

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LUANA MIRANDA DA SILVEIRA

**CUIDADOS NAS PRIMEIRAS HORAS DE VIDA DO RECÉM-
NASCIDO: IMPLANTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM UM HOSPITAL
DO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2017

LUANA MIRANDA DA SILVEIRA

**CUIDADOS NAS PRIMEIRAS HORAS DE VIDA DO RECÉM-
NASCIDO: IMPLANTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM UM HOSPITAL
DO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO II / Rede Cegonha, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Kelly Cristina Almeida
Borgonove

BELO HORIZONTE

2017

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

Silveira, Luana Miranda da

Cuidados nas primeiras horas de vida do recém-nascido [manuscrito] : implantação de boas práticas em um hospital do interior de Minas Gerais / Luana Miranda da Silveira. - 2017.

58 f. : il.

Orientadora: Profª Drª Kelly Cristina Almeida Borgonove.

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

1.Recém-Nascido. 2.Enfermagem Baseada em Evidências. 3.Conjunto de Cuidados. I.Borgonove, Kelly Cristina Almeida. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

**CUIDADOS NAS PRIMEIRAS HORAS DE VIDA DO RECÉM-
NASCIDO: IMPLANTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM UM HOSPITAL
DO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO II / Rede Cegonha, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Aprovado em 01 de dezembro de 2017:

Érica Dumont Pena
Enfermeira. Mestre e Doutora em Educação. Professora Adjunta do Departamento de
Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
(UFMG)

Débora Cecília Chaves de Oliveira
Enfermeira Obstétrica. Mestranda em Enfermagem: Cuidar em Saúde e Enfermagem
(UFMG)

Dedico a Deus, meu melhor amigo; minha família pelo amor incondicional e porque sempre me deu suporte para caminhar; ao meu futuro esposo Pedro Henrique, pelo seu amor e companheirismo que me serviu de estímulo para esta caminhada e à professora Kelly Borgonove pela orientação sempre presente, sincera e repleta de palavras sábias.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu melhor amigo, que iluminou meu caminho dando-me força maior diante dos obstáculos.

Aos meus pais, que nunca mediram esforços para auxiliar-me nos momentos mais precisos e, ao mesmo tempo, por terem me ensinado a seguir seus exemplos e a perseguir meus sonhos.

Aos que amo, pelo amor, carinho e compreensão nos momentos de ausência, estando sempre presentes em meus pensamentos e corações.

À Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, por ter permitido a ampliação do meu conhecimento e onde superei meu próprio limite fazendo da Especialização minha maior dedicação.

À minha orientadora Kelly Borgonove por acreditar em meus objetivos, ajudando-me de forma segura e eficiente ao compartilhar seus conselhos e seus saberes.

A todos os meus amigos pela troca constante de experiências, saberes, ideias e solidariedade, compartilhando comigo momentos de companheirismo.

Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado, mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado.

Albert Einstein

RESUMO

Recomenda-se que após o parto seja adiado, pelo menos durante a primeira hora de vida, qualquer procedimento rotineiro de atenção ao recém-nascido (RN) que o separe de sua mãe, se este estiver saudável. Porém, no Hospital Bom Jesus (HBJ) em Congonhas/MG, estes cuidados eram realizados imediatamente após o nascimento. Com o objetivo de promover mudanças na assistência prestada ao RN em suas primeiras horas de vida, em consonância com a política de humanização do parto e nascimento, o Projeto de Intervenção foi realizado como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO II / Rede Cegonha). A intervenção foi proposta e implantada a partir do diagnóstico situacional construído coletivamente com a equipe assistencial e foi estruturada em etapas: aplicação de questionários aos funcionários, buscando levantar seus conhecimentos; realizadas reuniões com a equipe do HBJ e interlocução com a Atenção Básica; elaborados e implantados os protocolos em equipe multiprofissional. Posteriormente, foi realizada a análise dos dados e a reaplicação do questionário. Para a realização da análise dos resultados da intervenção se fez necessária a criação de um Livro de Registro de Nascimentos, instrumento que se constituiu em outra vertente do Projeto de Intervenção. Quase a totalidade dos RN's amamentou na primeira hora de vida (95,9%) e todos receberam o banho somente após 6h do nascimento. Concluiu-se que o clameamento oportuno do cordão umbilical e o contato pele a pele em toda a primeira hora de vida (presentes em 62,6% dos nascimentos) são pontos a serem melhorados, o que está sendo realizado através do realinhamento da intervenção. A intervenção contribui para a assistência obstétrica e neonatal qualificada; promoção do trabalho colaborativo, incluindo a atuação em rede através da Atenção Básica; visibilidade da atuação da enfermeira obstétrica; agendamento de Visitas Guiadas à maternidade; e sistematização e monitoramento dos indicadores, que subsidiarão novas propostas de intervenção.

Palavras-chave: Recém-nascido; Conjunto de cuidados; Enfermagem baseada em evidências.

ABSTRAT

It is recommended that any routine care of the newborn (NB) separating him from his mother after the birth is postponed, in case he's healthy, for at least the first hour of life. However, at Bom Jesus Hospital (BJH) in Congonhas/MG, this care was performed immediately after birth. Aiming to promote changes in the care provided to the newborn (NB) in its first hours of life, in line with the policy of humanization of childbirth and birth, the Intervention Project was performed as a requirement for the conclusion of the Specialization Course in Obstetric Nursing (CEEEO II / Rede Cegonha). The intervention was proposed and implemented based on the situational diagnosis built collectively with the care team and it was structured in stages: application of questionnaires to the employees, seeking to raise their knowledge; meetings with the BJH team and interlocution with Primary Care; elaboration and implementation of the protocols in a multi professional team. Subsequently, data analysis and reapplication of the questionnaire were performed. For the analysis of the intervention results, it was necessary to create a Birth Registration Book, an instrument that was constituted in another part of the Intervention Project. Almost all NBs were breastfed in the first hour of life (95.9%) and all were given bath only 6h after birth. It was concluded that timely clamping of the umbilical cord and skin-to-skin contact throughout the first hour of life (present in 62.6% of births) are points to be improved, which is being achieved through intervention realignment. The intervention contributes to skilled obstetric and neonatal care; promotion of collaborative work, including networking through Primary Care; visibility of the obstetric nurse's performance; scheduling of Maternity Guided Visits; and systematization and monitoring of the indicators, which will subsidize new intervention proposals.

Key Words: Newborn; Care Routine; Nursing based on evidence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Ilustração 01 – Educação Permanente no Hospital Bom Jesus | 31 |
| Ilustração 02 – Reunião com a Atenção Básica e Clínica da Criança do município de Congonhas | 31 |
| Ilustração 03 – Assistência ao trabalho de parto e parto prestada por especializanda no serviço de origem | 34 |
| Ilustração 04 – Visita Guiada para gestantes no Hospital Bom Jesus | 35 |
| Ilustração 05 – Banho do RN em Alojamento Conjunto | 35 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Idade das gestantes..... | 38 |
| Tabela 2 – Idade gestacional (IG)..... | 38 |
| Tabela 3 – Paridade..... | 38 |
| Tabela 4 – Centro de Saúde – Município..... | 38 |
| Tabela 5 – Número de consultas pré-natal..... | 38 |
| Tabela 6 – Posição do parto..... | 38 |
| Tabela 7 – Dieta no trabalho de parto..... | 38 |
| Tabela 8 – Acompanhante..... | 38 |
| Tabela 9 – Ocitocina anteparto..... | 38 |
| Tabela 10 – Via de parto..... | 38 |
| Tabela 11 – Métodos não farmacológicos para alívio da dor..... | 38 |
| Tabela 12 – Episiotomia..... | 38 |
| Tabela 13 – Grau de laceração..... | 39 |
| Tabela 14 – Sexo do RN..... | 39 |
| Tabela 15 – Peso do RN..... | 39 |
| Tabela 16 – Apgar..... | 39 |
| Tabela 17 – Contato pele a pele..... | 39 |
| Tabela 18 – Clampeamento oportuno (1 a 5 min) do cordão umbilical | 39 |
| Tabela 19 – Amamentação na primeira hora de vida..... | 39 |
| Tabela 20 – Banho após 6 horas de vida do RN..... | 39 |
| Tabela 21 – Idade | 40 |
| Tabela 22 – Sexo..... | 40 |
| Tabela 23 – Nível de Escolaridade..... | 40 |
| Tabela 24 – Função..... | 40 |
| Tabela 25 – Tempo de formação..... | 40 |
| Tabela 26 – Tempo que trabalha no Hospital Bom Jesus..... | 40 |
| Tabela 27 – Trabalha em outra instituição? | 40 |
| Tabela 28 – Se sim, qual setor atua? | 40 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - O que você entende como humanização na assistência ao parto e nascimento? | 40 |
| Gráfico 2 - O que você entende como humanização na assistência ao parto e nascimento? | 41 |
| Gráfico 3 - Quais destas boas práticas estão presentes na sua rotina de trabalho?.... | 41 |
| Gráfico 4 - O contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido na primeira hora de vida é importante? Por quê? Como ele deve ser realizado?..... | 42 |
| Gráfico 5 - Em que momento o cordão umbilical deve ser clampado/cortado? Por quê? | 42 |
| Gráfico 6 - Qual a importância da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido? | 43 |
| Gráfico 7 - Quais cuidados com o recém-nascido são indispensáveis após o parto? Em que momento eles devem ser realizados e por quê?..... | 43 |
| Gráfico 8 - Em que momento deve ser realizado o primeiro banho do recém-nascido? Por quê e como ele deve ser feito?..... | 44 |
| Gráfico 9 - Que dificuldade e facilidade você encontra em seu local de trabalho?... | 44 |
| Gráfico 10 - A assistência que você presta hoje é a mesma que gostaria de receber caso fosse a (o) usuária (o)? Por quê? | 45 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|--|
| AM | Aleitamento materno |
| CEEQ | Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica |
| EO | Enfermagem Obstétrica |
| HBJ | Hospital Bom Jesus |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| IHAC | Iniciativa Hospital Amigo da Criança |
| IM | Intramuscular |
| MS | Ministério da Saúde |
| ON | Oftalmia neonatal |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PIB | Produto interno bruto |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| RN | Recém-nascido |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 2. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO..... | 17 |
| 3. JUSTIFICATIVA..... | 19 |
| 4. REFERENCIAL TEÓRICO-POLÍTICO..... | 20 |
| 4.1 Humanização do parto e nascimento | 20 |
| 4.2 Clampeamento oportuno do cordão umbilical..... | 21 |
| 4.3 Contato pele a pele imediato..... | 22 |
| 4.4 Amamentação na primeira hora de vida..... | 23 |
| 4.5 Profilaxia da oftalmia neonatal..... | 24 |
| 4.6 Cuidados após as primeiras horas de vida..... | 25 |
| 4.6.1 Medidas antropométricas e pesagem..... | 26 |
| 4.6.2 Administração de vitamina K..... | 28 |
| 4.6.3 Banho de imersão..... | 28 |
| 5. OBJETIVOS DO PROJETO..... | 30 |
| 5.1 Objetivo Geral..... | 30 |
| 5.2 Objetivos Específicos..... | 30 |
| 6. PÚBLICO-ALVO..... | 31 |
| 7. METAS..... | 32 |
| 8. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS..... | 33 |
| 8.1 Acompanhamento avaliativo do Projeto..... | 35 |
| 8.2 Cronograma..... | 36 |
| 9. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 37 |
| 9.1 Caracterização das informações do livro de registro de partos..... | 37 |
| 9.2 Caracterização das informações do questionário..... | 39 |
| 10. ORÇAMENTO – ESTIMATIVA DE CUSTOS..... | 46 |
| 11. CONCLUSÃO..... | 47 |
| REFERÊNCIAS..... | 49 |
| ANEXOS..... | 56 |

1. INTRODUÇÃO

O parto é o momento de maior liberação de ocitocina na vida da mulher e de todos os mamíferos. Além de esse hormônio contribuir para as contrações e expulsão do bebê no parto, expulsão da placenta, alívio da dor, aceleração da cicatrização da pele e promoção da ejeção do leite materno, sua ação é continuada e relacionada aos benefícios da promoção do vínculo amoroso entre mães e seus bebês (ROHDEN; ALZUGUIR, 2016).

Após o parto, o Ministério da Saúde recomenda que seja adiado, pelo menos durante a primeira hora de vida, qualquer procedimento rotineiro de atenção ao recém-nascido (RN) que separe a mãe de seu bebê, se este estiver ativo e reativo, com o objetivo de permitir o vínculo através do contato pele a pele ininterrupto entre a mãe e o bebê. Esse período é considerado como “hora de ouro”, ajuda na adaptação do RN à vida extrauterina, promovendo a amamentação logo após o parto, regulação térmica, estabilidade cardiorrespiratória, menor duração do choro, além da melhoria das condutas de afeto e apego entre o binômio mãe e filho, todos componentes essenciais para a sobrevivência neonatal (BRASIL, 2011).

