



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- ICS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM ó FAENF**

**JULIANA SANTOS DE ALBUQUERQUE  
RENNAN COELHO BASTOS**

**RECÉM NASCIDO DE BAIXO RISCO: PERFIL DE SAÚDE E  
BOAS PRÁTICAS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA**

Belém - PA  
2019

JULIANA SANTOS DE ALBUQUERQUE  
RENNAN COELHO BASTOS

**RECÉM NASCIDO DE BAIXO RISCO: PERFIL DE SAÚDE E  
BOAS PRÁTICAS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará para a obtenção do grau em Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Andressa Tavares Parente.

Belém - PA  
2019

JULIANA SANTOS DE ALBUQUERQUE  
RENNAN COELHO BASTOS

**RECÉM NASCIDO DE BAIXO RISCO: PERFIL DE SAÚDE E  
BOAS PRÁTICAS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA**

Banca Examinadora:

---

Orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Andressa Tavares Parente  
Universidade Federal do Pará

---

Membro Prof<sup>a</sup>. MSc. Elisângela da Silva Ferreira  
Universidade Federal do Pará

---

Membro Enfermeira Esp. Anna Paula Alves de Almeida  
Universidade Federal do Pará

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Conceito \_\_\_\_\_

Belém-PA  
2019

*õO Senhor guardará em perfeita paz aqueles cujo  
propósito está firme.øø*

*Isaiás 26:3*

## AGRADECIMENTOS

Juliana Santos de Albuquerque

Primeiramente, agradecer ao autor da vida por sempre guiar cada passo em busca dos meus sonhos. Um dia, sonhei que salvava vidas, e ajoelhada ao lado de um leito pedia para que Deus me usasse como enfermeira para salvar vidas. Em segundo, minha família que me ajudou em seu integral amor em todos os momentos. Mesmo nos dias mais difíceis e cansativos deram a mim visão e suporte para efetuar minha vida acadêmica com êxito, desde a infância puderam depositar e moldar meu caráter com o propósito de fazer o bem. Ao meu pai Zildomar Albuquerque, meu exemplo de força, de motivação, ao qual sempre confiou no meu potencial e nunca deixou de acreditar em mim, hoje posso compartilhar mais uma vitória construída com sua dedicação e amor. A minha mãe Selma Albuquerque, que pode comigo enfrentar dias difíceis, mesmo em períodos de ausência, se demonstrou ser compreensiva dando-me suporte em tudo o que eu precisei, obrigada pelo teu amor, por todas as vezes em que eu estive cansada você fornecer seu apoio e entendimento. Ao meu noivo Eliseu Oliveira Marialva, agradeço por depositar em mim confiança, por visualizar algo que eu sozinha não conseguia enxergar - ao longo desses 7 anos juntos, você ajudou a me preparar para entrar nesse curso, ao qual ambos puderam entrar em 2015 nos cursos desejados e em 2019 concluir juntos um sonho que Deus escreveu em nossas vidas, obrigada meu amor. Babi, Belinha minhas princesas caninas vocês estiveram comigo construindo tantos trabalhos, agradeço a paciência, persistência, eterno amor e companheirismo. Aos pais e irmão meu noivo, eterna gratidão por ter depositado em mim segurança e momentos felizes diante de todo o ciclo. Aos meus avôs e avós maternos e paternos, obrigada por me amarem e por estarem comigo nesse momento tão importante da minha vida. A toda minha família minha eterna gratidão, tios, tias, primos, primas vocês foram essenciais para que hoje eu pudesse me formar como enfermeira. A minha orientadora que partilhou seu tempo para que pudéssemos acrescentar seu vasto conhecimento para elaboração deste trabalho, agradeço sua dedicação e confiança, aos professores marcados em minha memória com atitudes exemplares, a residente Anna Paula que contribuiu com a elaboração da presente pesquisa e aos meus companheiros de turma: Rennan Coelho, Thais Nunes, Tiago Albernaz, Marlon Lobato, Paula Monick, Maria José, Julyane Faro, obrigada pelos ensinamentos, pela humildade, por ensinar a ser cada vez mais humana e entender as necessidades dos nossos pacientes, por diante de todos os obstáculos vocês me incentivarem positivamente e dali nós alcançarmos nossos momentos inesquecíveis. A cada um de vocês minha: gratidão, respeito, amor e admiração. Obrigada.

## **AGRADECIMENTOS**

Rennan Coelho Bastos

É chegada a finalização de mais um cliço de minha vida e com ela os agradecimentos aos que de alguma forma contribuíram para que a realização desse sonho fosse possível.

Primeiramente lembrar que o processo de escolha de uma profissão não é nada fácil. E antes fosse somente esta decisão. Há diversos aspectos da vida que influenciam positiva ou negativamente nesta etapa.

Portanto, inicio os agradecimentos aos meus pais, Katia Marlene Martins Coelho e Reinaldo Ramalho Bastos, que tanto trabalharam, lutaram, incentivaram-me, abdicaram de sonhos, para que um dia eu pudesse realizar o meu. Isto tudo é por vocês.

Agradeço também a todos os professores que de alguma forma contribuíram para com minha formação. Em especial a professora Geyse Dias e Jouhana Menegaz que me acolheram nessa caminhada e se dispuseram a ajudar no meu desenvolvimento enquanto enfermeiro.

A orientadora deste trabalho, Prof Andressa Parente, que me recebeu e acolheu com tanta compaixão e se dispôs a me ajudar.

A todos os meus amigos que seguraram minha mão, incentivaram-me e que são parte significativa dessa conquista: Thais Nunes, Juliana Albuquerque, Marlon Lobato, Tiago Albernaz, Roberta Brelaz e Livia Nylander.

Aos meus amigos de trabalho que nunca mediram esforços para que eu pudesse concluir a graduação. A família que me acolheu, em especial Silvana Souza, Aline Paixão e Elizangela Chaves.

Ao meu companheiro, Alessandro Ferreira, que sempre esteve ao meu lado, desde a luta para adentrar a universidade e nunca me deixou desistir, sempre pontuando qualidades e reconhecendo forças que até eu desconhecia.

Às minhas tias, Benedita do Socorro Martins e Valdenora Martins, que sempre estiveram ao meu lado, segurando minha mão e, independente de qualquer coisa, nunca deixaram de acreditar em meu potencial.

E agradecer especialmente a todos que disponibilizaram de um tempo e atenção para contribuir com a construção da minha formação enquanto enfermeiro.

A todos vocês, meus mais sinceros sentimentos de gratidão, respeito, amor, consideração e amizade. Sem vocês a realização desse sonho não seria possível. Obrigado!

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Frente a iniciativas ocorridas em outros países, o Brasil seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), implantou no ano 2000 o Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN) e publicou em 2001 o manual de Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher, ambas as iniciativas com o intuito de promover uma atenção humanizada, qualificada e integrada no pré-natal, parto e puerpério e em todo o ciclo gravídico puerperal. Sendo o precursor de práticas ligadas aos cuidados imediatos do recém nascido. Tais práticas, definidas pela Organização Mundial da Saúde como boas práticas ao recém nascido, incluem o clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato pele a pele imediato mãe-bebe, o início precoce do aleitamento materno, método canguru, entre outros. No entanto, tais práticas relacionadas a assistência ao parto e ao recém nascido sofrem variações entre instituições e sob aspectos socioeconômicos e culturais, afetando a qualidade do cuidado ofertado. **OBJETIVO:** Descrever o perfil materno e neonatal de recém-nascidos saudáveis e identificar as boas práticas adotadas em uma instituição de referência materno infantil no município de Belém ó Pará. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo exploratório, documental e descritivo de delineamento transversal e natureza quantitativa, desenvolvida na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no Alojamento Conjunto. Obteve-se uma amostra de 100 puérperas e 100 Recém-nascidos internados. A coleta ocorreu de julho a novembro de 2019, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. As informações foram obtidas por meio de entrevistas e análise de prontuários hospitalares. **RESULTADOS:** Predominou na amostra de puérperas da região metropolitana, com média de 7 consultas do pré-natal, parceiros fixos em mais da metade da amostra, destacando-o serviço público no acompanhamento neonatal, cumprindo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde. A média de peso dos neonatos maiores ou igual a 2.500kg, idade gestacional de 38 semanas conferindo gestação no termo, APGAR no 1º minuto maior que 7 e no 5º minuto  $\times$  9, perímetro cefálico de 34 centímetros, definindo condições adequadas e saudáveis de nascimento. As boas práticas em relação ao aleitamento materno, contato pele a pele encontram-se com parâmetros satisfatórios estipulados pela Organização Mundial da Saúde. **CONCLUSÃO:** A pesquisa buscou percorrer as questões ligadas a assistência materno-infantil de baixo risco. Novos estudos voltados ao esse público são importantes para definição das condutas tomadas diante esse perfil. Transmitindo a este binômio o direito a saúde como face a plenitude humana.

**Palavras-chave:** Recém-Nascido. Assistência Integral à Saúde. Enfermagem Materno-Infantil

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Faced with initiatives in other countries, Brazil following the guidelines of the World Health Organization (WHO), implemented in 2000 the Prenatal and Birth Humanization Program (PHPN) and published in 2001 the Manual of Childbirth, Abortion and Puerperium: humanized care for women, both initiatives aimed at promoting a humanized, qualified and integrated care in prenatal, childbirth and postpartum and throughout the puerperal pregnancy cycle. Being the precursor of practices related to immediate care of the newborn. Such practices, defined by the World Health Organization as good practices for the newborn, include late umbilical cord clamping, immediate mother-infant skin-to-skin contact, early initiation of breastfeeding, kangaroo method, among others. Such practices related to childbirth and newborn care vary among institutions and under socioeconomic and cultural aspects, affecting the quality of care offered. **OBJECTIVE:** To describe the maternal and neonatal profile of healthy newborns and to identify the good practices adopted in a maternal and child reference institution in the city of Belém - Pará. **METHOD:** This is an exploratory, documentary and descriptive study of cross-sectional design. quantitative nature, developed at the Santa Casa de Misericórdia do Pará Foundation, in the Joint Accommodation. A sample of 100 postpartum women and 100 hospitalized newborns were obtained. The collection took place from July to November 2019, after approval by the Research Ethics Committee. Information was obtained through interviews and analysis of hospital records. **RESULTS:** Predominated in the sample of postpartum women from the metropolitan region, with an average of 7 prenatal consultations, fixed partners in more than half of the sample, highlighting the public service in neonatal follow-up, in compliance with the established by the Ministry of Health. newborn weight greater than or equal to 2,500kg, gestational age of 38 weeks giving pregnancy at term, APGAR at 1 minute greater than 7 and at 5 minutes  $\times$  9, head circumference 34 cm, defining adequate and healthy conditions of birth. Good practices regarding breastfeeding, skin-to-skin contact meet satisfactory parameters stipulated by the World Health Organization. **CONCLUSION:** The research sought to address the issues related to low-risk maternal and child care. New studies aimed at this public are important to define the behaviors taken in face of this profile. Conveying to this binomial the right to health in the face of human fullness.

**Keywords:** Newborn. Comprehensive Health Care. Maternal and Child Nursing.



## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Ilustração 1 - Classificação do risco ao nascer-----	20
Ilustração 2 - Avaliação do APGAR-----	25

## LISTA DE TABELA

Tabela 01 ó Análise de Dados maternos.....	39
Tabela 01- Análise dos Dados maternos (Continuação).....	40
Tabela 02- Análise dos Dados obstétricos.....	43
Tabela 03-Análise dos Dados na admissão materna.....	45
Tabela 04- Análise do Perfil dos RN.....	48
Tabela 05-Análise descritiva das Boas Práticas.....	50
Tabela 06- Análise descritiva das intercorrências.....	52

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AIG</b>	Adequado para Idade Gestacional
<b>AHRNBP</b>	Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso
<b>ATSCAM</b>	Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
<b>BPN</b>	Baixo Peso ao Nascer
<b>BP</b>	Baixo Peso
<b>CGSCAM</b>	Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
<b>Cm</b>	Centímetro
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>FC</b>	Frequência Cardíaca
<b>IG</b>	Idade Gestacional
<b>IIC</b>	Incompetência Istmo Cervical
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corpórea
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
<b>GIG</b>	Grande para a Idade Gestacional
<b>G</b>	Gramas
<b>MC</b>	Método Canguru
<b>MINSAP</b>	Ministério de Saúde Pública
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PAMI</b>	Programa Nacional de Cuidado Materno-Infantil
<b>PC</b>	Perímetro Cefálico
<b>PI</b>	Peso Inadequado
<b>PIG</b>	Pequeno para Idade Gestacional
<b>PPP</b>	Pré-Parto, Parto e pós-parto
<b>PROASP</b>	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
<b>PT</b>	Pré-Termo
<b>PHPN</b>	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
<b>RNBP</b>	Recém-Nascido de Baixo Peso
<b>RNPT</b>	Recém-Nascido Pré-Termo
<b>RNMBP</b>	Recém-Nascido de Muito Baixo Peso
<b>REBP</b>	Recém-Nascido de Extremo Baixo Peso
<b>RN</b>	Recém-Nascido

<b>RMB</b>	Região Metropolitana de Belém
<b>SDR</b>	Síndrome do Desconforto Respiratório
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UTIN</b>	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivo Específico .....	17
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
3.1 Cuidados ao Recém-nascido de baixo risco.....	18
3.2 Variáveis ao nascimento de recém-nascidos de baixo risco estudadas.....	21
3.2.1 Peso .....	21
3.2.2 Idade Gestacional .....	22
3.2.3 Vitalidade/apgar .....	24
4 Aspectos legais na assistência ao recém-nascido de baixo risco.....	26
4.1 Regulamentação.....	26
5 Boas práticasao cuidado aos recém-nascido .....	26
5.1 Intercorrências neonatais .....	28
5.2 Icterícia .....	28
5.3 Hipoglicemia.....	29
5.4 Reanimação neonatal .....	30
<b>6 MÉTODO DE ESTUDO</b> .....	<b>33</b>
6.1 Desenho do estudo .....	33
6.2 Cenário .....	33
6.4 Coleta de dados .....	34
6.5 Procedimento da coleta de dados .....	35
6.6 Variáveis do estudo .....	36
6.6.1 Perfil Sociodemográficas materno .....	36
6.6.2 Perfil do acompanhamento pré-natal.....	36
6.6.3 Perfil clínico da admissão materna .....	36
6.6.4 Perfil Clínico dos Dados do Recém Nascido.....	36
5.7 Análise dos dados.....	37
5.8 Aspectos éticos e legais/ riscos e benefícios da pesquisa .....	37
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>39</b>
7.1- Perfil sociodemográfico, obstétrico e clínico materno .....	39
7.2- Perfil neonatal.....	47
<b>8 - CONCLUSÃO</b> .....	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>55</b>
<b>APÊNDICE A-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>62</b>

<b>APÊNDICE B</b> ó <b>Formulário de Entrevista para a Puérpera</b> .....	<b>64</b>
<b>APÊNDICE C</b> ó <b>Formulário para Coleta de Dados do Prontuário</b> .....	<b>73</b>
<b>ANEXO A</b> .....	<b>78</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo Brasil (2017), a cada ano no Brasil nascem aproximadamente 3 milhões de crianças, totalizando quase 6 milhões de pessoas, parturientes e seus filhos, envolvidas nesse processo. No ano de 2017, a região Norte do país ocupou o 4º lugar com o montante de 311.509 nascidos vivos, seja em estabelecimentos hospitalares públicos ou privados. O estado do Pará ocupou o 1º lugar dentre as unidades federativas da região norte. É uma parcela significativa da população brasileira envolvida no acontecimento do nascimento (BRASIL, 2017). Tal dado pode ser identificado por diversas fontes de informações como o Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE), as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, que muito contribuem com a identificação das necessidades de saúde da população (SILVA; PELLOSO, 2008).

Considera-se o parto como uma experiência carregada de significados trazidos e expressados pela cultura e singularidade de cada parturiente. Diante disso, a assistência obstétrica humanizada visa não somente a promoção dos direitos da mulher, mas também condutas baseadas em evidências científicas (SILVA et al., 2017).

O Brasil, seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a classificação das práticas comuns na condução do parto e nascimento que tem o intuito de estabelecer práticas adequadas, humanizadas e seguras para a assistência obstétrica, implantou em 2000 o Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN) e publicou em 2001 o manual de Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher, ambas as iniciativas com o intuito de promover uma atenção humanizada, qualificada e integrada no pré natal, parto e puerpério e em todo o ciclo gravídico puerperal (SILVA et al., 2017).

Sobre os fatores que pré-dispõe intercorrências neonatais e o aumento no número de óbitos, pesquisas revelam que as disparidades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, além de condições biológicas como peso ao nascer, Apgar e idade gestacional, a maioria dos casos em alguns estados brasileiros encontram-se fortemente ligados a estes fatores mencionados acima (FERRARI et al., 2013).

Considera-se um recém nascido saudável aquele que nasce a termo, com idade gestacional acima de 37 semanas, chorando, com respiração adequada mantendo uma frequência respiratória acima de 100 inspirações por minuto, rosado, com tônus muscular em flexão, sem a presença de líquido amniótico meconial e alterações clínicas importantes, sendo este, uma criança com boas condições de vitalidade sem necessidade de intervenções (BRASIL, 2011; MULLER; ZAMPIERI, 2014).

O conceito de boas práticas surgiu na literatura científica, na última década, como indicador de esforços que expressem a excelência dos cuidados prestados. São definidas por organizações representativas e aplicadas pelas instituições de saúde com o intuito de alcançar o bem cuidar aos seus clientes (KIWANUKA; BOYAR; JENSEN, 2013, apud MARQUES, 2014).

Para o atendimento do recém-nascido a termo saudável na sala de parto tem-se notado uma série de mudanças nos últimos anos. Nota-se como principal objetivo a diminuição do excesso de intervenções aplicadas logo após o nascimento. Tais intervenções que muitas vezes são desnecessárias e prejudiciais, e que acabam por afetar a interação mãe/bebê, contato tão importante nas primeiras horas de vida (MOREIRA et al., 2014).

