



80
anos
1933-2013

ESCOLA DE ENFERMAGEM

UFMG

UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA – REDE
CEGONHA

VANESSA ARAÚJO VIANA

AÇÃO EDUCATIVA COM PROFISSIONAIS PARA A QUALIFICAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM - NASCIDO NA PRIMEIRA HORA
APÓS O PARTO DE UM CENTRO OBSTÉTRICO

FORTALEZA – CEARÁ

2019

VANESSA ARAÚJO VIANA

AÇÃO EDUCATIVA COM PROFISSIONAIS PARA A QUALIFICAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM - NASCIDO NA PRIMEIRA HORA
APÓS O PARTO DE UM CENTRO OBSTÉTRICO

Projeto de intervenção apresentado à
Coordenação do curso de
Especialização em Enfermagem
Obstétrica, da Universidade Federal de
Minas Gerais e Universidade Federal do
Ceará, como parte dos requisitos para
obtenção do título de especialista em
Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Dra. Maria Adelane
Monteiro da Silva

FORTALEZA - CEARÁ

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Viana, Vanessa Araújo

AÇÃO EDUCATIVA COM PROFISSIONAIS PARA A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM - NASCIDO NA PRIMEIRA HORA APÓS O PARTO DE UM CENTRO OBSTÉTRICO [manuscrito] / Vanessa Araújo Viana. - 2018.

36 f.

Orientadora: Maria Adelane Monteiro Silva.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - Rede Cegonha - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Obstetrícia.

1.Educação em saúde . 2.Sala de parto . 3.Cuidados de Enfermagem. 4.Neonato. I.Silva, Maria Adelane Monteiro . II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

VANESSA ARAÚJO VIANA

AÇÃO EDUCATIVA COM PROFISSIONAIS PARA A QUALIFICAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM - NASCIDO NA PRIMEIRA HORA
APÓS O PARTO DE UM CENTRO OBSTÉTRICO

Projeto de intervenção apresentado à
Coordenação do curso de
Especialização em Enfermagem
Obstétrica, da Universidade Federal de
Minas Gerais e Universidade Federal do
Ceará, como parte dos requisitos para
obtenção do título de especialista em
Enfermagem Obstétrica.

APROVADO EM:

Prof. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva
Orientadora

Prof. Dra. Laise Conceição Caetano

Prof. Me. Cinthia Maria Gomes da Costa Escoto Esteche

RESUMO

A presente intervenção tem como objetivo contribuir para o aprimoramento dos profissionais de enfermagem quanto às boas práticas com o recém-nascido na primeira hora após o parto. A intervenção foi efetuada em um Centro de Parto Normal de um Hospital Regional, com 15 profissionais de enfermagem, dentre esses cinco enfermeiros e dez técnicos em enfermagem que atuam no cuidado ao recém-nascido na primeira hora de vida. Foram realizados cinco encontros, sendo um no plantão matutino, outro durante o turno vespertino e três no turno da noite. Elaborou-se um pré-teste com dez perguntas referentes ao cuidado do recém-nascido na primeira hora do nascimento, abordando a temperatura ambiente ideal para a sala de parto, avaliação acerca da necessidade de reanimação, o tempo adequado para o clampeamento do cordão umbilical, os passos iniciais para reanimação, a necessidade de ventilação com pressão positiva e compressão torácica, e os cuidados de rotina após a estabilização clínica do neonato na sala de parto. Os encontros foram articulados em quatro momentos, em que o primeiro consta da dinâmica de apresentação e integração, posteriormente foi apresentada a proposta e o objetivo do projeto de intervenção, depois distribuído o instrumento e ofertado um tempo para o preenchimento, após, foi abordado acerca dos temas questionados no instrumento, humanização no parto e pós-parto bem como na assistência ao neonato, o esclarecimento de dúvidas e por fim, avaliou-se a intervenção, quando cada participante explanou sobre como foi o momento, o que foi bom e alguma sugestão. A partir da análise, notou-se que a maioria dos profissionais respondeu corretamente aos assuntos clampeamento do cordão umbilical, ventilação por pressão positiva e início da reanimação. Observou-se mais dificuldade dos profissionais acerca da temperatura ambiente ideal da sala de parto e do procedimento de reanimação. Dessa forma, a intervenção proporcionou conhecer as principais limitações dos profissionais em relação ao cuidado ao recém-nascido na primeira hora após o parto, essas subsidiaram o desenvolvimento da discussão. O reconhecimento das principais dificuldades dos profissionais direcionou a abordagem da intervenção de forma a se trabalhar, sobretudo, em cima das fragilidades da assistência. Ressalta-se a importância de intervenções para atualização dos profissionais que são desenvolvidas em seu ambiente de trabalho. As abordagens descritas no presente estudo contribuíram de forma singular para a qualificação dos participantes, pois pode-se discutir temáticas relevantes da assistência de enfermagem e sanar as dúvidas cotidianas.

Palavras-chave: Educação em saúde. Cuidados de Enfermagem. Sala de parto. Neonato.

ABSTRACT

The present intervention aims to contribute to the improvement of nursing professionals regarding good practices with the newborn during the first hour after childbirth. The intervention was performed in a Normal Delivery Center of a Regional Hospital, with 15 nursing professionals, among these five nurses and ten nursing technicians who work in the care of the newborn during the first hour of life. Five meetings were held, one on the morning shift, one during the evening shift and three on the night shift. A pre-test was developed with ten questions regarding the care of the newborn in the first hour of birth, addressing the ideal temperature for the delivery room, evaluation of the need for resuscitation, adequate time for clamping the umbilical cord, the initial steps for resuscitation, the need for positive pressure ventilation and chest compression, and routine care after the clinical stabilization of the neonate in the delivery room. The meetings were articulated in four moments, in which the first one consisted of the presentation and integration dynamics, afterwards the proposal and the objective of the intervention project were presented, after that the instrument was distributed and offered a time for completion, and then the topics questioned in the instrument were discussed, humanization in childbirth and postpartum, as well as assistance to the newborn, clarification of doubts and, finally, the intervention was evaluated and each participant explained about how the moment was, what was good and gave some suggestions. From the analysis, it was noticed that most of the professionals answered correctly about the subjects: umbilical cord clamping, ventilation by positive pressure and beginning of resuscitation. It was observed more difficulty of the professionals about the ideal temperature in the delivery room and the resuscitation procedure. Thus, the intervention provided the knowledge of the professionals 'main limitations regarding care to the newborn in the first hour after delivery, which subsidized the development of the discussion. The recognition the professionals 'main difficulties directed the approach of the intervention in order to work, above all, on the fragility of the assistance. It is emphasized the importance of interventions to update professionals that are developed in their work environment. The approaches described in the present study contributed in a unique way to the qualification of the participants, since it was possible to discuss relevant thematic of the nursing care and to solve the daily doubts.

