

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

MAIRA OLIVEIRA CHAIBEN

**CONTATO PELE A PELE E AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA
EM UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA DO SUL DO BRASIL**

Porto Alegre

2012

MAIRA OLIVEIRA CHAIBEN

**CONTATO PELE A PELE E AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA
EM UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA DO SUL DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Annelise de
Carvalho Gonçalves

Porto Alegre

2012

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos meus pais que proporcionaram o suporte necessário para conquistar os meus sonhos, colocando em segundo plano ou até mesmo desistindo de realizar os seus próprios sonhos e objetivos. Um dia espero poder retribuir um pouco do que fizeram e fazem todos os dias por mim. Obrigado por me amarem tanto!

Agradeço a toda a minha família por compreender as minhas faltas nos almoços e encontros familiares, e principalmente a minha madrinha que já me ensinou muito e que é meu exemplo e a minha avó que sempre rezou e torceu por mim em todos os momentos decisivos.

Obrigada meu amor, que pacientemente aguentou todos os momentos de stress e sempre esteve ao meu lado me ajudando e me apoiando no que podia. Nunca irei me esquecer disto.

Agradeço de coração a todos os auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e professores que me marcaram neste período de intenso aprendizado. E, também as minhas parceiras de faculdade por estes anos de convivência e trocas, obrigada Luma Maiara Ruschel, Kelen Cristina Ramos dos Santos e Marcia da Silva Bohn. O meu jeito de fazer enfermagem tem a contribuição de todos os que me ensinaram a humanidade das ações de cuidado que podemos produzir e o cuidado integral vendo a pessoa como um todo, assim como a importância do conhecimento e das técnicas práticas de enfermagem.

Fico grata pela oportunidade proporcionada pelas professoras Annelise de Carvalho Gonçalves, Helga Geremias Gouveia, Cláudia Junqueira Armellini e Virgínia Leismann Moreto de participar de um projeto de pesquisa que integrou tanto trabalho em equipe e aprendizado. Obrigada principalmente à professora Annelise por me transmitir tanto conhecimento e por ter me auxiliado incessantemente neste subprojeto, por toda paciência e dedicação.

Por fim gostaria de agradecer a Deus e a todos que me auxiliaram nos momentos em que eu fechei os olhos, me concentrei e somente senti.

“Nunca perca a fé na humanidade, pois ela é como um oceano. Só porque existem algumas gotas de água suja nele, não quer dizer que ele esteja sujo por completo.”

Mahatma Ghandi

RESUMO

As práticas humanizadas de atenção ao recém-nascido, como o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida, são de simples execução e proporcionam benefícios baseados em evidências científicas tanto ao recém-nascido (RN) quanto à mãe. O aleitamento materno iniciado na primeira hora de vida contribui para a redução da mortalidade neonatal, o que vai ao encontro ao quarto e ao quinto Objetivos do Milênio propostos pela Organização das Nações Unidas em 2000. Este estudo transversal objetiva conhecer a frequência do contato pele a pele e da amamentação em sala de parto (na primeira hora de vida), sala de cesariana e sala de recuperação pós-parto em um Hospital Amigo da Criança do sul do Brasil, assim como os motivos referenciados pelas mães para a não ocorrência destas práticas. Participaram do estudo 385 mulheres e seus respectivos recém-nascidos. Em sua maioria, as mulheres entrevistadas eram brancas, com idade entre 19 e 44 anos, possuíam mais de 8 anos de escolaridade, tinham companheiro, exerciam atividades não exclusivas ao lar e internaram no hospital por meio do Sistema Único de Saúde. A maioria dos recém-nascidos era a termo, adequados para a idade gestacional e com APGAR de 8 a 9 no 1º minuto de vida e de 9 a 10 no 5º minuto. Os dados demonstraram que, após o nascimento e antes de serem prestados os primeiros cuidados ao RN, 60,6% foram para o colo da mãe sobre a sua roupa e apenas 15,4% tiveram contato pele a pele com a mãe, o que se manteve após os primeiros cuidados, quando 62,0% dos RN foram para o colo da mãe sobre a sua roupa e 16,8% tiveram contato pele a pele. O estímulo à amamentação imediatamente após o parto foi baixo (23,2%), mas aumentou após o recém-nascido receber os primeiros cuidados (57,9%), demonstrando, de certa forma, uma necessidade, possivelmente vinda do profissional de saúde, em realizar estes cuidados antes de promover o aleitamento materno. Entretanto, os índices de amamentação em sala de parto na instituição estudada ainda estão aquém ao esperado, tendo em vista que os bebês e suas mães eram saudáveis em sua maioria. Na sala de recuperação pós-parto, 87,8% das mulheres ficaram com seus recém-nascidos e, destes, 72,4% foram amamentados neste local. Identificou-se que, dentre os motivos para a não realização do contato pele a pele e aleitamento materno, houve a influência das rotinas da unidade como higiene, secagem, pesagem, banho e outros. Portanto, faz-se necessário dialogar sobre o assunto com a equipe de saúde da instituição estudada, sensibilizando-os sobre a importância desse contato e o quanto ele é o precursor da amamentação na primeira hora de vida, podendo contribuir para o aumento das taxas de aleitamento materno e redução da morbimortalidade neonatal.

Descritores: Recém-nascido; Aleitamento Materno; Relações Mãe-Filho.

ABSTRACT

The humanized practices of paying attention to the newborn such as skin to skin contact and breast feeding in the first hour of life, are simple to execute and provides benefits based in evidences not only to the newborn (NB), but also to the mother. Breast feeding their babies within the first hour of life contributes to the reduction of neonatal mortality, which is listed as the fourth and fifth Millennium Development Goals suggested by the United Nations (UN) in the year 2000. This cross-sectional study aimed to evaluate the frequency of skin to skin contact and breast feeding in the delivery room (in the first hour of life), cesarean room and postpartum recovery in an Baby-Friendly Hospital in the southern Brazil, as well as the reasons referenced by mothers for the absence of these. The study included 385 women and their newborns. The women interviewed were mostly caucasian, aged between 19 and 44 years old, had more than eight years of schooling, had a partner, had activities not exclusive to the home and were admitted to the hospital through the Brazilian Unified Health System (SUS). Most newborns had an appropriate gestational age and APGAR of 8 to 9 in the first minute of life and from 9 to 10 in the fifth minute. The data showed that after the birth and before being rendered first aid to the NB, 60.6% went to the mother's lap with clothes and only 15.4% had skin to skin contact with their mother, what persisted after being rendered first aid, while 62% of the NB went to the mother's lap with clothes and 16.8% had skin to skin contact. Encouraging breast feeding right after the birth had low rate (23.2%), but increased after being rendered first aid to the newborn (57.9%), showing that there is a need, coming from the professional, in performing this cares before breast feeding. However, the breast feeding rates in the delivery room in the studied institution are still below than expected, given that the babies and their mothers were healthy in their majority. In the postpartum recovery room, 87.8% of the women were with their newborns and of these, 72.4% were breast-fed in that room. The influence of routines like hygiene, drying, weighing, baths, and whatnot was discovered has the main reasons to not having had skin to skin contact and breast feeding with the NB. Therefore, it is necessary to talk about this issue with the health staff of the studied institution, warning them about the importance of this contact and how much it means to breast feed newborns in the first hour of life, contributing to increase breast feeding rates and reduction of neonatal mortality.

Key-words: Newborn; Breast Feeding; Mother-Child Relations.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo geral.....	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1 Programas governamentais	11
3.2 Intervenções e cuidados aos recém-nascidos preconizados pela OMS e MS	12
3.3 Práticas humanizadas para o RN e para a mãe.....	13
3.3.1 Amamentação na primeira hora de vida	13
3.3.2 Contato pele a pele	15
4 MATERIAIS E MÉTODOS	17
4.1 Tipo de estudo	17
4.2 Campo do estudo	17
4.3 População e amostra.....	17
4.4 Seleção dos sujeitos.....	17
4.5 Coleta dos dados	18
4.6 Análise dos dados.....	18
4.7 Aspectos éticos	20
5 RESULTADOS	21
6 DISCUSSÃO	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	38
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	42
ANEXO A – Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno	43
ANEXO B - Dez Princípios Fundamentais da Atenção Perinatal.....	44
ANEXO C – Parecer COMPESQ da Escola de Enfermagem da UFRGS.....	45
ANEXO D – Avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CEP/HCPA).....	47
ANEXO E – Termo de Responsabilidade para Utilização dos Dados	49

1 INTRODUÇÃO

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) reuniu representantes de diversos países na Cúpula do Milênio. Ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceram-se os Objetivos do Milênio (ODM), que devem ser atingidos por todos os países até o ano de 2015. O quarto e o quinto ODM se referem respectivamente à redução de dois terços na mortalidade de crianças menores de cinco anos e a redução de três quartos na taxa de mortalidade materna (BRASIL, 2004).

Com a finalidade de modificar as elevadas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria/GM nº 569, de junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que assegura que toda gestante tem o direito à assistência pré-natal, parto e puerpério realizada de forma segura e humanizada (BRASIL, 2000; SERRUYA, 2004).

Quanto ao conceito de atenção humanizada, o Ministério da Saúde (MS), em 2001, destacou no manual “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher” que se trata de um conceito amplo, que envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que objetivam a promoção do parto e do nascimento saudáveis, assim como a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. A atenção humanizada deve iniciar-se no pré-natal e objetiva garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a saúde da mulher e do recém-nascido (RN), evitando intervenções desnecessárias e preservando a privacidade e a autonomia dos mesmos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005).

Dando continuidade à busca por melhores práticas no nascimento, em 2011 foi lançado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) um novo guia, denominado “Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças”. No que tange ao recém-nascido, esse documento salientou que o contato imediato pele-a-pele e o início da amamentação exclusiva, são práticas de simples execução que proporcionam benefícios instantâneos ao RN e que podem a longo prazo causar impacto na nutrição e na saúde da mãe e do bebê, possivelmente influenciando no desenvolvimento da criança além do período neonatal (BRASIL, 2011a).

Contudo, no cotidiano da enfermagem como estudante de graduação, observei um distanciamento entre o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS) em termos de humanização no cuidado ao RN imediatamente após o parto e as práticas efetivamente desenvolvidas pelos profissionais de saúde nas salas de

parto. Evidencia-se então, a necessidade de pesquisas que descrevam quais as práticas que estão sendo realizadas pelos profissionais da saúde no centro obstétrico relacionadas ao RN, a fim de se ter um diagnóstico da situação.

Desse modo, torna-se imprescindível que os profissionais da saúde conheçam tais práticas que beneficiam a mãe e o recém-nascido, uma vez que elas estão baseadas em evidências científicas.

Sabe-se que a articulação entre hospitais escola e universidade tende a aumentar a qualidade da assistência, uma vez que são incorporados à prática profissional novos conhecimentos. Nesse contexto, a pesquisa acadêmica é uma forma de proporcionar reflexões sobre práticas instituídas, uma vez que a produção do conhecimento é gerada com base em evidências científicas que fazem com que se reciclem conhecimentos e se abram portas a novos, visando melhorias assistenciais.

Este é um subprojeto do estudo intitulado “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição” realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Este estudo torna-se relevante, à medida que busca conhecer algumas práticas humanizadas que atualmente são realizadas nas salas de parto com recém-nascidos, com ênfase no contato pele a pele e amamentação na primeira hora para que, a partir disso, se possam traçar estratégias, capazes de repercutir nas práticas, favorecendo nascimentos mais saudáveis, indo ao encontro das políticas públicas em prol da redução da morbimortalidade neonatal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer como ocorrem algumas práticas humanizadas de atendimento para recém-nascidos em um Hospital Amigo da Criança de Porto Alegre - RS.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as mães dos recém-nascidos do estudo quanto à cor da pele (autodeclarada), idade, escolaridade, ocupação, situação marital, paridade, pré-natal, tipo de parto e anestesia/analgesia.
- Caracterizar os recém-nascidos quanto ao peso, idade gestacional e escore de APGAR.
- Verificar a frequência do contato pele a pele do recém-nascido com a sua mãe em sala de parto e sala de cesariana e os motivos referidos pelas mães para a não ocorrência deste.
- Verificar a frequência da amamentação em sala de parto (primeira hora de vida) e sala de cesariana e na sala de recuperação e os motivos referidos pelas mães para a não ocorrência destas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Programas governamentais

Em 1990 no encontro "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative", organizado pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), foi produzida, como resultado das discussões, a "Declaração de Innocenti", com o intuito de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. Segundo a "Declaração de Innocenti", se reconheceu que o aleitamento materno era capaz de (LAMOUNIER, 1998; UNICEF, 2008):

- reduzir a morbi-mortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas;
- proporcionar nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para seu crescimento e desenvolvimento;
- contribuir para a saúde da mulher, reduzindo riscos de certos tipos de câncer e de anemia e ampliando o espaçamento entre partos;
- proporcionar benefícios econômicos para a família e a nação; quando bem adotado, além de proporcionar satisfação à maioria das mulheres.

