



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENFE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARIA NAIANY QUEIROZ DA SILVA

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DA EQUIPE DE SAÚDE DURANTE OS
CUIDADOS AO NEONATO NA SALA DE PARTO**

CUITÉ - PB

2024

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DA EQUIPE DE SAÚDE DURANTE OS
CUIDADOS AO NEONATO NA SALA DE PARTO**

MARIA NAIANY QUEIROZ DA SILVA

Projeto de pesquisa apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa para análise e parecer, bem como à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité, como pré-requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos

CUITÉ - PB

2024

S586p Silva, Maria Naiany Queiroz da.

Prática assistencial da equipe de saúde durante os cuidados ao neonato na sala de parto. / Maria Naiany Queiroz da Silva. - Cuité, 2024.
50 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2024.

"Orientação: Profa. Dra. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos".

Referências.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Neonatologia. 3. Sala de parto. 4. Neonato – sala de parto. 5. Cuidados com neonato. 6. Neonato – prática assistencial. 7. Classificação hierárquica descendente. 8. Centro de Educação e Saúde. I. Santos, Nathanielly Cristina Carvalho de Brito. II. Título.

CDU 616-083-053.2(043)

MARIA NAIANY QUEIROZ DA SILVA

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DA EQUIPE DE SAÚDE DURANTE OS
CUIDADOS AO NEONATO NA SALA DE PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, do Centro de Educação e Saúde, da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

APROVADO EM: 01/10/2024.

BANCA EXAMINADORA:



Documento assinado digitalmente

NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO S

Data: 07/10/2024 10:31:12-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito
Santos

(Orientadora – UFCG)



Documento assinado digitalmente

ALANA TAMAR OLIVEIRA DE SOUSA

Data: 10/10/2024 17:29:50-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Alana Tamar Oliveira de Sousa

(Membro interno – UFCG)



Documento assinado digitalmente

LUCIANA DANTAS FARIAS DE ANDRADE

Data: 11/10/2024 07:57:53-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Luciana Dantas Farias de Andrade

(Membro externo – UFPB)

RESUMO

SILVA, M.N.Q. Prática assistencial da equipe de saúde durante os cuidados ao neonato na sala de parto. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Cuité, PB, 2024.

Objetivo: Conhecer a prática assistencial da equipe de saúde durante os cuidados ao neonato na sala de parto. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo observacional, realizado com 18 profissionais de saúde vinculados à assistência ao neonato, desenvolvida em uma unidade hospitalar Regional na Paraíba, no período de maio a junho de 2024. Os critérios de inclusão foram: todos os profissionais da saúde diretamente envolvidos na assistência ao recém-nascido na sala de parto; e de exclusão: profissionais que não compareçam à entrevista após três agendamentos consecutivos, e aqueles que estiverem de férias e/ou licença no momento da coleta de dados. Para a coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado. Os dados foram processados no software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq), cuja análise textual ocorreu por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), seguida da Análise de Conteúdo de Bardin. O referido projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, sob parecer nº 6.699.794, e CAAE: 77262523.9.0000.0154. **Resultados:** No dendrograma, a temática analisada obteve dois eixos, A e B. O A apresenta uma ramificação composta pelas classes 6, com 50 ST (16,23%) e 1, com 60 ST (19,48%). O eixo B apresenta duas ramificações e uma das ramificações apresenta ainda sub ramificações, sendo a primeira composta pelas classes 5, com 39 ST (12,66%) e 4, com 61 ST (19,81%) e a segunda composta pelas classes 3, com 52 ST (16,88%) e 2, com 46 ST (14,94%). Na sequência, foram elencadas duas categorias temáticas: Fragilidades da equipe na organização, avaliação e execução dos cuidados ao neonato; e Entraves para a assistência qualificada ao neonato. **Conclusão:** Foi possível compreender que a prática assistencial da equipe de saúde durante os cuidados ao neonato na sala de parto, possui uma série de fragilidades relacionadas ao conhecimento dos profissionais tanto para a assistência aos neonatos com boa vitalidade como para os com necessidade de reanimação. Sugerindo, realização de estudos mais amplos, bem como, a implementação de programas de capacitações, adesão de protocolos institucionais norteadores de cuidados imediatos, mediato e com necessidade de reanimação.

PALAVRAS-CHAVE: Neonato, Salas de Parto, Pessoal de Saúde

ABSTRACT

SILVA, M.N.Q. Healthcare team's care practice during newborn care in the delivery room. 2024. Undergraduate Course Completion Work (Bachelor's Degree in Nursing) – Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Cuité, PB, 2024.

Objective: To understand the healthcare team's care practice during newborn care in the delivery room. **Method:** Qualitative, descriptive, observational study, carried out with 18 healthcare professionals linked to neonatal care, developed in a regional hospital unit in Paraíba, from May to June 2024. The inclusion criteria were: all healthcare professionals directly involved in newborn care in the delivery room; and exclusion criteria: professionals who do not attend the interview after three consecutive appointments, and those who are on vacation and/or leave at the time of data collection. A semi-structured interview script was used for data collection. The data were processed using the software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq), whose textual analysis occurred through the Descending Hierarchical Classification (CHD), followed by Bardin's Content Analysis. The aforementioned research project was approved by the Human Research Ethics Committee of the Center for Education and Health of the Federal University of Campina Grande, under opinion no. 6,699,794, and CAAE: 77262523.9.0000.0154. **Results:** In the dendrogram, the analyzed theme obtained two axes, A and B. A presents a branch composed of classes 6, with 50 ST (16.23%) and 1, with 60 ST (19.48%). Axis B has two branches and one of the branches also has sub-branches, the first being composed of classes 5, with 39 ST (12.66%) and 4, with 61 ST (19.81%) and the second composed of classes 3, with 52 ST (16.88%) and 2, with 46 ST (14.94%). Next, two thematic categories were listed: Weaknesses of the team in the organization, evaluation and execution of care for the newborn; and Obstacles to qualified care for the newborn. **Conclusion:** It was possible to understand that the care practice of the health team during care for the newborn in the delivery room has a series of weaknesses related to the knowledge of the professionals both for the care of newborns with good vitality and for those in need of resuscitation. Suggesting the carrying out of broader studies, as well as the implementation of training programs, adherence to institutional protocols guiding immediate, mediate and in need of resuscitation care.

KEYWORDS: Neonate, Delivery Rooms, Health Personnel.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre se fazer presente em minha vida, por me permitir a honra de trilhar esse caminho, por ouvir as orações da pequenina que por tantas noites lhe pediu conforto e forças para enfrentar seus medos e angústias, por guiá-la em cada decisão e ajudá-la superar cada obstáculo, mesmo que alguns parecessem invencíveis, por seu infinito amor e cuidado. Toda honra e graças a Ti, Senhor.

Aos meus pais, Josimar Azevêdo da Silva e Lucineide Queiroz da Silva, por terem me incentivado desde pequena a sonhar e buscar edificar cada sonho e que mesmo com tantas dificuldades, sempre acreditaram e estiveram dispostos a fazer o possível para me ajudar. Obrigada, “painho” e “mainha”, por todo amor e afeto, por serem meu alicerce e os principais responsáveis por tudo isso e pela pessoa que me tornei. Essa conquista dedico a vocês!

Aos meus amados irmãos, Maria Nataly, por ser um exemplo de força e dedicação, por nunca se deixar abalar mesmo quando as coisas não estão sendo fáceis, e Natan, por sempre ser companheiro, amável e carinhoso. Vocês fazem parte de mim e do meu coração, são os melhores presentes que Deus colocou em minha vida.

Aos meus avós maternos, Abel Felipe e Antônia Pontes, por sempre me desejarem o melhor, por me colocar em suas orações e acreditarem no meu potencial.

Aos meus avós paternos, Benedito Fialho (*in memoriam*) e Josefa Avelina (*in memoriam*), meus eternos “Vovô Capitão e Vovó Zefinha”, minha gratidão, por toda proteção, momentos e ensinamentos que me proporcionaram.

A toda minha família, tias, tios, e primos, por sempre permanecerem ao meu lado durante esse período e que contribuíram diretamente ou indiretamente na minha educação.

Especialmente, a Verônica Queiroz, a quem tenho muita admiração! Por ser um exemplo de autenticidade e determinação, por sua constante presença e disposição a ajudar, por toda atenção, afeto e descontração. Obrigada tia!

Aos meus padrinhos, Gilvan Pimenta e Maria Lúcia, por todo amor e carinho, pelos conselhos e incentivos proporcionados, pela torcida. Vocês são incríveis, amo vocês.

A minha prima Janaíse, por ter estado ao meu lado desde o início do curso. Por abrir a porta de seu quarto e compartilhar seu espacinho comigo, por todo apoio e confiança, por todas as risadas, conversas e momentos que tivemos juntas. Sua presença sempre será importante para mim. Desejo que você continue brilhando e realizando todos os seus sonhos.

A meu namorado Ruan, que mesmo aparecendo agora na reta final, seu apoio e carinho têm sido uma luz. Sua vontade de me ver concluir essa etapa me enche de motivação e força.

Cada palavra sua, cada gesto de carinho, fazem toda a diferença e me lembram do quanto você é especial para mim. Obrigada por acreditar em mim e por estar ao meu lado nesse momento tão importante.

Aos meus amigos e colegas de turma, Djanilza, Marcos e Wanessa, por estarem ao meu lado durante toda essa caminhada. Vocês me ajudaram e me motivaram de maneiras únicas e às vezes até engraçadas, me fortaleceram em momentos que nunca imaginei passar. Estou muito feliz por ter compartilhado cada momento dessa etapa com vocês, levarei para sempre cada um em meu coração. Amo vocês!

Ao meu lindo amigo Igor Renner, por ser fonte de luz e inspiração em minha vida, por demonstrar tanto o bem que sente por mim, pelo orgulho que tem da nossa amizade, por todos os nossos momentos, pelos anos de amizade, os quais sempre faz questão de ao me apresentar para alguém, deixar claro a quantidade. Já perdi as contas das vezes que me fez chorar com suas mensagens inesperadas, sempre me desejando coisas maravilhosas e aplaudindo cada conquista. Obrigada, Iguinho!

A minha querida orientadora, Prof^a. Dr^a. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos, por ter confiado na minha capacidade, por sua serenidade, que mesmo sem saber, por tantas vezes me tranquilizou. Obrigada pela paciência e dedicação depositada durante esse trajeto, por tanto conhecimento partilhado, e principalmente por ser fonte de inspiração para mim. Foi uma honra tê-la como orientadora!

Agradeço à banca examinadora as professoras Alana Tamar e Luciana Dantas, por terem aceitado participar e ajudar também neste processo final do meu trabalho de conclusão de curso. E, por fim, agradeço a toda comunidade que compõe a Universidade Federal de Campina Grande, por meio do Centro de Educação e Saúde - Campus Cuité – PB, por todos os ensinamentos repassados durante a graduação.

Verás um caminho difícil demais
Verás tempestades que te assustarão
Mas quando o sonho é de Deus ninguém destruirá
Se ele prometeu, também cumprirá
Tenha paciência e saiba esperar
O melhor de Deus virá

(Deixa Deus Sonhar Em Ti - Frei Gilson)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 Evolução histórica da neonatologia	16
3.2 Assistência ao recém-nascido com boa vitalidade	18
3.3 Assistência ao neonato que necessita de reanimação	20
4 METODOLOGIA	22
4.1 Tipo de estudo	22
4.2 Cenário de pesquisa	22
4.3 População e amostra	23
4.4 Critérios de inclusão e exclusão	23
4.5 Instrumento utilizado para coleta de dados	23
4.6 Procedimento para coleta de dados	24
4.7 Procedimento para análise de dados	25
4.8 Aspectos éticos	26
6 DISCUSSÃO	36
8 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE A	46
APÊNDICE B	48
APÊNDICE C	50
ANEXO A	51
ANEXO B	52

1 INTRODUÇÃO

O Recém-Nascido (RN) é definido como o ser de até 27 dias, 23 horas e 59 minutos de vida. É considerado frágil devido às sucessivas alterações vivenciadas na adaptação à vida extrauterina, e, por isso, necessita de cuidados específicos e uma assistência integrada desde o nascimento até a alta hospitalar (Rezer; Silva; Faustino, 2022).

Na vida extrauterina, o RN assume as funções vitais que anteriormente eram desempenhadas pela placenta na vida intrauterina. Portanto, fisiologicamente, cada um é marcada por parâmetros diferentes, o que exige uma assistência individual, realizada pela equipe multiprofissional e transdisciplinar, que atue com foco em minimizar o impacto causado por essa transição, e assegurar vínculo entre, o binômio (mãe e bebê) (Gomes; Silva, 2021).

No intuito de oferecer uma assistência adequada e de melhor qualidade ao neonato, o Ministério da Saúde (MS) disponibilizou o manual de atenção ao recém-nascido e a Portaria 371/2014, a qual institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no Sistema Único de Saúde (SUS) (Pereira *et al.*, 2021).

Nesse contexto, ressalta-se a importância de cuidados imediatos realizados nas duas primeiras horas de vida, e mediatos, após duas horas, com o objetivo de diminuir as taxas de mortalidade durante esse período, pois o período neonatal precoce, ou a primeira semana, é o de maior vulnerabilidade à mortalidade. Entretanto, reduzir esse risco é um desafio complexo, devido a necessidade de estratégias para melhorar a qualificação da assistência durante o pré-natal e, inclusive, durante o parto. Esses cuidados são fundamentais, pois visam principalmente criar as condições ideais para que o recém-nascido se adapte com sucesso à vida fora do útero materno (Silva; Lélis, 2021).

