

AÇÕES DE ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO: estudo observacional dos cuidados imediatos e mediatos ao nascimento

CARE ACTIONS TO NEWBORN: observational study of immediate and immediate care at birth.

Beatriz Vieira da Silva

bvs3@discente.ifpe.edu.br

Ana Luiza Paula de Aguiar Lélis

ana.lelis@pesqueira.ifpe.edu.br

E-mail do orientador: ana.lelis@pesqueira.ifpe.edu.br

RESUMO

Objetivo: analisar as ações da equipe multiprofissional relacionadas à assistência imediata e mediata ao recém-nascido. **Método:** estudo exploratório, observacional, quantitativo, realizado em junho e julho de 2020 em uma unidade mista do sertão de Pernambuco. **Resultados:** a amostra consistiu em 08 partos vaginais, incluindo 08 binômios e 05 profissionais. Algumas ações dos cuidados imediatos e mediatos não estavam conforme é preconizado pelo protocolo nacional de saúde. **Considerações finais:** a não capacitação, a ausência de protocolos institucionais e educação continuada na instituição e a sobrecarga de trabalho podem ser fatores que influenciaram o desempenho das ações. O estudo implicou no acréscimo de conhecimentos sobre o tema, o que pode embasar pesquisas futuras e preencher possíveis lacunas, além de servir de alerta para gestores sobre o investimento em recursos humanos e capacitações profissionais.

Palavras-chave: Recém-nascido. Salas de parto. Cuidados de enfermagem. Parto normal. Enfermagem neonatal.

ABSTRACT

Objective: to analyze the actions of the multidisciplinary team related to immediate and immediate assistance to the newborn. **Method:** exploratory, observational, quantitative study, carried out in June and July 2020 in a mixed unit in the hinterland of Pernambuco. **Results:** the sample consisted of 08 vaginal deliveries, including 08 binomials and 05 professionals. Some actions of immediate and immediate care

were not in line as recommended by the national health protocol. Final considerations: the lack of training, the absence of institutional protocols and continuing education at the institution and the work overload may be factors that influenced the assistance. The study implied the addition of knowledge on the topic, which can support future research and fill possible gaps, in addition to serving as a warning for managers about investment in human resources and professional training.

Keywords: Newborn. Delivery rooms. Nursing care. Normal birth. Neonatal nursing.

1 INTRODUÇÃO

A passagem do meio intrauterino para o extrauterino é marcada por inúmeras e intensas mudanças. Dentro do útero, o recém-nascido se encontra em um ambiente com temperatura, luminosidade e ruídos controlados, sem fazer esforços para manter as suas necessidades vitais. Contudo, após o nascimento, ele passa por diversos momentos graduais e inerentes ao seu desenvolvimento, os quais irão inseri-lo na vida extrauterina (CRUZ; SUMAM; SPÍNDOLA, 2007).

É importante que o recém-nascido seja bem acolhido no nascimento com vistas a suavizar o impacto da transição iniciada. Todos os profissionais da equipe, em especial os da enfermagem, podem minimizar esse estresse a partir de determinados cuidados na sala de parto e fora dela, os quais irão auxiliar o recém-nascido na transição e no vínculo com a mãe (LARA; GOULART; CARMO, 2010).

Os cuidados prestados ao bebê devem estar atrelados à sua sobrevivência, ao vínculo afetivo/emocional com sua mãe, à adaptação gradual e não traumática ao novo ambiente, à amamentação precoce, à avaliação dos sinais vitais, ao registro da antropometria, prevenção de hemorragias e de doenças como HIV, sífilis, entre outros cuidados. Estes procedimentos acarretam ótimos resultados imediatamente e ao longo da sua vida, contribuindo para a diminuição da disparidade entre o que a ciência comprova e a prática clínica dos profissionais, que normalmente não executam uma assistência embasada em evidências científicas (LIMA; CASTRO, 2017; MOREIRA, 2014).

