

AVALIAÇÃO DO TEMPO DE CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL COMO BOA PRÁTICA DE ASSISTÊNCIA E INDICADOR DE SAÚDE

Claudirene Milagres Araújo

Professora Titular do Curso de Enfermagem (Universidade José do Rosário Vellano)

Rafael Felipe Goncalves Miranda

Enfermeiro (Graduada pela Universidade José do Rosário Vellano)

Alexandra Graciele Costa

Enfermeira (Graduada pela Universidade José do Rosário Vellano)

Esther Nunes Elias

Enfermeira (Graduada pela Universidade José do Rosário Vellano)

Flaviane Ribeiro Fernandes

Enfermeira (Graduada pela Universidade José do Rosário Vellano)

Nelci Maria Turíbio

Enfermeira (Graduada pela Universidade José do Rosário Vellano)

Resumo

Diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), definem que o parto é um evento natural que não necessita de controle e sim de cuidados, além de enfatizar que as boas práticas baseadas em evidências científicas devem ser incluídas nas rotinas, dentre estas práticas o clampeamento do cordão umbilical em tempo oportuno. O objetivo do estudo foi avaliar o tempo de clampeamento do cordão umbilical, como boa prática de assistência. Foram analisados 476 prontuários de recém-nascidos, criou-se banco de dados no software SPSS (*Statistic Package for Social Study*) versão 24 para Windows, e os dados foram analisados por estatística descritiva, utilizando-se mediana, valores mínimos, máximos, e correlação de variáveis pelo teste Pearson qui-quadrado. Foram encontrados os resultados: 51,9% dos recém-nascidos eram do sexo feminino e 48,1% do sexo masculino, destes 61,7% nasceram a termo, com boa vitalidade e tiveram o clampeamento do cordão após 30 segundos de nascimento, 4,6% nasceram com baixa vitalidade e o tiveram abaixo de 30 segundos. Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria definem que recém-nascidos a termo com boa vitalidade devem ter o clampeamento entre 1 a 3 minutos, e aqueles com baixa vitalidade devem ter este procedimento imediatamente. O registro na folha do RN na maternidade estudada é deficiente, não está em conformidade com o preconizado pelo Ministério da Saúde, o que impossibilitou a avaliação do tempo de clampeamento como boa prática.

Descritores: Recém-nascido. Cordão Umbilical. Constrição. Salas de Parto. Parto Normal.

Abstract

Guidelines of the World Health Organization (WHO), state that childbirth is a natural event that does not require control, but care, as well as emphasizing that good practices based on scientific evidence should be included in routines, among these practices the clamping of the umbilical cord in a timely manner. Evaluate the clamping time of the umbilical cord, as good practice assistance. 476 medical records of newborns were analyzed, the database was created in SPSS (Statistic Package for Social Study) version 24 for Windows, and the data were analyzed using descriptive statistics, using median, minimum, maximum and correlation of variables by Pearson chi-square test. 51.9% of newborns were female and 48.1% male, 61.7% of those born at term, with good vitality and have the cord clamping after 30 seconds of birth, 4.6 % were born with low vitality and were below 30 seconds. The Ministry of Health and the Brazilian Society of Pediatrics state that newborns at term with good vitality must have clamping between 1 to 3 minutes, and those with low vitality should have this procedure immediately. The record in RN sheet in the studied motherhood is poor, it is not in accordance with the recommendations by the Ministry of Health, which made it impossible to evaluate the clamping time as good practice.

Descriptors: Newborn. Umbilical cord. Constriction. Birthing rooms. Natural Childbirth.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, várias das rotinas hospitalares utilizadas na assistência ao parto e avaliação dos recém-nascidos foram desenvolvidas e implantadas por conveniência ou simples hábito, não sendo testadas e comprovadas cientificamente. Estas rotinas são um conjunto de práticas que têm um impacto muito grande na atenção ao parto, nascimento e pós-parto, pois fazem parte do momento de transição do feto a recém-nascido e envolvem um estreito laço de saúde, nutrição e afeto entre mãe e filho (BRASIL 2011; MERCER et al., 2010).

O nascimento deve ser considerado como uma fase única e intensa, durante o parto deve-se favorecer um trabalho calmo, harmonioso, fisiológico e focado no RN e sua família, tudo isso sem interferir no vínculo mãe e RN. Para isso, é necessária adoção de práticas integrais, corretas e baseadas em evidências científicas e abolição das práticas consideradas prejudiciais à saúde da mãe ou do RN (BRASIL, 2011).