Keywords: Health Education. Nursing care. Delivery room. Newborn.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPM- Batimentos por minuto

CASRM Centro de Apoio a Saúde Reprodutiva da Mulher

CASRM- Centro de Apoio a Saúde Reprodutiva da Mulher

CCO- Centro Cirúrgico Obstétrico

CPN- Centro de Parto Normal

FR- Frequência Respiratória

HRN- Hospital Regional Norte de Sobral

IHAC- Iniciativa Hospital Amigo da Criança

OMS- Organização Mundial de Saúde

RN- Recém-nascido

SBP- Sociedade Brasileira de Pediatria

SUS- Sistema Único de Saúde

UCINCa- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

UCINCo- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para Infância

UTIN- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

VPP- Ventilação com Pressão Positiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO.....	10
3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	11
4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	13
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
5.1 Histórico na Atenção ao Parto e Nascimento.....	14
5.2 Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento	15
6 PÚBLICO ALVO	20
7 OBJETIVOS	21
7.1 Objetivo geral	21
7.2 Objetivos específicos	21
8 METAS.....	22
9 METODOLOGIA.....	23
10 RECURSOS HUMANOS.....	25
11 DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO.....	26
12 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	31
APÊNDICES.....	33

1 INTRODUÇÃO

O guia para a atenção ao parto normal publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996 marcou a promoção do nascimento saudável e combate às elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal. As boas práticas de atenção ao parto e redução das intervenções desnecessárias constituem-se em recomendações da OMS, reforçadas pelo Ministério da Saúde por meio da política pública denominada Rede Cegonha (WHO, 1996).

Atualmente o modelo de assistência ao parto e nascimento se encontra em processo de mudança, deixando de ser centrado no médico obstetra e no ambiente intra-hospitalar. O Ministério da Saúde incentiva a incorporação da enfermeira obstétrica nas equipes hospitalares e aposta na sua contribuição para redução no uso das intervenções e das cesáreas desnecessárias, que caracterizam a assistência obstétrica no país (VOGT; SILVA; DIAS, 2014).

A partir da década de 1980, o movimento da humanização do parto foi se tornando visível, além da assistência acolhedora e respeitosa à parturiente, propôs a assistência baseada em evidências científicas, um dos marcos mais importantes da transição para mudança do modelo assistencial obstétrico brasileiro.

A prática obstétrica baseada em evidências descrita pela Organização Mundial da Saúde e, mais tarde, ratificada pelo Ministério da Saúde tem como base a classificação de condutas obstétricas no parto normal, a partir de evidências científicas, segundo critérios de utilidade, eficácia e risco (WHO, 1996).

Para Sousa *et al.* (2016) há evidências em estudos científicos internacionais a respeito da melhoria da qualidade da assistência ao parto, que enfatizam a enfermeira obstétrica como componente fundamental. Com a presença dessas profissionais, houve uma melhoria da qualidade da assistência ao parto, além de reduzir risco de intervenções como a episiotomia e o parto instrumental, proporcionando mais sensação de controle da experiência do parto pelas mulheres.

No Brasil, algumas experiências de instituições que buscam o trabalho integrado entre enfermeiras e médicos na assistência ao parto vêm sendo efetuadas por meio de políticas institucionais, reforçando as políticas públicas até então formuladas. O parto e o período pós-parto, atualmente são de bastante

vulnerabilidade tanto para a mãe, quanto para o recém-nascido (RN), pois são nesses períodos que ocorrem boa parte dos óbitos neonatais e maternos.

Grande parte das rotinas hospitalares usadas para manejar e avaliar os recém-nascidos após o nascimento foram desenvolvidas ao longo dos anos por conveniência ou hábito e nem sempre foram validadas cientificamente. Sabe-se que essas práticas, comuns e essenciais de atenção ao parto, nascimento, e ao pós-nascimento imediato têm um impacto importante na transição de feto a recém-nascido. Assim, ao se recomendar para as práticas de atenção ao RN devem ser avaliados os benefícios relativos de cada prática a curto e longo prazo, tanto para a mãe quanto para a criança (BRASIL, 2011).

Apesar das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizarem boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas e afirmar que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, o modelo de atenção ao parto “normal”, mais comum no Brasil, inclusive em hospitais de ensino, é tecnocrático, centrado no profissional médico em instituição de saúde hospitalar, razão pela qual é também chamado de parto normal hospitalar (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

Esta realidade contraria as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1996, as quais enfatizam que o parto é um evento natural que necessita de cuidados. Com base neste entendimento a OMS recomenda uma maior participação da Enfermeira Obstétrica na atenção ao parto, tomando como referência a ideia de que sua formação é orientada para o cuidado, e não para a intervenção.

2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

O interesse nesta intervenção surgiu a partir da vivência como enfermeira do Centro de Apoio a Saúde Reprodutiva da Mulher (CASRM) do Hospital Regional Norte de Sobral. Por se tratar de um hospital novo, observa-se que são enfrentados alguns desafios, sendo um deles a qualidade do cuidado ao recém-nascido na primeira hora de vida. É difícil modificar a cultura médica e tornar predominante o modelo de atenção ao parto e ao nascimento que está sendo proposto pelo Ministério da Saúde.