Na Declaração de Innocenti, apresentou-se como meta que até o ano de 1995 todas as maternidades colocassem em prática os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (ANEXO A) (TOMA, 1998).

O Brasil e mais 11 países, assumiram o compromisso de tornar os “Dez passos” uma realidade em seus hospitais, dando início a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC). A IHAC tem como objetivo, a mobilização de funcionários dos estabelecimentos de saúde para que modifiquem as condutas e rotinas responsáveis pelos altos índices de desmame precoce (LAMOUNIER, 1998).

Atualmente, a IHAC é uma das estratégias utilizadas para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil, contribuindo assim, para o cumprimento do quarto ODM (BRASIL, 2011b) que se refere à redução de dois terços na mortalidade de crianças menores de cinco anos até o ano de 2015 (BRASIL, 2004).

Visando reduzir as elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal o PHPN, instituiu que a gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto e seu recém-nascido tem direito à adequada assistência neonatal (BRASIL, 2000).

No Brasil, as afecções perinatais, como problemas respiratórios, asfixia no nascimento e as infecções, comuns em bebês pré-termo e de baixo peso, são a primeira causa de

mortalidade infantil. Muitos RN são acometidos por distúrbios metabólicos, dificuldades de alimentação e regulação da temperatura corporal (BRASIL, 2009a).

Considerando os indicadores de mortalidade materna e infantil ainda elevados em relação aos países mais desenvolvidos, o MS institui no âmbito do SUS por meio da Portaria nº 2.351, de 5 de dezembro de 2011, a Rede Cegonha. Objetivando a redução dos indicadores mencionados, esta rede assegura à mulher e a criança, respectivamente, o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério e o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011c).

A Rede Cegonha deve possibilitar ações de atenção à saúde materna e infantil como: ampliação do acesso e da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante a uma unidade de referência e ao transporte; parto e nascimentos seguros; atenção à saúde da criança com qualidade e resolutividade do nascimento aos dois anos de vida; e, acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011c).

3.2 Intervenções e cuidados aos recém-nascidos preconizados pela OMS e MS

O parto e o período pós-parto imediato são períodos de especial vulnerabilidade tanto para a mãe quanto para o recém-nascido (BRASIL, 2011a). Segundo a OMS, de 2000 a 2003, 37% das mortes de crianças menores de cinco anos foram de recém-nascidos (WHO, 2011; BRASIL, 2011a). Apresenta-se então, a oportunidade de implementação de práticas simples baseadas em evidências, capazes de afetar a saúde da mãe e principalmente dos recém-nascidos (BRASIL, 2011a).

As práticas humanizadas envolvem um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001). Para tanto, a OMS, preconiza segundo os dez princípios fundamentais da atenção perinatal (ANEXO B), que sejam realizadas pela equipe de saúde, procedimentos comprovadamente benéficos, baseados em evidências científicas, para a saúde da mulher e do recém-nascido, evitando intervenções desnecessárias (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005).

Segundo o manual do MS, “Parto aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”, a assistência imediata ao RN objetiva proporcionar condições que auxiliem na adaptação à vida extra-uterina, com intervenção nos casos com condições patológicas que coloquem em risco a vida do mesmo. Na assistência ao recém-nascido normal, nada mais

deve ser feito além de se secar, aquecer, avaliar e entregar à mãe para o contato pele a pele. Todos os procedimentos como pesagem, aplicação da Vitamina K e Credê devem ser realizados após o contato da dupla mãe-bebê (BRASIL, 2001).

3.3 Práticas humanizadas para o RN e para a mãe

3.3.1 Amamentação na primeira hora de vida

A amamentação não é somente um meio de nutrição do RN, também é considerado um processo de interação profunda entre mãe e filho. Além de repercutir no estado nutricional da criança, na imunidade e no desenvolvimento cognitivo e emocional, tem implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2009b). Atualmente, o aleitamento materno é considerado fundamental para a saúde perinatal e materna, sendo assim, é uma das estratégias dos programas governamentais de humanização do nascimento (BRASIL, 2001).

A prática de colocar o RN para sugar durante a primeira hora de vida, desde que a mãe e a mesmo se encontrem em boas condições, favorece o contato olho a olho e pele a pele de ambos (BRASIL, 2001). Esta prática encontra-se dentre as recomendações aos hospitais amigos da criança (HAC) que seguem os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” (UNICEF, 2008).

O aleitamento materno e o cuidado da mãe para com o seu bebê, podem ser influenciados pelas vivências de cuidado da mãe durante o trabalho de parto e parto. Algumas práticas empregadas durante o trabalho de parto e imediatamente após o parto podem auxiliar no início do processo de aleitamento. Apoio emocional durante o trabalho de parto e parto, liberdade de movimentação, estímulo ao parto normal, contato pele a pele imediatamente após o nascimento na primeira hora de vida, encorajamento da mãe e oferta de ajuda, quando necessário, são práticas que fazem com que a mulher se sinta no controle da situação, iniciando assim, o aleitamento materno com mais segurança (UNICEF, 2009).

Pillegi *et al.* (2008), ressaltam que a amamentação na primeira hora de vida pode sofrer interferência das práticas hospitalares e do uso da tecnologia moderna. De acordo com a UNICEF (2009), exigir que a mãe fique deitada durante o trabalho de parto e parto, falta de incentivo e liberdade para comer ou beber, separar a mãe do bebê e principalmente intervir com cuidados de rotina desnecessários, como monitoramento fetal contínuo, punção venosa, analgésicos sedativos e episiotomia, podem prejudicar o contato imediato entre a mãe e o recém-nascido, dificultando o início do aleitamento.

O apoio de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto pode reduzir a percepção de dor e *stress*, consequentemente diminuindo a necessidade de intervenções médicas. O auxílio e o encorajamento a mobilidade que este pode proporcionar, aumentam a confiança da mãe acelerando o trabalho de parto (UNICEF, 2009).

Os analgésicos recebidos pela mãe durante o parto podem causar diminuição do reflexo de sucção do RN, já que podem deixá-lo mais sonolento, diminuindo assim a ingestão de leite e aumentando o risco de icterícia, hipoglicemia e baixo ganho de peso. Geralmente, RN de mães que não receberam sedação durante o parto, apresentam logo após o nascimento, um estado tranquilo de alerta de cerca de quarenta minutos. Após uma hora e meia, estes estados já não são mais tão prolongados (PILLEGI *et al.*, 2008).

Fisiologicamente, a amamentação na primeira hora de vida, favorece a dupla mãe-bebê, pois estimula precocemente a produção de ocitocina (PILLEGI *et al.*, 2008; BRASIL, 2001) e prolactina, por meio do reflexo de sucção do RN, que aumenta a produção de leite (BRASIL, 2001). A frequência, duração e intensidade da sucção, estão diretamente relacionados aos níveis plasmáticos de prolactina, que se elevam em resposta a estes estímulos. Como a prolactina é responsável pela galactopoiese, permitir a sucção do mamilo pelo RN à livre demanda é o elemento fundamental para a amamentação (BRASIL, 2001). A liberação de ocitocina reduz o risco de hemorragia pós-parto (GIUGLIANI, 2000; PILLEGI *et al.*, 2008), já que auxilia na involução uterina por meio da contração do útero (PILLEGI *et al.*, 2008).

Segundo Boccolini *et al.* (2008), outros fatores além dos anteriormente mencionados, interferem na prática da amamentação na primeira hora de vida. Este estudo evidenciou que a amamentação na primeira hora de vida foi prejudicada por práticas inadequadas nas maternidades, principalmente nas privadas e conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS). Foram amamentados na primeira hora de vida 16,1% dos RN. Mais de um terço dos RN em maternidades municipais e federais foram amamentados na primeira hora, em comparação a menos de 2% dos nascidos em maternidades particulares. Essa proporção variou também entre os nascidos por parto cesariano (5,8%) e vaginal (26,4%).

Neste estudo, a prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida foi cerca de 50% menor entre os RN com intercorrências não levados à mãe após o nascimento e entre as mães submetidas ao parto cesariano. Essa prevalência foi cerca de 90% menor entre os partos em maternidades privadas, militares, estaduais ou conveniadas com o SUS, em comparação aos realizados em maternidades municipais ou federais (BOCCOLINI *et al.*, 2008).

Em outro estudo realizado na Maternidade do Hospital Israelita Albert Einstein em São Paulo identificou-se uma prevalência de 74,3% da amamentação na primeira hora de vida. Neste, foram encontradas como fatores limitantes para a prática da amamentação na primeira hora de vida: a alta rotatividade de partos, a recusa pela paciente, a recusa médica, o cansaço por trabalho de parto prolongado e a perda de registro (PILLEGI *et al.*, 2008).

3.3.2 Contato pele a pele

A UNICEF (2009) preconiza que o contato pele a pele deve ocorrer imediatamente após o parto, sem interrupções por pelo menos uma hora e sem cobertas ou roupas entre a mãe e seu RN saudável, após o mesmo ser secado rapidamente.

O contato pele a pele, além de auxiliar na prática da amamentação na primeira hora de vida (UNICEF, 2009; MONTEIRO *et al.*, 2006) e estar associado com uma maior duração da amamentação (GIUGLIANI, 2000), também possui outros benefícios que precisam ser salientados (UNICEF, 2009).

O contato direto acalma a mãe e o RN e auxilia na estabilização dos batimentos e da respiração do mesmo, mantendo o seu calor corporal (UNICEF, 2009). O corpo da mãe aquece o corpo do RN na temperatura adequada, evitando assim, a hipotermia que pode levar o RN a problemas metabólicos (PILLEGI *et al.*, 2008). A diminuição do choro (GIUGLIANI, 2000; UNICEF, 2009), reduz o *stress* e o gasto energético, o que também auxilia na adaptação metabólica e estabilização da glicose sérica (UNICEF, 2009). Além disso, desde que a mãe seja a primeira a segurar o RN, o contato possibilita que este tenha o intestino colonizado por bactérias da flora cutânea materna (UNICEF, 2009; PILLEGI *et al.*, 2008).

O contato pele a pele na primeira hora de vida facilita o estreitamento dos vínculos afetivos entre a mãe e o RN (PILLEGI *et al.*, 2008; GIUGLIANI, 2000; UNICEF, 2009; MONTEIRO *et al.*, 2006), uma vez que o bebê tende a ficar alerta logo após o nascimento e depois dormir longos períodos (PILLEGI *et al.*, 2008; UNICEF, 2009), o que passa a dificultar o estabelecimento do contato (MONTEIRO *et al.*, 2006). Por trazer muitos benefícios, deve ser incentivado mesmo que tardio, quando impossibilitado imediatamente após o parto por intercorrências da mãe ou do RN, deve ser realizado assim que estiverem estáveis (UNICEF, 2009).

Pesquisas qualitativas sobre a percepção da mãe sobre o contato pele a pele demonstram uma visão diferenciada do processo. Segundo Monteiro *et al.* (2006), a imagem do RN gera sentimentos inesperados para a mãe, o RN deixa de ser idealizado e torna-se um

ser real. Sentimentos ambíguos são mencionados pelas mulheres no momento do contato pele a pele. Os sujeitos da pesquisa referida evidenciaram pensamentos como: visão do RN como “sujo”/“esquisito” devido a presença dos fluidos corporais; desejo de ter o primeiro contato com o filho higienizado; dor logo após o parto interferindo na vontade de segurar o filho; conformidade/aceitação do sofrimento como parte da maternidade; sensação de serem desajeitadas; sensação de que tudo é compensado quando se enxerga o RN, como por exemplo, a dor. De acordo com Monteiro *et al.* (2006), o desconforto físico causado pelos procedimentos obstétricos pode interferir no repouso e no relaxamento das mães, que podem sentirem-se desajeitadas. Contudo, mesmo com “dificuldades”, estas não apresentaram resistência à prática da amamentação e do contato, demonstrando de certa forma, resignação às atitudes da equipe de saúde.

Segundo a análise de Cruz *et al.* (2007), as mulheres referiram: ansiedade e expectativa quando afastadas de seus filhos logo após o parto, para cuidados de rotina que desconheciam; sensação de realização por desfrutar do contato imediato; emoção em relação ao momento do parto; vontade de estar com o RN, constatando pelo toque e olhar que eram perfeitos; desconhecer a importância do contato inicial para aproximação mãe-bebê e das ações/práticas preconizadas pelo MS para o parto de baixo risco; valorizar os cuidados intervencionistas, por acreditar que são vitais para a integridade física do RN. Outro estudo qualitativo, também ressaltam afirmações de emoção por parte das mães com relação ao momento do contato com o RN e que este contato as proporcionava sensação de realização por poderem transmitir amor e carinho (CARMO *et al.*, 2010).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal. Este se caracteriza por mensurações realizadas em um único momento do tempo (LOPES, 2013) e pela observação direta de um número planejado de indivíduos (KLEIN; BLOCK, 2006).

