

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL - GESTÃO DE CUIDADO EM  
ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**ELIZETE BESEN MÜLLER**

**CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO:  
UMA PROPOSTA DE ENFERMEIRAS COM BASE NAS BOAS  
PRÁTICAS**

Florianópolis  
2012



Elizete Besen Müller

**CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO:  
UMA PROPOSTA DE ENFERMEIRAS COM BASE NAS BOAS  
PRÁTICAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade e na linha de pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Mota Zampieri

Florianópolis

2012

**ELIZETE BESEN MÜLLER**

**CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO:  
UMA PROPOSTA DE ENFERMEIRAS COM BASE NAS BOAS  
PRÁTICAS**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE PROFISSIONAL – GESTÃO DO CUIDADO EM  
ENFERMAGEM**

e aprovada em 13 de dezembro de 2012, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem. Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.



Dra. Francine Lima Gelbecke  
Coordenadora do Curso

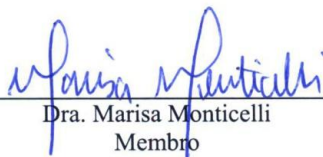
**Banca Examinadora:**



Dra. Maria de Fátima Mota Zampieri  
Presidente



Dra. Vitória R. Petters Gregório  
Membro



Dra. Marisa Monticelli  
Membro



Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza  
Membro



## AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, pai de infinito amor, força constante em todo o meu caminhar.

A meus pais Pedro e Rainildes *in memoriam*, pelo grande exemplo de fé, perseverança e dignidade.

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

Aos meus queridos filhos Henrique, Leonardo e Cristina, pelo incentivo, apoio e dedicação. Que vocês nunca desistam de seus sonhos e busquem superar os obstáculos que a vida lhes imponha no decorrer da caminhada. Amo muitíssimo vocês.

À minha família, em especial minha irmã Lúcia, grande amiga e companheira de todas as horas, uma segunda mãe, sempre com uma palavra amiga e seu apoio incondicional.

À querida professora Dra Maria de Fátima Mota Zampieri, minha orientadora, pelo carinho, respeito, incentivo e compreensão com que me acolheu e orientou sobre que direção seguir nesta caminhada exaustiva, contribuindo muito com seus conhecimentos e sua experiência.

Aos membros da titulares da Banca, professoras Dra Marisa Monticelli, Dra Vitória Regina Petters Gregório e Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza, e o membro suplente, Enf<sup>a</sup> Dra Dionice Furlani, agradeço imensamente pelas sugestões, contribuições e pela disponibilidade em participarem. Também agradeço muito a participação da Doutoranda Vania Sorgato Collaço, companheira de trabalho e pesquisa que trouxe excelentes contribuições e reflexões acerca do tema.

Às professoras do mestrado profissional em enfermagem, pela disponibilidade de nos ensinarem e pelo apoio. Em especial à Dra. Francine Lima Gelbcke, coordenadora do mestrado profissional,

obrigada pelo incentivo.

Às enfermeiras do Centro Obstétrico e da Central de Incentivo ao Aleitamento Materno por terem aceitado participar e muito contribuir com esse estudo, pela forma descontraída de participarem das entrevistas e das oficinas, refletindo e socializando novos conhecimentos. Agradeço de coração.

Aos demais colegas do Centro Obstétrico, obrigada por me apoiarem nos momentos de cansaço e por terem me estimulado a seguir em frente.

À enfermeira Márcia Jordão, por ter sido minha auxiliar no desenvolvimento das oficinas. Pela consideração, apoio e carinho, obrigada.

Às colegas do mestrado profissional, em especial às amigas Vera e Raquel, por juntas superarmos muitas barreiras e conseguirmos concluir essa etapa.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR), pelo acolhimento, contribuições e trocas de experiências.

MÜLLER, Elizete Besen. **Cuidados ao recém-nascido no Centro Obstétrico**: uma proposta de enfermeiras com base nas boas práticas. 2012. 209f. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

## RESUMO

Pesquisa qualitativa na modalidade Convergente-Assistencial, com os objetivos de “Conhecer as divergências nos cuidados prestados ao recém-nascido, na ótica das enfermeiras do Centro Obstétrico de um hospital público” e “Construir, com as enfermeiras, uma proposta de cuidados ao recém-nascido no Centro Obstétrico”. Foi realizada no Centro Obstétrico da maternidade de um Hospital Universitário, com oito enfermeiras. A coleta de dados ocorreu entre setembro/2011 e abril/2012, e englobou entrevistas e realização de oficinas. As oficinas seguiram as etapas: acolher; interagir e sensibilizar; planejar, validar e definir caminhos; problematizar o tema; integrar; compartilhar e definir consensos e rever e redirecionar condutas. O referencial teórico que guiou o estudo apoiou-se nas boas práticas no cuidado ao recém-nascido e ideias de Paulo Freire. A análise seguiu as etapas de apreensão, síntese, teorização e recontextualização. Após a leitura, emergiram temas que, pela semelhança, originaram categorias. Os resultados foram apresentados em três artigos e uma proposta de cuidados. Artigo 1, intitulado “Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no Centro Obstétrico”; artigo 2, intitulado “Primeiro banho do recém-nascido na ótica das enfermeiras, com base nas boas práticas”, e artigo 3, intitulado “Prática educativa: oportunidade coletiva de reflexão, diálogo e adequação dos cuidados ao recém-nascido no Centro Obstétrico”, e uma Proposta de cuidados ao recém-nascido, síntese dos cuidados e de como realizá-los, fundamentada na literatura, construída coletivamente pelas participantes. No primeiro artigo identificaram-se as convergências e divergências relacionadas aos cuidados com o recém-nascido e caminhos para superá-las. Destacaram-se divergências quanto a: horários, materiais, medicamentos, locais e formas diferentes de conduzir o cuidado adotados pelos profissionais, alguns divergentes da literatura, ora valorizando e centrando-se no recém-nascido e na interação com a família, ora priorizando apenas a questão técnica,



podendo interferir no cuidado prestado e no vínculo pais/recém-nascidos. Sugeriram para superar as divergências: capacitação e integração dos profissionais e construção de proposta de cuidados fundamentada nas boas práticas. No segundo artigo, identificaram-se divergências relacionadas ao horário do banho (precoce ou tardiamente), tipos de banho e técnicas (de esponja, de imersão, bipartido, japonês) e uso ou não de degermantes. O terceiro artigo descreve o desenvolvimento da prática educativa, as estratégias e etapas, os resultados, consensos e a avaliação do processo. A consecução dos objetivos desvela divergências entre o preconizado e o existente no cotidiano do cuidar, que podem interferir no processo de nascimento e na formação do vínculo entre pais e recém-nascido e ser hostis e agressivas, centradas mais técnica, no intervencionismo do que no recém-nascido e suas necessidades. O estudo ratifica que a pesquisa convergente-assistencial propicia, além da investigação, a ampliação e inovação do saber. Reforça a prática educativa como um instrumento de reflexão e teorização importante para os enfermeiros trabalharem o contexto de cuidar, onde todos participam, aprendem e ensinam de forma coletiva e simultânea em busca de caminhos de transformação da realidade. Este amplia o estado da arte sobre a temática, podendo subsidiar mudanças no cotidiano do cuidado. Reforça que há divergências de cuidados e da forma de realizá-los que devem coletivamente ser refletidas, estudadas, transformadas e acordadas entre aqueles que realizam o cuidado para desenvolvê-lo com base nas boas práticas.

**Palavras-chave:** Recém-nascido. Cuidado. Enfermeiras. Enfermagem neonatal. Educação. Assistência centrada no paciente.

## ABSTRACT

Qualitative research in the Convergent-Assistential genre, with the intention of “Getting to know the divergences in the caretaking of the newborn, in the nurses perspective at the Obstetric Center of a public hospital” and “To build, with the nurses, a newborn caretaking proposal at the Obstetric Center”. It took place at the Obstetric Center of the maternity unit at a University Hospital, with eight nurses. The data collection took place from September/2011 to April/2012 and encompasses interviews and workshops. The workshops followed these steps: sheltering, interacting and awareness; planning, validating and defining consensus; problematizing the theme; integrating; sharing and defining consensus, reviewing and redirecting conducts. The theoretical framework that guided the study relied on good practices in the care of newborns and the ideas of Paulo Freire. The analysis followed the steps of apprehension, synthesis, theory and recontextualization. After reading, because of the similarities, the themes originated categories. Article 1, entitled "Differences Regarding the care of newborns in the Obstetric Center", Article 2, entitled "A newborns first bath from the viewpoint of the nurses, based on good practices" and Article 3, entitled "Educational Practice: a collective opportunity for reflection, discussion and suitability for caretaking of newborns at the Obstetric Center ", and a Care proposal for Newborns, synthesis of care and how to implement them, based on literature, collectively constructed by the participants. In the first article, the similarities and differences related to the care of newborns and the ways to overcome them were identified. The disagreements were highlighted as: schedules, materials, medicines, local and different ways of conducting the care used by the professionals, some divergent literature, sometimes enhancing and focusing on newborns and the interaction with family, sometimes just prioritizing a technical issue, possibly causing interference in the care provided and in the bond between parents/newborns. It was suggested to overcome the divergences: integration and training of professionals and to build a proposal of care based on good practices. In the second article, it was identified there were some disagreements related to bath time (early or late), types of bath and techniques (sponge, soaking, split, Japanese) and use or nonuse of anti-germs. The third article describes the development of the

educational practices, strategies and steps, the results, consensus and evaluation of the process. The achievement of the goals unveils discrepancies between the existing and recommended daily care, which can interfere with the birth process and in the creation of the bond between parents and newborns. Also it can be hostile and aggressive, focusing more technique and interventionism than in the newborns and their needs. The study confirms that the convergent-assistive research provides, in addition to research, innovation and the expansion of knowledge. It reinforces the educational practice as an important tool of reflection and theorizing for nurses working in the context of care, in which everybody participate, learn and teach collectively and simultaneously, seeking ways of transforming reality. This study extends the state of the art on the subject, and can subsidize changes in daily care. It also reinforces the fact that there are differences in the care and how to accomplish them and those differences should be collectively reflected, analyzed, processed and agreed between those who perform the care, so it can be developed based on good practices.

**Keywords:** Newborn. Care. Nurses. Neonatal nursery. Education. Patient-centered care.

## RESUMEN

Estudio cualitativo en modalidad Convergente - Asistencial, con los objetivos de “Conocer las divergencias en los cuidados brindados al recién nacido, según la visión de las enfermeras del Centro Obstétrico de un hospital público” y “Construir, con las enfermeras, una propuesta de cuidados del recién nacido en el Centro Obstétrico”. Realizado en el Centro Obstétrico de la maternidad de un Hospital Universitario, con ocho enfermeras. La recopilación de datos tuvo lugar entre septiembre/2011 y abril/2012, y englobó entrevistas y realización de talleres. Los talleres siguieron las etapas de: acoger; interactuar y sensibilizar; planificar, validar y definir caminos; problematizar el tema; integrar; compartir y definir consensos y rever y redirigir conductas. El referencial teórico que guió el estudio se apoyó en las buenas prácticas en el cuidado del recién nacido y en las ideas de Paulo Freire. El análisis siguió las etapas de comprensión, síntesis, teorización y recontextualización. Después de la lectura, surgieron temas que, por la semejanza, originaron categorías. Los resultados se presentaron en tres artículos y en una propuesta de cuidados. Artículo 1, titulado “Divergencias con relación a los cuidados del recién nacido en el Centro Obstétrico”; artículo 2, titulado “Primer baño del recién nacido según la óptica de las enfermeras, con base en las buenas prácticas”, y artículo 3, titulado “Práctica educativa: oportunidad colectiva de reflexión, diálogo y adecuación de los cuidados del recién nacido en el Centro Obstétrico”, y una Propuesta de cuidados del recién nacido, síntesis de los cuidados y de cómo realizarlos, fundamentada en la literatura, construida colectivamente por las participantes. En el primer artículo se identificaron las convergencias y las divergencias relacionadas a los cuidados del recién nacido y los caminos para superarlas. Se destacaron divergencias con relación a: horarios, materiales, medicamentos, lugares y formas diferentes de conducir el cuidado adoptados por los profesionales, algunos divergentes de la literatura, unas veces valorando y centrándose en el recién nacido y en la interacción con la familia, otras priorizando solamente la cuestión técnica, pudiendo interferir en el cuidado brindado y en el vínculo padres/recién nacidos. Surgieron para superar las siguientes divergencias: capacitación e integración de los profesionales y construcción de una propuesta de cuidados

fundamentada en las buenas prácticas. En el segundo artículo, se identificaron divergencias relacionadas con el horario del baño (precoz o tardío), tipos de baño y técnicas (con esponja, de inmersión, bipartido, japonés) y la realización o no de asepsia. El tercer artículo describe el desarrollo de la práctica educativa, las estrategias y las etapas, los resultados, consensos y la evaluación del proceso. La consecución de los objetivos desvela divergencias entre lo recomendado y lo existente en lo cotidiano del cuidar, que pueden interferir en el proceso de nacimiento y en la formación del vínculo entre padres y recién nacido, y ser hostiles y agresivas, centradas más en la técnica, en el intervencionismo que en el recién nacido y sus necesidades. El trabajo ratifica que el estudio convergente asistencial propicia, además de la investigación, la ampliación e innovación del saber. Refuerza la práctica educativa como un instrumento de reflexión y teorización importante para que los enfermeros trabajen el contexto de cuidar, en el que todos participan, aprenden y enseñan de forma colectiva y simultánea en búsqueda de caminos de transformación de la realidad. Este amplía el estado del arte sobre la temática, pudiendo subsidiar cambios en lo cotidiano del cuidado. Refuerza que existen divergencias en los cuidados y en la forma de realizarlos que deben ser colectivamente reflexionadas, estudiadas, transformadas y acordadas entre aquellos que realizan el cuidado para desarrollarlo con base en las buenas prácticas.

**Palabras clave:** Recién nacido. Cuidado. Enfermeras. Enfermería neonatal. Educación. Asistencia centrada en el paciente.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	19
<b>2 CONTEXTUALIZAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO.....</b>	<b>28</b>
2.1 AMBIENTE PARA RECEPÇÃO DO RECÉM-NASCIDO.....	30
2.2 SECAR E AQUECER.....	31
2.3 AVALIAÇÃO DA VITALIDADE.....	32
2.4 CONTATO PELE A PELE.....	33
2.5 CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL.....	34
2.6 INÍCIO DA PRIMEIRA MAMADA.....	35
2.7 IDENTIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO.....	36
2.8 ADMINISTRAÇÃO DO CREDÊ.....	37
2.9 ADMINISTRAÇÃO DA VITAMINA K.....	38
2.10 VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS.....	39
2.11 VERIFICAÇÃO DA ANTROPOMETRIA.....	40
2.12 REALIZAÇÃO DE CUIDADOS COM O COTO.....	41
2.13 REALIZAÇÃO DO PRIMEIRO BANHO DO RECÉM- NASCIDO.....	41
2.14 CAMINHOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NO COTIDIANO DO CUIDADO.....	45
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>48</b>
3.1 PRESSUPOSTOS.....	49
3.2 CONCEITOS INTER-RELACIONADOS.....	51
<b>3.2.1 Ser Humano.....</b>	<b>51</b>
<b>3.2.2 Nascimento.....</b>	<b>54</b>
<b>3.2.3 O cuidado ao RN baseado nas boas práticas.....</b>	<b>55</b>
<b>3.2.5 Ambiente.....</b>	<b>55</b>
<b>3.2.6 Prática educativa.....</b>	<b>56</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>58</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	58
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO.....	59

4.3 SUJEITOS ENVOLVIDOS NO ESTUDO.....	62
4.4 COLETA DE DADOS.....	63
<b>4.4.1 Entrevistas.....</b>	<b>63</b>
<b>4.4.2 Oficinas.....</b>	<b>63</b>
<b>4.4.2.1 Operacionalização dos passos da oficina – um exemplo.....</b>	<b>65</b>
4.5 REGISTRO E ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES.....	67
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	68
4.7 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	69
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>72</b>
5.1 ARTIGO 1: DIVERGÊNCIAS EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO .....	73
5.2 ARTIGO 2: PRIMEIRO BANHO DO RECÉM-NASCIDO NA ÓTICA DAS ENFERMEIRAS, COM BASE NAS BOAS PRÁTICAS.....	103
5.3 ARTIGO 3: PRÁTICA EDUCATIVA: UMA OPORTUNIDADE COLETIVA DE REFLEXÃO, DIÁLOGO E ADEQUAÇÃO DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO..	129
5.4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO: PROPOSTA DE ENFERMEIRAS COM BASE NAS BOAS PRÁTICAS.....	153
<b>5.4.1 O Nascimento.....</b>	<b>153</b>
<b>5.4.2 Desenvolvimento dos cuidados ao recém-nascido no Centro Obstétrico.....</b>	<b>153</b>
5.4.2.1 Secar e aquecer.....	154
5.4.2.2 Avaliar a vitalidade.....	155
5.4.2.3 Colocar o RN em contato pele a pele com sua mãe.....	156
5.4.2.4 Clampar o cordão umbilical.....	157
5.4.2.5 Iniciar a amamentação logo após o parto.....	157
5.4.2.6 Identificar o RN.....	158
5.4.2.7 Administrar credê no recém-nascido.....	160
5.4.2.8 Administração da vitamina K.....	161
5.4.2.9 Verificação dos sinais vitais.....	166
5.4.2.10 Verificação da antropometria.....	167
5.4.2.11 Realização cuidados com o coto umbilical.....	168
5.4.2.12 Realização do primeiro banho do recém-nascido.....	169
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>183</b>

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	186
<b>APÊNDICES</b> .....	202
APÊNDICE 1: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM ENFERMEIROS DO CENTRO OBSTÉTRICO.....	202
APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	204
<b>ANEXOS</b> .....	207
ANEXO 1 - FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO HU.....	207
ANEXO 2 - CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	209





# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Minha trajetória de trabalho na enfermagem iniciou em 1985 na unidade de internação pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Mesmo trabalhando nesta unidade, meu grande desejo, desde a graduação, era atuar na área obstétrica e neonatal, situação que pôde ser concretizada com a realização do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, Perinatal e Obstetrícia Social, nos anos de 1992 e 1993, na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Estes dois anos constituíram um período de intensa aprendizagem e sedimentação de um sonho, corroborado com meu ingresso como enfermeira no Centro Obstétrico da Maternidade do HU/UFSC, na sua abertura, em 1995. A participação na comissão para implantação da maternidade durante dois anos, no período que antecedeu a inauguração da maternidade, foi crucial para o meu crescimento pessoal e profissional. Contribuiu para fortalecer minha percepção sobre o papel do enfermeiro junto à clientela e também a respeito da profissão, especialmente para o desenvolvimento de um cuidado humanizado e para a melhoria das condições de vida e saúde, tanto da equipe, quanto dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste processo, o nascimento do bebê sempre me despertou interesse e me estimulou a buscar e ampliar conhecimentos na área de obstetrícia e neonatologia.

O número expressivo de nascimentos e as novas iniciativas profissionais e governamentais com vistas a uma atenção diferenciada, humanizada, qualificada e embasada em fundamentos científicos constituíram os primeiros fatores que motivaram este estudo, levando à reflexão sobre os cuidados prestados aos recém-nascidos no Centro Obstétrico (CO) pela equipe de saúde, numa perspectiva humanística e em consonância com a filosofia desta maternidade.

Diariamente ocorrem cerca 200 mil nascimentos no mundo (CORRÊA; CORRÊA FILHO, 2001). Nascerem no Brasil, aproximadamente, três milhões de crianças por ano, a maioria delas, com boa vitalidade. Entretanto, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), informa que a taxa de mortalidade infantil em 2000, era de 29,7%, ou seja, de cada mil crianças nascidas vivas, 29,7 não completavam o primeiro ano de vida, já em 2010, o índice caiu para

15,6‰, havendo uma redução de 47% (BRASIL, 2012a).

Mas nem sempre foi assim, durante muitos séculos, no mundo e no Brasil, a criança não era considerada parte integrante da sociedade, sendo vista como um ser sem alma e sem corpo, tratada com indiferença, sendo comuns as práticas de aborto, infanticídio e abandono. Até o século XVI, mundialmente, os índices de mortalidade infantil eram altíssimos, pois não haviam instituições voltadas às crianças doentes, prematuras e malformadas, havendo a concepção e o sentimento de que a seleção natural se encarregaria de determinar aquelas que seriam fortes e que deveriam sobreviver (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

As elevadas taxas mundiais de mortalidade infantil ao longo dos anos foram os desencadeadores do surgimento da neonatologia na França no século XIX, quando foram instituídos os princípios e métodos da medicina neonatal desenvolvidos pelo obstetra francês Pierre Budin. A partir do século XX, os avanços médicos e tecnológicos levaram à melhoria da qualidade do cuidado neonatal. As taxas de mortalidade foram reduzidas, a infecção hospitalar foi controlada, mas houve um afastamento entre a mãe e seu filho, prejudicando a interação e o aleitamento (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

Na segunda metade deste século, o Brasil iniciou sua organização nesta área, com base nos métodos estrangeiros, adotou novas técnicas e equipamentos como as incubadoras, passou a preocupar-se com os cuidados e introduziu um pré-natal com maior qualidade (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

Os progressos técnico-científicos, organização e aperfeiçoamento dos cuidados geraram significativas transformações na assistência ao recém-nascido (RN) e culminaram com a diminuição das taxas de mortalidade e morbidade neonatal no Brasil (TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010). Esta redução atendeu uma das metas de Desenvolvimento do Milênio, registrado como quarto objetivo, compromisso das nações da Organização das Nações Unidas (ONU) para reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade infantil no país (BRASIL, 2011a). O Brasil, antecipadamente, alcançou o índice de redução da taxa de mortalidade infantil prevista para 2015, ou seja, 15,6 mortes em 2010 por 1.000 nascidos vivos, sendo um dos motivos a ampliação dos programas de políticas públicas voltadas para a família, à gestante e à criança (BRASIL, 2012a, 2012b).

Colaboraram para isto a instituição de vários programas que estabeleceram cuidados para que o RN tenha uma transição mais

favorável e segura, entre eles, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o Método Mãe-Canguru, o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e a Rede Cegonha. A IHAC, idealizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), lançada em 1994 no Brasil, visa promover, proteger e apoiar o aleitamento materno e tem como um dos passos a amamentação na primeira hora de vida na sala de parto. O PNHP, implantado em 2000, com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, busca assegurar um cuidado humanizado ao RN, uma recepção digna, evitando práticas intervencionistas desnecessárias. O Método Mãe-Canguru, instituído a partir de 1999 no Brasil, inovou na assistência tradicional aos RN prematuros e de baixo peso, estimulando o contato pele a pele e a amamentação. O Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançada em 2004, destaca dentre outras ações, a atenção integral à saúde da criança e a meta de redução da mortalidade infantil. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, instituída em 2005, busca o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e RNs, estabelecendo os cuidados após o nascimento, e estimulando ações que favoreçam a interação mãe-bebê (BRASIL, 2011a; COSTA et al., 2010). Mais recentemente, a Rede Cegonha, estabelecida em 2011, sistematizou e institucionalizou um modelo de atenção, mediante a aplicação de boas práticas e segurança na atenção ao parto e ao nascimento, bem como ao crescimento e ao desenvolvimento de crianças saudáveis (BRASIL, 2011c, 2012a, 2012b).

Apesar da redução das taxas de mortalidade infantil, das diversas transformações e avanços ao longo do tempo, os índices de mortalidade neonatal (entre 0 e 27 dias de vida), ainda são elevados e a velocidade de queda dessas taxas no Brasil tem sido lenta (LANSKY; FRANÇA, 2008). Chama a atenção o fato da mortalidade neonatal ser responsável por cerca de 60 a 70% das mortes no primeiro ano de vida, e deste percentual, em torno de 25 a 45% acontecer nas primeiras 24hs de vida. Em que pese o quadro atual de baixa na mortalidade infantil ainda há um longo caminho a percorrer para que o Brasil se aproxime dos níveis das regiões mais desenvolvidas do mundo, em torno de cinco óbitos de crianças menores de um ano para cada mil nascidos vivos (IBGE, 2012). Sabe-se que a maioria dessas mortes poderia ser evitada com o uso de medidas simples e de baixo custo, tomadas pelos profissionais de saúde,

mães e famílias, entre elas, o acesso aos serviços, assistência adequada no pré-natal, no parto e no pós-parto (UNICEF, 2009).

A adequação do cuidado ao RN tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país (BRASIL, 2011a, 2011b; UNICEF, 2011). Um dos motivos que dificultam esta redução, é, provavelmente, a distância entre as ações planejadas para uma maternidade segura e os esforços direcionados especificamente para a sobrevivência infantil (BECK et al., 2004).

No período neonatal, existe grande vulnerabilidade na vida do RN, havendo riscos biológicos, ambientais, psíquicos, socioeconômicos e culturais. Em função disso, se faz necessário o estabelecimento de cuidados especiais, atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde a esta parcela da população na gravidez, parto e pós-parto (BRASIL, 2011a). No momento do nascimento e nas horas que se sucedem, além da preocupação com redução de riscos é fundamental receptionar dignamente o RN, reconhecê-lo como um ser com potencialidades e ao mesmo tempo dependente, um ser com direitos que necessita proteção, cuidados, segurança como forma de promover a sua saúde mental e física e desenvolver seu máximo potencial psicomotor e social, a fim de que no futuro possa alcançar uma realização plena como ser humano.

O momento de transição do meio intra para o extrauterino é delicado e marcado por intensas mudanças para o RN (CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007). O nascimento é uma experiência intensa para o RN. No meio uterino os aspectos ambientais são adequados ao feto, já que este fornece proteção, temperatura agradável e nutrição. Após o nascimento, o RN começa a ter uma vida independente e precisará se adaptar definitivamente ao meio extrauterino. Os substratos energéticos e nutricionais fornecidos pela mãe e as trocas gasosas passam a ser de responsabilidade do RN (CONCEIÇÃO, 2010; CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007; DUTRA, 2006; MACHADO, 1995). Ao deixar o ambiente intrauterino contido e protegido, o RN mesmo psicologicamente mantendo uma relação simbiótica com a mãe, dá os primeiros passos para sua independência, e precisará se adaptar definitivamente ao meio extrauterino diferente e desconhecido.

A maior alteração fisiológica pela qual o RN passa ao nascer consiste na transição entre a circulação fetal para a respiração independente (WHEELER, 2011). No entanto, do ponto de vista social, a mudança é ainda maior, já que o RN transita de um espaço individual e simbiótico com sua mãe, para um ambiente social, o mundo. Este processo transicional às vezes acontece de forma um tanto hostil,

dependendo do ambiente do nascimento, de quem o recepciona, das pessoas com quem interage e dos cuidados prestados a ele (DUTRA, 2006).

Quando nasce, a criança é um ser particularmente frágil e para uma boa transição da vida intrauterina para a vida extrauterina necessita de cuidados imediatos e mediatos individuais e personalizados (FRANCO, 2007). Os cuidados prestados ao RN imediatamente após o parto pelos profissionais de saúde envolvidos (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, obstetras e neonatologistas) no nascimento são fundamentais para a adaptação do mesmo a nova vida, para interação com sua mãe e pai, seu desenvolvimento físico e psíquico e para diminuição da morbimortalidade neonatal (ALMEIDA, 2009; CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007; FERNANDES; KIMURA, 2005).

É sabido que os primeiros laços de aproximação, logo após o nascimento, entre mãe e filho são preponderantes para propiciar a formação do vínculo e o reconhecimento mútuo (BOWLBY, 1990; ROSA et al., 2010) e influenciam a qualidade do funcionamento psíquico definitivo deste ser (CORRÊA; CORRÊA FILHO, 2004). Além disso, estimulam os sistemas sensoriais do RN, aumentando sua atividade motora, tais como: movimento ocular e capacidade de direcionar sua face ao som da voz materna. Por sua vez, aumentam a sensibilidade materna, uma vez que ao ver o filho pela primeira vez, a mãe sente vontade de acariciá-lo, o que o acalma e contribui para perceber com maior tranquilidade o novo mundo (MALDONADO, 2005). Neste sentido, constitui-se uma boa prática na área obstétrica e neonatal evitar separações desnecessárias entre o binômio mãe e filho e adotar comportamentos que favoreçam o vínculo de mãe e filho citados por Brazelton (1988); Klaus e Kennel (1992) e Weeller (2011) que incluem: a posição face a face, despir e tocar o RN; sorrir, beijar e falar com ele; segurá-lo, balançá-lo e aninhá-lo perto do corpo.

Quando o RN nasce em boas condições de vitalidade e a termo, ou seja, idade gestacional acima de 37 semanas, mostra-se rosado e ativo, não apresenta sinais mínimos de sofrimento respiratório ou alterações clínicas importantes logo após o nascimento (ZAICHKIN, 2010), esse deve ser estimulado desde os primeiros minutos de vida interagir com a mãe. Para tanto, o enfermeiro deve promover o contato pele a pele entre mãe e filho, bem como a amamentação precoce, sendo que esta prática deve sobrepujar qualquer norma ou rotina de atendimento (BRASIL, 2011b; CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007; MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011).

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

Nesta perspectiva, é fundamental para o desenvolvimento de cuidados mais adequados, reconhecer as necessidades do RN para que esta adaptação se dê de forma tranquila, harmoniosa e saudável (MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011) e conhecer as variáveis que aumentam ou atrapalham a interação e métodos de auxílio aos pais para que possam desenvolver esta relação mais forte (WHEELER, 2011).

As atitudes tomadas pelos profissionais que prestam cuidados ao RN na sala de parto (SP) são extremamente importantes, uma vez que essas podem interferir, facilitando ou dificultando a aproximação precoce e o vínculo mãe-bebê. Não raramente, a primeira hora de vida do RN é invadida por cuidados profissionais que não facilitam o contato do RN com sua mãe (ZVEITER; PROGIANTI, 2006). É imperativo que o profissional seja capacitado para o atendimento imediato do RN e reveja esta prática, em função do modelo assistencial ainda vigente em algumas unidades de saúde, que estabelecem rotinas em prol do bom andamento do serviço e não o bem-estar do RN (BRASIL, 2001).

O cuidado imediato é aquele prestado ao RN logo após o nascimento, e no decorrer da primeira hora que segue ao parto no CO (MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011), ou nas duas primeiras horas (SOUZA et al., 2011), visando garantir o bem estar do RN. Franco (2007) diz que os cuidados imediatos iniciam logo após a exteriorização da cabeça, prolongando-se nos primeiros minutos após o nascimento. Para Monticelli e Oliveira (2011), estes cuidados devem ser desenvolvidos, respeitando a ética profissional, a filosofia da instituição e os princípios de humanização do nascimento.

Os principais objetivos dos cuidados imediatos são proporcionar a todos os RNs as condições ótimas que visam auxiliá-los em sua adaptação à vida extrauterina (RICCI, 2008; SOUZA et al., 2011). No cuidado ao RN normal, que constitui a maioria dos casos, segundo Brasil (2011a), nada

mais deve ser feito além de secar, aquecer, avaliar e entregar à mãe para um contato íntimo e precoce (BRASIL, 2011b). Todos os procedimentos habituais como pesar, aplicar a Vitamina K e Credê e outros deve ser realizados após o contato da mãe com seu filho (BRASIL, 2001). Essas práticas rotineiras como banho e antropometria, podem afetar o contato entre mãe e RN logo após o parto e o início da amamentação (BRASIL, 2011b).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu como parte de um protocolo denominado “Cuidado essencial ao recém-nascido” como sendo necessidades básicas do RN, o aquecimento, a limpeza, o aleitamento materno, a segurança e a vigilância (ZVEITER; PROGIANTI, 2006). Na busca do atendimento dessas necessidades básicas, recomenda como elementos essenciais para o cuidado ao RN em casa, centros de saúde ou hospitais, a proteção térmica, a amamentação precoce e exclusiva, a higiene e o cuidado com os olhos (ZVEITER; PROGIANTI, 2006).

Os cuidados ao RN no CO diferem entre os autores, destacando-se: avaliar a vitalidade ao nascer, secar, colocar em contato pele a pele, fazer o clampeamento do cordão umbilical, credeizar, fazer antropometria, administrar a vitamina K, identificar o RN (BRASIL, 2011a), aquecer, verificar a permeabilidade das vias aéreas, promover o vínculo mãe-bebê, estimular precocemente o aleitamento materno, vacinar contra hepatite B, realizar cuidados com o cordão umbilical (GOMES, 2010), proteger contra traumatismos e infecções (FRANCO, 2007). Monticelli e Oliveira (2011), além dos supracitados, citam também: verificar a temperatura e registrar o nascimento.

A realização dos cuidados imediatos pode ser executada de diferentes formas, de acordo com o modelo de assistência adotado pela instituição (CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007).

Ao observarmos as práticas realizadas na instituição, contexto deste estudo, e pesquisando o tema na literatura percebemos que a determinação deste período, os cuidados a serem realizados e a forma de fazê-los, divergem entre os autores da área e nas práticas realizadas no CO. As divergências dizem respeito aos procedimentos (quais, como e quando realizá-los) e sua interferência ou não na relação entre o RN e seus pais, as técnicas e instrumentos utilizados (materiais, medicamentos, produtos usados, passos das técnicas), quem deve realizá-los e se devem ou não ser feitos no CO.

Estas divergências não são explicitadas, refletidas, ou discutidas no âmbito do trabalho e continuam sendo realizadas rotineiramente, sem



a busca de um fundamento científico, o que tem nos inquietado e deu origem às seguintes perguntas de pesquisa:

**Quais são as divergências relacionadas ao cuidado prestado ao RN, na ótica das enfermeiras do Centro Obstétrico de um hospital público, e como poderiam ser estes cuidados de forma a superar as divergências existentes?**

Neste estudo, os cuidados se dirigem prioritariamente aos RNs a termo, ou seja, os que nascem com mais de 37 semanas de idade gestacional, com boa vitalidade, sem intercorrências clínicas. Foram considerados como cuidados aqueles realizados na primeira hora após o parto no CO do HU/UFSC, contexto desta pesquisa, período que corresponde ao tempo em que normalmente mães e RNs ficam no CO, antes de serem encaminhados ao Alojamento Conjunto (AC). Quanto aos cuidados, foram considerados os que normalmente são realizados no CO desta instituição, que incluem: secar, aquecer, avaliar as condições de vitalidade do RN, colocar em contato pele a pele com a mãe, clampar o cordão umbilical, incentivar a amamentação, identificar o RN, administrar o credê e kanakion, verificar sinais vitais e antropometria (peso, estatura e perímetro cefálico), dar o primeiro banho e prestar cuidados com o coto umbilical.

Este tema é atual e relevante, envolve o cotidiano do trabalho da equipe de saúde e os enfermeiros que atuam diretamente no cuidado ao RN. Para efeito deste estudo, sem desconsiderar os importantes papéis desenvolvidos por todos os membros da equipe de enfermagem, optamos estudar os cuidados ao RN na ótica das enfermeiras, escolhendo estas profissionais como população alvo.

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

Para tanto, é fundamental instrumentalizar a equipe, sobretudo, as enfermeiras para atender as necessidades integrais dos novos sujeitos que chegam ao mundo, bem como de suas famílias (MONTICELLI;

OLIVEIRA, 2011), para que coletivamente possam produzir conhecimentos e construir caminhos que venham a contribuir para melhoria dos cuidados prestados, respeitando e estimulando as relações entre o bebê e seus pais, vitais na formação do psiquismo, crescimento e integração social saudáveis do bebê (ALMEIDA, 2009).

Tendo em vista que o cuidado ao RN é uma situação do cotidiano da prática de enfermagem, buscamos desenvolver uma pesquisa convergente-assistencial (PCA). Na PCA o pesquisador envolve pessoas representativas da situação a ser pesquisada, ou seja, os sujeitos da pesquisa, e numa cooperação ativa e mútua, articula a prática profissional com o conhecimento teórico (TRENTINI; PAIM, 2004). Procura, segundo as mesmas, solucionar ou minimizar os problemas que envolvem o cuidado, gerar mudanças e inovações nas práticas de cuidar. Permite que a enfermeira encontre formas de auxiliar a equipe de enfermagem a promoverem-se enquanto sujeitos deste caminhar, “guiada por um processo crescente que vai ‘do que fazer’ para o ‘como fazer’ e, deste, para o ‘por que fazer’, ou seja, ‘saber fazer’” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 29). No desenvolvimento da PCA, optamos por utilizar como referencial as boas práticas e algumas ideias da educação problematizadora de Paulo Freire, em função da sua abordagem coletiva, reflexiva e dialógica. O planejamento dos cuidados ao RN baseado em boas práticas, requer um trabalho coletivo, criativo, uma reflexão crítica sobre o cuidado prestado com base nas experiências profissionais e conhecimentos científicos.

Assim, o fato de um dos pesquisadores desenvolver atividades práticas no CO de uma instituição pública, que segue os princípios da humanização no atendimento, e desta temática ser pouco discutida neste local e não existir uma proposta da enfermagem escrita atualizada baseado em boas práticas para direcionar os cuidados ao RN no CO motivaram esta pesquisa. As divergências na literatura e na prática, o número reduzido de publicações em nível nacional, levando a uma lacuna na produção de conhecimentos nesta área que fundamente e defina as boas práticas do ponto de vista científico e humanístico constituíram outros fatores que estimularam o desenvolvimento deste estudo, que tem como objetivos:

- **Conhecer as divergências nos cuidados prestados ao recém-nascido, na ótica das enfermeiras do Centro Obstétrico de um hospital público.**
- **Construir, com as enfermeiras, uma proposta de cuidados ao recém-nascido no Centro Obstétrico.**

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO

*“Bebês e crianças pequenas não são lousas das quais o passado pode ser apagado com um espanador ou esponja, mas seres humanos que trazem em seu íntimo suas experiências anteriores e cujo comportamento no presente é profundamente afetado pelo que aconteceu antes.”*  
(BOWLBY, 1961, p. 192).

Grande parte das rotinas hospitalares usadas para manejar e avaliar os recém-nascidos após o nascimento foram desenvolvidas ao longo dos anos por conveniência ou hábito e nem sempre foram validadas cientificamente. Sabe-se que essas práticas, comuns e essenciais de atenção ao parto, nascimento, e ao pós-nascimento imediato têm um impacto importante na transição de feto a recém-nascido, envolvem mãe e filho cuja saúde e nutrição estão estreitamente ligadas. Assim, ao se recomendar para as práticas de atenção ao RN devem ser avaliados os benefícios relativos de cada prática a curto e longo prazo, tanto para a mãe quanto para a criança (BRASIL, 2011b; MERCER et al., 2010). De forma a favorecer um nascimento suave, harmonioso e fisiológico, centrado neste novo ser e família, sem interferir no vínculo do RN com seus pais, práticas de atenção adequadas, integrais e baseadas em fundamentos científicos devem ser adotadas como modelo na atenção ao parto e nos cuidados ao RN, aqui denominadas de boas práticas, e as que têm se mostrado prejudiciais ou em nada benéficas à saúde da mãe ou do RN devem ser proscritas (BRASIL, 2011b).

Práticas simples como clampear o cordão oportunamente, estimular a participação do pai, manter um ambiente harmônico durante o nascimento, propiciar o contato precoce, estimular a amamentação, dentre outras, que se não realizadas podem interferir no estado nutricional e na saúde da mãe e RN a curto e longo prazo, e podem consequentemente afetar o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e puerpério, têm sido desconsideradas (BRASIL, 2011b). Por longo tempo o atendimento centrou-se na mulher e hoje mesmo sendo dividida de forma mais equitativa entre o binômio ainda é um desafio alcançar uma “atenção contínua às mães e aos recém-

nascidos”(BRASIL, 2011b, p.1).

A adaptação neonatal imediata no momento do parto depende fundamentalmente da adequada passagem da vida intrauterina para a vida em ambiente externo (BRASIL, 2012b). A transição de feto para RN é um processo fisiológico, representa uma das fases mais dinâmicas e difíceis do ciclo vital humano que exige a transformação de uma condição de completa dependência para outra de autossuficiência em relação à oxigenação e nutrição (ASKIN, 2002; LARA; GOULART; CARMO, 2010). O RN deve se adaptar rapidamente à vida fora do útero. A maioria deles nasce a termo e em boas condições de vitalidade, no entanto, eles são consideravelmente vulneráveis e necessitam de cuidados básicos adequados para permanecer em boas condições de vitalidade (ASKIN, 2002; BECK, et al., 2004; BRASIL, 2012b). Para isso, são necessários os cuidados de rotina adequados que todo RN deve receber (BRASIL, 2012b).

O clampamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele a pele e o início da amamentação exclusiva são práticas simples que, além de proporcionar benefício instantâneo ao RN, podem impactar no longo prazo na nutrição e na saúde da mãe e do bebê e, possivelmente, afetar o desenvolvimento futuro da criança muito além do período neonatal e puerpério (BRASIL, 2011b). São práticas factíveis e seguras. Essas, quando implementadas em conjunto, proporcionam benefícios para ambos, mãe e RN.

Outros cuidados, que como estes constituem os cuidados ao RN no CO, ou seja, aqueles que necessitam ser realizados, sobretudo na primeira hora após o nascimento, são fundamentais dentro das boas práticas e serão explicitados individualmente para maior compreensão, porém alguns destes ocorrem simultaneamente, e estão vinculados uns aos outros. Estes cuidados são realizados aos RNs que nascem a termo, ou seja, com mais de 37 semanas, com boas condições de vitalidade, ativos, reativos, respirando ou chorando sem dificuldades, rosados, com índice de Apgar maior ou igual a sete e que não precisam ser reanimados e não apresentem intercorrências clínicas.

Os principais cuidados incluem: secar, aquecer, avaliar a vitalidade (através do Apgar), promover o contato pele a pele, clampar oportunamente o cordão umbilical, iniciar a amamentação, identificar o RN, administrar credê e kanakion, verificar sinais vitais, realizar a antropometria e cuidados com o coto.

O banho ao RN como cuidado a ser realizado no CO é alvo de discussão entre os autores da área, como veremos, não sendo recomendado por alguns autores e instituições realizá-lo logo após o

nascimento, independente do local onde é realizado.

Para recepcionar o RN devem-se utilizar as precauções-padrão de segurança, que compreendem: lavagem/higienização correta das mãos, uso de luvas, avental impermeável, máscara e proteção facial para evitar contaminação do profissional com material biológico do RN e/ou da mãe (BRASIL, 2011a).

## 2.1 AMBIENTE PARA RECEPÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

O momento do nascimento é uma situação que pode gerar estresse (insegurança e instabilidade) para o RN, se levarmos em consideração os inúmeros fatores envolvidos nesse acontecimento, tais como, a intensidade da luz, a mudança brusca de temperatura, o excesso de ruído, os odores diferentes, as mudanças para o meio aéreo, e, principalmente, a perda do limite físico que o continha dentro do útero (LEITE, 2005).

Para facilitar a adaptação do RN ao novo ambiente e recebê-lo de forma mais harmoniosa, preconiza-se o emprego de uma luz difusa na sala de parto (SP), silêncio, ambiente menos frio e tranquilo, uma música suave e o contato corporal imediato entre a mãe e o RN (CRUZ; SUMAM; SPÍNDOLA, 2007). Isto é reforçado por Panthuraamphorn (1994 apud VERNY; WEINTRAUB, 2004) que cita um programa de estimulação neonatal planejado para aliviar e acalmar o RN, prática que tem sido adotada em centros de neonatologia mais avançados. Este programa ressalta seis cuidados imprescindíveis que são:

- Iluminação tênue e estimulação visual: a baixa luminosidade contribui para que o RN possa explorar os rostos que o rodeiam e para a sensação de calma e tranquilidade e, assim, melhorar a circulação.
- Ruído ambiental desligado e estimulação auditiva: evitar sons altos para que o RN quando está perto da mãe possa ouvir sua voz e a batida de seu coração, que lhe são familiares.
- Carícias suaves: os RNs necessitam sentir o tato da mãe quando nascem. Assim, as mães devem ser estimuladas a segurar, acariciar e afagar seus bebês imediatamente depois do parto.
- Calor: sugere que o ar condicionado que costuma ser usado para o conforto da equipe, seja desligado antes da chegada do bebê.

- Movimento e atitude de apoio: para facilitar a transição, recomenda manusear com delicadeza o RN e envolvê-lo em roupa folgada, para poder mover os braços e as pernas com mais facilidade. Além disso, este deve ser colocado sobre o abdômen da mãe, para voltar a conectar-se com os sons que ouvia quando estava no útero.
- Amamentar: o ato de sucção que o bebê tem desde o útero materno, de chupar os dedos das mãos e pés tranquilizam o RN de maneira natural, devendo ser continuados com a amamentação. Dar o peito logo propicia uma estimulação dos sentidos do gosto, olfato, tato e visão.

Já outros autores apontam que a sala esteja limpa, mais aquecida que fria, sem correntes de vento e sem muito barulho, na qual o profissional tenha possibilidade de ver a respiração e a cor da pele do bebê, podendo para tanto usar velas, lanternas ou fonte de luz indireta. Além disso, um ambiente no qual as pessoas utilizem a voz de forma suave, haja pouca movimentação, mantendo-se a privacidade para o binômio, e também seja permitida a participação de pessoa significativa à mulher (BECK et al. 2004; ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES, 2008).

## 2.2 SECAR E AQUECER

A principal perda de calor no RN ocorre por umidade. O líquido amniótico que banha a pele do RN favorece a evaporação, especialmente se o ambiente da SP estiver frio (WHEELER, 2011), ao deixar o calor do útero, o RN se estiver molhado, ou descoberto, exposto as correntes de vento ou perto de superfície fria perde calor bruscamente, podendo estes fatores, levarem a hipotermia e risco de morte por ter o sistema termorregulador imaturo (BECK et al., 2004; GOMES, 2010). A OMS reconhece a importância de cuidados com a hipotermia ao RN, incluindo este cuidado como sendo uma prioridade (BHUTTA et al., 2005).

Para minimizar a perda de calor, evitar o desconforto respiratório e facilitar a adaptação do RN ao ambiente externo é importante, ao recepcioná-lo, imediatamente secar toda a sua pele e o couro cabeludo com a toalha pré-aquecida, proteger sua cabeça com uma touca e colocar um cobertor ou lençol aquecido sobre ele e a mãe (BHUTTA et al., 2005; BRASIL, 2011a, 2011b; GOMES, 2010; INTRAPARTUM, 2008; MERCER, et al., 2010). Além disso, manter a criança em contato pele a

pele com a sua mãe, mesmo antes de cortar o cordão umbilical, colocá-la para mamar, esperar para dar o banho e manter o ambiente aquecido (BHUTTA, et al., 2005; INTRAPARTUM, 2008). A maior parte do resfriamento acontece nos primeiros minutos depois do nascimento, sendo que nos dois primeiros minutos pode haver uma perda de até dois graus centígrados (BECK et al., 2006; ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES, 2008). Também é importante destacar a importância do ambiente térmico na sala de parto. A temperatura ambiente adequada para receber o RN é de 24°C a 26°C, sem corrente de ar para que se mantenha com maior facilidade a temperatura corpórea do RN dentro da normalidade (MERCER, et al., 2010; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012b). Sugere-se para evitar a hipotermia esperar pelo menos seis horas para dar banho no recém-nascido (BECK et al., 2006), manter o bebê aquecido durante o transporte em contato pele a pele com a mãe, se possível, se ele for transferido para outra unidade de internação e verificar a temperatura do bebê (ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES, 2008).