O processo de nascer é fisiológico, mas envolve um ciclo dinâmico e muito difícil, pois exige a transição de um estado de dependência para uma condição de autossuficiência. A adaptação a vida extrauterina acontece de forma muito brusca e mesmo estando com idade gestacional (ID) adequada os RN ainda são vulneráveis e necessitam de assistência (ASKIN, 2002; BECK, et al., 2004; BRASIL, 2012).

Diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), definem que o parto é um evento natural que não necessita de controle e sim de cuidados, além de enfatizar que as boas práticas baseadas em evidências científicas devem ser incluídas nas rotinas (RABELO; OLIVEIRA, 2010). O padrão normativo da OMS é que não se deve ultrapassar 15% a taxa de cesariana, este indicador é utilizado para avaliar o modelo de atenção ao parto (LEAL et al., 2009).

Não há um consenso acerca da classificação de tempo de clampeamento precoce ou tardio, considera-se tardio aquele realizado após um a três minutos da expulsão ou após cessarem os pulsos do cordão, e precoce o realizado imediatamente ou até 15 segundos após o nascimento.

O guia de práticas integradas de atenção ao parto, publicado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011, recomenda que o clampeamento ocorra após cessarem as pulsações do cordão em RN reativo, ou seja, recomenda o clampeamento tardio do cordão. Em 2011 o MS ratificou esta posição incluindo que o clampeamento após a cessação de pulsação deve ocorrer em RN a termo, saudável e com boa vitalidade após posicioná-lo sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta. Esta recomendação foi reforçada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) em suas publicações (BRASIL, 2011; OLIVEIRA et al., 2014).

A técnica de clampeamento consiste em aplicar dois grampos no cordão umbilical e entre eles fazer o corte, evitando perda sanguínea materna e fetal (BRUNE et al., 2002). O momento ideal para se clampear e cortar o cordão umbilical é quando a circulação do mesmo cessar, ou seja, quando cessarem as pulsações e o cordão se achatar. Isto ocorre em um tempo aproximado de 1 a 3 minutos após a expulsão. Porém, esta prática não é padronizada em todos os hospitais, sendo assim, cada um tem seu protocolo padrão e aplicam tanto o clampeamento tardio como o imediato, que ocorre de 10 a 15 segundos após a expulsão (BRASIL, 2011).

Este estudo se justifica considerando que o tempo de clampeamento do cordão umbilical é um tema polêmico entre os pediatras e obstetras baseando-se em possíveis agravantes deste procedimento, dentre o aumento da icterícia neonatal. Entretanto, estudos recentes comprovam os benefícios do clampeamento tardio relacionado aos níveis séricos de ferro e ferritina, além de relatos sobre a prevenção de hemorragias e necessidade de transfusão sanguínea no período neonatal (OLIVEIRA et al., 2014; VENÂNCIO et al., 2008). Pode-se considerar que os resultados desta pesquisa terão grande relevância social e científica por acrescentar conhecimentos no ramo da neonatologia acerca da prática de clampeamento do cordão umbilical.

Mediante a tais observações este estudo foi direcionado pelo seguinte questionamento: O tempo de clampeamento do cordão umbilical em tempo adequado está sendo empregado como boa prática de assistência ao recém-nascido em sala de parto na maternidade em estudo?

Diante do exposto o objetivo geral do trabalho foi avaliar o tempo de clampeamento do cordão umbilical em recém-nascidos de uma maternidade pública de grande porte em Belo Horizonte – Minas Gerais e como objetivos específicos traçar o perfil da população estudada, relacionar o tempo de clampeamento do cordão com a vitalidade do bebê ao nascer e com a idade gestacional e avaliar a amamentação na primeira hora de vida

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, quantitativo e descritivo, com dados coletados de 476 prontuários aleatórios do ano de 2016, de acordo com o fornecimento do setor de arquivo da instituição pesquisada.

A pesquisa foi realizada em uma maternidade de grande porte localizada no município de Belo Horizonte – MG, referência nacional em humanização do trabalho de parto e hospital amigo da criança.

Para o cálculo amostral, utilizou-se os dados de nascidos vivos no ano de 2015, disponíveis no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), residentes no município de Belo Horizonte, sem anomalias congênitas, de gravidez única, a termo ($n = 41.988$).

