



UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS



Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – REDE
CEGONHA

JEANNY MARQUES MENESES

**CONSTRUÇÃO DE LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CUIDADOS IMEDIATOS
PRESTADOS AO RECÉM-NASCIDO**

FORTALEZA
2015

JEANNY MARQUES MENESES

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CUIDADOS
IMEDIATOS PRESTADOS AO RECÉM-NASCIDO**

Projeto de intervenção apresentado à
Coordenação do curso de
Especialização em Enfermagem
Obstétrica, da Universidade Federal do
Ceará e Universidade Federal de Minas
Gerais.

Orientadora: Prof. Ms. Lara Leite

FORTALEZA

2015

AGRADECIMENTOS

A meu esposo Rafael, pelo incentivo, apoio e por ser um grande companheiro de todas as horas, pela compreensão dos muitos momentos de ausência. Esse trabalho é uma conquista nossa. Você é meu porto seguro, amo você.

À minha filha, Jéssica, razão de todo meu esforço.

Aos meus Avós José Araújo *in memorian* e Leny, pelo grande exemplo de fé, perseverança e dignidade.

Aos meus pais Argeu e Joselene *in memorian*, que sempre estiveram disponíveis para me ajudar.

Às queridas professoras Dra Ana Kelve e Dra Priscila, pelo carinho, respeito, incentivo e compreensão nesta caminhada exaustiva, contribuindo muito com seus conhecimentos e sua experiência.

À professora Lara pela atenção e disponibilidade.

Às professoras da especialização em enfermagem obstétrica, pela disponibilidade de nos ensinarem e pelo apoio.

Aos membros da titulares da Banca, agradeço imensamente pelas sugestões, contribuições e pela disponibilidade em participarem.

Aos colegas da especialização, por juntos superarmos muitas barreiras e conseguirmos concluir essa etapa.

Enfim, a Deus, a fortaleza que torna possível o impossível e que sempre iluminou os meus passos durante esta caminhada.

RESUMO

Os cuidados imediatos aos Recém-Nascidos (RNs) são de responsabilidade da equipe de saúde da sala de parto. Os enfermeiros como integrantes desta equipe têm grande participação nestas ações, podem e devem propor cuidados em consonância com as boas práticas e construir uma proposta de cuidar voltada à promoção da saúde dos RNs. A padronização de procedimentos apropriados deve ser considerada como um processo para melhora da assistência, uma forma de evitar práticas consideradas inadequadas que ainda continuam sendo utilizadas, tendo a finalidade de alcançar uma assistência segura, de qualidade e que satisfaça, não só ao cliente, mas também a equipe. O presente trabalho tem como objetivo construir, validar e implementar uma lista de verificação dos cuidados imediatos de enfermagem prestados o recém-nascido, a ser utilizada no centro obstétrico do Hospital Distrital Gonzaga Mota - José Walter. Trata-se de um estudo metodológico e foi desenvolvido em cinco etapas, na primeira foi realizado uma vasta busca na literatura. Na segunda etapa foi fichamento de tudo considerado relevante e posteriormente, foi construída uma tabela com os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e o referencial teórico. A terceira foi a construção da lista de verificação e do questionário de avaliação e validação do instrumento por sete juízes, que são enfermeiros obstetras com amplo conhecimento no assunto e experiência na sala de parto. A quarta etapa foi a análise das sugestões realizadas pelos juízes as devidas correções e por fim a quinta etapa, eu será a apresentação do instrumento finalizado e validado à direção do hospital e para a gerência de enfermagem, para posteriormente, realizar reuniões para apresentação da lista de verificação a equipe de enfermagem e sensibilização quanto à importância da padronização dos cuidados prestados. Diante das sugestões e contribuições durante o processo de validação, lista de verificação passou por modificações, justes e acréscimos a fim de torna-la mais eficaz. Como resultado dessa intervenção espera-se a valorização da equipe de enfermagem como ser atuante e fundamental na equipe, qualidade da assistência de enfermagem ao recém-nascido, uma equipe com competências e habilidades para uma assistência a recém-nascido, humanização da atenção prestada ao recém-nascido e sua família e o aumento da satisfação profissional e estímulo ao aperfeiçoamento, inovação e a criatividade na assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Recém-nascido. Cuidado. Enfermagem neonatal. Neonatal.

ABSTRACT

Immediate care to the Newborn (RNs) are health team responsibility of the delivery room. Nurses as members of this team have great participation in these actions can and should propose care in line with good practice and build a proposal of care focused on promoting the health of newborns. The standardization of appropriate procedures should be considered as a process for improvement of care, a way to prevent inappropriate practices considered that are still being used, and the purpose of achieving the safe handling, quality and satisfying, not only to customers, but Also the team. This study aims to build, validate and implementing a checklist of immediate nursing care the newborn to be used in the delivery room of the District Hospital Gonzaga Mota - Joseph Walter. It is a methodological study and was developed in five steps, the first being carried out an extensive literature search. In the second stage was BOOK REPORT all considered relevant and later built a table with the immediate care of the newborn and the theoretical framework. The third was the construction of verification and evaluation questionnaire list and instrument validation of seven judges, who are midwives with extensive knowledge on the subject and experience in the delivery room. The fourth step was the analysis of the suggestions made by the corrections Judges and finally the fifth stage, it will be the presentation of the completed and validated instrument to the direction of the hospital and the nursing management for later hold meetings for the list presentation check the nursing staff and awareness of the importance of standardization of care. On the suggestions and contributions during the validation process, checklist underwent modifications, justes and additions to make it more effective. As a result of this intervention is expected to appreciation of the nursing staff how to be active and instrumental in staff, quality of nursing care to the newborn, a team with expertise and skills to care for newborn care humanization provided to newborn and his family and increased job satisfaction and encouragement to improvement, innovation and creativity in nursing care.

Keywords: Newborn. Care. Neonatal nursing. Neonatal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 APRETAÇÃO DA INTITUIÇÃO.....	09
3 PROBLEMATIZAÇÃO	09
4 JUSTIFICATIVA	10
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
5.1 Políticas de Saúde no Contexto da Saúde Materno-infantil.....	11
5.2. Atuação do Enfermeiro no Parto.....	14
5.3 Cuidados Imediatos Prestados ao Recém Nascido.....	16
6 PÚBLICO ALVO.....	23
7 OBJETIVOS	23
5.1 Objetivo Geral	23
5.2 Objetivos Específicos.....	23
8 METAS	23
9 METODOLOGIA.....	24
10 CRONOGRAMA	27
11 ORÇAMENTO.....	28
12 RECURSOS HUMANOS.....	27
13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	28
14 RESULTADOS ESPERADOS.....	28
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICES	34

1. INTRODUÇÃO

Os cuidados prestados ao Recém-nascido (RN) imediatamente após o parto são essenciais para a adaptação do bebê diminuindo a morbimortalidade neonatal. O delicado momento de transição do meio intra para o extrauterino é marcado por inúmeras mudanças para a criança. O meio intrauterino proporciona um ambiente de aconchego, de temperatura e luminosidade constantes, os ruídos são ouvidos suavemente, não necessitando de esforço para realizar as funções vitais. Com o nascimento o bebê vai se adaptando gradualmente ao meio extrauterino superando as dificuldades inerentes ao seu desenvolvimento (CRUZ et al, 2007).

De acordo com a portaria nº 371, de 7 de maio de 2014, que Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional ou da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional. (BRASIL 2004).