A primeira hora de vida é caracterizada por várias alterações fisiológicas na transição do feto para a vida extrauterina. Essa transição, na maioria das crianças, acontece sem intercorrências. Mas a vigilância por parte dos profissionais de saúde e a intervenção oportuna, quando necessária, podem influenciar na saúde desse RN e no seu desenvolvimento futuro (BRASIL, 2016). Durante as primeiras 24 horas após o parto, estima-se que ocorram entre 25% e 45% das mortes neonatais, associadas a problemas como asfixia e baixo peso ao nascer e prematuridade (BRASIL, 2016).

No Brasil, em 2015, nasceram 2.904.027 crianças, sendo 11,5% prematuros e 8,5% com baixo peso ao nascer (< 2500g). A mortalidade infantil no período foi de 13,4 por mil nascidos vivos. Baseando-se o total de óbitos no primeiro ano de vida, cerca de 60% desses ocorreram nos primeiros 6 dias de vida, expressando a complexa conjunção de fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais, esses últimos relacionados à atenção à gestante e ao RN (BRASIL, 2015).

O perfil das causas de adoecimento e morte no Brasil tem mudado de forma importante, parte devido aos processos acelerados das transições epidemiológica e demográfica. No entanto, as desigualdades regionais ainda são marcantes, com as regiões menos desenvolvidas apresentando uma transição mais lenta que aquelas mais desenvolvidas. Conseqüentemente, as primeiras apresentam maiores proporções de óbitos por doenças infecciosas e de óbitos

infantis e menor proporção de óbitos por doenças crônicas. Tal fato está ainda associado ao crescimento da mortalidade por causas externas (BRASIL, 2014).

Com o objetivo de reduzir de forma expressiva a mortalidade neonatal, esse fato tem chamado a atenção para práticas importantes no cuidado neonatal ao nascimento e nos primeiros dias de vida. Nesse sentido, é destacada a reanimação neonatal, o clampeamento oportuno do cordão umbilical, o contato pele a pele imediato e o início da amamentação exclusiva ao seio materno ainda na primeira hora de vida, entre outras. Além de proporcionar benefício instantâneo ao RN, são práticas que podem ter impacto no desenvolvimento da criança muito além do período neonatal (BRASIL, 2016).

No Brasil, podemos citar alguns programas e políticas que desde a década de 70 têm o objetivo de melhorar as condições de saúde infantil e da mulher: 1974 - Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI - 74/78); 1983 - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e Criança (PAISMC); 2000 - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN); 2004 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; 2011 - Rede Cegonha.

A Rede Cegonha vem sendo implementada, gradativamente, em todo o território nacional. Ela fornece um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos e, em especial, no período neonatal. Dessa forma, objetiva-se a garantir a todos os recém-nascidos as boas práticas de atenção, embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização. Caso o RN nasça sem intercorrências, este processo inicia-se pelo clampeamento oportuno do cordão, sua colocação em contato pele a pele com a mãe e o estímulo ao aleitamento materno ainda na primeira hora de vida. Também propõe a capacitação profissional para reanimação neonatal em todo parto-nascimento, garantindo que o RN respire no primeiro minuto de vida (o “minuto de ouro”) (BRASIL, 2012).

Neste cenário, o Ministério da Saúde (MS), exercendo seu papel normatizador, implantou um conjunto de ações, por meio de Portarias, com objetivo de estimular a melhoria da assistência obstétrica e regulamentar a atuação da Enfermagem Obstétrica (EO) no acompanhamento ao parto normal, aplicando práticas baseadas em evidências científicas, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS), assim como o incentivo ao contato pele a pele, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, aos cuidados de higiene do RN, como o banho após 6 horas de vida e a oferta do alojamento conjunto (CAUS et al., 2012).

Entretanto, a partir da vivência profissional em um hospital filantrópico no interior de Minas Gerais, foi possível perceber que os cuidados ao RN ocorriam de forma mecânica. A prioridade era a execução de procedimentos e não da assistência humanizada, pois o contato pele a pele, por exemplo, ocorria em um momento tardio, interferindo no vínculo na primeira hora de vida entre o binômio mãe e filho. Os profissionais de enfermagem só apresentavam o RN à sua mãe após a realização de todos os cuidados de rotina, entre eles o banho imediato, os quais constituíam prioridade na assistência e, em diversas ocasiões, despendiam cerca de uma hora ou mais.

Diante do exposto, tornou-se necessária a implantação de protocolos que permitissem realizar os cuidados ao recém-nascidos nas primeiras horas de vida de forma adequada e em tempo oportuno, baseados em evidências científicas, em um hospital filantrópico de uma cidade do interior de Minas Gerais.

2. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO

O Hospital Bom Jesus (HBJ) é uma instituição de natureza beneficente e filantrópica, com 68 anos de fundação, localizado em Congonhas, no estado de Minas Gerais, cidade pertencente à Microrregião de Conselheiro Lafaiete e à Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte.

O município possui área territorial (2015) de 304,067 km², população estimada em 2016 de 53.348 habitantes e densidade demográfica em 2010 de 159,57 hab/km². O Produto Interno Bruto (PIB) per capita totalizou R\$ 68.635,77 reais em 2014, a preços correntes. De acordo com a participação das atividades econômicas, a maior parte do PIB de Congonhas, cerca de 61,6%, advém da indústria. Os serviços são responsáveis por 25,9%, os impostos 5,10% e 0,10% da agropecuária (BRASIL, 2017).

A cidade possui 16 unidades do tipo Unidade Básica de Saúde (UBS), das quais 12 estão incluídas no programa que direciona ações, monitora e avalia resultados do sistema de saúde. Possui a Clínica M – Mulher & Mãe, que foi criada em 2001, com o objetivo de atender a demanda das mulheres de Congonhas com tratamento multidisciplinar. Também conta com a Clínica da Criança e do Adolescente que trabalha para a prevenção e promoção da saúde daqueles que têm entre 0 a 18 anos, acompanhando seu crescimento e desenvolvimento. Além de ser o único posto de coleta do Teste do Pezinho em Congonhas, o ambulatório oferece vacinação para a área do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Centro e atendimento em diversas especialidades pediátricas. Além disso, também possui a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) que funciona em um prédio de três andares e tem capacidade para atender uma população de até 200 mil habitantes. Este é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades de Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar (PMC, 2017).

O sistema de referência e contra referência deve funcionar de maneira hierarquizada, a fim de adequar o fluxo dos usuários aos níveis de complexidade de atendimento, tendo o setor primário como a porta de entrada no sistema e sucessivamente o secundário e terciário, quando necessário ao usuário. Nesse sentido, o HBJ recebe demandas da Atenção Primária e da Clínica M através de encaminhamento, recebendo também as usuárias via SUS Fácil ou por livre demanda. O HBJ é referência para atendimentos de Urgência e Emergência, como por exemplo, SAMU, VIA 040 e outros serviços de atenção à saúde, sendo também referência para as cidades de Ouro Branco, Jeceaba, São Brás do Suaçuí e Desterro de Entre Rios.

Tem como missão: promover a assistência à saúde com base na qualidade e segurança do paciente, de forma multidisciplinar, ética e humanizada, cumprindo as metas pactuadas; visão: ser reconhecido na região ampliada de saúde pela excelência em gestão e boas práticas assistenciais, tornar-se um hospital acreditado e alcançar sustentabilidade financeira; e valores: ética, excelência, valorização do conhecimento, resultado e sustentabilidade. A instituição passa por uma profunda reformulação nos seus processos de gestão e é o único hospital da cidade. Presta assistência à saúde, em urgência e emergência, além do atendimento ambulatorial de clínica médica, ortopedia, cirurgia geral, obstetrícia, pediatria e anestesiologia e também possui consultórios de especialidades em urologia, neurologia, oftalmologia, gastroenterologia e endocrinologia pediátrica e os setores de internação (Clínica Médica, Pediatria, Ala Cirúrgica e Maternidade/Alojamento Conjunto). Além disso, contém um bloco cirúrgico estruturado com três salas de operação, uma sala de recuperação pós-anestésica e uma Central de Material Esterilizado (CME). Atualmente, possui setenta e dois leitos, sendo dez no setor da maternidade. Conta com oito obstetras plantonistas, seis pediatras, uma enfermeira obstétrica, 15 enfermeiros(as) generalistas e 67 técnicos de enfermagem. Vale ressaltar que a média de partos corresponde a cinquenta mensais, sendo que deste total cerca de 43,73% são partos normais.

A prática obstétrica/neonatal no HBJ desempenhava um exercício profissional pautado em habilidades técnicas, tendo em vista que os trabalhadores de saúde necessitavam cumprir normas e rotinas institucionais, proporcionando um contato breve entre a mulher e o seu filho. Ao mesmo tempo, a prática mecanizada afastava o cuidado humanizado e o trabalho qualificado envolvendo o binômio. A não atualização dos profissionais em práticas baseadas em evidências também contribuiu para que a equipe não aplicasse os cuidados recomendados pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, no que se refere aos cuidados com o RN, podemos destacar o contato pele a pele, a amamentação na primeira hora de vida e o banho após as 6 horas de vida. Dessa forma, o RN era assistido com muitas intervenções nas primeiras horas de vida, em um ambiente pouco acolhedor, com muitos ruídos e luminosidade e pouco estímulo do vínculo com a mãe. Sendo assim, tornou-se necessária a criação de estratégias para a construção e implantação de protocolos que permitissem realizar os cuidados adequados ao RN nas primeiras horas de vida e, ao mesmo tempo, favorecer os processos do vínculo e de adaptação à vida extrauterina.

3. JUSTIFICATIVA

Para justificar este estudo cito a pesquisa de Fontenele e colaboradores (2012). Estes autores afirmam que o foco principal do enfermeiro é o cuidado ao ser humano, que consiste na essência da profissão e se dá no contexto de suas experiências. É fundamental a compreensão de sua natureza e como está sendo descrito na literatura na visão dos diversos profissionais que cuidam. O cuidado de enfermagem, para dar conta da complexidade e dinamicidade das questões que envolvem o estar saudável e o estar doente de indivíduos e/ou grupos populacionais, precisa abranger, além dos aspectos técnicos científicos, os preceitos éticos, estéticos, filosóficos, humanísticos e culturais. Configura a mais antiga prática da história do mundo (FONTENELE; PAGLIUCA; CARDOSO, 2012).

Acrescento ainda a necessidade de compreender que o cuidado com o RN é um processo amplo, que exige cientificidade, responsabilidade, comprometimento, carinho e dedicação por parte da equipe de enfermagem. Desta forma, reforça-se a afirmação de que o cuidado “é uma intervenção de enfermagem de forma contínua, dinâmica, eficaz, individualizada, criteriosa e humanizada, visando a adaptação à vida extrauterina e o estabelecimento do vínculo entre o binômio mãe e filho, considerando os aspectos fisiológicos, ambientais e da assistência” (COSTA; PADILHA; MONTICELLI, 2010).

A OMS desde 1980 tem proposto o uso de tecnologia adequada para o parto e nascimento com base em evidências científicas. Além disso, foram criados pelo MS programas para humanizar o parto e nascimento nas maternidades públicas, além de portarias que estimulam a criação de Casas/Centros de Parto Normal com a atuação da profissional enfermeira obstétrica (MOURA et al., 2007).

Esta intervenção, portanto, teve como objetivo promover mudanças na assistência prestada ao RN em suas primeiras horas de vida, assim como aplicar as práticas baseadas em evidências, visto que é um dos marcos mais importantes da transição para mudança do modelo assistencial obstétrico brasileiro. Como descrita pela OMS e mais tarde reafirmada pelo MS, a prática obstétrica baseada em evidências tem como base a classificação de condutas obstétricas no parto normal, a partir de evidências científicas, segundo critérios de utilidade, eficácia e risco, dando origem às categorias de práticas utilizadas na assistência ao parto normal (SOUSA et al., 2016).

Nessa proposta, a intervenção também tem como meta articular-se com a visão, missão e valores do HBJ, promovendo a assistência à saúde com base na qualidade e segurança da mulher e do RN, pautada nas boas práticas assistenciais.