Considera-se como cuidados necessários para uma assistência de qualidade nas duas primeiras horas de vida: 1. Organização do ambiente, recepção e aquecimento do RN; 2. Exame físico sumário e boletim de Apgar, para identificar através da inspeção, as condições fisiológicas, respiratórias, cardiocirculatórias, irritabilidade reflexa, tônus muscular e malformações, avaliando a vitalidade ao nascer, no 1º e no 5º minuto de vida; 3. Promover o contato pele a pele entre o binômio; 4. Clampeamento oportuno do cordão umbilical, realizado de 1 a 3 minutos, ou até parar de pulsar; 5. Realizar aspiração se necessário; 6. Estimular a amamentação na primeira hora de vida (golden hour), para o qual, os profissionais envolvidos, devem possuir curso de treinamento no apoio e abordagem ao aleitamento materno, contendo uma carga horária de pelo menos 20 horas;

7. Identificar o neonato; 8. Pesar, realizando o registro na Caderneta da Criança, no prontuário e na pulseira de identificação, antes da saída da sala operatória/sala de pré-parto (Silva; Lélis, 2021).

Além disso, considera-se como parte desses cuidados, a profilaxia da síndrome hemorrágica neonatal com administração da vitamina K em até 3 horas após o nascimento (Brasil, 2023), e a profilaxia oftálmica, que deve ser realizada em até 4 horas após o nascimento, conforme prescrição médica, em qualquer tipo de parto. Sendo indicado, iodopovidona a 2,5% (colírio) considerando sua menor toxicidade quando comparado ao nitrato de prata a 1%. Pode ser indicado também, a pomada de eritromicina a 0,5% ou a tetraciclina a 1%, sendo, o nitrato de prata a 1% utilizado apenas na ausência de eritromicina ou tetraciclina (SBP, 2020).

Os cuidados ao neonato após as duas primeiras horas de vida, podem incluir: 1. Triagem de glicemia capilar, quando houver o risco de hipoglicemia, após completar uma hora de vida; 2. Obtenção das medidas antropométricas; 3. Imunização com as vacinas BCG e anti-hepatite B; 4. Exame físico minucioso, realizado até antes de completar 12 horas de vida, para observar a atividade, intensidade do choro, movimentação e estado de hidratação; 5. Higienização do coto umbilical; 6. O banho, a partir de 24 horas do nascimento; 7. Realização dos exames de triagem neonatal (Vieira *et al.*, 2024).

Embora a maioria nasça com boa vitalidade, alguns neonatos precisam de intervenções para que seus pulmões passem a realizar a oxigenação adequada dos demais órgãos e sistemas, em substituição a função placentária. Dentre as condições em que há necessidade de intervir está a hipóxia ou asfixia ao nascer. Esta pode resultar em alterações metabólicas, bem como agravamento do quadro clínico e, até mesmo, o óbito neonatal. Portanto, para evitar este desfecho, faz-se necessário a realização de procedimentos de reanimação neonatal (SBP, 2021).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), as diretrizes para a realização da reanimação neonatal incluem: 1. Preparo da assistência ofertada pelos profissionais de saúde e da sala de parto; 2. Clampeamento do cordão umbilical, executado em <30 segundos para os RN <34 semanas de Idade Gestacional (IG), e <60 segundos para aqueles com ≥ 34 semanas, atentando-se para o clampeamento tardio do cordão e retardo do início dos procedimentos de reanimação, a depender dessa IG; 3. Passos iniciais da reanimação neonatal; 4. Avaliar o RN durante a estabilização, com monitoramento da frequência cardíaca, respiração e Saturação de Oxigênio (SatO₂); 5. Utilização da Pressão de distensão contínua de vias aéreas (CPAP) na sala de parto, atentando para as especificidades para

uso; 6. Utilização de Ventilação por Pressão Positiva (VPP) e os equipamentos necessários; 7. Realização da massagem cardíaca, quando a ventilação não consegue reverter o quadro de asfixia; 8. Medicamentos a serem administrados, sendo a veia umbilical é a via mais indicada para administração pela absorção mais rápida; 9. Questões relacionadas aos aspectos éticos; 10. Realização do transporte do neonato (SBP, 2020).

Estima-se que, no mundo, aproximadamente 10% dos RN, ou cerca de 13 milhões de crianças a cada ano, necessitam de alguma intervenção para o início da respiração e que cerca de 1% requer técnicas mais avançadas de ressuscitação, incluindo as compressões torácicas, intubação e administração de medicamentos para estimular a sobrevivência (Szyld *et al.*, 2021). No mesmo contexto, estudos epidemiológicos recentes indicam que cerca de 2,5 milhões morrem a cada ano e, inclusive no Brasil, a asfixia tem sido a causa mais frequente, o que leva a uma parada cardiorrespiratória (PCR) ou pulmonar (PCP) (COREN-SP, 2023).

O Programa de Reanimação Neonatal da SBP, aponta que cerca de 2 a cada 10 não choram ou não respiram, 1 a cada 10 neonatos necessita de VPP para iniciar e/ou manter respiração efetiva; 1-2 a cada 100 precisa de intubação traqueal, e 1-3 a cada 1.000 requer reanimação avançada, sendo, intubação, massagem cardíaca e medicações. No Brasil, a estimativa é de que 500 mil RN por ano estão suscetíveis a algum destes procedimentos para iniciar e/ou sustentar a respiração após o nascimento, devendo ser realizados no primeiro minuto de vida, denominado “minuto de ouro” (SBP, 2022).

Mas, tão importante quanto o procedimento é a atuação da equipe, que deve ser executada de maneira efetiva e de acordo com as preconizações atualizadas dos órgãos responsáveis. Considerando que todos os cuidados necessários envolvem desde o preparo da sala de parto até o pós-nascimento, faz-se necessário que as intervenções oferecidas ao binômio sejam de excelência, por equipe de profissionais capacitados, habilitados e com conhecimento técnico-científico, comunicação eficiente e colaboração uns com os outros, bem como execução das etapas necessárias (Biswas *et al.*, 2021).

Apesar das diretrizes implementadas, ainda é possível se deparar com fragilidades, relacionadas à atuação da equipe de saúde frente a esses cuidados na sala de parto. Estudo descritivo observacional realizado com 24 recém-nascidos em duas salas de parto de dois hospitais municipais de médio porte localizados na Região Norte do Mato Grosso, evidenciou que as principais vulnerabilidades estão associadas à falta de contato precoce entre a mãe e bebê, à não conclusão completa da avaliação de Apgar, à aspiração das vias aéreas sem necessidade clínica e à falta de identificação imediata na sala de parto. Sendo

esses fatores que podem resultar em possíveis erros ou confusões prejudiciais ao binômio ao longo do processo (Rezer; Silva; Faustino, 2022).

Para além dos cuidados ao neonato saudável, estudos revelam que há fatores que influenciam diretamente na assistência ao neonato necessitado de reanimação, como falta de equipes treinadas, equipamentos ou técnicas não utilizadas pela equipe. A falta de conhecimento em fisiologia neonatal e condutas assistenciais, bem como habilidades de ventilação com máscara facial consideradas fracas, são exemplos de fragilidades existentes na assistência ao neonato na sala de parto, evidenciando assim a necessidade de capacitações e educação continuada com os profissionais de saúde (Rocha *et al.*, 2022).

Diante do exposto, visando contribuir para melhor conhecimento sobre os cuidados destinados aos neonatos, surge o seguinte questionamento: Como se dá a assistência durante os cuidados imediatos e mediatos ao recém-nascido saudável, bem como ao neonato que precisa de reanimação, e quais os obstáculos existentes para efetivação dessa prática?

Sendo assim, o referido estudo justifica-se pela relevância de se compreender como a equipe multiprofissional de saúde do serviço hospitalar de um município do Curimataú Paraibano realiza a assistência de cuidados imediatos e mediatos ao recém-nascido com boa vitalidade, pois entre a maioria dos estudos já publicados referentes a essa temática denota-se a não adesão das boas práticas ao nascimento dada pelos profissionais de saúde presentes na sala de parto; bem como, ao neonato que necessita de reanimação, pois observa-se que se faz necessário que os profissionais envolvidos sigam as diretrizes e normas estabelecidas pelos protocolos de reanimação neonatal, uma vez que, muitas das vezes, as mesmas não são executadas corretamente, diminuindo, dessa forma, a qualidade e a efetividade da assistência.

Dessa forma, é possível reconhecer a importância de se avaliar a qualidade de trabalho dos profissionais de saúde envolvidos e as habilidades técnicas que possuem, bem como compreender as funções exercidas por cada um no cuidado ao neonato na sala de parto, promover adesão do uso de boas práticas e diretrizes recomendadas pelo protocolo da SBP durante a assistência nas primeiras horas de vida e favorecer reflexão sobre a importância da assistência de cuidados adequados ao recém-nascido.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a prática assistencial da equipe de saúde durante os cuidados ao neonato na sala de parto.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os profissionais de saúde participantes do estudo;
- Evidenciar a estrutura física e organizacional dos cenários de assistência ao neonato;
- Investigar como ocorre a prática assistencial nos cuidados imediatos e mediatos ao neonato com boa vitalidade, e com necessidade de reanimação pelos profissionais de saúde participantes do estudo;
- Identificar os obstáculos que podem comprometer a qualidade da prática assistencial neonatal.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Evolução histórica da neonatologia

A história da neonatologia surgiu há muitos séculos atrás, na época os neonatos não possuíam visibilidade médica, os cuidados prestados eram realizados por pessoas que assistiam aos partos, estas, na maioria das vezes, eram mulheres que possuíam experiências e habilidades difundidas ao longo de gerações entre mulheres. Tais cuidados eram baseados por crenças religiosas e místicas da sociedade e a mulher que assistia ao parto era tida como um ser que possuía o conhecimento de manipular plantas medicinais, sendo que na maioria das vezes agiam fora das formalidades da lei (Ferraz; Guimarães, 2005). Em 1850, o trabalho dessas mulheres passou a ser remunerado, entretanto, após a Guerra da Criméia (1854) com a participação de Florence Nightingale, tais atividades passaram a ser substituídas por enfermeiras (Scochi; Costa; Yamanaka, 1996).

O século XIX caracterizou-se pela percepção das altas taxas de mortalidade infantil, e da desesperança de sobrevivência de prematuros por serem considerados, devido suas vulnerabilidades, seres menos adaptáveis e fracos. Consoante a isso, se agregou um sentimento de receio na Europa, levando, portanto, a queda nas taxas de natalidade. Nesse contexto, surge o primeiro movimento pela saúde da criança com o intuito de preservar a vida de todas as crianças entre os anos de 1870 e 1920, trazendo consigo algumas vantagens como, por exemplo, a prática do cuidado preventivo, ampliação de maternidades e fabricação de incubadoras (Rodrigues; Oliveira, 2004).

Em 1878, Stéphane Etienne Tarnier, professor e obstetra parisiense, idealizou a construção de uma incubadora semelhante a uma chocadeira de aves e em 1880 ela foi instalada na Maternidade de Paris, na França. Há relatos que com o uso da incubadora a taxa de mortalidade foi reduzida de 66% para 38% entre neonatos pesando menos de 2000g (Lusky; Cifuentes; Siddappa, 2005).

Nessa perspectiva, ainda no século XIX, considerou-se o início da neonatologia moderna com o obstetra francês Pierre Budin, que estendeu suas preocupações com os RN para além da sala de parto. Budin, em 1892, foi responsável pela criação de um ambulatório de puericultura no Hospital Charité, em Paris, como também desenvolveu princípios e métodos indispensáveis para a formação da base da medicina neonatal. Levando assim a busca pela compreensão de problemas materno e neonatal (Rodrigues; Oliveira, 2004).

Ainda no mesmo século, ocorreram novas evoluções no tratamento obstétrico e neonatal. Em 1896 um aluno de Budin, Martin Coney, foi enviado a Berlim, para

exposição da incubadora modificada de Tarnier, a qual, os neonatos despertam um interesse patológico da população. Coney, viajou com essa exposição para os Estados Unidos, foi considerado o primeiro a oferecer cuidados especializados a bebês prematuros e em quatro décadas Coney conseguiu evitar a morte de 5.000 prematuros com o uso de incubadoras (Sá Neto; Rodrigues, 2010).

Por outro lado, em Viena, o médico Carl Credé introduziu o uso de nitrato de prata na profilaxia da oftalmia neonatal, e Willian Little, um cirurgião ortopedista inglês, foi responsável por relacionar a paralisia cerebral com o trauma do nascimento. Um obstetra chamado John Baleantyne introduziu o pré-natal e associou que as doenças maternas ocasionadas durante a gestação afetam a saúde e o desenvolvimento do feto (Rodrigues; Oliveira, 2004).

No século XX, o pediatra Julius Hess, com colaboração da enfermeira Evelyn Lundeen, foi responsável por criar o Hospital Michael Reese, sendo o primeiro centro de tratamento para recém-nascidos prematuros. Além disso, Julius também desenvolveu a incubadora Hess e, na mesma época, os hospitais Sarah Morris e Michael Reese Hospital obtiveram progressos em técnicas assépticas, serviços de transporte neonatal e alimentação por via nasal (Lusky; Cifuentes; Siddappa, 2005).

A partir de avanços técnico-científicos na área da neonatologia, houve a criação de novos centros de cuidados e disponibilização de equipamentos adequados para assistência a saúde dos recém-nascidos, com isso foi possível que as taxas de mortalidade fossem reduzidas, bem como controlar a infecção hospitalar, mantendo o isolamento estrito do RN na maternidade. Além disso, outros avanços foram registrados quanto aos cuidados respiratórios, passando a garantir assistência mais específicas aos neonatos em unidades especializadas (Rodrigues; Oliveira, 2004).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), no Brasil, o processo de organização do cuidado perinatal em rede para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) foi iniciado com a Portaria MS/GM nº 569, 1º de junho de 2000, em que se instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do SUS. Em seguida, a partir da Portaria MS/GM nº 4279, de 30 de dezembro de 2010, foi regulamentado o modelo de redes de atenção à saúde, visando conseguir princípios de qualidade na assistência, como a equidade, integração e abrangência do cuidado, efetividade e eficiência (SBP, 2018).

A Portaria MS/GM nº 1459, de 24 de junho de 2011, que instituiu o programa “Rede Cegonha”, estabelece o modelo de atenção perinatal, padronizando os

procedimentos de atendimento às gestantes e aos recém-nascidos, bem como a organização dos atendimentos ambulatorial e hospitalar. As normas para organização da assistência neonatal hospitalar integrada foram estabelecidas por meio da Portaria MS/GM nº 930, de 10 de maio de 2012, a mesma estabelece as diretrizes e objetivos para a organização da assistência em unidades de cuidados neonatais de forma progressiva e estabelece critérios para a classificação e qualificação de leitos neonatais em hospitais. Posteriormente, a Portaria MS/GM nº 1.130, de 15 de agosto de 2015, regulamenta e sistematiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (SBP, 2018).

