



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**ALICE FERREIRA DO PINHO**

**ASSISTÊNCIA E VITALIDADE AO NASCIMENTO NO  
CENTRO DE PARTO NORMAL DE UM MUNICÍPIO DA  
AMAZÔNIA LEGAL**

ARIQUEMES-RO

2019

**Alice Ferreira do Pinho**

**ASSISTÊNCIA E VITALIDADE AO NASCIMENTO NO  
CENTRO DE PARTO NORMAL DE UM MUNICÍPIO DA  
AMAZÔNIA LEGAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela.

Prof<sup>a</sup>. Orientadora Esp. Sandra Mara de Jesus Capelo.

Ariquemes – RO

2019

**Alice Ferreira do Pinho**  
<http://lattes.cnpq.br/3668373726518456>

**ASSISTÊNCIA E VITALIDADE AO NASCIMENTO NO  
CENTRO DE PARTO NORMAL DE UM MUNICÍPIO DA  
AMAZÔNIA LEGAL**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de Graduação em  
Enfermagem da Faculdade de Educação  
e Meio Ambiente, como requisito parcial  
para obtenção do título de Bacharela.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Orientadora Esp. Sandra Mara de Jesus Capelo  
<http://lattes.cnpq.br/7277177050715747>  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Jessica de Sousa Vale  
<http://lattes.cnpq.br/9337717555170266>  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos  
<http://lattes.cnpq.br/841199623288877>  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 16 de setembro de 2019.

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Júlio Bordignon – FAEMA**

P654a                      PINHO, Alice Ferreira do.  
Assistência e vitalidade ao nascimento no centro de parto normal de um município da amazônia legal. / por Alice Ferreira do Pinho. Ariquemes: FAEMA, 2019.  
57 p.  
TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.  
Orientador (a): Profa. Esp. Sandra Mara de Jesus CAPELO.  
1. Assistência ao parto. 2. Índice de Apgar. 3. recém-nascido. 4. obstetriz. 5. Triagem neonatal. I CAPELO, Sandra Mara de Jesus. II. Título. III. FAEMA.

CDD:610.73

*Dedico toda a minha trajetória a Deus por ter me sustentado, e  
a cada passo que eu dei ele foi e é meu refúgio bem presente,  
e à minha mãe e meu padastro pelas inúmeras orações e  
dedicação que me ajudaram a chegar até aqui.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me guiado em toda a minha trajetória acadêmica e por ver suas promessas se cumprindo em minha vida; por ter me amparado a cada passo.

Agradeço à minha querida mãe por toda a sua dedicação, paciência e inúmeras orações que me fizeram chegar onde estou hoje; em todos os momentos que achei que não iria conseguir, ela veio com o seu consolo e seus sábios conselhos, me ajudando a passar por todas as fases. Deus não poderia ter me dado amiga melhor!

Agradeço ao meu padrasto pelo seu apoio e dedicação, por todas as vezes que deixou os seus afazeres para me levar à faculdade, e por todas as suas orações e conselhos.

Agradeço a todas os amigos que conheci ao longo desses cinco anos; pelas companhias nos momentos em que estive só, pelas alegrias compartilhadas e por me fazerem entender que juntos somos mais fortes e conseguimos alcançar nossos objetivos.

Em especial, agradeço à Irmã Leia e Irmão Reinaldo e sua família por todo o apoio; pelos dias em que me acolheram, pelos conselhos, pelas orações e por todo o carinho. Sou eternamente grata, pois sei que foi Deus que os colocou na minha vida.

Agradeço à minha orientadora Sandra Capelo por ter se dedicado tanto tempo ao meu lado, me orientando no meu trabalho e na minha vida acadêmica; não tem deixado eu desistir e me apoiado. Pode ter certeza que sempre serei grata e você é minha inspiração na vida profissional.

Agradeço imensamente à Secretaria Municipal de Saúde de Ariquemes (SEMSAU), representada pelo Secretário de Saúde Marcelo Graeff e pelo Diretor de Saúde Ricardo Medeiros, pela colaboração para a coleta de dados.

Porque para Deus nada é impossível

Lucas cap.1 ver. 37

## RESUMO

Os Centros de Parto Normal são uma estratégia do Ministério da Saúde para a humanização do parto e nascimento, com redução da sua instrumentalização e da taxa de mortalidade infantil, que em 2014 foi de 26.723 óbitos no período neonatal. O objetivo deste estudo foi avaliar a assistência dirigida aos recém-nascidos e a vitalidade ao nascimento no Centro de Parto Normal de um município da Amazônia Legal, durante um ano do início do seu funcionamento. A pesquisa se justifica porque o período neonatal apresenta vulnerabilidade por concentrar riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais. O estudo foi dividido em três tópicos: o primeiro abordou a trajetória do nascimento desde quando era realizado por parteiras em ambiente domiciliar até a sua institucionalização, depois buscou esclarecer sobre a importância dos enfermeiros obstétricos nos Centros de Parto Normal e, finalmente, especificou a assistência que deve ser prestada aos recém-nascidos admitidos nesses Centros, comparando-a com a recomendada pelo Ministério da Saúde, e as características que sinalizam boa vitalidade ao nascimento. Trata-se de uma pesquisa de campo documental com abordagem quantitativa e objetivo avaliativo. Encontrou-se que os neonatos do Centro do estudo apresentaram 98% de vitalidade no quinto minuto da avaliação pelo Índice de Apgar e que a administração de vitamina K, o contato pele a pele, as vacinas BCG e Hepatite B são os cuidados mais frequentes, com oportunidade para incremento, e que a triagem neonatal pode ser implementada. Verificou-se ainda a necessidade de resgatar a profilaxia oftálmica e de registros sistematizados da assistência realizada.

**Descritores de Saúde:** Assistência ao parto; Índice de Apgar; Recém-nascido; Obstetiz.



## ABSTRACT

The Normal Birth Centers are a strategy of the Ministry of Health for the humanization of childbirth and birth, reducing its instrumentalization and infant mortality rate, which in 2014 was 26,723 deaths in the neonatal period. The aim of this study was to evaluate newborn care and vitality at birth in the Normal Birth Center of a municipality of the Legal Amazon during one year at the beginning of its operation. The research is justified because the neonatal period is vulnerable to biological, environmental, socioeconomic and cultural risks. The study was divided into three topics: the first studied a birth trajectory from when it was performed by home midwives until its institutionalization, then sought to clarify the importance of obstetric nurses in the Normal Birth Centers and, finally, specified the Care that they provide. Should be provided to newborns admitted to Centers, comparing them with one recommended by the Ministry of Health and as resources that signal good vitality at birth. It is a documentary field research with quantitative and objective evaluative approach. The study center neonates were found to have 98% vitality in the fifty minute Apgar score assessment and administered vitamin K administration, or contact skin and skin, such as BCG vaccines. and Hepatitis B are the most frequent patients with opportunity for increment, and neonatal screening can be implemented. There was also the need to recover an ophthalmic prophylaxis and systematic records of the care performed.

**Keywords:** Childbirth Care; Apgar Score; Newborn; Obstetrician.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Adequado para a Idade Gestacional	AIG
Aleitamento Materno	AM
Centro(s) de Parto Normal	CPN
Conselho Federal de Enfermagem	COFEN
Emissões Otoacústicas Evocadas	EOE
Grande para a Idade Gestacional	GIG
Infecção Sexualmente Transmissível	IST
Indicadores de Risco para Deficiência Auditiva	IRDA
Pequeno para a Idade Gestacional	PIG
Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico	PEATE
Ministério da Saúde	MS
Mortalidade Infantil	MI
Nitrato de Prata	NP
Oftalmia Neonatal	ON
Organização das Nações Unidas	ONU
Organização Mundial de Saúde	OMS
Perímetro Cefálico	PC
Perímetro Torácico	PT
Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento	PHPN
Programa Nacional de Triagem Neonatal	PNTN
Recém-Nascido(s)	RN
Rede Cegonha	RC
Sistema Único de Saúde	SUS
Teste do Pezinho	TP
Triagem Auditiva Neonatal	TAN
Triagem Neonatal	TN
Teste do Reflexo Vermelho	TRV
Vírus da Imunodeficiência Humana	HIV
Vírus T-Linfotrópico Humano do Tipo 1	HTLV1
Vírus T-Linfotrópico Humano do Tipo 2	HTLV2

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
2.1 OS CENTROS DE PARTO COMO LOCAL DE NASCIMENTO .....	14
2.2 O ENFERMEIRO EM CENTRO DE PARTO NORMAL .....	16
2.3 BOAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS E VITALIDADE AO NASCIMENTO.	17
2.3.1 <b>Boas Práticas Assistenciais ao Nascimento</b> .....	<b>17</b>
2.3.1.1 <b>Monitorar temperatura ambiente e do recém-nascido</b> .....	<b>18</b>
2.3.1.2 <b>Estabelecer contato pele a pele</b> .....	<b>18</b>
2.3.1.3 <b>Clampar tardiamente o cordão umbilical</b> .....	<b>19</b>
2.3.1.4 <b>Estabelecer aleitamento materno precoce</b> .....	<b>20</b>
2.3.1.5 <b>Examinar o rn e suas medidas antropométricas</b> .....	<b>20</b>
2.3.1.6 <b>Administrar vitamina K</b> .....	<b>21</b>
2.3.1.7 <b>Vacinas</b> .....	<b>22</b>
2.3.1.8 <b>Realizar profilaxia oftálmica</b> .....	<b>22</b>
2.3.1.9 <b>Realizar triagem neonatal</b> .....	<b>23</b>
2.3.2 <b>Vitalidade ao Nascimento</b> .....	<b>25</b>
2.3.2.1 <b>Índice de apgar</b> .....	<b>25</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>27</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>28</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA .....	28
4.2 CAMPO DE PESQUISA.....	28
4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	29
4.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	31
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	31
4.6 RISCOS E BENEFÍCIOS .....	32
4.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	32
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>33</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>42</b>
<b>APÊNDICE A</b> – Formulário eletrônico para avaliação da assistência e vitalidade ao nascimento no Centro de Parto Normal do município da Amazônia Legal estudado.....	<b>53</b>
<b>ANEXO A</b> – Peso ao nascimento (g) por idade gestacional, todas as gestações únicas em população brasileira de 2003 a 2005, suavizada (Pedreira, 2011) .....	<b>54</b>

## INTRODUÇÃO

Ao longo da história o nascimento vem passando por mudanças, e a assistência que era prestada por parteiras antes da Segunda Guerra Mundial, passou para o ambiente hospitalar realizada por médicos, com intervenções e por meio cirúrgico (POSSATI et al., 2017).

A Mortalidade Infantil (MI) tem se destacado como um grave problema de saúde pública, registrando só no período neonatal, em 2014, 26.723 óbitos (KALE et al., 2017). Esses dados levaram a Organização das Nações Unidas (ONU) a propor, como uma das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, acabar com as mortes evitáveis de Recém-Nascidos (RN) e crianças menores de cinco anos, reduzindo a mortalidade neonatal para 12 a cada mil nascidos vivos até 2030 (ALPIREZ et al., 2018).

