



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO

Rotinas Assistenciais da Maternidade Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Define-se como a assistência de enfermagem a todos os recém-nascidos (RN) no Centro Obstétrico, tanto de parto normal quanto de cesarianas. A assistência deve basear-se num sistema que garanta cuidados contínuos e de complexidade crescente e adequada ao nível de risco do neonato.

O PREPARO PARA ATENDER O RN NA SALA DE PARTO

- Realização de anamnese materna.
- Disponibilidade do material para atendimento.
- Presença de equipe treinada em reanimação neonatal.

ANAMNESE MATERNA

As condições perinatais descritas no quadro 1 estão associadas ao aumento do risco de reanimação neonatal

Quadro 1- Fatores pré-natais e do parto associados ao aumento do risco de reanimação neonatal

Fatores antenatais	
• Idade <16 anos ou > 35 anos	• Ausência de cuidado pré-natal
• Diabetes	• Rotura prematura das membranas
• Hipertensão específica da gestação	• Pós-maturidade
• Hipertensão crônica	• Gestação múltipla
• Anemia fetal ou aloimunização	• Discrepância entre idade gestacional e peso ao nascer
• Óbito fetal ou neonatal anterior	• Diminuição da atividade fetal
• Sangramento no 2º ou 3º trimestre	• Uso de drogas ilícitas
• Infecção materna	• Malformação ou anomalia fetal
• Doença materna cardíaca, renal, tireoidiana ou neurológica	• Uso de medicações (por exemplo, magnésio e bloqueadores adrenérgicos)
• Polidrâmnio ou oligoâmnio	• Hidropsia fetal
Fatores relacionados ao parto	
• Cesariana de emergência	• Bradicardia fetal
• Uso de fórceps ou extração a vácuo	• Padrão anormal de frequência cardíaca fetal
• Apresentação não cefálica	• Anestesia geral
• Trabalho de parto prematuro	• Tetania uterina
• Parto taquitócico	• Líquido amniótico meconial
• Corioamnionite	• Prolapso de cordão
• Rotura prolongada de membranas (>18 horas antes do parto)	• Uso materno de opióides nas 4 horas que antecedem o parto
• Trabalho de parto prolongado (>24 horas)	• Segundo estágio do trabalho de parto prolongado (>2 horas)
• Placenta prévia	• Descolamento prematuro da placenta
• Macrossomia fetal	• Sangramento intraparto abundante

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria - 2011

MATERIAL PARA ATENDIMENTO

Todo material necessário para reanimação deve ser preparado, testado e estar disponível, em local de fácil acesso, antes do nascimento. Esse material é destinado à manutenção da temperatura, aspiração de vias aéreas, ventilação e administração de medicações.

Quadro 2 apresenta os materiais apropriados para a assistência ao RN na sala de parto. A temperatura ambiente na sala de parto deve ser, no mínimo, de 26°C para que se mantenha com maior facilidade a temperatura corpórea normal do RN.

