

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO

### NURSING ASSISTANCE TO THE NEWBORN IN THE BIRTHDAY ROOM

Graciana Escorce Carvalho<sup>1</sup>

Débora Cristiane Pellenz<sup>2</sup>

**RESUMO:** A assistência de enfermagem ao RN na sala de parto é definida como a assistência de enfermagem de todos os RNs do Centro Obstétrico, tanto de parto normal quanto de cesarianas, devendo basear-se em um sistema que garanta cuidados contínuos e de complexidade crescente e adequada ao nível de risco do neonato. O objetivo do presente estudo foi identificar as práticas assistenciais empregadas pela equipe de enfermagem aos RNs no CO, buscando evidenciar a importância da atuação do profissional enfermeiro e analisar esses cuidados na perspectiva da enfermagem neonatal. Trata-se de um estudo de aspecto qualitativo em base documental, correspondente à artigos de pesquisa desenvolvidos no Brasil, que respondem a temática. Todo RN merece cuidado especial logo após o nascimento, entretanto alguns precisam de atenção integral devido o maior risco que está exposto (fatores de riscos perinatais e/ou pré-natais). Os cuidados prestados ao RN imediatamente após o parto são essenciais para o bebê, favorece a adaptação entre as fases intrauterina e extrauterina. O profissional de saúde envolvido neste processo corresponde ao ser facilitador ou não, possibilitando a aproximação precoce entre eles, ou interferindo negativamente. O profissional de enfermagem seja em qual for sua ocupação já traz consigo uma gama de responsabilidades no que se refere de execução e prestação da assistência, o cuidado prestado ao RN deve ser pautado na promoção da saúde, garantindo segurança aos pacientes e evitando o surgimento de erros e complicações.

**Palavras-chave:** Recém-Nascido. Assistência de Enfermagem ao RN. Promoção de Saúde.

**ABSTRACT:** Nursing care for the newborn in the delivery room is defined as the nursing care of all NBs of the Obstetric Center, both in normal delivery and cesarean section, and should be based on a system that guarantees continuous care and increasing and adequate complexity the risk level of the neonate. The objective of the present study was to identify the nursing care practices employed by the nursing team to the NBs in the CO, seeking to highlight the importance of the nurse professional performance and to analyze these care from the perspective of the neonatal nursing. It is a qualitative study on a documentary basis, corresponding to research articles developed in Brazil, which respond to the theme. All NBs deserve special care right after birth, but some need comprehensive care because of the increased risk (perinatal and / or prenatal risk factors). The care provided to the NB immediately after delivery is essential for the baby, favors the adaptation between the intrauterine and extrauterine phases. The health professional involved in this process corresponds to being facilitating or not, enabling the early approximation between them, or interfering negatively. The nursing professional, regardless of his / her occupation, already carries with him a range of responsibilities regarding the execution and delivery of care, the care provided to the NB should be based on health promotion, ensuring patient safety and avoiding the emergence of errors and complications.

<sup>1</sup> Acadêmica de Bacharel em Enfermagem: Discente do curso de Enfermagem da Faculdade Panamericana de Ji-Paraná UNIJIPA, gra\_escorce2.0@gmail.com

<sup>2</sup> Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada, ULBRA-RS. Pós-Graduada Programa Saúde da Família - PSF e Enfermeira pelo Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná- CEUJI-ULBRA, deborapellenz@gmail.com

**Key words:** Newborn. Nursing Assistance to the RN. Health Promotion.

## 1. INTRODUÇÃO

No período neonatal, caracterizado pelo período de nascimento até os 28 dias, o cuidado com a saúde do recém-nascido (RN) 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. (BRASIL, 2012)

Na primeira semana de vida, em especial no primeiro dia de vida, que se concentram as mortes infantis no país, é um momento de grande vulnerabilidade na vida, agrupando riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo a necessidade de cuidados especiais, com atuação adequada, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). (BRASIL, 2012)

O enfermeiro assume papel importante na determinação da qualidade do serviço prestado, na condição de gerente ou coordenador da equipe, supervisiona todas as atividades de enfermagem desenvolvidas pela equipe, facilitando a identificação de falhas e possíveis intervenções. (NASCIMENTO; SILVA, 2014)

A assistência de enfermagem ao RN na sala de parto é definida como a assistência de enfermagem de todos os RNs do Centro Obstétrico, tanto de parto normal quanto de cesarianas, devendo basear-se em um sistema que garanta cuidados contínuos e de complexidade crescente e adequada ao nível de risco do neonato. (NASCIMENTO; SILVA, 2014)

As atitudes dos profissionais que prestam cuidados ao RN no Centro Obstétrico (CO) são extremamente importantes, pois influenciam o vínculo mãe-bebê, facilitando ou dificultando essa aproximação, sabe-se que prover o contato imediato do RN com a mãe e o pai proporciona maior tranquilidade durante a transição da vida intrauterina a nova vida, além de promover o desenvolvimento físico e psíquico. (MULLER; ZAMPIERI, 2014)

O RN que nasce a termo (Idade Gestacional entre 37 semanas a 41 semanas mais 6 dias) e apresenta-se em boas condições de vitalidade, rosado e ativo, sem sinais de sofrimento respiratório ou alterações clínicas importantes, deve ser estimulado, nos primeiros minutos de vida, a interagir com a mãe. A equipe deve promover o contato pele a

pele entre mãe e filho e a amamentação precoce. Neste contexto é primordial que o profissional esteja capacitado para atender o RN com embasamentos científicos, revendo sua prática e avaliando, em caso de práticas não benéficas e prejudiciais à saúde da mãe e do RN devem ser abolidas. (MULLER; ZAMPIERI, 2014)