O Ministério da Saúde (MS) instituiu, no ano 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e, em 2004, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. No ano de 2009, traçou a meta de reduzir 5% os índices de mortalidade dos neonatos nos territórios da Amazônia Legal e na região do nordeste brasileiro e, por fim, em 2011, instituiu a Rede Cegonha (RC) (Brasil, 2014).

O estágio neonatal constitui momento de grande vulnerabilidade, expressando perigos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, com necessidade de cuidados específicos. O cuidado correto com o bem-estar do Recém-Nascido (RN) possibilita diminuição na mortalidade infantil, como também melhora a qualidade de vida (Brasil, 2014).

O presente estudo teve como objetivo avaliar a assistência dirigida aos recém-nascidos e a vitalidade ao nascimento no Centro de Parto Normal (CPN) de um município da Amazônia Legal durante um ano do início do seu funcionamento.

Desse modo, a pesquisa foi dividida em três tópicos. O primeiro abordou a trajetória do nascimento, desde quando era realizado por parteiras no ambiente domiciliar, até ser efetivado no ambiente hospitalar onde se iniciou a medicalização do parto. Esse processo resultou em altos índices de cesariana e tecnologização, que conduziram à inserção dos CPN com o intuito de humanização do parto e nascimento.

Em seguida buscou-se esclarecer sobre a importância dos enfermeiros obstetras em CPN, com realce na humanização da assistência prestada ao RN e sua competência para realizar todos os procedimentos relacionados a neonatos de partos de risco habitual.

Finalmente, especificou as recomendações do MS para assistência ao RN e os sinais que indicam vitalidade ao nascimento, para comparação com os dados levantados no CPN do estudo.

O estudo demonstrou que os CPN assistidos por enfermeiros obstetras constituem uma estratégia segura de atenção ao parto e nascimento, evidenciada pelas condições de vitalidade e assistência dedicada aos RNs admitidos nestes serviços.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 OS CENTROS DE PARTO COMO LOCAL DE NASCIMENTO

O contexto histórico do nascimento tem sofrido mudanças no decorrer do tempo. No início a prática era totalmente feminina, e as parteiras realizavam o parto e prestavam assistência ao nascimento. Eram conhecidas por seus saberes e crenças e, apesar de não possuírem conhecimentos científicos, eram procuradas por toda a sociedade. O parto era visto como um evento familiar, onde a criança nascia em meio aos parentes, amigas e vizinhas, e esse atendimento ao nascimento era uma prática valorizada (PRUSS, 2019).

A profissão parteira entrou em declínio quando as mulheres começaram a ceder à pressão para realizar o nascimento fora do ambiente domiciliar e apoiado na confiança ao médico. No final do século XVI, o início da utilização do fórceps obstétrico exclusivamente por cirurgiões facilitou a sua entrada na realização do parto como agente com maior controle ao partejar, o que tornou a obstetrícia um ato técnico, científico e dominado pela figura masculina. A imagem do médico obstetra começou a comandar o nascimento (PALHARINE; FIGUEIRA, 2018).

No início do século XIX no Brasil, as parteiras remanescentes passaram a ser criticadas pelo alto índice de mortalidade materno-infantil. Esse acontecimento levou ao início de mudanças nesse contexto, através da realização de cursos para a formação de enfermeiras obstétricas no país (PRUSS, 2019).

No século XX, após a Segunda Guerra Mundial, novas práticas no processo de parturição e nascimento começaram a ser introduzidas, tornando-o medicalizado. Através dos avanços técnico-científicos e da medicina moderna, o meio cirúrgico predominou e abriu portas para um novo modelo de parto e nascimento, em que a mulher perdeu a sua autonomia e passou a ser submetida a procedimentos desnecessários, com o médico no centro do processo (POSSATI et al., 2017).

O nascimento deixou de ser algo natural e fisiológico, e a mulher que deveria ser a protagonista desse ato passou a ser um elemento secundário. O recém-nascido passou a vir ao mundo cercado de ordens e protocolos institucionais (JARDIM; MODENA, 2018).

Através desse processo de medicalização do parto e nascimento de caráter mecanicista, o Brasil se tornou um dos países com maiores taxas de cesáreas e intervenções no parto, ultrapassando os 15% propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

O Brasil alcançou o percentual de 54% de cesarianas no ano de 2014, posicionando-se entre os países com os maiores índices. Segundo a OMS, taxas superiores a 10% de cesáreas não estão relacionadas à diminuição de mortalidade materna e neonatal (ENTRINGER; PINTO; GOMES, 2018).

A OMS relata que a assistência ao parto tem como objetivo garantir o mínimo de intervenções possíveis para a melhor saúde da mulher e do RN, com maior segurança a ambos, e que o profissional responsável por prestar essa assistência somente intervenha se realmente necessário, e não de forma rotineira (PEREIRA et al., 2018).

A atenção à gestante e ao neonato para a garantia de assistência ao parto é assegurada pela Legislação Brasileira, consolidada no PHPN, no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal e na RC (SOUZA; ARAUJO; MIRANDA, 2017).

A ONU traçou Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e, dentre eles, a meta 4 era melhorar a saúde infantil e reduzir 2/3 da mortalidade infantil entre 1990 e 2015. Porém, considera que esses níveis estão fora do potencial do país, e se relacionam às condições desfavoráveis de saúde da população (LANSKY, Sônia et al., 2014).

Os CPN tiveram grande força de implantação a partir da década de oitenta, através do movimento das mulheres, quando passou-se a questionar as práticas obstétricas de rotina e pensar uma forma de humanizar o parto (GARCIA; TELES; BONILHA, 2017).

Os requisitos para constituição dos Centros de Partos Normais foram estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 11/2015. Os CPN são conduzidos por obstetrix e enfermeiras obstetras, e se destaca por possuir quartos PPP, que permitem a assistência durante o pré-parto, parto e puerpério no mesmo ambiente, oferecendo mais conforto à mulher e evitando que a parturiente se desloque entre ambientes, com mais privacidade para ela e o seu acompanhante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Tem ainda, como objetivo, a realização de práticas para reduzir as altas taxas de cesáreas e a diminuição das intervenções obstétricas. É indicado para assistir aos partos identificados como risco habitual, ou seja, sem distócia, quando não há complicações durante a gestação favorecendo ao parto e nascimento, e oferta atendimento de qualidade e humanizado (GARCIA, 2016).

Entre os diversos benefícios dos Centros de Parto estão as menores taxas de intervenções médicas (invasivas) no parto e nascimento, como a analgesia farmacológica, o uso de ocitocina para acelerar o processo de parto, a episiotomia e a realização de parto cesárea. Visa o parto espontâneo, o aumento das taxas de aleitamento materno e a redução de riscos maternos ou perinatais (GARCIA, 2016).

## 2.2 O ENFERMEIRO EM CENTRO DE PARTO NORMAL

A intensa medicalização do parto e nascimento, que considera o nascimento como um evento patológico e um evento médico e de risco a ser tratado em cenário hospitalar culminou, a partir da década de 1980, no movimento de humanização do parto. Essa mobilização levou o MS a estabelecer medidas que mudassem esses indicadores, entre elas a inserção de Enfermeiras Obstétricas na assistência ao parto e nascimento (SOUSA et al., 2016).

Junto com a RC, o MS, através do Sistema Único de Saúde (SUS), desenhou uma rede de cuidados para proporcionar assistência integral à mulher, durante todo o processo de parto, e nascimento seguro e humanizado ao RN, com crescimento saudável (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Essa estratégia levou à implantação dos CPN para a assistência aos partos de risco habitual, pós-parto fisiológico e cuidados ao RN desde suas primeiras horas de vida até a sua alta, realizada por Enfermeiras Obstetras ou Obstetrizes (MEDEIROS, 2016).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 516/2016 dispõe sobre a atuação de enfermeiros no atendimento às mulheres, seus RN e acompanhantes em CPN. Ela estabelece, no parágrafo único do Art. 2, que essa assistência será conduzida pelo enfermeiro nas situações de parto de risco habitual, da internação até a alta, reproduzindo a orientação do MS (COFEN, 2016).



O exercício da enfermagem obstétrica requer instrução e condutas humanizadas que permitam uma assistência de cuidado integral, respeitando o parto como um processo natural e fisiológico da mulher e demonstrando boas práticas no cuidado da saúde da mãe e filho (REIS et al., 2015).

Segundo a OMS, o enfermeiro obstétrico é considerado o profissional mais apropriado para acompanhar a gravidez e o parto por ser menos invasivo em seu cuidado, o que contribui para fortalecer a política de humanizar o parto e o nascimento (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Uma das vitais preocupações dessa política são as implicações para a saúde do RN. Nesse contexto, o enfermeiro obstétrico tem demonstrado habilidade de assistência, sendo comprovada a vitalidade do neonato por meio do Índice de Apgar (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

A especialização obstétrica é alcançada mediante cursos de pós-graduação *Lato sensu*, inclusive residência em obstetrícia, com exigência para cumprir, no mínimo, 15 consultas de enfermagem e atendimento ao RN na sala de parto e 20 acompanhamentos completos do parto nos três períodos, antes, durante e após sua ocorrência (COFEN, 2015).

## 2.3 BOAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS E VITALIDADE AO NASCIMENTO

### 2.3.1 Boas Práticas Assistenciais ao Nascimento

A redução da MI ainda é um grande problema de saúde pública no Brasil, sendo a Mortalidade Neonatal o principal componente da MI, com 70% no primeiro ano de vida e 25% nas primeiras 24 horas de vida do neonato (GAIVA; FUJIMORI; SATO, 2016).

As causas associadas a essa taxa de mortalidade neonatal são diversas, entre elas as circunstâncias de saúde da mãe, do RN, da vida da mulher e da família e, principalmente, a qualidade de assistência prestada à mãe durante a gestação, parto e pós-parto, e ao neonato em suas primeiras horas de vida nos serviços de saúde (GAIVA; FUJIMORI; SATO, 2016).

O nascimento prematuro é atualmente a principal causa de mortalidade infantil, além de ocasionar relevantes problemas de saúde em longo prazo. Foi

estimado em 11% em 2018. O aumento de nascimentos prematuros está relacionado a fatores como a idade materna, tratamentos de infertilidade, maior aporte tecnológico que permite a sobrevivência cada vez mais precoce e o próprio parto cesárea (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

As evidências comprovam que 70% dos óbitos neonatais seriam evitados se fosse prestado um cuidado adequado à gestante e ao RN. Esses dados justificam que haja preparação do meio para a recepção do bebê na sua adequação à vida fora do útero materno, cooperando para a redução da mortalidade neonatal (FILHO et al., 2017).

### **2.3.1.1 Monitorar temperatura ambiente e do Recém-nascido**

A temperatura na sala de parto deve proporcionar um ambiente conveniente, com o objetivo de manter a temperatura do neonato, pois o mesmo é muito propenso à perda rápida de calor através dos mecanismos de convecção, evaporação, condução e radiação. Se não houver medidas para evitar a perda de calor em seus primeiros 10 a 20 minutos de vida, sua temperatura pode cair de 2°C a 4°C (CALDAS et al., 2018).