Percebe-se, pois, que a atuação dos profissionais de saúde na assistência ao recém-nascido pode interferir positiva ou negativamente na transição e vinculação com a mãe. É essencial que os profissionais promovam a transição do recém-nascido à vida extrauterina em segurança e tranquilidade, garantindo benefícios para sua saúde física e emocional (LARA; GOULART; CARMO, 2010). Em suma, o objetivo do estudo foi analisar as ações da equipe multiprofissional relacionadas à assistência imediata e mediata ao recém-nascido.

2 METODOLOGIA

Estudo exploratório, observacional, de abordagem quantitativa, realizado entre junho e julho de 2020 em uma Unidade Mista do sertão de Pernambuco, a qual fornece serviços hospitalares básicos e cuidados obstétricos vinculados à maternidade municipal. A população foi composta por todos os partos ocorridos no

local, que incluem profissionais de saúde, parturientes e recém-nascidos, e a amostragem das observações foi por conveniência do tipo não probabilística.

Nos critérios de inclusão estabeleceram-se: partos de parturientes adultas, com gestações de risco habitual, a termo, que evoluíram sem intercorrências por via vaginal, assistidas por profissionais de saúde vinculados ao setor. Entre os critérios de exclusão elegeram-se: partos de parturientes menores de idade e/ou com gestações de alto risco; partos distócicos e/ou que evoluíram por via cesariana e/ou que necessitaram de encaminhamento para outros serviços de saúde; partos de recém-nascido prematuro e/ou com baixo peso e/ou nascido morto.

A coleta de dados ocorreu por meio da observação sistemática não participativa de oito partos, utilizando-se um *check-list* baseado nas recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e um formulário para caracterização dos profissionais que realizaram assistência ao recém-nascido e das parturientes. As observações das ações de assistência ao recém-nascido foram realizadas desde o momento do período expulsivo até seu encaminhamento ao alojamento conjunto. Esse recorte observacional justifica-se por não existirem ações assistenciais ao recém-nascido de rotina no alojamento conjunto que incluam os cuidados mediatos, sendo assim, na ocasião da sala de parto, garantiu-se a observação tanto dos imediatos quanto dos mediatos ao parto.

Os dados foram analisados de forma quantitativa, sendo transcritos para o programa *Microsoft Office Excel 2010*. Para caracterização dos profissionais e das mães utilizou-se estatística descritiva, apresentados em tabelas e discussão conforme a literatura pertinente.

Seguiu-se os princípios éticos conforme Resolução nº 466 de 2012. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Obteve-se a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer 3.909.313 no dia 11 de março de 2020.

3 RESULTADOS

A amostra compôs-se de oito partos vaginais, os quais incluíram oito binômios e cinco profissionais. No que se refere à caracterização das mães, cinco (63%) estavam na faixa etária de 29 a 38 anos e três (38%) tinham entre 18 e 28 anos; quanto ao grau de escolaridade, quatro (50%) possuíam ensino fundamental incompleto, três (38%) ensino médio completo e uma (13%) possuía fundamental completo; sobre o estado civil, cinco (63%) eram solteiras, duas (25%) casadas e uma (13%) era divorciada; quanto à ocupação, cinco (63%) eram agricultoras, duas (25%) desempregadas e uma (13%) professora; e sobre o local de residência, quatro (50%) residiam em zona urbana e quatro (50%) na rural. Dos aspectos econômicos familiares, seis (75%) possuíam menos de um salário mínimo e duas (25%) de um a dois salários.

Os profissionais foram dois (40%) técnicos em enfermagem, um (20%) enfermeiro generalista, um (20%) enfermeiro pós-graduado em Saúde Pública e um (20%) auxiliar de enfermagem. Os cinco (100%) profissionais atuavam na sala de parto, mas não eram exclusivos deste setor, além disso, três (60%) informaram seguir as recomendações do Ministério da Saúde e dois (40%) não seguiam nenhum protocolo.

Referente aos cuidados imediatos, demonstrados na tabela 1, a maioria teve o índice de Apgar avaliado no primeiro e quinto minuto, nenhum necessitou de manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar Neonatal. A aspiração das vias aéreas não foi necessária em sua maioria. Todos foram recepcionados em campos, mas estes não estavam estéreis e nem aquecidos, como também, em sua maioria, não foram trocados. Grande parte dos cordões foram clampeados tardiamente. A maioria não foi colocada em contato pele a pele e nenhum foi amamentado na sala de parto.

