

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA -
REDE CEGONHA

ANDRÉA MANARÍ DA SILVA

PRÁTICA EFETIVA DO ALEITAMENTO MATERNO NA 1ª HORA DE VIDA
BASEADA NOS INDICADORES DE VITALIDADE DO RECÉM-NASCIDO

MACEIÓ - AL
2015

ANDRÉA MANARÍ DA SILVA

**PRÁTICA EFETIVA DO ALEITAMENTO MATERNO NA 1ª HORA DE VIDA
BASEADA NOS INDICADORES DE VITALIDADE DO RECÉM-NASCIDO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha/Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Universidade Federal de Alagoas / Maceió, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientador: Profª. Dra. Jovânia Marques de O. e Silva

Co-orientadora: Profª Esp. Laís Danielle R. de Melo

**MACEIÓ - AL
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA –
REDE CEGONHA**

ANDRÉA MANARÍ DA SILVA

**PRÁTICA EFETIVA DO ALEITAMENTO MATERNO NA 1ª HORA DE VIDA
BASEADA NOS INDICADORES DE VITALIDADE DO RECÉM-NASCIDO**

**Trabalho de conclusão de curso aprovado em 26/11/2015 para obtenção do título de
especialista em enfermagem obstétrica – CEEO – REDE CEGONHA.**

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Jovânia Marques de O. e Silva

Profª. Esp. Laís Danielle R. de Melo

Prof. Dra. Mariana Santos Felisbino Mendes

Dedico este trabalho as minhas companheiras de curso Andrea Caldas e Sónia Cândido e ao meu esposo Michael Abreu dos Anjos que me deram toda força para chegar até o fim dessa jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que me ajudaram na elaboração deste trabalho: Prof^a. Dra. Jovânia Marques e Prof^a Laís Danielle. Às universidades UFMG, UFAL – ESENFAR e as maternidades que abriram suas portas e nos acolheram como campo de prática, e principalmente, às mulheres que foram partejadas e deram à luz aos seus filhos durante a realização do curso.

RESUMO

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto continua sendo um desafio para a assistência, tanto na qualidade como na dificuldade de mudança do modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático. Nesse sentido, ao longo dos anos, o Ministério da Saúde organizou diversos programas com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança. Em março de 2011, foi lançada a estratégia Rede Cegonha, tendo dentre seus principais objetivos e diretrizes: a redução do número de óbitos evitáveis de mulheres e de crianças no país, como também garantir a todos os recém-nascidos boas práticas de atenção, embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização. O presente estudo teve como objetivos: analisar os indicadores de vitalidade do RN enfocados em boas práticas neonatais e identificar a prática efetiva do aleitamento materno na 1ª hora de vida, baseado nos indicadores de vitalidade do recém-nascido. O estudo foi do tipo quantitativo, exploratório retrospectivo e documental, realizado em três maternidades localizadas em Maceió-AL e em duas no interior do Estado, no período de Maio a Novembro de 2015. As informações foram coletadas através de dados primários registrados em planilhas pelos especializandos durante as atividades práticas. Os resultados foram organizados em gráficos e tabela. A partir dos dados coletados foram registrados 82 RN's, dentre eles 10(12,2%) não apresentaram boa vitalidade neonatal. Dos 72 RN's incluídos, 39 (54%) realizaram aleitamento materno na 1ª hora de vida, enquanto 33 (46%) não realizaram. Tendo em vista que a Rede Cegonha preconiza que o aleitamento materno na 1ª hora de vida em RN's de boa vitalidade seja realizado com a maioria, em nosso estudo esse número não foi satisfatório. Sabendo que a assistência ao parto e nascimento foi realizada por enfermeiros da especialização podemos observar a necessidade de sensibilização desses profissionais, assim como dos demais profissionais que atuam na assistência ao RN, quanto à importância dessa prática de modo que possa ser efetivada, a fim de proporcionar maiores benefícios à mãe e ao recém-nascido e, também, a implantação de protocolos em salas de partos que insira as boas práticas neonatais como prática institucionalizada favorecendo a adesão da equipe obstétrica e neonatal.

Palavras- chave: Vitalidade fetal. Enfermagem obstétrica. Rede cegonha. Aleitamento na 1ª hora de vida.

ABSTRACT

In Brazil, the attention to women during pregnancy and childbirth remains a challenge for the assistance, both in quality and difficulty of changing medicalized model, hospital-centered and technocratic. In this sense, over the years, the Ministry of Health organized a number of programs aiming to improve the quality of health care of women and children. In March 2011, the Rede Cegonha strategy was launched and has among its main objectives and policies: reducing the number of preventable deaths of women and children in the country, as well as ensuring that all newborns good care practices, informed on scientific evidence and the principles of humanization. This study aimed to: analyze the newborn vitality indicators focused on neonatal good practices and identify effective practice of breastfeeding within the 1st hour of life, based on vitality indicators of the newborn. The study was a quantitative and retrospective documentary and exploratory, conducted at three hospitals located in Maceió-AL and two in the state, from May to November 2015. Data were collected through primary data recorded in spreadsheets by trainees during practical activities. The results were organized into charts and table. From the collected data 82 newborns were recorded, including 10 (12.2%) did not show good neonatal vitality. Of the 72 newborns included, 39 (54%) were breastfeeding within the 1st hour of life, while 33 (46%) did not perform. Considering that the Rede Cegonha recommends that breastfeeding within the 1st hour of life in newborns good vitality is done with most in our study this figure was not satisfactory. Knowing that assistance to labor and delivery was carried out by nurses of specialization we see the need to raise awareness of these professionals, as well as other professionals working in care newborn, of the importance of this practice so that it can be carried out in order to provide greater benefits to the mother and newborn and also the implementation of protocols in delivery rooms to enter the good neonatal practices as institutionalized practice favoring the accession of obstetric and neonatal staff.