A temperatura ambiente deve estar em 26°C e o neonato coberto com campos aquecidos. Quando a temperatura da sala está abaixo do indicado, elevam-se os riscos de perda de calor por condução e convecção, e podem apresentar hipotermia de intensidade moderada e severa (RUSCHEL; PEDRINI; CUNHA, 2018).

### **2.3.1.2 Estabelecer contato pele a pele**

O contato pele a pele entre a mãe e o seu filho é preconizado pela OMS imediatamente após o parto, em pelo menos uma hora. Deve ser orientado às mães que esse é o momento que seus filhos já estão prontos para mamar pela primeira vez, e oferecer ajuda se necessário. Esse contato consiste em posicionar o bebê despido e frontal sobre o peito materno, para favorecer a adaptação ao meio extrauterino (SILVA et al., 2016).

O contato pele a pele é indicado para manter a temperatura do RN, iniciar o estabelecimento da lactação, favorecer o Aleitamento Materno (AM), prevenir o desmame precoce e fortalecer o vínculo entre mãe e filho (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

A mesma literatura informa que logo após o nascimento, o contato pele a pele favorece a colonização do RN pela flora da pele de sua mãe, fazendo um somatório dos fatores protetores do AM, oferecendo componentes da microbiota da mãe e substratos para o crescimento da microbiota intestinal do RN.

### **2.3.1.3 Clampear tardiamente o cordão umbilical**

É recomendado fazer o clampeamento do cordão umbilical após parar a pulsação, de 1 a 3 minutos após o nascimento, tempo suficiente para evitar a deficiência de ferro em lactantes e diminuir o risco de desenvolver anemia, e ainda favorecer a respiração e homeostase, através dos índices hematológicos, não devendo exceder esse tempo para evitar icterícia (BARROS, 2017).

O clampeamento tardio do cordão umbilical traz vantagens a rápido e longo prazo para o RN. Segundo o Ministério da Saúde (2011), comprovaram-se vários benefícios imediatos aos RN de baixo ou muito baixo peso, como níveis mais altos de hematócrito, pressão sanguínea, de hemoglobina, maior transporte de oxigênio, e maior fluxo de glóbulos vermelhos. É especialmente importante em lugares de recursos esparsos, com acesso limitado a tecnologias onerosas, sendo associado à redução do uso de oxigênio, diminuição da necessidade de ventilação mecânica, redução do uso de surfactante e de transfusão consequente à hipotensão ou anemia.

A anemia em crianças pode promover redução da capacidade cognitiva, problemas comportamentais, ausência de memória, declínio na concentração mental, déficit de crescimento, redução da força muscular e da atividade física, além de maior vulnerabilidade a doenças infecciosas (ARAÚJO, 2012).

#### **2.3.1.4 Estabelecer Aleitamento Materno precoce**

O AM na primeira meia hora fornece aos RN nutrientes necessários para o seu desenvolvimento, benefícios imunológicos e psicossociais, além de intensificar a conexão entre a mãe e o seu filho, o que possibilita maior chance da criança receber o colostro altamente nutritivo (SÁ et al., 2016).

O colostro é rico em anticorpos maternos, principalmente a imunoglobulina A (IgA), e possui a função de promover proteção ao recém-nascido contra patógenos entéricos. O colostro é especialmente importante nas primeiras horas de vida do RN, pois possui mais minerais e proteínas e menos açúcar e gordura do que o leite maduro. Sua secreção pode prolongar até uma semana após o parto, até a sua conversão gradual para o leite maduro (RICCI, 2015).

A precocidade nessa imunização natural tem impacto no desenvolvimento da criança a longo prazo, e no favorecimento da expulsão da placenta a curto prazo, entre outros benefícios (FASSARELLA et al., 2018).

Segundo o MS (2015), algumas situações restringem a indicação do AM, como mães infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Vírus T-Linfotrópico Humano do Tipo 1 (HTLV1) e Vírus T-Linfotrópico Humano do Tipo 2 (HTLV2), uso de medicamentos desaconselhados nessa fase e criança portadora de lactosemia. A suspensão temporária do AM é recomendada quando há lesões herpéticas com vesículas nas mamas, varicela com lesões na pele cinco dias antes do parto e dois dias após o parto, Doença de Chagas na fase aguda ou sangramento mamilar evidente e consumo de drogas. Não há contraindicação quando a mãe é portadora de hepatite B e o bebê recebe a vacina ao nascer, quando as mães estão em tratamento de hanseníase ou quando são portadoras de tuberculose, desde que amamentem com o uso de máscara.

#### **2.3.1.5 Examinar o RN e suas medidas antropométricas**

O exame físico no RN é fundamental para detectar alguma anormalidade física e se é necessário transferência, registrando a temperatura corporal, circunferência cefálica e peso na primeira hora de vida (BRASIL, 2017).

O peso Adequado para a Idade Gestacional (AIG) situa-se entre o percentil 10 (P10) e o percentil 90 (P90) do Gráfico de Colorado, que foi desenvolvido por Battaglia e Lubchenco (1967). O RN Grande para a Idade Gestacional (GIG) fica acima do P90, apresentando um padrão acelerado para o tempo de vida fetal, enquanto o RN Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) encontra-se abaixo do P10, podendo ser gerado por atraso ou retardo no desenvolvimento uterino (RASPANTINI, 2016).

Foi desenvolvida uma tabela com padrões de peso ao nascimento por Idade Gestacional no país baseada em uma população de quase 8 milhões de observações e considerando o gênero dos RN, o que permite uma comparação mais adequada ao avaliar o peso em RN brasileiros do que as tabelas internacionais, pois estas consideram maior heterogeneidade na sua amostra. Além disso, os parâmetros estariam mais atualizados, considerando que estudos sinalizam aumento na estatura média da população moderna (PEDREIRA, 2011).

O comprimento do neonato apresenta média de 50 cm quando a termo, podendo variar de 45 a 55 cm, medindo o RN completamente despido deitado em decúbito dorsal e com seus joelhos restringidos para que não ocorra movimentação, utilizando régua específica. O Perímetro Cefálico (PC) é em média de 33 a 35 cm, enquanto o Perímetro Torácico (PT) do RN é normalmente de 1 a 2 cm inferior que o PC, com média de 30 a 33 cm (ARAÚJO, 2012).

Em 2014 foram publicadas as curvas do INTERGROWTH-21<sup>st</sup>, uma iniciativa que ambiciona ser o padrão internacional de peso ao nascimento, que relaciona o peso, o comprimento e a idade gestacional para classificar os RNs conforme estejam abaixo do P10, entre o P10 e o P90, e acima do P90, do mesmo modo que o Gráfico de Colorado.

### **2.3.1.6 Administrar Vitamina K**

A administração de Vitamina K no neonato para a prevenção de doença hemorrágica do RN logo após o nascimento é recomendada, pelo fato do organismo do bebê não realizar síntese de vitamina K e ela ser proveniente da alimentação. A sua administração é realizada por via intramuscular, em doses de 0,05 ml até 2 kg e

0,1 ml em RN com peso superior a 5 kg. É verificada melhora nos níveis de coagulação até o sétimo dia de vida (TRATADO DE PEDIATRIA, 2017).

Estudo sobre a dinâmica da composição do leite humano e suas implicações clínicas (ILSI, 2018) aponta que a ingestão de leite humano pode preencher as necessidades de vitamina dos RN a termo, exceto para as vitaminas D e K, que necessitam ser suplementadas, confirmando a indicação da administração rotineira ao nascimento.

### **2.3.1.7 Vacinas**

A vacina BCG é indicada para prevenir formas graves de tuberculose (miliar e meníngea), sendo preparada com bacilos vivos, a partir de cepas do *Mycobacterium bovis*, atenuadas com glutamato de sódio. O esquema de vacinação é dose única, o mais precoce possível, de preferência nas primeiras 12 horas após o nascimento, sendo contra indicada em RN com peso inferior a 2 kg e em lesões de pele grave (BRASIL, 2014).

Contra a Hepatite B, a vacina deve ser aplicada logo após o nascimento, nas primeiras 12 horas de vida, para evitar a transmissão vertical. A administração é via intramuscular profunda, no volume de 0,5 ml no músculo vasto lateral da coxa em sítio diferente da vitamina K, geralmente na coxa esquerda (BRASIL, 2017).

### **2.3.1.8 Realizar profilaxia oftálmica**

A profilaxia oftálmica visa prevenir Oftalmia Neonatal (ON), uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) caracterizada como conjutivite purulenta do RN. Acomete o bebê em seu primeiro mês de vida, e é geralmente contraída pelo contato com a secreção vaginal contaminada da mãe, durante o parto normal, ou durante o parto cesárea, devido ao prolongamento do tempo de ruptura de membranas (PAIVA; SILVA; TEIXEIRA, 2018).

A ON é altamente prejudicial à saúde do RN por agravar o globo ocular, colocando em risco de má perfusão e cegueira, sendo causada por *Neisseria gonorrhoeae*, em sua forma mais grave, e pela *Chlamydia trachomatis*, de forma mais

comum. Estudos estimam que a ON cause anualmente cegueira em mais de 100.000 RN em todo o mundo (DUARTE et al., 2019).

O MS recomenda o uso da pomada de eritromicina a 0,5% de rotina em todos os neonatos. O limite para retardar a aplicação é de 4 horas após o nascimento, e como alternativa pode-se usar tetraciclina a 1%. O Nitrato de Prata (NP) é utilizado somente se indisponível eritromicina ou tetraciclina (BRASIL, 2017).

Diversos estudos têm apontado que a iodopovidona é superior ao uso destes produtos, pela vantagem de não criar resistência, ser efetiva contra os microrganismos e conferir coloração aos olhos após aplicação, favorecendo o monitoramento da sua aplicação. No entanto, seu uso não é indicado pelo MS (PASSOS; AGOSTINI, 2011).

Passos e Agostini (2011) destacam ainda que a profilaxia da ON tem sido negligenciada no Brasil, embora seja justificada pela prevalência da infecção genital em gestantes e pelo índice de transmissão vertical de 30 a 50% para os referidos patógenos, panorama diverso de países britânicos onde a profilaxia universal passou a ser questionada.

### **2.3.1.9 Realizar triagem neonatal**

A Triagem Neonatal (TN) consiste em um conjunto de ações preventivas com a finalidade de identificar previamente pessoas com doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas, garantindo o tratamento e acompanhamento contínuo na ocorrência de diagnóstico positivo, com o propósito de reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida, evitando inclusive a morte (JACKS et al, 2018).

A TN inclui: Triagem Neonatal Ocular (Teste do Reflexo Vermelho) e Auditiva (Teste da Orelhinha), Triagem da Cardiopatia Côngenita (Teste do Coraçãozinho) e Teste do Pezinho (BRASIL, 2016).

O Teste do Reflexo Vermelho, conhecido também como Teste do Olhinho, visa a avaliação ocular precoce para detectar alterações do cristalino, do nervo óptico e de transparência do vítreo por toxoplasmose ou tumor intraocular, catarata, glaucoma, descolamento da retina, retinoblastoma, opacificação da córnea e identificar cegueira infantil (RODRIGUES et al., 2018).

