



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E
DA CRIANÇA

JANINE ALENCAR SOUZA VIEIRA

AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS
REALIZADAS AO RECÉM-NASCIDO SAUDÁVEL NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

FORTALEZA

2019

JANINE ALENCAR SOUZA VIEIRA

AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS REALIZADAS
AO RECÉM-NASCIDO SAUDÁVEL NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Desenvolvimento Infantil e Primeira infância.

Orientadora: Profa. Dra. Rivianny Arrais Nobre

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

V715a Vieira, Janine.

AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS REALIZADAS AO RECÉM-NASCIDO SAUDÁVEL NA PRIMEIRA HORA DE VIDA / Janine Vieira. – 2019.

124 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2019.

Orientação: Prof. Dr. Rivianny Arrais Nobre.

1. Recém-Nascido. 2. Assistência Perinatal. 3. Pesquisa sobre os Serviços de Saúde. 4. Serviços de Saúde Materno-infantil. I. Título.

CDD 610

JANINE ALENCAR SOUZA VIEIRA

AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS REALIZADAS
AO RECÉM-NASCIDO SAUDÁVEL NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Desenvolvimento infantil e Primeira infância.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a. Rivianny Arrais Nobre (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dr.^a. Ana Nery Melo Cavalcante
Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana (HDGMM)

À Deus, que sempre esteve acompanhando de
perto meus passos, dando alicerce para cada
um dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pois sem ele eu nada seria. Por estar comigo em cada etapa de minha vida e me dar forças para continuar, mesmo nas adversidades.

Aos meus pais, Nadja e Sebastião, por toda luta em garantir minha formação desde pequena, com todas as dificuldades que existiram no caminho. Em especial à minha mãezinha, que mesmo distante, é minha força e razão de perseverança em sempre buscar meus sonhos, por mais difíceis que possam ser.

Às minhas irmãs, Jéssica e Joane, por me darem força desde sempre, confiando nas minhas decisões e me fortalecendo em situações que pensei não conseguir seguir em frente.

Ao meu amado marido, Leandro, que sem ele essa dissertação com certeza não teria sido concluída. Por todos os momentos que ele priorizou minhas atividades em prol do mestrado, por todos os momentos de lazer que não tivemos, por todas as horas de sono perdidas. Enfim, por tudo, por partilhar comigo a construção e realização desse sonho, que é tanto seu como meu.

À minha orientadora, Dra. Rivianny, que esteve comigo desde o início, me fazendo escolher um caminho e sustentá-lo. Obrigada pelos ensinamentos e suporte na construção desse trabalho e de minha formação acadêmica.

À banca de mestrado, em nome do Dr. João Amaral e Dr^a Ana Nery, que tão prontamente aceitaram nosso convite em participar desse momento ímpar e pelas contribuições para que esse trabalho possa trazer melhorias à assistência neonatal do município.

A todas as famílias que participaram desse trabalho e que permitiram que eu partilhasse da experiência do nascimento de seus bebês. Obrigada por tornarem esse trabalho possível.

Ao Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, em nome da Dra. Ana Nery, Enfermeiras Francisca e Rejane, pela recepção carinhosa desde o primeiro dia de coleta de dados. A todos os médicos, enfermeiras e técnicas de enfermagem da Sala de Assistência Neonatal (SAN) e da Sala de Parto, que me acolheram e dividiram comigo seis meses de trabalho e amor pela neonatologia. Em especial à Márcia, Rafaelle, Samara Girão, Deyse, Lia, Marília, Josyane, Jéssica, Isabele, Gorete, Dr^a. Soraya, dentre outros. Obrigada pelo apoio, convívio e aprendizado.

Aos meus amigos, que por inúmeras vezes me deram apoio durante esse percurso. Em especial, João e Nagyla, Afonso e Nadyla, Cinthia. Obrigada por tudo.

Às amizades que o Mestrado me proporcionou, pelo crescimento, trocas e convívio que pretendo levar para toda vida.

A todos os integrantes do Mestrado, sendo eles professores e convidados, que tanto contribuíram no meu crescimento formativo e profissional. Obrigada a todos.

À Iranilde, que perto ou longe nunca nos abandonou nesse caminho dos mais de dois anos, sendo sempre tão atenciosa e cuidadosa. Sem você, não estaríamos aqui.

Ao José Santiago, que também me ajudou tanto na conclusão dessa etapa.

Por fim, agradeço de coração a todos que, direta ou indiretamente, se fizeram necessários nesse caminho.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a conformidade das práticas assistenciais realizadas em sala de parto ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida em uma maternidade municipal da capital do nordeste brasileiro. **Metodologia:** Estudo transversal. A avaliação de conformidade integrou três grupos, relacionados a aspectos estruturais, organizacionais e práticos. A população foi de recém-nascidos saudáveis assistidos na primeira hora de vida e suas respectivas mães. A amostra foi de 234 partos, com a observação direta dos nascimentos e consulta de prontuários para avaliar a conformidade das práticas, através de um questionário construído a partir das recomendações nacionais e internacionais de boas práticas na assistência neonatal. Também foram aplicados questionários aos coordenadores do serviço de assistência ao recém-nascido. Foi escolhida uma maternidade municipal de referência de Fortaleza e a coleta dos dados foi nos meses de dezembro de 2018 a junho de 2019. **Resultados:** O hospital apresentou 75,4% de conformidade (Média conformidade) para as boas práticas realizadas ao recém-nascido na primeira hora de vida. O Grupo 1, referente à infraestrutura, recursos humanos e materiais, atingiu uma conformidade de 92,5%, e o Grupo 2, sobre os processos organizacionais, atingiu pontuação máxima. O grupo que apresentou maior variação foi o 3 (53,7%), que estava relacionado às práticas assistenciais realizadas diretamente ao recém-nascido. Práticas recomendadas apresentaram frequências elevadas, como o clampeamento oportuno do cordão umbilical (96,2%), manter o neonato em contato pele-a-pele com a genitora (93,6%), estímulo ao seio materno na sala de parto (76,1%). Entretanto, práticas inadequadas também foram observadas, como a aspiração de vias aéreas (24,4%) e de conteúdo gástrico (21,8%), passagem de sonda nasogástrica (23,5%) e retal (1,7%), além do uso de oxigênio inalatório (6,8%) e berço aquecido (86,8%). Outros cuidados que poderiam ser postergados, como a profilaxia da doença hemorrágica e da oftalmia neonatal e mensuração de dados antropométricos, também apresentaram frequência elevada dentro da primeira hora de vida. **Conclusão:** Concluiu-se que houveram importantes variações nas práticas assistências realizadas ao recém-nascido saudável. Os resultados ressaltam que, mesmo havendo boas condições de infraestrutura, recursos materiais e humanos, além de protocolos institucionais atualizados, as práticas recomendadas ainda não foram incorporadas efetivamente nas rotinas do serviço.

Palavras-chave: Recém-Nascido; Assistência Perinatal; Pesquisa sobre os Serviços de Saúde, Serviços de Saúde Materno-infantil.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the conformity of care practices performed in the delivery room to healthy newborns in the first hour of life in a municipal maternity hospital in the northeast Brazilian capital. **Methodology:** Cross-sectional study. The conformity assessment comprised three groups, related to structural, organizational and practical aspects. The population consisted of healthy newborns assisted in the first hour of life and their respective mothers. The sample consisted of 234 deliveries, with direct observation of births and consultation of medical records to assess the conformity of practices, through a questionnaire built on national and international recommendations for good practice in neonatal care. Questionnaires were also administered to newborn care coordinators. A municipal reference maternity hospital in Fortaleza was chosen and data were collected from December 2018 to June 2019. **Results:** The hospital presented 75.4% conformity (Medium conformity) for good practices performed to the newborn in the first hour of life. Group 1, regarding infrastructure, human and material resources, achieved 92.5% conformity, and Group 2, regarding organizational processes, reached the highest score. The group with the highest variation was 3 (53.7%), which was related to care practices performed directly to the newborn. Recommended practices had high frequencies, such as timely umbilical cord clamping (96.2%), keeping the newborn in skin-to-skin contact with the parent (93.6%), and stimulus to the maternal breast in the delivery room (76,1%). However, inappropriate practices were also observed, such as airway aspiration (24.4%) and gastric content (21.8%), passage of nasogastric tube (23.5%) and rectal (1.7%), in addition to the use of inhaled oxygen (6.8%) and heated crib (86.8%). Other precautions that could be postponed, such as prophylaxis of hemorrhagic disease and neonatal ophthalmia and measurement of anthropometric data, also had a high frequency within the first hour of life. **Conclusion:** It was concluded that there were important variations in care practices performed to healthy newborns. The results point out that, despite good infrastructure conditions, material and human resources, as well as updated institutional protocols, the best practices have not been effectively incorporated into the service routines. **Keywords:** Infant, Newborn; Perinatal Care; Health Services Research, Maternal-Child Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Cálculo para populações finitas.....	24
Figura 2 -	Fluxograma do número de partos da Instituição avaliada, por tipo de parto, no período de Dezembro de 2018 a Junho de 2019.....	34

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 -	Número de partos por estabelecimento de saúde no ano de 2017, no município de Fortaleza.....	de 23
Tabela 2 -	Itens de conformidade das práticas assistenciais ao recém-nascido na primeira hora de vida.....	de 26
Quadro 1 -	Variáveis da Avaliação da Conformidade.....	de 27
Tabela 3 -	Frequência das Práticas Assistenciais realizadas ao RN saudável na primeira hora de vida, em uma maternidade municipal de uma capital do nordeste brasileiro, 2019.....	37
Tabela 4 -	Frequência das Práticas Assistenciais não recomendadas realizadas ao RN saudável na primeira hora de vida, em uma maternidade municipal de uma capital do nordeste brasileiro, 2019	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	Academia Americana de Pediatria
ABM	Academia de Medicina da Amamentação
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEAP	Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa
CEINFA	Célula de Sistemas de Informação e Análise em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGSCAM	Coordenação Geral da Saúde da Criança e Aleitamento Materno
CoGTES	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
HDGMM	Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNDS	Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde
PROPESQ	Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
RN	Recém-nascido
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VPP	Ventilação com Pressão Positiva

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	13
2.	JUSTIFICATIVA.....	18
3.	OBJETIVOS.....	20
3.1	Objetivo Geral.....	20
3.2	Objetivos Específicos.....	20
4.	METODOLOGIA.....	21
4.1	Desenho do estudo.....	21
4.2	População.....	21
4.2.1	Quanto às mães e recém-nascidos.....	21
4.2.2	Quanto aos profissionais de saúde.....	22
4.3	Local da Pesquisa.....	22
4.4	Amostra.....	23
4.5	Avaliação de Conformidade.....	24
4.6	Fonte e Período da coleta de dados.....	26
4.7	Variáveis do estudo.....	27
4.8	Análise dos dados.....	32
4.9	Aspectos éticos.....	32
5.	RESULTADOS.....	34
5.1	Grupo 1 – Estrutura, insumos e recursos humanos.....	34
5.2	Grupo 2 – Processos organizacionais.....	36
5.3	Grupo 3 – Práticas assistenciais.....	36
6.	DISCUSSÃO.....	40
7.	LIMITAÇÕES.....	50
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
	REFERÊNCIAS.....	52
	APÊNDICE A – ARTIGO ORIGINAL.....	58
	APÊNDICE B - RELATÓRIO TÉCNICO.....	75
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS).....	99
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEIS PELO RN).....	101
	APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NEONATAL (PARTE 1 – Questionário para os profissionais do serviço).....	103
	APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NEONATAL (PARTE 2 – Observação dos cuidados ao RN e coleta de dados em	

prontuários).....					106
APÊNDICE	G	-	SUMÁRIO		109
EXECUTIVO.....					
ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL - HDGMM.....					113
ANEXO B - TERMOS DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA EM PESQUISA.....					114
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO UFC/PROPESC.....					116
ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO HDGMM.....					120

1. INTRODUÇÃO

O nascimento representa um momento ímpar na vida de uma mãe, seu filho e a família que ali se forma, repleto de singularidades e significados. Com o intuito de torná-lo mais seguro para o binômio mãe-bebê, foram adotados tecnologias e procedimentos, advindos do próprio crescimento e aperfeiçoamento da obstetrícia. Entretanto, enquanto houve melhorias como a redução nos indicadores de mortalidade materno-infantil, o intervencionismo e a medicalização do parto passaram a ser práticas rotineiras, interferindo assim nos processos fisiológicos (SOUZA et al, 2016; BRASIL, 2017).

No Brasil, a cada ano, nascem mais de 3 milhões de crianças. Dessas, a maior parte nascem em instituições hospitalares (98,4%), assistidas por profissionais médicos (88,7%). Esses dados deveriam refletir positivamente sobre a redução dos indicadores de mortalidade infantil e neonatal, entretanto, se observa que o país apresenta resultados insatisfatórios, quando comparados a outros países (BRASIL, 2014).

Há uma grande diversidade de práticas clínicas nos ambientes de atenção obstétrica e neonatal e, conseqüentemente, ocorrem condutas distintas na assistência ao binômio, o que pode representar risco a ambos. Uma das principais repercussões observadas nas últimas décadas foram as elevadas taxas de mortalidade infantil, com enfoque no componente neonatal (MOREIRA et al, 2014; LANSKY et al, 2014; WHO, 2015).

Grande parte desses óbitos são evitáveis, principalmente por ações dos serviços de saúde, por atenção ao pré-natal, ao parto ou ao nascimento. O fato da assistência ao parto no Brasil ser essencialmente institucionalizada e assistida por profissionais de saúde habilitados, revela que a disponibilização de saberes e o maior acesso à tecnologia, aos insumos e aos

equipamentos, a maior presença de profissionais e as formulações normativas não garantem sozinhos a reversão esperada do quadro de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2014).

É o chamado “paradoxo perinatal brasileiro”, em que há intensa medicalização do parto e nascimento, com manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal, que pode estar relacionada à baixa qualidade da assistência e utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas, com repercussão sobre os resultados perinatais (DINIZ, 2009; LANSKY, et al., 2014).

Em 2000, vários países aderiram a uma série de medidas em prol de melhores condições de vida e saúde para os anos seguintes, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Tratou-se de uma iniciativa mundial, envolvendo 189 países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) e 23 organizações internacionais, com estímulo ao consenso global, focando para a defesa da ajuda de países pobres. Foram construídos 8 objetivos, sendo eles: 1) Erradicação a extrema pobreza e a fome; 2) Universalização da educação primária; 3) Promoção à igualdade entre os sexos e empoderar as mulheres; 4) Reduzir a mortalidade de crianças; 5) Melhorar a saúde materna; 6) Combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças; 7) Garantia a sustentabilidade ambiental; 8) Estabelecimento de uma parceria mundial para o desenvolvimento (CARVALHO, BARCELLOS, 2014).

Neste contexto, a quarta meta visava reduzir em $2/3$ a taxa global de mortalidade infantil, entre 1990 e 2015, porém o Brasil conseguiu alcançá-la antes de 2015, com declínio importante da mortalidade infantil no país. Embora a meta tenha sido alcançada antes do prazo final proposto, foi observado que, no entanto, houve menor redução na mortalidade neonatal, período esse que ocorrem 70% dos óbitos infantis (BRASIL, 2012a; FRANÇA et al, 2017).

Quantos às causas que levam a mortalidade neonatal, esta é vista como multifatorial, sendo vinculadas principalmente à situações preveníveis, desde condições relacionadas com o pré-natal, parto e puerpério, como desigualdades de acesso e uso dos serviços de saúde, até deficiência da assistência pré-natal, ao parto e nascimento. Em uma análise regional, de um estudo que objetivou analisar o perfil dos óbitos neonatais e os fatores relacionados, foi evidenciado que a Região Nordeste concentra a maioria dos óbitos (38,3%), com enfoque principalmente nos óbitos de recém-nascidos no termo (21,3%), por infecção (26,9%), além de apresentar a segunda maior taxa de mortalidade neonatal entre as regiões do país (14,5 para cada mil nascidos vivos) (BRASIL, 2012a; LANSKY et al, 2014).

Estudos apontam que 62% dos óbitos de nascidos vivos com peso superior a 1500g ao nascer são evitáveis, sendo as afecções perinatais o principal grupo de causas básicas, correspondendo a cerca de 60% das mortes infantis e 80% das mortes neonatais e, na maioria das vezes, suas causas estão relacionadas à inadequação ou inexistência de acompanhamento pré-natal e capacidade de resolução no âmbito hospitalar (BRASIL, 2012a).

Ainda, é importante ressaltar que a mortalidade neonatal precoce, ocorrida entre 0 e 6 dias de vida, representou o principal componente na ocorrência de óbitos na infância, com 41% dos casos, no período de 1990 a 2015. Em um estudo, realizado em Fortaleza – Ceará, foi visto que 79,5% dos óbitos neonatais investigados ocorreu até o 6º dia de vida e 31% desses ocorreram ainda dentro das primeiras 24 horas de vida, que podem estar relacionados tanto por falhas na assistência às mães durante o pré-natal e parto, bem como a atenção inadequada ao recém-nascido nas salas de parto (NASCIMENTO et al, 2012; FRANÇA et al, 2017).

Diante desse cenário, órgãos responsáveis pela assistência neonatal começaram a questionar a implicação que as práticas assistenciais no momento do parto e nascimento vem a repercutir na saúde do recém-nascido, suas consequências a curto e longo prazo, além dos custos para a saúde pública. Assim, com enfoque na assistência ao neonato, essa vem sofrendo inúmeras mudanças com o passar dos anos, na busca de um cuidado menos instrumentalizado, com aplicação de práticas seguras, que favoreçam o nascimento com o mínimo de intervenções possíveis e que os profissionais apenas auxiliem quando for necessário (MOREIRA et al, 2014; SILVA et al, 2017).

Em 1996, devido aos diversos movimentos relacionados à humanização do parto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando o que deveria e o que não deveria ser realizado no processo do parto e nascimento. Foi baseado em pesquisas realizadas pelo mundo, com o intuito de estabelecer práticas adequadas na assistência obstétrica e neonatal, a fim de garantir uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura, favorecendo o contato do bebê com sua mãe e família desde a primeira hora de vida (WHO, 1996).

A nível nacional, após a publicação da OMS, o Ministério da Saúde deu início a um amplo processo de humanização da assistência obstétrica e neonatal, com a criação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) no ano 2000, tendo como base a garantia do direito à cidadania, ao acesso, por parte das gestantes e dos recém-nascidos, à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestação de

baixo como de alto risco, assegurando a integralidade da assistência (BRASIL, 2002; ARAÚJO et al, 2014).

Já em 2011, através da Portaria de nº 1.459, de 24 de junho, foi criada a Rede Cegonha, com o intuito de constituir uma rede de cuidados que visasse assegurar tanto à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Quanto à criança, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, tendo como um dos objetivos reduzir a mortalidade infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Somado a isso, em 2014, foram instituídas diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria de nº 371, explicitando o escopo de recursos humanos e materiais necessários para assistência durante o parto. Entretanto, estudos têm mostrado que a realidade nas instituições de saúde demonstra fragilidades e resistência quanto às práticas recomendadas (BRASIL, 2014; LASNKY et al, 2014).

No Ceará, foi criado em 2017 o Programa Nascer no Ceará, com o objetivo de reestruturar a linha de cuidado materno-infantil, a partir da atenção à gestante de alto risco e garantir a assistência qualificada a gestantes e recém-nascidos nos 184 municípios cearenses. Esse programa integra o Programa Mais Infância Ceará, idealizado em agosto de 2015, alinhados com o Ceará Saudável, que busca a garantia do acolhimento de todas as gestantes cearenses durante a gravidez, o parto e o puerpério, além do fortalecimento da vigilância de óbitos materno-infantis (CEARÁ, 2017).

Em um estudo de base nacional, que avaliou o cuidado ao neonato saudável, a termo, com identificação dos cuidados na sala de parto e na primeira hora de vida, foram evidenciadas práticas inadequadas e que apresentavam altas taxas nas diversas regiões do país (como o uso de oxigênio inalatório, aspiração de vias aéreas e uso de incubadoras). Em contraponto, com relação às práticas positivas, como a ida ao seio materno ainda na sala de parto, tal ação foi menos frequente, mesmo nos hospitais que possuíam título de “Amigo da Criança” (MOREIRA et al, 2014).

Alternativas seguras que vêm sendo difundidas são as diretrizes clínicas baseadas em evidências, favorecendo as tomadas de decisões no dia-a-dia da assistência, além de buscar qualidade no serviço prestado. Surge a necessidade de buscar fortes evidências, consensos, que justifiquem ou mesmo que contraindiquem intervenções que não tragam benefícios à saúde da mãe e do recém-nascido (MOREIRA et al, 2014; BRASIL, 2016).

Em 2016, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) apresentou os resultados mais atuais, com análises de estudos nacionais e internacionais, para compor as melhores recomendações de assistência ao parto normal. A partir desses resultados, em 2017, o Governo Federal divulgou um documento intitulado “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”, reforçando as recomendações, no intuito de disponibilizar as evidências de maior consistência a serem adotadas nos serviços de saúde de assistência à gestante, puérpera e recém-nascido (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

Internacionalmente, outros órgãos também têm se mobilizado em prol da assistência baseada em evidências científicas. A OMS tem intensificado suas ações pela redução do uso desnecessário de intervenções, frisando a importância dos processos fisiológicos do nascimento, publicando uma gama de recomendações a serem seguidas na assistência ao parto e nascimento (WHO, 2014; WHO, 2015; WHO, 2017; WHO, 2018; UNICEF, 2018).

Na atenção ao recém-nascido, na primeira hora de vida, são recomendações: o contato pele-a-pele ininterrupto com a mãe, estímulo ao aleitamento materno precoce, clampeamento oportuno do cordão umbilical, como também ações preventivas relacionadas à administração de vitamina K para prevenção da doença hemorrágica, profilaxia da oftalmia neonatal, dentre outras. Para cada uma dessas orientações, foram feitas análises de inúmeros estudos, com percursos metodológicos bem desenhados, trazendo fortes evidências científicas, apresentando os benefícios para o binômio, em especial para o recém-nascido a curto e longo prazo (WHO, 2014; BRASIL, 2016; WHO, 2017; WHO, 2018).

É imperativa a necessidade de primar pela qualidade da assistência hospitalar ao parto e nascimento, visto que é nesse ambiente que predominam os partos no Brasil. Estudos trazem que garantir o acesso às melhores práticas assistenciais disponíveis no conhecimento científico atual necessita de investimentos, tanto a nível nacional quanto individual daqueles que exercem o cuidado no dia-a-dia da assistência (LANSKY et al, 2014; BRASIL, 2016).

Diante disso, é preciso avaliar como é prestada essa assistência, com enfoque no recém-nascido saudável de parto normal, após a divulgação dos documentos mais recentes quanto às boas práticas de atenção ao parto normal e nascimento. Surge então a seguinte inquietação: Qual a situação atual da assistência ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida em uma maternidade da rede municipal de saúde na capital cearense?

Assim, o objetivo desse estudo foi de avaliar a conformidade de tais práticas e se há variações nos cuidados na primeira hora de vida do recém-nascido saudável, confrontando os achados com as evidências mais recentes e seguras de assistência neonatal.

2.JUSTIFICATIVA

As pesquisas que envolvem a saúde materno-infantil, com enfoque no parto humanizado, têm buscado cada vez mais a melhoria da assistência ao binômio mãe-bebê, reduzindo intervenções desnecessárias e favorecendo o processo fisiológico. É esperado que seja um momento acolhedor para a genitora e sua família, favorecendo um espaço de pleno respeito, cuidado e acolhimento, além de promover ao recém-nascido uma experiência positiva, dando suporte na sua transição do meio intra para o extrauterino (BRASIL, 2016; WHO, 2018).

É nesse espaço que deve haver o primeiro contato com a mãe, favorecendo a formação do vínculo através do contato pele-a-pele, o clampeamento oportuno do cordão umbilical, estímulo precoce à amamentação, com oferta do seio materno ainda na sala de parto. Outros cuidados rotineiros podem ser postergados, como a mensuração dos dados antropométricos e o primeiro banho. Essas recomendações são pautadas na utilização de práticas clínicas baseadas em evidências científicas, que oferecem segurança tanto para o profissional como para os pacientes (BRASIL, 2016).

Entretanto, estudos têm mostrado condutas distintas na condução do parto vaginal e na assistência ao binômio, refletindo diretamente nos indicadores de mortalidade materno e

infantil. Esse último, com enfoque no componente neonatal, representa 70% dos óbitos infantis, sendo em sua grande maioria relacionada à causas evitáveis (LANSKY, et al., 2014).

A mortalidade neonatal precoce passou a constituir o principal componente da mortalidade infantil atual e, pela primeira vez desde 1990, o país apresentou alta na taxa de mortalidade infantil: 14 mortes para cada 1000 nascidos em 2016, um aumento de 4.8% em relação a 2015. Nesse cenário, destaca-se a alta proporção de mortalidade neonatal entre o primeiro dia e a primeira semana de vida, o que demonstra a importância que deve ser dada à assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido desde o pré-natal, no parto e no pós-parto (CEARÁ, 2018).

Para tanto, é necessário conhecer a realidade da assistência prestada ao recém-nascido na primeira hora de vida, já que é nesse momento crucial, em que o binômio encontra-se vulnerável, que a equipe de saúde deve prover os cuidados necessários para a melhor experiência possível, promovendo o bem-estar e segurança, utilizando práticas simples e seguras. A adoção de boas práticas no parto e nascimento pode garantir isso e contribuir na redução dos indicadores de mortalidade neonatal precoce (BRASIL, 2016).

Portanto, esse trabalho se propôs a fazer um recorte da assistência prestada na primeira hora de vida ao neonato saudável, na maternidade municipal cearense que teve o maior número de partos vaginais em 2017, confrontando os achados com as melhores evidências disponíveis.

Com isso, tem-se por finalidade não apenas ter uma visão do cenário do nascimento em uma maternidade municipal de referência, mas também desvelar espaços de melhoria, provocar discussões referente à assistência e estimular a qualificação da prática. Com esses resultados, busca-se promover a prática segura e oferecer um cuidado aos recém-nascidos, centrados na família, com experiências positivas e que tragam benefícios a curto e longo prazo, comprovados cientificamente.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL:

- Avaliar a conformidade das práticas assistenciais realizadas em sala de parto ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida em uma maternidade municipal da capital cearense.

3.2 ESPECÍFICOS:

- Descrever as condições de estrutura, recursos humanos, materiais e organização dos processos assistenciais presentes na unidade hospitalar, para a assistência ao recém-nascido na primeira hora de vida.
- Identificar os cuidados realizados ao recém-nascido na primeira hora de vida pela equipe assistencial da sala de parto.
- Discutir a conformidade dos resultados encontrados, baseado nas recomendações das diretrizes nacionais e internacionais de assistência ao recém-nascido saudável.
- Conhecer fatores que podem dificultar a execução das boas práticas.

- Identificar as possíveis práticas inadequadas que possam dificultar a instituição das boas práticas.

4.METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO:

Tratou-se de um estudo transversal, avaliativo normativo. Para tanto, foi realizada uma adaptação da metodologia utilizada no estudo desenvolvido em um hospital de referência de Fortaleza (EDUARDO, NOVAES, 2004; ALBUQUERQUE, LEITE, ALMEIDA, SILVA, 2012).

Os estudos transversais têm por finalidade produzir recortes da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual de cada um dos membros do grupo. As vantagens desse tipo de estudo é de serem de baixo custo, simplicidade analítica, alto potencial descritivo e rapidez na coleta, além da facilidade na representatividade de uma população (ROUQUAYROL, GURGEL, 2013).

Estudos avaliativos normativos consistem pesquisa que realizam análises de documentos normativos, relatórios técnicos e legislação a respeito de um determinado tema, sendo construídos indicadores que fomentam a análise de conformidade à legislação e normas técnicas vigentes (ALBUQUERQUE, LEITE, ALMEIDA, SILVA, 2012).

Esses tipos de estudo foram escolhidos por melhor atender às disponibilidades de tempo e custeio dos pesquisadores.

4.2 POPULAÇÃO:

O foco principal da pesquisa foirecém-nascidos saudáveis assistidos na primeira hora de vida e suas respectivas mães. Além disso, também integraram à pesquisa profissionais de saúde envolvidos na organização da assistência ao recém-nascido durante a primeira hora de vida. A seguir, são descritos os critérios de elegibilidade escolhidos para esse estudo:

4.2.1 Quanto às mães e recém-nascidos:

Critérios de inclusão:

- Partovaginal de risco habitual;
- Idade Gestacional (IG) igual ou superior que 37 semanas;
- Peso ao nascer maior ou igual a 2500 gramas;
- Apgar no primeiro minuto maior ou igual a 7;
- Gravidez única.

Critérios de Exclusão:

- Filhos de gestantes adolescentes (Idade menor que 19 anos, segundo a OMS);
- Recém-nascidos com malformações;
- Nascidos de mães portadoras de HIV;
- RN com necessidade de Ventilação por Pressão Positiva nos primeiros minutos de vida.

4.2.2 Quanto aos profissionais de saúde

Ainda, pelo critério de inclusão, também participaram da pesquisa profissionais de saúde envolvidos na organização da assistência ao recém-nascido na primeira hora de vida, sendo eles as coordenadoras médica e de enfermagem neonatal do hospital. Pelo fato de existir apenas um profissional de cada categoria que assume as funções de coordenação em neonatologia na instituição, esses foram convidados para participar da pesquisa.