Key words: fetal vitality. Midwifery. Rede Cegonha. Breastfeeding within the 1st hour of life.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1- População de recém-nascidos com boa vitalidade em maternidades de Maceió e interior de Alagoas no período de Maio a Novembro de 2015.....22
- Gráfico 2 - Aleitamento materno na 1ª hora de vida nos recém-nascidos em maternidades de Maceió e interior de Alagoas no período de Maio a Novembro de 2015.....23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores de vitalidade nos recém-nascidos em maternidades de Maceió e interior de Alagoas no período de Maio a Novembro de 2015.....	23
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	13
3.REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1 TRANSIÇÃO DA VIDA INTRAUTERINA PARA A VIDA EXTRAUTERINA.....	14
3.2 REDE CEGONHA.....	15
3.3 CONTATO IMEDIATO EFETIVO PELE A PELE.....	16
3.4 CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO UMBILICAL.....	17
3.5 ALEITAMENTO NA 1ª HORA DE VIDA.....	18
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	20
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	20
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	20
4.3 POPULAÇÃO.....	20
4.4 INSTRUMENTOS.....	21
4.5 TRATAMENTO DOS DADOS.....	21
5. RESULTADOS	22
6. DISCUSSÃO.....	24
7. CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS.....	29
APÊNDICE A PLANILHA DE REGISTRO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO -.....	31
APÊNDICE B – PLANILHA DE REGISTRO DA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO.....	32
APÊNDICE C – PLANILHA DOS DADOS COLETADOS PELOS ESPECIALIZANDOS.....	33

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto continua sendo um desafio para a assistência, tanto na qualidade como na dificuldade de mudança do modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático. O Ministério da Saúde vem se preocupando e discutindo sobre a qualidade da atenção prestada, a humanização da atenção ao parto e nascimento e à mulher protagonista de sua própria história.

Destaca-se a atenção a gestante e ao recém-nascido que se eficiente pode ajudar a diminuir o número de mortes. Em 1983, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tendo como um dos objetivos o controle do pré-natal, parto e puerpério. Em 1984, tendo como princípio promover ações específicas na assistência à saúde infantil, com enfoque nas ações básicas de saúde, pretendendo assim reduzir a morbi-mortalidade infantil, foi criado o Programa de Assistência Integral à saúde da Criança (PAISC). (BRASIL 1984, BASSO et all, 2012).

O PAISC visava promover a saúde da criança de forma integral, tendo como objetivo desenvolver o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, incentivo ao aleitamento materno, orientações nutricionais, assistência às doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas, além de garantir maior cobertura vacinal.

Em junho de 2000 foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com intuito de qualificar a assistência em Pré-Natal e Nascimento. No ano de 2004, foi desenvolvida a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher (PNAISM), com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, a cobertura e a qualidade da atenção no período perinatal.

A redução da mortalidade infantil está incluída nos Objetivos do Milênio propostos pela Organização Mundial de Saúde (objetivo número 4), e a mortalidade neonatal é um importante componente de todas as mortes ocorridas entre crianças com menos de cinco anos de vida no ano de 2008 (BOCCOLINI et all,2012).

A mortalidade neonatal (entre zero e 27 dias de vida) é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida, e o cuidado ao RN tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso País, por causas consideradas evitáveis como infecção, asfixia ao nascer e complicações de prematuridade (BRASIL, 2014).

Nesse sentido o Ministério da Saúde, organizou uma grande estratégia, a Rede Cegonha, lançada em Março de 2011, e trata-se de uma iniciativa pioneira que visa alcançar muitos

objetivos entre os quais a redução do número de óbitos evitáveis de mulheres e de crianças no País (BRASIL, 2012).

A Rede Cegonha encontra-se sustentada no (Programa Nacional de Humanização) e visa à implementação de ações de saúde capazes de produzir a atenção humanizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como também garantir a todos os recém-nascidos boas práticas de atenção, embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização.

Caso o recém-nascido nasça sem intercorrências, temos a oportunidade de destacar várias práticas simples, baratas e baseadas em evidências, que podem aumentar os índices de sobrevivência e são capazes de afetar a longo prazo a nutrição e a saúde, são elas:

- Clampeamento tardio do cordão umbilical;
- Contato imediato pele a pele efetivo pela mãe e recém-nascido;
- Início precoce do aleitamento materno exclusivo.

É importante destacar e demonstrar como estas práticas são seguras, quando implementadas em conjunto para benefício de ambos, mãe e recém-nascido.

A mortalidade infantil é vista como indicador que reflete as condições de vida e saúde da população, bem como o nível de desenvolvimento socioeconômico. Esse indicador pode fornecer subsídios sobre a qualidade prestada no pré-natal à gestante e ao recém-nascido.

Em 2014, o Ministério da Saúde por meio da portaria nº 371 institui as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no SUS, com o objetivo de prestar um atendimento por profissional capacitado, exercendo as boas práticas de atenção humanizada ao RN.

Os cuidados prestados ao RN logo após o parto são essenciais para a adaptação do bebê diminuindo a morbi-mortalidade neonatal. É um momento de transição do meio intra para o meio extrauterino que é marcado por grandes e significantes mudanças para o bebê garantindo boas condições de saúde e vitalidade.

Vitalidade é definida como uma avaliação do nível de adaptação do recém – nascido à vida extrauterina imediatamente após o nascimento e é baseado em quatro indicadores, transformados em questionamento: Gestação a termo? Ausência de mecônio? Respirando ou Chorando? Tônus muscular bom? Se a resposta é sim a todas as questões considera-se que o RN está com boa vitalidade e não necessita de manobras de reanimação (BRASIL, 2014).

Dado os pressupostos temos como problemática de pesquisa: as Boas Práticas Neonatais estão sendo implementadas nos recém-nascidos que nascem com boa vitalidade? Para responder a esta pergunta tem-se como objetivo geral analisar os indicadores de

vitalidade do RN enfocando as boas práticas neonatais e objetivo específico identificar a prática efetiva do aleitamento materno na 1ª hora de vida baseado nos indicadores de vitalidade do recém-nascido. Este estudo justifica-se pelo fato de notarmos na nossa prática que mesmo os recém-nascidos com boa vitalidade as boas práticas não são executadas de forma efetiva.