4.2 Campo do estudo

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no Serviço Materno Infantil, nas unidades de Centro Obstétrico e Internação Obstétrica, localizadas no décimo segundo e décimo primeiro andar. Trata-se de uma Empresa Pública de Direito Privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Essa instituição tem o título de Hospital Amigo da Criança desde 1997 e está atualmente inserindo-se no projeto Rede Cegonha proposto pelo MS.

O atendimento ao parto no HCPA é realizado essencialmente por médicos e baseado no modelo de atenção tradicional. O total de partos neste hospital, no ano de 2010, foi de 3.510, sendo a taxa geral de cesariana de 34,26% (1.180 cesarianas).

4.3 População e amostra

Considerando que no ano de 2010 aconteceram 3.510 partos no HCPA e visto que não existem dados na literatura sobre os níveis de adequação das práticas de assistência humanizada, o tamanho amostral foi calculado com base em 50% de adequação de cada prática, 95% de intervalo de confiança e 5% de margem de erro. O Software utilizado foi para o cálculo da amostra foi o Win Pepi, que gerou uma amostra de 385 entrevistas com puérperas.

4.4 Seleção dos sujeitos

Foram incluídas no estudo 385 mulheres e seus respectivos recém-nascidos. Os critérios de inclusão e exclusão da amostra seguem os estipulados pelo projeto que deu origem a este, a seguir descritos:

- Critérios de inclusão: as mulheres terem tido seus partos no Centro Obstétrico na referida instituição, com gestação única, idade gestacional igual ou acima de 37 semanas.
- Critérios de exclusão: mulheres que não entraram em trabalho de parto, que tiveram cesariana eletiva ou de urgência, mulheres com óbito fetal ou com recém-nascidos com malformação grave.

4.5 Coleta dos dados

Após a aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CEP/HCPA), realizou-se uma reunião com a enfermeira chefe da Unidade, com a finalidade de expor os objetivos da pesquisa, bem como o método de coleta dos dados e a apresentação dos alunos pesquisadores que fariam parte da coleta.

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados a fim de identificar os dados referentes à caracterização da amostra e as práticas assistenciais implementadas às mulheres e seus recém-nascidos. Os dados foram obtidos através de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A), registros do prontuário eletrônico materno e do neonato e da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da Unidade de Centro Obstétrico. Os dados não informados pelos sujeitos da pesquisa foram conferidos no prontuário materno e neonatal. Realizaram-se entrevistas diárias, após as primeiras 12 horas pós-parto, com todas as puérperas que contemplaram os critérios de inclusão e exclusão definidos para esse estudo.

A coleta de dados foi executada por sete alunas pesquisadoras integrantes do projeto de origem, que cursavam o oitavo ou o nono semestres do curso, previamente orientadas para tal atividade, visando à uniformização da coleta. A fase de coleta de dados compreendeu o período de 27 de agosto a 23 de novembro de 2012.

4.6 Análise dos dados

Realizou-se análise estatística descritiva das variáveis pesquisadas, mediante o uso de medidas de tendência central e de variabilidade, além de cálculos de frequências absolutas e relativas, com apresentação através de tabelas e figuras. As análises foram realizadas no software SPSS, versão 19, com o auxílio da assessoria estatística do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do HCPA (GPPG/HCPA).

Foram selecionadas como variáveis do estudo:

- **Idade:** em anos completos no momento da entrevista.
- **Cor da pele:** autodeclarada, segundo as categorias branca, preta, parda/morena/mulata, amarela e indígena, utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) no censo demográfico 2010.
- **Escolaridade:** última série concluída pela mulher.
- **Situação marital:** foram consideradas com companheiro e sem companheiro.
- **Ocupação:** atividade ou profissão exercida pela mulher.
- **Categoria de internação:** foram consideradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por prestadora de saúde privada (convênio) e por custeio próprio (particular).
- **Número de Gestações:** número de vezes que a mulher ficou grávida, incluindo a gravidez atual.
- **Paridade:** número de filhos nascidos vivos ou mortos independentes do tipo de parto. Foram considerados: parto vaginal, vaginal com fórceps e cesariana.
- **Abortamento:** morte ou expulsão ovular antes da 22ª semana de gestação, ou do produto de concepção com menos de 500 gramas de peso (BRASIL, 2005).
- **Consulta pré-natal:** número de consultas durante a gestação.
- **Tipo de parto:** vaginal, vaginal com fórceps ou cesariana.
- **Anestesia/analgesia:** via sistêmica, anestesia peridural, raquidiana e combinada.
- **Peso:** do RN logo após o nascimento em gramas.
- **Idade gestacional:** por meio do Método do CAPURRO (sistema de avaliação da idade gestacional do recém-nascido baseado em critérios físicos e neurológicos). Será caracterizada em número de dias.
- **Score de APGAR:** quantifica e sumariza a resposta do RN à vida extra-uterina e às medidas de reanimação. A cada cinco minutos, um valor de 0 a 2 é dado a cada um dos itens: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor. Os cinco valores são adicionados, sendo a soma dos itens o Score de APGAR. Esta avaliação é feita com 1 e 5 minutos após o nascimento (NADER, 2004).
- **Gestação de alto risco:** Sabe-se que a gestação é um fenômeno fisiológico, com evolução sem intercorrências na maior parte dos casos. Contudo, uma parcela das mulheres devido a alguma doença, agravo ou problema pré-existente, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável pra si e para o feto, essa parcela constitui o grupo chamado de gestantes de alto risco (BRASIL, 2010).
- **Contato pele a pele:** bebê é colocado no colo da mãe em contato direto com a pele dela, sem a interferência de roupas ou tecidos.

- **Amamentação na primeira hora:** mamada do recém-nascido dentro da primeira hora após o nascimento.

Os dados foram apresentados e discutidos com base nos materiais referentes à humanização do atendimento no nascimento do Ministério da Saúde brasileiro.

4.7 Aspectos éticos

O projeto de origem foi submetido e aprovado metodologicamente pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO C) em 10 de fevereiro de 2012, sendo a aprovação identificada pelo número 22387. Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, a mesma foi encaminhada para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CEP/HCPA), a fim de receber o aval metodológico e ético, para então ser executada, conforme resolução CNS 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sendo aprovada em 3 de agosto de 2012 pelo número 12-0150 (ANEXO D).

Todas as puérperas que concordaram em participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B), em duas vias iguais, no qual constam os objetivos da pesquisa, o tempo destinado de 15 a 20 minutos para responder ao questionário, bem como a não existência de risco conhecido à saúde física e mental das mesmas, visto que não foi utilizada nenhuma forma de intervenção, a não ser a aplicação de um questionário. Ressaltou-se que o estudo poderia causar constrangimento aos sujeitos da pesquisa quando da resposta às suas perguntas, bem como algum desconforto relacionado ao tempo destinado à entrevista. Foi assegurada à participante a confidencialidade da informação prestada, e a possibilidade de desistir de participar sem prejuízos à sua assistência na instituição. Todos os instrumentos de coleta de dados ficarão arquivados por cinco anos e sob responsabilidade da pesquisadora coordenadora do projeto. No caso de menores de 18 anos, o TCLE foi assinado por seu responsável.

Apresentou-se à Instituição, o Termo de Responsabilidade para Utilização de Dados Institucionais (ANEXO E).

5 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 385 puérperas e seus respectivos recém-nascidos. Observou-se que a maioria das mulheres: eram brancas (54,8%); com idade entre 19 e 44 anos (78,2%), sendo idade mínima de 14 e máxima de 44 anos. A idade média foi de 24,97 anos e o desvio padrão de 6,234. Referente à escolaridade: 16,6% concluíram o ensino fundamental e 30,4%, o ensino médio. Quase a totalidade da amostra possuía companheiro (90,1%) e internou no HCPA por meio do Sistema Único de Saúde – SUS (99,2%); quase metade das mulheres entrevistadas (49,4%) exercia atividades não exclusivas ao lar e 9,6% eram estudantes (TABELA 1).

Foi constatado que 53,4% das mulheres participantes do estudo não estavam em sua primeira gravidez. O acompanhamento pré-natal (PN) foi realizado por 384 entrevistadas (99,7%), com uma média de 8,03 consultas e desvio padrão de 3,061. Considerando que poderiam realizar o PN em mais de um local, a maioria utilizou o SUS (84,4%), seguido por 15,5% por prestadora de saúde privada/convênio e 11,2% por custeio próprio/particular. Dentre aquelas que realizaram o PN, 70,3% consultaram somente com médicos, 28,9% com médicos e enfermeiros, apenas 0,8% com enfermeiros. Somente 11,4% das mulheres participaram de grupo de gestantes (TABELA 1).

Durante o pré-natal, 178 mulheres (46,5%) receberam algum tipo de orientação sobre amamentação nas consultas. Entre as que consultaram somente com médicos, 38,5% delas receberam orientações sobre aleitamento, enquanto que aquelas que consultaram com médicos e enfermeiros, 66,4% receberam tais orientações.

Durante o trabalho de parto, 89 mulheres (23,11%) receberam analgesia/anestesia que foram categorizadas em quatro grupos, por via sistêmica, peridural, raquidiana e combinada. Identificou-se que: 59 receberam anestesia/analgesia combinada (66,4%); 17 por raquidiana (19,1%); 7 por via sistêmica (7,9%); e, 6 por peridural (6,7%). Dentre as 89 mulheres, quatro haviam realizado analgesia/anestesia sem a descrição de qual tipo em seus prontuários.

Pode-se observar que, das 385 mulheres que participaram do estudo, 289 tiveram partos vaginais (75,1%), 15 partos vaginais com fórceps (3,9%) e 81 foram submetidas à cesariana (21,0%). Quanto às condições do períneo após o parto, considerando as 304 (79,9%) mulheres que tiveram partos vaginais e vaginais com fórceps e que estas poderiam apresentar mais de um tipo de lesão perineal: 33 (10,9%) continuaram com o períneo íntegro; 195 (64,1%) apresentaram episiorrafia; 87 (28,61%) tiveram laceração de 1º, 2º e 3º grau com sutura; e, 15 (4,93%) tiveram algum grau de laceração sem sutura.

Tabela 1 – Características das 385 puérperas incluídas no estudo, Porto Alegre (RS), 2012.

Características	n	% *
Sócio-demográficas		
Idade		
14-19 anos	84	21,8
19-44 anos	301	78,2
Cor da pele (autodeclarada)		
Branca	210	54,8
Preta, parda, morena ou mulata	164	42,8
Outros	9	2,3
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	98	25,5
Ensino fundamental completo	64	16,6
Ensino médio incompleto	75	19,5
Ensino médio completo	117	30,4
Ensino superior incompleto ou completo	31	8,1
Ocupação		
Estudante	37	9,6
Atividades exclusivas no lar	158	41,0
Atividades não exclusivas ao lar	178	49,4
Desempregadas	10	2,6
Com companheiro	345	90,1
Categoria de internação		
SUS	380	99,2
Convênio e particular	3	0,8
Pré-natal		
Realizaram pré-natal	384	99,7
Consultaram com		
Médicos	270	70,3
Médicos e enfermeiros	111	28,9
Enfermeiros	3	0,8
Participaram de grupo de gestantes	44	11,4
Obstétricas		
Número de gestações incluindo a atual		
Primeira	179	46,6
Mais de uma	207	53,4
Tipo de parto da gestação atual		
Vaginal	289	75,1
Vaginal com fórceps	15	3,9
Cesariana	81	21,0

*Considerados no cálculo de frequência somente dados válidos.

Por meio dos registros dos prontuários, identificou-se que os recém-nascidos: eram a termo (critério de inclusão), sendo 80,8% adequados para a idade gestacional, conforme

método de CAPURRO realizado pela Enfermeira responsável pela admissão do RN¹ no Centro Obstétrico; 80,0% tiveram APGAR de 8 a 9 no 1º minuto de vida e 89,9% de 9 a 10 no 5º minuto.