O paciente tem direito a uma assistência de qualidade. Muito sofrimento pode ser amenizado, mortes podem ser evitadas com a prestação de um cuidado atencioso, sério e competente do profissional de enfermagem e equipe, contando com constante atualização de conhecimento e prática da enfermagem. (NASCIMENTO; SILVA, 2014)

Para uma boa assistência ao RN na sala de parto, a equipe deve trabalhar em conjunto e realizar os procedimentos recomendados dentro das técnicas operacionais, uma vez que o recém-nascido pode apresentar diferentes condições de vida e necessidades. (LARA; GOULART; CARMO, 2010)

O objetivo do presente estudo foi identificar as práticas assistenciais empregadas pela equipe de enfermagem aos RNs no CO, buscando evidenciar a importância da atuação do profissional enfermeiro e analisar esses cuidados na perspectiva da enfermagem neonatal.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de aspecto qualitativo em base documental, correspondente à artigos de pesquisa desenvolvidos no Brasil, que respondem a temática, disponíveis em locais como Scientific Electronic Library Online (SciELO) e do Ministério da Saúde (MS). O levantamento dos artigos ocorreu em setembro de 2018. A seleção destes artigos foi realizada através dos critérios: seguintes DeCS – Descritores em Ciências da Saúde: “Cuidados de Recém-nascido na sala de parto”, “Assistência de Enfermagem no RN”, associando a seus termos sinônimos; Publicação superior ao ano de 2000; Manuais e artigos completos em língua portuguesa; Sendo de pesquisa, relato de experiência ou reflexão; disponíveis eletronicamente.

Foram selecionados 15 artigos/periódicos/manuais, através da credibilidade dos sites que realizaram a pesquisa, artigo ou documento, onde após a leitura completa dos artigos/periódicos, a partir da interpretação dos estudos encontrados e sua síntese com o referencial teórico consultado, vieram a contribuir para a elaboração deste trabalho.

### **3. DESENVOLVIMENTO**

#### **3.1 PREPARO PARA ATENDER O RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO**

No Brasil, nascem cerca de 3 milhões de crianças ao ano, sendo 98% em hospitais, um em cada 10 recém-nascidos necessita de ajuda para iniciar a respiração efetiva; um em cada 100 precisa de intubação traqueal; e 1-2 em cada 1.000 requer intubação acompanhada de massagem cardíaca e/ou medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente. A necessidade de procedimentos de reanimação é maior quanto menor a idade gestacional e/ou peso ao nascer. O parto cesárea, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco para asfixia, também eleva a chance de que seja necessária a ventilação ao nascer. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016)

Todo RN merece cuidado especial logo após o nascimento, entretanto alguns precisam de atenção integral devido o maior risco que está exposto (fatores de riscos perinatais e/ou pré-natais. O preparo para atender o RN na sala de parto inclui realização da anamnese materna, disponibilidade do material para atendimento e presença de equipe treinada em reanimação neonatal. (BRASIL, 2012)

##### **3.1.1 Anamnese Materna**

Na anamnese materna as condições perinatais estão intimamente ligadas ao maior risco de necessidade de reanimação, são classificados em fatores antenatais – idade < 16 anos ou > 35 anos, diabetes, hipertensão específica da gestação, hipertensão crônica, anemia fetal ou aloimunização, óbito fetal ou neonatal anterior, sangramento no 2º e 3º trimestre, infecção materna, doença materna cardíaca, renal, tireoidiana ou neurológica, polidrâmnio ou oligoâmnio, ausência de cuidado pré-natal, rotura prematura das membranas, pós-maturidade, gestação múltipla, discrepância entre IG e peso ao nascer, diminuição da atividade fetal, uso de drogas ilícitas, mal formação ou anomalia fetal, uso de medicações e hidropsia fetal – e fatores relacionados ao parto – cesariana de emergência, uso de fórceps ou extração a vácuo, apresentação não cefálica, trabalho de parto prematuro, parto taquitéico, corioamnionite, rotura prolongada de membranas (> 18hrs antes do parto), trabalho de parto prolongado (> 24hrs), placenta prévia, macrossomia fetal, bradicardia fetal, padrão anormal de frequência cardíaca fetal, anestesia

geral, tetania uterina, líquido amniótico meconial, prolapso de cordão, uso materno de opioides nas 4hrs que antecedem o parto, segundo estágio de trabalho de parto prolongado (> 2hrs), descolamento prematuro da placenta e sangramento intraparto abundante. (BRASIL, 2012)

A equipe responsável pela recepção do RN na sala de parto deve conhecer as condições presentes durante a gravidez e parto que aumentam a possibilidade de sofrimento fetal assim como a necessidade de cuidados especiais, reanimação.

