

Ações de assistência ao recém-nascido: estudo observacional dos cuidados imediatos e mediatos ao nascimento

Newborn assistance actions: observational study of immediate and mediate birth care

DOI:10.34117/bjdv7n8-132

Recebimento dos originais: 07/07/2021

Aceitação para publicação: 06/08/2021

Beatriz Vieira da Silva

Graduanda em Enfermagem pelo Instituto Federal de Pernambuco
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE), Campus Pesqueira
BR 232, Km 214, Portal, Pesqueira, Pernambuco, Brasil
vieirabeatriz007@gmail.com

Ana Luíza Paula de Aguiar Lélis

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE), Campus Pesqueira
BR 232, Km 214, Portal, Pesqueira, Pernambuco, Brasil
ana.lelis@pesqueira.ifpe.edu.br

Luanna dos Santos Rocha

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE), Campus Pesqueira
BR 232, Km 214, Portal, Pesqueira, Pernambuco, Brasil
luanna.rocha@pesqueira.ifpe.edu.br

Daniela Bezerra de Melo

Mestre em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando
Figueira
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE), Campus Pesqueira
BR 232, Km 214, Portal, Pesqueira, Pernambuco, Brasil
daniela.melo@pesqueira.ifpe.edu.br

Taysa Vieira de Almeida

Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE), Campus Pesqueira
BR 232, Km 214, Portal, Pesqueira, Pernambuco, Brasil
taysaalmeida@gmail.com

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. Todos os cuidados ofertados aos recém-nascidos foram prestados por profissionais da equipe de enfermagem. Algumas ações não estavam em consonância conforme preconizado por protocolo nacional de saúde. Considerações finais: a não

capacitação em neonatologia e a ausência de protocolos institucionais e educação continuada na instituição podem ser fatores que influenciaram a assistência fora do recomendado. Além disso, todos os cuidados foram realizados por profissionais da equipe de enfermagem, o que demonstra a autonomia da classe, mas também implica na sobrecarga de trabalho, o que também pode ter influenciado a assistência.

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 mediated care for 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. All care offered to newborns was provided by professionals from the nursing team. Some actions were not in line with what is recommended by the national health protocol. **Final considerations:** the lack of training in neonatology and the absence of institutional protocols and continuing education in the institution may be factors that influenced the care that was not recommended. In addition, all care was performed by professionals from the nursing team, which demonstrates the autonomy of the class, but also implies work overload, which may also have influenced the assistance.

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⁽¹⁾.

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⁽²⁾.

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^(3,4).

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⁽²⁾. Em suma, o objetivo do estudo foi analisar as ações da equipe multiprofissional relacionadas à assistência imediata e mediata ao recém-nascido.

2 MÉTODO

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 oitos partos, utilizando-se um *check-list* baseado nas recomendações do Ministério da Saúde⁵ 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, 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: dados da pesquisa.

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: dados da pesquisa.

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 que ainda é elevada no Brasil⁽¹⁾.

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⁽⁶⁾, alterações neuropsicomotoras⁽⁷⁾, e outros problemas⁽⁸⁾, não haverá tal registro na declaração de nascido vivo.

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⁽⁹⁾. Essas ações, somadas ao contato pele a pele e à temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco de hipotermia⁽⁵⁾, a qual é um fator que pode ocasionar uma cascata de eventos fisiológicos maléficos no período de transição.

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⁽¹⁰⁾. 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⁽¹¹⁾, os quais poderiam ser postergados. 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⁽¹²⁾.

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 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-los 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^(13,14).

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⁽¹⁵⁾. 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⁽⁵⁾.

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⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

A maioria dos bebês teve a secção tardia do cordão. Afirma-se que o tempo e 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⁽²⁰⁾.

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^(21,22).

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⁽⁵⁾.

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⁽²³⁾.

Sete (88%) recém-nascidos não tiveram as frequências cardíaca e respiratória examinadas. A ausência desses registros pode influenciar na informação para se promover a assistência nas horas subsequentes, 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, e a não verificação destes dados pode retardar o início das manobras e o expor ao risco de morte neonatal⁽¹⁵⁾. Ademais, questiona-se como o Apgar foi avaliado sem a contagem de menos ou mais 100 bpm se a frequência cardíaca não foi analisada.

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⁽⁹⁾. 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.

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⁽⁵⁾.

Ademais, nenhum recém-nascido foi submetido ao teste de incompatibilidade, expondo-o a um diagnóstico tardio e possíveis complicações^(22,24), visto que recomenda-se 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⁽²⁴⁾.

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^(5,25).

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⁽²⁵⁾.

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 à vida extrauterina, a qual gera um estresse fisiológico significativo⁽²⁶⁾.

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⁽²⁷⁾.

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^(2,28).

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 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⁽²⁹⁾, 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 consequentemente o risco de contaminação.