Tabela 1 - Distribuição dos cuidados imediatos ofertados ao recém-nascido. Manari, PE, Brasil, 2020

Cuidados imediatos ofertados	N	%
Verificação do Apgar no 1º e 5º minutos		
Sim	05	63
Não	03	38
Aspiração de vias aéreas		
Sim, por sonda	01	13
Sim, por pera	00	0
Não	07	88
Recepção em campo estéril e pré-aquecido		
Sim	00	0
Não	08	100
Remoção do campo úmido		
Sim	01	13
Não	07	88
Clampeamento do cordão umbilical		
Imediato	01	13
Após 1 minuto	01	13
Após para a pulsação	06	75
Aquecimento		
Berço aquecido por fonte de calor radiante	07	88
Contato pele a pele	01	13
Amamentação precoce		
Sim	00	0
Não	08	100

Fonte: produção do autor (2021)

Sobre os cuidados mediatos, conforme tabela 2, todos receberam vitamina K; a maioria não teve temperatura, frequência cardíaca, respiratória e saturação de oxigênio verificadas; nenhum teve o perímetro abdominal e a profilaxia para oftalmia

gonocócica realizados, bem como não foram submetidos aos testes de incompatibilidade sanguínea e sorologia para sífilis e HIV.

Tabela 2 - Distribuição dos cuidados mediatos ofertados ao recém-nascido. Manari, PE, Brasil, 2020

Cuidados mediatos ofertados	N	%
Vitamina K		
Sim	08	100
Não	00	0
Profilaxia da oftalmia gonocócica		
Sim	00	0
Não	08	100
Sinais vitais		
Temperatura		
Abaixo de 36,5° C	02	25
Entre 36,5° e 37,6° C	01	13
Acima de 37,6° C	00	0
Não aferida	05	63
Frequência cardíaca		
Abaixo de 120	00	0
Entre 120 e 140	00	0
Entre 120 e 160	01	13
Acima de 160	00	0
Não verificado	07	88
Frequência respiratória		
Abaixo de 30	00	0
Entre 30 e 60	01	13
Acima de 60	00	0
Não verificado	07	88
Saturação de oxigênio		
Maior que 95%	01	13
Menor que 95%	00	0
Não verificado	07	88
Medidas antropométricas		
Peso		
Abaixo de 2.500g	00	0
Entre 2.500 e 4.000g	08	100

Acima de 4.000g	00	0
Comprimento		
Abaixo de 48 cm	01	13
Entre 48 e 53 cm	07	88
Acima de 53 cm	00	0
Perímetro cefálico		
Abaixo de 33 cm	00	0
Entre 33 e 37 cm	08	100
Acima de 37 cm	00	0
Perímetro torácico		
32 cm	02	25
33 cm	02	25
34 cm	03	38
35 cm	01	13
Perímetro abdominal		
Não verificado	08	100
Testes		
Incompatibilidade sanguínea	00	0
HIV	00	0
Sífilis	00	0
Não realizado no local	08	100

Fonte: produção do autor (2021)

4 DISCUSSÃO

Os cuidados imediatos são realizados nos primeiros minutos de vida do recém-nascido são essenciais para a sua transição, minimizando a morbi-mortalidade neonatal ainda elevada no Brasil (CRUZ; SUMAM; SPÍNDOLA, 2007).

Dentre os cuidados, o Índice de Apgar não foi efetuado em três casos. Sua não verificação sinaliza que o recém-nascido não foi avaliado quanto a sua vitalidade ao nascer, por conseguinte, caso necessite, relacioná-lo como um fator de risco para condições futuras, como: catarata congênita, alterações neuropsicomotoras e outros problemas, não haverá tal registro na declaração de nascido vivo (CARDOSO; AGUIAR; LÚCIO; VERÇOSA, 2010; SOUZA, 2017; TAKAZONO; GOLIN, 2013).