Observou-se que alguns pediatras relatavam o despreparo da equipe no momento do nascimento do recém-nascido, e a sensibilidade que alguns não possuem de respeitar as diretrizes que integram a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS) e as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do próprio Ministério. Os procedimentos de rotina adotados após o nascimento do bebê, como exame físico, medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal, devem ser realizados somente após esses primeiros cuidados. A partir disso, percebeu-se a importância de realizar essa intervenção para promover uma assistência mais qualificada. Assim, a intervenção descrita no presente estudo visa melhor prepará-los diante de tais situações.

3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A intervenção foi realizada no Hospital Regional Norte (HRN), localizado no município de Sobral, referência para uma população de cerca de 1,6 milhão de habitantes, compreendendo mais de 55 municípios da região. O Hospital supracitado foi inaugurado em 2013 e disponibiliza dos serviços de Urgência e Emergência Adulto e Pediátrico, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Centro Cirúrgico Geral, Centro de Imagem, Ambulatório Geral, Central de Material de Esterilizado, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), Clínica Obstétrica, Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO), Centro de Parto Normal (CPN) e Unidade de Cuidados Obstétricos.

A intervenção foi implementada, especificamente, no Centro Obstétrico do HRN, o qual é denominado de Centro de Apoio a Saúde Reprodutiva da Mulher (CASRM), o qual foi inaugurado em novembro de 2013, referência para gestação de Alto Risco, composto pelos serviços supracitados (Clínica Obstétrica, Centro Cirúrgico Obstétrico, Centro de Parto Normal e Unidade de Cuidados Obstétricos), contando também com serviços de ambulatório: Pré-Natal de Alto Risco, Ultrassom e de Egressas de Cesarianas, atendendo a uma média mês de 400 atendimentos e 150 partos (sendo 100 cesarianas e 50 partos normais). Salienta-se que o serviço não funciona como porta aberta, sendo o acesso realizado via central de regulação de leitos do município e do estado via sistema UNISUS-WEB, e por meio da Policlínica de Sobral, onde as gestantes de alto risco tem a assistência ao parto garantida.

O serviço de obstetrícia segue as diretrizes da Política da Rede Cegonha no que concerne: Centro de Parto Normal com 10 leitos pré-parto, parto e pós-parto, sendo permitida a presença de acompanhante de livre escolha da gestante (sexo feminino ou masculino).

Além disso, o serviço é composto pela Clínica Obstétrica, a qual possui 23 leitos, sendo 11 são para gestação de alto risco e 12 para alojamento conjunto, Centro Cirúrgico Obstétrico; e Unidade de Cuidados Obstétricos com cinco leitos de

assistência a mulheres com diagnóstico de abortamento e óbito fetal. Nesses setores, são permitidas apenas a presença de mulheres.

4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Existe uma série de razões para acreditar que a assistência humanizada ao parto e ao nascimento, centrada na mulher e na família, pode trazer muitos benefícios. Várias alternativas podem ser colocadas à disposição da mulher e de sua família para que ambos possam escolher livre e conscientemente aquela que mais se adapta às suas percepções e modos de vida.

As enfermeiras como integrantes desta equipe têm grande participação nestas alternativas, e devem propor cuidados em consonância com as boas práticas; e construir uma proposta de cuidados mais humanizada voltada aos RNs. A padronização de procedimentos apropriados deve ser considerada como um processo para melhoria da atenção obstétrica, neonatal e perinatal, com a finalidade de alcançar uma assistência segura e de qualidade.

A utilização das boas práticas obstétricas pelos profissionais de saúde e dentre eles o enfermeiro obstetra tem empreendido esforços no sentido de reduzir os danos ao ciclo gravídico puerperal diminuindo assim os altos índices de cesariana e de mortalidade materna e neonatal. Assim, a intervenção exposta tem como finalidade avaliar a assistência do enfermeiro obstetra e dos técnicos de enfermagem às práticas adotadas na primeira hora de vida baseando-se nas boas práticas obstétricas e a necessidade em que alguns profissionais apresentam ao executar os cuidados com os recém-nascidos na primeira hora após o parto, e assim, irá aprimorar a assistência realizada ao público e melhorar os resultados no serviço.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Histórico na Atenção ao Parto e Nascimento

Ao longo da história, o ato de nascer passou a ser encarado como um evento complexo e com caráter intervencionista, deixando de ser um processo fisiológico, e assim, elevando as taxas de cesáreas em todo país. Nessa direção o cuidado prestado à mulher durante o processo de parto e nascimento sofreu muitas mudanças ao longo dos anos, decorrentes da institucionalização do parto e da medicalização do corpo feminino e dos avanços tecnológicos nessa área (BRUGGEMANN ; ZAMPIERI; OLIVEIRA, 2001).

Para Rabelo e Oliveira (2010), na atualidade o parto vem sendo frequentemente percebido como um processo patológico, o que tem resultado na adoção da tecnologia do parto dirigido, no qual a mulher se encontra, geralmente, semi-imobilizada, em posições desconfortáveis, privada de alimentos e líquidos por via oral, sujeita à utilização de drogas para a indução do parto e ao uso de rotina de episiotomia e eventual do fórceps. Esse é o modelo de atenção ao parto 'normal' mais comum no Brasil, sendo realizado, quase sempre, por um médico em uma instituição de saúde hospitalar, razão pela qual é também chamado de parto normal hospitalar.

A partir dessa realidade, a humanização da assistência à mulher e o bebê, torna-se, muitas vezes, negligenciada, pois a atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005). Para que haja um atendimento humanizado é necessário reconhecer a mulher como sujeito ativo do processo, não apenas como objeto, dando-lhe oportunidade de expressar seus anseios e desejos, atendendo suas expectativas e respeitando sua opinião.

