



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

THAMES DIANNA VALENTE RIBEIRO

**CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO:
REFLEXÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

THAMES DIANNA VALENTE RIBEIRO

**CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO:
REFLEXÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

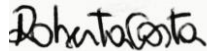
Professora Orientadora: Dra. Roberta Costa

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

**FOLHA DE APROVAÇÃO
BANCADA**

O trabalho intitulado “**CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO: REFLEXÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**” de autoria da aluna **THAMES DIANNA VALENTE RIBEIRO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.



Profa. Dra. Roberta Costa
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

Dedico esta conquista aos meus familiares: Gilson Ribeiro dos Santos, Nélia Rodrigues Valente Ribeiro e aos meus irmãos Thamara Dianna Valente Ribeiro e Tássio Martinho Valente Ribeiro, que incondicionalmente estão sempre ao meu lado e que foram mais uma vez muito importantes nesta etapa.

Obrigada por tudo! Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela oportunidade de estar engrandecendo meus conhecimentos, e a todos que direta e indiretamente contribuíram para esta nova conquista em minha vida profissional e pessoal.

Espero que o meu trabalho possa acrescentar na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada no Hospital Regional de Dianópolis-TO e que possamos ser multiplicadores de experiências exitosas para as demais unidades hospitalares.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 MÉTODO.....	16
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20
APÊNDICES	21

RESUMO

Este trabalho científico tem como objetivo promover um espaço de reflexão sobre os cuidados ao recém-nascido na sala de parto, junto à equipe de enfermagem. Foi desenvolvido no hospital Regional de Dianópolis-TO. Para operacionalização deste estudo foi realizado a observação da realidade e uma mesa-redonda com a equipe de enfermagem, com o intuito de discutir as melhores práticas de cuidado ao recém-nascido na sala de parto, a partir dos dados evidenciados na literatura. A partir destas estratégias de coleta de dados, foi construída uma tecnologia assistencial como produto sendo elaborado um formulário para registro dos cuidados realizados logo após o nascimento e que será utilizado pelos enfermeiros na sala de parto. Com esta construção, percebe-se que na prática os cuidados de enfermagem são realizados de forma aleatória e que alguns pontos merecem e precisam ser reavaliados e modificados. A que se aprofundar a discussão referente aos cuidados como: rotina dos banhos dos recém-nascidos, cuidados com a aspiração de vias aéreas superiores e registro das informações. Espera-se que após estas reflexões algumas ações já possam ser implantadas, como por exemplo, o instrumento de registro dos cuidados, para garantir uma melhora na assistência prestada à clientela.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho abordará à assistência de enfermagem ao recém-nascido na sala de parto. A construção desse estudo se dá a partir da necessidade de organização do cuidado prestado ao recém-nascido logo após o parto, ou seja, cuidados imediatos e mediatos nos primeiros momentos de vida, no Hospital Regional de Dianópolis-TO.

O cuidado com a saúde do recém-nascido tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, assim como a promoção de melhor qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde. No período neonatal, momento de grande vulnerabilidade na vida, concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), a análise das condições de nascimento e de morte das crianças é necessária para orientar as ações dos serviços de saúde e alcançar patamares desejáveis de saúde para a população brasileira. A avaliação da assistência utilizando a informação é importante para as mudanças na situação de saúde e doença da população e para a redução das disparidades sociais. No Brasil, as informações estão disponíveis em sistemas informatizados. Entretanto, há necessidade de melhorar a qualidade dos registros, desde as declarações de óbito e de nascidos vivos, o prontuário, a autorização de internação hospitalar (AIH) e outros sistemas de notificação de agravos, além de instrumentos importantes como o Cartão da Gestante e a Caderneta de Saúde da Criança.

As ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, dirigidas à gestante e ao RN têm grande importância, pois influenciam a condição de saúde dos indivíduos, desde o período neonatal até a vida adulta. Cada vez mais, vem sendo salientada a relação determinante entre a vida intrauterina, as condições de saúde no nascimento e no período neonatal e os problemas crônico-degenerativos na vida adulta, como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, saúde mental, entre outros.

Os cuidados de enfermagem voltados ao recém-nascido no momento do nascimento são divididos em cuidados imediatos e cuidados mediatos. Tais cuidados representam a necessidade de intervenção para auxiliar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina - cuidados imediatos - como também registrar informações e realizar cuidados após esta adaptação - cuidados mediatos (HOCKENBERRY, 2006).