Oito (100%) recém-nascidos foram recepcionados em campos não estéreis e nem aquecidos, e apenas um (13%) campo foi trocado, expondo-os ao risco de hipotermia. Preconiza-se a recepção por um campo pré-aquecido e estéril, a secagem do corpo e a troca dos campos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016). Essas ações, somadas ao contato pele a pele e à temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco de hipotermia, a qual é um fator que pode ocasionar

uma cascata de eventos fisiológicos maléficos no período de transição (BRASIL, 2012).

Além disso, a uma pequena parcela foi promovido o contato pele a pele com a mãe. A promoção do contato pele a pele deve ser precoce, ou seja, logo após o nascimento, uma vez que em algumas horas após o parto os neonatos estão sonolentos (SANTOS *et al.*, 2014). Os múltiplos benefícios dessa ação são prejudicados pela resistência de muitos profissionais em promovê-la. Já que, por vezes, os profissionais da equipe multiprofissional separam o binômio mãe/bebê, priorizando a realização de cuidados rotineiros, os quais poderiam ser postergados (KOLOGESKI; STRAPASSON; SCHNEIDER; RENOSTO, 2017). A busca por agilidade nas rotinas hospitalares, a dinamização do turno de trabalho e a alta produtividade, influenciam os profissionais a prestarem uma assistência fragmentada e mecanicista, distanciando-os dos preceitos estabelecidos pelas Boas Práticas do Ministério da Saúde (SANTOS; AMORIM; SANTANA; LOPES, 2012).

Além disso, a maioria dos recém-nascidos não teve a temperatura aferida, o que, associado a não realização das outras ações de manutenção de calor, mostra que a assistência não está em conformidade com as necessidades fisiológicas do recém-nascido. Observa-se que além da ausência de ações isoladas, é agravante o quanto o somatório de ausências destas poderia prejudicar o processo de transição extrauterina.

As condutas referentes à termorregulação de recém-nascidos são básicas para aqueles responsáveis por sua assistência na maternidade, já que a manutenção do calor é considerada uma dificuldade fisiológica, tratando-se de um conhecimento na rotina em neonatologia. Desta forma, vários fatores podem influenciar na perda de calor no neonato, entre eles têm-se: radiação, condução, convecção ou evaporação. Outras condições do mesmo modo podem predispor à perda de calor, como a grande área de superfície em relação ao peso, isolamento térmico ineficiente, devido à fina camada de gordura e o mecanismo de produção de calor, isto é, a termogênese sem tremor (FRANÇA *et al.*, 2021; LIMA; REIS; SILVA; MOURA, 2020).

A equipe obstétrica tem o papel de estimular as mulheres a realizar o contato pele a pele imediato para que na sequência se inicie precocemente o aleitamento materno quando o binômio mãe-bebê se encontra em condições clínicas favoráveis (BRASIL, 2017). Por terem múltiplos benefícios, é importante estimulá-los na primeira hora de vida, inclusive imediatamente após o parto. A soma desses fatores influencia diretamente na conservação da fisiologia termorreguladora do recém-nascido mediados tanto pelos componentes do leite materno quanto pelo contato mãe-bebê (BRASIL, 2012).

No seguimento dos eventos, a não amamentação precoce, em 100% dos casos, pode ser explicada já que não houve contato pele a pele, uma vez que na sala de parto, na ocasião do recém-nascido ser colocado no tórax e/ou abdômen despido da mãe, o profissional deveria estimular o aleitamento. A amamentação tem o alto poder de regulação glicêmica, cardiorrespiratória e térmica, que proporciona uma melhor adaptação extrauterina (ESTEVES *et al.*, 2014; MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006; SILVA *et al.*, 2018; TELES *et al.*, 2015).

A maioria dos bebês teve a secção tardia do cordão. Afirma-se que o tempo, o modo de clampeamento e corte possuem potencial impacto na saúde dos recém-

nascidos. A secção tardia, de pelo menos um minuto pós-parto, resulta numa transfusão placentária considerável que adiciona 101 gramas (em média) ao peso do bebê. Este tipo de intervenção também proporciona diversos benefícios diferentes à saúde do recém-nascido, como o aumento da hemoglobina 48 horas após o nascimento e a diminuição da ocorrência de deficiência de ferro na infância, além de não oferecer riscos cientificamente comprovados às mães (VAIN, 2015).