Foi considerado que o contato da mãe com o RN poderia ser visual ou físico (pele a pele ou segurar o RN sobre a roupa). Assim, mães que somente viram os RN ou que não os viram, não puderam desenvolver contato físico com os mesmos. Os motivos referidos pelas mães para não ocorrência do contato físico com o RN foram categorizados em: “RN não estar bem”, “a mãe não estar se sentindo bem”, o RN ser encaminhados à Unidade de Neonatologia (UNEO) e outros motivos. Na categoria “outros” foi considerado o que era referido pela mãe, e que acrescentava algo novo (mais específico) à informação de “RN não estar bem” e “mãe não estar bem”.

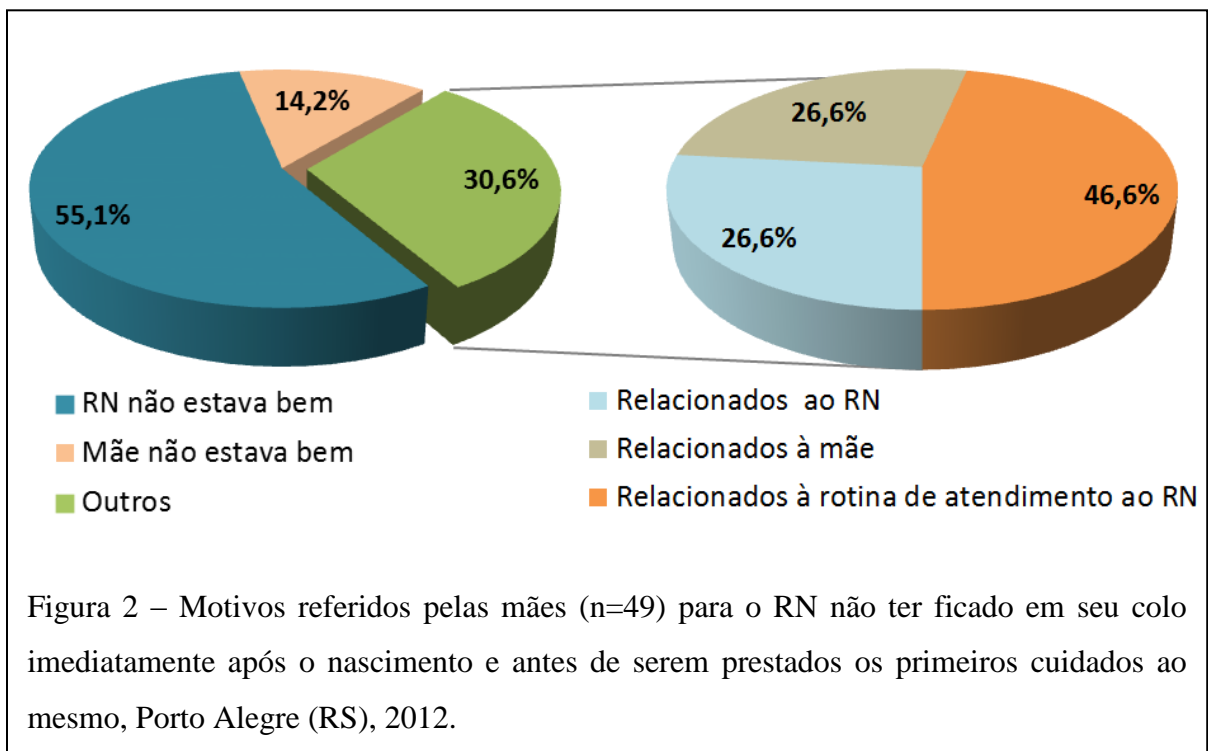
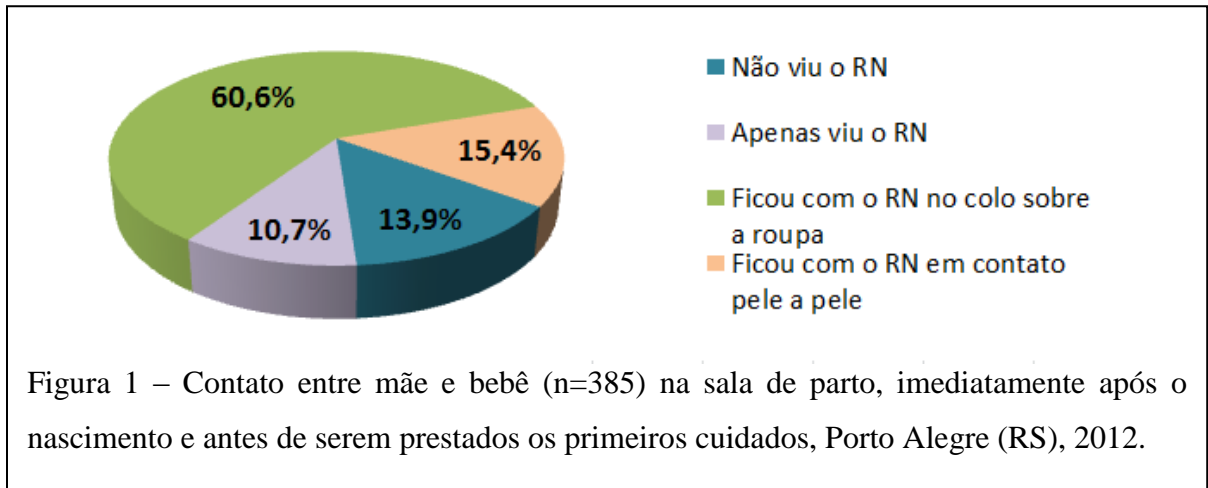
Após o nascimento, ainda em sala de parto, e antes de serem prestados os primeiros cuidados ao RN (pesar, identificar e outros), 60,6% deles foram para o colo da mãe sobre a sua roupa, 15,4% tiveram contato pele a pele com a mãe e os demais, 24% não foram para o colo da mãe (não viu o RN e apenas viu o RN) (FIGURA 1). Os motivos referidos pelas mães para os RN não terem ido para o seu colo foram: 27 “RN não estar bem” (55,1%), 7 “a mãe não estar se sentindo bem” (14,2%), e 15 outros (30,6%), vide Figura 2. Somente 40 mães (43,4%) referiram algum motivo para o RN não ter ido para o seu colo, sendo que estas mencionaram 49 motivos para isto. Aqueles caracterizados como “outros” pelas mães foram subdivididos em três grupos: 4 (26,6%) relacionados ao RN (aspiração de mecônio, o RN não ter chorado); 4 (26,6%) relacionados à mãe (efeitos da anestesia); e, 7 (46,6%) relacionados a atendimentos de rotina ao RN (higiene, pesagem, secagem), vide Figura 2.

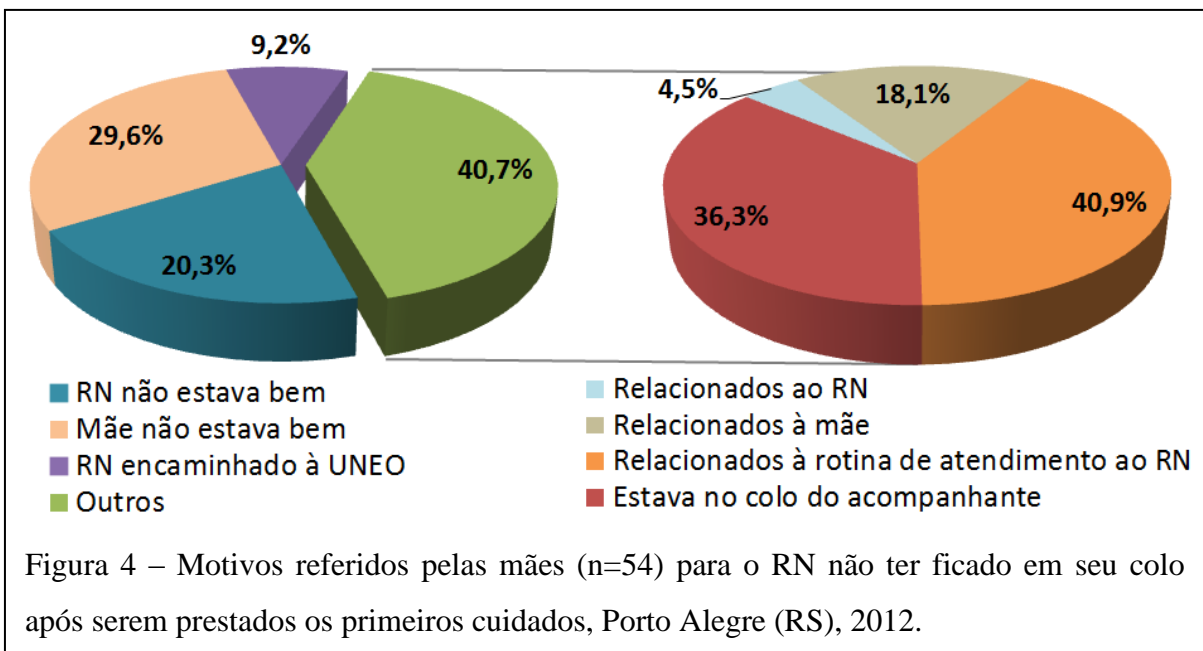
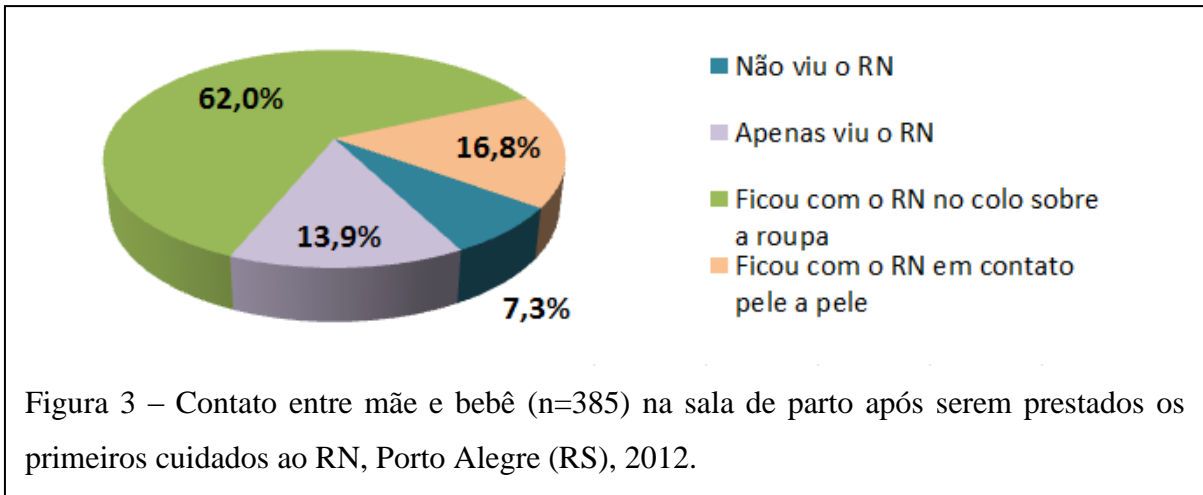
Após os primeiros cuidados ao RN, 62,0% foram para o colo da mãe, sobre a sua roupa, 16,8% tiveram contato pele a pele com a mãe e 21,2% não foram para o colo da mãe, vide Figura 3. Referente aos motivos para o RN não ter ido para o colo materno, 48 (59,2%) mães referiram algum motivo que totalizaram 54, assim distribuídos: 11 (20,3%) “RNs não estavam bem”; 16 (29,6%) “elas não estavam se sentindo bem”; 5 (9,2%) dos RNs foram encaminhados à Unidade de Neonatologia (UNEO); e, 22, outros (40,7%) (FIGURA 4).

Os motivos referidos pelas mães como “outros” foram subdivididos em 4 grupos: 1 (4,5%) relacionados ao RN (avaliação da equipe sobre “coágulo na cabeça”; 4 (18,1%) relacionados à mãe (posição ruim, efeitos da anestesia, em função da cesariana); 9 (40,9%)

¹ A Enfermeira desenvolve tal atividade com maior frequência em seu cotidiano profissional, enquanto que os demais, geralmente estão em aprendizado (acadêmicos de medicina).

relacionados à rotina de atendimento ao RN (procedimentos de admissão: credeização, banho, aplicação de medicamentos); e, 8 (36,3%) ficaram no colo do acompanhante (pai do RN, namorado da mãe, comadre e avó) (FIGURA 4).





Foi considerado que a amamentação na primeira hora de vida poderia ser estimulada ou não por parte dos profissionais, sendo que as mães foram questionadas também com relação à resposta de sucção do RN. Os motivos referidos pelas mães para não ocorrência desta prática foram categorizados em: “RN não estar bem”, “a mãe não estar se sentindo bem”, o RN ser encaminhados à Unidade de Neonatologia (UNEO) e outros motivos. A categoria “outros” foi considerada como mencionado anteriormente.