Assim, como parte da avaliação de conformidade das práticas consiste em informações sobre o serviço, como estrutura física, recursos humanos e materiais, foram aplicados questionários para esses profissionais.

4.3 LOCAL DA PESQUISA:

Com o intuito de trazer um recorte da assistência neonatal dentro da primeira hora de vida na rede municipal de saúde de Fortaleza, foi selecionada a maternidade que apresentou o maior número de partos vaginais no ano de 2017. As informações quanto ao número de nascimentos foi consultada através do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), estratificando-os por estabelecimento de saúde, conforme tabela abaixo (Tabela 1).

Tabela 1: Número de partos por estabelecimento de saúde no ano de 2017, no município de Fortaleza

ESTABELECIMENTO	NASCIMENTOS
7047428-HOSPITAL DA MULHER DE FORTALEZA	944
2482339-HOSPITAL DISTRITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	1.487
2651351-HOSPITAL GONZAGUINHA BARRA DO CEARÁ	1.311
2529068-HOSPITAL GONZAGUINHA JOSE WALTER	1.202
2723212- HOSPITAL GONZAGUINHA MESSEJANA	1.915
TOTAL	6.859

Fonte: Célula de sistemas de informação e análise em saúde – CEINFA / SINASC -Fortaleza

Assim, a instituição que se destacou foio Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (Gonzaguinha de Messejana). Trata-se de uma unidade hospitalar de referência em assistência à saúde materno-infantil, que oferece internação nas especialidades de pediatria, neonatologia, ginecologia, obstetrícia (parto normal e cirúrgico), estrutura para atenção às

urgências na área materno-infantil (24 horas), unidade de observação, tecnologia diagnóstica e terapêutica clínica e funcional.

É considerado um serviço prioritário no estado do Ceará, além de contar com o apoio do Ministério da Saúde para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal e tem importante contribuição no fortalecimento da rede de serviços que compõe a Rede Cegonha. Por ser um campo de prática para Instituições de ensino de Fortaleza, também participa do processo de formação de futuros profissionais da saúde, desde a graduação, internato médico, residentes da rede e vinculados à Escola de Saúde Pública do Ceará.

Dessa forma, por se tratar de uma unidade de referência tanto para assistência quanto para a formação em saúde na assistência obstétrica e neonatal, fortaleceu o interesse do desenvolvimento do presente estudo.

4.4 AMOSTRA:

Para delineamento da amostra total, foram elencados os dados de parto vaginal da maternidade selecionada durante o ano de 2017, em um total de 1.915 partos. O cálculo amostral utilizado foi para populações finitas, com a maior variabilidade possível. Assim, o número de partos encontrado foi de 234, atendendo nível de confiança de 95% e de precisão de 6%.

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Figura 1: Cálculo para populações finitas

Legenda:

P – Proporção de sucesso de eventos

Q – Proporção de não sucesso

e – Erro máximo admitido

N – Tamanho da população

Z – Valor padrão da distribuição normal (95% de confiança)

4.5 AVALIAÇÃO DE CONFORMIDADE:

Inicialmente, a pesquisa exigiu uma análise de documentos normativos, relatórios, consensos e legislação a respeito das melhores práticas assistenciais ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida, nos níveis nacional e internacional. Após revisão desses documentos, foram construídos indicadores de avaliação de conformidade, que foram elencados a partir da aplicação de questionários que contemplaram as recomendações, confeccionado pelos autores do presente estudo (Tabela 2).

Foram construídos três grupos de conformidade com a finalidade de avaliar a assistência ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida, mediante adaptação da metodologia semelhante à utilizada por Albuquerque, Leite, Almeida e Silva (2012), em um estudo realizado em Fortaleza – CE.

Os três grupos de conformidade abordaram os seguintes aspectos: 1 – Estrutura da sala de parto; 2 – Processos estabelecidos para organização assistencial; 3 – Práticas assistenciais realizadas na primeira hora de vida do recém-nascido saudável.

O Grupo 1 abordou a adequação da estrutura da unidade hospitalar, da equipe responsável pela assistência direta ao recém-nascido, além dos insumos de materiais necessários para tal. Para sua construção, foram utilizadas as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP (2011; 2016), além das legislações brasileiras vigentes que remetem ao assunto.

O Grupo 2 referiu-se aos Processos organizacionais existentes no hospital para orientação e uniformidade das práticas, com protocolos instituídos para assistência ao recém-nascido, além da construção da ficha de dados maternos, obstétricos e do nascimento, que deve ser feita para cada recém-nascido.

E, por fim, o Grupo 3, que compete às práticas assistenciais realizadas na primeira hora de vida do recém-nascido. Esse grupo reuniu questões sobre as ações desenvolvidas, para posterior análise se essas seguem as recomendações de boas práticas de assistência neonatal (clampeamento oportuno do cordão umbilical, contato pele-a-pele, estímulo ao aleitamento materno precoce, prevenção da doença hemorrágica do recém-nascido, prevenção da oftalmia neonatal, dentre outros cuidados) ou se apresentaram variações às recomendações.

Para cada item de conformidade, poderia ser dado um escore variando de 0 a 2, indicando o não cumprimento (zero), o cumprimento parcial (um) e o cumprimento total (dois). Setenta itens possuíam apenas escores 0 e 2, nas situações do item estar presente ou não (quando se tratar de estrutura, recursos humanos, materiais e processos) ou por se tratar da realização ou não da ação dentro da primeira hora de vida.

A taxa de conformidade dos pontos que foram observados foi obtida pela soma dos escores das perguntas, transformada em proporção percentual em relação aos pontos brutos máximos possíveis especificados para cada item. Para cada aspecto que foi avaliado, foi representado por uma média aritmética calculada com base nos percentuais obtidos nos itens avaliados.

Visto o foco principal do presente estudo ser a avaliação dos cuidados ao recém-nascido na primeira hora de vida, os pesquisadores decidiram atribuir pesos diferenciados a cada grupo da avaliação de conformidade. Sendo assim, o Grupo 1 terá peso de 2, o Grupo 2 terá peso 3 e o Grupo 3 terá peso 5. Ao final, foi feita a média ponderada, utilizando-se a seguinte fórmula:

$$RF = \frac{(G1 \times 2) + (G2 \times 3) + (G3 \times 5)}{10}$$

RF – Resultado Final

G1 – Grupo 1

G2 – Grupo 2

G3 – Grupo 3

As médias obtidas em cada uma das observações poderiam qualificar o serviço em alta, média e baixa conformidade. Assim, o serviço poderia atingir escores entre 100-80% e ser classificado como de alta conformidade; entre 80-60%, média conformidade e se obtiver escores abaixo de 60%, ser classificado como de baixa conformidade para práticas recomendadas.

Outros dados que também foram coletados estão relacionados à identificação de fatores que poderiam dificultar ou mesmo impedir a realização das boas práticas na assistência ao recém-nascido na sala de parto, que poderiam estar relacionados a dificuldades estruturais, deficiência de recursos humanos e materiais, dentre outros. Esses itens não tiveram pontuação na análise realizada.

Tabela 2: Itens de conformidade das práticas assistenciais ao recém-nascido na primeira hora de vida

GRUPOS E ITENS DE CONFORMIDADE DA ASSISTÊNCIA NEONATAL NA PRIMEIRA HORA DE VIDA	ESCORES BRUTOS MÁXIMOS	ALCANCE (%)
---	------------------------	-------------

GRUPO 1 – ESTRUTURA	114	100%
Recursos físicos	6	5,3%
Recursos materiais	102	89,4%
Recursos humanos	6	5,3%
GRUPO 2 – PROCESSOS	4	100%
Histórico materno, obstétricos e do nascimento	2	50%
Protocolos clínico-assistenciais institucionais	2	50%
GRUPO 3 – PRÁTICAS ASSISTENCIAIS	52	100%
Clampeamento do cordão umbilical	2	3,8%
Contato pele-a-pele	8	15,4%
Aleitamento materno	4	7,7%
Profilaxia da doença hemorrágica	6	11,5%
Profilaxia da oftalmia neonatal	6	11,5%
Avaliação do Apgar	4	7,7%
Aspiração orofaríngea	2	3,8%
Aspiração nasofaríngea	2	3,8%
Passagem sistemática de sonda nasogástrica	2	3,8%
Aspiração de conteúdo gástrico	2	3,8%
Passagem sistemática de sonda retal	2	3,8%
Mensuração de medidas antropométricas e temperatura	6	11,5%
Banho	2	3,8%
Uso de O2 inalatório	2	3,8%
Uso de incubadora	2	3,8%

FONTE: Adaptação da metodologia semelhante à utilizada por Albuquerque, Leite, Almeida e Silva (2012)

4.6 FONTE E PERÍODO DA COLETA DE DADOS:

A fonte dos dados para a presente pesquisa se deu a partir de:

- Aplicação de questionário para profissionais do serviço (Coordenadores médico e de enfermagem da neonatologia do hospital), sobre os Grupos 1 e 2 da Avaliação de Conformidade;
- Observação direta da primeira hora de vida do RN, para descrever os cuidados realizados, utilizando o segundo questionário, para contemplar o Grupo 3;
- Consulta a prontuários maternos e do RN, para seleção dos participantes e complementação das informações do Grupo 3.

A coleta de dados foi realizada no período de Dezembro de 2018 a Junho de 2019, após apreciação favorável dos Comitês de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ e do Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana (instituição coparticipante) (ANEXOS C e D).

Para possibilitar a realização do presente estudo, a pesquisadora contou com a participação de voluntários (profissionais de saúde que trabalham na sala de assistência neonatal) para a fase de coleta de dados. Os mesmos foram selecionados pela pesquisadora principal e orientadora e expressaram sua participação voluntária ao estudo (ANEXO B).

Após seleção, a pesquisadora principal realizou orientação aos voluntários, a fim de explicitar cada item a ser coletado e descrito nas fichas de coleta. Ainda, a pesquisadora principal também acompanhou a fase de coletas, a fim de garantir que os pesquisadores seguissem todos os passos do processo de coleta de dados, para primar pela qualidade e confiabilidade dos dados coletados.

As coletas foram realizadas, em sua maioria, no turno diurno, visto ser o horário de maior disponibilidade dos pesquisadores.

4.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Quadro 1 – Variáveis da Avaliação de Conformidade

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO / RECOMENDAÇÃO	CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS
Ambientação da Sala de Parto	Com temperatura entre 23 e 26°C durante a presença do recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Espaço físico da Sala de Parto	Área de 0,8 m ² dentro de cada sala de parto ou sala cirúrgica obstétrica, ou uma sala com, no mínimo, 6 m ² exclusiva para realizar a reanimação neonatal com pontos de oxigênio e vácuo.	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não

Quadro 1 – Variáveis da Avaliação de Conformidade (Continuação)

Rede elétrica	Presença de rede elétrica de emergência	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Recursos Materiais	- Mesa de três faces para reanimação em sala de parto ou em sala de reanimação neonatal com fonte de calor radiante – Relógio com ponteiros de segundos em cada mesa/sala de reanimação – Material para aspiração: sondas traqueais de aspiração sem válvula 4, 6, 8, 10, 12 e 14; sondas de aspiração gástrica 6 e 8; dispositivo para a aspiração de mecônio na traqueia - Material para ventilação: balão auto inflável com balão de, no máximo, 750mL, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, válvula de segurança com escape entre 30-40 cm H ₂ O e/ou manômetro; máscaras faciais para recém-nascidos a termo e pré-termo	<ul style="list-style-type: none"> • Para cada item: • Sim • Não

	<p>- Material para intubação: laringoscópio com lâminas retas 00, 0 e 1 e cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete 2,5 – 3,0 – 3,5 – 4,0mm; fio guia estéril opcional. – Material para medicações: adrenalina diluída 1:10.000, soro fisiológico, bicarbonato de sódio 4,2% e hidrocloreto de nolaxona; colírio de nitrato de prata 1% e vitamina K; seringas de 1, 10 e 20 ml, agulhas e gaze</p> <p>- Material para cateterismo umbilical: campo fenestrado, cadarço de algodão e gazes; uma pinça Kelly reta de 14 cm; um cabo de bisturi com lâmina No 22; uma porta agulha 11cm e fio agulhado mononylon 4.0; sonda traqueal sem válvula No 6 ou cateter umbilical 3,5 ou 5F; clorexidina alcoólica 0,5%. – Outros: estetoscópio, clampeador de cordão, material para identificação da mãe e do recém-nascido; balança eletrônica, antropômetro e fita métrica; material para drenagem torácica e abdominal – Incubadora de transporte com oxigênio, oxímetro e bomba de infusão.</p>	
--	---	--

Quadro 1 – Variáveis da Avaliação de Conformidade (Continuação)

Recursos humanos – Equipe médica	Equipe de pediatria treinada em reanimação neonatal segundo as normas atualizadas da SBP	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 80 – 50% dos profissionais treinados • Menos de 50% dos profissionais treinados • 100% dos profissionais treinados
Recursos Humanos – Equipe de Enfermagem	Equipe de enfermagem treinada em reanimação neonatal segundo as normas atualizadas da SBP (Enfermeiro e técnico de enfermagem)	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 80 – 50% dos profissionais treinados • Menos de 50% dos profissionais treinados • 100% dos profissionais treinados
Anamnese materna	Realizar a anamnese materna, com histórico familiar e pessoal de enfermidades e comorbidades, além dos dados gestacionais, de gestações anteriores e atual.	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Protocolos institucionais	Ter protocolos institucionais atualizados para nortear as equipes na assistência ao recém-	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não

	nascido na primeira hora de vida, embasados nas melhores evidências científicas disponíveis.	
Clampeamento do cordão umbilical	O clampeamento do cordão umbilical entre 1 a 3 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contra indicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal	<ul style="list-style-type: none"> • Imediatamente após o nascimento • Antes de 1 minuto • Acima de 1 minuto
Contato pele-a-pele	Estimular as mulheres a ter contato pele-a-pele imediato com a criança logo após o nascimento. Cobrir a criança com um campo ou toalha morna para mantê-la aquecida enquanto mantém o contato pele-a-pele. Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido.	<p>Se foi proposto para a puérpera</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Sim ou Não) <p>Se foi realizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não • Sim (por menos de 1 hora) • Sim (por uma hora ou mais) <p>Cuidados realizados com o RN em contato pele-a-pele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cobrir com campos aquecidos (Sim ou Não) • Realizado índice de Apgar (Sim ou Não) • Motivos para não realização da prática (Recusa materna, Complicação clínica materna, superlotação, RN foi levado para cuidados em outro local)

Quadro 1 – Variáveis da Avaliação de Conformidade (Continuação)

Aleitamento materno	Estimular o início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Foi oferecido à puérpera iniciar a amamentação na primeira hora? (Sim ou Não) • Foi realizado estímulo ao seio materno na primeira hora de vida? (Sim ou Não) • Motivos para não realização da prática (Recusa materna, Complicação clínica materna, superlotação, RN foi levado para cuidados em outro local).
Avaliação do Apgar	Conjunto de sinais clínicos idealizados para avaliar a vitalidade do recém-nascido no 1º	<ul style="list-style-type: none"> • Foi realizado no 1º minuto de vida? (Sim ou Não) • Foi realizado no 5º minuto

	e no 5º minutos de vida	de vida? (Sim ou Não)
Profilaxia da oftalmia neonatal	A profilaxia da oftalmia neonatal deve ser realizada de rotina nos cuidados com o recém-nascido. O tempo de administração da profilaxia pode ser ampliado em até 4 horas após o nascimento. Recomenda-se a utilização da pomada de eritromicina a 0,5% e, como alternativa, tetraciclina a 1% para realização da profilaxia da oftalmia neonatal. A utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservada apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina.	<ul style="list-style-type: none"> • Foi Realizada? (Sim ou Não) • Em que momento? • Não se aplica • Dentro da primeira hora de vida • Após a primeira hora de vida • Qual o produto utilizado? • Não se aplica • Solução de nitrato de prata a 1% • Pomada de tetraciclina a 1% • Pomada de eritromicina a 0,5% • Outro (descrever) • Motivo para não realização da prática (Recusa materna, falta do medicamento ou outro).

Quadro 1 – Variáveis da Avaliação de Conformidade (Continuação)

Profilaxia da doença hemorrágica	Todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica. A vitamina K deve ser administrada por via intramuscular, na dose única de 1 mg, pois este método apresenta a melhor relação de custo-efetividade. Se os pais recusarem a administração intramuscular, deve ser oferecida a administração oral da vitamina K e eles devem ser advertidos que este método deve seguir as recomendações do fabricante e exige múltiplas doses. A dose	<ul style="list-style-type: none"> • Foi realizado? (Sim ou Não) • Em que momento? • Não se aplica • Dentro da primeira hora de vida • Após a primeira hora de vida • Qual via/dose administrada? • Não se aplica • Via Intramuscular, dose única de 1 mg de Vitamina K • Via Oral, 1ª dose de 2 mg de Vitamina K • Motivos para não realização da prática (Recusa materna, falta de material, falta do medicamento, outro).
---	---	--

	oral é de 2 mg ao nascimento ou logo após, seguida por uma dose de 2 mg entre o quarto e o sétimo dia.	
Aspiração orofaríngea	Não se recomenda a aspiração orofaríngea e nem nasofaríngea sistemática do recém-nascido saudável.	• Sim ou Não
Aspiração nasofaríngea		
Passagem sistemática de sonda nasogástrica	Não se recomenda realizar a passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no recém-nascido saudável.	• Sim ou Não
Passagem sistemática de sonda retal		
Mensuração de medidas antropométricas e temperatura axilar	Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho. Esses devem ser realizados sesolicitados pela mulher ou se forem realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido.	• Foi realizado na primeira hora de vida? Sim ou Não
Banho		
Uso de Oxigênio inalatório	Ambas medidas não são necessárias para o recém-nascido saudável	• Foi realizado na primeira hora de vida? Sim ou Não
Uso de Incubadora ou Berço térmico		

Fontes: SBP, 2011; SBP, 2016; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017; WHO, 2017a; WHO, 2017b; WHO, 2018; CEARÁ, 2018.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, os mesmos foram computados e categorizados em planilha de Excel (Microsoft), versão 2013, para posterior análise no Programa SPSS, versão 20.0. Foram realizadas análises estatísticas adequadas às variáveis do estudo, com a aplicação dos parâmetros para avaliação da conformidade descritos anteriormente, além da definição de frequências e médias, com o apoio do Departamento Estatístico da Universidade Federal do Ceará.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu à Resolução nº466, de 12 de Dezembro de 2012, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, do Ministério da Saúde, que estabelece que todos esses tipos de estudos devem ser submetidas à avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa local (BRASIL, 2012b).

Após qualificação do projeto, o mesmo foi enviado para a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGTES), da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, e ao Centro de Estudos do Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana, para fins de anuência para pesquisa (ANEXO A). Em seguida, o projeto foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ (CAAE: 95345218.4.0000.5054) e da maternidade escolhida (instituição coparticipante) (CAAE: 95345218.4.3002.8145).

Após apreciação favorável, a pesquisadora se apresentou ao Hospital às equipes da sala de parto, se identificou, e explicitou do que se tratava a pesquisa.

Inicialmente, foram aplicados os questionários aos profissionais do serviço (coordenadores médico e de enfermagem da neonatologia do hospital), a fim de serem coletadas informações relacionadas aos Grupos 1 e 2 da avaliação de conformidade. Para tanto, foi apresentado a eles, previamente, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C) que após lido pelos profissionais, foi dado consentimento em participar do presente estudo e cada um recebeu uma cópia do documento.

Posteriormente, com a ajuda dos profissionais de sala de parto e da sala de assistência neonatal (SAN), foram identificadas gestantes e recém-nascidos que atendiam os critérios de inclusão para participação da pesquisa.

Individualmente, os pesquisadores se apresentaram às gestantes ou responsáveis antes do parto e faziam o convite para participação da pesquisa. Nesse momento, foi explicado sobre a pesquisa e foi apresentado o TCLE (Apêndice D). Ele foi construído de forma clara e objetiva, contendo todas as informações e objetivos da pesquisa para que, apenas após seu consentimento e assinatura, fossem coletados os dados do presente estudo. O TCLE era apresentado em duas vias para cada gestante ou responsável, de igual teor, e que após rubrica e assinatura de todas as páginas, uma delas era entregue aos participantes.

Ainda, foram obedecidos os princípios que regulamentam as pesquisas com seres humanos, incluindo o respeito à dignidade, autonomia, confidencialidade e a privacidade de todos os sujeitos envolvidos. Assim, o TCLE foi lido juntamente com cada participante para esclarecimento de qualquer dúvida.

Para garantir o sigilo das informações coletadas, os questionários dos profissionais foram identificados com numerais romanos, sendo eles I e II. Nos questionários referente aos cuidados com o RN,esses receberam identificação de numerais cardinais, começando em um (1) até o número duzentos e trinta e quatro (234), que contemplavam a amostra da pesquisa.

Com relação aos riscos possíveis dessa pesquisa,havia a possibilidade de desconforto ou constrangimento, tanto com os profissionais do serviço como na abordagem inicial à gestante ou responsável antes do parto, durante o nascimento e primeira hora pós-natal.Os pesquisadores buscaram minimizá-los, atuando de forma discreta e respeitosa desde o contato inicial e em todos os momentos da pesquisa.

Os principais benefícios que essa pesquisa se propôs foram o estímulo à qualificação da assistência, com discussão das recomendações mais atuais na assistência em sala de parto ao recém-nascido e o uso de práticas seguras, comprovadas cientificamente. Além disso, promover ao recém-nascido e sua família experiências positivas no momento do nascimento e na primeira hora de vida.

5. RESULTADOS

A análise de conformidade foi realizada a partir das respostas dos questionários aplicados aos coordenadores médico e de enfermagem da neonatologia do hospital (Grupos 1 e 2). Com relação ao Grupo 3, foram colhidas informações de 234 partos. De acordo com dados disponibilizados pela instituição, nos seis meses de coleta de dados, houveram 2.359 partos na Instituição, sendo desses 1.173 partos vaginais. Assim, o presente estudo englobou quase 20% dos partos vaginais, representando uma parcela significativa dos nascimentos ocorridos nesse período (Figura 2).



Figura 2 – Fluxograma do número de partos da instituição avaliada, por tipo de parto, no período de Dezembro de 2018 a Junho de 2019.

Após análise dos critérios de conformidade gerais previstos para esse estudo, o hospital apresentou 75,4% de conformidade (Média conformidade) para as boas práticas realizadas ao recém-nascido na primeira hora de vida, à luz das evidências científicas mais recentes disponíveis.

A seguir, foram subdivididos os grupos de conformidade (Grupos 1, 2 e 3), para apresentação dos pontos positivos e negativos evidenciados pela avaliação.

5.1 Grupo 1 - Estrutura, insumos e recursos humanos

Com relação à estrutura, aos materiais e recursos humanos necessários para a assistência ao RN no pós-parto imediato, a instituição atingiu uma taxa de conformidade de 92,5%.

No período de observação, foi visto que a instituição dispõe de 6 enfermarias para parto normal, que possuem climatização e iluminação individualizadas. Dessas, três são compartilhadas e três são individuais, essas últimas proporcionando momentos mais privativos de assistência ao binômio. Além disso, a instituição permite a presença do acompanhante de escolha da gestante, em consonância à Lei Nº 11.108, de abril de 2005, que garante à gestante e parturiente o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

A Sala de Assistência Neonatal, local onde são prestados os cuidados ao recém-nascido no período pós-natal, dispõe de uma mesa de três faces destinada para reanimação neonatal, além de outros três berços de calor radiante. Possui rede elétrica própria e fontes de

oxigênio e ar comprimido tanto canalizados como por balas individuais dispostas pela sala. O material necessário para reanimação neonatal fica disponibilizado logo ao lado da mesa própria para esse fim, com material de retaguarda também disponíveis, caso necessário. Todo o material é checado pela enfermeira do setor no início de cada plantão diurno ou noturno e reposto de acordo com rotinas estabelecidas pela instituição.

Por mais que seja esperado que o RN saudável não necessite de muitas intervenções externas na primeira hora de vida, é indispensável que, a cada parto, a equipe assistencial esteja preparada para dar o suporte necessário (SBP, 2016).

Poucos foram os insumos que não estiveram disponíveis na sala de assistência neonatal (SAN), de acordo com os questionários e observação, como sondas de aspiração traqueal nº 12 e 14, fio guia (que era opcional), Bicarbonato de sódio 4,2%, hidrócloro de nolação, cateteres umbilicais, material para drenagem torácica e abdominal, além de bomba de infusão contínua.

Outro material que era previsto na reanimação neonatal e que o hospital tinha disponível era o Ventilador mecânico manual neonatal em T com circuitos próprios (“Baby-Puff”). Trata-se de um equipamento que garante pressões seguras durante a reanimação neonatal, possibilitando a manutenção dessas inclusive durante o transporte neonatal até a unidade neonatal, para receber os cuidados subsequentes (SBP, 2016).

Com relação ao treinamento das equipes para reanimação neonatal, ambas as coordenações afirmaram não ter 100% dos profissionais capacitados (responderam ter entre 50 e 80%). Esse dado é importante e deve servir de alerta para a instituição, visto que em se tratando de reanimação neonatal, há necessidade de respostas rápidas e eficazes para um atendimento adequado e o treinamento é indispensável (SBP, 2016).

5.2 Grupo 2 - Processos organizacionais

Nessa etapa da avaliação de conformidade, que abordava a realização da anamnese materna, dados obstétricos e do nascimento, além dos protocolos assistenciais de assistência ao RN na sala de parto, o hospital obteve nota máxima.

Era de rotina as equipes da SAN e da sala de parto coletarem as informações maternas e obstétricas no ato da admissão das gestantes no setor de classificação de risco, para que esses dados possam nortear as ações e cuidados, excetuando-se as situações de parto expulsivo, situação essa imprevisível tanto para as equipes de sala de parto quanto para as de

assistência neonatal. Assim, todos os prontuários dos RN's que foram incluídos na pesquisa possuíam o histórico materno, obstétrico e do nascimento descritos no impresso específico da instituição, que eram indispensáveis para qualificar a mãe e o RN para a participação da pesquisa.

Quanto aos protocolos clínicos-assistenciais, é importante ressaltar que no período da coleta de dados da pesquisa, no dia 2 de fevereiro do corrente ano, foi publicado um livro com os Protocolos em Neonatologia da instituição. Em seu capítulo terceiro, são abordadas as boas práticas na Sala de Assistência Neonatal (SAN), foco do presente estudo. O livro ficava disponível na SAN e nos setores de neonatologia do serviço. Esse fato mostra a dedicação e importância que a instituição teve em buscar evidências científicas recentes para nortear a atuação de suas equipes assistenciais.

5.3 Grupo 3 - Práticas assistenciais

Nessa etapa da avaliação, o hospital atingiu 53,7% de conformidade perante as boas práticas realizadas ao RN saudável na 1ª hora de vida. Esse foi o grupo com maior variação entre práticas recomendadas e as inadequadas, de acordo com a literatura pertinente (Tabelas 3 e 4).

Com relação ao clameamento do cordão umbilical, 96,2% dos RN's tiveram o clameamento oportuno do cordão, sendo acima de um minuto após o nascimento. Apenas 3,8% dos RN's tiveram o cordão clampeado com 60 segundos ou menos de vida.

O contato pele-a-pele foi oferecido às genitoras em 90,6% dos partos, sendo realizado efetivamente em 93,6% dos casos. Entretanto, quando foi analisado o tempo que o recém-nascido ficou junto a mãe, apenas 15% conseguiu permanecer por uma hora ou mais.

Dos 234 partos assistidos, apenas 15 (6,4%) não realizaram contato pele-a-pele. Desses, 66,7% dos RN's foram levados para receberem cuidados em outro local, 26,7% por recusa materna e 6,7% por complicação clínica materna.

Tabela 3 - Frequência das Práticas Assistenciais realizadas ao RN saudável na primeira hora de vida, em uma maternidade municipal de uma capital do nordeste brasileiro, 2019

PRÁTICAS ASSISTENCIAIS	N (234)	%
Clameamento do cordão umbilical		
Imediatamente após o nascimento	2	0,8%
Com menos de 1 minuto de vida	7	3,0%
Com mais de 1 minuto de vida	225	96,2%
Contato pele-a-pele		
Foi oferecido à genitora realizar o contato pele-a-pele	212	90,6%
Não foi oferecido à genitora realizar o contato pele-a-pele	22	9,4%

Foi realizado por menos de 1 hora	184	78,6%
Foi realizado por 1 hora ou mais	35	15%
Não foi realizado contato pele-a-pele	15	6,4%
Cobrir o RN com campos aquecidos		
Não	234	100%
Sim	0	0%
Avaliar o Apgar no 1º e no 5º minutos		
Não	0	0%
Sim	234	100%
Estímulo ao aleitamento materno		
Foi oferecido à genitora estimular o RN ao seio	188	80,3%
Não foi oferecido à genitora estimular o RN ao seio	46	19,7%
Foi realizado estímulo ao seio materno	178	76,1%
Não foi realizado estímulo ao seio materno	56	23,9%
Prevenção da doença hemorrágica do RN (administração de Vitamina K)		
Foi realizada	234	100%
Não foi realizada	0	0
Realizada dentro da 1ª hora de vida do RN	193	82,5%
Realizada após a 1ª hora de vida do RN	41	17,5%
Utilizada via Intramuscular (1mg/ 0,1ml)	234	100%
Prevenção da oftalmia neonatal		
Foi realizada	227	97%
Não foi realizado (adequadamente)	7	3%
Realizada dentro da 1ª hora de vida do RN	188	80,3%
Realizada após a 1ª hora de vida do RN	39	16,7%
Utilizado Nitrato de prata à 1%	227	97%
Utilizado Vitelinato de prata à 10%	7	3%
Avaliação do Apgar no 1º minuto		
Sim	234	100%
Não	0	0%
Score no 1º minuto		
7	12	5,1%
8	91	38,9%
9	131	56%
Avaliação do Apgar no 5º minuto		
Sim	234	100%
Não	0	0%
Score no 5º minuto		
8	3	1,3%
9	221	94,4%
10	10	4,3%

Fonte: Pesquisa direta. HDGMM, Fortaleza, Ceará, dez/2018 - jun./2019.