Em levantamento feito em Outubro de 2015 nas bases de dados Lilacs Bireme, BDENF, evidenciou-se que com os descritores: humanização and recém-nascidos and estatísticas vitais não existem trabalhos, porém na busca com descritores em separado encontrou-se nas bases de dados: Lilacs para o descritor humanização foram 1920; recém-nascidos, 24809; estatísticas vitais 531. Na Bdenf: Humanização 661; recém-nascidos 1475 estatísticas vitais 01. Lilacs Bireme: Humanização 1980, recém-nascido e estatísticas vitais, nenhum descritor que possam responder ao nosso objeto de estudo.

Este trabalho se faz importante demonstrando que o enfermeiro da sala de parto é um agente facilitador da realização das boas práticas, quando acompanha adequadamente o trabalho de parto e parto para o bebê saudável, evitando intervenções desnecessárias de rotina e que interferem nessa interação do binômio, nas primeiras horas de vida contribuindo para a diminuição da morbi-mortalidade neonatal gerando evidências científicas aplicáveis na prática de enfermagem obstétrica.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os indicadores de vitalidade do RN enfocando as boas práticas neonatais.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Identificar a prática efetiva do aleitamento materno na 1ª hora de vida baseado nos indicadores de vitalidade do recém-nascido.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 TRANSIÇÃO DA VIDA INTRAUTERINA PARA A VIDA EXTRAUTERINA

Todas as pessoas passam por períodos de transições importantes em suas vidas, mas sem dúvida, a principal e mais importante transição é a do nascimento, pois após esse evento, existe a necessidade de uma rápida adaptação à nova experiência de estar no mundo, garantindo assim, a sobrevivência. Antes do nascimento, o feto é absolutamente dependente da mãe para suas funções vitais (THOMPSON; ASHWILL, 1996; ASKIN, 2002). Após o nascimento e com o clampeamento do cordão umbilical, o recém-nascido necessita assumir as funções fisiológicas, antes realizadas pela placenta, passando pelo período de transição, que compreende suas primeiras 24 horas de vida (KENNER, 2001). A maioria dos bebês tem seu processo de transição cumprido nas primeiras 4 a 6 horas de vida (ASKIN, 2002).

Para a grande parte dos recém-nascidos, a transição para a vida extra-uterina é suave e sem intercorrências, mas para alguns, é retardada ou difícil (KLAUS; FANAROFF, 1995). O período imediato após o nascimento representa um dos mais difíceis do ciclo da vida humana (ASKIN, 2002), evidenciado pelo fato de que mais de 50% da mortalidade infantil, acontece no período neonatal (MIURA; PROCIANOY, 1997; KENNER, 2001). A metade dos óbitos ocorridos do 28º dia de vida até um ano de idade, são decorrentes de problemas sofridos nesse período (MIURA; PROCIANOY, 1997).

Após o nascimento, ocorrem simultaneamente em todos os sistemas corporais do recém-nascido, ajustes fisiológicos dos sistemas orgânicos (OLDS; LONDON; LADEWIG, 1996; KENNER, 2001), e a viabilidade do conceito dependerá de sua rápida e adequada adaptação à vida extra-uterina, onde as principais e imediatas adaptações da transição são a respiratória, a circulatória e a térmica.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, imediatamente após o nascimento se a resposta for positiva a essas perguntas:

- O recém-nascido tem idade gestacional entre 37 e 41 semanas?
- O líquido amniótico meconial está ausente?
- O recém-nascido está respirando ou chorando?
- O tônus muscular mostra flexão de membros inferiores e superiores?

Este paciente não precisa de qualquer manobra de reanimação e está com boa vitalidade, podendo ser colocado junto à mãe.

3.2 REDE CEGONHA

Em setembro de 2000 foi sancionado por 189 países os Objetivos para Desenvolvimento do Milênio (ODM), e a Organização das Nações Unidas (ONU) delineou oito Objetivos a serem alcançados até 2015. A saúde foi destacada em três objetivos: ODM 4- Reduzir a mortalidade na infância (meta Brasil: reduzir de 27,4 para 17,9 óbitos por mil nascidos vivos), ODM5-Melhorar a saúde materna (meta Brasil: reduzir a razão de mortalidade materna de 84,5 para igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil) e ODM 6- combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças.

Em 2010 a ONU lança a Estratégia Mundial para a saúde da Mulher e da Criança, com foco na redução da mortalidade materna e infantil. Para enfrentar os agravos ou doenças específicas o Ministério da Saúde propõe a organização de Redes de Atenção à Saúde Temáticas (RAS Temáticas): Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a Rede Cegonha.

A Rede Cegonha (RC) lançada em março de 2011 e instituída pela portaria MS/GM Nº 1.495/2011, é uma estratégia do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério.

Através de análise dos indicadores foi evidenciado que a mortalidade materna e infantil, especialmente a neonatal continuavam aumentadas também havia no país maior risco relativo para infecções puerperal, produção de diversas morbidades neonatais; nascimentos prematuros; intervenções desnecessárias no parto e desrespeito aos princípios de humanização do cuidado e os direitos das mulheres e das crianças.

O modelo de assistência da RC visa produzir mudanças na lógica do cuidado com oferta de Boas Práticas de Atenção ao pré-natal, parto e nascimento, promoção de saúde infantil, tendo o parto como evento fisiológico e social, com o protagonismo e autonomia da mulher, cuidado centrado na mulher, bebê e família (BRASIL, 2012). O incentivo às Boas Práticas Obstétricas e Neonatais, baseadas em evidências científicas, assegura a assistência humanizada, o respeito a escolha da mulher sobre o local do parto, respeito ao direito da mulher à privacidade no momento do nascimento do filho, respeito à escolha do acompanhante, consentimento informado sobre os procedimentos executados, uso de

métodos não farmacológicos de alívio à dor, estímulo a posições não supinas no parto, contato pele a pele efetivo, clampeamento tardio do cordão umbilical e aleitamento materno na primeira hora de vida.

3.3 CONTATO IMEDIATO EFETIVO PELE A PELE

Na busca por melhores taxas de aleitamento exclusivo a Organização Mundial de Saúde (OMS) junto com a Organização Pan Americana de Saúde (OPS) vem apoiando e incentivando o aleitamento materno como uma ação básica, e com isso se implementou a criação do IHAC (Iniciativa ao Hospital Amigo da Criança), em 1991, que no seu 4º passo evidencia e recomenda colocar o RN em contato com a pele de sua mãe logo após o nascimento, por no mínimo uma hora, sem roupa, se este estiver ativo, para facilitar a sua adaptação na transição do meio intra uterino para extra uterino, sendo assim uma maneira de incentivar e promover o aleitamento materno no pós parto imediato.