4. REFERENCIAL TEÓRICO-POLÍTICO

4.1 HUMANIZAÇÃO

Humanização do parto pode ter um conceito bastante diversificado, porém, há um movimento defendendo-a como um processo que respeita a individualidade das mulheres, permitindo a adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões dessas pessoas e valorizando-a como protagonista. Assim, “humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas” (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Infelizmente, ainda há muita luta pela conquista da humanização, pois o modelo de assistência obstétrica atual no Brasil é caracterizado por excesso de intervenções no parto, o que tem contribuído para o aumento das taxas de cesáreas e da morbimortalidade materna e perinatal. Além disso, em algumas instituições, o parto passou a ser vivenciado como um momento de intenso sofrimento físico e moral. A dor, o medo e a tensão das parturientes nesse modelo de assistência impedem o processo fisiológico do parto normal, o que pode culminar com práticas intervencionistas que, na maioria das vezes, poderiam ser evitadas (MOURA et al., 2007).

Nesse contexto, destaca-se a assistência prestada pela enfermeira obstétrica, sendo um componente fundamental na assistência humanizada ao parto. Há evidências em estudos científicos internacionais a respeito da melhoria da qualidade da assistência ao parto com a presença dessas profissionais, além de reduzido risco de intervenções como a episiotomia e o parto instrumental, proporcionando mais sensação de controle da experiência do parto pelas mulheres (SOUSA et al., 2016).

Neste propósito, a enfermeira obstétrica tem sido reconhecida pelo Ministério da Saúde e outros órgãos não governamentais como a profissional que possui formação holística e procura atuar de forma humanizada no cuidado à parturiente tanto nas Casas de Parto como nas maternidades. Portanto, é necessária a aquisição de profissionais comprometidos e qualificados de maneira pessoal e profissional, que recebam a mulher com respeito, ética e dignidade, além de serem incentivadas a exercerem a sua autonomia no resgate do papel ativo da mulher no processo parturitivo, como também serem protagonistas de suas vidas e repudiarem qualquer tipo de discriminação e violência, que possam comprometer os direitos de mulher e cidadã (MOURA et al., 2007).

Contudo, o termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao

cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As propostas de humanização do parto, no SUS e no setor privado, têm o mérito de criar novas possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade e a vida corporal. Enfim, de reinvenção do parto como experiência humana, onde antes só havia a escolha precária entre a cesárea como parto ideal e a vitimização do parto violento (DINIZ, 2005).

4.2 CLAMPEAMENTO OPORTUNO DO CORDÃO UMBILICAL

A prática do clampeamento imediato do cordão umbilical tem como principal argumento a prevenção da icterícia e da policitemia. Dessa forma, a cultura hospitalar acabou por preconizar o clampeamento precoce de forma rotineira. Porém, atualmente essa recomendação vem sofrendo críticas, em função do seu potencial impacto sobre a saúde do RN (VENÂNCIO et al., 2008).

O clampeamento do cordão umbilical pelo menos um minuto após o nascimento em recém-nascidos resulta em uma quantidade significativa de sangue que passa da placenta para o bebê (transusão placentária), conseqüentemente, o peso dos bebês aumenta uma média 101g (cerca de 96ml de sangue), aumenta a concentração de hemoglobina e durante a infância diminui a deficiência de ferro (VAIN, 2015).

Sobre o momento ideal para pinçar o cordão de todos os recém-nascidos, independentemente de sua idade gestacional, o MS recomenda que deverá ser realizada quando a circulação do cordão umbilical cessar, ou seja, quando o cordão ficar achatado e sem pulso (aproximadamente 3 minutos ou mais após o nascimento). Essa rotina deverá ser aplicada ao RN com boa vitalidade, posicionando-o sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta (OLIVEIRA et al., 2014; BRASIL, 2011). Caso o RN esteja pálido, flácido ou não estiver respirando, é melhor mantê-lo no nível do períneo da mãe, para permitir um fluxo ideal de sangue e oxigenação enquanto se realizam as medidas de reanimação (BRASIL, 2011).

No estudo de Mondini et al (2010), é afirmada a expectativa de que o efeito de clampear tardiamente o cordão umbilical possa beneficiar de forma mais expressiva filhos de mães anêmicas, levando em consideração que os recém-nascidos de mães anêmicas têm maior probabilidade de serem deficientes em ferro e de se tornarem anêmicos antes dos seis meses de vida, particularmente os filhos de mães com anemia moderada ou severa (MONDINI et al., 2010).

Com relação a transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) da mãe para a criança, o MS (2011) informa que não se sabe o quanto aumenta o risco de transmissão vertical do vírus durante o clampeamento tardio do cordão umbilical. No entanto, não existem evidências biológicas de que, permitindo-se o equilíbrio do sangue placentário ao se postergar o clampeamento do cordão umbilical, aumentaria a transferência de vírus no sangue (seja HIV ou outros vírus) para o RN. Quando a placenta se separa, a integridade do sinciciotrofoblasto e do endotélio fetal pode ser comprometida, permitindo a transferência do vírus; no entanto, a separação da placenta provavelmente não deve ocorrer antes do tempo recomendado para o clampeamento do cordão (aproximadamente 3 minutos após o nascimento). Porém, para reduzir a possibilidade de transmissão do HIV durante o parto, é essencial que o contato entre o sangue da mãe (por exemplo, sangramento de episiotomia ou lacerações) e o RN seja evitado (BRASIL, 2011).

Por fim, apesar de alguns debates sobre o assunto, independentemente de razões particulares que se encontrem por trás da mudança na prática de retardar o clampeamento do cordão, está claro que existia muito pouca ou nenhuma evidência científica que justifique o clampeamento imediato como prática de maior benefício para o RN ou para sua mãe (BRASIL, 2011).

4.3 CONTATO PELE A PELE IMEDIATO

O quarto dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno – recomendados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) – consiste em colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, por no mínimo uma hora, encorajando-as a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados. Trata-se de uma prática essencial para a promoção e incentivo ao aleitamento materno (AM) (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016).

O contato pele a pele precoce, evidenciado neste passo, significa colocar o RN, se estiver ativo, sem roupa e diretamente sobre o tórax ou abdome da sua mãe, em posição prona, imediatamente após o parto, a fim de facilitar a adaptação do RN na sua transição do espaço intra para o extrauterino, sendo uma maneira inicial de incentivar e promover o aleitamento materno ainda no pós-parto imediato (SANTOS et al., 2014).

Os efeitos positivos do contato pele a pele em relação à prática da amamentação durante o período pós-parto imediato podem estender-se até a infância tardia. Revisão Cochrane recentemente atualizada, relativa ao contato pele-a-pele, mostrou igualmente

benefícios em longo prazo, incluindo os índices de aleitamento materno nos primeiros 4 meses pós-parto, assim como a duração total da amamentação (BRASIL, 2011).

Após o nascimento, o RN passa por uma fase denominada inatividade alerta, com duração média de quarenta minutos, na qual se preconiza a redução de procedimentos de rotina em recém-nascido de baixo risco. Nesta fase, o contato mãe-filho deve ser proporcionado, por tratar-se de um período de alerta que serve para o reconhecimento das partes, ocorrendo a exploração do corpo da mãe pelo bebê (MATOS et al., 2010).

O contato pele a pele mãe-filho deve se iniciar imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre mãe-filho saudáveis. O contato pele a pele acalma o bebê e a mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o estresse do RN, com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe (MATOS et al., 2010).

4.4 AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

A amamentação é uma das estratégias prioritárias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil e baseia-se na capacidade de interação dos recém-nascidos com suas mães nos primeiros minutos de vida. Esse contato é importante para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, além de aumentar a duração do aleitamento materno, a prevalência de aleitamento materno nos hospitais e reduzir a mortalidade neonatal (BOCCOLINI et al., 2010).

Além disso, a amamentação iniciada logo após o parto é benéfica para a mãe, já que a sucção estimula a liberação de ocitocina endógena que induz a contração uterina e, portanto, pode reduzir o sangramento materno depois do nascimento. A atonia uterina é a causa primária da hemorragia pós-parto, e a hemorragia pós-parto é a principal causa de mortalidade materna no mundo, representando 25% das mortes maternas (BRASIL, 2011).

Vários mecanismos podem explicar o efeito protetor da amamentação na primeira hora de vida, que pode estar relacionado: com a colonização intestinal do RN por bactérias saprófitas encontradas no leite materno; com a propriedade do leite materno de reduzir a colonização intestinal por bactérias gram-negativas; além da capacidade adaptativa materna em produzir fatores imunológicos bioativos adequados para o RN que são excretados no colostro de acordo com a idade gestacional, como a Imunoglobulina-A, que apresenta maior concentração no colostro quando comparado com o leite maduro. A promoção do aleitamento

materno é uma das estratégias de maior custo-eficiência para melhorar a saúde infantil e a adoção da amamentação na primeira hora de vida como rotina hospitalar fica evidenciada (BOCCOLINI et al., 2010).

Na experiência dos Hospitais Amigos da Criança as dificuldades para cumprir os dez passos para o sucesso do aleitamento materno existem e variam de local para local. Porém, os resultados obtidos por meio do esforço multiprofissional demonstram a sua importância, não somente pela humanização do atendimento materno infantil, mas pelo aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo que tem sido alcançado com esse programa. Portanto, o Departamento de Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria, constituído de renomados especialistas na área apoia e incentiva o programa IHAC no país como uma maneira eficiente de incentivar e promover o aleitamento materno (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

4.5 PROFILAXIA DA OFTALMIA NEONATAL

Segundo o MS, a conjuntivite neonatal é definida como uma conjuntivite purulenta do RN, no primeiro mês de vida, usualmente contraída durante o seu nascimento, a partir do contato com secreções genitais maternas contaminadas. O termo oftalmia neonatal (ON) é usado com frequência para definir a conjuntivite que ocorre nas primeiras quatro semanas de vida, mas alguns autores preferem o termo conjuntivite neonatal devido à diminuição da frequência do gonococo como microrganismo etiológico e ao aumento da frequência de outros microrganismos, como *Chlamydia trachomatis*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus sp*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa*, vírus Herpes simplex tipo II e pelo agente nitrato de prata. A grande maioria dos casos de conjuntivite neonatal infecciosa é adquirida durante a passagem pelo canal de parto e reflete as doenças sexualmente transmissíveis presentes na comunidade (PASSOS; AGOSTINI, 2011).

A profilaxia da conjuntivite neonatal visa essencialmente combater o gonococo, pois esta bactéria tem a capacidade de penetrar epitélio íntegro, podendo causar úlcera de córnea, perfuração e cegueira (PASSOS; AGOSTINI, 2011).

A rotina da profilaxia ocular é heterogênea, pois parece não haver uma prática comum adotada pela comunidade internacional para a profilaxia da conjuntivite neonatal, já que o produto utilizado varia em relação ao país e às maternidades. Os produtos mais utilizados são: solução de nitrato de prata a 1%; pomada de eritromicina a 0,5%; tetraciclina a 1% e PVPI a 2,5%. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária descreve a conveniência do uso do PVPI

para profilaxia da conjuntivite neonatal e reforça que o nitrato de prata a 1% não atua sobre a clamídia. A profilaxia é indicada a todos os recém-nascidos, inclusive para os nascidos de cesariana, pois devemos considerar os riscos de aquisição por via ascendente que podem passar despercebidos. Não se deve irrigar os olhos do RN com água ou solução salina, apenas passar gaze macia ou chumaço de algodão em seu rosto para secar e evitar o deslizamento da mão (MULLER; ZAMPIERI, 2014).

O tempo de administração da profilaxia da oftalmia neonatal pode ser ampliado em até 4 horas após o nascimento. Recomenda-se a utilização da pomada de eritromicina a 0,5% e, como alternativa, tetraciclina a 1% para realização da profilaxia da oftalmia neonatal. A utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservado apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina (BRASIL, 2016).

A conjuntivite neonatal é uma importante doença em neonatos, sendo considerada uma condição potencialmente séria, tanto pelos efeitos locais, quanto pelo risco de disseminação sistêmica. Por isso e pelo fato de que o seu diagnóstico etiológico não é simples, havendo necessidade da utilização de exames complementares para que seu tratamento seja realizado de maneira segura, o que resulta em custos significativos, constitui importante problema de saúde pública, negligenciado em nosso meio (PASSOS; AGOSTINI, 2011).

4.6 CUIDADOS APÓS AS PRIMEIRAS HORAS DE VIDA

Segundo o MS (2011), as primeiras horas de vida do RN devem ser preservadas de intervenções para favorecer os processos de adaptação à vida extrauterina e para que a criança e a mãe possam ficar em contato pele a pele ininterrupto e para que comece a amamentação (BRASIL, 2011).