Outro dado importante evidenciado pela pesquisa foi que em 100% dos RN's não receberam campos aquecidos após o nascimento. A prática desenvolvida por esse hospital consiste em retirar campos do kit de parto materno, que não passam por aquecimento prévio, e são colocados sob o bebê enquanto ficavam em contato pele-a-pele.

Nesse estudo, foi realizada a avaliação do Apgar para todos os recém-nascidos nos primeiro e quinto minutos de vida, com escores positivos no primeiro e no quinto minutos, o que mostrou serem pacientes sadios e aptos para permanecerem com suas genitoras na primeira hora de vida, sem interrupção.

Sobre a amamentação, observou-se que foi oferecido realizar o estímulo à 80,3% das genitoras e foi realizado em 76,1% dentre os binômios observados. Também foi evidenciado

no presente estudo que 23,9% dos neonatos não foram amamentados na primeira hora de vida, e os fatores mais frequentes foram o RN ser levado para receber cuidados em outro local (86,5%), recusa materna (9,6%), complicação clínica materna (3,9%).

Para todos os recém-nascidos, foi realizada a profilaxia para Doença Hemorrágica, em que receberam Vitamina K, por via intramuscular, 1 miligrama. Entretanto, esse cuidado poderia ter sido postergado para depois da primeira hora de vida, mas 81,6% dos RN's receberam a dose dentro da primeira hora pós-natal.

Quanto à profilaxia da oftalmia neonatal, 80,3% receberam o cuidado dentro da primeira hora. Dentre os produtos que foram utilizados, 97% dos RN's receberam nitrato de prata à 1% e 3% receberam o vitelinato de prata à 10%. Sendo assim, no presente estudo, sete recém-nascidos (3%) receberam a profilaxia de forma inadequada.

O hospital apresentou frequências elevadas para outras práticas consideradas inadequadas (Tabela 4), como a aspiração oro e nasofaringeana (24,4%), passagem sistemática de Sonda Nasogástrica (23,5%), aspiração de conteúdo gástrico (21,8%) e passagem sistemática de sonda retal (1,7%).

Sobre o uso de oxigênio inalatório, essa conduta foi observada em 6,8% dos recém-nascidos. Ainda, 86,8% dos recém-nascidos foram colocados em berços aquecidos, associado à mensuração de estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico e pesagem (87,2%). Como já foi pontuado anteriormente, esses cuidados também poderiam ter sido realizados após a primeira hora de vida.

Por fim, a verificação de temperatura corporal foi identificada em menor frequência (1,7%). Já o banho não foi realizado em nenhum dos RN's dentro da primeira hora de vida.

Tabela 4 - Frequência das Práticas Assistenciais não recomendadas que foram realizadas ao RN saudável na primeira hora de vida, em uma maternidade municipal de uma capital do nordeste brasileiro, 2019

	N	%
Aspiração Orofaringeana		
Sim	57	24,4%
Não	177	75,6%
Aspiração Nasofaringeana		
Sim	57	24,4%
Não	177	75,6%
Passagem sistemática de Sonda Nasogástrica		
Sim	55	23,5%
Não	179	76,5%
Aspiração de Conteúdo Gástrico		
Sim	51	21,8%
Não	183	78,2%
Passagem sistemática de Sonda Retal		
Sim	4	1,7%

Não	230	98,3%	Fonte: Pesqu isa direta. HDG MM, Fortal eza, Ceará, dez/2 018 - jun./2 019.
Uso de O2 inalatório			
Sim	16	6,8%	
Não	218	93,2%	
Uso de berço aquecido			
Sim	203	86,8%	
Não	31	13,2%	
Aferição de Estatura, Perímetro Cefálico e Perímetro Torácico			
Sim	204	87,2%	
Não	30	12,8%	
Pesagem			
Sim	204	87,2%	
Não	30	12,8%	
Aferição de temperatura axilar			
Sim	4	1,7%	
Não	230	98,3%	
Banho			
Sim	0	0%	
Não	234	100%	

6. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a conformidade das práticas assistenciais realizadas ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida, com análise da infraestrutura, recursos humanos e materiais (Grupo 1), protocolos clínico-assistenciais (Grupo 2) e as práticas assistenciais realizadas ao recém-nascido propriamente ditas (Grupo 3).

A partir da descrição da infraestrutura, lista dos materiais e equipamentos pelos coordenadores do hospital e vivência dos pesquisadores durante a coleta de dados, foi possível observar a conformidade em quase sua totalidade.

No estudo de Bittencourt, et al. (2014), que avaliou aspectos de estrutura de uma amostra de maternidades no Brasil, foi evidenciado variações na disponibilidade de equipamentos de emergência utilizados ao recém-nascido nas regiões do país. Nas regiões Norte e Nordeste, foram vistos que a disponibilidade de laringoscópio e tubo endotraqueal

neonatal foi de 83,4%, sondas traqueais neonatais sem válvula em 73,2%, dispositivo para aspirar mecônio e aspirador com manômetro e oxigênio em 55% e Material para ventilação ressuscitador manual em 88,5%. Uma parcela significativa de hospitais não apresentou o conjunto completo dos equipamentos relacionados.

Isso mostra como ainda existe escassez de materiais e equipamentos nos hospitais de assistência ao recém-nascido, achado esse que difere da instituição da presente pesquisa e foi um ponto forte na avaliação da conformidade realizada.

Quanto à capacitação das equipes para reanimação neonatal, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2016) recomenda ter uma equipe de profissionais de saúde treinada em reanimação neonatal antes do nascimento de qualquer RN. Segundo as informações fornecidas pelos questionários dos coordenadores, foi visto que não são todos os profissionais atuantes que possuem esses treinamentos (50 a 80% dos profissionais possuem o Curso de Reanimação Neonatal).

O Ministério da Saúde recomenda ter um profissional capacitado em reanimação neonatal em todo o nascimento. Essa recomendação está contemplada na Portaria nº 371 do Ministério da Saúde do Brasil, de Maio de 2014, que considera como capacitado em reanimação neonatal o profissional que tenha realizado treinamento teórico-prático, conforme orientação da Norma técnica 16/2014, da Coordenação Geral da Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/MS). Vale lembrar que o enfermeiro capacitado pode desenvolver as medidas iniciais de reanimação, até a ventilação por pressão positiva (VPP), mas quando for necessária a intubação, essa é de responsabilidade médica.

É imperativa a formação de equipes treinadas para a reanimação neonatal, com definição de tarefas para cada integrante. Dessa forma, o treinamento e as atualizações em reanimação são indispensáveis a 100% dos profissionais e equipes que atuam na SAN.

A mortalidade neonatal precoce associada à asfixia perinatal em recém-nascidos de baixo risco, ou seja, com peso ao nascer ≥ 2500 g e sem malformações congênitas, é elevada no país. Em um estudo feito pelo Programa de Reanimação Neonatal foi visto que, entre 2005 e 2010 no Brasil, ocorreram 5-6 mortes precoces por dia de neonatos saudáveis por causas associadas à asfixia perinatal, sendo duas delas, em cada dia, decorrentes de síndrome de aspiração de mecônio (ALMEIDA, et al, 2017).

Lasky et al., (2014), em um estudo de coorte sobre a mortalidade neonatal na pesquisa Nascido no Brasil, com entrevista e avaliação de prontuários de 23.940 puérperas, mostraram que 18% dos recém-nascidos que morreram por asfixia eram a termo e 40,9% tinham Apgar <

7 no 5º minuto de vida. Eles reforçaram que a redução desta causa de óbito está estreitamente relacionada à atenção hospitalar ao parto e nascimento.

É importante ressaltar que qualquer atraso em uma reanimação pode trazer repercussões graves. Mesmo que o foco do presente estudo seja de RN's saudáveis, e que medidas de reanimação terem sido critérios de exclusão, as equipes assistenciais necessitam estar alinhadas e preparadas para desenvolver o cuidado adequado. Fica a recomendação para a instituição na atualização de todos os seus profissionais para a Reanimação Neonatal, primando pela qualidade da assistência e prevenção de complicações.

Outro ponto de fundamental importância para atuação na assistência imediata ao neonato é conhecer seu público, a fim de direcionar as equipes de acordo com suas necessidades. Dessa forma, é necessária a realização da anamnese materna, com coleta de informações das condições de patologias prévias, dados obstétricos anteriores e recentes. É bem documentada a importância de se dispor dessas informações para as equipes de assistência neonatais em sala de parto (SBP, 2016; BRASIL, 2016).

Além disso, a incorporação das boas práticas na assistência envolve o estabelecimento de rotinas e procedimentos institucionais, embasados nas melhores evidências científicas disponíveis nacional e internacionalmente. Não se permite mais a atuação fundamentada apenas no que foi aprendido na graduação, com práticas defasadas e infundadas (BRASIL, 2016).

A instituição de saúde avaliada nesse estudo teve esse entendimento e divulgou no início do ano um livro atualizando as práticas a serem desenvolvidas nas unidades neonatais e sala de assistência neonatal. Esse documento está disponível nos setores neonatais, servindo de fonte de consulta para os profissionais da assistência, residentes e estudantes. Ponto valioso para essa avaliação de conformidade.

Na etapa da avaliação de conformidade relacionada às práticas assistenciais, foram observadas variações mais acentuadas em relação às práticas assistenciais realizadas ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida.

O clampeamento tardio do cordão umbilical (realizado após 1 a 3 minutos após o nascimento) é recomendado para todos os partos, ao mesmo tempo que se inicia um tratamento simultâneo essencial ao recém-nascido. Já o clampeamento precoce do cordão umbilical (menos de um minuto após o nascimento) não é recomendado, a menos que o recém-nascido seja asfíxiado e precisem ser iniciadas imediatamente medidas de ressuscitação (WHO, 2014; WHO, 2017a; WHO, 2018).

O clampeamento tardio do cordão umbilical também é recomendado pelas diretrizes de reanimação de 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria e em concordância com o Guideline da OMS de 2012 Basic Newborn Resuscitation.

Para esse estudo, considerou-se adequado o clampeamento do cordão realizado acima de 1 minuto após o nascimento (clampeamento oportuno), e que foi observado em 96,2% dos partos. Apenas 3,8% dos neonatos tiveram o clampeamento abaixo de um minuto pós-natal, e esses precisaram receber cuidados nos primeiros minutos de vida, realizados na sala de assistência neonatal.

A realização do clampeamento oportuno ou tardio do cordão umbilical traz benefícios para a mãe e para o neonato, a curto e longo prazo. Com relação aos benefícios imediatos para o RN, há o fornecimento de volume adequado de sangue e reservas de ferro; para a mãe, tem-se a diminuição de tempo do terceiro período do parto e diminuição de retenção da placenta (BRASIL, 2013).

Benefícios a longo prazo vêm sendo descritos na literatura, em queo RN vem a apresentar melhor estado hematológico com 2 e 4 meses, além melhores reservas de ferro até os 6 meses de idade (BRASIL, 2013).

Em outro estudo, que teve por objetivo investigar os efeitos do clampeamento tardio do cordão umbilical, em comparação com o clampeamento precoce, nos níveis de hemoglobina e ferritina aos 8 e 12 meses de idade em lactentes com alto risco de anemia ferropriva, foi visto que os que tiveram clampeamento tardio houve redução da anemia aos 8 e 12 meses, quando comparado ao grupo de clampeamento precoce. (KC, et al, 2017).

É de suma importância a redução da deficiência de ferro entre os lactentes, visto que está associado ao comprometimento do neurodesenvolvimento. Com uma alta prevalência global de anemia infantil, o clampeamento tardio do cordão tem o potencial de reduzir a anemia infantil e, assim, melhorar a saúde e o desenvolvimento de bebês e crianças (BRASIL, 2013).

Para essa instituição, foi visto que essa prática é bem entendida pelos profissionais que estão na assistência, o que mostra uma adesão elevada para a recomendação estipulada pelos órgãos pertinentes.

Quanto ao contato pele-a-pele, foi observado no presente estudo que 93,6% dos neonatos realizaram o contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento. Esse dado foi acima do que foi encontrado em outros estudos.

No estudo de Moreira et al. (2014), da Pesquisa Nascer no Brasil, que tinha como objetivo avaliar o cuidado ao recém-nascido saudável a termo e identificar variações nesse cuidado no atendimento ao parto e na primeira hora de vida, a frequência nacional encontrada foi de apenas 28,2%, e a região Nordeste com 28,8%. A maior frequência evidenciada por eles foi na região Sul (32,5%), o que mostra que a prática realizada no hospital foi bem maior do que a do Inquérito Nacional.

A primeira hora de vida fora do útero é um momento especial em que um bebê encontra seus pais pela primeira vez e uma família é formada. Esta é uma experiência única na vida e não deve ser interrompida a menos que o bebê ou a mãe seja instável e exija ressuscitação médica. É um tempo “sagrado” que deve ser honrado, valorizado e protegido sempre que possível (PHILLIPS, 2013).

São inúmeras as publicações dos órgãos nacionais e internacionais que reforçam a importância do primeiro contato entre neonato e sua mãe no contato pele-a-pele. Além de ser um momento único da vida de ambos e de sua família, este não poderá ser vivido novamente e pode também refletir a curto e longo prazo (BRASIL, 2013; WHO, 2017b; WHO, 2018).

Há boas evidências de que, quando os recém-nascidos de partos normais, a termo, são colocados pele-a-pele com suas mães imediatamente após o nascimento tem uma transição da vida fetal para recém-nascidos com melhor estabilidade respiratória, térmica e dos níveis de glicose e significativamente choram menos, indicando diminuição do estresse (PHILLIPS, 2013; BRASIL, 2013).

As mães apresentam aumento dos comportamentos maternos, mostram mais confiança em cuidar de seus bebês e amamentam por períodos mais longos. Estar em pele-a-pele com a mãe protege o recém-nascido dos efeitos negativos bem documentados da separação, apoia o desenvolvimento ideal e facilita o apego, o que promove a autorregulação do bebê ao longo do tempo (PHILLIPS, 2013; AGHDAS, TALAT, SEPIDEH, 2014).

Os benefícios do contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento para mães e bebês estáveis são bem documentados e são recomendados pelas principais organizações responsáveis pelo bem-estar de recém-nascidos, incluindo a OMS, UNICEF, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Academia Americana de Pediatria (AAP), Academia de Medicina da Amamentação (ABM) e Programa de Reanimação Neonatal (PHILLIPS, 2013; WHO, 2018).

A OMS alerta que, dada a importância da termorregulação, o contato pele a pele deve ser promovido. A AAP recomenda que os bebês saudáveis sejam colocados e

permaneçam em contato direto pele a pele com suas mães imediatamente após o parto até que a primeira alimentação seja realizada (PHILLIPS, 2013; WHO, 2018).

Ainda, reforça-se a recomendação que, durante o contato pele-a-pele, o ideal é o RN ser coberto por campos aquecidos, favorecendo a estabilidade térmica (WHO, 2017b). Nesse estudo, foi visto que a rotina do hospital é de colocar campos do kit materno, sem aquecimento prévio. Essa prática foi vista em todos os nascimentos avaliados nessa pesquisa.

Outro dado importante evidenciado por esse estudo foi que, por mais que o contato pele-a-pele apresentou uma frequência acima do observado em outros estudos, apenas 15% dos recém-nascidos permaneceu por uma hora ou mais em contato pele-a-pele com sua genitora. Pelo fato dessa pesquisa ter sido realizada apenas com RN's saudáveis, que não precisaram de medidas de reanimação neonatal, não houve justificativa clara para a não realização do contato pele-a-pele pelo tempo apropriado.

No estudo de Matos et al. (2010), foi visto que o contato pele-e-pele entre o binômio não ultrapassou 40 minutos. Os motivos para o término do contato variaram desde o pedido da mãe até a solicitação da equipe multidisciplinar para o início dos cuidados a serem prestados ao bebê, o qual foi observado em maior frequência. Eles perceberam que a interrupção do contato pele-a-pele estava relacionado à ansiedade da equipe e na pressa em realizar os primeiros cuidados ao recém-nascido, principalmente quando os nascimentos ocorrem no final do turno ou quando há sobrecarga de trabalho no setor.

Ainda, dos 234 partos assistidos, apenas para 15 RN's o contato pele-a-pele não foi realizado. Desses, 66,7% dos RN's foram levados para receberem cuidados em outro local, 26,7% por recusa materna e 6,7% por complicação clínica materna. Esse dado mostra que um dos principais motivos para não realização dessa recomendação é a separação precoce do binômio na primeira hora de vida.

Dentre os fatores que podem contribuir para a não adesão dos profissionais, temos que considerar as condições de infraestrutura, demanda de parto da instituição e o tempo a ser dispendido nos cuidados com a mãe e o bebê. Em muitos momentos, foi visto que as equipes de sala de parto precisavam levar o binômio para outra enfermaria compartilhada, pois outra gestante precisaria assumir a enfermaria com leito individual, que são preferidos para conferir privacidade no momento do parto. Nessas situações, o contato pele-a-pele era interrompido e o recém-nascido levado para ser avaliado e receber os cuidados imediatos.

Outro ponto que também pode estar associado é referente ao quantitativo de profissionais, pois quando em número insuficiente podem necessitar dinamizar ainda mais o

tempo de serviço em cada atendimento. Nessa instituição, tanto recém-nascidos de parto vaginal como de parto cesáreos eram encaminhados à SAN para avaliação pós-natal, pesagem, mensuração de dados antropométricos e profilaxia para doença hemorrágica e oftalmia neonatal. Dessa forma, a equipe da SAN, muitas vezes, precisa otimizar espaço e tempo para garantir assistência a todos os bebês.

No que tange ao aleitamento materno na primeira hora de vida, esse é considerado um indicador de excelência da amamentação. São várias ações e iniciativas nacionais e internacionais para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, pois favorece desde a formação do vínculo mãe e filho, até a redução da mortalidade infantil (WHO, 2017; BFHI, 2018).

O início precoce da amamentação é um preditor consistentemente significativo da maior duração da amamentação exclusiva. Crianças que são amamentadas por períodos mais longos têm menor mortalidade e morbidades infecciosas, menos problemas dentários e maior inteligência que outras que são amamentadas por períodos curtos ou não amamentadas. Há evidências que a amamentação também confere proteção contra a obesidade e diabetes na fase adulta (AGHDAS, TALAT, SEPIDEH, 2014; VICTORA, et al., 2016).

A amamentação precoce, ainda na sala de parto, possibilita ao RN uma melhor adaptação da vida extrauterina, a regulação glicêmica, cardiorrespiratória e térmica. Também, a sucção precoce, principalmente para as mães, estimula a hipófise na produção de ocitocina e prolactina, aumentando a produção de leite pelo organismo, o que pode fortalecer o sucesso no aleitamento materno exclusivo, até os seis meses de vida do RN (SILVA, et al., 2018; UNICEF, 2018).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância, em conjunto com a OMS, criaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com a recomendação de dez passos para o sucesso da prática do aleitamento materno. Dentre esses passos, ressalta-se o quarto passo, que preconiza: “Facilitar o contato pele a pele imediato e ininterrupto e apoiar as mães a iniciar a amamentação o quanto antes após o nascimento.” (UNICEF, 2009; WHO, 2017, BFHI, 2018).

O presente estudo apresentou uma prevalência de amamentação na primeira hora de vida de 76,1%, que foi superior a evidenciada por outros estudos nacionais (VENÂNCIO, ESCUDER, SALDIVA, GIUGLIANI, 2010; MOREIRA, et al, 2014; SILVA, et al, 2018). A partir de uma classificação da OMS para os percentuais de adesão ao aleitamento na primeira

hora para mães e recém-nascidos saudáveis, essa varia de 0 a 29% como ‘muito ruim’, de 30 a 49% ‘ruim’, de 50 a 89% ‘bom’ e de 90 a 100% ‘muito bom’. Para esse estudo, o hospital apresentou uma boa adesão, resultado muito positivo, quando comparado a outros estudos (WHO, 2001).

Em um estudo que teve o objetivo de monitorar a situação de equidade em saúde e nutrição entre os países do mundo, com ênfase nos países de renda baixa ou média, com análise das Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS), foi visto que menos de 40% das mulheres amamentaram na primeira hora de vida do RN, com cobertura de 43% na PNDS de 2006. Em análise regional, o Nordeste apresentou uma cobertura de 35,6% em 1996, com incremento na avaliação de 2006, para 42,9% (BARROS, VICTORA, WEHRMEISTER, 2019).

Na Pesquisa Nascer no Brasil, a taxa do país foi de apenas 16,1% para amamentação na primeira hora de vida, e na região Nordeste foi de 11,5% (MOREIRA, et al, 2014). O estudo de Silva, Pereira, Passos e Santos (2016) também apresentou frequências baixas para amamentação na primeira hora de vida (25,5%). Em outro estudo realizado em hospitais que atendiam pelo SUS do município do Rio de Janeiro, esse apresentou uma prevalência de 50,8%, e nos hospitais credenciados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança foi maior (67,3%) (ESTEVEZ, et al., 2015).

Também foi evidenciado no presente estudo que 23,9% dos neonatos não foram amamentados na primeira hora de vida, e os fatores mais frequentes foram o RN ser levado para receber cuidados em outro local (86,5%), recusa materna (9,6%), complicação clínica materna (3,9%). Ressalta-se a necessidade da adoção de medidas as quais priorizem o contato pele a pele e o AM na sala de parto, com a redução ou adiamento de intervenções na assistência pós-parto, além do treinamento e conscientização da equipe de saúde sobre a importância dessas práticas (SILVA, PEREIRA, PASSOS E SANTOS, 2016).

Um dos principais motivos para o estímulo ao aleitamento está relacionado à redução da mortalidade neonatal. Em uma meta-análise que envolveu cinco estudos de quatro países, com mais de 130.000 recém-nascidos amamentados, aqueles que começaram a amamentar entre 2 e 23 horas pós-natal tiveram um risco 33% maior de morrer do que aqueles que começaram a amamentar na primeira hora após o nascimento. Entre os recém-nascidos que iniciaram a amamentação 24 horas ou mais após o nascimento, o risco foi mais de duas vezes maior (SMITH, et al, 2017a; SMITH, et al., 2017b).

Hoje, mais de 90% dos nascimentos ocorrem em instituições de saúde, assistidos por profissionais qualificados. No entanto, um grande número de recém-nascidos ainda não está sendo colocada no seio na primeira hora de vida. As baixas taxas globais de início precoce da amamentação são evidência de inúmeras oportunidades perdidas por todo o mundo (UNICEF, 2018).

Para estar apto a passar por todo o processo de transição do meio uterino para o meio externo, o recém-nascido deve apresentar sinais para os profissionais que o assistem. Ainda hoje, é consenso determinar o escore de Apgar a todos os recém-nascidos no 1º e 5º minutos após o nascimento, prorrogando essa avaliação caso o RN necessite de medidas de reanimação, avaliando-o até o 20º minuto (BRASIL, 2016).

Para essa pesquisa, todos receberam a avaliação de Apgar no primeiro e no quinto minutos de vida. Todos apresentaram escores positivos na avaliação dos profissionais, com valores dentro da normalidade, reafirmando o perfil dos recém-nascidos dessa pesquisa, em serem sadios e estarem aptos a seguirem as boas práticas na primeira hora de vida.

Quanto à prevenção da Doença Hemorrágica do Recém-nascido, todos receberam esse cuidado, recomendações bem definidas pelas literaturas pertinentes. Entretanto, o momento em que essa ação foi desenvolvida, para a maioria dos recém-nascidos, foi inadequada. Mais de 80% deles receberam as profilaxias dentro da primeira hora de vida.

Sobre a profilaxia da oftalmia neonatal, 97% dos RN's receberam o cuidado adequadamente, utilizando-se o Nitrato de Prata à 1%. Apenas 3% foram tratados de forma inadequada, utilizando o Vitelinato de Prata à 10%, produto esse sem fundamentação teórica que sustentasse sua utilização (PASSOS, AGOSTINI, 2011). Esses cuidados também poderiam ter sido postergados, permitindo que o contato pele-a-pele e a amamentação precoce fossem realizados sem interferência, mas aconteceram principalmente dentro da primeira hora de vida (80,3%).

Há evidências sobre os períodos de incubação das infecções oftálmicas (9 dias para gonorreia e 3-4 para clamídia), que servem de apoio para atrasar o momento de realização da profilaxia oftálmica (BRASIL, 2016).

Tanto a diretriz nacional como a espanhola, essa última baseada em recomendações da Associação Espanhola de Pediatria, apontam que doses únicas de pomada oftálmica de eritromicina a 0,5%, tetraciclina a 1% ou nitrato de prata a 1% são eficazes e comparáveis na

profilaxia oftálmica do recém-nascido. A solução de nitrato de prata pode causar conjuntivites químicas transitórias no recém-nascido (SANCHES-LUNA, et al., 2009; BRASIL, 2016).

Mesmo não sendo a primeira medicação de escolha, o Nitrato de Prata à 1% integra a recomendação, na falta das outras opções. O uso do Vitelinato de Prata à 10% foi observado em menor frequência e relacionou-se ao fato do serviço ter sido comunicado equivocadamente da falta do Nitrato de Prata. Assim que foi identificado o erro pela coordenação de enfermagem, foi disponibilizado novamente o medicamento recomendado.

Com relação às práticas não recomendadas, o presente estudo evidenciou que a aspiração das vias aéreas superiores dos neonatos ainda é uma prática presente na assistência ao recém-nascido saudável nessa instituição (24,4%). Este resultado mostra que alguns dos procedimentos proscritos ainda estão sendo efetivados pelos profissionais de saúde.

A recomendação apresentada pela OMS e que apresenta evidência de alta qualidade, é que se o neonato nasce com líquido amniótico claro e chora espontaneamente, não necessita ter as suas vias aéreas superiores aspiradas (WHO, 2018). Essa recomendação também é reforçada em outros estudos (KLEINMAN, et al, 2010; KUGELMAN, et al, 2018).

As últimas recomendações sobre cuidados e atenção com o recém-nascido saudável nas primeiras horas após o nascimento também não orientam realizar sondagem pelas fossas nasais, pelo esôfago e pelo ânus, já que um exame físico rotineiro do recém-nascido pode ser suficiente para descartar a maior parte dos problemas neonatais (SANCHEZ-LUNA, et al., 2009; BRASIL, 2016; WHO, 2017). Mesmo assim, ainda foram presentes nesse estudo. A passagem sistemática de sonda nasogástrica esteve presente em 23,5%, aspiração de conteúdo gástrico em 21,8% e, em menor frequência, passagem sistemática de sonda retal (1,7%).

Outras práticas não recomendadas, observadas em menor frequência, mas presente, foi a utilização de oxigênio inalatório (6,8%), menor do que a apresentada na Pesquisa Nascer no Brasil (8,8%). A frequência do uso do berço aquecido, da mensuração de dados do RN, como perímetro torácico e cefálico, pesagem e estatura, foram elevados na primeira hora de vida.

A verificação de temperatura corporal foi identificada em menor frequência (1,7%). O banho não foi realizado em nenhum dos RN's dentro da primeira hora de vida. Para essa prática, o hospital adotava rotinas semelhantes às recomendadas pelo Ministério da Saúde e OMS, postergando esses cuidados para após 6 horas de vida (WHO, 2014; BRASIL, 2016).

O estudo de Moreira et al. (2014) evidenciou que nas diversas regiões do Brasil essas práticas ainda são frequentes em um grupo de recém-nascidos que evidentemente não necessitam deles. Os protocolos nacionais e internacionais possuem fortes evidências para a

sua não utilização, visto à falta de benefícios claros para o binômio. Eles concordam que a desincorporação de técnicas e tecnologias largamente praticadas é difícil e depende da mudança de comportamento e práticas no dia-a-dia da assistência.

7. LIMITAÇÕES

Pelo fato de que a pesquisadora principal ter disponibilidade de poucos dias por semana para realizar a coleta de dados e os demais pesquisadores também coletarem apenas no período diurno, foi necessário estender o período de coleta para que fosse alcançada a amostra proposta.

Sinaliza-se também o fato do presente estudo ter sido realizado em apenas uma instituição. Abranger para outros estabelecimentos municipais poderia evidenciar as práticas na rede municipal e desvelar outros achados.