O Parecer Técnico COREN-PE nº 034/2017 certifica a efetuação do Teste do Reflexo Vermelho (TRV) pelo profissional de enfermagem, desde que capacitado e não utilize colírios vasodilatadores, com o objetivo de identificar se existe algum obstáculo para a chegada da luz até a retina.

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) permite o diagnóstico exato da deficiência auditiva infantil, e deve ser realizado logo após o nascimento ou até um mês de vida do bebê, possibilitando o diagnóstico até três meses e a intervenção a ser realizada até seis meses, reduzindo os danos ocasionados pela perda auditiva, podendo então, desenvolver a linguagem bem próxima de uma criança ouvinte (RODRIGUES et al., 2016).

Os exames utilizados para a TAN são: Emissões Otoacústicas Evocadas (EOE) e/ou Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), aquele para crianças sem Indicadores de Risco para Deficiência Auditiva (IRDA) e o PEATE para crianças com IRDA (MALHEIROS; CAVALCANTI., 2015).

Não compete ao enfermeiro a realização de exames audiológicos para a determinação qualitativa ou quantitativa da audição, pois são de competência do fonoaudiólogo, conforme Resolução CFFa nº 190, de 06 de junho de 1997. Entretanto, o enfermeiro tem responsabilidade na busca ativa e rastreabilidade do exame, devendo zelar para que o recém-nato sob os seus cuidados o realize no prazo adequado (COREN-RO, 2012).

A Triagem Neonatal de Cardiopatias Congênitas Críticas, por oximetria de pulso (Teste do Coraçãozinho), deve ser realizada de forma universal em todos os RN entre 12 a 24 horas após o nascimento, antes da alta hospitalar, de acordo com a regulação da Portaria nº 20, de 10 de junho de 2014, a fim de detectar malformações cardíacas graves, conforme o relatório nº 115 da Comissão Nacional de Tecnologia no SUS (CONITEC) (BRASIL, 2018).

Os profissionais indicados para realização do Teste do Coraçãozinho são: neonatologista, pediatra, médico ou profissional de enfermagem apto no procedimento de aferição com oxímetro de pulso (BRASIL, 2018).

O Teste do Pezinho (TP) integra o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) implantado pela Portaria do MS nº 822, de 06 de junho de 2001, que determina ser realizado de forma gratuita e obrigatória SUS. É de competência do enfermeiro e o período ideal para a realização é do 3º ao 7º dia de vida do RN, não inferior a 48 horas e nem superior a 30 dias. Para sua realização é coletado sangue



por punção no calcanhar do neonato, o qual é disposto em papel filtro e encaminhado para laboratório de referência (SILVA et al., 2017).

O TP, no SUS, tem como finalidade detectar: fenilcetonúria (PKU), hipotireoidismo congênito (HC), fibrose cística (FC), hemoglobinopatias (Hb), deficiência da biotinidase (DB) e hiperplasia adrenal congênita (HAC). O prognóstico das patologias relaciona-se com o acompanhamento e tratamento adequado desde os primeiros meses de vida (ARDUINI et al., 2017).

Em alguns estados, como no Paraná, os hospitais respondem pelos exames da Triagem Neonatal dos RN nascidos em suas dependências, numa forma regulamentada de responsabilização na Rede de Atenção à Saúde (CASA CIVIL DO GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, 2004). É nesse sentido que a Triagem Neonatal se insere entre as Boas Práticas recomendadas pelo MS em locais onde ocorre o nascimento.

### **2.3.2 Vitalidade ao Nascimento**

A Vitalidade ao Nascimento, mundialmente, ainda é avaliada pelo Índice de Apgar, introduzido pela anestesista Virgínia Apgar em 1953, com o objetivo de avaliar as condições fisiológicas e de resposta do neonato.

#### **2.3.2.1 Índice de Apgar**

O índice avalia o esforço respiratório, frequência cardíaca (FC), tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele (SCHARDOSIM; RODRIGUES; RATTNER, 2018).

A Vitalidade ao nascimento, por esse score, é caracterizada quando o RN apresenta tônus normal com movimentação ativa, choro ou respiração regular, coloração rosada da pele no corpo e extremidades, batimentos cardíacos acima de 100 por minuto e resposta reflexa, alcançando Índice de Apgar em 1 e 5 minutos acima de 7 (MANUAL DE NEONATOLOGIA, 2016).

Os mesmos autores esclarecem que cada parâmetro avaliado pelo score de Apgar leva uma pontuação de 0 a 2, com somatório final de 0 a 10, como apresentado no quadro 1. É recomendado realizar essa avaliação no 1º e 5º minuto

do nascimento. Em bebês que apresentam a soma inferior a 7 no quinto minuto, o MS recomenda reavaliar a cada cinco minutos até vinte minutos de vida.

Quadro 1. Índice de Apgar

	0	1	2
<b>Frequência cardíaca</b>	ausente	lenta (< 100 bpm)	rápida (> 100 bpm)
<b>Respiração</b>	ausente	lenta, irregular	forte, choro
<b>Tônus muscular</b>	flácido	flexões nas extremidades	movimento ativo
<b>Irritabilidade reflexa</b>	sem resposta	Careta	tosse, espirro
<b>Cor da pele</b>	cianose central palidez	corpo rosado, cianose nas extremidades	corpo e extremidades rosadas

Fonte: Google Imagens, 2019.

Escore de Apgar 8 a 10 sinaliza que o RN nasceu em ótimas condições. Pontuação de 5 a 7 aponta que o RN apresentou dificuldade leve. Índice de 3 a 4 sugere dificuldade de grau moderado e escore de 0 a 2 evidencia dificuldade de ordem grave. Se essas dificuldades forem mantidas por alguns minutos sem tratamento, podem ocorrer alterações metabólicas no organismo e anóxia (PARANÁ, s/d).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a assistência dirigida aos recém-nascidos e a vitalidade ao nascimento no Centro de Parto Normal de um município da Amazônia Legal durante um ano do início do seu funcionamento.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Distinguir os Centros de Parto Normal como local de nascimento;
- Especificar o papel do enfermeiro em Centros de Parto Normal;
- Caracterizar boas práticas assistenciais ao recém-nascido e vitalidade ao nascimento.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de pesquisa de campo documental com abordagem quantitativa e objetivo avaliativo. Foram utilizados dados secundários tratados com o auxílio de técnicas da estatística descritiva. Segundo Barros e Lehfeld (2014), a pesquisa visa resolver problemas e solucionar dúvidas, mediante a utilização de procedimentos científicos, enquanto a pesquisa documental baseia-se em materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 2008).

### 4.2 CAMPO DE PESQUISA

O cenário de estudo foi um Centro de Parto Normal (CPN) onde se realiza assistência obstétrica nos processos de pré-parto, parto e puerpério por até 24 horas após o parto. Faz parte da Rede de Saúde do município, que conta com um Hospital de 45 leitos, onze Unidades Básicas de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento e um Centro de Especialidades.

O CPN foi implantado em um município da Amazônia Legal, regulamentada pela Lei nº 1.806/1953 (atualizada e modificada pela Constituição Federal/1988 e Lei complementar nº 124/2007), que engloba todo o território dos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima, e parte dos estados de Maranhão, Mato Grosso e Tocantins, locais que historicamente compartilham os mesmos desafios econômicos, políticos e sociais.

A unidade possui capacidade para atender até seis gestantes ao mesmo tempo, em quatro quartos privativos e uma enfermaria com dois leitos, identificados com nomes de árvores frutíferas da região Amazônica, numa referência à frutificação. Oferece assistência humanizada à parturiente, RN e sua família, e segue o modelo de Alojamento Conjunto, em que o RN permanece todo o tempo alojado junto à mãe.

A equipe da unidade é composta por dez enfermeiros e quinze técnicos de enfermagem, e conta com o apoio de obstetras, pediatras e Centro Cirúrgico do Hospital Municipal em intercorrências, pois funciona em estrutura anexada e integrada a ele por acesso interno. A unidade realiza em média sessenta partos mensais de risco habitual.

#### 4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Realizou-se revisão bibliográfica nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (LUME), através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): assistência ao parto, índice de Apgar, obstetrix e recém-nascido.

Foram utilizados filtros para a busca de artigos no idioma português, publicados entre os anos de 2014 a 2018. O período de levantamento bibliográfico foram os meses de fevereiro e março de 2019. A busca resultou conforme apresentado no Quadro 2.

Sentiu-se falta de estudos sobre assuntos específicos, como a vitamina K, clampeamento tardio do cordão umbilical e imunização com a vacina BCG. Nestes casos, realizou-se pesquisa no Google Acadêmico, buscando-se identificar descritores que facilitassem o encontro dos temas, havendo retorno de artigos publicados nas bases de dados da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

A busca complementar de artigos para a finalização das discussões dos resultados da pesquisa resultou em artigos publicados em anos anteriores a 2014, e também o acesso aos *sites* da Biblioteca da USP, CONITEC, Sociedade Brasileira de Pediatria, Arquivo Catarinense de Medicina, Ministério da Saúde, Ciência et Praxis e Biblioteca Virtual da FAEMA.

Houve a utilização do capítulo 16 do Tratado de Pediatria, que trata de Neonatologia, onde se encontrou material sobre a Doença Hemorrágica do Recém-nascido, e livros texto para aperfeiçoar a Metodologia.

Quadro 2. Pesquisa e retorno da consulta às bases de dados.

Descritor	base de dados	retorno obtido	textos selecionados	textos utilizados	período de publicação
assistência ao parto	Scielo	653	189	14	2014 a 2018
recém-nascido	Scielo	2083	451	4	2014 a 2018
índice de Apgar	Scielo	206	206	1	2018
assistência ao parto	LUME	3373	6	2	2017
obstetriz	LUME	32	32	1	2014
assistência ao parto	MSaúde	208	17	1	2017
obstetriz	BIREME	24.852	118	1	2018
sem descritor	FIOCRUZ	1	1	1	2017
sem descritor	BV da FAEMA	2	2	2	2012 e 2017
sem descritor	SBP	2	2	2	2018 e 2019
sem descritor	Livros impressos	2	2	2	2014 e 2019
sem descritor	Scielo	6	6	6	2010 a 2019
sem descritor	Ministério da Saúde	7	7	7	2012 a 2018
sem descritor	ABC Health Sciences	1	1	1	2017
sem descritor	Google acadêmico	6	6	6	2017 a 2019
sem descritor	CONITEC	2	2	2	2014 e 2017
sem descritor	COREN	1	1	1	2012 e 2017
sem descritor	COFEN	1	1	1	2009
sem descritor	Biblioteca da USP	1	1	1	2016
TOTAL		31.440	1.052	57	

Fonte: elaboração própria.

Buscaram-se os 729 registros assistenciais dos nascimentos dos RNs admitidos durante um ano do início de funcionamento do Centro de Parto Normal do estudo, obtidos nos prontuários das mães e RNs. A coleta de dados ocorreu no período de 01 a 30 de agosto de 2019, sendo encontrados 695 prontuários, os quais foram verificados individualmente.