Os cuidados mediatos são realizados após a estabilização clínica do recém-nascido na sala de parto, correspondendo, geralmente, à limpeza corporal básica (se necessário), realização do exame físico completo, avaliação da capacidade de amamentar e da perda ponderal, entre outros (CARVALHO; PELLENZ, 2019; FIGUEIREDO, 2008).

Um dos primeiros cuidados mediatos é a administração de 1mg de vitamina K, por via intramuscular ou subcutânea, para a prevenção de sangramentos. Os oito recém-nascidos a receberam, considerando-se que os profissionais seguiram o preconizado (BRASIL, 2012).

Oito (100%) recém-nascidos não receberam a profilaxia da oftalmia neonatal, indicando que os profissionais optaram por não realizarem-na. A importância deste procedimento está na prevenção da perfuração do globo ocular e da cegueira, causados pela *Neisseria gonorrhoeae*, agente causador da forma grave de oftalmia neonatal, e pela *Chlamydia trachomatis*, agente causador da forma mais comum. Alguns medicamentos possuem mais toxicidade que outros, e por isso, devem ser avaliados, armazenados e administrados cuidadosamente com vistas a diminuir possíveis prejuízos à saúde dos recém-nascidos, desta forma, recomenda-se realizá-la de rotina (DUARTE *et al.*, 2019).

Sete (88%) recém-nascidos não tiveram a frequência cardíaca e respiratória examinadas. A ausência desses registros pode influenciar na informação para se promover a assistência nas horas subseqüentes, já que o período de transição ocorre nas primeiras 24 horas. Além disso, a respiração e a frequência cardíaca, juntamente com o tônus, são parâmetros determinantes da necessidade de ressuscitação cardiopulmonar, a qual deve ser iniciada o mais rápido possível, de acordo com diretrizes atualizadas e reconhecidas, por um profissional devidamente treinado. A não verificação destes dados pode retardar o início das manobras de ressuscitação e o expor ao risco de morte neonatal (BRASIL, 2017). Ademais, questiona-se como o Apgar foi avaliado sem a contagem de menos ou mais 100 bpm se a frequência cardíaca não foi efetuada.

A saturação de oxigênio não foi verificada em sete (88%) recém-nascidos. Recomenda-se essa avaliação através da oximetria de pulso. A monitorização da saturação proporciona o controle do uso de oxigênio nos recém-nascidos. Sendo assim, antes de administrar o oxigênio, o profissional deve avaliar os parâmetros que envolvem a oferta que considera além da informação da saturação de forma isolada, a saber: frequência respiratória, sinais de desconforto respiratório, batimento de asa de nariz, distensão gástrica e frequência cardíaca (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

Constatou-se também que não houve verificação do perímetro abdominal em nenhum dos recém-nascidos, o que pode comprometer a avaliação comparativa de dados basais caso venha a apresentar alterações abdominais já que as medidas

antropométricas correspondem a um exame físico simplificado que abrange peso, comprimento e os perímetros cefálico, torácico e abdominal (BRASIL, 2012).

As peculiaridades fisiológicas e anatômicas do recém-nascido o diferenciam de todas as outras faixas etárias. O mesmo ocorre com as técnicas para a obtenção da história e do exame físico dessas crianças. A pesquisa de informações para a estruturação da história clínica, assim como a realização do exame físico, muitas vezes, ocorre em situações distantes da ideal. Assim, é frequente a necessidade de se voltar a pesquisar as informações não conseguidas numa primeira abordagem (BRASIL, 2020). Por isso a importância desses dados serem verificados e devidamente registrados para consulta posterior, caso necessário.