Além disso, apenas vivenciando em sua completude e por mais tempo as rotinas da equipe para entender os entraves à execução das boas práticas. Estudos longitudinais poderão esclarecer com maior clareza as questões ainda não elucidadas sobre o assunto, bem como o acompanhamento avaliado da implementação das recomendações acerca da temática.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que houveram importantes variações na avaliação de conformidade, em especial nas práticas assistências realizadas ao recém-nascido saudável. Os resultados ressaltam que, mesmo o Hospital tendo protocolos institucionais atualizados reforçando as melhores evidências científicas, há práticas recomendadas que ainda não foram incorporadas efetivamente nas rotinas do serviço.

Mesmo havendo inúmeras publicações recentes incentivando o processo fisiológico e natural do nascimento, que a equipe deve ajudar apenas quando se fizer necessário, os resultados mostraram que o intervencionismo ainda é prática rotineira. Seria importante investir na educação permanente das equipes, tanto da SAN como da própria sala de parto, trazer as evidências científicas de forma a justificar uma mudança das rotinas e também

sensibilizar os profissionais acerca das vantagens provenientes da adesão às boas práticas de atenção imediata aos neonatos e suas famílias.

De um modo geral, as boas práticas são ações de baixo custo e possibilitam a qualificação da atenção. Sugere-se que talvez seja necessário o monitoramento permanente destes cuidados.

Também, é importante ser ressaltado que em algumas práticas positivas realizadas ao recém-nascido, a instituição apresentou resultados bem acima do evidenciado em outras pesquisas nacionais. Esses achados mostram que já existem avanços na assistência, principalmente com o movimento de humanização do parto e nascimento, que intensificam o processo fisiológico e natural. As mudanças vêm com o tempo, a partir de iniciativas e atitudes de gestores, profissionais e sociedade civil.

Vale ressaltar que o estudo apontou alguns dos possíveis motivos que levaram a não adesão dos cuidados neonatais imediatos nas unidades e que mais pesquisas devem ser realizadas a fim de procurar entender melhor os fatores impeditivos da adesão às recomendações oficiais na assistência ao nascimento de bebês saudáveis, permitindo que eles tenham um melhor acolhimento no início da vida extrauterina.

Por fim, esse estudo veio a levantar questões referentes à prática, de modo que possam promover discussões sobre os resultados dentro comunidade acadêmica e serviço, e que esse processo possa provocar transformações na atual realidade da assistência, na busca pela melhoria e qualificação profissional, além de melhores experiências para o recém-nascido e sua família.

REFERÊNCIAS

AGHDAS, K., TALAT, K., SEPIDEH, B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. **Women and Birth**, Philadelphia, v. 27, p. 37-40, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24216342>>. Acesso em 15 jun 2019.

ALBUQUERQUE, A.M.A.; LEITE, A.J.M.; ALMEIDA, N.M.G.S.; SILVA, C.F. Avaliação da conformidade do transporte neonatal para hospital de referência do Ceará. **Rev.Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.12, n.1, p. 55-64, jan. / mar., 2012. Disponível em: < [52len://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n1/06.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n1/06.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2018.

ALMEIDA, M.F.B., et al. Early neonatal deaths associated with perinatal asphyxia in infants ≥ 2500 g in Brazil. **J Pediatría**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 6, p: 576-584, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/jped/v93n6/pt_0021-7557-jped-93-06-0576.pdf>. Acesso em: 17 jun 2019.

ARAÚJO, J.P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-7, 53le. / dez., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

Baby Friendly Health Initiative. (2018). **10 steps to successful breastfeeding**. Disponível em: <<http://www.tensteps.org/>>. Acesso em: 08 jun 2019.

BARROS, A.J.D; VICTORA, C.G.; WEHRMEISTER, F.C. **Desigualdades em saúde materno-infantil no Brasil: 20 anos de progresso**. Pelotas, UFPel, 2019, 105p. Disponível em: <http://www.guaiaca.ufpel.edu.br/bitstream/prefix/4442/3/Desigualdades_em_sa%C3%BAde_materno-infantil_no_Brasil%20-%20vers%C3%A3o%20corrigida.pdf>. Acesso em 5 jun 2019.

BITTENCOURT, et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, sup. 30, p. s208-s219, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0208.pdf>. Acesso em 17 jun 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002, 28p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 20 jul 2018.

_____, Casa Civil. **Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em 26 jun 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html>. Acesso em: 29 out. 2017.

_____. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. Ministério da Saúde, Brasília, 2012a. 43 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_mortalidade_perinatal.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de outubro de 2012. **Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 23 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2. ed., 2012c. 195p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf>. Acesso em: 15 jun 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência:** práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, Ministério da Saúde, 1. Ed., 2013. 50 p. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=618938&indexSearch=ID>>. Acesso em 10 jun, 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014.** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014. Disponível em: <[54len://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html)>. Acesso em: 17 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Norma técnica nº 16, 10 de junho de 2014.** Normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em Reanimação Neonatal para Atenção a recém-nascido no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/13/Nota-Tecnica-n-16-Portaria-SAS-Atendimento-RN-momento-do-nascimento....pdf>>. Acesso em 17 jun 2019.

_____. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal** [Relatório de Recomendação]. Brasília, 2016. 381p. Disponível em: <[54len://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

_____. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal:** versão resumida. Brasília, 2017. 51 p. Disponível em: <[54len://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2018.

CARVALHO, P.G.M.; BARCELLOS, F.C. The Millennium Development Goals (MDG) – a critical evaluation. **Sustentabilidade em Debate**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 222-244, set/dez 2014. Disponível em: <[54len://periodicos.unb.br/54lenc.php/sust/article/viewFile/11176/8976](http://periodicos.unb.br/54lenc.php/sust/article/viewFile/11176/8976)>. Acesso em: 20 mar 2018.

CEARÁ. Governo do Estado. **Nascer no Ceará.** 2017. Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/nascer-no-ceara/>>. Acesso em 20 jul 2019.

_____. **Nascer no Ceará:** condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará. Fortaleza: Littere, 2018. 160p. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/10/condutas_assistenciais_projeto_nascer_no_cear%C3%A1_12_de_novembro_2018.pdf>. Acesso em 20 jul 2019.

DINIZ, S.G. GÊNERO, SAÚDE MATERNA E O PARADOXO PERINATAL. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

EDUARDO, M.B.P.; NOVAES, H.M.D. Análise de conformidades às normas técnicas de proteção radiológica dos serviços de radioterapia no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 20, Sup. 2, P.S256-S267, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v20s2/20.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2018.

ESTEVES, T.M.B., et al. Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.11, p.2390-2400, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n11/0102-311X-csp-31-11-2390.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2019.

FRANÇA, E.B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 20, sup.1, p. 46-60, maio, 2017. Disponível em: <[55len://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00046.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00046.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2018.

KC, A., et al. Effects of Delayed Umbilical Cord Clamping vs Early Clamping on Anemia in Infants at 8 and 12 Months: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Pedriatcs**, Chicago, v. 171, n. 3, mar 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28114607>>. Acesso em 15 jun 2019.

LANSKY, S. 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, v. 30, sup1, p.S192-S207, 2014. Disponível em: <[55len://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2018.

KLEINMAN, M.E., et al. Pediatric basic and advanced life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. **Pediatrics**, Itasca, v. 126, n. 5, p. e1261–e1318. November, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3784274/pdf/nihms303496.pdf>>. Acesso em 17 jun 2019.

KUGELMAN, A., et al. Less is More: Modern Neonatology. **Rambam Maimonides Med J**, Haifa, v.9, n. 3, p. 1-11, jul 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6115478/pdf/rmmj-9-3-e0023.pdf>>. Acesso em 17 jun 2019.

MATOS, T.A., et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições da enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasilia, v. 63, n.6, p.998-1004, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/20.pdf>>. Acesso em: 18 jun 2019.

MOREIRA, M.E.L. *et al.* Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, Supl. S128-39, 2014. Disponível em:<[55len://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300019)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

NASCIMENTO, R.M. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p. 559-572, mar, 2012. Disponível em: <[56len://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/16.pdf)>. Acesso em 20 mar 2018.

PASSOS, A.F.; AGOSTINI, F.S. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. **Rev. Bras. Oftalmol.** Rio de Janeiro, v. 70, n.1, p. 57-67. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbof/v70n1/12.pdf>>. Acesso em 08 jun 2019.

PHILLIPS, R. The Sacred Hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, v. 13, p. 67-72, 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336913000299>>. Acesso em 10 jun 2019.

ROUQUAYROL, M.Z; GURGEL, M. *Epidemiologia & Saúde*. Medbook, 7ª ed.2013.708p.

SANCHEZ-LUNA, M., et al. Comision de estandares de la Sociedad Espanola de Neonatologia. Recomendaciones para el cuidado y atencion del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas despues del nacimiento. **An Pediatr**, Barcelona, v. 71, n. 4, p. 349-361, 2009. Disponível em: <<https://www.analesdepediatria.org/es-recomendaciones-el-cuidado-atencion-del-articulo-S1695403309004378>>. Acesso em 10 jun 2019.

SILVA, C.M., PEREIRA, S.C.L., PASSOS, I.R.; SANTOS, L.C. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 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 18 jun 2019.

SILVA, T.C. et al. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v7, p: 1-8, 2017. Disponível em: <[56len://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1294](http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1294)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

SILVA, J.L.P., et al. Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 27, n.4, 1-10, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e4190017.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2019.

SMITH, E.R., et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. **PLoS ONE**, São Francisco, vol. 12, no. 7, Jul 2017a. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180722>>. Acesso em: 10 jun 2019.

SMITH, E.R., et al. Delayed Breastfeeding Initiation Is Associated with Infant Morbidity. **J Pediatrics**, Cincinnati, vol. 191, pp.:57-62, 2017b. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29173323>>. Acesso em: 10 jun 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP. **Infraestrutura para atendimento integral ao recém-nascido**. Documento científico de 21 de novembro de 2011. Disponível

em: <57len://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/SBP-DC-Neo-Infraestrutura-integral-21nov2010aprovado.pdf>. Acesso em 10 abr. 2018.

_____. **Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto:** Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBPReanimacaoRNMAior34semanas26jan2016.pdf>. Acesso em: 20 fev 2019.

SOUZA, A.M.M. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 324-331, 2016. Disponível em: <57len://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-781519>. Acesso em: 19 jan. 2017.

VENÂNCIO, S.I., ESCUDER, M.M.L., SALDIVA, S.R.D.M., GIUGLIANI, E.R.J. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 317-324, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n4/a12v86n4.pdf>. Acesso em 17 jun 2019.

UNICEF, WHO. **Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn.** New York, 2018. Disponível em: <https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018.pdf>. Acesso em: 10 jun 2019.

VICTORA, C.G., et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet Series**, London, vol. 387, p. 475-490, Jan 2016. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2901024-7>. Acesso em 12 jun 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.** 1996. Disponível em: <57len://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>. Acesso em 20 jan. 2018.

_____. **Infant and young child feeding.** A tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva, 2003. 156p. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/publications/inf_assess_nnpp_eng.pdf>. Acesso em: 8 jun 2019.

_____. World Health Organization. **The optimal duration of exclusive breastfeeding.** Geneva (CH): Report of an Expert Consultation; 2001. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf>. Acesso em 10 jun 2019.

_____. **Guidelines on basic newborn resuscitation.** Geneva, 2012. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75157/9789241503693_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em 17 jun 2019.

_____. **Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes.** Geneva. 2014. 38 p. Disponível em: <57lenc://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310511/pdf/Bookshelf_NBK310511.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Resumo executivo].** 2015.

Disponível em:

<[58len://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)>. Acesso em: 19 out 2017.

_____. **WHO Recommendation on Newborn Health.** Guidelines approved by WHO Guidelines Review Committee. Geneva, 2017a. 26 p. Disponível

em:<[58len://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259269/1/WHO-MCA-17.07-eng.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259269/1/WHO-MCA-17.07-eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. **Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services.** Geneva, 2017b. 136p. Disponível em: <

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf;jsessionid=1475F2E496B94042CEBA3B08610C0E02?sequence=1>>. Acesso em: 10 jun 2019.

_____. **WHO Recommendation: Intrapartum care for a positive childbirth experience.**

Geneva, 2018. 212 p. Disponível em:

<[58len://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 20 fev. 2018.

APÊNDICE A – ARTIGO ORIGINAL

ASSISTÊNCIA NEONATAL NA PRIMEIRA HORA DE VIDA: AVALIAÇÃO DE UMA MATERNIDADE MUNICIPAL DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Janine Alencar Souza Vieira¹, Rivianny Arrais Nobre²

¹ Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Universidade Federal do Ceará – UFC

² Doutora em Ciências Médicas. Universidade Federal do Ceará - UFC

Resumo

Esse estudo buscou avaliar a conformidade das práticas assistenciais realizadas em sala de parto ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida em uma maternidade municipal da

capital do nordeste brasileiro. Tratou-se de um estudo transversal. A população foi de recém-nascidos saudáveis assistidos na primeira hora de vida e suas respectivas mães, o que representou uma amostra foi de 234 partos, com a observação direta dos nascimentos e consulta de prontuários para avaliar a conformidade das práticas, através de um questionário construído a partir das recomendações nacionais e internacionais de boas práticas na assistência neonatal. Foi escolhida uma maternidade municipal de referência de Fortaleza e a coleta dos dados foi nos meses de dezembro de 2018 a junho de 2019. O hospital apresentou uma baixa conformidade (53,7%). Práticas recomendadas apresentaram frequências elevadas, como o clampeamento oportuno do cordão umbilical (96,2%), manter o neonato em contato pele-a-pele com a genitora (93,6%), estímulo ao seio materno na sala de parto (76,1%). Entretanto, práticas inadequadas também foram observadas, como a aspiração de vias aéreas (24,4%) e de conteúdo gástrico (21,8%), passagem de sonda nasogástrica (23,5%) e retal (1,7%), além do uso de oxigênio inalatório (6,8%) e berço aquecido (86,8%). Outros cuidados que poderiam ser postergados, como a profilaxia da doença hemorrágica e da oftalmia neonatal e mensuração de dados antropométricos, também apresentaram frequência elevada dentro da primeira hora de vida. Concluiu-se que houveram importantes variações nas práticas assistências realizadas ao recém-nascido saudável. Os resultados ressaltam que as práticas recomendadas ainda não foram incorporadas efetivamente nas rotinas do serviço.

Palavras-chave: Recém-nascido; Assistência Perinatal; Pesquisa sobre os serviços de saúde, Serviços de Saúde Materno-infantil.

Introdução

O nascimento representa um momento ímpar na vida de uma mãe, seu filho e a família que ali se forma, repleto de singularidades e significados. Com o intuito de torná-lo mais seguro para o binômio mãe-bebê, foram adotados tecnologias e procedimentos, advindos do próprio crescimento e aperfeiçoamento da obstetrícia. Entretanto, enquanto houve melhorias como a redução nos indicadores de mortalidade materno-infantil, o intervencionismo e a medicalização do parto passaram a ser práticas rotineiras, interferindo assim nos processos fisiológicos^{1,2}.

Há uma grande diversidade de práticas clínicas nos ambientes de atenção obstétrica e neonatal e, conseqüentemente, ocorrem condutas distintas na assistência ao binômio, o que pode representar risco a ambos. Uma das principais repercussões observadas nas últimas décadas foram as elevadas taxas de mortalidade infantil, com enfoque no componente neonatal³⁻⁵.

Diante desse cenário, órgãos responsáveis pela assistência neonatal começaram a questionar a implicação que as práticas assistenciais no momento do parto e nascimento vem a repercutir na saúde do recém-nascido, suas conseqüências a curto e longo prazo, além dos custos para a saúde pública. Assim, com enfoque na assistência ao neonato, essa vem sofrendo inúmeras mudanças com o passar dos anos, na busca de um cuidado menos

instrumentalizado, com aplicação de práticas seguras, que favoreçam o nascimento com o mínimo de intervenções possíveis e que os profissionais apenas auxiliem quando for necessário^{3,6}.

Alternativas seguras que vêm sendo difundidas são as diretrizes clínicas baseadas em evidências, favorecendo as tomadas de decisões no dia-a-dia da assistência, além de buscar qualidade no serviço prestado. Surge a necessidade de buscar fortes evidências, consensos, que justifiquem ou mesmo que contraindiquem intervenções que não tragam benefícios à saúde da mãe e do recém-nascido^{3,7}.

Em 2016, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) apresentou os resultados mais atuais, com análises de estudos nacionais e internacionais, para compor as melhores recomendações de assistência ao parto normal⁷. A partir desses resultados, em 2017, o Governo Federal divulgou um documento intitulado “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”, reforçando as recomendações, no intuito de disponibilizar as evidências de maior consistência a serem adotadas nos serviços de saúde de assistência à gestante, puérpera e recém-nascido^{2,7}.

Na atenção ao recém-nascido, na primeira hora de vida, são recomendações: o contato pele-a-pele ininterrupto com a mãe, estímulo ao aleitamento materno precoce, clampeamento oportuno do cordão umbilical, como também ações preventivas relacionadas à administração de vitamina K para prevenção da doença hemorrágica, profilaxia da oftalmia neonatal, dentre outras. Para cada uma dessas orientações, foram feitas análise de inúmeros estudos, com percursos metodológicos bem desenhados, trazendo fortes evidências científicas, apresentando os benefícios para o binômio, em especial para o recém-nascido a curto e longo prazo⁷⁻¹⁰.

É imperativa a necessidade de primar pela qualidade da assistência hospitalar ao parto e nascimento, visto que é nesse ambiente que predominam os partos no Brasil. Estudos trazem que garantir o acesso às melhores práticas assistenciais disponíveis no conhecimento científico atual necessita de investimentos, tanto a nível nacional quanto individual daqueles que exercem o cuidado no dia-a-dia da assistência^{4,7}.

Diante disso, é preciso avaliar como é prestada essa assistência, com enfoque no recém-nascido saudável de parto normal, após a divulgação dos documentos mais recentes quanto às boas práticas de atenção ao parto normal e nascimento. Surge então a seguinte inquietação: Qual a situação atual da assistência ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida em uma maternidade da rede municipal de saúde na capital cearense?

Assim, o objetivo desse estudo foi de avaliar a conformidade de tais práticas e se há variações nos cuidados na primeira hora de vida do recém-nascido saudável, confrontando os achados com as evidências mais recentes e seguras de assistência neonatal.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo transversal, avaliativo normativo. Para tanto, foi realizada uma adaptação da metodologia utilizada no estudo desenvolvido em um hospital de referência de Fortaleza^{11,12}.

Foi realizada avaliação de conformidade para as práticas assistenciais relacionadas ao recém-nascido na primeira hora de vida. A pesquisa englobou a observação do período pós-natal imediato de 234 binômios. A consulta de prontuários maternos e dos recém-nascidos também foi utilizada para complementação da avaliação.

Para cada item de conformidade, poderia ser dado um escore variando de 0 a 2, indicando o não cumprimento (zero), o cumprimento parcial (um) e o cumprimento total (dois). Setenta itens possuíam apenas escores 0 e 2, nas situações do item estar presente ou não (quando se tratar de estrutura, recursos humanos, materiais e processos) ou por se tratar da realização ou não da ação dentro da primeira hora de vida.

A taxa de conformidade dos pontos que foram observados foi obtida pela soma dos escores das perguntas, transformada em proporção percentual em relação aos pontos brutos máximos possíveis especificados para cada item. Para cada aspecto que foi avaliado, foi representado por uma média aritmética calculada com base nos percentuais obtidos nos itens avaliados.

As médias obtidas em cada uma das observações poderiam qualificar o serviço em alta, média e baixa conformidade. Assim, o serviço poderia atingir escores entre 100-80% e ser classificado como de alta conformidade; entre 80-60%, média conformidade e se obtiver escores abaixo de 50%, ser classificado como de baixa conformidade para práticas recomendadas.

Os critérios de elegibilidade escolhidos para esse estudo foram semelhantes aos utilizados no estudo de Moreira et al³. Quanto às mães e recém-nascidos, foram critérios de inclusão: parto vaginal de risco habitual; Idade Gestacional (IG) igual ou superior que 37 semanas; peso ao nascer maior ou igual a 2500 gramas; Apgar no primeiro minuto maior ou igual que 7; gravidez única. Foram excluídos da pesquisa filhos de gestantes adolescentes (Idade materna menor que 19 anos, segundo a OMS); recém-nascidos com malformações;

nascidos de mães portadoras de HIV; RN com necessidade de Ventilação por Pressão Positiva nos primeiros minutos de vida.

A escolha da maternidade se deu por ser aquela que integrasse a rede municipal e tivesse o maior número de partos vaginais em 2017. A coleta de dados foi realizada no período de Dezembro de 2018 a Junho de 2019. Pesquisadores voluntários participaram da coleta de dados, principalmente no período diurno, visto ser o período de maior disponibilidade dos mesmos.

Para análise dos dados, os mesmos foram computados e categorizados em planilha de Excel (Microsoft), versão 2013, para posterior análise no Programa SPSS, versão 20.0. Foram realizadas análises estatísticas adequadas às variáveis do estudo, com a aplicação dos parâmetros para avaliação da conformidade descritos anteriormente, além da definição de frequências, com o apoio do Departamento Estatístico da Universidade Federal do Ceará.

Os preceitos éticos foram preservados, conforme a Resolução nº 466, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, do Ministério da Saúde¹³. A pesquisa obteve aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ (CAAE: 95345218.4.0000.5054) e da maternidade escolhida (instituição coparticipante) (CAAE: 95345218.4.3002.8145). A todos os participantes da pesquisa, foi apresentado e assinado o Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

De acordo com dados disponibilizados pela instituição, nos seis meses de coleta de dados, houveram 2.359 partos na Instituição, sendo desses 1.173 partos vaginais. Assim, o presente estudo englobou quase 20% dos partos vaginais, representando uma parcela significativa dos nascimentos ocorridos nesse período.

Após análise dos critérios de conformidade gerais previstos para esse estudo, o hospital apresentou 53,7% de conformidade (Baixa conformidade) para as boas práticas realizadas ao recém-nascido na primeira hora de vida, à luz das evidências científicas mais recentes disponíveis (Tabelas 3 e 4).

Sobre o clampeamento do cordão umbilical, 96,2% dos RN's tiveram o clampeamento oportuno do cordão, sendo acima de um minuto após o nascimento. Apenas 3,8% dos RN's tiveram o cordão clampeado com 60 segundos ou menos de vida.

O contato pele-a-pele foi oferecido às genitoras em 90,6% dos partos, sendo realizado efetivamente em 93,6% dos casos. Entretanto, quando foi analisado o tempo que o recém-nascido ficou junto a mãe, apenas 15% conseguiu permanecer por uma hora ou mais.

Dos 234 partos assistidos, apenas 15 (6,4%) não realizaram contato pele-a-pele. Desses, 66,7% dos RN's foram levados para receberem cuidados em outro local, 26,7% por recusa materna e 6,7% por complicação clínica materna.

Outro dado importante evidenciado pela pesquisa foi que em 100% dos RN's não receberam campos aquecidos após o nascimento. A prática desenvolvida por esse hospital consiste em retirar campos do kit de parto materno, que não passam por aquecimento prévio, e são colocados sob o bebê enquanto ficavam em contato pele-a-pele.

Nesse estudo, foi realizada a avaliação do Apgar para todos os recém-nascidos nos primeiro e quinto minutos de vida, com escores positivos no primeiro e no quinto minutos, o que mostrou serem pacientes saudáveis e aptos para permanecerem com suas genitoras na primeira hora de vida, sem interrupção.

Sobre a amamentação, observou-se que foi oferecido realizar o estímulo à 80,3% das genitoras e foi realizado em 76,1% dentre os binômios observados. Também foi evidenciado no presente estudo que 23,9% dos neonatos não foram amamentados na primeira hora de vida, e os fatores mais frequentes foram o RN ser levado para receber cuidados em outro local (86,5%), recusa materna (9,6%), complicação clínica materna (3,9%).

Para todos os recém-nascidos, foi realizada a profilaxia para Doença Hemorrágica, em que receberam Vitamina K, por via intramuscular, 1 miligrama. Entretanto, esse cuidado poderia ter sido postergado para depois da primeira hora de vida, mas 81,6% dos RN's receberam a dose dentro da primeira hora pós-natal.

Tabela 3 - Frequência das Práticas Assistenciais realizadas ao RN saudável na primeira hora de vida, em uma maternidade municipal de uma capital do nordeste brasileiro, 2019

PRÁTICAS ASSISTENCIAIS	N (234)	%
Clampeamento do cordão umbilical		
Imediatamente após o nascimento	2	0,8%
Com menos de 1 minuto de vida	7	3,0%
Com mais de 1 minuto de vida	225	96,2%
Contato pele-a-pele		
Foi oferecido à genitora realizar o contato pele-a-pele	212	90,6%
Não foi oferecido à genitora realizar o contato pele-a-pele	22	9,4%
Foi realizado por menos de 1 hora	184	78,6%
Foi realizado por 1 hora ou mais	35	15%
Não foi realizado contato pele-a-pele	15	6,4%
Cobrir o RN com campos aquecidos		
Não	234	100%

Sim	0	0%
Avaliar o Apgar no 1º e no 5º minutos		
Não	0	0%
Sim	234	100%
Estímulo ao aleitamento materno		
Foi oferecido à genitora estimular o RN ao seio	188	80,3%
Não foi oferecido à genitora estimular o RN ao seio	46	19,7%
Foi realizado estímulo ao seio materno	178	76,1%
Não foi realizado estímulo ao seio materno	56	23,9%
Prevenção da doença hemorrágica do RN (administração de Vitamina K)		
Foi realizada	234	100%
Não foi realizada	0	0
Realizada dentro da 1ª hora de vida do RN	193	82,5%
Realizada após a 1ª hora de vida do RN	41	17,5%
Utilizada via Intramuscular (1mg/ 0,1ml)	234	100%
Prevenção da oftalmia neonatal		
Foi realizada	227	97%
Não foi realizado (adequadamente)	7	3%
Realizada dentro da 1ª hora de vida do RN	188	80,3%
Realizada após a 1ª hora de vida do RN	39	16,7%
Utilizado Nitrato de prata à 1%	227	97%
Utilizado Vitelinato de prata à 10%	7	3%
Avaliação do Apgar no 1º minuto		
Sim	234	100%
Não	0	0%
Score no 1º minuto		
7	12	5,1%
8	91	38,9%
9	131	56%
Avaliação do Apgar no 5º minuto		
Sim	234	100%
Não	0	0%
Score no 5º minuto		
8	3	1,3%
9	221	94,4%
10	10	4,3%

Fonte: Pesquisa direta. HDGMM, Fortaleza, Ceará, dez/2018 - jun/2019.

Quanto à profilaxia da oftalmia neonatal, 80,3% receberam o cuidado dentro da primeira hora. Dentre os produtos que foram utilizados, 97% dos RN's receberam nitrato de prata à 1% e 3% receberam o vitelinato de prata à 10%. Sendo assim, no presente estudo, sete recém-nascidos (3%) receberam a profilaxia de forma inadequada.

O hospital apresentou frequências elevadas para outras práticas consideradas inadequadas (Tabela 4), como a aspiração oro e nasofaringeana (24,4%), passagem sistemática de Sonda Nasogástrica (23,5%), aspiração de conteúdo gástrico (21,8%) e passagem sistemática de sonda retal (1,7%).

Tabela 4 - Frequência das Práticas Assistenciais não recomendadas que foram realizadas ao RN saudável na primeira hora de vida, em uma maternidade municipal de uma capital do nordeste brasileiro, 2019

	N	%
Aspiração Orofaringeana		
Sim	57	24,4%
Não	177	75,6%
Aspiração Nasofaringeana		

Sim	57	24,4%	Fonte:
Não	177	75,6%	Pesqu
Passagem sistemática de Sonda Nasogástrica			isa
Sim	55	23,5%	direta.
Não	179	76,5%	HDG
Aspiração de Conteúdo Gástrico			MM,
Sim	51	21,8%	Fortal
Não	183	78,2%	eza,
Passagem sistemática de Sonda Retal			Ceará,
Sim	4	1,7%	dez/2
Não	230	98,3%	018 -
Uso de O2 inalatório			jun/20
Sim	16	6,8%	19.
Não	218	93,2%	
Uso de berço aquecido			
Sim	203	86,8%	
Não	31	13,2%	
Aferição de Estatura, Perímetro Cefálico e Perímetro Torácico			
Sim	204	87,2%	
Não	30	12,8%	
Pesagem			
Sim	204	87,2%	S
Não	30	12,8%	
Aferição de temperatura axilar			obre
Sim	4	1,7%	o uso
Não	230	98,3%	de
Banho			de
Sim	0	0%	oxig
Não	234	100%	

ênio inalatório, essa conduta foi observada em 6,8% dos recém-nascidos. Ainda, 86,8% dos recém-nascidos foram colocados em berços aquecidos, associado à mensuração de estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico e pesagem (87,2%). Como já foi pontuado anteriormente, esses cuidados também poderiam ter sido realizados após a primeira hora de vida.

Por fim, a verificação de temperatura corporal foi identificada em menor frequência (1,7%). Já o banho não foi realizado em nenhum dos RN's dentro da primeira hora de vida.