O Hospital Regional de Dianópolis-Tocantins é uma unidade hospitalar pública, de médio porte, atende uma população de sete municípios circunvizinhos. Nesta unidade contém um alojamento conjunto com sete leitos, sendo realizado em média de 40 partos mensais, entre cesáreas e normais.

Na sala de parto, os cuidados imediatos e mediatos são realizados pela enfermeira plantonista do centro cirúrgico (nenhuma com especialização em neonatologia e ou obstetrícia). Os cuidados realizados são: aspiração de vias aéreas superiores, curativo do coto umbilical, credeização, administração de vitamina K, identificação do RN, medidas antropométricas e demais cuidados de emergência que o recém-nascido necessite. Não há médico especialista na unidade hospitalar.

A assistência de enfermagem, assim como os cuidados prestados ao recém-nascido na sala de parto desta Instituição acontecem de forma aleatória, ou seja, sem nenhuma organização estabelecida por documentos ou teoria científica.

Não há registros de normas e rotinas da assistência de enfermagem prestadas no setor, entretanto cabe salientar que a equipe enfermagem se empenha em realizar o melhor atendimento possível e atua ativamente no setor, porém não há sistematização da assistência prestada, ocorrendo de forma subjetiva e particular de cada profissional.

Assim, o **objetivo** deste estudo é promover um espaço de reflexão sobre os cuidados ao recém-nascido na sala de parto, junto à equipe de enfermagem do Hospital Regional de Dianópolis em Tocantins. Espera-se que a partir destas discussões com os profissionais de enfermagem, possamos identificar normas e rotinas que otimizem a assistência prestadas aos pacientes, assim como garantam inovação das técnicas realizadas e estabelecimento de procedimentos mais eficazes através do conhecimento científico atualizado. Pretende-se também, elaborar um instrumento para registro destes cuidados.

Acredita-se que ao promover espaços de reflexão sobre os cuidados de enfermagem ao recém-nascido na sala de parto, possamos contribuir para melhorar a assistência de enfermagem prestada ao recém-nascido no momento do nascimento, realizando o registro dos cuidados prestados, assegurando assim a sistematização do cuidado prestado.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para o Ministério da Saúde (2011), a vigilância em saúde do recém-nascido começa antes de seu nascimento, com a atenção à saúde da mulher e da gestante. O acompanhamento pré-natal iniciado em momento oportuno, com assistência qualificada e humanizada e integração com a atenção de saúde de média e alta complexidade (pré-natal de alto risco, quando necessário), constitui uma rede articulada de assistência para responder às necessidades da gestante e do recém-nascido. Segundo o Ministério da Saúde brasileiro (2011) as seguintes ações devem ser desenvolvidas pelos serviços:

- Captação precoce e busca ativa para início do acompanhamento pré-natal.
- Acolhimento imediato para o acompanhamento pré-natal, conforme protocolo e atenção humanizada.
- Identificação da gestação de alto risco e referenciamento para atenção especializada (Central de Regulação), mantendo-se o acompanhamento pela atenção básica.
- Visita domiciliar / busca ativa da gestante que não comparece às consultas pré-natais.
- Visita domiciliar no último mês de gestação.
- Continuidade da assistência até o final da gravidez e o parto, abolindo a “alta do acompanhamento pré-natal”.
- Vinculação da gestante à maternidade desde o acompanhamento pré-natal.
- Acolhimento imediato na maternidade, para evitar peregrinação em busca de vaga hospitalar durante o trabalho de parto e/ou urgências, com atraso da assistência.
- Garantia de transporte pré e inter-hospitalar quando necessário.
- Garantia de acesso a leitos de alto risco / cuidado intensivo para a mãe e o bebê pela Central de Regulação/Central de Leitos. Deve-se considerar não apenas a estrutura hospitalar (equipamentos e recursos humanos), mas também o processo assistencial: acompanhamento adequado do trabalho de parto, utilização do partograma, promoção do trabalho de parto fisiológico evitando-se intervenções desnecessárias que interferem na sua evolução (como ocitocina endovenosa de rotina, restrição ao leito, jejum, entre outras) e assistência adequada na sala de parto. Destacam-se ainda:
 - Direito a acompanhante da gestante e puérpera durante o trabalho de parto e parto e para o bebê, com garantia de Alojamento Conjunto, inclusive se for necessária a internação do bebê.
 - Promoção do contato mãe-bebê imediato após o parto para o bebê saudável, evitando-se intervenções desnecessárias de rotina e que interferem nessa interação nas primeiras horas de vida; estimular o contato pele a pele e o aleitamento materno na primeira hora de vida.