Quadro 2 – Materiais necessários à assistência ao RN na sala de parto

Sala de parto e/ou de reanimação com temperatura ambiente de 26°C e:
<ul style="list-style-type: none">• Mesa de reanimação com acesso por três lados• Fonte de calor radiante• Fontes de oxigênio umidificado e de ar comprimido, com fluxômetros• Aspirador a vácuo com manômetro• Relógio de parede com ponteiro de segundos• Termômetro digital para mensuração da temperatura ambiente
Material para aspiração
<ul style="list-style-type: none">• Sondas traqueais No 6, 8 e 10• Sondas gástricas curtas No 6 e 8• Dispositivo para aspiração de mecônio• Seringa de 20 mL
Material para ventilação
<ul style="list-style-type: none">• Reanimador manual neonatal (balão auto-inflável com volume máximo de 750 mL, reservatório de O₂ e válvula de escape com limite de 30-40 cm H₂O e/ou manômetro)• Ventilador mecânico manual neonatal em T• Máscaras redondas com coxim para prematuros tamanho 00 e 0 e de termo 1• Blender para mistura oxigênio/ar• Oxímetro de pulso com sensor neonatal e bandagem elástica escura
Material para intubação traqueal
<ul style="list-style-type: none">• Laringoscópio infantil com lâmina reta No 00, 0 e 1• Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro uniforme 2,5/ 3,0/ 3,5 e 4,0 mm• Material para fixação da cânula: tesoura, fita adesiva e algodão com SF 0,9%• Pilhas e lâmpadas sobressalentes• Detector colorimétrico de CO₂ expirado
Medicações
<ul style="list-style-type: none">• Adrenalina diluída em SF 0,9% a 1/10.000 em 1 seringa de 5,0 mL para administração única endotraqueal• Adrenalina diluída em SF 0,9% a 1/10.000 em seringa de 1,0 mL para administração endovenosa• Expansor de volume (SF 0,9% ou Ringer-lactato) em 2 seringas de 20 ml• Álcool etílico 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%• Nitrato de prata 1% e ampola de água destilada• Vitamina K1
Material para cateterismo umbilical
<ul style="list-style-type: none">• Campo fenestrado esterilizado, cadarço de algodão e gaze• Pinça tipo Kelly de 14 cm e cabo de bisturi com lâmina No 21• Porta agulha de 11 cm e fio agulhado mononylon 4.0• Sonda traqueal sem válvula No 6 ou 8 ou cateter umbilical 5F ou 8F
Outros
<ul style="list-style-type: none">• Luvas e óculos de proteção individual• Compressas e gazes esterilizadas• Estetoscópio neonatal• Saco de polietileno de 30x50cm e touca para proteção térmica do RN prematuro• Tesoura de ponta romba e clampeador de cordão umbilical• Seringas de 20 mL, 10 mL, 5mL e 1 mL e agulhas• Balança digital e antropômetro

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria - 2011

Para que a assistência de enfermagem na sala de parto seja prestada da melhor maneira possível e com qualidade, o enfermeiro deve estar atento a alguns conceitos relacionados ao RN.

CLASSIFICAÇÃO QUANTO À IDADE GESTACIONAL

- Pré-termos: idade gestacional inferior a 37 semanas.
 - Prematuridade extrema - menor que 28 semanas de gestação. Os bebês encontram-se no limite de viabilidade e necessitam de cuidados sofisticados e intensivos.
 - Prematuridade grave – 28 a 30 semanas de gestação. Apresentam algumas vantagens fisiológicas, entretanto exigem a mesma qualidade na assistência.
 - Prematuridade moderada - 31 a 33 semanas de gestação.
 - Prematuridade quase-termo – 34 a 36 semanas.
- A termo: idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias.
- Pós-termo: idade gestacional igual ou maior que 42 semanas.

CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO PESO E IDADE GESTACIONAL

Quando associamos o peso à idade gestacional, o RN é classificado segundo o seu crescimento intra-uterino em:

- RN grande para a idade gestacional (GIG): peso acima do percentil 90.
- RN adequado para a idade gestacional (AIG): peso entre o percentil 10 e 90.
- RN Pequeno para a Idade Gestacional (PIG): peso abaixo do percentil 10.

CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO PESO

Recém-Nascido de Baixo Peso

É considerado recém-nascido de baixo peso, todo aquele que nasce com peso inferior a 2.500g. Neste critério estão incluídos tanto os prematuros quanto os RN a termo com crescimento intrauterino restrito.

AVALIAÇÃO DO APGAR

O índice de Apgar, largamente utilizado para mensurar a vitalidade do recém-nascido, varia de 0 a 10 e avalia cinco sintomas objetivos:

- Frequência cardíaca
 - Ausente: 0.
 - < 100/min: 1.
 - > 100/min: 2.
- Respiração
 - Ausente: 0.
 - Fraca/irregular: 1.
 - Forte/choro: 2.
- Irritabilidade reflexa
 - Ausente: 0.
 - Algum movimento: 1.
 - Espirros/choro: 2.
- Tônus muscular
 - Flácido: 0.
 - Flexão de pernas e braços: 1.
 - Movimento ativo/boa flexão: 2.

- Cor
 - Cianótico/pálido: 0.
 - Cianose de extremidades: 1.
 - Rosado: 2.

A importância do índice de Apgar como indicador de risco para a morbimortalidade neonatal tem sido ratificada em várias pesquisas recentes.