O estudo nacional de base hospitalar chamado *Nascer no Brasil* avaliou as práticas adotadas e identificou se houve variações no atendimento ao recém nascido saudável a termo na sala de pré parto na primeira hora de vida. Identificou-se uma baixa adesão as boas práticas de atenção ao recém nascido, principalmente no que tange a amamentação na primeira hora, intervenções desnecessárias, contato pele a pele mãe/bebe e encaminhamento do bebe junto a mãe para o alojamento conjunto. Vale ressaltar que o estudo buscou comparar as diversas regiões do país. Foi notório que os hospitais com título de amigo da criança tiveram as menores proporções de intervenções a recém nascidos de baixo risco. Analisou-se também a frequência de partos naturais em relação a cesáreas, o que mostrou que há uma maior probabilidade do encaminhamento do bebê junto com a mãe para o alojamento conjunto quando estas realizam o parto natural (MOREIRA et al., 2014).

Portanto, há recomendações de que práticas não somente ligadas a sobrevivência sejam incorporadas aos cuidados imediatos do recém nascido. Tais práticas, definidas pela Organização Mundial da Saúde como boas práticas ao recém nascido, incluem o clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato pele a pele imediato mãe-bebe, o início precoce do aleitamento materno, método canguru, entre outros. No entanto, tais práticas relacionadas a assistência ao parto e ao recém nascido sofrem variações entre instituições e sob aspectos socioeconômicos e culturais, afetando a qualidade do cuidado ofertado (MOREIRA et al., 2014).

Diante dessa perspectiva, justificou-se a relevância do estudo do tema proposto, visto que pode ser a possibilidade de conhecer e divulgar o perfil epidemiológico e obstétrico de puérperas e recém nascidos de baixo risco, e a frequência das boas práticas realizadas na instituição, possibilitando suporte estatístico, teórico e científico para tomada de decisões que



busquem a excelência em qualidade de assistência prestada aos envolvidos, além, de contribuir com o amparado de conhecimento científico específico a esta população.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Descrever o perfil neonatal de recém-nascidos saudáveis e das puérperas com gravidez de risco habitual e identificar as boas práticas adotadas em sala de parto e ALCON de uma instituição de referência materna infantil no município de Belém ó Pará.

### **2.2 Objetivo Específico**

- Investigar a história materna, identificando condições obstétricas e assistência pré-natal;
- Apresentar o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas participantes do estudo;
- Demonstrar o perfil neonatal de recém-nascidos de baixo risco saudáveis;
- Apresentar as intercorrências neonatais no ALCON.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Cuidados ao Recém-nascido de baixo risco**

A qualidade nos serviços de saúde constituiu uma preocupação mundial, ao qual foi inicialmente observada nos países desenvolvidos, expandindo-se nas últimas décadas para os demais países, propagando interesse para a assistência de saúde brasileira. (ROSA; GAÍVA, 2009). Iniciativas contribuíram para padronizar os serviços hospitalares por critérios avaliativos que influenciaram na melhoria, a nível estrutural, de diversos hospitais por meio dos princípios que foram incorporados aos processos de avaliação da qualidade no Brasil, propostos pelo Ministério da Saúde (MS) presentes no Manual de Acreditação do MS, procurando avaliar dentro de um único serviço aspectos de estrutura, processo e resultado, procurando indicadores dinâmicos destes padrões e que reflitam a qualidade das prestações de serviço (ROSA; GAÍVA, 2009).

Diante das iniciativas em outros países, O Ministério da Saúde resolveu desenvolver a implantação e o fortalecimento da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru (AHRNBP ó MC) sendo inseridos em conjunto as iniciativas e ações voltadas para a qualificação da atenção perinatal de acordo com agenda de prioridades da política de saúde no Brasil. A implementação das diferentes ações nesse mesmo período foi acompanhada nos anos seguintes pela Política Nacional de Humanização, que potencializou as premissas e as propostas inovadoras apresentadas pelo Método Canguru no sentido da qualificação da assistência, do acolhimento ao recém-nascido e sua família, da clínica ampliada e do cuidado com a ambiência. Reforçando, a garantia da humanização do cuidado neonatal, compreendida com respeito à integralidade e à singularidade de cada recém-nascido, não dissociada da qualidade técnico científica e das boas práticas do campo da terapia intensiva neonatal (BRASIL, 2017).

Em outros países, os cuidados ao recém-nascido são estabelecidos por meio de programas, no caso do Estados Unidos, este permite executar no âmbito nacional, visitas domiciliares a todas as crianças (na intervenção ou grupo de controle) para realizar cuidados, não somente com elas, mas ampliar os cuidados a família. Tais como: aconselhamento para cuidados essenciais aos recém nascidos, com identificação de doenças e encaminhamento de bebês doentes (MAZUMDER et al, 2017).

Em Cuba foi proposto uma estratégia que foi fundamental para alcançar resultados satisfatórios no cuidado materno-infantil, a implementação do Programa Nacional de Cuidado Materno-Infantil (PAMI) em 1983. O PAMI é uma plataforma de programa centralizada,

administrada pelo Ministério da Saúde Pública (MINSAP). Cujas o objetivo é planejar, organizar, aplicar e controlar em todo o país ações e regulamentos relacionados à saúde reprodutiva e infância e adolescência, em correspondência com a análise da situação da saúde em nível local e com ênfase em garantir acesso equitativo aos cuidados de saúde (SANTANA et al, 2018).

Com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, o recém-nascido passou a integrar as preocupações como sujeito do cuidado, na sua integralidade partindo primeiramente no âmbito das políticas e em 1991, através da elaboração e divulgação, pelo MS, do Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), a atenção perinatal, enquanto responsável pelos cuidados à unidade mãe-feto e ao recém-nascido, possibilitou a organização da assistência perinatal de forma hierarquizada e regionalizada; pautada na melhoria da qualidade da assistência ao parto; no incremento da qualidade da assistência ao recém-nascido, promovendo o alojamento conjunto e reservando os berçários para os recém-natos de risco; incentivando boas práticas como o aleitamento materno; orientações voltadas para o planejamento familiar e a supervisão e avaliação do atendimento, através de um sistema de informação perinatal (COSTA, et al. 2010).

Considerando a individualidade e especificidade de cada RN, ainda que, de forma incipiente. Ao qual, o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco e o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) implantado através da Portaria nº.569 de 1/6/2000, objetivou reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país, transferindo direito inalienável da cidadania, portanto, direito ao acesso, por parte das gestantes e dos recém-nascidos, à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestação de baixo como de alto risco (COSTA, et al. 2010).

Antes do Parto é fundamental obter informações da mãe relacionadas a sua saúde e as condições da gestação para melhor avaliar o risco de problemas ao nascimento. Utilizando algumas perguntas verificando se a gestação foi a termo, se houve líquido amniótico claro, intercorrências maternas do tipo: infecções, ruptura de membranas, se teve febre, doenças durante a gravidez (BRASIL, 2014). Com base nessas informações o Recém Nascido é avaliado após o nascimento pela: cor, respiração, choro, vitalidade, anomalias congênitas, sinais de infecção intrauterina (Torches\* ómicrocefalia, petéquias, equimoses, catarata, hepatomegalia, esplenomegalia etc.), lesões graves decorrentes do parto, peso e idade gestacional, temperatura axilar e Frequência respiratória. Sendo utilizado outros critérios de acordo com Figura 1.

Figura 1- Classificação do risco ao nascer

Avallar os sinais	Classificar como	Medidas a serem tomadas
<b>Se estiver presente ao menos um dos seguintes sinais:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso ao nascer &lt;2.000 g ou &gt;4.000 g</li> <li>• Idade gestacional &lt;35 semanas</li> <li>• Temperatura axilar &lt;36 ou &gt;37,5°C</li> <li>• Dificuldade respiratória, frequência respiratória &gt;60 ou &lt;30 irpm</li> <li>• Febre materna ou corioamnionite</li> <li>• Ruptura prematura de membranas &gt;12 horas ou mais antes do parto</li> <li>• Palidez ou pletora (bebê muito vermelho)</li> <li>• Infecção intrauterina (Torchs)</li> <li>• Anomalias congênitas maiores</li> <li>• Lesão grave devido ao parto</li> <li>• Reanimação com ventilação com pressão positiva ou massagem cardíaca</li> </ul>	<b>ALTO RISCO AO NASCER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar urgentemente para um hospital de acordo com as normas de estabilização e transporte (Apêndice A e Capítulo 8 – volume 1 desta obra)</li> <li>• Favorecer o contato pele a pele quando as condições da criança e da mãe permitirem</li> <li>• Iniciar a amamentação, se possível, exceto se mãe HIV+</li> <li>• Manter o RN aquecido</li> <li>• Se a ruptura prematura de membranas tiver ocorrido mais de 12h antes do parto, iniciar a primeira dose dos antibióticos recomendados (Apêndice A)</li> <li>• Verificar o cumprimento dos cuidados de rotina em sala de parto (Capítulo 2 – volume 1 desta obra)</li> <li>• Orientar a mãe sobre os motivos da transferência</li> </ul>
<b>Se estiver presente ao menos um dos seguintes sinais:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso ao nascer entre &gt;2.000 g e &lt;2.500 g</li> <li>• Idade gestacional entre &gt;35 e &lt;37 semanas</li> <li>• Idade gestacional ≥42 semanas</li> <li>• Anomalias congênitas menores</li> <li>• Procedimentos de reanimação sem necessidade de ventilação com pressão positiva ou massagem cardíaca</li> </ul>	<b>MÉDIO RISCO AO NASCER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar para consulta médica especializada</li> <li>• Colocar o RN em contato pele a pele com a mãe</li> <li>• Iniciar amamentação na primeira hora de vida, se possível, exceto se mãe HIV+</li> <li>• Orientar a mãe a manter o RN aquecido</li> <li>• Verificar o cumprimento dos cuidados de rotina em sala de parto (Capítulo 2 – volume 1 desta obra)</li> <li>• Orientar a mãe quanto a medidas preventivas e sinais de perigo que requerem retorno imediato (Quadro 8)</li> <li>• Consulta de seguimento em três dias</li> </ul>
<b>Se o RN apresentar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiração regular</li> <li>• Choro forte</li> <li>• Pele e mucosas rosadas</li> <li>• Boa atividade</li> <li>• Peso ao nascer &gt;2.500 g e &lt;4.000 g</li> <li>• Idade gestacional &gt;37 e &lt;42 semanas</li> </ul>	<b>BAIXO RISCO AO NASCER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar o RN em contato pele a pele com a mãe</li> <li>• Iniciar amamentação na primeira hora de vida, se possível, exceto se mãe HIV+</li> <li>• Orientar a mãe a manter o RN aquecido</li> <li>• Verificar o cumprimento dos cuidados de rotina em sala de parto (Capítulo 2)</li> <li>• Orientar a mãe sobre os cuidados com o RN em casa</li> <li>• Orientar a mãe quanto a medidas preventivas e sinais de perigo que requerem retorno imediato (Quadro 8)</li> <li>• Agendar consulta de seguimento em três dias</li> <li>• Indicar vacinação de acordo com o esquema do Ministério da Saúde</li> </ul>

Fonte: SAS/MS.

Também é avaliado o peso ao nascimento associado a idade gestacional. O peso ao nascimento, o comprimento e o perímetro cefálico do recém-nascido são plotados em gráficos padronizados que identificam valores normais para idade gestacional. A classificação do recém-nascido é realizada cujo peso é apropriado para a idade gestacional (AIG) (entre o 10° e o 90° percentil) significando crescimento a uma taxa normal, independentemente da ocasião do nascimento pré-termo, a termo ou pós-termo. Recém-nascidos que são grandes para a idade gestacional (GIG) (acima do 90° percentil) têm crescimento a uma taxa acelerada durante a vida fetal; e recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG) (abaixo do 10° percentil) têm restrição ou atraso do crescimento intrauterino (WONG, 2014).

## **3.2 Variáveis ao nascimento de recém-nascidos de baixo risco estudadas**

### **3.2.1 Peso**

Tal variável foi utilizada pela presente pesquisa por se tratar de serem dos fatores determinantes para a sobrevivência infantil, muitos fatores exercem influência sobre este, entre eles, o de maior importância é estado nutricional materno que exerce efeito significativo no crescimento e desenvolvimento fetal. O estado nutricional é determinado principalmente pela ingestão de micro e macronutrientes, aos quais, quando inadequado influencia na disponibilidade dos nutrientes necessários para o crescimento fetal (SANTOS, et al 2015).

Outro fator que contribui para a carência nutricional é uma elevada proporção de mulheres em idade reprodutiva que consomem dietas com quantidades insuficientes de micronutrientes, sendo os maiores déficits para zinco, folato, ferro e cálcio. É trivial que haja a ingestão de cálcio para prevenir intercorrências como: hipertensão arterial sistêmica, pré-eclâmpsia e parto prematuro bem como auxiliar na formação da estrutura óssea, dentária e reduzir o risco de baixo peso ao nascer do feto. Outro fator relevante é a assistência pré-natal, ela é responsável por promover detecção e o tratamento oportuno, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do RN. Além disso, as mulheres que recebem cuidados desde o primeiro trimestre têm melhores resultados gestacionais do que aquelas com início tardio (SANTOS, et al 2015).

Com relação, as condições socioeconômicas influenciam sobre o baixo peso ao nascer, independentemente de outros fatores como: nutrição, reprodução, tabagismo, morbidade durante a gestação, acesso aos serviços de saúde e cuidados de pré-natal. Considerando-se que fatores ligados ao comportamento e estado de saúde materno relacionam-se diretamente à condição de nascimento, outros fatores incluem: o peso materno pré-gravídico, a altura materna, a paridade, a gemelaridade, a falta de assistência durante o pré-natal, o uso de drogas, o fumo, o uso de álcool, as infecções, o excesso de atividade, o trabalho pesado até o fim da gravidez, a falta de aumento da ingestão durante a gravidez e outras condições tais como doenças maternas que impedem o crescimento normal do feto (SANTOS, et al 2015).

Quando nos referimos ao peso, é importante destacar que o baixo peso está responsável por 2/3 das mortes neonatais, aquelas ocorridas nos primeiros 27 dias de vida. Tal variável quando alterada pode ocasionar: déficit motor, sensorial e dificuldade de aprendizagem, sendo umas das causas por grandes períodos de internação em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), com risco aumentado para morbimortalidade e

comprometimento/atraso no desenvolvimento. (ZONI; TONETE; PARADA, 2014). As classificações são: ao fator baixo peso ao nascer ( $< 2.500$  g), os recém-nascidos são subclassificados em: baixo peso ao nascer (1.501 a 2.500 g), peso muito baixo ao nascer (1.001 a 1.500 g) e extremo baixo peso ao nascer ( $< 1.000$  g). Os recém-nascidos de baixo peso e os prematuros são apontados como de alto risco, por possuírem instabilidade fisiológica ou hemodinâmica como consequência de distúrbios congênitos, alterações metabólicas, asfixia perinatal ou distúrbios durante a gestação, cujo, ao nascer estas estão sob condições de saúde que apresentam necessidade de cuidado especializado nas UTINs (ZONI; TONETE; PARADA, 2014).

O RN de muito baixo peso, por ter o tônus diminuído, apresenta dificuldade de se manter em flexão, perdendo ainda mais calor. Logo, O é trivial avaliar ao nascer, durante o transporte e durante os cuidados nas unidades neonatais, as primeiras 24 horas após o nascimento são cruciais para que medidas protetivas sejam instituídas. Um fator que deve ser levado em consideração é que apesar da expectativa de sobrevivência estar maior desses RNs, ainda sim, há risco com relação ao prognóstico, a longo prazo, pois, à medida que sobrevivem, aumentam os riscos de doenças e complicações relacionadas à prematuridade e baixo peso extremos, consequentemente prolongando o tempo de internação, custos na assistência, ônus financeiro, emocional e social para família, podendo ser um fator potencial para sequelas importantes no processo no que diz respeito ao seu desenvolvimento e crescimento e seu convívio familiar (BRASIL, 2017).

Desde o ano de 2000, políticas voltadas à saúde neonatal têm sido foco de atenção do Ministério da Saúde a partir de iniciativas como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso e a Rede Cegonha. Essas políticas apresentam algumas características em comum e são direcionadas a oferecer melhores condições no acompanhamento da gestação, parto e nascimento até os primeiros anos de vida da criança (SANTOS et al, 2016, p.1).

### 3.2.2 Idade Gestacional

A Idade Gestacional (IG) neonatal, é determinada pela inspeção dos diversos sinais físicos e características neurológicas que variam conforme a idade e a maturidade fetais, diante desses aspectos determinados a esta variável, esta foi escolhida para fazer parte desta pesquisa. Os critérios físicos incluem: firmeza progressiva do pavilhão da orelha, volume crescente do tecido mamário, diminuição dos pelos finos e imaturos de lanugem sobre o dorso e diminuição da opacidade da pele. O método conhecido como Capurro, avalia esses sinais

durante o primeiro dia de vida atribuindo pontos e, também utilizou critérios somáticos para a determinação da IGe essa correlação geralmente é precisa, com margem de erro de 2 semanas (EGEWARTH; PIRES; GUARDIOLA, 2002).

Diante da idade gestacional definida, seja pelo cálculo da data da última menstruação (DUM) informada pela gestante, pelo resultado de um exame ultrassonográfico obstétrico ou pelo método Capurro, os recém-nascidos podem ser classificados segundo Miralha et al. (2017) em: Pré-termo, menor que 37 semanas e 0 dias;Pré-termo tardio, entre 34 semanas e 0 dias e 36 semanas e 6 dias;Pré-termo moderado (ou moderadamente pré-termo), 32 semanas e 0 dias e 33 semanas e 6 dias;muito pré-termo: 28 semanas e 0 dias a 31 semanas e 6 dias;Pré-termo extremo, menor que 28 semanas e 0 dias. Pré-termo, definido a partir da duração da gestação, quase sempre se superpõe à denominação de prematuro, relativa às manifestações clínicas da imaturidade dos múltiplos órgãos. Os recém-nascidos classificados como termo precoce, com idade gestacional ao nascimento entre 37 e 38 semanas, no limite da maturidade, têm maior risco de resultados adversos e mortalidade no período neonatal, comparados com os de 39-41 semanas (MIRALHA et. al, 2017).