- Captação após a alta hospitalar - após o nascimento ou internação, com agendamento de atendimento na Atenção Básica. Na maternidade o recém-nascido deve receber a Caderneta de Saúde da Criança com registros sobre a história da gravidez e nascimento, Apgar, peso e altura ao nascer, evolução do bebê, intercorrências, procedimentos realizados, condição de alta e recomendações para o seu cuidado no domicílio. Esta é uma ação fundamental para uma boa compreensão sobre a condição de saúde do bebê pela equipe de atenção básica ou especializada que dará continuidade a seu atendimento.
- Identificação do recém-nascido de risco, notificação da alta, agendamento de consulta na atenção básica, programação de visita domiciliar e agendamento para o ambulatório de seguimento do RN de alto risco, conforme protocolo local / Ministério da Saúde.
- Continuidade do cuidado/captação do recém-nascido pela atenção básica de saúde que deve ser realizada após atendimento do neonato em serviços de urgência ou após alta hospitalar, por meio de agendamento por telefone, pelo envio de cópia/listagem da Declaração de Nascido Vivo, por meio de visita domiciliar e outros, para não haver descontinuidade da assistência.
- Visita domiciliar na primeira semana após o parto, com avaliação global e de risco da criança, apoio ao aleitamento materno e encaminhamento para a “Primeira Semana Saúde Integral” na atenção básica de saúde.
- Primeira consulta na primeira semana de vida e marcação de retornos, conforme a necessidade.
- Manutenção do calendário de acompanhamento na atenção básica e visitas domiciliares, conforme protocolo (local ou do Ministério de Saúde) e de acordo com a necessidade da criança.
- O recém-nascido de alto risco deverá manter o calendário de acompanhamento na Atenção Básica, além do acompanhamento pelo ambulatório de atenção especializada.
- O recém-nascido de alto risco deve ser acompanhado até pelo menos o segundo ano completo de vida (mínimo de duas avaliações por ano); o acompanhamento até o 5º ano é desejável, para melhor avaliação da função cognitiva e da linguagem.

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

Os cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido são divididos em dois grupos: cuidados imediatos e mediatos. Estes cuidados são necessários para a adaptação do neonato na vida fora do útero da mãe.

Cuidados imediatos são os cuidados primários para esta adaptação à vida extrauterina. Nesta etapa é muito importante o contato mãe-filho. Após o pólo encefálico do recém-nascido se exteriorizar, devem ser iniciados os cuidados imediatos, registrando a hora do nascimento, retirando o excesso de mucosidade das vias aéreas superiores com gazes ou tecido estéril, caso haja mecônio se faz necessário à aspiração das vias aéreas.

As atuais recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria indicam a não necessidade de desobstrução das vias aéreas superiores, uma vez que o recém-nascido pode apresentar resposta vagal, com diminuição da frequência cardíaca nas aspirações, sendo que a aspiração deve ser realizada com avaliação rigorosa do recém-nascido (ALMEIDA; GUINSBURG, 2013).

Na presença de mecônio espesso, o pediatra realizará a aspiração da traquéia, sob visualização direta, com auxílio da cânula oro traqueal, intermediário próprio e laringoscópio (BRASIL, 2011). Se houver indicação do pediatra para aspiração gástrica, esta deverá ser realizada após o 5º minuto de vida, quando ocorre a diminuição do reflexo vagal.

Em relação à temperatura do recém-nascido é necessário mantê-lo aquecido, evitando hipotermia. Se as condições clínicas do neonato permitirem, o mesmo deve ser colocado em contato pele-a-pele com a mãe. Se o recém-nascido apresentar instabilidade é correto levá-lo ao berço aquecido e envolto por campo estéril e seco.

Para alguns autores o cordão umbilical deve ser pinçado, seccionado e clampeado logo após o parto e o RN colocado em contato direto com a mãe (BRASIL, 2011; MERCER et al., 2010). Outros autores defendem a ideia de que o momento ideal para se pinçar o cordão é quando a circulação no cordão acabou, ou seja, o cordão achatado e sem pulso, sendo que esta técnica protege o recém-nascido contra anemia (HUTTON; HASSAN, 2007; VAN RHEENEN et al., 2007; MULLER, 2012).