Referente à amamentação, imediatamente após o nascimento, e antes de serem prestados os primeiros cuidados ao RN, entre os que foram para o colo materno (n=291), 66 mulheres (23,2%) foram estimuladas a aleitarem ainda na sala de parto, sendo que destes, 10,9% RNs efetivamente sugaram, os demais, não (FIGURA 5). Das que não foram

estimuladas a amamentar (n=219) neste momento, 55 (41,8%) mulheres referiram algum motivo para isto. Tais motivos (n=55) se subdividem-se em: 17 (30,9%) “o RN não estava bem”; 13 (23,6%) “a mãe não estava se sentindo bem”; 2 (3,6%) RNs foram encaminhados à UNEO; e, 23 (41,8%) foram enquadrados em “outros motivos”, vide Figura 6. Esses “outros motivos” referidos pelas mães, foram subdivididos em 3 grupos: 5 (21,7%) relacionados ao RN (não chorar após o nascimento, necessidade de aspiração e de aquecimento); 6 (26,0%) relacionados à mãe (efeitos da anestesia, por sua solicitação, por pedir para secar o RN, devidos à cesariana e às suturas perineais); e, 12 (52,1%) relacionados à rotina de atendimentos ao RN (higiene, secagem, pesagem, examinar logo o RN) (FIGURA 6).

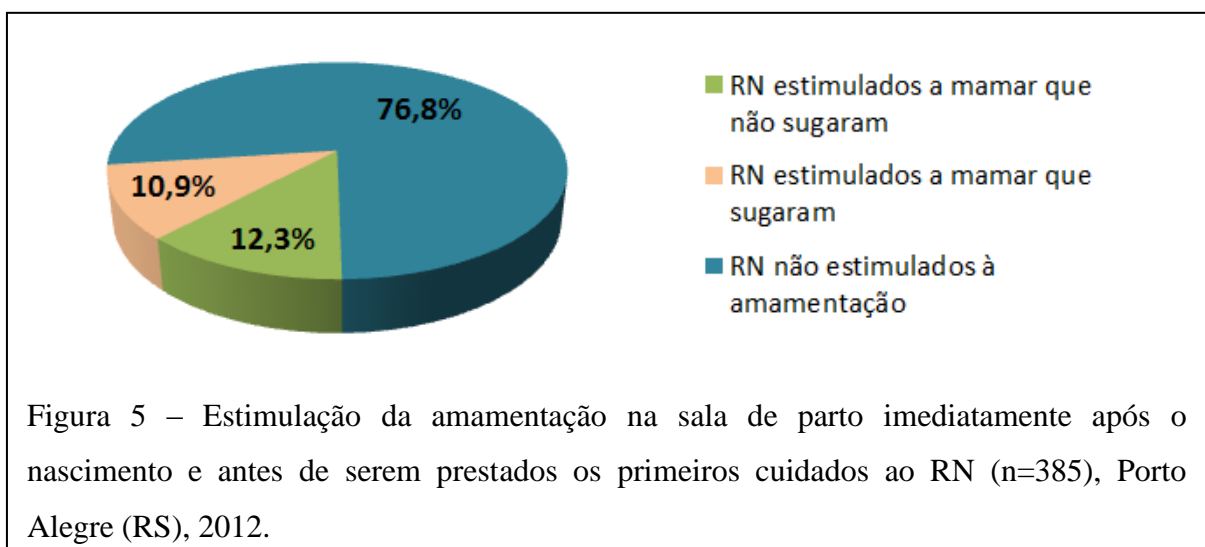


Figura 5 – Estimulação da amamentação na sala de parto imediatamente após o nascimento e antes de serem prestados os primeiros cuidados ao RN (n=385), Porto Alegre (RS), 2012.

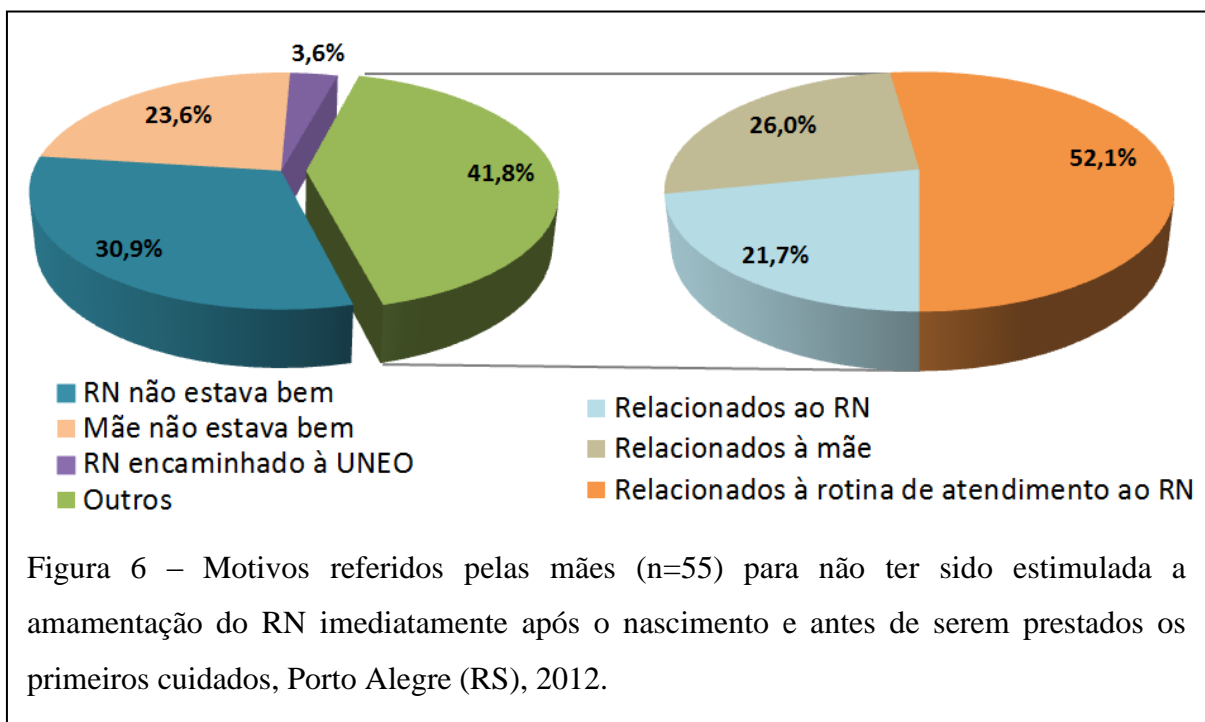
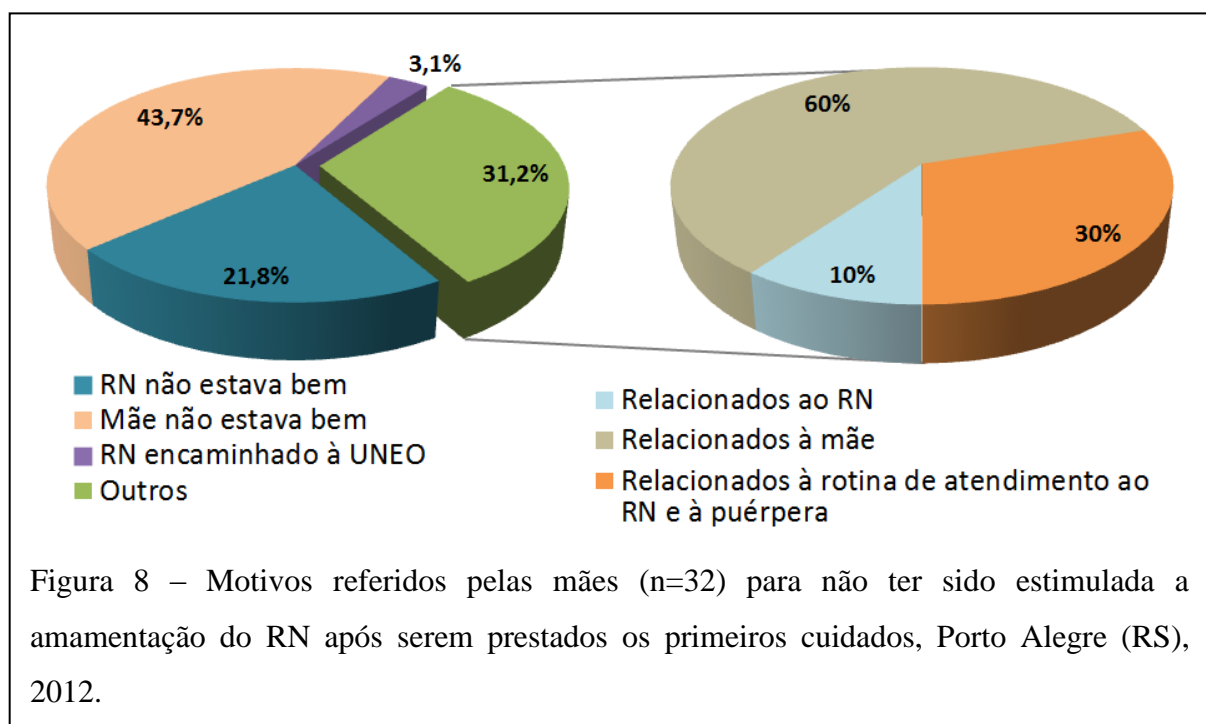
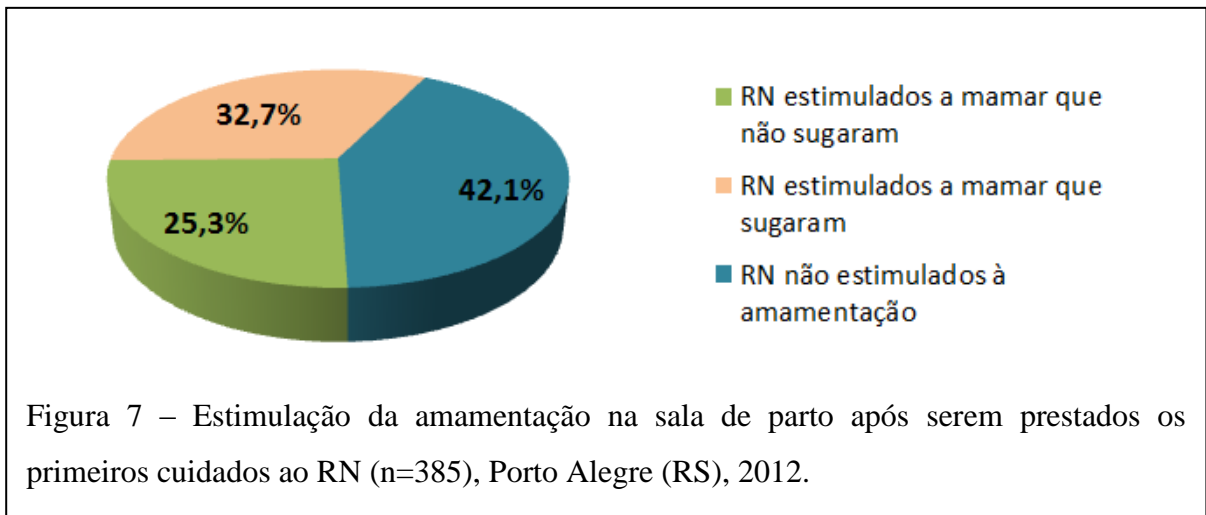
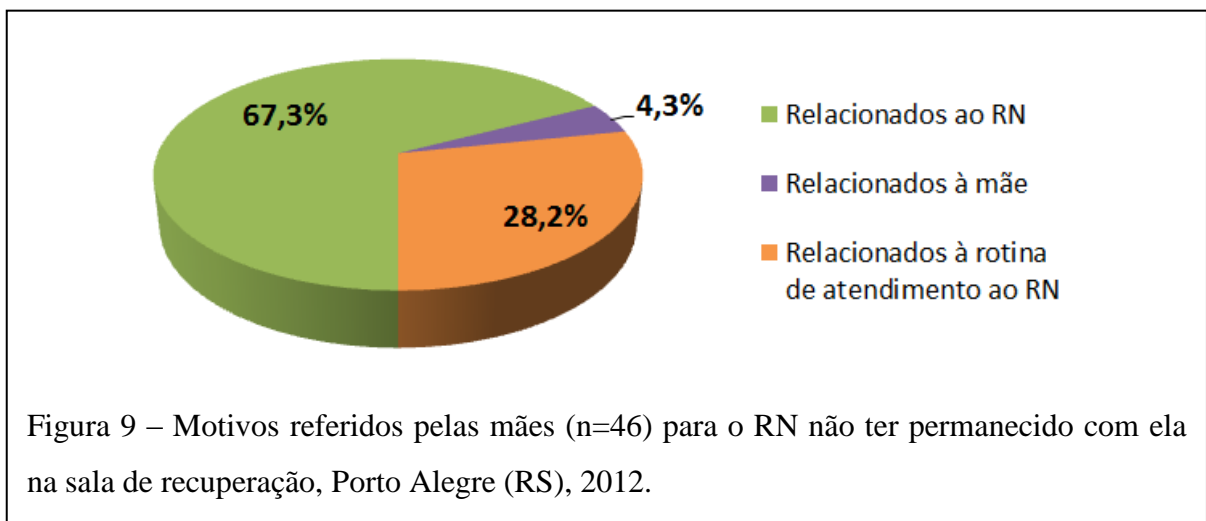


Figura 6 – Motivos referidos pelas mães (n=55) para não ter sido estimulada a amamentação do RN imediatamente após o nascimento e antes de serem prestados os primeiros cuidados, Porto Alegre (RS), 2012.