Nos últimos vinte anos, algumas das principais políticas e programas implementados no Brasil para proteger a gravidez, o parto, o recém-nascido e a criança que permanecem em vigor incluem: Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); Programa de Assistência à Saúde Perinatal; Política de Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); Princípios e diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco; Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru); Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil; Rede Cegonha e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (SOBEP, 2021).

Atualmente, com a implementação das políticas e dos programas voltados para os cuidados e assistência integral e humanizada aos neonatos, é possível que sejam realizadas intervenções por todos os profissionais da equipe multiprofissional, desde a sala de parto, visando garantir a promoção de saúde e a prevenção de doenças que podem acometer o binômio durante a fase perinatal (Melo *et al.*, 2021).

3.2 Assistência ao recém-nascido com boa vitalidade

A assistência ao neonato inicia-se desde o período anterior ao parto e deve se estender ao alojamento conjunto ou à unidade neonatal e posterior alta hospitalar. Tendo como uma das práticas assistenciais a humanização do parto, que envolve a ideia de uma abordagem mais centrada no ser humano em relação a esse acontecimento, reconhecendo-o como uma experiência genuinamente humana. Dessa forma, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento tem como objetivo não apenas aprimorar o acesso, a abrangência e a qualidade do atendimento durante o pré-natal, mas também a assistência

prestada durante o parto e o período pós-parto tanto para as mães quanto para os bebês (Schott *et al.*, 2022).

Se, ao nascer, o recém-nascido estiver a termo (com uma idade gestacional de 37 a 41 semanas), estiver respirando ou chorando e demonstrar um bom tônus muscular em uma posição de flexão, independentemente das condições do líquido amniótico, isso indica uma boa vitalidade do bebê. Nesse caso, é apropriado que o bebê permaneça ao lado de sua mãe após o clampeamento do cordão umbilical na sala de parto. Enquanto o recém-nascido está com a mãe, é importante fornecer calor, manter as vias aéreas desobstruídas e continuar avaliando sua vitalidade de forma contínua (SBP, 2021).

O Ministério da Saúde do Brasil orienta que os cuidados com um recém-nascido de baixo risco imediatamente após o parto devem se limitar ao mínimo necessário. Isso implica em manter a temperatura corporal do recém-nascido dentro da faixa de normotermia, que varia de 36,5 a 37,5°C, é importante garantir que a temperatura ambiente na sala de parto esteja entre 23 e 26°C. Além disso, deve-se secar o corpo e a cabeça do bebê com compressas aquecidas e colocá-lo em contato pele-a-pele com a mãe, cobrindo-o com um tecido de algodão seco e aquecido. Sendo fundamental, cuidar para que as vias aéreas do bebê estejam desobstruídas, evitando qualquer flexão ou hiperextensão do pescoço, e verificando se não há excesso de secreções na boca e no nariz. Inicialmente, é importante avaliar a frequência cardíaca (FC) usando um estetoscópio no precórdio, bem como verificar o tônus muscular e observar a respiração ou o choro do bebê. Posteriormente, de forma contínua, é necessário observar a atividade, o tônus muscular e a respiração ou o choro do recém-nascido (Goés *et al.*, 2021).

No entanto, é importante destacar que no Brasil ainda persistem práticas de assistência invasivas realizadas em recém-nascidos que apresentam boa vitalidade na sala de parto, tais como o uso de oxigênio inalatório e a utilização de incubadoras, bem como procedimentos de aspiração das vias oro nasofaríngeas, gástricas e traqueais, que ocorrem com frequência elevada. Em contrapartida, o contato pele a pele precoce e a promoção do aleitamento materno na sala de parto ainda não atingem os níveis desejados. Nesse contexto, o modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil continua a ser caracterizado como tecnocrático, focado principalmente nos profissionais de saúde e baseado em intervenções que, em muitos casos, são inadequadas e desnecessárias (Schott *et al.*, 2022).

3.3 Assistência ao neonato que necessita de reanimação

A asfixia perinatal, consequência da falta de oxigenação adequada durante o nascimento e nos primeiros minutos de vida, quando realizados diagnóstico e tratamento precoces, possui alto potencial de prevenção de óbito neonatal (Daripa *et al.*, 2013). Nesse sentido, a reanimação neonatal surge como uma recomendação para evitar o óbito, como também sequelas neurológicas causadas pela asfixia perinatal e é constituída por técnicas baseadas em evidências científicas que permitem aos profissionais de saúde prestar assistência imediata e especializada aos neonatos, que necessitam de suporte para adaptação cardiorrespiratória adequada, na vida extrauterina (Catagua *et al.*, 2022).

No Brasil, a prematuridade e anomalias congênitas consistem nas primeiras causas básicas de mortalidade de crianças menores de 5 anos, deixando a asfixia perinatal em terceiro lugar (SBP, 2022). No entanto, diversos estudos realizados no país apontam que, a realização de intervenções de saúde pode evitar o óbito infantil decorrente destas principais causas de morte na infância (Kale *et al.*, 2019).

Para executar as boas práticas assistenciais no nascimento é necessário realizar o clampeamento tardio ou precoce e ordenha do cordão umbilical no RN a termo ou pré-termo tardio e no prematuro <34 semanas de IG, segundo a obstetrícia e neonatologia. Além disso, após atualizações, estimula-se a realização do clampeamento tardio do cordão umbilical tanto no RN a termo como no prematuro com boa vitalidade ao nascer, entre 1 e 3 minutos, seguindo as técnicas assépticas. No entanto, em relação ao neonato que necessita de reanimação não há evidências suficientes para fazer recomendações, evidenciando-se a necessidade de ensaios clínicos para avaliar essa estratégia (SBP, 2022).

Os RN pré-termo (RNPT) são mais vulneráveis aos procedimentos de reanimação, devido ao surgimento de lesões (SBP, 2022). Segundo estudo transversal, a necessidade de reanimação em sala de parto é mais frequente nos RNPT moderados (32 a 36 semanas e 6 dias) em comparação aos tardios (34 e 36 semanas e 6 dias). Esses RN constituem aproximadamente 10% do total de nascidos vivos no Brasil, possuem imaturidade em diferentes particularidades e, na maioria das vezes, necessitam mais de hospitalização relacionada a problemas respiratórios (Descovi *et al.*, 2020).

Além disso, outro fator associado a reanimação de prematuros moderados e tardios é a presença de malformações congênitas. Em concordância com a SBP, há uma maior prevalência de reanimação em recém-nascidos prematuros, que apresentam algum tipo de

malformação, descobertas de forma precoce, durante o pré-natal, ou não (Melo *et al.*, 2021).

São estipuladas condutas específicas para a reanimação neonatal, de acordo com as necessidades do RN, como sendo <34 semanas ou ≥ 34 semanas de IG. A partir disso, a SBP conta com dois protocolos para ambos os casos, evidenciando as especificidades de acordo com a IG. As etapas de ambos os fluxogramas consistem em intervenções executadas a partir de cada resposta do RN, atentando para particularidades, buscando o retorno do funcionamento cardiopulmonar (Santos *et al.*, 2021).

A equipe que realiza assistência na sala de parto e, por conseguinte, ao neonato que precisa ser reanimado, deve ser treinada e composta por pelo menos um profissional capacitado para realizar as etapas iniciais, incluindo ofertar VPP e um profissional disponível e capacitado para realizar a reanimação completa. É necessário que a equipe seja formada de pelo menos 4 profissionais para reanimação complexa e em alguns casos pode ser apropriado que toda a equipe de reanimação esteja presente antes do parto, a depender dos fatores de risco envolvidos (Balest, 2022).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, de abordagem qualitativa. O estudo descritivo observacional visa descrever as características de um determinado fenômeno e podem ser conduzidas sob a forma de quatro tipos de estudo: série de casos, estudo de corte transversal, estudo de coorte e estudo caso-controle (Fontelles *et al.*, 2009). Além disso, é possível realizar o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos sem que haja interferências do pesquisador, no intuito de evidenciar com que frequência o fenômeno acontece ou como é a estrutura e funcionamento de determinado sistema, método, processo ou realidade operacional (Nunes; Nascimento; Alencar, 2016).

A respeito da abordagem qualitativa, visa o desenvolvimento da pesquisa a partir de fatos, ideias ou opiniões, bem como do entendimento e interpretações que se atribui aos dados descobertos, associados ao problema de pesquisa, desconsiderando-se aspectos numéricos em termos de regras matemáticas e estatísticas (Soares, 2019).

4.2 Cenário de pesquisa

A pesquisa será desenvolvida em uma unidade hospitalar regional, localizada no interior da Paraíba. A escolha por este cenário é justificada por ser um responsável por assistir uma população e também ser campo de ensino para cursos da área de saúde de próximos uma Instituição Federal de Ensino Superior, tornando-se, dessa maneira, um espaço propício para realizar pesquisas na área da saúde e contribuir para melhorias na qualidade da assistência.

De maneira geral, a rede de atenção à saúde do município é organizada em assistências de Atenção Primária à Saúde (APS), ofertando Unidades Básicas de Saúde rurais e urbanas; serviços de média complexidade, incluindo Consórcio Intermunicipal de Saúde, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Atenção Psicossocial, Hospital Regional, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Serviço de Assistência Médica de Urgência (SAMU).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), são 331 profissionais atuantes no serviço hospitalar regional e de modo geral, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, administração e apoio (CNES, 2023).

Além disso, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2022, a população residente nos municípios estimava-se em 18.333

peessoas. Dados do ano de 2020, destacam a situação de ambos os municípios em relação ao número de nascimentos e óbitos infantil, apresentando 257 vivos e a taxa de mortalidade infantil foi de 27,24 por mil nascidos vivos (IBGE, 2023). Sendo esses dados importantes, para avaliar a saúde infantil e as condições de vida nas respectivas regiões, bem como para monitorar o progresso das políticas de saúde relacionadas à mortalidade infantil.

4.3 População e amostra

Fizeram parte da pesquisa 18 profissionais de saúde, trabalhadores dos serviços hospitalar do município, incluindo médicos (obstetra, clínico geral e anestesista), enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem (parteiras, circulantes e auxiliares), que atuam diretamente nos cuidados assistenciais ao neonato na sala de parto. A amostra incluirá aqueles que atenderem aos critérios de inclusão e exclusão. Dessa forma, possibilitando investigar a experiência e os conhecimentos desses profissionais no contexto do atendimento neonatal na sala de parto.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão são: ser profissional da saúde diretamente envolvido na assistência ao recém-nascido na sala de parto incluindo médicos (pediatra, obstetra, clínico geral e anestesista), enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem (parteiras e circulantes). E os critérios de exclusão: profissionais que não compareçam à entrevista após três agendamentos consecutivos, e aqueles que estiverem de férias e/ou licença no momento da coleta de dados.

4.5 Instrumento utilizado para coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizado o seguinte instrumento:

1) um roteiro semiestruturado para guiar a entrevista, contendo duas partes: uma com dados de caracterização dos participantes (codinome, idade, sexo, formação e tempo de formação e tempo de formação, pós-graduação, área e tempo de pós-graduação, capacitação e especialização em reanimação neonatal; tempo de especialização; e conhecimento acerca do protocolo de reanimação e do formulário da SBP de Materiais e Procedimentos); e outra com questões norteadoras referentes ao tema da pesquisa: 1- Fale para mim como a equipe se organiza para prestar os cuidados ao neonato com boa vitalidade e com reanimação, na sala de parto; 2- Relate para mim, quais os equipamentos

e materiais necessários para a assistência ao neonato com boa vitalidade e com necessidade de reanimação; 3- Descreva como são realizados os cuidados de rotina ao neonato com boa vitalidade desde o seu nascimento, bem como a assistência ao neonato com necessidade de reanimação (Pode pensar em um caso que você atuou ou visualizou); 4- Fale para mim se existem dificuldades para você e a equipe, no processo de cuidado ao neonato na sala de parto, e também diante da necessidade de reanimação, e quais são elas.

4.6 Procedimento para coleta de dados

Os dados da pesquisa foram coletados no período de 29 de maio de 2024 a 27 de junho de 2024, após o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) aprovar o projeto, e ocorreu em duas etapas.

Na primeira etapa, os participantes foram recrutados a partir de uma visita prévia aos locais de pesquisa escolhidos. Cada profissional era abordado, convidado a participar da pesquisa e apresentado ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com detalhes da pesquisa, riscos e benefícios. Após aceitação, este documento era assinado em duas vias, uma ficando sob posse do participante e a outra com a pesquisadora. Neste momento foi agendado o cronograma para a realização da entrevista. Sendo ainda, realizada posteriormente a mesma dinâmica para os profissionais que não estavam presentes no dia anterior.

Na segunda etapa da entrevista, foi utilizada a técnica de entrevista guiada por roteiro semiestruturado, adaptado à disponibilidade de horário de cada participante. As entrevistas foram realizadas individualmente em sala/lugar mais reservado no próprio ambiente de trabalho, com o objetivo de proporcionar maior conforto ao entrevistado, minimizar ruídos e garantir uma comunicação clara, além de assegurar que a gravação fosse audível. Essas medidas visaram promover um ambiente de confiabilidade e respeito durante todo o processo.

Durante a entrevista, foi utilizada mídia digital para a gravação, após autorização inclusa no TCLE, conforme exigência da Resolução nº 510/2016 dos princípios éticos das pesquisas Humanas e Sociais. A duração média da entrevista foi de dez minutos, porém foi respeitado o tempo de fala do participante, permitindo maior aprofundamento da entrevista, além de melhor apreensão sobre o objeto do estudo. Para manter o sigilo e anonimato, será utilizado codinomes para identificação de cada participante, sendo utilizada a letra “P”

relacionando-se com os profissionais de saúde, seguido do número, de acordo com a sequência da pesquisa (P1 a P18).