A laqueadura do cordão umbilical é realizada com clamp, colocado acerca de 02 a 03 centímetros do anel umbilical, envolvendo o coto umbilical com gaze embebida em álcool etílico 70% ou clorhexidina alcoólica 0,5%. A distância deverá ser aumentada para 05 centímetros em situações de recém-nascidos clinicamente instáveis ou de alto risco (extremo baixo peso), embebendo a gaze em soro fisiológico e envolvendo o coto umbilical (BRASIL, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o contato pele-a-pele, nas primeiras horas de vida, não só para prevenir hipotermia, como facilitar o início da amamentação.

Segundo Zveiter e Progianti (2006), a higiene do parto assim como os cuidados com o cordão umbilical são considerados apropriados a seguirem orientações simples como: lavagem das mãos, limpeza do períneo da parturiente, atenção para não colocar nada que não esteja limpo no canal do parto, limpeza da superfície onde o neonato será colocado logo após o nascimento, limpeza do material que será usado para cortar o cordão umbilical, atenção a higiene e ao cuidar do coto umbilical.

O boletim de Apgar é feito nesse momento. Ele tem a finalidade de avaliar as condições de vitalidade do recém-nascido. Inclui a avaliação de itens como batimento cardíaco, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele, no 1º e 5º minutos de vida ou além destes, a depender da necessidade (BRASIL, 2011).

Sinal	0	1	2	1 mi n	5 min	10 min	15 min	20 min
Frequência cardíaca	Ausente	< 100 bpm	< 100 bpm					
Esforço respiratório	Ausente	Irregular	Regular					
Tônus muscular	Flacidez total	Alguma flexão extremidades	Boa movimentação					
Irritabilidade reflexa	Ausente	Alguma reação	Espirros					
Cor	Cianose/palidez cutânea	Corpo róseo Extremidades cianóticas	Corpo e extremidades róseas					
			TOTAL					
Comentários			Reanimação					
			Minutos	1	5	10	15	20
			O2 inalatório					
			VPP					
			CPAP nasal					
			IOT					
			M cardíaca					
			Adren/Expansor					

bpm - batimentos por minuto; VPP - ventilação com pressão positiva com balão/ventilador manual e máscara; CPAP - pressão positiva contínua nas vias aéreas; IOT - intubação traqueal; M Cardíaca - massagem cardíaca; Adren/Expansor – Adrenalina/Expansor de volume

Fonte: Adaptado de Manual do Ministério da Saúde - Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, cuidados gerais. 2011.

Valores de APGAR entre:

5 a 7: indica asfixia leve

3 a 4: indica asfixia moderada

0 a 2: indica asfixia grave

Em recém-nascido com Apgar <7 é indicada a continuidade da avaliação até o 20º minuto de vida. O Apgar não deve ser utilizado para decidir o início de reanimação, nem as manobras a serem instituídas no decorrer da assistência. Isto significa que os procedimentos deverão ser feitos à medida que se avaliam as condições clínicas do recém-nascido e suas respostas a tais intervenções (BRASIL, 2011).

Os cuidados mediatos são os cuidados posteriores e não urgentes, porém importantes. Dentre eles serão destacados: antropometria, administração de vitamina k, credeização, coleta de impressões plantares, identificação e realização da higiene corporal.

O método de Credé ou credeização consiste na instilação ocular de uma gota de Nitrato de Prata a 1% para prevenção da oftalmia gonocócica. Este procedimento é realizado na primeira hora de vida, tanto em parto normal quanto cesáreo (ORSHAN, 2010). Em caso de presença de vérnix na região ocular, o mesmo deverá ser removido, mediante uso de uma gaze seca ou umidificada em água (não utilizar soro fisiológico ou qualquer solução salina). Afastam-se as pálpebras e instila-se uma gota de nitrato de prata a 1% no saco lacrimal inferior de cada olho.

A antropometria é realizada, verificando-se o peso, o comprimento e mensurando os perímetros cefálico e torácico (ORSHAN, 2010; HOCKENBERRY, 2006).

