



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

LIZETE MEDEIROS DE LARA

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO
RECÉM-NASCIDO**

ARIQUEMES - RO
2014

Lizete Medeiros de Lara

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO
RECÉM-NASCIDO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção de grau de Bacharel em: Enfermagem.

Profª. Orientadora: Esp. Sílvia Rodrigues Tolomeotti.

Ariquemes - RO

2014

Lizete Medeiros de Lara

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção de grau de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora Esp. Sílvia Rodrigues Tolomeotti
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^a. Esp. Mariana F. Alves de Carvalho
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^a. Ms. Mônica Fernandes Freiberger
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 11 de Junho de 2014.

Dedico este trabalho primeiramente a **DEUS**, muito obrigado e reconheço que em cada momento, você é o maior mestre que uma pessoa pode conhecer e reconhecer!

Ao meu filho pela alegria que me proporciona na vida, razão do meu viver!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pela confiança, amor, cuidado, e sabedoria.

Ao meu filho, pela oportunidade de experimentar a mais pura forma de amor.

A todos os meus amigos e colegas de sala, que com certeza plantaram um pedaço de si em meu coração.

Aos professores, pela paciência, ensino, e confiança.

E por final, vou sempre agradecer todos que de uma forma ou de outra me ajudaram para o desenvolvimento deste trabalho.

Um MUITO OBRIGADO a todos vocês!

*No dia em que toda criança
For respeitada plenamente
No seu desejo, no seu direito,
E em tudo que faz.
O mundo começará lentamente
Um longo processo de justiça AMOR e PAZ.*

Severo Loppes

RESUMO

A principal preocupação em relação ao recém-nascido, tanto pela mulher quanto pela equipe dos profissionais de saúde, está voltada para a avaliação ao nascimento. Possivelmente o cuidado que o RN recebe ao nascer é capaz de determinar se ele permanecerá saudável, portanto todos os bebês necessitam de cuidados básicos que auxiliem na sua sobrevivência e bem-estar. Trata-se de pesquisa de revisão de literatura de caráter descritivo e exploratório no período de fevereiro de 2013 a abril de 2014, com o objetivo de evidenciar a atuação do enfermeiro no cuidado imediato ao recém-nascido. A coleta e a análise das referências não estabeleceu o intervalo temporal, sendo suas publicações nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Scielo (Scielo), Google Acadêmico, Manuais do Ministério da Saúde e em livros da Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. No percurso metodológico foram encontradas 485 referências e sendo utilizadas 43 dentre as quais 19 em periódicos nacionais, 02 em espanhol, 08 livros, 05 manuais e 09 sites. Observou-se, nesta revisão a importância da atuação do enfermeiro frente aos cuidados imediatos prestados ao recém-nascido, pois além de influenciar na garantia da sobrevivência e bem-estar da criança, o profissional atua como um promotor do vínculo mãe e filho.

Palavras-Chave: Recém-nascido, Assistência de enfermagem, Enfermagem neonatal.

ABSTRACT

The main concern for the newborn, both the woman and the team of health professionals, is focused on the evaluation at birth. Possibly the care that the newborn receives at birth is able to determine if he will stay healthy, so all babies need basic care to aid in their survival and well-being. This is research review of exploratory and descriptive literature from February 2013 to April 2014, with the aim of highlighting the role of nurses in the immediate care of newborns. The collection and analysis of the references do not set the time interval, and its publications on the basis of Virtual Health Library (VHL), SciELO Scientific Electronic Library (SciELO), Google Scholar, Manuals Ministry of Health data, and books of Julio Library Bordignon, Faculty of Education and Environment - FAEMA. Methodological route 485 references were found and are being used 43 among which 19 in national journals, 02 in Spanish, 08 books, 05 manuals and 09 sites. It was observed, in this review the importance of nurses' performance against immediate care given to the newborn, as well as influence in ensuring the survival and well-being of the child, the professional acts as a promoter of mother and son.

Keywords: Newborn Care nursing, neonatal nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
DECs	Descritores em Saúde
DN	Declaração de Nascidos Vivos
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
ID	Identificação
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
EOAs	Otoacústicas Evocadas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Perímetro Cefálico
PT	Perímetro Torácico
RN	Recém Nascido
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
Scielo	Scientific Electronic Library Scielo
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 CONCEITOS E DEFINIÇÕES DO CUIDADO AO RN.....	14
4.2 HISTÓRICO DO CUIDADO AO RN	15
4.3 SITUAÇÃO ATUAL DA MORTALIDADE INFANTIL NAS PRIMEIRAS HORAS DE VIDA.....	17
4.4 CUIDADOS IMEDIATOS AO RN PRESTADOS PELO ENFERMEIRO	18
4.4.1 Precauções padrões	19
4.4.2 Índice de apgar	19
4.4.3 Clampeamento umbilical	20
4.4.4 Desobstrução das vias aéreas	21
4.4.5 Higiene corporal do RN	22
4.4.6 Curativo do coto umbilical	22
4.4.7 Antropometria e Sinais vitais	23
4.4.8 Berço aquecido ou incubadora	24
4.4.9 Identificação do RN e Declaração de Nascidos Vivos (DN)	24
4.4.10 Realização do método de Credeização (Credé) e Administração de vitamina K	25
4.4.11 Triagem Neonatal (Teste do Pézinho), Triagem Auditiva Neonatal (Teste da Orelhinha) e Oximetria de Pulso (Teste do Coraçãozinho)	26
4.4.12 Primeiras Vacinas	27
4.4.13 Aleitamento materno exclusivo	28
4.5 A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO IMEDIATO AO RECÉM-NASCIDO.....	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

INTRODUÇÃO

Certamente a maternidade constitui um dos momentos marcantes na vida de uma mulher, caracterizado como um processo singular, uma especial experiência. Todo esse processo, que se inicia com a gestação e culmina com o nascimento, é um momento rodeado por medos, muitos anseios e insegurança da mãe em relação aos cuidados com o bebê. (MONTEIRO, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, a principal preocupação em relação ao Recém-nascido (RN), tanto pela mulher quanto pela equipe dos profissionais de saúde, está voltada para a avaliação ao nascimento. (SOARES e VARELA, 2007).

Nascem no Brasil, aproximadamente três milhões de crianças a cada ano, e destas 98% em hospitais. A grande maioria delas nasce com boa vitalidade, entretanto necessitam de cuidados, e é por isso que é essencial uma equipe com conhecimento e habilidade para atender o RN na sala de parto (BRASIL, 2011).

De acordo com os dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), morrem por ano mais de um milhão de recém-nascidos nas primeiras 24 horas de vida, em virtude da falta de assistência qualificada. Portanto com o grande avanço científico aliado a uma assistência efetiva, vem diminuindo ao longo dos anos a mortalidade dos recém-nascidos nas maternidades. (BASTOS, 2010).