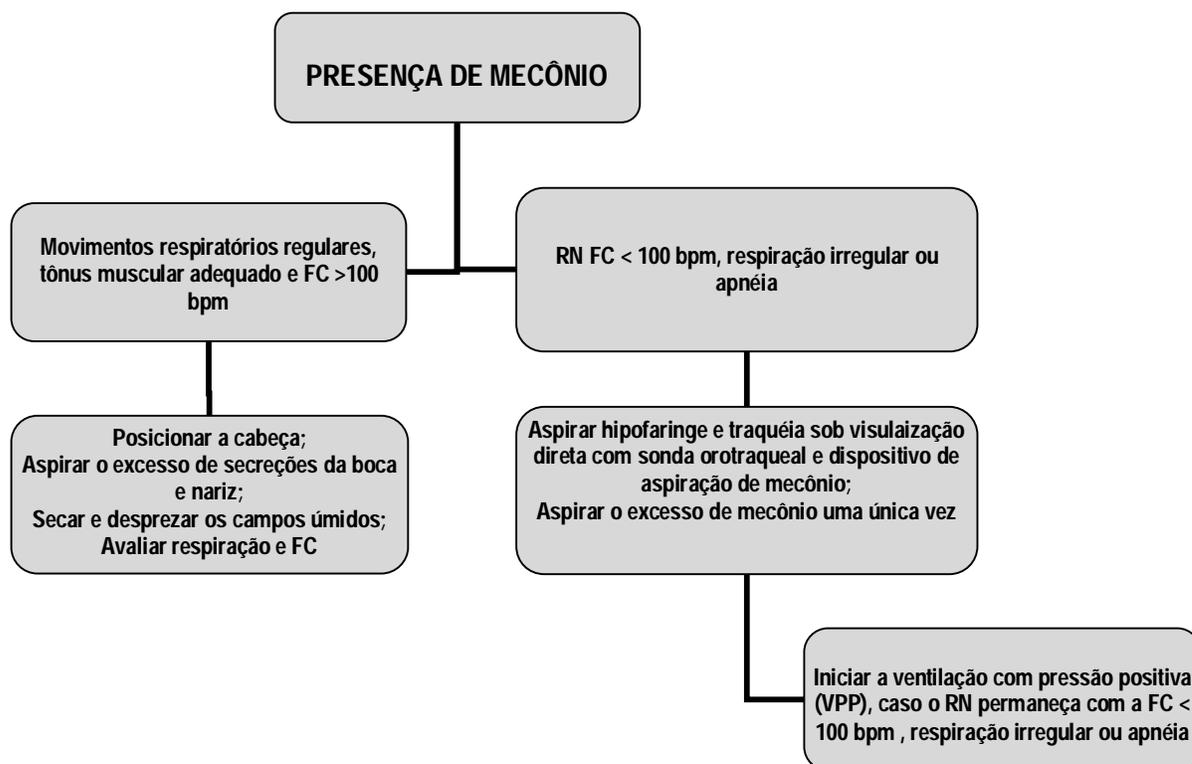
ASSISTÊNCIA AO RN COM BOA VITALIDADE

Imediatamente após o nascimento, a necessidade de reanimação depende da avaliação rápida de quatro situações referentes à vitalidade do concepto, sendo feitas as seguintes perguntas: Gestação a termo? Ausência de mecônio? Respirando ou chorando? Tônus muscular bom? Caso a resposta seja afirmativa a todas as perguntas, considera-se que o RN está com boa vitalidade e não necessita de manobras de reanimação e devem ser realizadas as seguintes intervenções:

- Proceder ao clameamento do cordão umbilical após cessadas suas pulsações (aproximadamente 1 a 3 minutos), exceto nos casos de mães isoimunizadas ou HIV /HTLV positivas. Nesses casos o clameamento deve ser imediato.
- Manter o RN sobre o abdome e/ou tórax materno, usando o corpo da mãe como fonte de calor, garantindo que o posicionamento da criança permita movimentos respiratórios efetivos. O contato pele a pele imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco de hipotermia em RNs a termo com respiração espontânea e que não necessitam de ventilação, desde que cobertos com campos pré-aquecidos.
- Identificar o RN com pulseira e clamp umbilical contendo o nome da mãe, número de prontuário, data de nascimento, sexo e hora.
- Realizar o aleitamento precoce para promoção do contato mãe-bebê imediato após o parto, evitando intervenções desnecessárias que interferem nessa interação nas primeiras horas de vida. Deve ser estimulado o contato pele a pele e o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivos.
- Coletar o sangue do cordão umbilical para exames laboratoriais.
- Realizar a laqueadura do cordão umbilical, fixar o clamp à distância de 2 a 3cm do anel umbilical, envolvendo o coto com gaze embebida em álcool etílico 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%. Em RN de extremo baixo peso utiliza-se soro fisiológico para possibilidade de cateterização umbilical.
- Aspirar boca e narinas, caso seja necessário.
- Realizar exame físico simplificado.
- Realizar o "Credé" para prevenção da oftalmia gonocócica. A profilaxia deve ser realizada na primeira hora após o nascimento, tanto no parto vaginal quanto cesáreo, uso do PVPI 2,5% colírio.
- Administrar vitamina K para prevenção do sangramento, 1mg de vitamina K por via intramuscular ao nascimento.
- Administração da vacina contra Hepatite B. A administração desta faz parte do calendário vacinal mínimo obrigatório e inicia o esquema de imunização do indivíduo contra a Hepatite B. Tem como objetivo proteger o recém-nascido contra o vírus da Hepatite B.
- Realizar antropometria, incluindo peso, comprimento e o perímetro cefálico.

ASSISTÊNCIA AO RN COM LÍQUIDO AMNIÓTICO E MECÔNIO

Figura 1 – Fluxograma para Assistência ao RN com Líquido Tinto de Mecônio



Fonte: Maternidade Escola da UFRJ/SOBEP

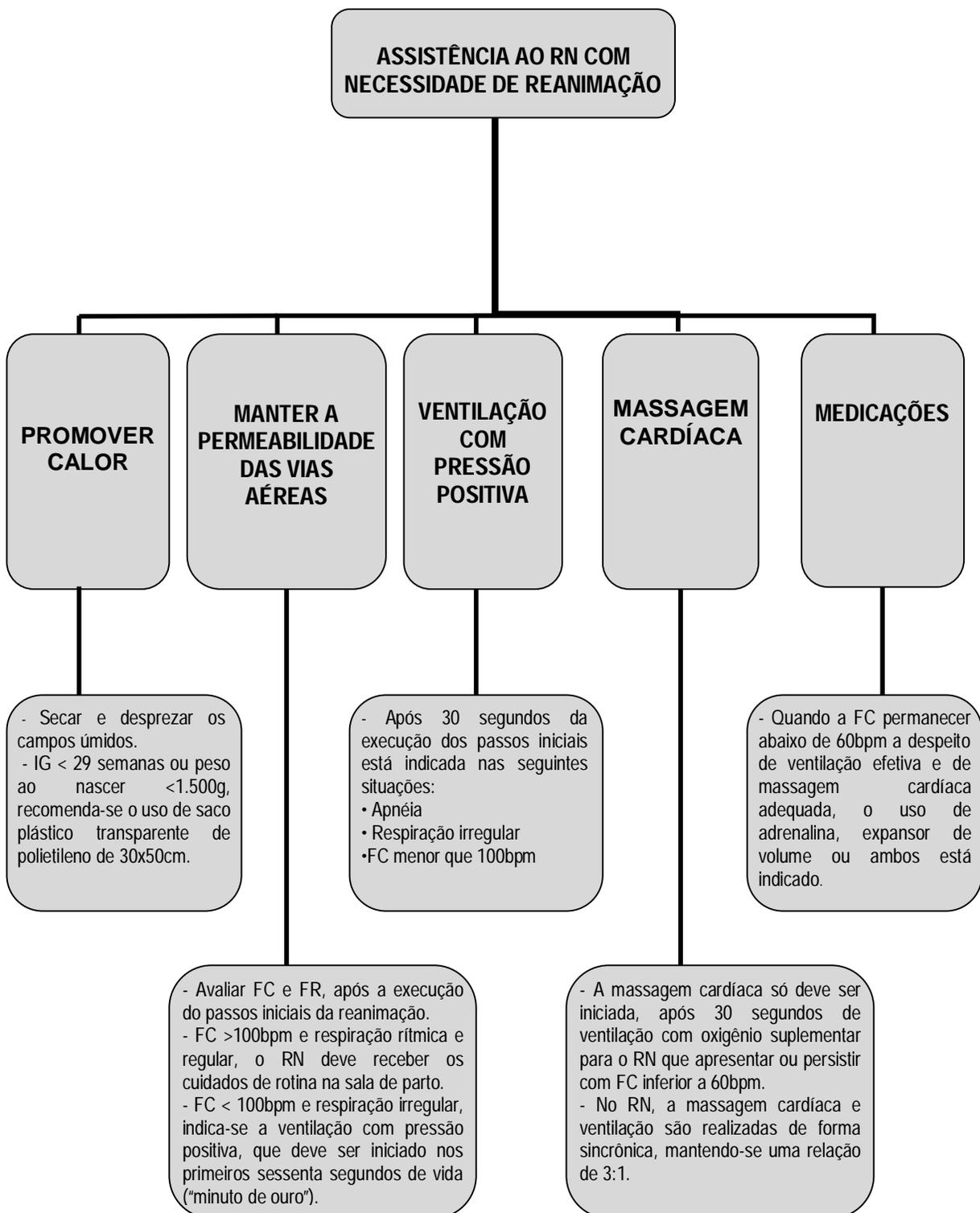
ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO MENOR QUE 34 SEMANAS NA SALA DE PARTO

