

FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN

ELIS PATRÍCIA ARAÚJO FERNANDES DE MOURA

**CUIDADOS DEDICADOS AO RECÉM-NASCIDO EM SALA DE PARTO: UMA  
REVISÃO DA LITERATURA**

MOSSORÓ/RN

2020

ELIS PATRÍCIA ARAÚJO FERNANDES DE MOURA

**CUIDADOS DEDICADOS AO RECÉM-NASCIDO EM SALA DE PARTO: UMA  
REVISÃO DA LITERATURA**

Monografia apresentada ao curso bacharelado em enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) como exigência para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

**ORIENTADORA:** Prof. Ma. Lívia Helena Morais de Freitas Melo

MOSSORÓ/RN

2020

Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN.  
Catalogação da Publicação na Fonte. FACENE/RN – Biblioteca Sant'Ana.

M929c Moura, Elis Patrícia Araújo Fernandes de.  
Cuidados dedicados ao recém-nascido em sala de parto  
/ Elis Patrícia Araújo Fernandes de Moura. – Mossoró, 2020.  
32 f. : il.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ma. Livia Helena Morais de Freitas  
Melo.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade  
Nova Esperança de Mossoró.

1. Enfermagem. 2. Neonatologia. 3. Sala de parto. 4.  
Cuidados. I. Melo, Livia Helena Morais de Freitas. II. Título.

CDU 616-053.31

**CUIDADOS DEDICADOS AO RECÉM-NASCIDO EM SALA DE PARTO: UMA  
REVISÃO DA LITERATURA**

Monografia apresentada pela aluna Elis Patrícia Araújo Fernandes de Moura do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN).

**BANCA EXAMINADORA**

*Lívia Helena M. de F. Melo*

---

Prof. Ma. Lívia Helena Morais de Freitas Melo  
ORIENTADORA

*Giselle dos Santos Costa Oliveira*

---

Prof. Ma. Giselle dos Santos Costa Oliveira  
MEMBRO

*Wesley Adson Costa Coelho*

---

Prof. Dr. Wesley Adson Costa Coelho  
MEMBRO

## RESUMO

No processo de parto, o neonato em seu processo de nascimento, passa por vários cuidados essenciais para seu ideal desenvolvimento. O presente estudo traz uma abordagem sobre os cuidados que o enfermeiro em equipe com os demais profissionais deve ter na sala de parto com o recém-nascido, compreendendo assim, a significância de cada cuidado e tendo em vista que alguns desses são mencionados como direito do bebê. Expondo de maneira científica todos os cuidados a serem realizados, o estudo viabiliza ainda uma quebra dos inúmeros paradigmas a cerca no recém-nascido e do puerpério como um todo. Dessa forma, o objetivo geral deste estudo é analisar a importância e como se configuram os primeiros cuidados ao recém-nascido realizados em sala de parto pela equipe de profissionais envolvidos neste cenário, e como objetivos específicos pesquisar acerca dos aspectos históricos, legislativos e na atualidade no que concerne aos primeiros cuidados com recém-nascidos em sala de parto, e averiguar a importância da humanização e do trabalho em equipe com vistas à otimização dos processos envolvidos nos primeiros cuidados ao neonato. Para tanto utilizou-se o método de revisão da literatura narrativa de abordagem qualitativa, empregando-se, prioritariamente, artigos entre 2010 e 2020 e operando descritores como enfermagem; cuidados ao recém-nascido; parto; e humanização. Como critérios de inclusão, optou-se por artigos disponíveis na íntegra online e disponíveis no idioma português. Em contrapartida como critérios de exclusão, foram elencados artigos disponíveis somente em resumo e que fugissem da temática central do estudo. Nos resultados da pesquisa destacou-se que os primeiros cuidados ao recém-nascido, quanto a sua alimentação exclusiva, surgiram na década de 80, e a partir disso foram sendo desenvolvidas portarias e programas voltados para os cuidados ao neonato. Cabe salientar ainda que o SUS tem grande contribuição para a evolução dos cuidados, pois dentro dele foram desenvolvidos vários programas dessa linhagem. Após a análise dos resultados, concluiu-se que os primeiros cuidados são fundamentais para a saúde do conceito, uma vez que permitem determinar o padrão de normalidade, além de investigar a saúde do conceito.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Neonatologia. Salas de Parto. Cuidado.

## **ABSTRACT**

In the birth process, the newborn in his birth process, undergoes several essential care for his ideal development. The present study brings an approach about the care that the team nurse with the other professionals must have in the delivery room with the newborn, thus understanding the significance of each care and bearing in mind that some of these are considered as the right of the baby. Exposing scientifically all the care to be performed, the study also makes it possible to break the numbers of paradigms around the newborn and the puerperium as a whole. Thus, the general objective of this study is the analysis of the importance and how the first care of the newborn performed in the delivery room by the team of professionals involved in the setting is configured, and as specific objectives on the historical, legislative and current aspects with regard to the first care of newborns in the delivery room, and to ascertain the importance of humanization and teamwork in order to optimize the processes involved in the first care of the newborn. For this purpose, we used the method of reviewing the narrative literature with a qualitative approach, using, primarily, articles between 2010 and 2020 and operating descriptors such as nursing; attention to the newborn; childbirth; and humanization. As inclusion criteria, we opted for articles available in full online and available in Portuguese. On the other hand, as exclusion criteria, articles that were available only in summary and that escaped the central theme of the study were listed. In the research results, it was highlighted that the first care for the newborn, as for their exclusive feeding, appeared in the 80's, and from that, ordinances and programs aimed at newborn care were developed. It should also be noted that SUS has a great contribution to the evolution of care, as within it several programs of this lineage have been developed. After analyzing the results, it is concluded that the first cares are fundamental for the health of the concept, since it allows to determine the standard of normality, in addition to investigating the health of the concept.

**Keywords:** Nursing. Neonatology. Childbirth Rooms. Care.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>07</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO .....	07
1.2 JUSTIFICATIVA .....	08
1.3 HIPÓTESE .....	09
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>09</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	09
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	09
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>09</b>
3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DOS PRIMEIROS CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO .....	09
3.2 LEGISLAÇÃO SOBRE OS PRIMEIROS CUIDADOS PARA COM O RECÉM-NASCIDO .....	13
3.3 CUIDADOS IMEDIATOS PARA COM O RECÉM-NASCIDO: UMA ABORDAGEM ATUAL .....	16
3.4 ASPECTOS DA HUMANIZAÇÃO DENTRO DA EQUIPE DE SAÚDE .....	20
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>24</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA .....	24
4.2 PESQUISA NA LITERATURA CIENTÍFICA .....	24
4.3 ASPECTOS ÉTICOS .....	25
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>26</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>28</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

Sabe-se da fragilidade que cerca o recém-nascido, especialmente nas suas primeiras horas de vida, e com isso, torna-se óbvio a ciência do cuidado a ser oferecido tanto ao recém-nascido quanto a puérpera. Assim, o presente estudo traz uma abordagem da literatura que visa explanar sobre os cuidados voltados para com o recém-nascido, prestados pelo enfermeiro.

No Brasil, esses cuidados passaram a ser adotados por volta do ano 1903 quando o país foi incluído na ideia de criação de uma incubadora, completamente diferente das utilizadas nos dias atuais (CARMO, 2020). Contudo, esse é o marco que permeia a história dos primeiros cuidados voltados para o recém-nascido.