O indicador isolado mais importante da sobrevida e de eventos crônicos futuros na vida da criança é a idade gestacional, que é imprecisa em grande parcela dos recém-nascidos. Isso se deve a, somente 45% das mulheres, serem assistidas pelo sistema único de saúde - SUS, tendo acesso à exames de imagem do tipo: ultrassonografia obstétrica no primeiro trimestre da gestação, considerado o padrão ouro para estimativa da IG, visto que, há imprecisão da data do último período menstrual por grande parte das gestantes (MIRALHA et al, 2017).

Os partos prematuros no Brasil e no mundo são a principal causa de morbimortalidade neonatal e pós-neonatal. Possíveis fatores de risco têm sido investigados, e estes incluem características demográficas e socioeconômicas, comportamentos inadequados relacionados à saúde, fatores emocionais, doenças durante a gravidez, gemelaridade, história obstétrica e cuidados pré-natais inadequados. Segundo estudos, o fator de risco mais importante para prematuridade é histórico de parto prematuro, outros fatores como: intervalo intergestacional inferior a seis meses, infecções pélvicas e intrauterina, uso de drogas, tabagismo, história de conização, cirurgia de alta frequência, e abdominal da gestante (VETTORE et al, 2013).

A lista inclui doenças maternas como hipertensão arterial, diabetes ou doenças da tireóide, gestação múltipla, polidrâmnio ou oligodrâmnio, encurtamento cervical (<3 cm), anomalias uterinas e sangramento vaginal devido à placenta prévia ou descolamento prematuro de placenta. Com o seguimento dos estudos relacionados a esse tema, foram



acrescentaram fatores como: a raça/cor de pele preta, doença periodontal e índice de massa corporal (IMC) materno baixo. Uma estratégia para reduzir a incidência da prematuridade é identificar os fatores de risco e em seguida implementar uma atenção adequada no pré-natal, condicionando a estas mulheres deveriam uma assistência diferenciada com profissionais de saúde capacitados em serviços de saúde de referência (VETTORE et al, 2013).

A assistência pré-natal mostrou ser uma política compensatória eficiente para a prevenção da prematuridade. Porém, a realidade brasileira demonstra que em 2006, apenas 55% das gestantes no Brasil e 62% no Rio de Janeiro tiveram sete ou mais consultas de pré-natal. Apesar do aumento da cobertura de pré-natal no Brasil entre 2000 e 2006, somente a melhoria da sua qualidade poderá levar a uma redução da prematuridade, visto que, tende a se repetir em gestações futuras. Os impactos positivos do pré-natal na redução do risco para a prematuridade estão relacionados ao diagnóstico de patologias e intervenções precoces com uso de progesterona, tratamento de infecções e realização de cerclagem do colo uterino para incompetência istmocervical (IIC) (VETTORE et al, 2013).

Alterações do tônus basal do esfíncter esofágico inferior, produz refluxo na dependência de relaxamentos transitórios que ocorrem nessa região, em associação a maiores períodos em posição supina, ainda pouco estudada tal situação parece ser o mecanismo principal para a ocorrência de Refluxo gastroesofágico nesta população. A criança na prematuridade possui alvéolos pulmonares ainda não desenvolvidos e se apresentam numa forma rudimentar, interferindo na maturação, provocando um desarranjo no desenvolvimento estrutural pulmonar, com consequente perda de função, evoluindo para displasia broncopulmonar. Outra patologia associada a prematuridade é a anemia, esta possui uma alta , mas como mecanismos básicos estão a baixa produção de eritrócitos, sua curta vida útil (45 a 50 dias nos RNs < 1000 g), além das perdas sanguíneas frequentes destes RNPT, principalmente os assistidos nas UTIN (BRASIL, 2017).
















### 3.2.3 Vitalidade/apgar

A variável em questão contempla avaliar a vitalidade após o nascimento, fazendo uma avaliação rápida de quatro situações referentes ao conceito, diante disto esta foi escolhida como um dos parâmetros a ser desenvolvido ao longo desta pesquisa. Primeiramente, são feitas as seguintes perguntas: Gestação a termo; Ausência de mecônio; Respirando ou chorando; Tônus muscular bom. Se a resposta é sim a todas as perguntas, considera-se que o RN está com boa vitalidade e não necessita de manobras de reanimação. A determinação da necessidade de reanimação e a avaliação de sua eficácia dependem da avaliação simultânea de

dois sinais: Respiração; Frequência cardíaca, sendo a mesma o principal determinante da decisão de indicar as diversas manobras de reanimação (BRASIL, 2014).

Logo após o nascimento, utilizam-se parâmetros que estão demonstrados na Figura 2, a respiração do RN deve ser regular e suficiente para manter a FC acima de 100 bpm. Tal parâmetro pode ser avaliado por meio da ausculta, podendo eventualmente verificar pela palpação do pulso na base do cordão umbilical. Tanto a ausculta precordial quanto a palpação do cordão podem subestimar a FC. A avaliação da coloração da pele e das mucosas do RN não é mais utilizada para decidir procedimentos na sala de parto, estudos têm mostrado que a avaliação da cor das extremidades, do tronco e das mucosas é subjetiva e não tem relação com a saturação de oxigênio ao nascimento. O recém nascido com esforço respiratório e FC adequados podem demorar alguns minutos para ficarem rosados. A saturação de oxigênio com um minuto de vida situa-se ao redor de 60% ó 65%, só atingindo valores de 87% ó 92% no quinto minuto de vida. O boletim de APGAR não deve ser utilizado para determinar o início da reanimação nem as manobras a serem instituídas no decorrer do procedimento. No entanto, sua aferição longitudinal permite avaliar a resposta do RN às manobras realizadas e a eficácia dessas manobras (BRASIL, 2014).

Figura 2- Avaliação do APGAR

<b>TESTE DE APGAR</b>	<b>Pontuação 0</b>	<b>Pontuação 1</b>	<b>Pontuação 2</b>
<b>Cor da Pele</b>			
<b>Frequência Cardíaca (FC)</b>			
<b>Irritabilidade Reflexa</b>	 AUSENTE	 ALGUMA REAÇÃO	 ESPIRROS
<b>Tônus Muscular</b>	 FLÁCIDO TOTAL	 ALGUMA FLEXÃO EXTREMIDADE	 BOA MOVIMENTAÇÃO
<b>Respiração</b>	 AUSENTE	 IRREGULAR	 REGULAR

Fonte: <https://blog.medphone.com.br/apgar-score/>

Se o escore é inferior a sete no quinto minuto, recomenda-se sua aplicação a cada cinco minutos, até 20 minutos de vida. Enfatiza-se que, apesar da subjetividade e da dificuldade em aplicá-lo em RN sob ventilação, o acompanhamento dos escores de APGAR em uma instituição permite identificar a necessidade de implementar programas educacionais e melhoria no cuidado perinatal, além de verificar o impacto das intervenções na qualidade do serviço (BRASIL, 2014, p.33).

Um estudo nacional conclui que o clampeamento em tempo oportuno, ou seja, quando o RN a termo, com boa vitalidade é secado e posicionado sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta por, no mínimo, um minuto, até o cordão umbilical parar de pulsar (aproximadamente três minutos após o nascimento), é benéfico em comparação ao clampeamento imediato com relação aos índices hematológicos na idade de 3 a 6 meses. Após a realização dos cuidados de rotina na sala de parto o RN em boas condições clínicas, deve ser encaminhado com a mãe ao alojamento conjunto e estes serem acompanhados pela equipe multiprofissional a todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

#### **4 Aspectos legais na assistência ao recém-nascido de baixo risco**

##### **4.1 Regulamentação**

O atendimento do recém-nascido, segundo a Portaria N° 371 de 7 de maio de 2014, consiste na assistência de profissional capacitado médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou enfermeiro (obstetra ou neonatal) desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional ou da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP (BRASIL, 2014).

#### **5 Boas práticasao cuidado aos recém-nascido**

As boas práticas ao cuidado aos recém-nascido incluem: O clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele-a-pele e o início da amamentação exclusiva trêspráticas simples que, além de proporcionar benefício instantâneo ao recém-nascido, podem ter impacto positiva longo prazona nutrição e na saúde da mãe e do bebê e possivelmente no desenvolvimento da criança muitoalém do período neonatal e do puerpério. Após o nascimento, colocar o recém-nascido, se estiver ativo e reativo, diretamente sobre o abdome ou tórax da mãe, de bruços, com a pele do recém-nascido em contato com a pele da mãe. Enquanto a pele da mãe auxilia a regular a temperatura do recém-nascido é importante,

cobrir as costas do bebê e o abdome e tórax da mãe com um cobertor seco e aquecido, protegendo a cabeça do recém-nascido com um gorro ou um pano para evitar a perda de calor (BRASIL, 2011).

Na medida do possível, manter o bebê e a mãe nesta posição pelo menos durante a primeira hora de vida, postergando todos os procedimentos de rotina e realizando supervisão frequentemente, a fim de detectar qualquer complicação, este não deve estar limitado à sala de parto. Os benefícios obtidos por esta prática influenciam: na adaptação à vida extrauterina, propicia a amamentação precoce, controla a temperatura, promove estímulo sensorial adequado, além de favorecer o vínculo pai-mãe-filho. Apresenta-se como uma prática segura, barata e de comprovados benefícios a curto e a longos prazos, para as mães e as crianças (BRASIL, 2011).

Quanto à amamentação na 1ª hora de vida, tem importância para a nutrição infantil e para a prevenção da morbidade e mortalidade infantis, assim como a prevenção de enfermidades crônicas, é bem reconhecida. Sendo um componente essencial para a sobrevivência materno-infantil e dos programas de saúde, estudos comprovaram que a amamentação exclusiva durante os 6 primeiros meses de vida, seguida do aleitamento materno continuado dos 6 aos 11 meses de idade, era a intervenção isolada mais efetiva para prevenir mortalidade infantil. Amamentar nas primeiras horas de vida promove um efeito protetor do aleitamento materno contra morbi-mortalidade neonatal. O início imediato da amamentação assegura que o recém-nascido receba o colostro, geralmente conhecido como a primeira vacina devido a seu rico conteúdo de importantes fatores imunológicos (tanto secretores quanto celulares), agentes antimicrobianos, antiinflamatórios e vitamina A, todos importantes para a proteção imediata e no longo prazo contra infecções. O leite humano, como alimento exclusivo e estéril para o recém-nascido, prevenindo infecção por patógenos causadores de doenças por meio de líquidos contaminados como: *Enterobacter sakazakii* e entre outros (BRASIL, 2011).

Com relação ao clampeamento, estudos apontam, que o retardamento do clampeamento promove maior tempo para transferido o sangue presente na placenta no momento do nascimento, conferindo maior volume de sangue aos órgãos vitais na primeira semana de vida, proporciona também aumento do estoque de ferro em crianças e, especialmente em filhas de mães anêmicas, aumentando a concentração de hemoglobina aos dois e três meses de idade, reduzindo o risco de anemia em crianças a termo (VENÂNCIO et al., 2018).

### 5.1 Intercorrências neonatais

Os períodos de maior vulnerabilidade para a mãe e para o recém-nascido são os períodos de parto e pós-parto imediato, as primeiras 24 horas após o parto, ocorrem entre 25 e 45% das mortes neonatais e 45% das mortes maternas segundo estudos. Por essa razão são necessárias práticas de atenção a esses períodos voltadas a realização consideram os problemas mais sérios e imediatos da mãe (ex. hemorragia pós-parto e infecção puerperal e do recém-nascido (asfixia, baixo peso ao nascer, prematuridade e infecções graves), sendo estas as que recebem maior atenção no registro das intervenções em saúde pública (BRASIL, 2011).

Uma pesquisa no hospital universitário da cidade de São Paulo, no período de agosto a setembro de 1998 apresentou como resultados, dos RNs, 59% apresentaram algum tipo de intercorrência, tendo sido as mais frequentes as relacionadas ao coto umbilical (35%) e ao ganho reduzido de peso (11%). Os principais problemas com o coto umbilical foram o granuloma (11%), a presença de secreção sanguinolenta (11%), a umidade na base do coto (7%), presença de herniação (4%) e hiperemia (2%). Quanto ao peso, 11% deles apresentaram ganho reduzido, sendo o parâmetro adotado na instituição a média de 20 gramas diárias. (HOGA et al, 2001). O enfermeiro assume papel importante na determinação da qualidade do serviço. Normalmente, na condição de gerente ou coordenador da equipe, ele supervisiona todas as atividades de enfermagem desenvolvidas, o que facilita a identificação de falhas e possíveis intervenções. Assim, um programa de atenção integral que inclua práticas de atenção materna que se promovem para prevenir a morbidade e a mortalidade, tais como o manejo ativo do terceiro período do parto ó melhorarão, nos curto e longo prazos, tanto a saúde da mãe quanto a do bebê (BRASIL, 2011).

### 5.2 Icterícia

Os progressos de assistência a saúde de neonatos começam a ser percebidos a partir do século XX, assim, aumentando a qualidade da assistência neonatal. A Icterícia é uma das modificações mais contínuas nos recém nascidos, tanto a termo quanto pré termos. Segundo estudos, cerca de 60% a 70% dos RN a termo e 80% a 90% dos RN pré termo apresentam quadro de icterícia (SENA; REIS; CAVALCANTE, 2015).

A alta concentração de bilirrubina no plasma é chamada de hiperbilirrubinemia, sendo apresentada pela maioria dos recém nascidos após as primeiras 24 horas de vida. Esta condição leva a um quadro de amarelção da pele, escleróticas e mucosas, conhecida como

icterícia. Geralmente ocorre após as primeiras 24 horas de vida podendo durar até aproximadamente 1 semana, e na maioria dos casos é considerado um quadro fisiológico. No entanto, é necessário alerta caso este quadro ocorra antes das primeiras 24 horas, podendo relacionar a uma síndrome ou doença (LUCHESEI; BERETTA; DUPAS, 2010).

Segundo Sena et al (2015) há dois tipos de icterícia: fisiológica e patológica, e seu tratamento envolve diversos procedimentos, como: a transfusão de sangue ou plasma, transfusão sanguínea, aplicação de albumina, drogas e a fototerapia. Esta última, a fototerapia, é a mais comum utilizada para o tratamento do quadro, consiste na exposição do RN a luz de alta intensidade capaz de transformar a bilirrubina, que é uma molécula lipossolúvel, em uma molécula mais hidrossolúvel, resultando na sua eliminação do organismo sem necessidade de conjugação. Luchesi et al (2010) enfatiza que a fototerapia é o tratamento para icterícia mais utilizado no mundo, devido sua alta eficácia e a ausência de contra indicações.

No entanto, quando o RN permanece no hospital por pouco tempo, torna-se dificultosa a observação da icterícia fisiológica, assim, não permitindo intervenções e necessitando muitas vezes a reinternação do RN, gerando transtornos a família e gastos aos serviços. Mediante isso, o Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, recomenda que a alta hospitalar seja efetuada só após 48 horas do nascimento (LUCHESEI; BERETTA; DUPAS, 2010).

Nessa perspectiva, é extremamente necessário manter um diálogo aberto, cauteloso e educativo entre a equipe de saúde e a mãe junto a familiares. O trabalho do enfermeiro neonatal é um desafio constante nesse processo, tanto no que diz respeito a conhecimento, habilidade e vigilância constante para identificar os indícios da icterícia, fisiológica ou patológica, quanto o diálogo com a mãe e familiares, tendo em vista que é o profissional mais habilitado e que mantém contato por mais tempo com os envolvidos (SENA; REIS; CAVALCANTE, 2015).

### 5.3 Hipoglicemia

A hipoglicemia neonatal é um dos mais frequentes distúrbios metabólicos que ocorrem nas primeiras horas de vida do RN, no pós parto imediato, sendo definida quando o seu nível de glicose está abaixo de 40mg/dl. Tal distúrbio ocorre devido a adaptação extrauterina em que o RN é submetido para o ajuste fisiológico do seu organismo, sendo um dos problemas mais comuns encontrados resultantes desse processo, com cerca de 50% dos recém nascidos a termo (SANTOS e JUNIOR, 2014, p. 105-109 apud, FERREIRA, 2016, p. 13).

Para a Sociedade Brasileira de Pediatria o limite de glicemia fetal durante a gestação é de 54mg/dl. O clampeamento precoce do cordão umbilical, por onde a glicose é oferecida pela mãe e que seria utilizada pelo RN por aproximadamente 4 horas após o nascimento, contribui para os níveis glicêmicos do RN caírem rapidamente, caracterizando o quadro de hipoglicemia (BARBOSA et al, 2014 e FABRETTI, 2006).

Segundo Fabretti (2006) o período transitório que corresponde as primeiras 24 horas após o nascimento é um dos mais difíceis do ciclo vital, pois, segundo ele, metade dos óbitos ocorridos até o primeiro ano completo de vida são resultados de problemas vividos nesse período.

Após a interrupção do fornecimento de glicemia materna ao RN, estima-se que nas primeiras 4 horas de vida o RN utilize 90% da reserva de glicose armazenada durante a vida uterina durante as situações de estresse, e se a alimentação for atrasada, estima-se que ele use bem mais dessa reserva. Vale alertar que o tecido cerebral do recém-nascido é extremamente sensível às reduções de níveis glicêmicos (FEBRETTI, 2006 e SANTOS; JUNIOR, 2014).

Dentre as consequências severas que podem ocorrer ao recém-nascido após prolongamento do tempo de hipoglicemia, estão: hipotonia, hipertermia, convulsões, cianose e até insuficiência cardíaca. Portanto, é importante o controle glicêmico adequado do RN e uma atenção constante (BARBOSA et al, 2014).

Diante disso, a equipe de enfermagem necessita estar atenta aos fatores de risco maternos associados hipoglicemia em neonatos, que são: prematuridade, mãe diabética, sofrimento periparto, septicemia, erros inatos do metabolismo, asfíxia, hipotermia, gemelaridade, RN pós termo, nascidos de cesariana, RN do sexo masculino e grande para a idade gestacional (GIG), obesidade materna, idade avançada, multiparidade, pré eclampsia, trabalho de parto prolongado, aumento do intervalo entre as gestações e o uso de medicamentos. Dessa forma, é possível que o profissional pratique intervenções adequadas, que são: controle térmico adequado, monitoramento adequado aos recém-nascidos de risco e, principalmente, o aleitamento materno (FERREIRA, 2016).