### 2.3 AVALIAÇÃO DA VITALIDADE

A avaliação da vitalidade reflete a condição do RN depois da tensão de passar pelo trabalho de parto e parto, e permite uma avaliação das funções essenciais à vida e que precisam começar imediatamente após o nascimento (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). O método mais utilizado para verificar a vitalidade é através da avaliação do índice de Apgar no 1º e 5º minutos de vida. Este é um método objetivo de quantificar, por um sistema de pontuação, a condição de vitalidade do RN, e a reação à reanimação, caso seja necessário. São observados cinco componentes: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele, cada um dos quais é dada uma pontuação de zero, um, ou dois pontos. A soma destes cinco parâmetros corresponde ao Apgar. Um Apgar maior ou igual a sete nos primeiros minutos nos assegura uma adaptação neonatal adequada, com o estabelecimento e manutenção de respiração e a estabilização da temperatura (BRASIL, 2012b). Os Apgares do 1º e 5º minutos de vida devem ser registrados rotineiramente para todos os nascimentos e até quando a condição do bebê se estabilizar, quando este nasce com instabilidade circulatória e respiratória (INTRAPARTUM, 2008).

## 2.4 CONTATO PELE A PELE

O contato pele a pele ajuda na adaptação do RN à vida extrauterina. Este cuidado refere-se ao RN ser colocado despido em contato direto com a pele nua da mãe, sendo que a mesma provê calor diretamente ao seu bebê, através da condução (BRASIL, 2011b; MERCER et al., 2010).

Idealmente se recomenda o contato pele a pele no mínimo durante a primeira hora. Esta prática deve ser iniciada imediatamente após o nascimento, ser contínua, prolongada e estabelecida entre toda mãe-filho a termo, em boas condições de vitalidade (BRASIL, 2011a; MATOS et al., 2010; MERCER et al., 2010). A separação do bebê deve ser evitada na primeira hora após o nascimento. Procedimentos como pesar, medir e tomar banho devem ser evitados a não ser que estas medidas sejam necessárias para o atendimento imediato do bebê, diante de apgar baixo ou outras intercorrências clínicas (INTRAPARTUM, 2008).

Um ensaio clínico randomizado mostrou que os RNs que foram colocados em contato pele a pele logo após o parto com suas mães, no primeiro minuto após o nascimento e permaneceram em torno de uma hora e meia, apresentaram índice significativamente maior de sucesso na primeira mamada e levaram menor tempo para ter uma amamentação efetiva em comparação com RNs que haviam sido envoltos em cobertores e só colocados perto da mãe (MOORE; ANDERSON, 2007).

O contato pele a pele é um método seguro, sem custos e traz benefícios a curto e longo prazo tanto para a mãe quanto para o RN. Os principais são o aumento do sucesso e da duração da amamentação, controle da temperatura do RN e estabelecimento do vínculo mãe-filho (ALMEIDA; MARTINS FILHO, 2004; BRASIL, 2011b; MERCER et al., 2010). Uma revisão Cochrane, relacionada aos efeitos do contato pele a pele, mostrou que esse favorece as condutas de apego mãe-bebê, a amamentação, a estabilidade cardio-respiratória e diminuição do choro do RN, e aparentemente não tem efeitos negativos a curto ou em longo prazo (MOORE et al., 2012).

Em relação à regulação térmica, um estudo randomizado demonstrou que o contato pele a pele é tão efetivo quanto o uso da incubadora para aquecer um bebê hipotérmico (CHRISTENSSON et al., 1998).

Outro estudo ressalta ainda que os RNs que tiveram contato pele a pele com suas mães choraram menos em comparação aos que não



tiveram esse contato (CHRISTENSSON et al., 1995). Também, os que tiveram contato, dormiram por mais horas e ficaram mais tempo em estado de quietude (FERBER; MAKHOUL, 2004).

O contato pele a pele é uma prática relevante e sua implantação, deve ser incentivada em todos os serviços de saúde que prestam atendimento ao trinômio mãe-RN-pai (ALMEIDA; MARTINS FILHO, 2004). Os demais cuidados de rotina devem ser postergados para não interferir na interação precoce e no aleitamento na primeira hora de vida. Porém mantendo observação frequentemente, a fim de detectar qualquer complicação (BRASIL, 2011a; GOMES, 2010; MERCER et al., 2010).

## 2.5 CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL

Várias evidências recentes advindas de ensaios controlados randomizados de grande porte sugerem que o clampeamento em tempo oportuno do cordão umbilical é benéfico em comparação ao clampeamento imediato e protege a criança contra anemia (BHUTTA et al., 2005; CERIANI CERNADAS et al., 2006; CHAPARRO et al., 2006; HUTTON; HASSAN, 2007; VAN RHEENEN et al., 2007). No entanto, ainda é comum encontrarmos nas práticas atuais o clampeamento precoce, sendo que esta prática pode levar à anemia na infância (BRASIL, 2011a; MERCER et al., 2010). Os mesmos autores, baseados em evidências recentes, recomendam retardar o clampeamento do cordão para prevenir a deficiência de ferro e anemia na infância.

O momento ideal para pinçar o cordão umbilical dos RNs, é quando a circulação do cordão cessou, o cordão está achatado e sem pulso, leva em torno de três minutos ou mais após o nascimento. Depois das pulsações do cordão terem cessado, procede-se o clampeamento e o corte, de acordo com técnicas estritas de higiene e limpeza, fixando o *clamp* à distância de dois a três centímetros do anel umbilical (BRASIL, 2011a, 2011b, 2012b). Em um ensaio clínico randomizado foi constatado que o retardo no clampeamento do cordão, pelo menos, dois a três minutos após o nascimento do bebê, pode ser vantajoso melhorando o nível de ferro que podem ser de valor clínico particularmente em crianças, nas quais o acesso a uma boa alimentação é pobre (MCDONALD; MIDDLETON, 2008).

Quanto à posição do RN, estima-se que quando o RN é colocado sobre o abdome materno ou mantido abaixo do nível do períneo, a transfusão placentária completa ocorre em cerca de três minutos. Quando este é colocado muito abaixo do nível da placenta, aumenta-se a

velocidade, mas não ocorre o mesmo com a quantidade total da transfusão. Se o bebê é colocado consideravelmente acima do nível da placenta, a transfusão completa é impedida (BRASIL, 2011b; MERCER et al., 2010). Aparentemente, a velocidade da transfusão das duas é aproximadamente idêntica, entre dez centímetros acima ou abaixo do nível do útero materno (BRASIL, 2011b).

## 2.6 INÍCIO DA PRIMEIRA MAMADA

Estudos apontam que a amamentação precoce e exclusiva, iniciada o mais cedo possível em relação ao parto, é crucial para a sobrevivência imediata, tem sido relacionada à manutenção da amamentação por mais tempo e traz benefícios a curto e longo prazo para o RN, tais como: prevenção da morbimortalidade neonatal, diminuição do risco do desenvolvimento de doenças e melhora o desenvolvimento motor da criança (HORTA et al., 2007; MOORE; ANDERSON; BERGMAN, 2007). O aleitamento precoce assegura que o RN receba o colostro, também conhecido como a “primeira vacina” devido a seu rico conteúdo de importantes fatores imunológicos, agentes antimicrobianos, antiinflamatórios e vitamina A, importantes para a proteção imediata e para longo prazo contra infecções (BRASIL, 2011b).

O início da amamentação logo após o parto deve ser estimulado porque aproveita o primeiro período de alerta e o comportamento inato do RN de abocanhar e sugar a mama durante a primeira hora de vida, geralmente sem requerer muita ajuda em particular (MERCER et al., 2010). A amamentação é muito mais do que alimentar. Esta, além de nutrir, promove o vínculo afetivo entre mãe e filho e tem repercussões na habilidade da criança de se defender de infecções, em sua fisiologia e em seu desenvolvimento cognitivo e emocional (BRASIL, 2011a).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada pela OMS/UNICEF, direciona as práticas necessárias a serem oferecidas no período perinatal para apoiar o aleitamento materno (OMS/OPAS, 2001). Entre outras recomendações dessa iniciativa, destacam-se os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, em especial o 4º passo, que atualmente é interpretado como: “Colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto por no mínimo uma hora e encorajar as mães a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda se necessário” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008, p.40).

Ajudar a mãe a começar a amamentar, estimular o RN a explorar o peito da sua mãe, lambendo, cheirando e sugando na primeira hora após o nascimento, ajuda a formar vínculo, facilita o processo do aleitamento materno e contribui com a liberação do hormônio ocitocina, que irá atuar na ejeção do leite e na contração uterina, diminuindo a perda sanguínea no terceiro e quarto períodos pós-parto. Para tanto, é importante observar se o RN está bem posicionado e preparado para mamar, devendo ser oferecido um ambiente favorável respeitando o tempo de cada mãe-RN para encontro inicial pleno, que proporciona energia, nutrientes e anticorpos para a proteção no contato com o novo ambiente (GOMES, 2010).

Em uma revisão de evidências foram identificados vários estudos que mostraram que a amamentação pode reduzir as taxas de morbidade e mortalidade (BHUTTA et al., 2005). As crianças que não foram amamentadas tiveram mortalidade significativamente maior devido a doenças infecciosas do que crianças amamentadas. Os autores concluem dizendo que há muitas evidências que comprovam os vários benefícios da amamentação para a saúde perinatal e neonatal (BHUTTA et al., 2005) e recomendam que todos os RNs, principalmente nos países em desenvolvimento, devem receber colostro e aleitamento materno exclusivo.

## 2.7 IDENTIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

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

As pulseiras devem ser colocadas na mãe e no RN. Nestas devem constar: o nome da mãe, o número do registro hospitalar, a data, a hora do nascimento e o sexo do RN (BRASIL, 2011a; GOMES, 2010; SOUZA et al., 2011; ZAICHKIN, 2010). As pulseiras devem ser resistentes, de material lavável e conter lacre de segurança. Sua inviolabilidade e os dados contidos na pulseira favorecem a segurança do binômio e da equipe, pois reduz o risco de trocas de bebês. A identificação deve ser realizada na SP, quando a mãe e filho ainda se encontram nela (ORLANDI; SABRÁ, 2005; RICCI, 2008; WHEELER, 2011).

## 2.8 ADMINISTRAÇÃO DO CREDÊ

Consiste na instilação de colírio no olho do RN, com o objetivo de prevenir a conjuntivite neonatal (CN). A mãe pode albergar vários micro-organismos no trato genital que podem causar infecção ocular no RN. Essas infecções podem levar a graves danos oculares, principalmente se for causado por gonococos. A administração do credê está indicada a todos os RNs, mesmo para aqueles nascidos de parto cesáreo, pois devemos considerar os riscos de aquisição por via ascendente, que podem passar despercebidas (BRASIL, 2011a, 2012b; PASSOS; AGOSTINI, 2011; RICCI, 2008).

Os produtos que podem ser utilizados, de acordo com diversos autores são: solução de nitrato de prata a 1%, pomada de eritromicina a 0,5%, tetraciclina a 1% e solução de povidona iodada a 2,5% (PVPI) (BHUTTA et al., 2005; PASSOS; AGOSTINI, 2011; TEIXEIRA, 2001; WHEELER, 2011). No entanto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) não cita o PVPI, apesar da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2005) descrever a conveniência do uso do PVPI para profilaxia da CN, e reforçar que o nitrato de prata a 1% não atua sobre a clamídia (PASSOS; AGOSTINI, 2011). A prática da profilaxia ocular da conjuntivite neonatal é heterogênea. Parece não haver uma prática comum adotada pela comunidade internacional (PASSOS; AGOSTINI, 2011; TEIXEIRA, 2001). O produto utilizado varia em relação ao país e maternidades.

No Brasil, o nitrato de prata é o método oficial e parece ser o mais usado, mas seu uso tem sido discutido, pela ocorrência de conjuntivite química e incompleta proteção contra clamídia (PASSOS; AGOSTINI, 2011). A solução deve ser preparada e guardada em frasco escuro, com rolha de vidro, porque o nitrato de prata, sob a ação da luz, torna-se bastante irritativo para conjuntiva ocular (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Estudos existentes sobre o uso do PVPI a 2,5% descrevem como sendo de espectro de ação mais amplo, ativo contra todos os possíveis agentes da CN. Tem vantagens sobre os demais produtos utilizados até o momento, inclusive em sua atividade contra a *Chlamydia Trachomatis*, não induz resistência microbiana; tem baixa toxicidade local na concentração proposta; tem estabilidade; autopreservação; autoesterilidade; provavelmente sem toxicidade sistêmica; disponibilidade; baixo custo; e por alguns minutos, torna a superfície ocular amarronzada, servindo como indicador de uma aplicação correta

(ISENBERG et al., 2004; RICHTER et al., 2006). O PVPI é recomendado por Schaller e Klauss (2001) e Assadian et al. (2002), como o produto de escolha na prevenção da CN, pois, conforme evidências, consideram o melhor dentre os produtos testados até o momento. Outra metanálise compara o uso da eritromicina e PVPI, revelando que ambos diminuem o risco de CN por clamídia em relação ao nitrato de prata (DARLING; MCDONALD, 2010). Porém, em outro estudo randomizado, no qual se compara a eficácia do PVPI a 2,5% e a tetraciclina a 1% na prevenção de oftalmia neonatal, a tetraciclina foi um pouco mais eficaz contra a infecção. Os autores recomendam a tetraciclina, ao invés do PVPI (DAVID; RUMELT; WEINTRAUB, 2011).

Evidências científicas apontam o benefício da profilaxia com nitrato de prata, pomada de eritromicina ou tetraciclina, sendo esta prática estabelecida em grande parte dos países desenvolvidos. Apesar dos dados escassos em países em desenvolvimento, aponta-se que o PVPI a 2,5% é eficaz, sendo este agente reconhecido e indicado pela American Academy of Pediatrics como profilático de primeira linha para infecção ocular (BHUTTA et al., 2005). Os autores complementam dizendo que a escolha do agente pode ser menos importante do que a preocupação em implementar este cuidado.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a, 2012b), a profilaxia deve ser realizada dentro da primeira hora após o nascimento. No entanto, o contato visual deve ser valorizado no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê na primeira hora e por isso a administração rotineira pode ser adiada por uma e até duas horas após o nascimento. Entretanto, deve ser assegurado que o medicamento seja administrado (RICCI, 2008; WHEELER, 2011).

## 2.9 ADMINISTRAÇÃO DA VITAMINA K

A deficiência de vitamina K no RN nas primeiras semanas de vida pode levar ao prolongamento do tempo de coagulação e, conseqüentemente, causar sangramentos inesperados, denominados de síndrome hemorrágica do RN. A vitamina K é utilizada profilaticamente de rotina para prevenir possíveis sangramentos no RN, causados por deficiência da mesma (ZAICHKIN, 2010).

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). É recomendada sua aplicação rotineiramente a todos os RNs e usualmente a dose preconizada é de 1mg para os RN a termo, ou seja, 0,1ml (BRASIL, 2012b; GOMES, 2010; RICCI, 2008).

Existem duas formas de administração, a via oral (VO), menos utilizada, pois requer administração de doses múltiplas, situação em que se corre o risco do esquema de administração ficar incompleto e do RN desenvolver a doença, e a intramuscular (IM) que é a mais utilizada e recomendada, por ter melhor absorção e ser dose única (BHUTTA et al., 2005; WHEELER, 2011; ZAICHKIN, 2010).

Segundo a American Academy of Pediatrics (2003) e Bhutta et al. (2005), a prevenção de sangramento por deficiência de vitamina K do RN no momento do nascimento até duas semanas de idade por administração oral ou parentérica de vitamina K é uma prática aceita e estabelecida, porém o segundo aponta a intramuscular (IM) como primeira escolha, sugerindo novos estudos em relação a oral.

Existe divergência na literatura quanto ao local de aplicação da medicação IM no RN. Muitos autores recomendam o músculo vasto lateral da coxa (VL), dentre eles: Ricci (2008); Zaichkin (2010); Gomes (2010) e Souza et al. (2011). Em contrapartida, Castellanos (1987); Cook e Murtagh (2002); Bork (2005) Malkin (2008); Collet, Oliveira e Vieira (2010), recomendam a região ventro-glútea, também chamada de hochstetter (VG ou H). O músculo VL é o local recomendado mas a área VG é um local alternativo para IM em crianças, inclusive para menores de 12 meses de idade, no entanto, quem vai administrar a medicação, deve ter habilidade e estar familiarizado com os pontos de referência utilizados para localizá-los (AUSTRÁLIA, 2009; WHEELER, 2011).

Os profissionais podem imaginar que a região VG tenha desvantagens como pequena amplitude e presença de ossos adjacentes, no entanto, são estas características que proporcionam mais segurança, especialmente em pessoas magras e crianças, onde o sítio de punção torna-se circunscrito (COLLET; OLIVEIRA; VIEIRA, 2010).

## 2.10 VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

A verificação dos sinais vitais (SV) do RN tem a finalidade de avaliar o estado geral e auxiliar na condução do tratamento, se detectada eventuais alterações clínicas, visto que, geralmente, a estabilidade clínica manifesta as condições de vitalidade do indivíduo (GOMES, 2010). Portanto, a verificação dos SV do RN tem a finalidade de avaliar

seu estado geral, auxiliar na condução do cuidado e detectar eventuais alterações clínicas. São verificados temperatura (T), frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR) (GOMES, 2010).

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

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

## 2.11 VERIFICAÇÃO DA ANTROPOMETRIA

As medidas antropométricas são informações importantes, não só para a avaliação imediata, mas também para serem utilizadas na avaliação do índice de crescimento e desenvolvimento das crianças, posteriormente (MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011). Antropometria refere-se às medições comparativas do corpo humano, que incluem: peso, estatura e perímetro cefálico, para que estas medidas sejam válidas é necessário precisão na técnica de verificação (BRASIL, 2012b; GONÇALVES et al., 2001). Outros autores citam também a verificação dos perímetros torácico e abdominal (BRASIL, 2011a; MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011; SOUZA et al., 2011).

A verificação do peso é importante para avaliação do crescimento e desenvolvimento do RN e para determinar a classificação deste, conforme o peso e a idade gestacional, avaliando se ele é adequado, pequeno ou grande para a idade gestacional, pois algumas condutas dependem desta avaliação. O peso médio do RN gira em torno de 3.400 gramas (MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011). Também a verificação da estatura e dos perímetros se faz necessária para avaliar o crescimento futuro da criança. A estatura média de um RN varia em torno de 48 a 53 cm. O perímetro cefálico normalmente é de 33,5 cm (MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011).

## 2.12 REALIZAÇÃO DE CUIDADOS COM O COTO

Após o nascimento, o cordão é clampleado. Inicialmente, sua aparência tem aspecto amolecido e gelatinoso, gradualmente vai endurecendo e escurecendo até a queda (processo de mumificação). A queda do coto umbilical costuma ocorrer por volta do 6º ao 15º dia de vida do RN (BRASIL, 2011a). Normalmente o cordão apresenta duas artérias e uma veia (BRASIL, 2011a). Manter o RN com a mãe reduz significativamente a colonização de bactérias patogênicas e infecções no cordão umbilical. A colonização precoce do RN com flora comensal da mãe, facilitada pelo contato precoce e prolongado quando o bebê fica em contato pele a pele, é um fator de proteção e pode contribuir para a redução de infecções no coto umbilical (BHUTTA et al., 2005).

A higienização adequada e os cuidados com o coto umbilical facilitam o processo de mumificação e são importantes para evitar infecções, tétano neonatal e *sepsis* (FRANCO, 2007). Um importante fator de proteção contra infecção é a higiene da região umbilical com álcool a 70% (BRASIL, 2011a).

A limpeza do coto ainda é uma questão polêmica na literatura, em relação ao produto mais eficaz, haja vista que diferentes produtos usados apresentam vantagens e desvantagens (BHUTTA et al., 2005). O cuidado de mantê-lo limpo e seco é o mais aceito. Este deve ser realizado uma vez ao dia ou mais. A Clorexidina é eficaz na redução da colonização e infecção do coto, porém retarda a mumificação, já o álcool a 70% acelera a mumificação, e não interfere na colonização. Qualquer que seja o produto escolhido, este deve ser armazenado em frasco de uso individual (BRASIL, 2011a).

## 2.13 REALIZAÇÃO DO PRIMEIRO BANHO DO RECÉM-NASCIDO

O primeiro banho dos bebês a termo pode ser considerado como algo prazeroso, pois lembra o ambiente líquido e quente característico do útero materno (BRASIL, 2002).

O banho caracteriza-se por um nível alto de manipulação do bebê. Essas manipulações podem produzir diversas reações no RN. Trata-se de uma situação que propicia uma série de trocas e ajustes interacionais entre o adulto e a criança e, portanto, potencialmente reveladora das características da



reação do RN aos tipos de manipulação e da adequação do procedimento (BRASIL, 2002, p.130).

A finalidade do banho inicial é de diminuir a colonização microbiana, remover as secreções maternas, evitando riscos ao RN e seus cuidadores a possíveis agentes transmissores de doenças como hepatite B, herpes simples e HIV, além de envolver questões estéticas, culturais e expectativas da família (RICHETTO; SOUZA, 2011). Este proporciona estimulação tátil e da circulação geral da pele, podendo gerar conforto, relaxamento e bem-estar (CONCEIÇÃO et al., 2002; PILLEGI et al., 2008), favorece uma interação harmoniosa com os pais e auxilia na adaptação do RN à vida extra-uterina (PILLEGI et al., 2008). Entretanto, nem sempre o banho produz resultados benéficos. Se não for bem conduzido pode gerar estresse, hipotermia, medo e agitação ao bebê.

Várias questões relacionadas ao primeiro banho do RN divergem na literatura, tais como: o local e o momento mais apropriado para o banho, o uso ou não de sabonete, o envolvimento e participação dos pais, a técnica do banho e outras. Abaixo apresento alguns destes pontos divergentes encontrados na literatura.

O momento certo e o procedimento variam entre as instituições. Atualmente, o primeiro banho tem sido dado mais cedo para reduzir a possibilidade de transmissão de patógenos do sangue e líquidos corporais maternos com potencial risco de contaminar tanto o RN quanto profissionais de saúde e familiares, justificando a ideia presente em muitas culturas de dar o banho nas primeiras horas após o nascimento (PUGLIESI et al., 2009; ZAICHKIN, 2010).

O banho de rotina não é considerado prejudicial ao RN; no entanto, com base na opinião de especialistas, a OMS recomenda que o primeiro banho seja dado apenas seis horas após o parto, devido ao risco de hipotermia e estresse durante este período de grande transição fisiológica do RN (BHUTTA et al., 2005; FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011). Já Richetto e Souza (2011) dizem que o ideal seria que este fosse realizado após um período de transição entre a vida como feto e como RN, com estabilidade da temperatura corporal, o que ocorre normalmente entre três e seis horas de vida. Por outro lado, um estudo sobre a realização do banho no RN a termo e saudável na SP revela que esse não interferiu na adaptação cardiorrespiratória e na temperatura à admissão na unidade neonatal (PUGLIESI et al., 2009). Outro estudo, nesta mesma condição,

concluiu que o banho pode ocorrer uma hora após o nascimento, desde que este seja realizado adequadamente e se tome cuidado com a sua estabilidade térmica (VARDA; BEHNKE, 2000). No entanto, como já mencionamos esta não é a recomendação da OMS para a realização do primeiro banho do RN.

Entretanto, o primeiro banho dado no quarto da mãe tem a vantagem de promover contato ininterrupto da família, e pode ser uma oportunidade de ensinar os pais sobre a realização do banho do RN, facilitando o aprendizado do mesmo (VARDA; BEHNKE, 2000). A possibilidade do banho do RN ser acompanhado pelos pais poderá favorecer uma interação harmoniosa com o RN, além de propiciar estimulação tátil e auxiliar na sua organização (PILLEGI et al., 2008; PUGLIESI et al., 2009).

Também é recomendado que se espere para dar o primeiro banho para não interferir no primeiro período de reatividade do RN que começa logo após o nascimento, nos primeiros 30 a 60 minutos. É um momento que o RN está alerta e tem a capacidade de explorar o mundo, ideal para promover o vínculo entre pais e RN e a iniciar a amamentação, visto que neste período ele tem um desejo intenso de sugar (ZAICHKIN, 2010). Caso seja dado o banho nessa fase inicial, o RN poderá perder a oportunidade de ter essa interação, interferindo no contato e também no início da amamentação e, após esse período inicial, passa para o período de inatividade relativa, na qual ele relaxa em profundidade, fica calmo, menos interessado nos estímulos externos e adormece (ZAICHKIN, 2010). A flexibilidade do momento do banho pode ser recomendada de acordo com a estabilidade do RN e o desejo da família (PUGLIESI et al., 2009).

O momento mais apropriado para o primeiro banho ainda é controverso na literatura. Ao se fazer a opção, é importante lembrar que esse pode ser um fator de estresse térmico para os RNs, podendo ter implicações para a sua saúde e bem-estar. Portanto, os fatores de termorregulação devem ser considerados para a realização do banho (VARDA; BEHNKE, 2000).

Existem divergências também em relação ao uso dos degermantes e antissépticos. Muitas instituições de saúde usam sabonete suave não medicinal ou solução antisséptica suave para o banho, devido ao risco de absorção percutânea. Os sabonetes alcalinos podem destruir a camada ácida da pele, interferindo no equilíbrio da flora protetora e também pode levar ao ressecamento da pele (BLUME-PEYTAVI et al., 2009; FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011; ZAICHKIN, 2010;).

As instituições utilizam os sabonetes devido à preocupação com contaminações (ZAICHKIN, 2010). Em estudo onde foram comparadas as taxas de colonização entre as crianças banhadas com água e sabão e bebês banhados em água pura, foi concluído que banhar com sabão neutro ao invés de banhar só com água tem efeito mínimo sobre a colonização bacteriana da pele (MEDVES; O'BRIEN, 2001). Em muitos países apesar da falta de evidência consistente, a água foi considerada a menos prejudicial entre todas as alternativas. Entretanto, a água sozinha é pobre, não remove substâncias solúveis em gordura, sendo assim, um produto de limpeza adequadamente formulado poderia ser usado, mas precisaria ser cuidadosamente avaliado (LAVENDER et al., 2011).

O sabonete ideal para o banho do RN, caso seja utilizado, deve ser líquido, suave, sem fragrância, com pH neutro ou ligeiramente ácido, que não irrite a pele nem os olhos e não altere o manto ácido protetor da superfície cutânea (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011). Os “syndets” (também chamados de detergente sintético, ou sabão sem sabão), podem ser uma boa escolha, pois não têm as desvantagens do sabão e possuem em sua composição agentes tensoativos com bom efeito detergente, têm pH neutro ou ligeiramente ácido, fazendo pouca espuma e causando menos irritação da pele (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011). A pele do RN é suscetível a trauma e infecção e requer cuidados especiais. O sabonete e outros produtos devem ser utilizados com indicação apropriada e de forma cautelosa durante o período neonatal (SARKAR et al., 2010), ressaltando que se faça enxague completo do corpo do bebê ao final do banho para que não fique sabonete na pele do RN (ZAICHKIN, 2010).

Alguns autores recomendam não emergir o RN completamente na água e indicam o banho de esponja (compressa) até que a área do cordão esteja cicatrizada (RICCI, 2008; ZAICHKIN, 2010). Porém, outros indicam o banho de imersão (BRYANTON et al., 2004; MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011; PUGLIESI et al., 2009; RICHETTO; SOUZA, 2011), podendo ser em banheira específica, bacia ou o próprio berço de acrílico do RN (MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011).

No estudo realizado comparando o banho de banheira ao de esponja tradicional, os autores concluíram que a banheira é uma opção segura e agradável para RNs a termo em boas condições de vitalidade em comparação ao banho de esponja. Além de seguro, a temperatura dos bebês banhados em banheira diminuiu menos e esses tiveram menos perda de calor e se mostraram mais calmos (BRYANTON et al., 2004). Ademais, o banho de banheira traz benefícios psicológicos para a criança e seus pais

(BLUME-PEYTAVI et al., 2009).

Ainda em relação ao banho de banheira, existem diferentes formas de fazê-lo, Richetto e Souza (2011) descrevem a técnica tradicional do banho bipartido, ou seja, primeiro se lava a cabeça e seca em separado do corpo e, após, o RN é colocado na banheira. Já Feyer et al. (2009); Hemkemeier, Fermino e Ribeiro (2012) defendem a técnica do banho humanizado japonês, que é dado em uma etapa só. Nesse caso, o RN é calmamente imerso na água, envolto numa toalha ou couro e assim permanece até o final. Nesta técnica, busca-se passar segurança e proteção ao RN, procurando lembrar o ambiente intrauterino. Por esta razão, ele normalmente não chora, fica calmo, tranquilo e até dorme. Além de promover higiene e limpeza, o banho pode tornar-se um momento mais humanizado, afetivo e prazeroso para o bebê, para o familiar e também para quem está dando o banho (FEYER et al., 2009; HEMKEMEIER; FERMINO; RIBEIRO, 2012; SIEBERT; COLLAÇO, 2009).

Independente do tipo de banho, o cuidado ao RN deve ser humanizado, ou seja, o RN deve ser respeitado e considerado como ser-sujeito, dotado de emoções e individualidade, e não como objeto de intervenções. Os cuidados não devem ser só focados nos aspectos biológicos, mas também na estimulação do desenvolvimento psico-afetivo do RN (SILVA, L. J.; SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, 2009).

## 2.14 CAMINHOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NO COTIDIANO DO CUIDADO

Autores consideram que intervenções desnecessárias após o nascimento como clampar o cordão precocemente, aspirar vias aéreas, realizar cuidados sem secar o corpo molhado e/ou de forma rotinizada, manipular excessivamente o RN, e administrar medicamentos configuram-se como uma violência institucional. Para eles, esses diferentes tipos de agressões devem-se a omissão e falta de preparo dos profissionais que atuam junto ao RN. São situações que podem e devem ser evitadas ou amenizadas e cuja viabilização depende dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado (GAIVA; TAVARES, 2002).

A atenção humanizada durante o cuidado neonatal deve ser o caminho norteador para que as práticas no cotidiano do cuidado sejam desenvolvidas, sendo primordial conciliar a segurança técnica dos profissionais, o respeito às características e às individualidades do RN, da mãe e da família, as condições hospitalares adequadas, a

sensibilidade e o respeito ao ser que se cuida (BRASIL, 2009). Nesta perspectiva, os profissionais de saúde devem ampliar seus conhecimentos e, ao cuidarem da mãe e do RN, devem apoiar e facilitar o cuidado materno, respeitar a singularidade de cada mãe-filho, atentar ao que é dito, e flexibilizar suas rotinas instituídas (ZVEITER, 2006).

Em conformidade com a proposta da humanização do cuidado, os profissionais de saúde envolvidos no nascimento devem ser facilitadores da aproximação entre a mãe-RN-pai, contribuindo, então, para o contato precoce e apego entre os mesmos. Cabendo a esses, atuação sensível, harmônica e integrada, compreendendo toda singularidade que o momento do nascimento comporta (CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007). A equipe de saúde só tem significado se cada um dos elementos dentro da sua especificidade estabelecerem uma relação de complementaridade, na qual cada um contribui para o melhor desempenho da equipe (MONTICCELI; OLIVEIRA, 2011).

Quando o RN nasce em boas condições clínicas, a equipe de saúde entra em “cena apenas para dar o suporte, ajudar a nascer saudável, proteger de riscos inerentes e atuar para valorizar o momento sem, contudo, interferir desnecessariamente com abordagens que desconsiderem a condição fisiológica destes processos vitais” (MONTICCELI; OLIVEIRA, 2011, p.144). O atendimento a este RN é realizado na sala em que ocorreu o parto pela equipe de saúde, esta, constituída de médicos neonatologistas e obstetras, enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem. No entanto, para assistência segura, são necessários infraestrutura material e recursos humanos, que desenvolvam trabalho integrado, em equipe interdisciplinar com profissionais treinados para atender a situações rotineiras e emergenciais (FERNANDES; KIMURA, 2005; LARA; GOULART; CARMO, 2010).

Ao cuidar do RN e de sua mãe, a equipe de saúde deve ter conhecimento técnico-científico, buscando construir em si os contornos da complexidade das suas práticas, e também procurar torná-las simples em cada ato profissional, fazendo de forma reflexiva e competente cada ação a ser executada (LARA; GOULART; CARMO, 2010). É fundamental ressaltar que o mais importante não é seguir rotinas rígidas, e sim valorizar a experiência, a prática desses profissionais e estimular a educação continuada da equipe de saúde que participa dos cuidados, além de conscientizar todos da importância de prestar um cuidado adequado, fundamentado cientificamente (BRASIL, 2011a).

As evidências dos benefícios de cada cuidado realizado devem ser consideradas e recomendadas. Essas devem ser integradas umas com

as outras, para serem implementadas facilmente e fundamentadas no melhor nível de evidência científica disponível. Uma vez que, sendo estabelecida como uma prática recomendada de atenção, milhões de mães e RNs colherão seus benefícios (BRASIL, 2011b).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Teoria é um conjunto coerente de proposições que inter-relaciona princípios, definições, conceito, hipóteses que servem para dar organização lógica à interpretação da realidade empírica; uma grade, um guia por meio do qual o seu formulador analisa um fenômeno, um processo ou uma situação (MINAYO, 2010). Auxilia na compreensão do tamanho do fenômeno estudado e na reflexão das hipóteses e pensamentos filosóficos de quem o elaborou (POLIT; BECK, 2001). Fornece uma estrutura que unifica um modo de pensamento, indicando caminhos alternativos para olhar um fenômeno, mostrando e direcionando o pesquisador para saber como observá-lo e interpretá-lo (FAWCETT, 2005).

O referencial teórico trata-se de um conjunto de conceitos e pressuposições derivados de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem e de outras áreas de conhecimento, ou originado das próprias crenças e valores das pessoas que o concebem para utilização na sua prática assistencial e na pesquisa com indivíduos, famílias, grupos ou comunidade (SILVA; ARRUDA, 2005). Construção mental que comporta uma estrutura lógica de inter-relação entre os vários conceitos que o compõem, servindo para direcionar tanto pesquisas, quanto práticas assistenciais ou educativas em enfermagem. Engloba os pressupostos básicos que servirão de “guia” para a elaboração dos conceitos, bem como os conceitos componentes do marco propriamente ditos (MONTICELLI, 1994). Além de oferecer uma possibilidade para observação, reflexão e interpretação da realidade, o referencial teórico, ao ser operacionalizado, propicia redimensionar os conceitos e/ou pressupostos anteriormente formulados (MONTICELLI, 1994).

O referencial teórico é um conjunto organizado de pressuposições, conceitos e suas definições que direcionam a pesquisa e permite um olhar específico sobre um fenômeno e situação do cotidiano (ZAMPIERI, 2006). É uma construção organizada de conceitos abstratos e gerais, inter-relacionados para compreender um fenômeno ou um tema em comum, com o objetivo de nortear o fazer da enfermagem, seja na assistência ou na pesquisa. Uma abordagem que dá sustentação a formulação do problema de pesquisa e a interpretação, análise e discussão dos dados e ao mesmo tempo ancora também a prática assistencial (FAWCETT, 2005; FELDMAN, 2001; POLIT; BECK,

2001; TRENTINI; PAIM, 2004). Desta forma, o marco teórico deverá estar em harmonia com o tema da pesquisa, pois este representa o apoio onde cada fase da pesquisa deve estar articulada (TRENTINI; PAIM, 2004).

Toda construção teórica é um sistema cujas vigas mestras são representadas por pressupostos ou afirmações e conceitos, ou seja, operações mentais que refletem pontos de vista verdadeiros e, construídos em relação dinâmica com a realidade. Conceitos são considerados um caminho para ordenação teórica dos fatos, relações e processos sociais e, no confronto com o campo empírico, devem ser permanentemente recriados e construídos (MINAYO 2010). “Conceitos são representações mentais de determinadas realidades: mentais, porque não é a realidade em si mesma, mas uma imagem dela” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 51).

Pressupostos são afirmações prévias, que explicitam crenças e princípios aceitos como verdadeiros, e não necessariamente comprovados cientificamente (TRENTINI; PAIM, 2004). Uma afirmação cuja verdade é evidente e universalmente aceita em determinada disciplina (MINAYO, 2010).

Para fundamentar e guiar teoricamente o estudo, a coleta e a análise dos dados, utilizamos alguns conceitos e pressupostos com base nos autores que abordam as boas práticas na obstetrícia e neonatologia, aspectos da neurociência sobre o recém-nascido e ideias de Paulo Freire, em função da sua abordagem coletiva, humanística, reflexiva e dialógica, que vai ao encontro dos objetivos e da temática do estudo.

Os pressupostos e conceitos inter-relacionados em conformidade com as ideias da educação proletarizadora de Freire e referencial das boas práticas foram os guias nesta pesquisa na modalidade convergente-assistencial.

### 3.1 PRESSUPOSTOS

Os pressupostos pessoais e os baseados em Freire e nas boas práticas ao RN são explicitados a seguir:

- O ser humano é um ser inacabado que nasce com capacidades. Seu desenvolvimento cognitivo, psicológico e físico inicia intraútero e vai se ampliando e se aperfeiçoando ao longo de sua vida. Ao nascer é um ser dependente nutricional e afetivamente de sua mãe e de seus cuidadores, necessitando de cuidados, carinho, atenção, amor e segurança.



- A transição do recém-nascido do meio intrauterino para o extrauterino tem influência na vida atual e futura do ser humano. Ambientes harmoniosos, tranquilos e seguros favorecem a transição. Nessa época, padrões de interação entre mãe, bebê e pai passam a se estabelecer e se fortalecer, tornando-se relativamente duradouros, influenciando de maneira positiva o desenvolvimento futuro da criança.
- O acolhimento e os cuidados oferecidos ao nascimento são essenciais para a saúde mental e física do ser humano. Os cuidados imediatos ao RN no CO são ações realizadas pela equipe de saúde, sobretudo pelas enfermeiras, com base nas boas práticas, e são direcionadas aos mesmos após o seu nascimento e visam o seu bem estar, a interação mãe/pai e filho e seu desenvolvimento saudável.
  - O profissional de saúde que atua no CO é quem dá suporte a mulher, RN e seu acompanhante no processo de nascimento, favorece a interação entre o trinômio e presta os primeiros cuidados, essenciais ao RN. Estes devem estar amparados nas boas práticas. No cotidiano de seu trabalho deve estar atento a sua prática procurando refletir sobre ela e qualificá-la, centrando-a no ser humano e na atenção integral as necessidades dos mesmos.
- As boas práticas ao RN no CO são ações de saúde seguras, integrais e qualificadas, baseadas em fundamentos científicos atualizados, centradas no RN e suas necessidades, e seus pais, que buscam promover a saúde e prevenir complicações. São desenvolvidas pelos profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, evitando-se intervenções desnecessárias no nascimento e pós-nascimento, com vistas a fortalecer o vínculo entre pais e RN, propiciar a sua adaptação e bem estar, para que no futuro este possa alcançar uma realização plena como ser humano.
- É através do diálogo dos diferentes saberes que poderemos construir novos conhecimentos (FREIRE, 2009). Os profissionais de saúde, dentre estes as enfermeiras, comprometidos com a realidade em que atuam, através do diálogo, têm a possibilidade de refletir, atuar, intervir e transformar a realidade.
- As (os) enfermeiras (os) são sujeitos ativos e seres no mundo;

são críticos, reflexivos, providos de preparo técnico, imbuídos de curiosidade e de inquietação. Buscam conhecer mais sobre a realidade em que atuam, bem como aperfeiçoar-se por meio da reflexão e do diálogo. Procuram agir e propor mudanças benéficas em suas práticas quando necessário, com vistas a prestar um atendimento qualificado e baseado em boas práticas, sendo a prática educativa um espaço viável para isto se concretizar.

- A educação tem caráter permanente. O profissional deve ir ampliando seus conhecimentos e, através da mudança de percepção da realidade, que ocorre pela ação e reflexão, pode promover ação e mudança (FREIRE, 2005). O homem é um ser de “práxis”: da ação, reflexão e de transformação (FREIRE, 2005).
- Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo (FREIRE, 2009). Educador e educandos, cointencionados à realidade, se encontram numa tarefa em que ambos são sujeitos no ato não só de desvelá-la, e assim, criticamente, conhecê-la, mas também no de recriar o conhecimento nela e a partir dela produzido (FREIRE, 2009). A educação pautada na dialogicidade se dá numa relação de humildade, encontro, solidariedade, respeito e eticidade para com o outro (FREIRE, 2005).
- A promoção de espaço coletivo no CO, os diálogos, as trocas de experiências e saberes, as reflexões entre as enfermeiras sobre a realidade do serviço, a problematização, o debate e a leitura crítica sobre o cuidado prestado, pode resultar na construção coletiva, uma forma de organizar e nortear o cuidado almejando, mais qualificado e seguro ao RN no CO.

## 3.2 CONCEITOS INTER-RELACIONADOS

### 3.2.1 Ser Humano

Segundo Freire (2009), o ser humano é um ser inacabado, é um projeto, está sempre em construção. É um ser inquieto, que busca constantemente saber mais para ser mais; essa busca não acontece individualmente, mas através da solidariedade, interação e diálogo entre

as pessoas.

Ser humano é mais que um ser no mundo, é presença no mundo, e, nesta presença, reconhece os outros e seus potenciais. É um ser que se pensa, intervém, gera transformações, fala do que faz e também do que sonha, que constata, compara, avalia, dá valor, rompe e que decide. E é no domínio da decisão, da avaliação, da liberdade, da ruptura, da opção, que se estabelece a necessidade de ética e se impõe a responsabilidade (FREIRE, 2009).

Entendemos ser humano como um ser histórico, complexo e inacabado, comprometido com a busca permanente de aprimoramento e transformação para ser mais, estar e fazer melhor. Um ser consciente, autônomo, livre e dinâmico e que, através do diálogo, relaciona-se e interage com o outro e com o mundo. Através de suas vivências é capaz de refletir, criar, recriar, agir, com vistas a transformar a si próprio e à realidade.

Os seres humanos envolvidos neste estudo foram: as enfermeiras do CO – sendo os sujeitos diretos da prática educativa, a enfermeira pesquisadora – foi a mediadora da prática educativa e os RN - por serem alvo do estudo em prol da melhoria qualidade dos cuidados.

**As enfermeiras** são seres humanos que atuam de forma integrada com outros profissionais e estão inseridas na equipe de saúde do CO de um hospital escola. São seres no mundo, comprometidas com o outro, são multidimensionais (biológicos, sociais, culturais, psicológicos) e, ao mesmo tempo, únicas, em função de seus valores, potenciais, crenças, carga genética e vivências.

Estas profissionais, as enfermeiras, atuam em equipe, acompanham o processo de nascimento, o pós-parto imediato, auxiliam na recepção e nos primeiros cuidados dispensados ao RN, bem como dão suporte aos pais, estimulando a interação precoce, a amamentação e cuidados com o bebê e evitando intervenções desnecessárias em consonância com as boas práticas. No cotidiano do cuidado, desenvolvem ações complexas e fundamentais para a sobrevivência, interação e desenvolvimento saudável do bebê. Precisam capacitar-se para ajustar suas ações, de forma a superar as divergências e dificuldades e a tornar o momento do nascimento e a adaptação do RN ao novo ambiente o mais seguro, harmonioso e menos traumático possível.

São profissionais habilitadas, sempre prontas para aprender, responsáveis, críticas, que refletem sobre suas ações, dialogam, interagem, intervêm, criam e buscam inovações e aprimoramentos de

suas práticas. Imbuídas de curiosidade e de inquietação, estão em permanente procura pelo conhecimento de si, das coisas e do mundo em que vivem e atuam, procurando sempre ir além, aprendendo e ensinando nas relações com seus pares e outros profissionais. Refletindo sobre a sua prática com o intuito de desvelá-la e conhecê-la, buscam superar divergências existentes na forma de conduzir e realizar os cuidados, no caso aos recém nascidos, com base nas boas práticas estabelecidas por profissionais e pesquisadores da área, fundamentadas cientificamente, propondo novas ações e ajustes com vistas a transformar a realidade.

Por meio da prática educativa, através da ação-reflexão-ação, buscam, nos encontros, ser mais, fazer e pensar melhor, aperfeiçoar-se, dialogando, trocando conhecimentos, problematizando situações do seu cotidiano, almejando um cuidado seguro, personalizado e centrado no RN e família.

**Enfermeira pesquisadora** profissional habilitada que, através do diálogo, atuou como mediadora e facilitadora na condução da prática educativa com as demais integrantes do grupo. Através do diálogo e reflexão, aprende, ensina, cria possibilidades, ajuda na condução, articulação de conhecimentos e constrói consensos junto com as outras enfermeiras e ao mesmo tempo é aquela que coleta e analisa dados de sua pesquisa.

**Recém-nascido** neste estudo os cuidados se dirigem prioritariamente aos RNs a termo, ou seja, os que nascem com mais de 37 semanas de idade gestacional, com boa vitalidade, sem intercorrências clínicas. Alguns destes cuidados, no entanto, se estendem a todos os RNs, independente da condição clínica e da idade gestacional.

O recém-nascido é um ser humano único e diverso, que acaba de passar pelo ato mais sublime da vida do ser humano, o nascimento. Ao chegar ao mundo traz consigo conhecimentos oriundos de sua genética e experiências vivenciadas intraútero. Não é uma tabula rasa, ou seja, destituído de qualquer experiência sensorial quando nasce. O bebê está conectado ao seu ambiente. Já antes de deixar o ventre materno ele dorme, chora, sorri, chupa os dedos, brinca com o cordão, alimenta-se, soluça, ouve sons, movimenta-se, apresenta sistemas comportamentais prontos para serem ativados ao nascimento. É capaz de interagir com o ambiente e com as pessoas, de explorar visualmente o ambiente, ouvir sons, sentir o toque, odores e sabores.

Manifesta suas interações através de comportamentos distintos e de acordo com o estado de vigilância em que se encontra. O RN tem comportamentos que demonstram o quanto está conectado com o meio e

com quem interage com ele e presta os cuidados dirigidos a este. É um ser que mantém uma relação simbiótica com a sua mãe e dela depende nutricional e afetivamente.

É um ser inacabado, sensível e, em seu processo de nascimento, passa por um momento singular e marcante, e precisará adaptar-se ao novo ambiente. Este ser, para se desenvolver neste universo tão diferente, depende de cuidados adequados e de um ambiente propício para ter uma transição harmoniosa e segura, que garanta seu bem estar. A forma como ele é cuidado neste momento pode influenciar seu desenvolvimento psicossocial e sua vida futura. Portanto, necessita ser bem recebido pela equipe de saúde e seus familiares em um ambiente acolhedor e seguro, para que sua organização e desenvolvimento ocorram de forma plena, saudável física e emocionalmente.

Nesta fase, os padrões de vínculo e interação que iniciaram intraútero se fortalecem, influenciando positivamente o desenvolvimento psicossocial da futura criança. Para tanto, o envolvimento dos pais e o contato precoce RN/mãe/pai é primordial.

### **3.2.2 Nascimento**

O nascimento é um momento transicional, maturacional, delicado, complexo, difícil, instigante e muito especial da vida do RN, de seus pais e familiares. Especialmente delicado para o RN, que acaba de chegar, pois abruptamente passa por uma série de modificações de ordem física, social e psicológica no processo de transição da vida intrauterina para a vida extrauterina. Enfrenta o desconhecido, um ambiente muito diferente daquele a que estava acostumado dentro do ventre materno. No útero, estava sozinho, protegido, contido, interagiu com o mundo exterior por meio de sensações e sons, recebia o aporte nutricional e afetivo que necessitava. Agora mesmo vivendo uma relação simbiótica com a mãe, precisa adaptar-se rapidamente à nova vida, ainda desconhecida, onde iniciará sua trajetória para sua independência futura. Neste universo tão diferente, é extremamente importante que este ser sensível e inacabado seja bem acolhido, da forma mais harmoniosa possível, em um ambiente aconchegante, seguro, calmo, silencioso, com pouca luminosidade para que tenha uma boa adaptação ao novo mundo.