DISCUSSÕES

O hospital atingiu 53,7% de conformidade. Ele apresentou importantes variações entre práticas recomendadas e as inadequadas, de acordo com a literatura pertinente (Tabelas 1 e 2).

O clampeamento oportuno do cordão umbilical (realizado após 1 a 3 minutos após o nascimento) é recomendado para todos os partos, ao mesmo tempo que se inicia um tratamento simultâneo essencial ao recém-nascido. Só é indicado o clampeamento precoce do cordão umbilical (menos de um minuto após o nascimento) se o recém-nascido for asfíxiado e precisem ser iniciadas imediatamente medidas de ressuscitação⁸⁻¹⁰.

Para esse estudo, considerou-se adequado o clampeamento do cordão realizado acima de 1 minuto após o nascimento e foi observado em 96,2% dos partos. Apenas 3,8% dos neonatos tiveram o clampeamento abaixo de um minuto pós-natal, e esses precisaram receber cuidados nos primeiros minutos de vida, realizados na sala de assistência neonatal.

A realização do clampeamento oportuno do cordão umbilical traz benefícios para a mãe e para o neonato, a curto e longo prazo. Com relação aos benefícios imediatos para o RN, há o fornecimento de volume adequado de sangue e reservas de ferro; para a mãe, tem-se a diminuição de tempo do terceiro período do parto e diminuição de retenção da placenta^{13,14}.

Benefícios a longo prazo vêm sendo descritos na literatura, em que o RN vem a apresentar melhor estado hematológico com 2 e 4 meses, além melhores reservas de ferro até os 6 meses de idade¹⁵. Em outro estudo, que teve por objetivo investigar os efeitos do clampeamento tardio do cordão umbilical, em comparação com o clampeamento precoce, nos níveis de hemoglobina e ferritina aos 8 e 12 meses de idade em lactentes com alto risco de anemia ferropriva, foi visto que os que tiveram clampeamento tardio houve redução da anemia aos 8 e 12 meses, quando comparado ao grupo de clampeamento precoce^{8,15}.

Quanto ao contato pele-a-pele, foi oferecido às genitoras em 90,6% dos partos, sendo realizado efetivamente em 93,6% dos casos. Entretanto, quando foi analisado o tempo que o recém-nascido ficou junto a mãe, apenas 15% conseguiu permanecer por uma hora ou mais.

Vários estudos trazem a importância de se manter o RN em contato pele-a-pele com sua genitora por um hora, na dita “Hora Sagrada”. É nesse período que o RN está passando pela importante transição do meio intra para o extra uterino, se adaptando e se preparando para a tentativa da primeira mamada. Há também a importância do primeiro contato na formação do vínculo entre mãe e filho, favorecendo o apego, para a promoção de um crescimento e desenvolvimento saudáveis do RN nos próximos anos^{10,16}.

No estudo de Moreira et al.³, da Pesquisa Nascer no Brasil, que tinha como objetivo avaliar o cuidado ao recém-nascido saudável a termo e identificar variações nesse cuidado no atendimento ao parto e na primeira hora de vida, a frequência nacional encontrada foi de apenas 28,2%, e a região Nordeste com 28,8%. A maior frequência evidenciada por eles foi na região Sul (32,5%), o que mostra que a prática realizada no hospital foi bem maior do que a do Inquérito Nacional.

Há boas evidências de que, quando os recém-nascidos de partos normais, a termo, são colocados pele-a-pele com suas mães imediatamente após o nascimento tem uma transição da vida fetal para recém-nascidos com melhor estabilidade respiratória, termica e

dos níveis de glicose e significativamente choram menos, indicando diminuição do estresse¹⁵⁻¹⁷.

Outro dado importante evidenciado por esse estudo foi que, por mais que o contato pele-a-pele apresentou uma frequência acima do observado em outros estudos, apenas 15% dos recém-nascidos permaneceu por uma hora ou mais em contato pele-a-pele com sua genitora. Pelo fato dessa pesquisa ter sido realizada apenas com RN's saudáveis, que não precisaram de medidas de reanimação neonatal, não houve justificativa clara para a não realização do contato pele-a-pele pelo tempo apropriado.

No estudo de Matos et al.¹⁸, foi visto que o contato pele-e-pele entre o binômio não ultrapassou 40 minutos. Os motivos para o término do contato variaram desde o pedido da mãe até a solicitação da equipe multidisciplinar para o início dos cuidados a serem prestados ao bebê, o qual foi observado em maior frequência. Eles perceberam que a interrupção do contato pele-a-pele estava relacionado à ansiedade da equipe e na pressa em realizar os primeiros cuidados ao recém-nascido, principalmente quando os nascimentos ocorrem no final do turno ou quando há sobrecarga de trabalho no setor.

Ainda, dos 234 partos assistidos, apenas para 15 RN's o contato pele-a-pele não foi realizado. Desses, 66,7% dos RN's foram levados para receberem cuidados em outro local, 26,7% por recusa materna e 6,7% por complicação clínica materna. Esse dado mostra que um dos principais motivos para não realização dessa recomendação é a separação precoce do binômio na primeira hora de vida.

Dentre os fatores que podem contribuir para a não adesão dos profissionais, temos que considerar as condições de infraestrutura, demanda de parto da instituição e o tempo a ser dispendido nos cuidados com a mãe e o bebê. Em muitos momentos, foi visto que as equipes de sala de parto precisavam levar o binômio para outra enfermaria compartilhada, pois outra gestante precisaria assumir a enfermaria com leito individual, que são preferidos para conferir privacidade no momento do parto. Nessas situações, o contato pele-a-pele era interrompido e o recém-nascido levado para ser avaliado e receber os cuidados imediatos.

Outro ponto que também pode estar associado é referente ao quantitativo de profissionais, pois quando em número insuficiente podem necessitar dinamizar ainda mais o tempo de serviço em cada atendimento. Nessa instituição, tanto recém-nascidos de parto vaginal como de parto cesáreos eram encaminhados à SAN para avaliação pós-natal, pesagem, mensuração de dados antropométricos e profilaxia para doença hemorrágica e

oftalmia neonatal. Dessa forma, a equipe da SAN, muitas vezes, precisa otimizar espaço e tempo para garantir assistência a todos os bebês.

Outro dado importante evidenciado pela pesquisa foi que em 100% dos RN's não receberam campos aquecidos após o nascimento. A prática desenvolvida por esse hospital consiste em retirar campos do kit de parto materno, que não passam por aquecimento prévio, e são colocados sob o bebê enquanto ficavam em contato pele-a-pele. Essa prática contribui para o retardo da normotermia que o RN precisa atingir, interferindo na sua adaptação pós-parto e que pode ter interferido na avaliação de Apgar, dada pelo profissional que realizou a assistência⁷.

Para estar apto a passar por todo o processo de transição do meio uterino para o meio externo, o recém-nascido deve apresentar sinais para os profissionais que o assistem. Ainda hoje, é consenso determinar o escore de Apgar a todos os recém-nascidos no 1º e 5º minutos após o nascimento, prorrogando essa avaliação caso o RN necessite de medidas de reanimação, avaliando-o até o 20º minuto⁷.

A avaliação do Apgar foi desenvolvida em 1953, estabelecendo um esquema de cinco sinais que indicam as condições dos aparelhos respiratórios, cardiovascular e neuromuscular, e tem sido amplamente adotado como método de avaliação da criança ao nascimento¹⁷. Para essa pesquisa, todos receberam a avaliação de Apgar no primeiro e no quinto minutos de vida. Todos apresentaram escores positivos na avaliação dos profissionais, com valores dentro da normalidade, reafirmando o perfil dos recém-nascidos dessa pesquisa, em serem sadios e estarem aptos a seguirem as boas práticas na primeira hora de vida.

No que tange ao aleitamento materno na primeira hora de vida, esse é considerado um indicador de excelência da amamentação. São várias ações e iniciativas nacionais e internacionais para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, pois favorece desde a formação do vínculo mãe e filho, até a redução da mortalidade infantil^{19,20}.

Nesse estudo, observou-se que foi oferecido realizar o estímulo à 80,3% das genitoras e foi realizado em 76,1% dentre os binômios observados. Esse achado foi acima do observado em outras pesquisas nacionais. Esse dado demonstra o envolvimento das equipes na promoção e estímulo ao aleitamento materno ainda na sala de parto^{3, 21,22}.

A partir de uma classificação da OMS para os percentuais de adesão ao aleitamento na primeira hora para mães e recém-nascidos sadios, essa varia de 0 e 29% como 'muito ruim', de 30 a 49% 'ruim', de 50 a 89% 'bom' e de 90 a 100% 'muito bom'. Para esse estudo, o

hospital apresentou uma boa adesão, resultado muito positivo, quando comparado a outros estudos²³.

O início precoce da amamentação é um preditor consistentemente significativo da maior duração da amamentação exclusiva. Crianças que são amamentadas por períodos mais longos têm menor mortalidade e morbidades infecciosas, menos problemas dentários e maior inteligência que outras que são amamentadas por períodos curtos ou não amamentadas. Há evidências que a amamentação também confere proteção contra a obesidade e diabetes na fase adulta^{24,25}.

A amamentação precoce, ainda na sala de parto, possibilita ao RN uma melhor adaptação da vida extrauterina, a regulação glicêmica, cardiorrespiratória e térmica. Também, a sucção precoce, principalmente para as mães, estimula a hipófise na produção de ocitocina e prolactina, aumentando a produção de leite pelo organismo, o que pode fortalecer o sucesso no aleitamento materno exclusivo, até os seis meses de vida do RN^{22,26}.

Em um estudo que teve o objetivo de monitorar a situação de equidade em saúde e nutrição entre os países do mundo, com ênfase nos países de renda baixa ou média, com análise das Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS)²⁷, foi visto que menos de 40% das mulheres amamentaram na primeira hora de vida do RN, com cobertura de 43% na PNDS de 2006. Em análise regional, o Nordeste apresentou uma cobertura de 35,6% em 1996, com incremento na avaliação de 2006, para 42,9%.

Na Pesquisa Nascer no Brasil³, a taxa do país foi de apenas 16,1% para amamentação na primeira hora de vida, e na região Nordeste foi de 11,5%. O estudo de Silva, Pereira, Passos e Santos²⁸ também apresentou frequências baixas para amamentação na primeira hora de vida (25,5%). Em outro estudo realizado em hospitais que atendiam pelo SUS do município do Rio de Janeiro, esse apresentou uma prevalência de 50,8%, e nos hospitais credenciados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança foi maior (67,3%)²⁹.

Também foi evidenciado no presente estudo que 23,9% dos neonatos não foram amamentados na primeira hora de vida, e os fatores mais frequentes foram o RN ser levado para receber cuidados em outro local (86,5%), recusa materna (9,6%), complicação clínica materna (3,9%) e. Ressalta-se a necessidade da adoção de medidas as quais priorizem o contato pele a pele e o AM na sala de parto, com a redução ou adiamento de intervenções na

assistência pós-parto, além do treinamento e conscientização da equipe de saúde sobre a importância dessas práticas^{28,29}.

Um dos principais motivos para o estímulo ao aleitamento está relacionado à redução da mortalidade neonatal. Em uma meta-análise que envolveu cinco estudos de quatro países, com mais de 130.000 recém-nascidos amamentados, aqueles que começaram a amamentar entre 2 e 23 horas pós-natal tiveram um risco 33% maior de morrer do que aqueles que começaram a amamentar na primeira hora após o nascimento. Entre os recém-nascidos que iniciaram a amamentação 24 horas ou mais após o nascimento, o risco foi mais de duas vezes maior^{30,31}.

Quanto à prevenção da Doença Hemorrágica do Recém-nascido, todos receberam esse cuidado, recomendações bem definidas pelas literaturas pertinentes. Entretanto, o momento em que essa ação foi desenvolvida, para a maioria dos recém-nascidos, foi inadequada. Mais de 80% deles receberam as profilaxias dentro da primeira hora de vida.

Sobre a profilaxia da oftalmia neonatal, 97% dos RN's receberam o cuidado adequadamente, utilizando-se o Nitrato de Prata à 1%. Apenas 3% foram tratados de forma inadequada, utilizando o Vitelinato de Prata à 10%, produto esse sem fundamentação teórica que sustentasse sua utilização³². Esses cuidados também poderiam ter sido postergados, permitindo que o contato pele-a-pele e a amamentação precoce fossem realizados sem interferência, mas aconteceram principalmente dentro da primeira hora de vida (80,3%).

Há evidências sobre os períodos de incubação das infecções oftálmicas (9 dias para gonorreia e 3-4 para clamídia), que servem de apoio para atrasar o momento de realização da profilaxia oftálmica⁷.

Tanto a diretriz nacional como a espanhola, essa última baseada em recomendações da Associação Espanhola de Pediatria, apontam que doses únicas de pomada oftálmica de eritromicina a 0,5%, tetraciclina a 1% ou nitrato de prata a 1% são eficazes e comparáveis na profilaxia oftálmica do recém-nascido. A solução de nitrato de prata pode causar conjuntivites químicas transitórias no recém-nascido³³.

Mesmo não sendo a primeira medicação de escolha, o Nitrato de Prata à 1% integra a recomendação, na falta das outras opções. O uso do Vitelinato de Prata à 10% foi observado em menor frequência e relacionou-se ao fato do serviço ter sido comunicado equivocadamente da falta do Nitrato de Prata. Assim que foi identificado o erro pela coordenação de enfermagem, foi disponibilizado novamente o medicamento recomendado.

Com relação às práticas não recomendadas, o presente estudo evidenciou que a aspiração das vias aéreas superiores dos neonatos ainda é uma prática presente na assistência ao recém-nascido saudável nessa instituição (24,4%). Este resultado mostra que alguns dos procedimentos proscritos ainda estão sendo efetivados pelos profissionais de saúde.

A recomendação apresentada pela OMS e que apresenta evidência de alta qualidade, é que se o neonato nasce com líquido amniótico claro e chora espontaneamente, não necessita ter as suas vias aéreas superiores aspiradas¹⁰. Essa recomendação também é reforçada em outros estudos^{34,35}.

As últimas recomendações sobre cuidados e atenção com o recém-nascido saudável nas primeiras horas após o nascimento também não orientam realizar sondagem pelas fossas nasais, pelo esôfago e pelo ânus, já que um exame físico rotineiro do recém-nascido pode ser suficiente para descartar a maior parte dos problemas neonatais^{7,9,33}. Mesmo assim, ainda foram presentes nesse estudo. A passagem sistemática de sonda nasogástrica esteve presente em 23,5%, aspiração de conteúdo gástrico em 21,8% e, em menor frequência, passagem sistemática de sonda retal (1,7%).

Outras práticas não recomendadas, observadas em menor frequência, mas presente, foi a utilização de oxigênio inalatório (6,8%), menor do que a apresentada na Pesquisa Nascer no Brasil (8,8%). A frequência do uso do berço aquecido, da mensuração de dados do RN, como perímetro torácico e cefálico, pesagem e estatura, foram elevados na primeira hora de vida.

A verificação de temperatura corporal foi identificada em menor frequência (1,7%). O banho não foi realizado em nenhum dos RN's dentro da primeira hora de vida. Para essa prática, o hospital adotava rotinas semelhantes às recomendadas pelo Ministério da Saúde e OMS^{7,8}, postergando esses cuidados para após 6 horas de vida.

Por mais que a prática envolva realizar esses cuidados rotineiros e posteriormente devolver o recém-nascido para o colo materno, com a separação precoce, há interferência na proposta que a primeira hora de vida do recém-nascido com sua família e o que esse momento representa. Essa que deveria ser protegida, que está relacionada à formação do vínculo e apego entre o binômio, é um momento singular¹⁷.

O estudo de Moreira et al.³ evidenciou que nas diversas regiões do Brasil essas práticas ainda são frequentes em um grupo de recém-nascidos que evidentemente não necessitam deles. Os protocolos nacionais e internacionais possuem fortes evidências para a sua não utilização, visto à falta de benefícios claros para o binômio. Eles concordam que a

desincorporação de técnicas e tecnologias largamente praticadas é difícil e depende da mudança de comportamento e práticas no dia-a-dia da assistência.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que houveram importantes variações na avaliação de conformidade, em especial nas práticas assistências realizadas ao recém-nascido saudável. Os resultados ressaltam que, mesmo o Hospital tendo protocolos institucionais atualizados reforçando as melhores evidências científicas, há práticas recomendadas que ainda não foram incorporadas efetivamente nas rotinas do serviço.

Também, é importante ser ressaltado que em algumas práticas positivas realizadas ao recém-nascido, a instituição apresentou resultados bem acima do evidenciado em outras pesquisas nacionais. Esses achados mostram que já existem avanços na assistência, principalmente com o movimento de humanização do parto e nascimento, que intensificam o processo fisiológico e natural. As mudanças vêm com o tempo, a partir de iniciativas e atitudes de gestores, profissionais e sociedade civil.

Outros estudos se fazem necessários, a fim de compreender melhor os entraves à execução das boas práticas. Estudos longitudinais poderão esclarecer com maior clareza as questões ainda não elucidadas sobre o assunto, bem como o acompanhamento avaliado da implementação das recomendações acerca da temática.

REFERÊNCIAS

1. Souza AMM. *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 324-331, 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília, 2017. 51 p.
3. Moreira MEL. *et al.* Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.30, Supl. S128-39, 2014.
4. Lansky S. *et al.* Pesquisa Nacer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, sup1, p.S192-S207, 2014.

5. World Health Organization (WHO). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Resumo executivo]. 2015.
6. Silva TC. *et al.* Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v7, p: 1-8, 2017.
7. Brasil. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal [Relatório de Recomendação]. Brasília, 2016. 381p.
8. WHO. Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Geneva. 2014. 38 p.
9. WHO. WHO Recommendation on Newborn Health. Guidelines approved by WHO Guidelines Review Committee. Geneva, 2017a. 26 p.
10. WHO. WHO Recommendation: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva, 2018. 212 p.
11. Eduardo MBP, Novaes HMD. Análise de conformidades às normas técnicas de proteção radiológica dos serviços de radioterapia no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, V. 20, Sup. 2, P.S256-S267, 2004.
12. Albuquerque AMA, Leite AJM, Almeida NMGS, Silva CF. Avaliação da conformidade do transporte neonatal para hospital de referência do Ceará. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.12, n.1, p. 55-64, jan. / mar., 2012.
13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de outubro de 2012. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, Ministério da Saúde, 1. Ed., 2013. 50 p.
15. KC A. *et al.* Effects of Delayed Umbilical Cord Clamping vs Early Clamping on Anemia in Infants at 8 and 12 Months: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, Chicago, v. 171, n. 3, mar 2017.
16. Phillips, R. The Sacred Hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, v. 13, p. 67-72, 2013.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2. ed., 2012c. 195p.
18. Matos TA. *et al.* Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições da enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 63, n.6, p.998-1004, 2010.
19. WHO. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva, 2017b. 136p.
20. Baby Friendly Health Initiative (BFHI). 10 steps to successful breastfeeding. 2018.

21. Venâncio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 317-324, 2010.
22. Silva JLP. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 27, n.4, 1-10, 2018.
23. WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva (CH): Report of an Expert Consultation; 2001.
24. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women and Birth*, Philadelphia, v. 27, p. 37-40, 2014.
25. Victora CG. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet Series*, London, vol. 387, p. 475-490, Jan 2016.
26. UNICEF, WHO. Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. New York, 2018.
27. Barros AJD, Victora CG, Wehrmeister FC. Desigualdades em saúde materno-infantil no Brasil: 20 anos de progresso. Pelotas, UFPel, 2019, 105p.
28. Silva CM, Pereira SCL, Passos IR, Santos LC. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 29, n. 4, p.457-471, jul./ago., 2016.
29. Esteves TMB. *et al.* Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.31, n.11, p.2390-2400, 2015.
30. Smith ER. *et al.* Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, São Francisco, vol. 12, no. 7, Jul 2017a.
31. Smith ER. *et al.* Delayed Breastfeeding Initiation Is Associated with Infant Morbidity. *J Pediatrics*, Cincinnati, vol. 191, pp.:57-62, 2017b.
32. Passos AF; Agostini FS. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. *Rev. Bras. Oftalmol.* Rio de Janeiro, v. 70, n.1, p. 57-67. 2011.
33. Sanchez-Luna M. *et al.* Comision de estandares de la Sociedad Espanola de Neonatologia. Recomendaciones para el cuidado y atencion del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas despues del nacimiento. *An Pediatr*, Barcelona, v. 71, n. 4, p. 349-361, 2009.
34. Kleinman ME. *et al.* Pediatric basic and advanced life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Pediatrics*, Itasca, v. 126, n. 5, p. e1261–e1318. November, 2010.

35. Kugelman A. *et al.* Less is More: Modern Neonatology. Rambam Maimonides Med J, Haifa, v.9, n. 3, p. 1-11, jul 2018.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

APENDICE B – RELATÓRIO

TÉCNICO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

**AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS
REALIZADAS AO RECÉM-NASCIDO SAUDÁVEL NA PRIMEIRA HORA DE VIDA**

RELATÓRIO TÉCNICO

**FORTALEZA
JULHO DE 2019
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

COORDENADOR DO MESTRADO

Dr. João Joaquim Freitas do Amaral

ORIENTADORA

Dr.^a. Rivianny Arrais Nobre

MESTRANDA

Janine Alencar Souza Vieira

PESQUISADORAS VOLUNTÁRIAS

Dr.^a. Ana Nery Melo Cavalcante

Dr.^a. Soraia Silva Vasconcelos

Dr.^a. Raquel Melo Moraes Neves

Maria Isabele Albano Freire

APRESENTAÇÃO

O presente relatório técnico traz os resultados observados referente à avaliação de conformidade das práticas assistenciais realizadas ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida, em uma maternidade municipal de referência de Fortaleza.

A avaliação foi realizada a partir da análise de três grupos:

- Grupo 1, relacionado à adequação da estrutura da unidade hospitalar, da equipe responsável pela assistência direta ao recém-nascido, além dos insumos de materiais necessários para tal.
- Grupo 2, referente aos processos organizacionais existentes no hospital para orientação e uniformidade das práticas, com protocolos instituídos para assistência ao recém-nascido, além da construção da ficha de dados maternos, obstétricos e do nascimento, que deve ser feita para cada recém-nascido.
- Grupo 3, relacionado às práticas assistenciais realizadas na primeira hora de vida do recém-nascido. Esse grupo reuniu questões sobre as ações desenvolvidas, para posterior análise se essas seguiam as recomendações de boas práticas de assistência neonatal (clameamento oportuno do cordão umbilical, contato pele-a-pele, estímulo ao aleitamento materno precoce, prevenção da doença hemorrágica do recém-nascido, prevenção da oftalmia neonatal, dentre outros cuidados) ou se apresentaram variações às recomendações.

Esse relatório foi um dos produtos da dissertação de mestrado intitulada: “Avaliação da conformidade nas práticas assistenciais realizadas ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida, da mestranda Janine Alencar Souza Vieira, sob orientação da Dr^a. Rivianny Arrais Nobre, apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, da Universidade Federal do Ceará.

O estudo se propôs a fazer um recorte da assistência prestada na primeira hora de vida ao neonato saudável, na maternidade municipal cearense que teve o maior número de partos vaginais em 2017, confrontando os achados com as melhores evidências disponíveis.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a cada ano, nascem mais de 3 milhões de crianças. Dessas, a maior parte nascem em instituições hospitalares (98,4%), assistidas por profissionais médicos (88,7%). Esses dados deveriam refletir positivamente sobre a redução dos indicadores de mortalidade infantil e neonatal, entretanto, se observa que o país apresenta resultados insatisfatórios, quando comparados a outros países (BRASIL, 2014).

Grande parte desses óbitos são evitáveis, principalmente por ações dos serviços de saúde, por atenção ao pré-natal, ao parto ou ao nascimento. O fato da assistência ao parto no Brasil ser essencialmente institucionalizada e assistida por profissionais de saúde habilitados, revela que a disponibilização de saberes e o maior acesso à tecnologia, aos insumos e aos equipamentos, a maior presença de profissionais e as formulações normativas não garantem sozinhos a reversão esperada do quadro de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2014).

É o chamado “paradoxo perinatal brasileiro”, em que há intensa medicalização do parto e nascimento, com manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal, que pode estar relacionada à baixa qualidade da assistência e utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas, com repercussão sobre os resultados perinatais (DINIZ, 2009; LANSKY, et al., 2014).

Há uma grande diversidade de práticas clínicas nos ambientes de atenção obstétrica e neonatal e, conseqüentemente, ocorrem condutas distintas na assistência ao binômio, o que pode representar risco a ambos. Uma das principais repercussões observadas nas últimas décadas foram as elevadas taxas de mortalidade infantil, com enfoque no componente neonatal (MOREIRA et al, 2014; LANSKY et al, 2014; WHO, 2015).

Quantos às causas que levam a mortalidade neonatal, esta é vista como multifatorial, sendo as situações vinculadas principalmente à situações preveníveis, desde condições relacionadas com o pré-natal, parto e puerpério, como desigualdades de acesso e uso dos serviços de saúde, até deficiência da assistência pré-natal, ao parto e nascimento.

A taxa de mortalidade infantil do país é de 12,35% (2018) e no Ceará está em 13,86% (2017), Fortaleza com 13,6% (2017), segundo dados do IBGE. Em uma análise regional, de um estudo que objetivou analisar o perfil dos óbitos neonatais e os fatores relacionados, foi evidenciado que a Região Nordeste concentra a maioria dos óbitos (38,3%), com enfoque principalmente nos óbitos de recém-nascidos no termo (21,3%), por infecção (26,9%), além de apresentar a segunda maior taxa de mortalidade neonatal entre as regiões do país (14,5 para cada mil nascidos vivos) (BRASIL, 2012a; LANSKY et al, 2014).

Estudos apontam que 62% dos óbitos de nascidos vivos com peso superior a 1500g ao nascer são evitáveis, sendo as afecções perinatais o principal grupo de causas básicas, correspondendo a cerca de 60% das mortes infantis e 80% das mortes neonatais e, na maioria das vezes, suas causas estão relacionadas à inadequação ou inexistência de acompanhamento pré-natal e capacidade de resolução no âmbito hospitalar (BRASIL, 2012a).

Diante desse cenário, órgãos responsáveis pela assistência neonatal começaram a questionar a implicação que as práticas assistenciais no momento do parto e nascimento vem a repercutir na saúde do recém-nascido, suas consequências a curto e longo prazo, além dos custos para a saúde pública. Assim, com enfoque na assistência ao neonato, essa vem sofrendo inúmeras mudanças com o passar dos anos, na busca de um cuidado menos instrumentalizado, com aplicação de práticas seguras, que favoreçam o nascimento com o mínimo de intervenções possíveis e que os profissionais apenas auxiliem quando for necessário (MOREIRA et al, 2014; SILVA et al, 2017).

Alternativas seguras que vêm sendo difundidas são as diretrizes clínicas baseadas em evidências, favorecendo as tomadas de decisões no dia-a-dia da assistência, além de buscar qualidade no serviço prestado. Surge a necessidade de buscar fortes evidências, consensos, que justifiquem ou mesmo que contraindiquem intervenções que não tragam benefícios à saúde da mãe e do recém-nascido (MOREIRA et al, 2014; BRASIL, 2016).

Em 2016, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) apresentou os resultados mais atuais, com análises de estudos nacionais e internacionais, para compor as melhores recomendações de assistência ao parto normal. A partir desses resultados, em 2017, o Governo Federal divulgou um documento intitulado “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”, reforçando as recomendações, no intuito de disponibilizar as evidências de maior consistência a serem adotadas nos serviços de saúde de assistência à gestante, puérpera e recém-nascido (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

Internacionalmente, outros órgãos também têm se mobilizado em prol da assistência baseada em evidências científicas. A OMS tem intensificado suas ações pela redução do uso desnecessário de intervenções, frisando a importância dos processos fisiológicos do nascimento, publicando uma gama de recomendações a serem seguidas na assistência ao parto e nascimento (WHO, 2017; WHO, 2018).

Na atenção ao recém-nascido, na primeira hora de vida, são recomendações: o contato pele-a-pele ininterrupto com a mãe, estímulo ao aleitamento materno precoce, clampeamento oportuno do cordão umbilical, como também ações preventivas relacionadas à administração

de vitamina K para prevenção da doença hemorrágica, profilaxia da oftalmia neonatal, dentre outras. Para cada uma dessas orientações, foram feitas análises de inúmeros estudos, com percursos metodológicos bem desenhados, trazendo fortes evidências científicas, apresentando os benefícios para o binômio, em especial para o recém-nascido a curto e longo prazo (WHO, 2014; BRASIL, 2016; WHO, 2017; WHO, 2018).

É imperativa a necessidade de primar pela qualidade da assistência hospitalar ao parto e nascimento, visto que é nesse ambiente que predominam os partos no Brasil. Estudos trazem que garantir o acesso às melhores práticas assistenciais disponíveis no conhecimento científico atual necessita de investimentos, tanto a nível nacional quanto individual daqueles que exercem o cuidado no dia-a-dia da assistência (LANSKY et al, 2014; BRASIL, 2016).

Diante disso, é preciso avaliar como é prestada essa assistência, com enfoque no recém-nascido saudável de parto normal, após a divulgação dos documentos mais recentes quanto às boas práticas de atenção ao parto normal e nascimento. Surge então a seguinte inquietação: Qual a situação atual da assistência ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida em uma maternidade da rede municipal de saúde na capital cearense?