Os dados foram coletados com o auxílio de um formulário padronizado contendo as medidas assistenciais preconizadas pelo MS como boas práticas assistenciais ao nascimento, para registro das medidas efetivamente registradas nos prontuários (APÊNDICE A). As informações sobre gênero e medidas antropométricas serviram para a caracterização dos RN, e a vitalidade foi aferida pelo Índice de Apgar.

Foram coletados dados cadastrais de 20 prontuários para busca ativa das mães responsáveis pelos RNs para obtenção dos Termos de Assentimento e Consentimento Livre e Esclarecido, mas por mudança de telefone ou endereço apenas duas puderam ser acessadas e foram favoráveis à participação na pesquisa (ANEXO).

O modo de análise dos dados foi dedutivo, através da aplicação do método estatístico, com o auxílio de planilha eletrônica dinâmica do Excel® alimentada com os dados levantados, os quais foram confrontados com os cuidados assistenciais recomendados pelo Ministério da Saúde para assistência ao recém-nascido e com o Índice de Apgar considerado de boa vitalidade.

#### 4.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Recém-nascidos admitidos no período entre 04 de setembro de 2017, dia da inauguração do Centro de Parto do estudo, até ao dia 03 de setembro de 2018, abrangendo o primeiro ano completo de funcionamento do local e totalizando 729 nascimentos, dos quais foram encontrados 695 prontuários.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O critério de inclusão foram todos os recém-nascidos admitidos no CPN durante o período definido para o estudo, de 04 de setembro de 2017 a 03 de setembro de 2018.

O critério de exclusão foram todos os recém-nascidos admitidos no Centro Cirúrgico após transferência materna por indicação de cirurgia cesariana, no período de estudo.

#### 4.6 RISCOS E BENEFÍCIOS

Houve risco para os usuários por tratar-se de pesquisa documental retroativa com acesso a prontuários dos pacientes, mas sem a sua identificação nominal ou dos profissionais envolvidos na assistência. O risco esteve relacionado a eventual exposição dos usuários ou dos profissionais, em relação a alguma oportunidade de melhoria em relação à prática assistencial, mas tomou-se o cuidado de não expor as pessoas envolvidas, mantendo-se o foco nos processos avaliados.

O presente estudo tem como benefícios evidenciar vantagens do parto normal humanizado para o recém-nascido admitido no Centro de Parto do estudo. Os benefícios de se esperar o momento certo de realizar o parto, quando o próprio bebê mostra sinais, é um resultado positivo do exercício da autonomia da mulher e da enfermagem obstétrica frente à sua profissão.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo à Resolução MS nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA) de Ariquemes-RO, devido ao envolvimento de seres humanos no estudo. A Resolução define pesquisa com seres humanos como “aquela que, individual ou coletivamente, envolve o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais” (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi registrada sob o número CAAE 11467718.7.0000.5601 e recebeu Parecer Consubstanciado nº3.458.738 como aprovado (ANEXO).



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na elaboração do instrumento da coleta de dados, foram contempladas as medidas assistenciais preconizadas pelo MS como boas práticas assistenciais ao nascimento. Apenas após o início da coleta de dados percebeu-se a necessidade de complementar o instrumento com a informação de Idade Gestacional para avaliação antropométrica ao nascimento. Desse modo, apenas 565 bebês tiveram essa informação disponível. Destes, 29 (5,1%) nasceram com menos de 37 semanas de idade gestacional, sendo considerados prematuros.

A ocorrência da prematuridade nessa amostra se justifica porque o CPN do estudo atende à procura direta regional, havendo situações em que a gestante não foi acompanhada no programa de pré-natal do município.

Para análise do peso e gênero encontrados relacionados à Idade Gestacional, empregou-se instrumento específico para a população brasileira (PEDREIRA, 2011). O resultado encontrado é apresentado na tabela abaixo.

Tabela 1. Peso e gênero relacionados à Idade Gestacional.

IG	entre P10 e P90				< P10				>P90			
	M	%	F	%	M	%	F	%	M	%	F	%
23 a 34	8	1,5	5	0,9	0	0	0	0	0	0	0	0
35	2	0,4	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	5	0,9	9	1,7	0	0	0	0	0	0	0	0
37	16	2,9	13	0,9	1	0,2	3	0,6	2	0,4	2	0,4
38	38	7,0	37	6,8	0	0	1	0,2	2	0,4	2	0,4
39	79	14,5	73	13,4	5	0,9	6	1,1	6	1,1	12	2,2
40	65	12,0	65	12,0	8	1,5	8	1,5	7	1,3	4	0,7
41	23	4,2	22	4,1	2	0,4	2	0,4	0	0,0	4	0,7
42	4	0,7	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SUBTOT	240	44,2	225	41,4	17	3,1	20	3,7	17	3,1	24	4,4
TOTAL	85,6					6,8%				7,5%		

Com peso entre o Percentil 10 (P10) e o Percentil 90 (P90) encontraram-se 465 recém-nascidos (85,6%), com percentual maior para o sexo masculino. Abaixo do P10 foram encontrados 37 RNs (6,8%), com maior percentual no sexo feminino, e 41 (7,5%) estavam acima do P90, também com maior percentual no sexo feminino.

Estudo realizado em uma capital do Nordeste brasileiro encontrou prevalência de 5,1% dos RNs abaixo do P10, mas utilizou, para análise, as curvas do INTERGROWTH-21<sup>st</sup>. Ao lançar os dados na calculadora eletrônica do INTERGROWTH-21<sup>st</sup> Project, verificou-se que a planilha considera também os dias e não apenas as semanas de IG, além de adotar padronização para esse cálculo (VILLAR, 2014).

Como apenas 30% dos dados levantados no presente estudo, devido à forma de registro no prontuário dos pacientes e à perda de dados na coleta inicial, apresentaram a informação dos dias e não apenas das semanas de IG, e pelos dados não contemplarem padronização no cálculo e registro da IG, desconsiderou-se a comparação.

Sugere-se, entretanto, estudo para avaliação dos dois instrumentos, levando em conta que um deles avalia apenas a população brasileira, enquanto o outro é multicêntrico e considera vários países, entre eles o Brasil. Devido às consequências do baixo peso ao nascer, é recomendável validar um instrumento para sistematizar o seu rastreamento com especificidade para as características locais.

Foram encontrados os registros de temperatura para dois RNs, um com 32,7°C e outro com 36,8°C. Em um dos prontuários foi anotado que o ar condicionado foi desligado durante o parto, o que evidencia, neste único registro, preocupação com a manutenção de temperatura ambiente adequada para a chegada do RN.

Segundo Lara, Goulart e Carmo (2010) os profissionais responsáveis pela recepção do RN na sala de parto atuam como assistentes no processo de nascimento e as práticas prestadas de imediato são substituídas por técnicas de urgência quando as primeiras não são protetivas para o recém-nascido. Evitar a perda de calor favorece a adaptação ao ambiente externo ao útero.

Em relação à vivacidade ao nascimento, encontrou-se:

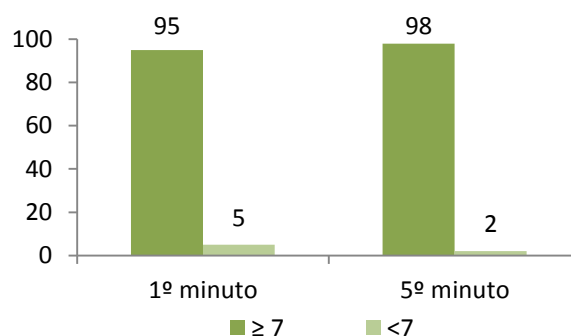


Figura 1. Percentual de RN que pontuaram  $\geq 7$  e  $< 7$  no 1º e 5º minutos.

O escore de Apgar menor do que 7 pode estar associado a complicações. Segundo Holanda (2015), as ocorrências mais comuns relacionam-se com alterações na frequência cardíaca e presença de líquido amniótico meconial.

Segundo Ermel e Grave (2011), RN com Apgar menor do que 7 no primeiro minuto podem apresentar complicações como: aspiração de mecônio, necessidade de reanimação, oxigêniooterapia, necessidade de internação em UTI Neonatal e risco de óbito.

Segundo Lobo et al. (2010), em um estudo realizado no Centro de Parto Perinatal da Cidade de São Paulo, o Apgar resultou em boa vitalidade, em valor igual ou maior do que sete no primeiro e quinto minuto de vida em mais de 99% dos bebês analisados.

Conforme Vargens et al. (2017), em pesquisa em uma maternidade do Rio de Janeiro, constatou que 89,63 dos RNs obtiveram índice de Apgar maior do que 8 no primeiro minuto e 98,13% no quinto minuto.

O indicador aponta que houve vitalidade ao nascimento para 98% dos RNs no CPN do presente estudo, mesmo na condição de novo serviço, em que ainda se implantam as Boas Práticas e se adquire a vivência para o exercício progressivamente mais seguro para os pacientes.

O contato pele a pele foi registrado em 46,4% dos prontuários. A Portaria MS nº. 371, de 7 de maio de 2014, orienta, no Art. 4º:

“Para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se: I - assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de braços, e cobri-lo com uma cobertura seca e aquecida, Verificar a temperatura do ambiente que deverá estar em torno de 26 graus para evitar a perda de calor”.

Segundo Kologesky et al (2017), apesar dessa prática ser considerada uma evidência A (estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência), acredita-se que ainda existe resistência dos profissionais envolvidos durante o nascimento, ainda com um enfoque no modelo hospitalocêntrico, intervencionista e medicalizado. O contato pele a pele na sala de parto é uma forma humanizada de atendimento ao nascimento, para a adaptação à vida extrauterina do RN.

Outra possibilidade é que apenas o registro do cuidado não tenha sido realizado. Araujo, Diniz e Silva (2017) pontuam que quando o enfermeiro não registra todos os cuidados realizados para o paciente, ele rompe a ligação do

processo dinâmico e o agrupamento das relações entre a equipe, e assim as ações de saúde ficam comprometidas pela falha na comunicação.

Como exemplo, o registro sobre o contato pele a pele relaciona-se com o aleitamento materno na primeira hora de vida, visto que é favorecido quando há o contato pele a pele. A ausência de um compromete a presença do outro. O estudo encontrou que em apenas 14,0% dos prontuários analisados houve registro do aleitamento materno na primeira hora de vida.

A OMS recomenda posicionar o neonato em contato pele a pele com a mãe após o parto em pelo menos uma hora contínua, sem interrupções, para iniciar a amamentação assim que o bebê estiver pronto, ou oferecendo ajuda se necessário. Há prontidão dos neonatos para buscar de forma espontânea o mamilo-aerolar e iniciar a amamentação precoce (ESTEVES et al, 2017).

Segundo Hergessel e Lohmann (2018), o AM desde a primeira hora de vida é a melhor forma de garantir o crescimento e desenvolvimento seguro, eficaz e completo da criança. O colostro é considerado a sua primeira vacina, garantindo proteção contra infecções do trato gastrointestinal e respiratório, enterocolite necrotizante, alergias, septicemia e meningites.