A assistência prestada ao RN imediatamente após o parto é fundamental para a sua adaptação, o que contribui para a diminuição da morbimortalidade neonatal, assim como a promoção de melhorias na qualidade de vida e na diminuição das desigualdades em saúde. (CRUZ, SUMAM e SPÍNDOLA, 2007; BRASIL, 2011).

Possivelmente o cuidado que o RN recebe ao nascer é capaz de determinar se ele permanecerá saudável, portanto todos os RN necessitam de cuidados básicos que auxiliem na sua sobrevivência e bem-estar. Esses cuidados básicos são denominados Cuidados Essenciais ao Recém-Nascido. (BECK et al., 2004).

Sendo assim, a relevância deste tema se dá pela primordial importância dos cuidados prestados pelo enfermeiro logo após o nascimento. Se fazendo necessária uma assistência eficaz, que exija do enfermeiro e sua equipe capacitação para realizar cuidados que atendam as necessidades do RN. (BASTOS, 2010).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Evidenciar a atuação do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Conceituar e definir os cuidados com o RN;
- ✓ Relacionar fatos históricos referentes ao cuidado do recém-nascido;
- ✓ Identificar a epidemiologia da mortalidade infantil nas primeiras horas de vida;
- ✓ Contextualizar as técnicas de enfermagem junto ao RN;
- ✓ Descrever os principais cuidados imediatos prestados pelo enfermeiro ao recém-nascido;
- ✓ Ressaltar a importância da assistência de enfermagem para a recepção do recém-nascido após o nascimento.

3 METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado por meio de revisão bibliográfica com caráter descritivo e exploratório com busca em artigos indexados e publicados em base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Manuais do Ministério da Saúde, Google Acadêmico e em acervo da Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Neste estudo utilizou-se a análise descritiva e a questão norteadora elaborada para a seleção dos artigos do estudo foi: Qual a importância da atuação do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido?

O levantamento das publicações foi realizado no período de fevereiro de 2013 a abril de 2014, sendo utilizados os Descritores em Ciências da saúde (DeCS): Recém-nascido, Assistência de enfermagem e Enfermagem neonatal.

No percurso metodológico foram encontradas 485 referências e sendo utilizadas 43 dentre os quais 19 foram em periódicos nacionais, 02 em espanhol, 08 livros, 05 manuais, 09 sites.

Os critérios de inclusão foram os artigos pertinentes ao tema, escritos em língua portuguesa e espanhola disponibilizados na íntegra. Os de exclusão foram os artigos cujo assunto principal não versava sobre os objetivos do trabalho e que estavam incompletos.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 CONCEITOS E DEFINIÇÕES DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO-RN

A neonatologia é definida como o ramo da pediatria que faz o atendimento das crianças desde o nascimento até o 28º dia desenvolvida por meio de assistência especializada ao recém-nascido (RN) e tem como principal objetivo diminuir a mortalidade e morbidade perinatais e buscar as melhores condições fisiológicas possíveis para obter um maior número de sobrevivência de RNs. (FROTA et al., 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o termo RN (recém-nascido) como sendo toda criança com idade entre 0 (zero) e 28 (vinte e oito) dias de vida. E muitos autores consideram as quatro semanas subsequentes ao nascimento como período neonatal. Apesar do recém-nascido compreender um pequeno período, compõe um grupo heterogêneo, tendo assim a precisão de classificá-lo, buscando identificar as situações de risco. (NETTO; ELOY, 2011).

Os cuidados prestados ao recém-nascido são classificados em imediatos e gerais. Os cuidados imediatos são aqueles que a equipe tem ainda na sala de parto, com o objetivo de manter a vida do recém-nascido evitando sequelas futuras, já os cuidados gerais, são os cuidados durante o período neonatal, onde a criança estará se adaptando a vida extra-uterina. (BASTOS, 2010).

Ao nascer, o RN, passa por um período de transição e no ambiente externo sofre modificações que podem favorecer ou dificultar sua adaptação. Para que esse processo de adaptação à vida extrauterina ocorra com o menor risco possível, é necessário que o RN seja acompanhado e avaliado logo após o parto, desde os seus primeiros minutos de vida até a alta hospitalar. Para que ocorra uma transição da vida Intra e Extrauterina segura, é de grande importância a assistência de enfermagem desde a sala de parto. (SANTOS et al., 2013).

Diante disso, esse momento tem sido valorizado cada vez mais com uma assistência voltada às necessidades do neonato. Cerca de 10% dos RNs passam por dificuldades nessa transição, fazendo com que necessitem de intervenção pronta, rápida e eficaz proporcionadas por profissionais capacitados. (SANTOS et al., 2013).

A assistência de enfermagem prestada ao recém-nascido se inicia desde o nascimento do bebê. Imediatamente após o parto, faz-se necessário o recém-nascido

ser assistido afim de se estabelecer e manter a respiração, sendo imediatamente protegido contra receber aquecimetno e perda de calor. (ZIEGEL; MECCA, 1985).

4.2 HISTÓRICO DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO

Em tempos mais remotos o parto não despertava o interesse da coletividade. A mulher dava a luz sozinha, a semelhança dos animais, prevalecendo o instinto. Com o surgimento das primeiras civilizações da Antiguidade, decorrentes do aumento populacional surgiram corporações organizadas pelos múltiplos agentes de saúde. Entretanto, na população camponesa, que constituía a grande maioria, a assistência ao parto e ao neonato era realizada por qualquer pessoa que estivesse perto no momento, por mulheres da mesma tribo ou grupo populacional que se auto-auxiliavam. (OLIVEIRA e RODRIGUES, 2005).

A parturição por muito tempo teve sua assistência desvinculada da prática médico-cirúrgica oficial. O contexto social garantia a legalidade praticada pelas parteiras que oferecia conforto e auxílio as parturientes em seus próprios domicílios, somente nos casos mais complicados era recorrido a pessoas mais experientes e em ultimo caso buscava-se auxílio de um físico que indicava ou não a necessidade de um médico cirurgião. (SCOCHI, COSTA; YAMANAKA, 1996).

A enfermagem acompanhou a evolução da ciência médica. Inicialmente, mesmo nos hospitais, os cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido eram confiados às pessoas menos qualificadas. Isto pode ser interpretado como resultante da crença cultural de que a mulher tem a capacidade inata de cuidar do recém-nascido. As enfermeiras foram aprendendo com a prática. Somente com a criação das unidades de terapia intensiva neonatais e que começou a haver a preocupação quanto a necessidade de preparo específico das enfermeiras para atuarem nesta área. (KAKEHASHI, 1996).