A humanização do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde é uma das metas do Ministério da Saúde. O Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) estabeleceu os princípios da atenção a ser prestada nos diferentes níveis de atenção à saúde pública e garantiu à mulher o direito de dar à luz recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade (BARISIL, 2001).

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, instituída em 2005, busca o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e RNs, estabelecendo os cuidados após o nascimento, e estimulando ações que favoreçam a interação mãe-bebê (BRASIL, 2011). E recentemente, a Rede Cegonha, estabelecida em 2011, sistematizou e institucionalizou um modelo de atenção, mediante a aplicação de boas práticas e segurança na atenção ao parto

e ao nascimento, bem como ao crescimento e ao desenvolvimento de crianças saudáveis (BRASIL, 2011, 2012a, 2012b).

Os cuidados imediatos aos RNs são de responsabilidade da equipe neonatal. As enfermeiras como integrantes desta equipe têm grande participação nestas ações, podem e devem propor cuidados em consonância com as boas práticas e construir uma proposta de cuidar voltada aos RNs. A padronização de procedimentos apropriados deve ser considerada como um processo para melhora da atenção obstétrica, neonatal e perinatal, uma forma de evitar práticas consideradas inadequadas que ainda continuam sendo utilizadas, tendo a finalidade de alcançar uma assistência segura, de qualidade e que satisfaça, não só ao cliente, mas também a equipe (MARTINS; PEREIRA, 2002; ROCHA, NOVAES, 2010).

Assim, neste estudo constituem as boas práticas de cuidado ao RN no Centro Obstétrico, as formas de assistir e cuidar integrais, seguras, personalizadas e qualificadas, sem intervenções desnecessárias no nascimento e pós-nascimento, centradas no ser humano, ou seja, direcionadas ao RN e suas necessidades, e seus pais, baseadas em fundamentos científicos, encontrados na literatura nacional e internacional, com vistas à adaptação deste novo ser ao mundo, prevenção e promoção de sua saúde e seu pleno desenvolvimento físico, psíquico e social. Ações que visam recepcioná-lo de forma digna, reconhecendo-o como ser com potencialidades garantindo a interação e vínculo precoce entre o RN e seus pais.

2. PROBLEMATIZAÇÃO

Como enfermeira do Centro Obstétrico, observou-se que a equipe que presta os cuidados imediatos com o recém-nascido não segue uma padronização, sem embasamento científico e muitas vezes desnecessário. A motivação desse estudo, foi a necessidade de que a equipe de profissionais que atua junto o recém-nascido, siga protocolos técnicos com vistas a uma atenção diferenciada, humanizada, qualificada e embasada em fundamentos científicos.

Sendo assim, sabendo da magnitude das orientações recomendadas pelo Ministério da saúde e Rede Cegonha, constatou-se a necessidade de desenvolver uma estratégia de intervenção voltada aos cuidados imediatos prestados aos recém-nascidos, promovendo uma atenção qualificada pelo enfermeiro, a partir do envolvimento dos profissionais nesse processo de cuidar.

3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Hospital Distrital Gonzaga Mota – José Walter, localiza-se no município de Fortaleza, é um instituição de nível secundário referência no atendimento a gestante.

Na instituição, iniciativas voltadas à humanização da assistência ao parto estão sendo, gradativamente incorporadas ao serviço, sendo este nosso principal foco. Por iniciativa da enfermagem, já se incentiva a presença do acompanhante, principalmente no pré-parto e alojamento conjunto, ainda com algumas restrições a figura masculina devido à dificuldade de se estabelecer a privacidade das parturientes/puérperas.

A unidade da sala de parto é constituída por cinco leitos, uma mesa de parto e um espaço reservado para os cuidados imediatos com o recém-nascido. Esses cuidados são prestados pelo técnico de enfermagem, supervisionado pelo enfermeiro.

A instituição dispõe de equipe de profissionais, constituída por dois médicos obstetras, uma neonatologistas, uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem por plantão de doze horas e um técnico de enfermagem responsável pelo recém-nascido.

4. JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento de uma tecnologia apresenta grande relevância no campo da enfermagem. Visto que, possibilita aos enfermeiros, prestar uma assistência, permitindo realizar um cuidado de enfermagem de forma padronizada e com maior autonomia. Esta validação se faz importante para implantação dessa tecnologia e respaldar de forma a respaldar a assistência de enfermagem.

Foi observado a ausência de uma padronização nos cuidados imediatos prestados ao recém-nascido, por isso o interesse da pesquisadora em construir uma lista de verificação dos cuidados imediatos ao recém-nascido. Esta lista poderá orientar aos profissionais a uma assistência segura, personalizada e qualificada, sem intervenções desnecessárias no nascimento e pós-nascimento, centradas no ser humano, ou seja, direcionadas ao RN e suas necessidades.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Políticas de Saúde no Contexto da Saúde Materno-infantil.

O primeiro órgão governamental voltado exclusivamente para o cuidado da saúde materno-infantil foi o Departamento Nacional da Criança (DNCR), criado em 1940. Suas diretrizes de trabalho visavam integrar os planos e as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, em órgãos públicos e privados, com os programas de saúde pública em geral. O DNCR associou seu projeto educativo à puericultura, enfatizando não só os cuidados com as crianças, mas também com as mães, no que se referia à gravidez e amamentação. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que coordenou, em nível nacional, a assistência materno-infantil (BRASIL, 1940).

No final dos anos 70 e início dos anos 80 eram evidentes as dificuldades da assistência materno infantil. Nesse contexto, a crítica do movimento feminista pressionará o Ministério da Saúde a adotar uma outra postura política, centrada em uma visão da mulher muito além da sua função materna, mas que obviamente incluía a assistência adequada a gestação, ao parto e durante o puerpério (OSIS, 1994).

Em 1971, foi elaborado o documento: Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, o qual previa programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de zero a quatro anos de idade, estímulo ao aleitamento materno e nutrição (BRASIL, 1971). Em 1975, surge o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), o qual retomava a ênfase com a nutrição do grupo infantil, gestantes, parturientes, puérperas e mulheres em idade fértil (BRASIL, 1975).

Na Década de 1980, as reivindicações dos movimentos sociais destacam a saúde como direito, revelam uma compreensão de que as condições dignas implicam também no acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de atenção. A saúde é vista com um produto social resultante de fatores econômicos, políticos e ideológicos e cognitivos. Por ser assim, saúde é acumulação social, é resultado da interação desses fatores

e a assistência à saúde deve vincular-se à concepção afirmativa da saúde com qualidade de vida (CASTILHOS, 2003).

No ano de 1984, o Ministério da Saúde atende às reivindicações do movimento das mulheres por melhores condições de assistência a saúde, direito reprodutivo, cidadania e pelo seu reconhecimento, enquanto sujeito de direito, e elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Os princípios e diretrizes gerais do PAISM incorporavam as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços. Entre seus principais objetivos, constavam: capacitações do sistema para atender as demandas da feminilidade, com ênfase no controle das principais patologias das mulheres; adoção de uma nova postura por parte dos profissionais da saúde, baseada na integralidade das ações e na equidade da atenção; prática educativa implícita em todas as atividades desenvolvidas (Brasil, 2004b). Porém, o ponto mais relevante desse programa foi à inclusão da anticoncepção como uma atividade de assistência integral a saúde da mulher considerando que ela pode, então, decidir o momento de conceber os filhos (OSIS, 1998).