Vale salientar, que a equipe multiprofissional que existe hoje nas diversas unidades de saúde não era a mesma realidade de antigamente. O cuidado ofertado ao recém-nascido era oriundo da parteira. Tendo em vista que a ciência era pouco desenvolvida sobre essas questões, subentende-se que esses cuidados eram baseados em conhecimentos empíricos. No entanto, com o passar dos anos, a ciência foi se desenvolvendo, e trazendo conhecimentos verídicos, desmistificando os mitos e implementados os cuidados necessários.

Autores como Duarte et al. (2018) explica que a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, trouxe avanços significativos para a saúde do Brasil, tendo em vista a vasta criação de políticas públicas de saúde pautadas no cuidado humanizado, integralidade e olhar holístico para todos. Dessa forma, inclui-se a própria puérpera, uma vez que, os cuidados estão totalmente direcionados a fragilidade do neonato, sendo que é estritamente necessário manter a puérpera a par das situações que a mesma irá enfrentar para que possa ter um puerpério feliz com o recém-nascido.

A atenção voltada a essa questão, se dá devido aos casos em que mãe é gesta um, não é sempre que a mãe dispõe de conhecimentos sobre a mudança em seu corpo, em relação a necessidade do próprio aleitamento, por exemplo, cujo tem real importância para ambos, mãe e concepto. Nesse contexto, a equipe de saúde deve estar pronta para instruir sobre todas as eventuais situações que poderão ocorrer, fazendo jus aos estudos científicos que trouxeram a nossa realidade os cuidados



essenciais que devem ser tomados após o parto (CRUZ, SUMAM e SPINDOLA, 2007).

No decorrer desse estudo, trata-se ainda das questões legais conforme as normas da constituição brasileira, em uma de suas disposições exordiais refere a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 que discorre sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações. A partir disso, o foram sendo administradas as primeiras vacinas para os recém-nascidos em sua disposição legal e obrigatória. Pode-se assim, mencionar que esse foi um dos primeiros cuidados a serem tomados, sabendo das várias tarefas a serem executadas pelos profissionais responsáveis por esses neonatos atualmente (BRASIL, 1975).

Nos dias atuais, é importante, por exemplo, realizar atividades mais complexas como nas primeiras horas de vida, realizar o teste conhecido por Índice de Apgar, cujo objetivo é verificar a vitalidade do bebê, até as atividades mais simples como a verificação das medidas antropométricas, cujo confirmaram o padrão de normalidade ou não (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Vale salientar ainda que, embora alguns cuidados sejam mencionados como complexos, todos os cuidados voltados para o recém-nascido são importantes e cruciais para o seu bom desenvolvimento. Isso só ocorre com maestria uma vez que a equipe multiprofissional age pautada na humanização e no trabalho em equipe. A visão holística e a interação da equipe de saúde são essenciais para tais cuidados.

Mediante o exposto, problematiza-se: como se configuram os primeiros cuidados ao recém-nascido pela equipe de profissionais de saúde, tendo em vista sua extrema relevância no processo do nascimento?

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Sabendo das atualizações que permeiam constantemente os serviços de saúde, acredita-se que é de suma importância discorrer sobre os cuidados realizados pela equipe de enfermagem, juntamente com a equipe multiprofissional de saúde, para com os recém-nascidos. Assim, faz-se relevante um estudo que aborde o decorrer o histórico sobre os avanços de tais cuidados, além das menções legais sobre o assunto, propondo ao leitor uma reflexão complexa e reflexiva.

Tendo em vista que os cuidados prestados ao recém-nascido são de fato imprescindíveis, a escolha do tema se dá em meio a importância deste. Podendo ser

direcionado para diferentes grupos, uma vez que, traz conhecimentos de interesse geral, viabilizando o bom desenvolvimento dos neonatos.

Para atuação no serviço, por exemplo, esse conhecimento é essencial, além de que a sociedade como um todo é beneficiada por esse conhecimento, pois a partir deste, é instruído todas as orientações necessárias sobre os cuidados imediatos ao recém-nascido. Nesse contexto, a pesquisa realizada torna-se fonte de conhecimento geral, e como todo estudo, traz para sociedade o enriquecimento científico.

### 1.3 HIPÓTESE

Os primeiros cuidados, ainda em Sala de Parto, consistem como atividades fundamentais para a segurança do recém-nascido, visto que são embasados e comprovados cientificamente como otimizadores deste processo. Deve ocorrer de forma sistematizada e necessitam da participação e sintonia de toda a equipe de profissionais envolvida.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a importância e como se configuram os primeiros cuidados ao recém-nascido realizados em sala de parto pela equipe de profissionais envolvidos neste cenário.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer acerca dos aspectos históricos, legislativos e na atualidade no que concerne aos primeiros cuidados com recém-nascidos em sala de parto.
- Averiguar a importância da humanização e do trabalho em equipe com vistas à otimização dos processos envolvidos nos primeiros cuidados ao neonato.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DOS PRIMEIROS CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO

Atualmente tem-se uma série de cuidados voltado para o neonato, contudo, antigamente não era assim. Conforme Oliveira e Rodrigues “a neonatologia é considerada tendo seu início com o obstetra francês Pierre Budin, que estendeu sua preocupação com os recém-nascidos além das salas de parto” (2004, pág. 287).

Para Neto e Rodrigues “a neonatologia moderna teve seu marco inicial na França, em 1880, através da sofisticação de técnicas e equipamentos, garantindo a sobrevivência de bebês prematuros e/ou doentes, até então considerada inviável” (2010, pág. 373), sendo necessária para a perfeita implementação dessa tecnologia a capacitação humana para devido manuseio da mesma.

Na realidade brasileira, conforme Carmo (2010), o cuidado ao recém-nascido vem a surgir em meados de 1903:

No Brasil sabe-se que o início dos cuidados neonatais ficou a cargo dos médicos Jaime Silvado e Antonieta Mopurgo que em 1903, receberam o convite para a criação de um serviço de incubadora no Dispensário Moncorvo no Rio de Janeiro, conhecida como Creche Senhora Alfredo Pinto. Embora a unidade fosse completamente diferente das UTIN de hoje, mantinham o mesmo intuito de diminuir a mortalidade infantil e neonatal (CARMO, 2010, pág. 44).

Ao longo destes séculos a assistência ao recém-nascido era da competência, na maioria das vezes, da pessoa que assistia ao parto, ou seja da parteira. Somente em 1910, veio ser fundada a Sociedade Brasileira de Neonatologia, a qual é destinada aos cuidados dos nascidos entre o 1º e 28º dia de vida (SCOCHI, 1996).

Vale salientar que a criação da área neonatal, se deu devido à grande taxa de mortalidade dentro dessa faixa etária. Com isso, Martin Coney, ex-aluno de Budin, decide viajar várias cidades expondo prematuros em feiras, afim de mostrar a necessidade de investir nos cuidados voltados ao neonatos (CARMO, 2010). A partir disso, foi que o olhar da sociedade se abriu a necessidade de cuidar do neonato, até mesmo antes do seu nascimento através do pré-natal, e com isso, várias outras iniciativas foram sendo tomadas e conseqüentemente mudanças radicais foram acontecendo e tornando-se mais próximo da realidade atual.