#### 5.4 Reanimação neonatal

Os procedimentos que envolvem a reanimação neonatal consistem em manter a permeabilidade das vias aéreas, posicionando a cabeça e o pescoço do RN, aspiração da boca e nariz e, se necessário, da traqueia. Induzindo o início da respiração, com manobras de estimulação tátil e ventilação com pressão positiva utilizando balão e máscara ou balão e cânula traqueal, a fim de manter a circulação realizando massagem cardíaca, podendo

administrar medicações ou fluidos. A oxigenoterapia é o procedimento que foi empregado em 26,0% dos atendimentos, havendo associação estatisticamente significativa entre a execução desse procedimento com o aspecto do líquido amniótico presente ao nascimento (FERNANDES; KIMURA, 2005).

ãA frequência de RNs submetidos à reanimação, considerando o procedimento de aspiração das vias respiratórias como manobra inicial, ocorreu em 47,0% dos atendimentos. Deste total, todos tiveram a cavidade oral e as vias aéreas superiores aspiradas, 30(63,8%) foram submetidos à aspiração do estômago e 3 (6,4%) tiveram a traquéia aspirada, sendo 2 (66,7%) por intubação. O procedimento de aspiração apresentou associação estatisticamente significativa com a presença e a característica do líquido amniótico observada ao nascimento, indicando que a decisão do profissional para realizar o procedimento é determinada pelas condições de avaliação do estado do RN e da característica do líquido amniótico (FERNANDES; KIMURA, 2005, p.389).

O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria atua desde 1994, na capacitação teórico-prática de profissionais de saúde com a finalidade de reduzir a mortalidade associada à asfixia perinatal. O treinamento em reanimação neonatal é um importante fator contribuinte para diminuir a mortalidade neonatal precoce no Brasil. As práticas estabelecem que todo RN a termo, respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, independentemente do aspecto do líquido amniótico, deve ser colocado junto à sua mãe, em contato pele a pele. O cordão umbilical deve ser clampeado após 1 a 3 minutos, estimulando o aleitamento materno na primeira hora de vida. O RN que apresentar respiração irregular ou apneia e /ou hipotonia, deve ser encaminhado à mesa de reanimação para que sejam realizados os passos iniciais. O clampeamento tardio do cordão pode ser realizado nos RN pré-termo tardios com idade gestacional (IG) entre 34 e 36 semanas, e nos RN pós-termo com IG igual ou maior que 42 semanas, que se apresentarem ao nascer com boa vitalidade. Em seguida, devem ser levados à mesa de reanimação para avaliação detalhada das suas condições clínicas (MARBA et al. 2018).

O nascimento é o momento em que acontece o início da respiração e a transição da circulação fetal para a neonatal. Quando a sequência é interrompida ocorre prejuízos na perfusão sanguínea e consequentemente na oxigenação tecidual em diversos órgãos, principalmente cérebro, coração, pulmões e rins, com consequentes danos, muitas vezes irreversíveis, que podem levar a sequelas neurológicas e à morte. Mesmo em gestações de risco habitual, podem ocorrer emergências como: prolapso ou rotura de cordão, nó verdadeiro de cordão, descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, entre outras, que podem



resultar em graus variáveis de hipóxia fetal e levar à necessidade inesperada de procedimentos de reanimação neonatal (MARBA et al. 2018).

No Brasil, de 2005 a 2010, a asfixia perinatal foi responsável por 5 a 6 mortes neonatais precoces por dia em RN de baixo risco, com peso ao nascer maior ou igual a 2.500 gramas e sem malformações congênitas, e por 10 a 12% das mortes neonatais precoces naqueles com 400 a 1499 gramas ao nascer. É trivial que o RN comece a respirar, espontaneamente ou com auxílio, no primeiro minuto de vida, considerado o Minuto de Ouro. Um em cada 10 recém-nascidos necessita ajuda para iniciar a respiração ao nascer. Sabe-se que o risco de morte aumenta 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a respiração, nos primeiros 6 minutos de vida. Logo, a equipe de profissionais responsável pelo atendimento do RN em sala de parto deve possuir competência e conhecimento científico pautados nas manobras de reanimação neonatal. Para assegurar a qualidade do atendimento e segurança ao paciente, a equipe deve ser treinada a atuar de forma coordenada, com comunicação efetiva entre os membros, e contar com um líder, que define a função de cada profissional antes do nascimento. É essencial que as salas de parto tenham materiais e equipamentos adequados para o atendimento do RN, checados e testados de modo sistemático antes de cada nascimento (MARBA et al. 2018).

## **6 MÉTODO DE ESTUDO**

### **6.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo exploratório, documental e descritivo de delineamento transversal e natureza quantitativa. A pesquisa exploratória visa à descoberta, o achado, a elucidação ou a explicação de fenômenos (GONÇALVES, 2014).

Para Gil (2008) a pesquisa documental se vale de materiais que não receberam um tratamento analítico, podendo assim, serem reelaborados de acordo com o objetivo da pesquisa. Acrescenta ainda, as vantagens desta classificação que são a fonte rica de dados, o custo e a não existência de contato com os sujeitos da pesquisa.

A pesquisa descritiva registra as características de uma amostra ou população em um determinado evento ocorrido (FONTELLES, 2012). Segundo Rudio (2015), as abordagens descritivas são estudos caracterizados pela necessidade de se explorar uma situação desconhecida, da qual tem necessidade de mais informações em termos quantitativos e os dados são apresentados sob forma de tabelas, gráficos ou outro formato de ilustração.

O delineamento transversal utilizado nesse estudo tem como característica essencial a observação do indivíduo em um determinado período de tempo, geralmente curto, e não o acompanha ao longo do tempo, tratando-se de uma pesquisa pontual. Ele fornece um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento (FONTELLES, 2012).

A pesquisa quantitativa utiliza a descrição matemática como uma linguagem que descreve as causas de um fenômeno, estabelecendo uma relação entre o modelo teórico proposto e os dados observados no mundo real (TEIXEIRA, 2012).

### **6.2 Cenário**

O estudo foi realizado no Município de Belém, situado na região norte do país, no nordeste do estado a 120 km do mar e 160 km da linha do equador. Possui aproximadamente 1.059,406 km<sup>2</sup> de área territorial, sendo a capital o Estado do Pará (IBGE, 2017).

A pesquisa foi desenvolvida na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, localizada na Rua Oliveira Belo, nº 395, bairro do Umarizal, Belém-PA. Esta unidade tem como finalidades essenciais a Assistência, o Ensino e a Pesquisa, em consonância com o Perfil Assistencial na Atenção à Saúde da Criança, Atenção à Saúde da Mulher, e Atenção à Saúde do Adulto, prestando serviços ambulatoriais e de internação.

A pesquisa ocorreu no Alojamento Conjunto (ALCON), espaço esse destinado à puérperas com recém-nascidos saudáveis. O ALCON é dividido em duas enfermarias, a saber,

enfermaria Santana, que conta com 31 leitos, onde são alocadas mães e bebês após o parto vaginal; e enfermaria Santa Terezinha que possui 31 leitos destinados a internação de puérperas e recém-nascidos após a cirurgia cesariana.

### **6.3 População/Amostra**

A amostra foi composta por 100 puérperas e seus respectivos 100 recém-nascidos. A Instituição tem uma média de produção de 10 mil nascimentos anuais, sendo que aproximadamente 4.500 são por via vaginal e por volta de 5.500 por meio de cirurgia cesariana, segundo o relatório de gestão e planejamento da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de 2016.

#### **Crítérios de inclusão:**

As participantes foram puérperas de risco habitual maiores de 18 anos, que tinham como produto da concepção recém-nascidos com idade gestacional de 37 semanas ou mais, que tenham entrado em trabalho de parto espontaneamente ou por indução, que foram encaminhadas ao PPP<sup>1</sup> e pariram por via vaginal ou que tenham passado por todo processo de trabalho de parto chegando a dilatação mínima de 7 centímetros e por alguma intercorrência tenham sido encaminhadas a cirurgia cesariana, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), após a leitura e explicação da pesquisa e seus objetivos. Também são participantes seus recém nascidos vivos.

#### **Crítérios de exclusão:**

Foram excluídas as puérperas menores de 18 anos, as que não apresentarem capacidade física e/ou emocional e ainda as que não aceitaram participar do estudo, após leitura do TCLE. Sendo excluídas também puérperas que tiveram conceptos que evoluíram a óbito ou natimortos.

### **6.4 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período **de julho a novembro de 2019**. Salienta-se que a coleta iniciou após a apreciação e aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Para a realização da pesquisa foram utilizados dois instrumentos, um avalia os dados do prontuário e o outro aplicado em forma de entrevista as puérperas internadas na enfermaria Santana contendo perguntas referentes a assistência na

---

<sup>1</sup> PPP: ambiente destinado a prestar assistência a parturiente nos três períodos do parto, a saber, **pré-parto**, **parto** e **pós-parto**.

sala de parto e na enfermaria, avaliando os cuidados prestados a mãe e ao recém-nascido, focando a pesquisa as boas práticas do RN.

### 6.5 Procedimento da coleta de dados

Para realização do estudo foi solicitado a autorização ao responsável pela unidade de alojamento conjunto, onde ficam internadas puérperas e recém-nascidos após o parto, a partir da assinatura do termo de autorização para utilização deste estabelecimento na pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de formulários adaptados a partir dos formulários utilizados na pesquisa nacional denominada *Nascer no Brasil*, que busca avaliar as práticas realizadas por médicos e enfermeiras obstetras na assistência ao parto e nascimento da instituição selecionada para o estudo.

Segundo Gil (2010) formulários são instrumentos de coleta de dados onde o pesquisador formula questões previamente elaboradas e está presente no momento da aplicação anotando as respostas. A grosso modo pode-se dizer que é uma entrevista totalmente estruturada.

A coleta de dados ocorreu em duas (02) etapas, descritas a seguir:

**Primeira etapa:** o primeiro formulário (APÊNDICE B) foi aplicado às puérperas pelo menos 8 horas após o parto, primordialmente pelo respeito à integridade da mulher e também pelo fato da vivência dos cuidados no trabalho de parto e parto estarem acentuadas em suas lembranças. Este formulário, composto por variáveis de identificação sociodemográfica materna, condições de acompanhamento do pré-natal, antecedentes obstétricos, condição de admissão na maternidade além de algumas questões sobre o desfecho de boas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto.

**Segunda etapa:** o segundo formulário (APÊNDICE C) foi preenchido com base em dados disponíveis no prontuário médico dessas mesmas puérperas e de seus progenitores, após concedida a permissão da instituição, no próprio setor de internação, cabendo aos pesquisadores responsabilizar-se pela segurança na coleta dos dados nesses prontuários por meio de assinatura do Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD) (APÊNDICE A).

Nesse formulário estava incluso dados gerais, dados da internação, admissão hospitalar, pré-parto e parto, medicamentos e intervenções realizadas a parturiente e ao RN de baixo risco, evolução da puérpera, condições de alta da unidade PPP/Centro Obstétrico, dados antropométricos, peso, idade gestacional pelo método Capurro, intercorrências e APGAR.

## 6.6 Variáveis do estudo

### 5.6.1 Perfil Sociodemográficas materno

- Idade
- Procedência por regiões de saúde
- Estado Civil
- Escolaridade
- Cor/Raça/Etnia
- Religião
- Renda

### 5.6.2 Perfil do acompanhamento pré-natal

- Tipo de gestação
- Intercorrências
- Tipo de intercorrências
- Pré Natal
- Número de consultas no Pré Natal

### 5.6.3 Perfil clínico da admissão materna

- Sinais e Sintomas
- Principais Sinais e Sintomas
- Acompanhamento do Pré Natal: Tipo de instituição e profissional
- Batimentos Cardio Fetais
- Idade Gestacional calculada pela USG

### 5.6.4 Perfil Clínico dos Dados do Recém Nascido

- Peso
- Classificação relacionando Peso e Idade Gestacional
- Idade Gestacional pelo método Capurro
- APGAR no 1º e 5º momento
- Estatura
- Perímetro cefálico
- Perímetro torácico
- Circunferência abdominal

#### 5.6.5 Perfil das Boas Práticas na Assistência ao RN

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME)
- Aleitamento Materno Exclusivo na Sala de Pré Parto, Parto e Pós parto (PPP)
- Contato pele a pele

#### 5.6.6 Perfil das intercorrências do RN na sala de Pré Parto, Parto, Pós Parto e Alojamento Conjunto (ALCON)

- Número de Intercorrências
- Tipos de Intercorrência

### 5.7 Análise dos dados

A Análise dos dados ocorreu por meio de estatística descritiva, na qual as informações coletadas em campo, registradas nos formulários, foram inseridas em uma planilha eletrônica no software Microsoft Office Excel, versão 2013, utilizando a Programa Bioestat versão 5.3.

### 5.8 Aspectos éticos e legais/ riscos e benefícios da pesquisa

A resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, expõe normas e diretrizes regulamentadoras envolvendo seres humanos na qual a presente pesquisa corresponderá e atenderá aos aspectos éticos (BRASIL, 2012). Para sua realização, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), sendo aprovado sob Número do Parecer: 3.364.549, em junho de 2019.

Para abordagem com as puérperas inicialmente foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, justificativa e procedimentos a serem utilizados, benefícios esperados, garantia de sigilo, privacidade, liberdade de participar do estudo e de retirar-se sem nenhum prejuízo de atendimento e solicitada às participantes sua concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B) onde poderão concordar ou não em participar da pesquisa sem que isso lhes ocasione quaisquer prejuízos.

Para a manipulação dos dados do prontuário das puérperas os pesquisadores assinaram o Termo de Compromisso para Utilização de Dados de Prontuários Médicos (APÊNDICE C).

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados. Dessa forma, esse estudo ofereceu risco inerente à pesquisa, com a possibilidade de

desconforto ou constrangimento, próprios às recordações e sentimentos provocados pelos questionamentos, bem como a possível quebra de sigilo da identificação das participantes.

Para minimizar ou evitar o risco de constrangimento ou desconforto inerente à resposta das perguntas, foi adotada uma postura ética e respeitosa no momento da entrevista bem como prestado esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que as mulheres tiverem e ainda foi esclarecido que a qualquer momento do estudo a entrevistada poderiam se negar a responder qualquer questão sem nenhum dano.

Quanto ao risco de quebra de sigilo, foi utilizado o código alfa numérico com a letra P seguida do número de ordem de preenchimento do formulário (P1, P2, P3 ...). Inclui-se também o compromisso de análise do prontuário no próprio setor (enfermarias do ALCON), conforme norma estabelecida pela instituição, evitando assim o extravio, perda de dados ou retenção do prontuário.

Os dados coletados foram arquivados de forma confidencial pelos pesquisadores, durante a elaboração da pesquisa, garantindo sigilo das informações colhidas. Todas as informações serão deletadas permanentemente cinco anos após a conclusão do trabalho.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de julho a novembro de 2019 foram coletados dados de 100 puerperas e 100 recém nascidos internados na enfermaria Santana da FSCMPa. Os dados coletados foram organizados e dispostos em tabelas, segregados por variáveis estudadas e objeto da pesquisa, conforme demonstrados nos sub-itens abaixo:

### 7.1- Perfil sociodemográfico, obstétrico e clínico materno

No que tange aos dados sociodemográficos maternos, a idade das puérperas internadas variou entre 18 a 40 anos, com prevalência da faixa etária de 20 ó 34 anos (73%), com uma média de 24 e desvio padrão de 5.5. Em relação a cor/raça/etnia 91% se autodenominaram parda/morena/mulata ou preta e de religião cristã (católicas 39% e evangélicas 45%). Quanto a escolaridade apenas 2% concluíram o primeiro grau, 24% concluíram o segundo e 5% o terceiro grau. Sobre a renda mensal, 41% das mulheres sobrevivem com até 1 salário mínimo.

Em relação a procedência dessas mulheres 48% são da região Metropolitana I composta pelos seguintes municípios: Belém, Ananindeua, Benevides, Marituba e Santa Bárbara do Pará; 10% da região Metropolitana II composta por: Santa Izabel do Pará, Acara, Bujaru, Colares, Concórdia do Pará, Santo Antônio do Tauá, São Caetano de Odivelas, Tomé Açú e Vigia de Nazaré; e 18% da região Metropolitana III: Castanhal, Curuçá, Igarapé-Açú, Inhangapi, Magalhães Barata, Maracanã, Marapanim, São Francisco do Pará, São Domingos do Capim, São João da Ponta e Terra Alta.

Tabela 01 ó Descrição do perfil sociodemográfico de mães de recém-nascidos de baixo risco, da FSCMP, no período de julho a novembro de 2019

Variáveis	Descrição	n	f %
Idade (anos)	Ö 19	18	18
	20 ó 34	73	73
	× 35	9	9
Procedência por Regiões de Saúde	Metropolitana I	48	48
	Metropolitana II	10	10
	Metropolitana III	18	18
	Outras Regiões	10	10
	Outro Estado	2	2
	Não Informado	2	2
Estado Civil	União Estável	57	57
	Solteira	31	31
	Casada	10	10
	Divorciada	2	2



Tabela 01 ó Descrição do perfil sociodemográfico de mães de recém-nascidos de baixo risco, da FSCMP, no período de julho a novembro de 2019

(Continuação)

Variáveis	Descrição	n	f %
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	13	13
	Ensino Fundamental Completo	2	2
	Ensino Médio Incompleto	26	26
	Ensino Médio Completo	24	24
	Ensino Superior Incompleto	6	6
	Ensino Superior Completo	5	5
	Não Informado	24	24
Cor/Raça/Etnia (Autodenominação)	Branca	6	6
	Parda/Morena/Mulata	84	84
	Amarela	2	2
	Preta	7	7
	Indígena	1	1
Religião	Evangélica	45	45
	Católica	39	39
	Não Possui	8	8
	Outro	8	8
Renda	Até 1 salário mínimo	41	41
	1 a 3 salários mínimos	21	21
	4 a 5 salários mínimos	2	2
	Sem renda	1	1
	Não sabe/não informado	35	35
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Instrumento de coleta de dados próprio, 2019.