Ao encerrar a entrevista, foi realizada transcrição na íntegra em documento word, no intuito de garantir a fidedignidade das informações. O corpus gerado será armazenado em um dispositivo eletrônico local “*pendrive*”, durante cinco anos, não sendo disponibilizado, em hipótese alguma, em qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem" de qualquer dispositivo, no intuito de reduzir o risco de tornar-se público.

4.7 Procedimento para análise de dados

Para o processamento dos dados das entrevistas foi utilizado o software gratuito IRAMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), desenvolvido em 2009 por Pierre Ratinaud.

Trata-se de um software de análise textual, que funciona ancorado ao programa estatístico R e permite fazer análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas de indivíduos por palavras. Os resultados dessas análises demonstram a posição e a estrutura das palavras em um texto, ligações e outras características textuais, que permitem detectar indicadores e, assim, visualizar intuitivamente a estrutura e ambientes do texto a ser analisado (Klant; Santos, 2021).

No presente estudo foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), baseado no método proposto por Reinert (1990), o qual constitui um conjunto textual centrado em um único tema. De acordo com este método, a partir de cálculos realizados pelo software, classifica-se segmentos de textos de acordo com seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é distribuído conforme a frequência das palavras (Camargo; Justo, 2013).

A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo de Bardin (1977), a qual é dividida em três procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo dos discursos: pré-análise, na qual realiza-se a organização dos dados com o objetivo de constituir o corpus da pesquisa, utilizando a leitura flutuante, bem como organizando o material de acordo com a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, formulação da hipótese e objetivos e definição das unidades de registro, podendo ser palavra-chave ou frase; exploração do material, fase na qual o corpus estabelecido deverá ser estudado mais profundamente, ocorre quando todas as fases da pré-análise são

concluídas e será utilizada apenas uma aplicação sistemática das decisões que foram tomadas. É uma fase longa e cansativa, corresponde a procedimentos de codificação, decomposição ou enumeração tendo a função de regras pré-estabelecidas; e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação com base em inferências previstas no quadro teórico, última etapa do processo de análise, na qual os dados coletados serão tratados de maneira que possam ser significativos (Mendes; Miskulin, 2017).

4.8 Aspectos éticos

O presente projeto de pesquisa será cadastrado na Plataforma Brasil e submetido para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A pesquisa atenderá aos critérios de bioética estabelecidos pela Resolução nº 466/2012, por se tratar do envolvimento de seres humanos, além da garantia de anonimato dos participantes e o sigilo dos dados confidenciais.

O referido projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, sob parecer nº: 6.699.794, e CAAE: 77262523.9.0000.0154.

É de conhecimento que pesquisas envolvendo seres humanos oferecem riscos, mesmo que mínimos. Isto pode acarretar ao participante desconforto ou constrangimento que surja diante da presença da pesquisadora e quaisquer questionamentos realizados pela mesma, bem como sentir que sua privacidade está sendo invadida, podendo demonstrar sentimento de angústia, inquietude, ansiedade, choro e/ou medo de perder o emprego, além de vontade de finalizar a entrevista.

Sendo assim, visando o respeito, dignidade, liberdade e autonomia dos participantes e não causar ou, pelo menos, reduzir prováveis danos, será adotada pela pesquisadora postura acolhedora e compreensível, permanecendo imparcial diante do que será visualizado escutado, bem como apresentar esclarecimentos, quando solicitados, para melhor compreensão e expressão da sua vivência.

Diante disso, o participante será deixado à vontade, para esclarecer seu papel conforme rotina assistencial, não sendo interrompido de forma alguma, para quaisquer questionamento. Salienta-se que a participação é voluntária, bem como será garantido ao participante o direito de desistir ou interromper a colaboração na pesquisa em qualquer momento desejável, sem necessidade de nenhuma explicação, penalização ou prejuízos socioeconômicos.

Dentre os benefícios advindos da pesquisa, evidencia-se a contribuição de forma direta para sensibilizar os profissionais de saúde acerca da importância dos cuidados adequados ao neonato, incluindo a reanimação neonatal adequada, além de alicerçar a realização de educação permanente e continuada em saúde, permitindo uma assistência humanizada, integral e qualificada que possa contribuir para prevenção da morbimortalidade neonatal e infantil, e a promoção à saúde da criança. Assim também contribuirá positivamente na formação profissional da pesquisadora enquanto enfermeira.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 18 profissionais de saúde, incluindo três médicos, sete enfermeiros e oito técnicos de enfermagem, que contribuíram com suas perspectivas e experiências sobre a assistência da equipe nos cuidados prestados ao neonato na sala de parto, diante do nascimento. Foram quatro participantes do sexo masculino e quatorze do sexo feminino, com idade entre 25 e 61 anos, e tempo de formação entre 2 e 33 anos. Entre estes, 10 afirmaram possuir pós graduação em áreas distintas (obstetrícia, anestesiologia, urgência e emergência, Unidade de Terapia intensiva - UTI, oncologia, estética, saúde pública, saúde da mulher e saúde mental), com tempo de formação entre 8 meses e 30 anos. Ademais, 12 afirmam possuir capacitação em reanimação neonatal, sendo 11 em Assistência Pré-Hospitalar (APH) e um em curso de reanimação; e cinco afirmaram não ter capacitação. Sobre possuir conhecimento acerca do protocolo de reanimação, 15 responderam sim e três responderam não, entre eles quatro afirmaram conhecer apenas o básico. Quanto a possuir conhecimento acerca do formulário da Sociedade Brasileira de Pediatria acerca dos materiais e procedimentos, nove participantes responderam sim, cinco responderam não e quatro afirmaram ter pouco conhecimento.

O corpus total foi gerado a partir de 18 textos, separados por 329 recortes de segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 308 STs (93,62%), 11.120 ocorrências (palavras, fórmulas ou vocábulos). No dendrograma, a temática analisada obteve dois eixos, A e B. O A apresenta uma ramificação composta pelas classes 6, com 50 ST (16,23%) e 1, com 60 ST (19,48%). O eixo B apresenta duas ramificações e uma das ramificações apresenta ainda sub ramificações, sendo a primeira composta pelas classes 5, com 39 ST (12,66%) e 4, com 61 ST (19,81%) e a segunda composta pelas classes 3, com 52 ST (16,88%) e 2, com 46 ST (14,94%).

Figura 1. Dendrograma de distribuição das classes segundo a Classificação Hierárquica Descendente. Cuité, Paraíba, Brasil, 2024.

The diagram shows a hierarchical classification of words into six classes. The classes are defined by their meaning in the context of neonatal care:

- CLASSE 6:** Avaliação da vitalidade e estado geral do neonato
- CLASSE 1:** Cuidados imediatos ao neonato
- CLASSE 5:** Dificuldades na assistência ao neonato
- CLASSE 4:** Necessidade de qualificação da assistência
- CLASSE 3:** Fragilidades na organização
- CLASSE 2:** Organização da equipe diante da assistência

CLASSE 6			CLASSE 1			CLASSE 5			CLASSE 4			CLASSE 3			CLASSE 2		
PALAVRA	*f	X ²	PALAVRA	*f	X ²	PALAVRA	*f	X ²	PALAVRA	*f	X ²	PALAVRA	*f	X ²	PALAVRA	*f	X ²
Chorar	15	68,93	Mãe	24	67,66	Não	106	41,93	Dia	11	46,19	Ficar	52	33,34	Realizar	8	34,04
Choro	8	42,38	Neonato	36	21,61	Pediatra	22	37,58	Falar	15	35,97	Sala	35	28,26	Avaliar	7	17,99
Cianótico	6	31,58	Cabeça	5	21,01	Falta	4	27,95	Muito	40	35,85	Berço	6	19,26	Preparar	5	16,94
Observar	5	26,23	Tirar	11	20,62	Sentir	6	27,64	Vez	34	14,22	Chamar	22	18,52	Ajudar	4	11,51
Cá	6	11,45	Descer	9	20,09	Até	10	20,94	Dizer	28	13,75	Parteiro	21	15,17	Também	40	11,16
Logo	7	8,82	Peso	12	17,62	Anestesista	33	18,77	Como	46	10,02	Bloco	5	14,43	Mais	48	9,04
			Levar	8	16,14	Morrer	4	14,24	Agora	15	7,16	Auxiliar	14	11,46	Precisar	35	24,23
			Aspirar	18	15,86	Saber	29	13,78	Aqui	43	7,15	Parto	23	8,77	Só	54	4,3
			Sim	11	14,18	Contar	8	10,35	Saber	29	6,62	Hora	14	7,05	Tudo	33	2,52
			Corte	6	8,69	Existir	5	10,3	Dentro	10	5,93	Aquecido	8	12,18	Já	70	3,01
			Pedir	8	4,88	Profissional	5	10,3	Forma	5	5,17	Setor	14	3,71			
			Só	54	4,3	Então	62	4,84	Tender	5	5,17						
			Dar	28	3,15	Nunca	15	2,8	Setor	14	4,91						
									Tudo	33	4,26						
									Ali	9	3,54						

*f = frequência; X² = qui-quadrado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Com base na análise e compreensão das classes, foi possível denominá-las como: Classe 1: Cuidados imediatos ao neonato; Classe 2: Organização da equipe diante da assistência; Classe 3: Fragilidades na organização; Classe 4: Importância da assistência qualificada; Classe 5: Dificuldades na assistência ao neonato; Classe 6: Avaliação da vitalidade e estado geral do neonato (Figura 1).

A partir da análise de conteúdo de Bardin emergiram duas categorias: Categoria I - Fragilidades da equipe na organização, avaliação e execução dos cuidados ao neonato, composta pelas classes 1, 2, 3 e 6, compreendendo 67,53% (212 ST) do corpus total analisado; e Categoria II – Entraves para a assistência qualificada ao neonato igualmente composta pelas classes 4 e 5, compreendendo 32,47% (100 ST) do corpus total analisado.

Categoria I - Fragilidades da equipe na organização, avaliação e execução dos cuidados ao neonato.

Com base na análise das falas observa-se que, para os profissionais, a assistência ao neonato ocorre desde antes de seu nascimento, pois exige-se a organização da sala e materiais utilizados, equipe e dos cuidados a serem prestados.

[...] Sobre a organização, assim que chego no plantão eu vejo tudo [...] se tem medicação, o que tem, se usou o que está faltando, onde pegar para deixar tudo certo, porque sala de parto tudo é uma surpresa a gente nunca sabe nem a hora, nem o momento de acontecer um parto [...]. (P2)

[...] médico, enfermeiro, parteira e berçária (berçarista), [...] E quando necessita de reanimação são todos esses e o fisioterapeuta [...]. (P12)

[...] na sala de parto [...] tem a parte que acolhe o neonato [...] tem o berço aquecido, tem a balança, os materiais de medidas antropométricas [...] têm uma incubadora que ela também pode ser utilizada para transporte, [...] temos aspirador, kit de intubação com laringoscópio, tubo e os materiais, assim, mais básicos [...] clamper, pulseirinha [...]. (P10)

[...] A organização dos materiais fica com os técnicos ou com o enfermeiro. Quando chego [...] fazemos um estoque, temos um protocolo de estoque do arsenal, de tudo, de todo o material que temos e eu passo em todas as salas para verificar essa questão de materiais, de laringo, cânula guedel, bolsa válvula máscara, todos esses equipamentos para na hora de urgência está tudo pronto [...]. (P5)

[...] todo mundo tem que está observando tudo, porque cada um tem sua função. Então, essa função é a função da berçária (berçarista), ela fica ali observando o momento todo, porque quando ela leva o RN (recém-nascido), ela tem outras coisas para anotar, então dentre elas é o apgar, [...] os centímetros da criança, vai pesar, vai fazer as medicações de imediato que tem que ser feito, essa parte é com ela, com a berçária. E, geralmente, a medicação que é feita após o nascimento é a vitamina K [...]. (P5)

[...] O protocolo começa assim, o neonato, você não auscultou o batimento cardíaco, seja ela por ausculta e seja [...] pelos grandes vasos, você vai procurar pulso nos grandes vasos, [...] nas grandes artérias, você não encontrou. Você auscultou e não escutou as bulhas cardíacas, de imediato faz a reanimação cardiopulmonar, é de imediato. Você vai massagear, colocar as mãos do neonato para cima, coloca no intercostal, coloca no esterno dele e começa a massagem. Intuba, faz a intubação, quando ver que está assim, faz uma parte logo de imediato a massagem cardíaca, porquê preciso de sangue, preciso de oxigênio, preciso. Mas, tenho que ter o sangue circulando, senão eu não consigo [...]. (P15)

No entanto, em meio aos relatos é possível identificar que existem fragilidades relacionadas a esse processo de cuidado, como: deficiência de recursos humanos, visto que, há ausência de enfermeiro e médico auxiliar na sala de parto cirúrgico, bem como pediatra em sala de parto vaginal e cesárea.

[...] fica a parteira, a berçária, o médico se tiver o parto normal e a enfermeira. Lá em cima é a mesma coisa, é o médico, e o anestesista, não temos pediatra [...]. (P17)

[...] o neonato quando nasce, [...] o obstetra, ele tenta logo obter a informação que o paciente é um paciente que precisa de cuidados, então o anestesista, já se coloca frente ao pediatra e quando não tem pediatra ele faz o papel do pediatra [...]. (P15)

[...] muitas vezes quando o bebê nasce não é mais o problema do obstetra, [...] entra o clínico para, se caso o RN necessitar de algum cuidado, quem faz é o clínico [...]. (P11)

[...] o enfermeiro, [...], geralmente ele não está dentro das salas de cirurgias, porque aqui circulamos em três salas e é apenas um enfermeiro[...] (P4)

[...] aqui, como é um enfermeiro só para tudo, nunca estamos, [...]. O enfermeiro que deveria prestar os primeiros cuidados ao neonato, mas, geralmente nascendo com boa vitalidade só a berçarista presta esses primeiros atendimentos. Quando já tem um apgar assim, mais diminuído, eles chamam o enfermeiro, a berçarista chama, me paramento e vou fazer os primeiros cuidados. [...] (P4)

[...] a equipe, quando vamos ter uma cesárea na sala de cirurgia, sempre se encontra, o obstetra que é cirurgião, o auxiliar do obstetra que é um de nós, dos técnicos que auxilia na cirurgia, fazendo o papel do segundo médico, e o circulante que também é um técnico, técnico circulante [...]. (P7)

[...] No bloco, a enfermeira do bloco cirúrgico [...] necessidade de reanimação já aconteceu no bloco cirúrgico [...] está o anestesista, está o obstetra, o fisioterapeuta, está a equipe completa. Se acontecer aqui, na mesma hora chamamos o fisioterapeuta que ele fica, na hora que precisa ele vem para o setor. (P2)

[...] eu mesmo não sinto nenhuma dificuldade não, só nesses casos assim. Pronto, no caso de intubação, o anestesista sempre precisa de uma ajuda a mais, mas, é quando chamamos um fisioterapeuta, às vezes até o clínico geral [...]. (P8)

Além disso, há dificuldades na organização, avaliação e oferta de cuidados pela equipe.