Conforme Oliveira e Rodrigues também “nos anos 60, a escovação das mãos e antebraços com sabão de hexaclorofeno era rotina antes de entrar no berçário e após o cuidado de cada criança” (2004, pág. 503). Com isso, percebe-se também que as mudanças passaram a ocorrer não somente estruturalmente nos hospitais de cuidados ao recém-nascido, mas também na forma de cuidar.

Em concomitância ao exposto, os autores Neto e Rodrigues (2010) explicam que a partir da década de 1960, ocorreram grandes progressos no cuidado neonatal, dando origem às UTI's Neonatais. A dieta administrada após 72 horas de vida passou a ser realizada nas primeiras horas após o nascimento. Novos conhecimentos, equipamentos, tratamentos e técnicas foram introduzidos no cuidado neonatal.

Autores como Ferraz e Guimarães (2000) descrevem que com a década de setenta assiste-se ao aparecimento das unidades intensivas neonatais (1971-1989), a qual deve ser considerada uma grande conquista, caracterizadas por um maior número e diversidade de profissionais qualificados, à institucionalização de normas de conduta, à introdução de um equipamento mais próximo das exigências clínicas onde a pressão positiva contínua se associava às estratégias da ventilação mecânica, e a monitorização do pulso, pressão arterial e da respiração eram viáveis.

Nesse mesmo período, Oliveira e Rodrigues explicam que:

Em 1971, para prevenir infecções no recém-nascido, deveriam ser evitadas as manipulações desnecessárias e as aglomerações no local. Os profissionais que trabalhassem no local deveriam ter a sua saúde controlada através de exames periódicos, e em caso de mínimos sinais de doença eram afastados do serviço (OLIVEIRA e RODRIGUES, 2004, pág. 503).

Esse período é descrito por Ferraz e Guimarães como “o tempo da regionalização na gestão dos cuidados de saúde perinatal e da estruturação dos sistemas de transporte com pessoal especializado, entre os aspectos mais relevantes” (2000, pág. 04), através disso, nota-se a evolução do período.

### 3.2 LEGISLAÇÃO SOBRE OS PRIMEIROS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

No contexto mundial, conforme Costa et al. (2010) as primeiras políticas públicas de saúde surgiram a partir de grandes transformações políticas, sociais e econômicas na Europa no século XVIII. Objetivava-se produzir maior número de crianças, com boas condições de vida, sob a imposição de um conjunto de obrigações,

tanto aos pais, quanto aos filhos. Estas políticas eram voltadas fundamentalmente para o controle social, privilegiando a higiene, a infância e a medicalização da família

Restringindo essas políticas para o Brasil, inicia-se a preocupação com tais políticas graças a humanização. Conforme exposto no tópico anterior, sabe-se que a humanização é um preceito essencial no tocante ao cuidado da enfermagem para com os pacientes, especificadamente para com os recém-nascidos e sua lactante. Contudo, nos anos passados não existiam leis, portarias, cartilhas e manuais como nos dias atuais que regulamentassem tal cuidado humanizado.

Isso ocorria devido à falta de entendimento sobre a necessidade do cuidado mais amplo para esse grupo, Brasil (2018) explica que as primeiras iniciativas, mais sistematizadas, de programas direcionados à criança ocorreram apenas no final da década de 60. O que leva ao atendimento que somente a partir desta data, foram implantados cuidados específicos para o recém-nascido e para a mãe.

Contudo, no Código Penal - Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, traz um relato sobre a exposição ou abandono de recém-nascido, onde no art. 134 detalha que “expor ou abandonar recém-nascido, para ocultar desonra própria” pode levar a uma pena de seis meses a dois anos (BRASIL, 1940).

Já quando se fala em cuidados específicos, uma das primeiras leis direcionadas ao cuidado com o recém-nascido veio surgir atrelada a outras questões, a situação epidemiológico do país. A Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, a qual estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Através dessa lei tornou-se obrigatório a aplicação de diversas vacinas como a vacina contra a tuberculose conhecida como BCG, a qual é aplicada até os dias atuais na própria maternidade, antes que a mãe e seu concepto recebam alta (BRASIL, 1975).

Outra lei relacionada ao recém-nascido é a Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990, que no Art. 10 explica que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente (BRASIL, 1990).

No tocante as altas e permanência nas unidades hospitalares, sabe-se que no Brasil existe uma definição oficial sobre o tempo de permanência hospitalar pós-parto,

estando vigente a Portaria 1.016 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União 167, de 1º de setembro de 1993, a mesma descreve que: “As altas não deverão ser dadas antes de 48 horas, considerando o alto teor educativo inerente ao sistema de Alojamento Conjunto e, ser este período importante na detecção de patologias neonatais” (COSTA, 2012).

A portaria exposta se deu conforme o entendimento sobre a necessidade de cuidados essenciais ao recém-nascido e a puérpera, quando isto ficou claro para os órgãos responsáveis começaram a surgir portarias, cartilhas e manuais que determinavam e instruíam como o recém-nascido deveria receber os primeiros cuidados, até os dias de hoje muitas dessas portarias, cartilhas e manuais ainda são utilizados (BRAGA e SENA, 2013).

### 3.3 CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO: UMA ABORDAGEM ATUAL

Utilizando o próprio nome como referência lógica, pode-se entender que os cuidados imediatos são os cuidados realizados logo após o nascimento do bebê, conforme Santos et al. (2019) os cuidados imediatos devem ser feitos nas primeiras duas horas de vida do recém-nascido e visa manter a integridade e garantir que o conceito esteja dentro dos padrões de normalidade. Vale mencionar que tais cuidados são realizados em conjunto, enfermeiros e médicos participantes do parto devem estar cientes desses procedimentos.

Autores como Cruz et al. (2007) explicam que logo após o seu nascimento bebe vive uma fase de inatividade alerta, a qual dura aproximadamente quarenta minutos, onde nesses momentos iniciais do parto, tanto mãe quanto conceito encontram-se numa fase sensível, precursora de apego, essa é a primeira oportunidade da mãe ser sensibilizada pelo seu bebê, dessa forma o profissional de saúde envolvido no nascimento é uma figura facilitadora ou não deste processo, possibilitando a aproximação precoce entre a mãe e seu filho para que o vínculo se estabeleça, esse primeiro cuidado trata-se do contato pele a pele entre mãe e filho.

Esse é um momento ímpar, bastante precioso e singular, o qual com certeza ficará marcado na memória da mãe, e é onde o conceito tem o primeiro contato pele a pele. Tal cuidado é visto como uma das formas de humanização durante o pós parto, já ao tratar cientificamente, estudiosos relatam que a importância do contato pele a pele está diretamente ligada ao fato de que esse contato acalma o bebê e a mãe, os

fazendo entrar em sintonia única. Além disso, auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança, reduzindo o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia ao mesmo tempo em que mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe (MATOS et al., 2010).

### 3.4 ASPECTOS DA HUMANIZAÇÃO DENTRO DA EQUIPE DE SAÚDE

Sabendo das implicações acerca da gestação e, especialmente, do puerpério, o cuidado humanizado tem verdadeiro significado nesse momento. A equipe de saúde, enquanto cuidadores, devem ofertar de forma conjunta todo cuidado e apoio necessário para a mãe, conceito e familiares, que acabam interferindo na situação geral que ocorre após o parto. Isso devido os mitos que rodeiam o puerpério e ao próprio recém-nascido, a mãe sofre uma tempestade de opiniões que muitas vezes são inverdades ou não são adequadas ao momento (CYPEL, 2007).