Orientado por princípios que respeitam as especificidades do ciclo vital das mulheres, o referido programa propunha-se atender as necessidades mais amplas em saúde, valorizando contexto sócio histórico e cultural em que tais necessidades se apresentam. Ao longo dos vinte anos, o PAISM passou por avanços e retrocessos, e na atualidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) resgata os seus princípios, com ênfase na abordagem de gênero e integralidade como norteadores das práticas de cuidado à saúde das mulheres (BRASIL, 2004).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde (MS), no ano 2000, busca melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania. Busca ainda, enfrentar o problema da falta de vínculo entre a assistência pré-natal e parto, que leva as mulheres em trabalho de parto a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais.

O PNPN tem como objetivo primordial a melhora do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e recém-nascidos, na perspectiva dos direitos de cidadania; sendo a humanização da assistência obstétrica e neonatal o embasamento do acompanhamento do parto e puerpério adequados (BRASIL, 2002).

O Plano de Ação 2004-2007 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) traz dentre seus objetivos a promoção de uma atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes. Dentre as metas a ser alcançadas estão: Reduzir em 15% a razão de mortalidade materna nas capitais brasileiras; Ampliar a adesão ao PHPN para 100% dos municípios do Brasil; Implantar comitês de morte materna em 100% dos estados e em municípios com população superior a 50 mil habitantes; Reduzir em 25% a taxa nacional de cesariana no SUS em relação às taxas de 2002 e Ampliar a realização de exames de rotina de pré-natal para 100% das gestantes cadastradas no PHPN (BRASIL, 2004).

Considerando o exposto, a saúde materno-infantil despontou como uma prioridade do atual governo. Em 2011, o MS lançou a Rede Cegonha que foi normatizada pela Portaria Nº 1.594, de 24 de junho de 2011. Esta estratégia visa à ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança até 24 meses de vida (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e da criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto. Estas ações estão inseridas em quatro componentes estruturantes da estratégia: 1-Pré-Natal; 2- Parto e Nascimento; 3- Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e 4- Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação. (BRASIL, 2011b).

5.2. Atuação do Enfermeiro no Parto

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desde o início da década de 1980 tem trazido contribuições importantes ao propor o uso adequado de tecnologias para o parto e nascimento, com base em evidências científicas que contestam práticas preconizadas no modelo médico de atenção (COSTA, 2010). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), humanizar o parto é adotar um conjunto de condutas e procedimentos que promovem o parto e o nascimento saudáveis, pois respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou de risco para mãe e feto. A assistência à saúde da parturiente vem sendo discutida na perspectiva de tornar o processo de parir e nascer um contexto de promoção à saúde da mulher e do recém-nascido (CARVALHO, 2007).

O avanço científico e uma assistência primária efetiva vêm ao longo dos anos, diminuindo a mortalidade dos recém-nascidos nas maternidades. Dados do Fundo das Nações Unidas para a infância indicam que mais de um milhão de recém-nascidos morrem por ano nas primeiras 24 horas de vida, por falta de assistência qualificada (UNICEF, 2009). Dessa forma há uma necessidade de uma assistência eficaz, exigindo do enfermeiro e sua equipe um conhecimento e habilidades para a realização destas práticas.

Mudar o quadro da atenção à saúde materna e perinatal no Brasil exige diversas intervenções: qualidade da assistência voltada para as necessidades das mulheres, o que requer mudança na cultura dos serviços de saúde; ambiente acolhedor e favorável, o que exige reformas na estrutura dos serviços de saúde; garantia de participação à mulher no processo, exercendo sua autonomia de forma compartilhada, o que advirá de maior controle social, bem como enfoque na discriminação e na perspectiva de gênero; respeito à fisiologia do processo, o que requer transformação na atuação do profissional de saúde; e, finalmente, capacitação, reconhecimento e autonomia dos profissionais (NARCHI et al, 2013.)

O programa governamental Rede Cegonha vem com o intuito de ampliar e qualificar a assistência à gestante e ao recém-nascido no momento mais importante de suas vidas, que é o momento do parto e do nascimento. Indicador da condição de vida e saúde da população, a mortalidade infantil no Brasil vem apresentando

queda progressiva. Esforços específicos por parte de toda a sociedade, em especial dos serviços e profissionais de saúde, são necessários para acelerar a sua redução e o alcance de índices mais dignos para a população brasileira. A mortalidade neonatal (entre zero e 27 dias de vida) representa cerca de 60% a 70% da mortalidade infantil e, portanto, maiores avanços na saúde da criança brasileira requerem maior atenção à saúde do RN (BRASIL, 2014).

A assistência de enfermagem ao recém-nascido inicia-se com o nascimento do bebê. A enfermagem juntamente com a equipe médica, que estiver dando assistência ao trabalho de parto, irá necessitar de recursos físicos, e materiais para uma assistência eficaz. É indispensável que a equipe tenha a sua disposição uma sala de parto bem aparelhada, com aspirador, compressas e lençóis esterilizados, material para ligadura do cordão, fonte de aspiração, sondas, conjunto instrumental destinado ao tratamento da anóxia neonatal e berço de calor irradiante (ORLANDI; SABRÁ, 2005).

O recém-nascido é um ser vulnerável a infecções e patologias, pois seu sistema está se adaptando ao novo meio e é exatamente nesta fase que ocorre o maior índice de mortalidade e morbidade infantil. Para uma assistência de enfermagem efetiva ao neonato, necessita que a equipe de enfermagem tenha conhecimento da história familiar, história das gestações prévias e a atual e dos eventos durante o trabalho de parto (KLIEGMAN, 2004).

O Ministério da Saúde correlaciona à baixa qualidade da assistência nas maternidades brasileiras com a alta taxa de mortalidade neonatal precoce (0-6 dias de vida). Existe uma ligação entre o alarmante percentual de 40% de óbitos neonatais no primeiro dia de vida e as causas evitáveis, como: o não acesso e utilização dos serviços, a baixa qualidade da assistência no pré-natal, no parto e nos cuidados ao recém-nascido (RN). Desse modo, a qualidade dos cuidados prestados nos primeiros momentos da vida de um bebê tem influência direta na mortalidade neonatal precoce, por causas potencialmente evitáveis. (BRASIL, 2005)

A assistência ao recém-nascido com boa vitalidade 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? Ausência de mecônio? Respirando ou chorando? Tônus muscular bom? Caso a resposta seja afirmativa a todas as perguntas, considera-se que o RN está com boa vitalidade.

Os cuidados prestados ao RN imediatamente após o parto são essenciais para a adaptação do bebê diminuindo a morbimortalidade neonatal. O delicado momento de transição do meio intra para o extrauterino é marcado por inúmeras mudanças para a criança. O meio intrauterino proporciona um ambiente de aconchego, de temperatura e luminosidade constantes, os ruídos são ouvidos suavemente, não necessitando de esforço para realizar as funções vitais. Com o nascimento o bebê vai se adaptando gradualmente ao meio extrauterino superando as dificuldades inerentes ao seu desenvolvimento.

Os cuidados ao recém-nascido são divididos em imediatos e gerais. Os cuidados imediatos são os cuidados que a equipe deve ter ainda na sala de parto para manter a vida do recém-nascido e evitar futuras sequelas, já os cuidados gerais, são os cuidados durante o período de neonatal, onde a criança estará se adaptando a vida extrauterina. (ORLANDI e SABRÁ, 2005).