### 3.1.2 Material Necessário para Atendimento

O material necessário para atendimento deve ser preparado, testado e estar disponível, em local de fácil acesso, antes do nascimento. A temperatura ambiente, um fator importante, na sala de parto deve ser, no mínimo, de 26°C para manter a temperatura corpórea normal do RN. Esse material é atribuído à manutenção da ventilação, temperatura, aspiração das vias aéreas e administração de medicamentos. (BRASIL, 2012)

**Tabela 01 – Material Necessário Para Assistência ao RN na Sala de Parto**

<b>SALA DE PARTO E/OU DE REANIMAÇÃO COM TEMPERATURA AMBIENTE DE 26°C E:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa de reanimação com acesso por três lados</li> <li>• Fonte de calor radiante</li> <li>• Fontes de oxigênio umidificado e de ar comprimido, com fluxômetros</li> <li>• Aspirador a vácuo com manômetro</li> <li>• Relógio de parede com ponteiro de segundos</li> <li>• Termômetro digital para mensuração da temperatura ambiente</li> </ul>
<b>MATERIAL PARA ASPIRAÇÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondas: traqueais nos 6, 8 e 10</li> <li>• Sondas gástricas curtas nos 6 e 8</li> <li>• Dispositivo para aspiração de mecônio</li> <li>• Seringa de 20mL</li> </ul>
<b>MATERIAL PARA VENTILAÇÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reanimador manual neonatal (balão autoinflável com volume máximo de 750 ml, reservatório de O2 e válvula de escape com limite de 30 – 40 cm H2O e/ou manômetro)</li> <li>• Ventilador mecânico manual neonatal em T</li> <li>• Máscaras redondas com coxim para prematuros tamanho 00 e 0 e de termo 1</li> <li>• Blender para mistura oxigênio/ar</li> <li>• Oxímetro de pulso com sensor neonatal e bandagem elástica escura</li> </ul>
<b>MATERIAL PARA INTUBAÇÃO TRAQUEAL</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laringoscópio infantil com lâmina reta nos 00, 0 e 1</li> <li>• Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro uniforme 2,5/ 3,0/ 3,5 e 4,0mm</li> <li>• Material para fixação da cânula: tesoura, fita adesiva e algodão com SF 0,9%</li> <li>• Pilhas e lâmpadas sobressalentes</li> <li>• Detector colorimétrico de CO2 expirado</li> </ul>

#### **MEDICAÇÕES**

- Adrenalina diluída em SF 0,9% a 1/10.000 em uma seringa de 5,0mL para administração única endotraqueal
- Adrenalina diluída em SF 0,9% a 1/10.000 em uma seringa de 1,0mL para administração endovenosa
- Expansor de volume (SF 0,9% ou Ringer-lactato) em duas seringas de 20 ml
- Álcool etílico 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%
- Nitrato de prata 1% e ampola de água destilada
- Vitamina K1

#### **MATERIAL PARA CATETERISMO UMBILICAL**

- Campo fenestrado esterilizado, cadarço de algodão e gaze
- Pinça tipo kelly reta de 14cm e cabo de bisturi com lâmina nº 21
- Porta agulha de 11cm e fio agulhado mononylon 4.0
- Sonda traqueal sem válvula nº 6 ou 8 ou cateter umbilical 5F ou 8F

#### **OUTROS MATERIAIS**

- Luvas e óculos de proteção individual
- Compressas e gazes esterilizadas
- Estetoscópio neonatal
- Saco de polietileno de 30x50cm e touca para proteção térmica do RN prematuro
- Tesoura de ponta romba e clampeador de cordão umbilical
- Seringas de 20mL, 10mL, 5mL e 1mL e agulhas
- Balança digital e antropômetro

**Fonte:** Sociedade Brasileira De Pediatria, 2011.

### **3.1.3 Equipe Treinada em Reanimação Neonatal**

Considerando a frequência de RN que necessita de algum procedimento de reanimação e a rapidez que tais manobras devem ser iniciadas, faz-se necessário que pelo menos um profissional esteja presente durante o parto estando capacitado a realizar de forma adequada a reanimação neonatal, este é responsável exclusivamente pelo atendimento ao RN, em caso de nascimento de gemelares, deve-se dispor de material e equipe próprios para cada RN. Em casos de identificação de fatores de risco perinatais podem ser necessários a presença de 2 ou 3 profissionais treinados com intuito de garantir um atendimento de maneira rápida e efetiva. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016)

As equipes que atuam no atendimento ao recém-nascido na sala de parto devem ter treinamento para desenvolvimento dos procedimentos necessários, ficando definido quem vai ser o líder, quais os papéis e responsabilidades de cada membro da equipe. A organização da equipe proporciona melhor atuação, comunicação efetiva e qualidade e segurança ao paciente. (NASCIMENTO; SILVA, 2014)

### 3.2 PREVENÇÃO CONTRA INFECÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 32% das mortes de RNs são causadas por infecção. Os recém-nascidos podem ser infectados por bactérias ou outros organismos causando infecções graves da pele, cordão umbilical, pulmões, sistema gastrointestinal, cérebro ou sangue. (BECK et al., 2004)

Para prevenir as infecções é importante conhecer como elas ocorrem nas unidades neonatais. O RN pode ser infectado por via transplacentária ou via ascendente (intraútero), nos casos de rotura de membrana, trabalho de parto prematuro, infecção urinária ou qualquer outro fator que favoreça o crescimento da colonização genital da mãe. (BRASIL, 2012)

Após o nascimento, o processo infeccioso pode ocorrer por meio do contato direto com a mãe, familiares e profissionais de saúde, ou contato indireto, através de objetos como estetoscópio, ventilação mecânica, cateteres, termômetros, entre outros. Além dessas formas de contaminação, podemos citar o contato com fluidos contaminados, leite materno, surtos de infecções virais, etc. (BRASIL, 2012)