[...] Procuramos manter o bebê aquecido, no caso, no parto normal já coloca o contato, pele a pele com a mãe, cesariana fica mais complicado e ele tendo uma boa vitalidade a gente espera em torno de trinta - sessenta segundos para o clampeamento do cordão [...]. (P6)

[...] O corte do cordão umbilical é feito pelo o obstetra imediatamente após o nascimento [...]. (P18)

[...] Quando nasce com boa vitalidade, a pediatra fala que se nasceu bem, chorou, é corada, então, o apgar é oito ou nove, quando nasce, não nasce bem, necessita de reanimação já é o médico, que atende a criança [...]. (P17)

[...] quando passam dois, três segundos para chorar, [...] faz uma cócega nos pés, então ele chora, coloco o apgar oito e nove e geralmente é o que colocamos sempre, porque no momento a pediatra não está, é nós a pediatra, entendeu? A pediatra [...] então, avaliamos pelo médico também, que o médico dá a força para avaliarmos, como já temos o ato, costume, o dia a dia, dezenove, vinte, vinte e quatro anos de saúde [...]. Então, já temos mais ou menos o controle disso [...]. (P1)

[...] Aqui o apgar é feito no berçário, porque aqui no centro cirúrgico, nasce, faz os primeiros cuidados e a parteira desce com o neonato, é feito lá em baixo peso, medição [...] para mim não existe dificuldades, porque eu ainda não peguei um caso mesmo, assim de ver nascendo com dificuldade de respirar e essas coisas [...]. (P16)

[...] A coloração, a cianose, de imediato ele está cianótico, de imediato ele vai voltando e ficando rosadinho [...] então junta o útil ao agradável, o choro com a coloração e no que você vai aspirando, ele vai interagir mais e vai chorando mais [...] melhorando a coloração e rápido vai dando a coloração dele [...]. (P1)

[...] mas, as meninas, se eu não me engano, da neonatologia sempre fazem o apgar direitinho. Ah, eu não vejo uma dificuldade específica alguma, não, [...] É a dificuldade do momento, [...] o RN que necessita de atenção ao nascer é um momento estressante [...]. (P13)

[...] Os sinais vitais, fazemos pela manhã no outro dia depois que nasce, é somente saturação, essas coisas [...]. (P17)

[...] Na sala de cirurgia em si, sempre liga o ar condicionado, assim que entra, todas as salas sempre ficam em 10 graus. Mas, depois passa o neonato para o berço que é aquecido [...]. (P8)

[...] A aspiração é independente se está com boa vitalidade ou não. A berçarista aspira primeiro aqui na sala de cirurgia e se necessitar ela aspira lá embaixo no berçário da sala de parto, no resto dos cuidados dela, na obstetrícia. [...]. (P4)

[...] geralmente essa organização é mais os técnicos que fazem, outros enfermeiros não fazem, deixam para eles [...]. (P5)

Categoria II – Entraves para a assistência qualificada ao neonato

Observa-se que os profissionais afirmam saber sobre o fluxo de assistência prestado ao neonato com necessidade de reanimação, no entanto chamam a atenção para a importância do treinamento da equipe da sala de parto que não apresenta segurança para ofertar a assistência.

[...] Sobre a organização, assim que chego no plantão eu vejo tudo [...] se tem medicação, o que tem, se usou o que está faltando, onde pegar para deixar tudo certo, porque sala de parto tudo é uma surpresa a gente nunca sabe nem a hora, nem o momento de acontecer um parto [...]. (P2)

[...] quando se fala de saúde [...] se abrange todo o ambiente hospitalar [...] dentro e fora, que você vai ser sujeito a chegar em uma situação dessa, vai ter dificuldade? Sempre, com certeza [...]. (P2)

[...] a equipe geralmente [...] quando se fala de neonato a dificuldade que tem, é por ser necessário pessoas mais selecionadas [...] não estou dizendo a você que não dá para fazer com outra pessoa, dá. Mas, uma equipe bem treinada tem outra desenvoltura [...]. (P15)

[...] a maior dificuldade é o conhecimento nessa questão de reanimação, das berçaristas. Porque a gente tem, mas as berçaristas que são quem prestam o primeiro atendimento geralmente não tem, nessa parte de reanimação [...]. (P4)

[...] Acho que tinha que ter treinamento de sala de parto, tinha que ter mesmo, com todos os profissionais, porque, muitas vezes você está em uma urgência e você pega um parto que tem que acontecer, e aí? [...]. (P2)

Ademais, a categoria denota o reconhecimento da realidade assistencial, que envolve fragilidades na prática de cuidado, principalmente relacionadas ao neonato com necessidade terapêutica medicamentosa, pelo déficit de médico pediatra na sala de parto, sendo a demanda atribuída a outro profissional clínico ou anestesiologia.

[...] a gente não sente dificuldade, na realidade a gente sente falta de uma pediatra, só isso. Pra completar a equipe. Porque às vezes se for um RN que nasça necessitando de alguma medicação, alguma dosagem [...] que não vamos saber fazer o cálculo [...] porque os cuidados imediatos às vezes a gente faz, mas, aí se o bebê precisar de alguma medicação a gente tem que entrar sempre em contato com [...] os médicos da própria equipe [...] alguns não sabem muito, conduzir essa parte [...] neonatologia [...]. (P3)

[...] Quem socorre a gente é o anestesista, porque não temos pediatra. Até um tempo [...] tinha, era uma benção, menos preocupações para a gente [...] tem uma doutora mas, ela não entra nas cirurgias [...]. (P17)

[...] Como aqui a gente não tem suporte de pediatra, nem nossa equipe é unidade de alta complexidade, a criança é regulada nesses casos e encaminha para um serviço de referência [...]. (P10)

[...] não ter pediatra no centro cirúrgico [...] quem fica fazendo a função do pediatra é o anestesista e a gente fica auxiliando [...] o certo, como a gente sabe, seria cada cesariana subir com uma pediatra do lado, que é o certo. Então, a dificuldade da gente é essa de no momento não ter pediatra [...]. (P9)

[...] Se ele clampar assim que o RN nasça pode ser que ele desenvolva ali alguma deficiência e não tenha como ser resolvido ali na hora, então o médico vai ter que parar o procedimento que ele está fazendo, a cesárea, pra ir dar assistência ao RN, por isso, que ele espera esse tempo de três a cinco minutos [...]. (P1)

[...] o primeiro minuto a gente vê [...] se o bebê está bem ou não, e o quinto minuto geralmente [...] está com a técnica. A dificuldade seria mais em decorrência da equipe em si [...] pela deficiência de um [...] pediatra na sala [...]. (P6)

[...] É como eu estou dizendo [...] é sempre o anestesista [...]. A gente está ali só para [...] vamos dizer assim, nasceu [...] nasceu bem é com a gente, agora nasceu com problema é com o anestesista [...]. (P17)

[...] O médico que costuma assistir [...] os RNs em sala [...]. Ele é muito experiente com intubação, então não tem muita dificuldade [...]. (P13)

[...] na sala [...] geralmente quem fica responsável por isso é o anestesista, ele sempre está muito atuante sobre o protocolo de reanimação [...] parece que [...] mudou o protocolo. Então assim, cada dia tem que ir atualizando, então os anestesistas e os obstetras [...] sempre estão muito atualizados com isso [...]. (P2)

Além do déficit de profissionais observado a partir das falas, são abordados também, fatores relacionados ao desconhecimento sobre o fluxo assistencial e materiais utilizados diante a necessidade de reanimação, sendo esses, resistência profissional a qualificação, alta rotatividade, sem escala fixa no setor de modo que o profissional não adquire a rotina do serviço. Nesse contexto, esse desconhecimento pode ser percebido também, pela expressão “Graças a Deus”, como sentimento de alívio, diante do fato de nunca ter necessitado realizar o procedimento.

[...] em caso de reanimação [...] não sei, porque eu nunca presenciei, são sei como seria elas no ato da reanimação e como eu iria agir na reanimação do RN [...] não sei explicar, na reanimação [...]. (P13)

[...] quando o RN vem bem, estável a gente consegue enquanto equipe trabalhar da forma correta, agora em reanimação eu já não sei dizer porque eu nunca presenciei [...]. (P14)

[...] Comigo nunca aconteceu. Graças a Deus, todos os partos que fiz, a gente nunca teve nenhuma parada [...] nenhum problema. Mas, sobre a organização assim que chego no plantão vejo se tem tudo, se está tudo, medicação,ambu [...]. (P2)

[...] Agora, quando é pra reanimar é ambu [...] é uma série de coisas, tem coisa que eu não sei nem do nome, acredita? Porque é tudo no bloco [...]. É por isso que disse a você que o que desse pra responder [...]. (P17)

[...] Mas, a dificuldade, assim, porque eu não tenho porque eu fiz aqueles cursos da SAMU [...] de APH [...] fiz dois cursos, [...] mais ou menos eu sei [...]. Mas, tem gente que tem dificuldade, não tem o conhecimento, quem não fez o curso [...]. (P1)

[...] o que eu sinto mais dificuldade é a resistência por parte das profissionais que são um pouco mais antigas, então a gente vai dizer o que o protocolo diz, como deve ser feito, elas questionam muito, tipo: [...] “Eu fiz a minha vida inteira assim e nunca ninguém morreu”. Então a gente tem dificuldades de trazer atualizações, porque elas são bem resistentes contra isso. Você tira que elas não quiseram colaborar com sua pesquisa [...]. (P11)

[...] a dificuldade que eu acho que tem no serviço é essa questão de a gente não ter obstetra e anestesista vinte e quatro horas porque acaba que [...] não tem a capacidade de proporcionar o parto normal na maioria das vezes, a maioria das mulheres acabam sendo cesarianas. E também a questão de não ter um profissional especialista em neonatologia [...]. (P10)

[...] Eu sim, eu sim. Porque a gente não tem uma escala fixa, então, por exemplo, eu fico aqui hoje [...] passo um mês, dois meses, muitos dias sem vir aqui [...]

agora as meninas que já são fixas que já tem uma vivência maior, elas têm uma facilidade pra tudo dentro do setor [...]. (P12)

[...] Geralmente é mais essa dificuldade de se familiarizar com o setor, da rotatividade, porque a gente fica muito pouco tempo. Por exemplo, tem enfermeiros que nunca ficaram aqui [...] quando chegam [...] ficam um pouco perdidos com a rotina [...]. (P12)

[...] E também a questão de não ter um profissional especialista em neonatologia, como por exemplo, um médico que pudesse dar uma assistência melhor ou até mesmo um enfermeiro que fosse especializado nessa área, que pudesse dar um suporte maior no caso dessas crianças, que possam vir a intercorrer durante o parto [...] ou enquanto estão aqui dentro do setor da obstetrícia [...]. (P10)

Além disso, há aqueles que relatam não enfrentar dificuldades, o que sugere que a experiência no setor pode variar, visto que a instituição faz a regulação de gestantes com algum risco para um hospital de referência. No entanto, observa-se negação de alguns problemas como atribuir as responsabilidades apenas ao anestesista, bem como a experiência da equipe e a realidade de parto natural e sem intercorrências.

[...] não vejo dificuldade nenhuma, porque a gente dialoga bem [...] e nos comunicamos até pelo o olhar, então eu acho que assim, na minha opinião não existe essa dificuldade [...]. (P5)

[...] Não, não, lá a gente não tem muito não, porque tem o anestesista. Mas, aqui quando acontece, apesar que nem está acontecendo, só está tendo mais as cesáreas [...] é raro ter um parto normal [...] não sinto essa dificuldade, porque lá é eles mesmos que tomam conta [...] vai logo intubar se for preciso [...] e os primeiros socorros é com o anestesista[...]. (P17)

[...] Nenhuma dificuldade, porque a gente tem a assistência de um profissional, tipo o anestesista [...]. (P18)

[...] Graças a Deus com relação a dificuldade [...] não tem. Porque a equipe [...] é bem sincronizada, então assim [...] está todo mundo habituado e acostumado a situações, a gente tem uma dinâmica muito boa dentro da sala, então assim, eu não vejo dificuldade nenhuma, porque a gente dialoga bem [...]. (P5)

[...] dificuldades enquanto equipe, graças a Deus as meninas todas as que eu peguei, nos dias que eu peguei todas são capacitadas, trabalham a muito tempo na área, então, como o RN vinha saudável a puérpera estava saudável, então não tivemos nenhuma dificuldade [...]. (P14)

6 DISCUSSÃO

A implementação de treinamentos contínuos e protocolos assistenciais é importante para oferecer uma abordagem eficaz e sistematizada nos cuidados de enfermagem. Esses elementos garantem decisões assertivas e melhoram significativamente a qualidade da assistência e a segurança do paciente, ou seja, ajudando na prevenção de complicações e na obtenção de melhores resultados em saúde (Goulart, 2023).

Os cuidados ofertados na sala de parto devem compreender a organização do ambiente, fluxo dos profissionais, priorizar a sobrevivência do neonato, fortalecer o vínculo com a mãe, facilitar a adaptação ao novo ambiente, promover a amamentação precoce, realizar a avaliação do estado geral, sinais vitais e registrar dados antropométricos, além de prevenir hemorragias e doenças como HIV e sífilis. Essas ações não apenas trazem benefícios imediatos, mas também impactam positivamente a vida do bebê a longo prazo, contribuindo para alinhar a prática clínica com as evidências científicas, que muitas vezes não são plenamente adotadas pelos profissionais (Rezer; Silva; Faustino, 2022).