### **3.2.3 O cuidado ao RN baseado nas boas práticas**

O RN, por ser vulnerável e dependente da mãe e daqueles que o recepcionam, está exposto a riscos. Necessita de cuidados adequados logo após o nascimento, realizados pela equipe interdisciplinar, (dentre estes, da enfermeira) para garantir a sua sobrevivência, proteção contra doenças e interação com seus pais, que constituem os cuidados imediatos no CO.

Para os pais é também um momento delicado, muito especial, emocionante e, ao mesmo tempo, cansativo e estressante em função da espera e do trabalho de parto. Ficam frente a frente com o filho que estava no seu imaginário, estabelecem as primeiras relações, fortalecem a construção de sua maternidade e paternidade. Neste processo, os profissionais de saúde entram em cena, a fim de facilitar e estimular o vínculo do bebê com seus pais o mais precocemente possível e prestar cuidados ao RN.

Estes cuidados, dispensados aos RNs e seus pais devem ser fundamentados em boas práticas. As boas práticas ao RN no CO neste estudo constituem ações direcionadas aos mesmos, baseadas em fundamentos científicos atualizados, com vistas a adaptação deste novo ser ao mundo, prevenção e promoção de sua saúde e seu pleno desenvolvimento físico, psíquico e social. São realizadas logo após o nascimento pelos profissionais de saúde e buscam favorecer a interação e a formação do vínculo entre o RN e seus pais e uma transição harmoniosa entre o espaço intrauterino e o extrauterino, bem como reduzir intervenções desnecessárias no momento transicional do parto e nascimento. Implica uma atenção integral, personalizada centrada no RN e família.

Consideramos que, por meio de reflexão crítica e conhecimento técnico-científico, viabilizados através da PCA, podem-se nortear os cuidados, amparados em boas práticas.

### **3.2.5 Ambiente**

Entendemos o ambiente como sendo o espaço físico onde os seres humanos estão inseridos e são os protagonistas das relações que acontecem. Envolve o contexto social, político, econômico e cultural, que podem influenciar de forma positiva ou negativa no processo de nascimento e cuidados ao RN. É, ao mesmo tempo, o espaço simbólico constituído por todos os seres humanos envolvidos no contexto e as

relações existentes entre eles.

Neste estudo, o ambiente é a realidade onde foi identificado o problema, ou seja, o CO. É neste ambiente de inter-relações e diálogos que os profissionais de saúde (entre estes as enfermeiras), os RNs e suas famílias vivenciam o processo de nascimento. É o local onde os profissionais estão sempre em atividade, atentos e preocupados em atender adequadamente os RNs e seus pais. É através deste ambiente e das experiências que ali acontecem, que esses profissionais interagem, refletem, criam, recriam e vislumbram possibilidades de transformar a realidade da qual fazem parte, almejado as boas práticas de atendimento que levem a segurança e ao bem-estar do RN e seus pais.

### **3.2.6 Prática educativa**

É um processo dialógico coletivo em que os sujeitos se encontram na busca de caminhos de transformação da realidade em que se inserem, permeados pelo processo de ação-reflexão-ação e pela possibilidade de criar e recriar (FREIRE, 2009).

O homem está no mundo e com o mundo, isto o torna capaz de relacionar-se com os outros; de sair de si; de se projetar nos outros; de transcender e transformar a realidade. Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre essa realidade e procurar soluções (FREIRE, 2005).

Segundo as ideias de Freire o ponto de partida para a construção do conhecimento científico é a problematização. Freire afirma (1983, p.36), “na verdade, nenhum pensador, como nenhum cientista, elaborou seu pensamento ou sistematizou seu saber científico sem ter sido problematizado, desafiado”. A problematização contribui para aumentar a capacidade de percepção crítica do sujeito. Esta ocorre através do diálogo e é a partir da análise crítica e reflexiva que os sujeitos cognoscentes exercem sobre uma dimensão significativa da realidade concreta, apresentada a eles como um problema para o qual eles podem construir respostas (FREIRE, 2005).

Orientadas pela concepção da educação problematizadora de Paulo Freire, que valoriza o diálogo verdadeiro como forma de pensar criticamente, acreditamos que a prática educativa pode ser uma ferramenta de reflexão e teorização, em que todos participam, aprendem e ensinam de forma coletiva e simultânea, encontros onde as pessoas, no caso as enfermeiras do CO, refletem sobre sua realidade, trocam saberes, problematizam com base em seus conhecimentos e saberes

científicos e estabelecem ações com vistas a transformação de práticas consideradas inapropriadas, porém ainda existentes, almejando as boas práticas nos cuidados ao RN.

Assim, a prática educativa constitui-se em um espaço coletivo, de interação, de respeito e dialogicidade, que possibilita refletir sobre o existente e incorporar novos pensamentos e ações. É a oportunidade de problematizar a realidade, teorizar sobre ela, se instrumentalizar, agregar conhecimentos, experiências e motivações que podem resultar em novas ideias e soluções que superem as divergências encontradas na prática, apoiadas em literatura em relação ao cuidado ao RN no CO, podendo transformar e/ou melhorar a realidade existente. É o espaço e atividade em que os atores, comprometidos com o local que atuam profissionalmente, podem construir juntos os conhecimentos, buscando renovar, melhorar, solucionar problemas, transformar e/ou estruturar a sua prática.



## 4 METODOLOGIA

A metodologia é a forma de articular teoria, métodos e achados, sejam experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às questões pesquisadas, e constitui o caminho do pensamento e da prática exercida na abordagem da realidade (MINAYO, 2010).

É através da decisão metodológica que se elabora a caminhada na construção do conhecimento em modalidades de técnicas e processos de produção científica. É também, onde se elabora a construção dos componentes da análise crítico-criativa das descobertas com auxílio de investigações encontradas em outras publicações e na sua própria, utilizada no projeto (TRENTINI; PAIM, 2004).

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na modalidade convergente-assistencial (PCA). Optou-se por esse método por utilizar a convergência entre a pesquisa e o cuidado prestado, possibilitando minimizar ou solucionar problemas da prática diária dos profissionais da saúde e renovar práticas em superação (TRENTINI; PAIM, 2004). Esta modalidade mantém, durante todo o processo, uma estreita relação com a prática assistencial, com a intencionalidade de encontrar alternativas para sobrepor às dificuldades, realizar mudanças e introduzir inovações no cotidiano do trabalho, valorizando o saber fazer e o saber pensar (TRENTINI; PAIM, 2004).

A pesquisa qualitativa destaca as qualidades das entidades ou pessoas, os processos e os significados que não são examinados, medidos experimentalmente em termos de quantidade, intensidade, volume ou frequência. Neste tipo de pesquisa é ressaltada a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é pesquisado (DENSIN; LINCOLN; 1998). A pesquisa qualitativa é muito relevante nas relações sociais, pela pluralidade das esferas da vida. Seus aspectos essenciais consistem na escolha adequada de métodos e teorias convenientes; no reconhecimento e análise de diferentes perspectivas; reflexão dos pesquisadores a respeito de suas pesquisas como parte do processo de produção de conhecimento, e na variedade de abordagens e métodos (FLICK, 2009). O método qualitativo estuda os significados, as relações, representações,

crenças, percepções e opiniões do ser humano acerca de um fenômeno, de um estilo de vida e de si mesmo. É mais utilizada na investigação de grupos delimitados, focalizando a percepção a respeito de uma situação (MINAYO, 2010).

## 4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Centro Obstétrico (CO) da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), por ser o local onde uma das pesquisadoras atua profissionalmente, sendo uma oportunidade ímpar para interação, troca, aprendizagem e atualização dos cuidados ao recém-nascido realizados neste setor, com vistas a alcançar as boas práticas a esta parcela da população e seus pais.

O HU é um hospital escola vinculado à UFSC. Instituição Federal pública e gratuita inaugurado em 1980, localizada na cidade de Florianópolis - SC, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este hospital - concebido na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão - atende a comunidade local do estado de Santa Catarina, turistas e visitantes, sem distinção (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2011).

A Maternidade do HU foi inaugurada em 23 de outubro de 1995, após longo período de atuação de comissões que planejaram os recursos humanos, equipamentos e técnicas de intervenção, bem como se encarregaram da capacitação e instrumentalização dos profissionais, buscando alcançar elevados índices de modernização técnica e humanização do atendimento. Em relação à estrutura física, fazem parte desta as unidades de: Triagem Obstétrica (TO), Centro Obstétrico (CO), Alojamento Conjunto (AC), Neonatologia (NEO), onde funciona também o Método Mãe-Canguru (MMC) e a Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM). Essa Maternidade tem uma filosofia própria que norteia o atendimento prestado (Anexo 1), cuja premissa básica é a humanização do atendimento a mulher, RN e família, por meio de uma atenção interdisciplinar. Assim, valoriza a presença e participação do pai, bem como o favorecimento do vínculo afetivo entre o RN e seus pais.

A Maternidade do HU recebeu o título de Hospital Amigo da Criança (IHAC) em dezembro de 1997. Esta tem por objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através da mobilização da equipe de saúde, mediante a adoção dos “Dez Passos

para o Sucesso do Aleitamento Materno”. O HU também recebeu, em julho de 2000, o prêmio Galba de Araújo, que é fornecido a instituições que se destacam pelo cuidado humanizado ao nascimento.

O **Centro Obstétrico**, contexto do estudo, compõem-se de:

**Área semi-restrita:** quatro leitos de pré-parto, um corredor externo, onde circulam as parturientes e os acompanhantes que dão entrada no CO, uma sala de repouso para os médicos, um expurgo, dois banheiros dos pacientes e acompanhantes, um posto de enfermagem, uma sala de preparo de medicação, um corredor de circulação interna, uma sala de observação com dois leitos, sendo um destinado à gestantes de alto risco e um para exames de cardiocotografia e, às vezes, ultrassonografia para gestantes internadas, um vestiário masculino e um feminino, um local para lanche dos funcionários e uma sala da chefia de enfermagem.

**Área Restrita:** uma sala de recuperação pós-parto e pós-anestésica (SRPA), com quatro leitos e com respectivos berços aquecidos destinados aos RNs, um expurgo, três salas de parto sendo duas para parto normal horizontal e vertical (cócoras), e uma sala cirúrgica para realização de cesarianas, analgesia de parto, partos, curetagens e outros procedimentos; uma sala de atendimento e reanimação do RN, uma sala de estoque de material estéril e de consumo, área de lavabos, uma sala de repouso da enfermagem e corredores internos e externos.

A sala de atendimento ao RN é composta com seis berços aquecidos, sendo que, destes, dois são berços de reanimação. Na sala, temos todos os materiais e equipamentos necessários para reanimação e atendimento do RN. Consta também balcão com pia, outro com roupas e materiais, incubadora de transporte, balança digital, material para: verificar a antropometria e sinais vitais, realizar o banho, para a administração de medicamentos e outros.

Quanto aos recursos humanos, o número de servidores na enfermagem do CO, são ao todo 38 funcionários, sendo oito enfermeiras (sete assistenciais e uma chefia), 29 técnicos/auxiliares e um escriturário. Contamos também em todos os turnos com: dois médicos obstetras, um médico neonatologista que fica na unidade de neonatologia, e que é chamado quando o parto está próximo de acontecer, um anestesista, um residente de obstetrícia e durante o dia um residente de neonatologia. A unidade recebe acadêmicos dos últimos períodos dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e psicologia. Estes também acompanham e auxiliam na assistência à mulher parturiente/RN/família.

As equipes de enfermagem de cada turno são compostas por um

enfermeiro assistencial, o qual coordena a equipe, e quatro a seis técnicos ou auxiliares de enfermagem. Normalmente a equipe é dividida por áreas, de acordo com os períodos clínicos do parto, ou seja, um técnico/auxiliar é escalado para atender o pré-parto, um ou dois para as salas de parto, um para prestar cuidados ao RN e um para a sala de recuperação. Esses prestam cuidado integral onde estão atuando e auxiliam os outros membros da equipe caso precisem.

O cuidado à mulher parturiente e ao RN, durante o processo de nascimento, é prestado por todos os membros da equipe de saúde, cada um de acordo com a sua função, mas todos atuam de forma integrada, procurando respeitar a filosofia da maternidade que busca a humanização do atendimento.

Na dinâmica do atendimento no CO o parto é assistido por médicos (as) obstétricas, residentes de obstetrícia, enfermeiras obstétricas e acadêmicos de medicina, sendo que estes sempre são acompanhados e supervisionados pelo obstetra, residente, ou pela enfermeira obstetra.

A recepção do RN, logo após o parto (ainda na SP), é realizada prioritariamente pelo médico neonatologista, e/ou pela enfermeira, e/ou médico residente da neonatologia, o qual faz uma avaliação inicial. Se o RN estiver em boas condições de vitalidade, ele é entregue à mãe, com quem fica em contato pele a pele, buscando-se atender o preconizado pela IHAC. Nesse período, a equipe de saúde tem o cuidado de: manter o RN seco e aquecido, identificá-lo, observar o seu bem estar e auxiliar a mãe a iniciar a amamentação. Normalmente, após o contato, que atualmente é em torno de 30 minutos, inferior ao preconizado pela OMS, a mãe é encaminhada à SRPA e o bebê vai para a sala de cuidados ao RN, junto com seu acompanhante, onde a enfermeira e um técnico ou auxiliar realizam os demais cuidados, que são: verificação do peso, estatura, perímetro cefálico, sinais vitais, aplicação do credê e kanakion, realização do banho e cuidados com o coto e, só após estes, ele retorna para junto da mãe.

Não há uma definição específica sobre quem é o responsável por determinada atividade no CO nos casos de assistência ao parto e no atendimento ao RN, sendo primordialmente competência das enfermeiras e dos médicos (obstetras e neonatologistas). No entanto, em muitas situações, em função da sobrecarga de trabalho, estes se envolvem em outros procedimentos, não podendo assumir sua função em todos os atendimentos. Isto se justifica pela especificidade do serviço, onde acontecem muitos procedimentos, ou seja, ocorrência de nascimentos por partos normais e partos cesáreos ao mesmo tempo,

muitas vezes, impossibilitando a presença do médico ou da enfermeira durante alguns procedimentos, e especificamente nestes casos, um técnico ou auxiliar de enfermagem assume a função.

Atualmente, o número de partos realizados no CO oscila entre 100 a 190 partos/mês. No último ano (2011) nasceram 1879 bebês. Nos 17 anos de existência da maternidade ocorreram no total de 27.638 nascimentos.

### 4.3 SUJEITOS ENVOLVIDOS NO ESTUDO

Conforme Trentini e Paim (2004), a seleção da amostra na PCA não segue padrões rígidos, valoriza a profundidade e a diversidade das informações, devendo ser composta por sujeitos envolvidos no problema, com condições de contribuir com informações relevantes.

A escolha dos sujeitos foi intencional e constituída de enfermeiras de todos os turnos, que trabalham no CO do HU/UFSC. O convite para a participação no estudo foi feito pessoal e individualmente, bem como foi colocado convite no mural do setor e a prática educativa desenvolvida foi oferecida em forma de curso de capacitação. Todas as enfermeiras manifestaram interesse e disponibilidade de tempo para serem inseridas como participantes da PCA. Não foi estabelecido um número mínimo de participantes. Os critérios gerais que orientaram a seleção dos sujeitos dizem respeito ao desejo e concordância explícita das enfermeiras em participar das entrevistas e das oficinas que compuseram a prática educativa, após conhecerem os objetivos, os modos de participação e a intenção deste estudo. Foram excluídas as enfermeiras que trabalham no CO, mas estavam de licença de saúde. Ao todo, foram entrevistadas oito enfermeiras, sendo que, destas, sete trabalham no CO e uma trabalha na Central de Incentivo ao Aleitamento Materno e faz plantão no CO nos finais de semana e dessas, sete participaram das oficinas. Uma das enfermeiras do CO entrevistada não participou das oficinas por problemas pessoais.

Os dados foram coletados até a saturação dos mesmos, ou seja, quando os dados se repetiram e os objetivos foram alcançados.

Em relação ao perfil das participantes, sete têm especialização em obstetrícia e uma em saúde pública e saúde da família e, dentre estas, cinco tem mestrado, duas doutorado concluído e uma está em fase de conclusão. Todas trabalham na instituição há mais de nove anos.

## 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu em dois momentos. Primeiramente, foram feitas entrevistas individuais, e, num segundo momento, foram realizadas oficinas. A coleta englobou os depoimentos, reflexões e consensos, oriundos das entrevistas e das oficinas.

### 4.4.1 Entrevistas

As entrevistas com as participantes foram individuais, seguindo roteiro norteador semiestruturado (Apêndice 1), contendo perguntas abertas e fechadas relacionadas aos cuidados prestados aos RN no CO. Esta modalidade de entrevista parte de tópicos relacionados ao tema da pesquisa, sendo que, à medida que acontece a interação entre entrevistado e entrevistador, surge a oportunidade de aprofundar e focalizar o assunto conforme o tema da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

As entrevistas individuais com as enfermeiras aconteceram em local reservado, escolhido pelas entrevistadas. Na sua maioria, as entrevistas ocorreram nas dependências da maternidade. Iniciaram no mês de setembro, antes do início das oficinas e foram concluídas em abril de 2012, já que algumas foram validadas neste período. Nas entrevistas, inicialmente, foram levantados dados sobre o perfil das participantes e, após, questões sobre os cuidados prestados aos RNs no CO. Objetivou conhecer as divergências apontadas pelas enfermeiras quanto aos cuidados prestados ao RN no CO, identificar problemas, diferentes condutas, e buscar caminhos e sugestões para superar as dificuldades encontradas em seu dia a dia.

As entrevistas foram analisadas de forma preliminar e serviram de subsídios para o segundo momento, ou seja, o desenvolvimento das oficinas, que constituiu a prática educativa. O levantamento dos dados das entrevistas, juntamente o referencial teórico utilizado para guiar o estudo, baseado nas ideias de Paulo Freire e nos referenciais de boas práticas na área obstétrica e neonatal, foram fundamentais para a operacionalização das oficinas que compuseram a prática educativa.

### 4.4.2 Oficinas

No segundo momento, desenvolveram-se as oficinas. Foram realizadas seis oficinas ao todo, sendo quatro delas utilizadas para

trabalhar os pontos divergentes levantados nas entrevistas e encontrados na literatura. Através do diálogo e reflexão, foram definidos caminhos e consensos. As duas últimas oficinas foram utilizadas para apresentação e validação da proposta de cuidados elaborada e redigida pelas pesquisadoras, com base nos consensos estabelecidos pelo grupo nas quatro primeiras oficinas. Os temas discutidos são apresentados no decorrer da apresentação dos resultados da pesquisa.

As oficinas aconteceram duas em 2011, nos meses de outubro e novembro e três em 2012, nos meses de março e abril. O tempo de duração das mesmas girou em torno de duas a três horas. Estas aconteceram na sala de aula da unidade de ginecologia.

Os temas trabalhados foram, inicialmente, identificados pelas pesquisadoras com base nas entrevistas. Estes foram apresentados ao grupo, que definiu aqueles que seriam trabalhados. Os temas escolhidos foram os cuidados que normalmente são realizados dentro da primeira hora de vida do RN, no CO da instituição, cenário do estudo. Foram os seguintes: secar, aquecer, avaliar as condições de vitalidade do RN, colocar em contato pele a pele com a mãe, clampear o cordão umbilical, incentivar a amamentação, identificar o RN, administrar o credê e kanakion, verificar sinais vitais e antropometria (peso, estatura e perímetro cefálico), realizar o primeiro banho e prestar cuidados com o coto umbilical.

Para viabilizar a operacionalização de todas as oficinas, mediadas e facilitadas por uma das pesquisadoras, foram definidas etapas a seguir:

- 1ª Acolher: momento de preparação do ambiente e acolhimento das participantes. Período em que se organizava o ambiente e providenciava-se material, propiciando um espaço de acolhimento, diálogo e reflexão.
- 2ª Interagir e sensibilizar: consistiu de um espaço coletivo, descontraído, no qual, por meio de uma dinâmica grupal, relacionada ao tema do dia, procurava-se facilitar a interação e sensibilizar as participantes para os temas a serem trabalhados.
- 3ª Planejar, validar e definir caminhos: ocasião em que era exposta e aprovada pelo grupo a proposta de trabalho para aquele dia. Então, eram apresentadas ao grupo, as divergências e problemas relacionadas aos cuidados que foram pontuadas nas entrevistas, relacionadas aos temas a serem trabalhados naquele dia. Era, também, feita uma síntese da oficina anterior e validados os consensos oriundos da

reflexão e discussão grupal.

- 4ª Problematizar o tema: representava o momento em que se trabalhava a temática central. Ocasão em que as participantes, na maioria das vezes, divididas em subgrupos, refletiam, debatiam sobre o assunto escolhido, sobre a forma de conduzir os cuidados, as divergências na prática e na literatura. A fim de facilitar e direcionar as discussões, disponibilizou-se algumas questões sobre o tema. Cada um dos subgrupos estudou sobre um dos cuidados elencados, à ser posteriormente apresentado e discutido com todo o grupo, tendo por base alguns questionamentos que os auxiliou na condução das atividades: quem, como, onde, quando, com o que, por que desenvolver o cuidado e sugestões. Estas questões eram respondidas pelos subgrupos com base em literatura oferecida, fundamentada em boas práticas. Essas literaturas adviram de um levantamento minucioso de artigos sobre os cuidados nas bases de dados nacionais e internacionais, bem como de manuais e livros da área obstétrica e neonatal.
- 5ª Integrar: intervalo com lanche integrativo.
- 6ª Compartilhar e definir consensos: consistia da apresentação dos subgrupos e discussão no grupo, fundamentados na literatura, buscando o consenso em relação aos temas discutidos.
- 7ª Rever e redirecionar condutas: momento onde as participantes faziam uma avaliação do encontro. Eram definidas algumas estratégias e situações para serem trabalhadas na oficina seguinte.

Nas duas últimas oficinas, ou seja, na quinta e sexta oficinas, foram suprimidas a terceira, quarta e sexta etapas já elencadas e foi acrescentada uma nova, utilizada para a apresentação da proposta de cuidados, intitulada: Ouvir, refletir, dialogar e agir. Nesta etapa, fazia-se a apresentação, discussão e validação do plano de cuidados ao RN pelas participantes. Nestas oficinas, o passo integrar foi deslocado para o final da oficina com o intuito de facilitar a dinâmica da apresentação da proposta de cuidados ao RN.

#### 4.4.2.1 Operacionalização dos passos da oficina – um exemplo

Apresentamos a seguir uma síntese do desenvolvimento da quarta



oficina para exemplificar o andamento das mesmas, esta foi realizada em 21 de março de 2012, no horário das 16:00 as 18:30 hs, na sala de aula da unidade de ginecologia. As demais constam do resultado, sob forma de artigo.

Etapa acolher: a pesquisadora que atuou no desenvolvimento e condução da prática educativa, após organização do material e ambiente, recepcionou as participantes. Participaram seis enfermeiras do CO e uma enfermeira da Neo que se propôs a ser auxiliar nas atividades desenvolvidas em todas as oficinas. Antes da etapa seguinte, realizaram-se alguns esclarecimentos, mas, as principais orientações quanto à dinâmica das oficinas e objetivos aconteceram na primeira oficina.

Etapa interagir e sensibilizar: foi realizada uma dinâmica de grupo, tentando relacionar a atividade aos temas trabalhados neste dia, ou seja, cuidados seguros ao RNs, relacionados ao clampeamento oportuno do cordão, a identificação do RN, a administração do credê e kanakion. Usamos a técnica de se entregar, na qual nos deixamos cair nas mãos das outras participantes. Nesta dinâmica a maioria das participantes demonstrou certo medo de se entregar nas mãos das outras e medo de cair, parecendo se proteger, o que gerou risos. A seguir as participantes expressaram como se sentiram realizando a atividade. Concluíram que a reação ou sentimentos apresentados dependem da forma que a pessoa é pega, é acolhida, seja de forma segura ou não, com calma ou não, aconchegante ou não. Segundo elas, dependendo da experiência se for positiva ou não, você se sentirá segura ou insegura. Foi refletido que isto pode se estender e ser similar na atenção prestada ao RN e familiares.

Etapa planejar, validar e definir caminhos: a pesquisadora fez uma síntese da oficina anterior e foram feitas algumas correções e validado com o grupo o que havia sido discutido na mesma, ou seja, apresentou os principais pontos discutidos sobre o contato pele a pele, secar e aquecer o RN e sobre a amamentação precoce. Em seguida apresentou os cuidados que seriam trabalhados naquele dia, que foram os já elencados na etapa anterior. Foi questionado se todas concordavam com a proposta apresentada, o que foi acatado pelo grupo. Então, foram apresentadas as divergências e problemas relacionados aos cuidados, pontuadas nas entrevistas.

Etapa problematizar o tema: esta era considerada a atividade central. Nesta ocasião o grupo foi dividido em três subgrupos para trabalhar os conteúdos programados. Foi fornecido material didático, contendo estudos sobre os cuidados abordados, fundamentados em boas

práticas para serem lidos, refletidos e problematizados e também a síntese escrita das divergências levantadas nas entrevistas. Foi proposto ao grupo, fundamentado neste material, responder alguns questionamentos de forma escrita e esclarecido que após esta atividade seriam apresentadas e discutidas estas questões com o grupo.

Etapa integrar: lanche integrativo oferecido pela facilitadora.

Etapa compartilhar e definir consensos: apresentação dos temas dos subgrupos e discussão no grupo das propostas. Posteriormente, foram estabelecidos consensos sobre a técnica de administração do credê e kanakion, o clampeamento oportuno do cordão e a identificação do RN. Em relação a técnica do credê, acordou-se realizá-la preferencialmente ao final da primeira hora, optando-se pelo uso do PVPI, sendo definido os passos para fazer o procedimento. Em relação a administração do kanakion foi estabelecido como consenso administrar Kanakion via IM no músculo ventro-glúteo (hochstetter), definindo-se os passos para a realização da técnica. Acordou-se ainda, que o procedimento seja feito ao final da primeira hora, preferencialmente no colo da mãe. No que diz respeito ao clampeamento, foi unânime a decisão de que se espere o cordão parar de pulsar para clampeá-lo. A identificação do RN seja feita ainda na SP, quando o RN ainda está junto da mãe.

Etapa rever e redirecionar condutas: momento, no qual se fazia uma avaliação da oficina. Foi questionado às participantes se achavam que se poderia humanizar os procedimentos realizados com o RN? Todas responderam positivamente e refletiram sobre a questão. A seguir, foi feita avaliação, essa foi realizada utilizando-se material em forma de carinhas (carinhas expressando satisfação, indiferença e insatisfação), para medir o grau de satisfação das participantes em relação à oficina. Todas assinalaram carinhas expressando satisfação. Foi aberto espaço e tempo para sugestões e depoimentos e após se agradeceu a participação do grupo, encerrando-se a oficina.

#### 4.5 REGISTRO E ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Na PCA é bastante difícil para o pesquisador registrar tudo que ocorre envolvendo ao mesmo tempo pesquisa e assistência, por isso é recomendado lançar mão de técnicas mistas de registros, assegurando assim o maior montante de informações; as mais utilizadas tem sido as gravações e registros em diário de campo (TRENTINI; PAIM, 2004).

Para o registro das principais atividades, informações,

observações, expressões não-verbais e percepções de si mesmo e do grupo, a pesquisadora e a auxiliar utilizaram o diário de campo e também um gravador. Foram gravados os depoimentos oriundos das entrevistas e dos encontros de discussão e posteriormente foram transcritos e organizados pela pesquisadora em seu computador pessoal. No desenvolvimento das oficinas a pesquisadora contou com o apoio de uma pessoa que a auxiliou nas atividades coletivas, nas gravações e registros de depoimentos, acontecimentos e principais observações que julgasse necessárias serem destacadas. Não houve uma forma sistematizada para registrar as informações no diário de campo, só uma síntese dos relatos e observações, feitas durante e após as oficinas.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados é um momento bastante complexo para pesquisadores iniciantes, pela natureza versátil da PCA, pela diversidade e grande quantidade de informações, esta exige uma capacidade de abstração e uma atividade intelectual intensa (TRENTINI; PAIM, 2004).

A análise global dos dados, por ser de natureza qualitativa, envolveu os quatro processos genéricos propostos na PCA (TRENTINI; PAIM, 2004), que são: apreensão, síntese, teorização e recontextualização ou transferência.

Processo da apreensão – Segundo Trentini e Paim (2004), a análise simultânea e junto com a coleta de informações, requer, antes de tudo, organização dos relatos das informações em ordem cronológica e a devida identificação dos participantes.

Neste estudo, na medida em que os dados foram sendo coletados nas entrevistas iam sendo transcritos e se fazia uma pré-análise, o que ocorreu antes do início das oficinas. Estes dados, principalmente as divergências encontradas, serviram de subsídios para o desenvolvimento das oficinas, como havia sido programado. Também, entre uma oficina e outra, fazia-se uma análise e síntese dos dados que haviam sido discutidos com o intuito de serem apresentados e validados pelo grupo na oficina seguinte. Concomitantemente as informações das entrevistas foram sendo organizadas de uma forma sistemática, acrescidas dos depoimentos das oficinas, foram novamente lidas de forma aprofundada e foram codificadas, ou seja, foram reconhecidas palavras, frases, tema, que se destacavam nos relatos dos participantes. Após a codificação, foi realizada a leitura vertical e transversal, buscando identificar aspectos convergentes, expressões com características semelhantes ou que se

completavam entre si dando origem às categorias (TRENTINI; PAIM, 2004).

Processo de síntese – nesta etapa o pesquisador examina subjetivamente as associações e variações das informações. Consiste no momento em que o pesquisador imerge nas informações trabalhadas na fase de apreensão. Através de muito empenho intelectual, interpreta, sintetiza e rememora todo o processo do trabalho, dominando completamente o tema da investigação (TRENTINI; PAIM, 2004).

Por meio dos códigos e categorias estabelecidas na fase de apreensão, os dados foram analisados de forma mais aprofundada, buscando-se interpretar, sintetizar e rememorar o que emergiu nas entrevistas e oficinas, no sentido de se familiarizar completamente com o tema. A partir daí, foi feito um relato das informações alcançadas.

Processo de teorização – neste momento o pesquisador desenvolve um esquema teórico, partindo das relações reconhecidas durante o processo de síntese. Implica em muito empenho, exige especulação, verificação, seleção, revisão e descarte (TRENTINI; PAIM, 2004).

Nesta fase a pesquisadora procurou associar as informações coletadas ao referencial teórico, analisá-las e interpretá-las à luz de fundamentação teórica, buscando indicar as divergências apresentadas no cuidado ao RN no CO e consensos para superação destas, constituindo as conclusões do estudo.

Processo de recontextualização ou transferência - consiste na possibilidade de dar significado aos achados e descobertas e procurar contextualizá-lo em situações semelhantes, sem que este processo seja entendido por generalização (TRENTINI; PAIM, 2004).

O conhecimento oriundo desta situação específica pode servir de subsídio para a prática em outras realidades similares, adaptando as suas características ou para problematizar estas realidades.

#### 4.7 ASPÉCTOS ÉTICOS

Segundo Monticelli (2003) as questões éticas devem permear todo o trabalho e não apenas um momento em particular. Nesta ótica, o estudo procurou respeitar as questões éticas, seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, preconizadas na Resolução 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002), respeitando os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia.

A fim de garantir os preceitos éticos, o projeto foi encaminhado inicialmente para a direção da instituição a fim de obter autorização formal para o desenvolvimento da pesquisa e após foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, o qual foi aprovado em 17 de outubro de 2011, sob o número: 2194 FR: 454946 (Anexo 2).

Buscando garantir o respeito ético, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), que foi assinado pelos participantes antes de iniciar as entrevistas e oficinas e após serem informados sobre as seguintes questões:

- a) os objetivos da pesquisa e os temas que seriam trabalhados;
- b) a garantia de que o estudo não ofereceria risco e que a sua participação seria uma oportunidade para, enquanto profissional, refletir sobre sua prática, tirar dúvidas e trocar ideias, o que poderia contribuir para a sua satisfação e ampliação de seus conhecimentos na sua área de atuação e com a unificação de condutas, organização do serviço e melhoria no cuidado de enfermagem ao RN e família;
- c) garantia do anonimato e de que as informações seriam usadas somente para este estudo, respeito em relação a forma de pensar, sigilo das informações fornecidas;
- d) esclarecimento sobre a sua participação no estudo em dois momentos: a primeira através de entrevista e a segunda seria através de oficinas entre as enfermeiras;
- e) gravação das entrevistas e oficinas, se houvesse consentimento;
- f) garantia que não teria nenhum ônus ao ser integrante da pesquisa e que a participação era completamente voluntária, sem qualquer tipo de coação, podendo desistir em qualquer momento do estudo;
- g) garantia que não seria submetido a qualquer risco ou constrangimento; e
- h) guarda do material coletado com os pesquisadores por cinco anos e garantia que seria descartado após este período; contato telefônico, no caso de dúvida em relação à pesquisa, ou para informar a sua desistência a qualquer momento do estudo, se desejasse.

Estivemos disponíveis aos sujeitos da pesquisa, ou mesmo de outros, para o esclarecimento de eventuais dúvidas que surgissem no decorrer de todo o trabalho. Ao desenvolver a PCA, procuramos refletir

em todas as situações, reconhecendo as dificuldades e limitações, aceitando sugestões e críticas, buscando aprimoramento científico, em benefício do grupo, dos usuários, e do próprio crescimento pessoal e profissional dos participantes.

As participantes, a fim de garantir o seu anonimato, foram identificadas através da letra “E”, referente à enfermeira, seguindo após um número seqüencial correspondente.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seguindo a Instrução Normativa 10/PEN/2011, que dispõe sobre a apresentação dos trabalhos finais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, os resultados e a discussão são apresentados em forma de três artigos. Foram elaborados para serem posteriormente submetido a periódicos científicos.

Também será apresentada a proposta de cuidados elabora pelo grupo de enfermeiras, participantes do estudo em consonância com o segundo objetivo do estudo.

O artigo 1 intitulado **“Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no Centro Obstétrico”**, atende ao primeiro objetivo da pesquisa.

O artigo 2 intitulado **“Primeiro banho do recém-nascido na ótica das enfermeiras com base nas boas práticas”**.

O artigo 3 intitulado **“Prática educativa: uma oportunidade coletiva de reflexão, diálogo e adequação do cuidado ao recém-nascido no Centro Obstétrico”**.

A seguir é apresentada a proposta de cuidados intitulada **“Cuidados ao recém-nascido no Centro Obstétrico: proposta de enfermeiras com base nas boas práticas”**, construída coletivamente pelas enfermeiras do CO que participaram da prática.

## 5.1 ARTIGO 1: DIVERGÊNCIAS EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO

### **Differences regarding care of newborn at the obstetric center**

### **Divergencias con relación a los cuidados del recién nacido en el centro obstétrico**

**RESUMO:** Pesquisa qualitativa, convergente-assistencial, desenvolvida com enfermeiras no Centro Obstétrico de um hospital público. Objetivou conhecer as divergências relacionadas aos cuidados prestados ao recém-nascido no Centro Obstétrico, na ótica dessas enfermeiras. A coleta de dados ocorreu entre setembro/2011 e abril/2012, englobou entrevistas e depoimentos das oficinas. A análise seguiu as etapas de apreensão, síntese, teorização e recontextualização. Originaram quatro categorias: compreensão sobre cuidados ao recém-nascido; cuidado centrado no ser humano ou na técnica?; ausência de uma rotina única para conduzir o cuidado; estratégias para adequar o cuidado ao recém-nascido. As principais divergências dizem respeito à priorização dos cuidados, centrando-se na pessoa ou na técnica; horários, materiais e passos para realizá-los, divergentes na prática e literatura, podendo isto interferir no cuidado prestado e no vínculo pais/recém-nascido. Para superação das divergências sugeriram capacitação e integração dos profissionais e construção coletiva de uma proposta de cuidados fundamentado nas boas práticas. Estudo ampliou conhecimento e gerou mudanças no cotidiano do cuidado.

**Palavras-chave:** Recém-nascido. Cuidado. Enfermeiras. Enfermagem neonatal. Relações mãe-filho.

**ABSTRACT:** Qualitative research, convergent-assistential, developed with the nurses from the obstetric center in a public hospital. It was aimed at identifying the divergences related to the caring of newborns at the Obstetric Center, under the perspective of those nurses. The data collection occurred between September/2011 and April/2012, and it encompassed interviews and statements from the workshops. The analysis followed these steps: apprehension, synthesis, theory and recontextualization. From this four categories were created: understanding care for newborns; care centered on humans or technique?; Absence of a single routine to conduct the care; strategies to adjust the care for newborns. The main differences relate to the



prioritization of care, focusing on the person or on the technique; schedules, materials and steps to achieve them. The diverging in practice and literature may interfere with the care given and in the parent/newborn bond. To overcome the divergences, qualification and integration of the professionals and collective construction of a proposed care based on good practices were suggested. The study expanded knowledge and generated changes in daily care.

**Keywords:** Newborn. Care. Nurses. Neonatal Nursery. Mother-baby relationships.

**RESUMEN:** Estudio cualitativo, convergente asistencial, desarrollado con enfermeras en el Centro Obstétrico de un hospital público. Objetivó conocer las divergencias relacionadas con relación a los cuidados prestados al recién nacido en el Centro Obstétrico, según la óptica de estas enfermeras. La recopilación de datos tuvo lugar entre septiembre/2011 y abril/2012, englobó entrevistas y testimonios de los talleres. El análisis siguió las etapas de comprensión, síntesis, teorización y recontextualización. Se originaron cuatro categorías: comprensión sobre cuidados del recién nacido; ¿cuidado centrado en el ser humano o en la técnica?; ausencia de una rutina única para conducir el cuidado; estrategias para adecuar el cuidado del recién nacido. Las principales divergencias hacen referencia a la priorización de los cuidados, centrándose en la persona o en la técnica; horarios, materiales y pasos para realizarlos, divergentes en la práctica y en la literatura, pudiendo interferir en el cuidado brindado y en el vínculo padres/recién nacido. Para la superación de las divergencias, se sugirió la capacitación e integración de los profesionales y la construcción colectiva de una propuesta de cuidados fundamentada en las buenas prácticas. El estudio amplió el conocimiento y generó cambios en lo cotidiano del cuidado

**Palabras clave:** Recién nacido. Cuidado. Enfermeras. Enfermería neonatal. Relaciones madre hijo.

## INTRODUÇÃO

O cuidado ao recém-nascido (RN), imediatamente após seu nascimento e nas primeiras horas de vida tem importância prioritária para a sua sobrevivência e seu desenvolvimento saudável e harmonioso.

Aproximadamente três milhões de crianças nascem por ano no Brasil, a maioria delas, com boa vitalidade (BRASIL, 2011a). No

entanto, muitas delas morrem antes de completarem um ano de idade. A mortalidade neonatal (entre 0 e 27 dias de vida) é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida (BRASIL, 2011a), e destas mortes, mais de 45% ocorrem durante as primeiras 24 horas após o nascimento (BRASIL, 2011b). A maioria dessas mortes poderia ser evitada pelos profissionais de saúde, mães e famílias, com a adoção de medidas simples e de baixo custo, dentre elas, o acesso aos serviços e assistência qualificada no pré-natal, no parto e no pós-parto. Assim, o cuidado adequado ao RN tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país (BRASIL, 2011a).

Ao longo dos anos, houve melhorias no cuidado neonatal, geradas pelos progressos técnico-científicos, pela adequação e pelo aperfeiçoamento dos cuidados, contribuindo para redução das taxas de morbimortalidade neonatal no Brasil. No entanto, houve um afastamento entre a mãe e seu filho, prejudicando a interação precoce e o aleitamento.

No período neonatal, existe grande vulnerabilidade na vida do RN, havendo riscos biológicos, ambientais, psíquicos, socioeconômicos e culturais. Em função disso, se faz necessário o estabelecimento de cuidados especiais, atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde a esta parcela da população na gravidez, parto e pós-parto (BRASIL, 2011a). No momento do nascimento e nas horas seguintes, além da preocupação com redução de riscos, é fundamental receber dignamente o RN, reconhecê-lo como um ser com potencialidades e, ao mesmo tempo, dependente, um ser com direitos que necessita proteção, cuidados, segurança como forma para promover a sua saúde mental e física e desenvolver seu máximo potencial psicomotor e social, a fim de que no futuro possa alcançar uma realização plena como ser humano.

Ao nascer, o RN dá os primeiros passos para uma vida independente e precisará se adaptar definitivamente ao meio extrauterino (CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007). Este processo transicional normalmente é fisiológico e faz parte do desenvolvimento normal (MERCER et al., 2010), entretanto, quando nasce, a criança é um ser particularmente frágil e que necessita de cuidados. As atitudes tomadas pelos profissionais que prestam cuidados ao RN no Centro Obstétrico (CO) são extremamente importantes, uma vez que essas podem interferir facilitando ou dificultando a aproximação precoce e o vínculo mãe-bebê, sendo fundamental prestar ao RN cuidados individuais e personalizados para uma boa transição a nova vida, para

interação com sua mãe e pai, seu desenvolvimento físico e psíquico e para diminuição da morbimortalidade neonatal (CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007). A transição de feto para recém-nascido é um processo fisiológico e faz parte do desenvolvimento normal.

O RN que nasce em boas condições de vitalidade e a termo, ou seja, com idade gestacional acima de 37 semanas, está rosado e ativo, não apresenta sinais mínimos de sofrimento respiratório ou alterações clínicas importantes logo após o nascimento (ZAICHKIN, 2010), deve ser estimulado desde os primeiros minutos de vida a interagir com a mãe. A equipe de saúde deve promover o contato pele a pele entre mãe e filho, bem como a amamentação precoce, sendo que esta prática deve sobrepujar qualquer norma ou rotina de atendimento (BRASIL, 2011b; CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007; MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011). Nesta perspectiva, é imperativo que o profissional seja capacitado, com base em fundamentos científicos, para o atendimento imediato do RN e reveja esta prática, em função do modelo assistencial ainda vigente em algumas instituições, que estabelecem rotinas em prol do bom andamento do serviço e não o bem-estar do RN (BRASIL, 2001).

Assim, neste estudo, consideramos boas práticas de cuidado ao RN no CO, como sendo as formas de cuidar seguras, integrais e qualificadas, centradas no ser humano e em suas necessidades, ou seja, direcionadas ao RN e seus pais, fundamentados em conhecimentos científicos, com vistas à adaptação deste novo ser ao mundo, prevenção e promoção de sua saúde e seu pleno desenvolvimento físico, psíquico e social. Estas ações visam recepcioná-lo de forma digna, reconhecendo-o como ser com potencialidades, evitando intervenções desnecessárias e garantindo a interação e vínculo precoce entre o RN e seus pais.

No cuidado ao RN normal, que constitui a maioria dos casos, nada mais deve ser feito além de secar, aquecer, avaliar e entregar à mãe para um contato íntimo e precoce (BRASIL, 2011a; 2011b). Todos os procedimentos habituais como pesar, aplicar a Vitamina K e Credê e outros devem ser realizados após o contato da mãe com seu filho (BRASIL, 2001, 2011b).

O cuidado ao RN no CO é aquele prestado ao mesmo logo após o nascimento e no decorrer da primeira hora que segue ao parto (MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011), ou nas duas primeiras horas (SOUZA et al., 2011). Os principais objetivos destes cuidados são proporcionar a todos os RNs as condições ótimas que visam auxiliá-los em sua adaptação à vida extrauterina e garantir seu bem estar (SOUZA et al., 2011).

A realização dos cuidados imediatos pode ser executada de diferentes formas, de acordo com o modelo adotado pela instituição (CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007). Ao observarmos as práticas realizadas em uma instituição pública do sul do país, em que atua uma das pesquisadoras e pesquisando o tema na literatura percebemos que a determinação deste período, os cuidados a serem realizados e a forma de fazê-los, divergem entre os autores da área e nas práticas realizadas no CO. As divergências dizem respeito a valorização do ser humano ou da técnica ao cuidar, aos procedimentos (a quais, como e quando realizá-los) e sua interferência ou não na relação entre o RN e seus pais; as técnicas e instrumentos utilizados (materiais, medicamentos, produtos usados, passos das técnicas), quem deve realizá-los e se devem ou não serem feitos no CO.

Estas divergências não são explicitadas, refletidas ou discutidas no âmbito do trabalho e continuam sendo realizadas rotineiramente sem a busca de um fundamento científico, o que tem nos inquietado.

Esta inquietação, a relevância desta temática, as divergências na literatura e na prática em relação aos cuidados desenvolvidos ao RN no CO e a influência desses no estabelecimento do vínculo entre o RN e seus pais, o número expressivo de nascimentos no Brasil, as iniciativas profissionais e governamentais com vistas a uma atenção diferenciada, qualificada e embasada cientificamente, bem como a lacuna existente na produção de conhecimentos nesta área que fundamente e defina boas práticas do ponto de vista científico e humanístico constituíram fatores que motivaram este estudo, tendo como pergunta de pesquisa:

Quais são as divergências relacionadas ao cuidado prestado ao RN, na ótica das enfermeiras do Centro Obstétrico de um hospital público?

Para responder essa questão, este estudo tem por objetivo:

Conhecer as divergências relacionadas aos cuidados prestados ao recém-nascido, na ótica das enfermeiras do Centro Obstétrico de um hospital público.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa na modalidade Convergente-Assistencial (PCA). A PCA envolve pessoas representativas da situação a ser pesquisada, e, numa cooperação ativa e mútua, articula a prática profissional com o conhecimento teórico. Procura solucionar ou minimizar os problemas que envolvem o cuidado,

contribuindo para mudanças e inovações no cuidar e no cotidiano do trabalho, valorizando o saber fazer e o saber pensar (TRENTINI; PAIM, 2004).

A pesquisa foi desenvolvida no CO da maternidade de um hospital público do sul do país, local de trabalho de uma das enfermeiras pesquisadoras.

Os sujeitos envolvidos constituíram-se de oito enfermeiras que trabalham no CO, cenário do estudo, são integrantes da equipe de saúde, que atuam no cuidado ao RN e no atendimento aos pais em período integral e coordenam as ações da equipe de enfermagem. A escolha desta população foi realizada de forma intencional. Sem que desconsideremos os papéis exercidos pelos outros membros da equipe de saúde junto ao RN, a escolha dos participantes deveu-se ao fato dos cuidados estudados contituírem ações da equipe de saúde, mas desenvolvidos principalmente sob a responsabilidade das enfermeiras. Foram excluídas as enfermeiras que estavam de licença de saúde ou afastadas do serviço.

Do total de participantes, sete têm especialização em obstetrícia e uma em saúde pública e saúde da família e, dentre estas, cinco têm mestrado, duas doutorado concluído e uma está em fase de conclusão. Todas trabalham na instituição há mais de nove anos.

A coleta de dados aconteceu em dois momentos. Iniciou em setembro de 2011 e foi concluída em abril de 2012. No primeiro momento realizaram-se entrevistas individuais, contendo perguntas abertas e fechadas, por meio das quais foram levantados dados sobre o perfil das participantes e questões relacionadas aos cuidados realizados com os RNs no CO. Objetivou conhecer as divergências apontadas pelas enfermeiras relacionadas a estes cuidados prestados, identificar problemas, diferentes condutas, e buscar sugestões para superar as dificuldades encontradas.