A taxa de cesariana tem sido utilizada como indicador de avaliação do modelo de atenção ao parto e, segundo padrão normativo da Organização Mundial da Saúde (OMS), não deve ultrapassar 15%. A alta prevalência de cesáreas no Brasil não parece estar relacionada a mudanças no risco obstétrico e sim a fatores

socioeconômicos e culturais, destacando-se o controverso fenômeno da “cultura da cesariana”. A preferência das mulheres pelo parto cesáreo parece moldada pela conduta intervencionista do médico e pela crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está fortemente associada à tecnologia dura utilizada no parto operatório (LEAL *et al.*, 2009).

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal. Essa classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas realizadas no mundo todo, com o intuito de estabelecer práticas adequadas e seguras para a assistência obstétrica, garantindo uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura. As recomendações foram classificadas em quatro categorias: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; práticas frequentemente usadas de modo inadequado.

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o programa Rede Cegonha, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência do parto e nascimento. Este programa representa uma ampla e importante estratégia que objetiva implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, que garanta o acolhimento capacitado, a integralidade da assistência, e a redução dos índices de mortalidade infantil (BRASIL, 2011).

5.2 Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento

O momento do parto é a etapa mais significativa para a parturiente, recém-nascido e familiares, processo que depende de horas e provoca mudanças fisiológicas e psicológicas, proporcionando a oportunidade de colocar em prática as habilidades para assistir ao nascer com qualidade (MATEI *et al.*, 2003).

A OMS (2000) preconiza algumas atitudes por parte dos profissionais na assistência obstétrica e ressalta também os direitos da mulher para um parto humanizado com base nesses direitos. Entre as atitudes estão:

- respeitar a vontade da mulher em ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e o parto;
- monitorar o bem-estar físico e emocional, durante todo o processo de atendimento;
- responder às informações e explicações solicitadas;
- permitir à mulher que ela caminhe durante o período de dilatação e adote a posição que desejar no momento da expulsão;
- orientar e oferecer métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como: massagem, banho morno e outras técnicas de relaxamento;
- permitir o contato pele a pele entre a mãe e o bebê e o início do aleitamento, imediatamente após o nascimento;
- em relação específica aos serviços: possuir normas de procedimentos e monitorar a evolução do parto pelo partograma, oferecer alojamento conjunto e estimular o aleitamento materno.

Quanto aos direitos da mulher:

- estar acompanhada durante o trabalho de parto e o parto, por alguém de sua escolha;
- conhecer a identidade do profissional;
- ser informada pelos profissionais sobre os procedimentos que serão realizados com ela e o bebê;
- receber líquidos e alimentos durante o trabalho de parto, sem excessos;
- caminhar e fazer movimentos durante o trabalho de parto;
- receber massagens ou outras técnicas relaxantes;
- tomar banhos mornos;
- adotar a posição que desejar no momento da expulsão;
- receber o bebê para mamar, imediatamente após o parto;
- ser chamada pelo nome;

A OMS recomenda ainda que procedimentos que já são considerados como danosos ou ineficazes, tais como: tricotomias, enemas, cateterismos venosos, jejum, ruptura precoce de membranas e monitorização eletrônica fetal não sejam feitos rotineiramente (OMS, 2000).

Nesse contexto, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), apoiado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), lançado em 1990, é considerada, atualmente, uma estratégia eficiente que contribui para a melhoria dos indicadores de saúde das crianças. Assim, apesar de o local onde desenvolve-se o estudo ainda não ser considerado um Hospital Amigo da Criança, observa-se que os profissionais tendem a aproximar suas práticas às recomendações propostas pela estratégia.

O contato pele a pele é uma das recomendações do Ministério da Saúde e consiste em colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, por no mínimo uma hora, encorajando-as a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados. Ter contato precoce auxilia os bebês a se manterem aquecidos e calmos e também ajuda com outros aspectos da transição do bebê para a vida fora do ventre (MOORE et al, 2016).

Logo, na assistência à criança no momento do nascimento deve-se empregar o princípio ético da não maleficência. Os profissionais de saúde devem considerar os possíveis danos que qualquer intervenção pode causar no processo fisiológico de adaptação do recém-nascido no momento do nascimento (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde preconizam cortar o cordão umbilical de todos os recém-nascidos, independentemente de sua idade gestacional, somente após a parada total da circulação, quando o cordão está achatado e sem pulso (aproximadamente 3 minutos ou mais depois do nascimento). A recomendação é necessária porque enquanto o cordão está pulsando, ainda há circulação entre o recém-nascido e a placenta, fazendo com que o clampeamento em tempo oportuno tenha profundos efeitos para a saúde do bebê, como o aumento do volume sanguíneo do recém-nascido e das reservas de ferro e diminuição das chances de desenvolver anemia os primeiros 6 meses de vida (BRASIL, 2017).

Ainda que o cenário correspondente ao parto e nascimento tenha vivenciado importantes modificações, visualizam-se estratégias de continuidade e consolidação das políticas públicas vigentes. Neste contexto, a enfermagem, como profissão de grande protagonismo na saúde do Brasil ao longo dos anos, se tornou uma importante aliada na luta pela busca da realização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, valorizando e respeitando a figura da mulher e garantindo proteção e cuidado ao recém-nascido (SILVA *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, os cuidados ao RN imediatamente após o parto são fundamentais para a adaptação do neonato e a redução da morbimortalidade infantil, visto constituir de um delicada transição do meio intra para o extra-uterino. Dessa forma, os procedimentos realizados na sala de parto são determinantes para o prognóstico desse RN, e o profissional de saúde envolvido nesse momento é uma figura facilitadora ou não desse processo, por isso a importância desses profissionais estarem capacitados para interferir positivamente na aproximação entre mãe e bebê e nos cuidados de rotina realizados (CRUZ; SUMAN; SPINDOLA, 2007).

Por outro lado, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2016), cerca de um em cada dez RN necessita de ajuda para iniciar a respiração efetiva; um em cada 100 precisa de intubação traqueal; e 1-2 em cada 1.000 requer intubação acompanhada de massagem cardíaca e/ou medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente. A necessidade de procedimentos de reanimação é maior quanto menor a idade gestacional e/ou peso ao nascer.