Entretanto, os achados deste estudo evidenciam fragilidades relacionadas à deficiência de recursos humanos como, ausência de médico auxiliar e enfermeiro em sala de parto cirúrgico, bem como, pediatra em sala de parto natural e cesário, evidenciados por relatos de práticas errôneas, provável atraso para iniciar a assistência em casos de reanimação e déficit no dimensionamento de enfermeiros no bloco cirúrgico. Além disso, dificuldades na organização, avaliação e oferta de cuidados ao neonato com boa vitalidade e especialmente com necessidade de reanimação, identificadas pelo desconhecimento sobre o fluxo assistencial e de materiais utilizados diante a necessidade de reanimação, o que pode indicar a não adesão aos protocolos institucionais, bem como, a ausência de capacitações voltadas à temática.

Alguns hospitais públicos de pequeno e médio porte podem necessitar de aprimoramentos na formação dos profissionais que atendem à recém-nascidos. Isso se deve ao fato de que muitos profissionais têm uma formação generalista, o que limita suas habilidades nos cuidados específicos a essa faixa etária. Como consequência, a assistência pode ser comprometida durante a transição para a vida extrauterina, ocasionando um estresse fisiológico considerável (Silva; Lélis, 2021).

Diante disso, os cuidados ao recém-nascido devem ser realizados por médicos e enfermeiros devidamente qualificados. A Sociedade Brasileira de Pediatria indica a necessidade do pediatra em toda sala de parto, com formação atualizada em reanimação

neonatal. E, assim, uma avaliação mais efetiva com maior segurança nos procedimentos (SBP, 2022).

Entretanto, no presente estudo, verifica-se ausência de pediatra, e as ações assistenciais atribuídas para outros profissionais, o que é relatado como a maior preocupação. Ressalta-se que a equipe multiprofissional atuante durante o nascimento normalmente é composta por: médico obstetra; anestesista; e três técnicos de enfermagem (auxiliar, circulante e berçarista). Quando o neonato necessita de reanimação solicita-se o fisioterapeuta e o enfermeiro. Na sala de parto vaginal, a equipe é formada por: médico (clínico geral ou obstetra); enfermeiro; e duas técnicas de enfermagem (parteira e berçarista). Em casos de reanimação requisita-se o fisioterapeuta e/ou o anestesista. Diante disso, evidencia-se a necessidade de intervenção por parte da gestão da instituição, uma vez que, a assistência ao recém-nascido está relacionada às taxas de mortalidade neonatal em certos casos de óbito, especialmente em função do atendimento prestado (Barbosa; Turon, 2023).

A adoção de práticas padronizadas na sala de parto cria um ambiente seguro que favorece o cuidado aprimorado do recém-nascido. A Lista de Verificação de Parto Seguro do Ministério da Saúde, estruturada de práticas essenciais para a assistência, traz em uma de suas seções, a ação “Confirmar se há material necessário para o parto”. Esse ponto requer a verificação e confirmação com antecedência de que todo material está presente na sala de parto, devido os primeiros minutos estarem relacionados ao maior risco de complicações para o binômio. Dessa forma, conforme relatos, a conferência dos materiais da sala é realizada pelos enfermeiros ou técnicos de enfermagem, garantindo que estejam todos presentes durante o parto, favorecendo a assistência. Ainda assim, há a necessidade do pediatra para contribuir com essa organização, responsabilizando-se por garantir que todos os materiais essenciais para o parto estejam acessíveis próximo ao leito (Vieira, 2024).

No que concerne aos cuidados imediatos que envolvem as primeiras horas de vida do neonato como fundamentais para boa adaptação e redução da morbi-mortalidade neonatal, observa-se que os profissionais recebem o recém-nascido em campos estéreis e que procuram mantê-lo aquecido, entretanto, no centro cirúrgico a temperatura do ar condicionado permanece em 10°C, sendo justificado pelo fato de que se coloca o neonato em seguida, no berço aquecido. Esse fator juntamente com o fato de não realizar o contato pele a pele entre o binômio no centro cirúrgico, evidenciam a exposição ao risco de hipotermia ao neonato. Isso sugere a urgência na realização de capacitação da equipe, pois

é condição *sine qua non* a aplicação dessas ações de forma correta para reduzir tais riscos, e, quiçá, evitar uma sequência de fatores fisiológicos prejudiciais ao período de transição (Silva; Lélis, 2021).

Consoante a isso, após o contato pele a pele, é importante realizar o clampeamento do cordão umbilical, pois ocorrendo tardiamente pode garantir uma transição completa do sangue da mãe para o neonato, e ajudar a aumentar os níveis séricos de ferro até os seis meses de idade. Porém, chamou a atenção às contradições nas respostas dos participantes, por um lado afirmou-se haver a espera de trinta a sessenta segundos, e por outro, mencionou-se o clampeamento imediato. Isso pode indicar que não há uma conduta alinhada entre profissionais, e mais preocupante, que parte da equipe não conhece ou não segue as diretrizes governamentais de cuidado ao neonato. Estudo realizado em dois hospitais municipais de médio porte no Mato Grosso, demonstrou que essa prática de clampeamento do cordão foi realizada na maioria de forma precoce, abaixo de um minuto (Rezer; Silva; Faustino, 2022).

Simultaneamente, o neonato deve passar por uma avaliação inicial, incluindo a aplicação do índice de Apgar, que deve ser realizado por um profissional habilitado, com intuito de indicar a vitalidade ao nascer, conforme escala. Avalia-se, portanto, o padrão respiratório e a frequência cardíaca, além do tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele, aos quais são determinadas pontuações de zero a dois por aspecto avaliado. Contudo, o presente estudo apontou, que a avaliação do apgar, é determinado em geral pelas técnicas berçaristas, constando ainda, um déficit de conhecimento sobre sua aplicação, pois um apgar pré-estabelecido de oito ou nove, determinado pela coloração, choro e, em parte, a melhor interação do neonato com a aspiração, além de avaliação após o período preconizado, por vezes realizado na sala de cuidados. Outro ponto é a não adesão à qualificação profissional, que mesmo com o incentivo para realizar a avaliação e mesmo com os anos de prática, mantém o padrão determinado anteriormente. Esse achado exige reflexão crítica da equipe e dos gestores para necessidade de educação permanente, pois o apgar é um indicador de risco para a morbimortalidade perinatal fundamental, o que exige uma avaliação no primeiro e quinto minuto de vida por profissional médico ou enfermeiro apto a reconhecer os fatores associados a um baixo índice, e capaz de conduzir a assistência imediata dos cuidados e intervenções (Silva *et al.*, 2020)

Por conseguinte, a aspiração das vias aéreas não deve ser feita de forma rotineira, mas sim reservada para neonatos que apresentam excesso de secreções. Evidências científicas apontam que a aspiração da orofaringe e nasofaringe logo após o nascimento,

pode diminuir a saturação de oxigênio e demorar mais para atingir os níveis adequados em comparação àqueles que não recebem esse procedimento. Destaca-se ainda, que o procedimento de inserção da sonda durante a aspiração pode provocar uma resposta vagal e espasmo laríngeo, o que pode agravar o estado geral do recém-nascido, resultando em apneia e bradicardia (SBP, 2022). No entanto, os resultados destoam disso, pois os profissionais adotam a prática de aspiração independente da vitalidade ou nível de secreção presente no neonato.

Estudo Paraibano, demonstrou que a aspiração, também é realizada pela maior parte dos enfermeiros participantes, o que indica a carência de atualização profissional (Santos *et al.*, 2021)

Portanto, diante da análise dos cuidados ofertados ao neonato, observa-se que são realizados por todos os membros presentes na sala de parto, mas nenhum deles tem formação ou especialização em neonatologia ou pediatria. Sendo, os procedimentos executados com base no aprendizado da graduação, curso técnico ou experiência de trabalho. Tornando-se necessário, implementar um programa de capacitação contínua para os profissionais de saúde que atuam em sala de parto, focando na reanimação neonatal e na adesão a protocolos institucionais. Além disso, é essencial promover uma melhor organização dos recursos humanos, garantindo a presença de pediatras e enfermeiros qualificados durante o parto (SBP, 2022).

Os cuidados básicos na assistência imediata e mediata ao recém-nascido, são fundamentais para sobrevida e, realizar atualizações, uma vez que os protocolos nacionais estão em constante revisão, é condição mínima para um serviço destinado a assistência materno-infantil. Ademais, é um direito do neonato receber cuidados de profissionais especializados e capacitados em locais que possuam recursos adequados para uma assistência apropriada (Silva; Lélis, 2021).

8 CONCLUSÃO

A partir dos resultados, foi possível compreender que a prática assistencial da equipe de saúde durante os cuidados ao neonato na sala de parto, é iniciada com a organização da sala, materiais e equipe, até abranger a avaliação e implementação de cuidados diretos. Entretanto, foi verificada fragilidades na execução qualificada dessa assistência, ao neonato com boa-vitalidade, nota-se que os profissionais sentem maior facilidade em atendê-los, reconhecem os materiais e fluxo da equipe que irá prestar os cuidados, mas, quando se trata de realizar avaliação e desenvolver os cuidados percebe-se um déficit de conhecimento teórico, refletindo em uma cadeia de práticas inadequadas ou insuficientes.

Ademais, quando relacionada a necessidade de reanimação, estão associadas a ausência de qualificação sobre a assistência (fluxo e cuidados ofertados), e a deficiência de recursos humanos importantes (pediatra e enfermeiro qualificados), gerando preocupações em relação à segurança do neonato e à prevenção de complicações.

Assim, o estudo proporcionou ampliar o conhecimento sobre o tema, embasar pesquisas futuras, e sensibilizar profissionais, gestores e instituições de ensino e formação profissional a elaborar estratégias que possam preencher lacunas e contribuir para qualificar o cuidado ofertado, bem como a qualidade de vida das nossas

Apesar do estudo ter atingido seus objetivos, obteve como limitações, o fato de ser realizado em apenas uma unidade hospitalar, a resistência dos profissionais em colaborar com a entrevista, alegando não ter conhecimento sobre o tema, receio de prejudicar seu cargo profissional, não se sentir confortável com a gravação, não ter disponibilidade de tempo e justificar que a instituição não é adequada para esse tipo de pesquisa. Além disso, o local da entrevista, por ser em ambiente de trabalho, antes ou pós atendimento, pode ter influenciado a obtenção de algumas respostas pouco aprofundadas na temática.

Assim, sugere-se a realização de estudos mais amplos, bem como, a implementação de programas de capacitações, adesão de protocolos institucionais norteadores de cuidados imediatos, mediato e com necessidade de reanimação, para que possam contribuir para a criação de uma equipe multidisciplinar qualificada, posteriormente, contribuindo para uma assistência mais segura e adequada aos recém-nascidos, especialmente os que necessitam de reanimação.

REFERÊNCIAS

BALEST, A.L. Reanimação Neonatal. Manual MSD versão para profissionais de saúde. 2022. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/pediatria/problemas-perinatais/reanima%C3%A7%C3%A3o-neonatal>. Acesso em: 25 out. 2023.

BARBOSA, A.M.Q.C; TURON, S.D.M. Protocolo de implementação da lista de verificação para o parto seguro, 2023. Disponível em: https://www.me.ufrj.br/images/pdfs/vigilancia/nsp/protocolo_de_lvps.pdf. Acesso em: 09 set. 2024.

BISWAS, A. et al. Singapore Neonatal Resuscitation Guidelines 2021. **Singapore Med J.** v. 62, n. 8, p. 404-414, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8804489/>. Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Taxa de Mortalidade infantil. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 13 out. 2023.

BRASIL, Ministério da Educação. Recepção e atendimento ao recém-nascido com boa vitalidade. **Protocolo multiprofissional**, Universidade Federal Do Triângulo Mineiro Hospital De Clínicas. Versão 2. PRT.CPAM.037. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais>. Acesso em: 08 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília: CNES, 2023. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 13 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202014/prt0371_07_05_2014.html. Acesso em: 29 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Principais questões sobre cuidados pós-reanimação neonatal. Fundação Oswaldo Cruz. 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-cuidados-pos-reanimacao-neonatal/>. Acesso em: 23 out. 2023.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Universidade Federal de Santa Catarina. **Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS**. 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 23 out. 2023.

CATAGUA, J.V.A. et al. Estabilización y reanimación neonatal. Actualización sobre las principales guías internacionales. **Revista Recimundo.** v. 6, n. 2, 2022. Disponível em: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1591/2035>. Acesso em: 13 out. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Reanimação cardiopulmonar (RCP) em recém-nascidos. Parecer COREN-SP Nº 009/2023. Bela vista,

- SP: COREN, 2023. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2023/03/Parecer_009_2023_RCP-neonatal.pdf. Acesso em: 11 out. 2023.
- DARIPA, M. et al. Asfixia perinatal associada à mortalidade neonatal precoce: estudo populacional dos óbitos evitáveis. **Rev. paul. pediatr.** v. 31, n. 1, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/QNNcSB87tTrthCqmBWMXhmg/>. Acesso em: 13 out. 2023.
- DESCOVI, M.H.M. et al. Reanimação de bebês prematuros moderados e tardios em sala de parto: fatores associados. **Acta Paul Enferm.** v. 33, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/k5SvwjRY86Y4whmxgXsq3fw/>. Acesso em: 23 out. 2023.
- FERRAZ, A.R.; GUIMARÃES, H. História da Neonatologia no Mundo. Hospital S. João. Disponível em: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/historia_da_neonatologia_no_mundo.pdf. Acesso em: 06 set. 2023.
- FONTELLES, M.J. et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. p. 1-8, 2009. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf. Acesso em: 30 out. 2023.
- GOÉS, F. G. B. *et al.* Boas práticas no cuidado ao recém-nascido com boa vitalidade na sala de parto: revisão integrativa. 2021 jan/dez; 13:899-906. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9611>. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9611/9927>. Acesso em: 14 out 2023.
- GOMES, L. V. C.; SILVA, J. S. Cuidados De Enfermagem Ao Recém-Nascido Nas Primeiras Horas De Vida: Âmbito Hospitalar. p. 15, 2021. Disponível em: <https://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositorioctcc/article/view/3330/2354>. Acesso em: 05 set 2023.
- KALE, P.L. et al. Ameaça à vida ao nascer: uma análise das causas de morte e estimativa de sobrevida de menores de cinco anos em coortes de nascidos vivos. **Cad. Saúde Pública.** v. 37, n.7, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n7/e00186418/>. Acesso em: 13 out. 2023.
- KLANT, L. M.; SANTOS, V. S. The use of the IRAMUTEQ software in content analysis - a comparative study between the ProfEPT course completion works and the program references. **Research, Society and Development.** v. 10, n. 4, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13786>. Acesso em: 23 out. 2023.
- LEDO, B.C. et al. Fatores associados às práticas assistenciais ao recém-nascido na sala de parto. **Esc Anna Nery.** v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Ky5RBYkyMTCFL5CWtXmQQrn/>. Acesso em: 13 out. 2023.
- LUSSKY, R.C.; CIFUENTES, R.F.; SIDDAPPA, A.M. A History of Neonatal Medicine—Past Accomplishments, Lessons Learned, and Future Challenges. Part 1—The First Century. **J Pediatr Pharmacol Ther.** v. 10, n. 2, 2005. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3468063/pdf/i1551-6776-10-2-76.pdf>. Acesso em: 06 set. 2023.