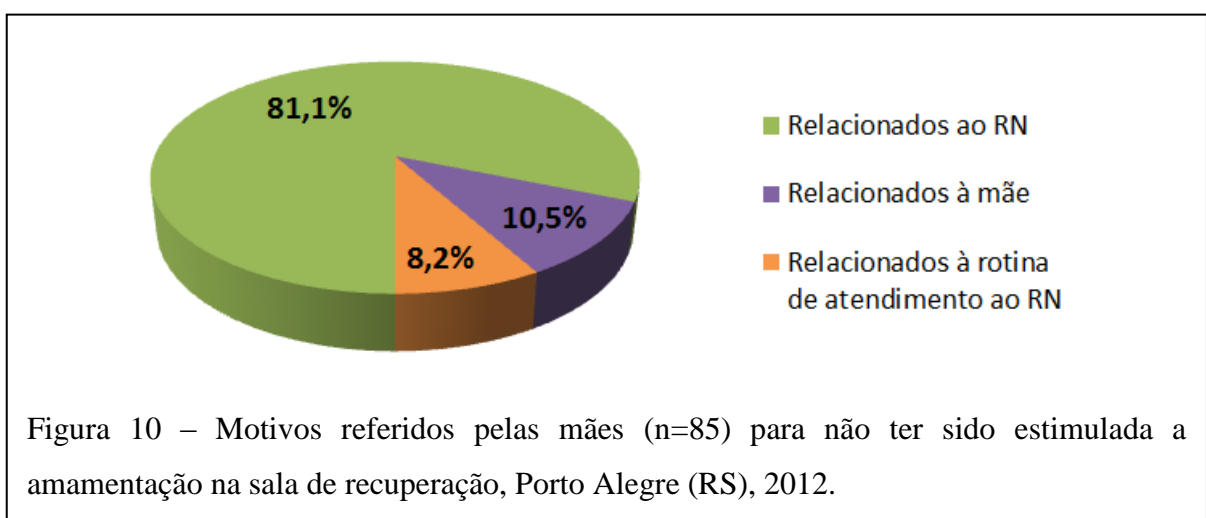
Após serem prestados os primeiros cuidados ao RN, 57,9% mulheres foram estimuladas a amamentar (FIGURA 7). Das 125 (42,1%) mulheres que não foram estimuladas a amamentarem, 29 (23,2%) sabiam o motivo. Foram relatados por elas 32 motivos, dentre estes: 7 (21,8%) “o RN não estava bem”; 14 (43,7%) “elas não estava se sentindo bem”; 1 (3,1%) “o RN foi encaminhado à UNEO”; e, 10 (31,2%) “outros” (FIGURA 8). Os outros motivos foram subdivididos em três grupos: 1 (10,0%) relacionados ao RN (RN precisava ficar em observação); 6 (60,0%) relacionados à mãe (efeitos da anestesia, por sua solicitação, cesariana, sutura, ter mamilo plano); e, 3 (30,0%) relacionados à rotina de atendimento ao RN e à puérpera (higiene do RN, mãe já estar em deslocamento para a sala de recuperação) (FIGURA 8).



Na sala de recuperação pós-parto (SR) 87,8% das mulheres ficaram com o RN e 72,4% destes foram amamentados neste local. Dos 47 (12,2%) RN que não ficaram junto à mãe na SR, 45 mães souberam informar os motivos que totalizaram 46. Dentre os motivos identificados: 31 (67,3%) estavam relacionados ao RN (hipoglicemia, taquipnéia, cianose, internar na UNEO); 2 (4,3%) relacionados à mãe (realização de curetagem, sangramento); e, 13 (28,2%) relacionados à rotina de atendimento ao RN (banho, ficar muito tempo na admissão), vide Figura 9.



Das 94 mães que não amamentaram na SR (n=94), 85 (90,42%) sabiam os motivos. Entre os motivos identificou-se: 69 (81,1%) relacionados ao RN (dormindo, dificuldade respiratória, não conseguiu mamar, internar na UNEO); 9 (10,5%) relacionados à mãe (amamentação contraindicada, cansaço, efeitos da anestesia); e, 7 (8,2%) relacionados à rotina de atendimento ao RN (banho, ficar muito tempo na admissão), vide Figura 10.



6 DISCUSSÃO

Referente à caracterização da amostra, as mulheres entrevistadas em sua maioria eram brancas, condizente com o perfil predominante de cor da pele das pessoas que habitam o Estado do Rio Grande do Sul, estavam na idade adulta e possuíam mais de 8 anos de escolaridade. Ressalta-se que quase 50% delas trabalham fora de casa, ou seja, não exerciam atividades exclusivas ao lar. Estes dados são reiterados pela Pesquisa Mensal de Emprego (PME), realizado pelo IBGE em 2008, onde a maior concentração de mulheres com ocupação e carteira assinada foi encontrada na região metropolitana de Porto Alegre (42,4%) (IBGE, 2008). Neste estudo, quase a totalidade da amostra internou no hospital pelo SUS, uma vez que esta instituição tem a maioria dos leitos reservados a esta categoria de internação.

Quanto à realização de acompanhamento PN, quase 100% das mulheres o fizeram, sendo a média de consultas (8,03) superior ao preconizado pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, que considera o mínimo de 6 consultas (BRASIL, 2002). A maior parte destas consultas foram executadas por médicos. O enfermeiro atuou como pré-natalista de forma exclusiva no PN de três mulheres e de forma compartilhada com médicos em 111 mulheres, representando cerca de 30% do total de PN com a participação do Enfermeiro. De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Decreto 94.406/87, o PN de baixo risco pode ser acompanhado pelo(a) enfermeiro(a) (BRASIL, 2005). Considerando que 80,8% das mulheres foram gestantes de baixo risco, seria esperado que houvesse uma maior contribuição do enfermeiro como pré-natalista.

Chama a atenção o pequeno percentual de mulheres (11,4%) que participaram de grupo de gestantes, indicando que esta estratégia ou não está sendo muito utilizada na atenção PN ou as mulheres não estão tendo acesso a ela. Esta atividade é descrita no manual técnico “Pré-natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada” de 2005, como destinada ao enfermeiro, assim como grupos de sala de espera (BRASIL, 2005). Os grupos de gestantes são ferramentas importantes para o desenvolvimento de atividades educativas e a não participação nestes pode comprometer o aprendizado da mulher e de sua família sobre questões relativas à gestação, assim como, se perde um espaço possível de esclarecimento de dúvidas quanto ao período PN, parto e nascimento, e também a oportunidade de troca de experiências entre as gestantes. Salienta-se que a atuação do enfermeiro nas consultas de PN e nos grupos de gestantes contribuiria para que os aspectos educativos necessários ao período gestacional e pós-natal fossem mais trabalhados. Isso é endossado pelos resultados quanto ao recebimento de orientações pelas mulheres sobre amamentação nas consultas: entre aquelas

que fizeram acompanhamento PN somente com médicos, o percentual foi inferior a 50%, enquanto que ao realizarem consultas com médicos e enfermeiros, mais de 60% das mulheres receberam orientações sobre este assunto.

Os dados obtidos neste estudo evidenciaram que um pequeno percentual de RN (15,4%) ficou em contato pele a pele com a sua mãe imediatamente após o nascimento e antes de serem prestados os primeiros cuidados. No entanto, cerca de 60% dos recém-nascidos ficou no colo da mãe sobre sua roupa. Após a realização dos primeiros cuidados ao RN, ainda um percentual pequeno (16,8%) ficou em contato pele a pele, enquanto que mais de 60% ficou no colo da mãe sobre sua roupa. Apenas 14 RN (3,6%) da amostra fez contato pele a pele com a mãe antes e após os primeiros cuidados. Esses resultados demonstram que o contato pele a pele em sala de parto está sendo praticado em um pequeno contingente de RN. Ressalta-se que a maioria dos RN do estudo (80%) obtiveram APGAR igual ou superior a oito já no primeiro minuto de vida e 89,9% de nove a dez no quinto minuto, ou seja, os RNs em sua maioria estavam em boas condições ao nascer, o que propiciaria a estimulação da prática do contato pele a pele. De acordo com a UNICEF (2009), o RN saudável pode ficar desde o momento do nascimento em contato direto com a pele da mãe (sem cobertas ou roupas) por pelo menos uma hora sem interrupções.

Foram elucidados neste estudo os motivos, referidos pelas mães, para o RN não ter ido para seu colo após o nascimento (antes dos primeiros cuidados) e conseqüentemente não ter feito contato pele a pele com ela. Além de motivos relacionados ao RN (ele não estar bem), relacionados à mãe (ela não estar bem), salienta-se outros motivos que envolvem procedimentos de rotina de atendimento ao RN, tais como higiene, pesagem e secagem que poderiam ser postergados.

Alguns manuais voltados à atenção ao parto e nascimento, afirmam que os procedimentos rotineiros de atendimento ao RN (pesagem, aplicação da Vitamina K e Credê) podem ser adiados por pelo menos uma hora após o nascimento, e devem ser realizados após o contato da mãe com o RN, oportunizando o contato pele a pele entre ambos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011a).

Após os primeiros cuidados, o número de RN que foram para o colo da mãe e fizeram o contato pele a pele permaneceu praticamente o mesmo, de 59 para 64, representando um aumento de 8,5% nesta prática, considerada ainda insuficiente, dadas as boas condições maternas e neonatais da maioria dos participantes da amostra. Ressalta-se que é alto o percentual de RN que ficaram em contato com a mãe sobre sua roupa, o que evidencia haver condições para a prática do contato pele a pele. Questiona-se o porquê desse contato não estar

sendo estimulado na sala de parto e sim o contato sobre a roupa, uma vez que evidências científicas demonstram os seus inúmeros benefícios tanto à mulher quanto ao seu bebê. Dentre estas evidências destaca-se a estabilização da temperatura corporal (UNICEF, 2009), o estreitamento do vínculo entre a mãe e o RN (PILLEGI *et al.*, 2008; GIUGLIANI, 2000; UNICEF, 2009; MONTEIRO *et al.*, 2006) e o auxílio a prática da amamentação na primeira hora de vida (UNICEF, 2009; MONTEIRO *et al.*, 2006).

No que tange à amamentação, entre os RN que foram para o colo materno, um reduzido percentual (23,2%) foi estimulado a mamar em sala de parto antes da realização dos primeiros cuidados. Este percentual cresceu em 160% se compararmos como o número de RN que recebeu estímulo à amamentação após os primeiros cuidados. Cabe destacar que desses menos de 50% sugou em sala de parto. Um estudo em Ghana demonstrou que há redução da mortalidade neonatal em 22% se o aleitamento materno iniciar dentro da primeira hora de vida do RN (EDMUND *et al.*, 2006). Esse estudo é uma evidência que justifica a importância do início precoce da amamentação.

Referente aos motivos do RN não ter ido para o colo da mãe (antes e após os primeiros cuidados), e conseqüentemente não ter sido incentivada a amamentação em sala de parto, destacam-se aqueles relacionados à mulher: efeitos anestésicos, posição (desconfortável), os procedimentos invasivos (episiotomia, cesariana) e a visão de que o RN estava “sujo”. Pesquisas qualitativas sobre a percepção da mãe sobre o contato pele a pele indicam que a imagem do RN gera sentimentos inesperados para a mãe como a visão do RN como “sujo” devido à presença dos fluidos corporais e o desejo de ter o primeiro contato com o filho higienizado (MONTEIRO *et al.*, 2006). Separar a mãe do bebê e principalmente intervir com cuidados de rotina desnecessários, analgésicos sedativos e episiotomia podem prejudicar o contato imediato entre a mãe e o recém-nascido, dificultando o início do aleitamento (UNICEF, 2009). Pillegi *et al.* (2008) acrescentam ainda que a amamentação na primeira hora de vida pode sofrer interferência das práticas hospitalares.