No final do século XIX e início do século XX foi quando ocorreram lentamente mudanças relacionadas à saúde da criança. Sendo que no século XIX as classes médicas ignoravam as crianças e não tinham instituições que acolhessem essas crianças, com exceção das instituições com alto índice de mortalidade. As instituições onde houve queda na taxa de natalidade causaram grandes receio a população

européia, contribuindo assim para que surgisse o Movimento para a saúde da Criança nos anos de 1870 e 1920. Este movimento tinha como objetivo resguardar a vida das crianças, incluindo os recém-nascidos prematuros, se fazendo assim um marco na história em medicina neonatal. (OLIVEIRA e RODRIGUES, 2005).

A partir do século XX é que houve mudanças em relação ao cuidado com a mulher e o recém-nascido, sendo criadas instituições de assistência pública. Desde então as enfermeiras passaram a prestar assistência em seus consultórios, orientando as mães quanto aos cuidados com o pré-natal, parto, pós- parto e os cuidados com os recém-nascidos. A partir daí passaram a ocorrer modificações em relação à política em relação à infância, evoluindo das práticas médicas, hospitalares e surgimento de incubadoras e respiradores, garantindo assim a sobrevivência das crianças. Ainda houve também o surgimento de locais de assistência ao recém-nascido, chamados de berçários e centros de atenção ao prematuro. (SCOCHI, COSTA e YAMANAKA, 1996).

Até então o ato de parir ou nascer era considerado algo natural, feminino e íntimo, ganhando outros contornos. Bem aos anos 40 ficou institucionalizado o parto como um ato médico e vivenciado de maneira pública. As mulheres das grandes metrópoles passaram a deixar suas parteiras e começaram a buscar ajuda médica e de outros profissionais, transformando assim o cenário do parto e nascimento. Nesse ponto de vista, observa-se uma mudança em vários ângulos da assistência ao parto e nascimento, onde transformou o recém-nascido e a mulher em artífice nas mãos dos profissionais. (SILVA, CHRISTOFFEL e SOUZA, 2005).

Com o passar dos anos, o avanço na ciência possibilitou a redução das taxas de mortalidade entre os recém-nascidos, sendo um grande progresso na neonatologia. A enfermagem exerceu um papel fundamental nesse aspecto, um artigo publicado na época e escrito pelo pediatra Julius Hess, trazia a informação de que os melhores resultados obtidos nos cuidados ao RN eram alcançados quando enfermeiras bem qualificadas estavam à frente como supervisoras (RODRIGUES e OLIVEIRA, 2004).

4.3 SITUAÇÃO ATUAL DA MORTALIDADE INFANTIL NAS PRIMEIRAS HORAS DE VIDA

Para que ocorra a redução da mortalidade infantil que ainda é elevada no Brasil, é importante e fundamental o cuidado com a saúde do recém-nascido (RN), bem como a promoção de melhor qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde. (BRASIL, 2011).

É no período neonatal que se concentram os riscos biológicos, socioeconômicos e ambientais, havendo a necessidade da atuação oportuna, com cuidados especiais, integral e qualificada de proteção social e de saúde que são direitos já reconhecidos e garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). (BRASIL, 2011). Sendo que:

As mortes em recém-nascidos (até os 28 dias de vida) ainda são maioria nas estatísticas de óbitos em crianças até 1 ano de idade. O risco de que um bebê morra antes dos 28 dias é 1,5 vez maior que em qualquer outro momento do primeiro ano de vida. (FUNDAP, 2011, pg. 28).

E ainda de acordo com Brasil (2011, pg. 11), “É na primeira semana de vida, em especial no primeiro dia de vida (representando 25%), é que se concentram as mortes infantis no País”.

Sendo assim Lima, Sousa e Primo (2008, pg.163), diz que o período neonatal é dividido em:

Neonatal precoce, que inclui as mortes entre nascidos vivos que ocorrem durante os primeiros sete dias de vida, e neonatal tardio, que considera as mortes entre nascidos vivos ocorridos após o sétimo dia até o 28º dia de vida completo. (LIMA, SOUSA e PRIMO 2008, pg.163).

A mortalidade neonatal passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir do final da década de 80, e representa entre 60% e 70% da mortalidade infantil em todas as regiões do Brasil atualmente. (BRASIL, 2009).

Houve nas ultimas décadas poucas mudanças no componente neonatal precoce que responde por pelo menos 50% das mortes infantis. Sendo que o maior número de óbitos neonatais ocorre no período neonatal precoce que corresponde do nascimento ao 6º dia de vida, onde fica evidenciado e esclarece a relação entre o numero de óbitos com assistência a criança na hora do parto e nascimento, que hoje

é predominantemente hospitalar no Brasil, com poucas exceções em algumas localidades (LANSKY et al, 2009).

Se baseando nos capítulos do CID 10 (Classificação Internacional de Doenças), na análise dos grupos das causas dos óbitos entre 1996 e 2007 em menores de um ano, apontam em primeira causa as afecções perinatais. Sendo que em segundo lugar desde 1999 e primeira vez em 2007 aparecem às anomalias congênitas e representam o terceiro lugar as doenças do aparelho respiratório, vem como causa de morte infantil no lugar das doenças infecciosas e parasitária. (BRASIL, 2009).

Sabendo-se que a maioria das causas de óbitos neonatais em nosso meio é determinada por causas perinatais, como baixo peso ao nascer, prematuridade, problemas relacionados ao parto e ao pós-parto imediato, precariedade nos serviços de saúde de pré-natal e de parto, acredita-se que uma parcela relevante é passível de prevenção. (LIMA, SOUSA e PRIMO, 2008).

Esse componente adquire uma importância sem precedentes, pois nota-se que são necessárias ações para o seu controle que ainda são pouco sistematizadas e iniciantes no âmbito nacional, que se faz necessário mobilizar e priorizar a partir dos gestores de saúde. (BRASIL, 2009).

Ainda de acordo com Lima, Sousa e Primo (2008, pg.163) é de suma importância que a equipe de enfermagem esteja munida de dados e informações acerca da mortalidade neonatal, para que possa colaborar com a sociedade e as instituições de saúde, públicas e privadas, na redução deste indicador. Assim, apontar sugestões e medidas no combate à mortalidade requer preparação e conhecimento profissional do enfermeiro, no sentido de poder contribuir para a redução dos óbitos evitáveis.

4.4 CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO PRESTADOS PELO ENFERMEIRO

O recém-nascido requer observação completa e especializada para garantir uma adaptação satisfatória à vida extrauterina. Durante cada processo de avaliação é necessário à consciência dos achados normais, isso ajuda o enfermeiro reconhecer qualquer sinal de desvio que possa evitar a progressão do recém-nascido, sem

intercorrências, através do período pós-natal imediato. Durante o período de parto e recuperação cada vez mais curtos e rápidos, fica cada vez mais difícil à realização da avaliação neonatal completa e os ensinamentos dos pais torna-se um desafio. (WONG, 1999).