REFERÊNCIAS

1. Cruz DCS, Sumam NS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2007 [acesso em 04 fev. 2021]; 41(4):690-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/20.pdf>.
2. Lara SHO, Goulart MJP, Carmo TMD. Assistência ao recém-nascido pelos profissionais de enfermagem na sala de parto no momento da recepção. *Ciência ET Praxis* [internet]. 2010 [acesso em 04 fev. 2021]; 3(5). Disponível em: <http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/viewFile/2158/1150>.
3. Lima AM, Castro JFL. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a melhoria das práticas obstétricas. *Enfermagem Obstétrica* [internet]. 2017 [acesso em 04 fev. 2021]; 4(56). Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/56>.
4. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saude Publica* [internet]. 2014 [acesso em 04 fev. 2021]; 30(Suppl S128-S139). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145213>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. [internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 23 fev. 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf.
6. Cardoso MVLML, Aguiar ASC, Lúcio IML, Verçosa IC. Recém-nascidos com reflexo vermelho "suspeito": seguimento em consulta oftalmológica. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2010 [acesso em 24 mar. 2021]; 14(1):120-125. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100018>.
7. Takazono PS, Golin MO. Asfixia Perinatal: Repercussões Neurológicas e Detecção Precoce. *Rev Neurocienc* [internet]. 2013 [acesso em 24 mar. 2021]; 21(1):108-117. Disponível em: [10.4181/RNC.2013.21.761.10p](https://doi.org/10.4181/RNC.2013.21.761.10p).
8. 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](https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/3195/TCC_reda%c3%a7%c3%a3o_vers%c3%a3ofinal.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

9. 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.
10. Santos LM, Silva JCR, Carvalho ESS, Carneiro AJS, Santana, RCB, Fonseca MCC. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 24 mar. 2021]; 67(2):202-7. Disponível em: [10.5935/0034-7167.20140026](https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140026).
11. Kologeski TK, Strapasson MR, Schneider V, Renosto JM. Contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe na perspectiva da equipe multiprofissional. *Rev. Enferm. UFPE on line* [internet]. 2017 [acesso em 24 mar. 2021]; 11(1):94-101. Disponível em: [10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201712](https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201712).
12. Santos LM, Amorim AAS, Santana RCB, Lopes DM. Puerperas Experience about the contact with the newborn and the breastfeeding on the immediate postpartum. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2012 [acesso em 24 mar. 2021]; 4(3):2570-7. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1775/pdf_592.
13. Lima LS, Reis EAF, Silva EM, Moura JPG. Cuidados de enfermagem na termorregulação de recém-nascidos prematuros: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* [internet]. 2020 [acesso em 25 mar. 2021]; 7(25):1-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.70889>.
14. França DCA, Silva BL, Santos TTM, Nascimento WG, Rocha GCBS, Melo PYB. Termorregulação no recém-nascido: uma revisão integrativa na literatura. *Saúde Coletiva* [internet]. 2021 [acesso em 25 mar. 2021]; 11(60):4620-4629. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i60p4620-4629>.
15. Ministério da Saúde (BR). 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 [acesso em 24 mar. 2021]. 51 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
16. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores Associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. *Rev. Saúde Públ.* [Internet]. 2014 [acesso em 08 fev. 2021]; 48(4):697-703. Disponível em: [10.1590/S0034-8910.2014048005278](https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005278).

17. Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano AMS. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2006 [acesso em 08 fev. 2021]; 19(4):427-32. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000400010&script=sci_abstract&tlng=pt.
18. Silva JLP, Linhares FMP, Barros AA, Souza AG, Alves DS, Andrade PON. Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. *Texto Contexto Enferm.* [internet]. 2018 [acesso em 24 fev. 2021]; 27(4):e4190017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004190017>.
19. Teles JM, Bonilha ALL, Gonçalves AC, Santo LCE, Maiot MDM. Amamentação no período de transição neonatal em Hospital Amigo da Criança. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2015 [acesso em 25 fev. 2021]; 17(1):94-9. Disponível em: 10.5216/ree.v17i1.26208.
20. Vain NE. Em tempo: como e quando deve ser feito o clampeamento do cordão umbilical: será que realmente importa?. *Rev Paul Pediatr.* [internet]. 2015 [acesso em 25 fev. 2021]; 33(3):258-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0258.pdf>.
21. Figueiredo NMA. Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.
22. Carvalho GE, Pellenz DC. Assistência de enfermagem ao recém-nascido na sala de parto. *Rev. Saberes UNIJIPA* [internet]. 2019 [acesso em 08 fev. 2021]; 13(2). 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>.
23. Duarte FCP, Góes FGB, Moraes JRMM, Silva LJ, Silva LF, Silva MA. Conhecimento e prática de profissionais de enfermagem sobre profilaxia da oftalmia neonatal. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2019 [acesso em 24 fev. 2021]; 23(1): e20180212. Disponível em: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0212.
24. Galvan L, Oliveira MP, Farias MJ, Panini AV, Cancelier ACL, Silva LR. et al. Causas de icterícia em neonatos internados em hospital no sul de Santa Catarina. *Arq. Catarin. Med.* [internet]. 2013 [acesso em 26 fev. 2021]; 42(3):47-53. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1243.pdf>.
25. Ministério da Saúde (BR). 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. [internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em 26 fev 2021]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhiv_vsifilis_manualbolso.pdf.

26. Freitas PF, Fernandes TBM. Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2016 [acesso em 22 mar. 2021]; 19(3):525-538. Disponível em: 10.1590/1980-5497201600030005.

27. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Souza WV. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. Cad. Saúde Pública [internet]. 2017 [acesso em 22 mar. 2021]; 33(12):e00175116. Disponível em: 10.1590/0102-311X00175116.

28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da saúde; 2001.

29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. Nota técnica N° 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Brasília: Ministério da saúde; 2020.