Há situações específicas em que o MS recomenda não realizar o aleitamento materno, porém não se encontrou registro dessas restrições (BRASIL., 2015).

Quanto ao clampeamento do cordão umbilical, em 28,6% dos prontuários foi registrado “clampeamento oportuno”, interpretado como o clampeamento tardio do cordão umbilical, e em 3,0% foi realizado e registrado clampeamento imediato.

O clampeamento do cordão umbilical de um a três minutos após o nascimento ou até cessar as pulsações contribui para menor número de hemotransfusão, pois aumenta o número de hemácias e conseqüentemente os níveis de bilirrubina, evita a queda no índices de Apgar, sem aumento da intubação orotraqueal ou ventilação mecânica e reduz a chance de desenvolvimento de sepse em prematuros (GÓES, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), as principais razões para o clampeamento imediato do cordão umbilical são o medo da hiperbilirrubinemia e/ou policitemia do RN, presença de neonatologista e pediatra na sala de parto ansiosos para atender ao recém-nascido, pressa por medir o Ph e os gases no sangue do cordão e a necessidade de colocar o RN em contato pele a pele com a mãe imediatamente.

Há também outras questões que podem justificar o clampeamento imediato do cordão umbilical, apesar de não citado nos prontuários. Segundo Guinsburg e Almeida (2016), se a circulação placentária não estiver intacta, o risco do recém-nascido prematuro, menor do que 34 semanas, não iniciar a respiração ou não apresentar atividade/tônus adequado.

O motivo para o clampeamento imediato do cordão umbilical não foi especificado nos prontuários analisados.

A anotação de administração de vitamina K foi observada em 70,93% dos prontuários dos neonatos. A falta de administração da vitamina K no RN pode trazer complicações em relação à doença hemorrágica tardia, que pode suceder de 4 a 12 semanas de idade. O déficit de vitamina K ocasiona doença hemorrágica em cerca de 1 de 200 a 400 neonatos que não recebem a profilaxia (MANUAL DE NEONATOLOGIA, 2019).

A pesquisa constatou o registro de que 37,26% dos RNs receberam a vacina BCG ao nascimento, não havendo certeza de imunização para os 62,72% restantes. Conforme Freitas (2017), no país de Portugal a vacinação BCG é realizada somente em crianças de grupos de risco, por ser um país de baixa incidência da doença.

Segundo a Secretária de Saúde de São Paulo (2016), uma das justificativas para a não realização da vacina BCG ao nascimento é peso inferior a 2.000 g (1,4%), situação de apenas 10 bebês do presente estudo.

Segundo Franco, Akemi e D'Inocento (2012), a falta dos registros de enfermagem compromete de forma irreversível as avaliações a serem feitas, a certificação, a criação de parâmetros e até mesmo investigação e perícias que possam amparar, de alguma forma, o profissional de enfermagem.

Através da análise de dados constatou-se que 37,12% dos RNs receberam a vacina da Hepatite B ao nascimento. Segundo Bueno e Matijasevichv (2011), o MS recomenda que todas as crianças realizem a imunização de VHB logo as 12 horas após o nascimento, e a OMS preconiza a realização universal da vacina independente dos níveis de prevalência, incluindo a realização da vacina após o nascimento como rotina.

Segundo Vieira et al. (2015), registro incompleto de enfermagem nos prontuários resulta em falha na assistência prestada ao paciente, no comprometimento da continuidade da assistência de enfermagem e na legalidade do serviço prestado.

Para profilaxia da Doença Oftálmica gonocócica encontrou-se registro de aplicação de NP a 1% (NP) em 0,73% dos pacientes, uso admitido na ausência de eritromicina 0,5% ou tetraciclina, conforme recomendação do MS (2017). Não houve registro do uso de qualquer medicamento nos demais prontuários.

Segundo Duarte et al. (2019), inúmeras maternidades ainda aplicam o NP a 1% (Método de Credê). Há a necessidade de maior difusão do conhecimento entre os profissionais, para a redução de cegueira ou perda visual infantil, e atualização em relação às boas práticas baseadas em evidências (PAIVA, SILVA e TEIXEIRA, 2019).

A não utilização de eritromicina 0,5% pode deixar o RN desprotegido. Segundo CONITEC (2017), o antibiótico ocular reduz o risco de conjuntivite gonocócica e pode ser administrada até uma hora após o nascimento. A Profilaxia Oftálmica não deixou de ser uma normativa. Segundo Perinatal Services BC (2018), nos Estados Unidos e também no Canadá, apesar de realizarem o rastreamento de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria Gonorrhoeae* durante o pré-natal, ainda é utilizado a eritromicina como profilaxia ocular neonatal.

A pesquisa encontrou que em apenas 8,6% dos RNs foi realizada aspiração. O procedimento não é recomendado para todos os RNs, como cita Muller e Zampieri (2014) Devem ser evitadas ações desnecessárias, entre elas a aspiração das vias aéreas superiores imediatamente após o nascimento, e também a aspiração gástrica. Esse resultado alcança o objetivo de intervenção mínima almejado para os CPN.

Segundo o Ministério da Saúde a aspiração é realizada em casos específicos, em neonato com líquido amniótico meconial fluido ou espesso, se o mesmo não apresentar ritmo respiratório regular e/ou o tônus muscular estiver flácido e/ou frequência cardíaca menor que 100 bpm (BRASIL., 2014).

Através da coleta de dados foi notado somente 13,52% dos RN que realizaram o Teste do Coraçãozinho.

Segundo Brasil (2014) o Plenário da Comissão Internacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) durante sua 21ª reunião ordinária em 5 de dezembro de 2013, recomendou que fosse realizado de forma universal, como parte do programa de triagem neonatal a Oximetria de Pulso (Teste do coraçãozinho), pois através da oximetria de pulso entre 24 até 48 horas após o nascimento, determina a excelência na detecção precoce de cardiopatias.

Segundo Brasil (2013) em vários estados e municípios é obrigatório a realização do teste do coraçãozinho, como em Porto Velho-RO, no qual é regulamentado pela Lei Complementar nº 494 de outubro de 2013, que o torna obrigatório em todos os neonatos das maternidades e hospitais-maternidades de Porto Velho-RO.

Durante a pesquisa não foi encontrado nenhum prontuário atestando a realização do teste da orelhinha, que atua na prevenção de perdas auditivas de grau moderado ou profundo quando há intervenção precoce. Segundo o Ministério da Saúde a Triagem Neonatal Auditiva necessita ser executada em pelo menos 95% dos RNs buscando trazendo o total de 100%, de preferência entre 24 a 48 horas de vida ainda na maternidade (BRASIL., 2012),.

A legislação continua vigente na realização da Triagem Auditiva Neonatal. Cita-se a Nota Técnica nº3, de 2017, do Estado do Paraná, em que é uma obrigação remota desde 2004. A Lei 12.303/2010 tornou "obrigatória a realização gratuita do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências".

No total de RNs analisados, foi constatado que em 21,43% foi realizado o Teste do Reflexo Vermelho, não chegando a uma porcentagem adequada, deixando 78,57% sem essa assistência.

Artigos mostram fatores que podem levar a esse déficit na realização do teste. Pesquisa de Ledesma et al. (2018), mostra que nos dias atuais há um grande desinteresse por parte das secretarias municipais de saúde na realização do teste, às vezes por falta de equipamento adequado ou pelo despreparo de profissionais. Assim, mesmo sendo uma política pública, o Teste do Olhinho é pouco evidenciado na prática.

Conforme a Resolução COFEN-358/2019 Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências, em seu Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

Dentre os profissionais que realizaram a assistência ao recém-nascido, 45,46% eram enfermeiros obstetras, 41,05% pediatras e 13,09% técnicos de enfermagem.

Toda a assistência prestada ao recém-nascido de baixo risco pode ser prestada pelo Enfermeiro obstetra, pois segundo a Portaria N° 11, de 7 de Janeiro de 2015, capítulo II, que trata da constituição e habilitação dos CPN na Rede Cegonha, define que sua assistência se dará também aos recém-nascidos, inclusive com a definição de alta quando sadios.

A Portaria diz ainda que os médicos obstetra, anestesista e pediatra ou neonatologista devem fazer parte da equipe de retaguarda que atenderá prontamente às solicitações e encaminhamentos da equipe do CPN.



## 6 CONCLUSÃO

A vitalidade e assistência ao nascimento é um tema relevante a ser estudado, pois através de cuidados imediatos ao recém-nascido é possível reduzir a taxa de mortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida. Grande parte dessa prevenção ocorre através da assistência adequada de enfermagem ao recém-nascido em suas primeiras horas de vida após o parto.

Os CPN colaboram para essa redução da MI através da realização de partos normais de risco habitual por profissionais enfermeiros obstetras, diminuindo os índices de cesáreas e intervenções desnecessárias, atuando na humanização do parto e nas práticas de cuidado com o RN.

A análise do tema permitiu constatar que 98% dos recém-nascidos no CPN do estudo apresentaram Índice de Apgar acima de sete no quinto minuto, expressando boa vitalidade ao nascimento. A avaliação da vitalidade através do índice de Apgar auxilia a tomada de decisões ao prestar assistência aos neonatos, e também informa sobre a assistência prestada.

A pesquisa também evidenciou uma outra perspectiva, a de que o médico no CPN estudado não atua somente na retarguarda da assistência ao RN (em casos de emergência), mas em grande porcentagem na assistência aos primeiros cuidados.

Quanto às Boas Práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde para assistência ao recém-nascido, a administração de vitamina K, o contato pele a pele, as vacinas BCG e Hepatite B são os cuidados mais frequentes, com oportunidade para incremento, e a triagem neonatal pode ser implementada.

Alguns cuidados apresentaram baixo percentual de registro do cuidado. Sugere-se avaliar o instrumento de registro da assistência a fim de contemplar os cuidados preconizados.

Para uma melhor assistência e autonomia do enfermeiro, seria importante dois enfermeiros obstetras nos CPN, para a realização da assistência ao parto e à parturiente após o parto e a assistência ao RN exclusivamente.

Sendo este um dos primeiros estudos sobre Vitalidade e Assistência ao Nascimento em CPN, acredita-se que pode contribuir para estudos futuros sobre o assunto, com vistas à ampliação de políticas públicas para a autonomia do enfermeiro obstetra em CPN e cuidados específicos ao RN.

## REFERÊNCIAS

ALPIREZ, Luana Amaral et al. Validação de conteúdo de instrumento de avaliação do recém-nascido. **Acta Paul Enferm**, Manaus-AM, 2018, vol. 31, n. 2, p. 123-9, mar. 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n2/1982-0194-ape-31-02-0123.pdf>> Acesso em: 2 fev 2019.

ARAÚJO, Luciane de Almeida. **Enfermagem na prática materno-neonatal**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2012. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2160-8/cfi/5!4/4@0.00:52.0>> Acesso em: 09 ago 2019.