Partindo desse contexto, entende-se que a humanização e a atenção que a equipe de saúde deve ofertar a mulher é de extrema importância. Para concretizar essa ideia, trazemos a abordagem de Ferreira et al. (2016) quando o mesmo relata que a humanização do cuidado envolve a inserção da família, além disso, os profissionais devem preparar os pais a participarem do processo de cuidar.

A integralização do pai nesse processo de cuidado é um fator a ser considerado nessa perspectiva, tendo em vista que a mãe sofre ainda as consequências do puerpério, com uma gama de sentimentos e hormônios causando os impactos do pós parto, tudo isso deve ser considerado e levado aos pais, puérpera e familiares que muitas vezes não compreendem o momento delicado (LOPES et al., 2017).

Contudo, o cuidado humanizado não se restringe apenas ao período do puerpério, tal humanização deve ser tida como regra para todo e qualquer cuidado a ser oferecido pela equipe de saúde. Nesse sentido, vale mencionar o conceito de humanização que conforme o Ministério da Saúde (2020) é tido como a valorização dos usuários da saúde, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde como um todo. De forma a oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da criação de vínculos solidários, pautados por uma visão holística.

Para autores como Cypel (2007) a humanização deve partir da própria instituição hospitalar, a qual deve desempenhar um papel valorizando junto aos pais

a importância da presença, participação e acolhimento afetivo do RN já nesse período, transmitindo os ensinamentos das orientações tradicionais em relação à higiene da criança, amamentação e outras questões práticas.

#### **4. METODOLOGIA**

##### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

Esta pesquisa consiste em uma Revisão de Literatura Narrativa, com abordagem qualitativa. Conforme Bento (2012) a revisão da literatura é a parte vital do processo de investigação, pois envolve localizar, analisar, sintetizar e interpretar a investigação prévia, que normalmente estão disponíveis em revistas científicas, livros, actas de congressos, resumos, as quais devem estar relacionadas com a sua área de estudo, tudo contido em trabalhos já publicados sobre o tema específico. Salienta-se ainda que para uma boa revisão da literatura, é importante definir bem o problema, mas também para obter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos.

Sobre a revisão narrativa é válido mencionar que esta é baseada em publicações amplas apropriadas com a finalidade de descrever e discutir o desenvolvimento ou o 'estado da arte' de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual (Rother, 2007). Nesse contexto, está incluso os tipos de pesquisa, podendo ser quantitativa ou qualitativa. Nesse estudo utilizou-se o método de pesquisa qualitativa, a qual é descrita conforme Rodrigues et al. (2007) de forma em que as informações obtidas não podem ser quantificáveis, são analisados de forma contextual. Nesse tipo, a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa.

##### **4.2 PESQUISA NA LITERATURA CIENTÍFICA**

As bases de dados utilizadas como fonte de pesquisa foram google acadêmico, scielo, lilacs e bireme, de forma em que foram selecionados artigos dentro do intervalo de dez anos, compreendendo o período entre 2010 e 2020, contudo alguns menções relevantes que não estavam nesse intervalo de tempo foram mencionadas de forma eventual. Os descritores utilizados para realização das buscas foram: "enfermagem", "neonatologia", "salas de parto" e "cuidado".



A referida busca ocorreu nos meses de fevereiro a maio de 2020, conforme os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra online; disponíveis no idioma português; gratuitos; com ligação aos cuidados realizados na sala de parto pelo enfermeiro para o neonato. Em complemento, foram excluídos os artigos que não abordavam o assunto principal do presente estudo; disponíveis apenas em resumo ou que abordassem os cuidados realizados a outros grupos.

#### 4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Tendo em vista que o presente estudo não envolve pesquisa com humanos, ou riscos de constrangimentos morais, sendo baseada em estudos já publicados, não se fez necessário a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

### 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando uma abordagem mais abrangente, nos resultados e discussões desse estudo abordou-se desde a historicidade dos primeiros cuidados, a legislação voltada aos cuidados, que se iniciou graças as questões voltadas a imunização, além de abordar os primeiros cuidados e a humanização no nascimento, que precisa especialmente da atenção do profissional de saúde, em sua condição de cuidador.

#### DA HISTORICIDADE À ATUALIDADE ACERCA DOS PRIMEIROS CUIDADOS AO NEONATO

No contexto geral da evolução dos primeiros cuidados, é importante ressaltar a atuação da enfermagem na devida área, conforme Carmo (2010) as exigências da área neonatal trouxeram para a enfermagem o desafio de construir o conhecimento específico tendo como base o conhecimento fundamental. Naquela época, foi preciso investir, ampliar e construir muitos dos seus saberes para transformar o profissional de enfermagem em um especialista na área neonatal, reconhecido como peça importante para o alcance de um cuidado neonatal qualificado.

Outro ponto de suma relevância é a importância do aleitamento exclusivo, o qual teve sua importância concretizada na década de 80, quando em desacordo com as organizações governamentais e não governamentais as indústrias de leite artificiais

perderam a credibilidade. A partir daí, a importância da amamentação exclusiva ficou claramente estabelecida (GREGÓRIO e PADILHA, 2012).

Além disso, os mesmos autores citados acima, confirmam que também nessa época o aleitamento cruzado deixou de ser aconselhado, uma vez que, chegaram à conclusão de que isso poderia resultar na disseminação de doenças.

Assim, torna-se imprescindível que as orientações a puérpera sejam feitas, além dos momentos em consulta do pré-natal, nos primeiros momentos de vida do seu concepto, levando ao entendimento claro que o leite materno é essencial para a saúde e bom desenvolvimento do bebê.

Mais à frente, em meados da década de 90, Cruz et al. (2007) explica que surgiu no Rio de Janeiro, a Política de Humanização do Parto e Nascimento tendo como uma das estratégias a hierarquização da assistência ao parto, com a inclusão da assistência aos partos de baixo risco por enfermeiras especialista na obstetrícia.

Nesse momento, nota-se que as preocupações quanto ao olhar mais humano voltado para a gestante começam a surgir. Existe a necessidade de implantar uma política humanista, que permita a mulher a presença de seu/sua acompanhante, participação da família durante a gestação e entendendo o parto como o resultado de inúmeras emoções transcorridas das alterações hormonais que ocorrem durante o processo gestacional da mulher (GREGÓRIO e PADILHA, 2012).

Notando-se assim, a importância de abordar a paciente com modelo humanizado de saúde, uma vez que aquele momento requer atenção e cuidado redobrados tendo em vista a situação crítica em encontra-se a mulher.

Em meio a isto, e conforme Duarte et al. (2018), um evento que merece destaque é a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, promulgação da Constituição Federal de 1988. Com isso, o Brasil se tornou o maior país do mundo a possuir um sistema de saúde público embasado nos princípios da universalidade, equidade e da integralidade. Apesar dos percalços, devido à má organização do sistema pelos próprios governantes e profissionais, o SUS vem, ao longo dessas três décadas, tornando-se cada dia mais imprescindível na vida dos cidadãos brasileiros.