Utilizou-se a frequência do evento de 50,0%, por ser desconhecido o percentual de icterícia relacionada ao tempo de clampeamento, devido à ausência de pontos de corte para essa classificação. Adotou-se 8,0% de variabilidade aceitável na frequência estimada, pois quanto menor a variabilidade maior a eficiência do plano amostral, e o índice de confiança de 95%, chegando-se a 381 crianças. A amostra final calculada (FIG. 2) foi de 476 crianças ($n=476$), acrescentando-se 25,0% para eventuais perdas.

Figura 2 – Fórmula do cálculo amostral

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Fonte: GOMES, 2005

O critério de inclusão do estudo foi prontuários de RNs nascidos vivos e como exclusão foram prontuários com dados ausentes. Os dados foram coletados utilizando-se as informações contidas no prontuário do recém-nascido elegível para o estudo conforme os critérios de inclusão e exclusão, analisando-se especificamente a evolução clínica e de enfermagem, folha de sala de parto, ficha de admissão da mãe e Declaração de nascido vivo do RN.

As variáveis analisadas foram: idade da mãe, idade gestacional, sexo do RN, profissional que assistiu o parto, tipo de parto, vitalidade ao nascimento e tempo de clampeamento do cordão umbilical.

Todos os dados coletados através do formulário foram lançados em banco de dados criado no *software SPSS (Statistic Package for Social Study)* versão 24 para Windows.

Após a criação do banco de dados, utilizou-se a estatística descritiva afim de se obter a mediana (pois a distribuição das variáveis segue padrão não normal no histograma, o que sugere a utilização de mediana e não média), desvio padrão, valores mínimos e máximos. Em todos os testes utilizados, fixou-se em 0,05 ou 5% ($p < 0,05$) o nível de rejeição da hipótese de nulidade e Intervalo de Confiança (IC) de 95%. As medidas de tendência central foram expressas como média \pm desvio padrão. O teste utilizado foi o qui-quadrado de Pearson.

Ao final deste processo, foram construídos gráficos e tabelas para expressar os resultados que serão apresentados neste estudo.

Para realização do estudo o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob parecer nº 1.509.798, emitido em 21 de abril de 2016, conforme ANEXO A.

Todas as condutas realizadas pelos pesquisadores obedeceram às diretrizes da resolução 466/2012 do MS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

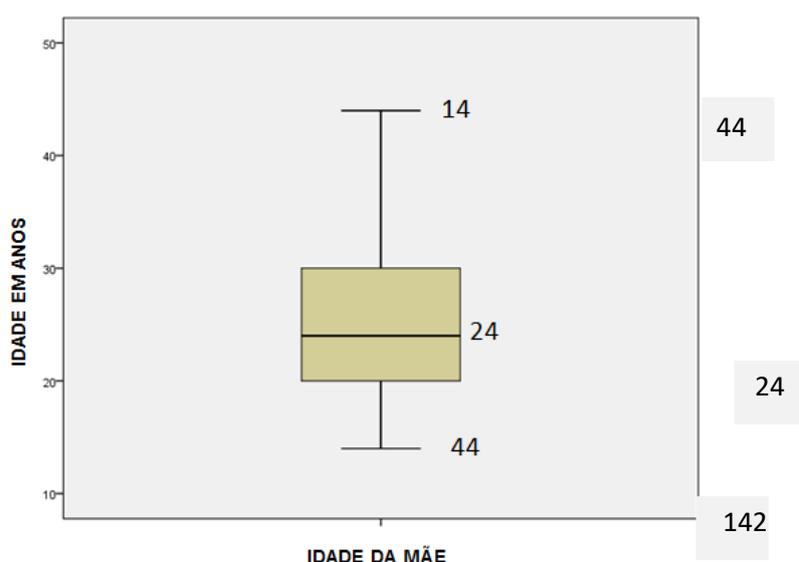
3.1 Perfil da população estudada

Participaram deste estudo 476 recém-nascidos, destes 247 eram do sexo feminino e 229 do sexo masculino, representando 51,9% e 48,1% respectivamente. Em relação ao tipo de nascimento 94,3% ocorreram por via vaginal e 5,3% por via cirúrgica (Cesária). Dos partos que ocorreram por via vaginal 3,3% que correspondem a 16 RNs que necessitaram de auxílio de fórceps ou vacum extrator.

Segundo Reis et al. (2009) em um estudo onde analisou 3.001 partos realizados em duas maternidades de Pelotas em 2007, apontou que a taxa de partos vaginais e cesáreos foi respectivamente de 73,2% e 41,1% em umas das maternidades, e 59,3% e 40,7% em outra. A média nacional de cesarianas é de 43%, sendo o índice superior a 40% em todos os estados das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste segundo o Ministério da Saúde (REIS et al., 2009). A OMS recomenda que a taxa de partos cesáreos não ultrapasse 15%, pois o aumento do número de cesárias desnecessárias pode levar a maiores taxas de desfechos adversos em mães e neonatos (ALTHABE; BELIZAN, 2006).