Segundo estatísticas, das cerca de três milhões de crianças brasileiras que nascem ao ano, 98% nascem em hospitais, sendo que a maioria no termo e com boa vitalidade, não necessitando de qualquer manobra de reanimação. O recém-nascido deve apenas ser secado e posicionado sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta por no mínimo um minuto, até o cordão umbilical parar de pulsar (aproximadamente três minutos após o nascimento), para só então realizar-se o clampeamento. Logo, o RN poderá ser mantido sobre o abdome e/ou tórax materno após o clampeamento do cordão, usando o corpo da mãe como fonte de calor, garantindo-se que o posicionamento da criança permita movimentos respiratórios efetivos (BRASIL, 2012).

Após o parto, deve ser avaliado o índice de APGAR ao primeiro e quinto minutos de vida, rotineiramente, e coletar sangue de cordão para análise de pH em recém-nascidos com alterações clínicas tais como respiração irregular e tônus diminuído (BRASIL, 2016).

As práticas rotineiras de cuidado ao RN, como o banho e a antropometria, podem afetar negativamente o contato logo após o parto entre a mãe e o seu bebê, assim como o início da amamentação. Nesse propósito, deve-se procurar protelar os procedimentos de rotina por ao menos uma hora, a não ser que sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados do RN (BRASIL, 2011).

4.6.1 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E PESAGEM

Segundo 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), os procedimentos de rotina nos cuidados dos recém-nascidos saudáveis devem ser postergados na primeira hora de vida. Entende-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal, vacinação, entre outros procedimentos. A pesagem e os dados antropométricos são extremamente importantes para avaliar o recém-nascido, entretanto, primeiramente, deve-se respeitar o processo de adaptação do RN à vida extrauterina (BRASIL, 2014).

Após as primeiras horas de vida do RN a antropometria deve ser realizada. Dessa forma é realizado o exame físico simplificado, incluindo peso, comprimento e os perímetros cefálico, torácico e abdominal (BRASIL, 2012).

A antropometria, portanto, é um dos métodos de avaliação do crescimento, utilizada com a finalidade de monitorar o desenvolvimento do RN. Nesse processo são feitas a pesagem e medição, comparando-se essas medidas a um padrão antropométrico de referência por meio de curvas de crescimento (JARDIN, 2013).

O perímetro craniano é informação indispensável e deve ser medido com fita métrica inextensível, passando pela glabella e proeminência occipital. No RN a termo varia de 33 a 37cm (BRASIL, 2012). O perímetro cefálico apresenta relação direta com o tamanho do encéfalo. É a medida mais poupada em casos de restrição nutricional e, portanto, um indicador menos sensível de desnutrição (BROCK; FALCÃO, 2008).

Na inspeção do tórax do RN pode-se detectar a sua forma normal, cilíndrica. No RN a termo seu perímetro (passando pelos mamilos) é cerca de dois a três centímetros menor que o cefálico. Assimetria pode estar associada à malformação cardíaca, pulmonar, da coluna e do

arcabouço costal. O apêndice xifoide é frequentemente saliente e o abdome do RN apresenta-se semigloboso (BRASIL, 2012).

O peso, na avaliação nutricional, é a medida antropométrica mais utilizada de recém-nascidos e crianças e está intimamente relacionado ao crescimento. A avaliação do peso também é extremamente importante para classificar os recém-nascidos em: pequenos para idade gestacional - PIG (peso abaixo do percentil 10), adequados para idade gestacional – AIG (peso entre os percentis 10 e 90) e grandes para idade gestacional - GIG (peso acima do percentil 90) (RUDGE, 2005).

A medida do perímetro braquial tem relação direta com o peso e a idade gestacional, avalia a massa muscular e a gordura do braço. A composição do braço se relaciona com a adequação da composição corpórea, sendo muito usada para a avaliação nutricional. Para que o perímetro braquial seja realizado, a medida deve ser realizada no ponto médio, entre o acrômio e o olecrano, procurando-se não enrugar a pele no local. O valor a ser considerado é a média de três medidas consecutivas (BROCK; FALCÃO, 2008).

O comprimento reflete a massa corpórea magra e é o melhor indicador de crescimento linear. Sofre menos influência do meio intrauterino e é determinado pelo potencial genético do indivíduo e pode ser poupado em casos de desnutrição leve e moderada. É mais difícil de ser obtida a medida acurada do comprimento e deve ser realizada por dois indivíduos, com régua apropriada com extremidade cefálica fixa e podálica móvel, em superfície rígida (BROCK; FALCÃO, 2008).

As medidas antropométricas ao nascer são um indicador de saúde do RN, pois reflete as condições nutricionais e metabólicas da mãe durante a gestação e o desenvolvimento fetal intrauterino, podendo ser usado inclusive para avaliar a qualidade do serviço de saúde de uma região. As medidas inadequadas do RN predizem riscos à saúde, como o de maior morbimortalidade neonatal, desnutrição no primeiro ano de vida, susceptibilidade às infecções, desconforto respiratório, dentre outras complicações. Um acompanhamento pré-natal efetivo por uma equipe interdisciplinar pode auxiliar no controle das variáveis que influenciam essas medidas, reduzindo os riscos para o binômio mãe-filho e os custos para a saúde pública (BRASIL, 2012).

4.6.2 ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA K

A vitamina K é normalmente produzida pela flora intestinal, mas o intestino do RN é estéril ao nascimento e somente será colonizado gradativamente após amamentação. A

eficácia da aplicação da vitamina K já está comprovada e tem sido usada e recomendada desde 1960 (RICCI, 2008).

A profilaxia com vitamina K é efetiva e reduz a mortalidade e morbidades relacionadas à Doença Hemorrágica por Deficiência de Vitamina K (DHVK). Em relação às doses, momento e vias de administração, a via intramuscular (IM) é mais eficaz, tendo em vista os problemas relacionados à aderência e absorção da via oral. Entretanto, ambas podem ser consideradas, desde que todas as doses do esquema oral sejam realmente administradas (BRASIL, 2016).

Todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica. Todavia, se os pais recusarem a administração intramuscular, deve ser oferecida a administração oral da vitamina K e eles devem ser advertidos que este método deve seguir as recomendações do fabricante e exige múltiplas doses. Ela deve ser administrada por via IM, na dose única de 1 mg, pois este método apresenta a melhor relação de custo-efetividade. A dose oral é de 2 mg ao nascimento ou logo após, seguida por uma dose de 2 mg entre o quarto e o sétimo dia. Para recém-nascidos em regime de aleitamento materno exclusivo, em adição às recomendações para todos os neonatos, uma dose de 2 mg via oral deve ser administrada após 4 a 7 semanas, por causa dos níveis variáveis e baixos da vitamina K no leite materno e a inadequada produção endógena (BRASIL, 2016).

Em relação aos benefícios para a saúde e uso de recursos no Brasil, principalmente no sistema público de saúde, a administração de vitamina K em uma única dose de 1 mg IM logo após o nascimento é a melhor opção (BRASIL, 2016).

4.6.3 BANHO DE IMERSÃO

De acordo com a OMS, o primeiro banho deve ser dado apenas seis horas após o parto, devido ao risco de hipotermia durante e após o banho (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011). Nesse sentido, o vérnix não deve ser removido nas primeiras horas (exceto se houver risco de transmissão de doenças maternas), pelas suas propriedades protetoras de hidratação, termorregulação e cicatrização de feridas aguardando até que o RN seja banhado (CARVALHO; MARKUS; ABAGGE et al., 2015).

De acordo com a estabilidade do RN e o desejo da família, a flexibilidade do momento do banho é recomendada. O primeiro contato dos pais com seu bebê é significativo no processo de apego. O banho favorece uma interação harmoniosa com os pais, além de propiciar estimulação tátil e auxiliar na organização do RN (PUGLIESI, 2009).

O banho humanizado realizado nas maternidades ocorre da seguinte maneira: geralmente é retirado a roupa do recém-nascido, mantendo-o com fralda e coberto para ajudar a reduzir a perda de calor. O profissional apoia o corpo do RN sob a axila, segurando a cabeça com uma das mãos (geralmente à esquerda, deixando a mão direita livre para proceder ao banho). Inicia-se pela higiene do rosto, limpando os olhos do canto interno para o externo com algodão, gaze ou pano limpo e macio embebido somente em água (CUNHA, 2013).

Por fim, sugere-se que o banho humanizado seja o mais adequado para os recém-nascidos, pois proporciona melhor resposta adaptativa ao ambiente, promovendo organização dos sistemas comportamentais, motores, fisiológicos e de interação ao meio, contribuindo beneficentemente para o desenvolvimento sadio dos mesmos (MEDEIROS; MASCARENHAS, 2010).

5. OBJETIVOS DO PROJETO

5.1 Objetivo Geral

- Promover mudanças na assistência prestada ao recém-nascido nas suas primeiras horas de vida.

5.2 Objetivos Específicos

- Buscar estratégias para promover a aplicabilidade dos cuidados adequados ao recém-nascido nas primeiras horas de vida;
- Formular e implantar protocolos baseados nas recomendações do Ministério da Saúde e melhores evidências para os cuidados ao recém-nascido nas primeiras horas de vida;
- Promover a efetividade dos cuidados ao recém-nascido desde o nascimento até a ambiência no alojamento conjunto.

6. PÚBLICO-ALVO

O público-alvo desta intervenção são os recém-nascidos, mulheres e suas famílias, além da equipe de assistência multidisciplinar e gestores do Hospital Bom Jesus, representando os beneficiários diretos. De forma indireta, as equipes de assistência multidisciplinar e gestores dos serviços de saúde de Congonhas e municípios atendidos também são alvos desse projeto.

Ilustração 01 – Educação Permanente no Hospital Bom Jesus

Equipe de enfermagem do HBJ é capacitada para prestar a assistência adequada às mães e aos bebês nascidos na instituição

Publicado em 21 de junho de 2017 por Giselle Bicalho



Foto autorizada

Ilustração 02 – Reunião com as equipes da Atenção Básica, Clínica da Mulher e Clínica da Criança do município de Congonhas/MG.



Foto autorizada

7. METAS

- Realizar treinamentos com todos os profissionais que compõe a equipe assistencial da maternidade do Hospital Bom Jesus;
- Construir protocolos juntamente com a equipe multidisciplinar baseados nas recomendações do Ministério da Saúde e melhores evidências para os cuidados ao recém-nascido nas primeiras horas de vida;
- Após a construção, implantar os mesmos de forma clara e satisfatória em parceria com a equipe multidisciplinar;
- Realizar reunião com as Equipe da Atenção Básica e Clínica da Mulher, com o propósito de divulgar o Projeto e ampliar parcerias;
- Reaplicar os questionários com o objetivo de verificar as mudanças ocorridas nos conhecimentos da equipe proporcionados pelo Projeto;
- Discutir com a equipe sobre os protocolos elaborados e quais as dificuldades encontradas na implantação dos mesmos;
- Apresentar os indicadores e discutir sobre os mesmos com a equipe multidisciplinar e gestores.

8. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

O projeto de intervenção foi de responsabilidade da especializanda do CEEO II / Rede Cegonha em parceria com a equipe multidisciplinar do Hospital Bom Jesus, Atenção Básica e Clínica da Mulher da cidade de Congonhas, Minas Gerais.

Os objetivos foram traçados a partir do diagnóstico situacional, que foi elaborado conjuntamente com a equipe multidisciplinar. Foram realizados encontros multidisciplinares durante os plantões, assim como agendamento de rodas de conversas com a equipe. Foi realizada uma dinâmica em grupo e, em seguida, através do recurso PowerPoint, foram apontados alguns itens: Humanização no parto, nascimento e puerpério; Clampeamento oportuno do cordão umbilical; Primeiro contato pele a pele do recém-nascido; Amamentação na primeira hora de vida; Profilaxia da oftalmia neonatal; Banho após 6 horas de vida e outros cuidados após as primeiras horas de vida. Nessa perspectiva, foi realizada uma discussão sobre a proposta da intervenção a ser implantada no serviço.

As rodas de conversa consistem em um método de participação coletiva de debates acerca de uma temática, através da criação de espaços de diálogo, nos quais os sujeitos podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmo. Tem como principal objetivo motivar a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão voltada para a ação. Envolve, portanto, um conjunto de trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos nesta metodologia (SAMPAIO et al., 2014).

Após foi aplicado um questionário com 10 questões discursivas (Anexo I) para a equipe multidisciplinar, totalizando 16 profissionais. O objetivo foi o levantamento dos conhecimentos dos profissionais acerca dos temas referente à intervenção proposta, como também possíveis dificuldades e facilidades no serviço.

Para continuidade do Projeto de Intervenção, foi agendada nova roda de conversa com a equipe multidisciplinar com o propósito de elaborar e implantar os protocolos propostos. Nesse encontro também foi discutido o levantamento das respostas do questionário aplicado.