4.4.1 Precauções padrões

As Precauções padrões básicas e universais são medidas de prevenção que devem ser adotadas com qualquer paciente, independentemente do diagnóstico definido ou presumido de doenças infecciosas; ao se manipular sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não íntegra. (BRASIL, 2003a).

Algumas precauções-padrões devem ser utilizadas para a recepção do RN, como a lavagem/higienização correta das mãos e uso de luvas, avental impermeável, máscara e proteção facial para que possa ser evitada a contaminação do profissional com material biológico do bebê. (BRASIL, 2011).

Segundo a OMS, 32% dos óbitos de RN, são decorrentes de infecções. Quando a higiene é deficiente, graves infecções podem ser causadas, portanto evitar a infecção é um cuidado fundamental ao RN. (BECK et al., 2004).

Por isso deve se estar atento e conhecer os fatores de risco para a aquisição de Infecção Hospitalar (IH), prevenindo-a, sabendo que tais fatores podem ser provenientes ao ambiente e do próprio RN. (BRASIL, 2011).

4.4.2 Índice de apgar

O escore de Apgar é o método mais usualmente empregado para avaliar o ajuste imediato do recém-nascido a vida extrauterina. O escore baseia-se na observação da frequência cardíaca, do tônus muscular, esforço respiratório, da coloração e da irritabilidade reflexa. Cada um desses itens recebe um grau de 0, 1 ou 2. As avaliações de todas as cinco categorias são feitas entre 1 e 5 minutos após o nascimento, sendo repetidas até que a condição da criança se estabilize. (WONG, 1999).

Cinco parâmetros são avaliados no índice de Apgar. Um modo rápido para relembrar os parâmetros do índice de Apgar e o seguinte:

A= Aspecto (cor)

P= Pulso (frequência cardíaca)

G= Gesto (careta) (irritabilidade reflexa)

A= Atividade (tônus muscular)

R= Respiração (esforço respiratório) (RICCI, 2008)

Os escores de 0 a 3 representam no recém-nascido sofrimento grave, já os escores de 4 a 6 mostram dificuldade moderada e os escores de 7 a 10 indicam ausência de dificuldade na adaptação a vida extrauterina. Sendo que o índice de Apgar é afetado pelo grau de prematuridade, sedação ou analgesia materna e distúrbios neuromusculares. O índice de Apgar reflete a condição geral do recém-nascido com 1 e 5 minutos, com base nos cinco parâmetros descritos acima. O índice de Apgar não é, no entanto, um instrumento que sirva para interpretar eventos progressos ou para predizer eventos futuros ligados ao eventual estado neurológico ou físico do recém-nascido. Além disso, o índice de Apgar não é empregado para determinar a necessidade de ressuscitação do recém-nascido no nascimento. (WONG, 1999).

As características do índice de Apgar desaparecem de maneira previsível quando o recém-nascido apresenta depressão: primeiro desaparece a coloração rosada, a seguir o esforço respiratório, depois, o tônus, advindo pela irritabilidade reflexa e finalmente a frequência cardíaca. (RICCI, 2008)

4.4.3 Clampeamento umbilical

Após o nascimento do RN ocorre a laqueadura do cordão umbilical, esta ocorre com o auxílio do clampeador a uma distância em média de 3 cm do anel umbilical ou da parede abdominal. (ROSA, 2009).

De acordo com Toma (2009 pg. 47), não há necessidade de apressar o clampeamento e cortar o cordão, exceto em uma situação de emergência. Podendo o bebê ser enxugado e oferecido à mãe primeiro e ser cortado o cordão depois quando a pulsação parar.

Ainda a autora Rosa (2009 pg. 14), afirma que na prática o tempo para a ligadura ocorre no primeiro minuto de vida, e salienta que há recomendações desfavoráveis para a ligadura precoce, assim como a ligadura tardia. Em vista disso essa autora salienta que o clampeamento precoce pode agravar casos de anemia,

induzir a hipovolemia, bem como a hiperperfusão pulmonar. Quanto aos agravos pelo clampeamento tardio, à propensão para policetemia, condição rara em que as células vermelhas do sangue acentuam-se acima dos parâmetros considerados normais, podendo levar a dificuldades respiratórias e sobrecarga de volume cardíaco.

Quando o recém-nascido é posto sobre a mãe, o cordão pode ser deixado sem clampear até que tenham desaparecido as pulsações, sem aumentar o valor de hemoglobina do bebê. Assim, o clampeamento do cordão com cerca de 1 minuto após o nascimento parece ser mais vantajoso. (TOMA, 2009).

Sendo assim e evidente que se deve estar instrumentalizado, para realizar o corte do coto. Isso corrobora para uma prática profissional adequada para a prevenção de infecções umbilicais. (ROSA, 2009).

4.4.4 Desobstrução das vias aéreas

Imediatamente após o nascimento, é realizado a aspiração do neonato para remover os líquidos e o muco da boca e do nariz. Tipicamente, a boca do neonato é aspirada primeiro com uma seringa com bulbo para remover os restos celulares. A seguir, o nariz é aspirado. Realizar a aspiração desse modo ajuda a evitar a aspiração de líquido para os pulmões por meio de uma arfada inesperada. Esse procedimento deve ser repetido diversas vezes até que todas as secreções sejam removidas (RICCI, 2008).

Um dos cuidados importante a ser tomado ainda na sala de parto consiste em manter as vias aéreas superiores (boca e nariz) permeáveis, ou seja, desobstruídas. Assim, deve-se posicionar o recém-nascido em decúbito dorsal, com o pescoço ligeiramente estendido para proceder à aspiração. (BRASIL, 2003b).

Devendo-se tomar cuidado em não estender ou fletir demais o pescoço do bebê, sendo que essa posição pode diminuir a entrada de ar para os pulmões. Deve-se também prestar atenção na profundidade da sonda de aspiração, onde é inserida e na força da sucção. Uma aspiração prolongada e vigorosa estimula a faringe posterior e produz uma resposta do sistema nervoso, resultando em alterações no ritmo cardíaco e parada respiratória no RN. (BRASIL, 2003b).

A cabeça da criança deve ser lateralizada quando tiver grande quantidade de secreção na boca, acumulado a secreção para o lado lateralizado, o que facilita a remoção. Assim, evita-se o acúmulo de secreção na faringe posterior e consequente

aspiração pelo RN. Aspire delicadamente primeiro a boca e depois o nariz. A realização deste procedimento garante remover toda secreção das vias aéreas, garantido a inspiração do RN. (BRASIL, 2003b).