Este ato deve ser estimulado e iniciado imediatamente após o nascimento, deve ser contínuo e deve ser respeitado na sua individualidade, pois se torna um momento único e mágico entre o binômio.

Esse contato entre mães e bebês saudável, proporciona vários benefícios, não só a nível de amamentação, mas também a nível fisiológico do recém nascido, acalmando o bebê e sua mãe que entram em sintonia provocada por esse momento, auxilia na estabilização dos batimentos cardíacos e respiratórios do RN e mantém a temperatura corporal, através do vínculo entre o binômio. Este é um período curto, crucial e único.

Tudo isto só pode ser realizado quando a vitalidade do bebê não se encontra prejudicada, caso contrário os mesmos serão retomados quando mãe e filho estiverem em condições físicas e emocionais adequadas.

Quanto mais precoce e por mais tempo o contato pele a pele existir, mais ocitocina é liberada, que além de promover a contração uterina também é responsável pelo aumento da temperatura do corpo da mãe e estimulam o apego. E assim, mãe e bebê estão impregnados pelo hormônio e estabelecem um grande momento de interação e criação do vínculo. (ALMEIDA E FILHO, 2004). Consequentemente durante esse período o organismo do recém-nascido libera uma grande quantidade de adrenalina que o faz ficar alerta, desenvolvendo reflexos que o fazem procurar a mama e iniciar a amamentação. (LAMAZE,2003).

O contato imediato pele a pele precoce deve ser uma rotina do pós-parto imediato, contudo, a sua aplicação não é efetiva mesmo cientes da sua eficácia e benefícios baseados em evidências, ou por falta de profissionais com conhecimento adequados para apoiar, ou por resistência à mudança. Segundo (SANTOS, 2014), alguns estudos têm mostrado que até os bebês prematuros, tão pequenos, com 1200 gramas, são metabolicamente mais estáveis e respiram melhor, se fizeram contato pele a pele imediatamente após o nascimento.

3.4 CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO UMBILICAL

Consequentemente ainda durante o contato pele a pele existem recomendações para a prática de pinçar o cordão umbilical quando sua circulação cessar ou dois a três minutos após o parto. O Clampeamento Tardio do Cordão Umbilical nas instituições de saúde não tem sido política de assistência ou não faz parte de recomendações em protocolos devido a poucos estudos que tratam desse assunto. Comprovando seus benefícios em relação aos riscos, vem apresentando resultados quando realizado com técnica correta e tempo oportuno, além de que há pouca ou nenhuma evidência científica que justifique o clampeamento imediato como prática de maior benefício para o recém-nascido e sua mãe.

Vale salientar que o pinçar tardiamente tem um papel importante na redução dos altos níveis de anemia durante a infância. Foi estudado o efeito do momento do clampeamento do cordão umbilical em relação à evolução hematológica e ao status de ferro nos recém-nascidos a termo depois das primeiras semanas de vida tendo como resultado benéfico o aumento do nível de ferro do lactente a longo prazo (BRASIL, 2014).

Há estudos que devido ao atraso do clampeamento há um aumento do volume sanguíneo transfundido da placenta para o RN, o que pode ajudar no seu ganho de peso. ANDRESON, et al 2011, notou um ganho de peso de quase 100 gramas nas crianças submetidas a constrição tardia, além de que, a quantidade de sangue retida na placenta foi mínima. SINAVSZKI et al 2011, considerou que o aumento na saturação de oxigênio foi devido ao aumento da transfusão de sangue.

O clampeamento tardio pode ser facilmente realizado e permitir, ao mesmo tempo, o contato materno infantil imediato, o que potencialmente aumenta a ligação entre mãe e bebê e o sucesso da amamentação.

3.5 ALEITAMENTO NA 1ª HORA DE VIDA

Com a finalidade de modificar as elevadas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatais registradas no país, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria /GM nº 569, de junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que assegura que toda gestante tem o direito à assistência pré-natal, parto e puerpério realizada de forma segura e humanizada (BRASIL,2000; SERRUYA, 2004).

Dando continuidade à busca por melhores práticas no nascimento, em 2011 foi lançado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) um novo guia, denominado “Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças”. No que tange ao recém-nascido, esse documento salientou que o contato imediato pele a pele e o início da amamentação exclusiva, são práticas de simples execução que proporcionam benefícios instantâneos ao RN e que podem a longo prazo causar impacto na nutrição e na saúde da mãe e do bebê, possivelmente influenciando no desenvolvimento da criança além do período neonatal (BRASIL, 2011).

A amamentação não é somente um meio de nutrição do RN, também é considerado um processo de interação profunda entre mãe e filho. Além de repercutir no estado nutricional da criança, na imunidade e no desenvolvimento cognitivo e emocional, tem implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2009). Atualmente, o aleitamento materno é considerado fundamental para a saúde perinatal e materna, sendo assim, é uma das estratégias dos programas governamentais de humanização do nascimento (BRASIL, 2001).

Pillegi et al. (2008), ressaltam que a amamentação na primeira hora de vida pode sofrer interferência das práticas hospitalares e do uso da tecnologia moderna. De acordo com a UNICEF (2009), exigir que a mãe fique deitada durante o trabalho de parto e parto, falta de incentivo e liberdade para comer ou beber, separar a mãe do bebê e principalmente intervir com cuidados de rotina desnecessários, como monitoramento fetal contínuo, punção venosa, analgésicos sedativos e episiotomia, podem prejudicar o contato imediato entre mãe e o recém-nascido, dificultando o início do aleitamento.