Em relação a idade das mães dos RNs incluídos no estudo, pôde-se observar que a mesma variou entre 14 e 44 anos, apresentando mediana de 24 anos conforme o gráfico abaixo (GRAF. 1).

Gráfico 1 – Idade mínima, máxima e mediana materna das mães dos RNs incluídos no estudo em uma maternidade pública de Belo Horizonte – Minas Gerais



Fonte: Dados do estudo

De acordo com os dados obtidos em um estudo realizado no Hospital Regional de Tefé, localizado no interior do Amazonas, em abril de 2009, com 93 parturientes, a idade média das mulheres foi de 23,3 anos. A idade variável das mesmas foi de 12 a 44 anos (CAVASIN, 2009). Ao se comparar com o estudo de Koffman e Bonádio (2005), onde foi feita uma avaliação na cidade de São Paulo, em uma instituição filantrópica, os autores obtiveram resultados de uma idade média de 22,9 anos, resultado semelhante ao estudo realizado na cidade de Tefé.

Em relação ao profissional que assistiu ao parto na instituição pesquisada observa-se que 55,0% (262) destes foram realizados por médicos e 45,0% (214) pelo enfermeiro obstetra. Observa-se ainda que dos 214 partos assistidos pelo enfermeiro obstetra 100% destes foram de gestantes com gestação a termo (IG entre 37 a 41 semanas e seis dias) e sem distorcias.

O MS normatizou que o profissional de enfermagem atue durante o parto e esta atuação encontra-se em constante crescimento no âmbito nacional. Essa legalização é feita pela Portaria nº 163, de 22/09/1998, da Secretária de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, e da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 223/1999. Mediante isso, o parto não se torna um ato exclusivo do médico. Os limites e responsabilidades da enfermagem tanto no âmbito jurídico como ético, são regulamentadas e determinadas em diversas leis, sendo de sua competência assistir o parto sem distorcias e de bebês a termo. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2007).

3.2 Relação entre o tempo de clampeamento do cordão umbilical e o tipo de parto.

Na TAB. 1 observa-se o tempo de clampeamento do cordão umbilical em relação ao tipo de parto. O tempo de clampeamento em menos de 30 segundos nos partos vaginal e cesárea ocorreram respectivamente em 13,4% (64 partos) e 0,4% (2 partos). Já o tempo de clampeamento maior que 30 segundos em partos vaginais e cesáreas ocorreram respectivamente em 67,2% (320 partos) e 3,1% (15 partos).

Tabela 1 – Tempo de clampeamento do cordão umbilical em relação ao tipo de parto dos RNs incluídos no estudo em uma maternidade pública de Belo Horizonte – Minas Gerais

		TEMPO DE CLAMPEAMENTO		Sig. (p) ¹
		<30 segundos	>30 segundos	
Tipo de Parto	Vaginal	64 (13,4%)	320 (67,2%)	$p= 0,379$
	Cesáreo	2 (0,4%)	15 (3,1%)	$p= 0,379$

1 – Significância da análise pelo teste de *Pearson Qui-quadrado* (p).

Fonte: Dados do estudo

Estudo de Oliveira (2014) apontou que as crianças nascidas de parto cesariano apresentaram média de tempo de clampeamento significativamente inferior em relação às nascidas de parto normal (38,6 e 48,6 segundos respectivamente, $p = 0,04$), e afirma que o tempo de clampeamento não deve ser condicionado ao tipo de parto e sim a vitalidade do RN após o nascimento.

3.3 Relação entre a vitalidade ao nascer e o local de assistência ao RN.

O estudo evidenciou significância estatística entre nascimento com boa vitalidade e contato pele a pele com a mãe ($p < 0,05$). Dos RNs incluídos no estudo, 412 (86,6%) nasceram com boa vitalidade (respirando, chorando e com bom tônus), destes 375 (78,8%) foram colocados imediatamente em contato pele a pele com a mãe, 13 (2,8%) foram levados ao berço aquecido e 24 (5,0%) não tem o local relatado na folha do bebê. Entre os RNs que nasceram com vitalidade ruim, ou seja, sem respiração, choro e tônus flácido ao nascer, 3 (0,6%) foram levados ao contato pele a pele com a mãe e 52 (10,9%) foram levados para atendimento no berço aquecido, outros 9 (1,9%) não tiveram este dado evoluído na folha do RN.