Ademais, nenhum recém-nascido foi submetido ao teste de incompatibilidade, expondo-o a um diagnóstico tardio e possíveis complicações (CARVALHO; PELLENZ, 2019; GALVAN *et al.*, 2013), visto que se recomenda a realização do teste de detecção de incompatibilidade sanguínea devido a sua associação com a icterícia neonatal patológica. Caso não seja realizado o teste e o binômio receba uma alta precoce, não terá como o profissional identificar a patologia nas primeiras 24 horas pós-nascimento e, portanto, o bebê ficará exposto ao diagnóstico e tratamento tardios (GALVAN *et al.*, 2013).

Os binômios também não passaram por as testagens para HIV e sífilis, possivelmente, devido à indisponibilidade na admissão para o parto. Recomenda-se que a sorologia para HIV seja realizada o mais breve possível, através de um teste rápido, devido aos diversos meios que expõem o recém-nascido ao risco de contaminação, além do tratamento precoce e cuidados que deverão ser tomados, como a secção imediata do cordão umbilical, limpeza corporal para diminuir o contato com os fluidos maternos e a contra-indicação da amamentação. Em caso de positividade, administra-se Zidovudina profilática na puérpera antes do parto e no recém-nascido ao nascer (BRASIL, 2012; BRASIL, 2007).

A indicação da sorologia para sífilis relaciona-se à prevenção da forma congênita, que resulta da disseminação placentária do *treponema pallidum* da gestante para o seu concepto, assim como indica o tratamento precoce em recém-nascidos infectados. Uma parturiente infectada não tratada está exposta, em aproximadamente 40%, ao aborto espontâneo. A ausência do teste expõe conceptos infectados à morte neonatal ou perinatal, além de patologias graves, como septicemia maciça com anemia acentuada, icterícia, hemorragia, convulsões, meningite, surdez, entre outras, em caso de diagnóstico e tratamento tardios (BRASIL, 2007).

O perfil das usuárias atendidas no campo estudado é de mulheres com idade entre 29 e 38 anos, ensino fundamental incompleto, solteiras, agricultoras, residentes da zona rural ou urbana e com menos de um salário mínimo de renda familiar, caracterizando uma população com mais vulnerabilidades sociais e econômicas. Achados de um estudo apontaram que perfis maternos similares são comuns em usuárias de maternidades públicas. Alguns hospitais públicos de pequeno e médio porte podem precisar de melhorias na capacitação dos profissionais frente a assistência ao recém-nascido. Em tais locais, os profissionais possuem uma formação generalista que limita sua atuação quando se trata de cuidados aos recém-nascidos, por conseguinte, a assistência poderá sofrer

prejuízos no período de transição a vida extrauterina, a qual gera um estresse fisiológico significativo (FREITAS; FERNANDES, 2016).

Quando se comparou a satisfação das gestantes a assistência ao parto na rede pública hospitalar da cidade do Recife em Pernambuco, constatou-se diferenças entre os estratos, sendo maior a satisfação das usuárias com o atendimento no hospital filantrópico, e menor entre as gestantes assistidas nas unidades municipais e estaduais ($p < 0,001$). O contato pele a pele na sala de parto foi superior a 80% em todas as unidades. Contrariamente, a amamentação na sala de parto apresentou baixas proporções em toda a rede, entretanto com diferenças significativas, sendo superior na unidade federal (22%) e inferior nas municipais (6%). Mais de 30% dos recém-nascidos necessitaram de cuidados hospitalares, dentre eles, a maioria esteve em UTI nas instituições estaduais (50,4%) e filantrópica (42,9%). O internamento em alojamento conjunto foi superior nas unidades municipais e inferior nos internamentos dos hospitais federal e estaduais ($p < 0,001$). Em relação à orientação e ao estímulo à amamentação, verificou-se a maior proporção (91,6%) no hospital filantrópico (SILVA; MENDES; MIRANDA; SOUZA, 2017).

Todos os cuidados prestados aos recém-nascidos foram realizados por um profissional da equipe de enfermagem, contudo, nenhum deles possuía capacitação ou especialização em neonatologia/pediatria. A maioria executou procedimentos vistos na graduação, curso técnico ou durante a jornada de trabalho. A predominância da enfermagem nos cuidados com o recém-nascido demonstrou sua autonomia, entretanto, a falta de capacitação ocasionou uma assistência dissonante da preconizada.