No segundo momento, as informações provenientes das entrevistas, após uma análise preliminar, juntamente com estudos sobre as boas práticas ao cuidar do RN, subsidiaram as reflexões nas seis oficinas desenvolvidas. Portanto, a coleta de dados englobou os depoimentos, reflexões e consensos, oriundos das entrevistas e das oficinas. Esses foram coletados até a saturação dos mesmos.

As oficinas foram organizadas em sete etapas: 1ª Acolher: momento de preparação do ambiente e acolhimento das participantes. 2ª Interagir e sensibilizar: espaço onde se realizava uma dinâmica grupal, a fim de facilitar a interação e sensibilizar as participantes. 3ª Planejar.

validar e definir caminhos: ocasião em que era exposta a proposta de trabalho, feito uma síntese da oficina anterior, e validados os consensos. 4ª Problematizar o tema: momento em que se trabalhava a temática central, no qual o grupo se dividia em subgrupos e refletia sobre determinado assunto. 5ª Integrar: intervalo com lanche integrativo. 6ª Compartilhar e definir consensos: apresentação dos subgrupos e discussão no grupo, buscando o consenso em relação aos temas discutidos. 7ª Rever e redirecionar condutas: momento em que era avaliado o encontro, dadas sugestões e definidas algumas estratégias.

Foram utilizadas, como referencial teórico para guiar o estudo, ideias de Paulo Freire, em função de sua abordagem coletiva, humanística, reflexiva e dialógica e as boas práticas direcionadas ao RN, baseadas em fundamentos científicos. Os depoimentos oriundos das entrevistas e dos encontros de discussão foram gravados e posteriormente transcritos e organizados por uma das pesquisadoras.

A análise e interpretação dos dados envolveram quatro processos analíticos, propostos na PCA (TRENTINI; PAIM, 2004), que são: apreensão, síntese, teorização e recontextualização. Na apreensão, após uma leitura aprofundada as informações das entrevistas foram sistematicamente organizadas, acrescidas dos depoimentos das oficinas, e foram codificadas, ou seja, foram reconhecidas palavras, frases, tema, que se destacavam nos relatos dos participantes. Após a codificação, foi realizada a leitura vertical e transversal, buscando identificar aspectos convergentes, expressões com características semelhantes ou que se completavam entre si, dando origem às categorias. Por meio da síntese, procurou-se interpretar, sintetizar e rememorar o que emergiu nas entrevistas e oficinas, no sentido de se familiarizar completamente com o tema. A partir daí, foi feito um relato das informações alcançadas. Na teorização, as pesquisadoras procuraram analisar, interpretar e associar as informações coletadas ao referencial teórico, buscando identificar as divergências apresentadas no cuidado ao RN no CO, algumas estratégias que conduzissem a superação destas com base nas boas práticas em neonatologia. Os resultados obtidos neste estudo podem servir de subsídios para renovação e mudanças nas práticas da instituição, podendo ser contextualizando em situações semelhantes, desde que adaptadas a estas realidades, caracterizando a recontextualização.

A pesquisa seguiu as diretrizes éticas e normas regulamentadoras de estudos envolvendo seres humanos, preconizadas na Resolução 196/96, sendo autorizado pela instituição onde a pesquisa foi desenvolvida e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição ao qual

o hospital está vinculado, aprovado sob o número: 2194 FR: 454946/2011. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e com vistas a preservar a seu anonimato, estas foram identificadas através da letra “E”, que se refere a enfermeira, seguida de um número correspondente.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise aprofundada do conteúdo das entrevistas e das oficinas realizadas geraram dados relevantes, fundamentais para responder os objetivos do estudo. Sendo estes, descritos em quatro categorias que emergiram dos dados brutos e incorporam as divergências encontradas e as estratégias de superação das dificuldades proposta pelo grupo participante do estudo, que são: 1- Compreensão sobre cuidados ao recém-nascido; 2- Cuidado centrado no ser humano ou na técnica?; 3- Ausência de uma rotina única para conduzir o cuidado; 4- Estratégias para adequar o cuidado ao recém-nascido.

### **Categoria 1- Compreensão sobre cuidados ao recém-nascido**

As participantes descrevem os cuidados ao RN sem intercorrências clínicas, com boa vitalidade e a termo como sendo a recepção, o atendimento, e a realização de cuidados de rotina ao RN no CO. Segundo elas, são cuidados indispensáveis que devem ser realizados imediatamente após o parto pela equipe de saúde de forma sensível, harmônica e carinhosa, em um ambiente calmo e acolhedor, respeitando as condições do bebê e a singularidade que envolve o momento do nascimento.

Ressaltam também a importância dos cuidados serem realizados preferencialmente junto da mãe e de estimular e envolver o pai, ou acompanhante, desde a hora do nascimento, orientando-o e envolvendo-o na realização dos cuidados. Apontam, no entanto, que tal compreensão nem sempre se apresenta e se efetiva na prática, emergindo uma divergência entre o idealizado e o apresentado no cotidiano do cuidar.

*[...] aqueles cuidados que são indispensáveis, não tem como deixar de ser feito de imediato. [...] o aquecimento do RN é importantíssimo, contato pele a pele é um cuidado fundamental. [...] O envolvimento e participação dos familiares nesse*

*cuidado[...]. (E – 2)*

*[...]Que o RN fique muito mais tempo com a mãe nessa primeira hora e que os cuidados possam ser feitos junto da mãe, o credê, o kanakion, pode fazer a antropometria também, não tirar o bebê das vistas da mãe. Isso dá uma tranquilidade pra ela [...]Já ter uma rotina que favorecesse sempre a formação do vínculo.[...] (E -2)*

É consenso para as participantes que os cuidados imediatos no CO ao RN a termo e sem intercorrências clínicas, incluem: secar, aquecer, avaliar a vitalidade, identificar o RN, promover o contato pele a pele, clampear oportunamente o cordão umbilical, estimular a amamentação, administrar o credê e o kanakion, verificar sinais vitais e dados antropométricos e realizar cuidados com o coto.

Para algumas enfermeiras, o primeiro banho do RN também é considerado cuidado imediato, ponto divergente entre os participantes e com a literatura. Consideram que em RN sem intercorrências clínicas e a termo a aspiração das vias aéreas e a lavagem gástrica não deva ser um procedimentos de rotina.

Em relação a secar e aquecer e cuidados com a perda de calor, a maioria das participantes reforçam que devam ser prioritariamente feitos sobre a mãe, registrando a preocupação de mantê-los aquecidos, usando cobertor e touca, retirando os panos umedecidos.

*[...] se o bebê tá bem, já colocar direto em cima da mãe pra ter aquele contato. [...]deve ser secado em cima da mãe [...]secar, ter a preocupação de secar bem o bebê, ver se o bebê tá respirando bem, [...] deixar o pai cortar o cordão umbilical, acho bem importante, já faz parte envolver o pai ali na hora do parto[...](E – 5)*

As participantes reforçam o exposto na literatura, ou seja, se o RN nasce em boas condições de vitalidade e a termo, nada mais deve ser feito além de secar, aquecer, avaliar e colocar junto à mãe para um contato íntimo e precoce (BRASIL, 2011b). Assim, é recomendado, para minimizar a perda de calor, evitar o desconforto respiratório e facilitar a adaptação do RN ao ambiente externo, ao recepcioná-lo, imediatamente



secar toda a sua pele e o couro cabeludo com toalha pré-aquecida, proteger sua cabeça com uma touca e colocar um cobertor ou lençol aquecido sobre ele e a mãe (BHUTTA et al., 2005; BRASIL, 2011a, 2011b; MERCER et al., 2010 ).

Os primeiros laços de aproximação entre mãe e filho são preponderantes para propiciar a formação do vínculo e o reconhecimento mútuo (ROSA et al., 2010) e para facilitar a boa adaptação do RN, devem ser vivenciados em ambiente agradável, favorecendo a troca de olhares e o toque entre os pais e seu bebê, a amamentação e o envolvimento e a participação do pai (MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011). O enfermeiro deve promover o contato pele a pele entre mãe e filho, bem como a amamentação precoce. Todos os procedimentos habituais devem ser postergados para não interferir na interação precoce e no aleitamento na primeira hora de vida (BRASIL, 2011a, 2011b; CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007; MERCER et al., 2010; MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011). Neste sentido, constitui-se uma boa prática na área obstétrica e neonatal evitar separações desnecessárias entre o binômio mãe e filho e adotar comportamentos que favoreçam o vínculo do RN com seus pais.

A amamentação é muito mais do que alimentar. Esta, além de nutrir, promove o vínculo afetivo entre mãe e filho e tem repercussões na habilidade da criança de se defender de infecções, em sua fisiologia e em seu desenvolvimento cognitivo e emocional (BRASIL, 2011a).

Intervenções desnecessárias devem ser evitadas. Assim, conforme estudos, a aspiração das vias aéreas superiores após o nascimento, bem como a aspiração gástrica, não deve ser realizada no atendimento de rotina, pois, pode ser prejudicial e não traz benefícios aos RNs (MERCER et al., 2010).

## **Categoria 2- Cuidado centrado no ser humano ou na técnica?**

Apesar de ser consenso nas falas das participantes que o cuidado deva ser e estar primordialmente centrado no RN, nas suas necessidades de saúde, afetividade e seu bem estar e de seus pais, na prática, não raramente, alguns profissionais priorizam a doença, o procedimento, a intervenção, desvalorizando o ser humano e atenção à saúde em uma perspectiva humanística.

As participantes foram unânimes em suas colocações de que o contato pele a pele e o respeito à formação do vínculo entre os pais e o RN devam prevalecer em relação aos demais cuidados, sendo

prioritários.

*[...]Os cuidados com o RN, [...]deveriam ser priorizados e não feitos todos de uma vez só. A prioridade do cuidado devia ser o contato pele a pele com a mãe, a permanência no colo da mãe, para depois a gente fazer outros cuidados[...] Evitar tudo que é cuidado desnecessário para este momento[...]* (E - 6)

Destacam a importância deste primeiro contato, para manutenção do aquecimento do RN, promoção da amamentação e a formação do apego entre mãe bebê, devendo esse ser iniciado mesmo antes de se clampar o cordão umbilical, com o RN sendo seco e aquecido sobre a mãe. Em relação ao pai esta primeira interação e contato com o pai acontece quando este tem a oportunidade de conhecer o bebê, cortar o cordão umbilical, ajudar a secar o bebê e ficar ao lado da sua companheira, auxiliando-a e dando apoio emocional.

Segundo as percepções das enfermeiras, o RN fica mais calmo e parece sentir prazer quando junto da mãe, e os pais por sua vez ficam mais envolvidos e felizes. Contribuem para a formação deste vínculo e bem estar do RN, um ambiente tranquilo, com baixa luminosidade e manuseio delicado do bebê pelos profissionais. Como forma de melhorar o contato sugerem que, na medida do possível, os outros cuidados (identificação, credê, kanakion, etc) sejam realizados junto da mãe e do pai, reforçando ser fundamental envolvê-los nesse processo.

*[...]um cuidado que é importante é, se o bebê está bem, já colocar direto em cima da mãe para ter aquele contato da mãe com o bebê, e o pai cortar o cordão umbilical, [...] ele tá participando ali do nascimento. O pai também vai se sentir importante naquela hora[...]* (E - 5)

*[...] essa necessidade é muito clara, basta observar o comportamento dos RNs, quando eles ficam em contato com suas mães. [...] parecem sentir um prazer muito grande, se acalmam, param de chorar, se aninham[...]* (E - 4)

*[...] um cuidado que a gente sempre lutou e sempre fez muita questão que fosse respeitado.[...]*

*virou como se fosse uma bandeira.[...] todos os bebês que nascem ficam pelo menos 20 minutos com a mãe, [...] as pessoas interiorizaram esse cuidado. Todo mundo respeita [...]* (E – 3)

Os dados acima convergem com a literatura. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o contato pele a pele deva ser iniciado imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre toda a mãe e filho a termo, em boas condições de vitalidade e estabelece como tempo mínimo deste contato uma hora (BRASIL, 2011a; MERCER et al., 2010). O contato pele a pele é um método seguro, sem custos e traz benefícios a curto e longo prazo, tanto para a mãe quanto para o RN, como o aumento do sucesso e da duração da amamentação, controle da temperatura do RN e estabelecimento do vínculo mãe-filho. Portanto, os profissionais de saúde devem ser facilitadores da aproximação entre a mãe-RN-pai (BRASIL, 2011b; MERCER et al., 2010). Em relação ao tempo de contato preconizado pela instituição, percebe-se uma divergência: algumas colocam como sendo de 20 minutos e outras de 30 minutos. No entanto, várias literaturas que seguem o preconizado pela OMS recomendam que este tempo de contato pele a pele seja de, no mínimo, uma hora (BRASIL, 2011a; MERCER et al., 2010).

Os profissionais devem estimular o pai do RN, a participar dos cuidados realizados com o bebê. O vínculo pai-bebê nos primeiros meses de vida é importante, devendo ser, cada vez mais valorizado na sociedade atual (BRASIL, 2011a).

Mesmo cientes da importância da necessidade da valorização do contato pele a pele precoce e formação do vínculo entre o RN e seus pais, as participantes apontam que, na prática, alguns integrantes da equipe de saúde, priorizam mais o lado técnico, o procedimento do que a necessidade primeira do RN, a de interagir com seus pais. Contribuem para tal situação, segundo os depoimentos, aspectos relacionados à gestão, principalmente no que se refere à falta de recursos humanos e estrutura física, de educação permanente em saúde, e a postura dos profissionais. Neste sentido, referem a sobrecarga de trabalho de alguns profissionais como um dos fatores que pode interferir, afastando o RN precocemente da mãe para a realização de exame físico e procedimentos rotineiros, já que precisam assumir outras atividades. Desta forma, acabam não respeitando o tempo de contato do RN com seus pais. A falta de definição de quem é a responsabilidade na assistência ao parto e

no atendimento ao RN, sendo assumida primordialmente pelo médico e enfermeira ou por quem tiver disponibilidade, pode ser um outro obstáculo. Chama a atenção que a definição de competências não tenha sido alvo de discussão entre as participantes, mesmo sendo dada esta oportunidade e estimulada nas discussões.

A existência de burocracia no que concerne ao registro contribui para agravar o problema, já que, segundo as participantes, são registradas várias vezes as mesmas informações em documentos diferentes, perdendo-se muito tempo, sendo necessário avaliar e rever esta questão.

*[...]Eu acho muito preenchimento de papel, tinha que rever, teria que otimizar, se repetem muitos dados,[...]vai no nosso histórico de enfermagem, vai no livro, na folha de observações complementares, no exame físico do pediatra, na carteirinha, não precisaria. [...] ( E – 1)*

Autores ratificam isto, ao dizerem que, mesmo sendo necessários para o bom desenvolvimento do trabalho, o preenchimento de diversos papéis pode ocupar mais o enfermeiro do que o cuidado direto ao paciente. A burocracia presente em instituições hospitalares pode gerar morosidade do serviço (MIGOTT; GRZYBOVSKI; SILVA, 2001), sendo importante analisar os benefícios das condutas realizadas e adotar estratégias fundamentadas cientificamente para organizar os serviços (BRASIL, 2011b).

A estrutura física não prevê todos os cuidados à mãe e ao RN no mesmo local no momento do nascimento e pós-parto imediato, dificultando o vínculo e afastando o RN de sua mãe. Inconscientemente, uma das participantes expressa que é permitido na maternidade esse contato precoce, vendo o vínculo como permissão do profissional e não como um direito da mulher e de seu filho. O poder dos profissionais de saúde implicitamente se mostra presente. O poder médico também. Não raramente, alguns profissionais intervêm em um processo natural, restringindo o tempo de contato de mãe e filho para realizar procedimentos que poderiam ser feitos posteriormente, valorizando a doença, a técnica, em detrimento das necessidades do ser humano dentro de uma visão hospitalocêntrica e tecnicista. Há também profissionais que colocam seus interesses e comodidade em primeiro lugar. Igualmente, emergiram nas falas as diferentes condutas dos profissionais, uns estimulando o contato precoce entre mãe e filho e

outros não, uns envolvendo o pai, facilitando a interação, outros não.

Percebe-se, nos depoimentos, a falta de empenho, de capacitação e de informação de alguns profissionais e de estagiários da área da saúde sobre boas práticas de atendimento ao RN, podendo ter como consequência a rotinização e inflexibilidade em algumas situações.

*[...]Dificulta o vínculo, exatamente porque se afasta o bebê rápido da mãe [...] a gente altera o estado de reatividade neonatal do bebê, o bebê vai perder a referência do cheiro materno, da voz materna, que são coisas que vêm com ele.[...] Todos os cuidados que a gente faz hoje interferem nesse processo, quebra-se o vínculo da primeira hora de vida por coisas absolutamente desnecessárias. As pessoas estão muito técnicas em relação aos cuidados, não tem sensibilidade.[...] (E – 6)*

*[...] a gente permite que esse bebê fique com a mãe por um determinado período de tempo depois do nascimento [...] (E - 1)*

*[...]As vezes é uma coisa que não é valorizada pela equipe [...] Esse cuidado deve ser trabalhado, porque muitos profissionais, ainda não conseguem ver os pacientes como indivíduos. Há interesses pessoais, arrogância de se acharem mais importantes do que o nascimento; vale fazer sua vontade por pura vaidade [...] Infelizmente um profissional acaba transmitindo sua descrença entre os outros e a coisa vira uma bola de neve.[...] (E – 4)*

*[...]As vezes não acontece de ficar esse tempo, alguns funcionários parecem que ficam meio ansiosos em pegar o bebê pra fazer os cuidados, como avaliação médica e os cuidados imediatos[...] (E -5).*

*[...]As vezes é aspirado sem necessidade, fica em baixo de um berço aquecido, com uma luz super forte, num local que não é o colo da mãe, ouvindo vozes que não são as conhecidas dele. Muitas*

*vezes o pai até fica do lado, mas ele fica tão acuado, que ele nem conversa com a bebê.[...] Eu acho que a gente é muito tecnicista, quer fazer logo as coisas, as rotinas, os cuidados, tanto a enfermagem quanto a medicina, tanto os enfermeiros quanto os técnicos, no sentido de apressar todo o processo, para a mulher ir longo para o Alojamento Conjunto [...](E – 6)*

Autores consideram que intervenções desnecessárias após o nascimento, como clampar o cordão precocemente, aspirar vias aéreas, realizar cuidados sem secar o corpo molhado e/ou de forma rotinizada, manipular excessivamente o RN, e administrar medicamentos, configuram-se como uma violência institucional. Para eles, esses diferentes tipos de agressões devem-se a omissão e falta de preparo dos profissionais que atuam junto ao RN. São situações que podem e devem ser evitadas ou amenizadas e cuja viabilização depende dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado (GAIVA; TAVARES, 2002).

Estudo sobre os sentimentos de opressão vivenciados pelas mulheres ao serem separados do filho no pós-parto imediato ressalta que a prática dos profissionais de saúde que assistem à mulher no momento do parto e separam mãe e RN de baixo risco por meio de medidas intervencionistas, deva ser repensada e tal conduta ser modificada. Entretanto, destacam que a transformação do modelo de cuidado tecnocrático, centrado apenas na técnica e intervencionista hegemônico vigente, para outro com uma perspectiva humanística não se consolida rapidamente; requer uma mudança de paradigma, crenças, atitudes e práticas das mulheres e dos profissionais de saúde (CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007).

Práticas de atenção adequadas, integrais e fundamentadas cientificamente devem ser adotadas como modelo na atenção ao parto e nos cuidados ao RN. As práticas que têm se mostrado prejudiciais ou em nada benéficas à saúde da mãe ou do RN devem ser proscritas (BRASIL, 2011b). Revisão das evidências a respeito das práticas de atendimento ao RN revela que, na maioria dos casos, quanto menos intervenções, melhor para o bebê, recomendando um atendimento ao RN centrado na família (MERCER et al., 2010).

Embora o conhecimento das práticas baseadas em evidências científicas seja necessário, isto nem sempre é suficiente para assegurar sua aplicação sob a forma de intervenções apropriadas, sendo

fundamental entender as razões e barreiras desta resistência à mudança e propor estratégias para superá-las (BRASIL, 2011b). Estudo que investigou as razões pelas quais os médicos nem sempre adotam as práticas de atenção perinatal baseadas em evidências científicas conclui que os motivos desta ocorrência são a falta de acesso à informação científica ou incapacidade para compreender a literatura científica, falta de tempo ou de recursos materiais, atitudes de alguns profissionais que resistem à mudança e guias clínicos e políticas conflitantes (BRASIL, 2011b). Tais pontos necessitam ser refletidos debatidos coletivamente, buscando identificar e trabalhar aqueles que impedem mudanças que favoreçam o bem estar e desenvolvimento do RN, sujeito principal do cuidado e não ficar apenas no âmbito de justificativa.

Fica evidente a divergência entre o falado e o exercido por parte de alguns profissionais e divergências em relação aos fundamentos científicos nos quais se preconiza que intervenções sem indicações são barreiras importantes que dificultam a interação precoce e a formação do vínculo.

O intervencionismo está presente em muitas situações no dia a dia do serviço, mas deveríamos valorizar mais a interação e o bem estar do RN e seus pais, como explícita nesta fala:

*[...] somos muito intervencionistas com relação mãe-bebê. A gente vai lá e interfere demais por conta de rotinas. Devemos evitar tudo que é cuidado desnecessário para este momento [...] A prioridade do cuidado deveria ser o contato pele a pele com a mãe, a permanência no colo da mãe[...] esperar primeiro a mãe e o bebê ter esse contato de olhar, de mamar,[...] (E – 6)*

Convergente com os achados, autores reforçam a importância de evitar intervenções quando não há necessidade no processo de parir e nascer. Afirmam que a separação do bebê de seus pais, deve ser evitada na primeira hora após o nascimento. O cuidado ao RN deve considerar todas as dimensões do bebê, físicas, psicológicas e sociais. Os demais cuidados de rotina devem ser postergados para não interferir na interação precoce e no aleitamento na primeira hora de vida, porém se deve manter observação frequentemente, a fim de detectar qualquer complicação (BRASIL, 2011a; MERCER et al., 2010).

### **Categoria 3 - Ausência de uma rotina única para conduzir o cuidado**

As colocações das participantes apontam que não existe uma conduta unificada para conduzir o cuidado, divergindo em vários pontos: em relação à forma de desenvolver os cuidados e materiais utilizados, definição dos cuidados prioritários, momento e local mais apropriados para a realizá-los, muitas vezes, dependendo do profissional e do plantão como neste depoimento:

*[...]a gente trabalha muito com essa questão de quem é o médico de plantão e qual é a equipe, de como se vai proceder.[...] percebo que existem divergências entre os cuidadores [...] dependendo do plantão que tu trabalhas, tu percebes que não tem uma rotina que é básica pra todos eles [...] as pessoas seguem as rotinas, mas o procedimento não é um consenso para todo mundo.[...] parece que a prática vai se perdendo através do tempo,[...] (E – 3)*

Devido à extensão do tema, destacamos as divergências consideradas prioritárias pelos participantes e as que mais se repetiram ao longo do estudo.

Uma delas foi sobre a colocação de pulseira de identificação na mãe e no RN, sendo uma ou duas no RN recomendado pela literatura e experienciado em outras instituições, no entanto na instituição, cenário do estudo, não é colocado pulseira na mãe, apenas no RN, sendo sugerido pelo grupo que esta questão seja alvo de maior discussão.

Conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), para a identificação, devem ser colocadas pulseiras na mãe e no RN, contendo o nome da mãe, o registro hospitalar, a data e hora do nascimento e o sexo do RN.

A outra divergência diz respeito ao clampeamento do cordão umbilical. Houve um consenso entre as enfermeiras que a prioridade seria esperar o cordão parar de pulsar antes de clampeá-lo, porém, no cotidiano do cuidado, esta conduta não é respeitada principalmente pela equipe médica. Na maioria das vezes, o clampeamento do cordão é realizado precocemente.

*[...] uma coisa que tem que ser alterada, e*



*urgente, é a questão do corte do cordão umbilical, que está sendo extremamente precoce. É um absurdo, anticientífico[...] cortar o cordão, não esperar nem parar de pulsar. Quando ele é cortado antes de seu tempo, é como se fosse cortar esse fluxo de energia, de sangue pode provocar um trauma, uma anemia futura[...] precisaria daquela reserva de sangue não vai ter, e às vezes vai ter que tomar complemento. A gente tem que pensar nas consequências de interferir tanto na natureza.[...]* (E – 6)

*[...] nasceu a primeira preocupação deles é clampear o cordão. A gente sabe que não há necessidade disso[...] se espera o cordão parar de pulsar, enquanto isso dá pra fazer aquela interação com os pais, perguntar pra eles se quer cortar o cordão[...].* (E – 1).

Várias evidências recentes advindas de ensaios controlados randomizados de grande porte sugerem que o clampeamento em tempo oportuno do cordão umbilical é benéfico em comparação ao clampeamento imediato e protege a criança contra anemia (BHUTTA et al., 2005; BRASIL, 2011a, 2011b; MERCER et al., 2010). O momento ideal para pinçar o cordão umbilical dos RNs, é quando a circulação do cordão cessou, o cordão está achatado e sem pulso, leva em torno de três minutos ou mais após o nascimento, devendo o RN ser colocado sobre o abdome materno ou mantido abaixo do nível do períneo até a transfusão placentária completa (BRASIL, 2011a, 2011b; MERCER et al., 2010). No entanto, as informações sugerem que o clampeamento imediato do cordão é mais frequente que o tardio e, mesmo existindo protocolos e/ou guias recomendando o clampeamento tardio, não existem informações disponíveis a respeito do cumprimento desta recomendação (BRASIL, 2011b). Assim, é necessário capacitar e sensibilizar os profissionais para que a recomendação se concretize na prática.

Além destas divergências, as que se evidenciaram foram em relação ao local de aplicação do kanakion, administração do credê e quanto ao local e horário do primeiro banho do RN.

Em relação a administração do kanakion, a região intramuscular (IM) utilizada para sua aplicação dividiram as opiniões. Algumas enfermeiras consideraram que a região ventro glútea (VG), também

chamada de hochstetter (H) seria o local mais propício para aplicação da medicação. Outras demonstram dúvidas em relação a aplicação no H, sugerindo uma revisão. Algumas se posicionaram favoráveis a aplicação no músculo vasto lateral (VL), mas relataram seguir a rotina de aplicar no H em função de ser uma conduta estabelecida no CO da instituição, mesmo sem ter a informação científica atualizada sobre a forma de realizar o procedimento. Também foi levantada a possibilidade de administração do kanakion via oral (VO), como é realizado em alguns países, no entanto, como este exige a aplicação de múltiplas doses, o consenso após a oficina foi descartar esta possibilidade, em função de se correr o risco do esquema ficar incompleto.

*[...] acho que ele deve ser feito de forma menos traumática, pode ser feito enquanto está no colo da mãe, mamando. [...] pelo volume que o kanakion é administrado [...] eu imagino, assim, de ser feito no H[...]. No H não deve ser feito medicação na criança, por ele não ser um músculo bem desenvolvido. Mesmo assim suporta essa quantidade e eu acho que tem muito menor probabilidade de atingir o nervo ciático[...] essa região é muito menos dolorosa, a gente estaria agredindo menos o bebê, então eu sou a favor de ser feito no H.[...] (E – 6)*

*[...] eu faço no hochstetter porque foi estipulado como uma rotina do setor;[...] Eu lembro que quando eu estudei o H era contraindicado até o segundo mês de vida por dificuldade de delimitação certa do local. É um dos melhores locais, depois do segundo mês de vida, mas até o segundo mês é contraindicado por isso. Eu acho que a gente delimita certo, [...] (E – 4)*

*[...]É no hochstetter ou no vasto lateral. Eu aqui aprendi que é para fazer também no H. Antes eu achava que era só no VL, depois que eu vim trabalhar aqui, eu tenho feito no H[...] (E – 5)*

Na literatura estas divergências também são encontradas. Muitos autores recomendam o músculo vasto lateral, dentre eles: Souza et al. (2011) e Zaichkin (2010). Em contrapartida, Collet, Oliveira e Vieira

(2010) e Malkin (2008), recomendam a região do hochstetter. Não há um consenso na literatura em relação ao local de aplicação, se deve ser no H ou no VL.

O músculo VL é o local recomendado, mas a área do H é um local alternativo para IM em crianças, inclusive para menores de 12 meses de idade. No entanto, quem vai administrar, deve ter habilidade e estar familiarizado com os pontos de referência utilizados para identificar o local (AUSTRÁLIA, 2009). Os profissionais podem imaginar que a região do hochstetter tenha desvantagens como pequena amplitude e presença de ossos adjacentes, no entanto, são estas características que proporcionam mais segurança, especialmente em pessoas magras e crianças, onde o sítio de punção torna-se circunscrito (COLLET; OLIVEIRA; VIEIRA, 2010). Através destas literaturas, pode-se concluir que os dois locais podem ser usados no RN, desde que a equipe tenha conhecimento técnico da delimitação da área e domínio da técnica de aplicação.

A questão da credeização também gerou pontos divergentes, em relação a técnica e ao produto utilizado no procedimento. Atualmente na instituição o produto utilizado na credeização é a solução de povidona iodada a 2,5% (PVPI a 2,5%), usado há alguns anos e sem intercorrências e considerado o produto adequado pela maioria das entrevistadas. Entretanto algumas entrevistadas apresentam dúvidas em relação ao produto que seria o mais indicado, o nitrato de prata, o PVPI, e a eritromicina, citado por uma das participantes como produto eficiente, mas sem ter certeza disto, como ratificam os depoimentos.

*[...] a gente chegou ao PVPI, como o melhor produto. É um produto que tem a mesma efetividade e atua muito bem. Acho que atua muito bem na prevenção das gonococcias oftálmicas.[...](E - 2)*

*[...] Tenho dúvida quanto a eficácia do PVPI [...]. O que eu sei é que o colírio de eritromicina seria mais eficiente.[...] (E -4)*

A prática da profilaxia ocular é heterogênea, parecendo não haver uma prática comum adotada pela comunidade internacional para a profilaxia da conjuntivite neonatal (PASSOS; AGOSTINI, 2011), já que o produto utilizado varia em relação ao país e 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% (BHUTTA et al., 2005; PASSOS; AGOSTINI, 2011). 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 (PASSOS; AGOSTINI, 2011).

Quanto ao PVPI, estudos realizados sobre o mesmo descrevem como sendo de espectro mais amplo, ativo contra todos os possíveis agentes da conjuntivite neonatal, e tem vantagens sobre os demais produtos utilizados até o momento, inclusive em sua atividade contra a *Chlamydia Trachomatis*. Não induz resistência microbiana; tem baixa toxicidade; estabilidade; autopreservação; autoesterilidade; provavelmente sem toxicidade sistêmica; disponibilidade; baixo custo; e por alguns minutos, torna a superfície ocular amarronzada, servindo como indicador de uma aplicação correta (PASSOS; AGOSTINI, 2011). Evidências científicas apontam o benefício da profilaxia com nitrato de prata, pomada de eritromicina ou tetraciclina, sendo esta prática estabelecida em grande parte dos países desenvolvidos. Apesar dos dados escassos em países em desenvolvimento, aponta-se que o PVPI a 2,5% é eficaz, sendo este agente reconhecido e indicado pela American Academy of Pediatrics como profilático de primeira linha para infecção ocular (BHUTTA et al., 2005). Esses autores complementam dizendo que a escolha do agente pode ser menos importante do que a preocupação em implementar este cuidado.

Já em relação a técnica de aplicação do PVPI, algumas participantes expressam a necessidade de rever a técnica, apontando dúvidas ou diferentes formas de realizar o procedimento. Divergem se a higiene ocular deve ser realizada antes de aplicar o produto ou não, se deveria ser aplicado no canto do olho ou no saco conjuntival, se tem que esperar o produto agir ou não, se o procedimento deve ser realizado no caso de parto cesáreo, já que o RN não atravessa o canal de parto, sendo mais difícil ser contaminado. Reforçam a necessidade de capacitação e rever condutas.

*[...]O método de aplicação não está dentro dos padrões que são estabelecidos [...] O uso correto do PVPI na hora de pingar o colírio. Tem gente que não faz a higiene, não espera o tempo necessário, são coisas que têm que ser vistas.[...] Por que colocar? Por que fazer, se não teve infecção por via vaginal?[...] (E – 3)*

A administração do credê está indicada a todos os RN, inclusive para aqueles nascidos de parto cesáreo, pois devemos considerar os riscos de aquisição por via ascendente, que podem passar despercebidas (BRASIL, 2011a; PASSOS; AGOSTINI, 2011).

Segundo Zaichkin (2010) não se deve irrigar os olhos com água ou solução salina, apenas passar gaze macia ou chumaço de algodão no rosto do RN para secar e evitar o deslizamento da mão. Descreve, também, a importância de realizar o procedimento com delicadeza e de manter a esterilidade da ponta do frasco.

A falta de qualificação profissional para empregar as novas práticas ou técnicas já existentes é uma realidade (BRASIL, 2011b). A conscientização dos profissionais para a importância do cuidado adequado, bem como a experiência, a prática e a educação continuada dos profissionais de saúde que participam dos cuidados ao RN são primordiais nesse período crítico de transição para o ambiente extrauterino (BRASIL, 2011a).

Uma outra questão alvo de divergências entre as participantes diz respeito ao banho, no que se refere ao horário e técnica. As opiniões são contraditórias. Algumas demonstram preocupação com a questão da contaminação pela possibilidade de contato com sangue e secreções maternas, sendo favoráveis ao banho precoce, durante a primeira hora de vida, como é feito atualmente na instituição onde a pesquisa foi realizada. Contudo, outras se mostraram favoráveis em retardar o banho, recomendando que seja dado preferencialmente no Alojamento Conjunto, ou pelos menos após a primeira hora de vida do RN para permitir o vínculo entre pais e RN, maior absorção do vómito e evitar perda de calor. Enfatizam também a questão de respeitar a técnica do banho estabelecida.

*[...] tem estudos que falam que se espere mais para dar o banho no bebê. Aqui, a gente já dá logo que nasce.[...] pela questão de não manter o bebê muito tempo com as secreções. Porque o pai e a mãe tocam, nós tocamos no bebê, claro que tocamos com luva, mas tem um risco, mas para o bebê, eu sei que seria bom esperar, seria menos agressivo. (E -5)*

*Eu penso que o banho do RN, poderia ser deixado para dar no Alojamento Conjunto. No banho*

*precoce o RN não tem o benefício da absorção do vérnix logo após o nascimento, [...] vai contra a própria fisiologia[...] (E – 2).*

*Existe quebra do vínculo da primeira hora de vida [...]deve ser dado depois do contato com a mãe,[...] deveria ser feito pelo menos depois da primeira hora de vida.[...]seguir a técnica do banho humanizado japonês e não cada um dar o banho na sua técnica.[...] tem diferença você dar banho no bebê coberto ou não coberto, você enxaguar o bebê ou não [...] (E – 6)*

A divergência quanto ao horário mais apropriado para o primeiro banho, também é encontrada na literatura. Atualmente tem sido dado mais cedo para reduzir a possibilidade de transmissão de patógenos do sangue e líquidos corporais materno, com possibilidade de contaminar tanto o RN, como profissionais de saúde e familiares (ZAICHKIN, 2010). No entanto, a OMS recomenda que o primeiro banho seja dado apenas seis horas após o parto, devido ao risco de hipotermia e estresse durante este período de grande transição fisiológica do RN (BHUTTA et al., 2005).

#### **Categoria 4 - Estratégias para adequar o cuidado ao recém-nascido**

Os participantes apontam como estratégias, fundamentadas em boas práticas: adequação dos cuidados, mudanças na estrutura física, redimensionamento dos recursos humanos e a construção coletiva de uma proposta para conduzir o cuidado.

A adequação dos cuidados com base nos fundamentos científicos requer, na opinião dos participantes, atualização, melhor preparo dos profissionais, comunicação e integração da equipe. As falas apontam que a ausência de capacitação permanente a respeito das boas práticas em obstetria e neonatologia são importantes barreiras para uma convergência de ações embasadas cientificamente. Os alunos da área da saúde, comuns em uma instituição de formação, em função da rotatividade, as vezes, não são informados a respeito de como devem desenvolver os cuidados e por insegurança, medo e ansiedade acabam intervindo inadequadamente.

*[...] parece que a prática vai se perdendo através*

*do tempo. [...] eu percebo que existem diferenças e há necessidade de disponibilização disto, para que todos trabalhassem do mesmo jeito. [...] a gente nunca teve aqui no HU uma atualização quanto aos cuidados com o RN.[...] (E – 3)*

*[...] a gente tem muito para estudar e ver mais as questões do que esse processo, de que esse cuidado pode interferir na vida futura dessa pessoa [...] porque o bebê não fala, não se expressa no sentido verbal [...] a gente faz e eu acho que é uma coisa que tem que ser mais aprofundada para poder sensibilizar as pessoas também.[...] (E – 6)*

A capacitação e a competência técnico-científica e sensível da equipe de saúde são necessários para a manutenção de todas as atividades vitais do RN e conservação de sua integridade orgânica, pessoal, familiar e social, ou seja, uma assistência à saúde de qualidade (MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011).

Para a segurança e o bem-estar do RN precisamos tentar construir um corpo de conhecimento fundamentado em boas práticas, evitando intervenções desnecessárias (MERCER et al., 2010).

Em relação a mudanças na estrutura física, algumas participantes sugerem que os cuidados com o RN sejam realizados no mesmo ambiente em que a mãe se encontra. O ideal seria a mulher permanecer durante o trabalho de parto, parto e pós-nascimento imediato em único ambiente, instuindo-se o sistema PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto imediato), onde o binômio mãe-filho poderiam ser atendidos de forma segura, sem necessidade de separá-los durante a realização dos procedimentos de rotina.

O redimensionamento de pessoal, com a contratação de mais integrantes na equipe de enfermagem e neonatologistas foi destacado como um dos fatores que favorecem o vínculo, pois os profissionais poderiam ter mais tempo para atender o binômio.

*[...]Se a gente tivesse quarto PPP, a gente estaria promovendo grande parte dos contatos entre mãe e RN muito mais facilmente do que hoje em dia. Resolveria toda a questão da rotina da obstetrícia. Teria que ter a sala de RN para um ou outro.[...] assim todos os cuidados seriam*

*prestados ali, a mãe vendo o que tá acontecendo com o bebê [...]tudo acontecendo no mesmo ambiente.[...] (E -6)*

*[...]Não ter um neonatologista em tempo integral dentro do CO, é uma coisa que dificulta muito, porque eles têm que estar em dois lugares ao mesmo tempo. Por esse motivo se tira o bebê da mãe, para ele poder avaliar, para poder ir tranquilo e fazer o outro trabalho dele.[...] (E -6)*

Para assistência segura, são necessários infraestrutura material e recursos humanos que desenvolvam trabalho integrado, em equipe interdisciplinar com profissionais treinados para atender a situações rotineiras e emergenciais (LARA; GOULART; CARMO, 2010).

Além dessas questões, a maioria das participantes destaca a falta de uma rotina escrita atualizada que estabeleça os cuidados fundamentados cientificamente, bem como a necessidade de sensibilizar as pessoas, refletir com o grupo, problematizar a situação com os profissionais envolvidos, rever rotinas e construir coletivamente uma proposta atualizada de cuidados ao RN dentro do CO. Além disso, ter alguém para levar o problema quando a rotina não é seguida. Em suma, propiciar um espaço de diálogo viável para se problematizar, refletir sobre estes cuidados utilizando informações atualizadas e científicas.

*[...] precisamos rever algumas condutas.[...] entre as enfermeiras, deveriam sentar de vez em quando e rever rotinas e condutas. [...] maneiras de fazer e escrever o cuidado.[...] (E - 4)*

*[...] eu acho que as enfermeiras tinham que se reunir, a gente tinha que ver quais são os cuidados que tem prioridade e tentar trabalhar e a partir daí a gente estar trabalhando e estar trazendo isso em forma de reuniões com os plantões, ou estar trazendo em forma de curso de atualização. [...] vamos fazer padrão, pra todo mundo fazer igual.[...] (E - 3)*

*[...]A gente teria que ter pelo menos uma bússola digamos, uma coisa que direcionasse os cuidados[...] Teria que elaborar um manual [...]*



*gente não tem um manual de cuidados escrito. Precisa ter alguma coisa padronizada, aí um faz de um jeito, outros fazem de outro, a gente faz porque ouve falar, não tem uma rotina padronizada com o RN. [...] (E – 1)*

A reflexão, a problematização e a mudança da realidade pode se dar no coletivo. De acordo com Freire (2003), o conhecimento é produto das relações dos seres humanos entre si e com o mundo. Nestas relações, homens e mulheres são desafiados a encontrar soluções para situações no seu cotidiano de vida. Para isto, precisam reconhecer a situação, compreendê-la, refletir sobre ela e imaginar formas alternativas de responder e selecionar a resposta mais adequada, construindo algo e transformando esta realidade.

A direção apontada para a adequação dos cuidados seria a capacitação, a conscientização e a melhoria da comunicação entre os integrantes da equipe de saúde, bem como a construção coletiva de uma proposta para conduzir o cuidado ao RN com base nas boas práticas com vistas a atenção humanizada durante o cuidado neonatal. Nesta perspectiva, o mais importante não é seguir rotinas rígidas, e sim a experiência, a prática e a educação continuada da equipe de saúde que participam dos cuidados, além de conscientização dos mesmos para a importância de prestar um cuidado adequado (BRASIL, 2011a).

É necessário transpor as barreiras que impedem a adoção de práticas de cuidados perinatais baseados em fundamentos científicos (BRASIL, 2011b). Através da revisão de manuais e normas, avaliação das práticas atuais e capacitação da equipe de saúde poderemos alcançar o cuidado almejado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo confirmou a existência de divergências entre os cuidados prestados ao RN pelos enfermeiros e equipe de saúde em suas práticas e também na literatura. Essas podem afetar o desenvolvimento de ações apropriadas e centradas no RN e seus pais. Ficou evidente a divergência entre o falado e o exercido por parte de alguns profissionais, mesmo existindo fundamentos científicos que recomendam a forma adequada e menos intervencionista de desenvolver os cuidados. Os resultados apontam como divergências, as diferentes formas de conduzir o cuidado, ora centrado no RN e estimulando a interação, ora centrado

no procedimento; o desenvolvimento diferente da técnica propriamente dita pelos profissionais, em relação aos passos, locais e medicamentos e materiais usados, intervenções desnecessárias ou práticas inapropriadas, contrapondo-se aos fundamentos científicos e necessidades do trinômio mãe-filho e pai.

A pesquisa aponta a necessidade de encontrar caminhos de superação das dificuldades, indo além das divergências, podendo, estas mudanças, começarem pela enfermagem. Para tanto, propõem a capacitação dos profissionais, o desenvolvimento de uma proposta coletiva elaborada pela enfermagem que defina o cuidados com base nas boas práticas e a integração e comunicação entre os membros da equipe de saúde. Entendemos que essa integração, inclui oportunizar espaços de discussão, de problematização, de busca de soluções e de construção coletiva de conhecimentos sobre este tema com toda a equipe interdisciplinar, estabelecer pactos entre os profissionais com vistas a transformar a realidade e concretizar no cotidiano da atenção ao RN com base nos fundamentos científicos encontrados na literatura nacional e internacional. Assim, sugerimos que se abra um espaço de diálogos com os outros profissionais e outras unidades de internação que se articulam e trabalham com este fenômeno para discussão destas questões e implantação daquilo que é consenso e benéfico ao RN e seus pais.

Ressaltamos que apesar das participantes terem como consenso a valorização do contato pele a pele e a formação do vínculo entre o RN e seus pais sem que haja intervenção nesse processo, assim como realizar os cuidados ao RN preferencialmente junto da mãe, estimular e envolver os pais, orientando-os durante a realização dos cuidados, ainda há por parte de alguns integrantes da equipe de saúde a priorização da técnico, do procedimento, seguindo a lógica e modelo de atenção tecnocrático. A sobrecarga de trabalho em função do reduzido número de recursos humanos, a influência de determinados profissionais, as relações de poder e, a falta de informação, atualizações e debates sobre o cotidiano do cuidado contribuem para determinar e manter esta situação. Chamou-nos a atenção o fato das participantes não definirem e se posicionarem a quem caberia a responsabilidade pelos procedimentos, que são ações de enfermagem, podendo isto se refletir na perda de um espaço de atuação do enfermeiro, o que precisa ser aprofundado e alvo de reflexão e estudos posteriores.

A proposta de levantar as divergências relacionadas aos cuidados com o RN na ótica das enfermeiras que trabalham no CO configurou-se como algo relevante para planejar o cuidado.

O conhecimento sobre os cuidados pela equipe, a reflexão e a problematização da prática diária dos profissionais são essenciais para aprofundar esta temática, subsidiar e transformar condutas arraigadas e construídas culturalmente ainda vigentes dentro de um modelo tecnocrático, que se centra no procedimento e na dimensão fisiológica e biológica e não valoriza o lado humano, ou seja, o RN e seus pais, suas necessidades e sua multidimensionalidade.

Concluimos que esta pesquisa contribuiu para a reflexão, debate e avaliação dos cuidados prestados ao RN e para a produção de conhecimento, podendo gerar mudanças e inovações na atenção à saúde do RN e seus pais na instituição, cenário do estudo e, quiça, em situações similares a essa. Recomendamos desenvolver este estudo em outras instituições, com os demais profissionais da equipe de saúde e também com os pais e mães, ampliando o estado da arte nesta temática e melhorando este cuidado prestado ao RN e seus pais.

## REFERÊNCIAS

AUSTRÁLIA. Department of Health and Ageing. National Health and Medical Research Council. Administration of vaccines. In: \_\_\_\_\_. **The Australian immunisation handbook**. 7th ed. Canberra: Australian Government Publishing Services 2009. Disponível em: <<http://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/handbook-vaccine-admin>> . Acesso em: 15 fev. 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem\\_sobrevivencia\\_atencao\\_parto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf)>. Acesso em: 4 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, cuidados gerais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. v. 1. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1461](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461)>. Acesso em: 28 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 18 jul. 2011.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. de; VIEIRA, C. S. **Manual de enfermagem em pediatria**. 2.ed. rev. atual. ampl. Goiânia: Editora AB, 2010.

CRUZ, D. C. S.; SUMAN, N. S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo; v. 41, n. 4, p. 1-8, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/20.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

GAIVA, M. A. M.; TAVARES, C. L. A. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? **Rev. gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 132-145, jan. 2002. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/Revista-GauchadeEnfermagem/article/view/4408>. Acesso em 18 abril 2012.

LARA, S. H. de O.; GOULART, M. J. P.; CARMO, T. M. D. Assistência ao recém-nascido pelos profissionais de enfermagem na sala de parto no momento da recepção. **Ciênc. Prax.**, Passos, MG, v. 3, n. 5, 2010. Disponível em: <<http://www.fip.fespmg.edu.br/ojs/index.php/scientae/article/viewFile/99/81>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

MALKIN, B. Are techniques used for intramuscular injection based on research evidence? **Nurs. Times**, London , v. 104, n. 50-51, p. 48-51, Jan. 2008.

MERCER, J. S. et al. Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/845/808>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

MIGOTT, A. M.; GRZYBOVSKI, D.; SILVA, L. A. A. A aplicação conceitual da teoria da burocracia na área da enfermagem: uma análise

empírica das instituições hospitalares de Passo Fundo (RS). **Cad. Pesqui. Adm.**, São Paulo, v. 8, n.1, jan./mar. 2001. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Cad-pesq/arquivos/v08-1art01.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

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

PASSOS, A. F.; AGOSTINI, F. S. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. **Rev. Bras. Oftalmol.**, Vitória, v. 70, n. 1, p. 57-67, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v70n1/12.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2012.