Tabela 3 – Vitalidade ao nascer e local de atendimento dos RNs incluídos no estudo em uma maternidade pública de Belo Horizonte – Minas Gerais

VITALIDADE	LOCAL DE ATENDIMENTO AO RN			Sig. (p) ³	Total
	Pele a pele	Berço aquecido	Ignorado		
Boa ¹	375 (78,8%)	13 (2,8%)	24 (5,0%)	$p=0,001$	412 (86,6%)
Ruim ²	3 (0,6%)	52 (10,9%)	9 (1,9%)	$p=0,001$	64 (13,4%)
Total	378 (79,4%)	65 (13,7%)	33 (6,9%)	$p=0,001$	476 (100,0%)

1 – RN respirando, chorando e bom tônus ao nascer

2 – RN sem respiração, choro e tônus flácido ao nascer

3 – Significância da análise pelo teste de *Pearson Qui-quadrado* (p).

Fonte: Dados do estudo.

Segundo Brasil (2011), todo bebê que nasce com mais de 34 semanas de idade gestacional com boa vitalidade, respirando, chorando, rosado, ativo e sem alterações clínicas importantes, nos primeiros minutos de vida deve ser estimulado e colocado para interagir com a mãe, promovendo o contato pele a pele e a amamentação precoce aumentando assim a chance de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida. Práticas consideradas prejudiciais e maléficas à saúde da mãe e/ou do RN devem ser excluídas. Estudo de Cruz, Suman e Spíndola (2012), demonstra que este contato precoce mãe e RN proporciona um maior vínculo entre este binômio e uma melhor adaptação à vida extrauterina por parte do bebê. RNs com baixa vitalidade ou complicações neonatais devem ser atendidos no berço de calor radiante para possibilitar melhor assistência e manobras seguras e eficazes (SOUZA, 2011).

3.4 Mediana de IG e a relação entre o tempo de clampeamento do cordão umbilical e a vitalidade ao nascer.

A mediana da IG foi de 38 semanas e 3 dias (IG mínima foi de 23 semanas e 3 dias e IG máxima 41 semanas e 5 dias), sendo que 89,3% (425) dos RNs são a termo, 3,6 % (17) são prematuros extremos, 7,1% (34) prematuros.

TABELA 2 – Relação entre IG, tempo de clampeamento do cordão umbilical e vitalidade ao nascer dos RNs incluídos no estudo em uma maternidade pública de Belo Horizonte – Minas Gerais

IG ¹	TEMP. CLAM. ²	VITALIDADE AO NASCER		SIG. (p) ⁵	TOTAL ⁶
		BOA ³	RUIM ⁴		
24 a 33 semanas e 6 dias	<30 seg.	3 (0,7%)	6 (1,2%)	p = 0,001	9 (1,9%)
	>30 seg.	6 (1,2%)	0 (0,0%)		6 (1,2%)
	Ignorado	1 (0,3%)	1 (0,3%)		2 (0,5%)
Total⁷		10 (2,2%)	7 (1,5%)		17 (3,6%)
34 a 36 semanas e 6 dias	<30 seg.	2 (0,5%)	1 (0,2%)	p = 0,014	3 (0,6%)
	>30 seg.	22 (4,6%)	1 (0,2%)		23 (4,8%)
	Ignorado	6 (1,2%)	2 (0,5%)		8 (1,7%)
Total⁷		30 (6,3%)	4 (0,9%)		34 (7,1%)
37 a 41semanas e 6 dias	<30 seg.	22 (4,6%)	33 (6,9%)	p = 0,001	55 (11,5%)
	>30 seg.	294 (61,7%)	14 (2,9%)		308 (64,6%)
	Ignorado	56 (11,9%)	6 (1,3%)		62 (13,1%)
Total⁷		372 (78,2%)	53 (11,1%)		425 (89,3%)
TOTALGERAL	<30 seg.	27 (40,3%)	40 (59,7%)	p = 0,001	67 (14,0%)
	>30 seg.	322 (95,5%)	15 (4,5%)		337 (70,8%)
	Ignorado	63 (87,5%)	9 (12,5%)		72 (15,2%)
TOTAL		412 (86,6%)	64 (13,4%)		476 (100,0%)

1 – Idade gestacional

2 – Tempo de clampeamento do cordão umbilical

3 – Boa vitalidade ao nascer (respirando ou chorando ou bom tônus)

4 – Sem vitalidade ao nascer (sem respiração ou choro ou tônus flácido)

5 – Significância da análise pelo teste de *Pearson Qui-quadrado* (p).

