulsivo, deve em um segundo arranco, inspirar profundamente, fechar a boca e exprimer... — O escapamento de fezes, a dilatação do anus, o abaulamento perineal e o entreabrir da fenda vulvar, são os diversos passos, que uns após outros, anunciam a proximidade do desprendimento.

Precisamos nos preparar para a defesa do períneo.

Como faze-lo?

Comandando o desprendimento. A cabeça deve transpor o anel vulvar, pelos menores diâmetros, de fórmula a não

distende-lo demasiadamente; e além disso, paulatinamente, de vagar, de fôrma a permitir que se exteriorize toda a capacidade elástica dos tecidos.

A cabeça atravessa a vulva nas condições referidas, quando se encontrar suficientemente flectida, o que podemos reconhecer, tateando a pequena fontanela.

Quando ela distar da borda inferior do pube, cerca de 7 centímetros, é sinal de que a região suboccipital entrou em contacto com o ligamento arcuato — podemos então permitir o movimento de deflexão da cabeça.

Êste movimento precisa ser dosado, realizar-se com vagar, dirigido pelo indicador e polegar da mão direita, que apoiando sôbre o períneo, e através deste sôbre a fronte do fêto, impedem a deflexão rápida.

É conveniente que a passagem da circunferência cefálica mais avançada, a sub-occipito-frontal, seja comandada, isto é, que se dissocie a ação da prensa abdominal da força de contração do útero.

Para alcançar êste desiderato, aconselhamos à parturiente, a fazer inspirações profundas, com a bôca bem aberta, quando sentir desejos de fazer força — suprimimos assim, a ação da prensa abdominal; só atuará a força da contração uterina.

Passado aquele desejo, convidamo-la a expremar voluntariamente — atua então, sómente a prensa abdominal.

Decompomos, por êste meio, a força expulsiva em seus elementos constituintes; fazemos agir isoladamente, seja o útero, seja a prensa abdominal.

Desta maneira, é menor a energia do esfôrço expulsivo; podemos dosa-lo, sobretudo si conduzirmos o desprendimento pela ação voluntária da prensa, de mais facil comando.

Assim pois, no momento crítico, da travessia da circunferência máxima, comandamos a expulsão, convidando a parturiente a fazer esforços, ou suspendendo-os, dosando-os, até que devagar, se desprenda o diametro sub-occipito-frontal.

A fúrcula da vulva escorrega-se então, pela face do fêto, ao se acentuar a deflexão fetal — desprende-se a cabeça.

Esta não tarda a sofrer novo movimento, ora de rotação externa, de maneira a condicionar o desprendimento das espáduas.

A espádua anterior coloca-se sob o pube, e a posterior vai deslizar sôbre o períneo.

Algumas vezes, o períneo não se rompe por ocasião do desprendimento da cabeça, porém tal acontece durante a expulsão das espáduas. Por isso, é conveniente, antes de fazer trações sôbre a cabeça, ao aflorar na rima vulvar o diametro bi-acromial, apanhar a mão correspondente à espádua posterior e desprender o membro correspondente, de fórmula a substituir o diametro escapular por outro menor, como é o axilo-acromial.

Assim, conseguimos poupar o períneo. Sómente se rompem os períneos hipoplásicos, em estado de imperfeita maturidade.

Mas, si romper-se o períneo, como podemos repara-lo?

Da seguinte maneira: Colocamos a paciente em posição de talha, na borda da mesa, antes do delivramento.

Introduzimos na vagina, um chumaço de gase, ou uma compressa grande, de fórmula a impedir que o campo seja obscurecido por sangue; depois, colocamos uma valvula larga de encontro à parede vaginal anterior, para expor suficientemente o campo.

Si a paciente fôr muito sensível, infiltramos os tecidos a serem suturados, com solução de novocaina a 1 %; si não fôr, talvez se possa dispensar a analgesia. Os pontos da mucosa geralmente não doem, só os da péle costumam despertar reações dolorosas.

Exposto o campo, si a rotura tivér interessado a camada muscular, si fôr do 2º ou 3º gráu, devemos dar dois ou três pontos profundos, perdidos, interessando os musculos das paredes laterais da laceração, com cat-gut; depois fazemos um chulêio, ou damos pontos separados, também com cat-gut, de dentro para fóra, afrontando bem os tecidos da parede

vaginal posterior, até à fúrcula da vulva; finalmente, damos pontos de crina ou sêda, na péle, coaptando da melhor maneira possível, as bordas da laceração.

Retiramos então o tampão, ou a gase introduzida na vagina, e esperamos o delivramento, isto é, a expulsão da placenta.

Como deve ser conduzido o delivramento?

Devem-se observar os sinais que depõem pelo descolamento da placenta, para só então manobrar para completar a sua expulsão.

Logo após a expulsão do fêto, o útero se encontra com o fundo ao nível da cicatriz umbilical; daí há pouco, notamos que êle ascende, sóbe, ultrapassa a cicatriz e se desvia um pouco para a direita.

Em seguida, o fundo do órgão volta de novo para o nível da cicatriz — só então, a placenta se encontra ao nível da vagina e inteiramente descolada.

Podemos também reconhecer o descolamento, da seguinte maneira: logo após a expulsão do fêto, pinçamos o cordão ao revés da vulva; com o descolamento e descida da placenta, a pinça se afasta cerca de 10 cms. daquele ponto.

Assim também, antes do descolamento, si fizermos pressão com a ponta dos dedos em riste, sôbre as porções inferiores do útero, ao nível da borda superior da sinfise — o cordão umbilical, em certa extensão, reingressará na vagina.

Si ao contrário, o descolamento já tivér se processado, tal não acontecerá — o cordão tenderá a sair mais um pouco.

Uma vez, por conseguinte, reconhecido o descolamento da placenta, fazemos ligeira massagem sôbre o útero, e quando êle se tornar rijo, empurramo-lo na direção da vagina — a placenta que ali se encontrava, será expelida para o exterior.

Cuidado com o desprendimento das membranas, elas poderiam se despedaçar, si fôssem arrancadas — convêm

torce-las, de fôrma a, como cordas, aumentar-lhes a resistência e promover o descolamento total.

Após a expulsão da placenta, temos o dever de verificar si ela se acha completa, si lhe faltam cotilédonos e si as membranas estão completas.

Si não tivérmos sido impacientes e não tivérmos procurado terminar logo o parto, fazendo massagens e pressões intempestivas sôbre o útero, de fôrma a provocar a expulsão da placenta, antes do seu descolamento fisiológico — muito provavelmente ela e as membranas estarão completas.

Si houver falta de tecido placentar, é conveniente levar o fato ao conhecimento do médico.

A falta de pequena porção de membrana exige sómente maior vigilância no puerpério; si a retenção fôr muito extensa, é também conveniente comunicar ao médico.

Todas as ocorrências anormais então verificadas, sobretudo impossibilidade de delivramento e hemorragia, serão objeto da mesma medida.

Terminado o delivramento, pode dar à paciente 0,50 a 1 gr. de ergotina, por via oral — o que entretanto, não é imprescindível.

Passamos então, a fazer a toilette da paciente — retiramos o lençól sujo de sangue e mecônio, e colocamos sob as suas nádegas, toalha limpa, ou outro lençól.

Limpamos a vulva, sulco genito-crural, períneo posterior e face interna das côxas, por meio de gase seca ou, si fôr preciso, embebida em solução de oxido cianureto de mercúrio.

Estando limpo o campo, depomos de encontro à vulva, perineal (algodão envolto em gase — esterilizado) e o mantemos *in loco*, com auxílio de curativo em T.

A enfermeira troca a camisa da paciente, após te-la enxugado e refrescado com talco — feito a sua toilette, enfim.

Resta-nos agora, sómente, transportar a paciente para o leito em que definitivamente deve ficar.

## VII

**HEMORRAGIA DO DELIVRAMENTO**

Por ocasião do delivramento, se verificam por vezes acidentes hemorrágicos da mais alta gravidade, seja por insuficiência das contrações uterinas, seja por lacerações ocorridas ao nível do cólo do útero, vagina e vulva, interessando aqui o tecido cavernoso do clitoris.

Na primeira hipótese, a insuficiência de contractilidade uterina não consegue realizar as chamadas *ligaduras vivas*, que determinam a hemostasia fisiológica o útero puerperal. As ligaduras vivas são consequência de novo rearranjo das camadas musculares do útero; com efeito, as paredes bastante delgadas do útero cheio, tendem, por efeito da tonicidade e contractilidade, que lhes são próprias, a sofrer novo rearranjo, a se escorregarem uma sôbre as outras, a se entortilharem, de fórmula a tornar espessas as paredes do órgão vasio.

O escorregamento das camadas musculares quebra a continuidade dos vasos, que da artéria uterina vão ter à ferida placentar; o sangue então é impedido de se derramar, como aconteceria com líquido de irrigador, si dobrássemos e quebrássemos a continuidade do respectivo tubo de borracha.

Quando porém o rearranjo muscular se processa a custa de forças debeis de útero cansado, que se contrai com pouca energia, a quebra de continuidade dos vasos não é suficiente para vencer a pressão sanguínea; o sangue sobrepuja o obstáculo e se derrama no útero, mais ou menos intensamente, de acôrdo com o vulto do embaraço oposto à sua erupção.

Constitue-se assim, a hemorragia atônica do delivramento.

Outras hemorragias se processam por lacerações de vasos do canal da parturição, durante a passagem do fêto, principalmente, nas extrações rápidas das operações obstétricas, ou mesmo em partos espontâneos, quando a energia das contrações uterinas é muito acentuada.

Não convêm confundir estas hemorragias, com as que fisiologicamente se processam por ocasião do delivramento — ao descolar-se a placenta, frequentemente a paciente perde certa porção de sangue, que não excede de 300 a 400 cc., não tardando porém, a cessar a perda. No delivramento, a maneira de Duncan, a perda externa se observa com mais frequência.

Que fazer em caso de hemorragia anormal?

Em primeiro lugar, mandar chamar o médico, quer a paciente se encontre em domicílio, ou em casa de saúde.

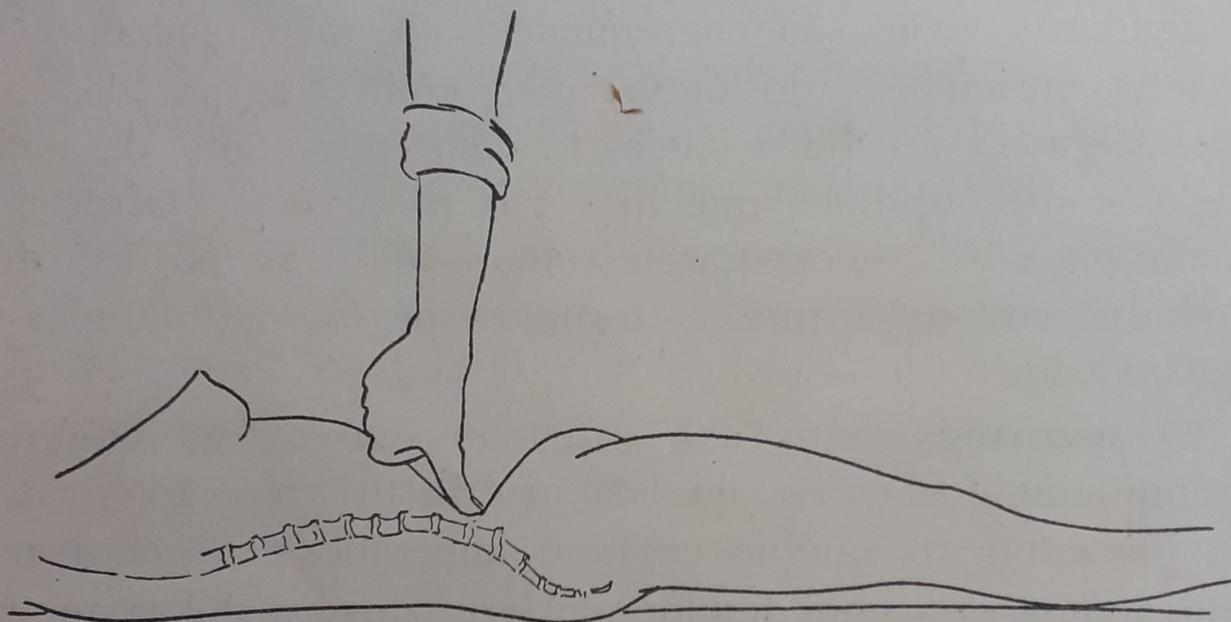


Fig. 32 — Compressão da aorta, em caso de hemorragia do delivramento.

Antes porém que o médico chegue, a parteira deve fazer algo:

Provocar o delivramento. Faz massagens sôbre o útero, até que êle se torne rijo, aperta-o então com as mãos, e ao mesmo tempo, empurra-o para baixo, na direção da vulva. Quasi sempre, na maior parte das vezes, com esta manóbra, é provocado o delivramento. Si necessário fôr, poderá repeti-la mais de uma vez.

Si com o delivramento, cessar a hemorragia, o caso estará resolvido — só resta verificar a integridade da placenta e das membranas.

Si a hemorragia não cessar, não terá outra alternativa, senão comprimir a aorta, de encontro aos corpos vertebrais (Fig. 32).

Com o esvaziamento do útero, as paredes abdominais ficam bambas e flácidas, deixando palpar perfeitamente bem a coluna vertebral, sobre a qual se percebe a aorta, grossa, com os seus batimentos.

Pois bem, comprimindo-a de encontro à superfície óssea isotoposta, com a polpa do polegar, é suprimida toda a circulação do trem posterior da paciente, e a hemorragia cessa, qualquer que seja a causa — hipotonia ou laceração vascular.

No caso de hipotonia, pelo fato de acumular-se certa porção de gás carbônico no sangue da região em que cessou a circulação, o útero sofre excitações que o levam a contrair-se fortemente, cortando por vezes, definitivamente, a hemorragia.

Acontece porém, que a compressão é fatigante; por mais que se recorra ao auxílio de outra mão e de outras pessoas; ela não pôde perdurar eficazmente, além de certo lápso de tempo.

Construiu-se para facilitar a compressão, pequeno aparelho, que nada mais é que quadrilatero de madeira, tendo em uma das suas bordas, pequena chanfradura que se adapta à forma do corpo vertebral e assim poder exercer compressão sobre a aorta — é toda forrada de camurça. Junto à borda oposta, o quadrilatero apresenta larga fenda, através da qual passam os dedos que empunham o compressor.

Este é levado de encontro à espinha, alojando a sua chanfradura sobre o corpo vertebral, sobre o qual é fortemente comprimido — a aorta não pôde fugir aos efeitos do aparelho, e interrompe-se a circulação do trem posterior.

É mais cômodo que a compressão digital.

Na falta do compressor, recorrerá ao uso do laço de Momburg.

Este é um tubo de borracha grosso, que se pôde improvisar com tubo de irrigador, e que se passa atra-

vés da cintura, duas ou três vezes, comprimindo cada vez mais, até que a compressão interrompa a circulação, do ponto comprimido para baixo (Fig. 33).

Para passar o laço, a paciente deve ficar na posição de Trendelenburg, de forma que as alças intestinais fujam da região a ser comprimida e procurem pela ação da gravidade, a concha diafragmática. A parteira póde improvisar recurso, afim de obter facilmente a posição de Trendelenburg, colocando a paciente sôbre dorso de cadeira capotada no leito.

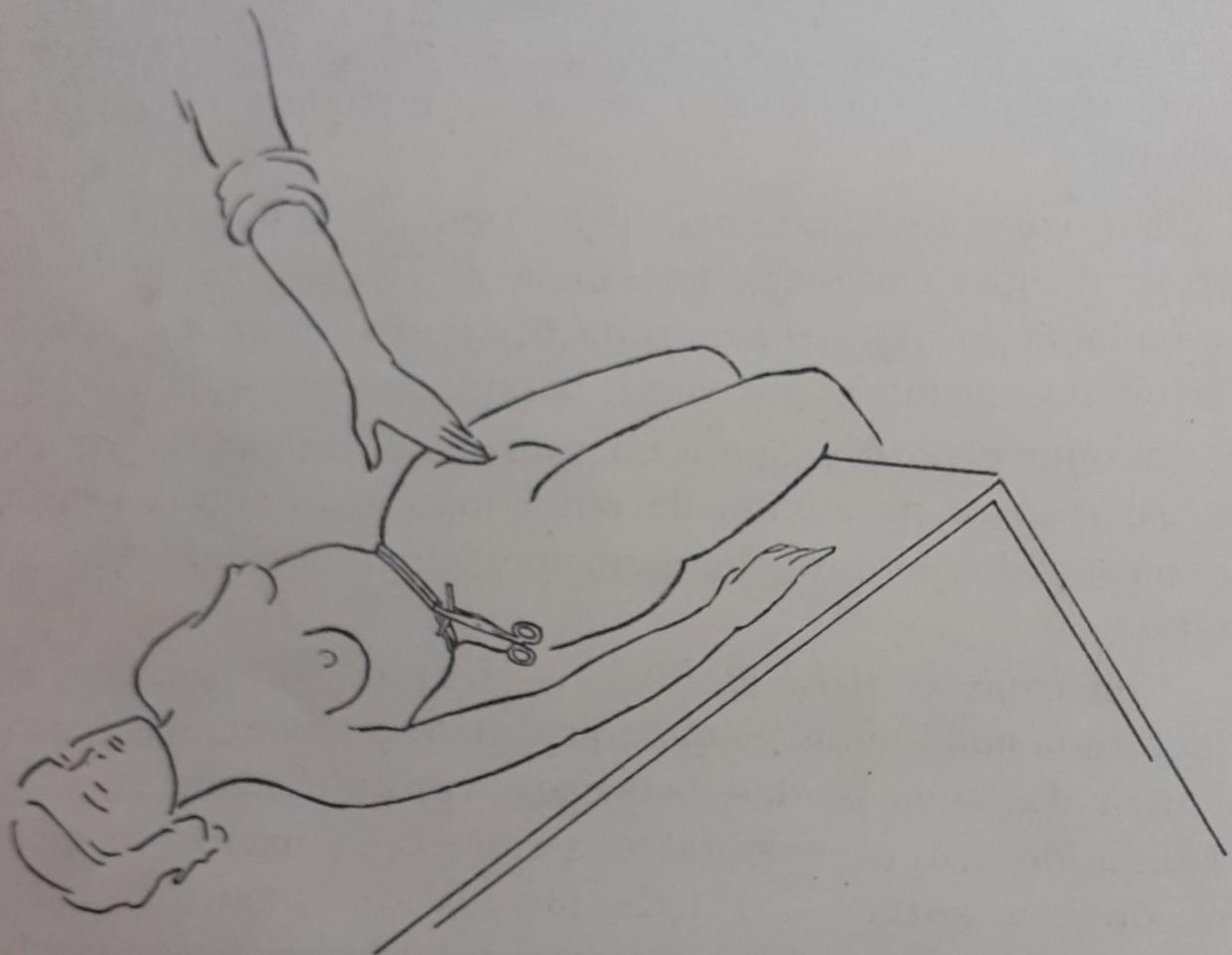


Fig. 33 — Laço de Momburg.