5.3 Cuidados Imediatos Prestados ao Recém Nascido

Para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se:

5.3.1. PROTEÇÃO TÉRMICA

A temperatura corporal do neonato é dependente da troca de calor entre o meu ambiente externo. Fatores que influenciam a perda de calor para o meio incluem a temperatura e umidade de ar, fluxo e velocidade do ar e a temperatura e a temperatura das superfícies em contato ao redor da criança. O objetivo é manter o ambiente termoneutro para o recém-nascido no qual o equilíbrio térmico seja mantido. O ambiente termoneutro tem a temperatura ambiente ideal que possibilita ao recém nascido manter a temperatura corporal normal e minimizar o consumo de oxigênio e glicose. A evaporação é a perda de calor que ocorre quando o líquido é convertido em vapor. No recém-nascido, a perda de calor por evaporação acontece

como resultado da falha em secar o recém-nascido imediatamente após o parto. (LOWDERMILK et al, 2012).

O RN a termo com boa vitalidade deve ser secado e posicionado sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta. (BRASIL, 2014). Para evitar a perda importante de calor, a temperatura da sala deve estar em torno de 25°C (desligar o ar condicionado), secar imediatamente o RN usando campos limpos e secos.

5.3.2 AVALIAR VITALIDADE

Segundo o Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (2013), se, ao nascimento, o recém-nascido é de termo (idade gestacional 37-41 semanas), está respirando ou chorando, com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e não necessita de qualquer manobra de reanimação. Três metanálises, que incluíram estudos com nascidos a termo, concluíram que o clampeamento tardio do cordão umbilical é benéfico com relação aos índices hematológicos na idade de 3-6 meses. Com base nesses estudos, recomenda-se que o RN a termo, saudável e com boa vitalidade ao nascer seja posicionado no nível da placenta por um a três minutos, antes do clampeamento do cordão umbilical (BRASIL, 2014).

Outra forma de avaliar a vitalidade do RN é pelo índice de Apgar, que permite uma avaliação rápida da transição do recém-nascido para a existência extrauterina, com base em 5 sinais que indicam o estado fisiológico de RN. (1) Frequência Cardíaca, (2) esforço respiratório, pela observação dos movimentos da parede torácica, (3) tônus muscular, avaliado pelo grau de flexão e movimento das extremidades, (4) reflexos de irritabilidade, (5) cor geral da pele, descrita como pálida, cianótica ou rosada. As avaliações são feitas no primeiro e quinto minuto após o nascimento (LOWDEMILK, 2012). Contudo, a avaliação da coloração da pele e das mucosas do RN não é mais utilizada para decidir procedimentos na sala de parto. Estudos tem mostrado que a avaliação da cor das extremidades, do tronco e das mucosas é subjetiva e não tem relação com a saturação de oxigênio ao nascimento. Além disso, RN com esforço respiratório e FC adequados podem demorar alguns minutos para ficarem rosados (BRASIL, 2014).

5.3.3. COTATO PELE A PELE.

Após o nascimento, o recém-nascido deve ser mantido sobre o abdome e/ou tórax materno, usando o corpo da mãe como fonte de calor, garantindo-se que o posicionamento da criança permita movimentos respiratórios efetivos. O contato pele a pele imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco de hipotermia em RNs a termo que nascem com respiração espontânea e que não necessitam de ventilação, desde que cobertos com campos preaquecidos. Nesse momento, podem-se iniciar a amamentação. (BRASIL, 2014).

O contato físico muito precoce entre mãe e filho tem importância prioritária na visão humanizada de cuidados ao bebê ainda na sala de parto. A fim de se evitar separações desnecessárias entre o binômio, o que poderia prejudicar o aleitamento materno e a aproximação ao bebê, é importante reduzir ao estritamente necessário os procedimentos realizados no pós-parto imediato, quando se tratar de um bebê de baixo risco (CRUZ, 2007).

5.3.4. IDENTIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

A segurança consiste no ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos, oriundos do processo de assistência à saúde; a segurança reside nos sistemas e nas pessoas e, por isso, precisa ser ativamente procurada e estimulada, visando a redução de todos os tipos de erros, procurando a alta confiabilidade, como componente essencial de assistência com qualidade (ELLEN, 2012).

Identificar o RN é muito importante em todas as instituições que atendem o parto e o nascimento (BRASIL, 2012). A pulseira de identificação funciona como uma identificação oficial do RN, a identificação adequada é essencial, faz com que os pais e a equipe se sintam mais seguros, evitando enganos, dúvidas ou possível troca de RN (RICCI, 2008).

As pulseiras devem ser colocadas na mãe e no RN. Nestas devem constar: o nome da mãe, o número do registro hospitalar, a data, a hora do nascimento e o sexo do RN (BRASIL, 2011a; GOMES, 2010; SOUZA et al., 2011; ZAICHKIN, 2010).

5.3.5. CLAMPEAMENTO OPORTUNO DO CORDÃO.

Várias evidências advindas de ensaios controlados randomizados de grande porte sugerem que o clampeamento em tempo oportuno do cordão umbilical é benéfico em comparação ao clampeamento imediato e protege a criança contra anemia (BHUTTA et al., 2005; CERIANI CERNADAS et al., 2006; CHAPARRO et al., 2006; HUTTON; HASSAN, 2007). No entanto, ainda é comum encontrarmos nas práticas atuais o clampeamento precoce, sendo que esta prática pode levar à anemia na infância (BRASIL, 2014; MERCER et al., 2010). Os mesmos autores, baseados em evidências recentes, recomendam retardar o clampeamento do cordão para prevenir a deficiência de ferro e anemia na infância.

O momento ideal para pinçar o cordão umbilical dos RNs, é quando a circulação do cordão cessou, leva em torno de três minutos ou mais após o nascimento. Depois das pulsações do cordão terem cessado, procede-se o clampeamento à distância de dois a três centímetros do anel umbilical e o corte. (BRASIL, 2014). Em um ensaio clínico randomizado foi constatado que o retardo no clampeamento do cordão, pelo menos, dois a três minutos após o nascimento do bebê, pode ser vantajoso melhorando o nível de ferro que podem ser de valor clínico particularmente em crianças, nas quais o acesso a uma boa alimentação é pobre (MCDONALD; MIDDLETON, 2008).

5.3.4. ALEITAMENTO MATERNO

A Organização Mundial da Saúde recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida, pois está associado à menor mortalidade neonatal, ao maior período de amamentação, à melhor interação mãe-bebê e ao menor risco de hemorragia materna. (BRASIL, 2014)

Realizar o aleitamento precoce para promoção do contato mãe-bebê imediato após o parto, evitando intervenções desnecessárias que interferem nessa interação nas primeiras horas de vida. Deve ser estimulado o contato pele a pele e o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivos.

Postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. Entende-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros procedimentos; (BRASIL, 2014).

5.3.5 PROFILAXIA OCULAR

A instilação de um agente profilático nos olhos de todos os recém-nascidos é obrigatória. Esta é uma medida de precaução contra a oftalmia neonatal, que é uma inflamação dos olhos resultantes da infecção por clamídia ou gonorreia contraída pelo RN (LOWDERMILK, 2012). A administração do credê está indicada a todos os RNs, mesmo para aqueles nascidos de parto cesáreo, pois devemos considerar os riscos de aquisição por via ascendente, que podem passar despercebidas (BRASIL, 2011a, 2012b; PASSOS; AGOSTINI, 2011; RICCI, 2008).

O agente utilizado para a profilaxia geralmente inclui fórmulas com eritromicina, tetraciclina ou nitrato de prata. A instilação da profilaxia ocular pode ser adiada por até uma hora ou mais após o nascimento, para que sejam facilitados o contato visual, o apego e ligação mãe-bebê (LOWDERMILK, 2012).

5.3.6. PROFILAXIA COM VITAMINA K.

A deficiência de vitamina K no RN nas primeiras semanas de vida pode levar ao prolongamento do tempo de coagulação e, conseqüentemente, causar sangramentos inesperados. Este sangramento é denominado de síndrome hemorrágica do RN (ZAICHKIN, 2010).