Fisiologicamente, a amamentação na primeira hora de vida, favorece a dupla mãe-bebê, pois estimula precocemente a produção de ocitocina (PILLEGI *et al.*, 2008; BRASIL, 2001). A frequência, duração e intensidade da sucção, estão diretamente relacionados aos níveis plasmáticos de prolactina, que se elevam em resposta a estes estímulos. Como a prolactina é responsável pela galactopoiese, permitir a sucção do mamilo pelo RN à livre demanda é o elemento fundamental para a amamentação (BRASIL, 2001). A liberação de

ocitocina reduz o risco de hemorragia pós-parto (GIUGLIANI, 2000; PILLEGI et al., 2008), já que auxilia na involução uterina por meio da contração do útero (PILLEGI et al., 2008).

Para o recém-nascido, a ingestão do colostro (possui fator epidérmico de crescimento) acelera a maturação da mucosa intestinal, e fatores imunológicos bioativos que conferem proteção imunológica ao lactente, prevenindo a colonização intestinal por microorganismos patogênicos. Outros benefícios do aleitamento na primeira hora é o aumento do vínculo mãe-filho, manutenção da temperatura corporal e maior tempo de aleitamento.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Tratou-se de um estudo produzido pelo grupo de especializandos, sendo a contribuição o produto do trabalho de cada um, assessorado e orientado por duas tutoras do referido curso.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo do tipo quantitativo, exploratório retrospectivo e documental procurando reunir elementos sobre o tema abordado anteriormente a partir da análise de documentos previamente produzidos nos registros da assistência ao recém-nascido.

Foi uma pesquisa do tipo documental porque se buscou a utilização de “materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa” (GIL, 2010, p.51).

Como se trata de um estudo retrospectivo, os dados foram coletados em fontes primárias, as quais são definidas como qualquer documento que traga informações capazes de elucidar o fenômeno em estudo. Nesta pesquisa, as fontes primárias foram as planilhas dos partos das parturientes e seus recém-nascidos assistidas pelos especializandos no período de Maio a Novembro de 2015.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nos setores de pré-parto e sala de parto de Maternidades do Município de Maceió e do interior do Estado, onde os pesquisadores desenvolveram atividades práticas referentes ao V Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, sob a responsabilidade compartilhada da Universidade Federal de Alagoas e Universidade Federal de Minas Gerais.

4.3 POPULAÇÃO

A população foi composta por parturientes e seus recém-nascidos assistidos pelos especializandos durante as aulas práticas nos setores de pré-parto e sala de parto de Maternidades do Município de Maceió e do interior do Estado.

4.4 INSTRUMENTOS

Foram utilizadas duas fichas elaboradas pelos tutores presenciais do Curso de especialização em enfermagem Obstétrica, sob a responsabilidade compartilhada da Universidade Federal de Alagoas e Universidade Federal de Minas Gerais, que continham dados referentes à parturiente, ao parto e a assistência ao RN, para coleta de dados (APÊNDICES A e B).

A partir dos dados coletados pelos especializandos, foi elaborada uma planilha que continha os seguintes dados: Iniciais maternas, boas condições de vitalidade fetal (idade gestacional, ausência de líquido meconial, respirando ou chorando, tônus muscular em flexão) e aplicação de Boas Práticas Neonatais (contato pele a pele, aleitamento na 1ª hora de vida e clampeamento tardio do cordão). (APÊNDICE C).

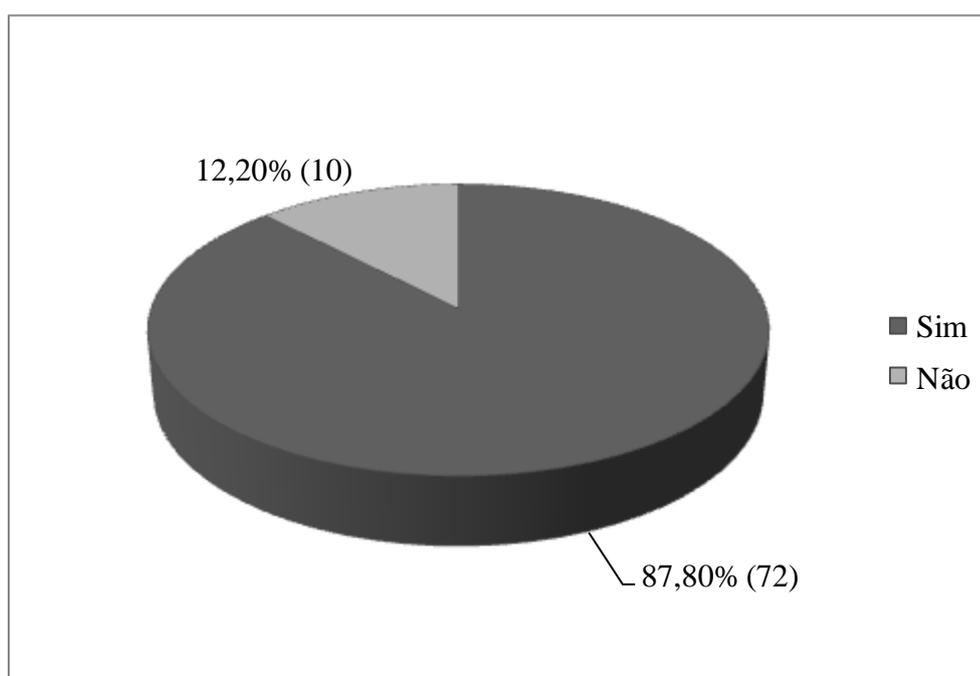
4.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Uma vez coletados, os dados foram organizados e tratados com recursos da estatística descritiva e foram apresentados com o apoio de gráficos e tabelas.

5. RESULTADOS

O estudo teve como população 82 recém-nascidos, dentre os quais 72 (88%) apresentaram boas condições de vitalidade e 10 (12,2%) não apresentaram (Gráfico 1).

Gráfico 1: População de recém-nascidos com boa vitalidade em maternidades de Maceió e interior de Alagoas no período de Maio a Novembro de 2015.



Fonte: planilhas dos partos das parturientes e seus recém-nascidos assistidas pelos especialistas no período de Maio a Novembro de 2015 em atividades práticas.

A tabela abaixo representa os indicadores de vitalidade neonatal na amostra coletada. Dentre os recém-nascidos, 94% (n=77) foram considerados com idade gestacional a termo, 90% (n=74) da amostra apresentou ausência de líquido meconial, 94% (n=77) da amostra nasceram chorando ou respirando e 94% (n=77) dos recém-nascidos tiveram tônus muscular em flexão.