O laço de Momburg deve ser passado, até que cessem as pulsações da artéria femural, o que se percebe pela palpação da região crural — sinal de que está interrompida a circulação dos membros inferiores, útero inclusive.

A paciente está estanque, cessou a hemorragia.

\*

Vejamos agora outra hipótese — não foi possível expelir a placenta por manobras externas.

Que fazer?

Si a hemorragia correr por conta de laceração vascular, o útero contraído, nenhum embaraço oporá a compressão digital da aorta, por meio do compressor ou do laço de Momburg.

O mesmo porém não acontecerá, si a hemorragia fôr atônica, circunstância em que o órgão cheio de sangue, póde obscurecer detalhes e acidentes topográficos, dificultar e embaraçar a compressão da aorta, por um dos meios supra-citados.

Nestas condições, *si a perda fôr grande e a terapêutica urgir*, a parteira não deve hesitar — desinfete as mãos e antebraço, até a dóbra do cotovelo, com tintura de iodo; calce as luvas; passe solução de metafen ou mercúrio-crômo sôbre a vulva, sulco gênito-crural, períneo e face interna das côxas — e faça o delivramento manual.

Guiada pelo cordão, a mão penetra na vagina e no útero, reconhece a borda placentar e se insinua entre ela e a parede uterina, efetuando por movimentos laterais, o descolamento da placenta. Estando todo o bôlo placentar descolado, é colhido e retirado conjuntamente com as membranas, sofrendo no exterior, o exame necessário.

Após o delivramento manual, injeções de pituitrina e ergotina podem ser feitas, si tratar-se de hemorragia por hipotonia, com o que ela cessará; e si não cessar, recorreremos à compressões, ou ao laço de Momburg.

É conveniente após a extração manual, fazer irrigação intra-uterina abundante, com água quente, tendo diluido líquido de Dakin ou água oxigenada, de fórmula a mecanicamente e por meio químico, tratar profilaticamente a infecção, que casualmente pudér sobrevir.

Ulteriormente, com o mesmo objetivo, será administrado preparado de sulfanilamide.

Mais uma vez repito, só em caso de perigo de vida, a parteira está autorizada a fazer o delivramento manual.

Cessada a hemorragia, pelos cuidados da parteira, ou pelos que o médico puzér em prática, a paciente será re-

animada pelo repouso em decubito dorsal inclinado, posição em declive cefálico, para melhor irrigação dos centros nervosos; por aquecimento por meio de sacos de borracha com água quente, analépticos, injeções de sôro fisiológico, ou de plasma, transfusão sanguínea etc., conforme a gravidade do caso.

Quando o médico chegar, é possível que queira fazer uma sutura, ou um tamponamento — como deve se conduzir a enfermeira?

*Sutura.* — Enquanto é esterilizado o instrumental, prepara a paciente, como si fôsse para uma operação ginecológica — coloca-a na borda da mesa de curativo, em posição de talha, desinfeta-lhe com mercúrio-crômio os órgãos genitais externos e vizinhança; insinua-lhe sob as nádegas, lençól esterilizado, cuja extremidade vai ter à balde colocado ao pé da mesa; depõe outro lençól sôbre o ventre, e veste-lhe o campo operatório, isto é, lhe introduz as perneiras e dispõe convenientemente o resto do campo, de fôrma a expôr apenas a vulva (Fig. 28).

O campo é mantido por meio de pinças apropriadas. A paciente deve ser anestesiada.

O operador e seus auxiliares estarão em fôrma; a enfermeira também.

Em mesa próxima, revestida por toalha esterilizada, encontram-se válvulas vaginais, pesantes e de outra espécie — três; quatro pinças para cólo, de garras, ou melhor, em anel; porta-agulhas e agulhas curvas de Hogdorn, sortidas; fios de cat-gut n.º 1, ou n.º 2; 2 pinças de disseção com dentes de rato, longas; uma pinça de curativo; tambor com pequenas compressas de gase.

*Tamponamento.* — Os cuidados atinentes à paciente e ao operador são os mesmos.

O instrumental se compõe de válvula pesante e duas válvulas vaginais; duas pinças de garras, ou em anel, para prender o cólo do útero; uma pinça de curativo ginecológico; pequeno tambor com tira de gase dobrada em zig-zag, com a qual se faz o tamponamento útero-vaginal. Pequenos chu-

maços de gase se destinam à toilette da vagina. Durante o tamponamento, as paredes do conduto não são tocadas pela gase, resguardadas como estão, pelas válvulas laterais e posterior; o lábio anterior do cólo é atraído até à flôr da vulva.

O tamponamento não deve perdurar mais de doze horas; findo êste praso, deve ser desfeito.

A vagina cheia de gase, póde embarçar o esvaziamento da bexiga; si tal acontecer e estiver produzindo incômodos, a passagem de uma sonda, cercada dos cuidados habituais, resolve o incidente.

---

## VIII

### PUERPÉRIO

Puerpério é o período após o parto, em que o aparelho genital, sobretudo o útero, sofre processo de involução e se atrofia, em virtude da qual, volta às condições que lhe eram próprias, antes da gravidês.

Geralmente o puerpério se prolonga por quarenta dias.

Durante o puerpério, diversos fenômenos interessantes são observados; diversos cuidados devem cercar a puérpera.

*Temperatura e pulso.* — Serão tomados no correr do dia, de quatro em quatro horas.

Após o parto, a paciente póde apresentar calefrio, sem maior significação — resulta de desequilibrio térmico, consequente à expulsão do féto.

Assim também, não tem significação ascensão térmica nas primeiras vinte e quatro horas — corre por conta de reabsorção de sangue e outras matérias, através de soluções de continuidade creadas no canal da parturição.

O mesmo não acontecerá nos dias subsequentes.

No Instituto de Puericultura, consideramos de infecção puerperal, a temperatura que surgir após o segundo dia de puerpério, que ultrapassar 38°, por mais de 24 horas, estando presentes sinais afirmativos de infecção.

Por vezes, a temperatura não alcança aquele nível, ou alcança, e corre por conta de uma pielite, ou infecção da mama, ou mesmo de leve infecção puerperal.

O exame da urina, a presença de pús, esclarece, não raro, a causa da febrezinha, no primeiro caso; e no segundo, a palpação descobre sector endurecido e quente na mama.

Urotropina ou piridium, associado à vacina anti-coli, por via oral, resolve o caso de pielite; aplicação quentes e húmidas, sôbre a mama, ou ondas curtas, constituem o remédio mais eficás para a resolução do processo inflamatório em apreço.

Gripe, amigdalite, podem igualmente provocar o aparecimento de febre.

Os sinais positivos de infecção puerperal, que se associam à temperatura são: discordância do pulso, isto é, pulso muito muito acelerado em relação à temperatura — 38° com 100 pulsações; alteração dos lóquios, seu máu odor; dôres nas fossas ilíacas; perturbação na involução uterina — sintomas que estudaremos em seguida.

*Involução uterina.* — É o processo de atrofia experimentado pelo útero, em virtude do qual o seu volume é gradualmente reduzido, de fôrma que o fundo do órgão que se encontrava a 12 cms., da borda superior do pube, por ocasião do delivramento, se reduz a tal ponto, que no duodecimo dia do puerpério, se encontra apenas a três centímetros daquele ponto — reduz-se por conseguinte, um centimetro por dia, progressivamente, invariavelmente.

Ao ser feita a mensuração, deve-se verificar si a bexiga está vasia, pois si estiver cheia, o útero será deslocado e apresentará volume que não corresponde à realidade.

O fundo do útero é medido diariamente, sendo anotado na papeleta da puérpera. Perturbações de involução, isto é, apresentando-se o órgão maior do que devera, constitue um dos sinais de infecção puerperal.

Póde-se entretanto encontra-lo, sub-involuido e divorciado da infecção — efeito de retenção de membranas e fragmentos de placenta.

*Lóquios.* — São líquidos extravasados principalmente da ferida placentar, e também secretados e transudados ao nível do cólo e da vagina.

Nos primeiros dias, é constituído por sangue puro — *lóquio vermelho ou cruento*; mais tarde, apresenta-se cada vez com maior quantidade de serum, torna-se *róseo* ou *sero-sanguinolento* e finalmente *seroso*, do 10.<sup>o</sup> ao 15.<sup>o</sup> dia.

Não tem máu cheiro. O odor desagradavel resulta de putrefação de membranas e fragmentos placentares retidos, bem como de coágulos sanguíneos.

O lóquio torna-se de novo sanguinolento, nas vizinhanças do 15.<sup>o</sup> dia, para depois cessar inteiramente; ou tornar-se *branco*, purulento, até desaparecer de todo.

Não é normal o lóquio com aspecto de chocolate, com coágulos, mal cheiroso e abundante — todos êstes caracteres são consignados na papeleta.

A cessação, ou escasseamento súbito dos lóquios — retenção loquial — póde provocar fébre, que não é infecciosa, mas proveniente da reabsorção loquial — veja bem esta possibilidade! O uso de gôtas de ergotina, um pouco de cardiazol-quinino, e, em último caso, a drenagem, resolvem o impasse.

\*

*Lactação.* — Nos primeiros dias do puerpério, se estabelece a *lactação*. A mama apresenta antes do parto, uma secreção muito escassa de líquido — *coloastro*.

Ao se desencadear a lactação, a glândula torna-se primeiramente dura, dolorida, pesada e quente. A sensação de pêso e dôr, sendo muito acentuada, requer correção, — suspende-se a mama, por meio de suspensório de fralda, ou melhor, por meio de tiras de esparadrapo (Fig. 34).

Uma tira apanha as faces externa, inferior e interna da mama, suspendendo-a, fixando-se as extremidades na altura da região sub-clavicular do lado oposto; procede-se da mesma maneira do outro lado; solidarizam-se ambos as faixas com tira transversa por cima das extremidades; mais duas tiras,

coladas na face externa das mamas, auxiliam a suspensão, ao se fixarem ao lado da axila. É assim facilitada a circulação venosa e linfática, diminuído o turgôr, desaparecendo a sensação de pêso e as dôres.

Durante a lactação, a mamila pôde apresentar *fissuras* e a mama tornar-se de novo dolorida -- *mastite*.

A fissura é combatida com aplicações de nitrato de prata a 1 %, uma vez por dia; azul de metileno, no mesmo título, ou senofile. Si a rachadura fôr pequena e pouco dolorida, a amamentação pôde ser continuada diretamente;

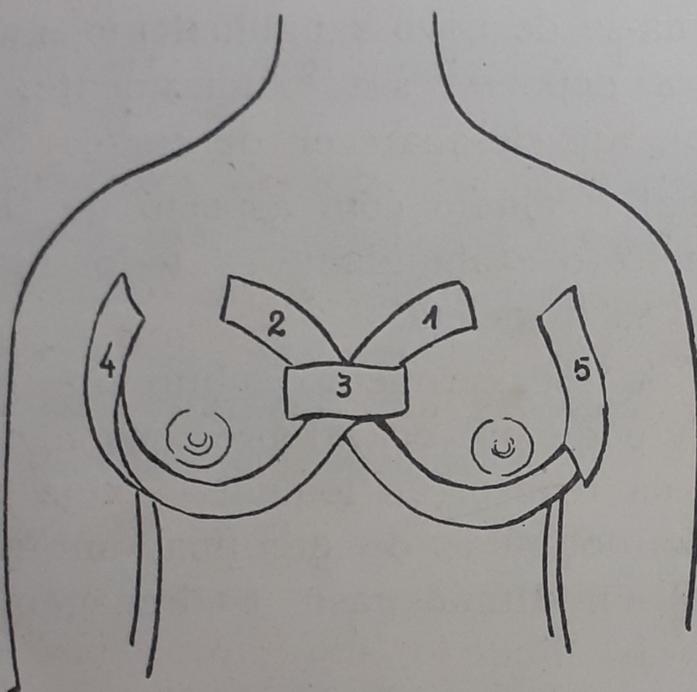


Fig. 34 — Suspensão das mamas com tiras de esparadrapo.

si fôr grande, sangrar e doer muito, deve ser interdita, ou permiti-la sómente, através de protetor de vidro, munido de bico de borracha e que se aplica sôbre a mama. A mamila é então protegida contra os traumatismos. Pôde-se também tirar o leite, por meio de bombas, e alimentar a criança às colherinhas.

A dôr da mama, acompanhada de nódulos endurecidos, onde a reação dolorosa é mais viva; de vermelhidão da pele e temperatura, traduz infecção da mama — *mastite*.

O tratamento consiste em suspender a mama e fazer aplicações quentes e húmidas — depõe-se sôbre a região inflamada uma compressa humedecida e sôbre ela saco de borracha com água quente.

Aplicações de ondas curtas dão os melhores resultados. Si a temperatura se exacerbar além de 39°, o uso de sulfanilamides tem toda a razão de ser.

A supuração é revelada pela persistência dos fenômenos locais e temperatura de carater remittente, isto é, exacerbação vesperal, sem que desapareça inteiramente pela manhã.

Neste caso, é preciso abrir o abcesso que se está formando, debridar largamente o fóco, e drenar. O médico tomará as providências necessárias. Tudo será registrado na papeleta.

A mama assim infectada, não se presta ao aleitamento, sobretudo si os canais galactóforos estiverem comprometidos.

\*

Não raro, se observa retenção de urina, nos primeiros dias do puerpério, sobretudo nos casos de intervenção obstétrica — o leitor verá a maneira de trata-la, na parte de cateterismo da bexiga.

No terceiro dia do puerpério, si a paciente não tiver ainda evacuado, administra-se-lhe purgativo de óleo de ricino, em cápsula.

Hão de ouvir muito, falar em fébre de leite. Não existe esta fébre — ela corre por conta de infecções puerperais leves, ou de uma pielite benigna, gripe, amigdalite, mastite, retenção loquial etc.

Quando póde levantar-se a puérpera?

Depois do quarto ou quinto dia, desde que se sinta com forças para isso. A enfermeira, entretanto, não deve dar conselhos neste particular; só o médico decidirá da conveniência de levantar-se cedo, ou tarde. Logo que se levantar, sentir-se-á um pouco tonta e com formigamento nos pés — não tem importância, passa logo...

Podará banhar-se?

Sim. Desde que se levante, póde tomar banho de chuveiro, com água fria ou tépida, comtanto que não tenha pon-

tos perineais. Si os tivér, poderá banhar-se quando fôrem retirados. Banhos de imersão são permitidos duas semanas após o parto.

A gestante deve enfaixar o ventre?

Poderá faze-lo, si lhe proporcionar confôrto; não porém, com o objeto de impedir que o ventre se lhe desenvolva demasiadamente. Com êste fim, o enfaixamento é perfeitamente inoperante.

Atinge-se êste objetivo, por meio de ginástica, principalmente a que leva à contração, os músculos largos do abdome — a puérpera deitada sôbre o leito, com os membros inferiores distendidos, procura sentar-se por flexão do tronco, sem tomar ponto de apoio com os cotovelos; estando sentada, passa lentamente para o decúbito dorsal, desajudada pelos braços. A ginástica só é permitida na ausência de roturas perineais, ou quando elas já estiverem cicatrizadas.

Durante a amamentação, nos primeiros três mêses, geralmente a mulher não é menstruada; por vezes, muito maior é o período de amenorréia.

Isto porém não impêde que ela conceba.

Qual a alimentação da puérpera?

A puérpera não é uma doente — alimentar-se-á do que lhe aprouvér, do que gostar. Naturalmente, conservando-se deitada nos primeiros dias do puerpério, será moderada na quantidade de alimentos e afastará os de difícil digestão.

E as relações sexuais?

Serão reiniciadas depois que a involução puerperal se tenha completado, o que geralmente acontece cêrca de quarenta dias após o parto.

Os dados referentes à temperatura, pulso, lactação, micção, defecação, estado das mamas, estado geral e local do períneo, e acidentes, serão consignados na papeleta da puérpera.

## IX

## CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

Assim que a criança nascer, o primeiro cuidado é limpar-lhe os olhos e depôr nas conjuntivas, uma ou duas gotas de nitrato de prata a 1% (Fig. 35).

Êste cuidado — credeização, pois foi aconselhado por Credé, visa destruir germes, principalmente o gonococo, que do aparelho genital feminino pôde alcançar os olhos do recém-nascido, ocasionando inflamação grave — oftalmia purulenta — responsável por grande número de casos de cegueira.



Fig. 35 — Credeização dos olhos.

O nitrato de prata destrõe o germe, antes do aparecimento da infecção, e assim constitue o meio mais seguro de evitar o aparecimento da oftalmia.

Quanto mais cêdo fôr feita a credeização — melhór; maiores serão as probabilidades de sucesso; por isso, deve ser posta em prática logo após o nascimento — limpa-se os olhos com gase esterilizada, repuxa-se para baixo a palpebra inferior, apoiando a tração com compressa seca, e depõe-se a medicação no canto interno de cada olho.

Si o fêto fôr do sexo femenino, e sobretudo si a apresentação tivér sido de nádega, deve-se ter o mesmo cuidado em relação à vulva, como prófilaxia de vulvo-vaginite.

Em seguida, seccionamos o cordão (Fig. 37).

Não devemos fazê-lo imediatamente após o nascimento, mas sim, alguns minutos mais tarde, quando as suas pulsações, junto ao fêto, tiverem cessado, ou tornado bastante enfraquecidas. Com êsse cuidado, uma certa quantidade de sangue, a mais, passa da placenta para o fêto.

Esmagamos o cordão com pinça de Kocher, a uns 6 cms. do ventre, e amarramos o cordão com fio de sêda ou cadarço, a uns 3 cms. do manguito cutâneo; amarramos bem e cortamos o cordão à tesoura, entre o nó e a pinça. Enxugamos a superfície cruenta e aparamos o excesso de fio.

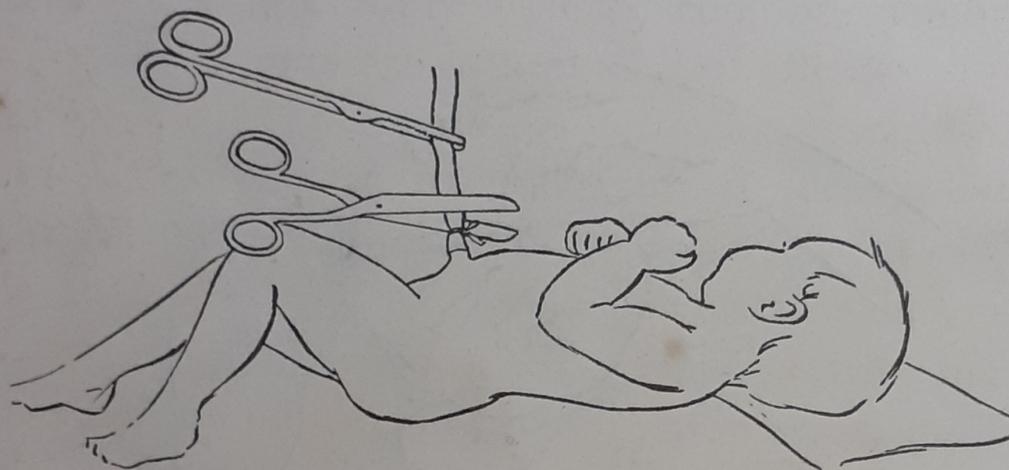


Fig. 36 — Secção do cordão.