A manifestação clínica da infecção podem ser caracterizadas de acordo com o momento, as infecções que surgem em um tempo menor ou igual 48 hrs do nascimento geralmente são decorrentes da contaminação por bactérias do canal do parto ou bacteriemias maternas, as infecções com aparecimento após 48 hrs de vida, geralmente são decorrentes da contaminação do RN por micro-organismos hospitalares, podendo ser classificadas como infecções precoces e infecções tardias, respectivamente. (ANVISA, 2017)

#### 3.2.1 Fatores de Risco Para IH

Conhecer os fatores de risco é fundamental para previni-la, podem ser oriundos do RN ou relacionados às condições locais. Os fatores próprios do RN envolve o peso ao nascer, defesa imunológica diminuída, necessidade de procedimentos invasivos e alteração da microbiota bacteriana, já os fatores relacionados às condições locais refere-se a desproporção entre números de internados e número de profissionais que atendem, e o número de RNs internados acima da capacidade da unidade. (BECK et al., 2004)

Para a recepção do RN, não utilizar as precauções-padrão que compreendem a lavagem/ higienização correta das mãos e o uso de luvas, aventais, máscaras ou proteção facial para evitar o contato do profissional com o material biológico do paciente, também favorecem a disseminação, contaminação e desenvolvimento de infecções. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016)

Além da necessidade de manter a proporção adequada entre RNs e profissionais, é muito importante o treinamento, para que durante a realização dos procedimentos invasivos utilizam-se as técnicas adequadas. (BRASIL, 2012)

### **3.2.2 Medidas Preventivas**

As práticas de prevenção contra infecção diminuem os riscos de transmitir doenças, como hepatite B e HIV/ AIDS, entre o bebê, a mãe e o profissional. (BECK et al., 2004)

De acordo com o Ministério da Saúde (2012) são elencadas recomendações com finalidade de reduzir ao mínimo a incidência de infecções nas unidades neonatais:

- Medidas gerais educativas e restritivas: a entrada de profissionais, pais e familiares na unidade deve ser triada, observando o risco ou presença de doenças infecciosas.
- Higienização das mãos: medida preventiva mais importante contra infecção.
- Prevenção relacionada a procedimentos invasivos.
- Prevenção de infecções respiratórias: técnica de intubação traqueal menos traumática possível, evitar extubação acidental e cuidados com equipamentos de ventilação mecânica e acessórios.
- Seguir os três passos de prevenção contra infecção no preparo dos equipamentos, suprimentos, e superfícies antes do bebê nascer: desinfecção, limpeza e desinfecção ou esterilização de alto nível.
- Use luvas quando tocar pele com ferimento, membranas mucosas, sangue ou qualquer outro fluido corporal.
- Utilizar EPI.
- Eliminar os lixos de maneira segura (placenta, sangue, agulhas, entre outros contaminantes).

### 3.3 AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

A primeira avaliação do RN realizada na sala de parto tem por finalidade determinar a vitalidade, fatores de risco, detectar precocemente más formações congênitas, traumas obstétricos e distúrbios cardiorrespiratórios que possam comprometer a saúde do neonato. (BRASIL, 2012)

Para que a assistência de enfermagem ocorra na sala de parto com qualidade, o enfermeiro deve se atentar a alguns conceitos de classificação do RN.

- Classificação quanto à Idade Gestacional (IG):
  - RN pré-termo: IG inferior a 37 semanas.
    - Pré-termo extremo: menor que 28 semanas de gestação, limite de viabilidade e necessitam de cuidados intensivos.
    - Pré-termo grave: 28 a 30 semanas de gestação, apresentam algumas vantagens fisiológicas, entretanto exige qualidade na assistência intensivo.
    - Pré-termo moderada: 31 a 33 semanas de gestação.
    - Pré-termo tardio: 34 a 36 semanas.
  - RN a termo: IG entre 37 e 41 semanas e 6 dias.
  - RN Pós-termo: IG igual ou maior que 42 semanas.
- Classificação quanto ao peso:
  - GIG (grande para idade gestacional): peso igual ou superior a 4 kg (acima do percentil 90).
  - AIG (adequado para idade gestacional): peso maior que 2,5 kg a 4 kg (entre o percentil 10 e 90).
  - PIG (pequeno para idade gestacional): peso igual ou inferior a 2,5 kg (abaixo do percentil 10).
  - Muito baixo peso: < 1,5 kg.
  - Extremo baixo peso: < 1 kg.
- Períodos Utilizados para indicadores de morbi-mortalidade:
  - Neonatal: do nascimento até 28 dias.
  - Neonatal precoce: do nascimento até 6º dia.
  - Neonatal tardio: do 7º dia até o 28º.

#### 4. CUIDADOS IMEDIATOS AO RN NA SALA DE PARTO

Os cuidados prestados ao RN imediatamente após o parto são essenciais para o bebê, favorece a adaptação entre as fases intrauterina e extrauterina. A primeira hora de vida é um período denominado de inatividade alerta do RN, caracterizado como sendo um momento sensível, em que a mãe tem a oportunidade de se apegar ao filho. O profissional de saúde envolvido neste processo corresponde ao ser facilitador ou não, possibilitando a aproximação precoce entre eles, ou interferindo negativamente. (CRUZ; SUMAM; SPÍNDOLA, 2007)

Mendes & Bonilha (2003, p. 111) citado por Lara, Goulart e Carmo (2010, p.36) a assistência imediata ao RN visa proporcionar ótimas condições com objetivo de auxiliá-lo em sua adaptação à vida extrauterina e estar preparado para intervir em casos que apresentem condições patológicas que coloquem em risco sua vida.