ARAÚJO, Mayara Mota; DINIZ, Samanta Oliveira Silva; SILVA, Paulo Sérgio. Registro de Enfermagem: reflexões sobre o cotidiano do cuidar. **ABCHealthSci**, Teresópolis-RJ, 2017, vol. 42, n. 3, p. 161-165, jul. 2017. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/920/786>> Acesso em: 02 set. 2019.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 12. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BARROS, Geiza Martins. Os cuidados imediatos ao recém-nascido saudável de parto vaginal nos diferentes modelos de atenção ao nascimento. 2017, 105 f. Dissertação (Mestrado em Ciência) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro – RJ, 2017. Disponível em:<[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25217/2/geiza\\_barros\\_iff\\_mest\\_2017.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25217/2/geiza_barros_iff_mest_2017.pdf)> Acesso em: 25 mar 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Acesso em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_ca b23.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_ca b23.pdf)> Acesso em: 30 ago. 2019.

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. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf)> Acesso em: 28 ago. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)> Acesso em: 13 mar 2019.

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. – 1. ed., 1. reimp. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem\\_sobrevivencia\\_praticas\\_integradas\\_atencao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_praticas_integradas_atencao.pdf)> Acesso em: 01 set. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_Nacional\\_de\\_Atencao\\_Integral\\_a\\_Saude\\_da\\_Crianca\\_PNAISC.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf)> Acesso em: 25 ago. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_triagem\\_auditiva\\_neonatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf)> Acesso em: 03 set. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016, Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem\\_neonatal\\_biologica\\_manual\\_tecnico.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf)> Acesso em: 05 ago 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - DGITS/SCTIE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.-

Relatório nº 115. Dispõe sobre a inclusão da oximetria de pulso - teste do coraçõzinho, a ser realizado de forma universal, fazendo parte da triagem neonatal no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília. Seção 1. p. 56. 10 de jun. 2014. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Incorporados/TesteCoracaozinho-FINAL.pdf>> Acesso em: 04 nov 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf)> Acesso em: 06 set. 2019.

BRASIL. Poder Legislativo. Câmara Municipal de Porto velho. Lei Complementar nº 494/2013 de 03 de outubro de 2013. Obriga a realização do exame de oximetria de pulso em todos os recém-nascidos nos berçários das maternidades e hospitaismaternidades do Município de Porto Velho. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde.

BUENO, Marcínea Moreno; MATIJASEVICH, Alicia. Avaliação da cobertura vacinal conyta hepatite B nos menores de 20 anos em municípios do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, 2011, vol. 20, n. 3, p. 345-354, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v20n3/v20n3a09.pdf>> Acesso em: 01 nov. 2019.

CALDAS, Jamil Pedro de Siqueira et al. Efetividade de um programa de medidas para prevenção de hipotermia à admissão em recém-nascidos pré-termo de muito baixo risco. **Jornal Pediátrico**, Rio de Janeiro, 2018, vol. 94, n. 4, p. 368-373, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/jped/v94n4/pt\\_0021-7557-jped-94-04-0368.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v94n4/pt_0021-7557-jped-94-04-0368.pdf)> Acesso em: 7 mar 2019.

CASA CIVIL DO GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. Lei n. 14601, de 28 de dezembro de 2004. Diário Oficial nº 6883. 29 dez. 2004. Disponível em: <<https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=229&indice=1&totalRegistros=1>> Acesso em: 13 set. 2019.

CASA CIVIL DO GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. Lei n. 14588, de 22 de dezembro de 2004. Diário Oficial nº 6880. 23 dez. 2004. Disponível em: <<https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=253&indice=1&totalRegistros=1>> Acesso em: 13 set. 2019.

CASA CIVIL DO GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. Lei n. 8627, de 09 de dezembro de 1987. Diário Oficial nº 2667. 10 dez. 1987. Disponível em: <<https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=7031&indice=1&totalRegistros=1>> Acesso em: 13 set. 2019.

COFEN. Resolução nº 358/2009. Disponível em: <[https://enfermagem.jatai.ufg.br/up/194/o/Resolu%C3%A7%C3%A3o\\_n%C2%BA358-2009.pdf](https://enfermagem.jatai.ufg.br/up/194/o/Resolu%C3%A7%C3%A3o_n%C2%BA358-2009.pdf)> Acesso em: 05 set. 2019.

COFEN. Resolução nº 0479/2015. Estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04792015\\_30971.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04792015_30971.html)> Acesso em: 12 set. 2019.

COREN. Parecer Técnico Coren-PE nº 034/2017. **Legalidade na realização do teste do olhinho pelo profissional Enfermeiro**. Recife, 14 dez 2017. Disponível em: <[http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0342017\\_12837.html](http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0342017_12837.html)> Acesso em: 12 ago 2019.

COREN. Parecer N. 016/2012 – **Da legalidade para a realização do Teste da Orelhinha**. Parecer N. 016/2012 Em cumprimento a Portaria COREN-RO Nº 117/2012. Disponível em: <[http://www.coren-ro.org.br/parecer-n-0162012-da-legalidade-para-a-realizacao-do-teste-da-orelinha\\_435.html](http://www.coren-ro.org.br/parecer-n-0162012-da-legalidade-para-a-realizacao-do-teste-da-orelinha_435.html)> Acesso em: 12 ago 2019.

CONITEC. **Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Jun. 2017. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio\\_PCDT\\_PrevencaoTransmissoVertical\\_HIV\\_Sfilis\\_HepatitesVirais\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_PrevencaoTransmissoVertical_HIV_Sfilis_HepatitesVirais_CP.pdf)> Acesso em: 04 set. 2019.

CONITEC – MINIATÉRIO DA SAÚDE. **Teste de coraçãozinho** (oximetria de pulso) na triagem neonatal. 2014. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Incorporados/TesteCoracaozinho-FINAL.pdf>> Acesso em: 05 set. 2019.

DUARTE, Fernanda Carla Pereira et al. Conhecimento e prática dos profissionais de enfermagem sobre profilaxia da oftalmia neonatal. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol. 21, n. 1, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt\\_1414-8145-ean-23-01-e20180212.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180212.pdf)> Acesso em: 03 set. 2019.

ENTRINGER, Aline Piovezan; PINTO, Márcia; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes. Análise de custo-efetividade do parto vaginal e da cesariana eletiva na saúde suplementar. **RevSaude Pública**, Rio de Janeiro, 58:91, 2018. Disponível em: <[http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles\\_xml/0034-8910-rsp-52-87872018052000373/0034-8910-rsp-52-87872018052000373-pt.x83745.pdf](http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-52-87872018052000373/0034-8910-rsp-52-87872018052000373-pt.x83745.pdf)> Acesso em: 5 mar 2019.

ESTEVES, Tania Maria Brasil et al. Fatores associados a amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 48, n. 4, p. 697-703, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt\\_0034-8910-rsp-48-4-0697.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0697.pdf)> Acesso em: 01 set. 2019.

FILHO, Augusto Cezar Antunes de Araujo et al. Aspectos epidemiológicos da mortalidade neonatal em capital do nordeste do Brasil. **Revista Cuidarte**, Teresina-PI, 2017, vol. 8, n. 3, p. 1767-76, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v8n3/2216-0973-cuid-08-03-1767.pdf>> Acesso em: 20 fev 2019.

FREITAS, Joana Vanessa Capelo. **Vacinação contra a tuberculose – Será o fim da BCG?** 2017, 27 f. Mestrado (Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa. 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31711/1/JoanaVCFreitas.pdf>> Acesso em: 01 nov. 2019.

GARCIA, Larissa Valenzuela. **Contribuições do Centro de Parto Normal para atenção obstétrica e neonatal brasileira: uma revisão integrativa.** 2016. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/184470>> Acesso em: 6 mar 2019.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; FUJIMORI, Elizabeth; SATO, Ana Paula Sayuri. Fatores de Risco Maternos e Infantis associados à mortalidade neonatal. **Texto Contexto Enferm**, vol. 25, n. 4, p. 1-9, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt\\_0104-0707-tce-25-04-2290015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2290015.pdf)> Acesso em: 20 fev 2019.

GARCIA, Larissa Valenzuela; TELES, Jéssica Machado; BONILHA, Ana Lucia Lourenzi. O centro de parto normal e sua contribuição para atenção obstétrica e neonatal. **Revista eletrônica acervo saúde**, Campinas, 2017 vol. Supl. 7, p. 356-363, 2017. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/170557>> Acesso em 7 mar 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GÓES, Juliana Fionda. Clampeamento tardio do cordão umbilical: Estudo de Coorte. 51 f. Dissertação (Mestrado em Ciência), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro – RJ, 2017. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26357>> Acesso em: 28 ago. 2019.

HERGESSEL, Nadir Maria; LOHMANN, Paula Michele. **Aleitamento materno na primeira hora após o parto**. 2018. Disponível em: <<https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/1785/1/2017NadirMariaHergessel.pdf>> Acesso em: 04 set. 2019.

INTERNATIONAL LIFE SCIENCES INSTITUTE DO BRASIL. **Dinâmica da composição do leite humano e suas implicações clínicas**. São Paulo: ILSI Brasil-International Life Sciences Institute do Brasil, 2018. (Série de publicações ILSI Brasil: força-tarefa de nutrição da criança, v. 8).

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. A violência Obstétrica no cotidiano assistência e suas características. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Belo Horizonte, 2018, vol. 26, p. 3069, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf)> Acesso em: 4 fev 2019.

KALE, Pauline Lorena et al. Critérios programáticos da definição near miss neonatal: um estudo comparativo. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2017, vol. 51. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006587.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006587.pdf)> Acesso em: 2 fev 1120 2019.

KOLOGESKY, Taís Kolleret al. Contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe na perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, vol. 11, n. 1, p. 94-101, jan 2017. Disponível em: <[file:///C:/Users/cliente/Downloads/11882-28501-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/cliente/Downloads/11882-28501-1-PB%20(1).pdf)> Acesso em: 30 ago. 2019.

LARA, Silvia Helena de Oliveira; GOULART, Maria José Pessoni; CARMO, Tania Maria Delfraro. Assistência ao recém-nascido pelos profissionais de enfermagem na sala de parto no momento da recepção. **Ciência etPraxis**, vol. 3, n. 5, 2010. Disponível em: <<http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2158/1150>> Acesso em: 02 set.2019.

LANSKY, Sônia et al, Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio

de Janeiro, 2014, vol. 30, p. 192-207, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>> Acesso em: 21 mar 2019.

LEDESMA, Fábio et al. Teste do reflexo vermelho : quando deve ser aplicado e qual benefício oferece? **Arquivos Catarinense de Medicina**. Paraná, vol. 47, n. 2, abr.-jun. p. 204-211, 2018. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/90/267>> Acesso em: 06 set. 2019.

LOBO, Sheila Fagundes et al. Resultados Maternos e neonatais em um centro de parto normal Peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **RevEscEnferm USP**, São Paulo, 2010, vol. 44, n. 3, p. 812-8, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/37.pdf>> Acesso em: 02 nov. 2019.