A vitamina K é sintetizada pela microbiota intestinal, que não está presente ao nascimento. A introdução de bactérias começa com a primeira alimentação e com a idade de sete dias os recém-nascidos saudáveis são capazes de produzir sua própria vitamina K (LOWDERMILK, 2012). É recomendada sua aplicação rotineiramente a todos os RNs e usualmente a dose preconizada é de 1mg para os RN a termo, ou seja, 0,1ml (BRASIL, 2012b; GOMES, 2010; RICCI, 2008).

5.3.6. VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS.

A verificação dos sinais vitais (SV) do RN tem a finalidade de avaliar o estado geral e auxiliar na condução do tratamento, se detectada eventuais alterações clínicas, visto que, geralmente, a estabilidade clínica manifesta as condições de vitalidade do indivíduo (GOMES, 2010). Portanto, a verificação dos SV do RN tem a finalidade de avaliar seu estado geral, auxiliar na condução do cuidado e detectar eventuais alterações clínicas. São verificados temperatura (T), frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR) (GOMES, 2010).

A verificação da FC em RN é mais confiável quando realizada por meio do pulso apical, ou seja, quando colocamos o estetoscópio sobre o tórax, entre o esterno e o mamilo esquerdo, já a FR dos neonatos é verificada com estetoscópio no lado direito do tórax. Ambas devem ser contadas em um minuto completo, preferencialmente quando o RN está em estado de tranquilidade (RICCI, 2008).

A temperatura axilar é uma medida segura e precisa. A aferição da temperatura pode fazer com que o bebê chore e resista à colocação do termômetro na axila, por isso, antes de avaliar a temperatura, o examinador deve determinar a frequência cardíaca e a frequência respiratória antes de verificar a temperatura, enquanto a criança está calma e em repouso. A temperatura axilar normal média é 37° c, com variação de 36,5° a 37,2°C (LOWDERMILK, 2012).

Os valores normais dos Sinais Vitais giram em torno de: T axilar 36,5 a 37,5 ° C, FC 120 a 140 bpm e FR 30 a 60 mpm, com o RN em repouso. A FC e FR podem aumentar se ele estiver chorando, com desconforto ou dificuldade para respirar (WHEELER, 2011). No entanto, Gomes (2010) cita valores diferentes para a T e FC, sendo: T 36,5 a 37° C, FC 100 a 160 bpm.

5.3.7. VERIFICAÇÃO DA ANTROPOMETRIA.

As medidas de base são tomadas e registradas para ajudar a avaliar o progresso e determinar os padrões de crescimento e desenvolvimento do recém-nascido (LOWDERMILK, 2012). Antropometria refere-se às medições comparativas do corpo humano que incluem: peso, estatura e perímetro cefálico, para que estas medidas sejam válidas é necessário precisão na técnica de verificação (BRASIL,

2012), Outros autores citam também a verificação do perímetro torácico (BRASIL, 2011a; MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011; SOUZA et al., 2011).

A verificação do peso é importante para avaliação do crescimento e desenvolvimento do RN e para determinar a classificação deste, conforme o peso e a idade gestacional, avaliando se ele é adequado, pequeno ou grande para a idade gestacional, pois algumas condutas dependem desta avaliação. O peso médio do RN gira em torno de 3.400 gramas (MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011).

A medida da cabeça deve ser realizada na sua parte mais larga, que é o diâmetro occipitofrontal. A fita métrica é colocada ao redor da cabeça, logo acima das sobrancelhas. O perímetro cefálico de RN a termo vai de 32 a 36,8 cm. Para medir o comprimento do recém-nascido, o examinador coloca o RN em uma superfície plana e estende a perna até que o joelho fique encostado à superfície. A estatura do RN a termo varia de 45 a 55 cm (LOWDERMILK, 2012).

5.3.8. CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL.

A higienização adequada e os cuidados com o coto umbilical facilitam o processo de mumificação e são importantes para evitar infecções, tétano neonatal e sepse (FRANCO, 2007). Um importante fator de proteção contra infecção é a higiene da região umbilical com álcool a 70%. O cuidado é mantê-lo limpo e seco, este deve ser realizado uma vez ao dia ou mais. A Clorexidina é eficaz na redução da colonização e infecção do coto, porém retarda a mumificação, já o álcool a 70% acelera a mumificação, e não interfere na colonização. Qualquer que seja o produto escolhido, este deve ser armazenado em frasco de uso individual (BRASIL, 2011).

6. PÚBLICO ALVO

Participarão da formação: 10 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem que trabalham na unidade da sala de parto.

7. OBJETIVOS DO PROJETO

Objetivos Gerais

- Construir uma lista de verificação de cuidados imediatos prestados ao recém-nascido.

Objetivos Específicos

- Validar o conteúdo de um instrumento voltado ao recém-nascido com juízes.

8. METAS

- Sistematizar cuidados imediatos de enfermagem prestados ao recém-nascido até o final do ano de 2015.

- Elaborar um instrumento que favoreça a adoção dos cuidados pela equipe de enfermagem.

9. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa metodológica, por focar o desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de um instrumento ou de uma estratégia que possa aprimorar uma metodologia (POLIT; BECK, 2011). Este tipo de estudo tem como propósito elaborar, validar e avaliar os instrumentos e técnicas de pesquisa, tendo como meta a elaboração de um instrumento confiável que possa ser utilizado posteriormente por outros pesquisadores (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A pesquisa tecnológica objetiva resolver problemas concretos através de soluções imediatas. Também denominada de tecnologia, tem como uma das suas principais características o desenvolvimento de novas tecnologias e conhecimentos resultantes do processo de pesquisa (GARCES, 2010).

Assim, neste estudo, o instrumento desenvolvido e validado consiste numa lista de verificação de cuidados imediatos prestados ao recém-nascido. O estudo envolveu cinco etapas:

Etapa I:

Foi realizada uma vasta busca na literatura através de periódicos em base de dados, banco de dissertações, teses, documentos do ministério, livros e secretarias de saúde buscando encontrar fontes bibliográficas atualizadas para servirem de base na criação da lista de verificação, e posteriormente, foram realizadas leituras minuciosas dos respectivos materiais.

Etapa II:

A partir da leitura desses materiais foi feita uma seleção desses conteúdos, que serviu como suporte para a construção da lista de verificação. Após a seleção foi realizado um fichamento de tudo considerado relevante e posteriormente, foi construído uma tabela com os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e o referencial teórico (Apêndice A).

Etapa III:

A análise dos juízes tem como objetivo avaliar conteúdo, a qual verifica se os conceitos estão representados de modo adequado, bem como os itens ou textos do instrumento são representativos dentro do universo de todo o produto (POLIT; BECK, 2011).

Nesta etapa, a pesquisadora submeteu a lista de verificação de cuidados imediatos ao recém-nascido a um grupo de juízes considerados especialistas no conceito em estudo. Foram selecionados sete juízes para o cumprimento desta etapa.

O período de coleta de dados dessa etapa foi de setembro e outubro de 2015. A seleção dos juízes se deu por meio de amostragem de rede ou bola de neve, a qual é utilizada quando a população consiste de pessoas com características que podem ser difíceis de ser encontradas, como nesse caso em que se exige características muito específicas dos juízes. Assim, quando se encontrou um sujeito que se enquadrasse nos critérios de elegibilidade estabelecidos, foi solicitado ao mesmo que indicasse outros possíveis participantes, tratando-se, portanto, de uma amostragem por conveniência (POLIT; BECK, 2011).