Dodt et al. (2010), em seu estudo também realizado sobre o perfil epidemiológico de puérperas em um alojamento conjunto, revelam que a maioria das mulheres estão na faixa etária entre 21 ó 30 anos, com uma média de 23,9. Rodrigues, Domingues e Nascimento (2011), com um estudo focado para distribuição de puérperas usuárias de Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciam que 73,5% estão na faixa etária de 20 ó 35 anos de idade, com média de 24,38. Sendo assim, a maioria das mulheres deste estudo são pertencentes ao grupo de menor risco obstétrico.

Neste estudo, em relação a cor/raça/etnia, 91% se autodenominaram parda/morena/mulata ou preta e 84% de religião cristã, como observado na tabela 1. Em relação a cor/raça/etnia 91% se autodenominaram parda/morena/mulata ou preta e de religião cristã (católicas 39% e evangélicas 45%). Em comparação com estudo realizado por Leite et al. (2013), que objetivou traçar o perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica, 78% se autodenominavam parda ou negra. Segundo dados

do Censo demográfico do IBGE (2010), tanto na região norte, quanto na região metropolitana de Belém, mais 72% das mulheres se autodenominam pretas e/ou pardas.

Cabe ressaltar que o Brasil, como signatário da Declaração Universal dos Direitos Humanos e da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, por meio da Constituição de 1988, reconhece que a saúde é um direito de todos e dever do estado. Tais documentos reforçam o combate a discriminação racial, esta que é uma barreira entre as relações sociais no Brasil (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018).

Por meio da Portaria GM/MS nº 1.459/2011, a Rede Cegonha busca estabelecer direitos de planejamento reprodutivo, ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério e a assistência à criança até 24 meses, dessa forma, garantindo o acolhimento, as boas práticas e a segurança na atenção ao parto e nascimento, e aos aspectos do planejamento reprodutivo. Através de seus princípios, como a proteção e implementação dos direitos humanos, a diversidade cultural, étnica e racial e a promoção da equidade, buscou-se promover uma mudança cultural nos modelos de atenção e gestão de saúde (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018).

Theophilo, Rattner e Pereira (2018), salientam ainda que o racismo, resultante de como as relações sociais estão conformadas no país, pode ser pensado como um determinante social que intervém diretamente no processo saúde/doença, tornando a população negra mais vulnerável e restrita a dificuldades para acessar os serviços de saúde.

Apesar de 24% das entrevistadas deste estudo tenham concluído o 2º grau referente ao ensino médio no país, como observamos na tabela 1, destaca-se a baixa escolaridade dessas mulheres. Estudos realizados nos últimos anos reforçam esses dados, onde aproximadamente 33% das mulheres atendidas tem o ensino médio completo, 27,1% o fundamental incompleto e 29,6% o fundamental completo (LEITE et al., 2013).

Em uma relação da autodenominação de cor/raça/etnia com a baixa escolaridade, destaca-se a reflexão de Theophilo, Rattner e Pereira (2018) que afirmam a condição de subalternidade social da população negra na sociedade resultante de um processo histórico e que traz como conseqüências as exclusões sociais e econômicas, a pobreza, a menor escolaridade e a dificuldade de acesso a serviços e bens públicos.

Diversos estudos realizados durante as décadas passadas comprovam e reforçam a relação da mortalidade materna e infantil com a baixa escolaridade materna. Além, comprovam a direta relação da morte fetal, baixo peso, prematuridade e a menor prevalência do aleitamento materno e oferta do colostro com a baixa escolaridade. Em disparidade, o

intervalo intergenésico ó entre os partos ó considerado como fator importante para a saúde de mães e filhos, tem aumentado entre aquelas com maior escolaridade (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001).

Sobre o estado civil, onde 67% dessas mulheres mantém uma relação com parceiro fixo, exposto na tabela 1, sabe-se que o ciclo gravídico puerperal, para a mulher, é um período crítico marcado por turbulências emocionais e que necessitam de suporte para o enfrentamento do processo da maternidade e do aleitamento, evitando crises e possibilitando a vivencia desse momento de forma tranquila e sem intercursos. Há estudos que evidenciam a importância da participação do parceiro no apoio as mães nesse momento (DORT et al., 2010).

Evidenciou-se nesse estudo que a maioria das mulheres sobrevivem com até 1 salário mínimo. Rodrigues, Domingues e Nascimento (2011) evidenciam no seu estudo que 79,1% das puérperas entrevistadas sobrevivem com até 2 salários mínimos, também evidencia a diferença de ganhos entre homens e mulheres, onde o homem obtém salários maiores, e a disparidade de renda entre brancos e pretos, onde o rendimento médio per capita de brancos são 5 vezes mais altos que de famílias negras, o que influencia diretamente no acesso aos serviços de saúde.

Destarte é notório este estudo foi realizado em um hospital maternidade público referência na região norte do país, o que justifica o perfil de renda das participantes. Tal renda que surte direto impacto do acesso dessa mulher não somente aos serviços de saúde, mas a manutenção digna dos fatores ideais para o bom desenvolvimento da gestação.

As regiões de saúde do estado do Pará, determinadas conforme Resolução nº 83 de 16 de abril de 2012 ó CIB-SUS-PA, são comportas por 13 Regiões de Saúde/Comissões Intergestores Regionais, são elas: Metropolitanas I, II e III, Rio Caetés, Tocantins, Marajó I, Marajó II, Baixo Amazonas, Tapajós, Xingú, Carajás, Tucuruí e Araguaia. Tal conformação busca à administração pública o processo de descentralização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2016).

Segundo o Plano Estadual de Saúde (2016) para o estado do Pará para anos de 2016 a 2019, a Rede Cegonha vem sendo executada nas 13 regiões de saúde através dos Planos Regionais da Rede Cegonha por meio dos 4 componentes da rede: I - Pré-natal; II - Parto e nascimento; III ó Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e IV - Sistema logístico (transporte sanitário e regulação). No entanto, distribuição desigual das unidades e instrumentos de saúde no seu extenso território, vem acarretando iniquidades ao acesso a

esses equipamentos, ações e serviços pelos usuários, o que pode justificar a procedências de gestantes de baixo risco, de outros municípios, na FSCMPa.

Em relação aos dados obstétricos, o tipo de gestação única prevaleceu em 99% das puerperas entrevistadas, com mediana de 1,3 e desvio padrão 1,5. 25% dessas mulheres apresentaram alguma intercorrência durante a gravidez, as quais se destacam Infecção de Trato Urinário (ITU) (8%), Hipertensão (2%), Hemorragia e *HumanImmunodeficiencyVirus* (HIV) (1%). Sobre o acompanhamento pré-natal, 96% das entrevistadas realizaram o acompanhamento, com mediana de 7,6 e desvio padrão de 4,8, e destas 72% compareceram a mais de 6 consultas.

Tabela 2 - Descrição do perfil obstétrico de mães de recém-nascidos de baixo risco, da FSCMP, no período de julho a novembro de 2019

Variáveis	Descrição	n	f %
Gestação	Única	99	99
	Gemelar	1	1
Intercorrências	Sim	25	25
	Não	74	74
	Não Informado	1	1
Tipo de Intercorrências	Hemorragia	1	1
	ITU	8	8
	HIV	1	1
	Hipertensão	2	2
	Outros	13	13
Pré-Natal	Sim	96	96
	Não	4	4
Número de Consultas no Pré-Natal	1 - 5	24	24
	× 6	72	72
<b>Total</b>		100	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados próprio, 2019.

No que tange ao tipo de gestação, observado na tabela 2, houve apenas uma gemelar. O estudo realizado em uma cidade do sul do país mostra que o número de gestações gemelares vem crescendo, porém, ainda mantém percentagens muito abaixo quando comparadas a gestações únicas. Isso pode ser justificado pelo uso de técnicas de reprodução assistidas, utilizadas por mulheres de classe altas consideradas 24,02% do total da população feminina em idade fértil (GERALDO; GARCIAS; ROTH, 2008).

Dentre as intercorrências no período gestacional, podemos observar na tabela 2, a predominância em 25% das mulheres a ITU, hipertensão, HIV e hemorragia. Em estudo realizado sob a suscetibilidade de uropatógenos em gestantes atendidas em um hospital regional do sudoeste do estado do Pará, destacou-se que 38,4% das mulheres acompanhadas

no pré-natal apresentaram resultado positivo (OLIVEIRA et al., 2016). Na gestação, a infecção do trato urinário é de grande relevância em função de sua elevada incidência neste período da vida da mulher, sendo a terceira intercorrência clínica mais comum na gestação, atingindo de 10% a 12% das grávidas (JACOCIUNAS; PICOLI, 2007, p. 55-57 apud PIGOSSO; SILVA; PEDER, 2016, p. 65).

A ITU tem grande relevância para gestantes, pois, pode ser um fator responsável pela ocorrência de partos prematuros, além da associação a restrição do crescimento intrauterino e complicações secundárias relacionadas a mãe. O aparecimento da ITU na gestação pode ser justificado por algumas modificações fisiológicas e hormonais que ocorrem durante esse processo (GERALDO; GARCIAS; ROTH, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as doenças hipertensivas da gestação vêm afetando de 2% a 3% de todas as gestantes no mundo. Já no Brasil, estudos realizados evidenciam que há uma incidência de 7,5% de doenças hipertensivas ligadas a gestação (GADONSKI; IRIGOYEN, 2008, p. 4 apud ALMEIDA, 2015, p. 8-9). Gestantes acometidas por doenças hipertensivas devem ser minuciosamente acompanhadas durante o pré-natal, a fim de tomada de medidas para o controle da pressão arterial evitando sofrimento materno-fetal e a contribuição para os dados de morte materna (ALMEIDA, 2015).

Também podemos observar na tabela 2 o perfil de acompanhamento dessas gestantes no pré natal, evidenciando que 96% delas realizaram o acompanhamento, e destas 72% compareceram há 6 consultas ou mais. O número mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde é de 6 consultas durante toda a gestação, e que devem ser iniciadas o mais precoce possível. Além, é de responsabilidade da unidade realizar visita domiciliar para gestantes impossibilitadas de comparecer a unidade ou fazer busca ativa a gestantes faltantes nas consultas (BRASIL, 2010).

Em estudo realizado sobre a vulnerabilidade mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS, 64,7% tinham realizado 7 ou mais consultas de pré natal pela rede pública de saúde (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018).

Em relação aos dados clínicos no momento da admissão materna na maternidade, observou-se na tabela 3, dentre os sinais e sintomas, 61% apresentaram até 2, 34% apresentaram 3 ou mais e 5% ou foram encaminhadas de outra instituição ou compareceram para consulta do pré natal e ficaram internadas. Dentre estes sinais e sintomas, 69% apresentaram dores e contrações, 21% perda de tampão mucoso, 12% rompimento da bolsa e 7% em trabalho de parto.

No que tange ao acompanhamento pré-natal, também observamos na tabela 3, 50% das mulheres foram acompanhadas por profissional enfermeiro, 32% médicos e 14% por ambos os profissionais. 85% foram encaminhadas de instituição públicas, 4 por instituições privadas e 7 por ambas instituições.

Na avaliação no momento da admissão, a tabela 2 expõe que, 95% apresentavam Batimento Cardíaco Fetal (BCF) entre 110-160 e 65% com Idade Gestacional por ultrassonografia (IG) maior ou igual a 37 semanas.

Tabela 3 - Descrição do perfil clínico da admissão materna, na FSCMPa, no período de julho a novembro de 2019

Variáveis	Descrição	n	f %
Sinais e Sintomas	Até 2	61	61
	× 3	34	34
	Encaminhada por outra instituição	4	4
	Internada após consulta de PN	1	1
Principais Sinais e Sintomas	Dores e Contrações	69	69
	Perda do tampão mucoso	21	21
	Rompimento de bolsa	12	12
	Trabalho de parto	7	7
	Outros	10	10
Acompanhamento do Pré-Natal	Profissional Médico	32	32
	Profissional Enfermeiro	50	50
	Ambos profissionais	14	14
	Instituição Pública	85	85
	Instituição Privada	4	4
	Ambas Instituições	7	7
BCF	Não Informado	4	4
	110 ó 160	95	95
IG (USG)	Não Informado	5	5
	< 37	2	2
	× 37	65	65
<b>Total</b>	Não informado	33	33
		100	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados próprio, 2019.

A Agência Americana de pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem a dor como o quinto sinal vital, ou seja, a dor deve ser sempre registrada ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que são avaliados os sinais vitais (NILSEN, 2009). Nilsen (2009) também traz em sua pesquisa que a dor é um fenômeno multidimensional, subjetiva, complexa e que envolve aspectos fisiológicos, que quando relacionado ao parto diferem da dor crônica ou aguda, causada por uma doença, e sim com o nascimento de um ser.

Deve-se considerar que o processo de dor é fisiológico e psicologicamente individual para cada mulher, grupo social, familiares e todos os que são envolvidos direta ou indiretamente ao evento. Esse sinal vital, em sua intensidade variável e sentida por essas mulheres no trabalho de parto, leva-as a estarem sujeitas a alterações psíquicas, comportamentais, temperamentais, motivacionais, culturais, orgânicas e de possíveis desvios de normalidade causados pelo estresse. Nessa perspectiva alguns princípios precisam ser considerados para o tratamento da dor, como: evitar a demora e tratar a dor respeitando as características individuais de cada mulher. Cabe ressaltar a importância dos métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor (NILSEN, 2009).

Vale destacar que todos os sinais e sintomas identificados nesta pesquisa equivalem aos sinais de alerta e os sinais e sintomas do trabalho de parto. Desta forma, é de extrema importância que a gestante seja orientada no pré natal para saber diferenciar o verdadeiro do falso trabalho de parto. Assim, torna-se imprescindível a atuação desses profissionais de saúde por meio da educação em saúde. Dessa forma, se evita a internação precoce de parturientes em falso trabalho de parto, diminuindo o tempo de internação hospitalar, evitando risco de infecções e o uso de intervenções desnecessárias (FELIX et al., 2019).

O estudo mostra que 50% dos encaminhamentos para as maternidades são realizadas pelo profissional enfermeiro, e 85% das gestantes são encaminhadas das instituições públicas de saúde. O Ministério da Saúde, desde 1999, vem implementando políticas e ações que fomentem um cuidado intensivo e de qualidade para mulheres e seus recém-nascidos. Junto a isso, vem investindo fortemente na formação profissional, principalmente no que diz respeito às enfermeiras obstétricas, garantindo formação de pessoal qualificado para atuação nos serviços destinados a mulher no ciclo gravídico puerperal, visando a redução da morbimortalidade materna e neonatal (RIESCO; TSUNECHIRO, 2003, apud CUNHA et al, 2012). De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado integralmente por enfermeiro.

Cunha et al. (2012) discorre que a categoria de enfermeiros vem garantindo espaços de atuação, integrando-se a atividades de assistência a gestante e ocupando espaços relevantes nas instituições de saúde que prestam assistência para gestantes. Estudo realizado por Koffman e Bonadio entre os anos de 2000 e 2001 (2005) em uma instituição de São Paulo, mostraram que a assistência ao pré natal é prestada exclusivamente por enfermeiros obstetras, e observou-se que, segundo as usuárias, a maioria delas procura o serviço em razão do perfil dos profissionais, comprometidos com a obtenção de técnica qualificada e com os aspectos ético-políticos e com os direitos da mulher. Em outro estudo realizado em uma capital de um

estado do norte do país, 52% dos profissionais de centros de saúde e unidade de saúde da família são enfermeiros, destes, 30% prestam assistência direta no pré natal a gestante de baixo risco (CUNHA et al., 2012).

Diversos estudo mostram que muito países do mundo, onde o atendimento a gestante cabe ao profissional enfermeiro obstetra, apresentam diversos índices negativos no que tange a mortalidade materna e neonatal. No Brasil, a atuação do enfermeiro obstetra na atenção ao pré-natal vem sendo incentivado, dada a vasta contribuição deste profissionais para a ampla cobertura e qualidade assistencial. Além, é uma atuação caracterizada e respaldada nas evidências científicas (CUNHA et al., 2012).

A tabela 3 também traz como dados os batimentos cardíofetais no momento da admissão na maternidade, onde 95% apresentam batimentos entre 110 e 160 por minuto. Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), é considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 e 160 batimentos por minuto. Além, deve-se levar em consideração que após contração uterina, ocorre o aumento transitório da frequência cardíaca, caracterizando como um sinal de boa vitalidade.

Sobre a idade gestacional sob o método a ultrassonografia (USG), 65% das gestantes estavam com 37 semanas ou mais. A Organização Mundial da Saúde determina que após as 37<sup>a</sup> semanas de gestação os nascimentos são considerados a termo, no entanto, enfatizam a importância da realização da ultrassonografia visando identificar precocemente malformações e patologias (NOGARETT; ANACHE, 2011) principalmente no primeiro trimestre, sendo considerada padrão ouro para estimativa da idade gestacional (MIRALHA et al., 2017).

## **7.2- Perfil neonatal**

A tabela 4 faz a análise ao perfil dos RN nascidos vivos, resultando em uma mediana que varia entre 1495 kg a 4008 kg, prevalecendo recém nascidos de peso normal  $\times$  2500kg (58%), com média de 3095,6 kg e um desvio padrão de 460,6. Em relação a classificação que avalia o peso junto a idade gestacional, este prevaleceu o AIG com (49%).

A idade Gestacional, resulta em uma mediana que varia de 34 a 42 semanas, predominando  $>$  37 semanas (88%), com média de 38,7 semanas e desvio padrão de 1,4. O APGAR no 1<sup>o</sup> minuto varia entre 3 a 9, com dominância  $>$  7 (92%), média de 8,4 e desvio padrão 1,1. No 5<sup>o</sup> minuto varia entre 6 a 10, com dominância  $\times$  9 (93%), média 9 e desvio padrão 0,4. Ao analisar a estatura obtém-se como resultado: mediana 42 a 45 cm, predominando  $<$  45 cm (60%), com média de 49,8 cm e desvio padrão de 2,6.