MANUAL DE NEONATOLOGIA – Secretaria de Estado da Saúde. Ago. 2015. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3905402/mod\\_resource/content/1/manual\\_de\\_neonatologia.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3905402/mod_resource/content/1/manual_de_neonatologia.pdf)> Acesso em: 08 set. 2019.

MEDEIROS, Renata MarienKnuppet al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras em um hospital de ensino. **RevBrasEnferm**, Cuiabá-MT, 2016, vol. 69, n. 1, p. 1091-8, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1091.pdf>> Acesso em: 19 fev 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. NOTA TÉCNICA N° 7/2018-CGSCAM/DAPES/SAS/MS. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/12/SEI-MS-2937931-Nota-Tecnica.pdf>> Acesso em: 06 set. 2019.

MULLER, Elizete Besen; ZAMPIERI, Maria de Fátima. Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no centro obstétrico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Vol. 18, n. 2, abr./ jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0247.pdf>> Acesso em: 02 set. 2019.

Norma Técnica do Programa de Imunização/Secretaria da Saúde, Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações; Centro de Vigilância Epidemiológica. São Paulo: SES-SP, 2016. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/imunizacao/doc/2016\\_norma\\_imunizacao.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/imunizacao/doc/2016_norma_imunizacao.pdf)> Acesso em: 02 set. 2019.

PAIVA, Maria Lourdes; SILVA, Walquíria Gleice Nogueira; TEIXEIRA, Ingrid Felix. Avanços no tratamento da oftalmia neonatal / método crede: Uma revisão



integrativa. **Revista eletrônica acervo saúde**. Belo Horizonte, n. 17, p. 54. 2019. Disponível em: <<https://acervocientifico.com.br/index.php/saude/article/view/54/17>> Acesso em: 05 set. 2019.

PALHARINE, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda Mendonça. Gênero, História e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2018, v.25, n.4, p.1039-1061 out.-dez. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v25n4/0104-5970-hcsm-25-04-1039.pdf>> Acesso em: 22 mar 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Caderno de atenção à saúde da criança: recém-nascido de risco. Cadernos, 68p. s/d.

PASSOS, Angelo Ferreira; AGOSTINI, Fernanda Spinassé. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. **Rev Bras Oftalmol**. 2011, n. 70, v. 1, p. 57-67.

PEDREIRA, Carlos E.; PINTO, Francisco A.; PEREIRA, Silvia P. and COSTA, Elaine S. **Birth weight patterns by gestational age in Brazil**. In. Acad. Bras. Ciênc.[online]. 2011, vol.83, n.2, pp.619-625. Epub May 27, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2011/trabalho\\_publicado/Trab\\_Public\\_Carlos\\_Pedreira.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2011/trabalho_publicado/Trab_Public_Carlos_Pedreira.pdf)> Acesso em: 11 set. 2019.

PEREIRA, Ricardo Motta et. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Ribeirão Preto, 2018, vol. 23, n. 11, p. 3517-3524, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3517.pdf>> Acesso em: 5 mar 2019.

**PERINATAL SERVICES BRITISH COLUMBIA**. Prevention and Management of Ophthalmia Neonatorum Caused by Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae. Vancouver, oct. 2018.

POSSATI, Andrêssa Batista et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras, **Escola Anna Nery**, 2017, vol. 21, n. 4, jun. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf)> Acesso em: 10 fev 2019.

PRUSS, Ana Clara dos Santos. **O Ensino de graduação em enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul referente a parturição nas décadas de 1950 e 1960**. 2014. 54 f. Dissertação (Graduação em Enfermagem) Universidade

Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/152979>> Acesso em: 01 mar 2019.

RASPANTINI, Priscila Ribeiro. Idade gestacional, peso ao nascer e prevalência de pequenos para idade gestacional no Município de São Paulo. 2016. 85 f. Tese (Doutor em Ciências) Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-10052017-093712/pt-br.php>> Acesso em: 04 set. 2019.

REIS, Thamiza de Rosa et al. Enfermagem Obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, **Rev Gaúcha Enferm**, 2015, vol. 36, p. 94-101, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36nspe/0102-6933-rngenf-36-spe-0094.pdf>> Acesso em: 20 fev 2019.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno neonatal e saúde da mulher**/ Susan Scott Ricci; tradução MaizaRitomy Ide. - 3. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2720-4/cfi/6/10!/4/28/2@0:0>> Acesso em: 07 ago 2019.

RUSCHEL, Luma Maiara; PEDRINI, Diane Bressan; CUNHA, Maria Luiza Chollopetz. Hipotermia e banho de recém-nascido nas primeiras horas de vida, **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, 2018, vol. 39, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v39/1983-1447-rngenf-39-e20170263.pdf>> Acesso em: 10 mar 2019.

SÁ, NaízaNayla Bandeira et al. Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida no Distrito Federal, Brasil, 2011, **Ver BrasEpidemiol**, Distrito Federal, 2016, vol. 19, n. 3, jul-set, p. 509-524, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n3/1980-5497-rbepid-19-03-00509.pdf>> Acesso em: 11 mar 2019.

SHARDOSIM, Juliana Machado; RODRIGUES, Nayara Lauane Araújo; RATTNER, Daphne. Parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do bebê no nascimento. **Av. Enferm**, vol. 36, n.2, 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n2/0121-4500-aven-36-02-197.pdf>> Acesso em: 15 mar 2019.

SILVA et al. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. **Rev. Nutr**, Campinas, vol. 29, n. 4, p. 457-471, jul-ago, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rn/v29n4/1415-5273-rn-29-04-00457.pdf>> Acesso em: 25 mar 2019.

SILVA, Manoel Carlos N; SAMPAIO, Maria R. F. B. **Resolução COFENN° 516/2016**, Brasília, jun. 2016. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html)> Acesso em: 13 mar 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Nascimento Seguro**. n. 3, abril, 2018. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Neonatologia\\_-\\_20880b-DC\\_-\\_Nascimento\\_seguro\\_\\_003\\_.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Neonatologia_-_20880b-DC_-_Nascimento_seguro__003_.pdf)> Acesso em: 25 mar 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA (SBOP) E SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Parecer sobre a Triagem Oftalmológica de recém-nascido**.2019. Disponível em:<[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/SBOP-SBO-Olho\\_Vermelho\\_\\_002\\_.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/SBOP-SBO-Olho_Vermelho__002_.pdf)> Acesso em: 03 set. 2019.

SOUSA, Ana Maria Magalhães et al. Práticas na Assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery**, Belo Horizonte, vol. 20, n. 2, p. 324-331, 2016. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>> Acesso em: 21 mar 2019.

SOUZA, LudmillaMonfort Oliveira; ARAÚJO, Edna Marisa; MIRANDA, José Garcia Vivas. Caracterização do Acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. **Cad. Saúde Pública**, Salvador, 2017, vol. 33, n. 12, p. 00101616, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00101616.pdf>> Acesso em: 20 mar 2019.

TRATADO DE PEDIATRIA: Sociedade Brasileira de Pediatria. [organizadores] Dennis Alexander Rabelo Burns. [et al.]. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2017. Disponível em:<<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520455876/cfi/122!/4/4@0.00:7.08>> Acesso em: 25 mar 2019.

VARGENS, Octavio Muniz da Costa; SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos; PROGIANTI, Jane Márcia. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, 2017, vol. 21, n. 1. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170015.pdf>> Acesso em: 4 mar 2019.

VILLAR, José; PUGLIA, F.; FENTON, T, et al. Body composition at birth and its relationship with neonatal anthropometric ratios: the newborn body composition study of the INTERGROWTH-21st Project. **Pediatr Res**, 2017,n. 82, p. 305–16. doi: 10.1038/pr.2017.52.

VILLAR, José, et al. International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21st Project. Published: 06 september 2014, v. 384, p. 857-68. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60932-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60932-6)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Surviveandthrive: transformingcare for everysmallandsicknewborn*. Geneva: 2019.



**ANEXO A–** Peso ao nascimento (g) por Idade Gestacional, Todas as Gestações Únicas em População Brasileira de 2003 a 2005, Suavizada (PEDREIRA, 2011).

Tabela 1. Peso ao nascimento (g) por Idade Gestacional, Todas as Gestações Únicas em População Brasileira de 2003 a 2005, Suavizada.

Idade Gestacional (semanas)	Percentis																	
	3°		5°		10°		25°		50°		75°		90°		93°		97°	
	Masc	Femi	Masc	Femi	Masc	Femi	Masc	Femi	Masc	Femi	Masc	Femi	Masc	Femi	Masc	Femi	Masc	Femi
22	328	331	348	359	388	388	468	457	576	566	690	677	827	786	888	864	926	903
23	400	395	410	417	451	443	532	516	651	633	788	764	925	883	987	964	1029	1002
24	466	453	470	473	517	500	603	581	735	709	894	862	1033	992	1096	1075	1161	1111
25	521	504	528	526	582	559	678	650	826	793	1007	969	1169	1110	1215	1196	1260	1230
26	564	544	579	571	642	616	754	721	922	885	1122	1084	1270	1235	1338	1324	1383	1356
27	601	580	628	613	702	671	836	798	1027	989	1244	1210	1601	1373	1673	1663	1515	1693
28	641	619	683	660	770	735	928	886	1166	1107	1380	1351	1549	1527	1624	1620	1665	1648
29	692	669	750	720	852	816	1037	990	1283	1244	1537	1511	1719	1702	1801	1799	1840	1829
30	768	741	840	804	960	918	1176	1124	1653	1612	1732	1706	1933	1918	2024	2024	2066	2057
31	889	857	978	938	1124	1080	1380	1326	1697	1656	2012	1984	2249	2234	2363	2358	2417	2405
32	1045	1007	1150	1109	1327	1281	1625	1569	1982	1941	2336	2302	2615	2594	2758	2742	2829	2810
33	1221	1177	1340	1298	1543	1497	1876	1819	2265	2222	2647	2604	2962	2930	3130	3099	3218	3187
34	1600	1350	1530	1485	1750	1700	2100	2040	2500	2450	2890	2835	3220	3170	3400	3350	3500	3450
35	1609	1553	1746	1693	1966	1910	2309	2246	2698	2637	3071	3004	3397	3325	3572	3504	3676	3608
36	1860	1796	1997	1933	2205	2160	2524	2459	2888	2816	3234	3156	3548	3456	3713	3630	3815	3733
37	2113	2042	2247	2171	2436	2361	2725	2656	3060	2976	3378	3288	3679	3567	3834	3736	3936	3834
38	2330	2256	2457	2372	2628	2545	2890	2816	3202	3105	3500	3397	3795	3664	3949	3833	4058	3941
39	2470	2400	2590	2500	2750	2660	3000	2910	3300	3190	3600	3480	3900	3750	4070	3930	4200	4050
40	2556	2492	2668	2577	2823	2728	3072	2964	3369	3248	3682	3545	3996	3828	4196	4027	4366	4168
41	2622	2564	2727	2636	2878	2780	3127	3004	3423	3292	3751	3598	4079	3895	4319	4117	4546	4284
42	2650	2600	2750	2660	2900	2800	3150	3020	3450	3310	3800	3630	4150	3950	4440	4200	4735	4440