ROSA, R. da. et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Esc. Anna Nery: Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-112, jan./mar., 2010.

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

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

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

## 5.2 ARTIGO 2: PRIMEIRO BANHO DO RECÉM-NASCIDO NA ÓTICA DAS ENFERMEIRAS, COM BASE NAS BOAS PRÁTICAS

### **A newborns first bath from the nurses point of view, based on good practices**

### **Primer baño del recién nacido según la óptica de las enfermeras, con base en las buenas prácticas**

**RESUMO:** Pesquisa qualitativa, convergente-assistencial, desenvolvida com enfermeiras no Centro Obstétrico de um Hospital Universitário. Objetivou conhecer as divergências relacionadas ao primeiro banho do recém-nascido na ótica das enfermeiras e construir coletivamente proposta de adequação, de forma a superar tais divergências. A coleta de dados ocorreu entre setembro/2011 e abril/2012 e englobou entrevistas e depoimentos das oficinas. A análise seguiu as etapas: apreensão, síntese, teorização e recontextualização. Originaram três categorias: divergências quanto ao momento do banho e consensos; divergências quanto a condução do banho; propostas para superar as divergências. As principais divergências referem-se ao local, horário, desenvolvimento da técnica, que podem interferir na interação e na sua adaptação à vida extra uterina. Para superação das dificuldades sugeriu-se: capacitação da equipe e estender a discussão ao Alojamento Conjunto para rever, redimensionar e elaborar rotina conjunta. O banho não é um procedimento simples, podendo interferir na saúde e desenvolvimento do recém-nascido e segurança dos profissionais, sendo necessário ser constantemente estudado e atualizado.

**Palavras-chave:** Recém-nascido. Banho. Cuidado. Enfermeiras.

**ABSTRACT:** Qualitative research, convergent-assistential, developed with nurses at the obstetric center of a university hospital. The objective was to identify the divergences related to a newborn's first bath from the perspective of the nurses and also collectively building a proposal of adequacy in order to overcome such differences. Data collection occurred between September/2011 and April/2012, which included interviews and statements from the workshops. The analysis followed these steps: apprehension, synthesis, theory and recontextualization. From this three categories were created: divergences and agreement of

the timing of the bathing; disagreements in the conduction of the bathing; proposals to overcome the divergences. The main disagreements relate to the location, time, technique development, which may interfere with the interaction and its adaptation to the extra uterine life. To overcome the difficulties, it was suggested: staff training and extending the discussion in the hospital wards, to review, resize and prepare a joint routine. The bathing procedure is not simple, because it may interfere with the newborns health and development and the safety of the staff, so it needs to be constantly studied and updated.

**Keywords:** Newborn. Bathing. Care. Nurses.

**RESUMEN:** Estudio cualitativo, convergente asistencial, desarrollado con enfermeras en el Centro Obstétrico de un Hospital Universitario. Objetivó conocer las divergencias relacionadas con el primer baño del recién nacido, según la óptica de las enfermeras, y construir colectivamente una propuesta de adecuación, para superar dichas divergencias. La recopilación de datos tuvo lugar entre septiembre/2011 y abril/2012 y englobó entrevistas y testimonios de los talleres. El análisis siguió las etapas: comprensión, síntesis, teorización y recontextualización. Se originaron tres categorías: divergencias con relación al momento del baño y consensos; divergencias con relación a la conducción del baño; propuestas para superar las divergencias. Las principales divergencias se refieren al lugar, horario, desarrollo de la técnica, que pueden interferir en la interacción y en su adaptación a la vida extra uterina. Para la superación de las dificultades se sugirió: la capacitación del equipo y extender la discusión al Alojamiento Conjunto para rever, redimensionar y elaborar una rutina conjunta. El baño no es un procedimiento simple, pudiendo interferir en la salud y en el desarrollo del recién nacido y en la seguridad de los profesionales, siendo necesario ser constantemente estudiado y actualizado.

**Palabras clave:** Recién nacido. Baño. Cuidado. Enfermeras

## INTRODUÇÃO

O recém-nascido (RN) é um ser vulnerável, exposto a riscos ao nascer e depende dos cuidados da mãe e daqueles que o recebem. Necessita de cuidados adequados logo após o nascimento, realizados por membros da equipe de saúde, entre estes, a enfermeira, para garantir a sua sobrevivência, proteção contra doenças e interação com seus pais.

Estes cuidados, dispensados aos RNs e seus pais, devem ser fundamentados em boas práticas. As boas práticas ao RN no Centro Obstétrico (CO) constituem ações baseadas em fundamentos científicos atualizados, objetivando formas de assistir e cuidar integrais, seguras, personalizadas e qualificadas, evitando intervenções desnecessárias no nascimento e pós-nascimento; ações centradas no RN (e suas necessidades) e seus pais, com vistas à recepcioná-lo de forma digna e a favorecer a adaptação deste novo ser ao mundo e seu pleno desenvolvimento físico, psíquico e social.

Refletindo sobre as ações de enfermagem desenvolvidas e as dificuldades no cotidiano do trabalho em relação aos cuidados prestados ao RN no CO de um hospital universitário, onde trabalha uma das pesquisadoras, percebemos que existem divergências de conduta, tanto na literatura quanto na prática, no que diz respeito à realização de alguns procedimentos, sendo um deles o primeiro banho. Este, apesar de não ser considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e outras literaturas (BHUTTA et al., 2005; FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011) como um cuidado que deva ser realizado no CO, dentro da primeira hora de vida do RN, em algumas instituições, e inclusive neste hospital, cenário do estudo, é realizado no CO na primeira hora de vida, exceto no caso de RN de alto risco ou prematuros.

Quando o RN nasce saudável e a termo, ou seja, com idade gestacional acima de 37 semanas, mostra-se rosado e ativo, não apresenta sinais mínimos de sofrimento respiratório ou alterações clínicas importantes logo após o nascimento (ZAICHKIN, 2010), o primeiro banho deste bebê pode ser considerado como algo prazeroso, pois esta experiência o aproxima do ambiente líquido e quente característico do útero materno (BRASIL, 2009). Entretanto, no banho, o RN pode ser bastante manipulado, podendo apresentar diferentes reações. Conforme acontece o manejo do RN, este pode reagir expressando sinais de calma e tranquilidade ou de estresse, insegurança e agitação, sendo imperativa a adequação do procedimento (BRASIL, 2009) para não interferir em sua adaptação biológica e comportamental.

A finalidade do banho inicial é de diminuir a colonização microbiana, remover as secreções maternas, evitando riscos ao RN e seus cuidadores causados pelos possíveis agentes transmissores de doenças como hepatite B, herpes simples, HIV, e outros, bem como envolver questões estéticas, culturais e expectativas da família (RICETTO; SOUZA, 2011). Além destes propósitos, o banho



proporciona estimulação tátil, propicia a circulação geral da pele, podendo gerar conforto, relaxamento e bem-estar (CONCEIÇÃO et al., 2002; PILLEGI et al., 2008), favorecer uma interação harmoniosa com os pais e auxiliar na adaptação do RN à vida extra uterina (PILLEGI et al., 2008). Os benefícios se sobrepõem quando o banho é bem conduzido, havendo controversias em relação ao uso de sabonetes na execução deste procedimento. Os sabonetes contêm agentes químicos que podem causar irritação da pele e absorção de substâncias tóxicas, além disso, o banho pode desencadear hipotermia e desestabilizar os sinais vitais do RN (BHUTTA et al., 2005; CUNHA; PROCIANOY, 2006).

Há divergências também sobre o momento mais apropriado para a realização do banho e a técnica para o desenvolvimento deste procedimento, variando entre as instituições. Atualmente, na maioria dos locais, o primeiro banho tem sido dado precocemente para reduzir a possibilidade de transmissão de patógenos por meio de sangue e líquidos corporais maternos, com potencial risco de contaminar tanto o RN, como profissionais de saúde e familiares. Tal fato justifica a prática, em muitas culturas, de dar o banho nas primeiras horas após o nascimento (PUGLIESI et al., 2009; ZAICHKIN, 2010). Em contrapartida, pode ser um fator de estresse térmico para os RNs e ter implicações para a sua saúde e bem-estar. Portanto, os fatores de termorregulação devem ser considerados para a realização do banho (VARDA; BEHNKE, 2000). A flexibilidade do momento do banho é recomendada, de acordo com a estabilidade do RN e o desejo da família (PUGLIESI et al., 2009).

Como vimos, várias questões relacionadas ao primeiro banho do RN divergem na literatura e na prática, tais como: o local e o momento mais apropriado para o banho, o uso ou não de sabonete, o tipo de banho, o envolvimento e participação dos pais, a forma de conduzir a técnica do banho e outros. Estas questões sobre o banho não são explicitadas, refletidas ou discutidas no âmbito do trabalho e continuam sendo realizadas rotineiramente, sem a busca de um fundamento científico, o que nos inquietou, gerando a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre esta temática, sendo motivadores deste estudo. Aliado a isso, estimularam a realização da pesquisa a relevância desta questão no cotidiano de cuidar, bem como o número reduzido de trabalhos no Brasil que abordem o primeiro banho ao RN saudável e seus efeitos, sendo que os existentes estão mais direcionados ao RN pré-termo. Considerando estes aspectos, emergiu a seguinte pergunta de

pesquisa: quais são as divergências relacionadas ao primeiro banho do RN na ótica das enfermeiras do Centro Obstétrico de um hospital de formação público e como poderia ser este banho de forma a superar as divergências existentes?

Tais questionamentos originaram os objetivos: conhecer as divergências relacionadas ao primeiro banho do RN na ótica das enfermeiras do Centro Obstétrico de um hospital público e construir coletivamente uma proposta de adequação desse banho de forma a superar as divergências.

## **METODOLOGIA**

Estudo descritivo com abordagem qualitativa na modalidade convergente-assistencial (PCA). A PCA articula ações que envolvem o pesquisador com pessoas representativas da situação a ser pesquisada, numa relação de cooperação mútua, sendo que o tema emerge do cotidiano do cuidar. Consubstancia o saber fazer e o saber pensar, possibilitando assim, minimizar ou solucionar problemas do cotidiano dos profissionais da saúde, renovar condutas e/ou introduzir inovações no campo da prática (TRENTINI; PAIM, 2004).

O estudo foi desenvolvido no CO da maternidade de um hospital universitário do sul do país, local de trabalho de uma das pesquisadoras. Os sujeitos participantes foram oito enfermeiras que trabalham no CO do hospital, cenário do estudo. São integrantes da equipe de saúde que atuam no cuidado ao RN, no atendimento aos pais e na coordenação das ações da equipe de enfermagem. Essas foram escolhidas de forma intencional, sendo excluídas as que estavam de licença de saúde. Sem desconsiderar os importantes papéis desenvolvidos pelos outros profissionais que atuam junto ao RN, optamos em trabalhar com as enfermeiras, haja vista que o cuidado estudado, ou seja, o banho do RN faz parte da prática diária da equipe de enfermagem, sendo as enfermeiras responsáveis pela orientação, condução dos cuidados e supervisão da equipe. Este estudo pode ser replicado posteriormente com toda a equipe e também com a unidade de Alojamento Conjunto, bem como com outras unidades. Todas as participantes trabalham na instituição há mais de nove anos e destas, sete são especialistas em obstetrícia e uma em saúde pública e saúde da família e, dentre elas, cinco são mestres, duas doutoras e uma é doutoranda.

Utilizamos como referencial teórico para guiar o estudo, ideias da educação problematizadora de Paulo Freire, em função de sua

abordagem coletiva, humanística, reflexiva e dialógica e as boas práticas nos cuidados ao RN, fundamentadas cientificamente.

A coleta de dados iniciou em setembro de 2011 e foi concluída em abril de 2012. Esta aconteceu em dois momentos. No primeiro momento foram realizadas entrevistas individuais, contendo perguntas abertas e fechadas, sendo levantados dados sobre o perfil das participantes e sobre os cuidados ao RN realizados no CO, dentre esses, o primeiro banho do RN. No segundo momento, as informações provenientes das entrevistas, após uma análise preliminar, juntamente com estudos científicos sobre o banho do RN, subsidiaram as reflexões nas duas oficinas realizadas, onde também emergiu dados. Assim, a coleta de dados englobou os depoimentos, as reflexões e os consensos, oriundos das entrevistas e das oficinas. As oficinas foram organizadas em sete passos: 1ª Acolher: momento em que se preparava o ambiente e acolhia as participantes. 2ª Interagir e sensibilizar: espaço onde era realizada uma dinâmica grupal. 3ª Planejar, validar e definir caminhos: ocasião em que era apresentada a proposta de trabalho, feita uma síntese da oficina anterior, e validados os consensos. 4ª Problematizar o tema: momento em que se trabalhava a temática central em subgrupos. 5ª Integrar: intervalo com lanche. 6ª Compartilhar e definir consensos: apresentação dos subgrupos e discussão no grupo, buscando o consenso. 7ª Rever e redirecionar condutas: momento da avaliação do encontro, no qual também eram dadas sugestões e definidas algumas estratégias.

Durante o processo, os depoimentos oriundos das entrevistas e das oficinas foram gravados, posteriormente transcritos e organizados por uma das pesquisadoras.

Os dados coletados ou *corpus*, constituídos dos depoimentos e registros das oficinas foram analisados seguindo-se as quatro etapas analíticas propostas na PCA: apreensão, síntese, teorização e recontextualização (TRENTINI; PAIM, 2004). Na apreensão, após uma leitura aprofundada, as informações das entrevistas e os depoimentos das oficinas foram sistematicamente organizados e codificados, reconhecendo-se palavras, frases, temas que se destacavam nos relatos das participantes. Após a codificação, houve nova imersão nos dados, buscando convergência de temas, originando as categorias. Na síntese, buscou-se interpretar, sintetizar, rememorar o expresso e descrevê-lo com detalhes. Posteriormente, na teorização, procurou-se associar as informações coletadas ao referencial teórico, analisá-las e interpretá-las a luz de fundamentação teórica, buscando indicar as divergências relacionadas ao primeiro banho do RN e consensos para superação

destas, constituindo as conclusões do estudo. Na recontextualização, os resultados deste estudo podem ser socializados e servir de subsídios para renovação e mudanças nas práticas da instituição, bem como poderão ser contextualizados em situações similares, desde que adaptadas a estas realidades.

Neste estudo seguiram-se as diretrizes éticas e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, preconizadas na Resolução 196/96. Este, foi autorizado pela instituição onde a pesquisa foi desenvolvida e foi aprovado sob o número: 2194 FR: 454946/2011 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição ao qual o hospital está vinculado. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a fim de garantir o anonimato das mesmas, estas foram identificadas através da letra “E”, referente a enfermeira, seguida de um número sequencial correspondente.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As informações levantadas nas entrevistas juntamente com os dados das oficinas foram fundamentais para atender ao objetivo do estudo. Estas incorporam as divergências encontradas e as estratégias de adequação do banho de forma a superar as divergências. Após análise aprofundada dos dados, emergiram três categorias: 1- Divergências quanto ao momento do banho e consensos; 2- Divergências quanto a condução do banho; 3- Propostas para superar as divergências.

### **Categoria 1 - Divergências quanto ao momento do banho e consensos.**

A maioria das participantes posicionou-se favorável à realização do primeiro banho tardiamente, pelo menos uma hora após o nascimento, ou, se possível, como o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), quatro ou seis horas no Alojamento Conjunto (AC), tendo em vista o período sensível da mulher diante do seu filho e a reatividade do bebê nesta primeira hora de vida. Ressaltaram a importância de aproveitar o estado de alerta do RN após seu nascimento para favorecer o contato pele a pele, a formação do vínculo mãe-RN-pai e a amamentação como é preconizado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Consideraram que deveria ser evitadas intervenções desnecessárias na primeira hora de vida do RN, sendo isto mais relevante que o próprio banho.

Ademais, o banho assim realizado seria um fator de proteção para o bebê, favorecendo a absorção do vernix e reduzindo a possibilidade de hipotermia. O banho precoce, ao contrário, pode contribuir para a hipotermia, já que o RN é privado do calor da mãe e é exposto a mudança de temperatura decorrente do banho e também pode desproteger sua pele, em função de eliminar ou reduzir o vernix.

*[...] o banho interfere na reatividade neonatal. Existe quebra do vínculo da primeira hora de vida [...] deve ser dado depois do contato com a mãe.[...]deveria ser pelo menos depois da primeira hora de vida. Não deve ser como é hoje [...] quando a gente dá o banho nos primeiros trinta minutos, a gente tira o bebê que está em estado de alerta para mamar e para interação com a mãe. Quando se dá o banho do bebê, tem literatura que sustentam isto; ele relaxa em profundidade, tirando o RN do primeiro período de reatividade neonatal e coloca no segundo período de reatividade, onde o bebê vai ficar sonolento, relaxado, calmo e tranquilo e vai dormir.[...] (E - 6)*

*[...]O bebê na primeira hora está em estado máximo de alerta, alerta e calmo. Principalmente aquele que passa pelo trabalho de parto, porque a quantidade de adrenalina que o bebê produz durante esta fase é tão alta, que equivale a de um adulto infartado. Nesta hora, a reatividade está tão forte e a gente tem que aproveitar para favorecer o contato pele a pele e se possível a amamentação.[...]a formação do vínculo que é extremamente importante na IHAC, [...]isso acaba sendo atrapalhado pela necessidade de estar tirando a criança de junto da mãe para dar o banho. [...]Nessa primeira hora é para aproveitar o estado máximo de alerta do RN e isso como um cuidado ele é maior do que o próprio banho.[...] (E -2)*

*[...] a gente tem que cuidar com a temperatura, [...] quando é dia muito quente, quando é muito frio, tem que fechar as portas da sala de parto e*

*da sala do RN, ter cuidado com a temperatura da água do banho, eu tenho o maior medo [...] (E - 4)*

*[...] não deveria ser dado aqui no CO. É inadequado. Deveria ser no AC, [...]o banho é dado em momento inapropriado. No banho precoce o RN não tem o benefício da absorção do vernix após o nascimento. Se for dado o banho logo em seguida vai contra a própria fisiologia da criança [...]o banho acaba sendo dado de maneira e em momento inapropriado[...] (E - 2)*

Algumas participantes acreditam que o banho precoce pode ser um pouco agressivo para o bebê, intervindo no vínculo da tríade mãe-RN-pai, no contato pele a pele e na amamentação. Refletem também, que há profissionais que valorizam mais a técnica, a intervenção, do que o tempo de contato entre mãe e filho e expressam necessidade de discutir e aprofundar mais conhecimento sobre o assunto.

*[...] o banho, deveria ser revisto, ser discutido quanto à rotina de fazer aqui, poderia ser feito lá no AC, [...] valorizar mais o contato do bebê com a mãe nessa primeira hora que ele fica aqui. Parece que o bebê é do hospital e não da mãe, primeiro tem que ser o hospital, os profissionais. Por que tem que dar na primeira hora? Por que tem que dar logo em seguida o banho? [...] (E - 2)*

Além da recomendação da IHAC e da OMS, do respeito ao contato pele a pele de uma hora, também é recomendado que se espere para dar o primeiro banho para não interferir no primeiro período de reatividade do RN que começa logo após o nascimento, nos primeiros 30 a 60 minutos. É um momento que o RN está alerta e tem a capacidade de explorar, ideal para promover o vínculo entre pais e RN e a iniciar a amamentação, visto que neste período ele tem um desejo intenso de sugar (ZAICHKIN, 2010). Caso seja dado o banho nessa fase inicial, o RN poderá perder a oportunidade de interagir com seus pais, interferindo no contato pele a pele e também no início da amamentação e após esse período inicial passa para o período de inatividade relativa, na qual ele relaxa em profundidade, fica calmo, menos interessado nos estímulos externos e adormece (ZAICHKIN, 2010).

O banho de rotina não é considerado prejudicial ao RN. No

entanto, a OMS recomenda que o primeiro banho seja dado apenas seis horas após o parto, devido ao risco de hipotermia e estresse durante este período de grande transição fisiológica do RN (BHUTTA et al., 2005; FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011). Já Richetto e Souza (2011) dizem que o ideal seria que este fosse realizado após um período de transição entre a vida como feto e como RN, com estabilidade da temperatura corporal, o que ocorre normalmente entre três e seis horas de vida.

Em que pese esta visão, algumas participantes apontam a necessidade do banho precoce para proteção do RN, dos familiares e da equipe de saúde, podendo tal prática interferir no vínculo mãe-filho, uma vez que seria realizado dentro da primeira hora recomendada para o contato pele a pele entre mãe e filho e amamentação. A escolha da realização do banho ainda no CO na primeira hora após o nascimento, como é feito atualmente na instituição, cenário do estudo, foi justificado pelas participantes em função do risco de contaminação pelas secreções maternas com o HIV, a hepatite e outros, tanto da equipe, como do RN e dos acompanhantes. Para alguns participantes, a contaminação pode ser relativa, não estando atrelada a questão da patogenicidade, é simbólica, prática transmitida culturalmente ligada a purificação e estética.

*[...] eu acho que a questão do banho do RN, rouba o tempo do bebê ficar mais tempo com a mãe, no contato pele a pele [...] não deveria ter tanta pressa desse banho. A gente gosta de ver o bebê limpinho e tal, mas deveria esperar.[...] (E - 7)*

*[...]o banho do RN é muito importante [...] ainda mais agora com essa questão do HIV. Sem cartão pré-natal, às vezes são soro positivo, tu tens que tirar aquela secreção o mais rápido possível. Eu acredito que precisa ser feito aqui no CO e não em outro local.[...] (E - 3)*

*[...] tem estudos que falam que se espere mais para dar o banho no bebê. Aqui, a gente já dá logo que ele nasce.[...] não sei se tem muito a ver, pelo risco de infecção porque o bebê nasce com secreções e a gente está sempre em contato com o bebê e com a mãe. Pode até fazer aquela transmissão cruzada. Então, é importante dar o banho[...] o bebê está num ambiente e é uma*

*transformação muito grande para ele e pode ser uma agressão, o banho [...] temos que discutir esse assunto porque tem a questão que é agressiva para o bebê [...] mas tem a questão de contaminação, que o bebê fica ali com secreções muito tempo, [...] porque o pai toca, a mãe toca, nós tocamos no bebê. Claro que tocamos com luva, mas tem um risco [...]. (E - 5).*

Atualmente o primeiro banho tem sido dado mais cedo para reduzir a possibilidade de transmissão de patógenos do sangue e de líquidos corporais maternos, com potencial risco de contaminar tanto o RN quanto profissionais de saúde e familiares, justificando a ideia presente em muitas culturas de dar o banho nas primeiras horas após o nascimento (PUGLIESI et al., 2009; RICHETTO; SOUZA, 2011; ZAICHKIN, 2010).

Estudo sobre a realização do banho na sala de parto em RN a termo e saudável revela que esse não interferiu na adaptação cardiorrespiratória e na temperatura quando da admissão na unidade neonatal (PUGLIESI et al., 2009). Outro estudo, nesta mesma condição, concluiu que o banho pode ocorrer uma hora após o nascimento, desde que este seja realizado adequadamente e se tome cuidado com a sua estabilidade térmica (VARDA; BEHNKE, 2000).

Partindo das duas visões, nas oficinas realizadas, as participantes aprofundaram conhecimentos, inteirando-se de literaturas científicas sobre o assunto. Refletiram, dialogaram e chegaram a um consenso de que idealmente o banho deva ser retardado, ou seja, ser dado três a seis horas após o nascimento, o que implicaria na realização do mesmo no AC. Assim, sugerem que seja realizado um debate a respeito com os profissionais do AC. Contudo, caso isso não seja possível, reiteram que se respeite pelo menos o tempo de uma hora para não interferir na reatividade do RN, no contato pele a pele, na formação do vínculo, amamentação e manutenção da temperatura do RN. Sugerem que o RN acompanhe a mãe junto para a sala de recuperação e lá permaneça e só depois deste período seja dado o banho. Propõem também que se adequa a estrutura física desta instituição, transformando as salas de nascimento em PPP, ou seja, pré-parto, parto e pós-parto imediato. Tal espaço constitui-se de um único ambiente para atender o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato de forma segura e humanizada o trinômio mãe-RN-pai. Assim, a mulher e o RN não precisam mudar de sala,



podendo-se aguardar o tempo necessário e realizar o banho do RN posteriormente. Salientam ainda a questão da proteção profissional.

*[...]O banho deveria ser pelo menos depois da primeira hora de vida.[...]pode ser precoce, desde que não atrapalhe a formação do vínculo e o contato pele a pele e que tenha a proteção profissional, caso contrário não teria finalidade de existir, exatamente neste tempo.[...] o que poderia ser feito, é os bebês acompanharem a sua mãe para a sala de recuperação, para depois ser dado o banho e não ser como acontece, o bebê fica aguardando pelos cuidados no berço aquecido longe da mãe, esperando a sua vez de chegada do banho.[...] (E - 6) (Depoimento de uma participante, endossado pelas demais)*

O momento mais apropriado para o primeiro banho ainda é controverso na literatura. É importante lembrar que este pode ser um fator de estresse térmico para os RNs e que pode ter implicações para a sua saúde e bem-estar. Portanto, os fatores de termorregulação devem ser considerados para a realização do banho (VARDA; BEHNKE, 2000). A flexibilidade do momento do banho pode ser recomendada, de acordo com a estabilidade do RN e o desejo da família (PUGLIESI et al., 2009).

Apesar de ser consenso entre as participantes do estudo e literatura dar o banho tardiamente, a possibilidade de mudar o local e o horário do banho, ou seja, realizá-lo após a primeira hora, ou quatro a seis horas no AC, implicaria na necessidade de reflexão, diálogo, negociação e aceitação de uma outra unidade de internação, conforme os depoimentos a seguir.

*[...] eu acho que não haveria necessidade de dar o banho no RN no CO, mas vai dizer isso no AC, eles vão pegar e vão botar a boca no trombone, por ene motivos.[...] (E - 7)*

*[...] a gente tem que repensar isso porque é difícil.[...] deveria transferir o banho para o AC [...]o banho do RN, é uma rotina, um banho, não tem porque a gente se pegar por causa do banho. [...] tem que partir de nós enfermeiros. O HU não*

*é um hospital escola, um hospital amigo da criança? A gente tem que tá mudando as práticas de acordo com o que a gente vai avaliando. Se não, não tem razão de continuar, a gente vai só tá tocando serviço.[...] (E - 2)*

Como o estudo foi realizado com as enfermeiras do CO por abordar cuidados atualmente realizados neste local, não houve a participação dos enfermeiros do AC, podendo haver resistência por parte desses profissionais. Portanto, faz-se necessário, desenvolver trabalho similar ao realizado no CO nesta unidade, identificando prós e contras e a conduta mais adequada para o RN. Além disso, as participantes lembraram da exigência da IHAC que preconiza que o RN permaneça em contato pele a pele por pelo menos uma hora e não trinta minutos como a instituição vem fazendo, o que precisa ser debatido no âmbito da maternidade e reforça a tese de que o banho deve ser dado tardiamente. Da forma como está acontecendo, afirmam as participantes, a prática de manter o contato pele a pele em torno de uma hora após o nascimento e realizar todos os cuidados, inclusive o banho, fica inviável. Nesta hipótese, o RN e sua mãe teriam que permanecer mais tempo no CO, tendo por consequência a ocupação por um período mais longo do leito na recuperação. Em função deste impasse, sugeriram que sejam abertas discussões mais amplas na maternidade sobre a temática.

*A IHAC mudou a regra de reavaliação, estão exigindo que o neném fique uma hora com a mãe, é uma exigência da IHAC.[...] Nós vamos continuar sendo IHAC, vamos ter que respeitar essa determinação que favorece a formação do vínculo. É o quarto passo da iniciativa, e está muito mais enfatizado nessa nova determinação do que antes. Não tem como a gente passar por cima disso,[...] (E - 2)*

Entre outras recomendações da IHAC, destacam-se os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, em especial o quarto passo, que atualmente é interpretado como: “Colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto por no mínimo uma hora e encorajar as mães a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda se necessário”( ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008, p. 40).

Foi também abordado pelas participantes a importância de envolver e estimular o pai e a mãe na realização do banho, pois essa seria uma ótima ocasião de compartilhar informações sobre a higiene do bebê. Os pais teriam a oportunidade de aprender a realizar o procedimento e sanar dúvidas em relação ao banho e qualquer outro cuidado. Estes poderiam ser estimulados a dar o primeiro banho, tendo a supervisão e auxílio de um integrante da equipe de enfermagem. Este momento poderia ser essencial para os pais se vincularem ao seu filho. Este processo se constituiria em uma aprendizagem mútua, de enfermeiros e pais.

*[...] principalmente no banho, o acompanhante já vai observando. Uns têm mais facilidade de explicar, outras de como é instalado, mas pelo menos demonstrando eles já têm uma ideia de como que vai ser o primeiro banho. Se eles precisarem auxiliar, eles já têm uma visão do banho do RN.[...] (E - 8)*

*[...] É importante o envolvimento do pai ou do acompanhante, mostrar pra ele que é importante, ver como acalma, ver como ajuda, e explicar[...] é um momento de interação.[...] (E - 1)*

*[...] No AC, até a própria mãe pode dar o banho, que lá ela já está melhor e em muitos casos ela pode dar o banho.[...] (E - 4).*

O banho dado no quarto da mãe tem a vantagem de promover contato ininterrupto da família e pode ser uma oportunidade de ensinar os pais sobre a realização do banho do RN, facilitando o aprendizado desses (VARDA; BEHNKE, 2000). A equipe pode constituir uma fonte de apoio formal aos pais, cabendo a esta compreender as necessidades dos pais e RNs e indicar a melhor forma de prestar o cuidado “cuidadoso” (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007). A possibilidade do banho do RN ser acompanhado pelos pais poderá favorecer uma interação harmoniosa com o RN, além de propiciar estimulação tátil e auxiliar na sua organização (PILLEGI et al., 2008; PUGLIESI et al., 2009).

## **Categoria 2 - Divergências quanto a condução do banho**

As participantes debateram em relação à forma de conduzir o banho, os diversos tipos de banho e uso de sabonete ou não, que, por sua vez, divergem na prática e na literatura. Emergiram então três pontos divergentes: tipo de banho mais adequado, uso ou não de sabonete no banho e dificuldades ao realizar o banho.

Em relação ao tipo de banho, o grupo mostrou-se favorável ao banho de imersão em banheira. No entanto, uma das participantes menciona que o banho poderia ser em água corrente, com o auxílio de um chuveirinho, considerando que seria mais higiênico e com menor risco de infecção. O chuveirinho diminuiria o possível risco de queimaduras ao RN, já que facilitaria o controle da temperatura da água, proveniente da caldeira.

Foi discutido quanto ao banho de esponja, o chamado “banho de gato”, a ser realizado até a queda do cordão, apontado em algumas publicações como uma opção e vigente em algumas maternidades. O grupo mostrou-se contrário a adoção deste tipo de banho, por considerarem o banho de banheira mais seguro e confortável para o RN, seus pais e para quem está dando o banho, pois esse favorece a relação entre pais e filhos, promove menor perda de calor, favorece a limpeza corporal, cuidado e cicatrização do coto umbilical e diminui o risco de infecção, além de propiciar maior relaxamento e tranquilidade aos RN, reduzindo os choros.

*[...] eu acho que tá legal, banho imerso de corpo inteiro, sem precisar separar a cabeça do corpinho. É importante o envolvimento do pai ou do acompanhante, mostrar pra ele que é importante, ver como acalma, como ajuda, e explicar. É um momento de interação. [...]* (E – 1)

*[...] A literatura diz que o banho do RN em banheira promove menor perda de calor, maior cuidado na cura do cordão umbilical, prazer para o RN, prazer também para a mãe e acompanhantes.[...] no banho de banheira o bebê ficou sonolento e relaxado, chorando menos em relação ao banho de esponja.[...] (E - 5)* (ao debater o cuidado na oficina)

Alguns autores recomendam não emergir o RN completamente na água e indicam o banho de esponja (compressa) até o cordão cair e a área do cordão esteja cicatrizada, cerca de duas semanas após o nascimento (RICCI, 2008; ZAICHKIN, 2010), contrariando a prática e consenso das participantes. Porém, outros indicam o banho de imersão (BRYANTON et al., 2004; PUGLIESI et al., 2009; RICHETTO; SOUZA, 2011). Não há um consenso sobre a prática adequada para o banho do RN, há poucos estudos que abordem esta temática com relação ao RN a termo e lactentes (BLUME-PEYTAVI, 2012). No entanto, segundo os mesmos, o banho de imersão na água parece ser superior a apenas lavagem.

O banho de imersão pode promover grande conforto aos RNs, proporcionar relaxamento, deixando-os menos agitados após o procedimento, favorece uma série de trocas e ajustes interacionais entre o adulto e o RN, proporcionado pela estimulação tátil com os pais e cuidadores (PUGLIESI et al., 2009), é uma alternativa segura e agradável para os RNs com boa vitalidade (BRYANTON et al., 2004).

Outro ponto levantado e divergente foi quanto ao uso de uma ou duas banheiras para realizar o procedimento, haja vista que nem todas as integrantes da equipe de saúde utilizam uma banheira para dar o banho e outra para o enxague. Alguns realizam todo o banho em apenas uma banheira, sem enxaguar a pele do RN, ficando este com resíduos de sabão e sujidades, o que pode ocasionar dano à pele sensível do RN. Todas são favoráveis ao uso de duas banheiras para o banho. Caso não se tenha acesso a duas banheiras, sugerem usar uma banheira e uma jarra com água limpa para o enxague ao final do banho. Reforçam a importância de ter o cuidado em observar a temperatura do ambiente e da água para o banho.

*[...] eu acho importante usar as duas banheiras porque fica bem suja a água da primeira banheira. Assim, pode-se passar uma água mais limpinha no bebê depois [...] porque se der em baixo da torneira, além do barulho da água, tem o risco também de que as vezes a água está muito fria ou muito quente, [...]* (E – 5)

*[...] Em casa a gente não tem duas banheiras, então a gente enxágua com a jarra. Ensina o pais a fazerem isso, a enxaguar com a jarra. Mas eu acho que dentro de uma instituição é preguiça*

*de não querer usar duas banheiras. [...] eu acho mais gostoso duas banheiras, acho o enxague muito importante, eu levo bastante tempo no enxague, para retirar todo o excesso de sabão.[...]* (E – 6)

A pele do RN é suscetível a trauma e infecção e requer cuidados especiais (SARKAR et al., 2010), sendo recomendado que se faça enxague completo do corpo do bebê ao final do banho para que não fique sabonete na pele do RN (ZAICHKIN, 2010).

Também emergiu a forma de realizar o banho de imersão, usando a técnica do banho bipartido, no qual lava-se a cabeça em separado do corpo ou então utilizar-se a técnica do banho humanizado japonês, técnica esta utilizada no CO desta instituição. As participantes revelam que na prática, nem sempre o banho é realizado desta forma. Nessa técnica se dá o banho em uma só etapa, com o RN envolto em uma toalha ou cuero. Descobre-se e lava-se calmamente cada parte do corpo, objetivando além da higiene, maior segurança e proteção ao bebê. Em que pese alguns integrantes da equipe de enfermagem não seguirem exatamente esta técnica, após a oficina foi consenso entre todas as participantes, continuarem realizando e orientando a equipe a realizar o banho de imersão do RN na técnica do banho humanizado japonês. Essas consideram o mais adequado e acordaram que deve ser mantido, respeitando-se a técnica correta. Algumas enfermeiras do CO desta instituição, capacitaram-se nas casas de parto do Japão e aprenderam a técnica e passaram a desenvolvê-la desde 2005 no CO da maternidade, cenário do estudo, após capacitação da equipe, ou seja, há oito anos, favorecendo a transição para a nova vida, porém ainda são poucas as publicações nacionais e internacionais que trazem este tipo de banho, talvez pelo cuidado ao RN no ocidente estar mais embasado em conhecimentos oriundos da América e Europa.

*[...] seguir a técnica do banho humanizado para funcionar, e não cada um dar o banho na sua técnica, tem diferença você dar banho no bebê coberto ou não coberto, você enxaguar ou não[...].*(E – 6)

*[...] com essa técnica que a gente trouxe e implementou, do bebê enrolado, em duas águas, com a temperatura ideal. Eu ainda vejo*

*funcionários não fazendo dessa forma,[...] teve um consenso de todos e que algumas pessoas ainda não fazem duas águas, não fazem com o bebê enrolado, são uma minoria, mas ainda existe uma ou outra que não faz.[...] (E - 3)*

Na técnica do banho humanizado japonês, busca-se passar segurança e proteção ao RN, procurando lembrar o ambiente intrauterino, por isso ele normalmente não chora, fica calmo, tranquilo e até dorme. Além de promover higiene e limpeza, o banho torna-se um momento prazeroso para o bebê, o familiar e também para quem está dando o banho (SIEBERT; COLLAÇO, 2009). É importante que os profissionais da saúde e os familiares favoreçam cuidados mais humanizados para RNs, sendo que o banho humanizado japonês, pode tornar-se um momento mais humanizado e afetivo, esse possibilita que os RNs mantenham-se mais calmos, não havendo choro durante a sua execução (HEMKEMEIER; FERMINO; RIBEIRO, 2012).

Além da técnica, o uso de sabonete foi alvo de debate e problematização. Atualmente em nossa instituição usamos sabonete neutro no primeiro banho dado no CO e, nos demais banhos no AC e neonatologia (NEO), nada é utilizado, apenas água. Uma das participantes coloca que o sabonete agride a pele do bebê e poderia ser dado sem sabonete, como é feito no AC e na NEO. As demais são favoráveis a usá-lo no primeiro banho por causa das secreções maternas, já que a priori não temos como determinar o parto contaminado. Após reflexão e aprofundamento sobre a temática com base na literatura, recomendando precaução em relação ao uso de sabonete, em função da pele do RN ser sensível, estar sujeita a ressecamento, trauma e infecção, acordaram dar o primeiro banho com sabonete neutro, usando-o em pequena quantidade, principalmente no couro cabeludo para remoção de sangue e secreções, tendo o cuidado de enxaguar completamente a pele do RN ao final do banho. Evidenciaram a importância de não retirar o excesso de vernix, mantendo-o para proteger a pele; de observar e confirmar a composição do sabonete, sua neutralidade, ausência de corantes e de perfume para não agredir a pele do RN e não expô-lo a risco de infecção.

*[...]Eu aprendi que o sabonete agride a pele do bebê, que ainda é muito sensível. A gente consegue dar o banho sem sabonete. [...] é um produto químico que entra em contato com a pele*

*do bebê. No AC e na Neo é dado sem sabonete. O sabonete que a gente usa é neutro, não tem antisséptico. Eu acho que não teria nenhum efeito usar aquele sabonete. [...] (E – 5)*

*[...]O uso de sabonete no primeiro banho facilita a remoção de sangue e secreções do canal do parto.[...] para não haver formação de crostas formadas por sangue e secreções. [...] (E - 8)*

As instituições utilizam os sabonetes devido à preocupação com contaminações (ZAICHKIN, 2010). No entanto, é recomendado o uso de sabonete suave não medicinal ou solução antisséptica suave para o banho, devido ao risco de absorção percutânea. Os sabonetes alcalinos podem destruir a camada ácida da pele, interferindo no equilíbrio da flora protetora e também pode levar ao ressecamento da pele (BLUME-PEYTAVI et al., 2009; FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011; ZAICHKIN, 2010). O sabonete e outros produtos devem ser utilizados com indicação apropriada e de forma cautelosa, durante o período neonatal, devido a sensibilidade da pele dos neonatos e risco de traumas e infecções (SARKAR et al., 2010).

Estudo que comparou as taxas de colonização entre as crianças banhadas com água e sabão e bebês banhados em água pura, foi concluído que banhar com sabão neutro ao invés de banhar só com água tem efeitos semelhantes sobre a colonização bacteriana da pele (MEDVES; O'BRIEN, 2001). Em muitos países, apesar da falta de evidência consistente, a água foi considerada a menos prejudicial entre todas as alternativas. Entretanto, a água sozinha é pobre, não remove substâncias solúveis em gordura e, sendo assim, um produto de limpeza adequadamente formulado poderia ser usado, mas precisaria ser cuidadosamente avaliado (LAVENDER et al., 2011).

Para o desenvolvimento dos diversos tipos de banhos, as enfermeiras levantaram algumas dificuldades e impedimentos como: a sobrecarga de trabalho, levando-os a realizar os procedimentos rapidamente, perdendo a qualidade e deixando de cumprir as boas práticas e recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde, IHAC e OMS; o despreparo dos profissionais para realizar o procedimento, independente do local de sua realização e horário; a necessidade de adequar a estrutura física e de se obter materiais apropriados, como duchas ou chuveirinho ao invés de água de caldeira, luvas de manga longa para proteção dos funcionários, banheiras apropriadas para o



banho, climatização adequada do ambiente e outros. Estes dificultam o trabalho e podem colocar em risco a segurança do RN e dos funcionários.

*[...] tem pessoas que querem fazer tudo mais rápido. Às vezes não dá, às vezes está muito movimentado aqui no CO, mas sempre que der, fazer com mais calma, manter um ambiente com temperatura adequada pro bebê, e a temperatura da água também tem que estar boa [...] (E – 5)*

*[...]O que não é adequado no hospital universitário, é a questão da proteção profissional com luvas que não são adequadas. As luvas deveriam ser luvas com mangas longas. Só temos curtas. Assim o profissional continua se expondo, acaba se molhando o tempo inteiro. Se a finalidade de antecipar o banho é a gente se proteger, ninguém está protegido [...] (E – 6)*

*[...] não é nem a técnica, são as coisas que são oferecidas para darmos o banho. Por exemplo, quantas vezes a gente pediu recipientes adequados para dar o banho [...] não é um local adequado [...]. não tem nem espaço para banheira, tem dia que a água não esquentas [...] tu não tens um avental adequado para fazer aquilo.[...] é complicado que a gente não tem o chuveirinho, a água aqui é caldeira, por mais que tu regularize a temperatura tu não sabes como está essa caldeira [...] (E - 3)*

Para o cuidado seguro, são necessários infraestrutura material e recursos humanos, que desenvolvam trabalho integrado, em equipe interdisciplinar com profissionais treinados para atender a situações rotineiras e emergenciais (LARA; GOULART; CARMO, 2010). O procedimento do banho pode expor o RN a frio e estresse, fazendo-se necessário que o profissional mantenha todas as precauções para limitar as reações adversas no RN (ZAICHKIN, 2010), para não desestabilizá-lo, sendo primordial a adequação do procedimento. A profissão da enfermagem está diretamente ligada aos seus procedimentos técnicos, é praticada de forma repetitiva e institucionalizada, exige prática, rapidez,

tirocínio, bom senso e conhecimento teórico-prático (NASCIMENTO, 2004). Porém, a praticidade não deve ser confundida com a racionalidade desprovida de sensibilidade. O cuidado, mesmo que seja mínimo, deve ser provido da maior atenção, em benefício do ser humano que está sendo o alvo do seu cuidado (NASCIMENTO, 2004).

### **Categoria 3 - Propostas para superar as divergências**

Após refletir sobre as divergências em relação ao banho e às dificuldades encontradas no dia a dia da instituição, foram sugeridas várias estratégias, sendo entre elas a necessidade de adequar à estrutura física e de se obter materiais apropriados e contratar mais integrantes para compor a equipe de saúde.

Houve consenso entre as enfermeiras que se faz necessário fazer uma nova capacitação dos funcionários, pois passou um período longo, mudaram alguns funcionários e, mesmo aqueles que foram capacitados na época, não estão realizando o banho dentro da técnica estabelecida, ou seja, banho humanizado japonês. Alguns realizam o banho apressadamente, outros não usam as duas banheiras, ou não dão o banho com o RN enrolado como se preconizou para ser mais suave e seguro para o RN.

Sentiu-se a necessidade de envolver os enfermeiros que trabalham no AC e no gerenciamento de enfermagem da maternidade para rever e redimensionar a rotina e elaborar uma rotina conjunta sobre o banho, envolvendo CO e AC com base no existente e nas boas práticas.

*[...]Na época que foi feito a capacitação e a equipe foi treinada, passou a fazer certinho o banho. Depois, passou algum tempo e alguns passaram a fazer de qualquer jeito.[...] (E – 5)*

*[...]Fazer de novo a capacitação, eu acho[...] (E – 2)*

*[...]O banho, tinha que ter mais cuidado assim no sentido de dar segurança para o bebê, de colocar o bebê enroladinho num pano e ir lavando por partes, pra que ele se sinta mais seguro.[...](E – 5)*

*[...] parece que a prática vai se perdendo através do tempo. Eu percebo que existem diferenças e há*

*necessidade de disponibilização disto, para que todos trabalhassem do mesmo jeito.[...] a gente, teve um consenso de todos e que algumas pessoas ainda não fazem.[...](E - 3)*

É primordial, ao desenvolver as práticas no cotidiano do cuidado, conciliar a segurança técnica dos profissionais, o respeito às características, necessidades e individualidades do RN, da mãe e da família, as condições hospitalares adequadas, sensibilidade e respeito ao ser que se cuida (BRASIL, 2009). Nesta perspectiva, o mais importante não é seguir rotinas rígidas, e sim a experiência, a prática e a educação continuada da equipe de saúde que participa dos cuidados, além de conscientização dos mesmos para a importância de prestar uma assistência adequada (BRASIL, 2011a). O banho é um procedimento vital para integridade, bem estar, adaptação e interação do RN, sendo fundamental refletir sobre esta prática, propor mudanças que incluam as boas práticas e avaliar como, quando, onde e com que realizar este cuidado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo confirma a existência de diversas divergências relacionadas ao banho do RN, tanto no cotidiano do cuidar, como na literatura, sendo necessário refletir sobre as mesmas, propor mudanças e adequar este cuidado as boas práticas.

Destacaram como divergências: o horário e o local mais apropriado para o banho, oscilando entre aquelas que pensam que deva ser precoce ou tardio, e conseqüentemente sejam realizados no primeiro caso no CO e no segundo no AC. Contudo, após as oficinas, entraram no consenso que se respeite pelo menos uma hora para o estabelecimento da interação pais e filhos, deixando o banho para ser feito após este período como recomendam as boas práticas. Afirmou-se que a realização do banho precocemente pode interferir na reatividade do RN, na formação do vínculo entre ele e seus pais, na amamentação, bem como podem desestabilizar termicamente o RN e desproteger sua pele, expondo-o a riscos. Entretanto, o banho precoce é justificado pela preocupação e risco de expor a equipe de saúde, familiares e o próprio RN à infecção por secreções maternas.

As participantes apontaram divergências no que diz respeito ao desenvolvimento da técnica, o que é ratificado na literatura, evidenciando-se o uso de sabonete ou não, os diferentes tipos de banho

como: banho de imersão ou de esponja, uso de uma ou duas banheiras, banho bipartido ou humanizado japonês, inclusão precoce dos pais ou não. Após reflexão e debate nas oficinas com base em fundamentos científicos acordaram que se dê o banho de imersão em banheira, na técnica humanizada japonesa, com o uso de duas banheiras, usando sabonete neutro em pequena quantidade, tendo o cuidado de enxaguar a pele do RN ao final do banho e estimulando a participação do pais, configurando-se este momento como um espaço fundamental para educação em saúde.