- FC < 100 bpm e/ou respiração espontânea ausente ou irregular, iniciar a ventilação com pressão positiva (VPP).
- Manter a temperatura corporal entre 36,5 e 37,0°C, mantendo temperatura ambiente de 26°C.
- Monitorizar a oxigenação, através da saturação (Sat) de O₂.
- Manter a permeabilidade das vias aéreas, aspirar boca e nariz, caso seja necessário.
- FC > 100 bpm, com respiração rítmica e regular, sem desconforto respiratório, e Sat O₂ > 70%, cuidados de rotina da sala de parto.
- FC > 100 bpm, com respiração espontânea rítmica e regular, mas apresenta desconforto respiratório ou Sat O₂ < 70%, está indicada a aplicação da pressão positiva contínua de vias aéreas (CPAP).

ASSISTÊNCIA AO RN COM NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO NA SALA DE PARTO

Caso o RN seja pré-termo ou se, logo após nascer, não estiver respirando e/ou apresenta-se hipotônico, indicam-se os passos iniciais, que consistem em:

Figura 2 – Fluxograma para Assistência ao RN com necessidade de Reanimação



LEMBRETES

- RN a termo com boa vitalidade deve ser limpo e posicionado sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta por 1 a 3 minutos ou até o término da pulsação do cordão umbilical para só após realizar o clampeamento.
- A avaliação da coloração da pele e das mucosas do RN não é mais utilizada para decidir procedimentos na sala de parto. Estudos têm mostrado que a avaliação da cor das extremidades, do tronco e das mucosas é subjetiva e não tem relação com a saturação de oxigênio ao nascimento. Além disso, o RN com esforço respiratório e FC adequados pode demorar alguns minutos para ficar rosado. Para os RN que não precisam de procedimentos de reanimação ao nascer, a saturação de oxigênio com um minuto de vida situa-se ao redor de 60 - 65%, só atingindo valores de 87% - 92% no 5º minuto de vida.

LEITURA SUGERIDA

- APGAR V. **A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant.** Curr Res Anesth Analg 1953; 32:260-7.
- BORNIA, R. G.; COSTA JUNIOR, I. B. da; AMIM JUNIOR, J. Parto Pretermo. In: BORNIA, R. G.; COSTA JUNIOR, I. B. da; AMIM JUNIOR, J. (Org.). **Protocolos assistenciais:** Maternidade Escola: Universidade Federal do Rio de Janeiro : anestesiologia, neonatologia, obstetrícia. Rio de Janeiro: POD, 2013. cap.64. p.275-280
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 4 v. : il. – (Série A. Normas e Manuais. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v4.pdf. Acesso em: 06 mai 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido no Sistema Único de Saúde.** Portaria nº 371 de 7 maio de 2014. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=50&data=08/05/2014>. Acesso em 06 mai 2015.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Reanimação Neonatal em Sala de Parto: Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria** . 2013 Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-Reanima%C3%A7%C3%A3oNeonatal-atualiza%C3%A7%C3%A3o-1abr2013.pdf>. Acesso em 22 mai 2015