Deve-se tirar o vernis caseoso?

Não há necessidade de fazê-lo; salvo, si fôr particularmente abundante, assim mesmo, sem sermos muito zelosos.

Na face, pescoço e atrás das orelhas, podemos se-lo. Embebemos chumaço de algodão esterilizado em vaselina líquida, ou óleo, e esfregamos docemente a região revestida pelo vernis.

Desta fórmula, dele libertamos aqueles pontos, com a maior facilidade.

Si o fêto fôr prematuro, não devemos fazê-lo, sob pretexto algum.

E o banho?

Uns dão, outros não. Eu entendo que logo após o nascer, o fêto deve ser banhado, para libertar a sua péle, de sangue, mecônio e líquido amniótico.

Agora, daí por diante, nos dias seguintes, é que a opinião pôde variar — uns banham e outros não.

Na Maternidade do Hospital Pró-Matre, o professor Fernando de Magalhães fez estudo a respeito, submetendo alternadamente os fétos, à medida que nasciam, às duas condutas.

Não houve diferença alguma entre ambos os lotes de 100 crianças, quanto a afecções cutâneas. Os cordões caíram mais precocemente nos fétos que se banhavam; o que pôde parecer paradoxal, pois era natural se esperasse o contrário, por efeito de mumificação mais perfeita nos fétos, que se não banham.

No meu Serviço, para poupar trabalho às enfermeiras, é praxe, após o primeiro banho, fazer simplesmente toa-lete das nádegas, por meio de compressas embebidas em água tépida.

Na clínica particular mando banhar; sobretudo nos meses quentes do verão.

Após o banho, são enxutos e empoados com talco. Não deve-se usar pó de arroz, que fermenta e irrita a pele.

Em seguida, são tomadas as medidas, os diâmetros e circunferências cefálicas; o comprimento e o peso do feto.

Na clínica particular só se verifica o peso e a estatura; um ou outro parteiro se interessa pelas medidas da cabeça.

Não podemos deixar de examinar o recém-nascido, para verificarmos a presença de anomalias — inspecionamos os seus membros, a bôca, abóboda palatina, vulva, anus e todo o corpo.

Na vulva, verificamos sobretudo si os pequenos lábios estão livres, ou colados um ao outro — hiposínclise.

No anus, o que mais interessa, é saber si existe ou não, imperfuração, alta ou baixa. O meio mais facil e seguro de fazer a verificação, consiste na introdução de sonda de goma maleavel e lubrificada com vaselina, pelo canal anal acima.

Passamos ao curativo do umbigo — como faze-lo?

Tomamos uma compressa redonda ou quadrada, com 4 cms. de lado, e a fendemos até o meio; envolvemos o côto

do cordão em tira de gase, embebida levemente em álcool, e o insinuamos na fenda da compressa; colocamos gase de igual formato por cima da compressa e do côto, passamos e fixamos atadura, em torno do talhe do recém-nascido. Está feito o curativo do côto (Fig. 37).

Como vesti-lo?

Com camizinha leve de linho ou de algodão, aberta na frente, sem rendas nem bordados. Fralda de morim ou linho; casaco longo e singelo, de tecido mais grosso, que ultrapasse os pés.



Fig. 37 — Curativo do cordão.

Na estação fria, o casaco deve ser de lã; o uso de touca e de meias de lã, também é necessário; bem como cobertas do mesmo tecido.

A roupa não deve ter rendas, bordados e botões, que a tornam bonita, é verdade, mas que também magoam a pele delicada do recém-nascido.

No verão, não devemos ser exagerados no agasalho, nem seguirmos o que ensinam os europeus, que pontificam para países frios.

Entre nós, outro é o critério (Fig. 38).

Deve usar chupêta?

Não. De fórmula alguma.

E o B. C. G.?

É cuidado que não deixo de recomendar aos meus recém-nascidos.

Não apresenta perigo algum e o seu uso só pôde redundar em benefício para a criança, pois a preserva, cêrca de um ano, de contaminação tuberculosa.

Si existirem pessoas tuberculosas na família, a vacinação é absolutamente indispensavel — assim eu a considero.

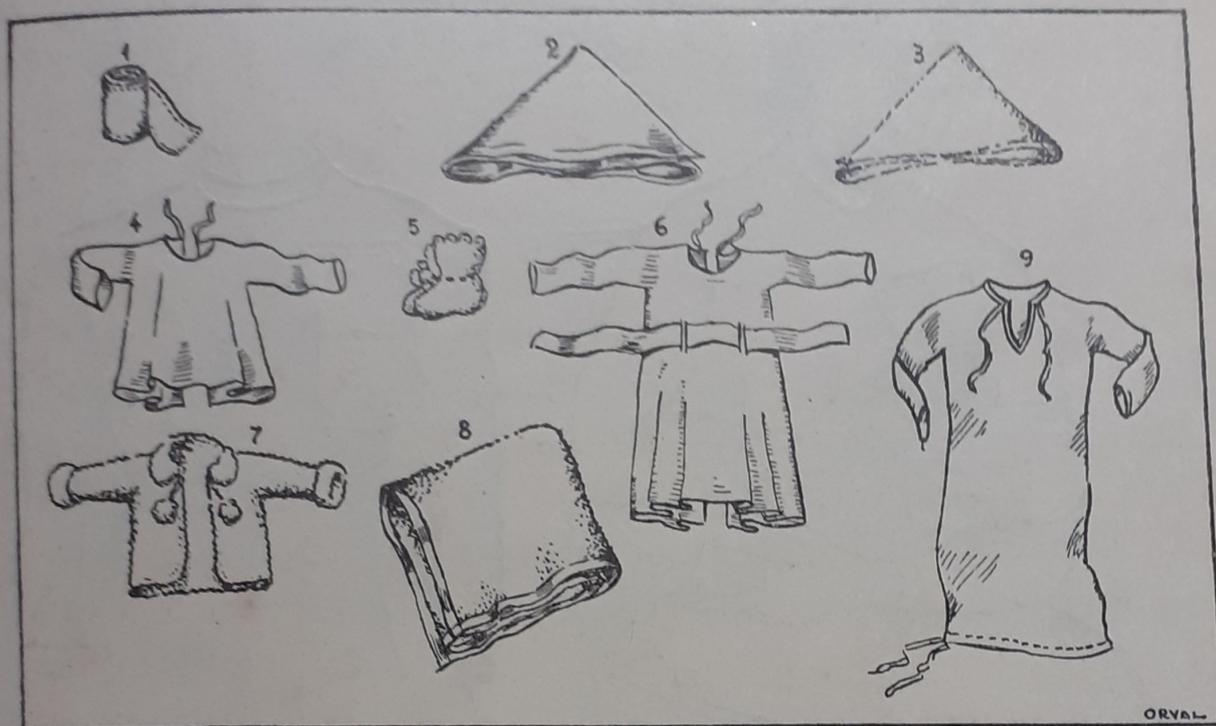


Fig. 38 — Vestuário do recém-nascido.

- |  |                  |
|--|------------------|
| 1 — Faixa de crepon.                       | 5 — Sapatinhos.  |
| 2 — Fralda de morim.                       | 6 — Camisola.    |
| 3 — Fralda de flanela.                     | 7 — Capotinho.   |
| 4 — Camisa de pagão.                       | 8 — Manta de lã. |
| 9 — Camisola de flanela para noites frias. |                  |

Como deve ser alimentado o recém-nascido?

A' princípio, simplesmente com água, ou melhor, solução de citrato de sódio a 2 %, uma colher de sobremesa, de 2 em 2 horas.

Mesmo antes de se estabelecer a lactação, ela deve ser levada à mama, pois o colostro também alimenta, é rico de material nutritivo.

Outros aconselham chá fraco de herba dôce, levemente assucarado com dextrose, sacarose ou sacarinete, de 2 em 2 horas. Prefiro a solução citratada.

Uma vez porém estabelecida a lactação, será alimentado de 3 em 3 horas — às 6, 9, 12, 15, 18, e 22 horas (Fig. 39).

No terceiro dia, deve absorver em cada mamada — 20 grs.; no quarto — 30 grs.; no quinto — 40 grs. e assim por diante.

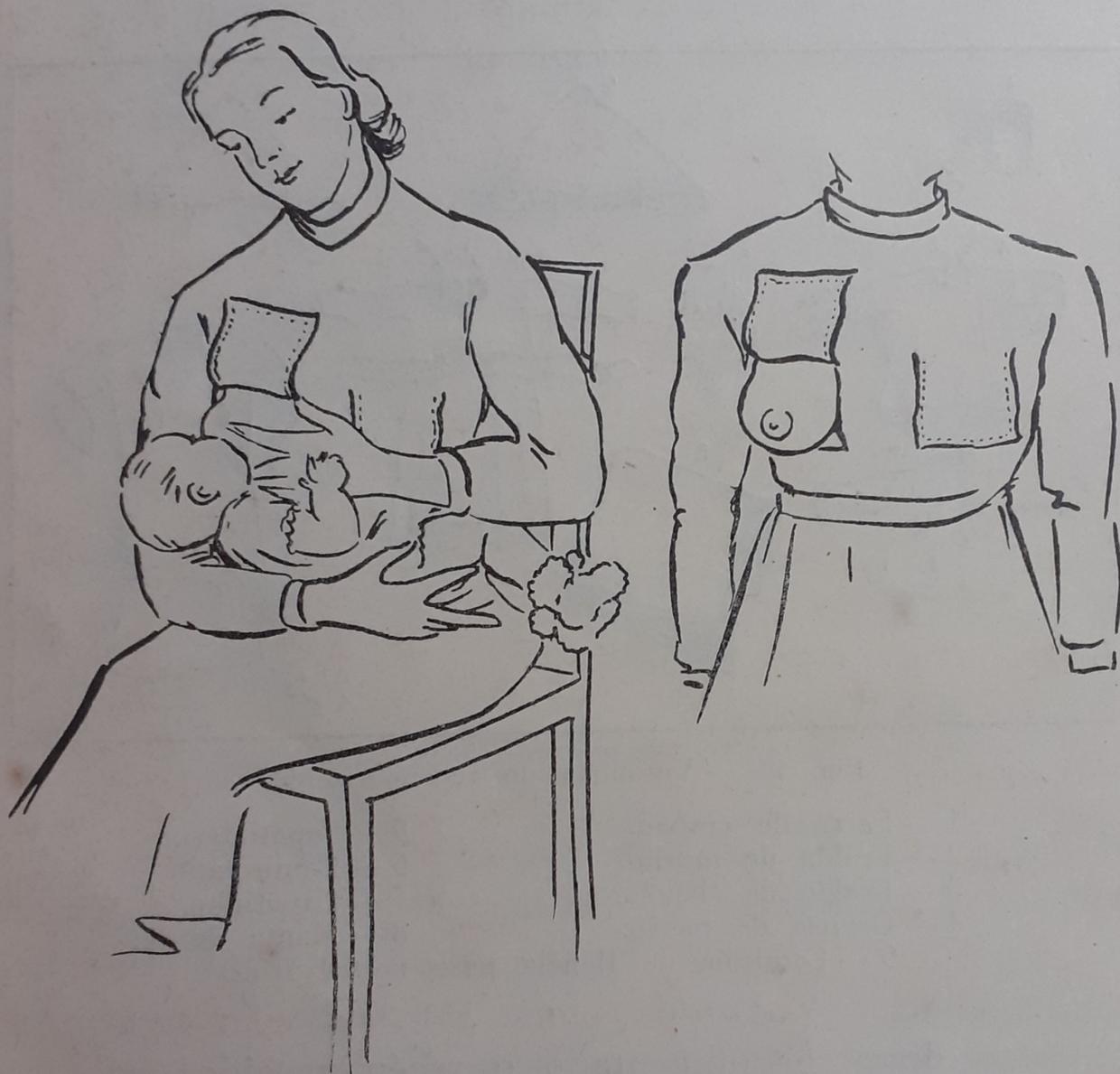


Fig. 39 — Vestido de puerpera, próprio para amamentação.

A diferença do peso, antes e depois de cada mamada, é igual à quantidade de leite ingerido, salvo si a criança urinar.

O peso do recém-nascido naturalmente cai nos primeiros dias, por efeito da defecação, micção, perspiração cutânea e exalação pulmonar, associada a insuficiência alimentar, antes da lactação. Do quarto dia em diante, aproximadamente, a

curva ponderal começa a se elevar, de maneira que no 8.º ou 10.º dia, alcança de novo o peso com que havia nascido.

A curva de peso tem pois, a fôrma de um V, com o segundo ramo, o ascendente, bastante longo.

Quando começa a ganhar peso, deve fazê-lo, cêrca de 23 grs. diariamente, nos primeiros dias.

E a evacuação?

A evacuação, a princípio é verde, côr de espinafre -- *mecônio*. Após a ingestão de leite, torna-se amarela, quatro vezes ao dia.

A evacuação deve ser bem pastosa, homogênea, côr de gema de ovo, com raros grumos esbranquiçados, ou de todo deles destituída. A sua quantidade é orçada em 15 grs. em 24 horas, nas crianças amamentadas ao sêio.

A presença de numerosos grumos esbranquiçados, que são pelotas de gordura, é anormal. A coloração cinzenta das fezes também o é — deficiência de secreção biliar. A coloração verde denota geralmente superatividade hepática. As modificações quantitativas e qualitativas devem ser comunicadas ao médico.

Há tendência no meio familiar, a considerar como provocadas por dôres de barriga, as crises de choro de que as crianças, por vezes, são acometidas.

Só estamos autorizados a invocar esta causa, quando a criança cessar de chorar após a defecação, sobretudo si as fezes forem líquidas e acompanhadas de expulsão de gases.

Do contrário, devemos investigar, para descobrir a causa — otite, incomodidade provocada por um botão, alfinete de fralda, ou outra causa qualquer.

As famílias não raro, tem a atenção voltada para a fralda, para manchas de urina, manchas róseas, onde póde-se encontrar fina poeira da mesma côr.

Não há motivo de apreensão — são depósitos de uratos, ocorrência comum em recém-nascidos.

Assim também, o aparecimento de icterícia — geralmente, não tem significação maior — corre por conta de

dissolução de globulos vermelhos do sangue, com libertação de hemoglobina. A hemoglobina é que se transforma em bilirrubina, que córa de amarelo a péle. Os globulos vermelhos se dissolvem, porque o fêto se encontra no meio externo, onde é abundante a quantidade de oxigenio, e não tem mais necessidade de tantos glóbulos sanguineos, como acontecia antes de nascer.

Só mui raramente, a icterícia corre por conta de afecções hepáticas, e nesse caso, constitue sintoma de gravidade.

Toda anormalidade que o fêto apresentar — palidez, cianose, convulsões, vômitos hemorragicos (côr de molho pardo), melena (evacuação de sangue), porejamento de sangue pelo côto umbilical, incapacidade de sucção, temperatura, vômitos insistentes ou abundantes, chôro prolongado e inexplicavel, erupção cutânea, ausência de defecação — requer a presença do pediatra.

Não há o menor inconveniente, sendo mesmo recomendavel a vacinação antivariólica; praticamo-la na Maternidade, em todos os recém-nascidos, como conduta de rotina, antes da alta.

Nunca observamos a menor inconveniência, apesar da pouca idade dos pacientes.

Não raro, os recém-nascidos apresentam nos primeiros dias do nascimento, certa secreção conjuntival, que simplesmente se acumula no canto dos olhos, ou chega mesmo a aglutinar as bordas das palpebras.

Não tem maior importância — é méro catarro argên-tico, provocado pela solução de nitrato de prata, que irritou a conjuntiva, além do limite desejavel. Si houver alguma dúvida, um exame bacterioscópico dirá imediatamente a respeito da presença ou ausência de gonococos.

Aplicações de solução boricada fazem-no rapidamente desaparecer.

Convem não considerar como provocado pelo Credé, as inflamações oculares acentuadas, com inflamação das palpebras, sua aglutinação e corrimento purulento abundante.

Por pouco que a secreção ocular seja abundante, o fato deve ser comunicado ao médico.

É regra, a tomada da temperatura duas vezes ao dia — não devemos deixar de fazê-lo.

O recém-nascido é muito sujeito a ascensões térmicas, sobretudo nos dias de calor, e quando não se definiu perfeitamente bem a sua alimentação, por falta de leite materno, quando se apresenta um tanto desidratado. Damos-lhe água e facilitamos a irradiação da temperatura, aliviando-o de agasalhos; será também banhado em água, cuja temperatura seja 2 a 3 graus inferior à sua própria.

Convém comunicar ao médico.

Como colher urina do recém-nascido?

Si fôr varão não haverá dificuldade — um tubo de ensaio pôde ser mantido em posição conveniente, com o penis no seu interior, por meio de pequenas tiras de esparadrapo. Uma vez colhida a urina; com algodão embebido em benzina, com a maior facilidade, descola-se o esparadrapo da pele fina e delicada.

Si fôr mulhêr, as dificuldades são maiores. Em caso de pressa, pôde se recorrer a cateterismo cuidadoso, sempre mais facil na mulhêr do que no homem. Deve-se entretanto evita-lo, o mais possivel.

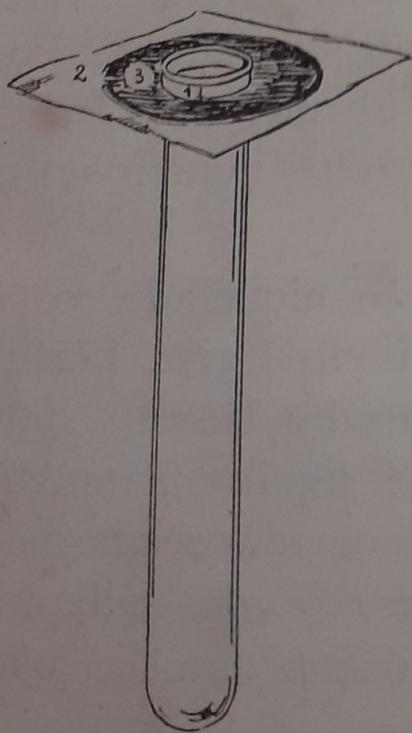


Fig. 40— Artificio para coleta de urina em fetos do sexo femenino.

Caso não haja pressa, recortamos quadrado de esparadrapo, de 5 cm. de lado e lhe aplicamos no centro, disco de borracha de luva, com 3 cms. de diametro. Depois de aderida a borracha, seccionamo-la mais o esparadrapo em cruz, bem no centro e pela abertura passamos, atritando, tubo de ensaio esterilizado, cuja boca se acha protegida por tira estreita de esparadrapo, na periferia. Fixamos o esparadrapo no tubo, passando tira do adesivo bem por baixo do quadrado, fixando-lhe as porções salientes, nas paredes do vidro. A parte colante do quadrado de esparadrapo fica voltada para a

vulva; a borracha serve de proteção à delicadeza dos grandes e pequenos lábios. Afastam-se os grandes lábios e aplica-se a abertura do tubo de encontro ao meato e procede ao colamento do esparadrapo à vulva, monte de Venus, períneo e sulco genito-crural (Fig. 40).