Mesmo sendo considerados cuidados básicos na assistência imediata e mediata ao recém-nascido, é necessário, no mínimo, atualizações já que os protocolos nacionais estão sempre sendo revisados e muitas publicações na área sinalizam a promoção de boas práticas na gestação, no parto, e pós-parto, além de ser direito do recém-nascido receber cuidados ofertados por profissionais especialistas e capacitados em locais providos de recursos mínimos para uma assistência adequada. Estudos mostram que hospitais de pequeno porte e com quantidade pequena de nascimentos dispõem menos de profissionais com especialidade e exclusividade por falta de investimentos financeiros, o que impacta diretamente na execução correta dos cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2001; LARA; GOULART; CARMO, 2010).

Como limitação do estudo, o quantitativo de observações ficou reduzido em virtude da pandemia da COVID-19, o que impossibilitou a presença da pesquisadora na sala de parto pelo tempo planejado para diminuir o risco de contaminação do binômio pelo SARS-CoV-2. A nota técnica nº 9/2020 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), que trata das recomendações para profissionais de saúde que prestam assistência às gestantes e recém-nascidos no pré-parto, parto e puerpério, discorre sobre a suspensão temporária de visitantes em hospitais e maternidades para reduzir o fluxo de pessoas e conseqüentemente o risco de contaminação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos cuidados recomendados não foram realizados, possivelmente pelo fato dos profissionais não possuírem atualização em assistência ao cuidado do

recém-nascido, além da falta de protocolos institucionais e educação continuada na instituição.

Todos os partos e cuidados com os recém-nascidos foram realizados pela enfermagem, o que pode evidenciar a sua autonomia e implicar na importância da classe para as maternidades. Também se observou uma sobrecarga de trabalho, visto que todos atendiam as demandas do hospital geral e da maternidade.

Notou-se uma fragmentação da assistência neonatal imediata e mediata em grande parte das pesquisas nacionais, portanto, o estudo implicou no acréscimo de conhecimentos sobre o tema, podendo embasar pesquisas futuras e preencher possíveis lacunas. Também poderá alertar os gestores sobre investimentos em recursos humanos e capacitações com vistas a melhorar a qualidade do atendimento do binômio.

Como limitação teve-se o quantitativo de observações menor que o esperado, apresentando a necessidade de novas pesquisas na área abrangendo um público maior.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Atenção à saúde da criança - recém-nascido de risco. **Caderno de atenção à saúde da criança recém-nascido de risco**. Secretária de Estado da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/pdf1.pdf. Acesso em: 24 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. **Nota técnica Nº 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Brasília: Ministério da saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida**. 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 24 mar. 2021.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_vertic_alhivisifilis_manualbolso.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

CARDOSO, M. V. L. M. L.; AGUIAR, A. S. C.; LÚCIO, I. M. L.; VERÇOSA, I. C. Recém-nascidos com reflexo vermelho "suspeito": seguimento em consulta oftalmológica. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 120-125, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100018>. Acesso em: 24 mar. 2021.

CARVALHO, G. E.; PELLENZ, D. C. Assistência de enfermagem ao recém-nascido na sala de parto. *Revista Saberes UNIJIPA, Ji-Paraná*, v. 13, n. 2, fev./jul. 2019. Disponível em: <https://unijipa.edu.br/wp-content/uploads/sites/2/2019/07/ARTIGO-3-ASSIST%C3%8ANCIA-DE-ENFERMAGEM-AO-REC%C3%89M-NASCIDO.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2021.

CRUZ, D.C.S.; SUMAM, N.S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 690-7, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/20.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2021.

DUARTE, F. C. P. *et al.* Conhecimento e prática de profissionais de enfermagem sobre profilaxia da oftalmia neonatal. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1: e20180212, 2019. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0212. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452019000100206&script=sci_arttext&tIng=pt. Acesso em: 24 fev. 2021.