A reflexão, a problematização e o aprofundamento de conhecimentos sobre a prática do banho do RN no processo educativo coletivo centraram-se no bem estar e proteção do recém-nascido em primeiro lugar, resguardando a segurança e integridade física dos profissionais. Neste sentido, as participantes sugerem caminhos para superação das dificuldades, através de melhoria da estrutura física, da ampliação de recursos humanos e dos materiais, da capacitação e atualização da equipe de saúde. Além disso, estender a discussão sobre o banho a unidade de AC para rever e redimensionar a rotina e elaborar uma rotina conjunta sobre este procedimento com base no existente e nas boas práticas. O fato dos enfermeiros do AC e técnicos de enfermagem não terem participado do processo, em função do estudo estar restrito ao CO, configurou-se como uma limitação que ainda precisa ser superada. Ao mesmo tempo, configurou-se como um estímulo para continuar este trabalho e ampliá-lo.

O banho, atividade inerente à enfermagem, não é um procedimento simples como inicialmente parece, podendo interferir na saúde e no desenvolvimento físico, psíquico do recém-nascido e na segurança do RN e dos profissionais. É um tema extremamente relevante que precisa ser constantemente estudado e atualizado com base em fundamentos científicos e realidade existente.

Este estudo contribuiu para a produção de novos conhecimentos para reflexão, debate, avaliação e superação de algumas divergências existentes relacionadas ao banho no hospital, cenário do estudo, no entanto, não se esgota neste momento, sendo necessário continuá-lo no cotidiano do trabalho nesta realidade e em outras instituições com vistas a mudanças e inovações.

Recomendamos replicar este estudo em outras unidades de internação e em outras instituições, com os demais profissionais da equipe de saúde, e também com os pais e mães, ampliando o estado da arte nesta temática e melhorando este cuidado prestado ao RN e seus pais.

## REFERÊNCIAS

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.

BLUME-PEYTAVI, U. et al. Bathing and cleansing in newborns from day 1 to first year of life: recommendations from a European round table meeting . **J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.**, Oxford, v. 23, n. 7, p. 751–759, July 2009.

\_\_\_\_\_. Skin Care Practices for Newborns and Infants: Review of the Clinical Evidence for Best Practices. **Pediatric Dermatology**, Germany, v. 29, n. 1, 1–14, Jan./Feb. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, cuidados gerais.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. v. 1. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1461](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461)>. Acesso em: 28 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_canguru.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_canguru.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2010.

BRYANTON, J. et al. Tub bathing versus traditional sponge bathing for the newborn. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, Philadelphia, PA, v. 33, n. 6, p. 704-712, Nov-Dec. 2004.

CONCEIÇÃO, J. A. N. Higiene física. In: MARCONDES, E. et al. **Pediatria básica: pediatria geral e neonatal.** 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 113-117.

CUNHA, M. L. C.; PROCIANOY, R. S. Banho e colonização da pele do pré-termo. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 203-208, jun. 2006. Disponível em: <[http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23549/0005\\_49530.pdf?sequence=1](http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23549/0005_49530.pdf?sequence=1)>. Acesso em : 15 ago. 2011.

FERNANDES, J. D.; MACHADO, M. C. R.; OLIVEIRA, Z. N. P. de. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. **An. Bras. Dermatol.**, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

GUIMARÃES, G . P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 626-635, out./dez. 2007.

HEMKEMEIER, J.; FERMINO, V. C.; RIBEIRO, I. M. Percepção de familiares referente ao banho humanizado: técnica japonesa em recém-nascidos. **Rev. Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 2-8, jan./jun. 2012.

LARA, S. H. de O.; GOULART, M. J. P.; CARMO, T. M. D. Assistência ao recém-nascido pelos profissionais de enfermagem na sala de parto no momento da recepção. **Ciênc. Prax.**, Passos, MG, v. 3, n. 5, 2010. Disponível em:< <http://www.fip.fespmg.edu.br/ojs/index.php/scientae/article/viewFile/99/81>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

LAVENDER, T. et al. Infant skin-cleansing product versus water: A pilot randomized, assessor-blinded controlled trial. **BMC Pediatr.**, London, v. 11, p. 35, May 2011. Disponível em: <<http://www.biomed-central.com/1471-2431/11/35>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

MEDVES, J. M.; O'BRIEN, B. Does bathing newborns remove potentially harmful pathogens from the skin? **Birth**, Berkeley, CA, v. 28, n. 3, p. 161-165, Sep. 2001.

NASCIMENTO, M. A. de L. Tecnologia de enfermagem no cuidar de crianças: um ponto de vista **Rev. Soc. Bras. Enferm. Pediatr.**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 5-9, jul. 2004. Disponível em: <[http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol4-n1/v.4\\_n.1-editorial-tecnologias-de-enfermagem-no-cuidar-de-criancas.pdf](http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol4-n1/v.4_n.1-editorial-tecnologias-de-enfermagem-no-cuidar-de-criancas.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado. **Módulo 1- História e implementação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

PILLEGI, M. C. et al. A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes. **Einstein**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 467-472, 2008.

PUGLIESI, V. E. 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, n. 4, p. 410-415, Dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822009000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822009000400010)>. Acesso em: 16 set. 2011.

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

RICHETTO, A. M.; SOUZA, A. B. G. A Higiene do recém-nascido e cuidados com o coto umbilical. In: SOUZA, A. B.G. et al. **Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 107-113.

SARKAR, R. et al. Skin care for the newborn. **Indian Pediatr.**, Bombay, v. 47, n. 7, p. 593-598, July 2010.

SIEBERT, E. R.; COLLAÇO, V. S. Banho humanizado no recém-nascido: implantação da rotina de cuidado no Centro Obstétrico na maternidade da HU-UFSC. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 3., 2007, São Bento do Sul- RS. **Anais...** São Bento do Sul: SOPEB, 2007. v. 1.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VARDA, K. E.; BEHNKE, R. S. The effect of timing of initial bath on newborn's temperature. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.**, Philadelphia, PA, v. 29, n. 1, p. 27-32, Jan./Feb. 2000.

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

### 5.3 ARTIGO 3: PRÁTICA EDUCATIVA: UMA OPORTUNIDADE COLETIVA DE REFLEXÃO, DIÁLOGO E ADEQUAÇÃO DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO.

#### **Educational practice: a collective opportunity for reflection, discussion and suitability for the caretaking of newborns at the obstetric center**

#### **Práctica educativa: una oportunidad colectiva de reflexión, diálogo y adecuación del cuidado del recién nacido en el centro obstétrico**

**RESUMO:** Relato de experiência objetivando descrever o desenvolvimento da prática educativa realizada com enfermeiras para construção de proposta de cuidados direcionada ao recém-nascido no Centro Obstétrico de um hospital público, fundamentada nas boas práticas. Descrevem-se estratégias, etapas de cada oficina, resultados, consensos sobre os cuidados prestados ao recém-nascido e avaliação do processo. As oficinas constituíram-se das etapas: acolher; interagir e sensibilizar; planejar, validar e definir caminhos; problematizar o tema; integrar; compartilhar e definir consensos; e rever e redirecionar condutas. Os temas problematizados foram: identificação do recém-nascido, contato pele a pele, clampeamento do cordão umbilical, amamentação, administração do credê e kanakion, realização de cuidados com o coto, antropometria, banho e outros. Conclui-se que a prática educativa é uma forma enriquecedora de trabalhar coletivamente a realidade, em que todos participam, aprendem e ensinam. Configura-se em espaço de relações democráticas favoráveis a socialização de conhecimentos, criação e recriação de saberes, com vistas a transformar e inovar o cuidar.

**Palavras-chave:** Recém-nascido. Cuidado. Enfermagem neonatal. Educação. Assistência centrada no paciente.

**ABSTRACT:** Experience report was aimed to describe the development of the educational practices performed with nurses looking to build a proposal based on good practices for caretaking of newborns in the obstetric center at a public hospital. This report describes strategies, each workshop stage, results, consensus on the care provided to newborns and the evaluation process. The workshops followed these



steps: sheltering; interaction and sensitizing; planning, validating and defining consensus; problematizing the theme; integrating; sharing and defining consensus and reviewing and redirecting behavior. The problematized themes were: identification of newborns, skin to skin contact, cord clamping, breastfeeding, Credé and Kanakion's administration, caretaking of the stump, anthropometry, bath and other factors. The conclusion is that educational practices are an enriching way of working the reality collectively, where everybody participates, learns and teaches. It sets up an area of democratic relations, favorable to the sharing of knowledge, creation and re-creation of knowledge, with the view to transform and innovate the caretaking.

**Keywords:** Newborn. Care. Neonatal Nursery. Education. Patient-Centered Assistance

**RESUMEN:** Relato de la experiencia, objetivando describir el desarrollo de la práctica educativa realizada con enfermeras para la construcción de una propuesta de cuidados, dirigida al recién nacido en el Centro Obstétrico de un hospital público, fundamentada en las buenas prácticas. Se describen estrategias, etapas de cada taller, resultados, consensos sobre los cuidados brindados al recién nacido y la evaluación del proceso. Los talleres constaron de las siguientes etapas: acoger; interactuar y sensibilizar; planificar, validar y definir caminos; problematizar el tema; integrar; compartir y definir consensos; y rever y redirigir conductas. Los temas problematizados fueron: identificación del recién nacido, contacto piel a piel, pinzamiento del cordón umbilical, amamantación, administración de credé y kanakion, realización de cuidados con el muñón umbilical, antropometría, baño y otros. Se concluye que la práctica educativa es una forma enriquecedora de trabajar colectivamente la realidad, en la que todos participan, aprenden y enseñan. Se configura en un espacio de relaciones democráticas favorables a la socialización de conocimientos, creación y recreación de saberes, con el objetivo de transformar e innovar o cuidar.

**Palabras clave:** Recién nacido. Cuidado. Enfermería neonatal. Educación. Asistencia centrada en el paciente.

## INTRODUÇÃO

A área obstétrica e neonatal sempre nos despertou interesse, em especial o momento do nascimento, no qual o casal e o recém-nascido

(RN) vivenciam uma das etapas mais intensas de suas vidas. Os profissionais que conduzem este processo e dão suporte ao trinômio, mãe-RN-pai, também se envolvem, se emocionam e se empenham para dar o seu melhor e prestar um cuidado condizente com as necessidades destes três sujeitos e que satisfaça a todos. O nascimento é um momento transicional, maturacional, complexo, instigante e muito especial da vida do RN, de seus pais e familiares. É especialmente delicado para o RN, que se depara com um universo tão distinto do que estava acostumado dentro do útero materno.

Ao deixar o ambiente intrauterino, contido e protegido, o RN, mesmo psicologicamente mantendo uma relação simbiótica com a mãe, dá os primeiros passos para sua independência e precisará se adaptar definitivamente ao meio extrauterino, diferente e desconhecido, para que possa alcançar um pleno desenvolvimento físico e psicossocial no futuro. Este processo transicional às vezes acontece de forma um tanto hostil, dependendo do ambiente do nascimento, de quem o recebe, das pessoas com quem interage e dos cuidados prestados a ele (DUTRA, 2006). Pode interferir, facilitando ou dificultando a aproximação precoce e o vínculo mãe-bebê, bem como consistir de cuidados apropriados ou inapropriados que podem influenciar na adaptação do RN a esta nova experiência.

Assim, os cuidados prestados ao RN imediatamente após o parto pelos profissionais de saúde envolvidos (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, obstetras e neonatologistas) no nascimento são fundamentais para a adaptação desse ser a sua nova vida, para interação com sua mãe e pai, seu desenvolvimento físico e psíquico e para diminuição da morbimortalidade neonatal (ALMEIDA; MARTINS FILHO, 2004; CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007; FERNANDES; KIMURA, 2006).

Apesar dos progressos técnico-científicos, a organização e o aperfeiçoamento dos cuidados ao longo do tempo terem gerado significativas transformações no cuidado ao RN, contribuindo para a redução da mortalidade infantil, os índices de mortalidade neonatal (entre 0 e 27 dias de vida), ainda são elevados. Em 2008, as mortes neonatais foram responsáveis por 68% das mortes infantis (VICTORA et al., 2011) e, deste percentual, em torno de 25 a 45% acontece nas primeiras 24 horas de vida. A adequação do cuidado ao RN tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país (BRASIL, 2011a, 2011b; UNICEF, 2011). Um outro desafio, não menos importante, é concretizar as boas práticas propostas pela

Organização Mundial de Saúde (OMS) que centram-se no recém-nascido e suas necessidades, buscam prevenir complicações, promover à saúde e pleno desenvolvimento do RN, recomendam evitar intervenções desnecessárias neste processo, estimular vínculo entre filho e a mãe, e o aleitamento materno precoce (BRASIL, 2011a).

É fato que existe grande vulnerabilidade na vida do RN durante o período neonatal, havendo riscos biológicos, ambientais, psíquicos, socioeconômicos e culturais, fazendo-se necessário estabelecer cuidados especiais, atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde a esta parcela da população (BRASIL, 2011a). No entanto, além da preocupação com redução de riscos, é fundamental que este novo ser seja recebido, sobretudo nas primeiras 24 horas, de forma harmoniosa em um ambiente acolhedor pelos seus pais e por toda a equipe que presta atendimento, para que possa se adaptar no mundo e alcançar no futuro o desenvolvimento das dimensões biopsicossociais.

Essa recepção e a forma de realizar os cuidados ao RN diferenciam-se de acordo com o modelo de assistência adotado pela instituição (CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007), tecnocrático, centrado na técnica, e biológico, ou humanístico, centrado no ser humano. No cuidado ao RN, percebemos além desta diferença na forma de cuidar, divergências em relação aos cuidados realizados pelos profissionais de saúde no que se refere a técnica, horário, materiais e medicamentos utilizados, o que também diverge na literatura da área da obstetrícia e da neonatologia.

Essas divergências, pouco explicitadas, refletidas ou discutidas no âmbito do trabalho, eram realizadas rotineiramente, sem que houvesse um consenso da equipe de saúde, ou uma proposta atualizada com base em fundamentos científicos para conduzir o cuidado ao RN no Centro Obstétrico (CO). Assim, as enfermeiras propuseram como estratégias para reverter esta situação, a capacitação dos profissionais, mudanças na estrutura física, sugerindo a adoção do espaço PPP (pré-parto, parto e pós-parto imediato), ou seja, um único ambiente para atender de forma segura e humanizada o binômio mãe-filho; aumento do contingente de recursos humanos e a construção de uma proposta para direcionar o cuidado, congruentes com os objetivos das pesquisadoras e necessidades do neonato.

A enfermeira, como integrante da equipe neonatal, tem como uma das responsabilidades propor ações; facilitar, estimular, participar da construção de propostas de cuidado para melhorar a atenção à saúde neonatal, evitando práticas consideradas inadequadas que ainda

continuam sendo utilizadas, incentivando as boas práticas e proporcionando uma assistência segura, de qualidade e que satisfaça não só ao cliente, mas também a equipe (MARTINS; PEREIRA, 2002; ROCHA; NOVAES, 2010). Essas boas práticas de cuidado ao RN no CO dizem respeito às formas de cuidar seguras, integrais e qualificadas, centradas no ser humano, ou seja, direcionadas ao RN e seus pais, baseadas em fundamentos científicos e conhecimentos com vistas à adaptação deste novo ser ao mundo e seu pleno desenvolvimento físico, psíquico e social.

O enfermeiro, para tanto, necessita instrumentalizar-se para atender as necessidades integrais dos novos sujeitos que chegam ao mundo, bem como de suas famílias (MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011), para que coletivamente, possam produzir conhecimentos e construir propostas que venham a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, respeitando e estimulando as relações entre o bebê e seus pais, vitais na formação do psiquismo, crescimento e integração social saudáveis do bebê (ALMEIDA, 2009). A enfermeira dentro da equipe tem o papel de ser a articuladora e tutora do cuidado “cuidadoso”, não só em relação à interação com os pais, mas também dos diversos membros da equipe, cabendo a esta, indicar a melhor forma de prestar o cuidado (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

Partindo do exposto e dos pressupostos de Freire (2003), que o conhecimento é algo que sempre está em mudança e inacabado e que se contrói e se recontrói a partir da problematização da realidade concreta no espaço dos relações, por meio do diálogo e análise crítica e reflexiva dos sujeitos cognoscentes, desenvolvemos uma prática educativa com as enfermeiras de um CO. Esta prática educativa constituiu-se um processo dialógico coletivo em que, segundo Freire (2009), possibilita que os sujeitos se encontram na busca de caminhos de transformação da realidade em que se inserem, permeados pelo processo de ação-reflexão-ação, criando e recriando. É uma oportunidade de refletir sobre os problemas existentes, problematizar a realidade, teorizar sobre ela, se instrumentalizar, agregar conhecimentos, incorporar novos pensamentos, ações, experiências e motivações que, no presente estudo, podem resultar em novas ideias e soluções que superem as divergências encontradas na prática e literatura em relação ao cuidado ao RN no CO, e transformar e/ou melhorar a realidade existente. Nesta perspectiva, foi estabelecido e acordado com as enfermeiras construir uma proposta de cuidados ao RN no CO, fundamentada nas boas práticas.

Desta forma, o objetivo deste manuscrito é descrever como foi

desenvolvido a prática educativa com as enfermeiras para a construção de uma proposta de cuidados direcionadas ao RN no CO ao nascer e nas horas seguintes guiada pelas boas práticas nas áreas obstétrica e neonatológica, com base nas divergências nos cuidados realizados ao RN pelos profissionais de saúde e destes com a literatura e refletir sobre o impacto desta prática para a atenção neonatal, por ocasião do nascimento.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um recorte de um macroprojeto, pesquisa qualitativa, descritiva, que tem como título: “Cuidados ao recém-nascido no Centro Obstétrico: uma proposta de enfermeiras com base nas boas práticas”. Esta teve como referencial metodológico a pesquisa convergente-assistencial (PCA) proposta por Trentini e Paim (2004), por meio da qual se pesquisa, se cuida e se educa de forma concomitante, articulando o saber fazer e o saber pensar. Estabelece-se a convergência entre a pesquisa e a prática assistencial e/ou educativa, possibilitando minimizar ou solucionar problemas do cotidiano dos profissionais da saúde, renovar práticas em superação e/ou introduzir inovações (TRENTINI; PAIM, 2004).

Assim, relatamos como se desenvolveu a prática educativa, as estratégias utilizadas, os resultados obtidos, os consensos que constituíram a proposta para conduzir os cuidados ao RN no CO e avaliação do processo.

Utilizamos como referencial teórico para guiar o estudo, ideias da educação problematizadora de Paulo Freire, em função de sua abordagem coletiva, humanística, reflexiva e dialógica e as boas práticas nas áreas obstétrica e neonatológica sobre os cuidados na atenção à saúde do RN no seu nascimento e nas horas que se sucedem.

Os sujeitos, escolhidos de forma intencional, foram as enfermeiras que trabalham no CO de uma Maternidade de um hospital público do sul do país. Estas foram pessoalmente convidadas a participar e por meio de convite exposto no mural do setor, sendo esta prática educativa oferecida em forma de curso de capacitação. Ao todo participaram da prática educativa sete enfermeiras, das oito que atuam no CO. Foram excluídas as enfermeiras que estavam de licença de saúde. Os dados foram coletados até a saturação dos mesmos. Todas as participantes exercem suas funções no CO, no entanto uma delas apenas cobre plantões no CO. Destas, seis têm especialização em obstetrícia e

uma tem especialização em saúde pública e saúde da família e, entre estas, quatro têm mestrado, uma tem doutorado concluído e uma está em fase de conclusão. Todas trabalham na instituição há mais de nove anos. A prática educativa teve início em outubro de 2011 e foi concluída em abril de 2012.

Antes de começar a prática educativa, em setembro de 2011, foi realizada entrevista individual com as participantes, a fim de conhecer as divergências apontadas pelas mesmas quanto aos cuidados prestados ao RN no CO, identificar problemas, condutas e sugestões para superar as dificuldades. O levantamento destes dados foi primordial para o desenvolvimento deste trabalho, pois estes, juntamente com estudos sobre os cuidados ao RN, considerados como boas práticas, subsidiaram as reflexões nas oficinas que compuseram a prática educativa.

Após a análise preliminar das entrevistas surgiram as divergências, relatadas a seguir, que serviram para dar início aos debates e foram ampliadas pelo grupo, acrescidas das divergências encontradas na literatura. São algumas delas: diferentes formas de conduzir e realizar o cuidado, centrado na técnica ou no recém-nascido e suas necessidades; horário, passos, materiais, medicamentos e local mais adequados para o desenvolvimento do procedimento, bem como intervenções desnecessárias ou práticas inapropriadas, contrapondo-se aos fundamentos científicos e necessidades do trinômio mãe-RN-pai.

Foram realizadas, ao todo, seis oficinas, sendo quatro delas utilizadas para trabalhar os pontos divergentes, refletir e definir caminhos e consensos, e as duas últimas oficinas foram utilizadas para apresentação e validação da proposta de cuidados elaborada e redigida pelas pesquisadoras, com base nos consensos estabelecidos pelo grupo nas oficinas. Para a operacionalização das oficinas foram definidos caminhos, que foram organizadas em sete etapas: 1ª acolher; 2ª interagir e sensibilizar; 3ª planejar, validar e definir caminhos; 4ª problematizar o tema; 5ª integrar; 6ª compartilhar e definir consensos; e 7ª rever e redirecionar condutas. Estes momentos ocorreram nas quatro primeiras oficinas, havendo mudanças nas duas últimas como descrito abaixo.

1ª. Acolher: momento de preparação do ambiente e acolhimento das participantes.

2ª. Interagir e sensibilizar: espaço coletivo, descontraído, no qual, por meio de uma dinâmica grupal, procurou-se facilitar a interação e sensibilizar as participantes para os temas a serem trabalhados.

3ª. Planejar, validar definir e caminhos: ocasião em que era apresentada a proposta de trabalho do dia, aprovado pelo grupo, feito

uma síntese da oficina anterior e validados os consensos, oriundos da reflexão e discussão grupal.

4ª. Problematizar o tema: momento em que se trabalhava a temática central. Refletia-se sobre um assunto escolhido a partir de questionamentos propostos pelo facilitador e com base na literatura. Normalmente eram apresentadas as divergências relativas ao cuidado escolhido para ser problematizado no dia, o grupo acrescentava outras que julgava importante e eram entregues bibliografias sobre os cuidados.

5ª. Integrar: intervalo com lanche integrativo.

6ª. Compartilhar e definir consensos: consistia da apresentação e discussão dos temas fundamentados na literatura, buscando um consenso.

7ª. Rever e redirecionar condutas: espaço para avaliação do encontro e definição de algumas estratégias e situações para serem trabalhados na oficina seguinte.

Nas duas últimas oficinas foram suprimidas a 3ª, 4ª e 6ª etapas e acrescentada uma nova, utilizada para apresentação da proposta de cuidados, intitulada Ouvir, refletir, dialogar e agir. Nesta etapa, fazia-se a apresentação, discussão e validação do plano de cuidados ao RN pelos participantes. Nestas oficinas, o passo integrar foi deslocado para o final da oficina, com o intuito de facilitar a dinâmica da apresentação da proposta.

No desenvolvimento das oficinas, tivemos o apoio de uma pessoa que auxiliou nas gravações e registros dos depoimentos, acontecimentos e observações julgadas importantes para a prática educativa. Para tanto, foram utilizados como recursos materiais da prática educativa: gravador; data-show; computador; material integrativo; artigos nacionais e internacionais, traduzidos pelas pesquisadoras; livros didáticos atualizados sobre o RN; caderno para registros; folhas de papel; caneta e outros.

Os registros sobre o desenvolvimento das atividades, percepções sobre as participantes e os depoimentos gravados, oriundos da prática educativa, após serem transcritos, foram organizados pelas facilitadoras e pesquisadoras do estudo.

Utilizaram-se para guiar eticamente o estudo, as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, preconizadas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi autorizado pela instituição onde a pesquisa foi desenvolvida e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição vinculada, aprovado

sob o número: 2194 FR: 454946/2011. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, preservando o seu anonimato, estas foram identificadas através da letra “E”, relativo a enfermeira, seguida de um número correspondente.

## **DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO EDUCATIVO**

Ao iniciar a primeira oficina, foi apresentado a proposta do estudo, os objetivos, esclarecido sobre o trabalho coletivo que seria desenvolvido, bem como, foram explicitados os aspectos éticos relativos as gravações, registros, anonimato e divulgação do estudo.

Compuseram a prática educativa ao todo seis oficinas, sendo duas em 2011, no meses outubro e novembro e quatro em 2012, duas em março e duas em abril. O tempo médio de duração girou em torno de duas a três horas. Estas seguiram as etapas já elencadas na metodologia, que serão detalhadamente explicitadas e que se diferenciaram em cada oficina em função dos temas e objetivos estabelecidos pelo grupo. Os temas centrais foram os cuidados que normalmente são realizados no CO desta instituição, dentro da primeira hora de vida do RN, sendo estes: secar, aquecer, avaliar as condições de vitalidade do RN, colocar em contato pele a pele com a mãe, clampar o cordão umbilical, incentivar a amamentação, identificar o RN, administrar o credê e kanakion, verificar sinais vitais e antropometria (peso, estatura e perímetro cefálico), dar o primeiro banho e prestar cuidados com o coto umbilical.

### **Etapas: Acolher**

Consistiu do primeiro momento, ocasião em que se preparava o ambiente e recepcionava as participantes, propiciando um espaço de acolhimento, de diálogo e de participação. Para tanto, organizava-se o ambiente, dispondo as cadeiras em círculo. Também providenciava-se o material com antecedência e se renovava o convite antes de cada oficina.

### **Etapas: Interagir e sensibilizar**

Nessa etapa foi proposta uma dinâmica de grupo relacionada ao tema de discussão do dia, descrita a seguir em cada oficina.

O banho do RN foi tema das duas primeiras oficinas. Na primeira oficina, partindo deste tema, solicitou-se que as participantes falassem uma palavra ou frase sobre o banho do RN. Essas relacionaram este procedimento ao momento de retorno a vida intra uterina, limpeza,



preocupação, conforto, higiene, aquecimento e interação. Na segunda oficina explorou-se o mesmo tema, utilizando um questionamento: Se você fosse o bebê, ao tomar o primeiro banho, como você acha que se sentiria? Em resposta surgiram vários aspectos, entre eles, segurança, insegurança, aconchego, carinho, afago, apego e proteção, pontos importantes que foram retomados no momento da problematização do tema.

Na terceira oficina, o tema elencado foi o contato pele a pele, secar, aquecer e a amamentação. A operacionalização desta segunda etapa consistiu da apresentação em *power point* de duas gravuras, uma do processo de nascer e uma da mãe com seu RN em contato pele a pele. A interpretação das fotos e a resposta as questões que seguem dinamizaram a oficina: O que as figuras revelam nesta relação? Como deveria ser o cuidado para fortalecer essa relação? Muitos comentários enriquecedores surgiram como a exemplo destas falas:

*[...] ela contempla a mãe, o pai e o bebê, que são protagonistas do nascimento. Pessoalmente acredito muito nesse campo energético, que quando são só eles, quando não há interferência de fora, eles se harmonizam[...] Para mim, é uma das fotos mais bonitas em relação ao que significa um casal grávido é uma forma de energia das pessoas que estão realmente esperando aquele bebê[...] (E – 6)*

*[...] Eu acho assim, que essa energia que está representado na foto, a gente que está sempre participando do processo do nascimento, quando está lá na sala de parto, tu te contagias com aquilo ali. É tão forte que não tem como a gente não receber também isso. Quando tu participas de uma maneira bem ativa, estás bem envolvida, [...] A gente se regenera, se revitaliza se está estressada, se nasceu dá aquela sensação [...] (E – 2)*

*[...] Essa imagem mostra como é perfeito quando o bebê nasce. Ele está concentrado em todo aquele campo energético, quando ele nasce ele tem que ir pra onde? [...] Então o bebê que é afastado, se afasta desse processo, nesse momento. Não forma o mesmo vínculo afetivo que*

*faria com sua mãe quando tem essa possibilidade[...].(E - 6)*

Na quarta oficina, os temas centrais debatidos e problematizados foram o clampeamento oportuno do cordão, a identificação do RN, a administração do credê e kanakion. Para trabalhar a questão da segurança e confiança no cuidado, usou-se a técnica de se colocar ao cuidado dos outros, fechando-se os olhos e deixando-se cair nas mãos uns dos outros. Nesta dinâmica a maioria demonstrou medo de se entregar nas mãos das outros e receio de cair, parecendo se proteger, o que gerou medo e risos. Após a dinâmica, as participantes expressaram o que sentiram ao realizar a atividade. Concluíram que os sentimentos e as sensações apresentadas dependem da forma como a outra pessoa segura o participante, com calma ou não, aconchegante ou não. Dependendo do apoio, a participante poderá sentir-se segura ou insegura. Isso foi estendido ao RN e seus cuidados.

*[...]É a forma como a gente cuida. Porque na verdade é bem isso mesmo, a gente se conhece, mas o bebê não. Se você chegar num local e tem que fazer determinados procedimentos super invasivos em você. Depende a forma que aquela pessoa te pega, te segura, te aconchega ou não. Você vai se entregar para isso ou não. E olha que você só estava brincando de se entregar para o outro, mas quando a gente se coloca no papel do outro, é mais difícil.[...](E - 6)*

*[...]A maneira como se está acolhendo, tem duas maneiras[...].Então já começa com o ambiente que a gente tem na sala de parto, pelo silêncio na sala de parto que a gente tem que ter, para receber essa criança,[...]quando a gente sai com aquele monte de barulho. Meu Deus, a gente que tem todo o conhecimento, tu achas aquilo um absurdo. Quando sai num ambiente, na penumbra, como é bom, tu te acalmas, tu só estás angustiada porque tu estás saindo daquele espaço ali extremamente apertado, comprimido [...](E - 2) (Participante reporta-se a uma dinâmica para abordar o nascimento)*

A quinta e sexta oficinas consistiram na apresentação da primeira e segunda parte da proposta do plano de cuidados, elaborado a partir dos consensos do grupo sobre os cuidados ao RN no CO. Nesta etapa, “interagir e sensibilizar”, trabalhamos o tema “construção coletiva” nas duas oficinas. Na quinta oficina, montamos coletivamente um quebra cabeça de uma figura de uma mãe amamentando. Todas as integrantes se empenharam em ajudar e conseguiram montar o quebra cabeça. Debateu-se sobre a experiência, enfocando o trabalho em equipe. Na sexta oficina, reportando-nos as boas práticas debatidas nas oficinas anteriores, sugerimos a construção coletiva de uma estória sobre o nascimento e atendimento de um RN no CO, sendo que um dos participantes iniciava a narrativa, criava e contava uma parte dessa estória e as outras continuavam o enredo a partir do que a sua colega havia descrito. A seguir, houve uma reflexão sobre conteúdo da estória, servindo esta construção como material para problematizar as boas práticas.

A estória ficou mais ou menos assim:

*[...]Maria teve um bebê hoje no CO, chamado Pedro. Ele nasceu pela manhã, em um ambiente de baixa luminosidade, um ambiente calmo e tranquilo. Foi recepcionado pelo neonatologista e colocado sobre a mãe. [...]Foi pedido para que o obstetra tivesse um pouquinho de paciência para deixar o cordão parar de pulsar, antes de clampear.[...] Enquanto isso, já foi procedido a secagem do RN e retirado o campo molhado de baixo do RN e daí aquecido o RN com cobertor.[...]foi colocado uma touquinha na cabeça do bebê, porque ele perde muito calor pelo couro cabeludo. A gente tem que tentar preservar ao máximo a temperatura para evitar que depois ele esfrie e não possa ficar com a mãe dele.[...]já por um determinado período mais ou menos 5 a 10 minutos quando se pode clampear o cordão, foi clampeado o cordão. Foi dado a oportunidade do pai cortar esse cordão. Ele quis cortar, cortou o cordão, ao mesmo tempo já aproveitamos, a gente já pediu para o pediatra para que a pinça não ficasse pendurada ali com o bebê. Já passou a borrachinha do clamp, e ele ficou ali bem aconchegado, já no colo da mãe.[...]ele ficou*

*trinta minutos, juntinho da mãe e nós ficávamos observando o bebê no colo da mãe, envolvendo o acompanhante ali nesse momento, junto com a mãe, para estimular o vínculo afetivo da mãe com o bebê e o pai, ou outro acompanhante que a mãe escolheu.[...]foi estimulado e orientado a mãe, para colocar o bebê para mamar, esse bebê pegou o seio materno com boa pega, boa sucção e ficou mamando por um bom tempo. Foi sugerido que o bebê saísse do colo materno, mas a enfermeira do plantão disse: não no mínimo trinta minutos. A pesquisadora complementou: [...]digamos que já tenha mudado a rotina, porque o que se preconiza agora é uma hora de contato pele a pele, então vamos tentar que esse bebê fique uma hora no contato pele a pele com sua mãe[...]*

### **Etapa: Planejar, validar e definir caminhos**

Terceira etapa, na qual foi apresentada ao grupo as divergências e os problemas relacionados aos cuidados que foram pontuados nas entrevistas realizadas previamente. Propos-se como estratégia para o desenvolvimento dos trabalhos a formação de subgrupos, no qual abordou-se em cada um deles uma das divergências, sendo que as propostas normalmente foram acatadas pelo grande grupo. Assim, na primeira e segunda oficina foram apresentadas as divergências relacionadas ao banho do RN. Na terceira, abordou-se o contato pele a pele, secar, aquecer e amamentação do RN. Na quarta, foi discutido sobre o clampeamento do cordão, a identificação do RN, a administração do credê e kanakion. Neste passo também foi apresentado uma síntese da oficina anterior, fazia-se algumas correções iniciais e eram validados os consensos descritos na síntese. Na quinta e sexta oficina a 3ª, 4ª e 6ª etapas foram suprimidas e substituídas pela etapa: ouvir, refletir, dialogar e agir, como já foi explicitado anteriormente.

### **Etapa: Problematizar o tema**

A etapa “problematizar o tema” era considerada a atividade central, ocasião em que as participantes, na maioria das vezes divididos em subgrupos, refletiam e debatiam os cuidados, as divergências na prática e na literatura. Para facilitar e direcionar as discussões disponibilizou-se algumas questões.

Normalmente eram apresentadas as divergências relativas ao

cuidado escolhido para ser problematizado no dia, o grupo acrescentava outras que julgavam importantes, fornecia-se bibliografias sobre os cuidados e questões sobre o tema, que eram respondidas pelos subgrupos para facilitar o debate. Essas referências advinham de um levantamento minucioso sobre os cuidados nas bases de dados nacionais e internacionais, manuais e livros da área obstétrica e neonatal. O questionamentos, procuravam responder quem, como, onde, quando, com o que e por que realizar os cuidados e sugestões.

Na primeira oficina, os pontos debatidos foram o horário mais apropriado para o banho do RN, o uso ou não do sabonete no primeiro banho, tipos de banho e banho e interação com os pais. Na segunda foi discutido algumas limitações para desenvolver o banho, entre elas a estrutura física, os recursos humanos e materiais, a técnica do banho e as dificuldades para realizá-la. Aproveitou-se este espaço para mostrar um vídeo sobre o banho humanizado japonês e debateu-se sobre este procedimento. Na terceira oficina, trabalhou-se a questão da amamentação logo após o nascimento, o contato pele a pele, secar e aquecer o RN. Na quarta foi trabalhado o clampeamento oportuno do cordão, os cuidados com o coto e a administração do credê e do kanakion. Alguns cuidados que eram mais rápidos de debater ou menos polêmicos como a identificação, avaliação da vitalidade, sinais vitais, antropometria, foram apresentados e decididos no grupo como um todo no final da quarta oficina.

### **Etapa: Integrar**

Intervalo com lanche integrativo entre as participantes. Sendo que esta etapa na 5ª e 6ª oficinas foi ao final, para facilitar a dinâmica do trabalho.

### **Etapa: Compartilhar e definir consensos**

Consistiu da apresentação dos subgrupos e discussão no grupo dos temas discutidos. Embasado na literatura, o grande grupo buscava chegar a um consenso. Destacamos os principais consensos:

Na 1ª e 2ª oficina foram estabelecidos consensos quanto ao primeiro banho do RN. As participantes, com base na literatura, acordaram que o banho deveria ser dado preferencialmente no Alojamento Conjunto (AC). Em função da necessidade de refletir, debater e negociar ainda com este setor, optaram até que isto acontecesse, dar o banho no CO, após pelo menos uma hora do nascimento, tempo ideal para o estabelecimento do contato pele a pele,

amamentação e interação com os pais (BHUTTA et al., 2005; BRASIL, 2011a; FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011; RICHETTO; SOUZA, 2011). Em relação ao uso de sabonete, acordaram que se use sabonete neutro com cautela no primeiro banho, realizando um enxague cuidadoso do bebê e que, nos demais banhos, sobretudo no período neonatal (até o 28º dia), não se use sabonete (BLUME-PEYTAVI et al., 2009; SARKAR et al., 2010; ZAICHKIN, 2010;). Acordou-se que a técnica para a realização do banho seria a do banho humanizado japonês, estimulando-se a participação dos pais (PILLEGI et al., 2008; PUGLIESI et al., 2009; SIEBERT; COLLAÇO, 2009).

Na 3ª oficina foi acordado que, se o RN nascesse em boas condições clínicas, este deveria ser seco delicadamente com o campos quentes, ser colocado uma touca e cobertor sobre a mãe e bebê para aquecê-lo e permanecer em contato pele a pele com a mãe por uma hora para favorecer e estimular a amamentação, evitando-se qualquer tipo de intervenção (BRASIL, 2011a, 2011b; MERCER et al., 2010).

Na 4ª oficina foram estabelecidos consensos sobre a técnica de administração do credê e kanakion e o clampeamento do cordão. Em relação a técnica do credê, acordou-se realizá-la preferencialmente ao final da primeira hora, optando-se pelo uso do PVPI, sendo definidos os passos para fazer o procedimento (BHUTTA et al., 2005; BRASIL, 2011a; PASSOS; AGOSTINI, 2011). Em relação à administração do kanakion, foi estabelecido como consenso administrar kanakion via intra muscular na região ventro-glúteo (hochstetter), definindo-se os passos para a realização da técnica. Acordou-se, ainda, que seja feito ao final da primeira hora, preferencialmente no colo da mãe (AUSTRÁLIA, 2009; COLLET; OLIVEIRA; MALKIN, 2008; VIEIRA, 2010; ZAICHKIN, 2010). No que diz respeito ao clampeamento, foi unânime a decisão de que se espere o cordão parar de pulsar para clampeá-lo (BHUTTA et al., 2005; BRASIL, 2011a, 2011b; MERCER et al., 2010).

### **Etapa: Ouvir, refletir, dialogar e agir**

Criada especificamente para a 5ª e 6ª oficina. Nessa etapa, através dos consensos estabelecidos fundamentados na prática e literatura desvelados nas quatro primeiras oficinas, foi elaborada pelas pesquisadoras uma proposta de cuidados, que foi apresentado ao grupo, revisada e validada pelas enfermeiras do CO, participantes do estudo, nestas duas ultimas oficinas.

### **Etapa: Rever e redirecionar condutas**

Momento no qual se fazia uma avaliação da oficina, solicitava-se sugestões para o desenvolvimento da oficina seguinte e buscava-se redirecionar as ações. Na primeira e segunda oficinas, o grupo avaliou oralmente os trabalhos realizados. Consideraram a oficina proveitosa, uma oportunidade para refletir e trocar opiniões, sugerindo a participação e inclusão dos técnicos em outra oportunidade, o que poderia contribuir para a satisfação dessa categoria e responsabilização e adesão em relação às propostas realizadas.

*[...]Eu achei importante também, a gente poder discutir as dúvidas, trocar opiniões e colocar as dificuldades encontradas no trabalho.[...](E – 4)*

*[...]Eu gostei, foi diretiva [...] uma sugestão [...]poderia ter sido incluído alguns técnicos de enfermagem, exatamente porque o cuidado também é muito diretivo com eles. [...] eles fazem parte da construção e é melhor que receber o produto pronto. As vezes, eles questionam muito sobre isto. É o médico, a enfermeira e eles são só os executores [...] (E – 6).*

Na terceira oficina, utilizou-se um questionamento para auxiliar na avaliação: se você fosse ter seu filho hoje, o que você gostaria que a equipe de saúde fizesse? Os depoimentos, em resposta à questão, apontaram as boas práticas, entre elas: colocar o RN no colo da mãe logo ao nascer; esperar o término da pulsação do cordão umbilical para realizar o clampeamento. Além disso, sugeriram que as mulheres fossem empodeiradas e os profissionais repensassem suas práticas:

*[...]Eu também não iria querer que cortasse o cordão imediatamente, esperassem parar de pulsar. Eu na verdade queria que fosse como eu faço, esperar sair a placenta, porque a placenta é do bebê, não é da mãe. Não tem porque cortar o cordão umbilical antes da placenta sair. [...] E esse é o tempo que o bebê precisa, no mínimo pra ficar com sua mãe, para se adaptar, se desconectar dele, "pronto, agora eu estou pronto pra me desconectar dela".[...] (E -6) (colocando-se no lugar do RN - grifo meu).*

Na quarta e quinta oficina utilizou-se, para avaliar o grau de satisfação do grupo, material em forma de carinhas que indicavam como se sentiram em relação à oficina realizada (carinhas expressando satisfação, indiferença e insatisfação), sendo que todas assinalaram carinhas de satisfação nestas duas oficinas.

Na sexta e última oficina foi realizada a avaliação verbal e escrita de todas as oficinas. A maioria das participantes elogiou a iniciativa, destacando a importância de estar trabalhando com o grupo, das contribuições que surgiram, da atualização que se fazia necessária, de revisar as práticas, do empenho de todas as enfermeiras em participar para alcançar uma uniformidade do cuidado, como nas falas:

*[...] O teu empenho para que todas enfermeiras participassem, para que a gente conjuntamente fosse informada e tivesse uma uniformidade de todos os cuidados com o RN, já atualizados pela literatura. Para que a gente que está atuando possa adquirir conhecimento, para poder estar treinando a nossa equipe, para estar adequando a técnica já existente a uma literatura mais atual, beneficiando a mãe, o pai e o RN e os cuidados com eles. [...] (E – 8)*

*[...] eu acho que tu foste muito feliz em todas as oficinas. A maneira como tu conduziu foi muito boa. Eu aprendi bastante. [...] e assim estar aprendendo junto contigo foi uma oportunidade muito boa e eu fico feliz por isso. [...] e eu acho que o fato da gente estar em um hospital universitário, a gente tem esse compromisso de estar revisando as nossas práticas, com toda a fundamentação teórica. Eu acho isso extremamente importante.[...] (E - 2)*

A avaliação escrita, feita de forma anônima, trouxe muitas colocações que merecem ser destacadas em relação ao desenvolvimento da prática educativa. Destacaram que a prática educativa foi dinâmica, proveitosa, possibilitando refletir e debater sobre a prática desenvolvida no CO, reavaliar conteúdos, discutir as rotinas de cuidados prestadas aos RNs, revê-las, atualizá-las com base nas evidências científicas. Uma das participantes sugeriu que essas oficinas fossem desenvolvidas



rotineiramente, oportunizando aprofundar questões que, no dia a dia, não se tem possibilidade de discutir. Todas responderam que o horário, o tempo e as estratégias utilizadas nas oficinas foram adequados e que o conteúdo trouxe contribuições para as suas atividades no HU, não sendo mencionados pontos negativos.

*Pessoalmente eu gostei bastante de participar, por terem sido dinâmicas e por terem sido com a construção de conhecimento coletivo. Não foram palestras, mas sim um momento de atualização e reciclagem descontraído, mas com objetivo a ser alcançado e que trouxe muita reflexão e questionamento sobre as práticas cotidianas. As oficinas foram de grande valia para ajudar as enfermeiras coletivamente a renovar as rotinas da assistência. Nos últimos tempos foi a promoção de conhecimento mais focada que nos proporcionaram em relação a prática concreta que pude participar. Gostaria de parabenizar a facilitadora pela suavidade que conduziu o processo de aprendizagem.(anônima) (avaliação escrita)*

*As oficinas foram dinâmicas, cada tema foi desenvolvido em grupo, facilitando o contexto. Material suficiente e o mais importante, mesmo sendo um assunto já conhecido e praticado. Cada encontro tinha a curiosidade de haver alguma mudança, com isso não se tornou cansativo. Foi ótimo, você está de parabéns, pois foram feitas algumas mudanças na rotina sem muita discussão.(anônima) (avaliação escrita)*

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A prática educativa coletiva configurou-se como um espaço de relações democráticas e horizontais que favoreceu a socialização de conhecimentos, o fortalecimento dos potenciais dos envolvidos, a negociação e as parcerias entre os participantes. Constituiu-se um espaço de criação e recriação de saberes que possibilitou transformar e inovar o cuidar.

A investigação, utilizando a PCA, adequou-se ao estudo ao favorecer um trabalho articulado com a prática e cotidiano do cuidado,

ao buscar superar problemas que ocorrem no dia a dia da atenção à saúde dos recém-nascidos além inovar e transformar o existente, articulando o pensar e saber em enfermagem. Adere-se às idéias de Freire em função do seu caráter coletivo e dialógico, sendo uma ação conjunta dos pesquisadores e pesquisados, mediadas pelo diálogo, pela reflexão, problematização e negociação.

O exercício da dialogicidade, da reflexão e problematização sobre o trabalho vivido e a implementação reiterante do processo de ação, reflexão e ação, propostos por Freire, contribuíram para que os envolvidos tomassem consciência da situação e pudessem analisá-la criticamente e com maior flexibilidade, podendo construir respostas aos problemas enfrentados, propor formas de intervir e redirecionar suas condutas e modificar quando foi necessário a realidade em que atuavam. Entretanto, em algumas situações, a tarefa de implementar novas propostas não foi muito fácil, mas temos clareza que é possível e viável na medida em que houver engajamento e cooperação não só dos enfermeiros, mas de todos os profissionais de saúde e unidades de internação que compõem a maternidade.

A prática educativa constituiu-se uma forma enriquecedora de trabalhar a realidade, uma ferramenta, um instrumento de reflexão e teorização, em que todos participaram, aprenderam e ensinaram de forma coletiva e simultânea, encontros nos quais as pessoas, no caso as enfermeiras do CO, refletiram coletivamente sobre sua realidade, trocaram experiências, problematizaram os cuidados ofertados com base em seus conhecimentos e saberes científicos, fortaleceram suas potencialidades, capacitaram-se e estabeleceram ações com vistas à transformação de cuidados ao RN considerados inapropriados, porém, ainda existentes, em boas práticas, qualificando a atenção ao RN e seus pais.

Os depoimentos nas avaliações finais do grupo revelaram a importância de envolver membros da equipe de saúde, em especial enfermeiras, em trabalhos desta natureza, por sensibilizar para o tema e introduzir mudanças de forma lúdica e harmoniosa. Entendemos que a opção de, neste momento, não envolvermos todos os profissionais do CO pode ser uma limitação, no entanto acreditamos que seria uma tarefa mais complexa dado o número de participantes, o que não impede de se replicar esta oficina com outras categorias.

Uma das barreiras foi o fato de uma das pesquisadoras assumir a função de mediadora e facilitadora nesta prática, pela pouca experiência na condução de grupos seguindo uma metodologia libertadora, dialógica

que valoriza a solidariedade, o respeito mútuo e espírito de cooperação, já que sua formação se deu da forma convencional e conservadora em um modelo de educação bancária. Em contrapartida foi um grande desafio, uma experiência enriquecedora, por meio da qual e com a ajuda de todas, conseguiu superar os obstáculos e conduzir o processo de forma harmônica, estimulando a participação ativa de todos. Enfim, foi uma oportunidade impar de aprender e ensinar e construir conhecimentos coletivamente.