Após micção, o esparadrapo é retirado com delicadeza, por meio de compressa embebida em benzina.

---

## X

### DRENAGEM METÁLICA

A drenagem metálica pelos drênos de Mouchotte, é um dos processos de tratamento da infecção puerperal, quando ainda localizada ao nível do endométrio.

É a orientação da escola do professor Fernando de Magalhães, que deu à drenagem, uma amplitude que o próprio Mouchotte nunca suspeitou, poderia ter a aplicação dos seus drênos. É também empregada com vantagem nos casos de simples retenção loquial.

Existem drênos de dois tamanhos: uns grandes para tratamento de infecções post-partum, de números diversos, que variam de 12 a 21; nós usamos simplesmente os números 15, 17 e 19. Outros são menores, destinados às infecções post-abortum, com numeração idêntica — usamos os números 13, 15 e 17.

Os drênos são tubos metálicos, de latão niquelado, com os calibres acima enumerados, terminados em ogiva perfurada, como o são também ao nível das paredes laterais, por meio de fenestras; o corpo do aparelho é ligeiramente encurvado, de forma a assim orientar-se na cavidade uterina; a outra extremidade, o pé, é munido de reborda saliente, para que não seja permitida a sua introdução total e não se perca no cavum uterino.

O drêno excita as contrações uterinas, como corpo estranho introduzido na cavidade do órgão, e dificulta por êste

mecanismo, a absorção das materias sépticas do fóco da infecção, pois as contrações esmagam os vasos linfáticos e sanguíneos, através dos quais os germes poderiam alcançar a circulação geral.

As contrações uterinas constituem ademais, o meio pelo qual o organismo se liberta de restos de membranas e fragmentos de placenta, aderentes ao endométrio.

O aparelho drena a cavidade uterina, sendo impedida a estagnação de resíduos infectuosos indesejáveis, que assim facilmente alcançam o exterior.

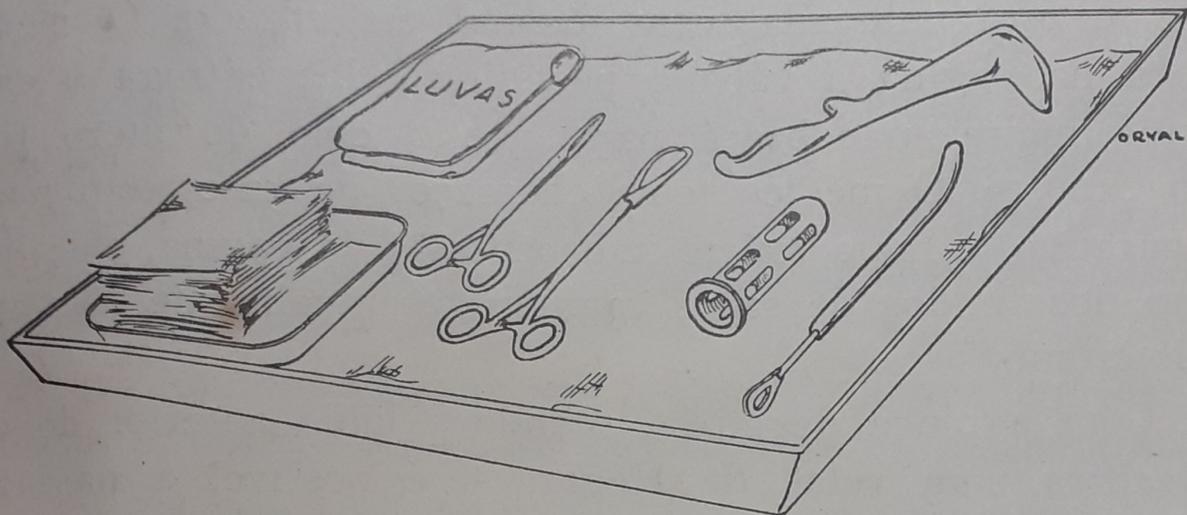


Fig. 41 — Material para drenagem metálica.

Constitue aparelho protético, que mantém o órgão infectado em posição normal, impede a sua báscula para a retroversão, creando por conseguinte, as melhores condições de drenagem.

Até o ponto do endométrio, onde se encontram restos ovulares em decomposição, nos é indicado pelo drêno — a mancha negra de sulfureto, em um dos seus setores, os denuncia por coincidência.

Como fazer a drenagem?

A paciente é transportada em maca para mesa de curativo, onde fica em posição ginecológica; o seu penso é desfeito; procede-se em seguida, ablução externa, com água fervida de um irrigador, para que o campo se apresente limpo ao médico assistente.

Em mesinha ao lado, encontra-se bandeja forrada com lençol esterilizado, onde se acham válvulas de Doyen, médias; uma pinça de duas garras; uma pinça de curativos ginecológicos; drênos sortidos, curtos ou longos, conforme se trata de infecção após parto ou após abôrto; coleção de dilatadores de Hegar; pequenos chumaços de gase esterilizada e mercúrio-crômo.

Propositadamente não mencionei cateter vesical, pois deve-se o mais possível, evitar o cateterismo, pelos perigos de levar a infecção até à bexiga (Fig. 41).

A enfermeira auxilia a drenagem; fez a antissepsia das mãos e está enluvada, com avental esterilizado. O médico coloca na vagina a válvula posterior e lhe entrega o cabo. A enfermeira manobrará para que o cólo do útero fique bem exposto. O médico toma chumaços de gase, com pinças de curativo, e faz a toilette indispensavel da vagina, cólo, bem como dos fundos de sacos vaginais, eventualmente com mercúrio-crômo.

Com a pinça de garra, prende o lábio anterior do cólo e verifica com velas de Hegar, si é possível a passagem do drêno escolhido; si não o fôr, procede à dilatação, até que tal possa ser conseguido.

O drêno é então tomado pela pinça de curativo, com a sua ligeira concavidade voltada para deante, para o pube, e apontado pela extremidade ogival, na direção do orifício externo, através do qual é introduzido, sem esforço, nem violência.

Feito isto, o médico retira a pinça de curativo e a pinça de garra; e a enfermeira, a válvula vaginal.

O médico introduz por fim, o indicador e médio na vagina, para verificar se o drêno ficou bem colocado, para levanta-lo, de fôrma a bem se aprumar no fundo da vagina, e sentir a outra extremidade atrás do pube — sinal de que está bem.

Toaleta externa, refecção do curativo por meio de gase, mantida com faixa em T.

Si a paciente tiver consigo o drêno, si fôr repetir a drenagem, ao ser levada à sala de curativo, deve-se em primeiro lugar, retirar-lo da cavidade uterina.

Para isso, se introduzem o indicador e médio da mão direita na vagina, e toma-se entre êles, a reborda do pé do drêno, fazendo-se em seguida, trações na direção da vulva.

Si o drêno estiver agarrado pelo útero contraído, ou si o endométrio protuberar na luz do aparelho, através das fenestras, dificultando por conseguinte, a sua retirada — não devemos forçar, arrancar o drêno, pois assim procedendo, traumatizariamos demasiado a mucosa, fariamos sangue, portas de entrada aos germes responsaveis pela infecção seriam abertas; conduta esta, inteiramente divorciada da técnica.

O drêno que estiver agarrado, será conduzido pelo pé, até ao revés da vulva, e no seu interior, introduzimos véla de Hegar de calibre apropriado, que repelirá para fóra da sua luz, a mucosa que até ali tiver se insinuado, de maneira a se poder liberta-lo sem violência.

Não raro, encontramos, ao colher o drêno, presos ao nível das fenestras, restos de membranas e fragmentos de placenta.

O drêno que ao ser aplicado, era limpo, polido e brilhante, apresenta-se agora, sem brilho, mate, com laivos de materia negra na superfície, como si tivesse sofrido o bafio de fumaça fuliginosa.

A enfermeira lava o drêno, areia e esteriliza-o, si o médico quizer reaplica-lo, e não tiver outro de igual número, à disposição.

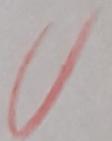
---

Do Otavio R. Lúcia

Com um abraço de

DR. CLOVIS CORRÊA DA COSTA  
DA MATERNIDADE DO INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA

*Clóvis*



# ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

S.A.M.E.	
Nº	DATA
672	13/01/48

610.736 78  
C-837  
1943

1943

EDITORA GUANABARA  
WAISSMAN, KOOGAN, LTDA.  
Ouvidor, 132 — Rio

*A Alvaro Tavares de Souza e João Mario  
— meus amigos e colaboradores — como  
testemunho do meu aféto.*

*A D. Aurora Costa, enfermeira-chefe da  
Maternidade*

*Homenagem ao seu espirito disciplinador  
e á sua capacidade de organização.*

# INDICE

---

## A. — PARTE GERAL

Ciência e arte da enfermeira .....	Pag.	9
Vestes ..	„	14
Papeis e livros do Serviço .....	„	15
Como se arruma uma cama .....	„	19
Como desinfetar as mãos .....	„	21
Como dar os remédios .....	„	23
Temperatura, pulso e outros cuidados .....	„	24
Exame de urina .....	„	25
Maca ..	„	28
Cuidados corporais. Quarto .....	„	29
Bolsa de gelo e saco d'água quente .....	„	31
Colheita de material .....	„	33
Esfregação de pés .....	„	34
Biópsia do colo e endométrio .....	„	35
Injeções subcutâneas .....	„	36
— . intramusculares ..	„	39
— . intravenosas ..	„	40
Lavagem intestinal. Clisteres .....	„	44
Compressas, capotes, máscaras e gôrros .....	„	45
Esterilização de roupas, lençóis e compressas .....	„	51
Instrumental ..	„	54
Esterilização de instrumentos .....	„	60
Dietas ..	„	61
Modo de alimentar os doentes .....	„	68
Anestesia ..	„	69

## B. — ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Exame obstétrico da gestante .....	„	79
— — da parturiente .....	„	81
Material necessario para operações de forceps, basiotripsia e craneoclasia .....	„	84
Parto natural e sua enfermagem .....	„	86

Assistência ao parto .....	Pag. 90
Hemorragia do delivramento .....	„ 101
Sutura em caso de hemorragia .....	„ 106
Tamponamento .....	„ 106
Puerpério .....	„ 107
Lóquios .....	„ 109
Lactação .....	„ 109
Cuidados ao recém-nascido .....	„ 118
Drenagem metálica .....	„ 122

### C. — ENFERMAGEM GINECOLÓGICA

Como preparar exame ginecológico .....	„ 126
Insuflação tubária .....	„ 127
Diatermia, ondas curtas .....	„ 129
Mickulicz .....	„ 132
Citoscópia e cateterismo ureteral .....	„ 134
Utero-salpingografia .....	„ 135
Aplicação de radium .....	„ 137
Preparação de doente para laparotomia .....	„ 140
Laparotomia .....	„ 142
Operação por via vaginal .....	„ 147
Período post-operatório .....	„ 150
Lavagem do estômago .....	„ 154
Hipodermoclise .....	„ 157
Proctoclise de Murphy .....	„ 160
Cateterismo da bexiga .....	„ 162
Como retirar os pontos de sutura .....	„ 164

## C. ENFERMAGEM GINECOLÓGICA

### I

#### COMO PREPARAR EXAME GINECOLÓGICO

A paciente deve estar com a bexiga vazia — será pois convidada previamente a urinar.

Assim também, não é conveniente que o réto esteja cheio de cíbalas — deve ter defecado, no dia do exame.

O exame ginecológico é feito em mesa, colocando as nádegas, bem junto à sua borda, apoiando os saltos do calçado, nos estribos da mesa.

Não há necessidade de descobrir inteiramente a examinanda, nem tão pouco precisa-se despi-la inteiramente; tirará apenas a calça e a cinta, e no máximo a sáia.

A camisa será levantada acima do talhe, sendo o baixo ventre recoberto por lençol, que alcança até o nível dos joelhos.

A enfermeira trará ao médico: Luvas, espéculo, pinça de curativo ginecológico, pinça de duas garras, vidro de boca larga com bolotas de algodão, ou pequenos quadradinhos de gase, ambos esterilizados.

Levará também histerometro, si o médico exigir — deve se evitar o mais possível a histerometria, pelos perigos de levar infecções até à cavidade do útero.

Si o médico quizer fazer curativos, cauterizações, aberturas de ovulos de Naboth, colher material para esfregaço, biópsia do cólo ou de endométrio — a enfermeira levará também material para o curativo, ou para a cauterização, lança,

porta-algodão, pequena curêta de consultório, lâminas de vidro, pinça para biópsia do cólo, ou material para colher certa porção do endométrio.

## II

### INSUFLAÇÃO TUBÁRIA

A insuflação tubária tem por fim verificar a permeabilidade ou impermeabilidade das trompas — lesão da maior importancia na gênese da esterilidade femenina.

Com efeito, é ao nível das trompas, que principalmente se encontram obstruções, que barram a via através da qual os espermatozoides alcançam os ovários, para efeito da fecundação.

As infecções genitais, a blenorragia, a infecção puerperal e infecções acidentais são os agentes provocadores da obstrução, pela exfoliação do revestimento epitelial das trompas, sobretudo nas porções filiformes do seu trajeto.

Da mesma maneira que na queimadura das mãos, si não interpuzermos compressas de gase entre os dedos, o processo de cicatrização determinará o acolamento dos dedos entre si, porque se processou entre superfícies desnudadas e em contacto; assim também acontece com as trompas — a inflamação exfolia a mucosa e desnuda tecidos profundos; a cicatrização determina o acolamento de superfícies cruentas e obstrução consecutiva da trompa.

Si o processo interessar ambas as trompas, as células germinativas masculinas não poderão mais encontrar-se com o óvulo, e desta maneira se estabelece a esterilidade.

Podemos verificar si a trompa está obstruída, ou não, pela insuflação.

Servimo-nos para isso, do aparelho de Douay, que na sua essência é uma caixa de vidro encerrada em arcabouço de metal, onde se encontram um tubo com torneira de entrada do ar, que é filtrado em receptáculo de algodão, e um tubo com

torneira de saída do mesmo ar; entre ambos, está o quadrante de um manómetro, também fixado à caixa do aparelho.

Ao tubo de entrada de ar, adapta-se pêra de Richardson; e ao de saída, um longo tubo de borracha, que pela sua outra extremidade se prende a uma haste metálica ôca.

A extremidade livre desta haste é terminada em cône, com pertuitos laterais, o qual se introduz, adapta-se e obtura o canal cervical.

Por meio dêste aparelho, verificamos si o ar injetado no útero, sob certa pressão, passa através da trompa e vai ter à cavidade peritoneal; por conseguinte, si a via está aberta; ou ao contrário, si o ar não passa, o que significa obstrução tubária.

A técnica da prova consiste em expôr o cólo do útero por meio de espéculo, desinfeta-lo, prende-lo com pinça de garras e introduzir no canal cervical o ápice do cône — tracionar a pinça e empurrar a haste, de maneira a fechar hermeticamente o referido canal.

Insuflamos então, fazendo funcionar a pêra de Richardson.

Nas trompas normais, a agulha do manómetro não marca mais de 10 cms., porque com essa pressão, o ar passa para a cavidade peritoneal e a pressão cai no interior da caixa metálica, onde se acha adaptado o manómetro. Ao mesmo tempo, si escutarmos as fossas ilíacas internas, ouviremos série de pequenos ruidos, uns após os outros, provenientes de arrebantamentos de bôlhas de ar, na cavidade peritoneal.

Si as trompas estiverem obstruídas, não só se não ouvem os ruidos de bôlhas, como também a pressão na caixa do aparelho alcança a 20 cms., sem cair, permanecendo nesta altura durante todo o tempo da prova, si não deixarmos o ar escapar-se pelo cólo.

Naturalmente, antes da execução da prova, verificamos si todas as junções dos tubos de borracha com as porções metálicas do aparelho, se encontram estanques — fechamos os orifícios do apice do cône e acionamos a pêra — a agulha do manómetro deve avançar regularmente, mantendo-se firme e fixa, diante do número que tiver alcançado, quando

fizemos cessar o funcionamento da pêra — sinal de que tudo está em ordem.

Assim pois, nesta prova, a enfermeira esteriliza um espéculo, uma pinça de curativos ginecológicos, uma pinça de garra e a haste metálica do aparelho.

Revisa-o. Oferece ao médico mercúrio-crômo, para desinfeção do cólo e pequenas compressas de gase.

Pêra de Richardson.

Por vezes, a insuflação determina a destruição do acolamento tubário, quando êste não é forte e extenso, e a permeabilidade do conduto se restabelece. Assume assim, por vezes, o carater de agente terapêutico.

### III

## DIATERMIA. ONDAS CURTAS

A diatermia de ondas longas e as ondas curtas constituem o processo de tratamento mais eficás, das inflamações das trompas, ovário e peritôneo pélvico. A diatermia de ondas longas deve ser empregada sómente nos processos crônicos, nos quais não haja temperatura, pelo menos há uma semana, e quando a reação de sedimentação sanguínea se processar em mais de uma hora.

A onda curta póde ser empregada, mesmo nos processos agudos, guardando-se certa cautela.

Si com a aplicação de um ou outro processo, a paciente piorar, a temperatura reaparecer, ou exacerbar-se, deve ser suspenso o tratamento.

Na diatermia das duas espécies de ondas, formam-se linhas de calor entre os electródios, pois a energia eléctrica se transforma em energia térmica, ao atravessar os tecidos; e como a eletricidade os penetra profundamente, indo de um electródio externo a outro profundamente situado na vagina e vice-versa, pois a corrente é oscilante, todos os te-

cidos interpostos entre os electródios, são batidos por linhas de calor.

Os electródios externos apresentam grande superfície, ao passo que os internos são menores; isto quer dizer que as linhas de calor se concentram no electródio interno, onde a temperatura se torna mais elevada e o efeito curativo é mais acentuado. Por isso, o electródio interno é também denominado electródio ativo, e os externos — indifferentes.

As linhas de calor nas ondas longas não são retas, percorrem os tecidos conforme a sua condutibilidade; nas ondas curtas, as linhas de calor seguem trajetória em linha reta, indifferentes à condutibilidade.

Na aplicação da diatermia, fazemos a paciente deitar-se, colocando-lhe pequeno coxím de ar por baixo das cadeiras, e sobre ele um dos electródios externos, de estanho, de 20 x 20 cms.

No interior da vagina, depomos tubo cilíndrico, rombo, munido de manúbrio, onde póde se adaptar pino em continuidade com fio, que vai ter ao aparelho de diatermia.

Sobre o ventre applicamos outro electródio externo, composto de pequenas peças metálicas, presas entre si por fios de cobre e com dispositivo para receber o cabo, que ao aparelho de diatermia irá ter.