A mortalidade neonatal precoce associada à asfixia perinatal em recém-nascidos de baixo risco, ou seja, com peso ao nascer $\geq 2500\text{g}$ e sem malformações congênitas, é elevada em nosso meio. Estudo feito pelo Programa de Reanimação Neonatal mostrou que, entre 2005 e 2010 no Brasil, ocorreram 5-6 mortes precoces por dia de neonatos $\geq 2500\text{g}$ sem anomalias congênitas por causas associadas à asfixia perinatal, sendo duas delas, em cada dia, decorrentes de síndrome de aspiração de mecônio. A maior parte dessas mortes aconteceu no primeiro dia de vida (SBP, 2016).

Assim, é necessário contar com uma equipe de profissionais de saúde treinada em reanimação neonatal antes do nascimento de qualquer RN. Tal equipe

deve realizar a anamnese materna e preparar o material para uso imediato na sala de parto (SBP, 2016).

Imediatamente após o nascimento, a necessidade de reanimação depende da avaliação rápida de quatro situações referentes à vitalidade do concepto, sendo feitas as seguintes perguntas: Gestação a termo? Respirando ou chorando? Tônus muscular bom? Assim, a determinação da necessidade de reanimação e a avaliação de sua eficácia dependem da avaliação simultânea da respiração e da frequência cardíaca (BRASIL, 2014).

Após o clampeamento do cordão, o RN poderá ser mantido sobre o abdome e/ou tórax materno, usando o corpo da mãe como fonte de calor, garantindo-se que o posicionamento da criança permita movimentos respiratórios efetivos (BRASIL, 2014). Nesse período, para manter a temperatura corporal entre 36,5-37,5°C (normotermia), deve-se garantir a temperatura ambiente na sala de parto entre 23-26°C, secar o corpo e o segmento cefálico com compressas aquecidas e deixar o coberto com tecido de algodão seco e aquecido (SBP, 2016).

Portanto, quando as condições clínicas do RN forem satisfatórias, os seguintes procedimentos, segundo o Ministério da Saúde (2014), devem ser realizados em sequência: laqueadura do cordão umbilical, prevenção da oftalmia gonocócica pelo método de Credé, antropometria, prevenção do sangramento por deficiência de vitamina K, detecção de incompatibilidade sanguínea materno-fetal, realização da sorologia para sífilis e HIV e identificação do RN.

6 PÚBLICO ALVO

O projeto de intervenção teve como público-alvo cinco enfermeiros e dez técnicos em enfermagem que atuam no centro de parto normal do HRN, em que a maioria dos profissionais estão nessa função desde a abertura do setor e possuem certa experiência na área da obstetrícia. Ressalta-se que todos os enfermeiros possuem especialização em enfermagem obstétrica.

7 OBJETIVOS

7.1 Objetivo Geral:

- Contribuir para o aprimoramento dos profissionais de enfermagem quanto às boas práticas com o recém-nascido na primeira hora após o parto.

7.2 Objetivos Específicos:

- Descrever o conhecimento dos profissionais acerca das práticas de cuidado ao recém-nascido na primeira hora de vida;
- Promover momento de discussão e educação permanente acerca do cuidado ao recém-nascido na primeira hora de vida;
- Sensibilizar os profissionais quanto à importância das boas práticas na primeira hora de vida e a humanização nesse cuidado;

8 METAS

- Sensibilizar os profissionais da equipe de enfermagem que atuam no Centro Obstétrico quanto à importância do aprimoramento das boas práticas em recém-nascido na primeira hora após o parto;
- Qualificar os profissionais de enfermagem do Centro Obstétrico do hospital em estudo no que se refere às boas práticas em recém-nascido na primeira hora após o parto.

9 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção em que a primeira etapa para implementar essa ação, deu-se a partir do planejamento dos encontros e a elaboração do instrumento, o qual se constitui de dez perguntas referentes ao cuidado do recém-nascido na hora do nascimento.

O instrumento (APÊNDICE A) se refere a assuntos quanto à temperatura ambiente ideal para a sala de parto, avaliação acerca da necessidade de reanimação quanto à vitalidade ao nascer do concepto e os sinais de referência, o tempo adequado para o clampeamento do cordão umbilical e a conduta realizada após clampeamento, os passos iniciais para reanimação, a necessidade de ventilação com pressão positiva, bem como para iniciar massagem cardíaca, a relação entre massagem e ventilação; e os cuidados de rotina após a estabilização clínica do RN na sala de parto. O instrumento foi delineado com a finalidade de apreender os conhecimentos dos profissionais na assistência durante a primeira hora de vida. Para a sua construção utilizou-se o guia para profissionais da saúde: Atenção à Saúde do Recém-Nascido (BRASIL, 2014), o qual contém um capítulo destinado aos Cuidados na Hora do Nascimento.

Posteriormente, entrou-se em contato com a coordenadora do serviço a fim de esclarecê-la quanto aos objetivos da intervenção, o motivo da proposta a ser implantada e o planejamento dos horários e da ação, a partir disso, estabeleceu-se os horários dos encontros nos diferentes turnos de plantão.

Foram realizados cinco encontros, com a intenção de englobar todos os profissionais envolvidos no cuidado ao RN na primeira hora após o nascimento, em que um encontro foi no plantão matutino, um durante o turno vespertino e três no turno da noite, visto constituir três equipes diferentes nesse horário. Dessa maneira, realizou-se em cinco dias, conforme direcionado pela coordenadora, no dia 27, 28, 29, 30 e 31 de janeiro de 2018, no início do plantão com os respectivos horários: 08:00, 14:00 e as 20:00 horas com duração em média de 40 minutos, cada um.

Em cada encontro (APÊNDICE B), participaram um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem, em que primeiramente foi realizada uma dinâmica de apresentação e integração com o intuito de oportunizar uma maior interação, proporcionar o conhecimento acerca da escolha dos profissionais na área de

atuação e adentrar ao tema sobre as boas práticas ao RN. Para isso, realizou-se o encontro em roda e foi solicitado para que os participantes se apresentassem e explanassem há quanto tempo atuavam na área de obstetrícia e o porquê escolheu determinado campo.