Para a validação de conteúdo, faz-se necessário que os juízes sejam *experts* na área de interesse, pois somente assim são capazes de avaliar adequadamente a relevância de conteúdo dos itens submetidos (JOVENTINO, 2010). Assim, para participarem do estudo, os sujeitos identificados e que aceitassem participar do estudo deveriam obter uma pontuação mínima de cinco pontos (FEHRING, 1994) de acordo com os critérios apresentados no quadro abaixo.

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
Ser doutor em enfermagem e ter desenvolvido tese de doutorado na área de interesse.	4
Ser mestre em enfermagem e ter desenvolvido tese de doutorado na área de interesse.*	3

Ter grau mínimo de especialização ou residência em enfermagem obstétrica ou especialista em neonatologia	2
Ter no mínimo três anos de experiência em sala de parto.	3
Ter apresentado monografia de graduação envolvendo área de interesse.*	1
Ter trabalho publicado na área de interesse.*	1
Participar de grupos de pesquisas/projetos relacionados as áreas de interesse.*	1

*Áreas de Interesse: Obstetrícia e neonatologia.

Os juízes que atingiram a pontuação mínima foram convidados e receberam via correio eletrônico a lista de verificação de cuidados imediatos prestados ao recém-nascido (APÊNDICE C) juntamente com o instrumento de validação (APÊNDICE B).

Etapa IV:

Nesta etapa, foram analisados os instrumentos de validação com as sugestões realizadas pelos juízes. Das sete avaliações pelos juízes, três não sugeriram nenhuma alteração. A maioria dos itens foi aprovada, entretanto foram feitas algumas sugestões para a lista de verificação de cuidados imediatos prestados ao recém-nascido.

Especialista 1: Sugiro um check list propriamente dito, com apenas opções de marcar sim ou não. Retirar “S” de desempenho com competência, “N” quando a etapa não desempenhada e “NA” quando não se aplica.

Especialista 2: Acho que sobre a coleta do cordão não precisa ser com seringa de 20ml, basta ser, com seringa de 3ml e coletar 2ml no máximo.

Especialista 3: Acrescentar dados relacionados à assistência ao RN com alguma alteração ou patologia. Especificar em que momento e em que

circunstância, o RN deve ser entregue à mãe. Definir se são cuidados imediatos ou mediatos ao RN.

Especialista 4: No item aleitamento, colocar também a informação quanto a mulheres com HIV. E no preparo do ambiente onde tem material de reanimação, poderia colocar entre parênteses do que consta esse material, para facilitar para alunos que não tem tanta prática poder checar corretamente.

As sugestões dos juízes foram acatadas e realizadas as devidas alterações .

Etapa V:

Estando o protocolo finalizado e validado, será apresentada a direção do hospital e para a gerência de enfermagem, para posteriormente, realizar reuniões para apresentação do protocolo a equipe de enfermagem e sensibilização quanto à importância da padronização dos cuidados prestados.

10. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

ATIVIDADES / PERÍODOS	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
Levantamento de literatura	X	X	X						
Montagem do projeto				X	X	X			
Construção do instrumento							X		
Validação do instrumento							X		
Apresentação da proposta de instrumento à chefia de Enfermagem.								X	
Apresentação do instrumento à equipe de enfermagem.									X
Implementação do instrumento no setor									X

11. ORÇAMENTO

Descrição	Unidade	Valor unitário	Quantidade	Valor total
Cartucho preto n°60 para impressora HP	Unidade	R\$ 49,30	01	R\$ 49,30
Papel A4	Resma	R\$ 19,90	01	R\$ 19,90
TOTAL				R\$ 69.20

12. RECURSOS HUMANOS

Enfermeiros assistenciais

Técnicas de enfermagem

13. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Considerando que o monitoramento e a avaliação são etapas fundamentais para analisar o sucesso dos objetivos, além de possibilitar maior visibilidade ao que está sendo realizado, pretende-se utilizar um instrumento aos profissionais de enfermagem para avaliar a percepção dos resultados e aplicabilidade da rotina

O período de avaliação ocorrerá de forma anual, possibilitando replanejamento e adequação das ações do projeto para o alcance das metas.

14. RESULTADOS ESPERADOS

- Padronização dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido de acordo com a literatura.
- Valorização da equipe de enfermagem como ser atuante e fundamental na equipe;
- Qualidade da assistência de enfermagem ao recém-nascido.
- Humanização da atenção prestada ao recém-nascido e sua família;
- Equipe com competências e habilidades técnicas na realização dos procedimentos em sala de parto, tendo como principal ganho, a quebra de paradigmas.
- Aumento da satisfação profissional e estímulo ao aperfeiçoamento, a inovação e a criatividade na assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

_____. Ministério da Saúde (MS). Atos do Poder Executivo. Decreto-lei nº 2.024 de 17/02/40. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o país (Rio de Janeiro, 1940).

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência Médica. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Programa de Saúde Materno-Infantil – bases programáticas. Rio de Janeiro, 1975.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual dos Comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília (DF): Coordenação da Assistência Materno-Infantil; 2005

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF): 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Dispõe sobre a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BHUTTA, Z. A. et al. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. Pediatrics, Springfield, v. 115, n. 2, p. 519- 617, Feb. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, cuidados gerais.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde. **Manual AIDPI Neonatal.** 3. ed. Brasília, DF: 2012. Série A.

BRASIL. 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, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 371,** de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 36,** de 3 de junho de 2008. Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: Acesso em: 26 de jan, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM**, de 1 de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização do Parto e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. BRASIL.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem em obstetrícia**. 3ª ed. São Paulo: EPU; 2007.

CASTILHOS, C. O sistema único de saúde: filosofia, história e visão panorâmica da atualidade. In: Rede Feminista de Saúde: A presença da mulher no controle social das políticas de saúde. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2003. 212p.).

CERIANI CERNADAS, J. M. et al. The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: A randomized controlled trial. *Pediatrics.*, Springfield , v.117, n.4, p. e779-786, Apr. 2006.

CHAPARRO, C. M. et al. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. *The Lancet*, London, v. 367, n. 9527, p. 1997-2004, June 2006.

CRUZ, D. C. S. SUMAM, N. E SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev. esc. enferm. USP**, Dez 2007, vol.41, no.4, p.690-697. ISSN 0080-6234

COSTA, T. OLIVEIRA, F.C. LIMA, M.O.P. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado, conflitos e dificuldades institucionais na implantação da lei do acompanhante. **Enferm. Brasil**. 2010; 9(3): 140-7

DIAS, M.A.B. DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciêñ. Saúde Coletiva**. 2005; 10(3): 669-705.

FEHRING, R. J. The fehring model. In: CARROLL-JOHSON, P. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis**: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. P. 55-57.

GOMES, M. L. **Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais**. Rio de Janeiro. 2010.

HUTTON, E. K.; HASSAN, E. S. Late vs. early clamping of the umbilical cord in fullterm neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA*, Chicago, v.297, n.11, p. 1241-1252, 2007.

JOVENTINO, E. S. Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. 2010. 242 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010,

KLIEGMAN, R. M. N. **Princípios de Pediatria**. 4a ed. Rio de Janeiro, 2004.

LARA, S. H. de O.; GOULART, M. J. P.; CARMO, T. M. D. Assistência ao recém-nascido pelos profissionais de enfermagem na sala de parto no momento da recepção. **Ciênc. Prax.**, Passos, MG, v. 3, n. 5, 2010.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, crítica e utilização**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MARTINS, C. A.; PEREIRA, S. V. M. Qualidade da assistência obstétrica e perinatal em hospital amigo da criança: experiência de maternidade – Anápolis/GO. Esc. **Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 451-463, dez. 2002.