O aparelho de diatermia tem dois polos, em qualquér deles, indifferentemente, liga-se um cabo que se bifurca e que se põe em comunicação com os electródios externos, isto é, o que está sob as nádegas e o colocado sobre o ventre; no outro pólo, liga-se o cabo que se não bifurca e que vai ter ao electródio vaginal.

Sómente depois de todos êstes cuidados, é que se liga a corrente eléctrica, no mínimo de força; aumentando-se aos poucos, a intensidade da corrente.

O aparelho de diatermia aumenta a tensão da corrente eléctrica da cidade e dá descargas oscilantes, positivas e negativas, ora num, ora noutro pólo; por isso, é indiferente ligar os cabos, em qualquér dos pólos.

A frequência extraordinariamente alta, não permite fenómenos de electrolise dos tecidos, como aconteceria si outra fôsse a natureza da corrente.

O organismo suporta a corrente perfeitamente bem; é apenas aquecido pela degradação da energia eléctrica em calor Joule — o organismo funciona como uma resistência e se aquece.

A sensação de calor experimentada pela paciente, é o melhor índice para a gradação do quanto de energia eléctrica; geralmente 2 amperes, registrados pelo amperímetro apenso ao aparelho, denotam passagem de energia suficiente para aquecer bastantemente a paciente. A sensação de calor, porém, é soberana na fixação da quantidade de energia.

Durante a sessão de diatermia, a paciente não deve experimentar choques eléctricos — faradização; nem o calor deve ser localizado em um único ponto dos electródios externos. Si tal acontecer, deve-se corrigir.

Interrompe-se então, a passagem da corrente, o que é absolutamente indispensavel ao se manuseiar os electródios, pois do contrário, quemarse-ia a doente.

Feito isso, ageita-se melhor o electródio, protege-se uma saliência óssea, como a espinha ilíaca superior e anterior, com pequena rodela de borracha; interpõem-se pequena porção de lençol por baixa das bordas do electródio, de fórma a afastar a ocorrência acima referida.

Só então, liga-se de novo a corrente, começando pelo mínimo.

Quanto mais calor experimentar a paciente — melhor; isto porém não significa que se deixe queimar. O aparecimento de nódulo subcutâneo dolorido ao extremo, significa coagulação de tecido — é uma queimadura. Flictenas também o são. Deve-se evitar, porque exigem a interrupção do tratamento e porque denota erro de técnica.

As cardiopatas, tuberculosas e caquéticas não devem fazer diatermia.

Terminada a sessão, que é de meia hora — em primeiro lugar, interrompe-se a corrente eléctrica, e sómente depois, se retiram os electródios.

Costumo empregar série de vinte aplicações de diatermia, sendo as dez primeiras em dias seguidos, e as dez últimas em dias alternados.

As ondas curtas não exigem electródio interno, si bem que se possa usa-lo; bastam dois externos, um sob o sacro e outro sôbre o hipogástrio e fossas ilíacas; ambos de goma; as linhas de calôr seguem em linha reta, de um para outro electródio. As sessões são mais curtas — bastam quinze a vinte minutos.

Dizem que o efeito das ondas curtas, como o das ondas longas, não são devidas exclusivamente ao calôr que desenvolvem, mas também, a certa vibração molecular que desencadeiam, tanto que o efeito varia de acordo com o comprimento das ondas.

---

#### IV

### MICKULICZ

Mickulics foi o cirurgião que imaginou e pôz em prática o curativo, que hoje tem o seu nome.

O *mickulicz* é destinado a determinar hemostasia em pontos de difícil acesso, quando a hemorragia não provém de vaso arterial de certo calibre. As hemorragias em lençol, de certa intensidade, persistentes e oriundas de região pouco accessivel, constituem a sua indicação habitual.

Outros o usam com o fim de drenar.

O curativo se compõe de um *lenço* de gase dupla ou tripla, chuleiada nas margens e com as dimensões de lenço comum, de tamanho médio, no qual se passa e se amarra fio de sêda bem no centro; e de diversas *tiras* de gase para tamponamento, com 5 cms. de largura e com um metro de comprimento.

O lenço é esterilizado de fórma que o fio se lhe enrrola por fóra; as tiras de gase são dobradas em zig-zag, e assim amarradas com fio preso a uma das suas extremidades. Lenços e tiras são esterilizados em pequeno tambor.

No caso de usa-lo, o lenço é tomado com pinça longa que o prende no centro, no ponto em que foi passado o fio de sêda; o lenço cai por fóra da pinça, como guarda-chuva, do qual a pinça seria a haste. O fio lhe fica ao lado.

O lenço assim tomado, é conduzido ao recanto onde deve ser aplicado, e as suas bordas abertas, são fixadas com as mãos do auxiliar, sôbre o campo operatório. A pinça já referida, ou outra, depõe então, porções de gase no interior do lenço, comprimindo suficientemente a região por ele ocupada.

Cuidado para que a gase não arraste o fio de sêda para o interior do lenço! Si uma tira não fôr suficiente, applica-se uma segunda e uma terceira.

Devemos assinalar os fios das tiras de gase, ou as próprias tiras, com nós, ou outro meio qualquér, que sem a menor dúvida, nos indiquem qual a mais profunda e outras que sucessivamente fôram colocadas, até a mais superficial; precisamos conhecer a ordem de colocação das tiras.

O fio do lenço deve também ser facilmente reconhecível.

Êstes cuidados visam crear facilidades para a retirada do mickulicz.

Quando no terceiro ou quarto dia, quizermos faze-lo, naturalmente tiraremos em primeiro lugar, a tira mais superficial, pois que as outras oferecerão dificuldades intransponíveis.

Puxamos pois, o fio ou a extremidade desta tira, e assim retiramo-la toda; em seguida, faremos o mesmo com a segunda tira, e por fim, com a mais profundamente situada.

Geralmente, deixamos o lenço para ser retirado mais tarde; e só estaremos autorizados a faze-lo, si encontrarmos facilidade, si estiver molhado e não oferecer resistêcia, si não provocar dôres nem perda de sangue.

Ao fazê-lo, não devemos toma-lo pelas bordas, mas sim, pelo fio de sêda, de fórmula a descola-lo de baixo para cima, do centro para a periferia, linha a linha, e não em blóco, de uma só vez, como fariamos, se o arrastassemos pelas bordas.

Ao puxar o fio preso ao fundo do funil formado pelo lenço, invertemos o funil, trazendo à superfície, a porção mais profunda do lenço, depois outras porções mais superficiais vêm à tona, e finalmente todo o lenço se exterioriza.

O mickulicz póde permanecer *in loco*, por grande número de dias — 8 a 10 dias; via de regra, então, provoca certo gráu de supuração.

---

## V

### CITOSCÓPIA E CATETERISMO URETERAL

A citoscópia é o exame das paredes internas da bexiga por meio de um aparelho denominado *citoscópio*.

O citoscópio é um tubo da grossura de um lapis, quebrado em ângulo numa extremidade, e provido ali de minúscula lâmpada elétrica, que serve para iluminar a bexiga; junto à lâmpada, encontra-se espelho inclinado, que transmite a imagem por dentro do tubo, à lente ocular, situada na extremidade externa do aparelho, aumentando-a. Póde-se, assim, vêr distintamente toda a mucosa da bexiga, artificialmente iluminada.

A lâmpada elétrica funciona com corrente da cidade, cuja voltagem, um *transformador* abaixa suficientemente, para não queima-la.

Assim pois, precisamos de um transformador e de um citoscópio, mais sondas ureterais.

O citoscópio é desinfetado por imersão em solução de oxicianeto de mercúrio a 2 por mil, durante meia hora; as sondas o são em tubos de Eno, onde se evolum vapores de formol, oriundos de pastilhas especiais.

Tanto o citoscópio como as sondas, devem ser lavados em água esterilizada, antes de serem usados, afim de anular a ação irritante do antisséptico, de que se acham impregnados.

A paciente precisa ser preparada antes da citoscópia — a bexiga previamente esvasiada, será lavada diversas vezes

com água esterilizada, e finalmente deixada cheia com o líquido de lavagem.

O citoscópio será lubrificado com algumas gotas de glicerina, depostas na sua extremidade.

Si o médico desejar fazer lavagem dos bacinetes, haverá necessidade de uma seringa de 10 cc., munida de agulha, para se introduzir na sonda ureteral, e através dela, injetar-se a solução medicamentosa, geralmente nitrato de prata a 1 %, ácido bórico a 4 %, ou outra de preferência do médico.

Si o cateterismo ureteral visar simplesmente a separação das urinas, isto é, a separação da urina do rim direito da do rim esquerdo, as sondas precisam ser marcadas, com golpes de tesoura — a extremidade da sonda introduzida no uretér direito será cortada em linha reta transversalmente, e em obliquo a do lado esquerdo. Em cada sonda, é fixado com esparadrapo, tubo de ensaio para a coleta da urina, com rótulos correspondentes ao rim direito e esquerdo.

Através da sonda ureteral, póde-se também injetar líquido de contraste, para radiografias dos rins, bacinetes e ureteres.

Assim pois, a enfermeira aprontará o transformador, o citoscópio e as sondas, solução de oxicianeto, glicerina, seringa com agulha, solução medicamentosa ou de contraste; ou tubos de ensaios para coleta de urina, bem como material para lavagem da bexiga e seu enchimento.

---

## VI

### ÚTERO-SALPINGOGRAFIA

A uterografia tem por objeto a descoberta de tumores salientes na luz uterina, cujo perfil se desenha na radiografia.

A salpingografia não só faz o diagnóstico da permeabilidade e impermeabilidade tubária, como mostra o ponto em que se acha obstruída a trompa; si na porção intramural, ístmica ou ampoular; si à direita, à esquerda, ou de ambos os lados. Diagnostica também gravidez tubaria incipiente.

Para isso, injeta-se substância de contraste — lipiodol ou iodipina, no interior do útero, sob pressão não superior a 20 cms., de maneira a forçar a sua passagem pela trompa, batendo-se então uma chapa radiográfica.

Si vimos na radiografia, o perfil sinuoso da trompa, devemos tirar novas chapas, doze horas depois, para descobrirmos manchas irregulares do meio de contraste, por entre as alças intestinais — só assim nos certificaremos de que as trompas estão realmente permeáveis.

O diagnóstico da séde e do lado da obstrução, orientam o cirurgião sôbre o tipo de operação a ser escolhida, em caso de tratamento operatório da esterilidade.

A prova é feita do seguinte modo:

A paciente deita-se na mesa de raios X, com o filme em local apropriado, sob as nádegas.

Introduz-se espéculo na vagina para expôr o cólo, que é desinfetado com mercúrio-crômo e tomado com pinça de garra.

O aparelho injetor compõe-se de tubo central ôco, terminado em cône, em cuja outra extremidade se adapta seringa, contendo o lipiodol. A pressão do lipiodol é registrada em manómetro adaptado à tubulação.

O cólo do útero, já disse, é tomado por pinça de garra própria do aparelho; introduz-se o cône metálico no canal cervical, fixando-o à pinça; injeta-se então, o lipiodol.

Feita a injeção, com a aparelhagem ainda *in loco*, bate-se a chapa, depois de ter injetado 4 a 8 cc. de lipiodol.

Na hipótese acima referida, de ter o contraste penetrado na trompa, e se não revelar por entre as alças intestinais — bateremos doze horas depois, novas chapas, de fórmula a descobrirmos ou não, o lipiodol extravasado para a cavidade peritoneal.

Si não existirem as tais manchas, é sinal de que as trompas estão obstruídas na sua porção terminal.

Assim, também, podemos lhes vêr o perfil, apenas parcialmente, quando a obstrução se processou no início da

porção ampoular, ou não ve-lo de todo, si o embaraço encontrar-se ao nível da porção intramural.

Isto, de um e de outro lado.

A insuflação é mais simples e mais barata; a salpingografia precisa melhormente o diagnóstico, mostrando o segmento da trompa obstruído e o lado em que se encontra a obstrução.

Precisamos pois, de espéculo, do aparelho, pinças de curativo, gase, lipoiodol e raios X.

---

## VII

### APLICAÇÃO DE RÁDIUM

No tratamento de cancer do cólo do útero e outras afecções ginecológicas, o médico é levado a fazer radium-terapia.

Para isso, na vespera da aplicação, será preciso dilatar o canal cervical, por meio de laminária, de maneira a poder no dia seguinte, introduzir com facilidade o rádio, na cavidade uterina.

Como deve a enfermeira preparar o material para a aplicação de laminárias?

Em uma bandeja oferece ao médico: um par de luvas, laminárias de números sortidos, espéculo para expôr o cólo, pinça de curativo para apanhar a haste de laminária, algodão ou gase esterilizada, água oxigenada ou líquido de Dakin e algumas vélas de Hegar.

O cólo é exposto e limpo, com a gase embebida no desinfetante; a laminária de calibre preferido, é tomada pela pinça de curativo e introduzida no cólo, devendo alcançar o fundo do útero. Si fôr preciso, dilata-se o canal cervical com os primeiros números das vélas de Hegar.

Um tamponamento mantém a laminária, impedindo que as contrações uterinas a repilam para o exterior.

A laminária se deixa embeber pelos líquidos com os quais fica em contacto, e se entumesce consideravelmente, aumenta o calibre, exercendo por conseguinte, pressões dilatadoras sôbre o canal cervical.

No dia seguinte, ao retirar-la por tração sobre fio de sêda preso à sua extremidade, o útero se encontra perfeitamente permeavel.

Passamos então, à aplicação do rádio, conforme a técnica de Regaud.

O rádio vem em cinco tubos, chamados de Dominici, dois dos quais em perfeita continuidade, no interior de tubo de borracha, que lhes serve de filtro. Dois outros, no interior de rolhas de cortiça, parafinadas e fixadas nas extremidades de haste de aço flexível — *colpostato* — também revestido de borracha. As rolhas irão ficar bem aos lados do útero, nos fundos de sacos laterais, para irradiar as porções mais afastadas do órgão.

Finalmente, o quinto tubo também no interior de rolha, que como nos outros, lhe serve de filtro, competentemente parafinada e fechada.

Ao todo 5 centigrs. de rádio metálico, e não do sal.

Assim pois, o rádio é alojado em tubo de borracha especial, em rolhas do *colpostato* e em rolha solitaria — esterilizamos por imersão, em oxicianeto de mercúrio, ou com vapores de formol.

Precisamos de espéculo, para expôr o cólo do útero; pinça de curativo ginecológico; chumaços de gase e água oxigenada diluida.

O médico aplica o rádio, -- o tubo, na cavidade uterina; o *colpostato*, nos fundos de saco laterais; e a rolha, de encontro ao cólo do útero; calça-os um pouco de gase, para fixa-los no ponto desejado. Tampona a vagina, com gase hidrofila. Está terminada a operação.

A paciente ficará com o rádio durante 120 horas, pois a dóse necessária à destruição do cancer é de 6000

miligramas — horas, (50 miligrs. x 120 horas) isto é, por cinco dias.

Durante todo o tempo em que a doente estiver com o rádio, fará as suas necessidades sôbre comadre, não levantar-se-á absolutamente; não por qualquer incompatibilidade, mas porque poderia cair e perder-se um dos tubos de Dominici, sobretudo no gabinete sanitário, como já tem acontecido, o que não só perturbaria o tratamento, como acarreta enorme prejuizo, por efeito do preço altamente elevado de cada tubo — algumas dezenas de mil cruzeiros.

É possível que a doente sinta um pouco de dôres de cabeça e náuseas, nos primeiros dias — não tem importância.

A temperatura e o pulso informarão sôbre possíveis processos infectuosos desenvolvidos por dificuldade de drenagem.

Por isso e pelo máu cheiro que acompanha a aplicação, é contingente a toilette vaginal diariamente, na qual se substituem as gases poluidas no fundo da vagina; póde-se mesmo retirar todos os tubos de Dominici, irrigar a vagina abundantemente com solução de água oxigenada ou líquido de Dakin, repondo em seguida os tubos, após desinfeção, nos pontos supracitados, refazendo-se em seguida, o curativo necessário.

É o médico quem se encarrega desse serviço; a enfermeira o auxilia, preparando o material necessário e collocando-o junto à mesa de curativo, onde a paciente vêm ter, transportada em maca.

O material se compõe das mesmas peças postas à disposição por ocasião do primeiro curativo, mais irrigador com soluto de água oxigenada, em suporte, o que aliás póde também ser requerido para a primeira operação.

O médico conhecerá os meios de combater a infecção que começa a se instalar — sulfanilamides — e decidirá da oportunidade de interromper o tratamento, motivado por esta razão.

## VIII

**PREPARAÇÃO DE DOENTE PARA LAPAROTOMIA**

As doentes destinadas à laparotomia, devem sofrer previamente exames gerais do coração, pulmões, rins, fígado, intestino, sistema nervoso etc.

Deve-se mandar fazer exames complementares, geralmente de urina e sangue, e outros especiais, em casos também especiais.

O exame de urina não precisa ser completo — pode-se entretanto, assim requisita-lo.

Deve constar sobretudo de pesquisa de albumina, glicose e sedimentos — pús, cilindros e hemátias.

O exame de sangue deve constar de dosagem de uréia — normal até 0,50 centigrs. por litro; reserva alcalina — normal entre 50 a 65 %; reação de van den Berg — negativa; tempo de coagulação — normal, no tubo, 5 a 8 minutos; tempo de sangria — normal, 1 a 3 minutos; sedimentação sanguínea, em caso de processo inflamatório — normal, mais de uma hora; dosagem de hemoglobina em caso de miomas e anemias — deve ser superior a 30 %.

Exames especiais de sangue: dosagem de glicose — normal, até 1 por mil; cloretos — normal, 5,5 gr. por litro; cloro plasmático — normal, 3,50 por litro; cloro globular — normal, 1,90 por litro; creatinina — normal 1 a 2 mgrs. por litro; contagem global e específica, hematimetria.

Resolvida a operação, a enfermeira receberá ordens do médico, si deve dar purgativo, ou fazer simples lavagem intestinal, na véspera da operação.

Deve também preparar a paciente espiritualmente para a operação — desatemoriza-la e encoraja-la.

Na véspera, ao deitar-se, tomará sedativo barbitúrico, ou não, de fórmula a repousar suficientemente.

Antes disso, será depilada nas partes genitais.

Meia hora antes da operação, tomará injeção de escofedal, dilaudide, morfina, pantopon ou outro sedativo semelhante — como anestésico básico.

Na mesa de operação, terá as mãos e pés amarrados, o rosto impedido por septo de pano.

O ventre será desinfetado com tintura de iodo, ou com solução de mercúrio cromo a 5 %.

Em Viena, usavam iodo diluído em benzina — solução forte.

A desinfecção estende-se a todo o ventre, epigástrico, região umbilical, flancos, hipogástrico, fossas ilíacas, monte de Venus e porção mais alta da face anterior das coxas. O excesso de iodo é retirado por meio de compressas embebidas em álcool.

Cuidado em não deixar o iodo e o álcool escorrerem pela vulva e perineo, o que provocaria sensação bastante desagradável.