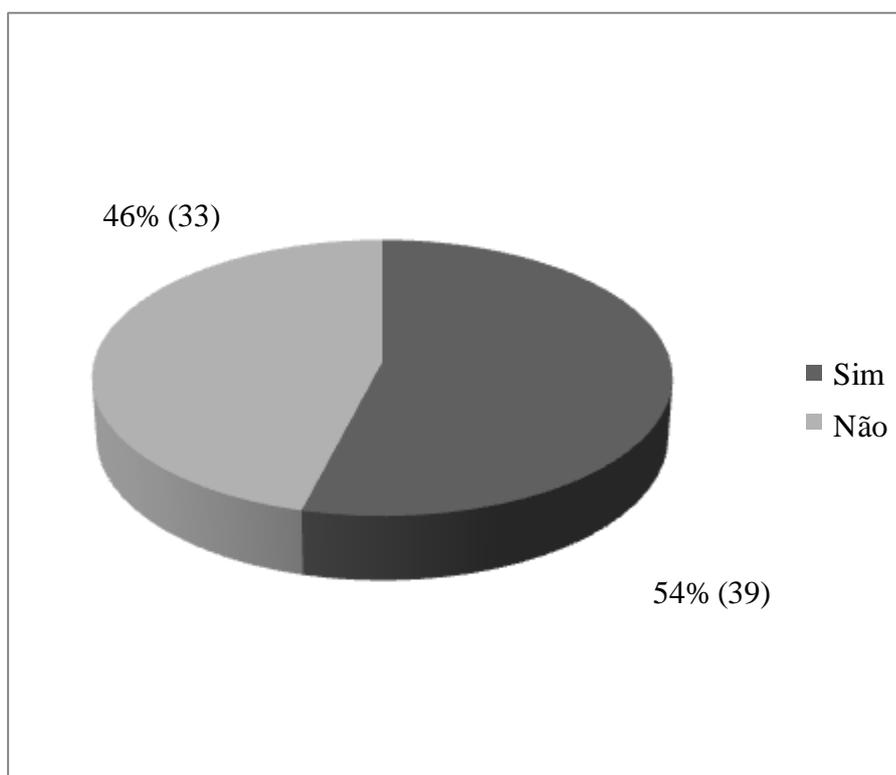
Tabela 1: Indicadores de vitalidade nos recém-nascidos em maternidades de Maceió e interior de Alagoas no período de Maio a Novembro de 2015.

Indicadores	SIM	NÃO	TOTAL
Idade gestacional a termo ($\geq 37s$)	94% (n=77)	6% (n=05)	100 % (n=82)
Ausência de líquido meconial	90% (n=74)	10 % (n=08)	100 % (n=82)
Respirando ou chorando	94% (n=77)	6% (n=05)	100 % (n=82)
Tônus muscular em flexão	94% (n=77)	6% (n=05)	100 % (n=82)

Fonte: planilhas dos partos das parturientes e seus recém-nascidos assistidas pelos especializandos no período de Maio a Novembro de 2015 em atividades práticas.

De acordo com os dados apresentados no Gráfico 2, dos 72 recém-nascidos com boa vitalidade, em 39 que corresponde a 54% foi realizado o aleitamento materno na 1ª hora de vida e 46% que não o fizeram.

Gráfico 2: Aleitamento materno na 1ª hora de vida nos recém nascidos em maternidades de Maceió e interior de Alagoas no período de maio a novembro de 2015.



Fonte: planilhas dos partos das parturientes e seus recém-nascidos assistidas pelos especializandos no período de Maio a Novembro de 2015 em atividades práticas.

6. DISCUSSÃO

Se, ao nascimento, o recém-nascido é de termo (idade gestacional 37-41 semanas), não apresenta líquido amniótico meconial, está respirando ou chorando e apresenta tônus em flexão ele apresenta boa vitalidade e não necessita de qualquer manobra de reanimação (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2011). No nosso grupo, 94% dos recém-nascidos (Gráfico 1) apresentaram boas condições de vitalidade, o que já era esperado, visto que a grande maioria dos partos foram realizados em maternidades de risco habitual.

Em relação à idade gestacional 94% (n=77) foram considerados a termo (Tabela 1). De acordo com o Manual de Assistência ao RN de 1994 do Ministério da Saúde, a classificação do recém-nascido para estimarmos com maior precisão o risco do RN, torna-se necessário a análise de uma variável, entre outras que é a idade gestacional.

A idade gestacional (IG) é o tempo transcorrido desde a concepção até o momento do nascimento. Por métodos clínicos é impossível determinar o momento da concepção, podendo ser inferido de forma indireta a partir da data da última menstruação (DUM). Este método de uso universal é tanto mais confiável quanto melhor a mãe se recorda das datas das suas menstruações e quanto mais regulares sejam seus ciclos. Quando a mãe desconhece a DUM, pode se recorrer aos seguintes métodos: a) Durante a gestação: Medição do fundo do útero, medição do tamanho do feto pela ecografia (abaixo de 20 semanas); b) Ao nascer: exame somato-neurológico do RN:

- para os recém-nascidos com idade gestacional maior que 28 semanas, o método de Capurro tem sido amplamente empregado, podendo ser realizado logo ao nascer (método somático).

-para os RN saudáveis e com mais de 6 hs, é feito o somático e neurológico.

Ambas formas têm apresentado alta correlação com a DUM, sendo menor para os RN pequenos para a idade gestacional. Nestes RN tem sido observada uma subestimação da idade gestacional a partir da 35ª semana.

Qualquer dos métodos usados para obter a idade gestacional permite classificar os RN em: a) Prematuros: idade gestacional inferior a 37 semanas; b) A termo: idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias; c) Pós-termo: idade gestacional igual ou maior que 42 semanas.