Na sala de recuperação pós-parto, mais de 70% dos RN foram amamentados. Em uma pequena parcela de RN não foi estimulado o aleitamento por este ser contraindicado. Os demais motivos para a não amamentação estiveram relacionados em sua maioria com as condições do RN que inviabilizaram a promoção do aleitamento materno. No entanto, também as rotinas da unidade dificultaram a ocorrência da amamentação neste local.

As mulheres relataram alguns procedimentos relacionados com as rotinas de atendimento ao binômio, como motivos para a não realização de contato pele a pele e de estímulo à amamentação do RN na primeira hora de vida. É reconhecido e preconizado pela

OMS que estes procedimentos podem ser adiados (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005), e desta forma não serem empecilhos para a realização de práticas sabidamente benéficas ao bem estar da mulher e do RN.

O estudo de Cruz *et al.* (2007) identificou em relatos de mães com RN em boas condições que o contato pele a pele imediatamente após o parto ou a realização de procedimentos de rotina estava condicionada à escolha do profissional responsável pela assistência. De acordo com Fernandes e Kimura (2005), a modificação do modelo assistencial hegemônico requer uma mudança de paradigma, atitudes e práticas que dependem também das estruturas micro e macro assistenciais envolvidas e não somente dos profissionais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da realização do pré-natal é indiscutível para o bom desenvolvimento da gestação. Durante a realização de consultas ou de grupos de gestantes é que ocorrem os encontros entre profissionais de saúde, a mulher e sua família, visando o acompanhamento da gestação. Nestes momentos os pré-natalistas têm a oportunidade do desenvolvimento de ações educativas voltadas à gestação, ao parto e ao nascimento.

Neste estudo, praticamente todas as mulheres fizeram pré-natal. Contudo, ao serem questionadas quanto ao recebimento de orientações sobre a amamentação durante as consultas ou grupos, menos da metade delas afirmaram ter recebido tais orientações. Essas fazem parte dos conteúdos do PN recomendados em manuais do Ministério da Saúde voltados à gestação. Identificou-se que a maior parte das mulheres realizou o acompanhamento PN com profissional médico, o que pode explicar a escassez de orientações sobre o assunto, possivelmente em função da formação deste profissional. Chama a atenção a pouca expressão de consultas pré-natais realizadas pelo enfermeiro individualmente ou em parceria com médicos, especialmente por tratarem-se em sua maioria de gestações de baixo risco. Sendo assim, percebe-se que o enfermeiro não está ocupando o seu espaço definido nas recomendações da atenção primária à saúde no que tange ao pré-natal de baixo risco, seja em consultas ou em grupos de gestantes e, com isto, o PN tende a ter menos ênfase nas questões educativas.

A realização do contato pele a pele em sala de parto está aquém do esperado, tendo em vista as características dos participantes do estudo, bebês e mães saudáveis em sua maioria. O estímulo à amamentação imediatamente após o parto foi baixo, mas aumentou após o recém-nascido receber os primeiros cuidados, demonstrando, de certa forma, uma necessidade, possivelmente do profissional de saúde, em realizar estes cuidados antes de promover o aleitamento materno. Entretanto, os índices de amamentação em sala de parto na instituição estudada ainda estão aquém ao esperado, especialmente por tratarem-se em sua maioria de RNs que nasceram hígidos e de mulheres que ficaram bem após o parto.

A pouca realização do contato pele a pele em sala de parto tem reflexos negativos na promoção do aleitamento materno precoce, pois esse contato cria um ambiente favorável à prática da amamentação. Os dados deste estudo endossam isso.

Nos motivos para a não estimulação da amamentação na sala de parto, referidos pelas mulheres, apareceram aqueles voltados às rotinas de atendimento a ela e ao RN e que, a priori, poderiam ser postergados. Também os motivos voltados à mulher, principalmente devido a

efeitos anestésicos e procedimentos invasivos surgiram nos relatos, reforçando a interferência negativa das intervenções, mesmo quando necessárias, no contato pele a pele e amamentação na primeira hora.

Novos estudos serão necessários para identificar, sob o ponto vista dos profissionais de saúde, os motivos para a baixa realização do contato pele a pele, assim como, o incentivo ao aleitamento materno ainda estar em índices inferiores ao esperado. Ressalta-se que tais práticas visam uma melhor adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, além de propiciarem aumento do vínculo entre mãe e bebê.

Identificou-se por meio do estudo, a influência das rotinas da unidade sobre o contato pele a pele e conseqüentemente sobre o aleitamento materno. Portanto, faz-se necessário dialogar sobre o assunto com os profissionais do local do estudo, os sensibilizando sobre a importância deste contato e demonstrando aos mesmos, o quanto esse contato é o precursor da amamentação na primeira hora de vida.

As evidências científicas sobre os benefícios das boas práticas na atenção ao RN em sala de parto existem e precisam ser consideradas na prática dos profissionais da saúde. Sugere-se que esta sensibilização possa ocorrer por meio de capacitações participativas, multidisciplinares visando o estímulo do diálogo entre as diferentes categorias de profissionais da saúde que prestam atendimento no centro obstétrico à mulher, ao recém-nascido e sua família.

O contato pele a pele e a amamentação na primeira hora são estratégias importantes que exigem dedicação da equipe de saúde para estimulá-las. Há necessidade do reconhecimento da equipe destas práticas com potencial para o aumento dos índices de aleitamento materno, assim como, para a redução da morbimortalidade neonatal.

REFERÊNCIAS

BOCCOLINI, C. S. *et al.* **Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada.** Cad Saude Publica, v. 24, n. 11, p. 2681-94, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao_196_de_10_10_1996.pdf>. Acesso em: 7 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569, de 1º de Junho de 2000.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>. Acesso em: 7 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de desenvolvimento do milênio** – relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ipea, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1683, de 12 de Julho de 2007.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html>. Acesso em: 3 de jul de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru** - Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2351, de 5 de Dezembro de 2011**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/portaria/legislacao/portaria2351de051011>>. Acesso em: 3 de jul de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARMO, T. M. D. *et al.* **Aleitamento materno na sala de parto: a perspectiva da mulher**. *Ciência Et Praxis* [online]. v. 3, n. 6, p. 57-62, 2010.

CRUZ, D. C. S. *et al.* **Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê**. *Rev. esc. enferm. USP* [online], v. 41, n. 4, p. 690-97, 2007.

EDMOND, K. M. *et al.* **Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality**. *Pediatrics*, v. 117, n. 3, p. 380-86, 2006.

FERNANDES, K.; KIMURA, A. F. **Práticas assistenciais em reanimação do recém-nascido no contexto de um centro de parto normal**. *Rev. esc. enferm. USP* [online], v. 39, n. 4, p. 383-90, 2005.

GIUGLIANI, E. R. J. **O aleitamento na prática clínica**. *J Pediatr (Rio J)*, v.76, supl. 3, p.238-52, 2000.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Mensal de Emprego: Algumas características da inserção das mulheres no mercado de trabalho 2003-2008**. Rio de Janeiro, 2008.

JONES, G. *et al.* **How many child deaths can we prevent this year?** *Lancet*, v. 362, p. 65-71, 2003.

KLEIN, C. H, BLOCH, K. V. **Estudos seccionais**. In: MEDRONHO, R. *et al.* *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2006.

LAMOUNIER, J.A. **Experiência iniciativa hospital amigo da criança**. *Rev Ass Med Brasil*, v. 44, n. 4), p. 319-24, 1998.

LOPES, M. V. O. **Desenhos de pesquisa em epidemiologia**. In: ROUQUAYROL, Z. M., DA SILVA, M. G. C. *Epidemiologia & Saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

MONTEIRO, J. C. S. *et al.* **Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto**. *Acta paul. enferm.* [online], v. 19, n. 4, p. 427-432, 2006.

NADER, P. J. H. **Atendimento em sala de parto**. In: NADER, S. S.; PEREIRA, D. N. *et al.* *Atenção integral ao recém-nascido*. Guia de supervisão de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PILLEGI, M. C. *et al.* **A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes.** Einstein, v. 6, n. 4, p. 467-72, 2008.

SERRUYA, S. J. *et al.* **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.** Cad. Saúde Pública [online], v.20, n.5, p. 1281-89, 2004.

TOMA, T. S. **Iniciativa hospital amigo da criança: diagnóstico das práticas de alimentação infantil em maternidades públicas e privadas do município de São Paulo.** 1998. 135p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Organização Mundial da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.**

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Organização Mundial da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um hospital amigo da criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.**

WHO - World Health Organization. **Health and the millennium development goals.** Geneva: World Health Organization, 2005.

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição

Nº _____

Nome da puérpera: _____ Registro: _____

Data da entrevista: ____/____/____ Horário da entrevista: ____ horas ____ minutos Entrevistadora: _____

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Idade: _____ anos (COMPLETO)

2. Cor da pele (auto denominada):

[1] Branca [2] Preta [3] Parda/morena/mulata [4] Amarelo [5] Indígena

3. Até que série/ano (COMPLETO) você estudou:

<u>Ensino Fundamental:</u>	<u>Ensino Médio:</u>	<u>Superior:</u>
[1] 1º série [5] 5º série	[9] 1º série	[12] 1º ano
[2] 2º série [6] 6º série	[10] 2º série	[13] 2º ano
[3] 3º série [7] 7º série	[11] 3º série	[14] 3º ano
[4] 4º série [8] 8º série		[15] 4º ano
		[16] 5º ano

4. Situação marital: [1] não tem companheiro [2] tem companheiro

5. Ocupação: _____

6. Categoria de internação: **VERIFICAR NO PRONTUÁRIO**

[1] SUS [2] Prestadora de saúde privada (convênio) [3] Por custeio próprio (particular)

PRÉ-NATAL

História obstétrica

7. Número de gestações (CONTAR ATUAL): _____

8. Número e tipo de parto (ANTERIORES):

Parto normal: [0] nenhum [1] um [2] dois [3] três [] ____ PN
 Parto fórceps: [0] nenhum [1] um [2] dois [3] três [] ____ PF
 Cesariana: [0] nenhum [1] uma [2] duas [3] três [] ____ cesarianas
 Aborto: [0] nenhum [1] um [2] dois [3] três [] ____ abortos

Informações da gravidez atual

9. Fez Pré-natal: [1] sim [2] não*

*Se não, pular para questão 17

10. Se sim, quantas consultas: _____ [77] Não se aplica [99] Não registrado

* **VERIFICAR NA CARTEIRA PRÉ-NATAL E CONFIRMAR COM A PUÉRPERA.**

11. Onde fez o pré-natal?

Rede pública – SUS: [1] sim [2] não

Por custeio próprio – Particular: [1] sim [2] não

Prestadora de saúde privada – Convênio: [1] sim [2] não
[77] Não se aplica

12. Com qual profissional fez as consultas de pré-natal?
[1] Médico [2] Enfermeira [3] Médico e Enfermeira [77] Não se aplica

16. Quais informações você recebeu (no pré-natal)? **LER TODOS OS ITENS**

Sinais de trabalho de parto: [1] sim [2] não

Sinais de alerta (sangramento, diminuição ou ausência da movimentação fetal): [1] sim [2] não

Ruptura das membranas: [1] sim [2] não

Métodos de alívio a dor: [1] sim [2] não

Tipos de parto: [1] sim [2] não

Presença de acompanhante: [1] sim [2] não

Amamentação: [1] sim [2] não

[77] Não se aplica

Outros: _____

61. Recebeu analgesia/anestesia durante o trabalho de parto? **VERIFICAR NO PRONTUÁRIO – FICHA DE ANESTESIA**

[1] Via sistêmica [2] Peridural [3] Raquianestesia [4] Combinada [5] Não recebeu*

[99] Não registrado*

*Se não recebeu ou não registrado, pular para questão 64

80. Tipo de parto: **VERIFICAR NO PRONTUÁRIO**

[1] normal [2] cesárea* [3] fórceps

*Se cesárea, pular para questão 82

81. Em caso de parto normal ou fórceps - Condições do períneo: **VERIFICAR NO PRONTUÁRIO**

Íntegro: [1] sim [2] não

Episiorrafia: [1] sim [2] não

Laceração ____ grau com sutura: [1] sim [2] não **ANOTAR O GRAU DA LACERAÇÃO**

Laceração ____ grau sem sutura: [1] sim [2] não **ANOTAR O GRAU DA LACERAÇÃO**

[77] Não se aplica

92. Se realizado corte/episiorrafia, foi feita anestesia antes do corte?

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica [88] Não soube informar

Se não, pular para 94

93. Se sim, qual anestesia recebeu? **VERIFICAR NO PRONTUÁRIO**

[1] Anestesia local [2] Peridural [3] Raquidiana [77] Não se aplica

[88] Não registrado

101. Após o nascimento (ainda na sala de parto) e antes de serem prestados os primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, identificar, outros), você:

[1] Não viu o bebê*

[2] Apenas viu o bebê*

[3] Ficou com o bebê no colo sobre a roupa

[4] Ficou com o bebê em contato pele a pele

102. *Se apenas viu ou se não viu o bebê, sabe o motivo?