4.4.5 Higiene corporal do RN

É aconselhável postergar o banho ou a limpeza do vérnix com óleo. Se as práticas culturais em alguns locais demandam o banho ou se o bebê está particularmente impregnado com sangue ou mecônio, pode-se realizar o banho 2–6 horas depois do nascimento, desde que o bebê esteja com a temperatura normal. (TOMA, 2009).

Durante o banho, a enfermeira ou cuidador deve:

- aquecer uma pequena área ou canto do quarto;
- testar a água aquecida como o cotovelo, sentar perto de uma fonte de calor e retirar a roupa do bebê em seu colo;
- banhar o bebê rapidamente e com delicadeza;
- deve-se o bebê em uma toalha seca e aquecida imediatamente e enxugá-lo da cabeça aos pés;
- vestir e cobrir rapidamente o bebê, cobrindo sempre sua cabeça com um capuz;
- pôr sempre o bebê junto da mãe, permitindo a amamentação.

Ainda de acordo com Toma (2009, pg. 9), quando se cuida de um bebê, por exemplo, ao trocar a fralda, deve-se ter o cuidado de não expor o recém-nascido a um ambiente frio, realizando os procedimentos de maneira rápida e manter o bebê coberto tanto quanto possível.

4.4.6 Curativo do coto umbilical

O cordão umbilical começa a secar horas após o nascimento e torna-se enrugado e enegrecido no segundo ou terceiro dia. Em 7 a 10 dias, o cordão desprende-se e o umbigo cicatriza. Durante essa transição são necessários exames frequentes da área a fim de detectar sangramento e sinais de infecção. O sangramento do cordão umbilical é considerado normal e pode ocorrer se o clampeamento estiver flouxo. Porém sinais de qualquer secreção, não são normais, e em geral, são causadas por infecção, e exige tratamento imediato. (RICCI, 2008).

Outra ação consiste nos cuidados com o cordão umbilical. Primeiramente, deve-se observar o coto umbilical, atentando para a presença de duas artérias e uma veia, pois dependendo do número de vasos presentes pode ser indicativo de anormalidades. Deve ser colhido o sangue do cordão e ser enviado ao laboratório, com o objetivo de avaliar as condições do recém-nascido, podendo ainda ser utilizado para usado para identificar a tipagem sanguínea, e doenças transmissíveis (HIV, rubéola), análise bioquímica, dentre outros exames. Logo após é realizado a ligadura do cordão e o bebê poderá então ser colocado sobre a mãe ou no berço aquecido. (BRASIL, 2003b).

Devido ao aspecto da área do cordão, muitos pais evitam manter contato para assegurar que eles não “mexem” com essa estrutura. Orienta-los sobre o modo de cuidar do local do cordão quando já estiverem em casa provavelmente evitara complicações. (RICCI, 2008).

4.4.7 Antropometria e Sinais vitais

A antropometria: Peso, Perímetro Cefálico, Perímetro Torácico e Comprimento deve ser realizado imediatamente ao seu nascimento ainda na sala de parto. O peso de um RN a termo logo após o nascer, é em média de 3.3Kg, um pouco mais baixo no sexo feminino (3100g) do que no masculino, havendo um perda gradual fisiológica de até 10% nos primeiros dias de vida e que é recuperada até os primeiros 10- 15(no máximo) dias de vida. O comprimento é em média de 50 cm para as meninas e 51 cm para os meninos; a medida do perímetro cefálico (PC) deve estar entre 33 a 35 cm, e o perímetro torácico (PT) é cerca de 31 - 33cm. (CALIF, 1996).

O perfeito funcionamento dos sistemas orgânicos mais importantes para a manutenção da vida é expresso por determinados sinais: temperatura, respiração, pulso, pressão arterial. A mensuração dos sinais vitais e identificação de tendências, desvios e diferenças revelam ao observador as alterações físicas e funcionais que estão se processando naqueles sistemas. (WHALEY e WONG, 1985). Seus valores devem estar entre:

Temperatura: 36 a 36.5°C

Frequência respiratória: 30 a 40 rpm

Frequência cardíaca: 80 a 170 (normal 140) bpm

Pressão arterial: 75 /50 mmHg

4.4.8 Berço aquecido ou incubadora

Todo recém-nascido luta para manter a temperatura corporal desde o momento do nascimento, quando o corpo úmido do recém-nascido é exposto ao ambiente muito mais frio da sala de parto. O líquido amniótico que cobre o neonato resfria-se à medida que evapora rapidamente na sala com baixa umidade e ar condicionado. Durante o período imediatamente após o parto, a temperatura do recém-nascido pode cair até 2° C em minutos após deixar o calor do útero da mãe. (37,5°C). (RICCI, 2008).

O recém-nascido, principalmente o prematuro, é homeotérmico imperfeito, superaquecendo-se e esfriando-se com facilidade. Sabe-se que o resfriamento de prematuros se acompanha de aumento da mortalidade. Ao nascimento, a temperatura da criança é idêntica à materna, havendo a seguir uma diminuição de 1°C a 3° C, logo a seguir, volta a subir, atingindo cerca de 37° C em 6 a 8 horas, se os cuidados forem adequados. (FUNDAP, 2011).

A conscientização da importância da assistência de enfermagem no cuidado e prevenção dos aspectos que influenciam negativamente na disfunção térmica do recém-nascido é fundamental, esperando-se, que a aplicação do conhecimento científico e a sistematização da assistência, baseada nas várias práticas encontradas, possam contribuir para melhorar a qualidade de vida e sobrevivência dos prematuros.

4.4.9 Identificação do RN e Declaração de nascidos vivos (DN)

Antes do recém-nascido e da família deixarem a sala de parto, verifique se a política da instituição relacionada com a identificação foi seguida. Tipicamente, a mãe e o neonato, e possivelmente o pai recebem as pulseiras de identificação (ID). Com frequência, o neonato recebe duas pulseiras de ID: uma colocada no punho e outra no tornozelo. A mãe recebe uma pulseira equivalente, geralmente colocada no pulso. As barras de ID normalmente incluem nome, sexo, data e hora do nascimento e o número de identificação. O número de identificação impresso é idêntico aquele dos outros portadores da pulseira. (RICCI, 2008).

Essas pulseiras de ID conferem segurança para o recém-nascido e precisam ser colocadas antes que a mãe e o neonato deixem a sala de parto. As pulseiras de ID são verificadas por todas as enfermeiras para confirmar se o bebê correto e levado para a mãe certa, se eles forem separados por qualquer período de tempo. Também funcionam como uma identificação oficial do recém-nascido e são verificadas antes que se inicie qualquer procedimento naquele neonato e na alta da unidade. (RICCI, 2008).