Conforme Barros (2017) já em 2000 o Brasil assumiu internacionalmente com mais 189 nações a meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio de reduzir em dois terços a mortalidade infantil existente de 1990 até 2015. A meta foi proposta pela Organização das Nações Unidas – ONU e atingida pelo Brasil, que conseguiu reduzir em 75% a mortalidade infantil. Vale salientar, que o desempenho do SUS foi essencial

na atenção básica desse mérito, tendo em vista que o mesmo propôs diversas políticas públicas que corroboraram para tal evolução.

O autor Pinheiro et al. (2016) esclarece que:

As políticas públicas de atenção à saúde da criança têm como objetivo a proteção, a promoção e a prevenção da mortalidade infantil e neonatal pautada na integralidade do cuidado e na busca da equidade social. São preconizados ao neonato e à mãe (através de programas, projetos, pactos e ações) atenção qualificada ao pré-natal, parto e puerpério (com promoção do contato mãe-bebê imediato); alojamento conjunto; identificação do recém-nascido de risco; primeira semana de saúde integral para mãe e recém-nascido (com a realização de visita domiciliar e triagem neonatal); incentivo ao aleitamento materno; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; imunização; aumento do número de leitos neonatais; melhora na estrutura física dos serviços; acesso e transporte; capacitação profissional (PINHEIRO et al., 2016, pág. 243).

Através disso, percebemos o quão importante foi a implantação do SUS para os cuidados com neonato, pois proporcionou as políticas públicas de saúde, as quais são voltadas não apenas para o neonato, mas para a puérpera, desde o descobrimento da gestação até o pós parto. Percebe-se assim que o SUS vem propor uma política de cuidado holístico para todos, a qual está em vigor até os dias atuais.

## O RECÉM-NASCIDO E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Seguindo sequência cronológica de eventos em cuidados com o recém-nascido, vale mencionar a criação do PNHPN (Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento) implantado através da Portaria nº.569 de 1/6/2000(15), com o objetivo primordial de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país. Baseia-se no direito 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, através da organização adequada dos serviços de saúde, assegurando a integralidade da assistência e com investimentos e custeios necessários (COSTA et al., 2010).

Dentre as políticas atuais direcionadas à atenção materno-infantil, tem-se também a Rede Cegonha que foi instituída a partir da portaria de no 1.459 de 24 de junho de 2011. Trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde para qualificação da atenção obstétrica-infantil, que dentre suas ações, propõe assegurar às mulheres

um planejamento reprodutivo e o direito à gravidez, parto e puerpério seguros e humanizados, assim como o direito às crianças ao nascimento seguro e humanizado, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRAGA e SENA, 2013).

Uma vez compreendendo a importância dos cuidados para com recém-nascido, foram desenvolvidas várias portarias, as quais objetivam adaptar as leis as circunstâncias atuais, a seguir são descritas algumas destas.

Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidade neonatal no âmbito do sistema único de saúde (BRASIL, 2012). 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 (BRASIL, 2014).

No âmbito geral de cuidados à criança tem-se a portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), descrevendo que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, entre outros, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2015)

Outra relevante portaria é a de nº 2.068, de 21 de outubro de 2016 que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto (BRASIL, 2016).

Como uma das estratégias de promoção, recuperação da saúde e bem-estar das crianças o Ministério da Saúde (MS) implantou, em 2005, para substituir o Cartão da Criança, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), que é utilizada para acompanhar as crianças desde o nascimento até os 10 anos de idade. Nela, são registrados dados como identificação, história obstétrica e neonatal, crescimento e desenvolvimento, assim como contém informações sobre o aleitamento materno e alimentação, saúde bucal, visual e auditiva e da vacinação. Contém ainda orientações sobre a promoção de saúde e prevenção de agravos como acidentes e violências domésticas (LIMA et al., 2016).

Outro método desenvolvido para cuidado a criança, é o Método Canguru, regulamentado pela portaria nº 1.683, como Política Nacional de Saúde, no Brasil, é necessário destacar que a humanização no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva

Neonatal (UTIN) é uma questão de importância crescente na qualidade da atenção ao recém-nascido. Portanto, humanização e qualidade da assistência não podem ser vistas como fenômenos dissociados (LAMY et al., 2005).

Além disso, existem ainda inúmeras cartilhas de orientação, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, por instituições da rede privada, unidades de ensino, dentre outras. Todas objetivando o cuidado integral e humanizado para com o recém-nascido, e conseqüentemente, propondo números satisfatórios no tocante a mortalidade infantil que nos anos passados era visto como um problema (LIMA et al., 2016).

## OS PRIMEIROS CUIDADOS AO NEONATO

No pós-nascimento imediato, após o acolhimento e cuidados iniciais mencionados no referencial teórico desta pesquisa, segue-se a sequência de cuidados com o clampeamento tardio do cordão umbilical, apesar de que a prática de clampear imediatamente é uma prática recomendada há muitos anos por vários especialistas. Nos últimos anos tem-se cogitado sobre o clampeamento tardio do cordão umbilical, tendo em vista que dessa forma ocorre a elevação das reservas de ferro no organismo do bebê, o que aumenta o volume sanguíneo deste recém-nascido mostrando-se uma importante estratégia para prevenir deficiência de ferro e anemia durante a infância (NAVARRO, 2016).

Atualmente, indica-se o clampeamento imediato, o qual é dado nos 60 segundos iniciais ao nascimento, quando é necessário realizar uma reanimação imediata no recém-nascido, quando não existe tal necessidade, é indicado que o clampeamento seja feito entre o 1° e o 3° minuto após o nascimento ou quando a pulsação do cordão umbilical cessa (SOBIERAY et al., 2019).

Logo após esse processo de contato pele a pele e clampeamento do cordão umbilical, o bebê é direcionado para outro cuidado necessário que se dá após o seu nascimento, onde é levado para um berço aquecido, afim de reduzir os riscos de hipotermia, é posicionado com uma colocação específica afim de que sejam realizados os demais procedimentos necessários para cada o momento futuro.

Para embasar cientificamente as colocações acima, vale salientar as menções do Ministério da Saúde (2011), onde é explicado que após o nascimento podem ser utilizados o contato pele a pele, campos aquecidos, fonte de aquecimento, incubadora

ou outro método seguro (ataduras, touca e meias). Além disso o bebê recém-nascido prematuro pode ser transportado dentro de um saco plástico, dentro da incubadora, para prevenir maior perda de calor e hipotermia.

O próximo passo de extrema importância é a aspiração, quando necessária, a mesma ocorre de forma a desobstruir as vias aéreas do neonato, utilizando aspirador a vaco. Em casos de aspiração de mecônio, por exemplo, existe um grande dilema a ser debatido pois há riscos de ocorrer a Síndrome de Aspiração de Mecônio (SAM) é uma causa frequente de morbimortalidade em neonatos, caracteriza-se por uma vasta amplitude do grau de insuficiência respiratória e é causada pela inalação de mecônio para o interior dos pulmões do feto ou recém-nascido (CARVALHO et al., 2020).

Partindo desse contexto, é válido ressaltar o conceito de mecônio, o qual é entendido como um material de cor esverdeada, composto por líquido, resíduos teciduais e pelos do feto, além de muco e sais, normalmente aparece na 34<sup>a</sup> semana da gestão. O mecônio pode ser liberado no líquido amniótico por um estresse levando e dessa forma, o feto pode aspirar essa substância (SIMÕES et al., 2019).