6 – Total da linha com porcentagem sobre a amostra total (n=476)

7 – Total da coluna com porcentagem sobre a amostra total (n=476)

Fonte: Dados do estudo

O estudo mostra significância estatística ($p < 0,05$) na relação entre IG, vitalidade ao nascer e tempo de clampeamento do cordão umbilical com base no teste de *Pearson Qui-quadrado*. De acordo com a TAB. 2 observa-se que 17 bebês nasceram entre 24 a 33 semanas e 6 dias (prematuros extremos) que corresponde a 3,6% da amostra (n=476), 34 nasceram entre 34 a 36 semanas e 6 dias (prematuros) correspondendo a 7,1% da amostra e 425 bebês nasceram de 37 a 41 semanas e 6 dias (a termo). Dos RNs que nasceram prematuros extremos 10 (2,2%) tiveram boa vitalidade ao nascer, destes 3 (0,7%) tiveram clampeamento do cordão inferior a 30 segundos e 6 (1,2%) clampeamento superior a 30 segundos.

Após o nascimento, avalia-se se o RN menor que 34 semanas começou a respirar ou chorar e se está ativo, se sim, indica-se aguardar 30-60 segundos antes de clampar o cordão umbilical (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016; WYCKOFF et al., 2015b). Estudo de Ghavam et al., (2014) relata que esta prática resulta em menor frequência de hemorragia intracraniana e enterocolite necrosante, além de diminuir a necessidade de transfusões sanguíneas, embora se comprove a elevação da bilirrubinemia indireta, com indicação de fototerapia.

Dos 372 (78,1%) bebês a termo que tiveram boa vitalidade ao nascer conforme descrito na TAB. 2 acima, 294 (61,7%) tiveram o cordão umbilical clampado acima dos 30 segundos de vida, e 22 (4,6%) tiveram o clampeamento inferior a 30 segundos. Entretanto não se pode prever o tempo exato do clampeamento pois não consta esta informação na ficha do bebê ao nascimento.

Estudos e diretrizes da Organização Mundial da Saúde recomendam que o RN ≥ 34 semanas com boa vitalidade (respiração adequada e tônus muscular em flexão ao nascimento), tenha o clampeamento do cordão umbilical entre 1-3 minutos depois do nascimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015; VAIN et al., 2014). Trabalho de Mc Donald et al., (2014), evidenciou que o clampeamento tardio ou oportuno do cordão umbilical de RNs a termo é benéfico em relação aos índices hematológicos na idade de 3-6 meses, embora possa elevar a necessidade de fototerapia por hiperbilirrubinemia indireta na primeira semana de vida.

Observa-se ainda que do total de RNs (n=476) independente da IG e tempo de clampeamento do cordão umbilical, 412 (86,6%) nasceram com boa vitalidade, ou seja, ao nascimento apresentavam respiração ou choro ou bom tônus e 64 (13,4%) ao nascer não tiveram boa vitalidade apresentando ausência de respiração ou choro ou tônus flácido.

Imediatamente após o nascimento, a conduta de atendimento depende da avaliação rápida de quatro situações referentes à vitalidade do RN, sendo feitas as seguintes perguntas: gestação a termo? ausência de mecônio? respirando ou chorando? tônus muscular bom? Se todas as respostas forem sim, considera-se o bebê com boa vitalidade, caso haja resposta não a vitalidade está prejudicada e pode até estar ausente (BRASIL, 2011).

Ainda através da TAB. 2, observa-se que dos 476 (100%) prontuários pesquisados 72 (15,2%) não tinham a informação do tempo de clampeamento do cordão umbilical registrado na folha

de atendimento do bebê, ou seja, durante o registro do parto o campo foi deixado em branco pelo profissional.

O principal objetivo do prontuário é facilitar a assistência ao paciente, constituindo-se em um meio de comunicação entre os diferentes profissionais da saúde e em um recurso indispensável para assegurar a continuidade do atendimento, tanto durante uma internação como no período entre as consultas de ambulatório. O prontuário é, também, uma fonte de dados e conhecimentos. Estudos retrospectivos realizados por meio de consulta a prontuários têm sido fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa médica e das demais áreas da saúde (KLÜCK; GUIMARÃES; SILVEIRA, 2002)

4 CONCLUSÃO

Este estudo apresenta os resultados de uma pesquisa de campo que avaliou o tempo de clampeamento do cordão umbilical, como boa prática, em recém-nascidos de uma maternidade pública de grande porte em Belo Horizonte – Minas Gerais. Diversos estudos recentes têm abordado o benefício do clampeamento tardio, ou oportuno, do cordão umbilical em RNs a termo, principalmente no que tange os índices hematimétricos e concentrações de ferro e ferritina, o que previne a anemia na infância e reduz a necessidade de hemotransfusão. Estes estudos também apontam o risco de icterícia neonatal patológica com necessidade de fototerapia, mas o benefício sobrepõe este risco.