Para a realização de uma boa assistência é necessário seguir alguns passos pré-estabelecidos.

Imediatamente após o nascimento, a necessidade de reanimação depende da avaliação rápida de quatro situações referentes à vitalidade do conceito, sendo realizadas quatro perguntas: Gestação a termo? Ausência de mecônio? Respirando ou chorando? Tônus muscular bom? Caso a resposta seja afirmativa a todas as perguntas, considera-se que o RN está com boa vitalidade e não necessita de manobras de reanimação. A determinação da necessidade da manobra de reanimação e a avaliação de sua eficácia depende da avaliação de dois sinais no RN, correspondendo a frequência respiratória (FR) e frequência cardíaca (FC). (BRASIL, 2012)

Ministério da Saúde (2001) preconiza que para realização da assistência do RN normal, que constitui na maioria das situações, os cuidados imediatos são Secagem e Aquecimento – colocar o RN sob fonte de calor radiante, secá-lo e remover os campos úmidos; Promover limpeza e manutenção da respiração com a desobstrução das vias aéreas superiores (VAS); Pinçamento e secção do cordão umbilical, clampear 6 a 8 cm do abdome e realizar curativo com álcool 70%, Avaliar a necessidade de reanimação do RN e determinação do score de Apgar 1º e 5º minuto (este não determina a necessidade de reanimação, porém um escore baixo indica presença de asfixia neonatal e um escore alto, sua ausência); e Entregar à mãe para um contato íntimo e precoce.

Cruz, Sumam e Spíndola (2007, p.692) “Em relação à manutenção da temperatura corpórea [...] a perda calórica é minimizada secando-se rapidamente a pele e o cabelo do RN colocando em ambiente aquecido.”

O clampeamento do cordão umbilical deve ser realizado após cessar as pulsações (aproximadamente 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV/HTLV positivas, que neste caso o clampeamento deve ser imediato. Deve verificar a presença de duas artérias e uma veia umbilical, pois a existência de uma artéria umbilical pode estar associada a anomalias congênitas. (BRASIL, 2012)

“O clampeamento tardio do cordão umbilical é recomendado como estratégia fácil e de baixo custo para melhorar os níveis de ferritina ao nascimento e prevenir a anemia na infância” (OLIVEIRA et al, 2014, p.11)

Após o clampeamento do cordão, o RN poderá ser mantido sobre o abdome e/ou tórax materno, usando o corpo da mãe como fonte de calor, garantindo-se que o posicionamento da criança permita movimentos respiratórios efetivos. O contato pele a pele imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco de hipotermia em RNs a termo que nascem com respiração espontânea e que não necessitam de ventilação, desde que cobertos com campos preaquecidos. Nesse momento, pode-se iniciar a amamentação. (BRASIL, 2012, p.35)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida, pois está associado à melhor interação mãe-bebê, menor risco de hemorragia materna, maior período de amamentação e menor mortalidade neonatal.

A amamentação na primeira hora pós-parto assegura que o RN receba o colostro, que é rico em fatores protetores, além do contato pele a pele entre mãe e bebê representar um fator que aumenta as chances do aleitamento materno exclusivo ser bem sucedido. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016)

Em RNs que apresentam uma resposta negativa referente aos movimentos respiratórios e/ou tônus muscular flácido devem ser conduzidos à mesa de reanimação, seguindo os seguintes passos para estabilização: prover calor, posicionar a cabeça em leve extensão, aspirar bocas e narinas se necessário e secar, devendo ser executados no máximo 30 segundos. A decisão quanto à reanimação depende da avaliação da FC e FR, a avaliação da FR é realizada por meio da observação da expansão torácica ou da presença

do choro apresentando regular e suficiente para manter FC > 100 bpm, em casos de irregularidades no padrão (tipo gasping) ou ausência dos movimentos a respiração está ineficiente. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016)

O principal determinante da indicação da manobra de reanimação é a FC. Os métodos para avaliar a FC nos primeiros minutos incluem a palpação do cordão umbilical, a ausculta do precórdio com estetoscópio, a detecção do sinal de pulso pela oximetria e uso do monitor cardíaco, este permite a detecção acurada, rápida e contínua da FC sendo o mais indicado. Tanto a ausculta precordial quanto a palpação do cordão podem subestimar a FC. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016)

A avaliação da coloração da pele e das mucosas do RN não é mais utilizada para decidir procedimentos na sala de parto, esta avaliação é subjetiva e não tem relação com a saturação de oxigênio ao nascimento. Além disso, alguns RNs devido o esforço respiratório e FC podem levar alguns minutos para ficar rosados. A saturação de O<sup>2</sup> com um minuto de vida é em torno de 60% - 65%, atingindo no quinto minuto 87% - 92% em casos de RNs que não precisam de reanimação. (BRASIL, 2012)

O boletim de Apgar é definido da seguinte maneira:

SINAL	ESCORE		
	0	1	2
<b>Frequência Cardíaca</b>	Ausente	<100bpm	>100bpm
<b>Respiração</b>	Ausente	Lenta e irregular	Regular, chorando
<b>Tônus Muscular</b>	Flácido	Alguma flexão	Movimentos ativos
<b>Irritabilidade Reflexa</b>	Sem resposta	Careta	Tosse, espirro, choro
<b>Cor da pele</b>	Cianótica ou pálida	Corpo rosado e acrocianose	Completamente rosada

Fonte: Sociedade Brasileira De Pediatria, 2011.