A partir de junho de 2012, com a Lei nº 12.662 a Declaração de Nascido Vivo (DN) passou a ser um documento de identidade provisória, que é aceita em todo o território nacional. O que antes era utilizado apenas como forma de registro de nascimento de crianças vivas, agora a DN tem valor oficial. (PORTAL BRASIL, 2012).

Todos os nascimentos ocorridos nos hospitais do Brasil, sejam públicos ou privados, devem ser registrados por meio da DN. Lembrando que a Declaração de Nascido Vivo não substitui o registro civil de nascimento, que ainda permanece gratuito e obrigatório, fortalecendo a coleta de informações dos recém-nascidos. Ainda de acordo com a Lei nº 12.662, a Declaração de Nascido Vivo deverá ser emitida por profissional de saúde responsável por acompanhar desde a gestação, o parto e o recém-nascido. (PORTAL BRASIL, 2012).

4.4.10 Realização do método de Credeização (Credé) e Administração de vitamina K

As regiões onde há uma alta frequência de gonorreia, o tratamento profilático com nitrato de prata a 1%, pomadas de tetraciclina a 1% e eritromicina a 0,5% têm eficácia similar. Recomenda-se o uso da pomada de tetraciclina a 1% por ser menos danosa, ser facilmente disponível e efetiva. O nitrato de prata tem uma principal desvantagem é que pode causar com frequência uma conjuntivite química. (TOMA, 2009).

Logo após o nascimento Ao nascer, o bebê ainda não tem capacidade de coagulação sanguínea decorrente da imaturidade do fígado, sendo assim necessária a administração da vitamina K, com o objetivo de prevenir a doença hemorrágica no período neonatal. A região a ser aplicada e o vasto-lateral da coxa por via IM ou gotas por VO. (SCHMITZ, 2005).

A deficiência neonatal de vitamina K existe em pelo menos 0,5% dos recém-nascidos. O risco de sangramento gastrointestinal ou de outra natureza no período neonatal é especialmente alto nos bebês nascidos de baixo peso ou pré-terms. Para prevenir o sangramento precoce e a doença hemorrágica tardia do recém-nascido, recomenda-se a profilaxia com a vitamina K. (TOMA, 2009).

A administração oral de duas doses de 2 mg, uma no primeiro e outra no sétimo dia de vida tem se mostrado tão efetiva quanto a dose única de 1 mg intramuscular. Embora a administração oral seja mais fácil e barata, ela tem a desvantagem do esquema de administração. (TOMA, 2009).

4.4.11 Triagem Neonatal (Teste do Pézinho), Triagem Auditiva Neonatal (Teste da Orelhinha) e Oximetria de Pulso (Teste do Coraçõzinho)

O teste do pezinho é um exame realizado a partir do sangue que é coletado do calcanhar do bebê, que permite diagnosticar doenças graves, como: a fenilcetonúria (doença do metabolismo) o hipotireoidismo congênito (glândula tireoide do recém-nascido que não é capaz de produzir quantidades adequadas de hormônios), e as hemoglobinopatias (doenças que afetam o sangue – doença falciforme e traço falcêmico). (BVS, 2009).

Devem fazer o exame todas às crianças recém-nascidas, a partir de 48 horas de vida até 30 dias do nascimento. Uma vez que qualquer pessoa pode ter um filho portador da doença, mesmo que nunca tenha tido um caso na família. (BVS, 2009).

O Teste da Orelhinha ou Triagem Auditiva Neonatal é um exame muito importante onde detecta se o recém-nascido tem problemas de audição. Depois da sua realização é possível iniciar o diagnóstico e o tratamento das alterações auditivas precocemente. De acordo com o Conselho Federal de Fonoaudiologia e outras entidades brasileiras é recomendado que o exame fosse realizado ainda na maternidade, antes da alta hospitalar. (BVS, 2011).

O teste da orelhinha é indolor, rápido, e não tem contraindicação. O método mais utilizado é o exame de emissões Otoacústicas Evocadas (EOAs), onde é realizada durante o sono natural do bebe, utilizando um fone na parte externa da orelha do bebe, durante 5 a 10 minutos, baseando assim na produção do estímulo sonoro, bem como a percepção do retorno deste estímulo (eco). De acordo com a Lei Federal nº 12.303/2010 torna-se gratuita e obrigatória a realização do exame e

acredita-se que todas as maternidades e hospitais do Brasil ofereçam o teste. (BVS, 2011).

Os Departamentos Científicos de Cardiologia e Neonatologia da SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria) redigiram um consenso técnico para a realização da oximetria de pulso, também conhecida como Teste do Coraçãozinho. O teste do coraçãozinho é realizado com um aparelho, o oxímetro de pulso, que é utilizado para medir a oxigenação do sangue na mão e no pé do recém-nascido. Este exame é simples, rápido e indolor, e deveria fazer parte da rotina de triagem de todos os recém-nascidos, pois torna-se importante para o diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica. (SBP, 2012).

Auscultar o bebê pode não ser o bastante. Sabemos que de 30 a 40 % dos casos detectados de problemas cardíacos graves, são os que recebem alta das maternidades sem o diagnóstico. O Teste do Coraçãozinho já é considerado obrigatório em alguns estados, sendo Mato Grosso do Sul o pioneiro, mas não há ainda uma legislação federal. (SBP, 2012).

4.4.12 Primeiras Vacinas

A vacinação é uma etapa de suma importância da vida da criança que modificará sua vida até a vida adulta. Sendo que algumas vacinas dadas ainda na infância protegerão a criança para sempre e outras deverão ser tomadas periodicamente para mantê-lo protegido. A primeira vacina que a criança irá fazer uso é a hepatite B. Esta vacina será realizada na maternidade e de preferência nas primeiras 24 horas de vida. (PORTAL DA SAUDE, 2013).

Ainda são necessárias mais duas doses para garantir o efeito desejado: a segunda dose aos dois meses e a terceira dose aos seis meses. Esse esquema de três doses da vacina contra a hepatite B é definitiva, sendo esta com validade por toda a vida.

Outra vacina que será realizada logo ao nascer será a BCG. A BCG é realizada intradérmica logo na primeira semana de vida (4-10 dia de vida). Esta vacina protege contra os casos graves de tuberculose como meningite tuberculosa e ela não confere proteção para a tuberculose pulmonar. (PORTAL DA SAUDE, 2013).

4.4.13 Aleitamento materno exclusivo

O aleitamento materno do ponto de vista nutricional é capaz de suprir todas as necessidades alimentares da criança nos seis primeiros meses de vida. É sabido do reconhecimento de todas as vantagens e benefícios do leite humano, mas apesar disso a incidência do desmame ainda é elevada. (SCHMITZ, 2005).