Com base na literatura e nos resultados obtidos com a realização da pesquisa de campo, observa-se que o tempo de clampeamento do cordão umbilical aplicado pelos profissionais da maternidade em estudo obedece a vitalidade do RN ao nascimento, mas devido à forma de registro do tempo na ficha do RN, não é possível afirmar se o clampeamento foi tardio ou precoce, pois registra-se penas inferior a 30 segundos e superior a 30 segundos, diferente do preconizado pelo MS. Com isso, não se sabe se os RNs que tiveram o clampeamento superior a 30 segundos o tiveram entre 1 a 3 minutos, ou até os 60 segundos que ainda seria considerado precoce.

Retornando a questão que norteou este estudo: o tempo de clampeamento do cordão umbilical está sendo empregado como boa prática de assistência ao recém-nascido em sala de parto na maternidade em estudo? Os autores concluem que o não foi possível avaliar o tempo de clampeamento do cordão umbilical como boa prática devido deficiência no registro do tempo na folha do RN. Observou-se ainda que a maternidade vem realizando seus partos em consonância com as boas práticas recomendadas pelo MS, a taxa de partos por cesariana é extremamente baixa (5,3%) se comparada com a média nacional (43%) e está dentro do recomendado pela OMS (até 15% dos partos). O contato pele a pele dos RNs com boa vitalidade e a mãe é estimulado e foi praticado em 79,4% dos casos. Além disso, 61,7% dos RNs com boa vitalidade e a termo tiveram o clampeamento do cordão superior a 30 segundos, como já foi dito anteriormente não se pode afirmar se estes foram tardios.

A atuação do enfermeiro obstetra frente ao parto ficou explícita, 45% dos partos foram realizados por este profissional, e todos eles de gestações únicas, sem distorcias, seguindo o recomendado pela legislação e determinado pelo COFEN.

Em relação a do RN em sala de parto da maternidade em estudo, conclui-se que a mesma não está em conformidade com as recomendações do MS no campo de registro do tempo de clampeamento do cordão umbilical. A recomendação é que se assinale se o tempo foi de 0 a 60 segundos que o classifica como precoce, ou entre 1 a 3 minutos que o classifica em tardio ou oportuno. Essa observação será repassada e trabalhada junto a equipe administrativa e assistencial da maternidade afim de melhorar este registro e entrar em conformidade com os padrões estabelecidos pelo MS.

Ao final deste estudo, percebe-se que a deficiência do registro na folha do RN, o que impossibilitou a classificação do tempo de clampeamento do cordão umbilical, foi uma fragilidade. É importante que o registro seja feito em conformidade com o preconizado pelo MS, esta sugestão será dada a maternidade pesquisada e todo apoio neste processo será fornecido pelos pesquisadores. Foi um longo percurso de submissões ao CEP, coleta de dados, análises, pesquisas de literatura e estudos estatísticos até este resultado final.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução normativa no 167/2007. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados à partir de 01 de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. Seção IV – Do plano hospitalar em obstetrícia [acesso em 9 março 2016]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>

ALADANGADY N, MCHUGH S, AITCHISON TC, WARDROP CAJ, HOLLAND BM. Infants' blood volume in a controlled trial of placental transfusion at preterm delivery. **Pediatrics** 2006;117(1):93-98.

ALMEIDA, E. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Rev. Ciênc. Med.**, Campinas, v. 13, n. 4, p. 381-388, out./dez. 2012.

ALTHABE F, BELIZAN JM. Caesarean section: the paradox. **Lancet** 2006; 368(9546):1472-1473.

ASKIN, D. F. Complications in the transition from fetal to neonatal life. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, Philadelphia, PA, v. 31, n. 3, p. 318-27, May-June 2002.

BECK, D. et al. Cuidados ao recém-nascido: manual de consulta. **Washington: Save the Children Federation**, 2004. Disponível em: 178. Acesso em: 16 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: **SINASC**. [site da Internet] [acessado Maio 2015]. Disponível em: <http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>

BRUGGEMANN OM. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: Zampieri MFM, Oliveira ME, Bruggemann OM. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis (SC): **Cidade Futura**; 2001. p. 23-36.