Quando os componentes são somados tem-se o escore de apgar, ele é atribuído até o quinto minuto após o nascimento e se o total for inferior a 7 no quinto minuto, deve ser repetido a cada 5 minutos até completar 20 minutos. Caso o escore fique acima de 7 a avaliação pode ser interrompida. (BRASIL, 2012)

“Os níveis do índice de apgar inferior variam de acordo com alterações fisiopatológicas, maturidade do conceito, malformações neuromusculares ou cerebrais, condições respiratórias, além de condições maternas [...]” (MOUTA et al, 2008, p. 476).

#### 4.1 ASSISTÊNCIA AO RN COM NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (2012) caso o RN seja pré-termo ou se logo após nascer não apresentar respiração e/ou hipotônico, é indicado 5 passos iniciais:

- Promover Calor: secar e desprezar os campos úmidos.
- Manter a Permeabilidade das Vias Aéreas: avaliar FC e FR após passos iniciais da reanimação. FC > 100 bpm e respiração rítmica e regular, o RN deve receber os cuidados de rotina na sala de parto. FC < 100 bpm e respiração irregular, indica-se a ventilação com pressão positiva (VPP), devendo iniciar no primeiro minuto de vida “minuto de ouro”.
- Ventilação por Pressão Positiva: após 30 segundos da execução dos passos iniciais, está indicada para apnéia, respiração irregular e FC < 100 bpm.
- Massagem Cardíaca: deve ser iniciada após 30 segundos de ventilação com O<sub>2</sub> suplementar para o RN que apresentar ou persistir com FC < 60 bpm. No RN a massagem cardíaca e ventilação são realizadas de forma sincrônica, mantendo uma relação de 3:1, sendo 120 eventos – 90 compressões para 30 insuflações.
- Medicamentos: quando a FC permanecer abaixo de 60 bpm a despeito de ventilação efetiva e massagem cardíaca adequada, o uso de adrenalina, expansor de volume ou ambos está indicado.

Quando a assistência a um RN que tem dificuldades na transição da vida intrauterina para extrauterina é aplicada de maneira rápida e efetiva, no caso a aplicação da ventilação por pressão positiva, apenas 1 RN a cada mil irá precisar de procedimentos avançados de reanimação (intubação, massagem e medicamentos). (BRASIL, 2012)

#### 4.2 ASSISTÊNCIA AO RN COM LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL

A conduta do profissional diante a presença de líquido tinto de mecônio depende da vitalidade do RN. Segundo Ministério da Saúde (2012) caso o neonato com o líquido meconial apresente logo após o nascimento movimentos respiratórios rítmicos e regulares, tônus muscular adequado e FC maior que 100 bpm a conduta deve seguir:

- Levar o RN à mesa de reanimação.
- Colocá-lo sob fonte de calor radiante.

- Posicionar sua cabeça com uma leve extensão do pescoço.
- Aspirar o excesso de secreções da boca e do nariz com sonda de aspiração traqueal nº 10.
- Secar e desprezar os campos úmidos, verificando novamente a posição da cabeça.
- Avaliar a FC e a respiração.

Se a avaliação apresentar resultado normal, o RN deve receber os cuidados de rotina na sala de parto. Em caso de apresentar resultado negativo a avaliação o profissional deve realizar:

- Realizar a retirada do mecônio residual da hipofaringe e da traquéia sob visualização direta e fonte de calor radiante.

A aspiração traqueal deve ser realizada com cânula traqueal conectada a um dispositivo para aspiração de mecônio a ao aspirador a vácuo, com pressão máxima de 100 mmHg. Recomenda-se aspirar o excesso de mecônio uma única vez. Em casos em que o RN apresenta FC < 100 bpm, respiração irregular ou apnéia deve-se realizar a VPP. (BRASIL, 2012)

## **5. CUIDADOS MEDIATOS AO RN**

Os cuidados de rotina preconizados pelo Ministério da Saúde (2012) após a estabilização clínica do RN na sala de parto devem ser realizados em sequência:

- Credeização: método de prevenção da oftalmia gonocócica, deve ser administrado 1 gota de Nitrato de Prata a 1% nos olhos do RN. Se o nitrato cair fora do globo ocular ou se houver dúvida, é indicado repetir o procedimento. A profilaxia deve ser realizada tanto no parto vaginal quanto cesáreo.
- Antropometria: Realizar o exame físico simplificado, incluindo peso, comprimento, e perímetros cefálico, torácico e abdominal.
- Administração da Vitamina K: para prevenção de sangramento por deficiência desta vitamina, deve-se administrar 1 mg de vitamina K por via intramuscular ou subcutânea ao nascimento.
- Detecção de incompatibilidade sanguínea materno-fetal: realizar a coleta de sangue da mãe e do cordão umbilical para determinar os antígenos dos sistemas ABO e Rh.

- Identificação do RN: deve ser realizado no prontuário o registro de dados, e pulseiras devem ser colocadas na mãe e no RN, contendo – nome da mãe, registro hospitalar, data e hora de nascimento e sexo do RN.
- Imunização BCG e Hepatite B: deve ser realizado no Hospital, antes da alta hospitalar.

Os RNs que estão em quadro estáveis devem permanecer com suas mães e ser transportados para o alojamento conjunto. (BRASIL, 2012)

Para Figueiredo (2008) os cuidados mediatos correspondem a higienização corporal, exame físico completo, avaliação da capacidade de amamentação e perda ponderal.