Posteriormente, foi apresentado a proposta e o objetivo do projeto de intervenção da especialização, questionados quanto ao aceite para participar em que todos aceitaram e então, foi distribuído o questionário, explanado quanto as instruções para o preenchimento e ofertado um tempo de aproximadamente de dez minutos para tal ação.

No terceiro momento, foram abordados os principais questionamentos que constituíam o instrumento, explanado com o auxílio do guia para profissionais de saúde, e com isso, proporcionado um momento de diálogo, ensino- aprendizagem, discussão e descobertas, em que os profissionais participaram ativamente, com dúvidas e troca de experiências acerca do tema.

Por fim, foi realizada a avaliação do momento, quando cada participante explanou sobre a representação daquele encontro.

10 RECURSOS HUMANOS

Os encontros foram realizados com as equipes que estavam no plantão, em que cada equipe é composta por um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem. Nessa situação foi aplicado um questionário que aborda alguns elementos do manual de boas práticas ao RN na primeira hora de vida e estipulado um tempo para os profissionais responderem. Logo após a correção do questionário, realizou-se a discussão no momento sobre alguns erros e explanado sobre o conteúdo abordado nas perguntas.

11 DESENVOLVIMENTO DA INTEVENÇÃO

A intervenção contemplou 15 participantes, nos quais, cinco são enfermeiros e dez técnicos em enfermagem. Dentre os participantes, observou-se a predominância significativa do sexo feminino com 93,33% (n=14) enquanto 6,67% (n=1) representava o sexo masculino. Quanto a faixa etária, a menor idade encontrada foi de 24 anos, enquanto a maior foi 51 anos. Em relação ao tempo de formação, oito (53,33%) profissionais apresentaram menos de 10 anos de formação, enquanto sete possuíam mais de 10 anos.

No momento inicial de apresentação houve a discussão acerca da importância da área obstétrica, em que surgiram alguns comentários como “sempre gostei de obstetrícia desde a faculdade”, outro revelou que “vim parar aqui por acaso, porém aprendi a gostar e não me vejo em outra área”, ainda um manifestou que “mesmo com a tamanha responsabilidade de cuidar da mãe e do filho, é prazeroso ajudar um ser a vir ao mundo”.

Após, realizou-se a aplicação dos instrumentos. Quanto ao primeiro questionamento referente a temperatura ambiente ideal para a sala de parto, sete profissionais assinalaram a alternativa correspondendo a 26°C, totalizando 46,67% dos participantes. Ressalta-se que anteriormente essa era a temperatura mais ideal, segundo o Ministério da Saúde, contudo, sabe-se que atualmente que esse número pode variar de 23 a 26° (SBP, 2016). Assim, momentos de qualificação como os do presente estudo fazem com que os profissionais se atualizem e conheçam as novas recomendações existentes.

No momento de discussão, alguns participantes relataram: ‘não me atento à temperatura exata, mas quando percebo que está frio peço para aumentar a temperatura’. Todavia, sabe-se que os neonatos tem uma maior facilidade para perder calor, por isso a necessidade dos profissionais conhecerem a resposta correta para aplicar de maneira adequada no ambiente conforme evidências científicas.

Em relação às perguntas para avaliar a necessidade de reanimação por meio da vitalidade do conceito, apenas cinco profissionais (33,33%) assinalaram as opções corretas: ‘gestação a termo?’, ‘respirando ou chorando?’ e ‘tônus muscular bom?’. Boa parte dos participantes também assinalaram ‘Padrão normal de

frequência cardíaca?', o que realmente se torna importante para avaliar a necessidade de reanimação, porém não está incluído nas perguntas de avaliação rápida para avaliar a vitalidade do recém-nascido, conforme o guia para profissionais da saúde (SBP, 2016).

Referente a isso, questionou-se quanto à 'determinação da necessidade de reanimação e a avaliação de sua eficácia dependem da avaliação simultânea de dois sinais, que compreendem:' com resposta correta assinalada por 46,67% (n=7) dos profissionais, que corresponde a frequência cardíaca e frequência respiratória, visto constituir os determinantes da decisão para indicar as manobras de reanimação. Ressalta-se que, avaliação da coloração da pele e das mucosas e o boletim de Apgar são importantes para a avaliação do neonato, porém não deve ser utilizado para determinar o início da reanimação, isso foi explicitado e discutido no momento de diálogo, visto que alguns assinalaram essas alternativas.

O quarto questionamento diz respeito ao tempo do clameamento do cordão umbilical, com a seguinte pergunta: 'Quando se realiza o clameamento do cordão umbilical em um RN com boa vitalidade ao nascer?', em que 73,33% (n=11) responderam corretamente por meio da alternativa 'Até o cordão umbilical parar de pulsar (cerca de 3 minutos após o nascimento)', conforme preconizado pelo MS. Percebe-se que a maioria já dominava essa prática, diante disso, ressaltou-se a importância desse clameamento tardio do cordão umbilical para potencial o vínculo entre mãe e bebê, reduz o risco de anemia, visto que resulta em uma quantidade significativa de sangue que passa da placenta para o bebê (VAIN, 2015).

Diante disso, a quinta pergunta concerne a 'Após o clameamento do cordão, qual a conduta realizada com o RN com boa vitalidade ao nascer?' em que 93,33%(n=14) responderam corretamente com 'Contato pele a pele e pode-se iniciar amamentação.' E apenas um profissional assinalou: 'prover calor, realizar antropometria e identificação do RN'. A partir disso, discutiu-se quanto a humanização no parto e o incentivo ao vínculo entre mãe e bebê e o estímulo a ao aleitamento materno exclusivo.