Diante destas considerações, pode-se ressaltar a responsabilidade dos profissionais de saúde, sobretudo do enfermeiro, em apoiar a mulher durante o processo de amamentação. (OLIVEIRA et al., 2010)

A maioria dos serviços onde prestam atendimento neonatal e obstétrico não apresenta programa específico para o incentivo ao aleitamento materno, e este não existindo acaba por não estender a assistência prestada ao período pós-parto tardio, sendo que este período é considerado crítico para a manutenção do aleitamento. Uma vez que é nas primeiras semanas do puerpério onde surgem as principais intercorrências da amamentação e lactação, que se soma à insegurança materna e muitas vezes familiar, resultando na introdução de outros alimentos para a nutrição do lactente. (SILVA, 2000).

Para que as mães e seus bebês obtenham sucesso no aleitamento materno, eles precisam ser atendidos por uma equipe altamente capacitada, sobretudo por um profissional de enfermagem que tem contato imediato com a mãe durante o período gravídico-puerperal. (LANG, 1999).

Compete ao profissional de enfermagem, a orientação necessária em todos os momentos do ciclo puerperal, mais especificamente, no puerpério imediato, onde se estabelece o primeiro contato entre a mãe e o bebê, e onde se pode atuar na prática do aleitamento materno que se inicia. (SILVA et al., 2009).

4.5 A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO IMEDIATO AO RECÉM-NASCIDO

Na área da enfermagem, o termo cuidado é bastante investigado, e chega a ser considerado por alguns autores como objeto de estudo. O cuidado ao RN inicia-

se desde a gestação, sendo norteadas pelo acompanhamento do pré-natal de qualidade e acentua-se com o nascimento. (MONTEIRO, 2011).

O enfermeiro se faz presente nos momentos cruciais do ser humano, desde o nascimento até a morte e assim precisa conhecer métodos de comunicação tanto para o paciente adulto, quanto para o RN. (BARREIROS et al., 2013).

Vale ressaltar que para que ocorra uma assistência de enfermagem efetiva ao recém-nascido, faz-se necessário conhecimento da equipe de enfermagem em relação a história pregressa familiar, número de gestações e todos os eventos ocorridos durante o trabalho de parto e conhecimento técnico. O nascimento é considerado uma fase crítica, que é denominado um período de transição, e exige adaptações fisiológicas repentinas e importantes para o funcionamento do organismo (BASTOS, 2010).

Além de uma assistência humanizada, o atendimento imediato ao recém-nascido deve ser realizado por profissionais que tenham capacitação técnica para tal (BASTOS, 2010).

No sentido de atender às necessidades de uma população sujeita a riscos, a atenção dispensada ao RN, deve ser estruturada e organizada. Pois o RN passou a ser reconhecido como um ser ativo, com capacidades e competências comportamentais, sendo capaz de interagir no meio ambiente que o cerca. Logo após o nascimento, o RN que passa a estar inserido num mundo complexo de calor, odor, voz e presença, detém a capacidade de ver, escutar, sentir e reagir, e encontra-se assim num constante processo de aprendizagem. (SILVA e VIEIRA, 2008; CORREIA e SILVA, 2006).

Por ser um momento de grande vulnerabilidade, o período neonatal possui uma concentração de riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, o que exige necessidade de cuidados especiais, com oportuna atuação integral e qualificada de proteção maternal social e de saúde, que são direitos reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. (BRASIL, 2011).

Sendo assim, é essencial que o enfermeiro participe desse período, proporcionando atenção, conforto e orientação sobre as alterações que ocorrem durante o ciclo gravídico-puerperal. (MONTEIRO, 2011).

É a equipe de enfermagem e, especialmente, o enfermeiro que deve prestar o cuidado humanizado de rotina, apoiando a competência da mãe mulher, sua equipe,

tornando-se parceiros na prestação de cuidados ao recém-nascido, resultando na integração e aumento no vínculo mãe – filho. (SOUZA CARVALHEDO et al., 2010).

Durante o acompanhamento pós-parto é responsabilidade ética e profissional dos enfermeiros para identificar e ensinar a mãe e sua família como um grupo de apoio para a identificação precoce de fatores de risco , sinais e complicações potenciais de advertência, ela e seu recém-nascido; ensinar-lhe cuidar de si mesmo e do bebê, evitando conflitos culturais, dadas as suas crenças, valores e práticas para descobrir e prever a sua saúde e bem-estar. (BOHORQUEZ GAMBA et al., 2009).

A orientação utilizada pela equipe de enfermagem é chamada de demonstração e pode ser aprovada por aconselhamento individual ou em grupo , sendo usado nas maternidades. Este tipo de estratégia educacional é ideal quando se tenta comunicar certos procedimentos de informação e de exibição. Portanto, nesta situação pode ser usado em associação com outras estratégias para facilitar o apreendizado da mãe, especialmente no segmento especial e em que estão, ou seja, o período pós-parto. (SOUZA CARVALHEDO et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho focaliza a assistência de enfermagem ao recém-nascido na sala de parto, onde se faz necessário a presença de profissionais qualificados para prestar atendimento ao recém-nascido ainda na sala de parto e no período neonatal imediato, reduzindo assim as taxas de mortalidade neonatal e infantil e evitando também separar o binômio mãe-filho, podendo vir a prejudicar o aleitamento materno e a aproximação ao recém-nascido.

Estudos vêm evidenciando que a qualificação da equipe de saúde é de fundamental importância para que as necessidades do recém-nascido possam ser atendidas através dos cuidados realizados imediatamente após o nascimento, principalmente a assistência desempenhada pelo enfermeiro.

Portanto, a equipe de profissionais devem atuar juntos, buscando ajustar às necessidades de cada instituição e os protocolos técnicos, adequando as necessidades do recém-nascido e da mãe, o momento do parto e do nascimento, garantindo uma assistência adequada, eficaz e sistematizada, respeitando às individualidades. Todos com um só objetivo, a fim de reduzir o estresse materno e subsequente o fetal, e que para que tudo ocorra bem durante todo o processo de parto e de nascimento, favorecendo a passagem da vida intrauterina para a extrauterina, da forma mais tranquila possível e com total sucesso.

Diante do exposto, foi possível observar a importância da atuação do enfermeiro frente aos cuidados imediatos prestados ao recém-nascido, pois além de influenciar na garantia da sobrevivência e bem-estar da criança, o profissional atua como um promotor do vínculo mãe e filho.

REFERÊNCIAS

BARREIROS, et al. **Cuidados de enfermagem ao recém-nascido: uma revisão literária**. Publicado em 24 de agosto de 2010. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/cuidados-de-enfermagem-ao-recem-nascido-uma-revisao-literaria/45544/>>. Acesso em: 15 junho 2013.