A administração de 1 miligrama de vitamina K por via intramuscular é indicada para a prevenção de sangramento por deficiência da vitamina K (BRASIL, 2011; ORSHAN, 2010; HOCKENBERRY, 2006). A via de escolha é a intramuscular, na região vasto lateral da coxa - face anterolateral da coxa.

A identificação do recém-nascido deverá ser feita com duas pulseiras colocadas em seu antebraço e tornozelo, sendo que a mãe recebe também uma pulseira no antebraço. Elas devem conter informações sobre: nome completo da mãe, número do registro materno na instituição, data e hora do nascimento e tipo de parto (ORSHAN, 2011; HOCKENBERRY, 2006).

A higiene corporal do recém-nascido é realizada na primeira hora de vida extrauterina, em berço aquecido, ao lado da mãe, ainda na sala de parto. O enfermeiro deve certificar-se

que a temperatura axilar do recém-nascido esteja igual ou superior a 36,5°C. A finalidade desse procedimento é a remoção de sangue e líquidos corporais (ORSHAN, 2011).

O banho de imersão do recém-nascido pode ser recomendado por protocolo da própria instituição de saúde (maternidade); porém, é preciso que não haja rigidez na rotina estabelecida. Nesse sentido, intervenções de enfermagem como o banho do recém-nascido devem ser baseadas nas avaliações individuais e na interação das necessidades do bebê e da mãe, mais do que em protocolos previamente estabelecidos (HOCKENBERRY, 2006).

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 recém-nascido, 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 recém-nascido. 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 (MULLER, 2012). Também é recomendado que se aguarde para dar o primeiro banho para não interferir no primeiro período de reatividade do neonato que começa logo após o nascimento, nos primeiros 30 a 60 minutos.

3. METODOLOGIA

Este trabalho foi desenvolvido a partir da observação da realidade e de um momento de reflexão com a equipe de enfermagem, sobre os cuidados prestados ao recém-nascido na sala de parto. Além disso, foi realizada a construção de uma tecnologia assistencial – um instrumento para registro destes cuidados, ou seja, o produto é uma nova modalidade assistencial. Foi realizado um estudo teórico, atualizando o conhecimento sobre o problema evidenciando a melhor forma de agir perante a situação e padronizando os cuidados de enfermagem ao recém-nascido, por meio do conhecimento científico.

3.1. LOCAL DO ESTUDO:

O estudo foi realizado na sala de parto do Hospital Regional de Dianópolis-Tocantins. A unidade hospitalar é de médio porte, atendendo a população de outros 07 municípios. Nesta Instituição, a sala de parto é composta por 03 salas cirúrgicas e 01 sala de parto, que atendem em média quarenta partos por mês (parto normal e cesariana). Conta com uma equipe de enfermagem de 03 profissionais, que trabalha distribuída em 01 enfermeiro e 02 técnicos de enfermagem por turno para a sala de parto e centro cirúrgico, esta equipe atua em turno de 12 horas de trabalho.

3.2. SUJEITOS DO ESTUDO:

Os sujeitos deste estudo foram os profissionais da equipe de enfermagem que atuam na sala de parto e centro cirúrgico. Foram incluídos todos os profissionais que estavam trabalhando durante o período de desenvolvimento deste projeto. Assim, participaram do estudo 06 enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem.

3.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO:

A primeira etapa de desenvolvimento deste estudo foi à observação da assistência prestada ao recém-nascido, buscando identificar informações que permitissem descrever como de fato é realizado o cuidado ao bebê logo após o nascimento. Neste momento, também foram realizadas conversas informais com os colegas da equipe a respeito do assunto, onde foi

pontuada a necessidade da criação de um instrumento de registros para padronizar a assistência que é realizada ao recém-nascido na sala de parto.

Em seguida, foi realizada uma revisão de literatura, buscando identificar o conhecimento que vem sendo produzido sobre esta temática, fazendo o levantamento das melhores práticas recomendadas pela literatura e preconizadas pelo Ministério da Saúde.