Posteriormente, com o objetivo de ampliar a capacidade de pactuação de compromissos, foi realizada uma interlocução com as equipes da Atenção Básica e da Clínica da Mulher. Elas são fundamentais para a ampliação das parcerias e para a promoção da educação em saúde na atenção primária e, ao mesmo tempo, iniciarem durante o pré-natal as orientações às gestantes e suas famílias sobre a importância dos cuidados prestados aos recém-nascidos nas

primeiras horas de vida, como também, o estabelecimento do vínculo no momento do nascimento.

Em agosto de 2017 foi realizada a capacitação da equipe multidisciplinar, bem como a implantação dos protocolos elaborados. No mês seguinte, aconteceu nova reunião sobre a execução da intervenção proposta. Nesse momento, foram discutidas as facilidades e dificuldades da aplicação de boas práticas relacionadas aos cuidados aos recém-nascidos nas primeiras horas de vida. Ao mesmo tempo, ocorreu a implantação do Livro de Registro de Partos, instrumento que se fez necessário para a realização da análise dos resultados da intervenção e que se constituiu em outra vertente do Projeto de Intervenção.

Ainda no mês de setembro de 2017 aconteceu o agendamento de Visitas Guiadas à Maternidade. Tal projeto foi fruto da parceria estabelecida com a Atenção Básica e teve como objetivo orientar e familiarizar as gestantes e suas famílias ao ambiente hospitalar e à equipe multidisciplinar.

Anteriormente ao CEEO, a especializanda era enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e, no mês de outubro, a mesma foi transferida para a Maternidade, já iniciando o acompanhamento dos trabalhos de parto e partos de risco habitual. Ainda no mês de outubro de 2017 foi realizada a avaliação permanente com retorno às equipes multidisciplinares e reaplicação dos questionários (Anexo I).

A meta estabelecia 30 dias para treinamento da equipe e apresentação dos cuidados adequados aos recém-nascidos nas primeiras horas de vida, 30 dias para elaboração e implementação do protocolo e 30 dias para acompanhar as modificações e, após, 30 dias para realizar a avaliação da aplicação do mesmo.

Ilustração 03 – Assistência ao trabalho de parto e parto prestada por especializanda no serviço de origem.



Foto autorizada

8.1 ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO DO PROJETO

As estratégias metodológicas foram articuladas ao planejamento das atividades e estratégias de acompanhamento avaliativo, envolvendo múltiplas formas e focos, entre eles: Reuniões/ Rodas de conversas com a equipe multidisciplinar e com os gestores do Hospital Bom Jesus; Aplicação de questionário base para a equipe multidisciplinar; Construção e implantação dos Protocolos Assistenciais em parceria com a equipe; Capacitação dos profissionais / Educação Permanente; Confeção do Livro de Registro de Partos; Parcerias estabelecidas com a Atenção Básica e com a Clínica da Mulher; Agendamento das Visitas Guiadas e Avaliação permanente com retorno às equipes multidisciplinares.

Ilustração 04 – Visita Guiada para Gestantes no Hospital Bom Jesus.



Foto autorizada

Ilustração 05 – Banho do RN em Alojamento Conjunto.



Foto autorizada

8.2 CRONOGRAMA

| Atividades | Período |
|--|-----------------------|
| Diagnóstico situacional | Novembro / 2016 |
| Reuniões / Roda de Conversa | Março / 2017 |
| Aplicação de questionário | Junho/ 2017 |
| Reuniões / Roda de Conversa | Junho/ 2017 |
| Reunião – Parceria com Atenção Básica / Clínica da Mulher | Junho/ 2017 |
| Capacitação dos profissionais | Agosto/ 2017 |
| Implantação dos Protocolos Assistenciais | Agosto/ 2017 |
| Reuniões / Roda de Conversa | Setembro/ 2017 |
| Confecção do Livro de Registro de Partos | Setembro/ 2017 |
| Visitas Guiadas à Maternidade | Setembro/ 2017 |
| Transferência do setor de trabalho para a maternidade | Outubro/ 2017 |
| Avaliação permanente com retorno às equipes multidisciplinares | Outubro/ 2017 |
| Reaplicação do questionário | Outubro/Novembro / 17 |

9. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para avaliação dos resultados, os dados foram captados no Livro de Registro de Partos, instrumento criado durante o Projeto de Intervenção e em que constam as seguintes informações: Data, Hora, Registro, Nome da usuária, Idade das Gestantes, Idade Gestacional, Paridade, Centro de Saúde – Município, Número de consultas Pré-Natal, Posição do Parto, Dieta no Trabalho de Parto, Acompanhante, Ocitocina Anteparto, Via de Parto, Métodos não Farmacológicos para Alívio da dor, Episiotomia, Grau de Laceração, Sexo do RN, Peso, Apgar 1º minuto, Apgar 5º minuto, Contato Pele a Pele, Clampeamento Oportuno (1 a 5 min), Amamentação na Primeira hora de vida e Banho após 6 horas de vida do RN (Anexo II). O levantamento de resultados do Registro de Partos ocorreu no período de 01/09/2017 a 20/10/2017, totalizando noventa e nove partos no período. Além disso, foi realizada a aplicação do questionário para a equipe multidisciplinar da Maternidade do Hospital Bom Jesus, com um total de dezesseis profissionais participantes neste momento. Nesta primeira análise de dados, quase a totalidade dos recém-nascidos amamentou na primeira hora de vida (96%) e todos receberam o banho somente após 6h do nascimento. Entretanto, o clampeamento oportuno do cordão umbilical e o contato pele a pele em toda a primeira hora de vida destacaram-se como pontos a serem melhorados, pois estiveram presentes em apenas 44% dos nascimentos em uma análise parcial dos dados. Diante do ocorrido, foi realizada a reaplicação dos questionários.

9.1 CARACTERIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO LIVRO DE REGISTRO DE PARTOS

A maioria (54,5%) das gestantes tinha idade entre 20 e 30 anos. A idade gestacional predominante foi de 39s a 40s6d (41,4%). Quanto à paridade, a maioria (42,4%) das mulheres era multípara. Apesar do município de Congonhas ser referência para outras cidades, a maioria (87,8%) das gestantes atendidas foi do próprio município de Congonhas. Sobre o número de consultas pré-natal, observa-se que a maioria (45,4%) das gestantes teve 11 ou mais consultas. Em relação à posição do parto, foi constatado que poucas mulheres tiveram seus partos em posições verticalizadas e que apenas três delas foram citadas: litotômica (38,8%), dorsal (56,5%) e semi-sentada (5%). Sobre a dieta oferecida no trabalho de parto, infelizmente, a maioria (81,8%) das parturientes não recebeu alimentos. Por outro lado, quase a totalidade delas (96,9%) teve um acompanhante durante o trabalho de parto. Quanto ao uso de ocitocina anteparto, menos da metade não recebeu a droga (38,8%). Sobre a via de parto, a

operação cesariana predomina (56,5%), em concordância com os dados observados no restante do país e amplamente divulgados nas mídias. Com relação aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, apenas 12% das gestantes fez uso de algum deles. Sobre a episiotomia, dentre os 43 partos vaginais, 19% das mulheres foram submetidas ao procedimento. Sobre o grau de laceração predominou a laceração de 2º grau, com 24,2%. Em relação ao peso, a maioria (44,4%) dos recém-nascidos pesou entre 3000 g e 3500 g. Em relação ao índice de APGAR, tanto no 1º minuto (89,9%) quanto no 5º minuto (97,9%), a maioria dos recém-nascidos teve o mesmo entre 8 e 10. Tanto o contato pele a pele quanto o clampeamento em tempo oportuno em toda a primeira hora de vida (presentes em 62,6% dos nascimentos) são pontos a serem melhorados, porém que já apresentaram melhora comparativamente à análise parcial dos dados, em que estes foram apenas de 44%. Por outro lado, quase a totalidade dos recém-nascidos amamentou na primeira hora de vida (95,9%) e todos receberam o banho somente após 6h do nascimento.

Tabela 1 - Idade das Gestantes

| | |
|--------------|----|
| < 20 anos | 18 |
| 20 a 30 anos | 54 |
| 31 a 40 anos | 24 |
| > 41 anos | 03 |

Tabela 3 - Paridade

| G | P | A |
|---------|---------|---------|
| - | P0 – 30 | A0 – 86 |
| G1 – 41 | P1 – 36 | A1 – 11 |
| G2 – 42 | P2 – 30 | A2 – 1 |
| G3 – 14 | P3 – 07 | A3 – 1 |
| G4 – 01 | P4 – 0 | A4 – 0 |

Tabela 5 - Número de consultas Pré-Natal

| | |
|--------------|----|
| < ou = a 5 | 10 |
| 6 a 10 | 42 |
| 11 ou + | 45 |
| Não realizou | 02 |

Tabela 7- Dieta no Trabalho de Parto

| | |
|---|----|
| S | 18 |
| N | 81 |

Tabela 9 - Ocitocina Anteparto

| | |
|---|----|
| S | 38 |
| N | 61 |

Tabela 11- Métodos não Farmacológicos para Alívio da dor

| | |
|---|---------------------------------------|
| S | 12 (Agachamento, Bola, Banho e Barra) |
| N | 87 |

Tabela 2 - Idade Gestacional (IG)

| | |
|------------------------------|----|
| Prematuro – Até 36s+6d | 05 |
| Termo Precoce – 37s a 38s+6d | 32 |
| Completas: 39s a 40s+6d | 41 |
| Termo Tardio – 41s a 41s+6d | 10 |
| Pós-Termo - > 42s | 1 |

Tabela 4 - Centro de Saúde - Município

| Centro de Saúde - Município | |
|-----------------------------|----|
| Congonhas | 87 |
| Outros municípios | 12 |

Tabela 6 - Posição do Parto

| | |
|--------------|----|
| Litotômica | 38 |
| Dorsal | 56 |
| Semi-sentada | 05 |

Tabela 8 - Acompanhante

| | |
|---|----|
| S | 96 |
| N | 03 |

Tabela 10 - Via de Parto

| | |
|--------------------|----|
| Parto Vaginal | 43 |
| Operação Cesariana | 56 |

Tabela 12 - Episiotomia

| | |
|---|-------------------------------|
| S | 19 (Obs.: Parto Vaginal – 27) |
| N | 80 |

Tabela 13 - Grau de Laceração

| | |
|---------|----|
| 1º grau | 07 |
| 2º grau | 24 |
| 3º grau | 00 |
| 4º grau | 00 |

Tabela 14 - Sexo do RN

| | |
|-----------|----|
| Feminino | 54 |
| Masculino | 45 |

Tabela 15 – Peso do RN

| | |
|------------------|----|
| < ou = 2,999 kg | 31 |
| 3 kg a 3,500 kg | 44 |
| > 3,500 kg a 4kg | 18 |
| > 4kg | 06 |

Tabela 16 - Apgar

| Apgar 1º minuto | | Apgar 5º minuto | |
|-----------------|----|-----------------|----|
| < ou = 4 | 01 | < ou = 4 | 01 |
| 5 a 7 | 09 | 5 a 7 | 01 |
| 8 a 10 | 89 | 8 a 10 | 97 |

Tabela 17 - Contato Pele a Pele

| | |
|---|-------------------------|
| S | 62 (Tempo de 5min a 1h) |
| N | 37 |

Tabela 18 – Clampeamento Oportuno (1 a 5 min)

| | |
|---|----|
| S | 62 |
| N | 37 |

Tabela - 19 Amamentação na Primeira hora de vida

| | |
|---|----|
| S | 95 |
| N | 04 |

Tabela 20 - Banho após 6 horas de vida do RN

| | |
|---|----|
| S | 99 |
| N | 00 |

9.2 CARACTERIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO QUESTIONÁRIO

Sobre a aplicação do questionário aos funcionários, buscando levantar seus conhecimentos, foram realizadas as seguintes perguntas: Idade; Sexo; Nível de Escolaridade; Função; Tempo de Formação; Tempo que Trabalha no Hospital Bom Jesus; Se trabalha em outra instituição; Se sim, qual setor atua; “O que você entende como humanização na assistência ao parto e nascimento?”; “Pode citar exemplos de boas práticas nessa assistência?”; “Quais destas boas práticas estão presentes na sua rotina de trabalho?”; “O contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido na primeira hora de vida é importante? Por quê? Como ele deve ser realizado?”; “Em que momento o cordão umbilical deve ser clampado/cortado? Por quê?”; “Qual a importância da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido?”; “Quais cuidados com o recém-nascido são indispensáveis após o parto? Em que momento eles devem ser realizados e por quê?”; “Em que momento deve ser realizado o primeiro banho do recém-nascido? Por quê e como ele deve ser feito?”; “Que dificuldades e facilidades você encontra em seu local de trabalho?”; “A assistência que você presta hoje é a mesma que gostaria de receber caso fosse a (o) usuária (o)? Por quê?”. Neste primeiro momento as 10 questões foram respondidas por 16 profissionais da equipe multidisciplinar da Maternidade do Hospital Bom Jesus.