Assim, o objetivo desse estudo foi de avaliar a conformidade de tais práticas e se há variações nos cuidados na primeira hora de vida do recém-nascido saudável, confrontando os achados com as evidências mais recentes e seguras de assistência neonatal.

A seguir, foram sintetizadas as principais recomendações para a assistência ao recém-nascido na primeira hora de vida, desde a infraestrutura, recursos humanos e materiais, processos organizacionais, até sobre a assistência propriamente dita. Foram utilizadas as evidências nacionais e internacionais mais recentes para a comparação dos achados na instituição avaliada.

Quadro 1 – Recomendações para a assistência ao recém-nascido na primeira hora de vida

PARÂMETRO AVALIADO	DEFINIÇÃO / RECOMENDAÇÃO
INFRAESTRUTURA	
Ambientação da Sala de Parto	Com temperatura entre 24 e 26°C durante a presença do recém-nascido
Espaço físico da Sala de Parto	Área de 0,8 m ² dentro de cada sala de parto ou sala cirúrgica obstétrica, ou uma sala com, no mínimo, 6 m ² exclusiva para realizar a reanimação neonatal com pontos de oxigênio e vácuo.
Rede elétrica	Presença de rede elétrica de emergência
RECURSOS MATERIAIS	
Equipamentos e Insumos	<p>- Mesa de três faces para reanimação em sala de parto ou em sala de reanimação neonatal com fonte de calor radiante – Relógio com ponteiros de segundos em cada mesa/sala de reanimação – Material para aspiração: sondas traqueais de aspiração sem válvula 4, 6, 8, 10, 12 e 14; sondas de aspiração gástrica 6 e 8; dispositivo para a aspiração de mecônio na traqueia - Material para ventilação: balão auto inflável com balão de, no máximo, 750mL, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, válvula de segurança com escape entre 30-40 cm H₂O e/ou manômetro; máscaras faciais para recém-nascidos a termo e pré-termo - Material para intubação: laringoscópio com lâminas retas 00, 0 e 1 e cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete 2,5 – 3,0 – 3,5 – 4,0mm; fio guia estéril opcional. – Material para medicações: adrenalina diluída 1:10.000, soro fisiológico, bicarbonato de sódio 4,2% e hidrocloreto de nolaxona; colírio de nitrato de prata 1% e vitamina K; seringas de 1, 10 e 20 ml, agulhas e gaze - Material para cateterismo umbilical: campo fenestrado, cadarço de algodão e gazes; uma pinça Kelly reta de 14 cm; um cabo de bisturi com lâmina No 22; uma porta agulha 11cm e fio agulhado mononylon 4.0; sonda traqueal sem válvula No 6 ou cateter umbilical 3,5 ou 5F; clorexidina alcoólica 0,5%. – Outros: estetoscópio, clampeador de cordão, material para identificação da mãe e do recém-nascido; balança eletrônica, antropômetro e fita métrica; material para drenagem torácica e abdominal – Incubadora de transporte com oxigênio, oxímetro e bomba de infusão.</p>

RECURSOS HUMANOS	
Equipe médica	Equipe de pediatria treinada em reanimação neonatal segundo as normas atualizadas da SBP
Equipe de Enfermagem	Equipe de enfermagem treinada em reanimação neonatal segundo as normas atualizadas da SBP (Enfermeiro e técnico de enfermagem)
PROCESSOS ORGANIZACIONAIS	
Anamnese materna (Histórico de dados maternos, obstétricos e do nascimento)	Realizar a anamnese materna, com histórico familiar e pessoal de enfermidades e comorbidades, além dos dados gestacionais, de gestações anteriores e atual.
Protocolos clínico-assistenciais	Ter disponíveis protocolos institucionais atualizados para nortear as equipes na assistência ao recém-nascido na primeira hora de vida, embasados nas melhores evidências científicas disponíveis.
PRÁTICAS ASSISTENCIAIS	
Clampeamento do cordão umbilical	O clampeamento do cordão umbilical entre 1 a 3 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contra indicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal
Contato pele-a-pele	Estimular as mulheres a ter contato pele-a-pele imediato com a criança logo após o nascimento. Cobrir a criança com um campo ou toalha morna para mantê-la aquecida enquanto mantém o contato pele-a-pele. Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido.
Aleitamento materno	Estimular o início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida.
Avaliação do Apgar	Conjunto de sinais clínicos idealizados para avaliar a vitalidade do recém-nascido no 1º e no 5º minutos de vida
Profilaxia da oftalmia neonatal	A profilaxia da oftalmia neonatal deve ser realizada de rotina nos cuidados com o recém-nascido. O tempo de administração da profilaxia pode ser ampliado em até 4 horas após o nascimento. Recomenda-se a utilização da pomada de eritromicina a 0,5% e, como alternativa, tetraciclina a 1% para realização da profilaxia da oftalmia neonatal. A utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservada apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina.

PRÁTICAS ASSISTENCIAIS (Continuação)	
Profilaxia da doença	Todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a

hemorrágica	profilaxia da doença hemorrágica. A vitamina K deve ser administrada por via intramuscular, na dose única de 1 mg, pois este método apresenta a melhor relação de custo-efetividade. Se os pais recusarem a administração intramuscular, deve ser oferecida a administração oral da vitamina K e eles devem ser advertidos que este método deve seguir as recomendações do fabricante e exige múltiplas doses. A dose oral é de 2 mg ao nascimento ou logo após, seguida por uma dose de 2 mg entre o quarto e o sétimo dia.
Aspiração orofaríngea	Não se recomenda a aspiração orofaríngea e nem nasofaríngea sistemática do recém-nascido saudável.
Aspiração nasofaríngea	
Passagem sistemática de sonda nasogástrica	Não se recomenda realizar a passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no recém-nascido saudável.
Passagem sistemática de sonda retal	
Mensuração de medidas antropométricas e temperatura axilar	Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido.
Banho	
Uso de Oxigênio inalatório	Ambas medidas não são necessárias para o recém-nascido saudável
Uso de Incubadora ou Berço térmico	

Fontes: Fonte: SBP, 2011; SBP, 2016; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017; WHO, 2017a; WHO, 2017b; WHO, 2018.

INSTITUIÇÃO ESCOLHIDA

Com o intuito de trazer um recorte da assistência neonatal dentro da primeira hora de vida na rede municipal de saúde de Fortaleza, foi selecionada a maternidade que apresentou o maior número de partos vaginais no ano de 2017. As informações quanto ao número de nascimentos foi consultada através do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), estratificando-os por estabelecimento de saúde, conforme tabela abaixo (Tabela 1).

Tabela 1: Número de partos por estabelecimento de saúde no ano de 2017, no município de Fortaleza

ESTABELECIMENTO	NASCIMENTOS
7047428-HOSPITAL DA MULHER DE FORTALEZA	944
2482339-HOSPITAL DISTRITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	1.487
2651351-HOSPITAL GONZAGUINHA BARRA DO CEARÁ	1.311
2529068-HOSPITAL GONZAGUINHA JOSE WALTER	1.202
2723212- HOSPITAL GONZAGUINHA MESSEJANA	1.915
TOTAL	6.859

Fonte: Célula de sistemas de informação e análise em saúde – CEINFA / SINASC -Fortaleza

Assim, a instituição que se destacou foi o Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (Gonzaguinha de Messejana). Trata-se de uma unidade hospitalar de referência em assistência à saúde materno-infantil, que oferece internação nas especialidades de pediatria, neonatologia, ginecologia, obstetrícia (parto normal e cirúrgico), estrutura para atenção às urgências na área materno-infantil (24 horas), unidade de observação, tecnologia diagnóstica e terapêutica clínica e funcional.

É considerado um serviço prioritário no estado do Ceará, além de contar com o apoio do Ministério da Saúde para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal e tem importante contribuição no fortalecimento da rede de serviços que compõe a Rede Cegonha. Por ser um campo de prática para Instituições de ensino de Fortaleza, também participa do processo de formação de futuros profissionais da saúde, desde a graduação, internato médico, residentes da rede e vinculados à Escola de Saúde Pública do Ceará.

Dessa forma, por se tratar de uma unidade de referência tanto para assistência quanto para a formação em saúde na assistência obstétrica e neonatal, fortaleceu o interesse do desenvolvimento do presente estudo.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo transversal, avaliativo normativo, de cunho quantitativo. Para tanto, foi realizada uma adaptação da metodologia utilizada no estudo desenvolvido em um hospital de referência de Fortaleza (EDUARDO, NOVAES, 2004; ALBUQUERQUE, LEITE, ALMEIDA, SILVA, 2012).

Foi realizada avaliação de conformidade para as práticas assistenciais relacionadas ao recém-nascido na primeira hora de vida. Foram criados três grupos de avaliação: O Grupo 1 abordou a adequação da estrutura da unidade hospitalar (infraestrutura, recursos humanos e materiais); Grupo 2 referiu-se aos Processos organizacionais existentes no hospital para orientação e uniformidade das práticas, com protocolos instituídos para assistência ao recém-nascido e anamnese materna; e por fim, o Grupo 3 que era relacionado às práticas assistenciais realizadas na primeira hora de vida propriamente ditas.

A pesquisa englobou a observação do período pós-natal imediato de 234 binômios (mãe e recém-nascido) (Grupo 3 da avaliação de conformidade), além de aplicação de questionário aos coordenadores da neonatologia (de enfermagem e médica) da instituição avaliada (Grupos 1 e 2). A consulta de prontuários maternos e dos recém-nascidos também foi utilizada para complementação da avaliação.

Para cada item de conformidade, poderia ser dado um escore variando de 0 a 2, indicando o não cumprimento (zero), o cumprimento parcial (um) e o cumprimento total (dois). Setenta itens possuíam apenas escores 0 e 2, nas situações do item estar presente ou não (quando se tratar de estrutura, recursos humanos, materiais e processos) ou por se tratar da realização ou não da ação dentro da primeira hora de vida.

A taxa de conformidade dos pontos que foram observados foi obtida pela soma dos escores das perguntas, transformada em proporção percentual em relação aos pontos brutos máximos possíveis especificados para cada item. Para cada aspecto que foi avaliado, foi representado por uma média aritmética calculada com base nos percentuais obtidos nos itens avaliados.

As médias obtidas em cada uma das observações poderiam qualificar o serviço em alta, média e baixa conformidade. Assim, o serviço poderia atingir escores entre 100-80% e ser classificado como de alta conformidade; entre 80-60%, média conformidade e se obtiver escores abaixo de 50%, ser classificado como de baixa conformidade para práticas recomendadas.

Os critérios de elegibilidade escolhidos para esse estudo foram semelhantes aos utilizados no estudo de Moreira et al (2014). Quanto às mães e recém-nascidos, foram critérios de inclusão: parto vaginal de risco habitual; Idade Gestacional (IG) igual ou superior que 37 semanas; peso ao nascer maior ou igual a 2500 gramas; Apgar no primeiro minuto maior ou igual que 7; gravidez única. Foram excluídos da pesquisa filhos de gestantes adolescentes (Idade materna menor que 19 anos, segundo a OMS); recém-nascidos com malformações; nascidos de mães portadoras de HIV; RN com necessidade de Ventilação por Pressão Positiva nos primeiros minutos de vida.

A escolha da maternidade se deu por ser aquela que integrasse a rede municipal e tivesse o maior número de partos vaginais em 2017. A coleta de dados foi realizada no período de Dezembro de 2018 a Junho de 2019. Pesquisadores voluntários participaram da coleta de dados, principalmente no período diurno, visto ser o período de maior disponibilidade dos mesmos.

Para análise dos dados, os mesmos foram computados e categorizados em planilha de Excel (Microsoft), versão 2013, para posterior análise no Programa SPSS, versão 20.0. Foram realizadas análises estatísticas adequadas às variáveis do estudo, com a aplicação dos parâmetros para avaliação da conformidade descritos anteriormente, além da definição de frequências, com o apoio do Departamento Estatístico da Universidade Federal do Ceará.

Os preceitos éticos foram preservados, conforme a Resolução nº 466, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). A pesquisa obteve aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ (CAAE: 95345218.4.0000.5054) e da maternidade escolhida (instituição coparticipante) (CAAE: 95345218.4.3002.8145). A todos os participantes da pesquisa, foi apresentado e assinado o Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE).

PRINCIPAIS RESULTADOS

A análise de conformidade foi realizada a partir das respostas dos questionários aplicados aos coordenadores médico e de enfermagem da neonatologia do hospital (Grupos 1 e 2). Com relação ao Grupo 3, foram colhidas informações de 234 partos. Segundo informações da instituição, no período de coleta houveram 2.359 partos, sendo desses 1.173 partos vaginais. Assim, o presente estudo englobou quase 20% dos partos vaginais, representando uma parcela significativa dos nascimentos ocorridos nesse período.

Após análise dos critérios de conformidade gerais previstos para esse estudo, o hospital apresentou 75,4% de conformidade (Média conformidade) para as boas práticas realizadas ao recém-nascido na primeira hora de vida, à luz das evidências científicas mais recentes disponíveis.

A seguir, foram subdivididos os grupos de conformidade (Grupos 1, 2 e 3), para apresentação dos pontos positivos e negativos evidenciados pela avaliação.

Estrutura, insumos e recursos humanos

Com relação à estrutura, aos materiais e recursos humanos necessários para a assistência ao RN no pós-parto imediato, a instituição atingiu uma taxa de conformidade de 92,5%.

No período de observação, foi visto que a instituição dispõe de 6 enfermarias para parto normal, que possuem climatização e iluminação individualizadas. Dessas, três são compartilhadas e três são individuais, essas últimas proporcionando momentos mais privativos de assistência ao binômio. Além disso, a instituição permite a presença do acompanhante de escolha da gestante, em consonância à Lei Nº 11.108, de abril de 2005, que garante à gestante e parturiente o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

A Sala de Assistência Neonatal, local onde são prestados os cuidados ao recém-nascido no período pós-natal, dispõe de uma mesa de três faces destinada para reanimação neonatal, além de outros três berços de calor radiante. Possui rede elétrica própria e fontes de oxigênio e ar comprimido tanto canalizados como por balas individuais dispostas pela sala. O material necessário para reanimação neonatal fica disponibilizado logo ao lado da mesa

própria para esse fim, com material de retaguarda também disponíveis, caso necessário. Todo o material é checado pela enfermeira do setor no início de cada plantão diurno ou noturno e repostado de acordo com rotinas estabelecidas pela instituição.

Por mais que seja esperado que o RN saudável não necessite de muitas intervenções externas na primeira hora de vida, é indispensável que, a cada parto, a equipe assistencial esteja preparada para dar o suporte necessário (SBP, 2016).

Poucos foram os insumos que não estiveram disponíveis na sala de assistência neonatal (SAN), de acordo com os questionários e observação, como sondas de aspiração traqueal nº 12 e 14, fio guia (que era opcional), Bicarbonato de sódio 4,2%, hidrócloro de nola-xona, cateteres umbilicais, materiais de drenagem torácica e abdominal, além de bomba de infusão contínua.

Outro material que é previsto na reanimação neonatal e que o hospital tinha disponível era o Ventilador mecânico manual neonatal em T com circuitos próprios (“Baby-Puff”). Trata-se de um equipamento que garante pressões seguras durante a reanimação neonatal, possibilitando a manutenção dessas inclusive durante o transporte neonatal até a unidade neonatal, para receber os cuidados subsequentes (SBP, 2016).

Com relação ao treinamento das equipes para reanimação neonatal, ambas as coordenações afirmaram não ter 100% dos profissionais capacitados (responderam ter entre 50 e 80%). Esse dado é importante e deve servir de alerta para a instituição, visto que em se tratando de reanimação neonatal, há necessidade de respostas rápidas e eficazes para um atendimento adequado e o treinamento é indispensável (SBP, 2016).

Processos organizacionais

Nessa etapa da avaliação de conformidade, que abordava a realização da anamnese materna, dados obstétricos e do nascimento, além dos protocolos assistenciais de assistência ao RN na sala de parto, o hospital obteve nota máxima.

É de rotina as equipes da SAN e da sala de parto coletarem as informações maternas e obstétricas no ato da admissão das gestantes no setor de classificação de risco, para que esses dados possam nortear as ações e cuidados, excetuando-se as situações de parto expulsivo, situação essa imprevisível tanto para as equipes de sala de parto quanto para as de assistência neonatal. Assim, todos os prontuários dos RN’s que foram incluídos na pesquisa possuíam o

histórico materno, obstétrico e do nascimento descritos no impresso específico da instituição, que eram indispensáveis para qualificar a mãe e o RN para a participação da pesquisa.

Quanto aos protocolos clínicos-assistenciais, é importante ressaltar que no período da coleta de dados da pesquisa, no dia 2 de fevereiro do corrente ano, foi publicado um livro com os Protocolos em Neonatologia da instituição. Em seu capítulo terceiro, são abordadas as boas práticas na Sala de Assistência Neonatal (SAN), foco do presente estudo. O livro ficava disponível na SAN e nos setores de neonatologia do serviço. Esse fato mostra a dedicação e importância que a instituição teve em buscar evidências científicas recentes para nortear a atuação de suas equipes assistenciais.

Práticas assistenciais

Nessa etapa da avaliação, o hospital atingiu 53,7% de conformidade perante as boas práticas realizadas ao RN saudável na 1ª hora de vida. Esse foi o grupo com maior variação entre práticas recomendadas e as inadequadas, de acordo com a literatura pertinente (Tabelas 2 e 3).

Com relação ao clampeamento do cordão umbilical, 96,2% dos RN's tiveram o clampeamento oportuno do cordão, sendo acima de um minuto após o nascimento. Apenas 3,8% dos RN's tiveram o cordão clampeado com 60 segundos ou menos de vida.

O contato pele-a-pele foi oferecido às genitoras em 90,6% dos partos, sendo realizado efetivamente em 93,6% dos casos. Entretanto, quando foi analisado o tempo que o recém-nascido ficou junto a mãe, apenas 15% conseguiu permanecer por uma hora ou mais.

Vários estudos trazem a importância de se manter o RN em contato pele-a-pele com sua genitora por um hora, na dita "Hora Sagrada". É nesse período que o RN está passando pela importante transição do meio intra para o extra uterino, se adaptando e se preparando para a tentativa da primeira mamada. Há também a importância do primeiro contato na formação do vínculo entre mãe e filho, favorecendo o apego, para a promoção de um crescimento e desenvolvimento saudáveis do RN nos próximos anos (PHILLIPS, 2013; WHO, 2018).

Dos 234 partos assistidos, apenas 15 (6,4%) não realizaram contato pele-a-pele. Desses, 66,7% dos RN's foram levados para receberem cuidados em outro local, 26,7% por recusa materna e 6,7% por complicação clínica materna.

Outro dado importante evidenciado pela pesquisa foi que em 100% dos RN's não receberam campos aquecidos após o nascimento. A prática desenvolvida por esse hospital consiste em retirar campos do kit de parto materno, que não passam por aquecimento prévio, e são colocados sob o bebê enquanto ficavam em contato pele-a-pele. Essa prática contribui para o retardo da normotermia que o RN precisa atingir, interferindo na sua adaptação pós-parto e que pode ter interferido na avaliação de Apgar, dada pelo profissional que realizou a assistência (BRASIL, 2016).

Tabela 2 - Frequência das Práticas Assistenciais realizadas ao RN saudável na primeira hora de vida, em uma maternidade municipal de uma capital do nordeste brasileiro, 2019

PRÁTICAS ASSISTENCIAIS	N (234)	%
Clampeamento do cordão umbilical		
Imediatamente após o nascimento	2	0,8%
Com menos de 1 minuto de vida	7	3,0%
Com mais de 1 minuto de vida	225	96,2%
Contato pele-a-pele		
Foi oferecido à genitora realizar o contato pele-a-pele	212	90,6%
Não foi oferecido à genitora realizar o contato pele-a-pele	22	9,4%
Foi realizado por menos de 1 hora	184	78,6%
Foi realizado por 1 hora ou mais	35	15%
Não foi realizado contato pele-a-pele	15	6,4%
Cobrir o RN com campos aquecidos		
Não	234	100%
Sim	0	0%
Avaliar o Apgar no 1º e no 5º minutos		
Não	0	0%
Sim	234	100%
Estímulo ao aleitamento materno		
Foi oferecido à genitora estimular o RN ao seio	188	80,3%
Não foi oferecido à genitora estimular o RN ao seio	46	19,7%
Foi realizado estímulo ao seio materno	178	76,1%
Não foi realizado estímulo ao seio materno	56	23,9%
Prevenção da doença hemorrágica do RN (administração de Vitamina K)		
Foi realizada	234	100%
Não foi realizada	0	0
Realizada dentro da 1ª hora de vida do RN	193	82,5%
Realizada após a 1ª hora de vida do RN	41	17,5%
Utilizada via Intramuscular (1mg/ 0,1ml)	234	100%
Prevenção da oftalmia neonatal		
Foi realizada	227	97%
Não foi realizado	7	3%
Realizada dentro da 1ª hora de vida do RN	188	80,3%
Realizada após a 1ª hora de vida do RN	39	16,7%
Utilizado Nitrato de prata à 1%	227	97%
Utilizado Vitelinato de prata à 10%	7	3%
Avaliação do Apgar no 1º minuto		
Sim	234	100%
Não	0	0%
Score no 1º minuto		
7	12	5,1%
8	91	38,9%
9	131	56%
Avaliação do Apgar no 5º minuto		

Sim	234	100%
Não	0	0%
Escore no 5º minuto		
8	3	1,3%
9	221	94,4%
10	10	4,3%

Fonte: Pesquisa direta. HDGMM, Fortaleza, Ceará, dez/2018 - jun/2019.

Nesse estudo, foi realizada a avaliação do Apgar para todos os recém-nascidos nos primeiro e quinto minutos de vida. A avaliação do Apgar foi desenvolvida em 1953, estabelecendo um esquema de cinco sinais que indicam as condições dos aparelhos respiratórios, cardiovascular e neuromuscular, e tem sido amplamente adotado como método de avaliação da criança ao nascimento (BRASIL, 2012c).

Sobre a amamentação, observou-se que foi oferecido realizar o estímulo à 80,3% das genitoras e foi realizado em 76,1% dentre os binômios observados. Esse achado foi acima do observado em outras pesquisas nacionais. Esse dado demonstra o envolvimento das equipes na promoção e estímulo ao aleitamento materno ainda na sala de parto (VENÂNCIO, ESCUDER, SALDIVA, GIUGLIANI, 2010; MOREIRA, et al, 2014; SILVA, et al., 2018).

Para todos os recém-nascidos, foi realizada a profilaxia para Doença Hemorrágica, em que receberam Vitamina K, por via intramuscular, 1 miligrama. Entretanto, esse cuidado poderia ter sido postergado para depois da primeira hora de vida, mas 82,5% dos RN's receberam a dose dentro da primeira hora pós-natal.

Quando à profilaxia da oftalmia neonatal, 80,3% receberam o cuidado dentro da primeira hora. Dentre os produtos que foram utilizados, 97% dos RN's receberam Nitrato de Prata à 1% e 3% receberam o Vitelinato de prata à 10%. Mesmo que em menor frequência, segundo a literatura, esse último não possui fundamentação teórica suficiente para seu uso, sendo menos eficaz que o Nitrato de prata à 1%, e por isso não é uma medicação recomendada (PASSOS, AGOSTINI, 2011). Sendo assim, no presente estudo, sete recém-nascidos receberam a profilaxia de forma inadequada.

O hospital apresentou frequências elevadas para outras práticas consideradas inadequadas (Tabela 4), como a aspiração oro e nasofaringeana (24,4%), passagem sistemática de Sonda Nasogástrica (23,5%), aspiração de conteúdo gástrico (21,8%) e passagem sistemática de sonda retal (1,7%). Para o RN saudável, sujeito dessa pesquisa, as práticas citadas acima não possuem benefício comprovado, expondo-os à situações estressantes e desnecessárias.

Sobre o uso de oxigênio inalatório, essa conduta foi observada em 6,8% dos recém-nascidos. Ainda, 86,8% dos recém-nascidos foram colocados em berços aquecidos, associado à mensuração de estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico e pesagem (87,2%). Como já foi pontuado anteriormente, esses cuidados também poderiam ter sido realizados após a primeira hora de vida.

Por mais que a prática envolva realizar esses cuidados rotineiros e posteriormente devolver o recém-nascido para o colo materno, com a separação precoce, há interferência na primeira hora de vida do recém-nascido com sua família e o que esse momento representa (PHILLIPS, 2013). Essa que deveria ser protegida, que está relacionada à formação do vínculo e apego entre o binômio, foi interrompida em inúmeras situações durante as observações do presente estudo.

Tabela 3 - Frequência das Práticas Assistenciais não recomendadas que foram realizadas ao RN saudável na primeira hora de vida, em uma maternidade municipal de uma capital do nordeste brasileiro, 2019

	N	%	Fonte:	
Aspiração Orofaringeana			Pesquisa direta. HDG MM, Fortaleza, Ceará, dez/2018 - jun/2019.	
Sim	57	24,4%		
Não	177	75,6%		
Aspiração Nasofaringeana				
Sim	57	24,4%		
Não	177	75,6%		
Passagem sistemática de Sonda Nasogástrica				
Sim	55	23,5%		
Não	179	76,5%		
Aspiração de Conteúdo Gástrico				
Sim	51	21,8%		
Não	183	78,2%		
Passagem sistemática de Sonda Retal				
Sim	4	1,7%		
Não	230	98,3%		
Uso de O2 inalatório				P
Sim	16	6,8%		or
Não	218	93,2%		
Uso de berço aquecido				fim,
Sim	203	86,8%		
Não	31	13,2%	a	
Aferição de Estatura, Perímetro Cefálico e Perímetro Torácico			verifi	
Sim	204	87,2%		
Não	30	12,8%	caçã	
Pesagem			o de	
Sim	204	87,2%		
Não	30	12,8%	temp	
Aferição de temperatura axilar			eratu	
Sim	4	1,7%		
Não	230	98,3%	ra	
Banho			corp	
Sim	0	0%		
Não	234	100%		

oral foi identificada em menor frequência (1,7%). Já o banho não foi realizado em nenhum dos RN's dentro da primeira hora de vida. Para essa prática, o hospital adota rotinas semelhantes às recomendadas pelo Ministério da Saúde e OMS, postergando esses cuidados para após 6 horas de vida.

LIMITAÇÕES

Pelo fato que a pesquisadora principal não ter vínculo com a instituição avaliada, a mesma dispunha de poucos dias na semana para realizar a coleta de dados. Foi necessário estender o período de coleta para que fosse alcançada a amostra proposta por esse estudo.

Sinaliza-se também o fato do presente estudo ter sido realizado em apenas uma instituição. Abranger para outros estabelecimentos municipais poderia evidenciar as práticas na rede municipal e desvelar outros achados.

Além disso, apenas vivenciando em sua completude e por mais tempo as rotinas da equipe para entender os entraves à execução das boas práticas. Estudos longitudinais poderão esclarecer com maior clareza as questões ainda não elucidadas sobre o assunto, bem como o acompanhamento avaliado da implementação das recomendações acerca da temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que houveram importantes variações na avaliação de conformidade, em especial nas práticas assistências realizadas ao recém-nascido saudável. Os resultados ressaltam que, mesmo o Hospital tendo protocolos institucionais atualizados reforçando as melhores evidências científicas, há práticas recomendadas que ainda não foram incorporadas efetivamente nas rotinas do serviço.

Mesmo havendo inúmeras publicações recentes incentivando o processo fisiológico e natural do nascimento, que a equipe deve ajudar apenas quando se fizer necessário, os resultados mostraram que o intervencionismo ainda é prática rotineira. Seria importante investir na educação permanente das equipes, tanto da SAN como da própria sala de parto, trazer as evidências científicas de forma a justificar uma mudança das rotinas e também sensibilizar os profissionais acerca das vantagens provenientes da adesão às boas práticas de atenção imediata aos neonatos e suas famílias.

De um modo geral, as boas práticas são ações de baixo custo e possibilitam a qualificação da atenção. Sugere-se que talvez seja necessário o monitoramento permanente destes cuidados.

Também, é importante ser ressaltado que em algumas práticas positivas realizadas ao recém-nascido, a instituição apresentou resultados bem acima do evidenciado em outras pesquisas nacionais. Esses achados mostram que já existem avanços na assistência, principalmente com o movimento de humanização do parto e nascimento, que intensificam o processo fisiológico e natural. As mudanças vêm com o tempo, a partir de iniciativas e atitudes de gestores, profissionais e sociedade civil.

Vale ressaltar que o estudo apontou alguns dos possíveis motivos que levaram a não adesão dos cuidados neonatais imediatos nas unidades e que mais pesquisas devem ser realizadas a fim de procurar entender melhor os fatores impeditivos da adesão às recomendações oficiais na assistência ao nascimento de bebês saudáveis, permitindo que eles tenham um melhor acolhimento no início da vida extrauterina.

Por fim, esse estudo veio a levantar questões referentes à prática, de modo que possam promover discussões sobre os resultados dentro comunidade acadêmica e serviço, e que esse processo possa provocar transformações na atual realidade da assistência, na busca pela melhoria e qualificação profissional, além de melhores experiências para o recém-nascido e sua família.