Não há necessidade de banhar imediatamente o RN ainda na sala de parto, exceto os RNs de mãe HIV positivo ou que nasceram banhados em mecônio. O banho pode aguardar para quando for transferido para o alojamento conjunto ou para a unidade neonatal. O banho representa um excelente momento para observar o comportamento do bebê, como irritabilidade e atividade muscular, a equipe de enfermagem deve envolver os pais nos cuidados, ensinando os procedimentos e ajudando a reconhecer as características individuais do seu bebê. (FIGUEIREDO, 2008)

Para realização do exame físico completo é importante que o enfermeiro conheça a anamnese materna e a descrição de nascimento do RN, realiza observações gerais, avaliação dos sinais vitais, avaliação da pele, avaliação da cabeça, avaliação dos olhos, orelhas, nariz, boca, pescoço, tórax, abdome, coto umbilical, genitálias, coluna espinal, membros superiores e inferiores, e avaliação neurológica (compreende a observação da atitude, reatividade, choro, tônus, movimentos e reflexos do RN). (FIGUEIREDO, 2008)

A capacidade de amamentação do RN varia em função da coordenação da capacidade de sucção, deglutição e respiração, devendo ser analisado a pega e orientado a mãe sobre a posição correta e ambiente tranquilo. Todos os RNs perdem até 10% de seu peso, desde o nascimento até o 3º ou 4º dia, essa perda é causada pela diminuição de edema, eliminação de mecônio e urina e pela pequena ingesta de leite materno nos primeiros dias. É fundamental que seja avaliado essa perda ponderal a fim de atuar precocemente nos casos em que os índices ultrapassem os limites da perda fisiológica. A partir do 5º dia o RN começa a ganhar peso. (FIGUEIREDO, 2008)

Após a finalização dos procedimentos de sala de parto a mãe e o RN deve ir para um local que permita a eles ficarem juntos 24hrs por dia até o momento da alta hospitalar, o alojamento conjunto é obrigatório nas maternidades. (BRASIL, 2012)

São encaminhados para o alojamento conjunto os RNs que apresentam boa vitalidade, capacidade de aleitamento, controle térmico, PIG ou GIG após a aferição de níveis normais de glicemia, as mães também devem gozar de boas condições físicas e psicológicas. (FIGUEIREDO, 2008)

No alojamento conjunto, os profissionais de saúde devem realizar as orientações à mãe e aos familiares sobre vários aspectos relacionados ao cuidado do RN, como amamentação – uso de mamadeira e chupeta, comportamento normal do RN – interação com o bebê, posição da criança para dormir e acompanhamento da criança. (BRASIL, 2012)

Algumas crianças apresentam algumas características associadas a um risco maior de adoecer e morrer. Cabe ao profissional de saúde identificar e na maternidade recomendar a prioridade de acompanhamento na atenção básica, inclusive com busca ativa. São considerados fatores de risco ao nascer: residência em área de risco, baixo peso ao nascer, prematuridade, asfixia grave, internação ou intercorrências, mãe adolescente e/ou com baixa instrução, e histórico de morte de crianças menores de 5 anos na família. (BRASIL, 2012)

## **6. ASPECTOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO**

O profissional enfermeiro, assim como a equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde, é capaz de atuar de modo sensível, harmônico e integrado compreendendo toda singularidade que o momento comporta, é importante que suas ações estejam em conformidade com a proposta da humanização da assistência. (CRUZ; SUMAM; SPÍNDOLA, 2007)

A enfermagem passa mais tempo em contato com o paciente, a ausência deste profissional ou da sistematização, faz com que as atividades desenvolvidas pela equipe dificultem no processo de humanização, e implica em déficit da qualidade no cuidado. Ainda quando existe uma distância entre o enfermeiro e o paciente se perde a oportunidade de poder detectar falhas no atendimento. (LARA; GOULART; CARMO, 2010)

Segundo Muller e Zampieri (2014) o processo de trabalho da enfermagem encontram-se enraizadas em normas, rotinas e burocracia, muitas vezes o excesso de formalismo pode levar a baixa eficiência no trabalho, ocasionando prejuízos aos clientes que precisam do cuidado. Para isso, o enfermeiro deve analisar e adotar estratégias para organizar os serviços de modo que atendam as necessidades assistenciais dos clientes.

As práticas de atenção adequada, integral e fundamentada cientificamente devem ser adotadas como modelo na atenção ao parto e cuidados ao RN, neste sentido o profissional enfermeiro tem capacidade de atuar, também, como educador por excelência, programando e motivando mudanças necessárias para a execução do cuidado, além de supervisionar as práticas executadas por sua equipe, com intuito de buscar sempre a melhora do serviço e aperfeiçoamento da capacidade de trabalho. (LARA; GOULART; CARMO, 2010)

Para Nascimento e Silva (2014) a equipe de enfermagem representa o núcleo profissional mais próximo do cliente, estabelecendo fluxos de cuidados desde o momento da admissão até a alta, relacionando o vínculo terapêutico com os pais e/ou familiares.