Assim, é necessário que o profissional de saúde responsável por esses primeiros cuidados, esteja atento aos sinais do neonato afim de identificar as anormalidades, se houverem, existentes com intuito de evitar possíveis complicações, como no caso da ingestão do mecônio, como mencionado anteriormente.

Em casos como esse, é necessário realizar a aspiração das vias aéreas para remover o mecônio. É importante frisar ainda sobre a oferta de oxigênio, quando necessário, segundo Grandó e Vieira (2002) o estabelecimento da respiração é fundamental para a sobrevivência e a manutenção da integridade do RN.

Então, quando há alguma falha no processo de respiração, pode-se necessitar de um tratamento específico, a falta de oxigenação pode levar a problemas sérios, como insuficiência respiratória ou ao óbito. Dentro desse contexto de vitalidade, é importante mencionar o índice de Apgar, este determina parâmetros vitais do recém-nascido, podendo variar entre 0 e 10, utilizando os parâmetros exposto abaixo na figura 1.

Figura I – Índice de Apgar

Sinal	0	1	2	1 min.	5 min.	10 min.	15 min.	20 min.
Frequência Cardíaca	Ausente	<100bpm	>100bpm					
Esforço Respiratório	Ausente	Irregular	Regular					
Tônus Muscular	Flacidez total	Alguma flexão extremidades	Boa movimentação					
Irritabilidade Reflexa	Ausente	Alguma reação	Espirros					
Cor	Cianose/palidez cutânea	Corpo róseo Extremidades cianóticas	Corpo e extremidades róseos					
			<b>TOTAL</b>					

Fonte: Ministério da Saúde (2011).

Ainda conforme o Ministério da Saúde (2011) as classificações mencionadas acima podem resultar da seguinte forma, quando apresenta resultado entre 0 a 3 significa a presença de asfixia grave, quando estão entre 4 a 6 significa asfixia moderada e por fim de 7 a 10 representa a boa vitalidade do recém-nascido.

Outro cuidado necessário é a realização da vitamina K, esta é administrada para todo recém-nascido logo depois do seu nascimento e após sete dias de vida, para profilaxia da doença hemorrágica do recém-nascido. Além disso, logo após o nascimento também é imprescindível que o recém-nascido receba uma dose única da vacina BCG contra a tuberculose e a primeira dose da vacina da hepatite B, o quadro vacinal só deverá ser atualizado com 2 meses (FABRETTI et al., 2018).

Além de todos esses cuidados, são verificadas as medidas antropométricas do neonato e realizado a identificação do mesmo, a qual é respaldada através do Estatuto da Criança e do Adolescente (artigo 10 do capítulo 1), onde é regulamentada a identificação do recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Tendo em vista que todos os cuidados imediatos para com o neonato foram mencionados durante o capítulo, é importante frisar que esses cuidados são administrados pela equipe multiprofissional de saúde, a qual é composta por técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, além de outros presentes nas diferentes realidades do sistema de saúde (FABRETTI et al., 2018).

Ao entregar o recém-nascido a mãe são passadas instruções quando a higiene, alimentação da mesma e do concepto, sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, atividade sexual e deambulação (CARMO, 2014). Todas essas orientações

devem ser repassadas de forma humanizada e permitindo que mãe questione em caso de dúvidas para que não apresente problemas futuros.

O repasse dessas informações é importante ainda para desmistificar algumas orientações errôneas passadas para as mães, especialmente as que são gesta 1, que não tiverem a experiência de outra gravidez, outro conceito para doar cuidados e atenção, nisso, percebe-se que até às informações simples devem ser esclarecidas com cuidado e total atenção.

Conforme o Manual da Neonatologia (2015), o pré-termo é toda criança nascida antes da 37<sup>a</sup> semana, já o a termo é aquele nascido entre a 38<sup>a</sup> e a 40<sup>a</sup> semana e 6 dias, o a termo tardio que é da 41<sup>a</sup> semana a 41<sup>a</sup> e 6 dias e o pós termo que é da 42<sup>a</sup> a frente. Os autores Risso e Nascimento (2010) explicam ainda que os recém-nascidos só serão encaminhados a Unidade de Terapia Intensiva – UTI apenas em casos complexos, como mal sucessão da aspiração do mecônio, conceptos que nascem pré-termo, asfixia e situações adversas durante o parto que não serão solucionadas nos próximos minutos de vida.

Quando o recém-nascido nasce pré-termo, normalmente, existe a necessidade de aspirá-lo, conforme Muller e Zampiere (2014) a aspiração deve ser feita apenas em casos que o RN apresente dificuldades respiratórias.

Como são bebês que necessitam de um cuidado dobrado, Lajes et al. (2014, pág. 04) explica que “de acordo com a resposta mostrada mediante a avaliação, o profissional de saúde deve encaminhar o RN ao alojamento conjunto, a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) ou a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)”, nesse cenário o enfermeiro ou o próprio neopediatra irá comunicar a equipe da unidade a qual o recém-nascido será encaminhado, afim de repassar as especificações sobre o neonato e precaver a equipe sobre a necessidade do leito.

Outra questão a ser discutida sobre o bebê pré-termo, é a perda de calor que ocorre rapidamente, podendo diminuir de 2 a 3° C no decorrer da primeira meia hora de vida diante disso, assim, nota-se a necessidade de utilizar berço de calor radiante permanentemente ligado em 35-36° C, além de manter a porta da sala de atendimento fechada, usar saco de polietileno no corpo, manter temperatura da sala de reanimação em 24-27° C, transferir para a unidade de internação em incubadora de transporte previamente aquecida em 35-37° C e manter saco fechado durante todo atendimento do prematuro (SOARES et al., 2020).



Em casos em que o conceito é a termo, não existe a necessidade de cuidados especiais, realizados na próprio hospital, nesse caso o RN que nasce em boas condições de vitalidade deve ter seus cuidados voltados a ser secado, aquecido, avaliar sua vitalidade e bem-estar e entregá-lo à mãe para um contato íntimo e precoce, todos os procedimentos habituais devem ser realizados após o contato da mãe com seu filho (MULLER e ZAMPIERE, 2014).

Diferente das situações em que o recém-nascido é pré-termo ou pós-termo, na condição de a termo não são apresentadas peculiaridades conforme as demais, contudo há uma necessidade de acompanhar o neonato, verificando o nível glicêmico, além de acompanhar a mamada eficaz.

Quando trata-se de nascimento pós termo, conforme o Ministério da Saúde (2011) o feto poderá apresentar pele seca descamando, alongamento das unhas, uma grande quantidade de fios de cabelo, rugas acentuadas nas palmas das mãos e plantarias dos pés, falta de deposição de gordura e pele manchada de verde ou amarelo por mecônio. Nessa situação, é de competência da equipe multiprofissional realizar a aspiração do mecônio tendo em vista os riscos adjuntos.

## HUMANIZAÇÃO NO NASCIMENTO

Através do exposto ao longo deste estudo, nota-se que humanização deve ser oriunda da instituição que oferta os serviços de saúde, porém devem estar presente no âmbito geral, entre os profissionais e familiares. Com essa coparticipação, é mais concreto dizer que o desenvolvimento do recém-nascido se dará de forma esperada.