Tabela 21- Idade:

| | |
|----------------|----|
| 20 a 30 anos | 06 |
| 31 a 40 anos | 05 |
| 41 a 50 anos | 02 |
| 51 a 60 anos | 00 |
| = ou > 60 anos | 01 |
| Não Informou | 02 |

Tabela 22 - Sexo:

| | |
|-----------|----|
| Feminino | 12 |
| Masculino | 04 |

Tabela 23 - Nível de Escolaridade:

| | |
|----------------------------|----|
| Curso Técnico Incompleto | 04 |
| Curso Técnico Completo | 01 |
| Ensino Superior Incompleto | 02 |
| Ensino Superior Completo | 01 |
| Pós graduação Incompleta | 06 |
| Pós graduação completa | 02 |

Tabela 24 - Função:

| | |
|-----------------------------|----|
| Auxiliar de Enfermagem | 02 |
| Téc. Enfermagem | 05 |
| Enfermeiro (a) | 03 |
| Enf ^a Obstétrica | 01 |
| Médico (a) | 04 |
| Médico Obstétrico | 01 |

Tabela 25 - Tempo de Formação:

| | |
|--------------|----|
| < 1 ano | 01 |
| 1 a 5 anos | 03 |
| 6 a 10 anos | 07 |
| 11 a 15 anos | 01 |
| > 15 anos | 02 |
| Não Informou | 02 |

Tabela 26 -Tempo que trabalha no Hospital Bom Jesus:

| | |
|--------------|----|
| < 1 ano | 03 |
| 1 a 5 anos | 09 |
| 6 a 10 anos | 02 |
| > 15 anos | 01 |
| Não Informou | 01 |

Tabela 27 -Trabalha em outra instituição?

| | |
|--------------|----|
| Sim | 08 |
| Não | 07 |
| Não Informou | 01 |

Tabela 28 - Se sim, qual setor atua?

| | |
|--------------------|----|
| CTI | 01 |
| Pediatria | 03 |
| Obstetrícia | 01 |
| Pronto Atendimento | 02 |
| Berçário | 01 |
| Não Informou | 01 |

Gráfico 1 - O que você entende como humanização na assistência ao parto e nascimento?

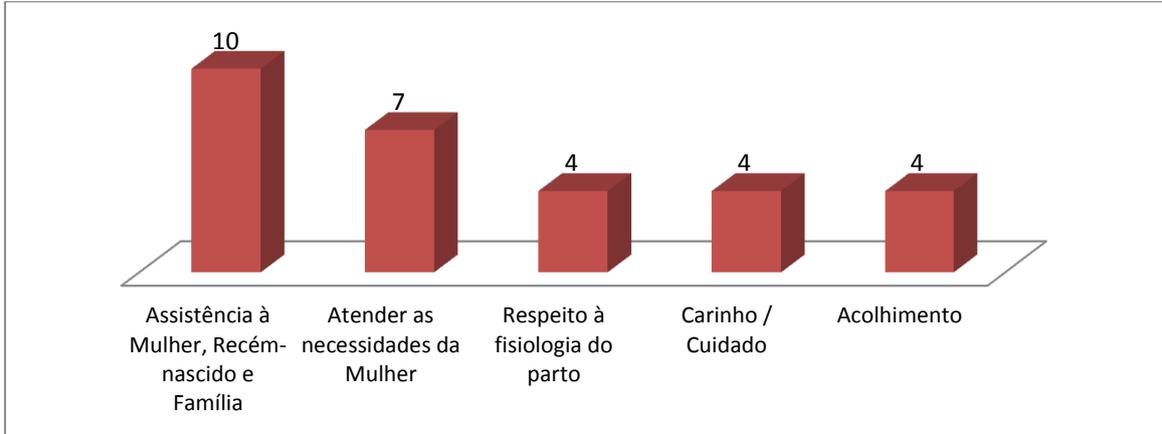


Gráfico 2 - Pode citar exemplos de boas práticas nessa assistência?

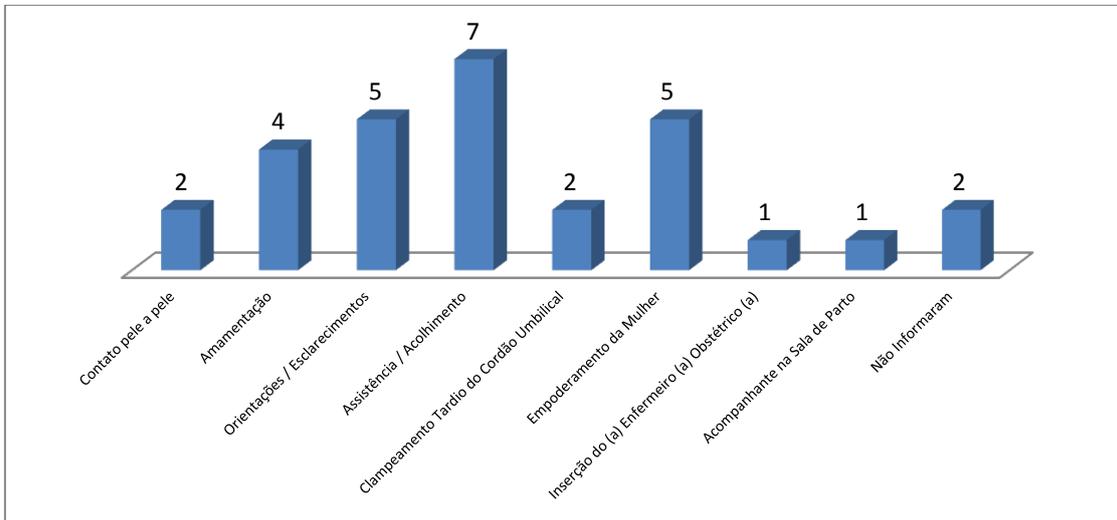


Gráfico 3 - Quais destas boas práticas estão presentes na sua rotina de trabalho?

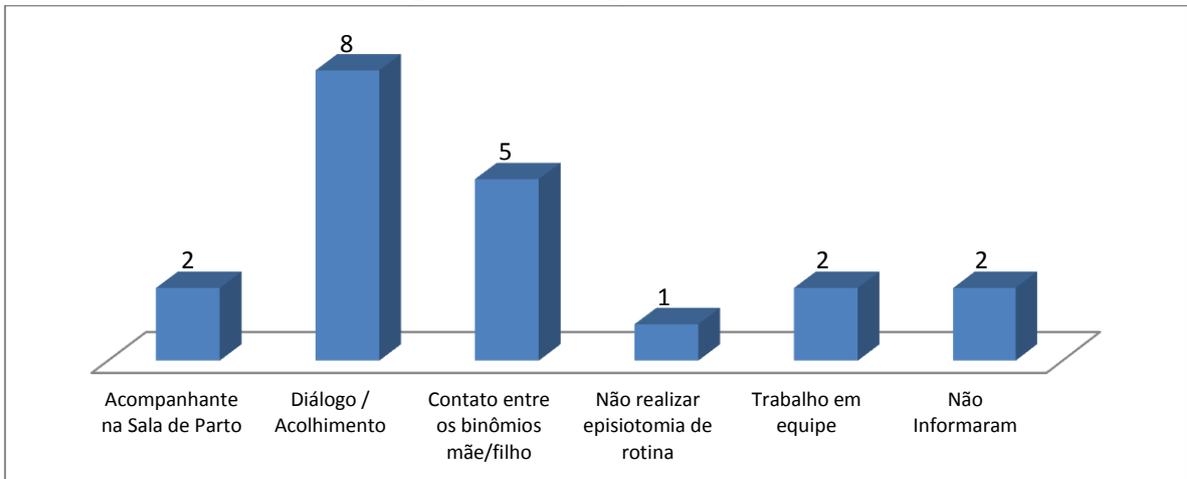


Gráfico 4 - O contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido na primeira hora de vida é importante? Por quê? Como ele deve ser realizado?

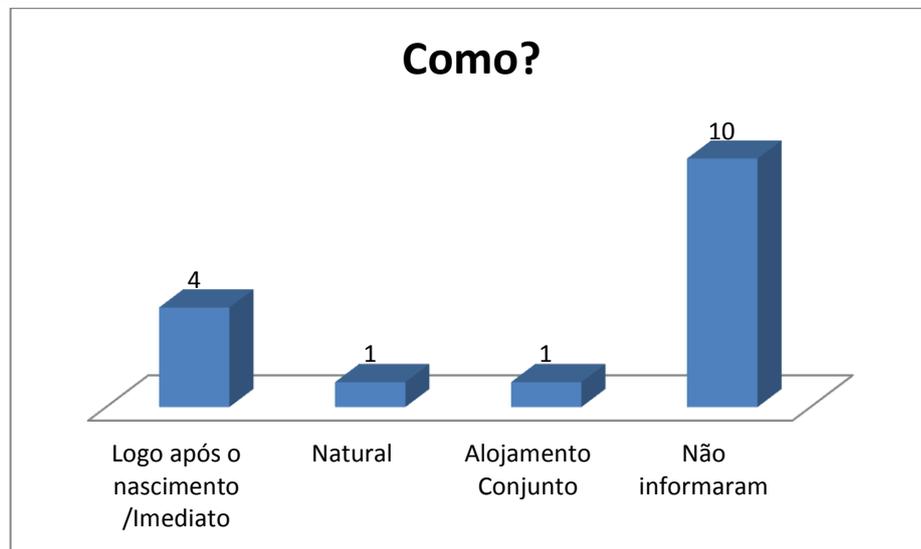


Gráfico 5 - Em que momento o cordão umbilical deve ser clampado/cortado? Por quê?

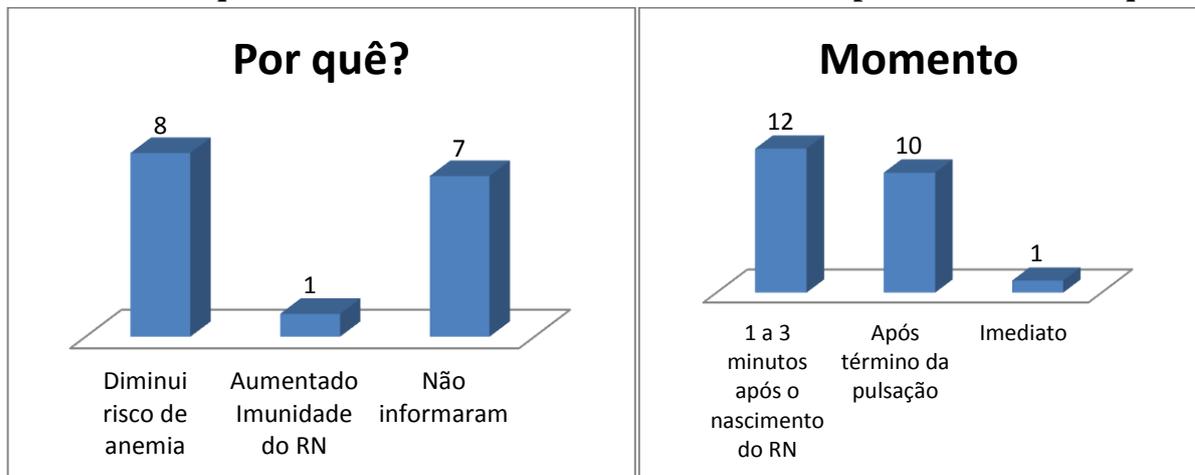


Gráfico 6 - Qual a importância da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido?