Quanto ao questionamento sobre 'Se o RN é pré-termo ou se, logo após nascer, não estiver respirando e/ou apresenta-se hipotônico, indicam-se os passos iniciais para reanimação, que consistem em', o Ministério da Saúde orienta prover

calor, posicionar a cabeça em leve extensão, aspirar vias aéreas, se houver excesso de secreções, secar e desprezar os campos úmidos (se RN >1.500g), reposicionar a cabeça, se necessário. 26,67% dos participantes não responderam a essa pergunta, entretanto, os outros atenderam as orientações citadas anteriormente, porém em sequência diferente. Ademais, citaram outros passos da reanimação de forma correta, tais como a avaliação da frequência cardíaca, o início da ventilação com pressão positiva, como mencionado por esse participante: “posicionar o RN, prover calor, aspirar vias aéreas, se Frequência Cardíaca < 100 batimentos por minuto (bpm) iniciar ventilação com pressão positiva (VPP), se <60 bpm iniciar vpp e compressão cardíaca”.

O sétimo questionamento se refere à ‘Quando a ventilação com pressão positiva é indicada?’, em que 53,33% (n=8), dentre esses, cinco enfermeiros responderam corretamente por meio da alternativa ‘Quando apresentar apneia, respiração irregular ou FC menor que 100 bpm’. A partir disso, enfatizou-se sobre as orientações do ministério da saúde, e que na presença de apenas uma das situações já se pode iniciar a ventilação com pressão positiva, além disso, destacou-se a atuação multiprofissional entre médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, técnicos, entre outros.

Referente à ‘Quando a massagem cardíaca é iniciada?’, mais da metade (53,33%) assinalou a resposta certa, que corresponde em: ‘Deve ser iniciada se, após 30 segundos de ventilação com O₂ suplementar, o RN persistir com FC inferior a 60 bpm’. Dessa maneira, destacou-se sobre a maneira correta de realizar a compressão cardíaca, as técnicas, profundidade de compressão e a associação da ventilação com pressão positiva com oxigênio suplementar.

Diante disso, questionou-se acerca de ‘Quanto se considera a relação entre massagem e ventilação, respectivamente?’ obteve 93,33% de acertos, correspondendo a 14 profissionais com respostas corretas, correspondendo a 3:1. Em que relataram, a participação em um outro momento de educação em saúde ofertado pelos profissionais sobre esse tema.

Quanto ao questionamento sobre ‘Quais os cuidados de rotina após a estabilização clínica do RN na sala de parto?’, cinco profissionais não responderam totalizando 33,33%. O Ministério da Saúde (2014), recomenda a laqueadura do cordão umbilical, prevenção da oftalmia gonocócica pelo método de Credé,

antropometria, prevenção do sangramento por deficiência de vitamina K, detecção de incompatibilidade sanguínea materno-fetal, realização da sorologia para sífilis e HIV e identificação do RN.

No geral, 46,67% (n=7) citaram tais condutas, ou menos três dessas, exceto a coleta de sangue da mãe e do cordão umbilical para determinar os antígenos dos sistemas ABO e Rh, o que pode estar relacionado ao protocolo da instituição, visto nem sempre ser necessário realizar essa ação. Além dessas, alguns profissionais acrescentaram a ênfase no contato pele a pele com a mãe, estímulo ao aleitamento materno, higiene do coto umbilical, aferição de Sinais Vitais, manter em observação e encaminhar ao alojamento conjunto com a mãe, se recém-nascido termo.

Após o momento de discussão sobre os assuntos do instrumento, foi abordado quanto à humanização na assistência, o acolhimento as gestantes, a participação dos acompanhantes na prática do cuidado e o fortalecimento do vínculo mãe e filho, em que todos os profissionais expressaram ser uma realidade da instituição e reforçaram a importância dessas ações e da sensibilização para com as ações humanizadas.

Enfatizou-se acerca da humanização no parto e pós-parto bem como na assistência ao RN, em que foi discutido quanto a importância do acolhimento a gestante, ao esclarecimento de dúvidas e a humanização nesse processo, em que os profissionais interagiram bastante sobre esse assunto e reiteraram essa prática, compartilhando sobre essa realidade na prática profissional deles.

A partir disso, foi discutido quanto a importância das boas práticas baseadas em evidência na obstetrícia e especificamente no cuidado ao RN na primeira hora de vida, além da humanização do cuidado.

Por último, ao realizar avaliação do momento, os profissionais destacaram a importância da educação em saúde para a prática e a necessidade de mais momentos semelhantes ao realizado para uma maior interação entre a equipe, compartilhamento de experiências e aprendizado, visto que afirmaram o tempo ser limitado para essas ações entre eles, na rotina do plantão.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção descrita proporcionou conhecer as principais limitações dos profissionais em relação ao cuidado ao recém-nascido na primeira hora após o parto, em que, a partir disso foi realizado um momento de discussão e educação permanente acerca da temática, contribuindo para aprimorar as práticas e sensibilizar os profissionais quanto a assistência humanizada preconizada pelo Ministério da Saúde.

O reconhecimento das principais dificuldades dos profissionais direcionou a abordagem da intervenção de forma a se trabalhar, sobretudo, em cima das fragilidades da assistência. Ressalta-se a importância de intervenções para atualização dos profissionais que são desenvolvidas em seu ambiente de trabalho. Por outro lado, a principal fragilidade do estudo foi o tempo limitado, ressaltando-se a necessidade dessas ações acontecerem de forma contínua e não somente em um encontro pontual.

As abordagens descritas no presente estudo contribuíram de forma singular para a qualificação dos participantes, pois pode-se discutir temáticas relevantes da assistência de enfermagem e sanar as dúvidas cotidianas.

Assim, destaca-se a importância da educação permanente para auxiliar na atualização dos profissionais acerca das evidências científicas a serem utilizadas na prática, principalmente nas ações de cuidado na primeira hora de vida do neonato, visto apresentarem vulnerabilidade ao meio e necessitar de profissionais capacitados para acolher e cuidar desse público. Com isso, é necessário que seja constante a realização de estratégias educativas, acerca dos assuntos relacionados à prática de cuidado a fim de obter melhores resultados na assistência dos serviços de saúde.