Si fôr deixado iodo, sob a fórmula de manchas escuras, em alguns pontos do ventre, poderá provocar queimaduras, sobretudo em indivíduos de pele branca e delicada. Depois de retirado o iodo, secamos a pele com chumaços de gase seca — em tudo servindo-nos de pinça, como instrumento intermediário.

Feita à desinfecção, colocamos o campo operatório.

Há diversos tipos de campos — cada operador prefere o seu.

Vamos dizer como o preferimos.

Depomos sobre os membros inferiores, até ao nível do monte de Venus, pequeno lençol com as bordas reviradas na direção dos pés, na extensão de 10 cms.

O mesmo fazemos, sobre o torax, ficando a margem revirada, na direção da cabeça, ao nível do epigástrico.

A outra margem deste lençol, sobrepõe-se ao arco provido de téla e fixado ao nível das ombreiras da mesa.

Sobre estes dois lençóis, extendemos o campo propriamente dito, que é constituído por lençol de 2,20 cms. de comprimento, sobre 1,50 cms. de largura, fendido ao meio, na extensão de 40 cms.

Por baixo da margem revirada do lençol inferior, passamos pinças apropriadas de Doyen, ou outras, que fixam o

campo ao lençol sotoposto, ou ambos à pele de um e outro lado, ficando as pinças ocultas.

O mesmo fazemos com o lençol superior, colocado sobre o torax.

Outros preferem usar lençóis longitudinais de um e outro lado, também com as margens reviradas, e que são recobertos nas extremidades do campo operatório, por lençóis transversalmente dispostos e fixados aos primeiros, por pinças que ficam ocultas sob as margens reviradas dos lençóis.

Cada operador tem a sua maneira especial e própria de dispor as coisas — a enfermeira deve se lhe adaptar.

Colocados os lençóis, a paciente é inclinada na posição de Trendelenburg, ocupando a cabeça, o nível mais baixo, e as pernas encurvadas em nível mais alto, ficando o tronco inclinado de 45°.

Para isso, é acionada alavanca da cabeceira e destravado o plano da mesa de operações; sem movimento abrupto, mansamente, se abaixa a extremidade cefalica da mesa, enquanto o operador gradua êsse movimento, por pressão sôbre as côxas da paciente.

Quando a operanda atinge a inclinação desejada, a mesa é travada nessa posição. Novas alavancas funcionam então, agora do lado dos pés da mesa, de maneira a lhe abaixar o plano podálico e dobrar as pernas sôbre as côxas. Está feita a manobra que conduz à posição de Trendelenburg. A anestesia estando perfeita, o operador pôde começar a operação.

---

## IX

### LAPAROTOMIA

A paciente vai ser operada. Já fez todos os exames complementares, cujos resultados fôram favoráveis; sofreu o processo de depilação, na vespera; dormiu satisfatoriamente a noite precedente, o seu estado de animo é bom; tomou injeção de escofedal, dilaudide, ou outro qualquer entorpe-

cente, cerca de meia hora antes de começar a anestesia; esvaziou a bexiga e o réto. A anestesia já começou na sala anexa à sala de operação, e a paciente vem agora transportada para esta última.

A enfermeira a depõe na mesa de operações, imobiliza os membros superiores e inferiores, pela maneira que fôr própria à mesa — amarrando-os; dessa fôrma a paciente não poderá se debater e levar as mãos ao campo operatório.

As suas véstes são levantadas, e uma bandeja contendo tintura de iodo e álcool, ou simplesmente mercúrio-crômio, mais quadradinhos de gase e pinça de curativo, é oferecida à assistente, ou à outra enfermeira, que diretamente participar da operação, conforme o hábito do cirurgião.

O antisséptico embebido em gase tomada pela pinça, é passado em todo o epigástrio, região umbilical, hipogástrio e flancos; monte de Venus, fossas ilíacas e porção superior das côxas. Si tivér sido o iodo, a substância preferida, deve ser retirado o excesso, por meio de outras porções de gase, embebidas em álcool, que passarão pelos pontos tocados pelo iodo, até que se lhe modifique o matiz escuro.

Enxugamos então o álcool, com novas gases, ora inteiramente sêcas.

O assistente depõe sôbre o ventre, os lençóis que constituem o campo operatório, de acôrdo com a maneira que já mencionamos.

A paciente já se encontra na posição de Trendelemburg, com o ventre voltado para o lado da luz.

O operador e seus dois auxiliares — o primeiro auxiliar e o instrumentador, estão a postos, lavados, com indumentária apropriada, com luvas, máscaras e gôrros.

O operador se coloca à esquerda da operanda; o primeiro auxiliar, à direita; e o instrumentador atrás da mesa de instrumentos, que se encontra a um pouco a direita e um pouco atrás do cirurgião (Fig. 42).

É cômodo o uso de pequena mesa complementar, situada à direita do primeiro auxiliar, ou por cima dos joelhos e

pernas da paciente, onde se colocam algumas pinças, tesouras, afastadores, fios e todas as compressas.

A enfermeira coloca um balde de pano à esquerda do operador, e outro à esquerda do primeiro auxiliar.

O anestesador, assentado em banquinho, tendo à direita, mesa baixa com todo o material de urgência e outros de que poderá precisar — preocupa-se exclusivamente com a anestesia, esquecendo a operação.

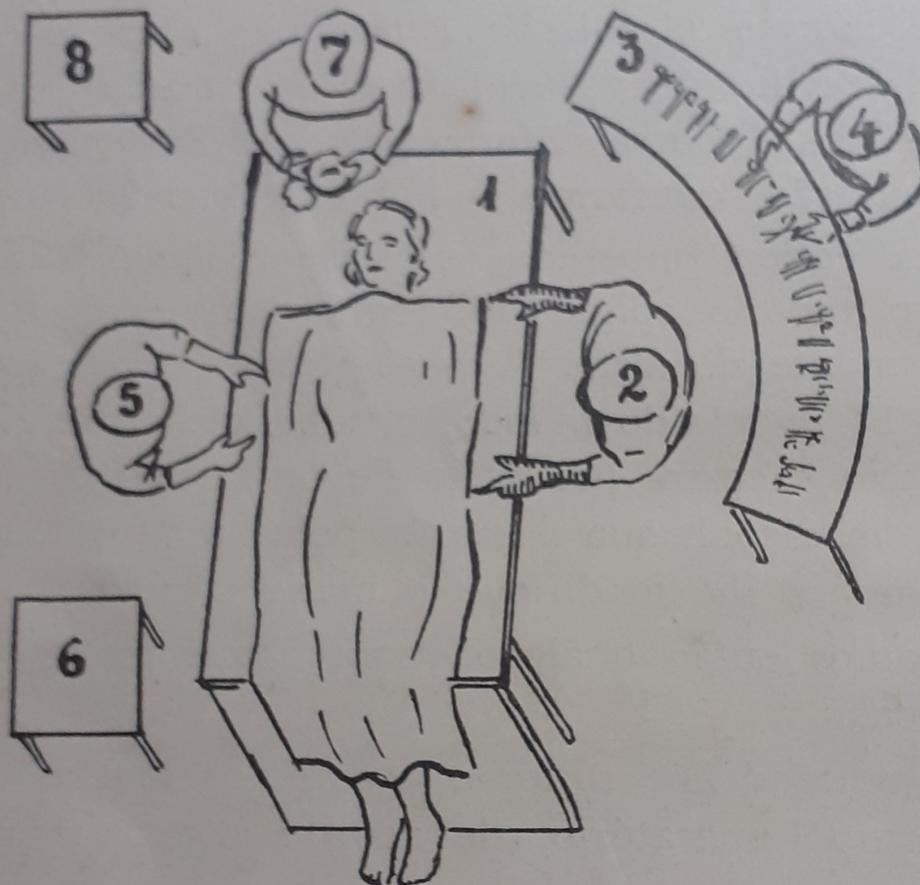


Fig. 42 — Dispositivo de operação.

- |                           |                                 |
|---------------------------|---------------------------------|
| 1 — Mesa de operação.     | 5 — Auxiliar                    |
| 2 — Operador.             | 6 — Mesa auxiliar               |
| 3 — Mesa de instrumentos. | 7 — Anestesador.                |
| 4 — Instrumentadeira.     | 8 — Mesa auxiliar da anestesia. |

Duas enfermeiras, também com máscaras, estão na sala, a postos.

Vai começar a operação.

Como se prepara a mesa de instrumentos?

A mesa de instrumentos é reta ou um tanto encurvada, sempre estreita.

O assistente, ou a enfermeira, convenientemente desinfetado, enluvado e preparado, forra a mesa com lençol esterilizado, dobrado em dois, diretamente, ou por cima de impermeável também esterilizado.

A enfermeira depõe ao lado, bandeja contendo o instrumental ainda quente, saído do esterilizador. Em algumas clínicas, o instrumental já vem separado em pequenas bandejas, com o fundo perfurado, as quais são dispostas sôbre a mesa, ali permanecendo naqueles recipientes.

Preferimos depôr os instrumentos diretamente sôbre o lençol, que forra a mesa, e que é o seguinte:

- 2 bisturis bem afiados;
- 2 pinças longas de disseção;
- 2 pinças menores, 12 cms., de disseção, de nove garras;
- 1 tenta-cánula longa;
- 2 tesouras — uma longa e reta, outra curta e curva, ambas rombas;
- 1 tesoura média, menos romba, tipo Mayo;
- 12 pinças de Kocher, longas;
- 6 pinças de Pean, longas;
- 4 clampes — dois rétos e dois curvos;
- 2 pinças para arteria uterina — tipo Faure;
- 3 pinças, sendo duas de duas garras e uma de três;
- 1 afastador Gosset, ou outro de preferência do cirurgião;
- 1 afastador maleável, com cabo;
- 1 pinça para apêndice;
- 2 pinças de curativo;
- 4 pinças-coração;
- 2 pinças para compressão do intestino, com guarnição de borracha;
- 2 porta-agulhas — Collin ou Mathieu;
- 2 agulhas de Reverdin, curvas;
- 2 porta-agulhas de pedal;
- 1 tambôr com agulhas curvas, cortantes e não cortantes, de Hogdorn, e agulhas comuns, de tamanhos diversos;
- 1 agulha curva, grande, tipo Emmet;
- 1 pinça para agrafes;

- 2 pinças de Hartmann ou Picot;
- 1 alicate para trilho de agrafe;
- 1 trilho de agrafes;
- 1 sonda uretral;
- Cat-gut n.º 1 e 2, fios de crina ou seda;

Si a operação fôr de mioma, acrescentar-se-á um saca-mioma e mais duas pinças de quatro garras.

Si tratar-se de cisto do ovário, haverá necessidade de trocate grosso, com o respectivo tubo de borracha, para sifonagem.

Si fôr operação de cancer do colo, operação de Wertheim, em vez do afastador Gosset, é conveniente substituí-lo pelo quadrilátero de Franz, que mantém compressas na comissura superior da incisão; bem como acrescentar duas pinças em joelho de Doyen, para secção da vagina.

Si a enfermeira servir de instrumentadora, deve se adaptar à maneira de operar do cirurgião, estudar as operações, de modo a servi-lo com o instrumento desejado, mesmo pedido erradamente.

Prepare previamente as agulhas, com fios finos e grossos, em agulhas cortantes e não cortantes.

Para ligadura das uterinas, pedículos vasculares e aponevrose, usamos cat-gut n.º 2, montado em agulha cortante para o último efeito; cat-gut n.º 1 ou zero, para peritonização visceral e parietal, em agulha fina, não cortante.

Damos pontos de simples aproximação muscular na parede do ventre com cat-gut n.º 1. Sistemáticamente, passamos fios de crina para aproximar o tecido gorduroso e a péle, evitando a formação de espaços mortos. A crina é amarrada sôbre tiras de gase dispostas sôbre a linha de agrafes; desta fórma conseguimos evitar supurações da parede.

O operador póde sincronizar-se com o instrumentador, por meio de gestos simples, com as mãos e dedos — cada gesto com significação própria, formando verdadeiro código.

O gesto de dar um golpe, significa bisturi; aproximar e afastar duas vezes, o indicador de dedo médio — tesoura; apertar a mão fechada — pinça; e assim por diante...

O gesto em si, pouca importância tem; a sua compreensão é tudo.

A' medida que os instrumentos fôrem devolvidos, serão limpos por meio de compressas e recolocados no local competente, de fôrma a trazer a mesa sempre em ordem.

As compressas servidas não devem ser atiradas ao chão, mas sim, em baldes especialmente destinados a êsse fim.

As peças extirpadas pela operação, serão recebidas em bandejas forradas com pano esterilizado; delas serão retiradas os instrumentos apensos — pinças, saca-miomas etc., que voltarão ao local apropriado na mesa.

Terminada a operação é feito curativo com esparadrapo. Como faze-lo?

Extende-se sobre a gaze amarrada por cima dos agrafes, pequena compressa fina, de forma a evitar adherencia entre o esparadrapo e a gaze amarrada.

Tiras largas de esparadrapo são então passadas da face externa de um a outro quadril, novas tiras cobrirão as primeiras, como escamas, ocultando a sua borda superior; indo de um a outro flanco, e assim por diante, até que todo o hipogástrio e região umbilical e mesmo o epigástrio, fiquem revestidos pelo esparadrapo.

---

## X

### **OPERAÇÃO POR VIA VAGINAL**

A paciente é preparada da mesma maneira que para os casos de laparotomia.

A sua colocação na mesa de operação, é diferente — ela ficará em posição semelhante a de talha, isto é, com as nádegas bem juntas às bordas da mesa; as côxas flectidas sôbre o ventre e as pernas sôbre as côxas, e afastadas uma da outra.

Os membros inferiores são assim fixados, seja por meio de goteiras especiais da mesa de operação, seja por meio de

haste metálica, na qual se amarram os pés da operanda. Os seus membros superiores são também amarrados à mesa (Fig. 29).

A vagina, a vulva, a face interna e posterior das côxas, períneo anterior e posterior, são desinfetados com mercúrio-crômo, sendo especial o chumaço de gase a ser servido na vagina.

Sob as nádegas da paciente, coloca-se impermeavel pendente, que vai ter a balde, ao pé da mesa. Sôbre o impermeavel, um pequeno lençol esterilizado — enfermeiras levantam as nádegas da operanda, e o assistente deslisa o lençol, sem contaminar as próprias mãos. Sôbre o ventre é colocado outro lençol de igual dimensões. Aplica-se então, o campo próprio para operações deste genero, que nada mais é do que grande lençol, tendo ao centro abertura quadrangular, abertura através da qual fica a vulva exposta.

Aos lados, se encontram dois manguitos fechados e longos, duas perneiras, pelos quais se introduzem as pernas da operanda, conjuntamente com as goteiras metálicas.

Extende-se convenientemente o resto do campo sôbre a paciente, deixando pendente a parte que se coloca em frente ao operador — fixa-se esta parte com pinças de Picot, na péle da vulva e na linha média perineal.

As operações por via vaginal, a não ser simples raspagem do útero e outras pequenas intervenções, exigem dois auxiliares no campo. Um instrumentador superacrescentado, proporciona maiores comodidades. O primeiro auxiliar coloca-se à direita da doente — maneja a válvula perineal e a lateral direita; o segundo auxiliar, coloca-se à esquerda e maneja a válvula púbica e a lateral esquerda. Como geralmente, a válvula perineal é fixa ou pesante, o primeiro auxiliar tem livre uma das mãos para o que fôr mistér.

A mesa de instrumental se compõe do seguinte:

- 3 valvulas Doyen 5 x 7 cms., ou de Breisky;
- 1 valvula pesante;
- 2 valvulas Doyen 7 x 9 cms.;
- 4 pinças longas, de duas garras — Pozzi;

- 6 pinças longas, de quatro garras — Muzeux;
- 6 pinças de curativo ginecológico;
- 2 bisturis longos, bem afiados;
- 2 tesouras longas, um pouco rombas. — tipo Mayo;
- 1 tesoura menor;
- 2 pinças de disseção, longas, com múltiplos dentes;
- 2 pinças de disseção simples;
- 1 tenta-cánula longa;
- 1 coleção de agulhas curvas sortidas;
- 1 porta-agulha Collin ou Mathieu;
- 3 agulhas de Deschamps;
- 1 sonda uretral;
- Fios de cat-gut n.º 2 e n.º 1;

Si a operação fôr uma raspagem do útero, bastam duas válvulas, uma pinça de garra, dilatadores de Hegar, curêtas longas, uma pinça de curativo, uma haste porta algodão, uma sonda uretral e histerómetro.

Nas operações por mioma, acrescentamos faca curva de dois gumes de Segond.

Nas operações de fístulas — bisturis longos e apropriados, rétos e angulosos, tanto para a direita como para a esquerda; erinhas longas de uma e duas garras, e 6 pinças de 16 cms. com cinco garras.

Prolapso, cisto-retocele — nada precisa acrescentar;

Em caso de perineorrafia — fios de crina;

Em caso de cisto do ovário — trocate para sifonagem.

A mesa de instrumentos é colocada atrás e um pouco à direita do operador, entre êle e o instrumentador.

Os auxiliares procurarão sempre, crear facilidades ao operador, por exposição perfeita do campo, conforme si êle labora à direita, ou à esquerda do útero.

Terminada a operação, geralmente, a vagina fica tamponada e se depõe compressa esteril de encontro à vulva, mantida por curativo em T.

A bexiga é ou não, permanentemente cateterizada.

## XI

**PERÍODO POST-OPERATÓRIO**

A paciente convenientemente agasalhada, para evitar correntes de ar, capazes de provocar pneumonias, sobretudo nos corredores, é conduzida ao leito.

Da maca passa para a cama, suspensa em lençol, adrede colocado por baixo da operada, e que uma enfermeira postada do outro lado da cama, e outra dêste lado da maca, levantam, levando a paciente para o leito. Uma enfermeira auxilia o levantamento da parte mais pesada, sustentando o tronco e a cabeça, ajudando a levar a doente para o leito, enquanto uma quarta auxiliar lhe sustenta os pés.

Ela é agasalhada, aquecida com botijas, ou sacos de borracha com água quente; permanece sob vigilância e guarda constante da enfermeira, que prestará atenção principalmente à sua respiração e pulso, que previamente serão tomados e anotados.

Coloca-se-lhe uma bolsa de gelo permanentemente, sôbre o ventre.

Em caso de vômitos, a matéria vomitada será recebida em rim, adrede colocado ao alcance das mãos; ou em toalhas felpudas.

Dôres post-operatórias serão combatidas, com ordem médica, por meio de barbitúricos — cibalena ou alonal, em injeções.

Si a operada apresentar pulsações muito frequentes, fóra de período de náuseas e vômitos, contrastando com o número anteriormente encontrado, superior a 100 — deve participar a ocorrência ao operador.

O mesmo fará, si ela tornar-se muito pálida, inquieta, gélida e cobrir-se o rosto de suores; ou ao contrário, si tornar-se cianosada, com a respiração frequente e superficial.

A operada não se alimenta no dia da operação, poder-se-á entretanto lhe fazer, sempre com ordem médica, injeções

sub-cutâneas de sôro glicosado isotônico — 1 a 1,5 litro, dividido em três porções.