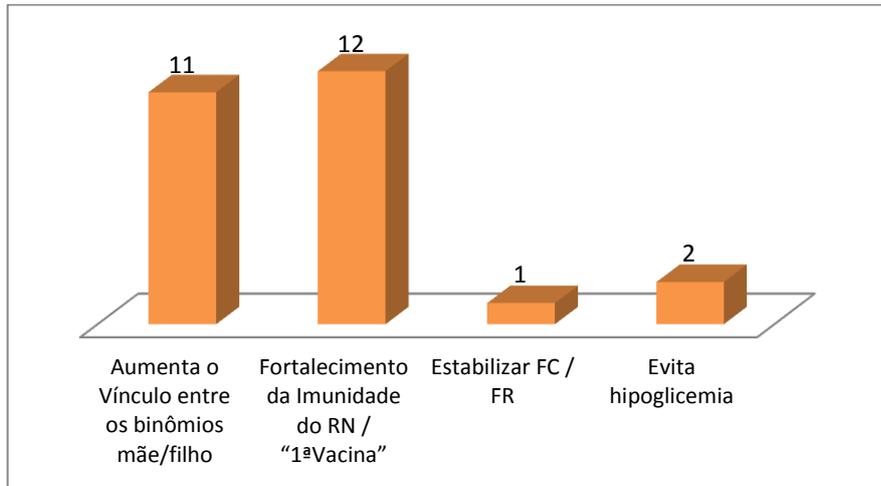


Gráfico 7 - Quais cuidados com o recém-nascido são indispensáveis após o parto? Em que momento eles devem ser realizados e por quê?

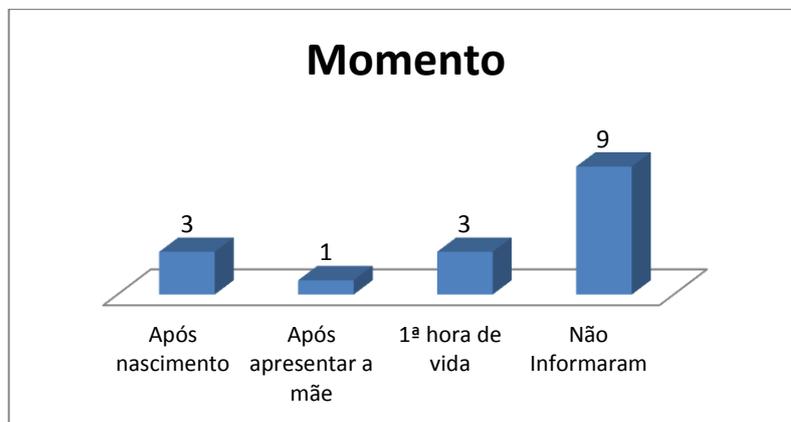
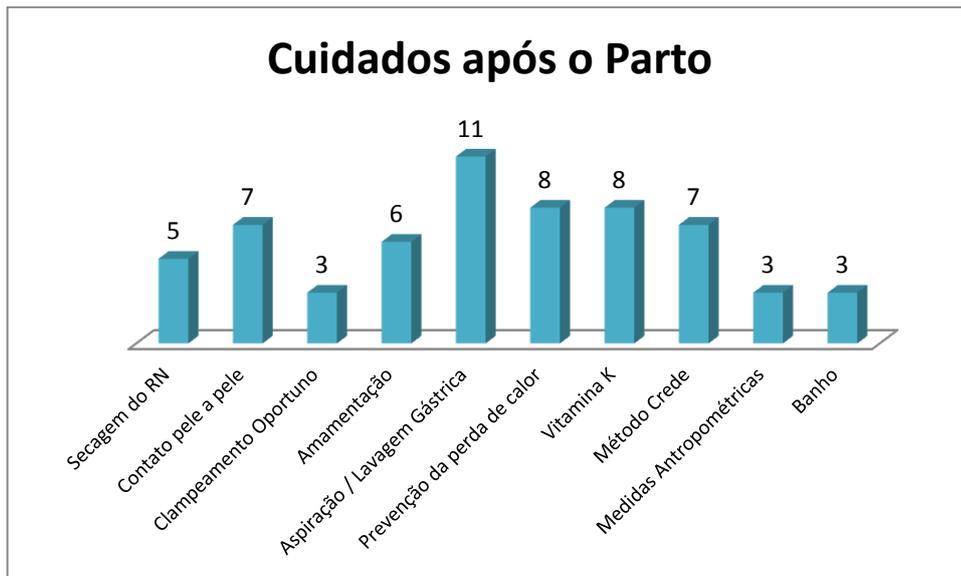


Gráfico 8 - Em que momento deve ser realizado o primeiro banho do recém-nascido? Por quê e como ele deve ser feito?

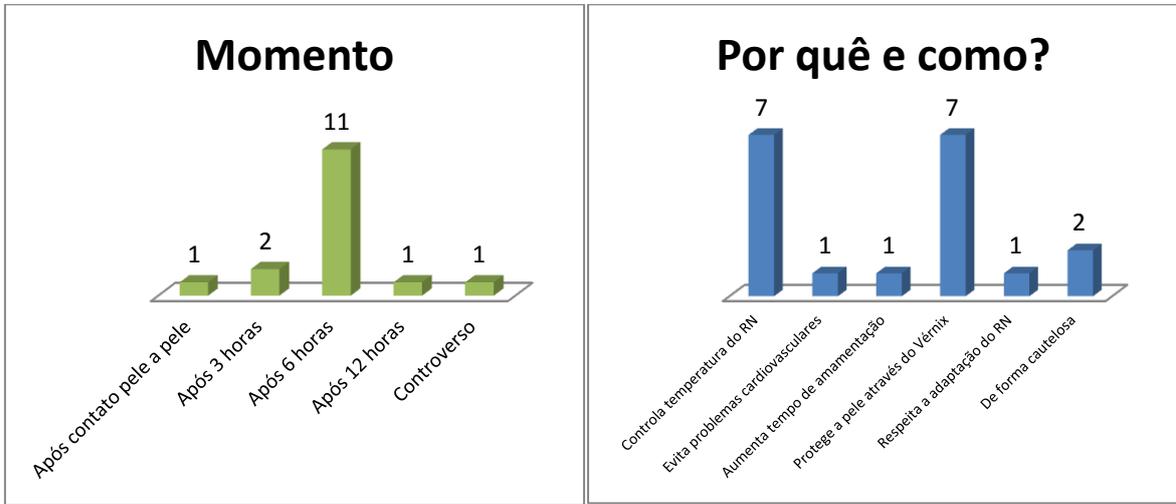


Gráfico 9 - Que dificuldade e facilidade você encontra em seu local de trabalho?

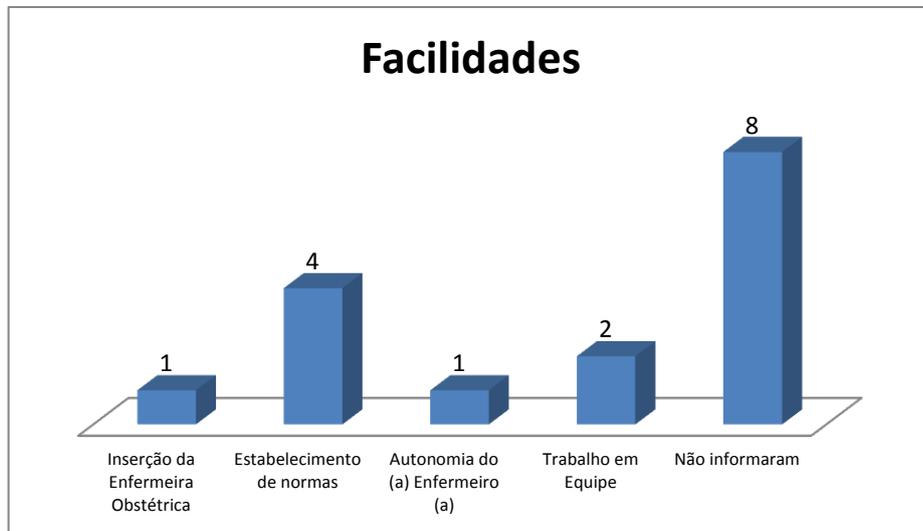
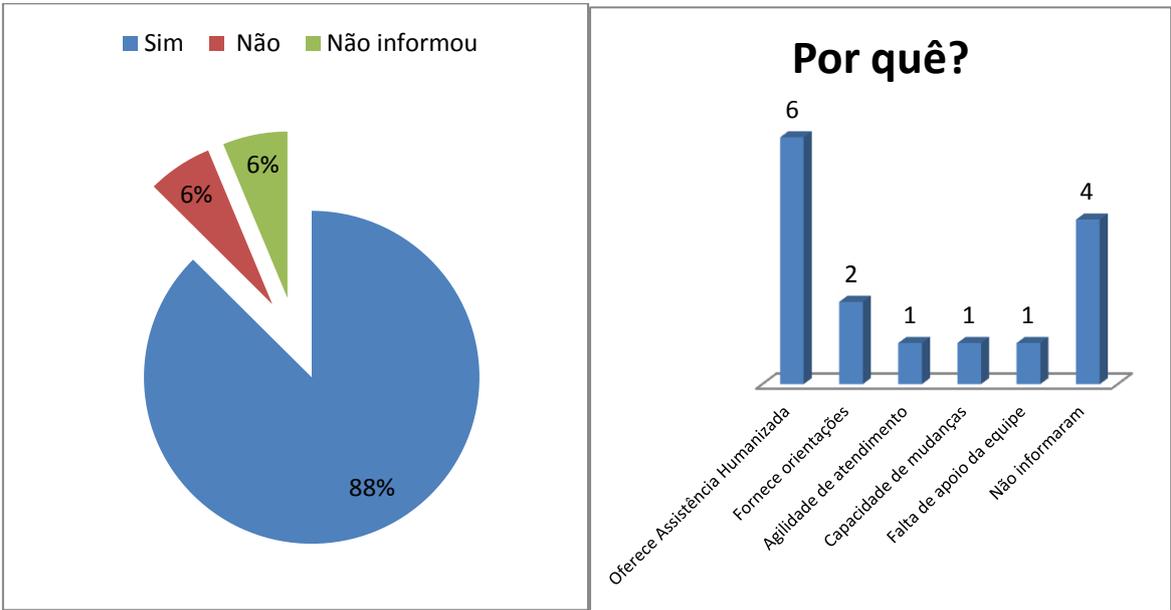


Gráfico 10 - A assistência que você presta hoje é a mesma que gostaria de receber caso fosse a (o) usuária (o)? Por quê?



10. ORÇAMENTO – ESTIMATIVA DE CUSTOS

| ORÇAMENTO | | | |
|--|-------------|----------------------------|---------------|
| RECURSOS MATERIAIS | | | |
| MATERIAL PERMANENTE: (equipamentos, livros, máquina fotográfica e gravadores, softwares, equipamentos de informática, etc.) | | | |
| Descrição do Material | Quantidade | Valor (unidade - em reais) | Total R\$ |
| Livros | 05 | 50,00 | 250,00 |
| Data Show | 01 | 299,90 | 299,90 |
| Subtotal | 06 | 349,90 | 549,90 |
| MATERIAL DE CONSUMO: (papéis para impressões, cartuchos de tinta para impressora, materiais de escritório, entre outros.) | | | |
| Descrição do Material | Quantidade | Valor (unidade - em reais) | Total R\$ |
| Papéis para impressão | 500 | 0,10 | 26,39 |
| Canetas | 05 | 2,30 | 11,50 |
| Lápis | 05 | 0,80 | 4,00 |
| Borrachas | 02 | 0,32 | 0,64 |
| Cartuchos de tinta para impressora | 02 | 89,90 | 179,80 |
| Subtotal | 514 | 93,42 | 222,33 |
| SERVIÇOS: (cópias, encadernações, impressos gráficos, despesas com transporte, alimentação, entre outros.) | | | |
| Descrição do Material | Quantidade | Valor (unidade - em reais) | Total R\$ |
| Cópias | 500 | 0,10 | 50,00 |
| Encadernações | 01 | 10,00 | 10,00 |
| Subtotal | 501 | 10,10 | 60,00 |
| Outros | - | - | - |
| Subtotal | 1021 | 806,84 | 832,23 |