Uma vez que toda equipe multiprofissional de saúde irá repassar seus devidos conhecimentos aos familiares e a puérpera, para que estes possam usufruir de todas as experiências adquiridas na unidade de saúde (FABRETTI et al., 2018).

Um exemplo a ser seguido, no tocante aos ensinamentos humanizados tidos na maternidade é as condições oferecidas pelo método canguru. Conforme Junior et al. (2019) a implementação desse método inicia-se logo após o nascimento do bebê pré-termo ou de baixo peso, onde é estimulado o contato pele a pele entre a mãe e filho, de forma em que esse contato aconteça de forma gradativa até o que o bebê ganhe o peso adequado.

Trazendo uma abordagem mais complexa do método canguru, Lopes et al. (2017) explica que o método foi desenvolvido em 1978, na Colômbia, com o intuito de

diminuir a lotação das unidades hospitalares por meio da alta hospitalar precoce de recém-nascidos prematuros clinicamente estáveis. Já no Brasil, só foi implantado em 2000, com intuito de aumentar o contato mãe e filho e promover cuidado humanizado. O mesmo autor complementa ainda que o método deve ser realizado pelo adulto, preferencialmente a mãe, de forma a manter o RN sobre o seu peito, na posição vertical e em decúbito ventral, estando a criança com a mínima quantidade de vestimentas, visando promover o contato pele a pele.

Apesar de mencionado como um método indicado para os casos em que o conceito nasce com baixo peso ou antes do período esperado, o mesmo pode ser utilizado para os atermos e pós termos que encontrem-se em situações estáveis de saúde, tendo em vista que propõe vários benefícios, além do contato pele a pele (LOPES et al., 2017).

Dessa forma, cabe salientar alguns dos benefícios desse método, conforme explica Silva e Guariglia (2013) estes estão ligados à melhora da qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoativos do RN, ao apoio e equilíbrio emocional, desenvolvimento na movimentação espontânea e tônus muscular, estímulo ao aleitamento materno precoce, ganho de peso, atenua estresse, dor e o tempo de choro, além de elevar o relacionamento da família com a equipe multiprofissional de saúde.

Autores como Cardoso et al. (2006) explicam que a implementação do método em questão é possível tanto em pequenas maternidades quanto em hospitais de referência. Contudo, exige preparo da equipe multidisciplinar, protocolos adaptados às condições locais, preparo da mãe, acomodações confortáveis para a mãe e estrutura para o seguimento ambulatorial após a alta hospitalar.

Para que ocorra da forma recomendada e sejam alcançados os objetivos esperados, Ferreira et al. (2019) explica que existem etapas a serem seguidas.

A primeira etapa inicia-se no pré-natal da gestação de alto risco, seguido da internação do recém-nascido na UTIN e/ou na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal. Nesses espaços, ocorrem o acolhimento da família e a primeira aproximação dos pais e familiares com seus bebês. A segunda etapa inicia-se com o encaminhamento do RN para a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa). Nessa fase, os pais são convidados a estarem juntos aos seus filhos em tempo integral, dispensando cuidados diários sob a supervisão e orientação da equipe de saúde, em particular da equipe de enfermagem. Na terceira etapa, o bebê recebe alta para o domicílio, caso atenda aos critérios de estar com o peso mínimo de 1.600 g, esteja apto a sugar o seio materno de forma efetiva e a mãe sentir-se segura e motivada, para a realização dos cuidados domésticos, e que tenha a

condição de recorrer à unidade hospitalar em caso de urgência (FERREIRA et al., 2019, pág. 02).

A partir desse entendimento, torna-se claro que o método propõe aos pais a princípio uma aproximação, após isso um contato mais extenso e a partir de então originam-se as experiências que serão de grande importância para o cuidado dia a dia em casa do recém-nascido após a alta do mesmo.

Um aspecto que deve ser valorizado dentro do método canguru é o processo de aleitamento materno. Isto porque, nas condições de prematuridade, o leite torna-se um forte aliado para a recuperação do bebê, auxiliando no seu desenvolvimento biológico e psicológico, e ao se colocar o bebê em posição canguru, fazendo contato com o corpo da mãe, ele encontrará o seio materno (SOUTO et al., 2014).

Todo esse processo de humanização e políticas que concretizam o cuidado humanizado, estão diretamente ligados a equipe multiprofissional de saúde, pois são esses profissionais que fazem o cuidado humanizado ser realidade e tornam diariamente, através de seus atos, o modelo tecnicista algo obsoleto, priorizando um modelo humanista e holístico.

Contudo, falar em humanização, no que se refere a própria equipe de saúde, enquanto escuta e participação coletiva da gestão, sem mencionar o trabalhador com sobrecarga de funções e de atividades, muitas vezes, com jornada dupla ou tripla de trabalho, geradoras de estresse físico e emocional, pode ser irônico e efetivamente desumano, tendo em vista os desafios enfrentados pela equipe (FONTANA, 2010).

Apesar de priorizar a humanização para os pacientes, muitas vezes os profissionais encontram-se exaustos e sem capacidade para assumir o plantão, isso devido à sobrecarga existente no serviço. Nesse sentido, a ênfase é voltada para a importância do trabalho em equipe, cujo é sinal de humanização dentro dos serviços a serem oferecidos a população (SOUTO et al., 2014).

Conforme o autor Peduzzi et al. (2016) o trabalho em equipe representa um dos principais pilares para uma assistência integral na saúde. Dessa forma, uma abordagem integral dos usuários do serviço pode ser facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes de saúde como um todo e favorecer uma ação interdisciplinar.

Nesse sentido, compreende-se que a humanização possibilita um cuidado específico, capaz de gerar mudanças tanto para o conceito quanto para seus familiares no geral, no entanto, a humanização é pautada também na integralidade e,

dessa forma, é essencial que a equipe de saúde desenvolva as atividades em plena harmonia, afim de proporcionar um cuidado inigualável para um momento tão delicado quanto o período da gestação para a parturiente.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através do presente estudo, foi possível concluir que os cuidados imediatos prestados aos recém nascido são extremamente importantes, sendo considerados como indispensáveis, pois a falta destes podem causar danos graves a saúde do concepto, e da própria gesta.

Salienta-se ainda que, o presente estudo propõe uma grande contribuição para o meio acadêmico, uma vez que traz um compilado de ideias, de diferentes autores, explanando sobre os primeiros cuidados e como os mesmos devem ser administrados, cabendo nesse contexto a necessidade de abordar o modelo de cuidado humanizado, tendo em vista que tal modelo propõe um cuidados mais holístico e atencioso, extremamente necessário.

Acredita-se que a pesquisa dispõe de grandes contribuições pois é tida como acervo bibliográfico para estudos referente aos cuidados imediatos prestados ao recém-nascido, além de explicar ainda sobre as situações que cercam este assunto, as quais envolvem a gesta e os acompanhantes. Tendo alcançado o objetivo, concretiza-se a relevância do mesmo.

## REFERÊNCIAS

BARROS, Geiza Martins. Os cuidados imediatos ao recém-nascido saudável de parto vaginal nos diferentes modelos de atenção ao nascimento. 2017. 109 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

BENTO, A. Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. **Revista JA** (Associação Acadêmica da Universidade da Madeira), v. 7, n. 65, p. 42-44, 2012.