À noite será administrada injeção de sedativo — às 22 horas — para que repouse e durma.

A falta de micção espontânea, a paciente será convidada a esvasiar a bexiga, pelo derramamento de água morna sôbre a vulva, estando sôbre comadre; sómente si o truc não dêr resultado, far-se-á cateterismo. Póde-se esperar 24 horas, si a retenção não provocar incômodos.

No dia seguinte, geralmente, se retiram tamponamentos vaginais, e a paciente é posta na posição de Fowler, isto é, com o tronco bem levantado e os membros inferiores ligeiramente flectidos e apoiados na cama; posição que se obtem, mediante ação de manivelas.

Si a doente suportar, tomará chá da India, de herva dôce, ou mate gelado; caldo de canja sem gordura e gelado; caldo de pêra ou maçã, também gelado — em pequenas porções, até uma chícara grande, de duas em duas horas, dando-se preferênciã ao alimento que mais lhe agradar o paladar.

Si ainda vomitar, será interdicta a alimentação *per os*, — serão feitas hipodermoclises de 500 cms. de sôro-glicosado, em três porções, no correr do dia.

Dôres, requerem a repetição de doses de cibalena.

Não há vantagem em a operada permanecer imovel; ao contrário, quando pudér, deve movimentar-se, encolher as pernas, virar de um lado, do outro, calçando o tronco com travesseiros, pois, o movimento facilita a circulação e constitue tratamento profilático das flebites. Além disso, proporciona conforto à operada, que se cança com a imobilidade prolongada.

A persistência dos vômitos traduz estado de acidose ou peritonite; geralmente prevalece a primeira hipótese, o que se reconhece pela redução da reserva alcalina, odôr acetônico do hálito, língua avermelhada, soluço e taquicardia, estando porém ausentes, temperatura e defesa peritoneal.

A acidose e vômitos são combatidos com lavagem de estômago, para liberta-lo de matéria refluida do duodeno, e

que em ciclo vicioso, entretêm os vômitos. A's lavagens, associamos injeções de sôro glicosado isotônico ou hipertônico, este na vêia, mais insulina; sôro cloretado hipertônico, na vêia, de 4 em 4 horas, 20 cc.; e mais raramente, injeções de sôro bicarbonatado na vêia — 150 a 200 cc.

Si a operada apresentar o pulso muito frequente, denotando certa debilidade cardíaca, tem toda indicação o uso de cardiazol, ou outro estimulante, de 5 em 5 horas, associado a medicação do tipo veritol, que atende à circulação periférica, também em injeções, de 5 em 5 horas, no intervalo das primeiras.

Nas outras noites, o sedativo ficará à disposição da operada, que o tomará si estiver tardando a conciliar o somno.

O alimento será ainda o mesmo no terceiro dia, até que os intestinos se movimentem. Os vômitos interdictam a alimentação *per os*.

A movimentação dos intestinos se observa geralmente no terceiro ou quarto dia — dôres e borborigmas; o ventre está distendido e doloroso. Com a expulsão de gases, as dores diminuem ou desaparecem, e o ventre torna-se flácido.

Facilitamos a saída de gases, por meio de tubo retal, colocado profundamente.

Si com êste artifício não obtivérmos o resultado desejado, aplicamos pequenos clisteres hipertônicos, de 50 a 80 cc. de água mais glicerina, em partes iguais, ou de solução de cloreto de sódio a 5 %. Via de regra, êstes clisteres provocam a expulsão de gases.

Podemos também usar sifonagem, isto é, à sonda retal, adaptamos tubo de goma por meio de intermediário de vidro, ficando a outra extremidade ancorada no fundo de balde com água, amarrando-lhe objeto pesado, para mante-la submersa.

No sector descendente do tubo, injetamos certa porção d'água, cujo peso aspira os gases contidos no réto e fa-los borbulhar no balde. Em seguida, renovamos a injeção; ou o levantamos e derramamos água pela sua luz, depois obturamo-lo por compressão e de novo o imergimos na água do balde.

As retenções de gases que resistem a êstes meios, são passíveis de tratamento geral, por meio de injeções de peristaltina, petrissin, eserina, prostigmina, sôro cloretado hipertônico etc.

Movimentando-se o intestino, após a expulsão de gases, a operada passa a se alimentar com chá e torradas, puréia de batatas, arroz, canja, marmelada e frutas.

Alguns dias mais tarde, poderá servir-se de galinha e mesmo de bifes.

O aparecimento de temperatura no período post-operatório, com exceção da dos primeiros dias, que traduz reabsorção de sangue e outros produtos gerados na operação — significa as mais das vezes, supuração da parede do ventre. Raramente — bronquite, efeito do narcótico.

A supuração é acompanhada de dôres locais, diferentes de cólicas intestinais, ainda há pouco referidas — dôres obtusas, surdas e incomodativas; outras vezes, elas não se manifestam e o processo evolve silenciosamente.

A palpação descobre placa endurecida ao longo da ferida operatória, com, ou sem zona de flutuação.

O traçado da temperatura assume carater remittente — ascensões vesperais com remissões matinais —  $38^{\circ}$  e tanto à tarde, e  $37^{\circ}$  e pouco pela manhã.

As dôres de cabeça, que por vezes sucedem à raquí-anestesia, são combatidas com injeções intravenosas de água destilada — 10 cc. E' acidente desagradavel, porque pôde se prolongar demasiadamente, por dias e semanas.

Os pontos são retirados geralmente no oitavo dia.

Toda a operada, ao se levantar, sente tonteiras e formigamentos nos membros inferiores; é necessário avisá-la que tal irá acontecer.

São distúrbios circulatórios, sem a menor gravidade.

As laparotomizadas poderão usar crepon envolto no talhe por algum tempo, após a operação — crepon ou cinta sem barbatanas, sómente de elástico, que proporcionam confôrto e bem estar.

## XII

## LAVAGEM DO ESTOMAGO

A lavagem do estômago é recurso posto em prática nos casos de estase biliar ou alimentar no estômago, onde é exercida ação irritante, provocadora de vômitos continuados.

É o que sucede frequentemente no período post-operatório, em casos de acidose ou peritonite, assim também nos casos de estenose do piloro.

Nos casos de acidose, o refluxo da bile para o estômago pôde ser muito abundante, e ela se acumula em grande quantidade, negra, de mistura com enorme porção de gases.

A lavagem do estômago, libertando-o dessa escória fétida, proporciona enorme alívio à paciente.

A lavagem é praticada com tubo de borracha terminado externamente em uma porção larga, infundibuliforme, por onde se introduz o líquido de lavagem, — tubo de Fauchet. Si não possuir o afunilamento, podemos lhe adaptar funíl de vidro.

Em certo ponto da sua extensão, vê-se anel preto, gravado em suas paredes -- até aí deve ser feita a intromissão da sonda. O anel deve ficar ao revez dos lábios, sinal de que a extremidade atingiu o estômago.

Como se faz a lavagem?

Em primeiro lugar, prepara-se a doente, que é trazida até à borda do leito, ficando com o torax um pouco erguido, apoiado sôbre almofadas, ou sôbre o próprio leito, erguido do lado da cabeça, mediante manobras sôbre manivelas apropriadas da cama (Fig. 43).

Resguarda-se a sua roupa e o leito, por meio de impermeavel aplicado sôbre o torax e que alcance até o pescoço, cobrindo-os inteiramente; sendo ademais conveniente guardar o pescoço com toalha felpuda.

O material necessário consiste na sonda de Fauchet, previamente fervida, funíl de vidro, si fôr o caso; uma chaleira com 5 litros de água fervida, na qual se pôde dissolver um pouco de bicarbonato de sódio -- 5 a 10 grs. por mil;

e um balde para receber o líquido de lavagem, passado pelo estômago.

A enfermeira explicará à paciente o que irá fazer, isto é, introduzir pelo esôfago abaixo, a sonda que lhe será mostrada, avisando-a de que vai sentir desejo de vomitar, que

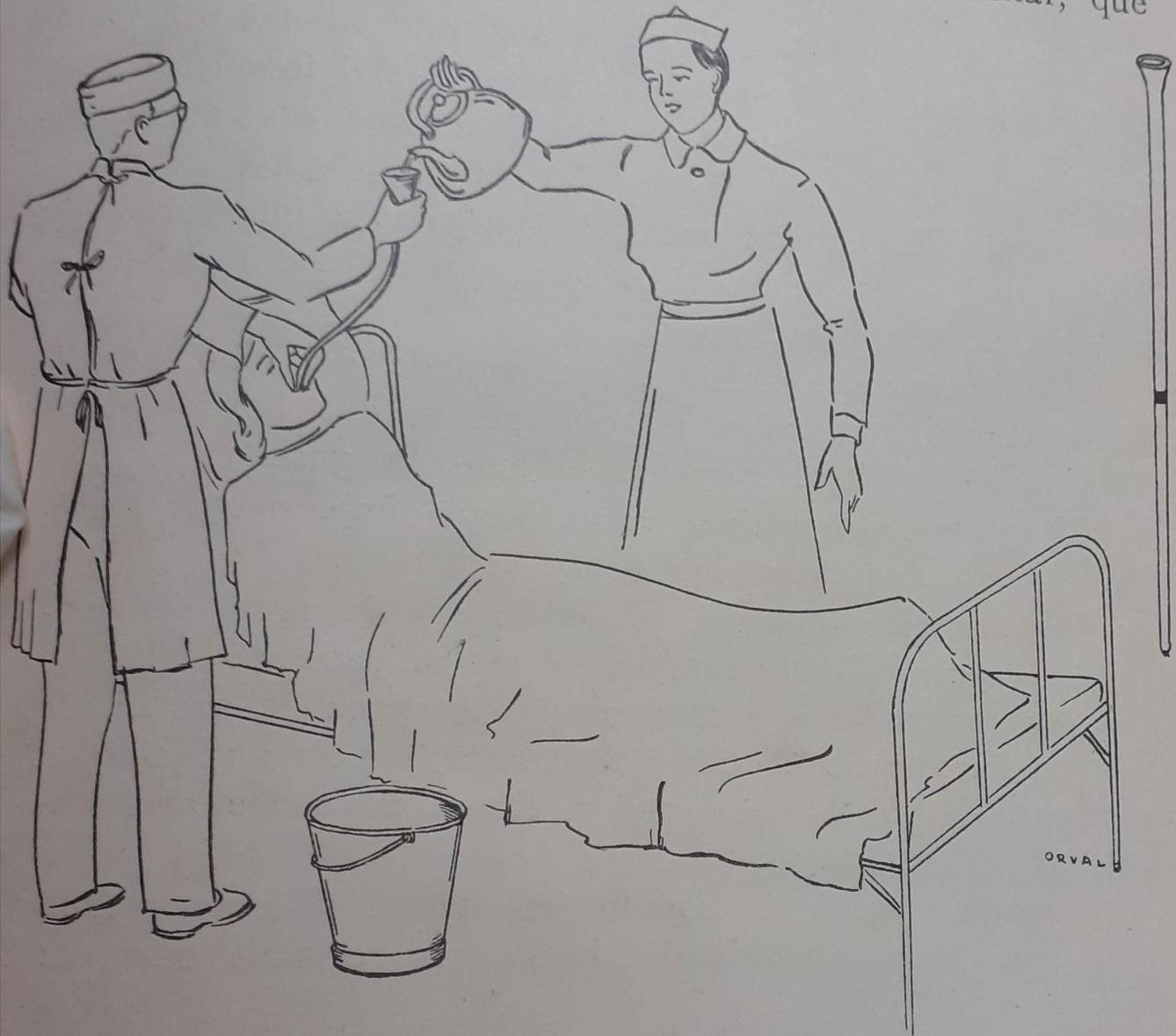


Fig. 43 — Lavagem de estômago. Detalhes da sonda.

deve fazer movimentos de deglutição para facilitar a penetração da sonda, que deve respirar a plenos pulmões no ato da introdução do tubo.

A sonda póde ser introduzida, tanto através das narinas, como através da bôca; nós preferimos esta última via.

A enfermeira coloca-se na cabeceira, e, ao lado da paciente, como está o médico na gravura.

Ela é convidada a abrir a bôca. Apoiando-se então, o polegar esquerdo sôbre os dentes incisivos; com a mão di-

reita se intromete a extremidade do tubo bem no fundo da garganta, introduz-se depois, rapidamente novas porções, a despeito dos movimentos em contrário e das náuseas experimentadas pela doente.

Os dedos apoiados sobre os incisivos fixam a sonda, enquanto a mão direita vai apanhar porções mais recuadas do tubo, a fim de continuar a sua intromissão.

Si as náuseas fôrem muito fortes e a defesa exagerada, pára-se a operação, e a paciente é convidada a respirar profundamente.

Depois de pequena pausa, recomeça-se a introdução, até que o anel preto tenha alcançado o nível dos incisivos — a sonda atingiu o estômago.

Si abaixarmos então, a extremidade do tubo para o balde, veremos escoar-se materia negra, aos borbotões, as vezes mais de litro! Escapam-se também gases.

Si o estômago estiver vasio, sairá simplesmente mucosidade turva e escassa, um pouco espumosa.

Na primeira hipótese, procedemos à lavagem do estômago — para isso levantamos a extremidade do tubo, ao qual adaptamos funil, e fazemos passar cerca de 300 cc. de água ou da solução contida na chaleira; depois abaixamos o tubo para o balde, de fôrma a fazer sifão, que aspira o conteúdo do estômago.

Cessada a saída do líquido, levantamos de novo o tubo e passamos nova quantidade de solução, e mais uma vez fazemos o sifão.

E assim conduzimos a lavagem, até que o líquido sifonado saia limpo e claro.

A paciente póde experimentar fortes náuseas, tossir no curso da operação; o seu esforço fará refluir líquido do estômago, que se mistura com o conteúdo do funil; nada disso porém impede, que a lavagem prossiga até o ponto desejado.

Retira-se então a sonda, e enxuga-se a bôca da doente.

A sensação de alívio e bem estar se lhe desenham na face, até há pouco angustiada.

## XIII

## HIPODERMOCLISE

A hipodermoclise consiste em injeção subcutânea de grande porção de substância medicamentosa — 250, 500, 800, 1.000 cc. de sôro fisiológico, glicosado ou outros.

É medicação dirigida contra estados de desidratação, por causas diversas, hemorragias, acidose etc. etc.

Como fazer?

Esterilizamos o material necessário à injeção — agulhas longas de 5 a 8 cms., tubo de borracha fino e longo de 1,5 metro, provido em uma das extremidades, de torneira metálica, onde adaptar-se-á agulha.

A ampoula do medicamento, de 200 a 250 cc. é envolta em panos humedecidos com água morna, para aquecimento da solução, o que não é obrigatório.

Pronto o material, tomamos a ampoula, colocamo-la no berço apropriado de tiras de pano, desinfetamos com álcool a sua ponta inferior, serramos o vidro na porção mais fina e quebramo-la.

O tubo de borracha, vasio de água, com a torneira aberta, recebe então a extremidade serrada da ampoula, que nele se introduz na extensão de 10 cms.

A enfermeira segurando o tubo de borracha, disposto em rodilha, serra e quebra a outra extremidade da ampoula, a recurvada, não na sua porção curva, mas na ponta afilada. Adapta então a agulha, na torneira metálica. A solução começa a se escoar, o que se deve permitir, até que todo o ar tenha abandonado o tubo de borracha, fechando-se em seguida a torneira.

A ampoula recebe então uma pêra insufladora de Richardson, que se lhe adapta na extremidade curva; e é dependurada em gancho de suporte metálico, de maneira que fique a 1,50 centímetros do sólo (Fig. 44).

Onde fazer a hipodermoclise?

No tecido celular retromamário, ou na face externa das cósas.

No primeiro caso, após desinfecção cuidadosa do sulco retromamário e vizinhança, a glândula é tomada a mão cheia e levantada, sendo a agulha introduzida por baixo da base da mama, tangenciando o torax, impelida pela mão direita.

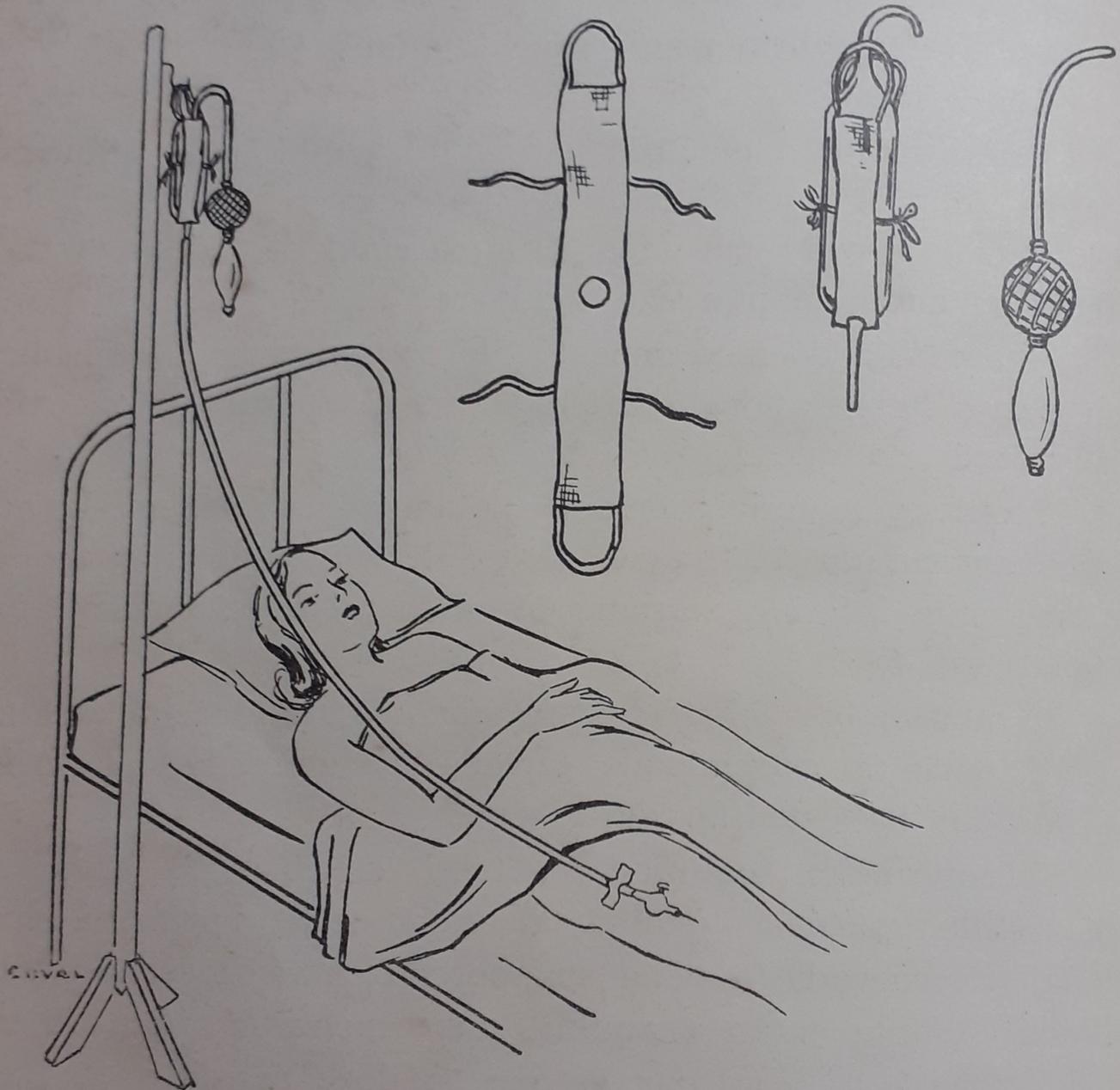


Fig. 44 — Hipodermoclise.