11. CONCLUSÃO

A intervenção proposta pelo CEEO II / Rede Cegonha proporcionou o amadurecimento pessoal e profissional, além de motivar para a construção de um projeto que pudesse contribuir com a acreditação da transformação do serviço e da qualificação da assistência prestada. Através da elaboração do diagnóstico situacional, foi possível analisar as prioridades do projeto, dessa forma, o principal foco foram os cuidados com o recém-nascido na primeira hora de vida. Tal decisão foi estabelecida considerando a importância de respeitar sua adaptação a vida extrauterina, bem como postergar as intervenções na primeira hora de vida, valorizando, dessa forma, o vínculo estabelecido entre o binômio mãe e filho. A partir daí, a proposta do curso permitiu que a especializanda pudesse apontar uma situação atual e uma situação desejada e, na sequência, traçar os objetivos e denominar o público-alvo. Através da definição das metas e das estratégias metodológicas, foi possível perceber transformações nas rotinas da equipe multidisciplinar que refletiram diretamente na aplicação de boas práticas de assistência direcionada à mulher, ao recém-nascido e à sua família. O ambiente, aos poucos, foi modificado, expressando a qualidade da aplicação da intervenção. Além disso, foi possível articular uma parceria com a Atenção Básica e com a Clínica da Mulher, contribuindo com o trabalho coletivo e para a qualidade de assistência prestada aos usuários. Outra conquista que foi possível alcançar através da intervenção, mesmo não sendo um objetivo específico do projeto de intervenção, foi a atuação da especializanda na assistência aos partos da instituição, representando outra vertente do projeto. Diante do contexto, destaca-se a visibilidade da atuação da enfermeira obstétrica. Com relação ao acompanhamento avaliativo dos resultados, observa-se que quase a totalidade dos recém-nascidos amamentou na primeira hora de vida (95,9%) e que todos receberam o banho somente após 6h do nascimento, entretanto o clampeamento oportuno do cordão umbilical e o contato pele a pele em toda a primeira hora de vida estiveram presentes em apenas 62,6% dos nascimentos. Dessa forma, considera-se a necessidade de sistematização e monitoramento dos indicadores, que subsidiarão novas propostas de intervenção, tais como: Aumentar as boas práticas relacionadas ao contato pele a pele; Aumentar o número de recém-nascidos submetidos ao clampeamento oportuno do cordão umbilical; Continuar com o envolvimento da equipe multidisciplinar durante a aplicação de boas práticas voltadas para a mulher, o recém-nascido e sua família; Implantar protocolos para a Enfermagem Obstétrica e, conseqüentemente, assistência ao parto; Aumentar o uso métodos não farmacológicos para alívio da dor; Continuar ampliando parcerias com a Atenção Básica e com a Clínica M, com o propósito de ofertar orientações às

gestantes desde o pré-natal, como também, possibilitar as mesmas a Visita Guiada ao Hospital Bom Jesus, através de agendamento prévio; Seminário em Congonhas, incluindo a equipe multidisciplinar do Hospital Bom Jesus, a Atenção Básica, a Clínica M, as mulheres e sua família, dentre outras propostas. Portanto, conclui-se que a intervenção continua com o propósito de contribuir para a mudança de modelo de cuidado-gestão no campo obstétrico-neonatal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Jordana Moreira de; LUZ, Sylvana de Araújo Barros; UED, Fábio da Veiga. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Paul Pediatr*, São Paulo, v 33(3), pag. 355-362, jun., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0355.pdf>. Acesso em: mai.2017.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Fetus and Newborn. Controversies concerning vitamin K and the newborn. *Pediatrics*. , Springfield, Ill, v.112, n.1 pt.1, p. 191-192, July 2003.

ANCHIETA, Lêni M.; XAVIER, César C.; COLOSIMO, Enrico A. Velocidade de crescimento de recém-nascidos pré-termo adequados para a idade gestacional. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80 (5), 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5/v80n5a14.pdf>. Acesso em: mai. 2015.

ANTUNES, Leonardo dos Santos. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.13 (1), pag. 103-109, jan./feb., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/14.pdf>>. Acesso em: mai. 2017.

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.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45 (1), pag.69-78, nov, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1717.pdf>. Acesso em: abr. 2017.

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*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 50p.

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*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de *Análise de Situação em Saúde*. *Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 384 p

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 (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 08 de mai. 2014.

BRASIL – MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC NASCIDOS VIVOS – BRASIL. *Nascim p/resid. mãe segundo Região*. 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: abr. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS/CONITEC. Diretriz nacional de assistência ao parto normal – relatório de recomendações. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Acesso em: 12/04/2017. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em: 12/04/2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento. *Orçamento e Gestão*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contagem Populacional. 2017. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311800&search=minas-gerais|congonghas>. Acesso em: abr.2017.

BROCK, Romy Schmidt; FALCÃO, Mário Cícero. Avaliação nutricional do recém-nascido: limitações dos métodos atuais e novas perspectivas. *Rev Paul Pediatr*, São Paulo, v. 26 (1),

pag.70-76, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n1/a12v26n1.pdf>. Acesso em: jun. 2017.

CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 13 (6), pag. 960-7, nov/dez, 2005. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/2153/2246>. Acesso em: fev. 2017

CAUS, Eliz Cristine Maurer et al. O processo de parir assistido pela Enfermeira Obstétrica no Contexto Hospitalar: Significados para as parturientes. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.16 (1), pag. 34-40, jan-mar, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eann/v16n1/v16n1a05.pdf>. Acesso em: abr. 2017

COSTA, Roberta; PADILHA, Maria Itayra; MONTICELLI, Marisa. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. *Rev. esc. enferm. USP*, 1 São Paulo, v. 44 (1), pag. 199-204, mar, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v44n1/a28v44n1.pdf>. Acesso em: abr. 2017.

CUNHA, Adriana Loureiro. *Práticas culturais do primeiro banho do recém-nascido em alojamento conjunto: contribuições da enfermagem neonatal*. 2013. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2013.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.10 (3), pag.627-637, jul/set, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso em: jul. 2017.

FERNANDES, Juliana Dumet; MACHADO, Maria Cecilia Rivitti; OLIVEIRA, Zilda Najjar Prado de. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *An Bras Dermatol*, Rio de Janeiro, v.86 (1), pag. 102-110, jan/fev, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>. Acesso em: mar.2017.

FONTENELE, Fernanda Cavalcante; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.16 (3), pag. 480-485, set, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/08.pdf>. Acesso em: abr. 2017.

JARDIN, Maria da Graça Mouchrek et al. Crescimento infantil comparado com as referências NCHS e o padrão WHO/2006. *Rev. Nutr.*, Campinas, v.26 (1), pag. 17-26, jan/fev, 2013. Disponível em: Acesso em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v26n1/02.pdf>. Ago. 2017.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 40 (2), pag. 274-279, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v40n2/16.pdf>. Acesso em: ago. 2017.

MATOS, Thaís Alves et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v.63 (6), pag. 998-1004, nov-dez, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/20.pdf>. Acesso em: mai. 2017.

MEDEIROS, Julie Souza Soares de; MASCARENHAS, Maria de Fátima Pessoa Tenório. Banho humanizado em recém-nascidos prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. *Rev. Ter. Ocup. Univ.*, São Paulo, v. 21 (1), pag. 51-60, jan./abr. 2010. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/rto/article/viewFile/14085/15903>. Acesso em: jul. 2017.

MONDINI, Lenise et al. Efeito do clampeamento tardio do cordão umbilical nos níveis de hemoglobina em crianças nascidas de mães anêmicas e não anêmicas. *Rev. Bras. Cresc. E desenv. Hum.*, São Paulo, v. 20 (2), pag. 282-290, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/19966/22049>. Acesso em: set. 2017.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 60 (4), pag. 452-455, jul/ago, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf>. Acesso em: jun. 2017.

MULLER, Elizete Besen; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no centro obstétrico. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.18 (2), pag. 247-256, abr/jun, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0247.pdf>. Acesso em: mai.2017.

OLIVEIRA, Fabiana de Cássia Carvalho et al. Tempo de clampeamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.48 (1), pag. 10-18, fev, 2014. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0010.pdf>. Acesso em: ago. 2017.

PASSOS, Ângelo Ferreira; AGOSTINI, Fernanda Spinassé. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. *Rev. bras. oftalmol.*, Rio de Janeiro, v.70 (1), pag. 57-67, jan/fev, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v70n1/12.pdf>. Acesso em: mai. 2017.

PMC – Prefeitura Municipal de Congonhas. Saúde em Congonhas acompanha as famílias com atendimento humanizado. Disponível em: <http://www.congonhas.mg.gov.br>. Acesso em: 10 de mar. 2017.

PUGLIESI, Vania Elisa M.et al. Efeitos do banho logo após o nascimento sobre as adaptações térmica e cardiorrespiratória do recém-nascido a termo. *Rev Paul Pediatr*, São Paulo, v.27 (4), pag. 410-415, dez, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n4/v27n4a10.pdf>. Acesso em: mai. 2017.

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

ROHDEN, Fabíola; ALZUGUIR, Fernanda Vecchi. Desvendando sexos, produzindo gêneros e medicamentos: a promoção das descobertas científicas em torno da ocitocina. *Cad. Pagu, Campinas*, (48), out, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n48/1809-4449-cpa-18094449201600480002.pdf>. Acesso: mai. 2017.

RUDGE, Marilza Vieira Cunha. Avaliação do peso dos recém-nascidos: o que é normal ou anormal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v.27 (6), pag. 299-300, Jun, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n6/a01v27n6.pdf>. Acesso em: ago. 2017.

SAMPAIO, Ádila Roberta Rocha; BOUSQUAT, Aylene; BARROS, Claudia. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.25 (2), pag.281-290, abr/jun, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00281.pdf>. Acesso em: abr. 2017.

SAMPAIO, Juliana et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface (Botucatu)*, v.18, pag.1299-1311, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1299.pdf>. Acesso em: set. 2017.

SANTOS, Luciano Marques dos et al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Rev. bras. enferm.*, Brasília v.67 (2), pag. 202-207, mar./abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0202.pdf>. Acesso em: ago. 2017.

CARVALHO, V. M.; MARKUS, J. R.; ABAGGE, K. T.; GIRALDI, S.; CAMPOS, T. B. **Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2015.

SILVA, Taís Folgosa da; COSTA, Guilherme Augusto Barcello; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. *Cogitare Enferm.*, v. 16 (1), pag. 82-7, jan/mar, 2011. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/21116/13942>. Acesso em: jan. 2017.

SOUSA, Ana Maria Magalhães et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20(2), pag. 324-331, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eann/v20n2/1414-8145-eann-20-02-0324.pdf>. Acesso em: ago. 2017.

VAIN, Néstor E. V. Em tempo: como e quando deve ser feito o clampeamento do cordão umbilical: será que realmente importa? *Rev Paul Pediatr.*, São Paulo, v. 33(3), pag. 258-259,

2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0258.pdf>. Acesso em: set. 2017.

VELHO, Manuela Beatriz; OLIVEIRA, Maria Emília de; SANTOS, Evangúelia Kotzias Atherino dos. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 63(4), pag. 652-9, jul/ago, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/23.pdf>. Acesso em: set. 2017.

VENÂNCIO, Sonia Isoyama et al. 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, v.24, pag. S323-S331, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/17.pdf>. Acesso em: ago. 2017.

VIEIRA, Maraysa Jéssyca de Oliveira et al. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. *Rev. Eletr. Enf.* 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>. Acesso em: fev. 2017.

VILLELA, Letícia Duarte et al. Antropometria e composição corporal de recém-nascidos pré-termo na idade gestacional e no peso equivalente ao termo. *Rev. Nutr.* [online]. 2015, vol.28, n.6, pp.619-629. *World Health Organization (WHO)*

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO APLICADO À EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

| | |
|---|--|
|    | |
| Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica Projeto de Intervenção | |
| Local: Hospital Bom Jesus / Congonhas/MG Título: CUIDADOS NAS PRIMEIRAS HORAS DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO Especializada: Luana Miranda da Silveira Orientadora: Kelly Rogerson | |
| Idade: _____ anos Sexo: F () M () | |
| Nível de escolaridade: | |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Curso Técnico Incompleto <input type="checkbox"/> Curso Técnico Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Pós graduação Incompleta <input type="checkbox"/> Pós graduação completa | |
| Função: _____ Tempo de formação: _____ anos | |
| Tempo que trabalha no Hospital Bom Jesus _____ | |
| Trabalha em outra instituição (____) Sim () Não Se sim, qual setor atua? _____ | |
| 1. O que você entende como humanização na assistência ao parto e nascimento? _____ _____ _____ _____ | 6. Qual a importância da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido? _____ _____ _____ |
| 2. Pode citar exemplos de boas práticas nessa assistência? _____ _____ _____ _____ | 7. Quais cuidados com o recém-nascido são indispensáveis após o parto? Em que momento eles devem ser realizados e por quê? _____ _____ _____ |
| 3. Quais destas boas práticas estão presentes na sua rotina de trabalho? _____ _____ _____ | 8. Em que momento deve ser realizado o primeiro banho do recém-nascido? Por quê e como ele deve ser feito? _____ _____ _____ |
| 4. O contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido na primeira hora de vida é importante? Por quê? Como ele deve ser realizado? _____ _____ _____ _____ | 9. Que dificuldade e facilidade você encontra em seu local de trabalho? _____ _____ _____ |
| 5. Em que momento o cordão umbilical deve ser clamped/cortado? Por quê? _____ _____ _____ _____ | 10. A assistência que você presta hoje é a mesma que gostaria de receber caso fosse a(s) usuário (a)? Por quê? _____ _____ _____ |