Recomendamos desenvolver este estudo em outras instituições com características similares, estendendo-o a outros profissionais de saúde, unidades de internação e também com os pais e mães, ampliando os saberes na área e trazendo novas contribuições na perspectiva de um cuidado mais humanizado, centrado no bem estar e segurança do RN e na interação com seus pais.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. A.; MARTINS FILHO, J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Rev. Ciênc. Med.**, Campinas, v. 13, n. 4, p. 381-388, out./dez. 2004.

AUSTRÁLIA. Department of Health and Ageing. National Health and Medical Research Council. Administration of vaccines. In: \_\_\_\_\_. **The Australian immunisation handbook**. 7th ed. Canberra: Australian Government Publishing Services 2009. Disponível em: <<http://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/handbook-vaccine-admin>> . Acesso em: 15 fev. 2012.

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.

BLUME-PEYTAVI, U. et al. Bathing and cleansing in newborns from day 1 to first year of life: recommendations from a European round table meeting . **J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.**, Oxford, v. 23, n. 7, p. 751-759, July 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência:** práticas

integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/alem\\_sobrevivencia\\_atencao\\_parto.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf)>. Acesso em: 4 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde, cuidados gerais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. v. 1. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1461](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461)>. Acesso em: 28 jul. 2011.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. de; VIEIRA, C. S. **Manual de enfermagem em pediatria.** 2.ed. rev. atual. ampl. Goiânia: Editora AB, 2010.

CRUZ, D. C. S.; SUMAN, N. S.; SPÍNOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo; v. 41, n. 4, p. 1-8, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/20.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

DUTRA, A. Adaptação fetal a vida extra-uterina. In: \_\_\_\_\_. **Medicina neonatal.** Adaptação fetal à vida extra-uterina. Rio de Janeiro: REVINTER, 2006. p. 32-38.

FERNANDES, J. D.; MACHADO, M. C. R.; OLIVEIRA, Z. N. P. de. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. **An. Bras. Dermatol.**, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2010.

FERNANDES, K.; KIMURA, A. F. Práticas assistenciais em reanimação do recém-nascido no contexto de um centro de parto normal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 383-390, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000400003>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

FREIRE, P. **Educação e mudança.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

GUIMARÃES, G. P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 626-635, out./dez. 2007.

LAVENDER, T. et al. Infant skin-cleansing product versus water: A pilot randomized, assessor-blinded controlled trial. **BMC Pediatr.**, London, v. 11, p. 35, May 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2431/11/35>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

MALKIN, B. Are techniques used for intramuscular injection based on research evidence? **Nurs. Times**, London, v. 104, n. 50-51, p. 48-51, Jan., 2008.

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

MERCER, J. S. et al. Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/845/808>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

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

PASSOS, A. F.; AGOSTINI, F. S. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. **Rev. Bras. Oftalmol.**, Vitória, v. 70, n. 1, p. 57-67, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v70n1/12.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2012.

PILLEGI, M. C. et al. A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes. **Einstein**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 467-472, 2008.

PUGLIESI, V. E. 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, n. 4, p. 410-415, Dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822009000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822009000400010)>. Acesso em: 16 set. 2011.

RICHETTO, A. M.; SOUZA, A. B. G. A Higiene do recém-nascido e cuidados com o coto umbilical. In: SOUZA, A. B.G. et al. **Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 107- 113.

SARKAR, R. et al. Skin care for the newborn. **Indian Pediatr.**, Bombay, v. 47, n. 7, p. 593-598, July 2010.

SIEBERT, E. R.; COLLAÇO, V. S. Banho humanizado no recém-nascido: implantação da rotina de cuidado no Centro Obstétrico na maternidade da HU-UFSC. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 3., 2007, São Bento do Sul- RS. **Anais...** São Bento do Sul: SOPEB, 2007. v. 1.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

UNICEF. **Guia dos direitos da gestante e do bebê**. Ilustrações de Ziraldo. São Paulo : Globo, 2011. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_guiagestantebebe.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf)>. Acesso em: 04 mar. 2012.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, p. 32-46, maio, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2012.

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

## 5.4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO: PROPOSTA DE ENFERMEIRAS COM BASE NAS BOAS PRÁTICAS

Esta proposta de cuidados foi construída coletivamente por enfermeiras lotadas no Centro Obstétrico (CO) de um hospital escola por meio de oficinas, nas quais buscaram estabelecer consensos entre o que existe na prática e na literatura científica na área neonatológica e obstétrica. Finalizada a redação, ela será novamente validada pelo grupo e discutida em reunião ampla com os outros profissionais no setor e com os demais setores envolvidos para posterior implantação. Assim, está ainda em construção, estando sujeita a novas reformulações. Esta consiste de uma definição de nascimento e de boas práticas, principais fundamentos científicos dos cuidados e consensos definidos pelo grupo.

### 5.4.1 O Nascimento

O nascimento é a celebração da vida, um momento único, particularmente importante e marcante para os pais, o recém-nascido (RN), a família e também para toda a equipe de saúde que os acolhe. O RN, este ser particularmente frágil, passa por uma mudança extrema, saindo de um ambiente seguro e acolhedor e chegando a um mundo desconhecido, muito diferente do que ele estava acostumado. Para que este processo ocorra de forma harmoniosa e saudável e o RN tenha uma boa transição é de extrema importância que toda a equipe trabalhe de forma interdisciplinar e dialógica, amparada em fundamento científico e se empenhe, dando o máximo de si para fazer o melhor.

### 5.4.2 Desenvolvimento dos cuidados ao recém-nascido no Centro Obstétrico

É a recepção, o atendimento e o cuidado prestado ao RN dentro do CO, observando suas limitações e potencialidades. O RN necessita de um cuidado humanizado, que visa facilitar uma boa transição do ambiente uterino para a vida extrauterina. Assim, esse deve ser recepcionado com muito respeito, carinho, em um ambiente calmo e acolhedor e com baixa luminosidade, seguindo as recomendações fundamentadas em boas práticas. Constituem as boas práticas de cuidados ao RN no CO ações direcionadas aos mesmos, baseadas em fundamentos científicos atualizados, com vistas a adaptação deste novo ser ao mundo, prevenção e promoção de sua saúde e



seu pleno desenvolvimento físico, psíquico e social. São realizadas logo após o nascimento pelos profissionais de saúde e buscam favorecer a interação e a formação do vínculo entre o RN e seus pais e uma transição harmoniosa entre o espaço intrauterino e o extrauterino, bem como reduzir intervenções desnecessárias no momento transicional do parto e nascimento. Implica uma atenção integral, personalizada centrada no RN e família.

Este plano está direcionado aos RNs que nascem a termo e em boas condições de vitalidade, ou seja, idade gestacional (IG) acima de 37 semanas, mostram-se rosados e ativos, não apresentam sinais mínimos de sofrimento respiratório ou alterações clínicas importantes logo após o nascimento (ZAICHKIN, 2010). Porém, alguns destes cuidados são rotineiros e, portanto, realizados a todos os RNs, independente da IG e das condições clínicas.

Esses cuidados incluem: secar, aquecer, avaliar a vitalidade, promover o contato pele a pele, clampar oportunamente o cordão umbilical, estimular a amamentação, identificar o RN, administrar credê e kanakion, verificar sinais vitais, antropometria (peso, estatura e perímetro cefálico) e realizar cuidados com o coto. Em relação à realização do banho no CO, atualmente realizado nesta unidade, não se estabeleceu um consenso quanto ao local de sua realização, pois envolve outra unidade de internação. Foi mantida nesta proposta em função de sua importância e porque a literatura já vem apontando algumas evidências que precisam ser trabalhadas e incorporadas pela equipe de saúde, independente do local onde devem ser realizadas.

O momento do nascimento é uma situação que pode gerar estresse para o RN, se levarmos em consideração os inúmeros fatores envolvidos nesse acontecimento, tais como a intensidade da luz, a mudança brusca de temperatura, o excesso de ruído, os odores diferentes, a mudança para o meio aéreo, e, principalmente, a perda do limite físico que o continha dentro do útero (LEITE, 2005). Para facilitar a adaptação do RN ao novo ambiente e recebê-lo de forma mais harmoniosa, preconiza-se o emprego de uma luz difusa na sala de parto (SP), silêncio, ambiente aquecido e tranquilo, uma música suave e o contato corporal imediato entre a mãe e o RN (CRUZ; SUMAM; SPÍNDOLA, 2007).

#### 5.4.2.1 Secar e aquecer

É muito importante para evitar perda de calor, o desconforto

respiratório e para facilitar a adaptação do RN ao ambiente externo. Ao deixar o calor do útero, o RN se estiver molhado ou descoberto, perde calor em pouco tempo. A perda brusca de calor do RN, após o nascimento, pode levar à hipotermia e risco de morte (BECK et al., 2004; GOMES, 2010).

**Cuidados:**

- O enfermeiro, o médico, ou o membro da equipe de saúde que estiver recepcionando o RN deve recebê-lo com campo seco, pré-aquecido, preferencialmente sobre a mãe, devendo secá-lo, aquecê-lo e colocá-lo em contato pele a pele, se estiver com boa vitalidade e, em outros casos, secá-lo embaixo do berço aquecido.
- Usar luvas para proteção profissional ao atender o RN e a mãe.
- Após secar, retirar os campos úmidos e desprezá-los em local apropriado.
- Cobrir o RN e a mãe com cobertor ou campo pré-aquecido e colocar touquinha no RN.
- Manter o ambiente da sala de parto com temperatura em torno de 25 a 26°C.

#### 5.4.2.2 Avaliar a vitalidade

A avaliação da vitalidade reflete a condição do RN depois da tensão de passar pelo trabalho de parto e parto e permite uma avaliação das funções essenciais à vida e que precisam começar imediatamente após o nascimento (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). O método utilizado na instituição é através do índice de Apgar no 1º e 5º minutos de vida. Este é um método objetivo de quantificar, por um sistema de pontuação, a condição de vitalidade do RN, no qual são observados cinco componentes: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele, cada um dos quais é dada uma pontuação de zero, um, ou dois pontos; a soma destes cinco parâmetros corresponde ao Apgar. Um Apgar maior ou igual a sete nos primeiros minutos nos assegura uma adaptação neonatal adequada, com o estabelecimento e manutenção de respiração e a estabilização da temperatura (BRASIL, 2012b).

**Cuidados:**

- É realizado pelo neonatologista ou, na ausência do mesmo, pela enfermeira que está recepcionando o RN ou pelo obstetra

- que está atendendo ao parto.
- Deve ser registrado rotineiramente o Apgar do 1º e 5º minutos de vida para todos os nascimentos.

#### 5.4.2.3 Colocar o RN em contato pele a pele com sua mãe

Muitos autores que seguem o preconizado pela a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendam colocar o RN, se estiver ativo e reativo, diretamente em contato pele a pele, sobre o abdome ou tórax da mãe e, na medida do possível, manter o bebê em contato pelo menos durante a primeira hora de vida, postergando todos os procedimentos de rotina, mas mantendo supervisão frequente, a fim de detectar qualquer complicação (BRASIL, 2011a, 2011b; GOMES, 2010; MERCER et al., 2010).

Este cuidado refere-se ao RN ser colocado despido em contato direto com a pele nua da mãe, sendo que a mesma provê calor diretamente ao seu bebê, através da condução. É um método seguro, sem custo e recomendado como base da termorregulação do RN, pois o contato com a pele da mãe auxilia a regular e manter a temperatura do RN. Este contato ajuda na adaptação do RN à vida extrauterina, promove o vínculo afetivo entre mãe/RN e a amamentação logo após o parto com mais facilidade (BRASIL, 2011b; MERCER et al., 2010).

#### **Cuidados:**

- Se o RN nascer em boas condições de vitalidade, o enfermeiro, o médico, ou o membro da equipe de saúde que estiver o recepcionando deverá recebê-lo sobre a mãe, permitindo que se estabeleça o contato olho a olho, secá-lo e aquecê-lo e colocar em contato pele a pele, coberto e aquecido, pelo menos durante a primeira hora de vida.
- Valorizar e respeitar o tempo de contato e evitar interferências desnecessárias, no entanto, deve manter supervisão frequentemente e, somente após o tempo de vínculo, realizar os outros cuidados.
- Manter o ambiente aconchegante, em silêncio, com temperatura agradável, em torno de 25 a 26º e com baixa luminosidade.
- Em caso de parto cesáreo, procurar colocar o RN sobre a mãe e mantê-lo junto a ela.

#### 5.4.2.4 Clampear o cordão umbilical

O momento ideal para pinçar o cordão de todos os RNs, independentemente de sua idade gestacional, é quando a circulação do cordão umbilical cessou, o cordão está achatado e sem pulso (BRASIL, 2011b).

Mesmo se o RN estiver pálido, hipotônico 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. Somente depois das pulsações do cordão terem cessado procede-se o clameamento e o corte, de acordo com técnicas estritas de higiene e limpeza (BRASIL, 2011b).

O clameamento do cordão umbilical terá profundos efeitos sobre o volume de sangue do RN após o parto, por isso o retardo do clameamento do cordão umbilical se faz necessário, pois ajuda a manter níveis adequados de ferro e reduz a anemia durante a infância, dentre outros benefícios (BRASIL, 2011b).

##### **Cuidados:**

- O enfermeiro, médico, ou o membro da equipe que estiver recepcionando o RN, deve colocar-lo de bruços sobre o tórax da mãe, logo ao nascer, e mantê-lo em contato pele a pele, se estiver ativo e reativo.
- Deitar a mãe após o parto vertical, para evitar sangramento materno e para que o RN possa concluir a transfusão placentária adequadamente.
- Aguardar o cordão parar de pulsar para clampeá-lo, leva aproximadamente três minutos.
- O obstetra, ou o enfermeiro obstétrico/neonatólogo deve clampear o cordão à distância de dois a três centímetros do anel umbilical, usando técnica asséptica e dar a oportunidade do pai, ou acompanhante, ou a própria mãe cortar o cordão umbilical.
- O neonatologista e/ou enfermeiro, ao passar o *clamp* descartável para o coto, deve avaliar o coto e verificar a presença de duas artérias e de uma veia umbilical.

#### 5.4.2.5 Iniciar a amamentação logo após o parto

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e UNICEF publicaram,

em 1990, uma declaração sobre a promoção do aleitamento materno e lançaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que direciona os cuidados a serem oferecidos no período perinatal. Entre outras recomendações dessa iniciativa, devem ser destacados os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, em especial o 4º passo, que atualmente é interpretado como: “Colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto por no mínimo uma hora e encorajar as mães a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda se necessário” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008, p.40). O contato pele a pele ininterrupto entre a mãe e RN facilita e promove o início da amamentação durante a primeira hora de vida.

O aleitamento precoce tem sido relacionado à manutenção da amamentação por mais tempo e trás benefícios a curto e longo prazo para o RN, tais como: previne a morbidade e a mortalidade neonatal, diminui o risco do desenvolvimento de doenças e melhora o desenvolvimento motor da criança (BRASIL, 2011b). Para a mãe também traz benefícios como: estímulo à liberação da ocitocina, que leva a contração uterina, ajuda a espaçar outras gestações pela amenorreia lactacional, diminui o risco de câncer de ovário e de mamas, previne a diabetes tipo II e a obesidade da mulher (BRASIL, 2011b).

#### **Cuidados:**

- A mãe deve ser orientada e estimulada por um dos membros da equipe de saúde a amamentar, ainda na sala de parto, e não ser julgada caso não deseje amamentar naquele momento.
- O pai deve ser orientado no que pode apoiar e auxiliar a mãe.
- O RN deverá ser levado ao seio na primeira hora e devemos estimular e auxiliar-lo a explorar o peito da sua mãe, certificando-se de que ele está bem posicionado e preparado para mamar.
- Oferecer apoio qualificado às mães durante a primeira mamada e, sempre que necessário, nas mamadas seguintes.
- Devemos nos atentar para os casos em que a amamentação está contraindicada, tais como no caso de mães HIV+ e/ou uso de alguns tipos de drogas ou medicamentos que contraindicam a amamentação.

#### 5.4.2.6 Identificar o RN

Identificar o RN é muito importante em todas as instituições que

atendem o parto e nascimento (BRASIL, 2012b). As pulseiras de identificação devem ser colocadas na mãe e no RN (BRASIL, 2011a), funciona como uma identificação oficial do RN. A identificação adequada é essencial, faz com que os pais e a equipe se sintam mais seguros, evitando enganos, dúvidas ou possível troca de RN (RICCI, 2008).

**Cuidados:**

- A pulseira deverá ser colocada, ainda na sala de parto, no punho da mãe e no punho ou tornozelo do RN, pelo enfermeiro, neonatologista, técnico ou auxiliar de enfermagem que estiver auxiliando nos primeiros cuidados ao RN.
- A pulseira deverá ter lacre inviolável e ser de material resistente e lavável.
- Na pulseira deve constar: nome completo da mãe, número do registro hospitalar, data e hora do nascimento e sexo do RN. Em caso de nascimento múltiplo, colocar G1, G2, G3, conforme a ordem de nascimento.
- A enfermeira deve conferir as pulseiras ao colocá-las e, quando este for, por algum motivo, afastado de sua mãe e também quando chegar à unidade de alojamento conjunto ou neonatologia.
- Orientação aos pais ou acompanhantes: mostrar a pulseira aos pais ao colocá-la no RN e na mãe e orientar a manter a pulseirinha até a alta da instituição.

Observação: Em nossa instituição decidiu-se suprimir o uso da impressão plantar e a digital da mãe, apesar de ainda ser preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (art.10, cap.1), para serem feitas no prontuário e nas três vias da Declaração de Nascido Vivo (DNV), pois nas novas DNV, não há mais espaço para colocar a impressão plantar e, também, o grupo de enfermeiras participantes considerou uma fonte de contaminação a forma que esta vinha sendo feita, e, atualmente, em caso de dúvida quanto à paternidade, normalmente se utiliza o teste de DNA. Muitos estados norteamericanos deixaram de exigir a impressão plantar do RN justificando que os membros da equipe não obtêm impressões de pé legíveis para fins de identificação (RICCI, 2008). Este tema precisa ser alvo de novos estudos, pois não pode ser acordado somente na equipe. É uma proposta ampla e não envolve só a instituição.

#### 5.4.2.7 Administrar credê no recém-nascido

Consiste na instilação de colírio no olho do RN, com o objetivo de prevenir a oftalmia gonocócica. A mãe pode albergar, no trato genital, vários micro-organismos, que podem causar infecção ocular no RN. Estas infecções podem levar a graves danos oculares, principalmente se for causado por gonococo. A credeização está indicada a todos os RNs, mesmo para aqueles nascidos de parto cesáreo, pois devemos considerar os riscos de aquisição por via ascendente, que podem passar despercebidas (BRASIL, 2011a; PASSOS; AGOSTINI, 2011).

A profilaxia deve ser realizada dentro da primeira hora após o nascimento (BRASIL, 2011a, 2012b). No entanto, o contato visual deve ser valorizado no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê na primeira hora e, por isso, a administração rotineira pode ser adiada por uma e até duas horas após o nascimento. Entretanto, deve ser assegurado que o medicamento seja administrado (RICCI, 2008; WHEELER, 2011).

Os produtos que podem ser utilizados são: solução de nitrato de prata a 1%, pomada de eritromicina a 0,5%, tetraciclina a 1% e solução de povidona iodada a 2,5% (PVPI) (BHUTTA et al., 2005; PASSOS; AGOSTINI, 2011). Segundo os mesmos, no Brasil, o nitrato de prata, atualmente, é o método oficial e o mais usado, mas seu uso tem sido discutido, pela ocorrência de conjuntivite química e incompleta proteção contra clamídia.

Em nossa instituição, o PVPI a 2,5% é o produto atualmente usado e também o estipulado por consenso, após estudos, pelo grupo de neonatologistas da instituição. Estudos realizados sobre o mesmo descrevem como sendo de espectro mais amplo, ativo contra todos os possíveis agentes da conjuntivite neonatal, e tem vantagens sobre os demais produtos utilizados até o momento, inclusive em sua atividade contra a *Chlamydia trachomatis* (ASSADIAN et al., 2002; PASSOS; AGOSTINI, 2011; SCHALLER; KLAUSS, 2001;).

#### **Cuidados:**

- Deverá ser administrado por enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem habilitados para tal.
- Orientar e esclarecer os pais ou os acompanhantes sobre a finalidade de se administrar o credê e forma de aplicá-lo, bem como em relação aos benefícios para o RN.
- Administrar preferencialmente ao final da primeira hora de vida, para não interferir no contato precoce da mãe/RN/pai

nesta primeira hora.

- No desenvolvimento da técnica, seguir os princípios assépticos, seguindo as cinco certezas, que são: medicamento, dose, via, horário e paciente certo.
- Seguir a prescrição médica, conforme a rotina escrita estipulada pela equipe.
- A solução de escolha na instituição atualmente é o PVPI a 2,5%. Manusear o frasco de maneira a não contaminá-lo e não encostá-lo no olho do RN.
- Manter cuidados com conservação do produto, identificando o frasco depois de aberto com data e hora da abertura e guardando-o em local apropriado. O PVPI pode ser usado por 30 dias depois de aberto (PASSOS; AGOSTINI, 2011).
- Preparar o material antes de realizar o procedimento: Solução de PVPI a 2,5%, luvas, gaze, água esterilizada.
- **Seguir os seguintes passos para realização do procedimento:**
  - ✓ Lavar as mãos e calçar luvas;
  - ✓ Conversar e manusear calmamente o RN durante o procedimento;
  - ✓ Higienizar os olhos do RN com gaze umedecida em água esterilizada, antes de administrar o credê, quando na presença de sujidades, sangue e secreções;
  - ✓ Tracionar levemente a pálpebra inferior para baixo e instilar 1 gota de PVPI a 2,5% no conto interno do olho (saco lacrimal) e fazer movimento suave da pálpebra para que o produto se espalhe no olho, repetir o mesmo procedimento no outro olho;
  - ✓ Deixar o produto agir, não enxaguando os olhos após a aplicação;
  - ✓ Secar o excesso com gaze seca, caso seja necessário;
  - ✓ Descartar de forma adequada o material utilizado e guardar o frasco do produto em local apropriado, e
  - ✓ Checar na prescrição médica a administração.

#### 5.4.2.8 Administração da vitamina K

A deficiência de vitamina K no RN nas primeiras semanas de vida pode levar ao prolongamento do tempo de coagulação e, conseqüentemente, causar sangramentos inesperados. Este sangramento



é denominado de síndrome hemorrágica do RN. O *kanakion* é utilizado profilaticamente de rotina para prevenir possíveis sangramentos no RN causados por deficiência de vitamina K (ZAICHKIN, 2010).

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. Usualmente a dose recomendada é de 1mg para os RN a termo, ou seja 0,1ml (GOMES, 2010; RICCI, 2008).

Existem duas formas de administração, a via oral (VO), menos utilizada, pois requer administração de doses múltiplas, situação na qual se corre o risco do esquema de administração ficar incompleto e o RN poderá desenvolver a doença, e a intramuscular (IM) que é a mais utilizada e recomendada por ter melhor absorção e ser dose única (WHEELER, 2011; ZAICHKIN, 2010).

Existe divergência na literatura quanto ao local de aplicação de medicação IM no RN, muitos autores recomendam o músculo vasto lateral (VL), dentre eles: Ricci (2008); Zaichkin (2010); Souza et al. (2011) e Gomes (2010). Em contrapartida: Castellanos (1987); Cook e Murtagh (2002); Bork (2005); Malkin (2008) e Collet, Oliveira e Vieira (2010), recomendam a região ventre glútea, também chamada de hochstetter (VG ou H). Não há um consenso na literatura em relação ao local de aplicação, se deve ser no H ou no VL.

O músculo VL é o local recomendado, mas a área do H é um local alternativo para IM em crianças, inclusive para menores de 12 meses de idade, no entanto, quem vai administrar a medicação deve ter habilidade e estar familiarizado com os pontos de referência utilizados para localizá-los. (AUSTRÁLIA, 2009; WHEELER, 2011).

A região do H é utilizada por toda equipe do CO desta instituição. Após novo estudo, feito pelas enfermeiras do CO, quanto ao local de aplicação, optou-se por continuar sendo administrado no H, por ser considerado menos dolorido, de fácil delimitação e mais seguro, por ser livre de vasos e nervos importantes. Como segunda opção, pode-se usar o VL.

#### **Cuidados:**

- Deverá ser administrado por enfermeiros, médicos, técnicos ou auxiliares de enfermagem habilitados para tal.
- Orientar e esclarecer os pais ou acompanhantes em relação aos motivos que levam a indicação e administração da vitamina K, expor sobre as vantagens de sua aplicação,

esclarecer que não é uma vacina, explicar porque será IM, como será realizada a técnica e mostrar o local onde será aplicado.

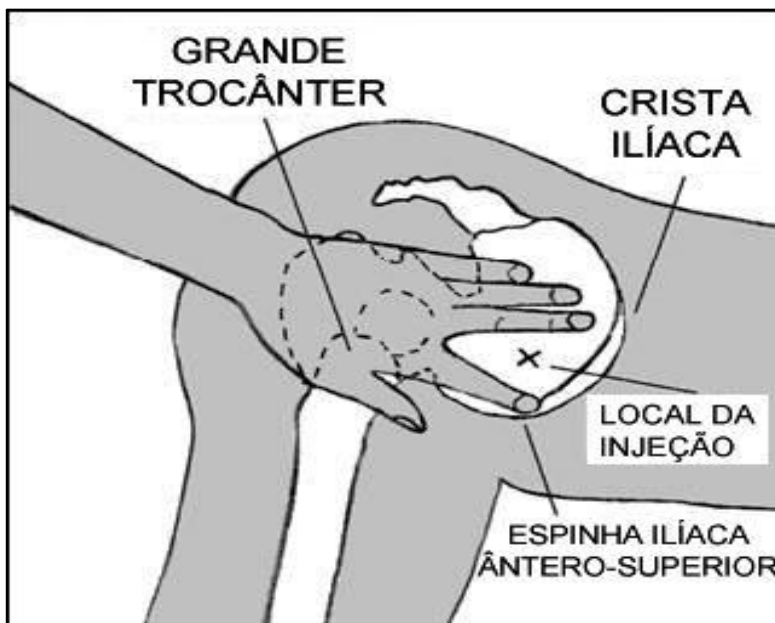
- Administrar, preferencialmente, ao final da primeira hora de vida, no máximo até a segunda hora, para não interferir no contato precoce da mãe/RN/pai, nesta primeira hora. Pode ser administrado com o RN no berço ou no colo da mãe, pai, ou acompanhante.
- No desenvolvimento da técnica, seguir os princípios assépticos e seguir as cinco certezas, que são: medicamento, dose, via, horário e paciente certo;
- Seguir a prescrição médica, conforme a rotina escrita estipulada pela equipe;
- Conservar o produto em local protegido da luz e usar ampola individualizada para cada RN.
- Preparar o material antes de realizar o procedimento: ampola de vitamina K, luvas, seringa descartável de 1 ml, agulha descartável com o calibre 20/5.5 ou 13/4.5, algodão ou gaze e álcool a 70%.
- **Realizar o procedimento, de acordo com os seguintes passos:**
  - ✓ Lavar as mãos e calçar luvas;
  - ✓ Conversar e manusear calmamente o RN durante o procedimento;
  - ✓ Fazer a localização e delimitação adequada do hochstetter (H), ou como segunda opção, do VL (conforme técnica descrita abaixo e figuras 1 e 2 para o H e 3 para o VL);
  - ✓ Observar o ângulo da agulha de 75° a 90°, e usar agulha de calibre apropriado, ou seja, 20/5.5 (cor lilás) ou 13/4.5 (cor marrom) para RN de menor peso. (este item talvez tenha alteração se encontrar fundamentos mais consistentes);
  - ✓ Introduzir a agulha e aspirar, observando se tem refluxo de sangue, se não houver refluxo, injetar a vitamina;
  - ✓ Retirar rapidamente a agulha e comprimir o local com algodão seco;
  - ✓ Descartar de forma adequada a seringa e o equipamento usado e
  - ✓ Checar a administração na prescrição médica.

**Técnica de delimitação do H (VG) no RN:** coloque a palma da mão sobre o trocanter maior (proeminência óssea superior do osso da

coxa) com o polegar apontando para o umbigo. O dedo indicador aponta para a espinha íliaca ântero-superior, e o dedo médio é aberto em direção a crista íliaca, criando assim um 'V' que delimita a área do H em forma triangular e, com a mão que faz a delimitação, já imobilizar o RN. O local de injeção está no centro desta área (local assinalado com X nas figuras 1 e 2).

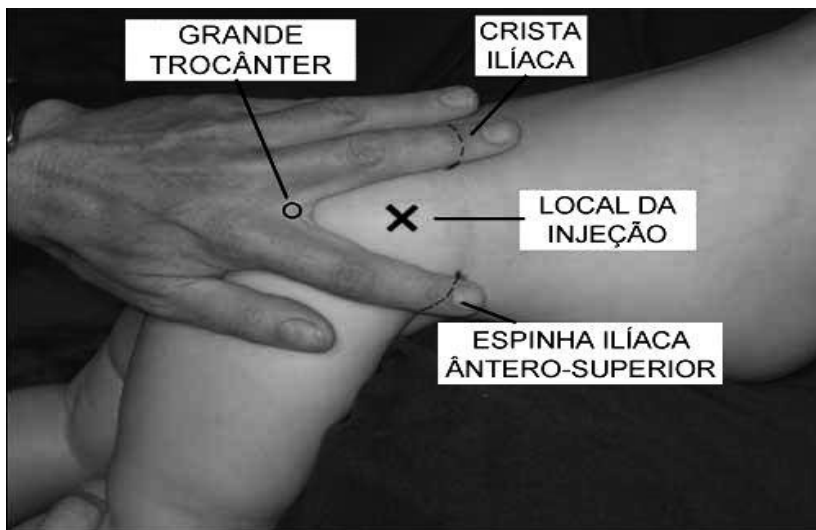
**Técnica de delimitação do VL:** traçar um retângulo imaginário delimitado pela linha média anterior da coxa na frente da perna e linha média lateral da coxa do lado da perna, o local certo para a aplicação é o ponto médio desse triângulo (local assinalado com X na figura 3).

**Atenção:** Não injetar na face anterior da coxa, onde estruturas neurovasculares podem ser danificados.



**Figura 1:** Diagrama mostrando os marcadores anatômicos para identificar o local de injeção no hochstetter, também chamado de ventroglúteo (X= local da injeção).

**Fonte:** Australia, 2009.



**Figura 2:** Fotografia do bebê no colo, do propenso cuidador, mostrando marcadores para identificar o local da injeção no hochstetter, também chamado de ventroglúteo (X = local da injeção).

*Fonte: Australia, 2009.*



**Figura 3:** Fotografia da coxa mostrando o local da injeção recomendada para o vasto lateral (X = local da injeção).

*Fonte: Australia, 2009.*

#### 5.4.2.9 Verificação dos sinais vitais

A verificação dos sinais vitais (SV) do RN tem a finalidade de avaliar seu estado geral e auxiliar na condução do tratamento, se detectadas eventuais alterações clínicas, visto que, geralmente, a estabilidade clínica manifesta as condições de vitalidade do indivíduo (GOMES, 2010). São verificadas a temperatura (T), a frequência cardíaca (FC) e a frequência respiratória (FR). Os valores normais da T axilar variam em torno de 36,5 a 37,5 ° C, da FC variam, em média, de 120 a 140 bpm e da FR em torno de 30 a 60 mpm, com o RN em repouso. A FC e FR podem aumentar se ele estiver chorando, com desconforto ou dificuldade para respirar (WHEELER, 2011). Esses parâmetros podem ser um pouco diferentes, dependendo do autor, podendo variar T de 36 a 37,5° C, FC 100 a 160 bpm e FR 40 a 60 mpm.

##### **Cuidados:**

- Os SV podem ser verificados pelo enfermeiro, neonatologista, técnico ou auxiliar de enfermagem habilitados para tal, ao final da primeira hora, ou antes, caso perceba qualquer alteração com o RN.
- Sempre que possível, verificar a FC e FR quando o RN estiver calmo, já que o choro costuma alterar os parâmetros.
- Orientar aos pais ou acompanhante porque está realizando o procedimento.
- Preparar o material necessário para a verificação: termômetro clínico digital, estetoscópio pediátrico, algodão embebido em álcool 70% e gaze seca.
- **Seguir os seguintes passos para realização do procedimento:**
  - ✓ Lavar as mãos;
  - ✓ Verificar a temperatura axilar (T), da seguinte forma: Secar a axila do RN com gaze seca e colocar o termômetro na região axilar comprimindo o braço do RN ao encontro do tórax, aguardar até que dê sinal (apite), verificar o valor da T e anotar nos registros do RN;
  - ✓ Verificar da frequência cardíaca e respiratória (FC e FR) da seguinte forma: Aquecer levemente o diafragma do estetoscópio e colocar no hemitórax esquerdo próximo ao esterno e contar a FC e a FR verificar no lado direito do tórax. Ambas devem ser verificadas em um minuto completo;

- ✓ Anotar nos registros do RN e
- ✓ Fazer a desinfecção do termômetro e do estetoscópio após o procedimento, seja geral ou isoladamente, com álcool a 70%.

#### 5.4.2.10 Verificação da antropometria

As medidas antropométricas são fundamentais. Normalmente são utilizadas para avaliar o índice de crescimento e desenvolvimento das crianças, incluem: peso, estatura e perímetro cefálico (BRASIL, 2012b; GONÇALVES et al., 2001). Outros autores citam também a verificação do perímetro torácico e abdominal (BRASIL, 2011a; MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011; SOUZA et al., 2011). No entanto, nesta instituição, costumamos verificar peso, estatura e perímetro cefálico. Para que estas medidas sejam válidas é necessário precisão na técnica de verificação (GONÇALVES et al., 2001).

##### **a) Verificar o peso o RN**

A verificação do peso é importante para avaliação do crescimento e desenvolvimento e para determinar a classificação do RN de acordo com o peso e a idade gestacional, se ele é adequado, pequeno ou grande para a idade gestacional, pois a conduta depende desta avaliação (MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011). O peso médio do RN é em torno de 3.400 gramas.

##### **Cuidados:**

- O RN poderá ser pesado pelo enfermeiro, neonatologista, técnico ou auxiliar de enfermagem, preferencialmente ao término da primeira hora, ou seja, após o contato pele a pele.
- Orientar os pais ou acompanhantes: explicar o procedimento aos pais, dizer que poderão fotografar o RN mostrando o peso na balança e dizer quanto pesou o RN a seus pais.
- Material necessário: balança calibrada, luvas de procedimento e campo pré-aquecido ou campo de papel.
- **Seguir os seguintes passos para realização do procedimento:**
  - ✓ Lavar as mãos e colocar luva de procedimento;
  - ✓ Colocar campo pré-aquecido ou campo de papel na balança e, após, calibrá-la;
  - ✓ Colocar o RN despido sobre o campo na balança e verificar o peso;

- ✓ Retirar o RN da balança e anotar o peso em gramas nos registros do mesmo.

#### **b) Verificar a estatura e perímetro cefálico**

São necessários para avaliar o seu crescimento futuro. A estatura média de um RN é em torno de 48 a 53 cm. O perímetro cefálico normalmente é em torno de 33,5 cm (MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011).

#### **Cuidados:**

- O RN poderá ser medido pelo enfermeiro, neonatologista, técnico ou auxiliar de enfermagem habilitado para tal, preferencialmente após o contato precoce com os pais.
- Orientar os pais ou acompanhante porque está realizando o procedimento e dizer quanto mediu o RN a seus pais.
- Preparar o material necessário: luvas de procedimento, fita métrica, régua antropométrica e superfície plana.
- **Seguir os seguintes passos para realização do procedimento:**
  - ✓ Lavar as mãos e colocar luvas;
  - ✓ Colocar o RN em superfície plana, em decúbito dorsal, segurar a sua cabeça e esticá-lo delicadamente, tomando cuidado para que o corpo fique alinhado. Encostar a parte fixa da régua antropométrica na cabeça e o cursor móvel na planta dos pés. Fazer a medida em centímetros, com aproximação em milímetros;
  - ✓ Fazer a medida do perímetro cefálico, passando a fita métrica pela cabeça, sobre as saliências occipital, parietal e frontal, evitando as orelhas. Esticar a fita, de forma que se ajuste à cabeça e medir em centímetros, com aproximação em milímetros;
  - ✓ Anotar a estatura e o perímetro cefálico nos registros do RN;
  - ✓ Após o procedimento da mensuração, fazer a desinfecção da fita e da régua antropométrica com água e sabão.

#### **5.4.2.11 Realização cuidados com o coto umbilical**

Após o nascimento, o cordão é clampleado. Inicialmente sua aparência tem aspecto amolecido e gelatinoso, gradualmente vai secando e escurecendo, até a queda (processo de mumificação). A queda

do coto costuma ocorrer por volta do 6º ao 15º dia de vida do RN. Normalmente, o cordão apresenta duas artérias e uma veia (BRASIL, 2011a).

A higienização adequada e os cuidados com o coto umbilical facilitam o processo de mumificação do coto e são importantes para evitar infecções, tétano neonatal e *sepsis* (FRANCO, 2007). Um importante fator de proteção contra infecção é a higiene da região umbilical com álcool a 70% (BRASIL, 2011a).

**Cuidados:**

- Orientação aos pais ou acompanhantes: orientar porque fazer a antisepsia, como e quando fazer, cuidados de higiene, orientar também o tempo que leva até a queda do coto, sobre sinais de infecção, ou inflamação e a procurar um serviço de saúde em caso de dúvidas e/ou se notar qualquer alteração e contraindicar o uso de faixas e outros produtos popularmente conhecido.
- Deverá ser realizado por enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem habilitados para tal e depois pelos pais, após serem devidamente orientados.
- Material necessário: álcool a 70% em frasco individual, gaze esterilizada e cotonete.
- **Seguir os seguintes passos para realização do procedimento:**
  - ✓ Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;
  - ✓ Limpar o coto umbilical com gaze umedecida em álcool a 70%, após o banho e a cada troca de fralda, tomando cuidado para não escorrer para a pele e genitais do RN. Nos dias subsequentes, higienizar com cotonete, principalmente a base do coto e reforçar esta orientação aos pais;
  - ✓ Manter o coto umbilical preferencialmente fora da fralda, seco, livre de fezes e urina e observar o local, estando atento a possível sangramento no pós-parto e sinais de infecção ou outros nos dias subsequentes, tais como: hiperemia, secreção e edema.

#### 5.4.2.12 Realização do primeiro banho do recém-nascido

O primeiro banho dos RNs com boa vitalidade e a termo pode ser considerado como algo prazeroso, pois lembra o ambiente líquido e



quente característico do útero materno (BRASIL, 2009). Entretanto, no banho o RN pode ser bastante manipulado, podendo levá-lo a ter diversas reações. Conforme acontecem estas manipulações, o RN pode reagir de diferentes formas, podendo expressar sinais de calma e tranquilidade ou de agitação, se fazendo necessária a adequação do procedimento (BRASIL, 2009), para não interferir em sua adaptação fisiológica e comportamental.

A finalidade do banho inicial é de diminuir a colonização microbiana, remover as secreções maternas, evitando riscos ao RN e seus cuidadores com possíveis agentes transmissores de doenças como hepatite B, herpes simples e HIV, além de envolver questões estéticas, culturais e expectativas da família (RICHETTO; SOUZA, 2011). Este proporciona estimulação tátil e da circulação geral da pele, podendo gerar conforto, relaxamento e bem-estar (CONCEIÇÃO et al., 2002; PILLEGI et al., 2008), poderá também, favorecer uma interação harmoniosa com os pais, e auxiliar na adaptação do RN à vida extra uterina (PILLEGI et al., 2008). Entretanto, nem sempre o banho produz resultados benéficos, quando não é conduzido de forma adequada. Os sabonetes contêm agentes químicos que podem causar irritação da pele e absorção de substâncias tóxicas, além disso, o banho pode desencadear hipotermia e desestabilizar os sinais vitais do RN (BHUTTA et al., 2005; CUNHA; PROCIANOY, 2006).

Várias questões relacionadas ao primeiro banho do RN divergem na literatura e também em nossa prática e foram revistas e discutidas pelo grupo de enfermeiras do CO, tais como: o uso ou não de sabonete, o local e o momento mais apropriado para o banho, as dificuldades encontradas, o envolvimento e participação dos pais, a técnica do banho e outros.

#### **Quanto ao uso ou não de sabonete:**

As instituições utilizam os sabonetes devido à preocupação com contaminações (ZAICHKIN, 2010). No entanto, é recomendado que se use sabonete suave não medicinal para o banho, já que os sabonetes alcalinos podem destruir a camada ácida da pele, interferindo no equilíbrio da flora protetora e também levar ao ressecamento da pele (BLUME-PEYTAVI et al., 2009; FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011; ZAICHKIN, 2010). Entretanto, em muitos países, apesar da falta de evidência consistente, a água foi considerada a menos prejudicial de todas as alternativas. Porém, a água sozinha é pobre, não remove substâncias solúveis em gordura, sendo assim, um sabonete adequadamente formulado poderia ser usado, mas precisaria ser

cuidadosamente avaliado (LAVENDER et al., 2011).

O sabonete ideal para o banho do RN, caso seja utilizado, deve ser: líquido, suave, sem fragrância, com pH neutro ou ligeiramente ácido, que não irrite a pele nem os olhos e nem altere o manto ácido protetor da superfície cutânea (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011). Estes devem ser utilizados com indicação apropriada e de forma cautelosa durante o período neonatal (SARKAR et al., 2010).

#### **Consenso após reflexão e aprofundamento sobre o uso de sabonete:**

- No primeiro banho pode ser utilizado sabonete neutro, mas que se observe a sua fórmula, este deve ser utilizado em pequena quantidade, principalmente para higienizar o couro cabeludo, e tendo o cuidado de sempre enxaguar o couro cabeludo e a pele do RN ao final.
- Não retirar o excesso de vérnix, permitir sua absorção para a manutenção da barreira protetora da pele, boa termorregulação, hidratação e ação antibacteriana na pele do RN.
- Nos banhos subsequentes, no período neonatal, não precisa utilizar sabonete.

#### **Quanto ao local e o momento mais apropriado para o banho:**

Atualmente o primeiro banho tem sido dado mais cedo para reduzir a possibilidade de transmissão de patógenos do sangue e líquidos corporais materno, com potencial risco de contaminar tanto o RN, como profissionais de saúde e familiares, justificando a ideia presente em muitas culturas de dar o banho nas primeiras horas após o nascimento (ZAICHKIN, 2010).

O banho de rotina não é considerado prejudicial ao RN. No entanto, a OMS recomenda que o primeiro banho seja dado apenas seis horas após o parto, devido ao risco de hipotermia e estresse durante este período de grande transição fisiológica do RN (BHUTTA et al., 2005; FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011). Também é recomendado que se espere para dar o primeiro banho para não interferir no primeiro período de reatividade do RN que começa logo após o nascimento, nos primeiros 30 a 60 minutos. Esse é um momento em que o RN está alerta e sensível a explorar, período ideal para promover o vínculo entre pais e RN e a iniciar a amamentação, visto que ele tem um desejo intenso de sugar (ZAICHKIN, 2010). Caso seja dado o banho

nesse período, o RN poderá passar para o segundo período, chamado de inatividade relativa, ocasião em que ele relaxa em profundidade, fica calmo e tranquilo e irá dormir, interferindo no contato e interação com seus pais e também no início da amamentação.

### **Consenso do grupo em relação ao momento e local do primeiro banho:**

- A primeira hora de vida do RN é para aproveitar o estado máximo de alerta deste e a formação do vínculo com seus pais, que acaba sendo atrapalhado pela necessidade de tirar o RN de junto da mãe para dar o banho. Os cuidados não podem ser prioritários em relação à formação do vínculo.
- Realizar o banho, preferencialmente, depois de 2 a 6 horas, após o nascimento, ou pelo menos depois da primeira hora de vida, para não interferir no estado de reatividade neonatal, no contato precoce da mãe/RN/pai, e na amamentação. O banho pode ser precoce, desde que não atrapalhe o contato pele a pele e a formação do vínculo e não interfira na adaptação cardiorrespiratória e termorregulação do RN.
- Importante destacar a proteção profissional, durante a realização dos cuidados e o banho. Usar luvas até que o RN seja banhado.
- No caso da ocorrência de vários nascimentos ao mesmo tempo, o RN deve permanecer junto com sua mãe e ir para a sala de recuperação, para depois ser dado o banho. Permanecer ao menos uma hora com a mãe antes do banho.
- Quanto ao local do banho, se deve ser no CO ou no AC, o grupo acordou que seja debatido com o AC. No AC, sugerem que o pai ou a própria mãe, caso queiram, deem o primeiro banho do seu bebê com a ajuda e supervisão da enfermagem, quando necessário.

### **Quanto ao tipo de banho, tempo e interação com os pais**

Alguns autores recomendam não emergir o RN completamente na água e indicam o banho de esponja (compressa) até que a área do cordão esteja cicatrizada (RICCI, 2008; ZAICHKIN, 2010). Porém, outros indicam o banho de imersão (FEYER et al., 2009; MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011; PUGLIESI et al., 2009; RICHETTO; SOUZA, 2011), podendo ser em banheira específica, bacia ou o próprio berço de acrílico do RN (MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011). O banho de imersão pode promover grande conforto ao RN, proporcionar relaxamento,

deixando-o menos agitado após o procedimento, além de favorecer uma série de trocas e ajustes interacionais entre o adulto e o RN, proporcionado pela estimulação tátil com os pais e cuidadores (PUGLIESI et al., 2009). É uma alternativa segura e agradável para os RNs com boa vitalidade (BRYANTON et al., 2004).

#### **Consenso do grupo em relação ao tipo de banho e interação com os pais:**

- Manter o tipo de banho que já é rotina na instituição, ou seja, técnica de imersão em banheira específica ou o próprio berço de acrílico do RN, já que não contradiz os fundamentos científicos, pois o banho em banheira promove menor perda de calor, maior cuidado cicatrização e desidratação do cordão umbilical, conforto para o RN e também prazer para os pais e/ou acompanhante.
- Os pais devem ser estimulados a dar o primeiro banho, podendo ser orientados e acompanhados por um membro da equipe de enfermagem, caso seja necessário, constituindo-se esta prática uma oportunidade de compartilhar conhecimentos com os pais e sanar dúvidas, de se educar em saúde.

#### **Quanto à técnica do banho**

A realização do banho do RN pode ser executada de diferentes formas. O banho de imersão pode promover grande conforto ao RNs, proporcionar relaxamento, deixando-os menos agitados após o procedimento, favorece uma série de trocas e ajustes interacionais entre o adulto e o RN, proporcionado pela estimulação tátil com os pais e cuidadores (PUGLIESI et al., 2009), é uma alternativa segura e agradável para os RNs com boa vitalidade (BRYANTON et al., 2004).

Em relação a técnica do banho de banheira, Richetto e Souza. (2011) descrevem a técnica tradicional do banho bipartido, ou seja, primeiro se lava a cabeça e seca em separado do corpo e, após, o RN é colocado na banheira. Já Feyer et al. (2009) e Siebert e Collaço (2009) defendem a técnica do banho humanizado japonês, onde este é dado em uma etapa só, o RN é imerso na água, envolto numa toalha ou cuero e é realizado calmamente para que ele se sinta mais seguro e protegido. A técnica do banho humanizado japonês é utilizada desde 2005 no CO desta instituição. Nesta técnica, busca-se passar segurança e proteção ao RN, procurando lembrar o ambiente intrauterino, por isso ele normalmente não chora, fica calmo, tranquilo e até dorme. Além de promover higiene e limpeza, o banho torna-se um momento mais

humanizado e afetivo, prazeroso para o bebê, o familiar e também para quem está dando o banho (FEYER et al., 2009; HEMKEMEIER; FERMINO; RIBEIRO, 2012; SIEBERT; COLLAÇO, 2009).