Dos 74 recém-nascidos (Tabela 1), o que representa 90% da amostra, apresentou ausência de líquido meconial. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria 2011, a conduta do pediatra frente à presença de líquido tinto de mecônio depende da vitalidade ao nascer. Caso o neonato apresente, logo após o nascimento, movimentos respiratórios rítmicos e regulares, tônus muscular adequado e FC >100 bpm, levar o paciente à mesa de reanimação, colocar sob fonte de calor radiante, posicionar sua cabeça com uma leve extensão do pescoço, aspirar o excesso de secreções da boca e do nariz com sonda de aspiração traqueal nº 10 e, a seguir, secar e desprezar os campos úmidos, verificando novamente a posição da cabeça e, então, avaliar a respiração e a FC. Se a avaliação resultar normal, o RN receberá cuidados de rotina na sala de parto.

Também 94% da amostra, que representam 77 recém-nascidos (Tabela 1), nasceram chorando ou respirando, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria 2011, a reanimação depende da avaliação simultânea da respiração e da frequência cardíaca (FC). A FC é o principal determinante da decisão de indicar as diversas manobras de reanimação. Logo após o nascimento, o RN deve respirar de maneira regular, suficiente para manter a FC acima de 100 bpm. Além disso, recém-nascidos com respiração regular e FC >100 bpm podem demorar minutos para ficar rosados. Naqueles que não precisam de procedimentos de reanimação ao nascer, a saturação de oxigênio com 1 minuto de vida se situa ao redor de 60-65%, só atingindo valores entre 87-92% no quinto minuto. Assim, o processo de transição normal para alcançar uma saturação de oxigênio acima de 90% requer 5 minutos ou mais em recém-nascidos saudáveis que respiram ar ambiente. Diante disso a cor não interfere na vitalidade do RN.

Ainda nesta amostra se identificou que 77 recém-nascidos (Tabela 1), que correspondem a 94%, tiveram tônus muscular em flexão, o que significa mais uma das variáveis de boa vitalidade, logo o recém-nascido não necessita de manobras de reanimação.

Contudo, observou-se que 23 recém-nascidos apresentaram resposta negativa a pelo menos um dos critérios de vitalidade, porém apenas 10 não foram incluídos, isso se justifica porque alguns RN's apresentaram resposta negativa para mais de um critério de vitalidade, sendo assim excluídos da nossa amostra.

De acordo com os dados apresentados no Gráfico 2, pouco mais da metade dos recém-nascidos 54% realizaram o aleitamento materno na 1ª hora de vida e 46% não o fizeram. Em estudo realizado por Pereira e colaboradores (2013), em uma maternidade do Rio de Janeiro, a

taxa de aleitamento materno na 1ª hora de vida foi de 43,9%, demonstrando que uma ação tão simples que é o aleitamento possui uma enorme resistência para a sua efetivação em diversas regiões do País.

Segundo a OMS (2007), a amamentação deve ser iniciada na primeira hora de vida, ainda na sala de parto, se a mãe e o recém-nascido estiverem em boas condições de saúde, favorecendo o contato pele a pele de ambos. O contato precoce entre mãe e filho está associado à maior duração do aleitamento materno exclusivo. A amamentação na primeira hora de vida traz benefícios tanto para puérpera quanto para o recém-nascido, pois o reflexo de sucção é mais forte na primeira hora após o parto e ajuda na apojadura, previne hemorragias, estimula o vínculo mãe-filho ajuda o RN a eliminar mecônio prevenindo a icterícia. Nas primeiras amamentações, as saídas do leite além de táteis tem também estímulos olfatórios, visuais e auditivos.

Observamos neste estudo que tivemos número insatisfatório de amamentação na primeira hora de vida, pois é preconizado que se a mãe e o recém-nascido estiverem em boas condições, o aleitamento deve ser feito na sua grande maioria. Devemos levar em consideração que durante o parto estavam presentes outros profissionais que influenciaram negativamente quanto à prática do aleitamento materno imediato, seja por falta de conhecimento, falta de sensibilização ou ausência de protocolos institucionais que estabeleçam a necessidade desta prática.

7. CONCLUSÃO

A partir dos dados coletados foram registrados 82 recém-nascidos, dentre eles 10(12,2%) não apresentaram boa vitalidade neonatal. Dos 72 recém-nascidos incluídos, 39 (54%) realizaram aleitamento materno na 1ª hora de vida, enquanto 33 (46%) não realizaram.

Tendo em vista que a Rede Cegonha preconiza que o aleitamento materno na 1ª hora de vida em recém-nascidos de boa vitalidade seja realizado com a maioria, em nosso estudo esse número não foi atingido. Apesar da eficácia e benefícios baseados em evidências, esta prática não tem sido completamente realizada seja por falta de profissionais com conhecimentos adequados ou por resistência à mudança. Sabendo que a assistência ao parto e nascimento foi realizada por enfermeiros da especialização podemos observar a necessidade de sensibilização desses profissionais, assim como dos demais profissionais que atuam na assistência ao RN, quanto à importância dessa prática de modo que possa ser efetivada, a fim de proporcionar maiores benefícios à mãe e ao recém-nascido. Penso que aos profissionais de saúde cabe ressaltar a importância de se iniciar as ações educativas para a amamentação na primeira hora de vida, ainda no pré-natal, por meio do diálogo entre a equipe de saúde e a mulher e que este momento seja para esclarecer a todas as dúvidas, como também para expor a mãe sobre os benefícios que a amamentação trará para ela e principalmente para seu bebê, e que esta possa avaliar e refletir sobre seu papel como nutriz.

Outra medida para efetivação desta boa prática neonatal seria a implantação de protocolos em salas de partos que insira como prática institucionalizada favorecendo a adesão da equipe obstétrica e neonatal.

Durante a realização do Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica, foi realizado na Maternidade Professor Mariano Teixeira do HUPAA- UFAL um projeto de intervenção onde o aleitamento materno na 1ª hora de vida foi inserido como uma Boa Prática neonatal na sala de parto, os dados dos indicadores de qualidade da assistência no cuidado, são mensurados mensalmente e adicionados em quadro de aviso (Gestão à Vista). No ano de 2015 de Janeiro a Outubro a média de aleitamento materno na 1ª hora de vida ocorreu em 29% dos recém-nascidos, considerando ser uma Maternidade de Alto Risco muito dos RN'S não nasceram com boa vitalidade.