BRUNE T, GARRITSEN H, WITTELER R, SCHLAKE A, WÜLLENWEBER J, LOUWEN F, ET AL. Autologous placental blood transfusion for the therapy of anemic neonates. **Biology of the Neonate**, 2002.

CAMPANA, A.O et al. Investigação científica na área médica. 1a. ed. Sao Paulo: Manole. 2001

CAVASIN S. Gravidez de adolescentes entre 10 e 14 anos e vulnerabilidade social: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras. São Paulo: **ECOS Comunicação em Sexualidade**, 2004. Disponível em: Acesso em: 15 de agosto de 2015.

CRUZ DCS, Suman NS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2007; [acesso em 12 abril de 2016];41(4):1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/20.pdf>

FISCHER, A. L. Relatório de pesquisa tendências de mudanças na gestão de pessoas das empresas brasileiras: DELPHI RH-2010. [São Paulo]: **MBA, USP**, 2001. 18 p.

FISCHER, Augusto. Métodos de Pesquisa (apostila). Caçador-SC: UnC, 2001. GIL, Antônio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo: Ed. Atlas, 1996.

GAYA, A. Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GHAVAM S, BATRA D, MERCER J, KUGELMAN A, HOSONO S, OH W, et al. Effects of placental transfusion in extremely low birthweight infants: meta-analysis of long- and short-term outcomes. **Transfusion**. 2014;54(4):1192-8.

GOMES, I. M. Manual como elaborar um plano de marketing. Belo Horizonte - 1ª Ed. Sebrae, 2005.

KLUCK, Mariza; GUIMARÃES, José Ricardo; VIEIRA Débora Feijó; SILVEIRA, Ilda Pereira. Manual do Prontuário do Paciente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, v. 2-3, out. 2002.

KOFFMAN MD, BONADIO IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **RevBras Saúde Materno-Infantil**. 2005; 5(1): 523-532.

LEAL, M. do C. et al. Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Org.). Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Brasil, 2009. p. 383-415

MARCONI, Marina De Andrade e LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MCDONALD SJ, MIDDLETON P, DOWSWELL T, MORRIS PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evid Based Child Health*. 2014;9(2):303-97.

MERCER, J. S. et al. Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, Brasília, 2010. Disponível em: Acesso em: 10 jan. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

OLIVEIRA, F. C. C. et al. Tempo de clameamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, Feb. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102014000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 abril. 2016.

OLIVEIRA, Fabiana de Cássia Carvalho et al. Tempo de clameamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 10-18, Feb. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de maio de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004928>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Evidence for Nutrition Actions (eLENA): Optimal timing of cord clamping for the prevention of iron deficiency anaemia in infants [acesso em 5 maio de 2016]. Disponível em: http://www.who.int/elena/titles/full_recommendations/cord_clamping/en/

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Além da Sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Washington, D.C.: OPS ©2007.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Saúde no Brasil. maio de 2011, p.11-31.

PORTO CC. Exame Clínico. 7a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013

PROGIANTI JM, BARREIRA IA. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. **R Enferm UERJ** 2001; 9: 91-7.

RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. de. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 213-220, mar. 2010.

REIS SLS, et al. Parto normal x parto cesáreo: análise de um ano na maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, JBM Vol. 72, n. 3, março 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Texto disponível em www.sbp.com.br/reanimacao - Direitos Autorais SBP, 2016a.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Reanimação do recém-nascido < 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Texto disponível em www.sbp.com.br/reanimacao - Direitos Autorais SBP, 2016b.

SOUZA ASG. Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido. São Paulo: Martinari; 2011.

VAIN NE, SATRAGNO DS, GORENSTEIN AN, GORDILLO JE, BERAZATEGUI JP, ALDA MG, et al. Effect of gravity on volume of placental transfusion: a multicentre, randomised, non-inferiority trial. **Lancet**. 2014;384(9939):235-40.

VARGENS OMC, PROGIANTI JM. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. **Rev Enferm USP** 2004; 38: 46-50.

VENANCIO, SONIA ISOYAMA ET AL. Efeitos do clampeamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 2, Jan. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S010211X2008001400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 abril. 2015.

WYCKOFF MH, AZIZ K, ESCOBEDO MB, KAPADIA VS, KATTWINKEL J, PERLMAN JM, et al. Part 13: Neonatal Resuscitation: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**. 2015;132(18 Suppl 2):S543-60.