BASTOS, Lílian Martins. **Sistematização da assistência de enfermagem ao recém-nascido por meio da educação permanente em saúde**. Fortaleza: [SI], 2010.

BECK et al. **Cuidados ao recém-nascido: manual de consulta**. Washington: Save the children, 2004.

BOHORQUEZ GAMBA et al. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. **Av. enfermagem**. [online]. 2009, vol.27, n.2, pp. 139-149. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002009000200014&lang=pt>. Acesso em: 10 março 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS: Projeto Nascer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_nascer.pdf>. Acesso em: 13 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência de enfermagem nos cuidados imediatos e mediatos ao RN**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BVS. **Dicas em saúde. Guia SUS do cidadão**. Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas../180_teste_pezinho.html>. Acesso em: 10 agosto 2013.

BVS. **Dicas em saúde. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Teste da orelhinha**. Elaborada em agosto de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas../242_teste_da_orelhinha.html>. Acesso em: 24 maio 2013.

CALIF, VMLT. **Caracterização do recém-nascido**. In: LEONE, CR e TRONCHIN, DMR. Assistência integrada ao recém-nascido. São Paulo: Atheneu, 1996.

CORREIA E SILVA, Ana Cristina Figueredo. **Cuidar do recém-nascido - o enfermeiro como promotor das competências parentais**. Lisboa, 2006. Disponível em: <<https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/726>>. Acesso em: 15 julho 2013.

CRUZ, Daniela C. dos Santos; SUMAM, Natália de Simoni; SPÍNDOLA, Thelma. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista Escola Enfermagem USP**. vol. 41. nº. 4. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000400021&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 setembro 2013.

FROTA et al. Recém-nascido em uma unidade de internação neonatal: crenças e sentimentos maternos. **Cogitare Enfermagem**. 2007 Jul/Set. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=LILACS&exprSearch=490541&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em: 24 agosto 2013.

FUNDAP. **Neonatologia de risco**. Curso de Especialização profissional de nível técnico em enfermagem- livro do aluno. São Paulo: [SI], 2011.

KAKEHASHI, T.Y. A situação atual da enfermagem Neonatológica e suas tendências para o futuro. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.9, p.17-22, 1996. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/acta/index.php?volume=9&numero=esp>>. Acesso em: 10 março 2013.

LANG, Sandra. **Aleitamento do lactente – Cuidados especiais**. São Paulo: Editora Santos, 1999.

LANSKY, S. et al. **A mortalidade Infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. 20 anos do SUS. Brasília, 2009.

LIMA, Eliane de Fátima Almeida; SOUSA, Ana Inês; PRIMO, Cândida Caniçali. Mortalidade neonatal em serra, Espírito Santo, 2001-2005. p.162. **Revista Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a04.pdf>>. Acesso em: 18 abril 2013.

MONTEIRO, Lidiane Colares. **Representações sociais de puérperas sobre o cuidado de si e o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto**. Fortaleza: [SI], 2011.

NETTO, Arlindo Ugulino; ELOY, Yuri Leite. Neonatologia. **Med resumos**. 2011. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAf7wAL/semiologia-14-neonatologia-semiologia-recem-nascido-pdf>>. Acesso em: 14 junho 2013.

OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos; RODRIGUES, Renata Gomes. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2005 Out-Dez. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a05v14n4.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2013.

OLIVEIRA, Jamile de Souza et al. Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 4, out./dez. 2010. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/429>>. Acesso em: 30 junho 2013.

PORTAL BRASIL. **Declaração de Nascido Vivo é emitida após o parto**. Publicado em 14 junho 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/06/declaracao-de-nascido-vivo-e-emitida-apos-o-parto>>. Acesso em: 13 setembro 2013.

PORTAL DA SAÚDE. **Vacinação da criança**. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1448>. Acesso em: 11 outubro 2013.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, Renata Gomes; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**. vol.6. n.º2. 2004. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R3_primordio.pdf>. Acesso em: 23 maio 2013.

ROSA, Arlia Rodrigues da. **Antissépticos utilizados no coto umbilical para a prevenção de infecção : uma revisão bibliográfica**. Escola de Enfermagem. 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24698/000748428.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 24 março 2013.

SANTOS, G.N. et al. Assistência ao recém-nascido na sala de parto sob a ótica das puérperas. **Revista Interdisciplinar**. V. 6, n.1, p.43-51, jan. fev. mar. 2013. Disponível em: <ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/10026/6887>. Acesso em: 14 agosto 2013.

SBP. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. Publicado em 09 janeiro 2012. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=52&id_detalhe=4088&tipo_de_talhe=s>. Acesso em: 10 outubro 2013.

SCHMITZ, Edilza Maria R. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

SCOCHI, C.G.S.; COSTA, I.A.R.; YAMANAKA, N.M.A. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.9, p.91-101, 1996. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/acta/index.php?volume=9&numero=esp>>. Acesso em: 15 outubro 2013.

SILVA, Isília Aparecida. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.34, n.4, p. 362-9, dez. 2000.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n4/v34n4a07.pdf>>. Acesso em 13 maio 2013.

SILVA, L.R; CHRISTOFFEI, M.M; SOUZA, K.V. História, conquistas e perspectivas no cuidado a mulher e a criança. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2005 Out-Dez. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a16v14n4.pdf>>. Acesso em 10 setembro 2013.

SILVA, Andréa Viola da et al. Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas: resultados e discussão. **Revista Ciências e Saúde**, 2009, vol. 27, n. 3, jul/set. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2009/03_julset/V27_n3_2009_p220-225.pdf>. Acesso em: 10 setembro 2013.

SILVA, Natália D. Silva; VIEIRA, Maria Rita R. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. **Arquivos Ciência Saúde**. Vol.15. n.3. 2008. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN273.pdf>. Acesso em: 28 setembro 2013.

SOUZA CARVALHEDO, D. et al. Vivencias y significados del primer baño dado por la puérpera a su hijo recién nacido. **Enfermagem global**. 2010, n.19. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/107201>>. Acesso em: 11 agosto 2013.

SOARES, Cristiane. VARELA, Vanessa Delfes Jaques. **Assistência de enfermagem no puerpério em unidade de atenção básica: incentivando o autocuidado**. Florianópolis, 2007. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0480.pdf>>. Acesso em: 18 agosto 2013.

TOMA, Tereza. **Encontro Amamentando as Segundas**. Instituto de Saúde: 18 de maio de 2009. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Atencao_ao_RN_de_termo_sadio.pdf. 2009>. Acesso em: 12 março 2013.

ZIEGEL, Erna E.; MECCA, S. Cranley. **Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

WHALEY, LF e WONG, DL. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

WONG, Donna. **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.