Detalhes do berço da ampoula e maneira de suspende-lo.

Deve ser introduzida em extensão superior a 5 cms.

Resta-nos agora, abrir a torneira, fixar o tubo na região, por meio de pequenas tiras de esparadrapo, e fazer funcionar a pêra de Richardson. Com o aumento da pressão

no interior da ampoula, a solução medicamentosa escoar-se-á rapidamente para o tecido sub-cutâneo. Durante todo o curso da injeção, a pêra será acionada diversas vezes, com o fim de manter a solução sob pressão.

Si tivermos preferido a face externa da côxa, a agulha será introduzida ao longo do eixo do membro.

É frequente neste caso, a transfixação da fascia lata, ou ao contrário, que a agulha permaneça mais superficial, alcance apenas a derma; naquela hipótese, o acúmulo do líquido injetado, assume a forma de superfície plana e elevada; e nesta, a pele apresenta inúmeras depressões punctiformes, como casca de laranja. Em ambos os casos, o líquido encontra embaraço ao escoamento.

Basta retirar um pouco a agulha e faze-la penetrar de novo, na direção conveniente, fugindo da fascia ou da derma, para que se acelere o ritmo da passagem do líquido.

Em caso de repetição da injeção, é conveniente poupar a mama, ou o membro já servido, utilizando-se o do outro lado.

É natural a sensação de dôr obtusa, tanto mais, quanto maior fôr a rapidez com que a solução é injetada; assim também, é natural, o tumor que se forma no ponto da injeção.

Não podemos deixar de tratar, do que denominámos — *berço*, repositório de pano, onde fica a ampoula suspensa, durante a injeção.

É formada de tira de pano, com 5 cms. de largura e 50 cms. de comprimento, formando alça, em cujo fundo se encontra abertura para passagem do tubo inferior da ampoula; a cerca de 8 ou 10 cms. acima do fundo, partem dois cadarços que envolvem e prendem o corpo da ampoula, no interior da alça, por meio de nó.

As extremidades livres das tiras, providas de buracos, servem de meio suspensor, ao se engancharem no suporte de metal.

## XIV

**PROCTOCLISE DE MURPHY***(Gôta-a-gôta retal)*

A proctoclise de Murphy se destina a hidratar o organismo, como tantas vezes é necessário após operações graves, nas quais se observam reações peritoneais, acidose ou estado de choque; nos casos de vômitos incoercíveis gravídicos etc. etc.

A solução a ser deposta e absorvida pela mucosa retal, é constituída por água pura, sôro fisiológico, solução bicarbonatada, sôro glicosado, etc.

A solução é contida em irrigador de vidro, em cujo tubo de borracha se intercala um aparelho de Murphy, destinado a regularizar a passagem da solução medicamentosa, que vai ter ao réto.

O aparelho de Murphy se adapta pela extremidade superior ao tubo do irrigador, e pela extremidade inferior, à tubulação que vai ter à sonda retal. O aparelho é de vidro e munido de guarnição metálica; provido de parafuso, por meio do qual se regulariza a passagem da solução, às gôtas — 12 por minuto. Elas são vistas a tombar da extremidade de tubo metálico, para o interior do corpo do aparelho, através das paredes de vidro; seguindo daí pela tubulação, até à ampoula retal (Fig. 45).

Assim pois, temos que esterilizar uma sonda de goma, retal, n.º 20, dispôr do aparelho de Murphy, e de um irrigador com tubo de borracha.

Preparamos também o suporte de metal, onde ficará suspenso o irrigador com a medicação.

A paciente será colocada em decúbito quasi horizontal, com as cadeiras um pouco elevadas, para facilidades de absorção e para evitar quebras na continuidade da tubulação. Será colocada sôbre impermeáveis forrados com lençóis, ou toalhas felpudas, absorventes, para que o líquido que se escapar e fôr ter às nádegas, não provoque sensações incômodas.

À sonda lubrificada com um pouco de vaselina é introduzida no réto, através do canal anal, até alcançar 15 a 20 cms. de altura.

Para isso, é conveniente que a paciente se mantenha em decúbito lateral esquerdo, com as nádegas bem na borda

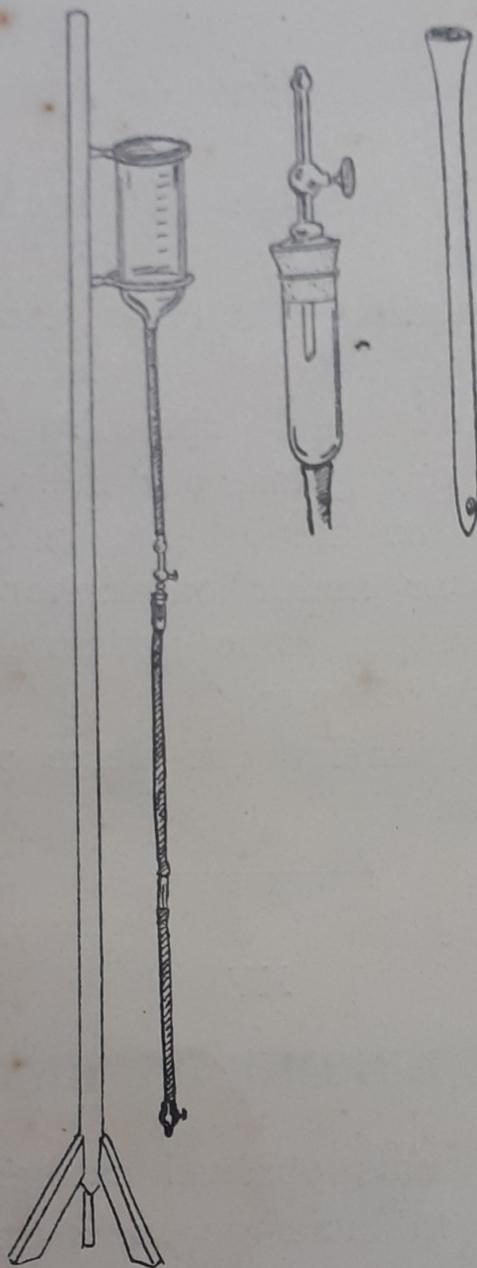


Fig. 45 — Proctoclise com aparelho de Murphy.  
Detalhes do aparelho.

do leito, com o membro inferior do mesmo lado distendido; e o direito, ligeiramente flectido sôbre o ventre.

A sonda deve ser dirigida um pouco para trás, paralelamente à face anterior do sacro; e permanecer em posição retilínea, sem quebrar a continuidade da sua luz, por acotovelamento.

Estando a sonda em posição, a paciente assume decúbito dorsal.

A sonda é adaptada a torneira de ebonite da extremidade do tubo de borracha do irrigador, já com o aparelho de Murphy intercalado; tubo que vai ter ao irrigador suspenso pelo suporte.

Regularizamos, então, a passagem da medicação, pelas gôtas desprendidas na unidade de tempo — manipulando o parafuso.

A proctoclise se prolonga por horas e horas, doze a vinte e quatro horas.

Um pouco de líquido sempre se escôa pelo anus e vai ter aos panos que forram o impermeavel.

Si por acaso não houver o aparelho de Murphy, podemos regular a passagem das gôtas, por meio de pinça de Pean, que ao apertar mais ou menos extensamente a borracha de irrigador, deixa passar maior ou menor número de gôtas naquele espaço de tempo, como podemos verificar pela inspeção da torneira de ebonite.

Apertamo-la, de maneira que deixe passar apenas 10 a 12 gôtas por minuto.

---

## XV

### CATETERISMO DA BEXIGA

Deve-se evitar a mais possível cateterizar a bexiga.

Sómente após a falência de meios mais suaves e inócuos, deve-se recorrer ao cateterismo. Só assim poder-se-á evitar infecções das vias urinárias, pois, por mais cuidadosa que seja a antissépsia, sempre são possíveis infecções vesicais.

Por isso, é preferível colocar a paciente sôbre comadre e derramar suavemente sôbre a vulva, certa porção de água morna, contida em irrigador. Reflexos são então gerados; e a paciente, não raro, esvasia espontaneamente a bexiga.

Si não surtir efeito êste recurso, injeção de urotropina ou cilotropina, na vêia, frequentemente dá resultado.

Outros preferem antiespasmódicos — preparados de atropina, papaverina; ou ao contrário, excitadores de contrações da musculatura da bexiga, como petrissin, pituitrina etc.

Caso tenham falhado êstes meios, não resta ao médico senão o último recurso, representado pelo cateterismo.

A paciente se coloca sobre comadre, em decúbito dorsal, com os membros inferiores afastados e em flexão sôbre o leito



Fig. 46.— Cateterismo vesical.

O tubérculo uretral é cuidadosamente desinfetado com solução de oxicianeto de mercúrio, após afastamento dos pequenos lábios, por meio do indicador e polegar da mão esquerda.

Conservando-se os lábios afastados, toma-se o cateter com a mão direita e se o introduz pelo canal da uretra, docemente, abaixando a extremidade livre, e impelindo a outra na direção da menor resistência.

Um rim, a comadre, o recipiente da mesa de curativos, ou outro qualquér receptáculo, receberá a urina, conforme as condições que cercarem o cateterismo (Fig. 46).

Naturalmente o cateter será esterilizado por ebulição; tanto póde ser de metal, como de borracha. Êste é melhor suportado que aquele, por ser menos duro e poupar mais os tecidos.

Ao retirar o cateter, convêm obturar a extremidade livre, com o dedo, de maneira a não se escoar para fóra do vaso, a urina contida na sonda.

O cateterismo deve ser indolôr e provocar apenas leve sensação de cócega; a paciente não deve sangrar.

A retenção de urina se observa frequentemente após laparatomias, após partos espontâneos, e mais ainda, após operações obstétricas.

Desde que a paciente comece a sentir-se incomodada, ou a experimentar dores, em consequência do estado de repleção da bexiga, deve-se procurar esvasia-la, de uma ou de outra forma.

---

## XVI

### COMO RETIRAR PONTOS DE SUTURA

Geralmente as operadas de laparotomia são libertadas dos pontos, no oitavo dia após a operação.

As palestras com amigas já operadas e palpites de pessoas da família, provocam neste particular, impressão penosa, de recêio, em relação à retirada dos pontos.

Não há a menor sombra de verdade nessa crença.

A retirada dos pontos é feita geralmente pelo médico operador, ou por um dos seus auxiliares.

Para êste mistér, a enfermeira trás até junto ao leito da operada, carrinho contendo o necessário, tanto para retirada dos pontos, como para refazer o curativo.

Na maioria dos casos, a ferida operatória é resguardada por curativo oclusivo com esparadrapo.

Precisa-se pois, descola-lo da péle, para expôr a gase, os pontos de aproximação e os agrafes de Michel, que protegem e prendem a incisão operatória.

O descolamento do esparadrapo é obtido com facilidade por meio de algodão, ou gase, embebido em benzina, e que se passa na linha de aderência do esparadrapo à pele, quando se o levanta um pouco.

O descolamento progride rapidamente em todos os setores, até que o esparadrapo seja inteiramente descolado e retirado, com a gase superficial aderente (Fig. 47).

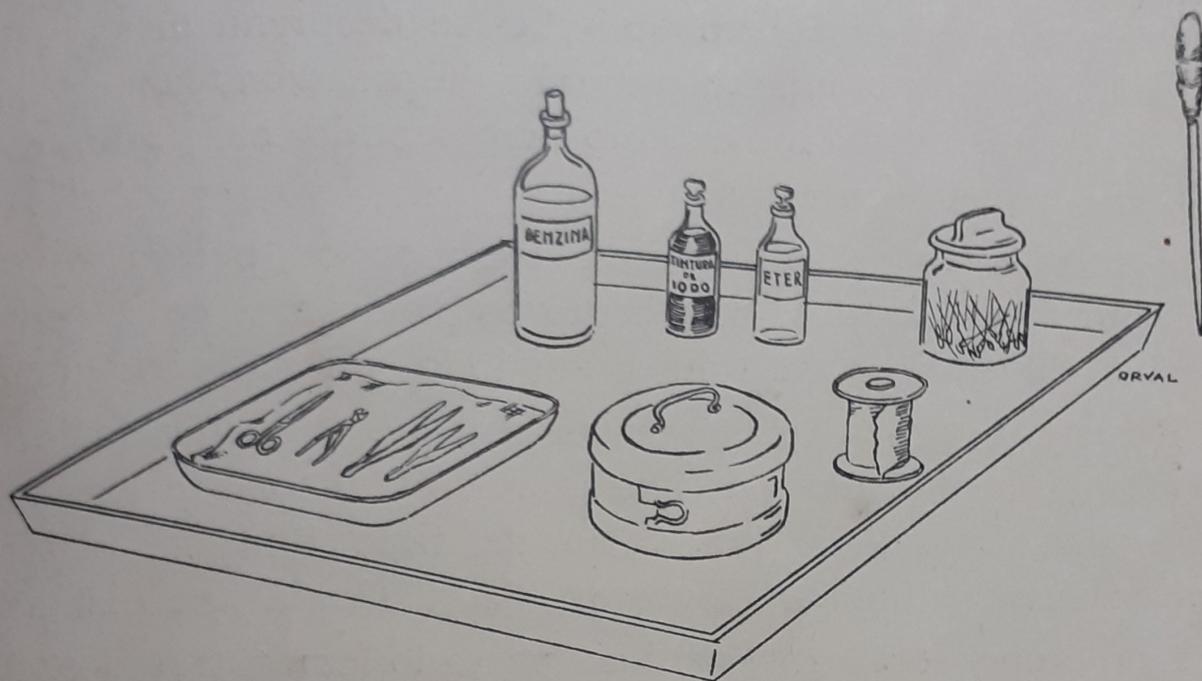


Fig. 47 — Material para retirada dos pontos. Detalhe do palito guarnecido com algodão.

Com as mãos enluvadas, cortamos os pontos de aproximação — antes porém, tomamos palito com algodão enrolado em uma das extremidades, embebemo-lo em tintura de iodo e tocamos o fio, no ponto em que será seccionado. Cortamos à tesoura, ao revês da pele, de fôrma a percorrer os tecidos, internamente, a porção do fio tocada pelo iodo. Com uma pinça tomamos a outra extremidade da crina, próxima ao nó, e tiramos o ponto.

Si os pontos de afrontamento cutâneo, fôrem de sêda ou crina, retiramo-los com as mesmas precauções e técnica.

Si fôrem agrafes metálicos, tomamos a pinça apropriada e passamos o ramo inferior do seu bico, por baixo do agrafe, e apertamos o ramo superior por cima, na porção mais convexa do agrafe, ao nível do ângulo, de maneira a torna-

lo plano, ou a lhe inverter a curvatura. e assim se desprenderem as respectivas unhas, até então cravadas na péle.

Si fôr difficil a passagem do bico do instrumento por baixo do agrafe, si êste fugir e furtar-se áquella ação, podemos fixa-lo com pinça de disseção, de fôrma a permitir o uso de tira-agrafes.

Si após a abertura do agrafe, as unhas permanecerem presas, podemos lhe aumentar, e até inverter completamente a curvatura — situação em que elas se desprendem da péle; ou então, com movimento lateral, desprendemo-las de um lado, e depois, com movimento em sentido contrário, desprendemo-las do outro lado.

Retirados todos os grafes, tocamos os pequenos perituitos por êles deixados, bem como os produzidos pelos pontos de crina ou sêda, com tintura de iodo, ou mercúrio-crômio.

Resta-nos agora, proteger as soluções de continuidade punctiformes, por meio de gase, que os recobrem em toda a extensão, fixando-as por meio de fitas finas de esparadrapo, transversalmente dispostas, de distância em distância.

Um crêpe será em seguida, passado em tôrno do talhe — não é indispensavel.

*Material.* — Bandeja com vidro de benzina ou éter, vidro de tintura de iodo, ou mercúrio-crômio; vidro com palitos porta-algodão; pinças de disseção, tesoura, pinça de grafes; tambor de gase; carretel de esparadrapo e tesoura própria. Os instrumentos esterilizados virão em cuba forrada e coberta com gase esterilizada.

---

# INDICE

---

## A. — PARTE GERAL

	Pag.
Ciência e arte da enfermeira .....	9
Vestes .. .. .	14
Papeis e livros do Serviço .....	15
Como se arruma uma cama .....	19
Como desinfetar as mãos .....	21
Como dar os remédios .....	23
Temperatura, pulso e outros cuidados .....	24
Exame de urina .....	25
Maca .. .. .	28
Cuidados corporais. Quarto .....	29
Bolsa de gelo e saco d'água quente .....	31
Colheita de material .....	33
Esfregaço de pés .....	34
Biópsia do colo e endométrio .....	35
Injeções subcutâneas .....	36
— . intramusculares .. .. .	39
— . intravenosas .. .. .	40
Lavagem intestinal. Clisteres .....	44
Compressas, capotes, máscaras e gôrros .....	45
Esterilização de roupas, lençóis e compressas .....	51
Instrumental .. .. .	54
Esterilização de instrumentos .....	60
Dietas .. .. .	61
Modo de alimentar os doentes .....	68
Anestesia .. .. .	69

## B. — ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Exame obstétrico da gestante .....	79
— — da parturiente .....	81
Material necessario para operações de forceps, basiotripsia e craneoclasia .....	84
Parto natural e sua enfermagem .....	86

Assistência ao parto .....	Pag. 90
Hemorragia do delivramento .....	" 101
Sutura em caso de hemorragia .....	" 106
Tamponamento .....	" 108
Puerpério .....	" 107
Lóquios .....	" 109
Lactação .....	" 109
Cuidados ao recém-nascido .....	" 118
Drenagem metálica .....	" 122

### C. — ENFERMAGEM GINECOLÓGICA

Como preparar exame ginecológico .....	" 126
Insuflação tubária .....	" 127
Diatermia, ondas curtas .....	" 129
Mickulicz .....	" 132
Citoscópia e cateterismo ureteral .....	" 134
Utero-salpingografia .....	" 135
Aplicação de radium .....	" 137
Preparação de doente para laparotomia .....	" 140
Laparotomia .....	" 142
Operação por via vaginal .....	" 147
Período post-operatório .....	" 150
Lavagem do estômago .....	" 154
Hipodermoclise .....	" 157
Proctoclise de Murphy .....	" 160
Cateterismo da bexiga .....	" 162
Como retirar os pontos de sutura .....	" 164