A partir destas duas etapas, foi construído um esboço do instrumento de registros que foi apresentado aos enfermeiros da unidade. Este momento foi desenvolvido a partir de uma mesa redonda, onde se possibilitou um momento de reflexão da equipe sobre as recomendações das melhores práticas de cuidado para o recém-nascido logo após o nascimento, além de realizar uma discussão com o propósito de melhorar o instrumento para registro de cuidados e sistematização dos de cuidados ao recém-nascido na sala de parto.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um relato de experiência de uma prática assistencial, este projeto não foi encaminhando ao Comitê de Ética, entretanto durante todo o desenvolvimento do mesmo foi assegurado os preceitos éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

4. RESULTADOS E ANÁLISE:

Ao realizar este trabalho científico pude observar a execução das atividades realizadas na sala de parto relacionadas ao recém-nascido, sendo que os cuidados de enfermagem são feitos aleatoriamente e de acordo com a concepção e o conhecimento técnico de cada profissional de enfermagem plantonista. Apesar de todos os cuidados de enfermagem preconizados na atualidade, voltados ao neonato, serem realizados no Hospital Regional de Dianópolis, há várias práticas que necessitam ser revistas, melhoradas e aperfeiçoadas. A seguir passarei a descrevê-las.

O contato mãe e filho nas primeiras horas de vida do recém-nascido é inexistente dentro da sala de parto, apesar de ser parte fundamental de todo o processo de humanização. Ao questionar com os colegas sobre tal ação, cheguei a conclusão que o contato mãe e filho não é realizada por falta de conhecimento dos profissionais da importância deste primeiro contato. Alguns profissionais não acham que seja interessante.

Outro ponto que merece atualização é em relação à aspiração das vias aéreas superiores, pois todos os bebês são aspirados com vácuo e por diversas vezes, independentemente da necessidade, como se fosse algo primordial. Não existe uma sequência organizada e coerente nos cuidados. Quando questionados os profissionais da enfermagem referem que este procedimento faz parte da rotina, mas mostram-se receptivos a novas idéias, incluindo mudanças da rotina no novo protocolo que será elaborado, posteriormente pela equipe.

Também observa-se que não há uma padronização dos cuidados e que não é feito nenhum registro destes cuidados. Os cuidados prestados na sala de parto ao recém-nascido são realizados pela equipe de enfermagem, mais precisamente, pela enfermeira do plantão (que não é obstetra ou neonatologista), porém não há um impresso destinado para o registro destas informações, havendo uma evolução de enfermagem como único registro, como também não existe protocolo de normas e rotinas da unidade.

As enfermeiras que atuam na assistência da sala de parto não são treinadas, para serem lotados no setor, quando ingressadas na unidade ficam sobre a supervisão de outra enfermeira que tenha mais experiências. Em relação aos registros, são feitos em um impresso de evolução de enfermagem e as medicações administradas de rotina (crede e kanakion) são prescritos pelo médico que realizou o parto, na prescrição médica do RN. Alguns dados como tipo de parto hora do nascimento, IG, medidas antropométricas são registradas em um livro de ocorrência, o que dificulta o acesso da equipe, quando necessitamos destas informações.

Ficou acordado com todas as enfermeiras da unidade, que estas informações serão colhidas através do Registro de cuidados de enfermagem para RN na sala de parto.

Durante a mesa redonda realizada com os enfermeiros, foram sugeridas modificações na assistência de enfermagem prestada ao recém-nascido na sala de parto, como também a implantação do Registro de Cuidados de Enfermagem ao RN na sala de parto. A equipe se comprometeu em utilizar o novo impresso e readequar a assistência de enfermagem (Apêndice 1). O impresso sugerido na mesa redonda foi elaborado previamente por mim e apresentado a equipe. Durante a discussão ficou acordados que iríamos implantar o impresso após a aprovação do regimento interno do Hospital Regional, ambos estão em processo de construção com previsão para implantação entre junho e julho de 2014.

O preenchimento do impresso será feito exclusivamente pelo enfermeiro do plantão. Após 60 (sessenta) dias da implantação do impresso, será feita uma avaliação, com auxílio de todos os enfermeiros da unidade em outra mesa redonda, para a discussão da resolutividade ou não do impresso.

5 . CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o término do trabalho pôde se concluir, que o mesmo fomentou a discussão entre a equipe de enfermagem sobre a assistência prestada ao recém-nascido na sala de parto. Sendo que como contribuição imediata deste estudo, foi construído um instrumento para registro dos cuidados de enfermagem prestados na sala de parto ao neonato no Hospital Regional de Divinópolis.

Devido à importância do registro de dados e informações das ações realizadas no cotidiano de uma unidade hospitalar, sugere-se a implantação e execução do preenchimento deste instrumento de Registro de Cuidados de Enfermagem na Sala de Parto, para todos os recém-nascidos na sala de parto. Visando respaldar os profissionais legalmente, assim como fornecer informações para futuras coletas de dados de projetos científicos.