MCDONALD, S. J.; MIDDLETON, P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.*, Oxford, v. 16, n. 2, CD004074, Abr. 2008.

MERCER, J. S. et al. Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, Brasília, 2010.

MONTICELLI, M. O.; OLIVEIRA, M. E. de. Cuidados de enfermagem ao recém-nascido no Centro Obstétrico. In: BRÜGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E. de; SANTOS, E. K. A. dos. (Org.). *Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal*. Curitiba: Progressiva, 2011. p.143 - 162.

NARCHI, N. Z. Análise do exercício de competências do não médicos para a tenção da maternidade. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.1. p.147-158, 2010.

NARCHI, N. Z. CRUZ, E. F. C. GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(4):1059-1068, 2013.

Obstetrícia. 10^o ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ORLANDI, O. V.; SABRÁ, A. O Recém-Nascido a Termo. In: FILHO, J. R.

OSSIS, B.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1): 25-32, 1998).

SOUZA, A. S. G. et al. **Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido**. São Paulo: Martinari, 2011.

PASSOS, A. F.; AGOSTINI, F. S. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. **Rev. Bras. Oftalmol.**, Vitória, v. 70, n. 1, p. 57-67, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamento da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUADRADO, E. R. S; TRONCHIN, D. M. R. Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado Rev. **Latino-Am. Enfermagem**. vol.20 no.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2012.

RICCI, S. S. **Conduta de enfermagem para o recém-nascido.** In: _____. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 391-416.

SOUZA, T. G. GAÍVA, M. A. M. E MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Set 2011, vol.32, no.3, p.479-486. ISSN 1983-1447

Sociedade Brasileira de Pediatria [homepage na internet]. **Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria;** [acesso em 2015 20 out]. Disponível em <http://www.sbp.com.br>

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Declaração Conjunta sobre Saúde da Mãe e do Recém-Nascido.** 2009.

WHEELER, B. J. **Promoção da saúde do recém-nascido e da família.** In: MARILYN, J.; HOCKEUBERRY, D. W. Wongon fundamentos de enfermagem pediátrica: adaptação à realidade brasileira. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, ABEn, 2011.

ZAICHKIN, J. **Recém-nascido saudável.** In: ORSHAN, S. A. Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida. São Paulo: Artmed, 2010. p. 805 – 890.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TECNOLOGIA	FUNDAMENTAÇÃO
Ambiente na penumbra	Segundo Odent (2004), o ambiente em penumbra respeita a fisiologia do recém-nascido (RN). Segundo o Manual de Neonatologia (2001), a penumbra pode contribuir para a eficácia na amamentação do RN na primeira hora de vida, por estar relacionada a maior privacidade, tranquilidade, estabelecimento do vínculo e consequentemente diminuição de tempo entre as mamadas e ao ganho de peso no período pós-natal (Saraiva, 2004).
Respeito ao período sensível	A existência de um período sensível, imediatamente após o parto, foi evidenciada em estudo de Gaspareto e Bussat (1994) e durante esta fase, um contato intenso e ininterrupto da mãe com o seu bebê proporcionam a receptividade mais precoce da mãe e sua adaptação, dando prosseguimento ao vínculo que começou a ser estabelecido já na vida intrauterina. Outros benefícios deste contato inicial incluem o fato de a amamentação ocorrer mais cedo e o estreitamento da atração emocional.
Avaliação da vitalidade do RN S	Segundo o Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (2013), se, ao nascimento, o recém-nascido é de termo (idade gestacional 37-41 semanas), está respirando ou chorando, com tônus

	<p>muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e não necessita de qualquer manobra de reanimação. Três metanálises, que incluíram estudos com nascidos a termo, concluíram que o clampeamento tardio do cordão umbilical é benéfico com relação aos índices hematológicos na idade de 3-6 meses. Com base nesses estudos, recomenda-se que o RN a termo, saudável e com boa vitalidade ao nascer seja posicionado no nível da placenta por um a três minutos, antes do clampeamento do cordão umbilical.</p>
<p>Contato pele a pele</p>	<p>O contato pele a pele com a mãe imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco de hipotermia em recém-nascidos de termo, com boa vitalidade, desde que cobertos com campos pré-aquecidos. Nesse momento, pode-se iniciar a amamentação. Os bebês interagem mais com suas mães, ficam mais aquecidos e choram menos, quando colocados no colo da mãe; são mais amamentados e amamentaram por mais tempo, quando tiveram contato pele a pele precoce; possivelmente tiveram mais chances de ter um bom relacionamento inicial com suas mães, mas isso foi difícil de medir (Moore ER, Anderson GC, Bergman N, 2007).</p>
<p>Touca ou compressa</p>	<p>A colocação da touca no RN, logo após o desprendimento do polo cefálico, ainda no canal de parto, evita a perda de calor</p>

	através no couro cabeludo, diminuindo os riscos de hipotermia do recém-nascido (Manual Merck, 2009).
Clampeamento oportuno/tardio	Clampeamento oportuno do cordão aumenta a média neonatal do hematócrito venoso dentro de uma faixa fisiológica; Nem diferenças significativas nem efeitos nocivos foram observados entre os grupos; Além disso, esta intervenção parece reduzir a taxa de anemia neonatal; Esta prática tem se mostrada segura e deve ser implementada para aumentar o armazenamento de ferro neonatal ao nascimento (Cernadas JM, 2006).
Estímulo a amamentação na 1ª hora de vida	A Organização Mundial de Saúde recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida, pois se associa a um maior período de amamentação, melhor interação mãe-bebê e menor risco de hemorragia materna.
Verificar Sinais Vitais	A verificação dos sinais vitais (SV) do RN tem a finalidade de avaliar o estado geral e auxiliar na condução do tratamento, se detectada eventuais alterações clínicas, visto que, geralmente, a estabilidade clínica manifesta as condições de vitalidade do indivíduo (GOMES, 2010). Portanto, a verificação dos SV do RN tem a finalidade de avaliar seu estado geral, auxiliar na condução do cuidado e detectar eventuais alterações clínicas. São verificados temperatura (T), frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR) (GOMES,

	2010).
<p>Verificar Peso, estatura, perímetro cefálico e perímetro torácico</p>	<p>As medidas de base são tomadas e registradas para ajudar a avaliar o progresso e determinar os padrões de crescimento e desenvolvimento do recém-nascido (LOWDERMILK, 2012). Antropometria refere-se às medições comparativas do corpo humano que incluem: peso, estatura e perímetro cefálico, para que estas medidas sejam válidas é necessário precisão na técnica de verificação (BRASIL, 2012), Outros autores citam também a verificação do perímetro torácico (BRASIL, 2011a; MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011; SOUZA et al., 2011).</p>
<p>Profilaxia ocular</p>	<p>A instilação de um agente profilático nos olhos de todos os recém-nascidos é obrigatória. Esta é uma medida de precaução contra a oftalmia neonatal, que é uma inflamação dos olhos resultantes da infecção por clamídia ou gonorreia contraída pelo RN (LOWDERMILK, 2012). A administração do credê está indicada a todos os RNs, mesmo para aqueles nascidos de parto cesáreo, pois devemos considerar os riscos de aquisição por via ascendente, que podem passar despercebidas (BRASIL, 2011a, 2012b; PASSOS; AGOSTINI, 2011; RICCI, 2008).</p>