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica

Se não, pular para questão 104.

103. Se sim, qual? **NÃO LER**

Bebê não nasceu bem: [1] sim [2] não

Eu não estava bem: [1] sim [2] não

Encaminhado para UNEO: [1] sim [2] não

Outros: _____

[77] Não se aplica

A pergunta a seguir não deverá ser feita para mães com amamentação contra-indicada

104. Após o nascimento (ainda na sala de parto) e **antes de serem prestados os cuidados com o bebê** (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você:

[1] Colocou o bebê para mamar mas ele não sugou*

[2] Colocou o bebê para mamar e ele sugou*

[3] Não foi colocado para mamar

* Se colocado para mamar, pular para 106

105. Se não foi colocado para mamar qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

[1] Bebê na observação [2] Bebê encaminhado para UNEO [3] Não soube informar

Outros: _____

106. **Após os primeiros cuidados com o bebê**, ainda na sala de parto/cesárea, foi feito contato pele a pele?

[1] sim* [2] não

Se sim, pular para 108.

107. Se não, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Bebê não nasceu bem: [1] sim [2] não

Eu não estava bem: [1] sim [2] não

Encaminhado para UNEO: [1] sim [2] não

Outros: _____

[77] Não se aplica

A pergunta a seguir não deverá ser feita para mães com amamentação contra-indicada

108. **Após os primeiros cuidados com o bebê**, ainda na sala de parto/cesárea, você:

[1] Colocou o bebê para mamar mas ele não sugou*

[2] Colocou o bebê para mamar e ele sugou*

[3] Não foi colocado para mamar

*Se colocado para mamar, pular para 110.

109. Se não foi colocado para mamar qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

[1] Bebê na observação [2] Bebê encaminhado para UNEO [3] Não soube informar

Outros: _____

RECÉM-NASCIDO

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO

110. Data do nascimento: ___ / ___ / ___

111. Horário do nascimento: |__| |__| horas |__| |__| minutos

112. Peso ao nascer: _____ gramas [99] Não registrado

113. Idade gestacional (Capurro): _____ semanas [99] Não registrado - **ENFERMEIRA**

114. Classificação:

[1] AIG [2] PIG [3] GIG [99] Não registrado - **ENFERMEIRA**

115. Apgar: ____1º minuto ____5º minuto [99] Não registrado

SALA DE RECUPERAÇÃO

121. Ficou com o bebê [1] sim* [2] não

*Se sim, pular para questão 123.

122. Se não, qual o motivo: _____

123. Bebê mamou? [1] sim* [2] não **NÃO PERGUNTAR PARA MÃES COM AMAMENTAÇÃO CONTRA-INDICADA**

*Se sim, pular para questão 125.

124. Se não, qual o motivo: _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição”, de responsabilidade de pesquisadoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O estudo pretende conhecer as práticas de atendimento implementadas no processo de parturição neste hospital comparando-as com as recomendadas pela Organização Mundial da Saúde.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e ao bebê, e não envolve procedimentos invasivos que possa oferecer riscos à sua saúde física, a não ser a aplicação de um questionário, podendo haver algum desconforto com o tempo estimado para a entrevista ou devido alguma pergunta realizada.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê, como foi sua assistência no pré-natal, no trabalho de parto e no parto, e consultar algumas informações em seu prontuário e de seu bebê. As respostas serão anotadas em um formulário em papel. Esta entrevista terá uma duração em torno de 15 a 20 minutos.

Tudo que for dito será confidencial e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para esta pesquisa. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com este hospital.

É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto. Este documento será feito em duas vias iguais, sendo lhe entregue uma delas, caso você aceite participar da pesquisa.

Em caso de dúvida ou novas perguntas, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Profa Cláudia Junqueira Armellini pelo telefone (51) 3308-5428, email: claudiaj@enf.ufrgs.br e endereço: Escola de Enfermagem - Rua São Manoel, 963, Bairro Santa Cecília – Porto Alegre. Pesquisadoras: Anelise de Carvalho Gonçalves, Helga Geremias Gouveia, Márcia Rejane Strapasson e Virginia Leismann Moretto – Telefone: (51) 3308-5426.

Em caso de dúvidas quanto a questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo telefone (51) 3359-8304.

() Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Nome da entrevistada: _____

Assinatura da entrevistada: _____

Nome do responsável no caso de menor de 18 anos: _____

Assinatura do responsável no caso de menor de 18 anos: _____

Nome do pesquisador (entrevistador): _____

Assinatura do pesquisador (entrevistador): _____

Porto Alegre, _____ / _____ / _____

ANEXO A – Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

Dez passos para o sucesso do aleitamento materno:

1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados da saúde.
2. Capacitar toda a equipe de cuidados da saúde nas práticas necessárias para implementar essa política.
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas dos seus filhos.
6. Não oferecer aos recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia.
8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Promover grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Fonte: BRASIL. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011

ANEXO B - Dez Princípios Fundamentais da Atenção Perinatal

Os dez princípios fundamentais da atenção perinatal, assinalados pela OMS, indicam que o cuidado na gestação e no parto normais deve:

1. Não ser medicalizado, o que significa que o cuidado fundamental deve ser previsto, utilizando conjunto mínimo de intervenções que sejam realmente necessárias;
2. Ser baseado no uso de tecnologia apropriada, o que se define como conjunto de ações que inclui métodos, procedimentos, tecnologia, equipamento e outras ferramentas, todas aplicadas para resolver um problema específico. Esse princípio é direcionado a reduzir o uso excessivo de tecnologia, ou a aplicação de tecnologia sofisticada, ou complexa, quando procedimentos mais simples podem ser suficientes, ou ainda ser superiores;
3. Ser baseado em evidências, o que significa ser embasado pela melhor evidência científica disponível, e por estudos controlados aleatorizados, quando seja possível, e apropriado;
4. Ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência de centros de cuidado primário para centros de cuidado secundário e terciário;
5. Ser multidisciplinar e multiprofissional, com a participação de médicos(as), enfermeiras(os), técnicos(as) de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas sociais;
6. Ser integral e levar em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, e não somente um cuidado biológico;
7. Estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal;
8. Ser apropriado, tendo em conta as diferentes pautas culturais para permitir lograr seus objetivos;
9. Compartilhar a tomada de decisão com as mulheres;
10. Respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

ANEXO C – Parecer COMPESQ da Escola de Enfermagem da UFRGS

Projeto de Pesquisa

Página 1 de 2

Pesquisador: Claudia Junqueira Armellini

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto Nº: 22387

Título: PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Área do Conhecimento: Enfermagem Obstétrica

Início: 05/03/2012

Previsão de conclusão: 31/07/2013

Situação: projeto em andamento

Origem: Escola de Enfermagem

Projeto da linha de pesquisa Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

Local de Realização: Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Projeto envolve aspectos éticos da categoria: Projeto em Seres Humanos

Objetivo: Conhecer as práticas de atendimento implementadas no processo de parturição em um hospital escola da cidade de Porto Alegre/RS comparando-as com as recomendadas pela OMS.

Palavras-Chave

Parto

Parto Humanizado

Parturição

Equipe UFRGS

Nome: Virginia Leismann Moretto

Participação: Pesquisador

Início: 05/03/2012

Nome: Claudia Junqueira Armellini

Participação: Coordenador

Início: 05/03/2012

Nome: Annelise De Carvalho Goncalves

Participação: Pesquisador

Início: 05/03/2012

Nome: Jéssica Machado Teles

Participação: Aluno de Graduação

Início: 05/03/2012

Nome: Sara Oliveira Pinheiro

Participação: Aluno de Graduação

Início: 05/03/2012

Nome: Helga Geremias Gouveia

Participação: Pesquisador

Início: 05/03/2012

Nome: Marcia Rejane Strapasson

Participação: Pesquisador

Início: 05/03/2012

Anexos

Projeto Completo

Data de Envio: 26/01/2012

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Data de Envio: 26/01/2012

Projeto de Pesquisa

Página 2 de 2

Instrumento de Coleta de Dados

Data de Envio: 26/01/2012

Avaliações

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 10/02/2012

[Visualizar Parecer](#)

ANEXO D – Avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CEP/HCPA)

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

PROJETO DE PESQUISA

Título: PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Área Temática:

Pesquisador: CLAUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI

Versão: 2

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

CAAE: 00680412.7.0000.5327

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 66852

Data da Relatoria: 01/08/2012

Apresentação do Projeto:

Durante a Cúpula do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas em setembro de 2000, o Brasil assumiu o compromisso de reduzir a mortalidade materna até o ano 2015, meta que faz parte do 5º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2010). Sabe-se que o país não alcançará esta meta, e pressupõe-se que o modelo intervencionista de assistência ao parto esteja diretamente relacionado a este fato. Trata-se de um estudo transversal que pretende entrevistar 385 puérperas e coletar dados do prontuário eletrônico materno e do neonato. As entrevistas serão realizadas diariamente, após as primeiras 12 horas pós-parto.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

- Conhecer as práticas de atendimento implementadas no processo de parturição em um hospital escola da cidade de Porto Alegre/RS comparando-as com as recomendadas pela OMS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as mulheres do estudo quanto à idade, escolaridade, paridade, situação marital e pré-natal.
- Caracterizar os recém-nascidos quanto ao peso, idade gestacional, escore de Apgar, contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.
- Verificar a frequência das intervenções e cuidados aos quais os recém-nascidos foram submetidos.
- Identificar os procedimentos aos quais as mulheres foram submetidas durante o trabalho de parto e parto.
- Verificar a frequência do uso de métodos não farmacológicos para alívio à dor pelas mulheres durante o trabalho de parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto em si não apresenta riscos maiores, porém existe a possibilidade de desconforto pela entrevista em um momento tão delicado como as 12 horas após o parto. Os possíveis benefícios seriam relacionados ao conhecimento gerado que poderia ser aplicado em futuras intervenções e beneficiar outras parturientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todas as pendências apontadas no parecer anterior foram adequadamente respondidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

o TCLE foi alterado conforme solicitações do parecer anterior.

Recomendações:

Retirar o campo para nome da participante no início do TCLE, mantendo apenas no final do documento. Corrigir a informação de menores de 20 anos, o certo é menores de 18 anos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1) Ajustar cronograma;

Os pesquisadores apresentam o cronograma corrigido. Pendência atendida.

2) Revisar o instrumento de coleta de dados conforme comentado acima, sobretudo as questões sobre raça, ocupação e história clínica.

Os pesquisadores informam que foi excluída a questão sobre raça, entretanto foi mantido o questionamento sobre cor da pele e ocupação (em campo aberto), pois estas variáveis podem estar associadas a risco obstétrico. Pendência atendida.

3) Esclarecer termo de compromisso para uso de dados institucionais. Os pesquisadores utilizarão dados de prontuário. Esta informação consta no TCLE, sendo assim o termo de compromisso é dispensável. Pendência atendida.

4) Revisar critérios de inclusão e exclusão.

Os pesquisadores esclarecem que foi anexado no projeto como critério de inclusão, "mulheres que tiveram recém-nascidos com idade gestacional igual ou maior a 37 semanas, segundo Capurro". Pendência atendida.

5) Revisar TCLE conforme comentário acima.

Pesquisadores apresentam novo TCLE. Pendência atendida.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A versão do projeto e do TCLE aprovados correspondem aos documentos submetidos em 11/07/2012. Qualquer alteração nestes documentos devem ser encaminhados para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Projeto cadastrado no Sistema WebGPPG: 12-0150.

PORTO ALEGRE, 03 de Agosto de 2012

Assinado por:




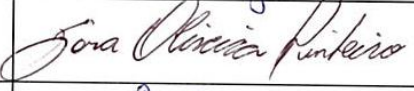
José Roberto Goldim

ANEXO E – Termo de Responsabilidade para Utilização dos Dados

PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO	Cadastro no GPPG
--	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 16 de abril de 2012.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
ANNELISE DE CARVALHO GONÇALVES	
CLÁUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI	Cláudia Armellini
HELGA GEREMIAS GOUVEIA	
KAROLINE MATURANA RITTER	Karoline M. Ritter
MAIRA OLIVEIRA CHAIBEN	
MÁRCIA REJANE STRAPASSON	Márcia Rejane Strapasson
SARA OLIVEIRA PINHEIRO	
THAIS CARVALHO DA SILVA	Thais Carvalho da Silva
VIRGINIA LEISMANN MORETO	