Os dados antropométricos, como: Perímetro Cefálico (PC) apresenta uma mediana de 30 a 35cm, com prevalência de  $\bar{O}$  32 cm (53%), média de 34,1 cm e desvio padrão de 2,3; Perímetro Torácico com mediana entre 25 a 36 cm, dominância de < 33 cm (54%), média de 32,4 cm e desvio padrão de 1,9 e Circunferência Abdominal com mediana de 22 a 32 cm, prevalência de  $\bar{O}$ 32 cm(86%), média de 30,5 e desvio padrão de 2,0.

Tabela 4 - Descrição das variáveis do recém nascido, da FSCMP, no período de julho a novembro de 2019

Variáveis	Descrição	n	f %
Peso	× 2.500 kg	58	58
	< 2.500 kg	41	41
	Até 1500 kg	1	1
Classificação PesoxIdade Gestacional	GIG	35	35
	AIG	49	49
	PIG	16	16
Idade Gestacional pelo Capurro	> 37s	88	88
	$\bar{O}$ 37s	12	12
APGAR no 1º	> 7	92	92
	$\bar{O}$ 7	8	8
APGAR no 5º	× 9	93	93
	> 7	7	7
Estatura	× 50 cm	40	40
	< 45 cm	60	60
PC	> 33 cm	33	33
	33 cm	14	14
	$\bar{O}$ 32 cm	53	53
PT	>33 cm	33	33
	33 cm	13	13
	< 33 cm	54	54
CA	>33 cm	2	2
	33 cm	13	13
	$\bar{O}$ 32	86	86
<b>Total</b>		100	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados próprio, 2019.

O peso é um fator de extrema importância para a vitalidade neonatal, a Tabela 4, analisa o perfil dos recém-nascidos a termo, demonstrando que o peso predominante constituindo (58%) dos casos é × 2500 kg constituindo uma amostra satisfatória, dentro do valor em que se considera peso normal. Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1999 classifica o peso adequado (recém-nascido com peso entre 3.000 e 3.999g) fazendo parte dos (85%) casos na presente pesquisa (FONSECA et al., 2014), em contrapartida os outros (42%) sendo que o risco de óbito entre os recém-nascidos de muito baixo peso (menos de 1.500g) é 30 vezes maior em relação aos nascidos com 2.500g ou mais, sendo inversamente

proporcional ao peso - quanto menor o peso maior a chance de óbitos neonatais, visto que, tal parâmetro influencia diretamente no desenvolvimento do mesmo (GAIVA; FUJIMORI; SATO, 2014).

Outro parâmetro em questão se refere a associação da idade gestacional ao peso do recém-nascido, ao qual a amostra demonstra AIG (49%) , GIG (35%) e PIG (16%) predominando como maioria RN adequados a idade gestacional, no entanto, é importante levar em consideração a amostra dos RNs grandes a idade gestacional, ao qual um fator que favorece a esse percentil é excesso de peso da mulher em período gestacional, aumentando o risco de macrosomia fetal, RN GIG e intercorrências como: hipoglicemia (OLIVEIRA; GUIMARÃES; LAVADO, 2017).

Os valores de APGAR encontrados no 1º e 5º minutos foram considerados bons ó valores de (×7) com (92%) e (Ö9) com (93%).Respectivamente, são usados para avaliar o RN em cinco sinais clínicos gerais: a frequência cardíaca, a respiração, tônus muscular, reflexos e cor da pele. Cada sinal avaliado recebe uma pontuação que gradua de zero a dois e, somadas, darão o Índice de APGAR. Uma nota baixa no APGAR, não significa que terá problemas de saúde no futuro, apenas que necessita de atenção e intervenções específicas nos primeiros momentos de vida (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017). Outros achados semelhantes em outros estudos, resultaram na maioria de relatos sobre malformações congênitas referiu um índice de APGAR considerado satisfatório, no 1º e 5º minuto, indicando boa vitalidade e boa adaptação a vida extrauterina (RODRIGUES et al., 2014).

De acordo com a Idade Gestacional, a pesquisa revela que (88%) dos recém-nascidos possuíam × 37 semanas de acordo com o método de Capurro, tal quantitativo se assemelha a um estudo em que à idade gestacional, segundo o método Capurro Somático, a média foi de  $39,2 \pm 1,0$  semana, tendo a maior concentração de crianças entre 38 a 40 semanas, representando (87,7%) da amostra (LIMA; SAMPAIO, 2004).

Com relação as medidas antropométricas, estas são importantes indicadores de saúde na avaliação do crescimento das crianças. A amostra demonstrou que (60%) possuem estatura < 45 cm; (53%) PC Ö 32cm, (54%) PT < 33cm e CA (86%) de Ö 32 cm. Diante dos achados é importante considerar que suas médias se encontram na faixa de normalidade.

Especificamente, o perímetro cefálico avalia diretamente o crescimento da cabeça e, indiretamente, o desenvolvimento do cérebro. O valor em recém-nascido a termo é de 32-35 cm, podendo ser menor em virtude do cavalcamento das suturas, no entanto, é fundamental avaliar o desenvolvimento desta. Ao nascimento, o perímetro torácico é aproximadamente 2 cm menor que o perímetro cefálico, igualando-se em torno dos 6 meses de vida e assumindo

maiores proporções a partir do primeiro ano de vida. O perímetro abdominal é cerca de 2-3 cm menor que o perímetro cefálico, guardando proporção semelhante de velocidade de crescimento com o perímetro torácico (KENNER, 2001 apud GRAVE, 2012).

Com relação a estatura, os RNs possuem um padrão considerável normal, podendo assemelhar tal parâmetro a um estudo que percebeu, logo após o parto, o comprimento dos RN variou de 32 cm a 43 cm (média = 0,383cm; DP= 0,036). O comprimento normal de um recém-nascido a termo varia de 45 a 53 cm (KENNER, 2001 apud GRAVE, 2012).

A tabela 5 analisa de forma descritivas as boas práticas realizadas na instituição em que foi realizada a presente pesquisa, considerando duas práticas: Aleitamento materno exclusivo (AME), este realizado nas primeiras horas de vida e o Contato pele-pele, excluindo apenas o clampeamento tardio por ser um dado em que não constava nos prontuários.

Com relação ao primeiro, a AME apresenta-se na maioria dos casos constituindo (96%) dos casos, sendo realizada na Sala de Pré parto, parto e pós parto (PPP) (87%), sendo predominante o AME na 1ª hora de vida com (68%) dos casos. O contato pele-pele resulta em uma dominância de (92%) dos casos.

Tabela 5- Descrição do perfil das Boas Práticas na Assistência ao RN, da FSCMP, no período de julho a novembro de 2019

Variáveis	Descrição	n %	f %
AME	Sim	96	96
	Não	4	4
AME no PPP	Sim	87	87
	Não	13	13
	na 1ª hora	68	68
	nas 5ª horas	18	18
	Após 24 horas	8	8
Contato Pele-Pele	Sim	92	92
	Não	8	8
<b>Total</b>		100	100

Fonte: instrumento de coleta de dados próprio, 2019.

A Tabela 5, avalia as boas práticas obtidas no pós-parto, seja dentro do PPP ou na ALCON, sendo excluído o clampeamento por não obter resultados consistentes. Obteve-se uma amostra satisfatória com relação ao AME, com um total de (96%). Tal prática influencia em um conjunto de efeitos benéficos (imunológicos, metabólicos, nutricionais, psicossomáticos, econômicos e até ecológicos) simultâneos e interativos fazem do AME a melhor alternativa para a proteção das crianças nos seus primeiros meses, pois, o leite materno, em grande parte dos casos, pode e deve ser mantido como fonte completa e

suficiente de suprimento de energia, micro e macronutrientes e água (AZEVEDO et al., 2019).

Um estudo realizado com crianças menores de 1 ano de vida revelou que crianças que não foram amamentadas com leite materno têm 14x mais chances de contrair doenças, do tipo, diarreia e 4x mais chances de contrair doenças respiratórias quando comparadas a crianças que fizeram AME (CARLETTI et al., 2012). Diante disso, tais neonatos estão suplementados com nutrientes que auxiliam a combater patologias e entre outros. Foi identificado que esta, possui um papel protetor da amamentação na redução de estresse psicológico, sintomas de depressão/ansiedade, transtorno do déficit de atenção e depressão maior em crianças e adolescentes (ALMEIDA et. al, 2019).

Outro parâmetro positivo é o contato pele a pele mãe-filho, constituindo (92%) da amostra, nos fazendo refletir sobre sua importância, o qual deve iniciar imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre toda a mãe-filho saudáveis. O contato pele a pele é utilizado como estratégia não farmacológica, sendo evidenciado em pesquisas que tal prática é efetiva para alívio de dor, demonstrando a capacidade de o bebê transitar suavemente entre o sono e vigília, mostrando que essa intervenção facilita o aumento da frequência do sono tranquilo dos bebês (LOTTO; LINHARES, 2018).

Para Matos et al. (2010) o contato pele a pele acalma o bebê e a mãe auxiliando na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduzindo o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia e mantendo o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe.

Na medida do possível, manter o bebê e mãe nesta posição pelo menos durante a primeira hora de vida, postergando todos os procedimentos de rotina realizando supervisão frequentemente, com o intuito de detectar qualquer complicação, não deve estar limitado à sala de parto; deve ser praticado tão frequentemente quanto possível durante os primeiros dias de vida, para manter a temperatura do recém-nascido, promover a amamentação e fortalecer o vínculo entre a mãe e o seu bebê (BRASIL, 2011).

Estudos demonstram que tal prática tem sido favorecida por conta do empoderamento da gestante diante do pré-natal, podendo associar o maior número de consultas ao maior conhecimento e ao sucesso das boas práticas (JARDIM M.; SILVA A.; FONSECA L, 2019).

A tabela 6 analisa as intercorrências obtidas no recém nascido na sala de Pré Parto, Parto e Pós parto (PPP) e após a internação no Alojamento Conjunto (ALCON). No âmbito do PPP, a maioria dos recém nascido não apresentaram intercorrências (66%), no entanto, 34% apresentaram Icterícia (16%), Hipoglicemia (11%) e Desconforto respiratório (7%).

Já no Alojamento Conjunto (ALCON), a maior parcela também não obteve intercorrências (60%), porém, 40% desenvolveram Icterícia (25%) e Hipoglicemia (5%) e outros (5%).

Tabela 6- Perfil das intercorrências do RN no PPP e Alojamento Conjunto (ALCON)

Variáveis	Descrição	n	f %
Intercorrências no PPP	Sim	34	34
	Não	66	66
Tipos de Intercorrência	Icterícia	16	16
	Hipoglicemia	11	11
	Desconforto respiratório	7	7
Intercorrências no ALCON	Sim	40	40
	Não	60	60
Tipos de Intercorrência	Icterícia	25	25
	Hipoglicemia	5	5
	Outros	10	10
<b>Total</b>		100	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados próprio, 2019.

A Tabela 6, considera as intercorrências ocorridas no período no ALCON (40%), destacando as principais intercorrências sendo estas a: Icterícia com (25%), a Hipoglicemia com (5%) e outros com (10%). Estudos consideram que, as repercussões neonatais imediatas decorrentes que podem ser decorrentes da prematuridade ou não foram identificadas pela ocorrência de Síndrome do Desconforto Respiratório em 23,17% dos casos, icterícia em 43,7% e infecções em 21,19%, seguida de hipoglicemia (GOUVEIA; ÓRFÃO, 2009).

Aproximadamente 60% dos recém-nascidos a termo e 80% dos pré-termos desenvolvem níveis séricos de bilirrubina acima de 5mg%, detectados ao exame físico nos primeiros dias de vida (GALVAN et. al, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, anualmente, 1,5 milhão de recém-nascidos apresentam icterícia nos primeiros dias de vida, sendo que em torno de 250 mil encontram-se em estado crítico e com maior risco de neurotoxicidade. A icterícia fisiológica, é a causa mais comum de icterícia neonatal, acontece após as 24h de vida com predomínio de bilirrubina indireta e com aumento dos níveis de bilirrubina total não ultrapassando 5mg/dL ao dia. Existem diversas causas além dessas citadas nas quais pode-se ter uma icterícia neonatal: incompatibilidade ABO, Leite materno, infecções congênicas, hipotireoidismo congênito, deficiência de G6PD, galactosemia, tirosinemia e entre outros (GALVAN et. al, 2013).

A hipoglicemia neonatal é uma complicação metabólica frequente em recém-nascidos a Diabetes mellitus, ambos pré-gestacionais como gestacional, está associado a uma maior

incidência de hipoglicemia neonatal, podendo ser aguda ou crônica durante o terceiro trimestre de gravidez. Outros fatores de risco são identificados para o desenvolvimento de hipoglicemia neonatal sendo estes: parto prematuro, recém-nascidos pequenos ou grandes para Idade gestacional, hipertensão materna, situações de estresse neonatal como infecções ou asfixia e diabetes materno. Outros seguimentos de pesquisa relatam que a incidência de hipoglicemia neonatal é de 12,78% correspondente 45 casos (SUYCO, 2016).

Os fatores de risco neonatais que tornam a hipoglicemia uma patologia frequente, são pequenos para a Idade Gestacional (PIG), sepse neonatal, asfixia perinatal e síndrome de dificuldade respiratória, o jejum pós-natal é um fator importante, quando está atrasado além das quatro a seis horas após o nascimento (SUYCO, 2016).

Outro estudo demonstra que a incidência de hipoglicemia no recém-nascido nascido depende da condição e métodos pela qual a concentração de glicemia é medida. Em geral, estima-se que tal patologia ocorra de 1 a 5 por 1.000 nascimentos vivo, mas é mais alto em populações de alto risco (LUBCHENCO et al., 1971 apud BOLAÑOS; MENENDEZ, 2008).

## 8 - CONCLUSÃO

A pesquisa contemplou em sua abordagem variáveis maternas e neonatais, incluindo as boas práticas voltadas ao recém-nascido de baixo risco. Constatou-se que os perfis maternos e neonatais, em suas características e distribuições, apresentam valores semelhantes aos encontrados em outros estudos no território nacional. A história materna delineou predomínio de puérperas da região metropolitana, com média de 7 consultas do pré-natal, parceiros fixos em mais da metade da amostra, destacando o serviço público no acompanhamento neonatal, cumprindo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde. Entre as variáveis neonatais, as maiores frequências dos parâmetros apresentaram-se satisfatórios, dentro do que é estabelecido nas políticas voltadas a esse público em âmbito nacional. As boas práticas em relação ao aleitamento materno, contato pele a pele nos percentuais descritos no estudo são consideradas muito bom diante os parâmetros estipulados pela Organização Mundial da Saúde, exceto o aleitamento na primeira hora de vida que alcança o parâmetro ótimo. Outras práticas consideradas evidências no cuidado ao neonatal não foram contempladas pela presente pesquisa, pelo escasso registro nos documentos utilizados. Diante da presente pesquisa destaca-se as variáveis em percentuais satisfatórios, reforçando a necessidade de monitoramento aos cuidados prestados ao binômio no enfoque das boas práticas, estimulando novos estudos voltados ao público a este público como indicador de referência na qualidade da assistência prestada em maternidades.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Larrisa Trancoso. **Hipertensão na gestação**. 2015. 28. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Saúde da Família). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ALMEIDA, C; COUTINHO, E; SILVA, D; OLIVEIRA, E; BLOCH, K; VIANA, M. Exposição ao aleitamento materno e transtornos mentais comuns na adolescência.

**Cad. Saúde Pública**. v.35, n.5:e00093718, 2019.

AZEVEDO, P T; CAMINHA, M F; CRUZ, R S; SILVA, S L; PAULA, W K; FILHO, M B. Estado nutricional de crianças em amamentação exclusiva prolongada no Estado de Pernambuco. **Rev Bras Epidemiol**. v.22: E190007, 2019.

BARBOSA A.; RAMOS J.; GARBAR R.; JÚNIOR R.; MANNA T.; NOVATO I. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria: Hipoglicemia no período neonatal**. Dezembro, 2014.

Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2015/02/diretrizessbp-hipoglicemia2014.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/diretrizessbp-hipoglicemia2014.pdf)> Acesso:21.10.19

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p.: il.

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. atual. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 50p. : il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 371, de 7 de Maio de 2014. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html). Acesso em: 23 nov, 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 466/2012**. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 6 p.

BRASIL. Governo do Estado do Pará. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Pará, PA: Governo do Estado, 2016.



BRASIL. Secretaria de Estado de São Paulo. **Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS ó SP: Manual técnico do pré-natal e puerpério.** São Paulo, SP: Secretaria de Estado de São Paulo, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção a saúde do recém-nascido. Guia para os profissionais de saúde. Cuidados gerais.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Base de dados TABNET.** 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.deff>. Acesso em: 02 dezembro 2019.

BOLAÑOS, MENENDEZ. **Incidencia de hipoglicemia neonatal en el servicio de Sala de Partos de Neonatología del Hospital Roosevelt.** revista de la facultad de medicina universidad francisco marroquín. Volumen 1 Segunda Época No. 7. julio - diciembre 2008.

CARLETTI QUELUZ, MARIÂNGELA; BISTAFA PEREIRA, MARIA JOSÉ; DOS SANTOS, CLAUDIA BENEDITA; MORAES LEITE, ADRIANA; GARCIA RICCO, RUBENS. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana. São Paulo, Brasil **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 46, núm. 3, junio, 2012, p. 537-543 Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. CÂMARA TÉCNICA ORIENTAÇÃO FUNDAMENTADA Nº 037/2017. Assunto: Teste de APGAR. Disponível em: [https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Fundamentada%20-%20037\\_2.pdf](https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Fundamentada%20-%20037_2.pdf) Acesso em: 02/12/2019.

COSTA R.; PADILHA M.; MONTICELLI M.; RAMOS F.; BORENSTEIN M. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **Hist Enferm Rev Eletronica**, 2010.

CUNHA, M A; MAMEDE, M V; DOTTO, L M G; ARARUNA, R C. Assistência pré natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco, Acre, Amazônia. **Rev Brasileira de Saúde Public**. v.36, n.1, p174-190, 2012.

DODT, R C M; ORIÁ, M O B; PINHEIRO, A K B; ALMEIDA, P C; XIMENES, L B. Perfil epidemiológico de puérperas assistidas em um alojamento conjunto. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, RJ. v.18, n.3, p. 345-351, 2010.