O profissional de enfermagem seja em qual for sua ocupação já traz consigo uma gama de responsabilidades no que se refere de execução e prestação da assistência, o cuidado prestado ao RN deve ser pautado na promoção da saúde, garantindo segurança aos pacientes e evitando o surgimento de erros e complicações. (SOUSA et al, 2016)

O enfermeiro é responsável por promover a adaptação do RN no meio extrauterino, observar o quadro clínico, fornecer alimentação adequada suprindo as necessidades metabólicas, realizar controle de infecção, estimular o RN, orientar os pais, manter um plano educacional, organizar, administrar e coordenar a assistência de enfermagem ao RN e a mãe, e supervisionar o cuidado. (SILVA; VIEIRA, 2008)

O desenvolvimento de trabalho em equipe é um facilitador da assistência ao RN, o entrosamento entre o grupo com habilidades complementares umas as outras tendo como missão e objetivo comum de promoção e um plano de trabalho comum. (SILVA; VIEIRA, 2008)

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A chegada de um bebê em uma família, na maioria dos casos, é sinônimo de alegria, um momento mágico e de muita emoção. Em âmbito hospitalar os profissionais

que estão envolvidos, principalmente a equipe de enfermagem que está presente por mais tempo, tem papel fundamental na cooperação da interatividade, na avaliação mãe/bebê e no domínio das eventuais intercorrências que podem ocorrer.

Atualmente a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, a falta de capacitações e conscientização da importância em atuar de forma adequada na assistência neonatal são algumas barreiras que podem ocasionar em falhas e ausência do enfermeiro nas ações práticas assistenciais, ficando assim um profissional de atuação mais administrativo.

No decorrer deste trabalho foi possível identificar as principais atividades que devem ser executadas ao atendimento imediato e mediato ao RN, assim como sua relevância para o crescimento e desenvolvimento da criança, levando em consideração algumas divergências encontradas no material de referência em questão da classificação desses cuidados, pode-se observar independentemente disso, que o cuidado deve ser prestado com foco no paciente e na promoção da saúde.

É notório que as atividades de enfermagem abrangem não só conhecimento teórico e técnico, mas a humanização no atendimento, podendo caracterizar o profissional enfermeiro como o principal responsável pelo desenvolvimento do vínculo mãe-bebê imediatamente após a chegada do RN, além do cumprimento efetivo de todos os cuidados que devem ser prestados ao RN e a mãe.

Assim como cada instituição possui as normas e regulações, dentro destes é possível programar ações com intuito de diminuir os riscos que o RN e a mãe estão submetidos, para isso, incumbe aos profissionais de saúde buscar mais conhecimentos, rever as práticas que são executadas visando o ser humano e suas necessidades.

O enfermeiro é um profissional capaz de vencer as barreiras e atuar nos cuidados neonatais ativamente, de realizar atividades em programas de educação continuada, de promover treinamentos das técnicas apropriadas e de supervisionar e avaliar sua equipe na execução das práticas e tratamentos, projetando uma prática eficaz e com resultados positivos.

## **8 REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, M.F.B., GUINSBURG, R. **Reanimação do recém-nascido > ou = 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2016 da sociedade brasileira de pediatria 26 de**

**janeiro de 2016.** Secretaria do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria

Alameda Jaú, 1742 – sala 51 - 01420-002 - São Paulo / SP. Disponível em: < <http://wwws.sbp.com.br/reanimacao/wpcontent/uploads/2016/01/DiretrizesSBPReanimacaoRNMaior34semanas26jan2016.pdf> >. Acesso em: 27 set. 2018.

BECK, D. et al. **Cuidados ao recém-nascido: manual de consulta.** Save the Children Federation, 2004. Disponível em: < <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Cuidados-ao-Recem-Nascido-Manual-de-Consulta.pdf> >. Acesso em: 27 set. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios diagnósticos de infecção associada à assistência à saúde neonatologia.** ANVISA, 2017. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+3+-+Crit%C3%A9rios+Diagn%C3%B3sticos+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Associada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde+Neonatologia/9fa7d9be-6d35-42ea-ab48-bb1e068e5a7d> >. Acesso em: 27 set. 2018.

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 /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_profissionais\\_v3.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v3.pdf) >. Acesso em: 27 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf) >. Acesso em: 27 set. 2018.

CRUZ, D.C.S, SUMAM, N.S, SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev Esc Enferm, USP**, 41(4), p. 690-7, jul. 2007.

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

LARA, S.H.O, GOURLART, 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, UEMG**, v. 3, n. 5, 2010.

MENDES, E.N.W, BONILHA, A.L.L. Procedimento de enfermagem: uma dimensão da comunicação com o recém-nascido. **Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)**, 24(1), p. 109-18, abr. 2003.

MOUTA, R. et al. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Rev. Enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 16(4), p. 472-6, out./dez. 2008.

MULLER, E.B, ZAMPIERI, M.F.M. Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no centro obstétrico. *Esc Anna Nery, UESC, Santa Catarina*, 18(2), p. 247-252, 2014.

NASCIMENTO, V.F., SILVA, R.C.R. Assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo frente às possíveis intercorrências. **Rev Enferm**, UFSM, 4(2), p. 429-438 abr./jun. 2014.

OLIVEIRA, F.C.C. et al. Tempo de clampeamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo. **Rev Saúde Pública**, MG, 48(1), p.10-18, 2014.

SILVA, N.D., VIEIRA, M.R.R. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. **Arq Ciênc Saúde**, FAMERP, 15(3), p.110-6 Jul./set. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Reanimação Neonatal em Sala de Parto: Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria**. 2013. Disponível em: < <http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-Reanima%C3%A7%C3%A3oNeonatalatualiza%C3%A7%C3%A3o-1abr2013.pdf> >. Acesso em: 27 set. 2018.

SOUSA, M.S.M. et al. Os cuidados de enfermagem com os recém-nascidos na UTI. **Rev. Saúde em Foco**. Teresina, v. 3, n. 1, art. 1, p. 94-106, jan./jun. 2016.