Profilaxia com vitamina k	<p>A deficiência de vitamina K no RN nas primeiras semanas de vida pode levar ao prolongamento do tempo de coagulação e, conseqüentemente, causar sangramentos inesperados. Este sangramento é denominado de síndrome hemorrágica do RN (ZAICHKIN, 2010). A introdução de bactérias começa com a primeira alimentação e com a idade de sete dias os recém-nascidos saudáveis são capazes de produzir sua própria vitamina K (LOWDERMILK, 2012). É recomendada sua aplicação rotineiramente a todos os RNs e usualmente a dose preconizada é de 1mg para os RN a termo, ou seja, 0,1ml (BRASIL, 2012b; GOMES, 2010; RICCI, 2008).</p>
Cuidados com o coto umbilical	<p>A higienização adequada e os cuidados com o coto umbilical facilitam o processo de mumificação e são importantes para evitar infecções, tétano neonatal e sepse (FRANCO, 2007). Um importante fator de proteção contra infecção é a higiene da região umbilical com álcool a 70%. O cuidado é mantê-lo limpo e seco, este deve ser realizado uma vez ao dia ou mais. (BRASIL, 2011).</p>

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

VALIDAÇÃO POR JUÍZES DE CONTEÚDO

Data:

Nome do Instrumento: CUIDADOS IMEDIATOS PRESTADOS AO RECÉM-NASCIDO

Parte 1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome do Avaliador:

Profissão:

Tempo de Formação:

Área de trabalho:

Instituição:

Função/Cargo na Instituição:

Tempo de Trabalho na área:

Titulação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

Parte 2 – OBJETIVOS – Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da lista de verificação.

1) Você acha que a linguagem utilizada precisa ser melhorada?

Sim () Não ()

Sugestões:

2) Você acha que as informações contidas na Lista de verificação estão completas? Você sugere a melhor elaboração de alguns assuntos?

Sim () Não ()

sugestões:

3) Você sente falta de alguma informação importante na lista de verificação?

Sim () Não ()

Sugestões: _____

4) Você acha que as informações são coerentes com os cuidados imediatos com recém-nascido?

Sim () Não ()

Sugestões:

5) Você acha que o conteúdo da lista de verificação atende aos objetivos de instituições que trabalham com parto e nascimento humanizados?

Sim () Não ()

Sugestões:

6) Você acha que a utilização da lista de verificação pode auxiliar na mudança de comportamento e cuidados?

Sim () Não ()

Sugestões:

APÊNDICE C

Lista de Verificação para Assistência de Enfermagem ao Recém-nascido.

Como utilizar: Assinale **S** se a etapa foi desempenhada com competência; escreva **N** quando a etapa não foi desempenhada com competência ou **NA** quando não se aplica.

CHECK LIST		S	N	NA
PREPARAR AMBIENTE	Organizar sala de parto.			
	Manter material de reanimação checado e organizado.			
	Manter o ambiente em penumbra, deixando apenas o foco de luz acesso.			
	Deixar o ambiente termo neutro, desligando o ar condicionado.			
RECEPÇÃO DO RECÉM-NASCIDO	Recepcionar RN em campos estéreis e aquecidos.			
AQUECIMENTO DO RECÉM - NASCIDO	Realizar o aquecimento do bebê, enxugando com campo estéril aquecido, primeiramente a cabeça e depois o corpo, posteriormente aquecendo-o como todo.			
AVALIAR VITALIDADE DO RECÉM - NASCIDO	Se o RN está respirando ou chorando, com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade. E utilizar o índice de Apgar, com base em cinco sinais. 1. Frequência cardíaca. 2. Esforço respiratório. 3. Tônus muscular. 4. Reflexos de irritabilidade. 5. Cor da pele.			
CONTATO PELE A PELE	Manter o recém – nascido sobre o abdome e/ou tórax materno.			
ALEITAMENTO MATERNO	Realizar o aleitamento precoce imediatamente após o parto			
IDENTIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO	Identificar o RN com pulseira contendo o nome da mãe, número de prontuário, data de nascimento, sexo e hora.			
CLAMPEAMENTO OPORTUNO DO CORDÃO.	Proceder o clampamento do cordão umbilical após cessadas suas pulsações (aproximadamente 1 a 3 minutos), exceto nos casos de mães isoimunizadas ou HIV positivas. Nesses casos o clampamento deve ser imediato.			
COLETAR O SANGUE DO CORDÃO UMBILICAL.	Realizar a coleta de sangue da veia do cordão para enviar ao laboratório cerca de 3 a 4 ml com seringa de 20 ml. Retire o embolo, posicione dedo indicador na ponta da seringa e coleta cerca de 3 a 4 ml, recoloque o embolo e retire o ar protegendo com campo estéril ou gaze estéril. Ou aspirar diretamente com agulha nos vasos fetais. Verificar a presença de 02 artérias e 01 veia no coto umbilical.			

POSICIONAR O RECÉM-NASCIDO NO BERÇO AQUECIDO.	Pegar o bebê posicionando com as mãos nos membros inferiores e região cervical e colocar no berço aquecido na posição trendelenburg.			
MANTER VIAS AÉREAS PÉRVEIS.	A aspiração de rotina do RN saldável deve ser evitada. Se tiver excesso de muco nas vias respiratórias, boca e fossas nasais podem ser aspiradas nasofaringe e orofaringe.			
VERIFICAR SINAIS VITAIS	Verificar temperatura, com variação de 36,5°C a 37,2°C. Frequência respiratória, com variação de 30 e 60 respirações/minuto. Frequência cardíaca, avaliar pulso apical, que varia de 120 a 160 bpm.			
REALIZAR EXAME FÍSICO.	Avaliar aparência geral: cor, acrocianose, postura flexionada, alerta, ativo. Avaliar cabeça: Inspeccionar tamanho e forma. Palpar, inspecionar o tamanho e estado das fontanelas. Palpar as suturas. Olhos: verificar posicionamento, simetria, presença de secreções. Nariz: observar forma, posicionamento, patência e configuração. Ausência de batimento de asa de nariz Orelhas: Observar tamanho, implantação na cabeça, quantidade de cartilagem e abertura do canal auditivo. Fácies: observar aparência geral e simetria do rosto. Boca: avaliar palato mole e duro e língua. Pescoço: Inspeccionar e avaliar movimentação, flexibilidade, nódulos e contusões. Tórax: avaliar clavículas, costelas, implantação e tamanho dos mamilos. Movimentos respiratórios, tiragens intercostais. Auscultar ruídos e frequência cardíaca. Abdome: inspecionar o tamanho do abdome e palpar seu contorno, presença de duas artérias e uma veia no cordão umbilical, auscultar os ruídos intestinais. Genitália Feminina: inspecionar aparência geral, clitóris, grandes e pequenos lábios, meato urinário e micção. Genitália masculina: inspecionar aparência geral, pênis, meato urinário, testículos palpáveis em ambos os lados e micção. Ânus: inspecionar localização, patência e mecônio. Membros: inspecionar aparência geral, grau de flexão, amplitude do movimento, displasia/luxação de quadril (manobra de Ortolani). Coluna: Inspeccionar e palpar coluna vertebral. Reflexos: verificar os reflexos de sucção, moro, apreensão e preensão plantar.			
REALIZAR ANTROPOMETRIA	Avaliar perímetro cefálico Avaliar perímetro torácico Avaliar estatura Pesar			
PROFILAXIA OCULAR	Aplicar uma gota de Nitrato de Prata em cada olho do RN			
VITAMINA K	Administrar 1mg de vitamina K por via intramuscular.			