### **Consenso do grupo em relação à técnica do banho:**

Para o banho do RN, acordou-se manter o banho de banheira na técnica do banho humanizado japonês, respeitando-se a técnica correta.

### **Cuidados:**

- Orientar e esclarecer os pais ou os acompanhantes sobre a finalidade do banho, explicar e mostrar a técnica, falar das vantagens da mesma, medidas de segurança e estimular a participação e/ou auxílio dos mesmos no banho.
- Deverá ser realizado por enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem habilitados para tal, ou por um dos pais, com auxílio, supervisão e orientação de um dos membros da equipe e realizar preferencialmente após a primeira hora.
- Preparar o material necessário antes de iniciar o banho: luvas de procedimento, gaze, sabonete neutro, duas banheiras com água morna ou uma banheira e uma jarra com água para enxaguar, escova macia, toalha, fralda e roupinhas para vestir o RN.
- Usar equipamento de proteção individual (EPI) e usar luvas de procedimento para manusear o RN, até que este seja banhado.
- Utilizar duas banheiras, sendo uma para a higiene e outras para o enxague, ou uma banheira e uma jarra para enxaguar o RN.
- Cuidar com a temperatura da água, esta deve ser em torno de 36 a 37 ° c, ou então manter a água em uma temperatura agradável ao dorso da mão e/ou o cotovelo do cuidador.
- **Seguir os seguintes passos do procedimento:** Alguns passos do procedimento foram adaptados de Collaço e Burigo (2009)
  - ✓ Lavar as mãos e calçar luvas;
  - ✓ Manusear e conversar carinhosamente com o RN durante todo o procedimento;
  - ✓ Encher as duas banheiras ou uma banheira e uma jarra com água morna. Use termômetro apropriado, ou coloque o cotovelo na água para testar a temperatura, deve estar agradável ao toque;
  - ✓ Enrolar o RN numa toalha, ou cuero, deixando apenas o rosto descoberto;

- ✓ Imergir o RN lentamente na banheira e molhar o campo que o envolve;
- ✓ Segurá-lo com cuidado, apoiando a parte de trás do pescoço do RN no interior do pulso e segurar seu braço com o polegar e o indicador;
- ✓ Iniciar a higiene pelo rosto, limpando com gaze umedecida os olhos de dentro para fora, depois o restante do rosto e as reentrâncias das orelhas e pavilhões externos;
- ✓ Lavar o couro cabeludo usando gaze umedecida e sabonete neutro em pequena quantidade, se necessário, usar escova macia, para retirar as sujidades;
- ✓ Afrouxe a toalha fralda da região do tronco, lave o pescoço, não esquecendo as dobras de pele, usando pequena quantidade de sabonete para lavar seu corpo, deixando parte do vernix;
- ✓ Descobrir um dos lados para lavar, lave suavemente a mão, o braço, as dobras de pele da axila, o tronco e o coto umbilical, depois volte a cobri-lo;
- ✓ Faça o mesmo com o outro lado;
- ✓ Descubra a parte da genitália, das pernas e pés, realizando a higiene da região. Nas meninas lavar sempre de frente para trás, evitando contaminação;
- ✓ Agora sem toalha, vire-o para que possa lavar as costas e o bumbum. Apoie o peito no interior do seu pulso, passe o braço esquerdo do RN por cima e segure o braço direito do mesmo com o polegar e o indicador. Apoie os joelhos do RN no fundo da banheira, cuidando para não mergulhar o rosto na água;
- ✓ Em seguida enxague a cabeça e todo o corpo do RN na outra banheira, que contém apenas água limpa, sem sabonete, ou enxague com a jarra acessória;
- ✓ Retire o RN da água e leve-o para o berço ou uma superfície e enrole-o com uma toalha seca, mantenha-o contido por alguns segundos, para que a toalha absorva a umidade, aquecendo-o. Seque todos os membros e dobras, depois de seco, remova as toalhas úmidas e coloque a fralda e vista suas roupinhas;
- ✓ Estimular o pai ou acompanhante e dar a oportunidade para que esse possa auxiliar e/ou realizar o banho, ajudar a secar e vestir o RN;

- ✓ Antes de vesti-lo, realize o curativo do coto umbilical utilizando gaze umedecida em álcool a 70%, cuidando para deixar o coto umbilical fora da fralda;
- ✓ Penteie o cabelo do RN, massageando levemente o couro cabeludo;
- ✓ Enrole-o com o cueiro e cobertor e encaminhe-o para junto da mãe;
- ✓ Descartar de forma adequada o material e roupas utilizadas no procedimento;
- ✓ Lavar as banheiras utilizadas com água e sabão, enxaguar e secar, mantendo-as prontas para o uso, higienizar e organizar o ambiente.

### **Conduta em relação ao banho precoce do RN filho de mãe HIV+**

Alguns procedimentos especiais devem ser seguidos pela equipe de saúde com o RN na hora do nascimento quando a mãe é portadora do vírus HIV. Dentre eles está o banho precoce do RN, imediatamente após o parto, em água corrente para evitar contato do RN com o sangue e secreções maternas. Nestas situações, o banho de banheira pediátrica é contraindicado (BRASIL, 2010).

Apesar de não ser o objetivo inicial deste estudo trabalhar com patologias ou alterações clínicas, o grupo de estudo vivencia o problema de ter frequentemente mães HIV+ e sentiu necessidade de discutir também o banho precoce do RN em água corrente conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Normalmente, estes RNs nascem a termo e com boa vitalidade. Porém, necessitam de cuidados especiais, sendo um deles o banho precoce em água corrente. Então, o grupo estudou, refletiu e adaptou uma rotina para esse banho. Essa rotina é temporária, podendo ser mudado após melhorias do setor.

### **Rotina do banho precoce nos casos de RN filhos de mãe HIV+.**

#### **Cuidados:**

- O banho deve ser dado logo após o nascimento e pode ser dado pela enfermeira, técnico ou auxiliar de enfermagem habilitado para tal, este deve ter o auxílio de outro membro da equipe.
- O funcionário que for dar o banho deverá usar equipamento de proteção individual, ou seja, avental plástico de manga longa,

luva plástica de manga longa e outra luva de procedimento por cima, óculos de proteção, máscara e touca. A pessoa que irá auxiliar fornecerá os produtos e objetos necessários a quem está dando o banho, bem como auxilia no enxágüe, fornecendo e despejando a água cuidadosamente sobre o RN.

▪ **Seguir os seguintes passos do procedimento:**

- ✓ Primeiro enche uma banheira auxiliar com a água em temperatura de 36 a 37°C, deixa uma jarra vazia ao lado, (visto que só dispomos de água de caldeira e não chuveirinho);
- ✓ Colocar uma bacia virada ao contrário com uma compressa em cima, no fundo da cuba;
- ✓ Pegar o RN e envolvê-lo levemente numa compressa, para dar uma proteção;
- ✓ Usar clorexidina a 0,5% degermante para o banho;
- ✓ Lavar o RN pegando água com a jarra da banheira auxiliar iniciando pelo rosto, lavar primeiro os olhos, boca e o nariz, depois o couro cabeludo. Vai abrindo a compressa e vai lavando a parte anterior do corpo e depois vira e lava a parte posterior e depois dá uma boa enxaguada;
- ✓ Terminado de enxaguar, colocar no berço aquecido, envolvê-lo numa toalha e secá-lo. Depois de seco, realizar o restante dos cuidados, vestir e levar para a mãe.

## REFERÊNCIAS

ASSADIAN, O. et al. Prophylaxis of ophthalmia neonatorum: a nationwide survey of the current practice in Austria. *Wien Klin Wochenschr.*, Wien, v.114, n.5/6, p.171-172, Mar. 2002.

AUSTRÁLIA. Department of Health and Ageing. National Health and Medical Research Council. Administration of vaccines. In: \_\_\_\_\_. **The Australian immunisation handbook**. 7th ed. Canberra: Australian Government Publishing Services 2009. Disponível em: <<http://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/handbook-vaccine-admin>> . Acesso em: 15 fev. 2012.

BECK, D. et al. Cuidados ao recém-nascido: manual de consulta. Washington: Save the Children Federation, 2004. Disponível em:



<<http://www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/Cuidados%20ao%20Recem-Nascido%2C%20Manual%20de%20Consulta.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2011.

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.

BLUME-PEYTAVI, U. et al. Bathing and cleansing in newborns from day 1 to first year of life: recommendations from a European round table meeting . **J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.**, Oxford, v. 23, n. 7, p. 751–759, July 2009.

\_\_\_\_\_. Skin Care Practices for Newborns and Infants: Review of the Clinical Evidence for Best Practices. **Pediatric Dermatology**, Germany, v. 29, n. 1, 1–14, Jan./Feb. 2012.

BORK, A. M. T. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem\\_sobrevivencia\\_atencao\\_parto.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf)>. Acesso em: 4 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, cuidados gerais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. v. 1. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1461](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461)>. Acesso em: 28 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_canguru.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_canguru.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal->

ensp/judicializacao/pdfs/490.pdf>. Acesso em: 4 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde. **Manual AIDPI Neonatal**. 3. ed. Brasília, DF: 2012. Série A. Normas e manuais técnicos. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_aidpi\\_neonatal\\_3ed\\_2012.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_aidpi_neonatal_3ed_2012.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRYANTON, J. et al. Tub bathing versus traditional sponge bathing for the newborn. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, Philadelphia, PA, v. 33, n. 6, p. 704-712, Nov-Dec. 2004.

CASTELLANOS, B. P. Injeções: modos e métodos. São Paulo: Ática, 1987.

COLLAÇO, V. S.; BURIGO, R. A. Parto domiciliar planejado: a vivência das enfermeiras da equipe HANAMI, o florescer da vida. In: **PROENF: programa de atualização em enfermagem**. Porto Alegre: Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras, Artmed, 2009.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. de; VIEIRA, C. S. **Manual de enfermagem em pediatria**. 2.ed. rev. atual. ampl. Goiânia: Editora AB, 2010.

CONCEIÇÃO, J. A. N. Higiene física. In: MARCONDES, E. et al. **Pediatria básica: pediatria geral e neonatal**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 113-117.

COOK, I. F.; MURTAGH, J. Comparative immunogenicity of hepatitis B vaccine administered into ventrogluteal area and anterolateral thigh in infants. **J. Paediatr. Child Health**, Melbourne, v. 38, p. 303-396, 2002. Disponível em: <<http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/extensao-cultura/trabalhos-extensao-cultura/extensao-cultura-herica-silva.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

CRUZ, D. C. S.; SUMAN, N. S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo; v. 41, n. 4, p. 1-8, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v41n4/20.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

CUNHA, M. L. C.; PROCIANOY, R. S. Banho e colonização da pele do pré-termo. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 203-208, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23549/000549530.pdf?sequence=1>>. Acesso em : 15 ago. 2011.

FERNANDES, J. D.; MACHADO, M. C. R.; OLIVEIRA, Z. N. P. de. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. **An. Bras. Dermatol.**, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

FEYER, I. S. S. et al. **O florescer da vida: parto domiciliar planejado, orientações para gestação, parto e pós-parto.** Florianópolis: Lagoa Editora, 2009.

FRANCO, J. **Cuidados imediatos ao recém-nascido-** texto de apoio. 2007. Disponível em: <[http://sousafranco.homeip.net/franco/aulas/cle/Cuid\\_IM\\_texto%20de%20apoio.pdf](http://sousafranco.homeip.net/franco/aulas/cle/Cuid_IM_texto%20de%20apoio.pdf)>. Acesso em: 3 out. 2010.

GOMES, M. L. **Enfermagem obstétrica:** diretrizes assistenciais. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/027.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2012.

GONÇALVES, P. et al. Avaliação do comprimento e perímetro cefálico em RN na MBB. Saúde infantil. Hospital de Coimbra. **Saude Infantil**, v. 23, p. 35, 2001. Disponível em: <<http://www.asic.pt/resuabril2001.html>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

HEMKEMEIER, J.; FERMINO, V. C.; RIBEIRO, I. M. Percepção de familiares referente ao banho humanizado: técnica japonesa em recém-nascidos. **Rev. Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 2-8, jan./jun. 2012.

KENNER, C. **Enfermagem Neonatal.** 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso Editores, 2001.

LAVENDER, T. et al. Infant skin-cleansing product versus water: A pilot randomized, assessor-blinded controlled trial. **BMC Pediatr.**, London, v. 11, p. 35, May 2011. Disponível em: <<http://www.biomed>

central.com/1471-2431/11/35>. Acesso em: 12 dez. 2011.

LEITE, A. M. **Efeitos da amamentação materna sobre as respostas de estresse relacionadas à dor durante a coleta de sangue para o teste do pezinho em recém-nascido a termo.** 2005. 253 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

MALKIN, B. Are techniques used for intramuscular injection based on research evidence? **Nurs. Times**, London , v. 104, n. 50-51, p. 48-51, Jan. 2008.

MERCER, J. S. et al. Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/845/808>> Acesso em: 10 jan. 2012.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Rezende obstetrícia.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado. **Módulo 1- História e implementação.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

PASSOS, A. F.; AGOSTINI, F. S. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. **Rev. Bras. Oftalmol.**, Vitória, v. 70, n. 1, p. 57-67, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v70n1/12.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2012.

PILLEGI, M. C. et al. A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes. **Einstein**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 467-472, 2008.

PUGLIESI, V. E. 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, n. 4, p. 410-415, Dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822009000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822009000400010)>. Acesso em: 16 set. 2011.

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

RICHETTO, A. M.; SOUZA, A. B. G. A Higiene do recém-nascido e cuidados com o coto umbilical. In: SOUZA, A. B.G. et al. **Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 107- 113.

SARKAR, R. et al. Skin care for the newborn. **Indian Pediatr.**, Bombay, v. 47, n. 7, p. 593-598, July 2010.

SCHALLER, U.C.; KLAUSS, V. Is Credé's prophylaxis for ophthalmia neonatorum still valid? **Bull World Health Organ.** , Geneva, v.79, n. 3, p. 262-263, 2001.

SIEBERT, E. R.; COLLAÇO, V. S. Banho humanizado no recém-nascido: implantação da rotina de cuidado no Centro Obstétrico na maternidade da HU-UFSC. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 3., 2007, São Bento do Sul- RS. **Anais...** São Bento do Sul: SOPEB, 2007. v. 1.

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

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

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

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos do estudo foram alcançados, aprofundando a temática e trazendo contribuições relevantes para a atenção à saúde do RN no CO.

Muitas transformações ocorreram ao longo dos anos no cuidado ao RN, novos olhares sobre os cuidados foram essenciais para a diminuição da morbimortalidade, no entanto os *experts* não se preocuparam apenas com a garantia de sua sobrevivência, mas também com a adoção de ações que favorecessem o desenvolvimento psicossocial e afetivo do RN. Neste sentido, atualmente percebe-se, por parte de alguns profissionais e políticas, que há um olhar atento e uma intencionalidade na direção de um cuidado sensível e individualizado, centrado no RN e seus pais, condizentes com as boas práticas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde. As práticas na área obstétrica e neonatal visam evitar separações desnecessárias entre o binômio mãe e filho e adotar comportamentos que favoreçam o vínculo entre mãe-RN-pai, adequar as práticas às formas de cuidar seguras e qualificadas, centradas no ser humano, fundamentadas em evidências científicas e conhecimentos atualizados com vistas a adaptação deste novo ser ao mundo, prevenção de complicações, promoção de sua saúde e seu pleno desenvolvimento físico, psíquico e social.

Em que pese esta realidade, a consecução dos objetivos desse estudo desvela a existência de divergências no cotidiano de cuidar entre o falado, o idealizado, o exercido e a literatura, dentre elas algumas condutas que podem intervir no processo de nascimento e serem hostis e agressivas ao RN, centradas muito mais na técnica e nos interesses dos profissionais do que nas necessidades de saúde do RN e de seus pais. As principais divergências dizem respeito à forma de conduzir o cuidado, atenção centrada no RN ou no procedimento, de realizar o procedimento no que se refere a técnica, produto utilizado, horário e local mais adequado para realizá-lo, culminando por vezes em intervenções desnecessárias ou práticas inapropriadas, contrapondo-se as evidências científicas e necessidades do trinômio mãe-filho e pai. Tais divergências na condução do cuidado decorrem da existência de um espaço de intersecção da convivência de duas modalidades de atenção, a tecnocrática centrada na técnica e nos procedimentos, e a humanizada, centrada no ser humano, no seu bem-estar, na sua felicidade e no seu desenvolvimento. Além disso, revela subliminarmente um jogo de

poderes entre os profissionais e especialmente destes com o usuário do serviço, sendo este o maior perdedor na relação.

Para além das divergências foram apontadas como estratégias, a capacitação e sensibilização dos profissionais, adequação de estrutura física, recursos humanos e materiais e construção de uma proposta de cuidados ao RN, essenciais para planejar o cuidado e para subsidiar a adequação e desenvolvimento dos cuidados ao RN no CO. O principal consenso é favorecer a aproximação e interação entre pais e filhos, intervindo o menos possível no processo de nascer e nas primeiras horas após o nascimento.

Assim, concomitante e fazendo parte da pesquisa, por meio de uma relação dialógica, democrática, horizontal e consensual, da reflexão e da problematização, de aprendizagem e ensino mútuo, correlacionando o conhecimento empírico e científico, as participantes coletivamente construíram uma proposta coletiva de cuidados ao recém-nascido com base nas boas práticas, inovando e indo além do vigente na prática.

Este espaço de relações, de se educar favoreceu a socialização de conhecimentos, o fortalecimento dos potenciais dos envolvidos, a negociação e parcerias, e o processo de ação-reflexão e ação, propostos por Freire, oportunizando a criação e recriação de saberes, transformando e inovando o cuidado. Assim, o estudo ratifica a PCA como uma modalidade de pesquisa que propicia além da investigação, ampliação e inovação do saber, um trabalho vinculado com a prática, buscando superar problemas que ocorrem na realidade de saúde, articulando o pensar e saber em enfermagem.

A prática educativa constituiu-se uma forma enriquecedora de trabalhar a realidade, uma ferramenta, um instrumento de reflexão e teorização, em que todos participaram, aprenderam e ensinaram de forma coletiva e simultânea em busca de caminhos de transformação da realidade.

Considerando que o conhecimento é algo inacabado e em constante mudança, que se contrói e se recontrói a partir da problematização da realidade concreta no espaço dos relações, acreditamos que muito há por fazer, sendo isto possível com engajamento e cooperação não só dos enfermeiros, mas de todos os profissionais de saúde e unidades de internação que compõem a maternidade em um trabalho de rede. Ademais, depende sobretudo do fortalecimento dos usuários, no caso deste estudo, dos pais, informando-os dos seus direitos para que possam exercer logo após o nascimento a maternidade e paternidade e dos seus filhos, garantindo a eles

acolhimento e proteção.

O estudo destaca que os profissionais, sobretudo os enfermeiros, estão comprometidos com a saúde daqueles que cuidam, com mudanças na sua realidade e atenção à saúde do RN dentro de desse paradigma, que valoriza e centraliza-se no humano, na busca de “ser mais” e “estar melhor”, sendo que um trabalho coletivo, crítico e dialógico pode fazer a diferença.

A adequação do cuidado ao RN, nesse processo delicado do nascimento, tem sido um dos objetivos do Ministério da Saúde do Brasil, da Organização Mundial da Saúde, e é também um desafio a todos que se preocupam não só com a redução de riscos, mas também em recepcionar dignamente o RN, reconhecê-lo como um ser com potencialidades e, ao mesmo tempo, dependente, um ser com direitos que necessita proteção, cuidados, segurança como forma de promover a sua saúde mental e física e desenvolver seu máximo potencial psicomotor e social, a fim de que no futuro possa alcançar uma realização plena como ser humano.

A atenção humanizada ao RN deve ser o caminho norteador do cuidado neonatal, sendo fundamental que os profissionais de saúde capacitem-se permanentemente, ampliem seus conhecimentos, estimulem momentos coletivos de reflexão, lúdicos, de debates e negociação com base nas evidências para que possam rever e desenvolver suas atividades com segurança técnico-científica, respeito e sensibilidade.

A ampliação do estado da arte sobre o tema por meio de práticas educativas coletivas propicia a inovação, a criação e recriação de condutas e ações que contribuem para melhorar a qualidade da atenção à saúde do RN e seus pais, transformando as práticas ou adequando-as, excluindo as consideradas inapropriadas e introduzindo boas práticas em prol do bem-estar e segurança do RN e seus pais.

Recomendamos desenvolver este estudo em outras instituições com características similares, estendendo-o a outros profissionais de saúde, unidades de internação e também com os pais e mães, ampliando os saberes na área e trazendo novas contribuições na perspectiva de um cuidado mais humanizado, centrado no bem estar e segurança do RN e na interação com seus pais.



## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). **Resolução RDC n. 222, de 29 de julho de 2005.** Aprova a 1ª Edição do Formulário Nacional, elaborado pela Subcomissão do Formulário Nacional, da Comissão Permanente de Revisão da Farmacopéia Brasileira (CPRVD), instituída pela Portaria n.º. 734, de 10 de outubro de 2000. Disponível em : <<http://anvisa.gov.br/e-legis/>>. Acesso em: 04 mar. 2012.

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.

ALMEIDA, E. A.; MARTINS FILHO, J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Rev. Ciênc. Med.**, Campinas, v. 13, n. 4, p. 381-388, out./dez. 2004.

ALMEIDA, R. de. **Assistência ao nascimento, num olhar para o sujeito emergente.** Brasília, 2009. Disponível em: <[www.paulo margotto.com.br](http://www.paulo margotto.com.br)>. Acesso em: 04 mar. 2012.

ANDERSON, G. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database Syst Rev.**, Oxford, n. 2, CD003519, 2003.

ASKIN, D. F. Complications in the transition from fetal to neonatal life. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, Philadelphia, PA, v. 31, n. 3, p. 318-27, May-June, 2002.

ASSADIAN, O. et al. Prophylaxis of ophthalmia neonatorum: a nationwide survey of the current practice in Austria. **Wien Klin Wochenschr.** , Wien, v.114, n.5/6, p.171-172, Mar. 2002.

AUSTRÁLIA. Department of Health and Ageing. National Health and Medical Research Council. Administration of vaccines. In: \_\_\_\_\_. **The Australian immunisation handbook.** 7th ed. Canberra: Australian Government Publishing Services 2009. Disponível em: <<http://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/ha>

ndbook-vaccine-admin> . Acesso em: 15 fev. 2012.

AWI, D. D.; ALIKOR, E. A. The influence of preand post-partum factors on the time of contact between mother and her newborn after vaginal delivery. **Niger. J. Med.**, Lagos, Nigeria, v.13, n.3, p. 272-275, July-Sept. 2004.

BECK, D. et al. **Cuidados ao recém-nascido**: manual de consulta. Washington: Save the Children Federation, 2004. Disponível em: <<http://www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/Cuidados%20ao%20Recem-Nascido%2C%20Manual%20de%20Consulta.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2011.

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.

BLUME-PEYTAVI, U. et al. Bathing and cleansing in newborns from day 1 to first year of life: recommendations from a European round table meeting . **J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.**, Oxford, v. 23, n. 7, p. 751–759, July 2009.

\_\_\_\_\_. Skin Care Practices for Newborns and Infants: Review of the Clinical Evidence for Best Practices. **Pediatric Dermatology**, Germany, v. 29, n. 1, 1–14, Jan./Feb. 2012.

BORK, A. M. T. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: G. Koogan, 2005.

BOWLBY, J. **Apego**. São Paulo: Martins Fontes; 1990.

\_\_\_\_\_. **Maternal care and mental health**. Genebra. 1961.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência**: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/\\_alem\\_sobrevivencia\\_atencao\\_parto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/_alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf)>. Acesso em: 4 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde .**Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde, cuidados gerais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. v. 1. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1461](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461)>. Acesso em: 28 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso:** método Canguru. Brasília , DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_canguru.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_canguru.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. **Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso:** método Mãe-Canguru – Manual técnico. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Portaria n.1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 27 jun. 2011c. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082)>. Acesso em: 04 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/490.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 18 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-americana da Saúde. **Manual AIDPI Neonatal.** 3. ed. Brasília, DF: 2012b. Série A. Normas e manuais técnicos. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_aidpi\\_neonatal\\_3ed\\_2012.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_aidpi_neonatal_3ed_2012.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Brasil reduz taxa de mortalidade infantil em 47%.** 2012a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>>

noticia/4908/ 162/brasil-reduz-taxa-de-%3Cbr%3Emortalidade-infantil-em-47.html>. Acesso em: 18 mar. 2012.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego**: uma família em formação. São Paulo: Artes Médicas, 1988.

BRYANTON, J. et al. Tub bathing versus traditional sponge bathing for the newborn. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, Philadelphia, PA, v. 33, n. 6, p. 704-712, Nov-Dec. 2004.

CASTELLANOS, B. P. **Injeções**: modos e métodos. São Paulo: Ática, 1987.

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

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

CHRISTENSSON, K. et al. Randomised study of skin-to-skin versus incubator care for rewarming low-risk hypothermic neonates. **The Lancet**, London, v. 352, n. 9134, p.1115, Oct. 1998.

CHRISTENSSON K. et al. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. **Acta Paediatr.**, Stockholm v.84, n. 5, p. 468-473, May 1995.

COLLAÇO, V. S.; BURIGO, R. A. Parto domiciliar planejado: a vivência das enfermeiras da equipe HANAMI, o florescer da vida. In: **PROENF: programa de atualização em enfermagem**. Porto Alegre: Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras, Artmed, 2009.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. de; VIEIRA, C. S. **Manual de enfermagem em pediatria**. 2.ed. rev. atual. ampl. Goiânia: Editora AB, 2010.

CONCEIÇÃO, J. A. N. Higiene física. In: MARCONDES, E. et al. **Pediatria básica**: pediatria geral e neonatal. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 113-117.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual\\_ceps.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_ceps.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2011.

COSTA, R. et al. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **HERE - Rev. Eletrôn.**, Brasília, DF, v.1, n.1, 2010. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/herpdf>>. Acesso em: 3 jun. 2011.

COOK, I. F.; MURTAGH, J. Comparative immunogenicity of hepatitis B vaccine administered into ventrogluteal area and anterolateral thigh in infants. **J. Paediatr. Child Health**, Melbourne, v. 38, p. 303-396, 2002. Disponível em: <<http://www.sbpnet.org.br/livro/63ra/conpeex/extensao-cultura/trabalhos-extensao-cultura/extensao-cultura-herica-silva.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

CORRÊA, M. E. G.; CORRÊA FILHO, L. Educação a partir do nascimento... ou antes? A importância do período intrauterino e dos primeiros meses de vida: questões de transdisciplinaridade e multiprofissional. **Em Aberto**, Brasília, v.18, n.73. p. 54-69, jul. 2001.

CRUZ, D. C. S.; SUMAN, N. S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo; v. 41, n. 4, p. 1-8, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/20.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

CUNHA, M. L. C.; PROCIANOY, R. S. Banho e colonização da pele do pré-termo. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 203-208, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23549/000549530.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

DARLING, E. K.; MCDONALD, H. A meta-analysis of the efficacy of

ocular prophylactic agents used for the prevention of gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. **J. Midwifery Womens Health**, New York, v. 55, n. 4, p. 319-327, Jul-Aug. 2010.

DAVID, M.; RUMELT, S.; WEINTRAUB, Z. Efficacy comparison between povidone iodine 2.5% and tetracycline 1% in prevention of ophthalmia neonatorum. **Ophthalmology**, Rochester, v. 118, n. 7, p. 1454-1458, July 2011.

DENZIN, D. K.; LINCOLN, Y. S. **Strategies of qualitative Inquiry**. Califórnia: Sage Publications, 1998.

DUTRA, A. Adaptação fetal à vida extra-uterina. In: \_\_\_\_\_. **Medicina neonatal**. Rio de Janeiro: REVINTER, 2006. p. 32-38.

FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge**: analysis and evaluation of nursing models and theories. 2nd. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005.

FELDMAN, H. R. Estrutura teórica. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 75-84.

FERBER, S. G.; MAKHOUL, I. R. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: A randomized, controlled trial. **Pediatrics**, Springfield, v.113, n. 4, p.858– 865, Apr. 2004.

FERNANDES, J. D.; MACHADO, M. C. R.; OLIVEIRA, Z. N. P. de. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. **An. Bras. Dermatol.**, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

FERNANDES, K.; KIMURA, A. F. Práticas assistenciais em reanimação do recém-nascido no contexto de um centro de parto normal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 383-390, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080>

62342005000400003>. Acesso em: 10 nov. 2011.

FEYER, I. S. S. et al. **O florescer da vida: parto domiciliar planejado, orientações para gestação, parto e pós-parto**. Florianópolis: Lagoa Editora, 2009.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2009.

FRANCO, J. **Cuidados imediatos ao recém-nascido**- texto de apoio. 2007. Disponível em: <[http://sousafranco.homeip.net/franco/aulas/cle/Cuid\\_IM\\_texto%20de%20apoio.pdf](http://sousafranco.homeip.net/franco/aulas/cle/Cuid_IM_texto%20de%20apoio.pdf)>. Acesso em: 3 out. 2010.

FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação?** 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

\_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GAIVA, M. A. M.; TAVARES, C. L. A. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? **Rev. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 132-145, jan. 2002. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4408>. Acesso em: 18 abr. 2012

GOMES, M. L. **Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais**. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/027.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2012.

GONÇALVES, P. et al. Avaliação do comprimento e perímetro cefálico em RN na MBB. Saúde infantil. Hospital de Coimbra. **Saude Infantil**, v. 23, p. 35, 2001. Disponível em:

<<http://www.asic.pt/resuabril2001.html>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

GUIMARÃES, G . P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 626-635, out./dez. 2007.

HEMKEMEIER, J.; FERMINO, V. C.; RIBEIRO, I. M. Percepção de familiares referente ao banho humanizado: técnica japonesa em recém-nascidos. **Rev. Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 2-8, jan./jun. 2012.

HORTA, B. L. et al. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding**: Systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf)>. Acesso: 27 jun. 2012.

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

IBGE. **Censo 2010**: escolaridade e rendimento aumentam e cai mortalidade infantil, 2012. Disponível em:<[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=2125&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2125&id_pagina=1)> Acesso em: 20 maio 2012.

INTRAPARTUM care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press, 2008.

ISENBERG, S. J. et al. A Double application approach to ophthalmia neonatorum prophylaxis. **Br. J. Ophthalmol.** , London, v. 87, n. 12, p. 144-1452, 2003.

KENNER, C. **Enfermagem Neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso Editores, 2001.



KLAUS, M.H.; KLAUS, P.H. **Pais/bebê**: a formação do apego. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1992.

LANSKY, S.; FRANÇA, E. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil**: situação, tendências e perspectivas. 2008. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008\\_1956.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1956.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

LARA, S. H. de O.; GOULART, M. J. P.; CARMO, T. M. D. Assistência ao recém-nascido pelos profissionais de enfermagem na sala de parto no momento da recepção. **Ciênc. Prax.**, Passos, MG, v. 3, n. 5, 2010. Disponível em:< <http://www.fip.fespmg.edu.br/ojs/index.php/scientae/article/viewFile/99/81>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

LAVENDER, T. et al. Infant skin-cleansing product versus water: A pilot randomized, assessor-blinded controlled trial. **BMC Pediatr.**, London, v. 11, p. 35, May 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2431/11/35>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

LEITE, A. M. **Efeitos da amamentação materna sobre as respostas de estresse relacionadas à dor durante a coleta de sangue para o teste do pezinho em recém-nascido a termo**. 2005. 253 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

MACHADO, E. G. C. **Gestação, parto e maternidade**: uma visão holística. Belo Horizonte: Editora Aurora, 1995.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez** : parto e puerpério. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2005 .

MALKIN, B. Are techniques used for intramuscular injection based on research evidence? **Nurs. Times**, London , v. 104, n. 50-51, p. 48-51, Jan. 2008.

MARTINS, C. A.; PEREIRA, S. V. M. Qualidade da assistência obstétrica e perinatal em hospital amigo da criança: experiência de maternidade – Anápolis/GO. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de

Janeiro, v. 6, n. 3, p. 451-463, dez. 2002.

MATOS, T. A. et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 998-1004, nov./dez. 2010.

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

MEDVES, J M, O'BRIEN, B. Does bathing newborns remove potentially harmful pathogens from the skin? **Birth**, Berkeley, CA, v. 28, n. 3, p. 161-165, Sept. 2001.

MENDES, E. N. W.; BONILHA, A. L. L. Procedimento de enfermagem: uma dimensão da comunicação com o recém-nascido. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 24, n.1, p.109-118, abr. 2003.

MERCER, J. S. et al. Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/845/808>> Acesso em: 10 jan. 2012.

MIGOTT, A. M.; GRZYBOVSKI, D.; SILVA, L. A. A. A aplicação conceitual da teoria da burocracia na área da enfermagem: uma análise empírica das instituições hospitalares de Passo Fundo (RS). **Cad. Pesqui. Adm.**, São Paulo, v. 8, n.1, jan./mar. 2001. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Cad-pesq/arquivos/v08-1art01.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Rezende obstetrícia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MONTICELLI, M. **O nascimento como rito de passagem: abordagem**

cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém nascidos. 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 1994.

\_\_\_\_\_. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto.** 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

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

MOORE, E. R.; ANDERSON, G. C. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *J. Midwifery Women's Health*, New York, v.52, n.2, p.116-125, Mar./Apr. 2007.

MOORE, E. R.; ANDERSON, G. C.; BERGMAN, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database Syst Rev.**, Oxford , n.3, CD003519, July 2007.

MOORE, E. R, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database Syst Rev.**, Oxford, n. 5, CD003519, May 2012.

NASCIMENTO, M. A. de L. Tecnologia de enfermagem no cuidar de crianças: um ponto de vista **Rev. Soc. Bras. Enferm. Pediatr.**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 5-9, jul. 2004. Disponível em: <[http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol4-n1/v.4\\_n.1-editorial-tecnologias-de-enfermagem-no-cuidar-de-criancas.pdf](http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol4-n1/v.4_n.1-editorial-tecnologias-de-enfermagem-no-cuidar-de-criancas.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado. **Módulo 1- História e implementação.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno.** Brasília: OPAS, 2001.

OLIVEIRA, L. C. dos S.; RODRIGUES, R. G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.14, n. 4, p. 498-505, out./dez. 2005.

ORLANDI, O. V.; SABRÁ, A. O Recém-nascido a termo. In: RESENDE FILHO, J. (Ed.). **Obstetrícia.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PANTHURAAMPHORN, C. “How to maximize human potential at birth”, *Pré and perinatal Psychol. J.* , California, v. 9, n.1, p. 117 – 126, Winter, 1994.

PASSOS, A. F.; AGOSTINI, F. S. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. **Rev. Bras. Oftalmol.**, Vitória, v. 70, n. 1, p. 57-67, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v70n1/12.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2012.

PILLEGI, M. C. et al. A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes. **Einstein**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 467-472, 2008.

PUGLIESI, V. E. 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, n. 4, p. 410-415, dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822009000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822009000400010)>. Acesso em: 16 set. 2011.

POLIT, D. F; BECK, C. T. Estruturas teóricas e conceituais. In:\_\_\_\_\_.

**Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 221-245.

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

RICHETTO, A. M.; SOUZA, A. B. G. A Higiene do recém-nascido e cuidados com o coto umbilical. In: SOUZA, A. B.G. et al. **Enfermagem neonatal:** cuidado integral ao recém-nascido. São Paulo: Martinari, 2011. p. 107- 113.

RICHTER R, et al. Effect of topical 1.25% povidone-iodine eyedrops used for prophylaxis of ophthalmia neonatorum on renal iodine excretion and thyroid-stimulating hormone level. **J. Pediatr.**, St. Louis, v. 148, n. 3, p. 401-403, 2006.

ROCHA , J. A.; NOVAES, P. B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, mar. 2010.

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. **Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour.** 4th ed. London, 2008.

ROSA, R. da. et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Esc. Anna Nery: Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-112, jan./mar., 2010.

SARKAR, R. et al. Skin care for the newborn. **Indian Pediatr.**, Bombay, v. 47, n. 7, p. 593-598, July 2010.

SCHALLER, U.C.; KLAUSS, V. Is Credé's prophylaxis for ophthalmia neonatorum still valid? **Bull. World Health Organ.** , Geneva, v.79, n. 3, p. 262-263, 2001.

SIEBERT, E. R.; COLLAÇO, V. S. Banho humanizado no recém-nascido: implantação da rotina de cuidado no Centro Obstétrico na

maternidade da HU-UFSC. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 3., 2007, São Bento do Sul- RS. **Anais...** São Bento do Sul: SOPEB, 2007. v. 1.

SILVA, A. L.; ARRUDA, E. N. Referencial com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**; Florianópolis, v. 2, n. 1, p.82-92, jan./jun. 2005.

SILVA, L. J. da; SILVA, L. R. da; CHRISTOFFEL, M. M. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo**, v. 43, n 3, set. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000300026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000300026&script=sci_arttext)>. Acesso em: 25 nov.2010

SOUZA, A. S. G. Recepção e avaliação do recém-nascido. In: SOUZA, A. S. G. et al. **Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 65- 76.

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

TEIXEIRA, A. L. Olhar o recém-nascido nos olhos: reflexões sobre a profilaxia ocular neonatal. **Saúde Infantil**, Coimbra, v. 23, n.1, p. 17-28, abr. 2001. Mimeografado.

THOMAZ, A C T et al. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. **Estud. Psicol.** ,Natal, v.10, n.1, p. 139-146, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v10n1/28017.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

TRANGANTE, C. R.; CECCON, M. E.; FALCÃO, M. C. Desenvolvimento dos cuidados neonatais ao longo do tempo. **Pediatria** ,São Paulo , v. 32, n. 2, p. 121-130, 2010.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-**

enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

UNICEF. **Declaração conjunta sobre saúde da mãe e do recém-nascido**. 2009. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/media\\_13227.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/media_13227.htm)>. Acesso em: 19 maio 2010.

UNICEF. **Guia dos direitos da gestante e do bebê**. Ilustrações de Ziraldo. São Paulo : Globo, 2011. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_guiagestantebebe.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf)>. Acesso em: 04 mar. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. **Histórico / Apresentação**. Florianópolis, 2011. Disponível em: <[http://www.hu.ufsc.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=46&Itemid=27](http://www.hu.ufsc.br/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=27)>. Acesso em: 6 jun. 2011.

VAN RHEENEN P. et al. Delayed cord clamping and haemoglobin levels in infancy: a randomized controlled trial in term babies. *Trop. Med. Int. Health, Oxford*, v.12, n.5, p. 603-616, 2007.

VARDA, K. E.; BEHNKE, R. S. The effect of timing of initial bath on newborn's temperature. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.**, Philadelphia, PA, v. 29, n. 1, p. 27-32, Jan./Feb. 2000.

VERNY, T.; WEINTRAUB, P. **Bebês do amanhã**. Arte e ciência de serem pais. Caxias do Sul: Editora Millenium, 2004

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, p. 32-46, maio, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2012.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**. Washington, D. C., 2008. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf)>. Acesso em: 27 mar. 2011.

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

ZAMPIERI, M. F. M. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências**. 2006. 437f. Tese (Doutorado em Enfermagem, área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

ZVEITER, M.; PROGIANTI, J. M. A dimensão psíquica valorizada nos cuidados imediatos ao recém-nascido. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 593-598, out./dez. 2006.



## APÊNDICES

### APÊNDICE1: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM ENFERMEIROS DO CENTRO OBSTÉTRICO

#### 1) Dados de Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na instituição: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na unidade: \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade (especialização, residência, mestrado, doutorado, outros): \_\_\_\_\_

- 2) Qual a sua percepção e compreensão sobre cuidados realizados com o recém-nascido (RN) no Centro Obstétrico (CO)?
- 3) Na sua opinião, quais são cuidados que devem ser realizados com o RN no CO?
- 4) Quais as divergências de conduta em relação aos cuidados prestados ao recém-nascido no C O?
- 5) Quais problemas você encontra, em relação a assistência imediata ao recém-nascido no CO?
- 6) Quais suas dúvidas e dificuldades em relação aos cuidados realizados com o RN no CO? ( horário, ações, técnica, quem faz e outros)
  - secar e aquecer:
  - aspirar:
  - cuidados com temperatura:
  - credeizar:
  - pesar, verificar perímetros e altura:
  - avaliar o coto umbilical e realizar antisepsia:
  - proceder a identificação:
  - administrar 1mg de vitamina K:
  - realizar lavagem gástrica:
  - avaliar o Apgar, conferir a identificação:
  - registrar o nascimento e realizar o processo de enfermagem:

- primeira higiene corporal:
  - outros:
- 7) A forma como são realizados os cuidados com o RN atualmente favorece a formação do vínculo mãe-RN e pai? Como? Quais as dificuldades?
- 8) Quais suas sugestões em relação aos cuidados imediatos?
- 9) Como você acha que poderiam ser desenvolvidos e organizados os cuidados e rotinas relacionadas aos cuidados com o RN no seu serviço?

APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL - GESTÃO DE  
CUIDADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO**

**Para entrevista e oficinas com enfermeiros**

Eu, Elizete Besen Müller, aluna do Mestrado Profissional – Gestão do Cuidado em Enfermagem da da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Campus Florianópolis, sob orientação e responsabilidade da professora Dra Maria de Fátima Mota Zampieri, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “Cuidados ao Recém-Nascido no Centro Obstétrico: uma proposta de enfermeiras com base nas boas práticas”.

Você está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa, desenvolvida no segundo semestre de 2011 e primeiro semestre de 2012, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFSC. A pesquisa tem como objetivos: 1º Conhecer as divergências nos cuidados prestados ao recém-nascido, na ótica das enfermeiras do Centro Obstétrico de um hospital público 2º Construir, com as enfermeiras uma proposta de cuidados ao recém-nascido no Centro Obstétrico”. Visando superar as divergências e dificuldades, considerando a promoção do vínculo mãe, pai e filho. A pesquisa não oferece risco e participando você poderá refletir sobre suas práticas, tirar dúvidas e trocar ideias, o que poderá contribuir para a sua satisfação e ampliação de seus conhecimentos na sua área de atuação e contribuirá para a unificação de condutas, organização do serviço e melhoria no cuidado de enfermagem.

O que você pensa sobre os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a maneira como presta os cuidados serão respeitados durante toda a realização da pesquisa. Devido à falta de estudos nesta área, a sua participação é muito importante e poderá nos dar subsídios para a elaboração de um plano de cuidados imediatos ao recém-nascido saudável.

Sua participação nesta pesquisa acontecerá em duas etapas: A primeira etapa será através de entrevista com questionário previamente elaborado. Esta entrevista será aplicada em local reservado, em data, horário e local em que você puder. No questionário constam perguntas sobre os dados pessoais de sua identificação e sobre os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido no Centro Obstétrico. A segunda parte da pesquisa será através de oficinas temáticas entre os enfermeiros e neonatologistas que aceitarem participar da pesquisa. Serão realizados quatro a seis encontros, estes serão na sala de aula da unidade de ginecologia do HU, em dia e horário em que seja possível a participação da maioria. Nestes encontros serão feitas algumas anotações pelo pesquisador ou pessoa que estiver auxiliando, sobre o que for conversado e será gravado o que for falado pelos integrantes se os mesmos o permitirem. Nestes encontros, serão discutidos temas relacionados aos cuidados imediatos prestados ao RN. E nesta etapa, pretende-se construir coletivamente uma proposta de cuidado imediatos ao recém nascido no Centro Obstétrico.

Tudo o que você falar na entrevista e nos encontros permanecerão guardados com a pesquisadora e ela e sua orientadora terão acesso as informações. Serão utilizados outros nomes ou uma forma de código, para que seu nome não apareça nas informações do relatório da pesquisa.

As informações serão usadas somente para este estudo. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas por cinco anos e, após este período, o material será destruído, conforme recomendação da Lei nº 9610/98 dos Direitos Autorais.

Esta pesquisa não lhe trará nenhum gasto e sua participação é completamente voluntária. Sua decisão de não participar ou se retirar em qualquer momento não lhe trará qualquer problema. Todos as etapas da pesquisa não trarão qualquer risco ou constrangimento a você, mas esperamos que tragam benefícios e contribuições ao cuidado do RN no Centro Obstétrico.

Caso você tenha ainda alguma outra dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente.

Elizete Besen Müller – fone: (48) 3721-8022, ou através do e-mail <elizetebml@gmail.com>

Orientadora: Maria de Fátima Mota Zampieri, fone (48) 3721-9480, ou através do e-mail <fatimazampieri@gmail.com>

Assinatura

da

orientadora: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ da  
pesquisadora: \_\_\_\_\_**CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_, fui esclarecida sobre a pesquisa: “**Cuidados ao Recém-Nascido no Centro Obstétrico: uma proposta de enfermeiras com base nas boas práticas**”. Concordo em participar dela e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma. Compreendo que serei entrevistado (a), e participarei de oficinas com o grupo de enfermeiros, em um local e um horário a ser combinado e dentro de minhas possibilidades, tendo liberdade de responder ou não as perguntas e desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Compreendo que não terei ganho direto e imediato como resultado de minha participação, mas que ela poderá me oferecer a oportunidade de refletir, contribuir e unificar condutas, bem como, aprimoramento científico sobre os cuidados imediatos prestados ao RN no Centro Obstétrico.

Assinatura do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

## ANEXOS

### ANEXO 1 - FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO HU



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

#### FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO HU

*Na Maternidade do HU/UFSC acredita-se que:*

- *Em se prestando assistência, se ensina;*
- *É direito de toda mulher - recém nascido (RN) - família, no processo de gravidez, parto e puerpério receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais;*
- *A atenção à saúde da mulher visa o ciclo grávido-puerperal, considerando a gravidez como processo e não como um evento;*
- *A atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação;*
- *O sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-Família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;*
- *A equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher-RN-família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado;*
- *As atividades de ensino, pesquisa e extensão realizada pela equipe interdisciplinar ligados à saúde da mulher-RN-família devem refletir atitudes de respeito do ser humano e reverter-se em benefício de uma melhor assistência;*
- *À equipe deve exercer papel atuante na educação mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e*


*capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;*

- *Todo pessoal deve ter qualificação, treinamento e supervisão continuados, específicos, para prestação da assistência a que tem direito a mãe, o RN e a família;*
- *A parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e qualquer exceção ou serão adaptadas após a geração do fato;*
- *O desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com ela se relacionarem;*
- *A mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistências e de educação em saúde.*

Outubro de 1995.

## ANEXO 2 - CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA

Certificado Página 1 de 1

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 2194

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 5584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o comitê no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

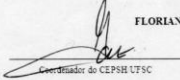
**APROVADO**

**PROCESSO:** 2194      **FR:** 454946

**TÍTULO:** CUIDADOS IMEDIATOS COM O RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO: UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO

**AUTOR:** Maria de Fátima Mota Zampieri, ELIZETE BESEN MÜLLER

FLORIANÓPOLIS, 17 de Outubro de 2011.

  
Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Pereira de Souza  
Coordenador do CEPSH/UFSC

[https://sistema.cep.ufsc.br/certificado/certificado.php?id\\_pesquisa=2194](https://sistema.cep.ufsc.br/certificado/certificado.php?id_pesquisa=2194) 18/10/2011