SUGESTÕES À INSTITUIÇÃO

- Realizar capacitação e atualização em Reanimação Neonatal para todo o quadro de profissionais (Médicos, Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem) da Sala de Assistência Neonatal (SAN);
- Capacitar as equipes tanto da SAN como da sala de parto, promovendo e incentivando as boas práticas na assistência ao recém-nascido, para evitar a interrupção da primeira hora de vida do recém-nascido com sua família, postergando outros cuidados para após esse período;
- Buscar estratégias para situações de superlotação na sala de parto, que possam garantir a permanência ininterrupta do recém-nascido junto a genitora;
- Realizar monitoramento contínuo de indicadores assistenciais, relacionados às boas práticas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.M.A.; LEITE, A.J.M.; ALMEIDA, N.M.G.S.; SILVA, C.F. Avaliação da conformidade do transporte neonatal para hospital de referência do Ceará. **Rev.Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.12, n.1, p. 55-64, jan. / mar., 2012.

BRASIL, Casa Civil. **Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005.

_____. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal.** Ministério da Saúde, Brasília, 2012a. 43 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de outubro de 2012. **Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2. ed., 2012c. 195p.

_____. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília, 2014. 465 p.

_____. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal** [Relatório de Recomendação]. Brasília, 2016. 381p.

_____. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida.** Brasília, 2017. 51 p.

DINIZ, S.G. GÊNERO, SAÚDE MATERNA E O PARADOXO PERINATAL. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

EDUARDO, M.B.P.; NOVAES, H.M.D. Análise de conformidades às normas técnicas de proteção radiológica dos serviços de radioterapia no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 20, Sup. 2, P.S256-S267, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades: Taxa de Mortalidade Infantil. 2018.

LANSKY, S. 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, v. 30, sup1, p.S192-S207, 2014.

MOREIRA, M.E.L. *et al.* Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, Supl. S128-39, 2014.

PASSOS, A.F.; AGOSTINI, F.S. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. **Rev. Bras. Oftalmol.** Rio de Janeiro, v. 70, n.1, p. 57-67. 2011.

PHILLIPS, R. The Sacred Hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. **Newborn & Infant Nursing Reviews**, v. 13, p. 67-72, 2013.

SILVA, J.L.P., et al. Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 27, n.4, 1-10, 2018.

SILVA, T.C. et al. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v7, p: 1-8, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP. **Infra-estrutura para atendimento integral ao recém-nascido**. Documento científico de 21 de novembro de 2011.

_____. **Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto**: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em:

<https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBPReanimacaoRNMaiores34semanas26jan2016.pdf>. Acesso em: 20 fev 2019.

VENÂNCIO, S.I., ESCUDER, M.M.L., SALDIVA, S.R.D.M., GIUGLIANI, E.R.J. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 317-324, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes**. Geneva. 2014. 38 p.

_____. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Resumo executivo]**. 2015.

_____. **WHO Recommendation on Newborn Health.** Guidelines approved by WHO Guidelines Review Committee. Geneva, 2017a. 26 p.

_____. **WHO Recommendation: Intrapartum care for a positive childbirth experience.** Geneva, 2018. 212 p.

_____. **Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services.** Geneva, 2017b. 136p.

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PROFISSIONAIS)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título de Projeto: Avaliação da conformidade nas práticas assistenciais realizadas ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida

Pesquisadores: Janine Alencar Souza Vieira

Orientadora: Dra. Rivianny Arrais Nobre

Identificação da Instituição: Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança – Universidade Federal do Ceará – UFC

Gostaríamos de convidar o(a) Sr(a). a participar de uma pesquisa que tem por objetivo principal avaliar a conformidade das práticas assistenciais realizadas em sala de parto ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida em uma maternidade municipal da capital cearense.

Essa avaliação consiste em analisar a assistência prestada ao recém-nascido na primeira hora de vida em três dimensões: 1 – Estrutura da sala de parto; 2 – Processos estabelecidos para organização assistencial; 3 – Práticas assistenciais realizadas na primeira hora de vida do recém-nascido saudável. Sua participação consiste em responder a perguntas de um questionário relacionado aos itens dos Grupos 1 e 2 dessa avaliação.

O risco relacionado a sua participação poderá ser de constrangimento ou desconforto, mas que os pesquisadores buscarão tranquilizá-lo, visto que serão preservados os princípios de sigilo e confidencialidade, visando apenas o aprimoramento do conhecimento científico sobre o assunto. O questionário não terá identificação nominal, apenas será identificado por numeral romano.

Para respondê-lo, será agendado previamente com o(a) Sr(a)., permitindo que escolha o local mais adequado para esse momento e em horário de sua escolha. Estima-se que serão necessários entre 20 e 30 minutos para respondê-lo. Após respondido, o questionário deverá ser entregue à pesquisadora principal com prazo máximo de 7 dias.

Os resultados deste estudo serão publicados em artigos científicos, sendo divulgados em instituições especializadas, que mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar nome, instituição ou qualquer informação relacionada a sua privacidade.

Desejamos que, com este estudo, possamos debater as boas práticas de assistência ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida, possibilitando novas discussões e uma assistência adequada, promovendo experiências positivas para o recém-nascido e sua família, que favoreça o processo fisiológico do nascimento.

Ao autorizar sua participação nesta pesquisa, o(a) Sr(a). não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago pela participação. Ainda, tem a liberdade de se recusar a participação ou retirar sua autorização, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum problema.

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Janine Alencar Souza Vieira

Telefone para contato: (85)99936-3744

Horário de atendimento: Das 8 às 19 horas.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar tanto o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ, como o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ

Rua Coronel Nunes de Melo, 1000

Rodolfo Teófilo

Fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana

Avenida Washington Soares, Nº 7700

Bairro Messejana, CEP 60.811-0342.

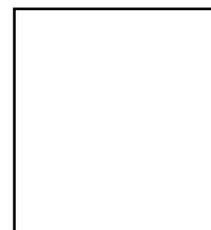
Telefone (85) 3105.1590 - ramal 245, Fortaleza, CE. E-mail: cep.hdgmm@gmail.com.

Ao final dessa leitura, duas vias deste documento, que possuem conteúdo igual, serão rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Uma dessas cópias será entregue a você. Guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura na íntegra desse documento, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos passos aos quais estará participando e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em autorizar a participação voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.



Assinatura do participante ou Representante Legal

Digital Direita

Assinatura do Pesquisador

**APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(RESPONSÁVEIS PELO RN)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título de Projeto: Avaliação da conformidade nas práticas assistenciais realizadas ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida

Pesquisadores: Janine Alencar Souza Vieira

Orientadora: Dra. Rivianny Arrais Nobre

Identificação da Instituição: Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança – Universidade Federal do Ceará – UFC

Gostaríamos de convidar o(a) Sr(a) eo seu bebê para participar de uma pesquisa. Para isso, é preciso queum dos responsáveis autorizem. Caso aceite, será realizada a observação da mãe e o seu bebê durante o término do parto e na primeira hora de vida do bebê, além de consulta de dados nos prontuários de ambos. O pesquisador irá ler as informações abaixo junto com você e, se desejar, faça perguntas para esclarecer qualquer dúvida.

Informações gerais:

1. O objetivo geral da pesquisa éavaliar como são realizados os cuidados em sala de parto ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida de uma maternidade municipal da capital cearense.
2. Para a pesquisa, será realizada a observação desses cuidados, durante a primeira hora de vida do recém-nascido, além de consulta dos prontuários da mãe e do bebê, para o preenchimento de um questionário construído pelos pesquisadores dessa pesquisa.
3. Ao participar desta pesquisa, você e o recém-nascido serão exposto a riscos mínimos, visto que as respostas serão coletadas a partir da observação dos procedimentos rotineiros realizados pela equipe da sala de parto.
4. Com as observações, poderá haver algum desconforto ou constrangimento. Para minimizar essas situações, o pesquisador buscará garantir o sigilo e coletar os dados de forma discreta e respeitosa.
5. Desejamos que, com este estudo, possamos debater as boas práticas de assistência ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida, possibilitando novas discussões e uma assistência adequada, promovendo experiências positivas para o recém-nascido e sua família, menos intervencionista e que favoreça o processo fisiológico do nascimento. A busca por uma assistência de qualidade vai desde conhecer inicialmente o serviço prestado em vários aspectos (estrutura, organização e a assistência propriamente dita), identificando pontos positivos e negativos, até a promoção do aperfeiçoamento das práticas, com base no conhecimento científico. Os dados alcançados poderão favorecer a busca por uma assistência de qualidade para os recém-nascidos, família e sociedade em geral.
6. O seu nome e o do bebê serão mantidos em sigilo, e não serão divulgado em nenhum momento. Serão utilizados apenas números (de 1 a 234) para organização dos questionários. Os resultados deste estudo serão publicados em artigos científicos, sendo divulgados em instituições especializadas, que mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar nome, instituição ou qualquer informação relacionada a sua privacidade.

7. Ao autorizar a participação da mãe e seu bebê nesta pesquisa, o(a) Sr(a) não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago pela participação.
8. Você tem a liberdade de se recusar a participação ou retirar sua autorização, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum problema.
9. Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Janine Alencar Souza Vieira

Telefone para contato: (85)99936-3744

Horário de atendimento: Das 8 às 19 horas.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar tanto o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ, como o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ

Rua Coronel Nunes de Melo, 1000

Rodolfo Teófilo

Fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana

Avenida Washington Soares, Nº 7700

Bairro Messejana, CEP 60.811-0342.

Telefone (85) 3105.1590 - ramal 245, Fortaleza, CE. E-mail: cep.hdgmm@gmail.com.

10. Ao final dessa leitura, duas vias deste documento, que possuem conteúdo igual, serão rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Uma dessas cópias será entregue a você. Guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura na íntegra desse documento, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos passos aos quais seu recém-nascido e a mãe estarão participando e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em autorizar a participação voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.



Assinatura do participante ou Representante Legal

Digital Direita

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NEONATAL

PARTE 1: Questionário para os profissionais do serviço

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE N° _____ DATA: _____

GRUPO 1 – ESTRUTURA DA SALA DE PARTO

Orientação: Marcar um “X” se SIM ou NÃO quanto ao atendimento dos requisitos de estrutura da sala de parto descritos a seguir.

CHECK-LIST DOS RECURSOS FÍSICOS	
Mantem temperatura entre 24 e 26°C durante a presença do recém-nascido	0 – NÃO 2 – SIM
Possui área de 0,8 m ² dentro de cada sala de parto ou sala cirúrgica obstétrica, ou uma sala com, no mínimo, 6 m ² exclusiva para realizar a reanimação neonatal com pontos de oxigênio e vácuo.	0 – NÃO 2 – SIM
Possui rede elétrica de emergência	0 – NÃO 2 – SIM

Orientação: Marcar um “X” se para cada parto possui os materiais descritos a seguir:

CHECK-LIST DOS RECURSOS MATERIAIS	
Mesa de três faces para reanimação em sala de parto ou em sala de reanimação neonatal com fonte de calor radiante	0 – NÃO 2 – SIM
Número de mesas disponíveis?	
Relógio com ponteiros de segundos em cada mesa/sala de reanimação	0 – NÃO 2 – SIM
MATERIAL PARA ASPIRAÇÃO	
Sondas traqueais de aspiração sem válvula	
N° 4	0 – NÃO 2 – SIM
N° 6	0 – NÃO 2 – SIM
N° 8	0 – NÃO 2 – SIM
N° 10	0 – NÃO 2 – SIM
N° 12	0 – NÃO 2 – SIM
N° 14	0 – NÃO 2 – SIM
Sondas de aspiração gástrica	
N° 6	0 – NÃO 2 – SIM
N° 8	0 – NÃO 2 – SIM
Dispositivo para a aspiração de mecônio na traqueia	0 – NÃO 2 – SIM
MATERIAL PARA VENTILAÇÃO	
Ambu com balão auto inflável com capacidade de 750mL (no máximo), e válvula de segurança com escape	0 – NÃO 2 – SIM
Reservatório de oxigênio aberto ou fechado	0 – NÃO 2 – SIM
Máscaras faciais para recém-nascidos a termo e pré-termo	0 – NÃO 2 – SIM
MATERIAL PARA INTUBAÇÃO	
Laringoscópio com lâminas retas	
N° 00	0 – NÃO 2 – SIM
N° 0	0 – NÃO 2 – SIM

	Nº 1	0 – NÃO 2 – SIM
Cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete	2,5mm	0 – NÃO 2 – SIM
	3,0 mm	0 – NÃO 2 – SIM
	3,5 mm	0 – NÃO 2 – SIM
	4,0mm	0 – NÃO 2 – SIM
Fio guia estéril (opcional)		0 – NÃO 2 – SIM
MATERIAL PARA MEDICAÇÕES		
Adrenalina		0 – NÃO 2 – SIM
Soro fisiológico		0 – NÃO 2 – SIM
Bicarbonato de sódio 4,2%		0 – NÃO 2 – SIM
Hidrocloreto de nolaxona		0 – NÃO 2 – SIM
Produto para prevenção da oftalmia neonatal		0 – NÃO 2 – SIM
Vitamina K		0 – NÃO 2 – SIM
Seringas	1 ML	0 – NÃO 2 – SIM
	10 ML	0 – NÃO 2 – SIM
	20 ML	0 – NÃO 2 – SIM
Agulhas		0 – NÃO 2 – SIM
Gazes		0 – NÃO 2 – SIM
MATERIAL PARA CATETERISMO UMBILICAL		
Campo fenestrado		0 – NÃO 2 – SIM
Cadarço de algodão e gazes		0 – NÃO 2 – SIM
Uma pinça Kelly reta de 14 cm		0 – NÃO 2 – SIM
Um cabo de bisturi com lâmina No 22		0 – NÃO 2 – SIM
Uma porta agulha 11cm		0 – NÃO 2 – SIM
Fio agulhado mononylon 4.0		0 – NÃO 2 – SIM
Sonda traqueal sem válvula No 6		0 – NÃO 2 – SIM
Cateter umbilical 3,5 ou 5F		0 – NÃO 2 – SIM
Clorexidina alcoólica 0,5%		0 – NÃO 2 – SIM
OUTROS		
Estetoscópio		0 – NÃO 2 – SIM
Clampeador de cordão ou ligas elásticas		0 – NÃO 2 – SIM
Material para identificação da mãe e do recém-nascido		0 – NÃO 2 – SIM
Balança eletrônica		0 – NÃO 2 – SIM
Antropômetro		0 – NÃO 2 – SIM
Fita métrica		0 – NÃO 2 – SIM
Material para drenagem torácica		0 – NÃO 2 – SIM
Material para drenagem abdominal		0 – NÃO 2 – SIM
Oxímetro		0 – NÃO 2 – SIM
Incubadora de transporte com oxigênio, oxímetro e bomba de infusão		0 – NÃO 2 – SIM
Descrever algum insumo ou equipamento que não foi descrito acima e que está disponível para a assistência do recém-nascido na primeira hora de vida:		

Orientação: Marcar com um “X” a proporção de profissionais capacitados em reanimação neonatal que assiste os partos normais da instituição.

CHECK-LIST DOS RECURSOS HUMANOS

Questão direcionada ao Coordenador Médico da Neonatologia

Equipe de pediatria treinada em reanimação neonatal segundo as normas atualizadas da SBP		
	100% dos profissionais treinados	2
	Entre 80 – 50% dos profissionais treinados	1
	Menos de 50% dos profissionais treinados	0

Questão direcionada ao Coordenador de Enfermagem da Neonatologia

Equipe de enfermagem treinada em reanimação neonatal segundo as normas atualizadas da SBP		
ENFERMEIRO	100% dos profissionais treinados	2
	Entre 80 – 50% dos profissionais treinados	1
	Menos de 50% dos profissionais treinados	0
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	100% dos profissionais treinados	2
	Entre 80 – 50% dos profissionais treinados	1
	Menos de 50% dos profissionais treinados	0

GRUPO 2 – PROCESSOS

Observação: Marcar com um “X” se para cada nascimento é realizado:

O histórico dos dados maternos, obstétricos e do nascimento	0 – NÃO 2 – SIM
---	-----------------

Orientação: Marcar com um “X” se estão disponíveis na sala de parto:

Protocolos clínico-assistenciais institucionais de assistência ao recém-nascido na sala de parto	0 – NÃO 2 – SIM
--	-----------------

**APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
NEONATAL**

PARTE 2: Questionário de observação dos cuidados ao RN e coleta de dados em prontuários

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE N° _____ DATA: _____

GRUPO 3 – PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

DATA DO NASCIMENTO:	HORA:
SEXO:	
1 – O CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL FOI REALIZADO COM QUANTO TEMPO DE VIDA DO RN?	0 – IMEDIATAMENTE APÓS O NASCIMENTO 1 – ANTES DE 1 MINUTO 2 – ACIMA DE 1 MINUTO
2 – FOI OFERECIDO À PUÉRPERA REALIZAR CONTATO PELE-A-PELE COM O SEU FILHO?	0 – NÃO 2 – SIM
3 – FOI REALIZADO CONTATO PELE-A-PELE DO RN COM SUA MÃE DENTRO DA PRIMEIRA HORA DE VIDA DO RN?	0 – NÃO 1 – SIM (POR MENOS DE 1 HORA) 2 – SIM (POR UMA HORA OU MAIS)
4 – DURANTE O PERÍODO EM QUE O RN PERMANECEU EM CONTATO PELE-A-PELE COM SUA MÃE, FORAM REALIZADOS ALGUM DESSES CUIDADOS?	
A – COBRIR A CRIANÇA COM UM CAMPO OU TOALHA MORNA	0 – NÃO 2 – SIM
B – REALIZAR O ÍNDICE DE APGAR DO 1º E 5º MINUTOS	0 – NÃO 2 – SIM
5 – SE O CONTATO PELE-A-PELE NÃO FOI REALIZADO, ISSO SE DEU POR ALGUMA DAS SITUAÇÕES A SEGUIR?	
RECUSA MATERNA	A – SIM B – NÃO
COMPLICAÇÃO CLÍNICA MATERNA	A – SIM B – NÃO
SUPERLOTAÇÃO	A – SIM B – NÃO
RN FOI LEVADO PARA CUIDADOS EM OUTRO LOCAL	A – SIM B – NÃO
RN NECESSITOU DE MEDIDAS DE REANIMAÇÃO	A – SIM B – NÃO
OUTROS (DESCREVER)	
6 – FOI OFERECIDO À PUÉRPERA INICIAR A AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA DO RN?	0 – NÃO 2 – SIM

7 – FOI REALIZADO ESTÍMULO AO SEIO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA DO RN?	0 – NÃO 2 – SIM
8– SE O ESTÍMULO AO SEIO MATERNO NÃO FOI REALIZADO, ISSO SE DEU POR ALGUMA DAS SITUAÇÕES A SEGUIR?	
RECUSA MATERNA	A – SIM B – NÃO
COMPLICAÇÃO CLÍNICA MATERNA	A – SIM B – NÃO
SUPERLOTAÇÃO	A – SIM B – NÃO
RN FOI LEVADO PARA CUIDADOS EM OUTRO LOCAL	A – SIM B – NÃO
RN NECESSITOU DE MEDIDAS DE REANIMAÇÃO	A – SIM B – NÃO
OUTROS (DESCREVER)	
9 – SOBRE A PREVENÇÃO DA DOENÇA HEMORRÁGICA NO RN, RESPONDA:	
A – O RN RECEBEU VITAMINA K?	0 – NÃO 2 – SIM
B – SE SIM, COM QUANTO TEMPO DE VIDA DO RN?	99 – NÃO SE APLICA 1 – DENTRO DA PRIMEIRA HORA DE VIDA 2 – APÓS A PRIMEIRA HORA DE VIDA
C – QUAL A VIA/DOSE ADMINISTRADA?	99 – NÃO SE APLICA 2A – INTRAMUSCULAR, DOSE ÚNICA DE 1 MG DE VITAMINA K 2B – ORAL, 1ª DOSE DE 2 MG DE VITAMINA K
D – SE O RN NÃO RECEBEU VITAMINA K, ISSO SE DEU POR ALGUMA DAS SITUAÇÕES A SEGUIR?	
RECUSA MATERNA	A – SIM B – NÃO
FALTA DE MATERIAL(SERINGA/AGULHA)	A – SIM B – NÃO
FALTA DO MEDICAMENTO	A – SIM B – NÃO
RN NECESSITOU DE MEDIDAS DE REANIMAÇÃO	A – SIM B – NÃO
OUTRO (DESCREVER)	
10 – SOBRE A PREVENÇÃO DE OFTALMIA NEONATAL, RESPONDA:	
A – FOI REALIZADA?	0 – NÃO 2 – SIM
B – SE SIM, COM QUANTO TEMPO DE VIDA DO RN?	99 – NÃO SE APLICA 1 – DENTRO DA PRIMEIRA HORA DE VIDA 2 – APÓS A PRIMEIRA HORA DE VIDA
C – SE SIM, QUAL O PRODUTO UTILIZADO?	99 – NÃO SE APLICA 2A – SOLUÇÃO DE NITRATO DE PRATA A 1% 2B – POMADA DE TETRACICLINA A 1% 2C – POMADA DE ERITROMICINA A 0,5%

	0 – OUTRO:
--	------------

D – SE NÃO FOI REALIZADA PREVENÇÃO PARA OFTALMIA NEONATAL, ISSO SE DEU POR ALGUMA DAS SITUAÇÕES A SEGUIR?	
RECUSA MATERNA	A – SIM B – NÃO
FALTA DO MEDICAMENTO	A – SIM B – NÃO
RN NECESSITOU DE MEDIDAS DE REANIMAÇÃO	A – SIM B – NÃO
OUTRO (DESCREVER)	
11 – FOI REALIZADO ÍNDICE DE APGAR NO 1º MINUTO?	0 – NÃO 2 – SIM (ESCORE: _____)
12 – FOI REALIZADO ÍNDICE DE APGAR NO 5º MINUTO?	0 – NÃO 2 – SIM (ESCORE: _____)
13 – FOI REALIZADA ASPIRAÇÃO OROFARINGEANA NO RN?	0 – SIM 2 – NÃO
14 – FOI REALIZADA ASPIRAÇÃO NASOFARINGEANA NO RN?	0 – SIM 2 – NÃO
15 – FOI REALIZADA PASSAGEM SISTEMÁTICA DE SONDA NASOGÁSTRICA NO RN?	0 – SIM 2 – NÃO
15 – FOI REALIZADA ASPIRAÇÃO DE CONTEÚDO GÁSTRICO NO RN?	0 – SIM 2 – NÃO
16 – FOI REALIZADA PASSAGEM SISTEMÁTICA DE SONDA RETAL NO RN?	0 – SIM 2 – NÃO
17 – ALGUM DESSES CUIDADOS FOI REALIZADO DENTRO DA PRIMEIRA HORA DE VIDA DO RN?	
USO DE OXIGÊNIO INALATÓRIO	0 – SIM 2 – NÃO
USO DE INCUBADORA OU BERÇO AQUECIDO	0 – SIM 2 – NÃO
MENSURAÇÃO DE PERÍMETROS CEFÁLICO E TORÁCICO	0 – SIM 2 – NÃO
PESAGEM	0 – SIM 2 – NÃO
TEMPERATURA AXILAR	0 – SIM 2 – NÃO
BANHO	0 – SIM 2 – NÃO

DATA DA COLETA: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

APÊNDICE G – SUMÁRIO EXECUTIVO

AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS REALIZADAS AO RECÉM-NASCIDO SAUDÁVEL NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

SUMÁRIO EXECUTIVO

INTRODUÇÃO

O nascimento representa um momento ímpar na vida de uma mãe, seu filho e a família que ali se forma, repleto de singularidades e significados. Com o intuito de torná-lo mais seguro para o binômio mãe-bebê, foram adotados tecnologias e procedimentos, advindos do próprio crescimento e aperfeiçoamento da obstetrícia. Entretanto, enquanto houve melhorias como a redução nos indicadores de mortalidade materno-infantil, o intervencionismo e a medicalização do parto passaram a ser práticas rotineiras, interferindo assim nos processos fisiológicos^{1,2}.

Há uma grande diversidade de práticas clínicas nos ambientes de atenção obstétrica e neonatal e, conseqüentemente, ocorrem condutas distintas na assistência ao binômio, o que pode representar risco a ambos. Uma das principais repercussões observadas nas últimas décadas foram as elevadas taxas de mortalidade infantil, com enfoque no componente neonatal³⁻⁵.

Diante desse cenário, órgãos responsáveis pela assistência neonatal começaram a questionar a implicação que as práticas assistenciais no momento do parto e nascimento vem a repercutir na saúde do recém-nascido, suas conseqüências a curto e longo prazo, além dos custos para a saúde pública. Assim, com enfoque na assistência ao neonato, essa vem sofrendo inúmeras mudanças com o passar dos anos, na busca de um cuidado menos instrumentalizado, com aplicação de práticas seguras, que favoreçam o nascimento com o mínimo de intervenções possíveis e que os profissionais apenas auxiliem quando for necessário^{3,6}.

Alternativas seguras que vêm sendo difundidas são as diretrizes clínicas baseadas em evidências, favorecendo as tomadas de decisões no dia-a-dia da assistência, além de buscar qualidade no serviço prestado. Surge a necessidade de buscar fortes evidências, consensos, que justifiquem ou mesmo que contraindiquem intervenções que não tragam benefícios à saúde da mãe e do recém-nascido^{3,7}.

Em 2016, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) apresentou os resultados mais atuais, com análises de estudos nacionais e internacionais, para compor as melhores recomendações de assistência ao parto normal⁷. A partir desses resultados, em 2017, o Governo Federal divulgou um documento intitulado "Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal", reforçando as recomendações, no intuito de disponibilizar as

evidências de maior consistência a serem adotadas nos serviços de saúde de assistência à gestante, puérpera e recém-nascido^{7,8}.

Na atenção ao recém-nascido, na primeira hora de vida, são recomendações: o contato pele-a-pele ininterrupto com a mãe, estímulo ao aleitamento materno precoce, clampeamento oportuno do cordão umbilical, como também ações preventivas relacionadas à administração de vitamina K para prevenção da doença hemorrágica, profilaxia da oftalmia neonatal, dentre outras. Para cada uma dessas orientações, foram feitas análise de inúmeros estudos, com percursos metodológicos bem desenhados, trazendo fortes evidências científicas, apresentando os benefícios para o binômio, em especial para o recém-nascido a curto e longo prazo⁷⁻¹⁰.

É imperativa a necessidade de primar pela qualidade da assistência hospitalar ao parto e nascimento, visto que é nesse ambiente que predominam os partos no Brasil. Estudos trazem que garantir o acesso às melhores práticas assistenciais disponíveis no conhecimento científico atual necessita de investimentos, tanto a nível nacional quanto individual daqueles que exercem o cuidado no dia-a-dia da assistência^{4,7}.

Diante disso, é preciso avaliar como é prestada essa assistência, com enfoque no recém-nascido saudável de parto normal, após a divulgação dos documentos mais recentes quanto às boas práticas de atenção ao parto normal e nascimento. Surge então a seguinte inquietação: Qual a situação atual da assistência ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida em uma maternidade da rede municipal de saúde na capital cearense?

Assim, o presente documento traz os resultados apresentados ao Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, da Universidade Federal do Ceará-UFC, da dissertação da aluna Janine Alencar Souza Vieira, sob orientação da Dr^a. Rivianny Arrais Nobre. O objetivo foi avaliar a conformidade das práticas assistenciais realizadas em sala de parto ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida em uma maternidade municipal de referência da capital cearense.

Palavras-chave: Recém-Nascido; Assistência Perinatal; Pesquisa sobre os Serviços de Saúde, Serviços de Saúde Materno-infantil.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo: Transversal, avaliativo normativo.

População:

- Recém-nascidos saudáveis assistidos na primeira hora de vida, e suas respectivas mães.
- Coordenadores médico e de enfermagem da neonatologia da Instituição avaliada.

Local do Estudo: Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana – HDGMM

Amostra: 234 partos

Período de coleta: Dezembro de 2018 a Junho de 2019

Fonte dos dados:

- Observação direta dos partos e consulta aos prontuários maternos e do recém-nascido, para preenchimento do questionário para avaliação de conformidade.
- Questionários aos coordenadores do serviço.

Avaliação de conformidade: A avaliação foi realizada a partir da análise de três grupos:

- Grupo 1, relacionado à adequação da estrutura da unidade hospitalar, da equipe responsável pela assistência direta ao recém-nascido, além dos insumos de materiais necessários para tal.
- Grupo 2, referente aos processos organizacionais existentes no hospital para orientação e uniformidade das práticas, com protocolos instituídos para assistência ao recém-nascido, além da construção da ficha de dados maternos, obstétricos e do nascimento, que deve ser feita para cada recém-nascido.
- Grupo 3, relacionado às práticas assistenciais realizadas na primeira hora de vida do recém-nascido. Esse grupo reuniu questões sobre as ações desenvolvidas, para posterior análise se essas seguiam as recomendações de boas práticas de assistência neonatal (clampeamento oportuno do cordão umbilical, contato pele-a-pele, estímulo ao aleitamento materno precoce, prevenção da doença hemorrágica do recém-nascido, prevenção da oftalmia neonatal, dentre outros cuidados) ou se apresentaram variações às recomendações.