BRAGA, P.P.; SENA, R.R. Avanços na atenção ao prematuro e a continuidade da assistência: reflexão sobre rede de cuidados. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.** 2013 set/dez; 3(3):899-908.

BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Ministério da Saúde. Brasília, 2011. 4 v. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas).

BRASIL. **Decreto Lei Nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.html)>

BRASIL. **Lei Nº 6.259, de 30 de Outubro de 1975.** Disponível em: <[planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6259.html](http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.html)>

BRASIL. **Lei Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990.** Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>>

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da criança: orientações para implementação.** Brasília, 2018. 180 p.

BRASIL. **Portaria Nº 1.130, de 5 de Agosto de 2015.** Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)>

BRASIL. **Portaria Nº 2.068, de 21 de Outubro de 2016.** Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068\\_21\\_10\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html)>

BRASIL. **Portaria Nº 371, de 7 de Maio de 2014.** Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html)>

CARDOSO, A.C.A.; et al. Método mãe-canguru: aspectos atuais. **Rev. Pediatria** (São Paulo) 28(2). 2006.

CARMO, Cláudia Maria Alexandre. O despertar de uma especialidade a enfermeira na história da neonatologia do instituto Fernandes Figueira 1985 - 1998. 2010. 114 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CARMO, Cacilda Maria Ferreira. Proposta de implementação de orientações de alta pós-parto a puérperas adolescentes realizada pela enfermeira obstétrica: uma estratégia para construção de rede. 2014. 19 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

CARVALHO, A.S.; et al. Mortalidade por síndrome de aspiração meconial em recém-nascidos no estado do Pará, região norte do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 5, p. e2743-e2743, 2020.

COSTA, H.P.F. Tempo de permanência hospitalar do recém-nascido a termo saudável. **Documento científico. Departamento de Neonatologia – Sociedade Brasileira de Pediatria**. 2012.

COSTA, R.; et al. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **Rev Eletrônica Hist Enferm** (2010): 55-68.

CRUZ, D.C.S.; et al. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista Escola da Enfermagem da USP**. 2007; 41(4):690-7.

CYPEL, S. A humanização no atendimento ao recém-nascido: a importância das relações interpessoais e a organização neurobiológica. **Einstein**. 2007; 5(1):69-73.

DUARTE, E.; et al. 30 anos do sistema único de saúde. **Rev. Saúde Epidemiol.**, Brasília, 27(1):e00100018, 2018.

FABRETTI, S.C.; et al. Rastreadores para a busca ativa de eventos adversos a medicamentos em recém-nascidos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. 817, 2018.

FERRAZ, A.R; GUIMARÃES, H. História da neonatologia no mundo. **Sociedade Portuguesa de Pediatria**, Secção de Neonatologia, 2000.

FERREIRA, D.O.; et al. Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 4, 2019.

FERREIRA, J.H.P. Equipe de enfermagem e promoção do cuidado humanizado em unidade neonatal. **Rev Rene**, v. 17, n. 6, p. 741-749, 2016.

FONTANA, R.T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 11, núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 200-207 Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil.

GRANDO, L.; VIEIRA, C.S. Oxigenoterapia: o conhecimento da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 4, n. 2, p. 14 – 21, 2002.

GREGÓRIO, V.R.P. PADILHA, M. I. História do cuidado ao recém-nascido na maternidade Carmela Dutra - Florianópolis-SC/Brasil (1956-2001). **Esc Anna Nery** (impr.) 2012 abr-jun; 16 (2):354-362.

JUNIOR, J.J.L.; et al. Método canguru: cuidado humanizado no período puerperal. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 17, n. 3, p. 44-50, 2019.

LAGES, C.D.R.; et al. **Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva**. 2014.

LAMY, Z.C.; et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-método canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 659-668, 2005.

LIMA, L.G.; et al. A utilização da caderneta de saúde da criança no acompanhamento infantil. **Rev Bras Ciênc Saúde**, v. 20, n. 2, p. 167-74, 2016.

LOPES, T.R.G.; et al. Humanização dos cuidados ao recém-nascido no método canguru: relato de experiência. **Rev enferm UFPE**, Recife, 11(11):4492-7, nov., 2017.

MANUAL DE NEONATOLOGIA. **Aspectos neonatais**. Secretária de Estado da Saúde. Brasil, 2015.

MATOS, T.A.; et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: contato precoce pele a pele entre mãe e filho: Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 nov-dez; nov-dez; 63(6): 998-1004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de humanização: Humaniza SUS**. Brasil, 2020. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizausus>>

MÜLLER, E.B.; ZAMPIERI, M.F.M. Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no centro obstétrico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 247-256, 2014.

NAVARRO, Carla Rochane Peres. O que diz a literatura sobre o clampeamento tardio do cordão umbilical no recém-nascido a termo: argumentos para implementação de boas práticas. 2016. 32 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2016.

NETO, J.A.; RODRIGUES, B.M.R.D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto Contexto Enferm**. 2010 [cited 2012 Jun 30]; 19 (2): 372-7.

OLIVEIRA, I.C.S.; RODRIGUES, R.G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2005 Out-Dez; 14(4):498-505.

PEDUZZI, M.; et al. Trabalho em equipe e prática colaborativa. In: Paulina Kurcgant. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem. 3a ed.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 103-114.

PINHEIRO, J.M.F.; et al. Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no rio grande do norte, brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 243-252, 2016.

RISSO, S.P; NASCIMENTO, L.F.C. Fatores de risco para óbito em unidade de terapia intensiva neonatal, utilizando a técnica de análise de sobrevivência. **Revista Brasileira de terapia intensiva**, v. 22, n. 1, p. 19-26, 2010.

RODRIGUES, R.G.; OLIVEIRA, I.C.S. 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**, v. 06, n. 02, p. 286-291, 2004.

RODRIGUES, W.C.; et al. **Metodologia científica**. Faetec/IST. Paracambi, p. 01-20, 2007.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta paul. Enferm** 2007; 20(2):v-vi.

SANTOS, I.C.M.; et al. Cuidados imediatos ao recém-nascido: visão do técnico de enfermagem. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 12, n. 2, 2019.

SCOCHI, C.G.S. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. **Acta Paul Enferm.**, v. 9, n. special issue, p. 91-101, 1996.

SILVA, A.R.E.; GUARIGLIA, D.A. Método canguru e os benefícios para o recém-nascido. **Hórus**, v. 8, n. 2, p. 1-10, 2017.

SIMÕES, D.R.; et al. Síndrome de aspiração meconial: fatores de risco e a assistência de enfermagem. **Anais eletrônico CIC**, v. 17, n. 17, 2019.

SOARES, T.; et al. Prevalência da hipotermia na primeira hora de vida de prematuros com peso ≤ 1500g. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. SPE, 2020.

SOBIERAY, N.L.E.C.; et al. Relação entre o tempo de clampeamento do cordão umbilical e incidência de icterícia neonatal e níveis de hematócrito em recém-nascidos a termo saudáveis. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 64, n. 2, p. 88-92, 2019.



SOUTO, D.C.; et al. Método canguru e aleitamento materno: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Ciência & Saúde**, v. 7, n. 1, p. 35-46, 2014.