Com a abertura do Espaço Bem Nascer, uma enfermaria de Pré parto e Parto, inserção de enfermeiras obstetras no cenário do parto e nascimento, implantação da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e a Construção do Protocolo de Atuação da

Equipe Obstétrica da Maternidade, acreditamos que este indicador atinja a meta preconizada pelo Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.A.;FILHO, J. M. - **O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno.** -Rev Ciênc. Méd (Em linha).13:4(2004) - Consulta em 08/11/2015. Disponível periódicos.puc - campina.edu.br.

BASSO, Chariani. – **Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal.** Texto e Contexto de Enferm. Florianópolis, 2012 abr-jun; 21(2) :269-76.

BASTOS, Lilian Martins - **Sistematização da assistência de enfermagem ao rn por meio da educação permanente em saúde** - Escola de Saúde Publica do Ceará - Curso Especialização em Enfermagem Obstétrica - Fortaleza 2010.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de desenvolvimento do milênio** – relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ipea, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém- nascido: guia para os profissionais de saúde** - 2ª ed. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** – Brasília:Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FOCKS, Ingrid dos Santos; CORREIA, Marilu - **A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe e bebê-** 2015.

GIUGLIANI, E.R.J. **O aleitamento na prática clínica.** J Pediatr (RIO J), v.76, supl. 3, p.238-52, 2000.

KENNER, Carole. **Enfermagem neonatal.** 2ªEd. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001. 392p.

KLAUS, Marshall ; FANAROFF, Avroy. **Alto risco em neonatologia.**4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.392p.

MIURA, Ernani et al. **Neonatologia: princípios e prática.** 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. 656p.

MONDINI, Lenise; LEVY, Renata Bertazzi, SOUZA, José Maria Pacheco de ;et al - **Efeito do clampeamento tardio do cordão umbilical nos níveis de hemoglobina em crianças**

nascidas de mães anêmicas e não anêmicas - Revista bras. crescimento desenvolvimento humano, vol20 no2 - São Paulo - Agosto 2010.

ODENT, M - **Scientification of Love**. London: Free Association Books Ltd, 1999, ISBN 1-85343-476-0.

OLIVEIRA, Fabiana de Cássia Carvalho; ASSIS, Karine Franklin, et al - **Tempo de clampeamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo** -Rev Saúde Pública, 2014; 48(1);10-18.

PEREIRA, Célia. **Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida**. Revista Brasileira de Epidemiologia. Rio de Janeiro, 2013.

PILLEGI, M.C, et al. **A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes**. Einstein, v.6, n.4, p. 467-72, 2008.

ROLIM, Karla maria Carneiro; MOREIRA, Maria Vera Lucia - **O discurso e a pratica do cuidado ao recém nascido de risco :refletindo sobre a atenção humanizada** - Revista Latino Americana Enf 2006, Jan-Fev, 14.

SANTOS, A. - **A importância do contato precoce pele a pele entre a mãe e bebê** - Ginecologia/Obstetricia do CHBA - Portimão/ Portugal, 2011.

SANTOS, Luciano; Marcos, SILVA; Jucélia Cavalcante Rodrigues - **Vivenciando o contato pele a pele com o recém nascido no pós parto como um ato mecânico** - Revista bras. enferm.Vol 67 n2 - Brasília Mar./Abr. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Reanimação Neonatal: Diretrizes para profissionais de saúde**- 1ª edição – Rio de Janeiro, 2012.

SERRUYA, S.J. et al. **O Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**. Cad. Saúde Pública (on line 0, v. 20, n.5, p. 1281-89, 2004.

THOMPSON. Eleanor; ASHWILL, Jean. **Uma introdução à enfermagem pediátrica**. 6ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 446p.

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância. Organização Mundial da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um hospital amigo da criança**: curso de 20 horas para equipes de maternidade – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009..

VENÂNCIO, Sônia Isoyama; LEVY, Renata Bertazzi; et all. **Efeitos do clampeamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida** - Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.

APÊNDICE A – Planilha de registro da assistência ao parto e nascimento

Nº		DADOS GERAIS				DADOS DO PARTO										DADOS DO RN			PÓS-PARTO IMEDIATO	PRECEPTOR							
		DATA	REGISTRO E INICIAIS DA MÃE	ID	GPA	IG	MÉTODOS MFC	PARTOGRAMA	ACOMPANHAR	PRESENTAÇÃO			POSIÇÃO VERTICALEXTERNA. ANALZ	AMNIOTOMIA	EPISIOTOMIA	LACERAÇÕES	PROF DA HPP		OCIT IM		CONTRATO PELE A PELE	AME 1ª HORA	PESO SEXO		APGAR	OBSERVAÇÃO	
									CEFÁLICO	PÉLVICO	OUTRAS					TCC						1º MIN	5º MIN				
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
16																											
17																											
18																											
19																											
20																											

Página 1

LEGENDA:

ID - IDADE MATERNA	PROF HPP - PROFILAXIA DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO
GPA - Nº DE GESTAÇÃO/PARTO/ABORTO	VINCULO - VINCULO MÃE/RN IMEDIATO
TCC - TRAÇÃO CONTROLADA DO CORDÃO	MANOBRAS EXTRATIVAS - FÓRCEPS, VÁCUO EXTRATOR, VERSÃO EXTERNA
MFC - MALFORMAÇÃO FETAL CONGÊNITA	MÉTODOS NFD - MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR

APÊNDICE B – Planilha de registro da assistência ao recém-nascido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA - ESENFAR UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA - CEEO																			
FICHA DE REGISTRO DA ASSISTÊNCIA AO RECÊM NASCIDO																			
DADOS GERAIS			DADOS DO PARTO					DADOS DO RN					PRECEPTOR						
Nº	DATA	REGISTRO E INICIAIS DA MÃE	APRESENTAÇÃO			POSICÃO VERTICALIZADA - QUAL?	INTERVENÇÕES		CONTATO PELE A PELE	AME 1ª HORA	CLAMPAMENTO TARDIO	PESO		CAPUTURRO	SEXO	APGAR		EXAME FÍSICO	REINIRIAÇÃO NEONATAL
			CEFÁLICO	PÉLVICO	outras		AINNIO TOMIA	EPSIOTOMIA					1º MIN			5º MIN			
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			

Página 1