Além disso, instrumentos da gestão devem ser estimulados a serem utilizados nas unidades obstétricas, como a Estratégia Qualificação da Assistência ao Recém-Nascido de Risco (QualiNEO), realidade do hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral, ainda não implantado no local do estudo. Sugere-se, assim, que seja feito o monitoramento do cuidado ao RN de forma integral, para que seja alcançada a excelência da assistência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.

_____. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Cadernos Humaniza SUS: humanização do parto e nascimento**. v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da Criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento. **Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRUGGEMANN, O.M. **Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização**. In: ZAMPIERI, M.F.M.; OLIVEIRA, M.E.; BRUGGEMANN, O.M. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis (SC): Cidade Futura, p. 23-36, 2001.

CRUZ, D.S.C.; SUMAN, N.S.; SPINDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n.4, p. 690-697, 2007.

DARMSTADT, G. I. et al. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? **Lancet**, London, v. 365, p. 977-988, 2005.

LEAL, M. C. et al. **Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução**. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Org.). Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Brasil, 2009. p. 383-415.

MATEI, E. M. et al. **Parto Humanizado: Um direito a ser respeitado**. CADERNOS. São Paulo, v.9, n.2, p.16-26, abr/jun. 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)104.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)104.pdf) > Acesso em: 01 jan. 2018.

MOORE ER, BERGMAN N, ANDERSON GC, MEDLEY N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4

MULLER, E. B. **Cuidados ao recém-nascido no centro obstétrico: uma proposta de enfermeiras com base nas boas práticas.** 2012. 209 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, 2012.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Maternidade segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996.

RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. de. **Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar.** *Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo*, v. 44, n. 1, p. 213-220, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-2342010000100030>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SILVA, T. C. et al. As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob a ótica de enfermeiros. **Bibliotecas Las Casas**, Rio Grande do Sul, v. 12, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0886.php>>. Acesso em : 28 dez. 2017.

Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Sociedade Brasileira de Pediatria.**

SOUSA, A. M. M. *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 324-331, abr/jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

VAIN, N.E. Em tempo: como e quando deve ser feito oclameamento do cordão umbilical: será querealmente importa? **Rev Paul Pediatr.**, v. 33, n.3, p. 258-259, 2015.

VOGT, S.E.; SILVA, K. S.; DIAS, M. A. B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n. 2, p. 304-313, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0304.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth: a practical guide.** Geneva: WHO, 1996.

APÊNDICE A- INSTRUMENTO SOBRE OS CUIDADOS AO RECÉM NASCIDO NA PRIMEIRA HORA APÓS O NASCIMENTO

Instrumento – Cuidados ao RN na primeira hora após o nascimento

Tempo de formação: _____

Idade: _____

Sexo: ()M ()F

- 1) Qual a temperatura ambiente ideal para a sala de parto?
 - a) 24°C
 - b) 25°C
 - c) 26°C
 - d) 27°C
- 2) Imediatamente após o nascimento, a necessidade de reanimação depende da avaliação rápida de quatro situações referentes à vitalidade do concepto, realizadas por meio de perguntas, quais são?
 - () Gestação a termo?
 - () Respirando ou chorando?
 - () Padrão normal de frequência cardíaca?
 - () Tônus muscular bom?
 - () Ausência de anomalia ou malformação congênita?
 - () Recém-nascido maior que 2000g?
 - () Ausência de mecônio?
- 3) A determinação da necessidade de reanimação e a avaliação de sua eficácia dependem da avaliação simultânea de dois sinais, que compreendem:
 - () Frequência cardíaca
 - () Coloração da pele e das mucosas
 - () Boletim de Apgar
 - () Frequência respiratória
 - () Temperatura
- 4) Quando se realiza o clameamento do cordão umbilical em um RN com boa vitalidade ao nascer?
 - a) Até o cordão umbilical parar de pulsar (cerca de 3 minutos após o nascimento)
 - b) Até o cordão umbilical parar de pulsar (cerca de 5 minutos após o nascimento)
 - c) Imediatamente após o parto.
 - d) Cinco minutos após o nascimento.
- 5) Após o clameamento do cordão, qual a conduta realizada com o RN com boa vitalidade ao nascer?
 - a) Colocá-lo sob fonte de calor radiante e aspirar vias aéreas.
 - b) Contato pele a pele e estímulo a amamentação.
 - c) Contato pele e pele e iniciar ventilação com pressão positiva.
 - d) Prover calor, realizar antropometria e identificação do RN.
- 6) Se o RN é pré-termo ou se, logo após nascer, não estiver respirando e/ou

apresenta-se hipotônico, indicam-se os passos iniciais para reanimação, que consistem em:

7) Quando a ventilação com pressão positiva é indicada?

- a) Quando apresentar FC menor que 60 bpm e respiração irregular.
- b) Quando apresentar apneia ou FC menor que 60 bpm.
- c) Quando apresentar apneia, respiração irregular ou FC menor que 100 bpm.
- d) Quando apresentar apneia, respiração regular ou FC menor que 60 bpm.

8) Quando a massagem é cardíaca é iniciada?

- a) Deve ser iniciada se, após 1 minuto de ventilação com O₂ suplementar, o RN persistir com FC inferior a 100 bpm.
- b) Deve ser iniciada se, após 1 minuto de ventilação com O₂

suplementar, o RN persistir com FC inferior a 60 bpm.

- c) Deve ser iniciada se, após 30 segundos de ventilação com O₂ suplementar, o RN persistir com FC inferior a 100 bpm.
 - d) Deve ser iniciada se, após 30 segundos de ventilação com O₂ suplementar, o RN persistir com FC inferior a 60 bpm.
- 9) Quanto se considera a relação entre massagem e ventilação, respectivamente?
- a) 2:1
 - b) 3:1
 - c) 6:1
 - d) 4:1

10) Quais os cuidados de rotina após a estabilização clínica do RN na sala de parto?

APÊNDICE B- FOTOS DOS ENCONTROS COM OS PROFISSIONAIS

Fotografia 1- Preenchimento do pré-teste no encontro.



Fotografia 2: Realização do pré-teste e discussão sobre o tema.



Fotografia 3: Avaliação do momento.