MELO, P.S.A. et al. Validation of the knowledge, attitude and practice survey on nursing assistance during delivery and childbirth. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 30, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/wXyCMs6mFhmkrCZzGzd3QYj/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2023.

MENDES, R.M.; Miskulin, R.G.S. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cad. Pesqui.** v. 47, n. 165, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/ttbmyGkhjNF3Rn8XNQ5X3mC#>. Acesso em: 23 out. 2023.

NUNES, G.C.; NASCIMENTO, M.C.D.; ALENCAR, M.A.C. Pesquisa científica: conceitos básicos. **Revista de Psicologia**. v. 10 n. 29, 2016. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/390>. Acesso em: 23 out. 2023.

PEREIRA, N. L. *et al.* Conhecimento do Enfermeiro Obstetra no cuidado ao recém-nascido em Centros de Parto Normal. *Research, Society and Development*, v.10, n.7, e 14110716434, 2021 (CC BY 4.0) ISSN 2525-3409. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16434/14633>. Acesso em: 08 ago 2023.

REZER, F.S.; SILVA, F.C.; FAUSTINO, W.R. Primeiros cuidados com recém-nascidos sem complicações na sala de parto. *J. nurs. health*. v. 12, n. 1, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/20941/14288>. Acesso em: 11 out. 2023.

ROCHA et al. Factors that influence neonatal resuscitation training: integrative review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31076>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31076>. Acesso em: 05 out. 2023.

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, 2004. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/809/923#:~:text=A%20Neonatologia%20%C3%A9%20considerada%20tendo>. Acesso em: 06 set. 2023.

SÁ NETO, J.A.; RODRIGUES, B.M.R.D. Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. **Texto contexto - enferm.** v. 19, n. 2, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/pYyrSKWCKYMLgZgJSTrGqsZ/#>. Acesso em: 06 set. 2023.

SANTOS, T.V.L. et al. Atuação do enfermeiro diante a reanimação do recém-nascido na sala de parto: condutas baseadas em evidências. **International Journal of Development Research**. v. 11, p. 50517-50520, 2021. Disponível em: <https://rest.unifacisa.edu.br/wp-content/uploads/2021/11/22875.pdf>. Acesso em: 11 out. 2023.

SCHOTT, L. C. *et al.* Adesão às práticas assistenciais humanizadas ao recém-nascido com boa vitalidade na sala de parto. *Rev. Gaúcha Enferm.* 43. 2022. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210248.pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/TLZdcLpDhRXfMK4KbNpwrsS/?lang=pt#https://www.scielo.br/j/rgenf/a/TLZdcLpDhRXfMK4KbNpwrsS/?lang=pt#>. Acesso em 24 set 2023.

SCOCHI, C.G.S.; COSTA, I.A.R.; YAMANAKA, N.M.A. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v.9, p. 91-101, 1996. Disponível em: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-S0103-210019960009000191/1982-0194-ape-S0103-210019960009000191.x16739.pdf. Acesso em: 06 set. 2023.

SILVA, B.V.; LÉLIS A.L.P.A. Ações de assistência ao recém-nascido: Estudo observacional dos cuidados imediatos e mediatos ao nascimento. Instituto Federal de Pernambuco. Campus Pesqueira. Curso de Bacharelado em Enfermagem. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ifpe.edu.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/294/A%c3%a7%c3%b5es%20de%20assist%c3%aancia%20ao%20rec%c3%a9m-nascido%20estudo%20observacional%20dos%20cuidados%20imediatos%20e%20mediatos%20ao%20nascimento%20Beatriz%20Silva%20%281%29.pdf?sequence=2&isAllo wed=y>. Acesso em: 08 set 2024.

SILVA, L.S.R. *et al.*, Índice de apgar correlacionado a fatores maternos, obstétricos e neonatais a partir de dados coletados no centro de saúde da família, no Bairro Dom Expedito Lopes, Situado no município de Sobral/CE. **Revista Científica da FMC**, Vol.15, nº 1, 2020 - Edição Bilíngue. DOI 10.29184/1980-7813.rcfmc.232. vol.15.n1.2020. Disponível em: <https://revista.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/view/232/198>. Acesso em: 22 set. 2024.

SILVA, M.G.; SHIMO, A.K.K. Lighting impact on the emotional expression of pregnant women: a randomized clinical trial. **Acta Paul Enferm.** v. 30, n. 3, p. 217-226, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/hdM87DhSq5VWNDjsZjq8R4z/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 01 out. 2023.

SOARES, S. J. Pesquisa científica: uma abordagem sobre o método qualitativo. **Revista Ciranda**. Montes Claros, v. 1, n. 3, p. 168-180, 2019. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/ciranda/article/view/314>. Acesso em: 05 out. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Neonatologia. Nascimento seguro. SBP, 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Neonatologia_-_20880b-DC_-_Nascimento_seguro_003_.pdf. Acesso em: 06 set. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS PEDIATRAS. Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família. São Paulo: SOBEP, 2021. Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Livro-cuidado-SOBEP-2.x19092.pdf#page=34>. Acesso em: 06 set. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Há 110 anos cuidando do futuro do Brasil. SBP, 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/flip/livro-110-anos-sbp/>. Acesso em: 10 out. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Reanimação do recém-nascido <34 semanas em sala de parto. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022.

Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2022/junho/06/DiretrizesSBP-Reanimacao-RNmenor34semanas-MAIO2022a.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022.

Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2022/junho/06/DiretrizesSBP-Reanimacao-RNigualMaior34semanas-MAIO2022a.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Reanimação neonatal em sala de parto.

SBP, 2013. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/leticiaspina/reanimao-neonatal-em-sala-de-parto>. Acesso em: 23 out. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Recomendações sobre o clampeamento do cordão umbilical.

SBP, 2022. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23396c-Diretrizes-Recom_Clamp_CordUmb.pdf. Acesso em: 23 out. 2023.

SZYLD, E.G. et al. Self-directed video versus instructor-based neonatal resuscitation training: a randomized controlled blinded non-inferiority multicenter international study.

Journal of Perinatology. v. 41, p. 1583–1589, 2021. doi: [10.1038/s41372-021-00941-x](https://doi.org/10.1038/s41372-021-00941-x)

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7883882/>. Acesso em: 13 out. 2023.

VIEIRA, C. M. A. *et al.* Cuidados mediatos ao recém-nascido: Orientação e capacitação as puérperas. **Revista de Extensão da Universidade do Cariri**, 2024. Disponível em:

<http://revistas.urca.br/index.php/reu/article/view/498/843>. Acesso em: 22 set. 2024.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

CUIDADO AO NEONATO NA SALA DE PARTO

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado, desenvolvido sob responsabilidade da Profa. Dra. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos, lotada no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). O presente documento contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, nascido(a) em ___/___/___, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “CUIDADO AO NEONATO NA SALA DE PARTO”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

I) O objetivo geral do estudo é conhecer a prática assistencial da equipe de saúde durante os cuidados ao neonato na sala de parto; e os objetivos específicos são: caracterizar os profissionais de saúde participantes do estudo; evidenciar a estrutura física e organizacional dos cenários de assistência ao neonato; investigar como ocorre a prática assistencial nos cuidados imediatos e mediatos ao neonato com boa vitalidade, e com necessidade de reanimação pelos profissionais de saúde participantes do estudo; e identificar os obstáculos que podem comprometer a qualidade da prática assistencial neonatal.

II) O referido estudo justifica-se pela relevância de se compreender como a equipe multiprofissional de saúde dos serviços hospitalares de dois municípios do Curimataú Paraibano realiza a assistência de cuidados ao neonato na sala de parto, observando se estão sendo ofertados os cuidados necessários e de forma adequada em relação ao público alvo da pesquisa. Na fase de observação serão utilizados dois *checklist* elaborados a partir das diretrizes do MS e da SBP, contendo materiais e equipamentos que devem ser utilizados na sala de parto e o fluxograma adaptado de procedimentos a serem realizados com o neonato que necessita de reanimação. A entrevista ocorrerá de acordo com a disponibilidade do participante, conforme agendamento de local e horário, fora do ambiente de trabalho, garantindo-lhe maior conforto, confiabilidade, respeito, sigilo e anonimato. Além disso, a entrevista será dividida em duas partes, uma contendo dados de identificação dos participantes e outra com questões norteadoras referentes ao tema da pesquisa. Para a gravação da entrevista, será utilizada mídia digital, após autorização inclusa no TCLE, conforme exigência da Resolução nº 510/2016 dos princípios éticos das pesquisas Humanas e Sociais. A duração média da entrevista é estimada em uma hora, porém será respeitado o tempo de fala do participante. Ao encerrar a entrevista, será realizada transcrição na íntegra em documento word, no intuito de garantir a fidedignidade das informações. O *corpus* gerado será armazenado em um dispositivo eletrônico local “*pendrive*”, não sendo disponibilizado, em hipótese alguma, em qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem” de qualquer dispositivo, no intuito de reduzir o risco de tornar-se público. O mesmo destino será dado aos *checklists*.

III) É de conhecimento que pesquisas envolvendo seres humanos oferecem riscos, mesmo que mínimos. Isto pode acarretar ao participante desconforto ou constrangimento que surja diante da presença da pesquisadora e quaisquer questionamentos realizados pela mesma, bem como sentir que sua privacidade está sendo invadida, podendo demonstrar sentimento de angústia, inquietude, ansiedade, choro e/ou medo de perder o emprego, além de vontade de finalizar a entrevista. Sendo assim, visando o respeito, dignidade, liberdade e autonomia dos participantes e não causar ou, pelo menos, reduzir prováveis danos, será

adotada pela pesquisadora postura acolhedora e compreensível, permanecendo imparcial diante do que será visualizado e escutado, bem como apresentar esclarecimentos, quando solicitados, para melhor compreensão e expressão da sua vivência. Diante disso, o participante será deixado à vontade, para esclarecer seu papel conforme rotina assistencial, não sendo interrompido de forma alguma, para quaisquer questionamento. Dentre os benefícios advindos da pesquisa, evidencia-se a contribuição de forma direta para sensibilizar os profissionais de saúde acerca da importância dos cuidados adequados ao neonato, incluindo a reanimação neonatal adequada, além de alicerçar a realização de educação permanente e continuada em saúde, permitindo uma assistência humanizada, integral e qualificada que possa contribuir para prevenção da morbimortalidade neonatal e infantil, e a promoção à saúde da criança. Assim também contribuirá positivamente na formação profissional da pesquisadora enquanto enfermeira.

IV) Em eventuais danos, as pesquisadoras estarão à disposição do participante durante a pesquisa e após o término;

V) Salienta-se que a participação é voluntária, bem como será garantido ao participante o direito de desistir ou interromper a colaboração na pesquisa em qualquer momento desejável, sem necessidade de nenhuma explicação, penalização ou prejuízos socioeconômicos.

VI) Será realizada a manutenção do sigilo e da privacidade dos profissionais participantes durante todas as fases da pesquisa. Nesse intuito, será utilizado codinomes para identificação de cada participante, sendo utilizada a letra “P” relacionando-se com os profissionais de saúde, seguido do número, de acordo com a sequência da pesquisa (P1, P2, P3...).

VII) Os resultados obtidos desta pesquisa serão mantidos em sigilo, não sendo compartilhados com outras instituições, exceto para fins de publicação científica.

Atestado de interesse pelo conhecimento dos resultados da pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VIII) Será garantido o recebimento de uma via impressa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes da pesquisa, com todas as páginas rubricadas e aposição de assinatura na última página, pelo pesquisador responsável;

IX) Será garantido o ressarcimento aos participantes e todas as despesas obtidas da pesquisa serão custeadas pelas pesquisadoras, isentando-os de qualquer responsabilidade.

X) Será avaliada e considerada a possibilidade de indenização frente às situações adversas e eventuais danos decorrentes da pesquisa;

XI) Caso me sinta prejudicado(a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, localizado na Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D’Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de Análises Clínicas (LAC), 1º andar, Sala 16. CEP: 58175 – 000, Cuité-PB, Tel: 3372 – 1835, E-mail: cep.ces.ufcg@gmail.com;

XII) Poderei também contactar o pesquisador responsável, por meio do endereço Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D’Água da Bica, Bloco F - dos Professores, Térreo, Sala 17. CEP: 58175–000, Cuité-PB, Tel: 3372–1854, e do e-mail nathanielly.cristina@professor.ufcg.edu.br.

Cuité, ____ de ____ de ____

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável pelo projeto
Nathanielly Cristina Carvalho
de Brito Santos, SIAPE 1838318)

Pesquisador colaborador
Maria Djanilza dos Santos,

Pesquisador colaborador
Maria Naiany Queiroz da Silva,

APÊNDICE B– TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por este termo de responsabilidade, nós abaixo–assinados, professora orientadora Dra. Nathanielly Cristina Carvalho Brito da Silva e orientanda Maria Djanilza dos Santos e Maria Naiany Queiroz da Silva, da pesquisa intitulada “CUIDADO AO NEONATO NA SALA DE PARTO”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas normatizações complementares, homologadas nos termos do Decreto de delegação de competências de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo dos documentos correspondentes a cada participante incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta.