EGEWARTH, C; PIRES, F D A; GUARDIOLA, A. Avaliação da idade gestacional de recém-nascidos pré-termo através do exame neurológico e das escalas neonatais e obstétrica. **Arq Neuro psiquiatr**. 2002; 60(3-B):755-759

FABRETT, Daiene Tórgo. **Processo de adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.** 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

FELIX, H C R; CORRÊA C C; MATIAS, T G C; PARREIRA, B D M; PASCHOINI, M C; RUIZ, M T. Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. **Rev Brasil de Saúde Matern e Infant**. Recife, RE. v.19, n.2, p. 343-349, 2019.

FERRARI, R; BERTOLOZZI, M; DALMAS, J; GIROTTO E. Fatores determinantes da mortalidade neonatal em um município da Região Sul do Brasil. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, SP. v.47, n.3, p. 531-538, 2013.

FERREIRA, Carolina da Silva. **Incidência e fatores de risco associados a hipoglicemia neonatal em uma maternidade do sul de Minas Gerais**. 2016. 50. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem). Centro Universitário do Sul de Minas, Varginha, 2016.

FERNANDES, KARINA; FUMIKO KIMURA, AMÉLIA. Práticas assistenciais em reanimação do recém-nascido no contexto de um centro de parto normal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 39, núm. 4, 2005, pp. 383-390. Universidade de São Paulo.

FONSECA M.; LAURENTI R.; MARIN C.; TRALDI M. Ganho de peso gestacional e peso ao nascer do concepto: estudo transversal na região de Jundiaí, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(5):1401-1407, 2014

FONTELLES, M J. **Bioestatística aplicada à pesquisa experimental: volume 1**. 1. ed. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2012.

GAIVA; FUJIMORI; SATO. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. **Rev Esc Enferm USP** 2014; 48(5):778-86

GALVAN, L; OLIVEIRA, M; FARIAS, M; PANINI, A; CANCELIER, A; SILVA, L. Causas de icterícia em neonatos internados em hospital no sul de Santa Catarina. **Arq Catarin Med**. v.42, n.3, p. 47-53, 2013.

GERALDO, C F; GARCIAS, G L; ROTH, M G M. Prevalência de nascimentos gemelares em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Brasil de Saúde Matern e Infant**. Recife, RE. v.8, n.4, p. 411-417, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, C.R. **Direito Civil Brasileiro - Teoria Geral das Obrigações**. volume II, 11.ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

GOUVEIA, C; ÓRFÃO, A. Problemas comuns da amamentação. **Rev Port Clin Geral**. v.25, p. 370-375, 2009.

GRAVE M, SARTORI A. Avaliação de crianças nascidas pré-termo a partir dos reflexos neonatais, frequência respiratória e doenças associadas. **Caderno pedagógico Lajeado**. v. 9, n. 2, p. 139-151, 2012.

Haidar, F H; OLIVEIRA, U F; NASCIMENTO, L F C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, RJ. v.17, n.4, p. 1025-1029, 2001.

HOGA L.; ABE C.; MARTON E.; LIMA V. Gravidez na Adolescência: Ocorrências e intercorrências obstétricas e neonatais. **Rev. Min. Enf.**, 5(1/2):37-43, jan./dez., 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov>> Acesso em: 24 nov. 2019.

KOFFMAN, M D; BONADIO, I C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev Brasil de Saúde Matern e Infant**. Recife, RE. v.5, n.1, p. 23-32, 2005.

JARDIM, M; SILVA, A; FONSECA, L. Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante. **Rev On de Pesq Cuidado é Fund**. v.11, n. esp, p. 432-440, 2019.

LEITE, L M C; BARBOSA, T K O; MOTA, J S; NASCIMENTO, L C N; AMORIM, M H C; PRIMO, C C. Perfil sócio econômico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. **Cogitare Enferm**. v.18, n.2, p. 344-350, 2013.

LIMA; SAMPAIO. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 4 (3): 253-261, jul. / set., 2004

LOTTO, C; LINHARES, M. Contato de Pele a Pele na Prevenção de Dor em Bebês Prematuros: Revisão Sistemática da Literatura. **Trends Psychol**. Ribeirão Preto, SP. v.26, n.4, p. 1699-1713. 2018.

LUCHESE, B M; BERETTA, M I R; DUPAS, G. Conhecimento e uso de tratamentos alternativos para icterícia neonatal. **Cogitare Enferm**. v.15, n.3, p. 506-512, 2010.

MARBA S.; GUINSBURG R.; ALMEIDA M.; PEREIRA L.; ANDUJAR L.; FONTES S.; SADECK L.; SOLÉ D.; SILVA L. **Nascimento Seguro**. Departamento Científico de Neonatologia É Sociedade Brasileira de Pediatria. Nº 3, abril de 2018.

MARQUES, Maria João Pimenta. **Manual de boas práticas no parto normal**. 1. ed. Espírito Santo, 2014.

MATOS T.; SOUZA M.; SANTOS E.; VELHO M.; CAMAR E.; SEIBERT E.; MARTINS N. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 nov-dez; nov-dez; 63(6): 998-1004.

MAZUMDER S.; TANEJA S.; DALPATH S.; GUPTA R.; DUBE B.; SINHA B.; BHATIA K.; YOSHIDA S.; NORHEIM O.; RAJIV BAHL R.; SOMMERFELT H.; BHANDARI N.; MARTINES J. **Trials Impact of community-initiated Kangaroo Mother Care on survival of low birth weight infants: study protocol for a randomized controlled**. trial Received: 16 December 2016 Accepted: 17 May 2017.

- MIRALHA A.; GREVE H.; VIANA M.; PACHI P.; MENDES R.; JUNIOR R.; NADER S. **Prevenção da prematuridade é uma intervenção da gestão e da assistência.** Departamento Científico de Neonatologia É Sociedade Brasileira de Pediatria. Nº 2, novembro de 2017.
- MOREIRA, M E L; GAMA, S G N; PEREIRA, A P E; SILVA, A A M; LANSKY, S; PINHEIRO, R S; GONÇALVES, A C; LEAL, M C. Práticas de atenção hospitalar ao recém nascido saudável no Brasil. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro, RJ. 2014, v.30, p. 128-139, 2014.
- MULLER, E B; ZAMPIERI M F M. Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no centro obstétrico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro, RJ. v.18, n.2, p. 247-256, 2014.
- NILSEN, Evenise Cilene Guarino. **Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto.** 2009. Dissertação (Mestre em Enfermagem). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.
- NOGARETT, D M; ANACHE, A A. Análise dos determinantes do nascimento de crianças pré-termo segundo os registros dos prontuários médicos das parturientes internadas no hospital universitário Maria Aparecida Pedrossian ó CG ó MS. VII Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial. 2011, Londrina, **ISSN 2175-960X.** Londrina, PR, 2011. 1644-1673.
- OLIVEIRA, R A; RIBEIRO, E A; GOMES, M C; COELHO, D D; TOMICH, G M. Perfil de suscetibilidade de uropatógenos de gestantes atendidas em um hospital no sudeste do estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde.** v.7, n.3, p. 43-50, 2016.
- OLIVEIRA, G; GUIMARÃES, S; LAVADO, M. Recém-nascidos grandes para a idade gestacional em gestantes diabéticas do pré-natal de alto risco de Itajaí: fatores de risco. **Arq. Catarin Med.** v.46, n.1, p. 80-96, 2017.
- PIGOSSO, Y G; SILVA, C M; PEDER, L D. Infecção do trato urinário em gestantes: incidência e perfil de suscetibilidade. **Rev ACTA BiomedBrasilien.** v.7, n.1, p. 64-73, 2016.
- RODRIGUES L., LIMA R.; COSTA L.; BATISTA R. Características das crianças nascidas com malformações congênitas no município de São Luís, Maranhão, 2002-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, v. 23, n. 2, p. 295-304, abr-jun. 2014.
- RODRIGUES, Q P; DOMINGUES, P M L; NASCIMENTO, E R. Perfil sócio demográfico de puérperas usuárias do Sistema Único de Saúde. **Rev Enferm UERJ.** Rio de Janeiro, RJ. v.19, n.2, p. 242-248, 2011.
- ROSA M; GAÍVA M. Qualidade na atenção hospitalar ao recém-nascido. **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 159-165, jan. /mar.2009.
- RUDIO, F V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** 43 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015

SANTANA ESPINOSA MC, ESQUIVEL LAUZURIQUE M, HERRERA ALCÁZAR VR, CASTRO PACHECO BL, MACHADO LUBIÁN MC, CINTRA CALA D, et al. Atención a la salud maternoinfantil en Cuba: logros y desafíos. **Rev Panam Salud Publica**. 2018;42:e27. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.27>

SANTOS W. C.; SILVA G. J.; ARAÚJO L. C.; COELHO S.; MENDES T.; SOUZA N.M.; NASCIMENTO M. R.; LOUZEIRO D. **Relatório de gestão 2016**. Governo do estado do Pará fundação santa casa de misericórdia do Pará. Belém 2017

SANTOS, E S R; JORNADA JUNIOR, I D. Incidência de hipoglicemia aferida com fita em recém-nascidos grandes para a idade gestacional em um hospital de ensino. **Rev da AMRIGS**. v.58, n.2, p. 105-109, 2014.

SANTOS B.; MIRANDA J.; SANTOS D.; SOBRINHO C.; CAMARGO C.; ROSA D. Perfil de recém-nascidos com extremo baixo peso em um município do nordeste brasileiro. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2016; 24(2):e10825

SANTOS M.; CAMPOS T.; SILVA A.; ANDRADE B.; CÂNDIDO A.; OLIVEIRA R.; NEMER A.; LUQUETTI S.; NETTO M. Fatores relacionados ao peso ao nascer: influência de dados gestacionais. **Rev Med Minas Gerais** 2015; 25(2): 192-198.

SENA, D T C; REIS, R P; CAVALCANTE, J B N. A importância da atuação do enfermeiro no tratamento da icterícia neonatal. **Rev Elet da Est Saúde**. 2015. n.2, v.4, p. 160-170, 2015.

SILVA, G F; PELLOSO, S M. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do noroeste do estado do Paraná. **Rev Esc Enferm USP**. Paraná, PR. 2009, n.43, v.1, p. 95-102, 2009.

SILVA, T C; BISOGNIN, P; PRATES, L A; BORTOLI, C F C; OLIVEIRA, G; RESSEL, L B. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Rev Enferm do Cent Oeste Mineiro - RECOM**. v.7, 2017.

SUYCO R. Factores de riesgo y presentacionclinica de hipoglicemia neonatal en el servicio de neonatología del hospital regional honorio delgado espinoza año 2015. AREQUIPA ó PERÚ 2016

TEIXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. 9 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

THEOPHILO, R C; RATTNER, D; PEREIRA, E L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal a ao parto no SUS: análise da pesquisa na ouvidoria ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.23, n.11, p. 3505-3516, 2018.

VENÂNCIO S.; LEVY R.; SALDIVA S.; MONDINI L.; ALVES M.; LEUNG S. Efeitos do clampamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S323-S331, 2008.

VETTORE M.; DIAS M.; VETTORE M. V.; 3 LEAL M. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no

Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 13 (2): 89-100 abr. / jun., 2013.

WONG, **Fundamentos de enfermagem pediátrica** / Marilyn J. Hockenberry, David Wilson; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. - 9. ed. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2014.

ZANI A, TONCE V, PARADA C. Cuidados a recém-nascidos de baixo peso por equipes de saúde da família: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE online**. Recife, 8(5):1347-56, maio., 2014.

## APÊNDICES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- ICS**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM ó FAENF**  
**APÊNDICE A-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezada Senhora:

Convido-lhe a participar, de forma voluntária da pesquisa a respeito das **práticas obstétricas que são realizadas pelos profissionais de saúde na sala de parto da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará**. Considerando a importância de se adotar uma assistência, às gestantes, baseada em saberes científicos e embasada na humanização do atendimento nesse momento tão peculiar da mulher, que é o parto, foi concebida a realização de um projeto de pesquisa sobre este tema, que será desenvolvido pela Enfermeira Residente em Enfermagem Obstétrica, **Anna Paula Alves de Almeida**, pela acadêmica de enfermagem, **Juliana Santos de Albuquerque**, sob orientação da **Prof.<sup>a</sup> Dra. Andressa Tavares Parente**.

O estudo tem como título **PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA**, e o objetivo é descrever as práticas obstétricas na assistência ao trabalho de parto e parto, para que seja possível realizar um diagnóstico dos serviços prestados e propor intervenções que possam melhorar a qualidade da assistência prestada às mesmas.

Saliento que os existem os seguintes riscos: desconforto ou constrangimento, próprios às recordações e sentimentos provocados pelas perguntas e quebra de sigilo. Com a intenção de minimizá-los e/ou evitá-los adotaremos postura ética e respeitosa no momento da entrevista e serão prestados esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que tiverem, e a qualquer momento do estudo a senhora poderá se negar a responder qualquer questão sem nenhum dano. Quanto a quebra de sigilo a senhora não será identificada com o seu nome na pesquisa, sendo este substituído pela letra "P" seguida da ordem de preenchimento do formulário.

Em relação aos benefícios destaco que as informações fornecidas serão de grande importância para contribuição na melhoria da qualidade do cuidado à saúde das mulheres que serão atendidas nesta instituição (a saber FSCMP). Sobre as despesas e indenização esclareço que não haverá nenhum custo e nenhuma indenização para a senhora por estar participando da pesquisa.

Será garantido a senhora o direito de: esclarecimento sobre a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta, a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos sobre a pesquisa; esclarecimento sobre a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga prejuízo; e compromisso sobre a segurança da sua identificação e que será mantido o caráter confidencial da informação.

Diante das informações expostas acima, você está sendo convidada a participar como voluntária desta pesquisa na qualidade de entrevistada, sendo informada e esclarecida que os dados serão utilizados exclusivamente nesta pesquisa e que serão apresentados à comunidade científica (artigos, tema livre, palestras ou congressos), sendo que a sua identificação será mentida em sigilo. Informo-lhe ainda que os dados somente serão de competência dos pesquisadores envolvidos no projeto e que não será permitido acesso a terceiros (seguidores, empregadores, superiores hierárquicos) garantindo proteção contra qualquer tipo de discriminação ou estigmatização. Todas as informações serão deletadas permanentemente após 5 anos.

Você receberá uma cópia desse termo assinado pela pesquisadora responsável, além de ser garantido que não haverá danos pessoais, físicos ou morais e que sua identidade não será divulgada, respeitando os princípios éticos da pesquisa e a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde. Caso tenha dúvidas ou desejar obter informações sobre o desenvolvimento da pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores através dos seguintes endereços: PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: **Avenida Pedro Alvares Cabral, n° 26 ó Sacramento, Belém/PA, telefone: (91) 989142661**, falar com a Enfermeira Residente Anna Paula Alves de Almeida; COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ: Rua Bernal do Couto, 1040 - Umarizal, Belém - PA, Brasil, CEP: 66055 080. Telefone (91) 4009-2264. Em face desses motivos, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

#### CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informada, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetida, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar do estudo **PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA**, desenvolvido pela Enfermeira Residente Anna Paula Alves de Almeida, pela acadêmica de enfermagem Juliana Santos de Albuquerque, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Andressa Tavares Parente.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da entrevistada

Belém, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

**Obs: Este Termo está descrito em duas laudas que serão rubricadas pelo pesquisador e**

**Participante.**





**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**RESIDÊNCIA UNIPROFISSIONAL EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**APÊNDICE B** ó Formulário de Entrevista para a Puérpera

**FORMULÁRIO HOSPITALAR ó PUÉRPERA**

FORMULÁRIO |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Para todo questionário, preencher com dígitos 8 para não se aplica e 9 para não sabe informar.**

**I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**

1. Horário de início da entrevista |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_|

2. Data Entrevista |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|

3. Data do parto |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|

5. Tipo de gestação: |\_\_|

a. Únicab. Gemelar (dois)    c. Gemelar (três)

6. Nome do 1º Recém-nascido

---

7. Nome do 2º Recém-nascido

---

8. Nome do 3º Recém-nascido

---

**II. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE**

õVou fazer algumas perguntas sobre você.õ

9. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_

10. Você mora em qual município? \_\_\_\_\_
11. Quanto ao seu estado civil, você é: |\_\_\_|
- a. solteira b. casada c. vive em união estável d. divorciada e. viúva
12. A cor da sua pele é... |\_\_\_|
- a. Branca b. Preta c. Parda/morena/mulata d. Amarela/oriental e. Indígena
13. Você é de qual religião: |\_\_\_|
- a. católica b. evangélica c. espírita d. religiões afrodescendentes e. Outra
14. Você estudou até que série? |\_\_\_|
- a. Ensino fundamental incompleto
- b. Ensino fundamental completo
- c. Ensino médio incompleto
- d. Ensino médio completo
- e. Ensino superior incompleto
- f. Ensino superior completo
- g. Pós graduação
15. Qual é a renda mensal da sua família?
- a. até 1 salário mínimo
- b. de 1-3 salários mínimos
- c. de 4-5 salários mínimos
- d. mais de 5 salários mínimos

### III. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

õAgora vou lhe fazer perguntas para saber se você já esteve grávida outras vezes antes da gravidez do \_\_\_\_\_ (nome do bebê) e o que aconteceu em cada uma delas.õ

16. Antes da gravidez do(a) \_\_\_\_\_ (nome do bebê), quantas vezes você ficou grávida, contando com algum aborto ou perda que você tenha tido? |\_\_\_|\_|\_\_\_|
17. Antes da gravidez do (a) \_\_\_\_\_ (nome do bebê), você teve algum aborto ou perda com menos de 5 meses de gravidez? |\_\_\_|
- a. Não b. Sim
18. Quantos? |\_\_\_|\_|\_\_\_|
19. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), quantas partos você já teve? |\_\_\_|\_|\_\_\_|
20. E quantos desses partos foram normais (incluindo partos a fórceps e vácuo)? |\_\_\_|\_|\_\_\_|

21. E quantos desses foram cesarianas? |\_\_|\_\_|

22. Teve alguma intercorrências nessas gestações? |\_\_|

a. Sim b. Não

#### IV. PRÉ-NATAL

õAgora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a gravidez do \_\_\_\_\_(nome do bebê).ö