Este trabalho mostrou que ainda temos muito a avançar na busca das melhores práticas no cuidado ao recém-nascido e que é fundamental que os profissionais reflitam sobre sua prática e busquem conhecimento científico atualizado para subsidiar sua prática.

Conclui-se que o trabalho foi de suma importância, semeando e conscientizando os gestores da unidade quanto o significado e a relevância, assim como a necessidade de criação e elaboração de impressos, protocolos, normas e rotinas para aprimorar a assistência de enfermagem prestada aos nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.F.B. de; Guinsburg, R. **Reanimação neonatal em sala de parto**. Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2013. Texto disponível em <http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-Reanima%C3%A7%C3%A3oNeonatal-atualiza%C3%A7%C3%A3o-1abr2013.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (2011). **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: 4 v. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual dos Comitês de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília- DF: Coordenação da Assistência Materno-infantil, 2005.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Retificado no Diário Oficial da União, 27 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 20 de março de 2014.

HOCKENBERRY, M.J.W. **Fundamentos de Enfermagem**. 7.ed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

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.

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. 2014.

MULLER, E.B. **Cuidados ao recém-nascido no centro cirúrgico: uma proposta de enfermeiras com base nas boas práticas**. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida**. São Paulo: Artmed, 2010.

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.

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.

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, out/dez, p. 593-8, 2006.

Apêndice 1

REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO

RN de:

Data de nascimento:

Hora de nascimento:

Número da DNV:

1. Aspiração de vias aéreas superiores: () sim () não

OBS: _____

2. Teste de Coombs: () sim () não

3. Boletim de Apgar _____

4. Laqueadura do cordão umbilical com clamp () sim () não

OBS: _____

5. Curativo do coto umbilical: () sim () não

6. Credeização: () sim () não

7. Antropometria: Peso _____ Estatura _____ PC:
PT _____

8. Administração de vitamina K: () sim () não

9. Identificação do RN: () sim () não

10. Higiene corporal do RN: () sim () não

11. Banho de imersão do RN: () sim () não

12. Tabela de Apgar

Sinal	0	1	2	1 min	5 min	10 min	15 min	20 min	
Frequência cardíaca	Ausente	< 100 bpm	< 100 bpm						
Esforço respiratório	Ausente	Irregular	Regular						
Tônus muscular	Flacidez total	Alguma flexão extremidades	Boa movimentação						
Irritabilidade reflexa	Ausente	Alguma reação	Espirros						
Cor	Cianose/palidez cutânea	Corpo róseo Extremidades cianóticas	Corpo e extremidades róseas						
				TOTAL					
Comentários				Reanimação					
				Minutos	1	5	10	15	20
				O2 inalatório					
				VPP					
				CPAP nasal					
				IOT					
				M cardíaca					
				Adren/ Expansor					

13. Exame Físico

- **Sinais Vitais**

- Temperatura (via axilar - Entre 36°C e 37°C): _____ °C
- Frequência Respiratória (entre 40 a 60 mrpm): _____ mrpm
- Respiração abdominal: () Sim () Não
- Sinais de esforço respiratório: () Ausente () Estridores
() Batimento das asas do nariz () Tiragens intercostais
- Frequência Cardíaca (entre 100 e 160 bpm – a termos): _____ bpm

- **Aparência**

- () normal () fácies típica de síndrome () malformação

- **Pele e Anexos**

- Coloração: () Palidez () Cianose () Icterícia
- Textura da pele: _____
- Integridade Cutânea: () Sim () Não
() Vénix caseoso () Millium Sebáceo () Eritema Tóxico
() Lanugem protetora () Acrocianose () Manchas Mongólicas
() Nevus Teleangiectásicos () Hemangiomas

- **Coto Umbilical**

- Coloração: () Amarelo/gelatinoso () Mumificado () Sangramento () Hérnias
() granuloma umbilical (bolinhas vermelhas)
- Presença de 2 artérias e 1 veia: () Sim () Não

- **Eliminações:**

- Urina: () Transparente () Amarelo citrino () Avermelhada
- - Fezes: () Mecônio () Transição () Lácteas/amarelada
- Posição do ânus adequada: () Sim () Não () Permeável

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