ESTEVES, T. M. B. *et al.* Fatores Associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública [Internet]**, v. 48, n. 4, p. 697-703, 2014. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048005278. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000400697&script=sci_arttext&tIng=pt. Acesso em: 08 fev. 2021.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

FRANÇA, D. C. A. *et al.* Termorregulação no recém-nascido: uma revisão integrativa na literatura. **Saúde Coletiva**, v. 11, n. 60, p. 4620-4629, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i60p4620-4629>. Acesso em: 25 mar. 2021.

FREITAS, P. F.; FERNANDES, T. B. M. Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. **Rev Bras Epidemiol**, v. 19, n. 3, p. 525-538, 2016. Disponível em: 10.1590/1980-5497201600030005. Acesso em: 22 mar. 2021.

GALVAN, L. *et al.* Causas de icterícia em neonatos internados em hospital no sul de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 42, n. 3, p. 47-53, jul./set.

2013. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1243.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

KOLOGESKI, T. K.; STRAPASSON, M. R.; SCHNEIDER, V.; RENOSTO, J. M. Contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe na perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 1, p. 94-101, 2017. Disponível em: 10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201712. Acesso em: 24 mar. 2021.

LARA, S.H.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. **Ciência ET Praxis**, v. 3, n. 5, 2010. Disponível em: <http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/viewFile/2158/1150>. Acesso em: 04 fev. 2021.

LIMA, A.M.; CASTRO, J.F.L. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a melhoria das práticas obstétricas. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 56. 2017. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/56>. Acesso em: 04 fev. 2021.

LIMA, L. S.; REIS, E. A. F.; SILVA, E. M.; MOURA, J. P. G. Cuidados de enfermagem na termorregulação de recém-nascidos prematuros: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v. 7, n. 25, p. 1-13, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.70889>. Acesso em: 25 mar. 2021.

MONTEIRO, J. C. S.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta Paulista de Enfermagem [Internet]**, v. 19, n. 4, p. 427-32, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000400010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 08 fev. 2021.

MOREIRA, M. E. L. *et al.* Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup: S128-S139, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145213>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300019. Acesso em: 04 fev. 2021.

SANTOS, L. M. *et al.* Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 2, p. 202-7, 2014. Disponível em: 10.5935/0034-7167.20140026. Acesso em: 24 mar. 2021.

SANTOS, L. M.; AMORIM, A. A. S.; SANTANA, R. C. B.; LOPES, D. M. Puerperas Experience about the contact with the newborn and the breastfeeding on the immediate postpartum. **Rev Pesqui Cuid Fundam**, v. 4, n. 3, p. 2570-7, 2012. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1775/pdf_592. Acesso em: 24 mar. 2021.

SILVA, A. L. A; MENDES, A. C. G.; MIRANDA, G. M. D; SOUZA, W. V. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 12, e00175116, 2017. Disponível em: 10.1590/0102-311X00175116. Acesso em: 22 mar. 2021.

SILVA, J. L. P. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 4: e4190017, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004190017>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400325. Acesso em: 24 fev. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Secretaria do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria**. 26 de janeiro de 2016. São Paulo, 2016.

SOUZA, S. Fatores associados ao escore de Apgar no 1º minuto e à mortalidade neonatal em Foz do Iguaçu –PR no período de 2012 a 2016 [Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva)]. Foz do Iguaçu (PR): **Universidade Federal da Integração Latino-Americana**; 2017. 60p. Disponível em: https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/3195/TCC_reda%c3%a7%c3%a3o_vers%c3%a3ofinal.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 24 mar. 2021.

TAKAZONO, P. S.; GOLIN, M. O. Asfixia Perinatal: Repercussões Neurológicas e Detecção Precoce. **Rev Neurocienc**, v. 21, n. 1, p. 108-117, 2013. Disponível em: 10.4181/RNC.2013.21.761.10p. Acesso em: 24 mar. 2021.

TELES, J. M. *et al.* Amamentação no período de transição neonatal em Hospital Amigo da Criança. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, v. 17, n. 1, p. 94-9, jan./mar. 2015. DOI: 10.5216/ree.v17i1.26208. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.26208>. Acesso em: 25 fev. 2021.

VAIN, N. E. Em tempo: como e quando deve ser feito o clampeamento do cordão umbilical: será que realmente importa?. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 3, p. 258-259, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0258.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2021.