Aspectos éticos: O estudo atendeu os preceitos éticos relacionados às pesquisas com seres humanos e foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ e do HDGMM.

RESULTADOS

De acordo com dados disponibilizados pela instituição, nos seis meses de coleta de dados, houveram 2.359 partos, sendo desses 1.173 partos vaginais. Assim, foi possível englobar nesse estudo quase 20% dos partos vaginais, representando uma parcela significativa dos nascimentos ocorridos nesse período.

Após análise dos critérios de conformidade gerais previstos para esse estudo, o hospital apresentou **75,4% de conformidade (Média conformidade)** para as boas práticas realizadas ao recém-nascido na primeira hora de vida, à luz das evidências científicas mais recentes disponíveis.

Com relação ao **Grupo 1** (estrutura, materiais e recursos humanos necessários para a assistência ao RN no pós-parto imediato), a instituição atingiu uma taxa de conformidade de 92,5%.

No período de observação, foi visto que a instituição dispõe de 6 enfermarias para parto normal, que possuem climatização e iluminação individualizadas. Dessas, três são compartilhadas e três são individuais, essas últimas proporcionando momentos mais privativos de assistência ao binômio. Além disso, a instituição permite a presença do acompanhante de escolha da gestante, em consonância à Lei Nº 11.108, de abril de 2005, que garante à gestante e parturiente o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

A Sala de Assistência Neonatal, local onde são prestados os cuidados ao recém-nascido no período pós-natal, dispõe de uma mesa de três faces destinada para reanimação neonatal, além de outros três berços de calor radiante. Possui rede elétrica própria e fontes de oxigênio e ar comprimido tanto canalizados como por balas individuais dispostas pela sala. O material necessário para reanimação neonatal fica disponibilizado logo ao lado da mesa própria para esse fim, com material de retaguarda também disponíveis, caso necessário. Todo o material é checado pela enfermeira do setor no início de cada plantão diurno ou noturno e reposto de acordo com rotinas estabelecidas pela instituição.

Por mais que seja esperado que o RN saudável não necessite de muitas intervenções externas na primeira hora de vida, é indispensável que, a cada parto, a equipe assistencial esteja preparada para dar o suporte necessário (SBP, 2016).

Poucos foram os insumos que não estiveram disponíveis na sala de assistência neonatal (SAN), de acordo com os questionários e observação.

No **Grupo 2** (anamnese materna, dados obstétricos e do nascimento, além dos protocolos assistenciais de assistência ao RN na sala de parto), o hospital obteve nota máxima (100%).

Quanto aos protocolos clínicos-assistenciais, é importante ressaltar que no período da coleta de dados, no dia 2 de fevereiro do corrente ano, foi publicado um livro com os Protocolos em Neonatologia da instituição. Em seu capítulo terceiro, são abordadas as boas práticas na Sala de Assistência Neonatal (SAN), foco do presente estudo. O livro ficava disponível na SAN e nos setores de neonatologia do serviço. Esse fato mostra a dedicação e importância que a instituição teve em buscar evidências científicas recentes para nortear a atuação de suas equipes assistenciais.

O **Grupo 3** (relacionado às práticas assistenciais realizadas ao recém-nascido propriamente ditas), o hospital atingiu 53,7% de conformidade. Esse foi o

grupo com maior variação entre práticas recomendadas e as inadequadas, de acordo com a literatura pertinente (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1: Práticas Assistenciais realizadas ao RN saudável na primeira hora de vida, em uma maternidade municipal de uma capital do nordeste brasileiro, 2019

PRÁTICAS ASSISTENCIAIS	N (%)
Clampeamento do cordão umbilical	
Imediatamente após o nascimento	2 (0,8%)
Com menos de 1 minuto de vida	7 (3%)
Com mais de 1 minuto de vida	225(96,2%)
Contato pele-a-pele	
Foi oferecido à genitora realizar o contato	212(90,6%)
Não foi oferecido à genitora realizar o contato	22 (9,4%)
Foi realizado por menos de 1 hora	184(78,6%)
Foi realizado por 1 hora ou mais	35(15%)
Não foi realizado contato pele-a-pele	15(6,4%)
Cobrir o RN com campos aquecidos	
Não	234(100%)
Sim	0 (0%)
Avaliar o Apgar no 1º e no 5º minutos	
Não	0 (0%)
Sim	234(100%)
Estímulo ao aleitamento materno	
Foi oferecido à genitora estimular o RN ao seio	188(80,3%)
Não foi oferecido à genitora estimular o RN ao seio	46(19,7%)
Foi realizado estímulo ao seio materno	178(76,1%)
Não foi realizado estímulo ao seio materno	56(23,9%)
Prevenção da doença hemorrágica do RN	
Foi realizada	234 (100%)
Não foi realizada	0 (0%)
Realizada dentro da 1ª hora de vida do RN	193(82,5%)
Realizada após a 1ª hora de vida do RN	41 (17,5%)
Utilizada via Intramuscular (1mg/ 0,1ml)	234 (100%)
Prevenção da oftalmia neonatal	
Foi realizada	227 (97%)
Não foi realizado (adequadamente)	7 (3%)
Realizada dentro da 1ª hora de vida do RN	188(80,3%)
Realizada após a 1ª hora de vida do RN	39 (16,7%)
Utilizado Nitrato de prata à 1% (recomendado)	227 (97%)
Utilizado Vitelinato de prata à 10% (não recomendado)	7 (3%)
Avaliação do Apgar no 1º e 5º minutos	
Sim	234 (100%)
Não	0(0%)

Fonte: Pesquisa direta. HDGMM, Fortaleza, Ceará, dez/2018 - jun/2019.

Com relação ao clampeamento do cordão umbilical, 96,2% dos RN's tiveram o clampeamento oportuno do cordão, sendo acima de um minuto após o nascimento. Apenas 3,8% dos RN's tiveram o cordão clampeado com 60 segundos ou menos de vida.

O contato pele-a-pele foi oferecido às genitoras em 90,6% dos partos, sendo realizado efetivamente em 93,6% dos casos. Entretanto, quando foi analisado o tempo que o recém-nascido ficou junto a mãe, apenas 15% conseguiu permanecer por uma hora ou mais.

Dos 234 partos assistidos, apenas 15 (6,4%) não realizaram contato pele-a-pele. Desses, 66,7% dos RN's foram levados para receberem cuidados em outro local, 26,7% por recusa materna e 6,7% por complicação clínica materna.

Outro dado importante evidenciado pela pesquisa foi que em 100% dos RN's não receberam campos aquecidos após o nascimento. A prática desenvolvida por esse hospital consiste em retirar campos do kit de parto materno, que não passam por aquecimento prévio, e são colocados sob o bebê enquanto ficavam em contato pele-a-pele.

Nesse estudo, foi realizada a avaliação do Apgar para todos os recém-nascidos nos primeiro e quinto minutos de vida, com escores positivos no primeiro e no quinto minutos, o que mostrou serem pacientes saudáveis e aptos para permanecerem com suas genitoras na primeira hora de vida, sem interrupção.

Sobre a amamentação, observou-se que foi oferecido realizar o estímulo à 80,3% das genitoras e foi realizado em 76,1% dentre os binômios observados. Também foi evidenciado no presente estudo que 23,9% dos neonatos não foram amamentados na primeira hora de vida, e os fatores mais frequentes foram o RN ser levado para receber cuidados em outro local (86,5%), recusa materna (9,6%), complicação clínica materna (3,9%).

Para todos os recém-nascidos, foi realizada a profilaxia para Doença Hemorrágica, em que receberam Vitamina K, por via intramuscular, 1 miligrama. Entretanto, esse cuidado poderia ter sido postergado para depois da primeira hora de vida, mas 81,6% dos RN's receberam a dose dentro da primeira hora pós-natal.

Quanto à profilaxia da oftalmia neonatal, 80,3% receberam o cuidado dentro da primeira hora. Dentre os produtos que foram utilizados, 97% dos RN's receberam nitrato de prata à 1% e 3% receberam o vitelinato de prata à 10%. Sendo assim, no presente estudo, sete recém-nascidos (3%) receberam a profilaxia de forma inadequada.

O hospital apresentou frequências elevadas para outras práticas consideradas inadequadas (Tabela 2), como a aspiração oro e nasofaríngeas (24,4%), passagem sistemática de Sonda Nasogástrica (23,5%), aspiração de conteúdo gástrico (21,8%) e passagem sistemática de sonda retal (1,7%).

Sobre o uso de oxigênio inalatório, essa conduta foi observada em 6,8% dos recém-nascidos. Ainda, 86,8% dos recém-nascidos foram colocados em berços aquecidos, associado à mensuração de estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico e pesagem (87,2%). Como já foi pontuado anteriormente, esses cuidados também poderiam ter sido realizados após a primeira hora de vida.

Por fim, a verificação de temperatura corporal foi identificada em menor frequência (1,7%). Já o banho não foi realizado em nenhum dos RN's dentro da primeira hora de vida.

Tabela 2: Práticas não recomendadas que foram realizadas ao RN saudável na primeira hora de vida, em uma maternidade municipal de uma capital do nordeste brasileiro, 2019

	N (%)
Aspiração Orofaringeana	
Sim	57(24,4%)
Não	177(75,6%)
Aspiração Nasofaringeana	
Sim	57(24,4%)
Não	177(75,6%)
Passagem sistemática de Sonda Nasogástrica	
Sim	55(23,5%)
Não	179(76,5%)
Aspiração de Conteúdo Gástrico	
Sim	51(21,8%)
Não	183(78,2%)
Passagem sistemática de Sonda Retal	
Sim	4 (1,7%)
Não	230(98,3%)
Uso de O2 inalatório	
Sim	16(6,8%)
Não	218(93,2%)
Uso de berço aquecido	
Sim	203(86,8%)
Não	31(13,2%)
Aferição de Estatura, Perímetro Cefálico e Perímetro Torácico	
Sim	204(87,2%)
Não	30(12,8%)
Pesagem	
Sim	204(87,2%)
Não	30(12,8%)
Aferição de temperatura axilar	
Sim	4(1,7%)
Não	230(98,3%)
Banho	
Sim	0 (0%)
Não	234 (100%)

Fonte: Pesquisa direta. HDGMM, Fortaleza, Ceará, dez/2018 - jun/2019.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que houveram importantes variações na avaliação de conformidade, em especial nas práticas assistências propriamente ditas. Os resultados ressaltam que, mesmo o hospital tendo protocolos institucionais atualizados, há práticas recomendadas que ainda não foram incorporadas efetivamente nas rotinas do serviço.

Também, é importante ser ressaltado que em algumas práticas positivas realizadas ao recém-nascido, a instituição apresentou resultados bem acima do evidenciado em outras pesquisas nacionais. Esses achados mostram que já existem avanços na assistência.

Outros estudos se fazem necessários, a fim de compreender melhor os entraves à execução das boas práticas. Estudos longitudinais poderão esclarecer com maior clareza as questões ainda não elucidadas sobre o assunto, bem como o acompanhamento avaliado da implementação das recomendações acerca da temática.

REFERÊNCIAS

1. Souza AMM. *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 324-331, 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília, 2017. 51 p.
3. Moreira MEL. *et al.* Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.30, Supl. S128-39, 2014.
4. Lansky S. *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, v. 30, sup1, p.S192-S207, 2014.
5. World Health Organization (WHO). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Resumo executivo]. 2015.
6. Silva TC. *et al.* Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v7, p: 1-8, 2017.
7. Brasil. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal [Relatório de Recomendação]. Brasília, 2016. 381p.
8. WHO. Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Geneva. 2014. 38 p.
9. WHO. WHO Recommendation on Newborn Health. Guidelines approved by WHO Guidelines Review Committee. Geneva, 2017a. 26 p.
10. WHO. WHO Recommendation: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva, 2018. 212 p.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todas às famílias que permitiram que participássemos do nascimento de seus filhos. À Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e ao Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, por todo apoio e colaboração para realização desse trabalho. Ao Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, pelos ensinamentos e empenho em buscarmos a mudança nos serviços de saúde, em prol da autonomia e melhoria na qualidade de vida dos usuários.

EQUIPE DE ELABORAÇÃO:

Mestranda: Janine Alencar Souza Vieira
Orientadora: Dr^a. Rivianny Arrais Nobre
Coordenador do Mestrado: Dr. João Joaquim Freitas do Amaral

Contato:

Endereço: Rua Prof. Costa Mendes, 1608 - 2º Andar do Bloco Didático - Rodolfo Teófilo - CEP 60.430-1400 - Fortaleza CE
 Telefone: (85) 3366.8057
 E-mail: mpsmc.ufc@gmail.com

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – HDGMM



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA MESSEJANA (HDGMM)
COMISSÃO DE PESQUISA E PUBLICAÇÃO (CEAP/ HDGMM)

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, Vanda Freire Belmino Evangelista, diretora executiva do Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana, situado à Avenida Washington Soares, Nº 7700, CNPJ 04.885.197/0003-06 autorizo a realização da pesquisa: **AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS REALIZADAS AO RECÊM-NASCIDO SAUDÁVEL NA PRIMEIRA HORA DE VIDA**, a ser realizada por Janine Alencar Souza Vieira, tendo como orientadora Dra. Rivianny Arrais Nobre e que obedecerá à Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012.

Autorizo a pesquisadora a utilizar o espaço do hospital para a realização de entrevistas, análise de prontuários, aplicação de questionário construído par avaliação da conformidade das práticas assistenciais ao recém-nascido na sala de parto, buscando qualificar a assistência, com uso de práticas seguras e recomendações mais atuais na sala de parto. A coleta de dados acontecerá após apreciação favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana (CEP/HDGMM) e não deverá trazer nenhuma implicação negativa aos pais, usuários e profissionais que não queiram ou desistam de participar desse estudo, bem como deverá ser garantido a privacidade, confidencialidade, anonimato e não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros e que os dados obtidos serão usados somente para fins previstos nesta pesquisa. A pesquisadora huscara minimizar os riscos de desconforto ou constrangimento durante a abordagem à gestante e profissionais, atuando de forma discreta e respeitosa.

Seguindo as recomendações já citadas, concedo a autorização para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Fortaleza, 29 de Junho de 2018,

Vanda Belmino

Dra. Vanda Freire Belmino Evangelista
Diretora Executiva

HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA MESSEJANA
COMISSÃO DE PESQUISA E PUBLICAÇÃO (CEAP/HDGMM)
Av. Washington Soares, 7700 – Messejana – Cep. 60811-341
Fortaleza – Ceará - PABX: (85) 3105-1590 / F.Ax: 31014353
E-mail: ceap.hdgmm@gmail.com

ANEXO B - TERMOS DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA EM PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA EM PESQUISA

Através deste termo, nós firmamos o aceite em participar voluntariamente da coleta de dados da Pesquisa de Mestrado intitulada: "AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS REALIZADAS AO RECÊM-NASCIDO SAUDÁVEL NA PRIMEIRA HORA DE VIDA", através da observação direta e preenchimento de questionário padronizado, da mestrandia Janine Alencar Souza Vieira, sob orientação da Dr^a. Rivianny Arrais Nobre.

Fortaleza, 14 de novembro de 2018.

Soraia Silva Vasconcelos

Soraia Silva Vasconcelos

Raquel Melo Morais Neves

Raquel Melo Morais Neves

Ana Nery Melo Cavalcante

Ana Nery Melo Cavalcante

**TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA EM
PESQUISA**

Através deste termo, firmo o aceite em participar voluntariamente da coleta de dados da Pesquisa de Mestrado intitulada: **“AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS REALIZADAS AO RECÉM-NASCIDO SAUDÁVEL NA PRIMEIRA HORA DE VIDA”**, através da observação direta e preenchimento de questionário padronizado, da mestrandia Janine Alencar Souza Vieira, sob orientação da Dr^a. Rivianny Arrais Nobre.

Fortaleza, 01 de Janeiro de 2019.

Maria Isabele Albano Freire

Maria Isabele Albano Freire

CPF: 074.532.943-80

ANEXO C: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP PROPESQ/UFC

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS REALIZADAS AO RECÊM-NASCIDO SAUDÁVEL NA PRIMEIRA HORA DE VIDA.

Pesquisador: Janine Alencar Souza Vieira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 95345218.4.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.313.036

Apresentação do Projeto:

AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS REALIZADAS AO RECÊM-NASCIDO SAUDÁVEL NA PRIMEIRA HORA DE VIDA.

Trata-se de um estudo transversal, avaliativo normativo, de cunho quantitativo. A população principal do estudo será de mães e recém-nascidos saudáveis assistidos na primeira hora de vida, que nascerem de parto normal, terem idade gestacional maior ou igual que 37 semanas, peso superior ou igual a 2500g, Apgar no 1º minuto superior a 7 e ser de gravidez única.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a conformidade das práticas assistenciais realizadas em sala de parto ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida em uma maternidade municipal da capital cearense.

Objetivo Secundário:

- Descrever as condições de estrutura, recursos humanos, materiais e organização dos processos

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.013.036

assistenciais presentes na unidade hospitalar, para a assistência ao recém-nascido na primeira hora de vida.

- Identificar os cuidados realizados ao recém-nascido na primeira hora de vida pela equipe assistencial da sala de parto.
- Discutir a conformidade dos resultados encontrados, baseado nas recomendações das diretrizes nacionais e internacionais de assistência ao recém-nascido saudável.
- Conhecer fatores que podem dificultar a execução das boas práticas.
- Identificar as possíveis práticas inadequadas que possam dificultar a instituição das boas práticas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Com relação aos riscos possíveis dessa pesquisa, há a possibilidade de desconforto ou constrangimento, tanto com os profissionais do serviço como na abordagem inicial à gestante ou responsável antes do parto, durante o nascimento e primeira hora pós-natal. Os pesquisadores buscarão minimizá-los, atuando de forma discreta e respeitosa desde o contato inicial e em todos os momentos da pesquisa.

Benefícios:

Os principais benefícios que essa pesquisa se propõe a buscar são o estímulo à qualificação da assistência, com discussão das recomendações mais atuais na assistência em sala de parto ao recém-nascido, com o uso de práticas seguras e comprovadas cientificamente, além de promover ao recém-nascido e sua família experiências positivas no momento do nascimento e na primeira hora de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A

pesquisa será desenvolvida no Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana, cujo critério de elegibilidade foi ser a maternidade vinculada à Secretaria

Municipal de Saúde de Fortaleza, com o maior número de partos normais no ano de 2017, e a coleta dos dados será realizada nos meses de dezembro de 2018 a julho de 2019, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A amostra será de 234 partos, com a observação direta dos nascimentos e consulta de prontuários para avaliar a conformidade das práticas realizadas ao recém-nascido na primeira hora de vida, através de um questionário construído a partir das recomendações nacionais e internacionais de boas práticas na assistência neonatal. Ainda, com relação às informações da avaliação de conformidade relacionados à estrutura física, recursos

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodoão Teófilo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-6344 E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.213.028

humanos e materiais e processos institucionais, também serão aplicados questionários a profissionais do serviço de assistência ao recém-nascido.

Estudo relevante e factível, cujo intuito é proporcionar segurança para o binômio mãe-bebê com estratégias tecnológicas e procedimentos, advindos do próprio crescimento e aperfeiçoamento da obstetrícia através das boas práticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os documentos e termos de inserção do projeto na Plataforma Brasil.

Recomendações:

Rever período de coleta de dados no cronograma no corpo do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências. Projeto aprovado salvo melhor juízo do Comitê de Ética da UFC.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1315915_É1.pdf	15/03/2019 20:49:56		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOemenda.pdf	15/03/2019 20:33:28	Janine Alencar Souza Vieira	Aceito
Outros	CARTAEMENDA.pdf	15/03/2019 20:33:03	Janine Alencar Souza Vieira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/03/2019 20:32:01	Janine Alencar Souza Vieira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAEMENDA.pdf	15/03/2019 20:31:44	Janine Alencar Souza Vieira	Aceito
Outros	QUALIFICACAOPROJETO.pdf	25/07/2018 21:10:49	Janine Alencar Souza Vieira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOPROPESQ.pdf	25/07/2018 21:09:32	Janine Alencar Souza Vieira	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	23/07/2018 22:09:39	Janine Alencar Souza Vieira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOCONCORDANCIA.pdf	23/07/2018 22:00:55	Janine Alencar Souza Vieira	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.213.038

Outros	lattes.Janine.pdf	23/07/2018 22:00:38	Janine Alencar Souza Vieira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	23/07/2018 22:00:00	Janine Alencar Souza Vieira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

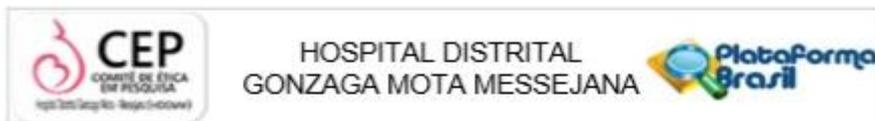
Não

FORTALEZA, 08 de Maio de 2019

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 E-mail: conep@ufc.br

ANEXO D: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP HDGMM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS REALIZADAS AO RECÉM-NASCIDO SAUDÁVEL NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

Pesquisador: Janine Alencar Souza Vieira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95345218.4.3002.8145

Instituição Proponente: Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.321.840

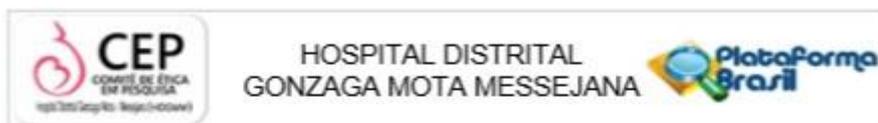
Apresentação do Projeto:

A pesquisa propõe o estudo de boas práticas na assistência neonatal, com o objetivo de avaliar a conformidade das práticas assistenciais realizadas em sala de parto ao recém-nascido (RN) saudável na primeira hora de vida em uma maternidade municipal da capital cearense. Trata-se de um estudo transversal, avaliativo normativo, de cunho qualitativo.

A população principal do estudo será de mães e recém-nascidos saudáveis assistidos na primeira hora de vida, que nascerem de parto normal, com idade gestacional maior ou igual que 37 semanas, peso superior ou igual a 2500g, apgar no 1º minuto superior a 7, de gravidez única, e profissionais de saúde do serviço de assistência ao recém-nascido, sendo eles coordenadores médico e de enfermagem de neonatologia do hospital.

Os dados serão coletados no período de dezembro de 2018 a julho de 2019, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HDGMM). A amostra será de 234 partos. A coleta dos dados se dará pela aplicação de questionário aos profissionais de saúde, observação direta dos nascimentos para avaliar a conformidade das práticas realizadas ao recém-nascido na primeira hora de vida e consulta a prontuários maternos e do RN, para subsidiar o preenchimento de um questionário para avaliação da assistência neonatal (CHECK-LIST). Para a análise dos dados coletados será aplicado o método estatístico adequado para às variáveis do estudo, com o apoio do Departamento Estatístico da Universidade Federal do Ceará. Ainda para possibilitar a realização do presente estudo, a pesquisadora contará com a participação

Endereço: AVENIDA WASHINGTON SOARES, 7700
Bairro: MESSEJANA **CEP:** 60.840-285
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3105-1590 **E-mail:** cep.hdgmm@sms.fortaleza.ce.gov.br



Continuação do Parecer: 2.321.840

de três profissionais de saúde da instituição, para a fase de coleta de dados. Os mesmos serão selecionados pela pesquisadora principal e orientadora e deverão expressar sua participação voluntária ao estudo e posteriormente serão capacitados, a fim de compreender cada item a ser coletado e descrito nas fichas. Ainda, terão o acompanhamento da pesquisadora principal em todas as fases de coletas, a fim de garantir que os pesquisadores sigam todos os passos do processo de coleta de dados, para primar pela qualidade e confiabilidade dos dados coletados.

Os preceitos éticos previstos na Resolução nº 466/2012, quanto à pesquisa envolvendo seres humanos, serão preservados. O resultado da pesquisa será devolvido para a instituição e sociedade por meio de um relatório técnico com o resultado do estudo a ser apresentado aos órgãos envolvidos com o intuito de permitir que os maiores números de recém-nascidos possam ser beneficiados pelas boas práticas imediatas.

Objetivo da Pesquisa:

*Objetivos:

3.1. GERAL:

- Avaliar a conformidade das práticas assistenciais realizadas em sala de parto ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida em uma maternidade municipal da capital cearense.

3.2. ESPECÍFICOS:

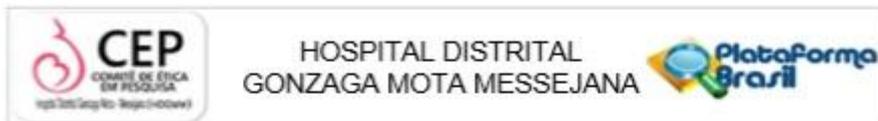
- Descrever as condições de estrutura, recursos humanos, materiais e organização dos processos assistenciais presentes na unidade hospitalar, para a assistência ao recém-nascido na primeira hora de vida.
- Identificar os cuidados realizados ao recém-nascido na primeira hora de vida pela equipe assistencial da sala de parto.
- Discutir a conformidade dos resultados encontrados, baseado nas recomendações das diretrizes nacionais e internacionais de assistência ao recém-nascido saudável.
- Conhecer fatores que podem dificultar a execução das boas práticas.
- Identificar as possíveis práticas inadequadas que possam dificultar a instituição das boas práticas*.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

*Com relação aos riscos possíveis dessa pesquisa, há a possibilidade de desconforto ou constrangimento, tanto com os profissionais do serviço como na abordagem inicial à gestante ou

Endereço: AVENIDA WASHINGTON SOARES, 7700
 Bairro: MESSEJANA CEP: 60.040-285
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3105-1590 E-mail: cep.hdgmm@sms.fortaleza.ce.gov.br



Continuação do Parecer: 3.321.840

responsável antes do parto, durante o nascimento e primeira hora pós-natal. Os pesquisadores buscarão minimizá-los, atuando de forma discreta e respeitosa desde o contato inicial e em todos os momentos da pesquisa”.

Benefícios:

“Os principais benefícios que essa pesquisa se propõe a buscar são o estímulo à qualificação da assistência, com discussão das recomendações mais atuais na assistência em sala de parto ao recém-nascido, com o uso de práticas seguras e comprovadas cientificamente, além de promover ao recém-nascido e sua família experiências positivas no momento do nascimento e na primeira hora de vida”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A temática abordada na pesquisa mostra-se relevante, pois propõe a avaliação das práticas assistenciais realizadas em sala de parto ao recém-nascido saudável na primeira hora de vida. Recomendando que os maiores números de recém-nascidos possam ser beneficiados pelas boas práticas imediatas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos obrigatórios apresentados adequadamente.

Recomendações:

Considerando a emenda uma extensão do protocolo original, recomendo a aprovação ao Projeto de Pesquisa por comprimir de todas as pendências explicitadas.

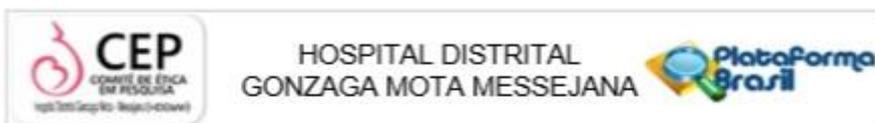
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a leitura da emenda apresentada ao CEP/HDGMM, do projeto de pesquisa (PP) analisado, com parecer consubstanciado de número 3.036.898, que solicita a ampliação do período de coleta de dados, que anteriormente seria o início em dezembro de 2018 e o término em março de 2019, por ser finalizado em julho de 2019, visto que não foi possível alcançar a amostra proposta. Segue com parecer do colegiado APROVADO, sob o número 3.321.819, de 13 maio de 2019, a emenda de CAAE número 95345218.4.3002.8145.

Considerações Finais a critério do CEP:

Atenção em realizar a coleta dos dados até 31 de julho de 2019, seguindo ao cronograma

Endereço: AVENIDA WASHINGTON SOARES, 7700
 Bairro: MESSEJANA CEP: 60.840-265
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (35)3105-1590 E-mail: cep.hdgmm@sms.fortaleza.ce.gov.br



Continuação do Parecer: 3.221.840

proposto.

Solicita-se o (a) pesquisador (a) que ao término do estudo envie para o CEP/HDGMM, o relatório final da pesquisa (resultados, discussão e conclusão) via Plataforma Brasil como notificação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOemenda.pdf	15/03/2019 20:33:28	Janine Alencar Souza Vieira	Aceito
Outros	CARTAEMENDA.pdf	15/03/2019 20:33:03	Janine Alencar Souza Vieira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/03/2019 20:32:01	Janine Alencar Souza Vieira	Aceito
Outros	QUALIFICACAOPROJETO.pdf	25/07/2018 21:10:49	Janine Alencar Souza Vieira	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	23/07/2018 22:09:39	Janine Alencar Souza Vieira	Aceito
Outros	lattesJanine.pdf	23/07/2018 22:00:38	Janine Alencar Souza Vieira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 13 de Maio de 2019

Assinado por:
Raimunda Inês de Souza Pereira Albuquerque
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA WASHINGTON SOARES, 7700
Bairro: MESSEJANA CEP: 60.840-235
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3105-1590 E-mail: cep.hdgmm@sms.fortaleza.ce.gov.br