Apresentaremos sempre que solicitado pelas instâncias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da mesma, assumindo o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação e para as instituições co-participantes, como forma de retorno e contribuição aos serviços.

Em cumprimento às normas regulamentadoras, declaramos que a coleta de dados do referido projeto não foi iniciada e que somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CEP-CES-UFCG), os dados serão coletados.

Cuité, ____ de ____ de ____

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável pelo projeto
(Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos, SIAPE 1838318)

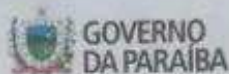
Pesquisador colaborador
(Maria Djanilza dos Santos, Matrícula 519220459)

Pesquisador colaborador
Maria Naiany Queiroz da Silva, Matrícula 519120384

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

PARTE 1 - DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES
Codinome: P____ Idade: _____ anos Sexo: () F () M Formação: _____ Tempo de Formação: _____ anos Pós-Graduação: () Lato Sensu () Stricto Sensu Área: _____ Tempo de Pós-Graduação: _____ anos Capacitação / Especialização Em Reanimação Neonatal: () Sim () Não Tempo de especialização: _____ anos Possui conhecimento acerca do Protocolo de Reanimação: () SIM () NÃO Tem conhecimento acerca do Formulário da Sociedade Brasileira de Pediatria de Materiais e Procedimentos () SIM () NÃO
PARTE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fale para mim como a equipe se organiza para prestar os cuidados ao neonato com boa vitalidade e com reanimação, na sala de parto; 2. Relate para mim, quais os equipamentos e materiais necessários para a assistência ao neonato com boa vitalidade e com necessidade de reanimação; 3. Descreva como são realizados os cuidados de rotina ao neonato com boa vitalidade desde o seu nascimento, bem como a assistência ao neonato com necessidade de reanimação (Pode pensar em um caso que você atuou ou visualizou); 4. Fale para mim se existem dificuldades para você e a equipe, no processo de cuidado ao neonato na sala de parto, e também diante da necessidade de reanimação, e quais são elas.

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES**GOVERNO
DA PARAÍBA**

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

Rua Francisco Pereira Gomes, nº. 15, Bairro Monte Santo - Picuí - PB
CEP:58.187.000

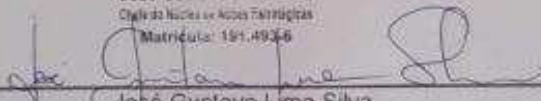
CNPJ: 03.515.174/0001-85

Telefone: (83) 3371-2554 Email: hospitalregionaldepicui@gmail.com

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

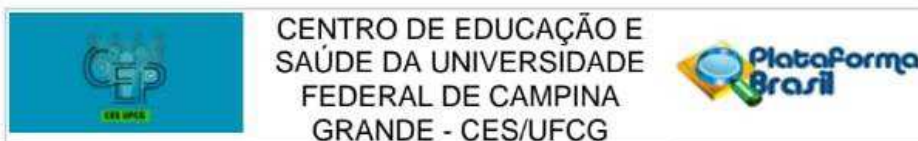
Eu, José Gustavo Lima Silva, Chefe do Núcleo de Ações Estratégicas e Especiais do Hospital Regional de Picuí-PB, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: "CUIDADO AO NEONATO NA SALA DE PARTO" na Unidade de Saúde Hospitalar, tendo como pesquisadoras a professora orientadora Dra. Nathanielly Cristina de Carvalho Brito Santos, matrícula SIAPE 1838318, lotada no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e as orientandas Maria Djanitza dos Santos, matrícula 519220459, e Maria Naiany Queiroz da Silva, matrícula 519120384, do curso de Bacharelado em Enfermagem desta instituição.

Picuí-PB, 31 de outubro de 2023

José Gustavo Lima Silva
Chefe do Núcleo de Ações Estratégicas
Matrícula: 191.493-6

José Gustavo Lima Silva
Chefe do Núcleo de Ações Estratégicas e Especiais do Hospital Regional de
Picuí-PB

ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidado ao neonato na sala de parto
Pesquisador: NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 77262523.9.0000.0154
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.699.794

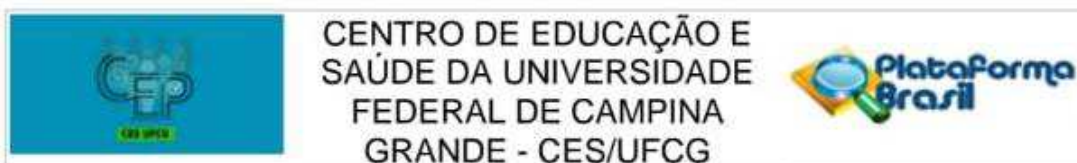
Apresentação do Projeto:

As pesquisadoras apresentam que na vida extrauterina o RN assume as funções vitais que anteriormente eram desempenhadas pela placenta na vida intrauterina. Portanto, fisiologicamente, cada um é marcada por parâmetros diferentes, o que exige uma assistência individual, por equipe multiprofissional e transdisciplinar, que atue com foco em minimizar o impacto causado por essa transição, e que possa assegurar vínculo com e entre o binômio mãe e bebê. Mas, tão importante quanto o procedimento, é a atuação da equipe que deve ser executada de maneira efetiva e de acordo com as preconizações atualizadas dos órgãos responsáveis.

A hipótese de estudo é: há desafios no cuidado ao neonato saudável e com necessidade de reanimação?

Como proposta metodológica, as pesquisadoras delinearam como um estudo descritivo, observacional, de abordagem qualitativa e quantitativa, a ser desenvolvido em duas unidades hospitalares, sendo uma em Cuité e a outra em Picuí, na Paraíba. A população será composta de 24 profissionais de saúde, trabalhadores dos serviços hospitalares dos dois municípios, incluindo médicos (pediatra, obstetra e clínico geral), enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem (parteiras e circulantes), que atuam diretamente nos cuidados assistenciais ao

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.699.794

neonato na sala de parto.

Os critérios de inclusão são: ser profissional da saúde diretamente envolvido na assistência ao recém-nascido na sala de parto incluindo médicos (pediatra, obstetra e clínico geral), enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem (parteiras e circulantes).

E os critérios de exclusão: profissionais que não compareçam a entrevista após três agendamentos consecutivos, e aqueles que estiverem de férias e/ou licença no momento da coleta de dados.

Para a coleta de dados, serão utilizados os seguintes instrumentos: 1) Checklist acerca da assistência de cuidados ao neonato com boa vitalidade; 2) Checklist acerca da assistência de cuidados ao neonato com necessidade de reanimação; 3) um roteiro semiestruturado para guiar a entrevista, contendo duas partes: uma contendo dados de caracterização dos participantes e questões norteadoras para entrevista.

No procedimento para coleta de dado, após visita prévia aos locais da pesquisa, os profissionais serão convidados com a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na segunda etapa, ocorrerá o acompanhamento da rotina profissional no serviço, por meio de demanda espontânea, sendo realizada a observação de dois partos por participante, o que se deve em razão de oportunizar identificar os cuidados ao neonato na sala de parto na prática profissional, conforme preconizam as diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria. A última etapa será uma entrevista com os profissionais, fora do ambiente de trabalho, visando garantir maior conforto para eles, conforme local e horário agendados previamente.

Para a análise dos dados dos checklists, estes serão transferidos ao pacote estatístico Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) e analisados de forma descritiva, ou seja, com apresentação das frequências relativas e absolutas acerca dos cuidados na sala de parto, realizados por profissional. Para o processamento dos dados das entrevistas será utilizado o software IRaMuTeQ e a análise dos dados será realizada a partir da análise de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

As pesquisadoras apontam como objetivo geral: Conhecer a prática assistencial da equipe de saúde durante os cuidados ao neonato na sala de parto.

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com



CENTRO DE EDUCAÇÃO E
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE - CES/UFPG



Continuação do Parecer: 6.699.794

Objetivos específicos: Caracterizar os profissionais de saúde participantes do estudo; Evidenciar a estrutura física e organizacional dos cenários de assistência ao neonato; Investigar como ocorre a prática assistencial nos cuidados imediatos e mediatos ao neonato com boa vitalidade, e com necessidade de reanimação pelos profissionais de saúde participantes do estudo; Identificar os obstáculos que podem comprometer a qualidade da prática assistencial neonatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

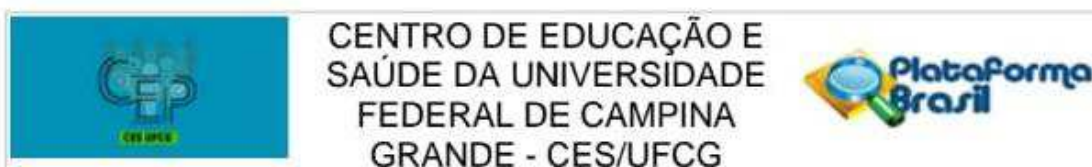
As pesquisadoras apresentam os riscos e benefícios tanto na metodologia quanto no TCLE. Segundo as pesquisadoras, a pesquisa apresenta riscos mínimos como desconforto ou constrangimento que surjam diante da presença da pesquisadora e quaisquer questionamentos realizados por elas, bem como sentir que sua privacidade está sendo invadida, podendo demonstrar sentimento de angústia, inquietude, ansiedade, choro e/ou medo de perder o emprego, além de vontade de finalizar a entrevista.

Para minimizar esses riscos, e visando o respeito, dignidade, liberdade e autonomia dos participantes, será adotada pela pesquisadora postura acolhedora e compreensível, permanecendo imparcial diante do que será visualizado e escutado, bem como apresentar esclarecimentos, quando solicitados, para melhor compreensão e expressão da sua vivência.

Diante disso, o participante será deixado à vontade, para esclarecer seu papel conforme rotina assistencial, não sendo interrompido de forma alguma, para quaisquer questionamento. Salienta-se que a participação é voluntária, bem como será garantido ao participante o direito de desistir ou interromper a colaboração na pesquisa em qualquer momento desejável, sem necessidade de nenhuma explicação, penalização ou prejuízos socioeconômicos.

Para manter o sigilo e anonimato, serão utilizados codinomes para identificação de cada participante, sendo utilizada a letra "P" relacionando-se com os profissionais de saúde, seguido do número, de acordo com a sequência da pesquisa (P1, P2, P3.....). A autorização da gravação está inclusa na metodologia e no TCLE. Ao encerrar a entrevista, será realizada transcrição na íntegra em documento Word, no intuito de garantir a fidedignidade das informações. O corpus gerado será armazenado em um dispositivo eletrônico local "pendrive", durante cinco anos, não sendo disponibilizado, em hipótese alguma, em qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem" de qualquer dispositivo, no intuito de reduzir o risco de torna-se público. Em relação aos dados dos

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.699.794

checklists, por se tratar de uma abordagem descritiva, estes serão digitados em uma planilha no Microsoft Excel.

Como benefícios, as pesquisadoras apresentam que evidencia-se a contribuição de forma direta para sensibilizar os profissionais de saúde acerca da importância dos cuidados adequados ao neonato, incluindo a reanimação neonatal adequada, além de alicerçar a realização de educação permanente e continuada em saúde, permitindo uma assistência humanizada, integral e qualificada que possa contribuir para prevenção da morbimortalidade neonatal e infantil, e a promoção à saúde da criança. Assim também contribuirá positivamente na formação profissional da pesquisadora enquanto enfermeira.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa trata de um tema importante do ponto de vista da saúde, social e acadêmico por contribuir diretamente com a qualidade da assistência ao recém-nascido durante o parto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pesquisadoras inseriram na plataforma os seguintes documentos:

- Folha de Rosto (assinada e carimbada pela orientadora e pelo diretor do CES);
- Termo de Anuência Institucional do hospital de Cuité (assinada e carimbada pela secretária municipal de saúde);
- Termo de Anuência Institucional do hospital de Picuí (assinada e carimbada pelo chefe do Núcleo de Ações Estratégicas e Especiais do Hospital de Picuí);
- Termo de Compromisso dos Pesquisadores (assinado por alunas e orientadora);
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Projeto detalhado, com cronograma para início da coleta de dados em março de 2024.

Recomendações:

Recomenda-se que as pesquisadoras acrescentem o termo "hospitalar" onde se lê parteira, passando a ler-se "parteira hospitalar", já que no contexto da pesquisa ainda há parteiras tradicionais que não têm formação específica na área, mas que indevidamente ainda atuam em hospitais. As pesquisadoras também podem acrescentar que serão excluídas da pesquisa as parteiras tradicionais.

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com



**CENTRO DE EDUCAÇÃO E
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE - CES/UECG**



Continuação do Parecer: 6.699.794

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após apreciação do projeto e análise dos documentos apresentados, conclui-se que não existem inadequações éticas para o início da pesquisa, estando o mesmo APROVADO.

Recomenda-se elaborar o relatório final após a conclusão do projeto e inserir na plataforma para acompanhamento por este Comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2254361.pdf	31/01/2024 23:18:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofinalajustado.docx	31/01/2024 09:23:03	NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2254361.pdf	04/12/2023 13:51:50		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromissopesquisadores.pdf	04/12/2023 13:49:36	NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	04/12/2023 10:50:05	NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciacuite.jpeg	04/12/2023 10:48:46	NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciacuite.jpeg	04/12/2023 10:48:46	NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS	Recusado
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciapicui.jpeg	04/12/2023 10:48:29	NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS	Aceito
Declaração de	anuenciapicui.jpeg	04/12/2023	NATHANIELLY	Recusa

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com



**CENTRO DE EDUCAÇÃO E
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE - CES/UFCG**



Continuação do Parecer: 6.699.794

Instituição e Infraestrutura	anuenciapicui.jpeg	10:48:29	CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS	do
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofinal.docx	04/12/2023 10:47:51	NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	04/12/2023 10:46:52	NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CUITE, 13 de Março de 2024

**Assinado por:
MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUIATE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com