23. Você fez pré-natal na gravidez do(a) (nome do bebê)? |\_\_|

a. Não b. Sim (vá para 23) c. Não soube informar

24. Por que você não fez o pré-natal? (Não ler as opções) |\_\_|

- a. Não sabia que estava grávida
- b. Não queria essa gravidez
- c. Não achou importante
- d. Não sabia que precisava
- e. Não tinha dinheiro
- f. Não tinha quem a acompanhasse
- g. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso
- h. Não conseguiu consulta
- i. O atendimento era demorado
- j. Não podia ir nos horários de atendimento
- k. O profissional era homem
- l. Não gostava dos profissionais do serviço
- m. Dificuldade de transporte
- n. Outro motivo (responda a 64)
- o. Não soube informar

25. Que outro motivo? \_\_\_\_\_

26. Quantas consultas de pré-natal com médico, enfermeira ou parteira você fez durante a gravidez do(a) \_\_\_\_\_ (nome do bebê)? |\_\_|\_\_|

(Caso a gestante tenha mudado de unidade ou tenha freqüentado pré-natal em mais de um serviço, considerar o total de consultas)

27. Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal da gravidez do(a) \_\_\_\_\_(nome do bebê)? (Ler as opções. Só colocar dois serviços se o número de consultas for igual nos dois) |\_\_|

- a. No serviço público
- b. No serviço particular ou de plano de saúde
- c. Nos dois
- d. Não soube informar

28. Qual profissional de saúde atendeu você durante a maior parte das consultas de pré-natal da gravidez do(a) \_\_\_\_\_(nome do bebê)? |\_\_\_|

- a. Médico
- b. Enfermeiro
- c. Parteira
- d. Outro
- e. Não soube informar

29. Você foi acompanhada, durante o pré-natal da gravidez do(a) \_\_\_\_\_ (nome do bebê) pelo mesmo profissional? (ler as opções) |\_\_\_|

- a. Não
- b. Sim, a maior parte do tempo
- c. Sim, o tempo todo

## VI. ADMISSÃO NA MATERNIDADE

õAgora vou lhe perguntar sobre o que aconteceu desde que chegou ao primeiro serviço que procurou ate ser internada. Vamos chamar esta fase de admissão.ö

30. O que fez você achar que estava na hora de procurar atendimento para o parto do (a) (nome do bebê)? (Não ler as opções) (Caso a mulher informe que foi a consulta ou telefonou para o médico e ele mandou ela vir para a maternidade, perguntar qual foi a razão e assinalar abaixo) |\_\_\_|

- a. Porque entrou em trabalho de parto
- b. A bolsa rompeu
- c. Teve o sinal/perda de tampão mucoso
- d. Estava com dores/contrações
- e. A data para fazer minha cesariana estava marcada
- f. Fui encaminhada pelo pré-natal ou PSF
- g. A indução do parto em casa não funcionou
- h. Estava passando mal (pressão alta, sangramento, etc...)
- i. O bebê estava passando do tempo
- j. O bebê não estava mexendo
- k. O bebê estava em sofrimento
- l. Não soube informar
- m. Outra? Qual? \_\_\_\_\_

## VII. TRABALHO DE PARTO

õAgora vou lhe fazer algumas perguntas referentes ao período desde que você internou ate a hora do parto. Vamos chamar esta fase de trabalho de parto no hospital.ö

31. Você entrou em trabalho de parto? |\_\_\_|

- a. Não  
 b. Não, apesar de ter sido induzido  
 c. Sim (espontâneo ou induzido)  
 d. Não soube informar

32. Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto?  
 |\_\_\_|

- a. Não      b. Sim

33. Você pode ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? (ler as opções) |\_\_\_|

- a. Não, não era permitido      b. Não , porque não quis      c. Sim

34. Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto?  
 (ler as opções) |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_|

- a. Não   b. Banheira   c. Chuveiro   d. Bola   e. Massagem   f. Banquinho para posição de cócoras   g. Cavalinho

h. Outro / Qual? \_\_\_\_\_

i. Não soube informar |\_\_\_|

35. Você teve direito a acompanhante durante sua internação? |\_\_\_|

- a. Não      b. Sim      c. Não soube informar

36. Se não, por quê? (Não ler as opções) |\_\_\_|

- a. A maternidade não permitia qualquer acompanhante  
 b. Não permitia homens  
 c. Só permitia para adolescente  
 d. Só permitia acompanhante maior de idade  
 e. Eu não sabia que podia  
 f. Eu não queria  
 g. Não tinha quem ficasse comigo  
 h. Tinha que pagar para ficar com acompanhante  
 i. Só podia acompanhante na sala de parto  
 j. Outros (responda a 153)

k. Não soube informar

l. Outros? Defina! \_\_\_\_\_

37. Seu acompanhante ficou com você: (ler as opções)

37.1. Durante o atendimento na admissão (antes de internar) |\_\_\_|

a. Não    b. Sim

37.2. Todo o tempo do trabalho de parto (antes de nascer) no hospital? |\_\_\_|

a. Não        b. Sim        c. Não entrei em trabalho de parto

37.3. Durante o parto (na hora de nascer mesmo)? |\_\_\_|

a. Não    b. Sim

37.4. No pós-parto imediato (no centro obstétrico/recuperação)? |\_\_\_|

a. Não    b. Sim

37.5. Durante a internação após o parto (ficou junto no quarto/enfermaria)? |\_\_\_|

a. Não    b. Sim

38. Quem foi seu acompanhante? (marque mais de um se for o caso) |\_\_\_|

a. Companheiro ou pai da criança    b. Amiga    c. Mãe    d. Irmã    e. Doula  
f. Outra pessoa? Quem? \_\_\_\_\_    g. Não soube informar

39. Você teve alguma interferência do hospital a respeito da escolha do acompanhante? |\_\_\_|

a. Não        b. Sim

40. Como foi a experiência de ter um acompanhante no trabalho de parto aqui no hospital?  
|\_\_\_|

a. Ajuda muito a mulher a ficar mais tranqüila e ter um parto melhor

b. Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranqüila e ter um parto melhor

c. Nem ajuda nem atrapalha a ter um parto melhor

d. Deixa a mulher mais nervosa, não ajuda a ter um parto melhor

e. Não soube informar

41. Realizou a retirada de pelo pubianos na maternidade?

a. sim    b. não

### VIII. PARTO

õAgora vou lhe fazer algumas perguntas referentes ao parto (hora do nascimento mesmo).õ

41. Qual foi o tipo de parto que você teve?

- a. Parto normal      b. Parto a fórceps      c. Parto cesário

(segemelar, marcar o tipo de parto de todos os bebês)

1º |\_\_\_\_|

2º |\_\_\_\_|

42. Qual foi a posição que voce ficou para ter o bebê? |\_\_\_\_|

- a. Deitada de costas com a as pernas levantadas  
 b. Deitada de lado  
 c. Sentada/reclinada  
 d. De quatro apoios  
 e. De cócoras  
 f. De pé  
 g. Não soube informar

43. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê ? |\_\_\_\_|

- a. Não      b. Sim

### IX INFORMAÇÕES DO BEBÊ ó (Atenção! Não aplicar para natimortos)

õAgora vou fazer perguntas sobre o (nome do bebê).õ

41. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga? |\_\_\_\_|

- a. Não      b. Sim      c. Não soube informar

42. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: (ler as opções) |\_\_\_\_|

- a. Colocou para mamar      c. Apenas viu o bebê  
 b. Ficou com o bebê no colo      d. Não teve contato com o bebê

43. O bebê veio para o quarto junto com você? |\_\_\_|

a. Não b. Sim

44. Por quê? |\_\_\_|

a. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido

b. Foi para a UI/UTI/berçário patológico

c. Outro motivo

45. Outro motivo? Qual?

---

46. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto?

---

47. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções)

(preencher 9 para ão sabe se teve este problema/não soube informar)

48. Hipoglicemia ó baixa de açúcar no sangue

a. Não b. Sim |\_\_\_|

49. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).

a. Não b. Sim |\_\_\_|

50. Precisou de oxigênio após o nascimento

a. Não b. Sim |\_\_\_|

51. O bebê ficou amarelo (icterícia)

a. Não b. Sim |\_\_\_|

52. Tomou banho de luz

a. Não b. Sim |\_\_\_|

53. Foi transferido para outro hospital

a. Não b. Sim |\_\_\_|

54. Teve infecção?

a. Não b. Sim |\_\_\_|



55. Outros

a. Não (vá para 57) b. Sim |\_\_\_|

56. Outros? Quais?

---

õAgora vou fazer perguntas sobre a alimentação do (nome do bebê).ö

57. Você já ofereceu o peito para o seu bebê? |\_\_\_|

a. Não (vá para 63)                      b. Sim                      c. Não se aplica

58. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? |\_\_\_|

a. Não b. Sim

59. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos)

60. |\_\_\_|\_|\_\_\_| dias

61. |\_\_\_|\_|\_\_\_| horas

62. |\_\_\_|\_|\_\_\_| minutos

63. Por que ainda não deu o peito ao seu bebê? |\_\_\_|

a. Mãe HIV+

b. Mãe HTLV+

c. Bebê prematuro

d. Bebê doente e não pode mamar

e. Leite não desceu/ pouco leite

f. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar

g. Outros (responda a 64)

64. Outros? Quais?

---

---

---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**RESIDÊNCIA UNIPROFISSIONAL EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**APÊNDICE C** ó Formulário para Coleta de Dados do Prontuário

**I DADOS GERAIS DA COLETA DE DADOS**

1. Data da coleta de dados |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|
2. Horário de início da coleta de dados |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_|
3. Nome da mãe: \_\_\_\_\_
4. No. do prontuário da mãe: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**II DADOS DA INTERNAÇÃO**

5. Data da internação: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|
6. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM: |\_\_|\_\_| semanas
7. Idade gestacional na admissão calculada por USG: |\_\_|\_\_| semanas
8. Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo: |\_\_|\_\_| semanas
9. Dilatação do colo do útero no momento da admissão: |\_\_| cm
10. Frequência do Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão: |\_\_|\_\_|\_\_| bpm
11. Motivo da internação: |\_\_|
  - a. Internação por trabalho de parto
  - b. Internação para indução do trabalho de parto
  - c. Internação para cesárea eletiva sem trabalho de parto
  - d. Internação como gestante, por complicação clínico-obstétrica
  - e. Outro motivo / Qual? \_\_\_\_\_
12. Diagnóstico na internação: (permite mais de uma opção)
  - a. Trabalho de parto |\_\_|
  - b. Trabalho de parto prematuro/ameaça de trabalho de parto |\_\_|
  - c. Amniorrexe prematura (Ruptura das membranas ovulares/Bolsa rota) |\_\_|
  - d. Gestação múltipla (2 ou mais fetos) |\_\_|

- e. Gestação prolongada/pós-maturidade |\_\_\_|
- f. Sofrimento fetal (agudo/crônico) ó Crescimento restrito (CIUR) |\_\_\_|
- g. Polidrâmnia/Oligoâmnia |\_\_\_|
- h. Descolamento prematuro da placenta/ DPP |\_\_\_|
- i. Hemorragia vaginal |\_\_\_|
- j. Eclampsia/convulsão |\_\_\_|
- k. Hipertensão na gestação (qualquer tipo) |\_\_\_|
- l. Apresentação pélvica ou outra apresentação anômala (córmica/transv.) |\_\_\_|
- m. Iteratividade (cesáreas anteriores) |\_\_\_|
- n. Diabetes gestacional |\_\_\_|
- o. Infecção pelo HIV |\_\_\_|
- p. Óbito fetal |\_\_\_|
- q. Sem diagnóstico clínico-obstétrico informado |\_\_\_|
- r. Outro diagnóstico / Qual? \_\_\_\_\_
- s. Intercorrência clínica / Qual? \_\_\_\_\_

13. Houve alguma intercorrência no período de internação?

- a. Sim b. Não

### III ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO

14. Trabalho de parto: |\_\_\_|
- a. Espontâneo b. Induzido sem sucesso c. Induzido com sucesso
15. Medicação/método utilizados para indução do parto: |\_\_\_|
- a. Ocitocina b. Misoprostol c. Outras
16. Realização de tricotomia na maternidade: |\_\_\_|
- a. Não b. Sim
17. Enteróclise/enema antes do parto: |\_\_\_|
- a. Não b. Sim
18. Profissional que acompanhou o trabalho de parto: (permite mais de uma opção)
- a. Médico (a) |\_\_\_|
  - b. Enfermeiro (a) obstetra/obstetiz |\_\_\_|

- c. Enfermeiro (a) |\_\_\_|
- d. Auxiliar/técnico de enfermagem |\_\_\_|
- e. Estudante |\_\_\_|
- f. Outro |\_\_\_|
- g. Sem informação |\_\_\_|

19. Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto: |\_\_\_|

- a. Não      b. Sim (qual a justificativa? \_\_\_\_\_)

20. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto: |\_\_\_|

- a. Não      b. Peridural      c. Raqui      d. Peri+Raqui (combinado)      e. Geral

21. Ruptura de membranas durante o trabalho de parto/parto: |\_\_\_|

- a. Não, ruptura antes da internação (vá para 129)
- b. Sim, ruptura espontânea
- c. Sim, ruptura artificial (feito pelos profissionais)
- d. Sim, sem informação do tipo de ruptura

#### **IV DADOS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO**

22. Qual profissional assistiu o parto: |\_\_\_|

- 1. Médico (a)
- 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetriz
- 3. Enfermeiro (a)
- 5. Auxiliar/técnico de enfermagem
- 6. Estudante
- 7. Outro
- 9. Sem informação

23. Realização de episiotomia: |\_\_\_|

- a. Não      b. Sim

24. Ocorrência de laceração vaginal/perineal: |\_\_\_|

a. Não    b. 1º grau    c. 2º grau    d. 3º grau    e. 4º grau    f. Sem especificação

25. Indicação da Cesariana

A. Informação do obstetra:

- a. Cesariana anterior/ Iteratividade
- b. Desproporção Cefalo Pélvica (DCP)
- c. Parda de Progressão
- d. Descolamento Prematura de Placenta (DPP)
- e. Placenta prévia
- f. Sofrimento fetal/CIUR
- g. Infecção pelo HIV
- h. Apresentação pélvica (sentado)
- i. Apresentação córmica (atravessado)
- j. Laqueadura tubária
- k. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
- l. Eclampsia
- m. Síndrome HELLP
- n. Diabetes
- o. Oligodramnia
- p. Gemelaridade
- q. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
- r. Macrossomia
- s. Falha de indução
- t. Mal formação
- u. Óbito fetal
- v. Amniorrexe prematura
- w. Intercorrências clínicas
- x. Sem informação no prontuário
- y. Outra / Qual? \_\_\_\_\_

## V EVOLUÇÃO DA PUÉRPERA

## 26. Evolução da puérpera

- a. Evolução com formação do globo de segurança de pinard e loquia fisiológica
- b. Evolução com formação do globo de segurança de pinard , mas loquia moderada
- c. Loquia aumentada / Hemorragia pós-parto

## 27. Condição de alta da puérpera da unidade PPP/CO.

1. BEG

2. REG

**VI INFORMAÇÕES DO BEBÊ ó** (Atenção! Não aplicar para natimortos)

Peso: \_\_\_\_\_ Ig: \_\_\_\_\_ (método): \_\_\_\_\_

Apgar: 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_ 10 min \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_ Intercorrência:

\_\_\_\_\_

PC= \_\_\_\_\_ PT= \_\_\_\_\_ CA= \_

## ANEXO A

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DO PARÁ -  
FSCMPA



Continuação do Parecer: 3.364.549

saúde;

- Identificar as condições clínicas e obstétricas das puérperas no momento de sua admissão; Descrever as intervenções obstétricas realizadas nas mulheres em trabalho de parto;
- Verificar se as práticas obstétricas realizadas pelos profissionais atuantes no trabalho de parto e parto estão de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

OS RISCOS E BENEFÍCIOS FOREM MENCIONADOS NA PESQUISA DE FORMA CLARA E OBJETIVA, ASSIM COMO FORAM DESCRITOS DE QUE FORMA SERÃO MINIMIZADOS OS RISCOS CASO ESTES VENHAM A OCORRER DURANTE O PERCURSO DO ESTUDO.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A PESQUISA ABRANGE ASPECTOS RELEVANTES E DE EXTREMA IMPORTANCIA QUANTO AO ATENDIMENTO DAS GESTANTES NO AMBITO HOSPITALAR.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

OS TERMOS OBRIGATORIOS FORAM ANEXADOS NA PLATAFORMA CONFORME A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

**Recomendações:**

APÓS O TÉRMINO DA PESQUISA INSERIR NA PLATAFORMA O RELATÓRIO FINAL.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

NÃO APRESENTA PENDENCIAS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado após reunião do colegiado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1346231.pdf	10/05/2019 17:12:14		Aceito
Outros	Isencao_Financeira.docx	10/05/2019 17:11:30	Anna Paula Alves de Almeida	Aceito
Outros	Comp_do_pesquisador.docx	10/05/2019	Anna Paula Alves	Aceito

**Endereço:** Tv. Bernal do Couto, 1040  
**Bairro:** Umarizal **CEP:** 66.050-380  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)4009-2264 **Fax:** (91)4009-0328 **E-mail:** cep.fscmp@gmail.com

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DO PARÁ -  
FSCMPA



Continuação do Parecer: 3.364.549

Outros	Comp_do_pesquisador.docx	17:09:11	de Almeida	Aceito
Outros	TCUD.docx	10/05/2019 17:08:03	Anna Paula Alves de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/05/2019 17:07:20	Anna Paula Alves de Almeida	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCR.docx	10/05/2019 17:06:55	Anna Paula Alves de Almeida	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	10/05/2019 17:04:56	Anna Paula Alves de Almeida	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	10/05/2019 17:03:48	Anna Paula Alves de Almeida	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	10/05/2019 17:01:45	Anna Paula Alves de Almeida	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 03 de Junho de 2019

---

**Assinado por:**  
**Gabriela Ribeiro Barros de Farias**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Tv. Bernal do Couto, 1040  
**Bairro:** Umarizal **CEP:** 66.050-380  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)4009-2264 **Fax:** (91)4009-0328 **E-mail:** cep.fscmp@gmail.com